Jahrbuch für kritische Medizin

Band 7

Organisierung zur Gesundheit

Redaktion dieses Bandes

Dr.med. Heinz-Harald Abholz, Dr.med. Dieter Borgers, Marianne Engelhardt, Dr.med. Christian Gaedt, Dr. Sigurd v. Ingersleben, Dr.med. Barbara Nemitz, Dr. Rolf Rosenbrock, Dr.med. Udo Schagen

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jahrbuch für kritische Medizin. - Berlin:
Argument-Verlag.
ISSN 0341-0943
Band 7. - Organisierung zur Gesundheit

Organisierung zur Gesundheit /
Red: Heinz-Harald Abholz -
Berlin: Argument-Verlag, 1981.
(Jahrbuch für kritische Medizin; Bd. 7)
(Das Argument: Argument-Sonderband; AS 73)
ISBN 3-88619-023-4
NE: Abholz, Heinz-Harald (Red.);
Das Argument / Argument-Sonderband

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1981.
Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten.
Redaktion und Verlag: Altensteinstr. 48a, 1000 Berlin 33, Telefon: 030 / 8 31 40 79
Vertrieb: Tegeler Straße 6, 1000 Berlin 65, Tel. 030 / 4 61 90 61.
Satz: Druckladen Bochum-Hamme. — Druck: alfa-druck, Göttingen.
Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgarten und Hans Förtsch.
1.-4. Tausend 1981.
ISSN 0341-0943
ISBN 3-88619-023-4

Inhalt

Editorial: Organisierung zur Gesundheit 5

Ärzte und Gesundheitsorganisation

Monique Kriescher-Fauchs
Die Gesundheitsreform in Italien - auf dem Wege zu einem Volksgesundheitsdienst 10

Udo Schagen
Ärztliche Aufgaben in der Zukunft. Die Diskussion um die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung 31

Robert Pfeiffer und Wolfgang Stratmann
Notstandsgesetzgebung im Gesundheitswesen 43

Heinz Hackelberg
Kann uns die Katastrophenmedizin vor dem Atomtod schützen? 56

Primärversorgung

Harald Skroblies
Schwierigkeiten der Gesundheitszentren im System der ambulanten Versorgung 71

Reinhard Kowalski
Klinische Psychologen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Erfahrungen und Entwicklungen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens 83

Gruppen am Rande der Medizin

Christian Gaedt
Einrichtungen für Ausgeschlossene oder »Ein Ort zum Leben«. Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter 96

Ellen Baxter und Kim Hopper
Pathologie der Umgebung und psychische Störungen. Leben in der Gemeinde für ehemalige psychiatrische Patienten in New York 110

Dieter Henkel
Frühinvalidität und Rehabilitation bei psychisch Kranken in der Rentenversicherung von 1968 bis 1979 128

Horacio Riquelme
Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile. Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze 146

Kongreßberichte

Workshop: Basisgesundheitsversorgung in der Dritten Welt und Hochschule, Januar 1981 159

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Mai 1981. Arbeitstagung des Internationalen Instituts für vergleichende Gesellschaftsforschung, Mai 1981 162

Gesundheitstag Ulm 214

Literaturberichte

Elsner, Hauss, Karmaus, Müller
Stellungnahme zur Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur »Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland« ... 167

Roland Schäfer
Medizin, Macht und Körper. Überlegungen zu Foucault 178

Sigurd von Ingersleben
Foucaults Ansichten einer Leichen-zentrierten Medizin. Anmerkungen zu Michel Foucaults »Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks« 195

Aufrufe zur Mitarbeit

Argument-Sonderband: Alternative Medizin 200

Beliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit 205

Arbeitsgruppe Medizin und Kritische Psychologie 207

Rezensionen

A. Narcho, Marie Huana, Kiff-Turner: Wege zu Wissen und Wohlstand - Lieber krankfeiern als gesund schuften (*E. Göbel*) 207

Jean Carpentier: Aufwiegelung zur Gesundheit (*E. Göbel*) .. 209

Über die Autoren 211

Editorial: Organisierung zur Gesundheit

Der 83. Deutsche Ärztetag 1980 hat in seinen programmatischen »Gesundheits- und Sozialpolitischen Vorstellungen« einen Vorschlag zur Einführung verschiedener Modelle der Selbstbeteiligung gemacht und damit den bisher direktesten Angriff auf das Einkommen der Versicherten zugunsten der Ärzte gestartet. Zu Recht wurde dies von den Gewerkschaften als Provokation aufgefaßt.

Gleichzeitig trafen sich zehntausend Studenten, Schwestern, Pfleger, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und andere im Gesundheitsbereich Arbeitende auf dem »Gesundheitstag 1980«. Der inhaltliche Gegensatz hätte kaum größer sein können: Dort paarte sich die gebetsmühlenhafte Wiederholung der Grundeinschätzung, unser Gesundheitswesen sei wegen seiner hohen Qualität kaum veränderungsbedürftig, mit offensiven Konzepten ärztlicher Allkompetenz und Einkommenssteigerung. Hier traf man sich auf der Grundlage des Bedürfnisses, die »Krise der Medizin überwinden zu wollen« und der »Bereitschaft, die bisherigen professionellen Rollen radikal in Frage zu stellen, um eine Neubestimmung medizinischen und sozialen Handelns zu ermöglichen« (Programm des Gesundheitstages 1980, S. 4).

Auf dem Gesundheitstag wurde damit eine Diskussion eröffnet bzw. aufgegriffen, die den Patienten als handelndes Subjekt versteht, welches seine Krankheit nicht mehr nur als individuelles, ja selbst verschuldetes Schicksal erlebt, sondern dabei ist, die Veränderung seiner Arbeits- und Lebensbedingungen selbst in die Hand zu nehmen. Auf dem Gesundheitstag hat damit eine breite »Organisierung zur Gesundheit« ihr Forum gefunden, das nach unserer Einschätzung gemeinsame Perspektiven sowohl für die Arbeit in Selbsthilfeprojekten als auch in der Arbeiterbewegung bietet.

Wir, die Redakteure der »Jahrbücher für kritische Medizin« und der »Argumente für eine soziale Medizin« sehen auch weiterhin unsere Aufgabe darin, Probleme und Fragestellungen aus der Medizin in einer Weise aufzuarbeiten, die sie den in Gewerkschaften und linken politischen Gruppen und Parteien Tätigen für ihre Arbeit nützlich macht. Bei der Diskussion von Veränderungsvorschlägen im Gesundheitswesen können alle beteiligten Gruppen der Linken voneinander lernen, wir selbstverständlich eingeschlossen. In den letzten Jahren ist dabei deutlich geworden, daß viele Menschen dann für Probleme der

Verhinderung von Krankheit und Verbesserung der Versorgung ansprechbar sind und aktiv werden, wenn die Initiativen hierzu nicht aus den traditionellen Organisationen wie Gewerkschaften und Parteien kommen und sich außerhalb dieser Formen verwirklichen. Wir konnten dabei erleben, daß solche spontan entstandenen, wenn auch häufig wieder zerfallenden Gruppierungen in der Lage sind, unbeweglich gewordene, verkrustete Diskussionen und Strukturen wieder für neue Bewegung zu öffnen.

Keine neue Erkenntnis für uns ist hingegen, daß mit einer bloßen »Verstaatlichung« und einem einfachen »Mehr an Gesundheitseinrichtungen« Probleme von Gesundheit und Krankheit nicht gelöst werden können. Hier haben die Kollegen z.B. des »Forum für Medizin und Gesundheitspolitik«, die diese Position als eine »im wesentlichen« von uns vertretene darstellen (Nr. 13, Februar 1980; nachgedruckt in: Ästhetik und Kommunikation, Heft 43 / 1981) entweder nicht genug gelesen oder nicht richtig verstanden. Zur Klarstellung: Theoretische Organe der Linken können zwar auf der Grundlage von Analysen und Diskussionen Forderungen zur Verhütung von Krankheit und zur Verbesserung der Medizin herausarbeiten. Ansprechpartner sind dabei aber naturgemäß nicht staatliche Agenturen, sondern in jedem Fall und in letzter Instanz die breite Mehrheit der Betroffenen. Nur wenn diese und ihre Organisationen sich solche Forderungen zu eigen machen, können sie materielle Gewalt gegenüber gesundheitsfeindlichen Verhältnissen und ihren Institutionen gewinnen sowie durch gemeinsame Anstrengungen duchgesetzt werden. Das so Erreichte wird dabei *auch* durch staatliche Regulierungen zu sichern sein. Dies ist nach unserem Verständnis das glatte Gegenteil der einfachen Verstaatlichung, der Durchsetzung von oben nach unten. Daß staatliche Regelungen in dieser Perspektive nicht primäre Ziele, sondern funktionale Elemente darstellen, entspricht im übrigen den theoretischen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen, die wir in unserer Arbeit gesammelt haben. Daß Erfolge auf diesem Wege regelmäßig Kompromißcharakter haben, bedarf in einem Gesellschaftssystem, das wesentlich auf der Macht der Wenigen über die Mittel zur Produktion und damit auch ihrem bestimmenden Einfluß auf die staatlichen Apparate beruht, keiner weiteren Erläuterung. Dies kann uns aber nicht dazu verführen, die Suche nach gesundheitspolitischen Verbesserungen auf den vor-, außer- und substaatlichen Bereich zu beschränken und die Ebenen staatlicher Regelungen

aus einer Art Berührungsangst durch Nichtachtung gewissermaßen zu bestrafen. Weiterhin sind wir nicht der Auffassung, daß vom Staat abgesicherte Reformschritte deshalb zu ignorieren oder gar abzulehnen sind, weil durch sie Illusionen über die bestimmenden Kräfte in einer kapitalistischen Gesellschaft erweckt werden könnten. Vielmehr werden wir es auch weiterhin für unsere Aufgabe halten, Analysen zur Gesundheitsgefährdung und Krankenversorgung mit der konkreten politischen Ökonomie im Makro- und Mikro-Bereich zu verbinden, um die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung und der Verbreiterung von Veränderungen aufzeigen zu können.

Als Beispiel für diese Herangehensweise findet sich in diesem Band der Aufsatz von *Monique Kriescher-Fauchs* über den Stand der Vergesellschaftung resp. Verstaatlichung des italienischen Gesundheitswesens, der als Ergebnis der Kämpfe sowohl der organisierten und organisierenden Arbeiterbewegung als auch von in Selbsthilfe-Strukturen arbeitenden Ärzten und Patienten erreicht worden ist. Aus dem italienischen Beispiel ist zu lernen, daß in den Regionen, in denen fortschrittliche gesellschaftliche Kräfte stark sind, Verbesserungen - *vor und nach* der Verstaatlichung - erreicht werden können. Dort, wo konservative Vorstellungen ideologisch und politisch das Feld beherrschen, ist dies auch jetzt noch nicht möglich.

Verglichen mit Italien ist der Stand der Auseinandersetzungen in der BRD noch recht bescheiden. Immerhin hat die Gewerkschaft ÖTV in ihren »Perspektiven zur Gesundheitspolitik« (1977, vgl. AS 27) die Selbstverwaltung der Versicherten, und damit die Entwicklung vom behandelten Patienten zum handelnden Subjekt, zu einem Schwerpunkt ihrer Arbeit gemacht. In diesem Feld der »Organisierung zur Gesundheit« spielen Aufgaben, Kompetenzen und damit die Ausbildung der Ärzte eine zentrale Rolle. *Udo Schagen* gibt einen Überblick über das Konzept der ÖTV, den derzeit fortgeschrittensten Vorstellungen zur Reform der ärztlichen Ausbildung. Er entwickelt Thesen zur Funktion des ärztlichen Experten unter zukünftigen Bedingungen einer wesentlich präventiv ausgerichteten Medizin.

Ob die Beiträge von Michel Foucault zur Macht medizinischer Institutionen und Begriffe Bausteine einer Analyse enthalten, die für Verbesserungen der medizinischen Versorgung nützlich gemacht werden können, ist auch unter uns strittig. Viele scheitern bereits an der Schwierigkeit beim Eindringen in seine extensiven Schriften. *Roland Schäfer* gibt einen Einblick

in Foucault'sches Denken, und *Sigurd von Ingersleben* skizziert Umrisse einer prinzipiellen Kritik - beides stellen wir zu Diskussion.

Inzwischen hat die nach unserer Auffassung existenznotwendige Bewegung gegen die Hochrüstungspolitik auch im Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. In diesem Zusammenhang noch relativ wenig bekannt sind die schon sehr konkreten Pläne zu einem weiteren Notstandsgesetz, das - in der Tradition des Kalten Krieges stehend - die Formierung des Gesundheitswesens zum nicht mehr für ausgeschlossen gehaltenen Kriegsfall betreibt. *Robert Pfeiffer* und *Wolfgang Stratmann* analysieren das »Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen im Verteidigungsfall / Gesundheitssicherstellungsgesetz«. *Heinz Hackelberg* zeigt, wie die detaillierten medizinischen Handlungsanweisungen für den atomaren Katastrophenfall verschleiern, daß in einem solchen »Fall« auch die Medizin nichts mehr ausrichten kann. Das vorgelegte Material soll den sich organisierenden Bewegungen gegen die totale Desorganisierung der Gesundheit durch die Katastrophenmedizin nützen.

Die »Organisierung zur Gesundheit« erfordert die unmittelbare und mittelbare Teilnahme möglichst Vieler an den Diskussionsprozessen. Wir sind deshalb auf einen möglichst breiten Leserkreis unter den im Gesundheitswesen Arbeitenden angewiesen. Wir wissen, daß dem die *Sprache* unserer Medizin-Bände häufig entgegensteht: Zu viele Fremdwörter, unverständliche Sätze, unzureichend eingeführte Begriffe. Wir wissen auch, daß es sich dabei zum Teil um ein nicht ausräumbares Vermittlungsproblem theoretischer Arbeit handelt. Eine Durchsicht der letzten Jahrgänge - angeregt durch Leser-Beschwerden - hat aber andererseits ergeben, daß sich auch in dieser Zeitschrift das »intellektuelle Sprachspiel« breit gemacht hat, vermeidbare Fremdwörter, überflüssig komplizierte Satzgebilde. Um wenigstens diesen Teil der Verständigungsschwierigkeiten anzugehen, werden wir - ab dem nächsten Band - die Autoren zu einer möglichst einfachen Sprache in Wort und Grammatik anhalten. Wir werden die Autoren auffordern, für nicht ersetzbare Fremdwörter jeweils kurze Erklärungen (bis zu 3 Zeilen pro Begriff) zu schreiben.

Abschließend machen wir auf den vor wenigen Monaten erschienenen Band der Reihe »Argumente für eine soziale Medizin« mit dem Titel »Prävention - Gesundheit und Politik« (AS 64) aufmerksam. Er enthält in einer für den deutschsprachigen Be-

reich bisher einmaligen Zusammenstellung eine Reihe theoretischer Entwürfe und materialreicher Überblicksartikel zur Primär-Prävention. Dieser Band stellt einen Schritt zur Konkretisierung unserer zentralen These dar, daß allein die Verhütung von Krankheiten durch Veränderung krankheitsfördernder Lebensbedingungen entscheidende Schritte zur Verbesserung der Volksgesundheit leisten kann, die über die eher bescheidenen Möglichkeiten der Kuration und Sekundär-Prävention (Früherkennung) hinausgehen.

Der geplante und angekündigte Sonderband »Gewerkschaften und Gesundheit« erscheint vorerst nicht: uns und den Autoren ist es nicht gelungen, die wesentlichen Probleme und Diskussionen aus diesem sich rasch entwickelnden Bereich hinreichend analytisch und perspektivenreich oder gar flächendeckend einzufangen.

Auf den Aufruf zur Mitarbeit an einem geplanten Sonderband über »Alternative Medizin« erwarten wir ein breites Echo mit vielen ausführbaren Vorschlägen.

10

Monique Kriescher-Fauchs

Die Gesundheitsreform in Italien

Auf dem Wege zu einem Volksgesundheitsdienst*

Am 23. Dezember 1978 ist in Italien das Rahmengesetz über die Einführung des Servizio sanitario nazionale (Ssn), des nationalen Gesundheitsdienstes, verabschiedet worden (Gesetz 833 vom 23.12.1978). Zuletzt wurde es auf der Basis von Entwürfen unterschiedlicher parlamentarischer Gruppen und des damaligen Gesundheitsministers ausgearbeitet und von allen im Parlament vertretenen Parteien - außer der neofaschistischen - befürwortet.

Durch die Einrichtung des Ssn wird unabhängig von Alter, Geschlecht, Beruf und Einkommen die ambulante und stationäre Betreuung der Bevölkerung grundsätzlich unentgeltlich gesichert. Das neue Gesetz stützt sich auf die fortschrittliche italienische Verfassung vom 27.12.1947 und übernimmt in seine Prinzipien den dort postulierten »Schutz der Gesundheit als grundlegendes Recht des Individuums und als Interesse der Gemeinschaft« (Art. 32 ital. Verfassung). Weiterhin orientiert sich das Gesetz an der umfassenden WHO-Definition von Gesundheit mit der Zielsetzung, nicht nur die bestmögliche Behandlung von Krankheiten zu gewährleisten, sondern und vor allem die Entwicklung von Gesundheit zu fördern. Ein Konzept dezentralisierter primärer Gesundheitssicherung, die Unità Sanitaria Locale (USL) als örtliche Gesundheitseinrichtung, wird als alternativer Versorgungsansatz zugrundegelegt.

Wesentliche Kennzeichen des italienischen Gesundheitswesens sind *bis* zur Einführung des Ssn: die Vielzahl von Krankenkassen[1], die Zersplitterung staatlicher, halbstaatli-

* Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, einen kurzen Überblick über den am 1.1.1980 in Italien eingeführten nationalen Gesundheitsdienst zu vermitteln. Der sehr wichtige Finanzierungsaspekt wird in diesem Rahmen nicht diskutiert. Auch andere Momente wie das Verhalten der medizinischen Zulieferindustrien, die Implikationen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und das neue epidemiologische Erfassungssystem müssen ebenfalls ausgespart bzw. können nur am Rande gestreift werden. Auch die Entstehungsgeschichte der italienischen Gesundheitsreform und ihr Bedingungszusammenhang sind aus Platzgründen auf wenige Seiten gekürzt worden.

cher und privater Kompetenzen sowie die Unüberschaubarkeit gesetzlicher Normen, ein unwirtschaftlicher Mitteleinsatz und die mangelnde Effektivität der Versorgungsstrukturen. Sehr hohe perinatale wie auch Säuglingssterblichkeitsraten, ein stetiger Anstieg von Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und Volkskrankheiten, ein Wiederaufflackern der infektiösen Krankheiten wie Cholera, Typhus und Hepatitis dokumentieren diesen Mißstand. »Aus dem Spannungszustand zwischen großen medizinischen Problemen«, so formulieren es Fleissner u.a. (1980, 328), »und geringer Effizienz des medizinischen Versorgungssystems - in Verbindung mit einem hohen Stand des politischen Bewußtseins in der Arbeiterklasse - entwickelte sich eine starke Bewegung für eine umfassende Reform des Gesundheitswesens...«. Die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes ist in der Tat Folge einer teilweisen Umsetzung der herkömmlichen Arbeitsmedizin in die Arbeitermedizin[2] und der Reformbewegung in der Psychiatrie (vgl. u.a. Simons 1980), die ebenfalls nicht ohne den Einsatz der Arbeiterschaft, den Druck der Gewerkschaften, die Aktivitäten fortschrittlicher Gesundheitsarbeiter und Wissenschaftler und die Unterstützung durch die Linksparteien durchsetzbar gewesen wären. Der Kampf um die Gesundheit und die Sensibilisierung für das Problem 'Krankheit' sind seit Beendigung des 2. Weltkriegs, verstärkt ab Mitte der 50er Jahre und ganz besonders seit dem »heißen Herbst« 1969, der in Italien auch die Arbeiterklasse erfaßte, Bestandteil des Klassenkampfes.

1. Abriß der vorbereitenden Initiativen zur Gesundheitsreform

Schon die Partisanenrepubliken und insbesondere das Comitato di Liberazione Nazionale von Venetien hatten sich des Problems der Erneuerung und Reorganisation des italienischen Gesundheitswesens angenommen (Bernabei u.a. 1980, 26; Terranova 1979, 10). In einem Dokument vom 15.9.1945, »Atti della Consulta Veneta di Sanità« (vgl. Bernabei u.a. 1980, 327-328), werden zwei der wichtigsten Prinzipien des Ende 1978 verabschiedeten Gesetzes antizipiert: die dezentralisierten Strukturen einerseits und die einheitliche integrierte Verwaltung aller *sozio-sanitärer* Interventionen andererseits. Ende der fünfziger Jahre werden die Gewerkschaften initiativ und fordern für die sanitäre Neuordnung, neben Dezentralisierung der Dienste und uneingeschränkter Behandlung, umfassende Prävention im Sinne einer Bekämpfung krankmachender Faktoren am

Arbeitsplatz und in der sonstigen Umwelt. Nach weiteren Vorschlägen und Diskussionen auch innerhalb der Parteien und anläßlich wissenschaftlicher Tagungen reicht 1965 die KPI einen Initiativantrag ein (Berlinguer 1979, 259-277). Auf Regierungsebene wird die Errichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes zum ersten Mal im Fünfjahresplan 1965-69 ernsthaft erwogen und die örtliche Gesundheitseinheit - »Unità Sanitaria Locale« (USL) - als Modell der Organisationsstruktur für die Primärversorgung eingeführt (Bernabei u.a. 1980, 27). Nach den großen Streiks von 1969/70 für den umfassenden Schutz der Gesundheit finden 1970 die ersten Begegnungen zwischen Regierung und Gewerkschaften statt. In diesem Zusammenhang hat Giovanni Berlinguer bedauernd festgestellt, Italien sei leider das einzige Land, in dem Gesundheit ein Thema des Kampfes der Volksmassen geworden sei und die werktätige Klasse die führende Rolle im Kampf um die Gesundheit spiele (vgl. Wintersberger 1977, 233). Um 1972 ist die erste Phase der kulturellen Vorarbeit für die Gesundheitsreform beendet. 1973 - Choleraepidemie in Neapel! - bringen die Linksparteien neue Gesetzentwürfe ins Parlament ein. Ein Jahr später stellt der damalige Gesundheitsminister den Geseztesentwurf 3207 vom 12.8.1974 vor, mit dem die vierjährige parlamentarisch-gesetzgeberische Reformarbeit eingeleitet wird.

Inzwischen sind Gesetze und Dekrete erfolgt, die, wenn auch nicht immer so intendiert, die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsdienstes vorbereiteten. Die wichtigsten Maßnahmen betreffen: a) die *Regionalisierung*[3], d.h. die Einrichtung von Regionen als autonome Gebietskörperschaften, verantwortlich für die Gesundheits- und Krankenhausversorgung und Teile der öffentlichen Fürsorge; b) die *Dezentralisierung* und Selbstverwaltung sowie die *Mit- und Selbstbestimmung* - »*partecipazione*« - zusammen mit der Einleitung einer umfassenden Reform der örtlichen Verwaltung; c) die vorzeitige Einführung der *kostenlosen stationären Behandlung*[4] für die gesamte Bevölkerung nach wiederholter Tilgung der hohen Krankenkassenschulden aus Mitteln des Staatshaushalts; d) die *Auflösung der Krankenkassen*[5] und einer Vielzahl von öffentlichen und halbstaatlichen Fürsorgeeinrichtungen[6]; e) das »*Statut der Rechte der Arbeiter*«, dessen Art. 9[7] und 12 besonders auf die gesundheitlichen Belange am Arbeitsplatz abzielen und das Konzept der Arbeitermedizin sozusagen offiziell einführen; und f) das neue »*Psychiatriegesetz*«[8].

2. Grundprinzipien und Zielvorstellungen des Servizio sanitario nazionale (Ssn)

Die bisherigen Ausführungen haben die Entwicklung zu skizzieren versucht, innerhalb derer die Verabschiedung des Gesetzes und die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes in Italien gereift sind. Wie schon erwähnt, beginnt das Gesetz mit dem der Verfassung entstammenden Grundsatz »Die Republik schützt die Gesundheit als Grundrecht des Individuums und als Interesse der Gemeinschaft mit Hilfe des nationalen Gesundheitsdienstes« (Art. 1) und leitet über zu Grundprinzipien (Art. 1 u. 2), die folgendermaßen zusammengefaßt werden können:

- *Umfassende Vorbeugung* mit primärpräventiver Orientierung in jedem Arbeits- und Lebensumfeld
- *Dezentralisierung* der Kompetenzen und *Ausbau der Basisversorgung* mit dem Ziel, die gemeindebezogene Gesundheitssicherung zu stärken
- *Partizipation*, d.h. *aktive Beteiligung* der Benutzer
- *Vereinheitlichung des Leistungsangebotes* nach dem Prinzip der Einheit von Vorbeugung, Kuration und Rehabilitation einerseits und Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten andererseits
- *Gleichheit der Versorgung* mittels Aufhebung der durch das Versicherungsprinzip verursachten Differenzen im Zugang und Umfang der gesundheitlichen Betreuung zum einen und der regional stark variierenden Versorgungsbedingungen zum anderen.[9]

Im Art. 2 werden die Zielvorstellungen präzisiert und erwähnen - neben verschiedenen Bereichen der Prävention - auch die Qualifizierung der Gesundheitsarbeiter[10] durch Fort- und Weiterbildung für ihre neuen Aufgaben innerhalb des Ssn. Der Gesundheit bestimmter Problemgruppen[11] - Industriearbeiter, Mütter, Säuglinge und Kinder[12] wie auch der Alten - wird Priorität eingeräumt (Art. 2 Abs. 2f.).

Die *globale* Betrachtung - das »principio della globalità« - umreißt die neue Qualität des Reformwerkes. Sie basiert auf der Erkenntnis, daß Gesundheit und Krankheit kein individuelles Schicksal sind, sondern Folge konkreter Arbeits- und Lebensbedingungen. Die Gesundheitsrisiken dürfen nicht in produktionsbedingte und lebensumweltbezogene getrennt werden. Hierin liegt gerade die Grundlage für die neue Herangehensweise in der Gesundheitsförderung. Weitere Aspekte des

»principio della globalità« sind die Aufhebung der Trennung zwischen vorbeugenden und kurativen Maßnahmen und die ganzheitliche Sicht des Menschen als biologisches, psychisches und soziales Wesen. Die beabsichtigte und im Vorgriff in fortschrittlichen Regionen schon eingeführte Zusammenlegung der sozialen und Gesundheitsdienste[13] weist auch in dieselbe Richtung einer einheitlichen und globalen Antwort auf die Probleme des Benutzers.

3. Die Organisationsstrukturen des Ssn

Drei Ebenen sind für die Organisationsstrukturen des Ssn vorgesehen: die zentralstaatliche, die regionale und die lokale. Dem *Staat* steht die Kompetenz zu, die politische und organisatorische Grundrichtung anzugeben und die Koordinierung auf höchster Ebene durchzuführen (Art. 6). Es betrifft insbesondere die allgemeinen Zielsetzungen der nationalen Gesundheitsplanung, die jeweils in Dreijahresplänen festgesetzt werden und die Verwendung und Zuweisung der Ressourcen in Abstimmung mit einer ebenfalls vorgegebenen Anhebung der Mindest-Versorgungsstandards, die allen Bürgern auch in Süditalien und auf den Inseln zugesichert werden sollen (Art. 3). Dem Staat obliegt weiterhin die Normsetzung für Bereiche, die, um örtliche Disparitäten zu vermeiden, überregional geregelt werden müssen - wie u.a. die Arbeitssicherheit, der Umweltschutz und die Lebensmittelhygiene (Art. 4). Mit der praktischen Kontrolle werden die Kommunen bzw. die zuständigen örtlichen Gesundheitseinheiten beauftragt. Die Wahrung der internationalen Verpflichtungen und die Anleitung und Koordinierung der Regionen in Gesundheitsfragen sind ebenfalls dem Zentralstaat vorbehalten (Art. 5). Unfähigkeit und versteckter Widerstand gewisser Regionen wurden miteinkalkuliert und entsprechende Vorkehrungen und Regelungen im Gesetz festgehalten.

Dem Staat stehen verschiedene Beratungsorgane zur Seite:

1. der *nationale Gesundheitsrat* - »Consiglio sanitario nazionale« (Art. 8 und 60), in dem, unter Vorsitz des Gesundheitsministers, die Vertreter der Regionen, verschiedener Ministerien, Sozialpartner und nationaler Forschungsinstitute vertreten sind[14]. Der Gesundheitsrat bestimmt die allgemeinen Richtlinien der nationalen Gesundheitspolitik, arbeitet den nationalen Gesundheitsplan aus, verteilt die Ressourcen aus den nationalen Gesundheitsfonds unter die Regionen und verfaßt die

jährlichen Gesundheitsberichte.

2. das *Oberste Gesundheitsinstitut* - »Istituto Superiore della Sanità« - ist das technisch-wissenschaftliche Organ des Ssn (Art. 9). Es ist in fünf Sektionen unterteilt, die bei uns im wesentlichen den verschiedenen Instituten des Bundesgesundheitsamtes und des Umweltbundesamtes entsprechen. Außerdem ist das Oberste Gesundheitsinstitut u.a. zuständig für die Information und organisatorische Beratung der örtlichen Gesundheitseinheiten, für die Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsarbeiter in Fragen der öffentlichen Gesundheit und für die Vorbereitung von Forschungsprogrammen.

3. das *Oberste Institut für Prävention der Berufskrankheiten und Arbeitssicherheit* - »Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro« - hat ähnliche Aufgaben in seinem speziellen Zuständigkeitsbereich (Art. 23). Diese unzweckmäßige und den Grundprinzipien des Gesetzes widersprechende Teilung resultiert aus Streitigkeiten zwischen den Ministerien (Barro 1979, 27). Das Oberste Institut für Prävention der Berufskrankheiten und Arbeitssicherheit ist auch zur Koordinierung seiner Aktivitäten mit dem Nationalen Forschungsrat - »CNR« - und dem Nationalen Rat für Atomenergie - »CNEN« - verpflichtet.

Den *Regionen* obliegt auf der Basis der zentral vorgegebenen Rahmenrichtlinien die Steuerung der Gesundheitsplanung, -politik und -versorgung (Art. 7). Sie sind zum Erlaß von Regionalgesetzen berechtigt, deren Verwirklichung sie auch sichern müssen. Sie entwickeln, im Anschluß an den nationalen Gesundheitsplan, ihre eigenen Dreijahrespläne und verteilen die Haushaltsgelder unter die örtlichen Gesundheitseinheiten, deren Einzugsgebiet festzusetzen allererste Aufgabe ist, in Absprache mit den beteiligten Kommunen und Stadtbezirken (Art. 11). Drei Grundsätze haben dabei die Entscheidungen der Regionen zu leiten:

- die Koordinierung der Gesundheitsmaßnahmen, unter Berücksichtigung der regionalen sozioökonomischen Bedingungen und den schon getroffenen Dezentralisierungsbeschlüssen
- die Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen in territorialer und funktionaler Hinsicht bei Anpassung der staatlichen Normen an die einzelnen regionalen Gegebenheiten
- die Sicherung eines angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses.

Diese Grundsätze machen den Regionen die Vereinheitli-

chung der Versorgungsstandards (sowohl im Hinblick auf die territoriale Verteilung als auch auf die Inanspruchnahme) zur Verpflichtung. Es ist die konsequente Anwendung der allen Bürgern zustehenden Rechte - und Gesundheit ist, dies muß noch einmal betont werden, ein von der italienischen Verfassung garantiertes Recht. Vor der Ausarbeitung der regionalen Gesundheitspläne ist eine Konsultation mit den örtlichen Gebietskörperschaften, den im Regionalgebiet vorhandenen Universitäten und den Verbänden der Sozialpartner und der Gesundheitsberufe gesetzlich vorgeschrieben. Die sekundären Aufgaben der Provinzen sollen hier nicht erörtert werden.

Die *Kommunen* haben administrative Funktionen in all den Fragen der medizinischen Versorgung, die weder dem Staat noch den Regionen ausdrücklich und unmittelbar vorbehalten sind (Art. 13). Ihre Aufgaben delegieren sie an die *örtlichen Gesundheitseinheiten* - »Unità Sanitarie Locali« (*USL*) -, die jeweils unter Berücksichtigung der geomorphologischen, sozialen und ökonomischen Gegebenheiten eines Versorgungsgebiets für eine Bevölkerungszahl zwischen 50.000 und 200.000 Einwohnern einzurichten sind (Art. 10). Die Gebiete, Zonen genannt, werden durch Regionalgesetz festgelegt und können einzelne, zwei und mehrere in einem Verband assoziierte Gemeinden[15] oder auch nur einen Stadtkreis umfassen. G. Berlinguer schätzt ca. 665 USL für das italienische Gesamtgebiet, obwohl einige Regionen, besonders im Süden und mit christdemokratischen Mehrheiten, bis zum heutigen Tag noch keine USL eingerichtet haben (Unità vom 12.12.1980). Entweder wurde noch kein Regionalgesetz über deren Konstituierung verabschiedet oder deren Konstituierung mit der Wahl der leitenden Gremien und der Funktionsübertragung von den ehemaligen Krankenkassen auf die USL verschleppt. Auf regionaler Ebene sind z.B. für die Toskana - 3,54 Millionen Einwohner (1973), 22990 km² - 40 USL vorgesehen, davon 5 für die Stadt Florenz - 461.000 Einwohner (1974) - und drei für deren unmittelbare Umgebung (Regionalgesetz 37 vom 17.8.1979). In manchen Gegenden ist es auch gelungen, wie in der Provinz Arezzo - 308.000 Einwohner (1973), 3232 km² - die Zuständigkeitsgebiete mit denjenigen der consorzi socio-sanitari übereinstimmen zu lassen, welche seit 1976 bestanden und die Gesundheitsreform antizipierten.

Schließlich wird die USL in mehrere Basisgesundheitsdistrikte gegliedert (Art. 10). Der *Basisgesundheitsdistrikt* - »distretto sanitario di base« - ist die technisch-praktische Ebene,

auf der die eigentliche Primärversorgung durch Allgemeinärzte, Gynäkologen, Pädiater, Krankenpflegepersonal und Sozialarbeiter zu erfolgen hat. Der Distrikt ist, ähnlich dem kubanischen »Sektor«, die Gesundheitseinheit und ein charakteristisches Merkmal des nationalen Gesundheitsdienstes im Sinne eines *Volks*gesundheitsdienstes (Terris 1978, 56). Der Distrikt untersteht keiner zentralen Regelung. Die Kriterien für die Festlegung seines Umfangs sind a) die Deckungsgleichheit mit politisch-administrativen Gebietskörperschaften (Gemeinde, Kreis, Stadtteil), b) die geographische Lage und Zugänglichkeit und c) die Anzahl der potentiellen Benutzer.

Die Meinungen in der einschlägigen Literatur differieren in diesem letzten Punkt sehr. Terranova (1980, 127) nennt zwischen 5.000 und 50.000 Einwohnern, Bernabei u.a. (1980, 264-265) hingegen möchten im Hinblick auf echte Partizipationschancen und -möglichkeiten die Grundeinheit überschaubarer gestalten. Sie sehen den idealen Durchschnitt zwischen 5.000 und 10.000 und weisen gleichzeitig darauf hin, daß ein kleinerer Rahmen einerseits bessere und direktere Beziehungen zwischen dem Gesundheitsteam und den Benutzern[16] und andererseits eine echte interprofessionelle Teamarbeit begünstige. Dieses letzte Anliegen einer »kooperativen Versorgung« (Trojan/Waller 1980) ist auch im Rahmengesetz 833 mehrfach angesprochen und von den Promotoren der Gesundheitsreform immer wieder betont worden.

Distriktmodelle sehen vor, die Betreuung um und in einem soziogesundheitlichen Zentrum - »centro socio-sanitario« - aufzubauen, möglichst in der räumlichen Nähe zu anderen öffentlichen Strukturen und Basisdiensten. Die Verantwortung des Distrikts wird dem früheren Gemeindearzt - »medico condotto« - übertragen. Die Gemeindeärzte, früher »Armenärzte« genannt, sind Angestellte des Staates und waren bis zur schrittweisen Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes für die Betreuung desjenigen Bevölkerungsteils zuständig, der aus vielfältigen Gründen von der Sozialversicherung ausgeschlossen wurde. Die Gemeindeärzte waren daneben auch berechtigt, eine eigene Praxis zu führen. Nach und nach, bedingt durch ihre sich ausweitende Funktion als Armenärzte, haben sie gezwungenermaßen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes übernommen und zeichnen sich durch einen engen Kontakt zum Territorium aus. Die Gesundheitsreform hat aus ihnen die Basisärzte - »medici di base« - gemacht (vgl. l'Unità 9. und 19.9.1980). In den Distrikten sind auch Gesund-

heitsberufe wie Hebammen, Säuglingsschwestern, Gesundheitsberater für Kinder sowie Erwachsene, Hauskrankenpflegepersonal und Umweltbeauftragte vorgesehen. 'Wandernde' Fachspezialisten bieten feste Sprechstunden an. Eine Tagesklinik und beschützte Wohngemeinschaften sollen dem Zentrum angeschlossen sein, um eine möglichst ambulante Behandlung zu garantieren. Zielrichtung ist die ausreichende Versorgung aller, anstelle der spezialisierten und technologisch-intensiven Behandlung einzelner. Die Dezentralisierungsbemühungen des italienischen Gesetzgebers und der Gesundheitsplaner finden sich auch in der Deklaration von Alma-Ata 1978 über die primäre Gesundheitsversorgung bestätigt.

Die Diskussion um Organisationsmodelle für Basisgesundheitsdistrikt und USL dauert an, und die Realisierungen zeigen, neben der vom Rahmengesetz vorgesehenen Bedürfnisorientierung, eine große Vielfalt. In der USL, um auf sie noch einmal ausführlicher zurückzukommen, ist die Gesamtheit der Gesundheits- und Sozialleistungen des jeweiligen Gebiets zusammengefaßt. Durch sie soll Ordnung in das bisherige Chaos von Einrichtungen, Diensten, Ämtern und Kompetenzen gebracht werden, nachdem die alten, vielschichtigen und unübersichtlichen Strukturen schrittweise eliminiert worden sind. Dies impliziert z.B., daß die Krankenanstalten ihre bisherige Autonomie verlieren und ihre Verwaltungsräte auflösen.[17] Ihre Leitung wird fortan von der USL wahrgenommen. Dasselbe gilt für solche isolierten Einrichtungen wie die Beratungsstelle für Familienplanung, das Zentrum für psychische Gesundheit -»Centro Igiene Mentale« (CIM) - oder das ehemalige Arbeitsinspektorat. Das Personal aller ehemaligen Einrichtungen wird von der USL übernommen. Auch die Ambulatorien und sonstigen Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen, einschließlich der ehemaligen Krankenkassenapotheken, gehen in den Leistungsstrukturen der neuen USL auf.

Verwaltungsorgane der USL sind die Generalversammlung und der Verwaltungsrat (Art. 15). Die Generalversammlung wird von Mitgliedern des Gemeinderates (des Stadtbezirksrates oder des Rates der assoziierten Kommunen) gebildet und wählt ihrerseits den Verwaltungsrat, der sich wiederum einen Vorsitzenden gibt und ein Leitungsgremium einsetzt. Dieses besteht aus den verantwortlichen Koordinatoren für die einzelnen Gesundheits- und Sozialabteilungen. Für den Verwaltungsrat können auch 'sonstige' Bürger der Gemeinden gewählt werden.

In jeder USL muß - so schreibt es z.B. das toskanische Regionalgesetz vor - ein »Partizipationskomitee« der auf dem Territorium vorhandenen gewerkschaftlichen und gesellschaftlichen Kräfte gegründet werden. Dieses Komitee, ohne eigene Verwaltungsaufgaben, nimmt kritisch Stellung zur organisatorischen und finanziellen Planung und kontrolliert deren praktische Ausführung. Im Distrikt ist die Partizipation der Bevölkerung durch periodische Sitzungen, Versammlungen und andere noch zu erprobende Kommunikations- und Gemeinschaftsformen, wie u.a. Straßenmeetings, zu sichern. Der Bürger soll laufend informiert und in einen ständigen Diskussions- und Überprüfungsprozeß der soziogesundheitlichen Aktivitäten des Distrikts mit einbezogen werden. Benutzerkomitees haben die Aufgabe, die von ihnen beanspruchten Einrichtungen im Hinblick auf ihre Bedürfnisgerechtheit und Patientenfreundlichkeit zu beobachten. Der Erfolg dieser »partizipativen« Kraft zeigt sich nicht in der gesetzlichen Garantie, sondern erst bei der praktischen Umsetzung konkreter Formen von Mit- und Selbstbestimmung. Berechtigte Skepsis über die Verwirklichungschancen wird von den Gewerkschaften angemeldet. Sie fordern die Bürger bis hin zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe auf, über die Durchsetzung von Partizipationsansätzen zu wachen.

Weiter sind seit Juni 1980 in 28 italienischen Städten »Gerichte für Patientenrechte« (Patientenbeschwerdestellen) entstanden. (L'Unità vom 2.2.1981, La Nazione vom 25.3.1981). Während der Besuchszeiten sammeln die Initiatoren (aus der linkskatholischen Jugendbewegung) vor und manchmal auch in den Krankenhäusern, die von Patienten und Besuchern vorgebrachte Kritik. In mehreren Städten ist eine Zusammenarbeit zwischen den Beschwerdezentren und den USL schon angebahnt, bzw. fest eingerichtet. Öffentliche Versammlungen finden regelmäßig statt, in denen die betroffenen Gesundheitsarbeiter und deren Gewerkschaftsvertreter sich zur Diskussion stellen. Dabei werden einzelne Beschwerden analysiert und offensichtliche Organisationsmängel in der Behandlung erörtert. Individuelle Schuldzuschreibung und diskriminierende Personaldebatten sollen nicht Hauptinhalt der Auseinandersetzung werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß charakteristische Merkmale eines Volksgesundheitsdienstes (Terris 1977, 56 - 57) in den Ssn Eingang gefunden haben. Es sind a) die Versorgung der ganzen Bevölkerung b) die Unentgeltlichkeit c) die

Einheitlichkeit in der Organisation d) die Mitbeteiligung der Bevölkerung e) die Betonung der ambulanten Betreuung f) die Prävention als Grundlage der gesamten gesundheitlichen Versorgung und g) die territoriale Gliederung. Hingegen stellt die Aufrechterhaltung der ärztlichen Freiberuflichkeit[18] ein eindeutiges Zugeständnis dar, das Teile der Ärzteschaft als Gegenleistung verlangten, um ihre grundsätzliche Ablehnung des staatlichen Dienstes aufzugeben.

4. Praktische Auswirkungen für den Konsumenten

Bevor die im Gesetz geplanten USL ihre konkrete Tätigkeit aufnehmen konnten, sind für eine Übergangsphase Zwischenlösungen geschaffen worden. Zur Überwindung der erwarteten Anfangsschwierigkeiten wurden einheitliche Verwaltungsgrundorganisationen - »Strutture Amministrative Unificate di Base« (SAUB) - bereitgestellt, die eine weitreichende Reform sämtlicher lokaler Administrationsbereiche vorwegnahmen, aber auch erste Schritte zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens ab 1. Januar 1980 durchführen sollten. Die SAUB wurden in den Gebäuden der ehemalig größten Krankenkasse (INAM) untergebracht und übernahmen ihr Personal.

Jeder Bürger, auch der bisher nicht versicherte, muß sich bei der für ihn zuständigen SAUB ein Gesundheitsbuch - »libretto sanitario«[19] - beschaffen, worin alle ihn betreffenden Untersuchungen, Diagnosen, Maßnahmen und Therapien, aber auch Arbeits- und Umweltbelastungen eingetragen werden. Vorerst wählt er aus der Liste der vertragsgebundenen Allgemeinärzte (der früheren Kassenärzte) für die Dauer eines Jahres seinen Hausarzt, den »Arzt seines Vertrauens« - »medico di fiducia« - und für seine Kinder bis zum Alter von 12 Jahren ebenfalls den Pädiater seines Vertrauens. Vertragsgebundene Allgemein- und Kinderärzte erhalten eine Pro-Kopf-Pauschale, die zuerst bei jährlich 20000 und jetzt 30000 Lire liegt. Die vorgesehene Höchstzahl von 1500 eingetragenen potentiellen Patienten ist, wie sich im Laufe 1980 zeigte, überschritten worden, besonders auf dem Lande (L'Unità vom 18.1.1981, La Città vom 27.1.1981). Der Besuch eines Spezialisten erfolgt nur mit einer Überweisung des Haus- oder Kinderarztes. Augen- und Zahnärzte sowie Gynäkologen sind von dieser Regelung ausgenommen. Für die Hausbesuche sind folgende Modalitäten vorgesehen, die für Stadt und Land gelten: a) jeder vor 10 Uhr morgens angeforderte Besuch hat noch im Laufe desselben Tages,

auch samstags, stattzufinden; b) trifft die Anforderung erst nach 10 Uhr ein, so ist der Besuch bis 12 Uhr mittags des darauffolgenden Tages durchzuführen; c) Unwilligkeit des gewählten Hausarztes, Hausbesuche zu machen, liefert einen von der SAUB/USL voll anerkannten Ablehnungsgrund, der den Patienten berechtigt, sich umgehend einen anderen Vertragsarzt auszusuchen. Ablehnungsgründe einem Patienten gegenüber müssen vom Arzt der SAUB/USL, im Gegensatz zu Ablehnungsfällen seitens des Patienten, schriftlich vorliegen.

Die seit 1974 unentgeltliche stationäre Behandlung kann nur, abgesehen von Notfällen, mit Überweisung des Allgemein-/Hausarztes erfolgen. Wünscht ein Patient in eine von der SAUB/USL nicht konventionierte Privatklinik aufgenommen zu werden, so müssen ihm festgesetzte Teilkosten zurückerstattet werden.

Auf die Medikamente wird ein Selbstbeteiligungsanteil - »ticket« - erhoben, der ursprünglich, je nach der Höhe des Arzneimittelpreises zwischen 200 und 1.200 Lire (DM 0,40 bis 2,40) pro Verschreibung schwankte. Eine im Frühling 1981 beschlossene Erweiterung der Selbstbeteiligung, auf die später noch eingegangen wird, hat die genannten Quoten stark erhöht. Rezepte verfallen, werden sie nicht innerhalb von 10 Tagen eingelöst.

5. Widerstände und Rückschläge - einige kritische Feststellungen

Jetzt schon eine entmutigende Bilanz zu ziehen, wäre verfrüht. Eine sich an Grundprinzipien eines sozialistischen Gesundheitswesens orientierende Reform in einer Gesellschaft realisieren zu wollen, die weiterhin alle wesentlichen Merkmale einer kapitalistischen Ordnung trägt, muß zu krassen Widersprüchen führen. Sicher hat auch das Reformgesetz selbst nicht unerhebliche Schwächen - Partizipation und Prävention sind allumfassend, aber unpräzis definiert und ohne verbindliche Nahziele, ärztliche Interessengruppen werden geschont -, aber nicht diese sind in erster Linie für den schleppenden Gang der Umorganisation verantwortlich zu machen. Die Erbschaft des kurativen Gesundheitssystems wiegt schwer. Zur Umstellung der Weichen in Richtung auf eine volksgesundheitliche Versorgung bedarf es intensiver kultureller Arbeit. Dies zeigt die mehr als dreißigjährige mühevolle Geschichte der Ausarbeitung und Verabschiedung des Gesetzes. Der Kampf

für die konkrete Umsetzung aber trifft weiterhin auf den aktiven Widerstand bestimmter gesellschaftlicher Gruppen und Interessenverbände. Die kapitalistische 'Krankheitsindustrie', aber auch Teile der Ärzteschaft unternehmen offen den Versuch, die gesetzlich festgelegten Versorgungsstandards in der Praxis nach unten zu nivellieren. Dazu haben weiter die christdemokratischen Regierungen, die ganz unverhohlen Privatinteressen unterstützten, und auch die abwartende Untätigkeit der meisten Regionalbehörden beigetragen. Berlinguer meint, diesen Regierungen die Gesundheitsreform zu überlassen, heiße, den Käse Mäusen anzuvertrauen, und er fügt hinzu, »... und man kann nur feststellen, daß sie schon ein schönes Stück davon gefressen haben!« (L'Unità vom 26.3.1980).

In der Tat sind 1979 von 33 Anschlußgesetzen und Dekreten, für deren Verabschiedung bzw. Erlaß genaue Fristen im Rahmengesetz vorgesehen waren, bloß 11 durch die Regierung veranlaßt worden. Schon der Beginn der praktischen Durchsetzung der Reform wurde auf zentraler Ebene regelrecht 'abgeblockt'. Auch ist der Termin für die Veröffentlichung des nationalen Gesundheitsplanes nicht eingehalten worden, so daß die sich daran orientierenden regionalen Gesundheitspläne nicht rechtzeitig ausgearbeitet werden konnten. Das Wort 'Sabotage' ist für die Handlungsweise der Regierung sicherlich adäquat: Zum gleichen Zeitpunkt, als der nationale Gesundheitsdienst in Kraft trat, bot die staatliche Versicherungsgesellschaft »Assitalia« mit großem Aufwand besonders günstige Privatkrankenversicherungs-Policen an (La Repubblica vom 3.1.1980)! Eine staatliche Institution half aktiv mit, die öffentliche Gesundheitsreform zu unterlaufen.

Weitere Privatversicherungen versuchten, die Angst der Bevölkerung vor einer angeblichen Verschlechterung der staatlichen Versorgungsleistungen nutzend, Marktlücken aufzutun und für durchschnittlich 300.000 Lire jährlich die Kosten für die stationäre Behandlung zu übernehmen. In der Lombardei wurde durch eine Handwerksinnung sogar eine neue Krankenkasse gegründet, die mit der ärztlichen Standesorganisation in Mailand Privatverträge aushandelte. Dabei wurde für eine allgemeinpraktische Konsultation 11.500 Lire (DM 23,-) als fixe Gebühr festgesetzt, 15.000 Lire (DM 30,-) für einen normalen und 21.000 Lire (DM 42,-) für einen dringenden Hausbesuch. Spezialisten erhielten jeweils 50 % mehr.

Unter den Gesundheitsberufen kamen erwartungsgemäß die größten Schwierigkeiten von den ärztlichen Interessengrup-

pen. Unter Beifall des Deutschen Ärzteblattes (7.2.1980) widersetzten sich die Standesorganisationen auch dem Prinzip der Kostenfreiheit der Behandlung. Eine Woche nach Inkrafttreten der Reform beschloß der Verband der Vertragsärzte in der Lombardei, Patienten nur gegen Barzahlung zu behandeln und sie für die nachträgliche Rückerstattung an die SAUB/USL zu verweisen. Diese Obstruktionspolitik wurde als Druckmittel für die Durchsetzung ärztlicher Interessen bald laufend auch von anderen regionalen Ärzteverbänden genutzt.

Weiter wollten sich die Spezialisten der ehemaligen Krankenkassenambulatorien und die Gemeindeärzte, als Staatsangestellte, einen Weg bahnen, auch privatärztlich tätig zu werden. Sie beriefen sich auf das alte Standesprivileg des Freiberufes und nutzten eine den Krankenhausärzten im Rahmengesetz zugestandene Möglichkeit, neben der staatlichen Anstellung auch privatärztlich zu liquidieren (s. Anm. 18). Dabei kam ihnen der Umstand zu Hilfe, daß das Gesetz zur Eingliederung, Reorganisation und Qualifizierung aller auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung Beschäftigten (einschl. den Verwaltungsangestellten ca. 1 Million) nicht zum festgesetzten Termin ins Parlament eingebracht wurde.

Nicht nur Ärzte und Versicherungsinstitute nutzten die Übergangsphase zu ihrem Vorteil aus. Die Privatkliniken unterboten sich in der Preisgestaltung ihrer Leistungen. Sogar der Gesundheitsminister unterstützte in seinem anläßlich der Reform der ganzen Bevölkerung zugestellten »Krankenbrevier« die Aktivitäten der Privatkliniken indirekt. So konnte eine schleichende (Re)privatisierung um sich greifen.

Auch die Bevölkerung blieb von diesen Widersprüchen nicht unberührt. Wegen der Vorurteile - hohe Liquidationen scheinen immer noch bessere Qualität zu versprechen! - gegenüber der staatlichen Gesundheitsleistung vertraute man sich lieber dem Privatarzt an. Nach dieser Konsultation wurde häufig der Vertragsarzt aufgesucht, um von ihm ein Rezept für die kostenlose Abgabe des von seinen Kollegen privat verschriebenen Medikaments zu erwirken. SAUB-Patienten, wie sie genannt werden, wurden auch allerlei Schikanen aus dem Repertoire der Klassenmedizin ausgesetzt. Fachärzte, besonders Augen- und Zahnärzte, die nur selten bereit waren, vertragsgebunden zu arbeiten, schränkten für solche Patienten zweiter Klasse ihre Sprechstunden auf nur 1 - 2 Tage wöchentlich ein. In der Stadt Florenz mit einer halben Million Einwohner waren 1980 nur 12 Augenärzte gewillt, auch vertragsgebunden zu behan-

deln. Wochenlange Wartezeiten waren die Folge.

Den streikenden Allgemeinpraktikern werden in den letzten Monaten goldene Verträge angeboten, den Benutzern aber eine Erweiterung der selbstbeteiligungspflichtigen Leistungen... Der Selbstbehalt[20] erstreckt sich seit April 1981 von einer bestimmten Einkommenshöhe an (12 Millionen Lire jährlich) auch auf die Laboruntersuchungen (15 %), die Heil- und Badekuren und die stationäre Behandlung, die seit 1974 kostenlos war. Nicht ganz verständlich ist der Vorschlag der Gewerkschaft CGIL, die sogar für die Einführung der Kostenbeteiligung bei einfachen Arztkonsultationen ab einem jährlichen Einkommen von mehr als 20 Millionen Lire plädiert (L'Unità vom 17.4.1981, Corriere della Sera vom 18.4.1981).

Gleichzeitig werden für die USL ein Einstellungsstop verfügt und die Krankenhäuser aus ihrem Kompetenzbereich herausgenommen, die ihre Anerkennung als Ausbildungs- und Forschungsstätte beantragt haben. Zu den verschleppten Gesetzen gehört das Gesetz über die Arbeitssicherheit und die Prävention der Berufskrankheiten, wovon die Übernahme des Personals und der Funktionen der bisherigen Arbeitsinspektorate durch die USL abhängen. Bei den Arzneimitteln hat man Preiserhöhungen zugestimmt, aber die Pharmawerbung noch nicht verboten bzw. eingeschränkt, wie im Art. 31 des Gesetzes 833 vom 23.12.1978 vorgesehen. Auch die Reglementierung der Arzneimittelherstellung (Art. 29) durch Festsetzung einer staatlichen Medikamentenliste ist nur sehr unvollständig erfolgt.

6. Ausblick

So liegt die Hauptzielsetzung der italienischen Gesundheitsreform, *eine einheitliche und kostenlose Betreuung für jeden Bürger bei aktiver Mitbestimmung der Gemeinschaft in einem umfassenden System von sozio-ökologischen Versorgungsleistungen* noch in weiter Ferne. Möglicherweise ist es als 'lückenloses Gesundheitsnetz' in diesem Ausmaß auch nicht wünschenswert. Diese Zweifel, so wichtig sie auch sind, können hier nicht weiter erörtert werden.

Prävention und Partizipation sind die zwei wichtigsten Bestandteile der italienischen Gesundheitsreform. Die eindeutige Ausrichtung auf partizipative Präventivmedizin intendiert gegenüber anderen Versuchen sozialisierter Gesundheitsversorgung in Westeuropa - Großbritannien und Schweden, wo Partizipation eine untergeordnete Rolle spielt - eine Kurskor-

rektur. Diese beruht auf den Erfahrungen der politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzungen in Italiens Fabriken und Gemeinwesen, in denen die gesundheitlichen Folgelasten der kapitalistischen Produktionsweise nicht widerspruchslos hingenommen werden. Sowohl das ökologische Bewußtsein, wie die Ausrichtung auf Eigeninitiative und die Aneignung bisher Fremdinteressen gehorchenden Gesundheitskompetenzen sind Ergebnis dieses Erkenntnis- und Bewußtwerdungsprozesses.

'Soviel Bürger wie möglich, so wenig Patient wie nötig', dies beschreibt den idealen Kreuzpunkt, wo Prävention und Partizipation in ihrer ganzen Wirksamkeit zur Geltung kämen. Das italienische Rahmengesetz zur Einrichtung des nationalen Gesundheitsdienstes hält dafür Freiräume offen. Die Gefahr besteht, daß sie nicht rechtzeitig ausgenutzt werden und das Gesetz »eine leere Hülse« bleibt oder zur bloßen »technokratisch-bürokratischen Anpassung« degradiert wird (Mori 1979). Viel wird hier davon abhängen, ob es gelingt, die Massen - wie Ende der sechziger Jahre - zu mobilisieren. Gesundheit ist eine Utopie, die es zu konkretisieren gilt. An den realen Veränderungsprozessen wird nicht nur die formale Qualität des Gesetzeswerkes, sondern besonders die emanzipatorische Kraft seiner Nutzer gemessen werden. Aus fremdbestimmten Verhältnissen selbstbestimmte zu machen, darin wird der entscheidende Unterschied zwischen einem nationalen und einem Volksgesundheitsdienst liegen.

Anmerkungen

1 94,2 % der italienischen Bevölkerung oder knapp 53 Millionen Personen waren am 31.12.1976 krankenkassen-berechtigt und auf ca. 300 Kassen verteilt. Die wichtigste war die INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie), die allein 30 Millionen meist abhängig beschäftigte Versicherte aufwies. Die größeren Kassen unterhielten ein Netz von Ambulatorien, Dispensaires, Apotheken und Labors in ganz Italien. Diese kasseneigenen Behandlungseinrichtungen bilden auch den Grundstock der ambulanten Strukturen des neuen Ssn. Die INAM allein stellte z.B. ca. 1.000 Polikliniken und Ambulatorien. (Vgl. dazu Palenzona 1979; Bernabei u.a. 1980, 108 - 119). Zu einem Überblick in deutscher Sprache über das Recht der sozialen Sicherheit in Italien vgl. Simons 1977.

2 Die Konzeption der Arbeitermedizin umfaßt u.a. »die Ablehnung der Monetarisierung gefährlicher und gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen und die damit einsetzenden Versuche, eine direkte Basiskontrolle über Gefahren- und Schadenfaktoren in der In-

dustriearbeit auszuüben« (Alf u.a. 1980, 42); vgl. u.a. auch Wintersberger 1977, 218 - 234; o.V. Psychische Störung und kapitalistische Arbeitsorganisation 1975, 215 - 227; Berlinguer 1980, 43 - 48.

3 Gesetze 281 vom 16.5.1970, 1121 vom 28.12.1971, 382 vom 22.7.1975 und Dekret 616 vom 24.7.1977. Der weitgesteckte Rahmen der regionalen Autonomie schließt Befugnisse ein zum Erlaß von Gesetzen wie auch in fiskalischer Hinsicht zur Erhebung von Regionalsteuern und Entgegennahme von Finanzzuweisungen aus dem staatlichen Steueraufkommen.

4 Gesetz 386 vom 17.8.1974. 1967 und 1970 waren schon aus dem Staatshaushalt Schulden der Versicherungsträger gegenüber den Krankenhäusern in Höhe von 467 Milliarden bzw. 500 Milliarden Lire getilgt worden. 1974 erreichten die Schulden die gewaltige Summe von 2.700 Milliarden Lire (DM 5,4 Milliarden). Vgl. Berlinguer 1979, 114.

5 Durch Präsidialdekret vom 29.4.1977 werden die aufzulösenden Krankenkassen festgelegt und außerordentliche Kommissare für deren Überwachung bis zu ihrem gänzlichen Aufgehen in den nationalen Gesundheitsdienst bestimmt. Das Gesetz 349 vom 29.6.1977 trifft Übergangsregelungen für die Überführung der Funktionen der Versicherungsinstitute an die Regionen wie auch für den Abschluß einheitlicher Verträge für die Gesundheitsberufe im Hinblick auf die bevorstehende Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes. Seit dem 1.7.1977 befinden sich die Krankenkassen in Liquidation.

6 Gesetze 641 vom 21.12.1978 und 113 vom 29.3.1979.

7 Art. 9 (Gesetz 300 vom 20.5.1970) lautet: »Die Arbeiter haben über ihre Vetretungen das Recht, die Einhaltung der Bestimmungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu kontrollieren und die Erforschung, die Erarbeitung und die Durchführung aller zum Schutz ihrer physischen Integrität geeigneten Maßnahmen voranzutreiben«. Zit. n. Wintersberger 1977, 229. Die in den Betrieben gemachten Erfahrungen finden darin ihren rechtlichen Niederschlag und stellen einen unverzichtbaren Beitrag zur Durchsetzung der Gesundheitsreform dar. Sie begründen auch die Forderung großer Teile der italienischen Bevölkerung, ihr Recht auf Gesundheit und Unversehrtheit nicht mehr an fürsorgepflichtige Instanzen zu delegieren. Vgl. u.a. Alf u.a. 1980, 55.

8 Gesetz 180 vom 13.5.1978; ist Bestandteil des Gesetzes 833 (Art. 33 - 35) vom 28.12.1978 über die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes.

9 Vorbeugung wird global im Art. 2, Abs. 1 erwähnt: »Vorbeugung von Krankheiten und Unfällen in jedem Lebens- und Arbeitsumfeld« und für einzelne Bereiche in den Art. 20 bis 24, 33 und 34; Partizipation wird im Art. 1, Abs. 3 und 5 wie folgt angeführt: »Die Verwirklichung des nationalen Gesundheitsdienstes liegt in der Kompetenz des Staates, der Regionen und der Kommunen bei garantierter Par-

tizipation der Bürger«, »Die Zusammenschlüsse auf freiwilliger Basis können in den vom vorliegenden Gesetz festgelegten Fällen und Formen zu den institutionellen Zielen des nationalen Gesundheitsdienstes beitragen«; Art. 1, Abs. 3 bezieht sich auf die Vereinheitlichung des Leistungsangebotes: »Der nationale Gesundheitsdienst besteht aus der Gesamtheit aller Funktionen, Strukturen, Dienste und Tätigkeiten, die auf die Förderung, die Erhaltung und die Wiedererlangung der physischen und psychischen Gesundheit der ganzen Bevölkerung gerichtet sind, ohne Unterscheidung von individuellen oder sozialen Verhältnissen und nach Modalitäten, welche die Gleichstellung aller Bürger zu den Diensten sichern.« Im Art. 1, Abs. 4 schließlich wird die Integration von Sozial- und Gesundheitsdiensten garantiert.

10 Schulz (1980, 376-377) beschreibt einen neuen Typ von »Basis-, Sozial- und Gesundheitsarbeiter, »operatore socio-sanitario di base« (OBS) - der als »Barfußarzt« in unentwickelten Gebieten Süditaliens einen wichtigen Anteil an einer effektiveren Versorgung haben könnte. Der Angehörige dieses neuen Berufszweiges muß in der Lage sein, ...nach Bedarf Aufgaben zu übernehmen, die in einer traditionellen arbeitsteiligen Einrichtung Sozialarbeiter, Pfleger, Krankenschwestern, Psychologen oder gar Ärzte getrennt voneinander verrichten«.

11 Die Arbeitsweise eines an Problemgruppen orientierten sozio-gesundheitlichen Zentrums in der Umgebung von Neapel wird von Schulz (1980) sehr anschaulich beschrieben.

12 Der Abbau von Sonderschulen und die Integration behinderter Kinder in die allgemeinen Schulen sind im Gesetz 516 vom 4.8.1977 festgelegt. Vgl. dazu Mann 1981, 80.

13 Zwischen 1972 und 1976 haben 11 Regionen die Einrichtung von Verbänden zwischen Kommunen und Provinzen gesetzlich geregelt, zur gemeinsamen und integrierten Verwaltung der Sozial- und Gesundheitsdienste. Zu tatsächlichen Gründungen kam es allerdings nur in wenigen, meist linken Regionen. Vgl. Bernabei u.a. 1980, 206-209; o.V. I consorzi socio-sanitari nel processo per la riforma 1976.

14 Der nationale Gesundheitsrat setzt sich wie folgt zusammen: 21 Mitglieder aus den Regionen und 13 aus den verschiedenen Ministerien, 3 aus den nationalen Forschungsinstituten (Oberstes Gesundheitsinstitut, Oberstes Institut für Prävention und Arbeitssicherheit und Nationaler Forschungsrat) und 10 aus dem Nationalen Wirtschaftsrat - »Consiglio Nazionale dell' Economia e del Lavoro« (CNEL) -, in welchem Arbeitnehmer und Arbeitgeber vertreten sind.

15 Bei einer Gesamtzahl von 8.485 italienischen Gemeinden weisen 8,1 % weniger als 500 und 67,4 % weniger als 5.000 Einwohner auf (vgl. Bernabei u.a. 1980, 50-51).

16 Die Gefahr, daß eine so »intime Kennerschaft« in »soziale Kontrol-

le« umschlagen könnte, wird hier vollständigkeitshalber erwähnt, aber nicht weiter diskutiert.

17 Gleichzeitig erfahren die Krankenhäuser auch eine interne Umorganisierung und Gliederung. Ihre einzelnen Abteilungen und Dienste werden zusammen mit entsprechenden ambulanten Versorgungseinrichtungen nach fachspezifischen Kriterien oder nach Problemgruppen neu zusammengefaßt und bilden unter ein und derselben Leitung Funktionsbereiche - »dipartimenti« -.

18 Ob Allgemeinpraktiker oder Spezialist stehen dem Arzt drei Möglichkeiten der Berufsausübung offen: a) als Angestellter des Staates in ambulanten oder stationären Einrichtungen, b) als vertragsgebundener Arzt in der eigenen Praxis, in den Polikliniken oder den ehemaligen Kassenambulatorien, c) in der freien Privatpraxis. Der Inhalt der Verträge oder Konventionen wird im Rahmen der vom Art. 48 (Gesetz 833 vom 23.12.1978) vorgeschriebenen Mindestanforderungen ausgehandelt. Vertragspartner sind Regierung, Regionen und Kommunen einerseits und der Berufsverband der jeweiligen Fachrichtung andererseits. Die Konventionen werden für die Dauer von drei Jahren abgeschlossen. Angestellten Krankenhausärzten, die nur 30 Stunden wöchentlich arbeiten, ist gestattet, als vertragsgebundene Ärzte außerhalb des Krankenhauses eine 'Nebentätigkeit' auszuüben und bis zu 500 (anstelle von 1500) Patienten in ihren Listen zu führen. Auf diese Weise verdienen sie doppelt soviel wie ihre 40 Stunden arbeitenden Krankenhauskollegen (L'Unità vom 18.1.1981)! Freiberuflichkeit und mangelnde Planung haben auf dem Arztsektor die Arbeitslosigkeit zum Problem werden lassen - Italien wies am 30.6.1978 einen Arzt pro 394 Einwohner auf (Berlinguer 1979, 32). Abhilfe meint die Regierung zu schaffen mit einem staatlich finanzierten ABM-Programm: in den nächsten drei Jahren sollen 16.000 Stellen für Jungärzte in den Praxen von Vertragsärzten eingerichtet werden (La Repubblica vom 31.1.1981)!

19 Dieses neue »libretto sanitario« unterscheidet sich im Inhalt und in der Zielsetzung von demjenigen, das bisher von den Krankenkassen überreicht wurde und ist vom Patienten aufzubewahren. Die im neuen »libretto sanitario« enthaltenen Daten werden in anonymisierter Form dem Obersten Gesundheitsinstitut mitgeteilt und bilden die Grundlage der epidemologischen Beobachtung und Erfassung des Gesamtterritoriums. Sie werden auch für die Aufstellung der Umwelt- und biostatistischen Register verwendet. Um jede Diskriminierung zu vermeiden, sind alle medizinischen Zwangsmaßnahmen von der Eintragung ausgeschlossen (Art. 27).

20 Die Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes erfolgt über den nationalen Gesundheitsfonds und setzt sich u.a. aus folgenden zusammen: a) generalisierte Verpflichtung zur Beitragszahlung (ca. 0,3 % des Einkommens) ab 1.1.1980 für alle Bürger, die der Einkommensteuerpflicht unterliegen (Art. 63 vom Gesetz 833), b) Nettoeinkommen aus dem den Kommunen für die USL übertra-

genen Vermögen, c) Erträge aus der bezahlten Tätigkeit der USL und d) Einkünfte aus den Selbstbeteiligungsanteilen. Die Fiskalisierung der Kosten des Gesundheitsdienstes ist für die Zukunft vorgesehen (Art. 76 vom Gesetz 833).

Literaturverzeichnis

Alf, S., B. Penth, H. Tralst: Determinanten staatlicher Gesundheitspolitik und gewerkschaftliche Strategien zur Humanisierung der Arbeit in Italien. Berlin 1980.

Barro, G.: La qualità della salute. Roma 1978.

Berlinguer, G.: Medicina e politica. Bari 1973.

Berlinguer, G.: Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Bari 1979.

Berlinguer, G.: Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften. Einige italienische Erfahrungen. In: Jahrbuch für kritische Medizin 6. Argument Sonderband 53. Berlin/W. 1980, 43-48.

Berlinguer, G., S. Scarpa: La riforma sanitaria. Roma 1974.

Bernabei, P., G. Cirinei, P. Zolo: L'Unità Sanitaria Locale. Roma 1980.

Busnelli, F.D., U. Breccia (Hrsg.): Il diritto alla salute. Bologna 1979.

C.G.I.L. Arezzo e Provincia: Leggi, note, posizioni sindacali sulla riforma sanitaria e i provvedimenti di attuazione. Arezzo 1980.

Consorzi socio-sanitari nel processo per la riforma sanitaria. A cura della Regione Toscana, Giunta Regionale e della Provincia di Arezzo. Atti del Convegno Regionale Arezzo, 5.-6.12.1975. Firenze: 1976.

Dörr, G., R. Klautke: Gesundheitsinteressen und Industriearbeit. Aspekte der italienischen Arbeitermedizin. Berlin 1981.

Flacco, M.V.: Versicherungssysteme und Gesundheitsfürsorge in Italien. In: Die Ortskrankenkasse 1979, 351-355.

Fleissner, P., W. Karner, H. Wintersberger: Grundsätzliche Überlegungen zu einer komparativen Analyse von Gesundheitssystemen am Beispiel Italiens, Großbritanniens und der DDR. In: Schönbäck, W. (Hrsg.): Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt. Vergl. Analyse von Gesundheitssystemen. München usw. 1980, 323-342.

Gianni, G.: Osservazioni e illustrazioni in sintesi sui punti più importanti della legge. In: La legge 23 dicembre 1978, N. 833. Instituzione del Servizio sanitario nazionale. Milano 1979, 5-14.

Lotte per la salute e riforma sanitaria. A cura delle Sezioni napoletane di Medicina Democratica e Psichiatria Democratica. Napoli 1979.

Maccacaro, G.A.: L'USL come sistema. In: Unità Sanitaria 2 (1972) 4-13.

Mann, M.: Einige Aspekte der Praxis der »neuen italienischen Psychiatrie« aufgezeigt am Beispiel Triest. In: Psychiat. Prax. 8 (1981) 76-81.

Mori, M.: La riforma sanitaria: una scatola da riempire. In: Segno critico. Materiali per la sinistra in Umbria. (1979) 1, 83-87.

Numero monografico sulla riforma sanitaria. In: Il Patronato sindacale, suppl. tecnico Nr. 1, 1979.

Palenzona, C.: Les dispensaires italiens en fonction de filtre entre om-

nipracticien et l'hôpital. In: Blohmke, M. (Hrsg.): Effektivität von Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen. Stuttgart 1979, 15-18.
Profeti, R.: Prevenzione e partecipazione. In: Salute e territorio. Nr. 0, 1978, 24-28.
Regione Toscana: Raccolta di provvedimenti legislativi per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale. Firenze 1980.
Regione Toscana, Giunta Regionale: Prime proposte per il piano socio-sanitario 1980-82. Firenze 1980.
Regione (La) dell'Umbria verso la riforma della sanità e dell'assistenza. A cura dell'Umbria, Giunta Regionale. Perugia 1974.
La riforma sanitaria. G. Barro, E. Ferrari, A. Gerola u.a. Roma 1979.
Seppilli, A., M. Mori, M.A. Modolo: Significato di una riforma. Roma 1976².
Servizio (Il) sanitario nazionale. L. Colombini u.a. Con il coordinamento di F.A. Roversi Monaco. Milano 1979.
Simons, T.: Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Italien. In: Igl, G., B. Schulte, T. Simons: Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Frankreich, Großbritannien und Italien. Berlin 1977, 339-477.
Simons, T.: Absage an die Anstalt. Frankfurt/M. 1980.
Schulz, C.: Soziale Intervention als Entpsychiatrisierung. Ein Centro di Medicina Sociale. In: Wambach, M.M., G. Hellerich, W. Reichel (Hrsg.), Die Museen des Wahnsinns. Frankfurt/M. 1980, 364-378.
o.V.: Psychische Störung und kapitalistische Arbeitsorganisation. In: Pirella, A. (Hrsg.), Sozialisation der Ausgeschlossenen. Reinbek 1975, 215-226.
Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca. A cura del Centro italiano di storia ospedaliera (CISO). Roma 1978.
Terranova, F.: Progetto salute. Lineamenti per la costruzione del Servizio sanitario nazionale. Roma 1979.
Terranova, F.: Health services and the state. A few thoughts about the situation in Italy today. Referat auf der 2. Konferenz der »International Advanced Study Group on Political Economy of Health«, 23-27.7.1979 in Ariccia/Italien. Typoskript.
Terris, M.: Die drei Weltsysteme der medizinischen Betreuung. Trends und Aussichten. In: Zur Kritik der Gesundheitspolitik im heutigen Kapitalismus. Jena 1977, 52-66.
Testo (Il) di riforma sanitaria approvato alla Camera. In: Sicurezza Sociale Nr. 15, luglio 1978.
Trojan, A., H. Waller: Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. München usw. 1980.
Wintersberger, H.: Gesundheitskämpfe in Italien - von der Arbeitsmedizin. In: Berger, E. (Hrsg.). Krank - zur Krise der Medizin. Wien 1977, 218-234.
Wintersberger, H.: Zehn Jahre Arbeitermedizin in Italien. In: WSI-Mitteilungen 31 (1978) 10, 590-597.
Chaos bei den »Saubs«. In: Deutsch. Ärztebl. 77 (1980) 304.
Zahlreiche Zeitungsnotizen und -artikel aus der italienischen Presse der Jahre 1979-81.

Udo Schagen

Ärztliche Aufgaben in der Zukunft

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung

Mit diesem Aufsatz soll in einem ersten Teil der entwickelteste Stand der Diskussion um die Ausbildungsreform dargestellt werden. Voraussetzung für einen solchen Diskussionsstand ist die Erkenntnis einer selbstverständlichen Abhängigkeit der Zielsetzung für die Ausbildung von der Organisation des Gesundheitswesens und der Organisation dieses Gesundheitswesens vom Verhältnis derjenigen gesellschaftlichen Kräfte zueinander, die lediglich private, und derjenigen, die die allgemeinen Interessen in diesem Bereich vertreten. Ein solcher Vorschlag, der sich die Vertretung der allgemeinen Interessen zu eigen macht, liegt von der Gewerkschaft ÖTV vor.[1]

Anknüpfend an die früher begonnene Diskussion über »Gesellschaftliche Zielsetzungen ärztlicher Ausbildung«, die in mehreren Aufsätzen weitergeführt und in einem 1980 herausgegebenen Studienheft mit allen in den letzten Jahren auf »den Markt« gekommenen Vorschlägen der Verbände und Regierungskommissionen zusammenfassend dokumentiert wurde,[2] wird in einem zweiten Teil - noch thesenartig - versucht, herauszuarbeiten, welches die zukünftigen Aufgaben des Arztes sein könnten.

Einleitend wird eine kurze Dokumentation des Fortgangs der Diskussion im Anschluß an die früheren Zusammenfassungen[3] gegeben:

In den letzten Jahren verschlimmerte sich trotz vermehrter bundes-, länder- und universitätsamtlicher Regularien zum Zulassungs- und Ausbildungswesen die Situation an den Hochschulen eher weiter. Das Ergebnis der Physikumsprüfung im März 1981 brachte auch die letzte der scheinbar noch festen, also berechenbaren, Säulen des Medizinstudiums, das bis ins Feinste ausgetüftelte staatliche M.c.-Prüfungswesen zum Einsturz. Gegenüber früheren Prüfungen gab es eine mehr als verdreifachte Durchfallquote, 56 % der Prüfungsteilnehmer bestanden nicht. In Wirklichkeit waren es weit mehr, da die überdurchschnittliche Quote von Abbrechern gar nicht in die Berechnung einging. Dieses formal korrekt zustande gekommene Ergebnis ließ sich gegenüber der aktivierten Studentenschaft -

an mindestens 16 der 25 westdeutschen Medizinhochschulen wurde gestreikt, an allen anderen fanden Aktionstage und Protestveranstaltungen statt - und dem von rechts bis links einhelligen Unverständnis der in den Medien wiedergegebenen öffentlichen Meinung nicht aufrecht erhalten. In einem - hier zugunsten einer großen Zahl von Medizinstudenten durchgeführten - einmaligen und beispiellosen Akt staatlicher Willkür wurden nachträglich allen Studenten noch zusätzlich 31 Fragen als richtig beantwortet gutgeschrieben.[4] Einziges Kriterium für diese Festlegung war das angestrebte Ziel, die Durchfallquote auf die bis dahin höchste in vorangegangenen Prüfungen, nämlich 25 %, zu senken. Diese politische Entscheidung war in der Tradition früherer Entscheidungen zum Medizinprüfungswesen konsequent: bei der Einführung des Prüfungssystems im Jahre 1970 hatte man trotz Nachahmung der US-Amerikaner im ganzen, entgegen den dort gemachten Erfahrungen, in diesem Punkt auf einer absoluten Bestehensgrenze bestanden; bei der Durchführung der Prüfungen wurde auf die geforderte Verwendung vorgetesteter Fragen verzichtet; bei der Novellierung der Approbationsordnung im Jahre 1978 wurde nicht nur die Bestehensgrenze auf 60 % richtige Antworten heraufgesetzt, sondern auch die sogenannte Gleitklausel[5] fallen gelassen; in keinem Fall gaben wissenschaftliche Argumente der Testtheorie den Ausschlag, sondern immer setzten sich politisch vordergründige Meinungen durch.[6] Nur um nie wieder solchem politischen Druck ausgesetzt zu sein, nicht etwa aus Erfahrung klug geworden und wenigstens nun die Argumente der Testtheoretiker ernst nehmend, entschieden sich das Bundesgesundheitsministerium und der Bundesrat in einer weiteren Novellierung am 10.7.1981 wieder für einen faulen Kompromiß: nunmehr ist die Gleitklausel wieder eingeführt, aber nur solange, wie dadurch die Bestehensgrenze nicht unter 50 % richtig beantworteter Fragen rutscht.[7]

Zur Prüfung des Prüfungsdebakels wurden auf Beschluß des Verwaltungsrats des Mainzer Instituts für medizinische Prüfungsfragen und auf Vorschlag der Fakultäten und Fachbereiche mehrere Professoren-Gremien eingesetzt. Ohne zu einer abschließenden Meinung über die Ursachen oder gar zu einer klaren und unmittelbar politisch umsetzbaren Empfehlung gekommen zu sein, tagten diese mehrere Monate *nach* der bereits erfolgten Korrektur der Ergebnisse immer noch. Der 84. Deutsche Ärztetag in Trier sowie der Medizinische Fakultätentag in Mainz im Jahre 1981 stellten gegenüber früheren Vor-

schlägen keine neuen Erkenntnisse und Vorschläge zur Ärzteausbildung zur Diskussion.

Dieser allgemeinen Hilflosigkeit muß weiterhin die Forderung entgegengestellt werden: keine Novellierung der Approbationsordnung ohne Sicherung der materiellen Voraussetzungen für inhaltliche Verbesserungen der Ausbildung in den Hochschulen.[8] Da materielle Verbesserungen der Lage an den Hochschulen, insbesondere des Mangels an qualifizierten Dozenten für den Unterricht und des Mangels an praktischen Ausbildungsmöglichkeiten für die Studenten, dem ebenfalls nur mit einem erhöhten Einsatz von Finanzmitteln für die Vergrößerung der Praktika und für die Einbeziehung qualifizierter Krankenhäuser beizukommen wäre, von Seiten der Gesetzesmacher nicht erwogen werden, können Novellierungen derzeit nur zu einer »Textkosmetik« verkommen. Sie würden nur Unruhe in das mühsam im Gleichgewicht gehaltene Ausbildungssystem an den Hochschulen bringen. Solche durch ständige Novellierung erzeugte Unruhe kann konservativen Kräften als Alibi dienen, den vereinzelt doch stattfindenden studienreformerischen Ansätzen vor Ort weitere Steine in den Weg zu rollen. Bei den gegenwärtigen Verhältnissen an den Fakultäten und Fachbereichen führt das regelmäßig zu einer weiteren Einengung noch vorhandener Freiräume für Studenten und Dozenten.

Forderungen zur Ausbildung

Aus einer Analyse der Situation in der Ärzteausbildung der Bundesrepublik und Westberlins, die hier aus Platzgründen nicht wiederholt wird, sind im Anschluß an frühere Arbeiten folgende Forderungen für die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion abgeleitet:[9]

1. *Bildungs- und gesundheitspolitische Zielsetzungen* hinsichtlich des Bedarfs an Ärzten sind in Übereinstimmung zu bringen. Eine simple quantitative Steigerung des Ärzteausstoßes, wie sie in den letzten zehn Jahren erfolgt ist, führt nicht automatisch zu einer Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung. Die heutigen Praktiken der Medizin haben mit ihrer Medikalisierung und Technisierung von Diagnostik und Therapie letztlich nur wenig zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der durchschnittlichen Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung beigetragen.[10] Es wurde damit eher der Tendenz, die Verantwortung für die eigene Gesundheit an die medizinischen Institutionen abzugeben und nur passiv zu reagieren, Vorschub geleistet. Angesichts dieser Erfahrung ist auch zu fragen, welchen Anteil an dieser Entwicklung die stetig größer werdende Zahl der in der Weiterbildung

befindlichen und der niedergelassenen Fachärzte mit dem ihnen eigenen Interesse an ständiger Vermehrung apparativer Manipulationen hat. Gleichwohl bedarf es keiner Frage: noch immer existieren zahlreiche ärztliche Tätigkeitsfelder, in denen es Defizite gibt. Der Bedarf an qualifizierten Ärzten in der Basisversorgung, der Allgemeinmedizin, besonders in Stadtrand- und Landgebieten, an Ärzten in Gesundheitsämtern, in der werkärztlichen Versorgung ist nicht annähernd gedeckt. Die Erfahrung der letzten beiden Jahrzehnte mit der Zunahme der Ärztezahlen auf mehr als das Doppelte, ohne Auffüllung der genannten Versorgungslücken, spricht deutlich gegen die Annahme eines automatisch vor sich gehenden Ausgleichs innerhalb des derzeitigen Systems einer beliebigen Niederlassungsfreiheit.

2. Das zahlenmäßige Dozenten / Studenten-Verhältnis ist dadurch zu verbessern, daß große Krankenhäuser mit den Ausbildungsrechten und -pflichten von Universitätsklinika gleichrangig in die Medizinerausbildung integriert werden. Damit stünden auch entsprechend mehr und gleichzeitig hinsichtlich ihres Krankheitsbildes weniger hoch selektierte Patienten zur Verfügung. Eine Größe von 100 - 200 Studenten pro Ausbildungsjahr und Großkrankenhaus von 800 - 1200 Betten mit Ambulanzen ist anzustreben.

3. Die Verantwortung für die Lehre und die Verantwortung für die Prüfung muß am Ausbildungsort zusammengeführt werden. Die Einheitlichkeit zwischen den Fakultäten kann durch die beratenden und organisationstechnischen Dienste eines Lehr- und Prüfungsinstituts, das der Kontrolle der Fakultäten unterliegt, aufrechterhalten werden.

4. Die Entscheidung über die Art der Prüfung - welcher Anteil mündlich-praktisch, welcher Anteil schriftlich nach welcher Methode -bleibt einem Fakultätsgremium überlassen, in dem die Studenten entscheidend mit vertreten sind. Bei mündlich-praktischen Prüfungen werden Kommissionen gebildet und Prüfungsprotokolle angefertigt. Aufgabe dieser Fakultätsgremien ist es, die Begründung für ihre Entscheidungen nach außen durchsichtig zu machen. Das Gremium verfügt über ihm zugeordnete, hauptamtliche qualifizierte Lehrorganisatoren und -planer.

5. Die Anzahl der Pflichtprüfungsfächer in den Staatsexamina wird von gegenwärtig ca. 42 auf etwa die Hälfte reduziert, hinzu kommen als Teile des Staatsexamens eine Reihe von Wahl-Pflichtfächern sowie die Anfertigung einer wissenschaftlichen Studienarbeit, die es dem Studenten erlauben, sein Wissen in Gebieten seines vorrangigen Interesses schon während des Studiums zu vertiefen und seine Befähigung zur Behandlung eines Themas nach wissenschaftlichen Kriterien unter Beweis zu stellen.

Solche Vorschläge werden bis heute kaum in den offiziellen Vertretungen der Fakultäten und Fachbereiche diskutiert, lediglich in einzelnen studentischen Hochschulgruppen sowie auf Fachtagungen der Vereinigung deutscher Studentenschaften[11].

Die Gewerkschaft ÖTV hat als einzige mitgliederstarke, noch dazu weit über den ärztlichen und auch den Gesamtbereich des Gesundheitswesens hinausgehende Organisation von Bedeutung, den ernsthaften Versuch einer eingehenden Beschäftigung mit der ärztlichen Ausbildung gemacht. Ihr »Diskussionsvorschlag für eine neue Konzeption der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland«[12] enthält neben einem Abriß über die Entwicklung der Ausbildungsordnung, den Zusammenhang von Ausbildung und Gesundheitswesen insgesamt, die Zugangsproblematik zum Medizinstudium, ein umfangreiches Kapitel zur Studienreform in der Medizin mit sowohl kurzfristig wie langfristig zu realisierenden Vorschlägen. Den Vorschlägen liegen zugrunde:

Gesundheitspolitische Zielsetzungen wie

- Prävention ist gleichrangig mit Kuration und Rehabilitation,
- Medizinische Dienste der Basisversorgung haben Vorrang,
- das ärztliche Monopol als Anbieter von Gesundheitsleistungen ist abzubauen,
- Tendenzen einer Regionalisierung der Versorgung zugunsten einer besseren Einflußnahme der Betroffenen sind zu unterstützen,
- auch Laien haben Anspruch auf genaue Kenntnis ihrer Gesundheits- und Krankheitsprobleme,
- biologische Gesetzmäßigkeiten des gesunden und kranken Körpers stehen unter dem Einfluß über die Psyche vermittelter Einwirkungen des sozialen Umfeldes und dürfen nicht isoliert betrachtet werden.

Prinzipien für die Grundausbildung aller Gesundheitsberufe wie

- gemeinsame Lehrveranstaltungen für alle Gesundheitsberufe,
- wissenschaftliche Methodik der Vorgehensweise,
- Erhöhung der psychosozialen Kompetenz,
- Abbau der Hierarchieverhältnisse zwischen Gesundheitspersonal und Laien / Patienten.

Hiervon ausgehend werden Vorschläge entwickelt für *Einführungsphasen* am Studienbeginn und die Bildung von *Studien*gruppen von jeweils ca. 25 Studenten und einem Dozenten, *neue didaktische Ansätze* bei inhaltlicher Umgruppierung der Stoffgebiete, gleichzeitiger Reduktion der Fächer und *Schwerpunktsetzung* mit wenigen Kern-Pflichtveranstaltungen, zusätzlichen Wahl-Pflichtveranstaltungen sowie fakultativen Veranstaltungen,

eine *bessere Integration praktischer und theoretischer Studienanteile* mit einer Erweiterung der praktischen Ausbildung auch außerhalb der Hochschule im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens, aber auch gleichzeitiger methodischer und theoretisch-aufarbeitender Begleitung dieser Praxis,

die regelmäßige Erstellung einer *wissenschaftlichen Studienarbeit* zur vertieften Auseinandersetzung mit einem speziellen wissenschaftlichen Problem komplexer Art, an dem wissenschaftlich methodisches Denken geübt und gelernt werden kann,

ein *alternatives Prüfungssystem*, in dem mit einem kumulativen Verfahren die derzeit bestehende drastische Zäsur zwischen den einzelnen Studienabschnitten, vor allem aber die völlige Unverbundenheit von Lehre und Prüfung und damit von Stoff- und Problembewältigung, bzw. -aneignung und Reproduktion von Kenntnissen und Fähigkeiten abgeschafft werden könnte und für das die Verantwortung dann logischerweise auch an der Hochschule läge.

Die zukünftige Funktion des Arztes

Zwei wesentliche Entwicklungstendenzen in der Medizin entwickelter Länder sind für die Frage nach den Zielen ärztlicher Ausbildung und damit der Funktion des Arztes von ausschlaggebender Bedeutung. Hier soll die Diskussion darüber thesenhaft begonnen werden: Zum einen sind dies die im folgenden dargestellten, sich ändernden Anforderungen an das Gesundheitswesen selbst und zum anderen ist es die Notwendigkeit, die Funktion des ärztlichen Spezialisten im Team der professionellen Gesundheitshelfer und mit diesem wiederum gegenüber dem rat- und hilfesuchenden Laien zu definieren, auf die danach ausführlich eingegangen wird.

Veränderte Anforderungen an das Gesundheitswesen

Die veränderten Bedingungen und Möglichkeiten der Medizin, die veränderten Anforderungen an das Gesundheitswesen und die sich daraus neu entwickelnden Fragestellungen sind bevorzugter Gegenstand der Aufsätze in den Jahrbüchern für eine kritische Medizin und der Reihe Argumente für eine soziale Medizin[13] gewesen und sollen daher hier nicht ein weiteres Mal dargestellt werden. Auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Bestimmung und Begründung des Ausbildungsziels in Abhängigkeit von den Unterschieden der Krankheitshäufigkeit

und -spezifität in unterschiedlichen ärztlichen Tätigkeitsfeldern und etwa auch in Abhängigkeit von der durch den Laien wahrgenommenen Morbidität hat zuletzt *Noack*[14] hingewiesen.

Die Bedeutung akuter Diagnostik und Therapie ist gegenüber Krankheitsvorsorge, Früherkennung und primärpräventiven Strategien zurückgetreten. Breitere Ärztegruppen erkennen, daß der Grad des Vorkommens der zahlenmäßig bedeutenden Volkskrankheiten in einer Bevölkerungsgruppe in erheblich stärkerem Maß von den allgemeinen Arbeits- und Lebensbedingungen abhängt als von der Wirksamkeit diagnostischer und therapeutischer Techniken. Hier stellt sich die Frage nach der Spezifität primärmedizinischen Handelns durch den Arzt: die Forderungen nach reinerer Luft zur Prävention der chronischen Bronchitis und des Lungenkarzinoms, nach geringerem Alkoholverbrauch zur Prävention von Herz-, Leber-, Magen-, neurologischen und psychiatrischen Krankheiten, nach weniger lebensbedrohlichem Straßenverkehr zur Prävention tödlicher und verstümmelnder Unfälle und ihre Durchsetzung sind offensichtlich keine eigentlich medizinischen Aufgaben mehr.

Ärztliche Allkompetenz gegen ärztliche Spezialistenfunktion im Team

Die Beschränktheit lediglich am Krankheitssymptom orientierter »ärztlicher« Handlungsweise, die Beschränktheit eines biologistisch, klinisch empirischen Falldenkens, der naiv vorkommende Wunderglaube an technisch-apparative und pharmako-therapeutische Heilweisen ist zwar noch weithin eine die Verhaltensweisen von Ärzten *und* Patienten bestimmende Tatsache, doch werden die diese Beschränktheit aufbrechenden Fakten immer zahlreicher[15]. Eines der wesentlichen Anliegen der Vertreter einer sozialen Medizin und einer kritischen Medizin war es, den Blick aus dieser Beschränktheit zu heben und zu schärfen für den Ausdruck des Leidens von Geist und Körper unter den konkreten Bedingungen einer in Tempo, Inhalt und Ziel nicht mehr selbstbestimmten Arbeit und eines ebenfalls immer weniger Raum für eigene Aktivität lassenden Lebens überhaupt. In diesem Zusammenhang gewann die Forderung, der Arzt müsse über spezielle psychologische und allgemeine sozialwissenschaftliche Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, immer mehr Raum. In dem Bestreben, die über den Körper des Patienten mit dem vollen Durchblick der radiologi-

schen Hilfsmittel und dem vollen Einblick der endoskopischen Apparatur erreichte Allzuständigkeit des Arztes auch auf die Psyche und den sozialen Lebenszusammenhang des Patienten auszudehnen, entstanden Forderungen nach möglichst weitgehenden klinisch-psychologischen und sozioökonomischen Fachkenntnissen. Ohne diese könne man gar nicht mehr ursächlich heilen. Über diesen Weg fanden sich linke Mediziner plötzlich in einer Position, wo sie die eben noch beim konservativen Gegner bekämpfte umfassende Zuständigkeit für alle Lebensbereiche nun auch für sich in Anspruch nahmen. Was war geschehen?

In dem Bestreben, erkannte und kritisierte Defizite der Medizin, des medizinischen Personals, speziell der Umgangsweise der Ärzte mit Patienten auszugleichen, war nicht gesehen worden, daß solche Defizite nicht allein durch die Ärzte mithilfe immer weiter ausgedehnter eigener Kompetenz ausgeglichen werden können. Dies kann nur erfolgen im Zusammenwirken mit anderen im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen - so ist z.B. offensichtlich, daß für Entwicklungs- und Verhaltensprobleme mit Krankheitswert Psychologen viel eher gut ausgebildet sein können als Ärzte - und vor allem und in erster Linie im gleichberechtigten Zusammenwirken mit dem Patienten selbst. Nicht für den unmittelbaren diagnostischen und therapeutischen Prozeß, wohl aber für die kritische Beurteilung medizinischer Fragestellungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Volksgesundheit und für die Erhöhung der eigenen Wirksamkeit als »Gesundheitsexperte« im Prozeß der gesellschaftlichen Durchsetzung von Allgemein- gegen Privatinteressen ist dagegen sozialwissenschaftliches Grundlagenwissen erforderlich.

Was bleibt nun dem Arzt an Aufgaben in einem Gesundheitswesen, das einerseits immer stärker auf präventive, also primär im wesentlichen nur politisch durchsetzbare Strategien der Verhinderung schädlicher Umwelteinflüsse setzt und andererseits ohne eine weitgehende Eigenaktivität und Selbstorganisation des »Laien« nicht erfolgreich sein kann?

1. Am Anfang jeder präventiven Strategie muß das Wissen über den Zusammenhang des im Hinblick auf die angestrebte Prävention zu beeinflussenden Agens mit einem Leiden stehen. Die Schwierigkeit besteht darin, daß Arbeit und Leben zunehmend weniger unter offensichtlich eindeutig zu lokalisierenden krankmachenden Faktoren stattfinden. Gleichwohl sind die Arbeits- und Lebensbedingungen nicht gesünder, die

physische und psychische Krankheitssymptomatik nicht geringer nur undeutlicher geworden. Fast alle, auf Dauer eigentlich ausnahmslos alle, Störungen der Befindlichkeit haben aber ein körperliches Substrat. Über die Aufklärung des Zusammenhangs dieses biologischen Ausdrucks von einem oder mehreren, untereinander kombinierten physischen oder psychischen Einflußgrößen kann erst die Grundlage für wirksame Prävention gelegt werden. Die ins einzelne kompetente Kenntnis der menschlichen Natur, der biologischen, physiologischen, physiologisch-chemischen Gesetzmäßigkeiten, nicht als ewige Norm, sondern beeinflußt und abhängig sich verändernd mit dem individuellen und gesellschaftlichen Entwicklungsprozeß, ist ein Hauptbetätigungsfeld medizinisch ausgebildeter Experten.

Ein Beispiel für ein Gebiet, über das Kenntnisse nur außerordentlich lückenhaft vorliegen, obwohl es zunehmende Bedeutung für in der Arbeitstätigkeit begründete Krankheiten hat, ist das Phänomen der zentralen, nicht der peripheren (Muskel-), Ermüdung. Obwohl seit langem bekannt ist, daß der Eintritt zentraler Ermüdung in ganz extremem Maße von der Motivation, unter der die Tätigkeit ausgeübt wird, abhängig ist, ist der Frage, inwieweit solche vorhandene, bzw. nicht vorhandene Motivation und die diese begründenden Ursachen dann krankheitsbeeinflussend sein können, noch kaum nachgegangen worden. In den gängigen Physiologielehrbüchern findet sich kaum ein Satz zur »zentralen Ermüdung« überhaupt.

Medizinisch-biologisch-naturwissenschaftliche Basiskenntnisse sind also wichtigste Voraussetzungen für ärztliche Tätigkeit. Einen entsprechenden Stellenwert muß die Aneignung dieses Grundlagenwissens in jedem medizinischen Curriculum haben. Damit soll aber ausdrücklich nicht die heute verbreitete Form der Vermittlung naturwissenschaftlicher Grundlagen an den Hochschulen verteidigt werden: Hier erfolgt die Darstellung der Natur und ihrer Gesetze als quasi ewig gleiche, ahistorische Welt, unabhängig von menschlichem, gesellschaftlichem Einfluß. Eine so isolierte Naturwissenschaft kann es nicht geben. Wie die Wirksamkeit der Naturgesetze in der Welt nicht unabhängig von Eingriffen des Menschen in die Natur gesehen werden kann, so sind auch die Wirkungsweisen der Naturgesetze im menschlichen Organismus nicht unabhängig von der gesellschaftlichen Umgebung.

Die heutige Form der Vermittlung physikalischen, chemischen, morphologischen, physiologischen und biochemischen

Grundlagenwissens in ihrer Isolierung des menschlichen Körpers von seiner natürlichen *und* gesellschaftlichen Umwelt fördert ärztliche Haltungen, wie sie *Waldhubel* schon als notwendige Folge heutiger ärztlicher Praxis beschrieben hat: der in den Formen des Gesundheitssystems (private Niederlassung in, vor allem von der Arbeitswelt, völlig isolierter Einzelpraxis) tätige Arzt »organisiert ... bei seinen Patienten eine Sichtweise auf die eigenen Gesundheitsprobleme. Der Patient tritt vor den Arzt als Körper, losgelöst von seinen Lebensbedingungen ... Die Beschränkung auf die Untersuchung des Körpers, die Erhebung der Lebensgeschichte als Geschichte von Krankheiten organisieren bei dem Patienten eine private Verantwortlichkeit für seine körperlichen Leiden ...« und »dadurch seine Zustimmung zu Verhältnissen, in denen er davon ausgeschlossen ist, zusammen mit anderen die krankheitsverursachenden ... Lebensbedingungen zu verändern.« Mit dieser »ärztlichen Macht« zur Organisierung der Inkompetenz des Patienten, die Ursachen seiner Erkrankung in den Arbeits- und Lebensbedingungen zu bekämpfen, sind die Ärzte aber als ausschließlich im Gesundheitsapparat tätige hierfür zugleich selbst inkompetent.[16]

2. Wie *Abholz* zeigen konnte[17] sind die Möglichkeiten der Kuration, der klassischen und vom Patienten auch heute noch in erster Linie erwarteten Form medizinischer Intervention, gemessen am heutigen Spektrum der wichtigen Volkskrankheiten in den entwickelten Ländern, außerordentlich begrenzt. Die Möglichkeiten des Arztes sind hier beschränkt auf den Bereich der Betreuung, zugleich aber in der »Symptomlinderung ..., der Hilfe beim Ertragen von Krankheit«[18] von großer Wirksamkeit und unmittelbarer Bedeutung für den Patienten.

Der Arzt ist hier spezialisierter Helfer bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen, wo er durch operative, pharmako- oder physikalisch-therapeutische Eingriffe Schmerzen verringern und krankheitsverursachte Einschränkungen körperlicher Aktivität vermindern kann. Geht der Arzt mit seinem Fachwissen den Ursachen dieser Volkskrankheiten nach, um im klassischen kurativen Sinne die Krankheit mit der Bekämpfung der auslösenden Ursache zu heilen, so gelangt er mit seinen Forderungen zur Prävention an die Grenzen seiner *ärztlichen* Kompetenz, die für die Bekämpfung der in der Lebens- und Arbeitswelt, der Umwelt, wirkenden Schädlichkeiten nicht ausreicht.

3. Eine dritte ärztliche Funktion könnte die des hochspezialisierten Gesundheitsberaters sein. Dieser hätte bei schon ma-

nifesten oder sicher drohenden Erkrankungen, die notwendige Veränderung der Arbeits- und Lebensweise gemeinsam mit dem Betroffenen zu planen. Die Diagnose einer in aller Regel chronisch verlaufenden Erkrankung stellt ein so schwerwiegendes und die weitere Lebnsführung so stark beeinflussendes Ereignis im Leben eines Menschen dar, daß sie immer Anlaß für den Beginn einer intensiven gemeinsamen Arbeit zwischen betroffenem Individuum und ärztlichem Spezialisten und einer kontinuierlichen Fortführung zur Bewältigung der Probleme sein solte. Beispielhaft seien erwähnt: die Zuckerkrankheit mit der notwendigen völligen Umstellung der Ernährung, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises mit fortschreitender Bewegungseinschränkung, ein anläßlich eines ersten Organschadens entdeckter Alkoholabusus, eine Krebserkrankung mit möglicherweise verstümmelnder Operation und unsicherer Prognose. Diese Beratungfunktion kann aber auch für die Situation bei Akutkrankheiten, ja selbst für natürliche Ereignisse wie Schwangerschaft und Geburt gefordert sein.

Der Arzt kann seine Expertenautorität gegenüber Arbeitgeber und Familie einsetzen und dadurch helfen. Sein Expertenwissen muß er aber auch bei schweren Erkrankungen an den Betroffenen weitergeben, weil dieser nur mit Hilfe dieses Wissens auf Dauer die Bewältigung seines Leidens selbst organisieren und damit als bewußt tätiges und handelndes Individuum, als Mensch weiterleben kann.

Bei risikobelasteten Individuen, geburts- oder konstitutionsbedingten physischen und/oder psychischen ungünstigen Voraussetzungen für bestimmte Arbeits- und Lebensformen, könnte der Arzt, so problematisch eine solche Funktion gerade auf dem derzeitigen Hintergrund unserer Produktionsverhältnisse und der ihr zuzuordnenden Arbeitslosigkeit ist, Berater bei der Entscheidung zur Berufswahl sein. Im allgemeinen könnte er als erster Hinweise geben, wenn sich aus Änderungen der allgemeinen Arbeits- und Lebensbedingungen Anzeichen für neue Ursachen von Krankheit entwickeln.

Anmerkungen

1 Diskussionsvorschlag der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr zu einer neuen Konzeption für die ärztliche Ausbildung, Stuttgart 1981.

2 Udo Schagen u.a., Mediziner-Ausbildung. Argument-Studienheft 43, Argument-Verlag Berlin/West 1980. Hier finden sich einschließ-

lich einer Aufarbeitung und Auflistung weiterführender Literatur die wichtigsten Diskussionsstränge um die ärztliche Studienreform in Vorbereitung der neuen Ausbildungsordnung seit Beginn der sechziger Jahre.

3 ebd.: Vorwort, sowie U. Schagen, Novellierung der AO statt Studienreform.

4 Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren hat in der Sitzung am 13. Mai 1981 in Bonn eine Entschließung gefaßt, nach der jedem Prüfling, der an der Ärztlichen Vorprüfung im März 1981 teilgenommen hat, einfach zusätzlich 31 Fragen als richtig beantwortet angerechnet werden.

5 Als »Gleitklausel« wird eine Regelung bezeichnet, die das Bestehen der Prüfung an das Durchschnittsergebnis aller Kandidaten koppelt, z.B.: alle Kandidaten haben bestanden »wenn der Anteil der vom Prüfling richtig beantworteten Fragen nicht mehr als 18 vom Hundert unter der durchschnittlichen Prüfungsleistung der Prüflinge des jeweiligen Prüfungstermins im gesamten Bundesgebiet liegt« (Regelung der ÄAppO vom 28.10.1970). Dahinter steht die richtige Vorstellung, daß mögliche starke Schwankungen im Schwierigkeitsgrad der Prüfungen wahrscheinlicher sind (und ungerechte Durchfallquoten bei fester Bestehensgrenze produzieren) als mögliche Unterschiede im Durchschnittswissen eines jeweils viele tausende Teilnehmer umfassenden Prüfungsjahrgangs.

6 Horst Kuni, Peter Becker, Multiple Choice als Numerus clausus - Der Arzt im Krankenhaus 1980, 194 ff (Hefte 4-12).

7 Bericht über die Sitzung des Bundesrates am 10.7.81, Der Tagesspiegel vom 11.7.81.

8 Udo Schagen, Novellierung der AO statt Studienreform; in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 4, Argument-Sonderband 37, Berlin/West 1979. (Ebenfalls abgedruckt im Argument-Studienheft 43, S. 5.)

9 Eberhard Göbel, Udo Schagen, Probleme und Entwicklungstendenzen der Ärzteausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Martin F. Lischka (Hrsg.), Fachdidaktik Medizin: Evaluation und Prüfungen. Z.f. Hochschuldidaktik 4 (Sonderheft 2), Wien 1980.

10 Heinz-Harald Abholz, Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? In: H.-H. Abholz, P. Botschafter-Leitner, J. Breddemann, H.-U. Deppe, K. Priester, R. Rosenbrock, U. Schagen, Vernachlässigte Gesundheit - Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der BRD, Köln 1980. - Mit zahlreichen, anschaulichen Beispielen auch: Heinz-Harald Abholz, Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen. Vortragsserie No. 2 des Ludwig Boltzmann - Institut für Medizinsoziologie beim Institut für Höhere Studien, Wien 1981.

11 VDS-Fachtagung Medizin (Hrsg.), Streik-Info - bundesweit -, Hamburg, April 1981. - VDS-Fachtagung vom 12.6.-14.6.1981, Diskussionspapier zur Prüfungsreform.

12 Diskussionsvorschlag der Gewerkschaft ÖTV, a.a.O.
Zur Vertiefung der einzelnen dort angesprochenen Bereiche s. auch Rik van den Bussche, Qualifikationsprobleme in der Allgemeinmedizin. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 6, Argument-Sonderband 53, Berlin/West 1980; Eberhard Göpel, Vergleichende Untersuchung der Innovationsbedingungen gesundheitswissenschaftlicher Studienprogramme in den USA, Kanada und Australien, Forschungsbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bielefeld 1981; Udo Schagen, op. cit. 2; Jörn W. Scheer, Helmut Zenz, Studenten in der Prüfung, Frankfurt 1973.

13 Siehe dazu insbesondere die Aufsätze von Abholz (JB 1, 2, 3, AS 30, AS 64), Berlinguer (JB 6), Borgers (JB 6, AS 64), Holland (JB 2), Karmaus (JB 4, AS 64), Pauli (BJ 2), Projekt Automationsmedizin (AS 64), Ralli/Kriescher-Fauchs (JB 6), Waldhubel (AS 30), Wintersberger (JB 3);
JB = Jahrbücher für kritische Medizin, Bd. 1-6, als Argument-Sonderbände 1976-1980, Berlin/West.
AS = Argumente für eine soziale Medizin VIII und IX, Argument-Sonderbände 30 und 64, Berlin/West 1979 und 1981.

14 Horst Noack, Prüfungsreform und Ausbildungsreform in der Medizin - eine Fallstudie zur Entstehung einer neuen Prüfungsordnung für Ärzte in der Schweiz. In: Martin F. Lischka (Hrsg.), a.a.O.

15 Mit der zunehmend geringer eingeschätzten Wirksamkeit der »Experten« gegenüber der Bedeutung von Selbstorganisation und Eigenaktivität der Laien haben sich am breitesten die Teilnehmer am »Gesundheitstag 1980« auseinandergesetzt: Gesundheitstag Berlin 1980 (Hrsg.), Dokumentation in 7 Bänden, Berlin/West 1980 und 1981.

16 Thomas Waldhubel, Widersprüche im Studentenleben, Thesen zur Vergesellschaftung in der Hochschule. Das Argument (127), 23 (1981) 383-398, insbesondere 386 f.

17 H.H. Abholz, a.a.O.

18 ebd., S. 17

Robert Pfeiffer, Wolfgang Stratmann

Notstandsgesetzgebung im Gesundheitswesen

Seit dem Sommer 1980 liegt ein Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen im Referentenentwurf vor - das sog. »Gesundheitssicherstellungsgesetz (GesSG)«.[1] Es ist damit zu rechnen, daß das Gesetz in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird.

Obwohl durch das GesSG Millionen Bürger betroffen wären - und zwar schon zu Friedenszeiten -, scheut die Bundesregierung die öffentliche Diskussion; der Entwurf ist nur wenigen Verbänden zugegangen, die ihrerseits eine detaillierte und kritische Berichterstattung nicht wünschen.

Wer verlangt dieses Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen? In erster Linie ist das wohl die Bundeswehr, die sich mit ihrer Auffassung innerhalb der Bundesregierung durchgesetzt hat, die 68er-Notstandsgesetze reichten nicht aus, ein für den Kriegsfall (und den »inneren Notstand«) taugliches Gesundheitssystem vorzubereiten. Laut Generaloberstabsarzt Rebentisch, ehemaliger Chef der Bundeswehr-Sanitätstruppen, wäre ohne ein GesSG »die Bundeswehr im Verteidigungsfall hoffnungslos überfordert«[2].

Auch die Standesorganisationen der Ärzte, die immer schon über ein gutes Verhältnis zu den Streitkräften verfügten, gehören zu den eifrigsten Notstands-Verfechtern. Bundesärztekammerpräsident Vilmar wird nicht müde zu betonen, daß der Bundesärztetag bereits seit 1969 ein GesSG fordere.[3] Dabei geht es den Standesorganisationen auch um bestimmte Partialinteressen. »Das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System der ambulanten ärztlichen Versorgung muß auch im Spannungs- und Verteidigungsfall erhalten bleiben«, heißt es im »Blauen Papier«[4]. Im Klartext: auch im Atomkrieg möchten die niedergelassenen Ärzte ihr Monopol auf ambulante Behandlung erhalten wissen, die standespolitische Borniertheit wird auf die Spitze getrieben. Übrigens erfüllt der Referentenentwurf diese Forderung des »Blauen Papiers« weitgehend.

Einen realen Widerstand gegen das drohende Notstandsgesetz gibt es bis heute kaum, die Thematik ist fast unbekannt. Um den Betroffenen noch zusätzlich Sand in die Augen zu streuen, greifen die Verfechter des GesSG auf ein »Argument« aus der Notstandsdiskussion der 60er Jahre zurück: das Gesetz brauche man zur Vorsorge für zivile Katastrophen (Erdbeben, Überschwemmungen etc.). Allein der vollständige Titel des GesSG straft diese Behauptung Lügen. Das Gesetz heißt: »Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles«. Ginge es nur um zivile Katastrophen, dann würde es ausreichen, die bestehenden Länder-Katastrophenschutzgesetze durch Bestimmungen für das Gesundheitswesen zu ergänzen.

Wie wirkt sich das GesSG im Frieden aus?

Nach dem Referentenentwurf sind alle Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, die eine Berechtigung haben, ihren Beruf in der BRD auszuüben, zur Mitwirkung verpflichtet. Ebenfalls verpflichtet sind die Träger von Einrichtungen, die der gesundheitlichen Versorgung dienen oder im Notfall dienen können - also Krankenhäuser, Sanitätsorganisationen, soziale Einrichtungen etc..

In § 5 (in Verbindung mit § 2,1) sowie in § 6 wird die »Auskunftspflicht« geregelt. Danach müssen die genannten Personen bzw. Institutionen regelmäßig die zuständigen Behörden über die jeweiligen dienstlichen Einrichtungen, ihre Aufgaben, ihre materielle Ausstattung und über die Beschäftigten informieren. Über die Beschäftigten sind mindestens folgende Auskünfte zu erteilen: Name, Anschrift, Alter, Art der Ausbildung, ausgeübte Berufstätigkeit. Nach § 5,1 kann der Umfang der zu meldenden personenbezogenen Daten per Rechtsverordnung festgelegt und insofern beliebig ausgeweitet werden. Eine Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmer zur Weitergabe ihrer Daten braucht nicht eingeholt werden.

Gleichzeitig sind auch die Berufsvertretungen (z.B. Ärztekammern) verpflichtet, ihre Mitglieder und deren Tätigkeit zu melden. Erfaßt werden auch die, die einen Gesundheitsberuf erlernt haben, ohne ihn auszuüben.

Die Meldepflicht gilt mit Inkrafttreten des Gesetzes. Sie wird mehrere Millionen Bundesbürger betreffen. Nach § 9 sollen die personenbezogenen Daten nur im Sinne des Gesetzes verwandt werden. Das schließt aber einen Mißbrauch keineswegs aus, zumal er ohne Wissen der Öffentlichkeit erfolgen kann. Ein ganzes Berufsfeld wird erfaßt - und damit läßt sich allerhand anstellen: Weitergabe von Daten an Arbeitgeber, an den Verfassungsschutz etc.. Wer das für Schwarzmalerei hält, sei daran erinnert, daß im Rahmen der »Terroristenfahndung« so mal eben alle Kundendaten der Hamburgischen Elektrizitäts Werke (HEW) den Computer des BKA passierten.

Die niedergelassenen Ärzte haben nach § 8 die Besichtigung ihrer Praxen durch die zuständige Behörde zu dulden. Diese sog. »Duldungspflicht« gilt ebenfalls für alle anderen Träger von Gesundheitseinrichtungen. Durch den § 8 wird Art. 13 GG - Unverletzlichkeit der Wohnung - eingeschränkt.

Seit Jahren bereits wird von fortschrittlichen Organisationen eine gesetzlich geregelte Fort- und Weiterbildungspflicht

für Ärzte verlangt. Mit dem GesSG wird sie kommen - allerdings nur im Teilgebiet »Kriegs- und Katastrophenmedizin«. Nach § 10 wird künftig eine scheinpflichtige Fortbildung dieser Art für alle Ärzte von den Kammern mit Unterstützung der Bundeswehr durchgeführt werden. Ob man die Approbation entzogen bekommt, wenn man die Ausbildung zum Kriegsarzt ablehnt?

Mit dem Inkrafttreten des GesSG würde die Rekrutierung »freiwilliger Helfer« (§§ 3 u. 10) (vor allem Krankenpflegehelferinnen) auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und gleichzeitig wohl auch verstärkt werden. Warum »Freiwillige«? »Von der Alarmierungsphase vor einem Verteidigungsfall an muß davon ausgegangen werden, daß eine große Zahl von Angehörigen der Gesundheitsberufe, Wehrpflichtigen und weiblichen Arbeitskräften für den Aufbau des Lazarettwesens der Bundeswehr nach und nach abgezogen wird. ... Bereitstellung des erforderlichen Personals wird somit zum Hauptproblem der Anpassung des Gesundheitswesens an die Anforderungen eines Verteidigungsfalles. Die Einstellung zusätzlichen Personals muß vorbereitet werden. ... Das Personal muß ... mit seinen Aufgaben vertraut sein, wenn eine reibungslose Versorgung einer Vielzahl von Verletzten gewährleistet sein soll. An Personalreserve stehen aus- und fortgebildete Schwesternhelferinnen zur Verfügung. ... Der nach Art. 12a GG gezogene enge Rahmen sieht Dienstverpflichtungen von Frauen vor dem Verteidigungsfall nicht vor. ... Erfassung von Personal und Verstärkung der freiwilligen ehrenamtlichen Mitwirkung sind unerläßliche Voraussetzungen zur Erstellung rechtzeitiger Einsatzbereitschaft.«[5] Soweit die Begründung des GesSG. Weil das Grundgesetz die Dienstverpflichtung von Frauen - mit Ausnahme des Verteidigungsfalles - untersagt, wird der Umweg über die »Freiwilligen Helfer« gemacht. Seit 1968 haben Sanitätsorganisationen wie das DRK, der Malteser-Hilfsdienst, der Arbeiter-Samariter-Bund u.a. ca. 230.000 Schwesternhelferinnen ausgebildet, wobei die Finanzierung vom Bund getragen wird.[6] Viele Frauen ließen sich in der Hoffnung ausbilden, anschließend eine Anstellung im Gesundheitswesen zu bekommen. Mit dem Ausbildungsvertrag verpflichten sie sich, im Verteidigungs-, Spannungs- oder Katastrophenfall »freiwillig« zur Verfügung zu stehen - als billige und weitgehend rechtlose Arbeitskräfte. Das GesSG will dieses System perfektionieren, ausweiten und vor allem eine kontinuierliche Fortbildung der Schwesternhelferinnen sichern.

Exkurs: die Notstandsverfassung

Alles bisher genannte gilt im Frieden, also unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes. Im eigentlichen Anwendungsfall ist dem Grundrechtsabbau Tür und Tor geöffnet.

Man muß sich vergegenwärtigen, daß mit der Verabschiedung des Siebzehnten (!) Gesetzes zur Ergänzung des Grundgesetzes vom 24. Juni 1968 (sog. Notstandsverfassung) bereits die weitestgehende Einschränkung der Grundrechte vollzogen wurde. Im Sinne dieses Gesetzes kann »Notstand« ein äußerer Notstand (internationale Krise, Krieg) oder ein innerer Notstand (soziale Unruhen) oder auch eine zivile Katastrophe (Naturkatastrophe) sein.

So soll auch das GesSg im Verteidigungs-, im Spannungs- und im Katastrophenfall gelten. Der Art. 115a Abs. 1 GG macht deutlich, wie weit der Begriff des Verteidigungsfalles gefaßt und wie leicht er festgestellt werden kann: »Die Feststellung, daß das Bundesgebiet mit Waffengewalt angegriffen wird oder ein solcher Fall unmittelbar droht (Verteidigungsfall), trifft der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates. Die Feststellung erfolgt auf Antrag der Bundesregierung und bedarf einer Mehrheit von Zweidritteln der Stimmen, mindestens der Mehrheit der Mitglieder des Bundestages.«[7] Allerdings kann auch der »Gemeinsame Ausschuß« (Art. 115e GG) mit qualifizierter Mehrheit den Verteidigungsfall beschließen.

Innenpolitisch kann also Notstandsrecht schon zu einer Zeit in Kraft gesetzt werden, da nur ganz wenige Geheimnisträger von dem angeblichen Drohen eines Angriffes wissen - und zwar mit einfacher Bundestagsmehrheit. Die Art. 115a - 115l, weiterhin der Art. 87a Abs. 3 GG zur Frage des Einsatzes der Streitkräfte im Inneren heben bei ihrer Anwendung die im Grundgesetz verankerten demokratischen Rechte auf.

In dieser Beziehung ist dem Verteidigungsfall der Spannungsfall gleichgestellt (Art. 80a GG). Im Kommentar zur Notstandsgesetzgebung heißt es: »Seit 1939 begannen alle Kriege ohne vorherige Kriegserklärung mit der unmittelbaren Eröffnung der Feindseligkeiten. Wer nicht von vornherein schwere Rückschläge und Verluste hinnehmen will, muß daher bei Kriegsbeginn bereits voll abwehrbereit sein. Die militärische und die zivile Mobilmachung müssen also möglichst schon kurze Zeit - wenige Tage - vor dem erwarteten Eintritt des Verteidigungsfalles anlaufen. Da bestimmte gravierende Alarmmaßnahmen jedoch eine eskalierende Wirkung haben können

und oft auch mit Eingriffen in die Freiheitssphäre des Bürgers verbunden sind, hat der Verfassungsgeber für die Inangriffnahme solcher Alarmmaßnahmen eine parlamentarische Mitwirkung vorgesehen. Die Feststellung über den Eintritt des Spannungsfalles, die den Weg für die allgemeine Mobilmachung freigibt, trifft der Bundestag mit qualifizierter Mehrheit. Um der Bundesregierung in jeder Lage eine flexible Reaktion zu ermöglichen, kann der Bundestag einzelne Alarmmaßnahmen im Beschlußwege jedoch auch separat (also auch das GesSG, die Verf.) - also auch schon vor dem Spannungsfall - zulassen (Art.80a Abs.1 GG).«[8]

Nachzutragen bleibt, daß der Spannungsfall - ein juristisch außerordentlich schwammiger und beliebig ausweitungsfähiger Begriff - auch durch einen Beschluß des NATO-Rates in Verbindung mit der Bundesregierung ausgelöst werden kann (Art. 80a Abs. 3 GG). Ein Krieg im Golfgebiet, der den Erdölnachschub stoppt, könnte als Begründung für den Spannungsfall herhalten.

Resumee: es gibt viele Möglichkeiten, die Notstandsgesetze, darunter auch das GesSG, in Kraft treten zu lassen. Diese Möglichkeiten beschränken sich nicht auf den Kriegsfall, die Notstandsgesetze sind in Zeiten innerer Unruhe als Disziplinierungsinstrumente tauglich. Herr Lücke, ehemaliger CDU-Innenminister, hat 1966 die Intentionen der Notstandsplaner so ausgedrückt: »Wir müssen uns darüber klar sein: solange die Sonne der Konjunktur scheint, solange wir Vollbeschäftigung haben, solange wird diese Demokratie bestehen und in keine Gefahr hineingeraten. Aber ... wenn einmal fünf bis sechs Millionen Arbeitslose da sind, für den Fall müssen wir uns vorbereiten und für den Augenblick müssen wir unseren Staat rüsten.«[9]

1967 lehnte der DGB-Bundesausschuß einstimmig die Notstandsgesetze ab und stellte u.a. fest, daß in der unscharfen Begriffsdefinition von »Verteidigungs- und Spannungsfall« die »Gefahr mißbräuchlicher Inanspruchnahme« liege[10]. Die gewerkschaftliche Beschlußlage zu den Notstandsgesetzen hat sich seit 1967 nicht geändert. Darum wundert es um so mehr, daß weder ÖTV noch DGB bis heute ihre Ablehnung des GesSG öffentlich zum Ausdruck gebracht haben.

Die Anwendung des GesSG im Notstand

§ 19,2 stellt die Verbindung zum Arbeitssicherstellungsgesetz her. Danach können auch heute schon - im Anwendungs-

fall - abhängig Beschäftigte auf ihren bzw. einen anderen Arbeitsplatz verpflichtet werden. Durch das Arbeitssicherstellungsgesetz werden ausdrücklich die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2, Abs.2, Satz 1 GG), der Freizügigkeit (Art. 2, Abs. 1 GG) und der freien Wahl des Arbeitsplatzes (Art. 12, Abs. 1 GG) eingeschränkt.[11]

Gleichzeitig existieren - in der Begründung zum GesSG angedeutet - schon recht konkrete Pläne, wie die Arbeitsleistung der Beschäftigten im Notstand gesteigert werden kann: »Die Vorschrift (§ 17, Anm. d. Verf.) schafft die rechtlichen Grundlagen, nach denen die im Plan vorgesehenen stationären Einrichtungen und bestimmte Dienste verpflichtet werden können, die Ausweitung ihrer Leistungsfähigkeit vorzubereiten. ... Steigerung der Leistungsfähigkeit durch organisatorische Maßnahmen ohne zusätzliche Investitionen. Sie besteht im wesentlichen darin, daß die Leistungskapazität des Vorhandenen bis zum äußersten ausgenutzt wird. Hierzu kommen als Maßnahmen etwa in Betracht: a) Straffung der organisatorischen Abläufe; b) Verlängerung der Arbeitszeit; c) Steigerung der Arbeitsintensität; d) volle Ausnutzung aller technischen Einrichtungen...«[12]

Von großer Bedeutung für die abhängig Beschäftigten ist auch der Einsatz der »freiwilligen Helfer«. Die »Freiwilligen« sind der Mehrzahl nach Frauen (Schwesternhelferinnen), die zwar nur im Verteidigungsfall dienstverpflichtet, aber auf Grund ihrer mit Sanitätsorganisationen abgeschlossenen Verträge (s.o.) auch im Katastrophen- oder Spannungsfall eingesetzt werden können. Die »Freiwilligen« sind ehrenamtlich tätig, eine Bezahlung durch den Krankenhausträger entfällt. Das Personalvertretungs- bzw. das Betriebsverfassungsgesetz gilt für sie nicht - ebensowenig wie das Streikrecht. Objektiv erfüllen also die »freiwilligen Helfer« eine Lohndrückerfunktion; sie eignen sich auf Grund ihrer Rechtlosigkeit hervorragend, gegen die regulären Beschäftigten ausgespielt zu werden. Der Arbeitgeber kann sich widersetzende Beschäftigte entlassen (oder mit der Entlassung drohen), die Behörde wird schon für »freiwilligen« Nachschub sorgen. Insofern wird auch das Streikrecht der regulären Arbeiter und Angestellten entwertet.

Mit dem Arbeitssicherstellungsgesetz ist die Gruppe der niedergelassenen Ärzte nicht erfaßt. Diese Lücke schließt das GesSG. »Es ist vor allem dafür zu sorgen, daß die ambulante ärztliche Versorgung aufrechterhalten bleibt. Durch Einberufung niedergelassener Ärzte zur Bundeswehr, durch Dienstleistungen im Zivilschutz und im Krankenhaus verringert sich der

Personalbestand erheblich. Gleichzeitig wird die ambulante Versorgung durch Übernahme der Behandlung vorzeitig aus den Krankenhäusern entlassener Patienten und von Flüchtlingen zusätzlich belastet.«[13] In der kalten Sprache der Notstandsplaner wäre zu vervollständigen: auch die atomkriegsbedingte Verminderung der Ärztezahl führt zu einer erheblichen Mehrbelastung der überlebenden Ärzte ...

Durch den § 23 können die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte etc. zum Betreiben ihrer Praxen verpflichtet werden (sog. »Residenzpflicht«). Stehen Praxen leer, können sie anderen Ärzten verpflichtend zugewiesen werden (§§ 24 u. 25). So ganz trauen die Notstandsplaner den frei praktizierenden Ärzten also doch nicht; dienstverpflichtet werden alle, ob abhängig beschäftigt oder selbständig.

Nach § 30 haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen irgendeine Anordnung der Behörde keinerlei aufschiebende Wirkung. Den Dienstverpflichtungen z.B. ist also auf jeden Fall zu folgen.

Wer das nicht tut, hat mit strafrechtlicher Ahndung, zumindest mit Bußgeld zu rechnen (§§ 40 u. 41).

Eine Dienstverpflichtung braucht nicht einmal zugestellt zu werden, es reicht die öffentliche Bekanntmachung z.B. im Rundfunk (§ 29).

Sollten noch irgendwelche (demokratische) Lücken im GesSG bestehen, der § 28 schließt sie. Wortlaut: »Reichen Maßnahmen auf Grund der besonderen Bestimmungen dieses Gesetzes oder der nach diesem Gesetz erlassenen Rechtsvorschriften nicht aus, um den Gesundheitsschutz oder die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ausreichend zu sichern, so kann die zuständige Behörde im Einzelfall die zu diesem Zweck erforderlichen Maßnahmen treffen ...« In der Begründung dazu heißt es: »Die Regelung des § 28 Abs. 1 gehört ihrem Wesen nach zum Sicherheits- und Polizeirecht. Sie ist deshalb den in Generalklauseln gefaßten Befugnisnormen des allgemeinen und des besonderen Polizei- und Sicherheitsrechts nachgebildet. ... Trotz der weiten Fassung als Generalklausel entspricht die Befugnisnorm des § 28 Abs. 1 den gebotenen rechtsstaatlichen Anforderungen.«[14] Der zuletzt zitierte Satz charakterisiert trefflich das »rechtsstaatliche« Verständnis der Notstandsmacher, die Sätze davor belegen, daß mit dem Notstand die Stunde der völlig unkontrollierten Exekutive beginnt. Mit dem § 28 läßt sich *jede* Maßnahme im Gesundheitssystem formal legitimieren.

Die Auswirkungen des GesSG auf die Patientenversorgung

Unmittelbar nach Inkrafttreten des GesSG beginnen die zuständigen Behörden - in der Regel auf Kreisebene - »einen Plan zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles« auszuarbeiten (§ 11). Der Plan umfaßt die bestehenden (Krankenhäuser, Arztpraxen etc.) und die zusätzlich vorgesehenen Einrichtungen (z.B. Schulen oder Hotels als Bettenhäuser), ihre spezielle Verwendung im Verteidigungsfall sowie ihre materielle und personelle Ausstattung. »Die Vorbereitungen müssen soweit vorangebracht werden, daß es in einem Ernstfall nur noch einer Anordnung der Anpassungsmaßnahmen bedarf und diese dann reibungslos und in kürzester Frist durchgeführt werden können«, heißt es in der Begründung[15]. Übrigens sollen die Pläne auf Kreisebene als Richtlinien und nicht als Rechtsnorm erarbeitet werden. Warum? »Schließlich müßte der Plan als Rechtsnorm insgesamt veröffentlicht werden. Für den als Richtlinie festgestellten Plan ist das nicht erforderlich. Aus Sicherheitsgründen ist dies auch nicht zweckmäßig.«[16] Wie üblich: die Notstandsmacher scheuen das Licht der Öffentlichkeit.

§ 4 Abs. 2 gibt die gesetzliche Grundlage »zur Räumung und Verlegung von Krankenhäusern und von Pflegeeinrichtungen, von Kinder- und Behindertenheimen, von Einrichtungen der Altenhilfe sowie von sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, einschließlich sozialer Dienste, die Kranke betreuen.« In den §§ 13, 3, 7, 2 und 21,1 heißt es schließlich, daß stationäre Patienten vorzeitig entlassen bzw. ihre stationäre Aufnahme verweigert werden kann. Im Verteidigungsfall ist dann an eine äußerste Auslastung der Krankenhäuser gedacht, selbst die Belegung von »Fluren und Nebenräumen«[17] wird per Richtlinie geregelt. Über Aufnahme und Entlassung entscheidet letzlich nicht der Arzt, er ist Befehlsempfänger der Rettungsleitstellen, die »über eine zentrale Bettenübersicht und über die erforderlichen Befugnisse zur Anordnung von Belegungen verfügen«[18].

Die aus den stationären Einrichtungen abgewiesenen oder zwangsentlassenen Patienten, die Schwerkranken und Alten, deren Pflegeeinrichtungen geräumt werden, sollen durch die niedergelassenen Ärzte betreut werden, die ihrerseits durch Einberufungen zur Bundeswehr etc. erheblich ausgedünnt sind. Die Standesvertretungen müßten sich freuen: das ist so recht die Stunde, in der sich der Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte bewähren darf.

Penibel und akribisch wird die Umstellung des Gesundheitswesens auf den Kriegsbetrieb geplant. Ziel ist es, »bei einer kriegerischen Auseinandersetzung die Funktionsfähigkeit zu erhalten und eine Ausweitung der Leistungsfähigkeit zu erreichen. Dadurch soll dazu beigetragen werden, die Gesundheit der Bevölkerung zu bewahren und wiederherzustellen und Folgen von Gesundheitsschäden zu mildern.«[19] Immerhin dämmert es den Notstandsplanern, »daß in einem künftigen Verteidigungsfall die Zivilbevölkerung in einem größeren Umfang in Mitleidenschaft gezogen würde, als dies im 2. Weltkrieg der Fall war.«[20]

Dummheit oder bewußte Irreführung? Man muß sich die Realität eines Krieges in Europa sehr klar vor Augen führen: es würde ein atomarer Krieg sein. Die us-amerikanische »Direktive 59« geht jedenfalls davon aus, wenn sie einen thermonuklearen Krieg für führbar und gewinnbar erklärt. Dementsprechend rüsten die USA Westeuropa, darunter die Bundesrepublik, mit typischen Erstschlagswaffen (»Cruise missiles« und »Pershing II«) auf. Dabei lagern heute bereits in der BRD zwischen 6.000 und 10.000 atomare Sprengköpfe, die im Kriegsfall in Richtung Osten abgefeuert werden können. Entsprechend ist auch auf die Bundesrepublik atomares Vernichtungspotential gerichtet. Keine menschliche Phantasie reicht aus, sich die Wüste Europa nach einem nuklearen Schlagabtausch vorzustellen.

Eines ist sicher: es kann in einem Atomkrieg keine sinnvolle Medizin mehr geben (vgl. auch den Artikel von Heinz Hackelberg in diesem Band). Auch ein noch so perfektes Katastrophenmanagement muß versagen. Die Notstandsplaner planen dennoch. Sie empfehlen bei Massenanfall von Verletzten die Triage: »Während im Frieden den Schwerverletzten von der hochspezialisierten Individualmedizin größte Aufmerksamkeit und viel Zeit gewidmet wird, muß der Arzt im Verteidigungsfall eine große Zahl von Opfern einer Sichtung unterziehen und eine Entscheidung über Priorität der medizinischen Versorgung jedes einzelnen treffen.«[21]

Anhand der Bundeswehr-Vorschriften läßt sich ein konkretes Bild dieser Sichtung (= Triage) gewinnen. Denn es darf unterstellt werden, daß sich zivile und militärische Medizin im Kriegsfall kaum unterscheiden. Dieser Auffassung ist auch Oberfeldarzt Röse vom Bundesverteidigungsministerium. Er anerkennt zwar »stärkste moralische Bedenken« gegen eine solche »Sichtung«, ist jedoch »zutiefst überzeugt«, daß bei ei-

nem zivilen Katastropheneinsatz »die Kriterien diesselben sein müssen.« Der Krieg sei schließlich nichts anderes als »eine besondere Form der Katastrophe«.[22]

So fordert die ZVD 49/50 der Bundeswehr für die Kriegschirugie, »daß sich im Gegensatz zur üblichen ärztlichen Handlungsweise die Sorge um den einzelnen den militärischen Erfordernissen unterordnen muß«.[23] In derselben Dienstverordnung heißt es dann z.B.: »Falls die Zahl der Patienten mit Verbrennungen von 20 bis 50 Prozent der Körperoberfläche bereits alles Personal und alle Vorräte mit Beschlag belegen, kann man auf die Versorgung der zu 50 Prozent und mehr Geschädigten keine Zeit mehr verwenden ... Verwundete mit über 50 prozentiger Schädigung bekommen nur schmerzstillende Mittel. Wenn sie überleben, so können sie später endgültig behandelt werden.« Oder: »Bei Massenanfällen erhalten Thoraxverletzte eine einfache Erstbehandlung. Für die weitere Behandlung haben sie eine niedrige Dringlichkeitsstufe, infolgedessen sind ihre Überlebenschancen gering.« Oder: »Bei Massenanfällen gehören die Rückenmarksverletzten selbstverständlich zur Gruppe der Spätbehandlungen.« Oder: »Man muß sich nach nüchterner Überlegung dazu entschließen, den Bauchverletzten in den kritischen Stunden nach einem thermo-nuklearen Angriff eine verhältnismäßig niedrige Dringlichkeitsstufe für die Operation zu geben.«[24]

Eine Medizin, die vor die Behandlung die Selektion setzt; die nach dem Kriterium auswählt, wie wahrscheinlich die Wiederherstellung der Kriegs- und Arbeitstauglichkeit ist; die den ausgesonderten Rest der »Hoffnungslosen« seinem Schicksal überläßt: eine solche Medizin widerspricht jedem humanitären Anspruch, insbesondere auch der von den Standesvertretungen so oft bemühten ärztlichen Ethik.

Dennoch darf man die Wirkung, die vom GesSG wie von anderen Maßnahmen - man denke an die zahlreichen Veranstaltungen und Publikationen zum Thema Kriegs- und Katastrophenmedizin im ärztlichen Bereich - ausgeht, nicht unterschätzen. Da soll nämlich der Irrglaube systematisch - und gerade unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe - verbreitet werden, ein Krieg, auch ein Atomkrieg sei »gesundheitstechnisch« in den Griff zu bekommen. Der Wehrmediziner Rebentisch beklagt das »geringe Katastrophenbewußtsein der Bevölkerung« [25]. Die Verfasser des GesSG formulieren umgekehrt: »Ein wachsendes Verständnis zur Vorsorge für Katastrophen im Frieden kann sich dabei (bei der Vorbereitung des Gesund-

heitswesens auf den Kriegsfall, Anm. d. Verf.) positiv auswirken.« [26] Katastrophenmanagement - und handele es sich auch um eine atomare Katastrophe - ist erlernbar! So will man uns einreden - und uns an den Gedanken eines Krieges gewöhnen. Wir sollen uns mit dem Krieg abfinden anstatt dagegen zu rebellieren.

»Das Gesetz dient einem humanitären Zweck« lautet der erste Satz der Begründung.[27] Kann man frecher lügen? Das Gesetz dient erstens der politischen Disziplinierung, weil es im Kriegsfall, aber auch im inneren Notstand die Beschäftigten weitgehend entrechtet und zweitens der Kriegsvorbereitung, weil es einen weiteren Bereich unserer Gesellschaft, den Gesundheitssektor durch konkrete Kriegsplanung und psychologische Einstimmung militarisiert.

Die größte Gefahr für Gesundheit und Leben geht heute von einem Atomkrieg aus. Bricht erst ein nuklearer Krieg aus, ist jede Medizin sinnlos geworden. Der einzige Ausweg liegt in der Prophylaxe und die ist politischer Natur: Engagement für Entspannung und Abrüstung, Engagement gegen die NATO-Aufrüstung und gegen dieses Notstandsgesetz, das den Krieg mit vorbereiten hilft.

Anmerkungen

1 Referentenentwurf »eines Gesetzes zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles«, BMJFG vom 31.5.1980
2 Deutsches Ärzteblatt Heft 21/1980, S. 1394
vgl. auch J. Mutschler: »Was muß der niedergelassene Arzt von der Katastrophenmedizin wissen« in: Therapiewoche, Heft 31/81, S. 2380 ff
3 vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 18/81, S. 1161 ff
4 Kap. B8 des sog. »Blauen Papiers« (»Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft«), 1980
5 Begründung zum Gesundheitssicherstellungsgesetz (BMJFG), S. 33/34
6 vgl. Lottemi Doormann: »Schwestern für den Ernstfall« in Konkret Heft 12/80, S. 18 ff
7 Art. 115a Abs. 1 u. 2 GG
8 Dr. W. Schmitt: Ministerialrat im BMI, Referent für die Koordinierung der Notstandsgesetzgebung: »Die Notstandsgesetze«, O-sang-Verlag Bad Honnef, 2.Auflage 1969, S. 14/15
9 Lücke am 20.2.1966 im Deutschlandfunk
10 Beschluß des DGB-Bundesausschuß vom 17.7.1967

11 Arbeitssicherstellungsgesetz, §39
12 Begründung (siehe unter 5.), S. 106
13 Begründung (siehe unter 5.), S. 39
14 Begründung (siehe unter 5.), S. 158/159
15 Begründung (siehe unter 5.), S. 102
16 Begründung (siehe unter 5.), S. 99
17 Begründung (siehe unter 5.), S. 109
18 Begründung (siehe unter 5.), S. 39
19 Begründung (siehe unter 5.), S. 32
20 Begründung (siehe unter 5.), S. 68
21 Begründung (siehe unter 5.), S. 34
22 zitiert nach Stern Heft 48/80: »Die Leutnants machen nicht mehr mit«, S. 167
23 siehe unter 22), S. 167
24 siehe unter 22), S. 163/164
25 Generaloberstabsarzt a.D. Prof. Dr. E. Rebentisch: Katastrophenmedizin in: Therapiewoche 31/81, S. 2359 ff
26 Begründung, siehe unter 5), S. 37
27 Begründung, siehe unter 5), S. 32

Sind §§ ohne weitere Angabe eines Gesetzes zitiert, handelt es sich um den Referentenentwurf zum GesSG.

Literaturverzeichnis

Udo Mayer/Gerd Stuby: Das lädierte Grundgesetz, Beiträge und Dokumente zur Verfassungsgeschichte 1949 - 1976, Pahl-Rugenstein-Verlag 1977

Dieter Sterzel (Hrsg): Kritik der Notstandsgesetze, Edition Suhrkamp, 2.Auflage 1969

Maren Krohn: Die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um die Notstandsgesetze, Pahl-Rugenstein-Verlag 1981

Nie wieder Krieg - Der Kampf für Frieden und Abrüstung seit 1900 - Eine Dokumentation, Elephanten Press Verlag GmbH, Berlin (West) 1979

Rebentisch: Wehrmedizin, Urban- Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore

Kirchhoff und Linde: Reaktorunfälle und nukleare Katastrophen, Verlag Dr. Straube 1979

Ralph Müller u.a.: Militärmedizin (zu bestellen bei R. Müller, Hasseer Str.108, 23 Kiel)

Heinz Hackelberg

Kann uns die Katastrophenmedizin vor dem Atomtod schützen?*

Im Vorwort der wohl gründlichsten Studie über »The Effects of Nuclear War«, erstellt vom U.S.Congress Office of Technology Assessment« (OTA), dem US-Verteidigungsministerium, der CIA und dem Congressional Research Service von 1979 heißt es: »Two of the principal findings are that conditions would continue to get worse after a nuclear war ended, and that the effects that *cannot* be calculated are at least as important as those which analysts attempt to quantify.«

Mit der »Nach«-Rüstung durch Pershing II und Marschflugkörper geht die gefährlichste Bedrohung der Sowjetunion von bundesdeutschem Boden aus, der jetzt schon als atomare Waffenplattform der USA über die größte Atomwaffendichte der Welt verfügt.

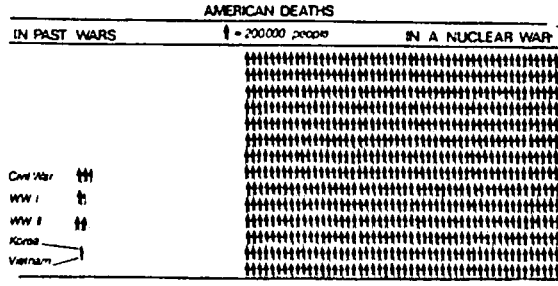
Die mit dem Nato-Beschluß vom 12.12.79 angeheizte Eskalation des Wettrüstens hat die Möglichkeit eines atomaren Holocaust einer breiten Öffentlichkeit ins Bewußtsein gerufen: Offen wird von der größeren Wahrscheinlichkeit eines Krieges gesprochen, und der medizinische Bereich soll durch ein »Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an die besonderen Bedingungen eines Verteidigungsfalles« umfassend darauf vorbereitet werden (s. dazu den Aufsatz von R. Pfeiffer und W. Stratmann, Notstandsgesetzgebung im Gesundheitswesen, in diesem Band).

Unter der Überschrift: »Victory is possible« heißt es in der renomierten amerikanischen Zeitschrift »Foreign Policy« Nr. 39/1980: »Die USA sollten einen Plan entwerfen, den Sowjetstaat um einen Preis zu besiegen, der die Erholung der USA nicht verhindert.« Und für Außenminister Haig »gibt es Schlimmeres als den Krieg und Wichtigeres als den Frieden.«(FR 12.1.81). Für Oberstabsarzt Prof.Messerschmidt, Leiter der Bundeswehrakademie für das Sanitätswesen, der unter seinesgleichen als bedeutendster deutscher Experte für Atomwaffen- und Kernreaktorunfälle gilt, »gibt es sehr ernstzunehmende Untersuchungen, die den Ausbruch eines Atomkrieges durchaus in den Bereich des Möglichen rücken...es ist unbe-

* Überarbeitete Fassung des Referates einer öffentlichen Veranstaltung der ÖTV-Abteilung Gesundheitswesen, Berlin, vom 12.5.81

streitbar, daß es bei der betroffenen Bevölkerung zu Verlusten in der Größenordnung von Hunderttausenden, ja vielleicht Millionen kommen würde.«[1]

Abb. 1 **Nuclear War Would Mean Unprecedented Deaths**



*estimate by U.S. National Security Council

Quelle: Militärpolitik 16/1980

Oberirdische Kernwaffenversuche und atomgetriebene Schiffe

Die apokalyptischen Dimensionen atomarer Verwüstung ganzer Landstriche und Kontinente lassen als geradezu harmlos erscheinen, welches Ausmaß an chronischer weltweiter Verseuchung durch die »siamesischen Zwillinge der friedlichen und militärischen Nutzung der Atomenergie«[2] bisher schon erreicht wurde: Bis 1963 Zunahme des Radiokohlenstoffgehaltes in biologischem Material um ca. 100%, Zunahme des Tritiuminventars der Erde um das 20-fache, Anstieg des H_3-Gehaltes amerikanischer Oberflächengewässer sogar noch mehr, von 15 auf 4500 pCi/liter. Die radioaktive Verseuchung der Weltmeere durch die stetig wachsende Flotte atomgetriebener (Kriegs)Schiffe ist schwer zu überschätzen.[3]

Nach Berechnungen des Chemie-Nobelpreisträgers Linus Pauling verursachten allein die oberirdischen Kernwaffenversuche weltweit die Geburt von mehreren hunderttausend Kindern mit schweren geistigen und körperlichen Defekten und über 1/2 Million Todesfälle Neugeborener und Embryonen. Die von Pauling daraufhin initiierte, von fast 10.000 Naturwissenschaftlern und 34 Nobelpreisträgern unterstützte Kampagne für das Teststopabkommen von 1963 brachte ihm den Friedensnobelpreis.[3a]

Wesentlich war daran auch die aus diesem Anlaß 1961 ge-

gründete Organisation »Physicians for Social Responsibility« beteiligt, die wieder sehr aktiv geworden ist bei der Mobilisierung einer breiten Basisbewegung der betroffenen Bevölkerung gegen die eigengesetzliche Macht des »militärisch-industriellen Komplexes« (Eisenhower!), wie es der berühmte Physik-Nobelpreisträger M.Born 1965 forderte: »Es hängt von uns, von jedem einzelnen Staatsbürger ab, daß dem herrschenden Wahnsinn ein Ende gemacht wird. Heute sind es nicht mehr die Cholera- und Pestbazillen, die uns bedrohen, sondern das traditionelle zynische Denken der Politiker, die Stumpfheit der Massen, und das Ausweichen der Wissenschaftler vor der Verantwortung. Wir alle müssen kämpfen gegen die offiziellen Lügen: Gegen die Behauptung, es gäbe einen Schutz gegen Kernwaffen durch Bunker und Verordnungen.«[4]

Angriffsziel Atomkraftwerk: Todeswolken über halb Europa

Nach 1 Betriebsjahr ist in einem AKW-Reaktor soviel Radioaktivität enthalten, wie in 1.000 Hiroshimabomben (mehrere Milliarden Curie)[4a]. Mit einem auch durch kleine Stoßtrupps, Saboteure oder konventionelle Waffen möglichen Angriff auf ein AKW könnten tausende von Menschen sofort getötet werden, zusätzlich ein Vielfaches dieser Anzahl an Krebs und Erbschäden erkranken. Die in den Brennelementen enthaltene Radioaktivität könnte je nach Wetterbedingungen rund 10.000 km^2 wegen ihrer besonders langen Halbwertzeit entsprechend langfristig verseuchen. »Wenn Atomenergie schon zur Zeit des 2. Weltkrieges weithin hätte genutzt werden können, so wären beträchtliche Gebiete Mitteleuropas wahrscheinlich immer noch unbewohnbar.«[5] Bei entsprechendem Vorgehen gegen andere Teile des »friedlichen« Brennstoffkreislaufes, wie Brennelement-Fabriken und -lager, Wiederaufbereitungsanlagen etc., die nichtmal, wie die meisten AKW's, ein 1 - 2 m dickes Stahlbetoncontainment haben, reicht die tödliche fall-out-Fahne bis zu 2.300 km weit und würde, wieder, je nach meteorologischen Bedingungen, bis zu 400.000 km^2 unbewohnbar machen.[6]

Militär- und Katastrophenärzte

Gehen wir aber ersteinmal auf jene, vielleicht zufällig, seit Ende 1979 sich immer mächtiger herausbildende Allianz von Standesfunktionären und Militärärzten ein, die sich mit dem Eintritt nuklearer Katastrophen praktisch schon abgefunden

haben. Messerschmidt: »Nach meinem Gefühl ist der nukleare Krieg wahrscheinlich.«[7] Ihnen geht es weniger um Erdbeben, Waldbrände oder Flutkatastrophen, wenn sie sagen: »Wir müssen die Kollegen, die jahrzehntelang keine offenen Wunden gesehen haben, da wieder ranführen,«[8] denn mit all dem ist die Bundesrepublik bisher auch ohne Einschränkung der Grundrechte und militärisches Kommando fertiggeworden. Worum es ihnen geht, das ist die psychologische Vorbereitung auf den für wahrscheinlich und kalkulierbar gehaltenen Krieg. In Heft 1/81 »Die Berliner Ärztekammer« lesen wir: »Nach der Anlaufphase sind also der Landeskatastrophenstab als Gesamtkoordinierungsorgan, sowie alle oder einzelne Katastrophenstäbe der Senatsverwaltungen und der Bezirksämter tätig. Daneben arbeiten die Stäbe der Katastrophenhilfsdienste, die sich von dem Landeskatastrophenstab dadurch unterscheiden, daß sie reine Führungsorgane der Katastrophenhilfsdienste sind...«

Mit Duschen, Haareabschneiden, Jodtabletten, Magen- und (in Narkose) Lungenspülungen wollen sie in wenigen Minuten unvorstellbare Patientenzahlen dekontaminieren, wofür bis vor kurzem Strahlenschutzfachleute, wie Prof.Graul, sehr zeitraubende Manöver für nötig hielten, um mit Heftpflasterstreifen, die gesamte oberflächliche Hautschicht (und mit ihr die strahlenden Partikel) abzulösen.

Im Grunde genommen sind die von den Kriegsmedizinern erteilten Ratschläge in den 80er genauso insuffizient, wie in den 50er Jahren: Damals sollte man sich zum Schutz vor dem Atomtod auf die Erde werfen, unter Tische oder Autos kriechen und den Kopf mit einer Zeitung zudecken. Heute wollen die davon nichts mehr wissen, statt auf Aktentaschen schwört man nun auf Jodtabletten. Hat man sie vor der Katastrophe eingenommen, dann hat Messerschmidt sogar Recht: »Natürlich wirken Jodtabletten, aber nur gegen Schilddrüsenkrebs, der sich erst Jahre später entwickelt. Gegen akute Strahlenschäden sind sie nutzlos,«[9] denn Radiojod ist nur eines von vielen Radionukliden.

Patientensortierung: Triage

Hat die Bestrahlung ersteinmal stattgefunden, so sind die im molekularen Bereich der Zelle und ihrer Organellen gesetzten Schäden irreparabel: »Eine Therapie der Strahlenkrankheit kann also nur darin bestehen, die entstandenen Schäden, insbesondere die Folgen der Knochenmarksinsuffizienz, durch el-

ne symptomatische Therapie auszugleichen.«[10] Doch trotz des Eingeständnisses, daß die »absorbierte Strahlendosis, die von geradezu schicksalhafter Bedeutung für das Leben des Patienten sein würde, nicht mit ausreichender Sicherheit ermittelt werden kann«[11], erstellt die Bundeswehr eine Symptomentabelle, die als Entscheidungshilfe dienen soll, wenn in Minuten entschieden werden muß, ob eine Behandlung überhaupt sinnvoll ist, oder der Patient »abgesondert« wird. Besonders schwierig ist die Beurteilung der Prognose bei Kombinationsverletzungen: So fand man in Versuchen bei Hunden mit Verbrennungen von 20% der Körperoberfläche eine Mortalität von 12%, bei Bestrahlung mit 100 rem Mortalität 0%, aber bei Kombination beider Schäden starben 73% dieser Tiere[12].

Was die *klinischen* Parameter der Strahlenbelastung betrifft, so können praktisch alle (durch Panik und Explosionsschock) genausogut rein psychogen bedingt sein: Kreislaufstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Störungen der Konzentration und der zentralnervösen Koordination, Hautrötung und Blässe. Als einzige objektive Parameter kämen Lymphopenie, Retikulozytenabfall und Mitoseanomalien im Blut- bzw. Knochenmarkausstrich in Frage, deren Diagnose in der fraglichen Situation kaum zur Diskussion steht. So haben also Strahlen- bzw. Kombinationsverletzte mit schwerem *stoßartigem* Erbrechen, mit deutlicher Hautrötung, schwerer Erschöpfung und Durchfällen keine Therapie zu erwarten. Dagegen soll sich bei schwerem, aber *nicht stoßartigem* Erbrechen, bei schwacher, aber nicht deutlicher Hautrötung, Schwäche, aber eben nicht Erschöpfung, eine Therapie noch lohnen, wie Eberhard Weber sarkastisch auf dem Gesundheitstag 1980 formulierte: Dem schweren Erbrechen steht ein schweres stoßartiges Erbrechen, der schwachen, eine deutliche Hautrötung, und der Schwäche eine Erschöpfung gegenüber.[13] Eindeutig ist hier allein der Zynismus einer Medizin, die sich bedenkenlos in den Dienst der jeweils Herrschenden stellt, ohne nach dem sozialen Zusammenhang zu fragen, in dem sie ge- oder mißbraucht wird.

Das akute Strahlensyndrom

Dies wird beim Einsatz nuklearer Waffen im wesentlichen Folge des radioaktiven fall-out sein, bes. bei Boden- oder Wasserexplosionen. Der Fallout kann noch in vielen 100 km Entfernung zu tödlicher Strahlenbelastung führen. Um ein Vielfaches verstärkt ist er bei atomarer Zerstörung von AKW's, Atommüll-

und Brennelementlagern, WAA's etc. Zum anderen kann die radioaktive Strahlung bei den »kleinen«, sog. taktischen Nuklearwaffen weiter reichen als die Druck- und Hitzewelle (vgl.Abb.2), ebenso bei der Neutronenwaffe.

Man unterscheidet 3 Formen der Strahlenkrankheit:

1.) Zentralnervöse Form bei akuten (d.h. innerhalb 1 Woche) Ganzkörperdosen über 5.000 rem, wobei der Tod unaufhaltsam in Stunden bis Tagen unter schweren, mit Krämpfen einhergehenden zentralnervösen Symptomen eintritt. In Hiroshima gab es so hohe Dosen nur in der Nähe des Epizentrums, wo der Tod schon durch Druck- und Hitzewelle eintrat.

2.) Gastro-intestinale Form. Bei akuten Ganzkörperdosen von 1.000 - 5.000 rem tritt der Tod nach 3 - 5 Tagen ein, da es zu irreversibler Zerstörung des Schleimhautepithels kommt, mit massiven Diarrhoen, Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlusten, sowie unkontrollierter Resorption von Darminhalt in die Blutbahn. Sollte durch ans Wunderbare grenzende Erfolge ein Patient dies Stadium überleben, so wird er an der

3.) Hämopoetischen Form der Strahlenkrankheit zugrundegehen, nämlich an der Zerstörung der Knochenmarkstammzellen, aus denen durch Reifungs- und Teilungsprozesse die korpuskulären Bestandteile des Blutes hervorgehen. Sie tritt schon bei akuten Ganzkörperdosen ab 200 rem auf. Der Abfall von zuerst Lympho-, dann Granulo-, Thrombo- und Erythrozyten führt zu extremer Abwehrschwäche mit hochgradiger Infektions-und Blutungsneigung und Anämie. Je nach Schwere dieses als myeloische Insuffizienz z.B. von der Leukämie bekannten Krankheitsbildes ist beim Einsatz heroischer medizinischer Maßnahmen ein Überleben möglich, wenn ein Minimum von ca. 2% der Stammzellen erhalten ist oder eine Knochenmarkstransplantation stattfindet, die selbst unter Friedensbedingungen sich eher noch im Experimentierstadium befindet. Im Katastrophenfall gehört sie sicher in den Bereich von Utopie und science fiction. Da das Hauptproblem, die Abstoßungsreaktion, nur bei eineiigen Zwillingen entfällt, schlägt die Geigy AG in »Arzt und radioaktive Bedrohung« vor: »Theoretisch müßte man uns allen Knochenmark entnehmen, bevor wir uns den Gefahren der Atomkatastrophe aussetzen...«[14] Allein die Abwehrschwäche, selbst bei milderen Formen, ist so hochgradig, daß mit Sicherheit komplizierende Infektionen bes. an Niere, Darm und Lunge oft maschinelle Beatmung und Dialyse erfordern. An Organ-, Haut- und Schleimhautläsionen kommt es zur Eröffnung riesiger Bakterieneintrittspforten, so daß das

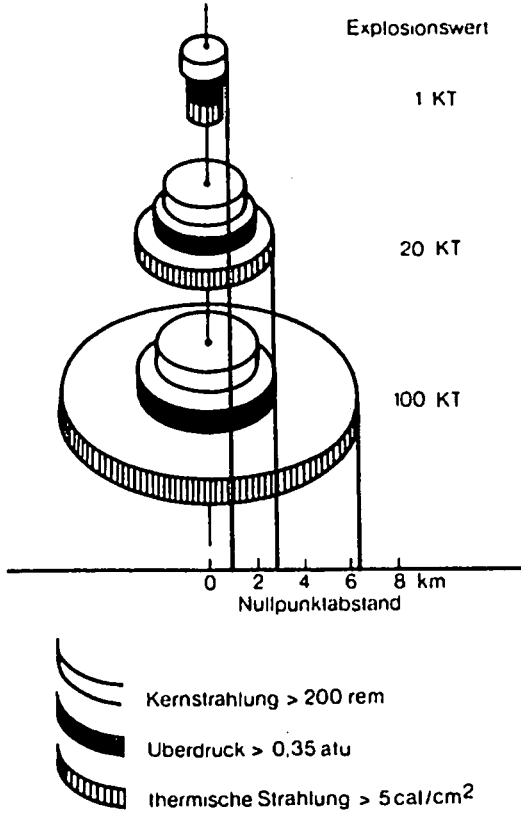
gesamte Spektrum auch der nur fakultativ pathogenen Keime als Erregerreservoir wirksam wird. Zur Verhinderung exogener Infektionen sind Isoliereinheiten notwendig, von denen die noch völlig unzerstört Bestehenden, jetzt schon bei weitem nicht zur Versorgung der vorhandenen Patienten ausreichen. Zu dem, was im offiziellen Standesblatt (DÄ 14/1979) uns als Morgenröte großer medizinischer Hoffnungen vorgegaukelt wird, erübrigt sich, besonders im Katastrophenfall, jeder Kommentar. Für diese Herrn »wirft die Behandlung Strahlengeschädigter keine grundsätzlich neuen Probleme auf...gibt es kaum ein Krankheitsbild durch Einwirkung exogener Noxen, über das so viel Wissen vorhanden ist...und dessen Grundlagen so gut erforscht sind.« usw. In den beiden renomiertesten medizinischen Fachzeitschriften der Welt, »Lancet« und »New Engl.J.Med« ist man skeptischer. Da heißt es z.B. »an all-out nuclear war could destroy civilisation and even threaten the survival of our species«[15] oder »vollständige Unfähigkeit, dem Ausmaß des Holocaust zu begegnen«[16], »einziges sicheres Ergebnis wäre die Zerstörung alles dessen, was verteidigt werden sollte«[17].

Atomschlag gegen Boston

Schon 1962 warnten führende US-Mediziner ausführlich, welch unvorstellbare Ausmaße bei Explosion nur einer Bombe in der »greater Boston metropolitan area« die Verwüstungen erreichen würden. Daß ein Drittel der 3 Mio. Einwohner sofort, durch Druckstoßwelle und Feuer sterben würden, eine weitere Million erläge spätestens innerhalb von 30 Tagen ihren Verletzungen. Wenn von den noch einsatzfähigen Ärzten jeder 20 Stunden am Tag arbeiten und pro Patient nur 10 Minuten für Diagnose und Therapie aufwendete und auch keinerlei Transportprobleme aufträten, dann würde es immer noch 14 Tage dauern, bis jeder Verletzte wenigstens einmal von einem Arzt gesehen wurde. Dies betrifft nur die Akutschäden. Krebs- und Erberkrankungen in der ganzen Welt, ökologische Zerstörungen bei einem »all-out nuclear attack« stellen die Existenz eines ganzen Planeten in Frage.[18] Wenn also ein Atomkrieg »die letzte Epedemie sein könnte, die unsere Zivilisation kennenlernen würde,«[19] und es die Aufgabe der Ärzteschaft ist, Gesundheit und menschliches Überleben überhaupt zu fördern, dann müssen auch »die Verantwortlichen in der Medizin« der Bundesrepublik andere Forderungen stellen, als jene: »sollten je-

der Mann und jede Frau, selbst jedes Kind, gründlich in der Wiederbelebung ausgebildet sein, wozu auch Atemspende und Herzmassage gehören.«[20]

Abb. 2 (Quelle: Reaktorunfälle, S. 73)



Die Energieausbeute, d.h. der Kilo- bzw. Megatonnenwert nuklearer Waffen ist von großer Wichtigkeit, denn schon bei gleicher Bauart unterscheiden sich danach (Abb. 2) die Reichweite a) der radioaktiven Kernstrahlung, b) der Druck-Stoßwelle, c) die thermische Strahlung und damit die Verletzungen der noch Überlebenden: Entsprechend verbreitet ist bei den 1-KT-Bomben das akute Strahlensyndrom, die Druckstoßwelle überschreitet gerade die Hitzewelle. Bei den 20 KT-Bomben, und

vor allem den 100 KT-Bomben liegen vor allem Kobinationsverletzungen vor. Die 200 rem-Strahlung reicht schon 2 km, die Druckwelle ca. 3 km und die thermische Strahlung erzeugt noch in fast 7 km Entfernung Verbrennungen 2. Grades.

Im allgemeinen spricht man nicht von Kilo-,sondern von Megatonnen. Im Verlauf des ganzen 2. Weltkrieges wurden über Deutschland Bomben mit einem Sprengäquivalent von insgesamt 1 Megatonne abgeworfen. Das reichte aus für die Feuerstürme in Hamburg, den Bombenterror in Dresden usw., denn es kommt nicht in erster Linie auf die Primär-, sondern auf die Sekundärschäden durch zusammenstürzende Häuser, Fabriken, Brücken etc., auf das Vorhandensein leicht brennbaren Materials wie Tankstellen, Öl- und Erdgastanks, Industrieanlagen, Kohlehalden usw. an.

Bei *Bodenexplosionen* reicht die Druckwelle zwar sehr viel weniger weit als bei Luftexplosionen, die Reichweite der thermischen Strahlung ist ca. 1/3 geringer, dafür wird durch den riesigen Krater eine ungeheure Menge radioaktiv verseuchter Erdbodenbestandteile in die Luft geschleudert, die als radioaktive Wolke durch direkte (gamma) Strahlung und zu Boden sinkende Niederschlagsteilchen die Menschen vom Erdboden aus bestrahlen, auch wenn die Wolke längst vorübergezogen ist. Durch Inhalation, Inkorporation und Resorption über Wunden, wird nicht nur mit der gamma-, sondern auch der nur mm-weit reichende alpha- und beta-Strahlung Krankheit und Tod in dem betroffenen Gebiet für viele Jahre verursacht werden.[21]

Gerade die Inkorporation radioaktiver Materieteilchen ist besonders gefährlich, wie in der Diskussion um die natürliche und von AKW's erzeugte Radioaktivität immer wieder betont werden muß: Im Gegensatz zur reinen Strahlung können sie im Körper angereichert werden (bes. über die Nahrungskette) und in bestimmten Organen sog. heiße Strahlennester bilden und ihre gesamte Energie an eine extrem geringe Gewebemenge abgeben, die aber immer noch groß genug ist, um genügend Zellen so zu schädigen, daß ein Strahlenkrebs entsteht: So kann ein einziges Staubteilchen Plutonium vom Durchmesser eines tausendstel mm im Laufe eines Jahres mehr als 100000 rad Strahlungsenergie abgeben, wenn man diese auf die tatsächlich davon betroffene Gewebemasse bezieht, die einer kugelförmigen Zone von einem Zehntel mm Durchmesser entspricht. Berechnet man die Strahlendosis allerdings auf den gesamten Körper, obwohl sie nur auf einen winzigen Teil wirkt, so ist die Dosis natürlich unscheinbar.[22]

Haupteffekte nuklearer Waffen

Der Massenvernichtungseffekt nuklearer Waffen beruht auf dem plötzlichen Freiwerden von Kernenergie, indem durch Kernspaltung oder Verschmelzung, Energie in Masse umgewandelt wird. Die freiwerdende Energie verteilt sich a) auf die Druckwelle, deren Stoßwellenfront Menschen und Gegenstände durch die Luft schleudert (Primärschäden) und durch zusammenstürzende Gebäude Sekundärschäden verursacht, b) die Hitzewelle, die zu direkten Verbrennungen und sekundär zu Feuerstürmen und/oder Flächenbränden führt, c) elektromagnetische Wellenstrahlung, die wie ein Blitzschlag, nur viel schneller ihren Spannungsanstieg vollzieht und daher auch blitzableitergeschützte elektrische und elektronische Steuersysteme von Industrieanlagen, Radio- und Fernsehstationen, AKW's, Stromversorgungs- und Kommunikationsnetzen über hunderte von km zerstören kann (bei Explosion in 25 km Höhe)[23] d) radioaktive Kernstrahlung, die Strahlenkrankheit, Krebs, Erbschäden, Mißbildungen, Fehlgeburten etc. hervorruft, e) radioaktiver fallout zur Verseuchung ganzer Landstriche.

Unterschiedliche Nuklearwaffen

Man unterscheidet Kernspaltungswaffen (Atombombe), Kernfusionswaffen (Wasserstoffbomben) und die Neutronenwaffe.

Atombomben werden mit einer herkömmlichen chemischen Sprengladung gezündet, deren Detonationskraft den unterkritischen Kernsprengstoff Uran-235 oder Plütonium-239 zur überkritischen Masse komprimiert und dadurch eine unkontrollierte Kernspaltungskettenreaktion auslöst, dabei werden die Spaltprodukte als fallout frei.

Wasserstoffbomben benötigen zur Zündung der Hauptladung eine kleine Atombombe, da bei den Kernfusionen keine Spaltprodukte entstehen, werden sie als »saubere« Kernwaffen bezeichnet, obwohl u.a. atmosphärischer Stickstoff zu Radiokohlenstoff umgewandelt wird.

Die Neutronenbombe ist am »saubersten«, weil hier »nur« biologische Strukturen geschädigt werden (die durch Neutronenaktivierung verseuchten Gebäude z.B. verlieren ihre Radioaktivität ja allmählich). Diesen Vorteil lobte Springers »Welt« mit der Schlagzeile: »Die Waffe, die nur Leben zerstört«, was der damalige Chefredakteur Kremp erläuternd kommentierte:

»Die Schönheit Dresdens wäre erhalten geblieben,« hätte es 1945 schon diese Waffe gegeben, allerdings »die Einwohner samt den Flüchtlingsmassen hätten dann den Tod gefunden.«

Als ungeladenes Teilchen vermag das Neutron vom elektrischen Feld des Kerns und der Elektronenhülle unbeeinflußt, selbst Stahlbeton wie ein Sieb zu passieren. Eine optimale Energieübertragung erfolgt, wenn es direkt auf den (sehr leichten) Wasserstoffkern trifft. Da der menschliche Körper zu ca. 60 % aus Wasser besteht wird die große biologische Wirksamkeit verständlich. Wie von jeder ionisierenden Strahlung, werden in dem Moment, wo die Bewegungsenergie auf die Materie übertragen wird, einzelne Elektronen aus der Elektronenhülle weggestoßen, oder ein Neutron kann auch von einem Kern eingefangen werden und dadurch ein stabiles in ein instabiles (= Radio-) nuklid umwandeln. Auf dieser Neutronenaktivierung beruht die Tatsache, daß 1. auch die Fusionskernwaffen die Radioaktivität der Erde erhöhen 2. daß von so bestrahlten Menschen oder Materie Strahlung ausgehen kann, die u.U. auch den behandelnden Arzt trifft.

Die ionisierende Strahlung ist gemessen an anderen Energieformen schon in sehr geringer Dosis imstande, biologische Effekte hervorzurufen: Eine akute Ganzkörperbestrahlung von 700 rad ist tödlich, die gleiche Energiemenge in Form von Wärme reicht gerade aus, um einen Kaffeelöffel Wasser um gut 5° C zu erwärmen.[24]

Bei der Neutronenbombe ist das Verhältnis der 3 Hauptvernichtungsarten nuklearer Waffen umgekehrt wie in Abb. 2: Druck- und Hitzewelle stehen im Hintergrund, da 80 % der Energieausbeute als radioaktive Neutronenstrahlung frei werden. Sie ist die härteste, d.h. durchdringendste Strahlung, die sich bisher erzeugen läßt.

Wer hilft den Überlebenden?

In dem Film »war game« wird am Beispiel eines fiktiven Atombombenabwurfs über London in konkreter Deutlichkeit die kaum vorstellbare Wirkung von Druck- und Hitzewelle, der Feuerstürme und Flächenbrände mit hunderttausenden Sofort-toten und den erschütternden Wesensveränderungen dahinsiechender Überlebender geschildert: Eine hoffnungs- und perspektivlose Opfergeneration, mit dem zwangsläufigen Ende unserer bisherigen Zivilisationsbegriffe. Im »Spiegel« vom 1.12.80 wird ein ähnliches Scenario am Beispiel Hamburgs be-

schrieben: z.Zt. benötigt eine sowjetische Atomrakete von ihrem unterirdischen Silo bei Leningrad eine Flugzeit, daß gerade noch 4 - 5 Minuten bleiben könnten für den Sirenenalarm: Luftangriff. Ist der Ernstfall oft genug geprobt, so treibt der auf und abschwellende Heulton vielleicht noch eine gewisse Zahl von Bürgern zur »vertikalen Evakuierung« in die Bunker. Explodiert dann der 20 Megatonnen Sprengsatz auf dem Hamburger Hauptbahnhof, so reißt die Explosion einen Krater von gut 800 m Durchmesser und 60 m Tiefe. Für 15 Sekunden herrscht in dem mehrere km Durchmesser betragenden Feuerball eine Temperatur von mehreren tausend Grad (nicht nur ein Hitzeblitz wie in Hiroshima). Dann sinkt die Temperatur, und durch das Vakuum entsteht ein tornadoartiger Feuersturm, der nach allen Himmelsrichtungen losrast. Im Umkreis von 7 km ist allein durch den Explosionsdruck alles restlos zerstört: Es gibt keinen Hafen mehr, kein Rathaus und keine Reeperbahn. Das gesamte Zentrum und die umliegenden Stadtviertel wie Eimsbüttel, Eppendorf, Georgswerder, Barmbek sind dem Erdboden gleichgemacht. Jenseits dieser Zone in den entfernteren Stadtteilen, wie Harburg auf der anderen Elbseite oder in Fuhlsbüttel stehen noch die Trümmer einiger Stahlbetonbauten des Flughafens, sonst nichts. 25 km elbaufwärts noch hinter Wedel, östlich im Sachsenwald, nördlich im holsteinischen Uhlsdorf und südlich bei Bendestorf, fast schon in der Lüneburger Heide, sind praktisch alle Privathäuser irreparabel zerstört. Im Umkreis von über 7 km ersticken die Menschen in ihren Bunkern, weil das Feuermeer ihnen den Sauerstoff verbraucht, oder verkochen buchstäblich in der die Wände durchdringenden Hitze. In diesem Umkreis sind alle Menschen, vielleicht 900000, sofort tot. Noch 35 km entfernt verbrennen Menschen, weil leicht entzündliche Gegenstände Feuer fangen. In den mit mehreren hundert Stundenkilometern übers Land jagenden Feuerstürmen sterben weitere 1,5 Mio. Menschen sofort. Die Strahlenopfer des radioaktiven fallout, der bis nach Stuttgart noch eine tödliche Dosis verbreiten kann, sterben die Menschen sofort oder erholen sich teilweise, bis sie an Krebs erkranken. Von den ca. 7000 Ärzten sind 5000 sofort tot, die Mehrzahl der Verletzten ist kaum einsatzfähig. Die großen Kliniken mit Intensivstationen und Verbrennungszentren, sämtlich im 20 km Radius, existieren nicht mehr. Im Außenring um die Stadt überleben an die 2000 meist niedergelassene Praxisärzte. Jeder von ihnen, ob Labor- oder Amtsarzt, ob Psychiater, Pathologe, HNO-, Frauen- oder Augenarzt soll tausende

Schwer- und Schwerstverletzter behandeln. Verbandsmaterial, Infusionslösungen, Medikamente etc. gibt es kaum. Wohnraum, Nahrung, Trinkwasser sind Mangelware. Jeder kann sich die Fortsetzung eines solchen Infernos leicht selbst ausmalen.

Luftexplosion

Eine 20 Megatonnen Luftexplosion hätte zwar nicht einen so verheerenden fallout zur Folge, aber Druck und Hitzewelle mit ihren Folgeschäden würden noch sehr viel weiter reichen: Verbrennungen 1. Grades bis zu einer Entfernung von 80 km, Verbrennungen 2. Grades, Zeitungspapier fängt Feuer: Bis zu 60 km, Verbrennungen 3. Grades, trockenes Laub verbrennt: Bis zu 50 km. Bis über 30 km fangen die Polstersitze in Autos an zu brennen, in 16 km schmelzen die Autokarosserien zusammen, in 6 km Umkreis verdampfen Autokarosserien und schmelzen Fensterscheiben. Über die weiteren Auswirkungen, insbesondere fallout und Langzeiteffekte muß hier auf die Literatur in Anm. 18 und 23 verwiesen werden.

Ein Beispiel: Zur Therapie von Verbrennungen

Wenn wir an die Katastrophenpläne denken, sollten wir im Auge behalten, daß unsere Katastrophenmanager davon ausgehen, daß alles nach Plan verläuft, aber im normalen, friedlichen Straßenverkehr dürfte es, wenn alles nach Plan verläuft eigentlich keine Verkehrstoten geben.[25]

Nehmen wir ein nicht ganz alltägliches, aber alles andere als seltenes Beispiel. Ein Verkehrsopfer mit schweren Verbrennungen, aber ohne Strahlenbelastung, ohne ernste mechanische Verletzungen: Ein 20-jähriger Mann kommt unmittelbar nach dem Unfall auf die Verbrennungsstation einer renommierten Bostoner Klinik. Während des Krankenhausaufenthaltes erhielt er u.a. 281 Einheiten fresh frozen plasma, 147 Erythro-, 37 Thrombozytenkonzentrat- und 36 Albuminkonserven, hochkalorische parenterale Ernährung über zentralen Venenkatheter, hochdosiert Antibiotika nach Erreger-Resistenz-Kontrollen, maschinelle Beatmung, Pulmonalarterienkatheter, isoliertes Verbrennungszimmer und alles, was zur Intensivbehandlung Schwerverbrannter dazugehört. 6 mal wurde in Narkose eine operative Wundversorgung vorgenommen: Wunddeckung mit menschlicher Spenderhaut, tierischer und künstlicher Haut. Trotz aller heroischen Maßnahmen, die die Möglichkeiten eines renommierten Verbrennungszentrums bis an die

Grenzen strapazierten, verstarb der junge Mann am 33. Tag. Wie weiter im Editoral des JAMA [26] berichtet wurde, handelte es sich hier genau um die Art von Verletzungen, die in hunderttausendfacher Anzahl, ja sogar Millionen, auf die derzeitige 1 - 2000 Bettenkapazität der USA zur Behandlung solcher Patienten zukommen würde, wenn ein nur auf die Ballungsgebiete der Ostküste »begrenzter Atomschlag« Wirklichkeit würde. Bleibt hinzuzufügen, daß die Besiedelungsdichte der BRD höher ist als in dem erwähnten Ballungsgebiet, und daß es bei den meisten Verletzten sich um Mehrfachverletzungen, nicht um reine Verbrennungen handeln würde.

Absurditäten

Ich denke es ist außer Zweifel, daß es sich hier um reine Absurditäten handelt, wenn man glaubt, daß die notwendigen Intensiv- und Verbrennungsstationen in einem funktionsfähigen Zustand wären, und daß die optimistischsten Schätzungen in einer irgendwie realistischen Beziehung stehen zu dem, was im Falle einer völlig zerstörten sozialen und ökonomischen Infrastruktur durchführbar wäre.

Es ist daher mehr als erstaunlich, wenn man angesichts des nun schon seit Jahren bestehenden Mangels an 35000 Krankenschwestern in der BRD unter der Überschrift »76000 Betten für den Katastrophenfall« liest.[27] »In der Bundesrepublik gibt es z.Zt. fast 200 Hilfskrankenhäuser mit 785000 Betten für den Kriegs- und Katastrophenfall. Darunter sind 12 unterirdische, 150 teilgeschützte und 129 oberirdisch vorbereitete Bedarfskliniken. 9380 Betten sind noch im Bau.« Dabei müssen heute schon ganze Stationen wegen Personalmangels geschlossen werden!

Angesichts der erwähnten und vieler anderer zu gleichen Ergebnissen kommenden Abschätzungen kann man nicht leicht der Versuchung widerstehen, dem Editorial des Journ. Am. Med. Ass. zu folgen, »daß wir uns gezwungen sehen, den unausweichlichen Lektionen der gegenwärtigen medizinischen Wissenschaft Tribut zu zollen, daß immer dann, wenn eine gegebene Krankheit nicht effektiv zu behandeln ist oder die Kosten untragbar hoch sind, daß wir dann der Prävention ganz besondere Bedeutung zumessen müssen.«[28] Weiter heißt es dort: »Wir müssen unseren politischen und militärischen Führern, sowie der Bevölkerung eine vollständige und plastische Darstellung von dem klinischen Erscheinungsbild der Folgen ei-

nes Atomkrieges, und der Unfähigkeit der Ärzteschaft, diese Probleme zu lösen, geben. Wenn wir schweigen dann riskieren wir, uns selbst und unser Volk zu verraten.« Die »Physicians for Social Responsibility« haben 1980 über 1000 % neue Mitglieder gewonnen, z.Zt. sind es in den USA über 5000. Der Widerstand gegen den ununterbrochenen Rüstungswettlauf in Holland, Belgien und Skandinavien ist bekannt, in England gibt es eine starke Anti-Atomtod-Bewegung seit vielen Jahren. Mit der Gründung der »Medical Campaign Against Nuclear Weapons« hat sie auch in den Bereich des Gesundheitswesens sich ausgedehnt.

Am 8. Nov. 1980 zog Sir Douglas Black, Präsident des Royal Colleg of Physicians, in seinem Schlußwort einer Konferenz der »Medical Association for the Prevention of War« folgendes Resumee: »Es ist die dringende Aufgabe der Ärzte, sich selbst und die Öffentlichkeit über die Konsequenzen eines Atomkrieges zu informieren.' Er unterstrich die Unterstützung der Kongreßteilnehmer für die Resolution der 30. Pugwash-Konferenz, 'daß ein wirksamer Schutz gegen einen Atomschlag unmöglich ist', und daß einzig und allein die Verhinderung eines Atomkriegs die Möglichkeit bietet, die Menschen vor dessen furchtbaren Folgen zu schützen.«[29]

Wenn wir die Kriegs-Katastrophenmedizin nicht im Sinne des »Gesetzes zur Anpassung des Gesundheitswesens an die besonderen Anforderungen eines Verteidigungsfalles« kritiklos unterstützen wollen, dann müssen wir uns und die Öffentlichkeit im oben zitierten Sinne informieren und überall und immer wieder sagen: Im Atomkrieg ist die Medizin hilflos, ja sie ist vielleicht so ziemlich das Letzte, was gebraucht wird!!

Anmerkungen

1 Reaktorunfälle und nukleare Katastrophen. Ärztliche Versorgung Strahlengeschädigter. Perimed Verlag, 1979, 130 S., 15, (Referate einer Fortbildungsveranstaltung der bayer. Ärtzekammer und der Bundeswehrakademie für Sanitätswesen)
2 Hannes Alfven, Physik-Nobelpreisträger, ehemals Vorsitzender der schwedischen Atomenergiekommission, inzwischen engagierter Gegner der Atomenergienutzung. Zitiert nach Weish/Gruber
3 Weish/Gruber, Radioaktivität und Umwelt. Stuttgart 1979², (Standardwerk zu biologischen Problemen der Atomenergie) hier S. 20
3a Weish/Gruber, S. 31
4 Weish/Gruber, S. 34
4a »Unsere tägliche Gesundheit«, S. 98, s. Anm. 11

5 Ramberg, Destruction of nuclear energy facilities in war. Lexington/Massachussetts, 1980, S. XV f.
6 Ramberg, S. 60 ff., vgl. dazu: Schon der Spaltbomben-fallout einer chinesischen Luftexplosion ist auf den Pflanzen der Kernforschungsanlage Karlsruhe nachweisbar.
7 Spiegel vom 1.12.80
8 Prof. Koslowski ebd.
9 ebd.
10 Reaktorunfälle ..., S. 87
11 Messerschmidt, zitiert nach E. Weber in: »Unsere tägliche Gesundheit« (Radioaktivität und Krankheit, S. 113), Bd. 3 der Protokolle des Gesundheitstages Berlin 1980
12 Tab. 4 in Reaktorunfälle ..., S. 87
13 Radioaktivität und Krankheit, S. 114 in: »Unsere tägliche Gesundheit« (Gesundheitstag Berlin 1980)
14 ebd., S. 111
15 Lancet 4.10.80
16 Lancet 20.6.81
17 Lancet 15.11.80
18 New Engl. Journ. Med. (1962) Vol. 266, S. 1123 - 1155, eine der besten Darstellungen zum Thema
19 Editorial in JAMA (Journ. Am. Med. Ass.) 21.11.80
20 Reaktorunfälle ..., S. 80
21 Zur biologischen Wirkung der Strahlungsenergie vgl. ausführlich die entsprechenden Kapitel in Welsh/Gruber, S. 80 ff., 90 - 120
22 AKW-Nein Danke Kalender vom Göttinger Atomexpress
23 Office of Technology Assessment, S. 22 (1979), (Deutsch z.T. in Militärpolitik Nr. 16/1980)
24 Welsh/Gruber, S. 13
25 Office of Technology Assessment, S. 11
26 J.Am.Med.Ass. Editorial vom 21.11.80
27 Tagesspiegel vom 10.7.81
28 J.Am.Med.Ass. 1980, S. 2314 - 2315
29 Lancet v. 15.11.80

Harald Skroblies

Schwierigkeiten der Gesundheitszentren im System der ambulanten Versorgung

Nach Analysen der Mängel in der ambulanten medizinischen Versorgung werden häufig als Alternative kooperative Einrichtungen gefordert, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtun-

gen mit anderen Berufsgruppen, insbesondere Psychologen und Sozialarbeitern, zusammenarbeiten.[1/2/3]

Die Vorteile wurden schon mehrfach dargestellt.[4] Bereits F.W. Schwartz hat darauf hingewiesen, daß »die vielen Erwartungen oft mehr proklamativen Charakter haben, als daß sie genau präzisieren, an welcher Stelle aufgrund welcher empirischer Erfahrungen mit Gruppenpraxen ein Lösungsbeitrag für die Probleme des Gesundheitswesens erzielt werden kann.«[5]

Kaum oder viel zu wenig werden die Probleme und noch unbewältigten Aufgaben reflektiert und ihre Ursachen untersucht.[6] Ich will das so zusammenfassen:

1. Im Gesundheitszentrum gibt es deswegen viele Probleme, weil das Gesundheits- und Versicherungssystem für und mit Einzelpraxen und ohne Einbeziehung bestimmter Berufsgruppen entwickelt worden ist. Es ist ein eklatanter Widerspruch, wenn Psychologen und Sozialarbeiter nur dann aus dem Pool bezahlt werden können, wenn die Ärzte Fallzahlen und Fallwerte erhöhen.[7]

2. In den Gesundheitszentren wird vergleichsweise zeitaufwendige Medizin betrieben (20-30 Minuten für die Erstuntersuchung, 10-15 Minuten für die Wiedervorstellung). Beratung und psychologisch orientierte Gespräche sind aber in der ärztlichen Gebührenordnung unterbezahlt. Das trifft sicher auch auf den Einzelarzt zu, der sich um eine allseitige humanere medizinische Versorgung bemüht und nicht in die Rolle des »Kassenlöwen« fallen will.

3. In den Gesundheitszentren wird viel Wert auf die fachliche Kooperation gelegt. Aber die zwanglose Kommunikation mit den Tür an Tür arbeitenden Kollegen, regelmäßige gemeinsame Fallkonferenzen über Problemfälle, Arbeitsgruppen zwischen den Fachbereichen, regelmäßige interne Fortbildung werden im Rahmen der ärztlichen Gebührenordnung nicht honoriert.

4. Die zunächst ausschließlich manuell geführte gemeinsame Patientenakte verursacht erhebliche organisatorische, personelle und räumliche Probleme. Den Vorteilen einer gemeinsamen kontinuierlichen Patientendokumentation stehen somit erhebliche Kostenbelastungen gegenüber.[8] Auch nach Einführung der elektronischen Datenverarbeitung für einige Bereiche muß damit gerechnet werden, daß die zusätzliche Kostenbelastung bleibt (dagegen die patientenbezogene Kooperation und die Betreuung chronisch Kranker erleichtert wird).[9]

5. Gesundheitszentren sind aufgrund berufsrechtlicher und

gebührenrechtlicher Bestimmungen in der BRD fachübergreifende Praxisgemeinschaften. Die wirtschaftliche Einheit ist also nach wie vor die Einzelpraxis geblieben. Nun sind Gesundheitszentren mit multidisziplinären ärztlichen Teams apparativ gut ausgerüstet für Diagnose und Behandlung. Wegen der strukturellen Mängel der geltenden Gebührenordnung bestehen aber zum Teil deutliche Unterschiede in den durchschnittlichen Umsätzen und dem zu erwartenden Einnahmeüberschuß zwischen den Fachgruppen.[10] Der Einnahmepool ist aber der fachbezogenen Einzelabrechnung nachgeordnet. Die konzeptionellen Überlegungen bei der Errichtung von Gesundheitszentren waren, daß durch den Pool die Unterschiede zwischen den Fachgruppen ausgeglichen werden sollten; Unterschiede, die nicht nur aus unterschiedlichem Arbeitseinsatz, Schwierigkeitsgrad, Ausbildungsdauer, sondern auch aus der Überbetonung apparativ-technischer Leistungen in der Medizin zu erklären sind. Alleine aus diesem Teil der Konzeption erwachsen erhebliche Konfliktmöglichkeiten. Im Gesundheitszentrum Gropiusstadt hat die Auseinandersetzung darüber zur Auflösung des Pools und zur »Rückkehr zum Leistungsprinzip« geführt[11], in Frankfurt-Böttgerstraße ist der Pool nie eingerichtet worden.

6. Die Gesundheitszentren werden von der starken Kooperation und Kommunikation aller Mitarbeiter geprägt. Das bedeutet:

6.1. Die Konkurrenz aufgrund von Einkommensunterschieden sollte minimiert bzw. aufgehoben werden. Eine Gleichbezahlung ist aber in keinem Gesundheitszentrum erreicht worden; mit Ausnahme des GZ Riedstadt existieren sogar Einkommensunterschiede zwischen den Ärzten. Der Grund liegt wiederum an dem Widerspruch, daß die Gesundheitszentren fast ganz aus den Einnahmen kassenärztlicher Tätigkeit finanziert werden müssen und die ökonomischen Grundlagen zum Zeitpunkt der Errichtung (und noch lange danach) von der Kreditbelastung und zeitlichen Verpflichtung allein der Ärzte abhängen. So müssen besonders die Ärzte bei finanziellen Schwierigkeiten der Zentren um ihre wirtschaftliche Existenz fürchten. Um nicht ständig diesen Konflikt austragen zu müssen, haben sich die Gesundheitszentren für die Bezahlung der Mitarbeiter auf das Tarifsystem des öffentlichen Dienstes bezogen (wenn das auch nicht der alleinige ideologische Grund war; siehe Anm. 17). Das hat immerhin dazu geführt, daß die GZ-Ärzte weniger als ihre niedergelassenen Kollegen, die Arzthelferinnen in der Regel mehr als in Einzelpraxen verdienen.

6.2. In den Gesundheitszentren gibt es erweiterte Partizipationsmöglichkeiten aller Beschäftigten an der Leitung der Zentren. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten der nichtärztlichen Mitarbeiter werden aber immer dann infrage gestellt, wenn finanzielle Schwierigkeiten auftauchen (siehe auch 6.1.). Aufgrund der realen ökonomischen Situation entwickelt sich im Laufe der Zeit ein Verhältnis von Arbeitgebern (Ärzte) und Arbeitnehmern (angestellte Mitarbeiter). Diese Entwicklung wird beschleunigt, wenn eine an gemeinsamen Zielsetzungen (bessere Patientenversorgung) orientierte Kollegialität aufgegeben wird.

6.3. Gesundheitszentren haben den Anspruch, die hierarchischen Strukturen, wie sie traditionellerweise im Gesundheitswesen vorhanden sind, zugunsten demokratischer Tendenzen zu verändern. Allen Berichten über Gesundheitszentren ist aber zu entnehmen, daß die Ansprüche ihrer Gründer nicht eingelöst werden konnten. Die realen ökonomischen Verhältnisse, aber auch die Einflüsse unterschiedlicher Sozialisation (auch die GZ-Ärzte stammen aus bürgerlichen Gesellschaftsschichten), Qualifikation und fachliche Kompetenz, soziale und kulturelle Bindungen, politische Auffassungen, also Beeinflussungen gesellschaftlicher Bereiche außerhalb des Arbeitsbereiches Gesundheitszentrum begünstigen die Herausbildung hierarchischer Strukturen. Dies (und die Gleichbezahlung) sind starke Motive für Nichtärzte zur Entwicklung kleinerer Gruppen, in denen aufgrund der Ähnlichkeit von allgemeinen Lebensbedingugen die Verwirklichung gleicher Arbeitsbeziehungen leichter fällt.[12]

6.4. Zur Auflösung hierarchischer Strukturen tragen Bemühungen bei, die fachbereichs-, berufs- und statusspezifischen Begrenzungen der verschiedenen Mitarbeiter durch Aufhebung der Spezialisierung zu durchbrechen. Dazu gehören Teilnahme an fachübergreifenden Fallbesprechungen, Versuche zur Aufhebung der Arbeitsteilung in den Praxen, Übernahme von therapeutischen Aufgaben durch nichtärztliche Mitarbeiter, Teilnahme an Balintgruppen, Übernahme von mehr Verantwortung in Fachbereichen und der Gesamtgruppe, Fortbildungsmöglichkeiten in der Arbeitszeit. Solchen Bemühungen steht vor allem die Arztzentriertheit der ärztliche Gebührenordnung entgegen. Die Erfahrung hat aber auch gezeigt, daß diese Einrichtungen eher zu rascherer Enttäuschung bei engagierten Mitarbeitern über die Möglichkeiten tatsächlicher Veränderung von Arbeitsteilung geführt haben und zum Wunsch, sich außerhalb

des Zentrums beruflich höher zu qualifizieren. Viele notwendige Diskussionen im Rahmen der fachlichen Kooperation (wie auch der Selbstverwaltung und Konfliktbearbeitung) müssen aus zeitlichen und finanziellen Gründen in der abendlichen Freizeit stattfinden und führen zu erheblichen persönlichen und familiären Belastungen.[13]

7. Bereits F.W. Schwartz hat darauf hingewiesen, daß die verschiedenen Modelle »Gruppenpraxis« überwiegend arztbezogene Konzepte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sind.[14] Auch die bisherigen Gesundheitszentren sind aufgrund professionell ärztlich formulierter Interessen entstanden, wenn sich dieses Modell auch durch die Einbeziehung psychosozialer Berufe und den Abbau traditionell hierarchischer Strukturen von neuen Formen der ambulanten Versorgung unterscheidet. Für die Patienten können aber andere Fragen wichtiger sein als die Diskussion um Struktur- und Organisationsprobleme der Gesundheitsversorgung. Bislang gibt es keine verläßliche Untersuchung darüber, ob die Patienten die behauptete neue Qualität der Gesundheitszentren wahrnehmen. Ähnlich wie F. Kater von Patientenäußerungen über das GZ Gropiusstadt berichtet, kommen auch aus dem GZ Riedstadt Klagen wie: zu lange Wartezeiten, Unfreundlichkeiten der Mitarbeiter infolge Arbeitsstreß, Überbelastung der Ärzte, Unübersichtlichkeit der Räume, Mängel in der Patientendokumentation, mangelhafte Aufklärung über Behandlungsweisen. Andererseits gibt es positive Äußerungen: verschiedene Fachrichtungen unter einem Dach ersparen Wege und Zeit, Gesprächsbereitschaft aller Mitarbeiter, Berücksichtigung psychosozialer Probleme, Konsiliarbesprechungen mit den anderen Therapeuten, Bemühungen um Prävention und Gesundheitsaufklärung, die selbstverständliche Bejahung der gemeinsamen Patientenakte als Ausdruck der Kontinuität des medizinischen Informationsflusses und der Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Hier aber sind wissenschaftliche Untersuchungen notwendig, um die vermutete neue Qualität durch Aussagen und Erfahrungen der Patienten zu stützen und zu belegen.[15]

Die konzeptionellen Vorstellungen zur Patientenbeteiligung hat bislang kein Gesundheitszentrum in der BRD verwirklichen können. Die Aufgaben solcher Patientenvertretungen, die es im Zusammenhang mit Gesundheitszentren in verschiedenen westeuropäischen Ländern gibt, beschreibt H.U. Deppe am Beispiel von Großbritannien. Ihre Aufgaben reichen von der Zu-

sammenarbeit mit den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Zentrums bis zur eigenverantwortlichen Veranstaltung zur Gesundheitsaufklärung, um in der medizinischen Versorgung die präventiven Aspekte zu verstärken.[16]

8. Die Gesundheitszentren haben hohe allgemeine Unkosten. Das neue Versorgungsangebot läßt sich nur in Neubauten oder Altbauten mit erheblichem Umbauaufwand realisieren. Dies führt zu hoher Mietbelastung, wenn sich nicht — wie in Gropiusstadt und Frankfurt-Böttgerstraße — öffentliche, nicht profitorientierte Bauherrn und Vermieter finden lassen. Zusätzliche Raumangebote wie Eingangshalle, Cafeteria und Gruppenräume erhöhen die Mietbelastung. Die Gruppengröße verlangt Geschäftsführer und gemeinsame Buchhaltung, Archiv und Empfang, Telefonistinnen, Hausmeister, Schreibbüro, Dienstleistungen, die in einer Einzelpraxis meist nebenbei erledigt werden können.

Die Kritik an den bestehenden Gesundheitszentren kommt mittlerweile nicht nur von ärztlicher Seite, die mit Recht in ihnen systemverändernde Ansätze sieht.[17] Enttäuschte Mitarbeiter von Gesundheitszentren verstärken die skeptische Beurteilung aus dem sogenannten alternativen Lager: 1. Der einzelne Therapeut hat zu wenig Zeit für Gespräche mit den Patienten. 2. Die Apparate- und Medikamentenmedizin steht im Vordergrund. Naturheilkundliche Verfahren werden kaum oder zu wenig einbezogen, der Patient wird zu wenig in den Möglichkeiten der Eigenbehandlung beraten und unterstützt. 3. Die organisatorischen Probleme und wirtschaftlichen Zwänge stehen einer persönlichen Entfaltung der einzelnen Teammitglieder und einem offenen einfühlenden Umgang mit den Patienten entgegen. 4. Hierarchien werden aufgrund von Einkommensunterschieden und Arbeitsteilung zementiert. 5. Gesundheitszentren hemmen die Entwicklung von Selbsthilfegruppen, Initiativen zur Selbstbehandlung und Selbsterfahrungsgruppen. 6. Auch den Gesundheitszentren fehlt die notwendige Auseinandersetzung um die Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen der Klienten als unabdingbare Voraussetzung für das Wirksamwerden individueller Prävention und psychosozialer Behandlung und Betreuung.

Seit Anfang 1978 haben sich keine Gruppenpraxen mehr so umfassend als Gesundheitszentrum definiert, wie die Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord und das Gesundheitszentrum Gropiusstadt in Berlin sowie die Gesundheitszentren in Frankfurt-Böttgerstraße und Riedstadt. Allerdings sind in der Zwi-

schenzeit eine Reihe (dem Verfasser sind 12 solcher Gruppen bekannt) ärztlicher Gruppen mit psychosozialem Anspruch und gleichberechtigter Mitarbeit nichtärztlicher Berufe bekannt oder neu gegründet worden. F. Kater beschreibt solche Entwicklungen: »Eine Gruppe von drei bis sechs Ärzten mit weiteren paramedizinischen Mitarbeitern mietet eine große Altbauwohnung bzw. Fabriketage, verzichtet auf technisch-apparative Diagnostik und macht reine Untersuchungs-/Beratungstätigkeit. Bei niedrigen Unkosten und kleinen Patientenzahlen ist dann eine patientenorientierte, psychosoziale Medizin eher möglich. In einer solchen Gruppe kann ich mir auch gleiche Bezahlung von Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern vorstellen. Voraussetzungen wären: keine Zeitverpflichtung der Ärzte und Schuldenaufnahme zu gleichen Teilen.[18]

Für die Verwirklichung der Konzeption Gesundheitszentrum haben sich die wirtschaftlichen Vorausberechnungen als entscheidender Planungsfehler herausgestellt. Sie orientierten sich an der Addition von Fallzahlen und Fallwerten durchschnittlicher Arztpraxen der verschiedenen Fachrichtungen. Eine bessere Qualität medizinischer Versorgung kann sich aber nicht durchsetzen, wenn sie innerhalb des gegebenen Honorierungssystems nicht finanzierbar ist. »Es ist zu vermuten, daß die Arbeit der GZ-Ärzte ein Balanceakt zwischen ihrem Anspruch und den rechtlichen sowie ökonomischen Möglichkeiten ist. Diese werden vor allem begrenzt durch ein Honorierungsverfahren, das ganz auf die Bedingungen in der Einzelpraxis und auf eine naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin zugeschnitten ist« (P. Costas).[19]

Im Gesundheitszentrum Riedstadt haben die bessere Organisierung ärztlicher Zusammenarbeit und die psychosoziale Orientierung der therapeutischen Tätigkeit zu einer Senkung der Fallwerte gegenüber den geplanten Krankenscheinschnitten geführt. Diese Mindereinnahmen können nur durch Erhöhung der Scheinzahlen ausgeglichen werden. Das führt zu einer erheblichen Mehrbelastung aller Mitarbeiter, wenn die Qualität der Betreuung nicht sinken soll. Um die finanzielle Tragfähigkeit zu erhalten und um nicht durch zu knappe Personalplanung und erheblichen Mehraufwand an Arbeitszeit zermürbt zu werden, könnten sich die Ärzte genötigt sehen, ihren Umsatz durch eine Erhöhung der Scheinschnitte (also durch Erbringung von mehr Leistungen pro Patient) an den durchschnittlichen Umsatz vergleichbarer Einzelpraxen anzugleichen. Das bedeutet: vermehrt fragwürdiger apparativ-techni-

scher Aufwand und damit Somatisierung vieler Beschwerden. So oder so: als Ausweg aus dem Dilemma erscheint vielen Gesundheitsarbeitern im ambulanten Bereich die kleine Gruppe, in der man/frau sich eher um die systemimmanenten Widersprüche herummogeln kann.

Ich halte es für falsch, wenn die alternative Kritik an den Gesundheitszentren diese ökonomischen Zwänge als quasi selbstverschuldet betrachtet und für die eigenen Ansätze völlig ignoriert. Die Entwicklung gemeindeorientierter Gruppenpraxis mit erweiterten sozialen Versorgungszielen hat in Großbritannien (health centre) und Holland (gesondheitscentrum) zumindest in der Anfangsphase erheblicher ideeller und finanzieller Unterstützung bedurft, die in England von der öffentlichen Hand, in Holland von Wohlfahrtsverbänden (den Kreuzvereinigungen), gemeinnützigen Stiftungen, Kommunen und Krankenkassen kam. In Belgien haben die Maisons medicaux ähnliche Probleme wie die Gesundheitszentren in der BRD. Für ihre Forderung nach Ablösung der Einzelleistungsvergütung zugunsten eines Pauschalzuschusses zu den Kosten fortschrittlicher Gruppenmedizin haben sie 1980 (als sie den belgischen Ärztestreik zur Einkommenssicherung der niedergelassenen Ärzte durchbrachten) die politische Unterstützung der Gewerkschaften und Sozialistischen Parteien erhalten.[20] Die Nationalen Gesundheitsdienste in Großbritannien, Italien und Schweden, die aus Steuermitteln finanziert werden, erleichtern zweifellos die Errichtung von Gesundheitszentren.

»Um eine besere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen fordern die Gewerkschaften die Errichtung von ambulanten Gesundheitszentren«, so steht es im neuen DGB-Grundsatzprogramm.[21] Gegen diese Forderung hat sich bereits der Bundesvorsitzende der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), Dr. Roos, mit aller Entschiedenheit gewandt: »Dr. Roos betonte, daß jede Konzentrierung von Gesundheitsleistungen in der ambulanten Versorgung der Bevölkerung eine Zentralisierung und damit eine Enthumanisierung bedeute. Alle in der letzten Zeit angestrebten Bemühungen um eine Humanisierung im Gesundheitswesen würden damit zunichte gemacht ... Um eine bestmögliche ambulante Versorgung der Versicherten sicherzustellen sei es vielmehr wichtig, die räumliche Nähe des Patienten zu seinem Arzt zu gewährleisten. Durch eine Zusammenfassung der Ärzte in Gesundheitszentren werde dies aber unmöglich gemacht.«[22] Und fast zu gleicher Zeit leitet die Landesärztekammer Hessen berufsrechtli-

che Ermittlungen gegen die Ärzte im Gesundheitszentrum Riedstadt ein mit dem Ziel, es den GZ-Ärzten zu verbieten, unter der Bezeichnung Gesundheitszentrum eine ärztliche Praxis zu betreiben. »Niedergelassene Kassenärzte« als Beschäftigte »ambulanter Gesundheitszentren«[23], die ärztlichen Standesvertretungen haben genau dies als die eigentlich von ihnen zu fürchtende systemüberwindende kooperative Form erkannt. Denn zur Verteidigung der Existenz der freiunternehmerischen Kassenarztpraxis unterstützen mittlerweile die ärztlichen Standesvertretungen viele Formen der innerärztlichen Kooperation, mit denen sie die wirtschaftlichen Privilegien der niedergelassenen Ärzte bewahren und die Kritik an der Leistungsfähigkeit des bisherigen Systems ambulanter Gesundheitsversorgung abwehren.[24/25]

Die Standesvertretungen haben mittlerweile auch ihre anfängliche Furcht vor der Praxis alternativer Gesundheitseinrichtungen verloren. Vor dem Gesundheitstag 1980 in Berlin waren die Stimmen in der ärztlichen Standespresse noch schrill: »Die Alternativen rüsten zum Generalangriff«, »die Spontis planen eigenen Nebenärztetag«, »Es braut sich was zusammen«, und Befürchtungen wurden laut, »ob die progressiven Forderungen aus einem Gesundheitsladen mit den Krankenkassenbeiträgen der werktätigen Bevölkerung verwirklicht werden können und ob sie ohne Gefährdung der Freiheit für Patient und Arzt verwirklicht werden können.«[26] Nach dem Gesundheitstag klang es weitaus milder. »Man glaubt unter die Blumenkinder geraten zu sein« und ist beruhigt, daß »das interessiert diskutierende Auditorium in seinen (Dr. Reibisch's Ausführungen zu praktischen Erfahrungen mit einigen sog. Naturheilverfahren im Rahmen einer allgemeinärztlichen Kassenpraxis, Anm.d.Verf.) sachbezogenen Fragen diese politischen Marginalien (über das politische System der BRD, Anm.d.Verf.) auch vollkommen ausklammerte.«[27] Blumenkinder oder Indoktrinierte? In der Beurteilung der Gesundheitstagsbewegung haben sich die Standesvertreter — vorerst — für die Blumenkinder entschieden. Seit Monaten räumt die Zeitschrift »Der niedergelassene Arzt« den Selbsthilfegruppen Raum für Selbstdarstellungen ein. »Für den Chronisten besteht kein Zweifel, daß viele der während des Gesundheitstages präsentierten Ideen sorgfältig geprüft und gesichtet werden sollten. Wer die 'Alternativ-Mediziner' als Außenseiter betrachtet, sollte nie vergessen, daß jeder medizinische Fortschritt auf 'Außenseiter' zurückgeht - von Robert Koch bis Alexander Fle-

ming. Was die Teilnehmer am Gesundheitstag betrifft, so ist festzuhalten, daß ihr Interesse an rationaler Information den Ideologiesierungstrend weit überragt. Vielleicht eine Basis, sich mit der 'alternativen Medizin' sachlich und vorurteilsfrei auseinanderzusetzen?«[27] Und Dr. Bourmer, Vorsitzender des Hartmannbundes, meinte in einem Interview: »Allerdings sehe ich keine gesundheitspolitischen Konsequenzen dieser Veranstaltung, weil jeder gesellschaftspolitische Bereich und damit jede auf diesen Bereich gerichtete Politik Gesetzmäßigkeiten unterliegt, die sich nicht einfach mit Forderungen, Parolen und Utopien auflösen lassen.«[28] Die Standesvertreter scheinen sich sicher, die neuen Ansätze gut in das bestehende ambulante Versorgungssystem integrieren zu können.

Gesundheitszentren bleiben nur dann ein systemveränderndes Modell, wenn in ihnen folgende Strukturmerkmale erhalten bleiben können:

1. Die ärztlichen Einkommen werden aus einem gemeinsamen Pool bezahlt und richten sich nach Tarifen des öffentlichen Dienstes.
2. Es wird eine gleichberechtigte Kooperation und Teilnahme an den Entscheidungsprozessen durch alle Mitarbeiter - auch der nichtärztlichen - sichergestellt (z.B. durch ein Mitbestimmungsstatut).
3. Die Fortbildung aller Mitarbeiter muß gewährleistet werden.
4. An der Zusammenarbeit mit psychosozialen Berufen ist festzuhalten.
5 Eine gemeinsame Patientendokumentation.
6. Formen der Patientenmitbestimmung.

Ich habe auf die systemimmanenten Widersprüche aufmerksam gemacht, diese Form kooperativer Ambulanz auf Dauer aufrechtzuerhalten. Oppositionelle Ärzte auf dem 84. Deutschen Ärztetag verteilten ein Forderungspapier zur Allgemeinmedizin, in dem es u.a. heißt: Das Versorgungsmonopol der sich niederlassenden Ärzte muß aufgegeben werden, damit andere Versorgungsmodelle in Konkurrenz zum jetzigen System erprobt werden können. Gedacht ist hier an regionale Gesundheitszentren mit staatlicher, gemeinnütziger oder von den Krankenkassen gebildeter Trägerschaft. Hier hätten Ärzte - zusammen mit anderen Berufsgruppen - im Angestelltenverhältnis und damit frei von Profitorientierung - die Versorgung zu tragen.« Forderungen dieser Art müssen in Zukunft zusammen mit den Erfahrungen aus den Gesundheitszentren diskutiert und an die Politiker weitergegeben werden. Die praktische Un-

terstützung von Seiten der Gewerkschaften und der SPD über die programmatischen Forderungen hinaus für die Gesundheitszentren fehlt noch. Zwar sind sich ärztliche Standesvertretungen mit Krankenkassen, Gewerkschaften und SPD über die gesundheitspolitische Einschätzung von Gesundheitszentren einig: sie bedeuten einschneidende Veränderungen im Gesundheitssystem. Es fällt aber auf, daß bislang alle befragten Experten und selbst die Vertreter von SPD, DGB und Krankenkassen die Skepsis über die geringen Zukunftschancen dieser besonders innovationsträchtigen Organisationsform teilen.[29] Ohne eine Veränderung der systemerhaltenden Rechts- und Honorierungsbedingungen im ambulanten Gesundheitswesen, lassen sich die Forderungen nach einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Gesundheitszentren aber nicht realisieren.

Anmerkungen

1 Schagen, U., Ambulante medizinische Versorgung, in: Deppe, H.U., Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 192-221.
2 Frankfurter Rundschau, 25.5.1981, Bericht über die Pressekonferenz oppositioneller Ärzte anläßlich des Deutschen Ärztetages in Trier.
3 Gesundheitszentrum Riedstadt gem.e.V., 6086 Riedstadt. Beschreibung unserer Einrichtung, Mai 1981 (mit umfangreicher Veröffentlichungsliste).
4 Kater, F., Gruppenpraxis als Versorgungsmodell für ein Neubaugebiet (Gesundheitszentrum Gropiusstadt), in: Trojan, A. und Waller, H. (Hg.), Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München-Wien-Baltimore 1980.
5 Schwartz, F.W., Probleme der Weiterentwicklung des Systems ambulanter medizinischer Dienste in der BRD, in: Kosanke, B., v. Troschke, J., Die ärztliche Gruppenpraxis, Stuttgart 1979, S. 161-191.
6 Viele selbstkritische Anmerkungen in: Psychosozial 1/81, Hamburg, Schwerpunktthema: Neue Praxismodelle im Gesundheitswesen, S. 3-71.
7 Im Gesundheitszentrum Frankfurt-Böttgerstraße ist die Bezahlung von psychosozialen Mitarbeitern aus dem Pool aufgegeben worden, im GZ Gropiusstadt auf eine Halbtagsstelle einer Sozialpädagogin beschränkt, im GZ Riedstadt werden 2 Psychologen, 1 Sozialarbeiterin und 1 Sekretärin noch gefördert aus Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung.
8 Schätzungen für das GZ Gropiusstadt haben ergeben, daß für die Organisation der gemeinsamen Akte zusätzlich 2,5 Arzthelferinnen benötigt werden.

9 nach: Angewandte Systemanalyse (ASA), Arbeitsgruppe in der Arbeitsgemeinschaft der Großforschungseinrichtungen, Studienbeschreibung für eine Durchführbarkeitsuntersuchung ausgewählter Probleme des EDV-Einsatzes bei niedergelassenen Ärzten, Interner Bericht, Köln, April 1978.
10 Schwartz, F.W., a.a.O., S. 185.
11 Kater, F., a.a.O., S. 235; und in: Psychosozial 1/81, S. 32-33.
12 siehe Bericht der Kollektivpraxis Gallus in: Psychosozial 1/81, S. 7-28.
13 Man hat den Eindruck, daß die Bewältigung der Koordinations- und Kommunikationsprobleme in den großen Gruppen soviel Energie nach innen verbraucht, daß ein Engagement für die präventive Arbeit, für Gesundheitsberatung oder die Entwicklung neuer Formen der Patientenaktivitäten erschwert ist. Allerdings überrascht auch immer wieder die Mannigfaltigkeit der Bemühungen, nach außen zu wirken. Noch ein Überbleibsel der idealistischen Gründergeneration? (siehe auch Anm. 3)
14 Schwartz, F.W., a.a.O., S. 161-162.
15 Dazu liegt seit Mai 1980 ein Forschungsantrag, Projekttitel: Explorationsstudie der Gesundheitszentren Riedstadt und Frankfurt-Böttgerstraße unter besonderer Berücksichtigung des psychosozialen Bereichs, vor. Projektleiter: Dr. P. Costas, Berlin. Bislang aber haben wir dafür noch keinen Kostenträger gefunden.
16 Deppe, H.U., Gesundheitszentrum und Patientenkomitee. Das Beispiel Aberdare (Wales) und seine Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland, in: Argumente für eine soziale Medizin VIII, AS 30, Berlin 1979, S. 120-137.
17 »Das Recht auf freie Niederlassung, an dem wir alle festhalten wollen, steht in der Demokratie auch jenen zu, die mit der internen Konstruktion eines Angestelltenverhältnisses imgrunde genommen zu erkennen geben, daß sie die Freiberuflichkeit nur als Notlösung gewählt haben.« Dr. G. Löwenstein, Aus der Postmappe des KV-Vorsitzenden, Hessisches Ärzteblatt, Frankfurt 12/77, S. 1224.
18 Kater, F., in: Psychosozial 1/81, S. 41.
19 Costas, P., Explorationsstudie, a.a.O., S. 28.
20 nach Unterlagen der Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs Santé Francophones, Bruxelles, 3er Congrès Europeen de Médicine de Groupe Organise en Colaboration avec les Regionales Wallones de la FGTB et de la CSC, Liege, Belgique, 4./5. Avril 1981.
21 Die Quelle, Funktionärszeitschrift des DGB, Köln 4/81, S. 227.
22 NAV gegen ambulante Gesundheitszentren, in: Der niedergelassene Arzt, Köln 10/81, S. 14-22.
23 Ambulantes Gesundheitssystem ohne freie Praxis, in: Der niedergelassene Arzt, Köln 11/81, S. 14-22.
24 siehe auch: Dr. Mabuse, Frankfurt, Nr. 21/81, S. 23-25, zur Strategie der Hessischen Ärzteschaft, Ärztehäuser mit Einrichtungen für das ambulante Operieren einzurichten sowie die Neuorganisation des ärztlichen Notfalldienstes voranzutreiben.

25 Dr. Löwenstein, Dr. Nicklas, Letzte Chance für die freie Praxis, Brief an alle hessischen Kassenärzte, in dem sie die Kollegen geradezu beschwören, »bereit zu sein, durch innerärztliche Kooperation optimal zu rationalisieren«. Hessisches Ärzteblatt 5/81, Frankfurt, S. 355 - 356.
26 Der Deutsche Arzt 4/80, Deutsches Ärzteblatt 13/80, Status 10/80.
27 Gesundheitstag: Blumenkinder oder Indoktrinierte, in: Der niedergelassene Arzt 20/80, S. 31 - 35.
28 Status 10/80, S. 16
29 v. Troschke, J., Kosanke, B., Fricke, S., Prognostische Aussagen über zukünftige Entwicklungen, in: Die ärztliche Gruppenpraxis, a.a.O, S. 9 - 33.

Reinhard Kowalski

Klinische Psychologen in der allgemeinmedizinischen Praxis

Erfahrungen und Entwicklungen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens

Seit einigen Jahren erhalten in Großbritannien klinische Psychologen direkte Überweisungen von Allgemeinärzten, ohne daß der Patient zunächst von einem Psychiater gesehen wird. Für viele Psychologen ist es mittlerweile selbstverständlich, daß sie einen Teil ihrer wöchentlichen Arbeitszeit in allgemeinärztlichen Gruppen- oder Einzelpraxen zubringen. Ich möchte einen Überblick über die bisher gesammelten Erfahrungen und deren Hintergründe geben - als Denkanstoß für die primären Gesundheitsversorger in der BRD.

Erfahrungsberichte über klinisch-psychologische Interventionen in der Primärversorgung

Schon 1974 plädierte Kincey für eine engere Liaison zwischen Allgemeinarztpraxis und klinischer Psychologie. Er versuchte zunächst, die Frage zu beantworten, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten (skills) der klinische Psychologe dem Allgemeinarzt anbieten kann. In einer Tabelle stellt der Autor den Patientenproblemen die entsprechenden traditionellen psychologischen Methoden gegenüber. Wir finden eine Auflistung aller möglichen psycho-neurotischen Probleme und die ent-

sprechenden verhaltenstherapeutischen Methoden. Die Frage nach der Zielgruppe und den Zielproblemen muß aber weiter gestellt werden: Durch die Entwicklung neuerer psychologischer Therapiemethoden besonders in den Bereichen der kognitiven Verhaltenstherapie, der Verhaltensmedizin und der Biofeedback-Verfahren rücken körperliche Beschwerden und deren psychologische Behandlung immer mehr in den Vordergrund der Diskussion.

McPherson und Feldman (1977) betonen in ihrer Untersuchung die Notwendigkeit »grundsätzliche Daten über den Charakter der psychologischen Probleme, denen der Allgemeinarzt begegnet, zu erhalten; erst dann können die entsprechenden Behandlungsmethoden und die Rolle des klinischen Psychologen diskutiert werden« (S.343).

Ihre Methode der Identifizierung psychologischer Probleme in der Primärversorgung bestand darin, daß ein Psychologe während der Sprechstunde eines Allgemeinarztes (GP) anwesend war und alle Konsultationen beobachtete. Arzt und Psychologe bewerteten danach getrennt auf einer 1 bis 4 Skala den »psychologischen Gehalt« des Problems des Patienten. »1« bedeutete »psychologische Faktoren nicht relevant«, während »4« einem fast ausschließlich psychologischen Problem entsprach. McPherson und Feldman gehen dabei davon aus, daß die Grundlage für eine Überweisung an den Psychologen zumeist »clinical judgement« ist und nicht auf einer objektiven Definition psychischer Störungen basiert. Ihre Untersuchung bestätigt eine signifikante Übereinstimmung der Bewertungen des Psychologen und des Arztes, - die Ärzte gaben sogar mehr Patienten die Bewertungen 3 und 4 als der Psychologe. »Die Mehrzahl der psychologischen Probleme der Patienten kann grob als *Angst* oder *Depression* kategorisiert werden. Dies beinhaltet meistens Phobien, Schlaflosigkeit, Fettsucht, Alkoholabusus, Partnerschafts- und Sexualprobleme und Probleme der Betreuung von Kindern und alten Leuten« (McPherson und Feldman, 1977, S. 344). 70% der »psychologischen Gruppe« (Wertungen 3 und 4) hatten eine Problemdauer von über einem Jahr. Dieses Ergebnis scheint anzudeuten, daß psychologische Probleme im Primärversorgungsbereich nicht notwendigerweise von vorübergehender Natur sind und somit professionelle Hilfe gerechtfertigt ist. Die meisten dieser Patienten (57%) erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung Psychopharmaka und Problemberatung von ihrem Arzt. Sie hatten meist lange Zeit versucht, selbst mit ihren Problemen fertig zu wer-

den, bevor sie die Hilfe ihres Arztes in Anspruch nahmen. McPherson und Feldman schätzen, daß die üblichen klinisch-psychologischen Methoden bei etwa 77% der Patienten der »psychologischen Gruppe« eine Verbesserung herbeiführen können - das sind etwa 8,4% der Gesamtzahl der Patienten des Allgemeinarztes im Untersuchungszeitraum. In einer Hochrechnung ihrer Ergebnisse kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daß in Großbritannien ca. 3500 Psychologen für den Bereich der Primärversorgung benötigt werden, wenn man allen geeigneten Fällen eine psychologische Einzeltherapie verschreiben will. Da eine solche Anzahl utopisch erscheint, empfehlen die Autoren die Einbeziehung von Familienmitgliedern in das psychologische Therapieprogramm, die Ausbildung von Ärzten, Gemeindekrankenschwestern (»community nurses«) und »health visitors« in Verhaltenstherapie sowie die Durchführung von verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungen. Die Zukunftsrolle klinischer Psychologen in der Primärversorgung wird in der Prävention und somit auch in der langfristigen Kostensenkung gesehen: wenn Patienten über den Psychiater an den Krankenhauspsychologen überwiesen werden, zeigen sie zumeist schon manifeste psychische Störungen, die wesentlich therapieresistenter sind. Da Allgemeinärzte nicht in psychologischen Therapiemethoden ausgebildet sind, kommt es in dem Bereich, in dem Prävention praktiziert werden könnte, häufig zu wiederholten erfolglosen Konsultationen und zur bekannten Verschreibung von Psychopharmaka.

Weitere vorliegende Untersuchungen sind zumeist Erfahrungsberichte einzelner Psychologen, die in Allgemeinarztpraxen Interventionsprojekte durchgeführt haben. Verständlicherweise konzentrieren sie sich in ihrer Arbeit auf die Patientenprobleme, für die es relativ abgesicherte Therapiemethoden gibt. So wurden die folgenden psychologischen Patientenprobleme von den Verfassern versorgt: Angst, interpersonale Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensprobleme (Ives, 1979); Angst und Streß, Störungen des Verhaltens und der Gewohnheiten, interpersonale, soziale und Partnerschaftsprobleme (Koch, 1979); Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, Ängste, kognitive Probleme (McAllister und Philip, 1975); Agoraphobie, Ängste, Sozial- und Partnerschaftsstörungen, soziale Ängste (Johnston, 1979). Wir können also zusammenfassend davon ausgehen, daß die häufigsten Probleme, die Psychologen in der Allgemeinarztpraxis behandeln, wahrscheinlich Ängste und interpersonale Probleme im weitesten Sinne sind.

Lamberts (1979), ein Allgemeinarzt aus Holland, dagegen definiert die psychologischen Probleme seiner Patienten in einem weiteren psychosozialen Kontext. Er nennt Beziehungsprobleme, Arbeitsprobleme, Ausbildungsprobleme und Krisensituationen als die häufigsten. Als er seine Patienten im Wartezimmer befragte, bezeichneten 15% ihr Problem als »psychosocial only«. Lamberts zweifelt grundsätzlich an, ob diese psychosozialen »Lebensprobleme« von den Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung gelöst werden sollen und können. Diese beiden Ansätze der Problembeschreibung - psychosozial und individualpsychologisch - haben, besonders im Bereich der Primärversorgung, beide ihre Gültigkeit. Die Problematik der Erstellung einer psychosozialen »Diagnose« wird vorstellbar.

Zur Erfolgskontrolle der psychologischen Interventionen im Primärversorgungsbereich wurden meist die Veränderungen in der Häufigkeit der Arztkonsultationen und in der Anzahl der Verschreibungen psychotroper Medikationen herangezogen. Ives (1979) behandelte in einem Zeitraum von 26 Monaten 238 Patienten mit Verhaltenstherapie. Er erzielte dadurch eine Reduktion der Arztkonsultationen um 36%; die Verschreibung psychotroper Medikamente nahm um 50% ab (Vergleich: 3 Monate vor psychologischer Behandlung versus 3 Monate nach psychologischer Behandlung). Koch (1979) stellte fest, daß schon durch das Erstgespräch mit dem Psychologen die Beratungsgespräche mit dem Arzt reduziert wurden. Die durchschnittliche Arztkonsultationshäufigkeit pro Patient war 5,46 im Jahr nach der psychologischen Behandlung, verglichen mit 9,27 im Jahr vor der psychologischen Intervention. Über den gleichen Zeitraum verringerte sich die Gesamtzahl der Verschreibungen pro Patient von 3,03 auf 1,93. Beide Autoren berichten, daß sie bei 73 bzw. 72% der behandelten Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptome erzielen konnten. Anderson und Hasler (1979) führten Beratungsgespräche und fanden, daß »the majority of patients felt more capable of dealing with their changes in mood, their present situation, and generally felt better about themselves« (S. 356). In einem neueren Interventionsprojekt zur psychologischen Behandlung von Patienten mit psychosomatischen und Angstproblemen wurde sogar durch ein nur einmaliges verhaltenstherapeutisches Beratungsgespräch eine durchschnittliche Reduktion der Arztkonsultationen um 73% erzielt. Im gleichen Zeitraum nahm die Konsultationshäufigkeit der Kontrollgruppe mit ähnlichen Pro-

blemen um 12% zu (Kowalski, 1981).

Zusammenfassend kann angenommen werden, daß psychologische Interventionen in der Primärversorgung das subjektive Symptomempfinden der Patienten verbessern und gleichzeitig wiederholte erfolglose ärtzliche Konsultationen verringert werden. Der Kostenersparnis durch eine Reduktion der Arztbesuche und der Verschreibungen steht eine Kostensteigerung durch die Einbeziehung des Psychologen gegenüber. Es erscheint hier sinnvoll, in zukünftigen Untersuchungen die Verbesserung im subjektiven Empfinden der Patienten (und damit auch des Arztes, durch eine Reduzierung häufiger, erfolgloser Behandlungen) in den Vordergrund zu stellen. Eine weitergehende Fragestellung wäre die nach dem präventiven Charakter der psychologischen Intervention: Kann durch die Einbeziehung psychologischer Therapiemethoden in den Bereich der Primärversorgung die psychiatrische Morbidität und möglicherweise auch die Gefahr der Chronifizierung psychosomatischer Störungen verringert werden? Es kann hierbei davon ausgegangen werden, daß besonders die durch die Anwendung verhaltenstherapeutischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden erzielten Veränderungen in Bereichen wie Selbstkontroll- und Problemlöseverhalten (Kanfer, 1975), Vertrauen in die eigene Kompetenz (Bandura, 1977) und Selbstbild (Ryan et al.,1976; Hodges et al.,1979) so generalisieren, daß der Patient zukünftigen Konflikt- und Sreßsituationen besser gewappnet gegenübersteht.

In den bisher dargestellten Untersuchungen wurden zumeist traditionelle verhaltenstherapeutische Methoden zur Behandlung traditioneller neurotischer Störungen angewendet. Neben diesen allgemein bekannten Verfahren gibt es mittlerweile jedoch komplexere psychologische Herangehensweisen an Bereiche wie Krankheitsverhalten, Schmerzempfindungen und psychosomatische Beschwerden. Diese Methoden beschäftigen sich mit der Beeinflussung des mit der Krankheit zusammenhängenden Verhaltens - sei es als krankmachendes oder als Krankheitsverhalten - und mit der Beeinflussung der mit der Krankheit zusammenhängenden Kognitionen - sei es als psychische Steuerung des Verhaltens oder als psychologische Verarbeitung und Beeinflussung der körperlichen Symptome. Exemplarisch möchte ich die psychologische Herangehensweise beim Diabetes Mellitus, bei der Schmerzbehandlung und bei der Therapie psychosomatischer Störungen darstellen.

Beispiele psychologischer Therapiemethoden in der Primärversorgung

Watts (1980) beschäftigt sich in einem Übersichtsartikel mit der Behandlung des Diabetes Mellitus. Er empfiehlt die Anwendung bekannter psychologisch-verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethoden zur Verbesserung der Aufklärung der Patienten und zur Sicherstellung der Einhaltung therapeutischer Instruktionen, zur Analyse und Veränderung vorhandener Gesundheitseinstellungen beim Patienten (kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden der Selbstkontrolle), zur Veränderung des Eßverhaltens, zur Modifikation der Entscheidungsprozesse, die zu inadäquatem Eßverhalten führen und zur besseren Bewältigung von Alltagsbelastungen.

In diesem Beispiel ging es um das »Krankheitsverhalten«, d.h. um die psychische Regulierung des Verhaltens, durch welches die Krankheitssymptome beeinflußt werden. Meichenbaum (1977) dagegen spricht mit seiner kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methode, dem »Stress-Inoculation Training«, den unmittelbaren Zusammenhang zwischen körperlichen Empfindungen und den damit verbundenen perzeptiven, motivationalen und kognitiv-evaluativen Modalitäten an. Turk (1975, 1976) beschreibt die Anwendung dieser Methode zur Erhöhung der Schmerztoleranz und zur Verminderung der subjektiven Schmerzempfindung bei experimentell induziertem Schmerz durch Abschnürung des linken Oberarms. Das komplexe experimentelle verhaltenstherapeutische Programm kann hier nur verkürzt wiedergegeben werden. Zunächst wurden die Probanden über den psycho-physischen Zusammenhang bei der Schmerzempfindung aufgeklärt. Dann wurden eine Vielzahl von physischen und kognitiven Entspannungsmethoden trainiert, um den Teufelskreis »Schmerzerwartung - erhöhte Angst - erhöhte Muskelanspannung - erhöhter Schmerz - mehr Angst« zu unterbrechen. Mit jedem einzelnen Probanden wurde eine individuell relevante Strategie der Schmerzbewältigung entwickelt. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden, wie die Modifizierung von »self statements« und das Imaginationstraining, waren hierbei von großer Bedeutung. Durch das Training konnte die durchschnittliche Schmerztoleranz wesentlich erhöht werden. Gleichzeitig nahm das subjektive Schmerzempfinden ab. Eine Übertragbarkeit auf nicht-experimentelle Schmerz-Situationen liegt nahe.

Franke et al. (1981) wendeten ein kognitiv-verhaltensthera-

peutisches Gruppentherapieprogramm bei Patienten mit psychosomatischen Störungen an und konnten damit bei 37% der Patienten Beschwerdefreiheit und bei weiteren 22% eine deutliche Verbesserung erzielen. Kowalski (1981) beschreibt deutliche Symptomverbesserungen bei psychosomatischen Patienten als Ergebnis der kurzfristigen Anwendung einer umfassenden Verhaltensanalyse und einiger Selbstkontrollverfahren. Eins scheinen all die soeben beschriebenen psychologischen Therapieprogramme gemeinsam zu haben: dem Patienten werden innerhalb einer psychotherapeutischen Beziehung neue Erlebnisweisen seiner körperlichen Empfindungen und deren psychischer Regulation vermittelt.

Ein weiterer psychologischer Praxisbereich ist in der Anwendung von Entspannungs- und Bio-Feedbackmethoden zu sehen. Hier werden physiologische Meßgrößen, wie Blutdruck, Puls, Hautwiderstand und EEG durch die Anwendung psychologischer Methoden beeinflußt. Shapiro (1979) beschreibt in einem Übersichtsartikel die Zukunftsperspektiven dieser Methoden am Beispiel des Krankheitsbildes der essentiellen Hypertonie und kommt zu dem Schluß, daß »bei einigen Patienten Bio-Feedback eine Alternative zur herkömmlichen medikamentösen Behandlung darstellt« (S. 378). Eine ausführlichere Darstellung dieses psychologischen Praxisbereichs würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen und der interessierte Leser sei hier auf die Übersichtsarbeit von Buchkremer (1979) verwiesen.

Die Beispiele deuten an, wie Experimentalpsychologie, Verhaltenstherapie und die neuere kognitive Verhaltenstherapie einen wesentlichen Beitrag zur Therapie medizinischer Krankheitsbilder leisten können. Mir ging es bei den Beispielen darum, die inhaltliche Komplexität der Einbeziehung psychologischer Methoden in den medizinischen Bereich anzudeuten und auch zu zeigen, wie die Einbeziehung psychologischer Methoden neue, den gesamten Lebensstil des Individuums umfassende Fragestellung aufwerfen kann. Weitergehende sozialpsychologische Zusammenhänge zwischen Umweltereignissen, psychischen Verarbeitungsmechanismen und Krankheit werden seit einigen Jahren durch die von Brown und Mitarbeitern (Brown und Harris, 1976, Murphy und Brown, 1980) durchgeführte »life event«-Forschung nachgewiesen. Brown's in der Depressionsforschung entwickelte Methoden werden mittlerweile angewendet, um z.B. die psychosozialen Variablen, die zu Blinddarmoperationen führen, zu analysieren (Creed, 1980).

Fragestellungen, wie »Does Coping Strategy influence survival in Breast Cancer« (Pettingale, 1980) belegen die zunehmende Relevanz psychologischer Herangehensweise bei medizinischen Problemen.

Ärzte und Psychologen (die Frage der Nachfrage)

Es wäre nun falsch, aus diesen vielseitigen Ansätzen zu schließen, daß klinische Psychologen als Experten in der Experimentalpsychologie und der Verhaltenstherapie von britischen Allgemeinärzten mit offenen Armen empfangen werden. Außerhalb des akademischen Forschungsbereichs stellt sich zunächst die »Frage nach der Nachfrage«, d.h. die Frage danach, was Allgemeinärzte von Psychologen an Dienstleistungen erwarten. Davidson (1977), führte eine Befragung unter 145 Allgemeinärzten in Croydon durch. Die meisten Ärzte wünschten sich Zugang zu psychologischen Dienstleistungen für ihre Patienten mit Sexual- und Partnerschaftsproblemen, Phobien und Suchtproblemen. Sie zogen den *direkten* Zugang zum Psychologen dem Umweg über den Psychiater vor.

Neben der inhaltlichen Vielfalt der »Nachfrage« sieht Davidson durch ihre Ergebnisse die Forderung nach einer weitergehenden Loslösung der Psychologen vom psychiatrischen Bereich bekräftigt. Ein psychiatrisches 'labelling' des Patienten könne dadurch vermieden werden. Außerdem stelle sich die Frage, »ob die Mittel und Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung im allgemeinen nicht eher auf das Gebiet der Primärversorgung ausgerichtet sein sollten, und somit Effizienz, Angemessenheit und präventive Aspekte zu gewährleisten« (Davidson, 1977, S.337 f.).

Broadhurst veröffentlichte die Ergebnisse einer Befragung, die sie unter Psychologen in Großbritannien durchführte (1977). Die klinischen Psychologen gaben folgende Rangliste ihrer beruflichen Kontakte an: Allgemeinmedizin, Neurologie, Pädiatrie, Geriatrie, Gynäkologie, Chirugie, HNO, Kardiologie und Zahnmedizin. Etwa 14% der befragten Psychologen erhielten 1977 Überweisungen von Allgemeinärzten. Die direkte Überweisung wurde von den meisten anderen beteiligten Berufsgruppen befürwortet. Erste Kontaktaufnahme mit Psychologen erfolgte meistens auf Bestreben des Allgemeinarztes. Broadhurst sieht Weiterentwicklungsmöglichkeiten für klinisch-psychologisches Engagement in folgenden Bereichen der Primärversorgung: Training anderer Berufsgruppen in klini-

scher Psychologie, epidemiologische Untersuchungen zur Erfassung der Patientenpopulation einer Allgemeinarztpraxis unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Probleme, Untersuchung der Arzt-Patient Beziehung und der Kommunikation, Aufdeckung kommunaler psychischer Streßfaktoren (z.B. Arbeits- und Wohnbedingungen), Gesundheitserziehung der Patienten. Die Frage, ob eine solche Zusammenarbeit von Psychologen und anderen Gesundheitsberufen sinnvoll ist und weiterentwickelt werden soll, wurde bisher meist mit dem Hinweis auf die Erfolge klinisch-psychologischer Interventionsprojekte beantwortet. Für die Allgemeinärzte bedeutet es eine zusätzliche Hilfe in ihren ohnehin überlaufenen Praxen, ohne daß sich dadurch ihr Einkommen verringert, da sie pro Patient auf ihrer Liste und nicht pro Dienstleistung bezahlt werden. Das stellt einen wesentlichen Unterschied zur BRD dar. Die bisherigen Untersuchungen belegen weiterhin, daß die Patienten den nicht-ärztlichen Therapeuten durchaus akzeptieren und in vielen Fällen mit Symptomverbesserungen auf die Anwendung des »psychologischen Modells« reagieren. Weniger überfüllte Allgemeinarztpraxen und zufriedenere Ärzte, Psychologen und Patienten scheinen die Folge der Einbeziehung klinischer Psychologen in die Allgemeinarztpraxis zu sein.

Aber auch kritische Stimmen werden laut. Man fragt sich, welchen Einfluß die Einbeziehung klinischer Psychologen in die Primärversorgung auf den alltäglichen Lebens- und Sozialbereich der Patienten hat. Besteht die Gefahr, daß durch die Hinzuziehung einer weiteren Spezialistengruppe immer mehr Lebensbereiche der Patienten als »krank« und problematisch abgestempelt werden (vergl. Hood, 1979)? Werden durch die Einbeziehung von Psychologen die psychologischen Interessen und Fähigkeiten der Ärzte und deren oft langfristige Beziehungen zu ihren Patienten ignoriert? Weiterhin muß die Rolle des professionellen Helfers in der Primärversorgung besonders angesichts der zunehmenden Betonung von Patienteneigenverantwortung und der Entstehung von Selbsthilfegruppen neu definiert werden (Tully et al., 1978). Klinische Psychologen verfügen über die Fähigkeiten und Fertigkeiten, konstruktive Beiträge zu den obigen Fragestellungen zu leisten. So ist z.B. die Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion seit langem Forschungs- und Lehrgegenstand an medizinischen Institutionen in Großbritannien. Psychologische Therapieverfahren wie Gruppen- und Selbstkontrollmethoden, ja die gesamte verhaltenstherapeutische Herangehensweise, sind darauf ausgerich-

tet, die individuellen Problemlösefähigkeiten des Patienten zu verbessern und somit seine eigenen Selbsthilfestrategien zu unterstützen (vergl. Kowalski, 1977). Gleichzeitig müssen sich Psychologen darüber klar sein, daß es nicht darum geht, dem medizinischen Modell in der Primärversorgung ein ähnlich strukturiertes »psychologisches Modell« hinzuzufügen. In der BRD wird jedoch genau dies versucht. Seit kurzem dürfen z.B. einige Psychologen verhaltenstherapeutische »Leistungen« über den überweisenden Arzt bei einigen Kassen abrechnen. Die »Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie« befürchtet zu recht, »daß durch diesen Vertrag weiterreichende Reformansätze verhindert werden« (DGVT, 1979, S.8). Die klinische Psychologie wird in der BRD somit auf die Verhaltenstherapie reduziert und in die privatwirtschaftliche Gesundheitsversorgung beengend eingegliedert. Im Gegensatz dazu geht es in Großbritannien nicht um die Nachahmung konservativer ärztlicher Behandlungsmuster (wie sie in der BRD durch Leistungskataloge erzwungen werden). Die Situation britischer klinischer Psychologen und die Rahmenbedingungen für die oben dargestellten Projekte in der Primärversorgung sind durch ein staatliches Gesundheitswesen (NHS = National Health Service) definiert.

Gesundheits- und Psychologie-politische Grundlagen in Großbritannien

Seit 1946 gibt es in Großbritannien einen staatlichen Gesundheitsdienst (NHS), der - zumindest im Vergleich zur BRD - die dominierende Rolle des Arztes in der ambulanten Versorgung in Frage gestellt hat. Besonders ist dies durch die Reorganisation von 1974 (Levitt, 1976) erreicht worden.

Die Allgemeinärzte (General Practitioners) arbeiten als niedergelassene Ärzte, werden aber vom Staat nach der Anzahl der Patienten, die sie auf ihrer »Liste« haben, und nicht nach den erbrachten Leistungen, bezahlt. Bezahlung und Dienstaufsicht der Allgemeinärzte, Beschwerden von Patienten - alle diese Funktionen werden von lokalen »Family Practitioner Committees« wahrgenommen. Diese »Committees« sind zur Hälfte mit Laienmitgliedern (u.a. Vertreter der kommunalen Parlamente) und zur anderen Hälfte mit »Professionals« (u.a. Ärzte, Zahnärzte, Optiker, Pharmazeuten) besetzt. Der GP, obwohl frei praktizierend, hat einen genau definierten Arbeitsbereich. Seine Hauptaufgabe ist die Basisversorgung, dazu

kommt die Filterfunktion für die Spezialisten an den Krankenhäusern. Er nimmt in Zusammenarbeit mit Hebammen, »community nurses« und »health visitors« die Aufgaben der Primärversorgung wahr. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Prinzip des »freien« niedergelassenen Arztes im britischen staatlichen Gesundheitswesen kaum eine Rolle spielt.

Die Tatsache, daß es nicht das Einzelleistungs-Honorierungs-System gibt und zudem die maximal zu betreuende Patientenzahl limitiert ist, trägt wohl ganz entscheidend zur Möglichkeit einer größeren Gleichberechtigung anderer Berufsgruppen bei. Die in der BRD bekannte Angst, Psychologen nähmen Leistungen weg, die sonst der Arzt für sich abrechnen kann, entfällt für Großbritannien. Die Tatsache, daß Psychologen *unabhängig* vom Arzt - ähnlich wie die meisten der anderen Gesundheitsberufe - beim Staat angestellt sind, erlaubt ihnen auch mehr berufliche Selbständigkeit.

Es gibt zur Zeit etwa 950 klinische Psychologen im NHS. Obwohl sie somit eine sehr kleine Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens darstellen, wurde 1972 eine Regierungskommission zur Analyse der Rolle der Psychologen im Gesundheitswesen eingesetzt. Eine solche Analyse erschien notwendig, weil sich die klinische Psychologie, ähnlich wie auch in der BRD und in den USA, besonders in den letzten 10 bis 20 Jahren stürmisch von reiner Testakrobatik zur Entwicklung und Anwendung psychologischer Therapiemethoden emanzipiert hat. Die Frage der Regierungskommission war: Was tun die Psychologen in NHS eigentlich, und was sollten sie in Zukunft tun? 1977 wurde der Bericht, der sogenannte »Trethowan-Report« (TR), vorgelegt, der die Position der klinischen Psychologen als »NHS profession« konsolidieren half.

Neben einer Beschreibung der Aufgabenfelder der Psychologen - wie sie auch hier im Artikel gegeben wurde (Trethowan Rep., S. 25) - empfahl der TR, daß sich Psychologen an Departments der Allgemeinkrankenhäuser zwar organisieren sollten, von dort aus aber ihre verschiedenen Aufgaben in der Gemeinde-Versorgung erfüllen sollten. Diese Aufhebung der Krankenhauszentriertheit (nur dort war früher das Arbeitsfeld) hat sich in Großbritannien inzwischen vielerorts durchgesetzt. Die relative Unabhängigkeit von einer rigiden Organisation, wie sie im Krankenhaus gegeben ist, erlaubte auch, in der Allgemeinmedizin unkonventionelle Formen der Arbeit von Psychologen 'auszuprobieren', Erfahrungen zu sammeln. Zur Einbeziehung von klinischen Psychologen in die Allgemeinarztpraxis sagt

der TR folgendes: »... wir empfehlen die Durchführung von Pilot-Studien unter Einbeziehung einer vollständigen Evaluation, um die Überweisungen der Allgemeinärzte an National Health Service klinische Psychologen zu analysieren. ... wir sehen es als eine sehr wichtige zukünftige Rolle von Psychologen, in der gemeindenahen Arbeit mitzuwirken. Sie können dort wahrscheinlich einen wichtigen Beitrag zur Prävention einiger Krankheiten und zur Primärversorgung anderer leisten. Wir hoffen, daß sich in nicht allzuferner Zukunft Entwicklungen in diese Richtung abzeichnen werden« (Trethowan Report, 1977, S. 18).

Aus gesundheitspolitischen Gründen sind Psychologen in der BRD nicht in der Lage, innerhalb der Primärversorgung einen Beitrag zu leisten und ihre Methoden in Zusammenarbeit mit Ärzten »auszuprobieren« und weiterzuentwickeln, außer, wenn sie sich wie die Ärzte »frei« niederlassen und sich in den Teufelskreis von notwendiger Scheinanhäufung und komplizierter Leistungsabrechnung begeben. Deutsche Psychologen haben folglich ihren Platz in der Gesundheitsversorgung noch nicht gefunden, bzw. es wird ihnen nicht erlaubt, ihn zu suchen. Dies hat Rückwirkungen auf die universitäre Ausbildung in klinischer Psychologie, die oft unzureichend und praxisfern ist, und drückt sich bei individuellen Psychologen oft als berufliche »Identitätskrise« aus (vergl. Kowalski, 1980). Die Weiterentwicklung klinisch-psychologischer Methoden ist somit den Universitätspsychologen vorbehalten, und auch dort müssen die Untersucher auf ihrer Suche nach Patienten oft feststellen, daß »bei den Ärzten das Mißtrauen gegenüber Psychologen und einer psychosomatischen Sichtweise und bei praktizierenden Psychologen das Mißtrauen gegenüber einem universitären Projekt im Vordergrund standen« (Franke et al., 1981, S. 48).

Literaturverzeichnis

Anderson, S., Hasler, J.C.: Counselling in General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1979, 29, 352-356.

Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 1977, 84, 191-215.

Broadhurst, A.: What part does General Practice play in Community Psychology? Bulletin of The British Psychological Society, 1977, 30, 305-309.

Brown, G.W., Harris, T.: Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women. Tavistock Publications, London, 1978.

Buchkremer, G.: Verhaltenstherapie bei somatischen Erkrankungen. Mitteilungen der DGVT, 1979, 11, 1, 78-113.

Creed, F.H.: Psychosocial Variables and Appendicectomy. Vortrag: 24th Annual Conference, Society for Psychosomatic Research, London, 1980.

Davidson, A.F.: Clinical Psychology an General Practice: A preliminary Inquiry. Bull. Br. psychol. Soc., 1977, 30, 337-338.

Departement of Health and Social Security: The Role of Psychologists in the Health Service. Report of the Sub-Committee. Her Majesty's Stationary Office, London, 1977 (Threthowan-Report).

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT): Rundbrief an die Mitglieder der DGVT. Tübingen, Oktober 1979.

Franke, A., Herrmann, D., Marn, R., Rieger, H.-U., Rossa, M., Sonntag, U.: Bericht über ein Projekt zu Diagnostik und Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Störungen. Mitteilungen der DGVT, 1981, 1, 13, 43-65.

Hodges, W.F., McCaulay, M., Ryan, V.L., Strosahl, K.: Coping Imagery, Systematic Desensitization and Self-Concept Change. Cognitive Therapy and Research, 1979, 3, 181-192.

Hood, J.E.: Clinical Psychology and Primary Care: A Plea for Restraint. Bulletin of the British Psychological Society, 1979, 32, 422-423.

Ives, G.: Psychological Treatment in General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1979, 29, 343-351.

Johnston, M.: The Work of a Clinical Psychologist in Primary Care. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1978, 28, 661-667.

Kanfer, F.H.: Self-management Methods. In: Kanfer, F.H., Goldstein, A.P. (Hrsg.), Helping People Change. Pergamon Press, New York, 1975.

Kincey, J.A.: General Practice and Clinical Psychology - Some Arguments for a closer Liaison. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1974, 24, 882-888.

Koch, H.C.H.: Evaluation of Behaviour Therapy Intervention in General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1979, 29, 337-340.

Kowalski, R.: Klinisch-Psychologische Tätigkeit und Ausbildung in einem staatlichen Gesundheitswesen - Beispiel Großbritannien. Mitteilungen der DGVT, 1980, 1, 12, 54-61.

Kowalski, R.: Integration of Psychotherapeutic Methods? Newsletter, Division of Clinical Psychology, The British Psychological Society, 1980, 30, 28-33.

Kowalski, R.: Gedanken zur Verhaltenstherapie als »Approach«. Mitteilungen der DGVT, 1977, 2.

Kowalski, R.: Brief Behavioural Psychotherapy with Primary Care Patients. An Intervention Project. Unpublished Dissertation for the British Psychological Society's Diploma in Clinical Psychology. London, 1981.

Lamberts, H.: Problem Behaviour in Primary Health Care. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1979, 29, 331-335.

Levitt, R.: The Reorganised National Health Service. London, 1976.
McAllister, T.A., Philip, A.E.: The Clinical Psychologist in a Health Centre: One Year's Work. British Medical Journal, 1975, 4, 513-514.
McPherson, I.G., Feldman, M.P.: A Preliminary Investigation of the Role of the Clinical Psychologist in the Primary Care Setting. Bull. Br. psychol. Soc., 1977, 30, 342-346.
Meichenbaum, D.: Cognitive-Behaviour Modification. Plenum Press, New York and London, 1977.
Murphy, E., Brown, G.W.: Life Events, Psychiatric Disturbance and Physical Illness. British Journal of Psychiatry, 1980, 136, 326-338.
Pettingale, K.W.: Does Coping Strategy influence Survival in Breast Cancer? Vortrag: 24th Annual Conference, Society for Psychosomatic Research, London, 1980.
Ryan, V.L., Krall, C.A., Hodges, W.F.: Self-concept changes in Behavior Modification. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1976, 44, 638-645.
Shapiro, D.: Biofeedback and Behavioral Medicine in Perspective. Biofeedback and Self-Regulation, 1979, 4, 371-381.
Tully, B., Doyle, M., Cahill, D., Bayles, T., Graham, D.: Psychology and Community Work in Mental Health. Bulletin of the British Psychological Society, 1978, 31, 115-119.
Turk, D.: Cognitive Control of Pain: A skills training approach for the treatment of pain. Unpublished Masters Thesis, University of Waterloo, 1975 (in: Meichenbaum, 1977).
Turk, D.: An expanded skills training approach for the treatment of experimentally induced pain. Unpublished doctoral dissertation, University of Waterloo, 1976 (in: Meichenbaum, 1977).
Watts, F.N.: Behavioural Aspects of the Management of Diabetes Mellitus: Education, Self-care and Metabolic Control. Behav. Res. & Therapy, 1980, 18, 171-180.

Christian Gaedt

Einrichtungen für Ausgeschlossene oder »Ein Ort zum Leben«

Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter

Die Randgruppen (einschließlich der Verrückten) stellen eine Frage, die zu hören man bereit sein müßte. Diese Frage richtet sich auf das von ihnen geforderte Recht auf Unterschiedlichkeit. Wie kann man ihnen die Mittel zum Leben geben, ohne ihnen eine »gesellschaftliche Wiedereingliederung« um jeden Preis abzuverlangen? Dieses Problem ist eines der Probleme unserer Zeit.

Maud Mannoni

Mißbrauch des Normalisierungsprinzips

Normalisierung und Integration sind als Reformprinzipien in der Behindertenhilfe so selbstverständlich geworden, daß man ihre Bedeutung kaum noch hinterfragt. Ihre Plausibilität erklärt sich vor allem aus dem Reformdruck, der von den vielerorts noch entwürdigenden Lebensbedingungen geistigbehinderter Menschen ausgeht. Als inhaltlich nicht festgelegte Formeln sind sie allgemein konsensfähig und bieten sich verschiedenen sozialpolitischen Positionen als Vehikel ihrer Konzeptionen an.

Als pragmatische Orientierung längst überfälliger Reformen, als Programmatik der ersten Schritte aus der menschenunwürdigen Isolation, hatten die Schlagworte Normalisierung und Integration ihre Bedeutung und sind als solche unproblematisch. Programmatische Aussagen sollten sie auch nach Bank-Mikkelsen (1978), einem der Väter des Normalisierungsprinzips, bleiben.

Nachdem sie aber zu Leitlinien offizieller langfristiger Planung geworden sind, kann man die Vieldeutigkeit dieser Begriffe nicht mehr so einfach hinnehmen. Sie verführen durch eine ungerechtfertigte naive Normsetzung dazu, den Dualismus von Normalen und Behinderten festzuschreiben und lassen sich allzuleicht zur Legitimation behindertenfeindlicher Anpassungsstrategien an eine normierte Gesellschaft mißbrauchen.

Dies geschieht umso leichter, wenn - wie es üblich geworden ist - kommunikations- und interaktionstheoretische Vorstellungen zur wissenschaftlichen Verbrämung herangezogen werden. Dieser theoretische Ansatz eröffnet einen Weg, der die in dem Begriff Normalisierung enthaltene Herausforderung geschickt umgeht. Diese Herausforderung wird deutlich bei dem Versuch, Normalisierung inhaltlich festzulegen, was konsequenterweise zu der Frage nach dem Normalitätsbegriff führt und die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Persönlichkeitsentwicklung und deren Störungen lenkt. Damit ist die Frage nach der Normalität gesellschaftlicher Verhältnisse und deren Auswirkungen auf die Entwicklung von Behinderungen gestellt.

Diese für die Behindertenpädagogik und damit auch für die Reformdiskussion zentralen Fragen geraten aus dem Blick, wenn man wie Thimm die »Ermöglichung zwischenmenschlicher Kommunikation ... als Bedingung der Möglichkeit zur Menschwerdung« sieht. (Thimm, 1979) Das Problem der Nor-

malisierung reduziert sich für ihn auf die Normalisierung der Kommunikation zwischen »Normalen«, also den schon gut Angepaßten, und den Behinderten, also den noch nicht Angepaßten. Statt gesellschaftlicher Lebensbedingungen werden jetzt Interaktionsmuster, Kommunikationsgewohnheiten, Einstellungen, Vorurteile, Rollen etc. wichtig, die losgelöst von gesellschaftlichen Verhältnissen analysiert und verändert werden sollen.

Die Reformdiskussion entledigt sich damit zweier unbequemer Probleme. Die Frage nach dem Risiko der Anpassung wird unwichtig, denn es geht ja um die Normalisierung der Kommunikation der »Normalen« und, da der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Persönlichkeitsentwicklung und deren Behinderungen aufgelöst ist, wird das Normalisierungsprinzip gleichgültig gegen gesellschaftliche Verhältnisse.

»Normalisierung« und »Integration« verlieren so ihre orientierende Funktion in der Reformbewegung. Von ihrem progressiven Stachel befreit, erleichtern sie die Verbreitung des inzwischen allgemein akzeptierten oberflächlichen und partikularistischen Reformkonzeptes, das sich in wenigen Worten zusammenfassen läßt: für möglichst viele Behinderte (also für alle Normalisierbaren und Angepaßten) integrierte Wohnform, also kleine Heime, Wohngemeinschaften etc.; Arbeit in den Werkstätten für Behinderte; möglichst viele spezialisierte therapeutisch-pädagogische Dienste, um die Anpassung zu erleichtern bzw. um Schwierigkeiten zu beheben; und für den Rest (also schwerer Behinderte und verhaltensgestörte Behinderte) Unterbringung im vollstationären Bereich, also in Anstalten und Großkrankenhäusern.

Der erste Teil wird als Fortschritt deklariert, den zweiten Teil nimmt man als notwendiges, aber unerwünschtes Nebenprodukt achselzuckend zur Kenntnis.

Angesichts der euphorischen Berichte, insbesondere aus skandinavischen Ländern und aus Nordamerika, und bei dem völligen Mangel an vertretbaren Alternativen werden Zweifel und Skepsis nur selten laut. Kritik kommt, wenn überhaupt, dann aus konservativen reformfeindlichen Positionen. So ist es nicht erstaunlich, daß das Konzept bei Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Elternvereinigungen und staatlichen Planungsbehörden gleichermaßen Grundlage der Reformüberlegungen geworden ist.

Gegen die gedankenlose Fortschreibung dieser Reformten-

denzen wenden sich folgende Ausführungen. Sie stellen kein fertiges alternatives Modell dar, sondern sollen Prüfsteine sein, die es erlauben, Reformziele nach ihrer Bedeutung für den geistig Behinderten und seine Lebensmöglichkeiten zu befragen.

Ein Ort zum Leben

Der geistig behinderte Mensch braucht, wie jeder andere Mensch auch, einen Lebensraum, in dem er sich entwickeln kann, in dem er gesund bleiben oder werden kann. Lebensraum meint mehr als die übliche partikularisierende Trias »Wohnung, Freizeit, Arbeit«, nach der behindertes Leben geplant und strukturiert wird. Was der Behinderte braucht, hat Maud Mannoni auf die Formel »Ein Ort zum Leben« gebracht, die auch dann eine gute Beschreibung bleibt, wenn man die darin inplizit enthaltenen Lacan'schen Positionen nicht mit übernehmen will. (Mannoni, 1978)

Wie für den nichtbehinderten Menschen gilt für den Geistigbehinderten, daß er sich nur unter Lebensbedingungen entwickeln kann, die ihn zwar fordern, die er jedoch mit oder ohne fremde Hilfe zu bewältigen lernen kann. Unterforderung wie Überforderung müssen als »isolierende Bedingungen« im Sinne von Jantzen (1979) zu Entwicklungshemmungen und psychischen Störungen führen.

Gesund bleiben oder werden kann ein geistigbehinderter Mensch nur, wenn er kompetent ist hinsichtlich des eigenverantwortlichen, bedürfnisorientierten Gestaltens seines Alltags und wenn er entsprechend seinen Fähigkeiten Einfluß nehmen kann auf seine Lebensbedingungen. Gesund bleiben oder werden kann er auch nur, wenn er sich als gleichberechtigter Partner in den verschiedenen Formen zwischenmenschlicher Beziehungen erleben kann.

Normalisierung der Lebensbedingungen - nicht Normalisierung der Behinderten

»Normalisierung« muß in erster Linie eine Normalisierung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen sein. »Normal« - nicht im Sinne von »durchschnittlich« verstanden - wären gesellschaftliche Lebensbedingungen, wenn sie die Entwicklungen menschlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse sowie deren Befriedigung ermöglichen bzw. fördern und nicht einengen oder verhindern.

Die hier gestellte Frage nach »normalen« gesellschaftlichen Verhältnissen läßt sich nur über eine Definition menschlicher Bedürfnisse beantworten. Menschliche Bedürfnisse beschränken sich nicht nur auf Sexualität und den Ausgleich von organischen Mangelerscheinungen, sondern umfassen auch Bedürfnisse nach Kontrolle über die relevanten Lebensbedingungen. Diese wurden von Holzkamp-Osterkamp (1976) als »produktive Bedürfnisse« den »sinnlich-vitalen Bedürfnissen« (also Sexualität und organische Bedürfnisse) gegenübergestellt.

Nach Holzkamp (1980, S. 655) kann der Mensch »nur in der kooperativen Selbstbestimmung seiner Daseinsverhältnisse ... seine Fähigkeiten und Bedürfnisse auf 'menschlichem' Niveau entwickeln ...«, und weiter sagt er in diesem Zusammenhang: »... die Ausgeliefertheit an aktuelle Bedingungen, Ausgeschlossenheit und Isolation von der gemeinschaftlichen Verfügung über relevante eigene Daseinsumstände bedeutet dagegen für den Einzelnen existenzielle Angst, Entwicklungslosigkeit, Verkümmerung der eigenen Lebens- und Erlebnismöglichkeiten.« Dies muß in gleicher Weise auch für den geistigbehinderten Menschen gelten, es sei denn, man spräche seiner Daseinsform menschliches Niveau grundsätzlich ab. Der Grundsatz der Gleichheit bezieht sich aber nicht auf die konkrete Ausdifferenzierung in Abhängigkeit von dem jeweiligen Niveau der gesellschaftlichen Entwicklung.

Will man den Besonderheiten Geistigbehinderter gerecht werden, muß man das Prinzip der Gleichheit durch die Forderung nach Anerkennung gegebener Unterschiedlichkeit ergänzen. Diese Unterschiedlichkeiten ergeben sich aus Einschränkungen der Möglichkeiten, sich die gesellschaftlich geformten Bedürfnisse und Fähigkeiten anzueignen. Dies bezieht sich auf das ganze Spektrum menschlicher Persönlichkeit und nicht nur z.B. auf die Schwierigkeiten beim Erwerb von Kulturtechniken. Dies Problem hat bei Geistigbehinderten eine ganz andere Dimension als z.B. bei körperlich Behinderten oder Sinnesbehinderten; hier können die Schranken, die ihnen den Zugang zur Gesellschaft verwehren, leichter abgebaut werden. Hier ist auch die Grenze zu psychisch Kranken zu ziehen. Im Gegensatz zur geistigen Behinderung bestehen bei psychischen Störungen keine Beschränkungen der Aneignungsfähigkeit; Schwierigkeiten entstehen vielmehr infolge widersrpüchlicher Aneignung von Bedürfnissen und Fähigkeiten und der konflikthaften Verweigerung ihrer Realisierung. Man kann also Therapie- und Betreuungskonzepte für psychisch Kranke nicht

ohne weiteres auf Geistigbehinderte übertragen.

Normalisierung des Lebensraumes - damit ist der gesellschaftliche Raum gemeint, der die Lebensbedingungen eines betreffenden Menschen bestimmt - darf in seiner Anforderungsstruktur die Entwicklungsmöglichkeiten nicht überfordern oder unterfordern. Das lernpädagogische Prinzip der Beachtung der »Zone der aktuellen Leistung« und der »Zone der nächsten Entwicklung« (Wygotski, 1939) hat auch hier seine Gültigkeit. Sicher wird es bei jedem Menschen immer wieder neue »Zonen der nächsten Entwicklung« geben, der Entwicklungsprozeß ist also theoretisch unendlich; er nähert sich jedoch für jedes Individuum asymptotisch einer Grenze. Wird sie nicht beachtet, tritt für den betreffenden Menschen »Isolation« ein.

Mit dem Begriff »Isolation« hat Jantzen (1979) eine entwicklungs-psychologisch und persönlichkeitstheoretisch abgeleitete allgemeine Kategorie geschaffen, die es erlaubt, entwicklungshemmende und krankmachende Lebensbedingungen auf den Aneignungsprozeß zu beziehen und damit schärfer zu fassen. Geht man davon aus, daß die Besonderheit der geistigen Behinderung in der Aneigungskapazität liegt und nicht in der Art und Weise wie angeeignet wird, dann hätte Normalisierung das Ziel, gesellschaftliche Lebensräume zu schaffen, in denen nicht Isolation eintritt, sondern maximale Aneignung möglich wird.

Der Geistigbehinderte braucht also für sich ein Stück Gesellschaft, die ihn formt, die er gestaltet, in der er lebt als Lernender, als Arbeitender, als Freund, als Partner, als Genießender und als Leidender.

Der Normalisierungsprozeß in diesem Sinne hat zwar eine Richtung - nämlich die »normale« Gesellschaft, aber viele Ziele, viele Plateaus mit unterschiedlichen Lebensräumen. Die Gesellschaft muß »gestreckt« werden, bis sie auch den letzten Behinderten einschließt.

Der Begriff »Lebensraum« ist zwar anschaulich, grenzt sich aber nicht ausreichend scharf gegen die partikularisierende Überbetonung einzelner Lebensbedingungen ab und läßt sich insbesondere auch von kommunikations- und interaktionstheoretischen Vorstellungen vereinnahmen. Seine strukturellen Besonderheiten als gesellschaftlicher Raum können nur im Hinblick auf den Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung als individuelle Vergesellschaftung und Individuation erfaßt werden. Diesen Zusammenhang betont Holzkamp-Osterkamp, indem

sie sagt: »Der individuelle Mensch entwickelt sich nicht lediglich in einen sozialen Verband, sondern ... in eine durch Arbeit entstandene und getragene gegenständliche gesellschaftliche Wirklichkeit hinein, in welcher die Menchen bei der produktiven Veränderung der Natur gleichzeitig bestimmte Produktionsverhältnisse miteinander eingehen und die gesetzmäßig sich wandelnden Produktionsweisen auf der Grundlage der gesellschaftlichen Erfahrungskumulation gegenüber der phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklung einen Entwicklungsprozeß sui generis, den gesellschaftlich-historischen, darstellen. Da die individuelle Entwicklung mithin über die Tätigkeit vermittelte individuelle Aneignung objektiver Bedeutungsstrukturen ist, hat der sich entwickelnde individuelle Mensch in immer höherem Maße an der überindividuellen Kontinuität und Progression gesellschaftlich-historischer Realität teil und ist, in dem Grade, wie er sich durch seine Arbeit mit anderen Menschen in ein objektives Kooperationsverhältnis setzt, gleichzeitig Träger und Motor der gesellschaftlich-historischen Kontinuität und Progression.« (Holzkamp-Osterkamp, 1975)

Die so verstandene Persönlichkeitsentwicklung muß sich auch bei einem geistig behinderten Menschen in entsprechender Weise vollziehen. Natürlich wird er nicht »Motor« gesellschaftlichen Fortschritts sein, er muß aber die Möglichkeit haben, über die Aneignung eines seinen Fähigkeiten entsprechenden Ausschnitts des menschlichen Sozialerbes Träger menschlicher Gesellschaftlichkeit zu werden.

Symmetrie der Beziehungen - Voraussetzung für Integration

Integration setzt symmetrische Beziehungen voraus. Der Grundsatz »alle Menschen sind gleich« schafft noch keine Symmetrie in den Beziehungen zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, weil er Unterschiede verleugnet, die zwar auf der Ebene moralischer und juristischer Forderungen keine Rolle spielen dürfen, die aber für Partnerschaften, Freundschaften und Liebesbeziehungen entscheidend sind. Die Forderung »miteinander leben« als allgemeines Prinzip führt zu konfliktreichen Scheinlösungen oder zu Überforderungen auf beiden Seiten. Wird sie dennoch eingelöst, so meist von außergewöhnlichen Persönlichkeiten, deren Fähigkeiten und Engagement man nicht verallgemeinern kann.

Professionelle Beziehungen sind immer instrumentalisierte

Beziehungen und können daher echte zwischenmenschliche Beziehungen nicht ersetzen. Gerade weil bei überstürzt durchgeführten Integrationsmaßnahmen die dabei auftretenden Schwierigkeiten durch erhöhten Einsatz von Betreuungspersonal ausgeglichen werden sollen und eine alle Lebensbereiche durchdringende Professionalisierung droht, muß man sich über die Risiken der therapeutisch-pädagogischen Dienste klarwerden (vgl. Plog, 1979).

In dem Maße, in dem ein Mensch bei der Bewältigung seines Alltagslebens von therapeutisch-pädagogischen Diensten abhängt, bzw. abhängig gemacht wird (weil z.B. die Anforderungen zu hoch geschraubt werden), muß er sich als krank oder behindert erleben. Im gleichen Maße zwingt man ihm eine pathologische Identität auf. Nicht zu Unrecht vergleicht deshalb Dörner (1979) therapeutisch-pädagogische Dienste mit Vampiren, um ihre antitherapeutischen Potenzen und die Dynamik ihrer Eigengesetzlichkeit zu verdeutlichen. »Freiheit heilt« (Basaglia) meint auch die Freiheit von entmündigenden therapeutisch-pädagogischen Beziehungen.

Ein behinderter Mensch kann also unter behinderten Menschen integriert sein, und er kann andererseits unter nicht behinderten Menschen, die ihn pflegen, therapieren, betreuen oder einfach nur »nett« zu ihm sind, isoliert sein, isoliert nämlich von den Menschen, mit denen er »leben« kann.

Integration wird wie Normalisierung als Ziel falsch, wenn man sie ausschließlich auf das Normalleben in der Gesellschaft hin orientiert. Der »normale«, »angepaßte«, »normierte« Mitmensch wird so in völlig unberechtigter und erdrückender Weise den Behinderten als einzige Orientierungmarke vorgesetzt. Allerdings braucht auch der Behinderte das für ihn »Normale« als Orientierung. Er braucht also Menschen, die »normaler« sind als er. Für ihn muß aber das »normal« sein, das er gerade noch erreichen und mit seiner Persönlichkeit ausfüllen kann. Andere Behinderte haben für ihn so gesehen eine größere Bedeutung als Mitarbeiter oder die »normale« Nachbarschaft.

Es kann also keine Trennungslinie zwischen den »Normalen« und den »Anderen« geben. Es gibt nur stufenlose Übergänge in einem Spektrum verschiedener Lebensformen. Jede Definition von Behinderung oder psychischen Störungen muß willkürlich sein. Jede Trennungslinie, wo sie auch immer verlaufen mag, also z.B. zwischen Schwerstbehinderten und Leichtbehinderten oder Verhaltensgestörten und Nichtverhaltensge-

störten, würde den Menschen aus dem kontinuierlichen Zusammenhang, der für seine Entwicklung und für seine Gesundheit wichtig ist, herauslösen, ihn also isolieren.

Unsinnig sind deshalb Einrichtungen mit Schwerstbehinderten oder Verhaltensgestörten. In diesen Ausgrenzungstendenzen moderner Version, die auch in die Enquete zur Grundlage genommen wurden, kommt das Vorurteil gegen Behinderungen wieder zum Vorschein, das man gerade aufheben wollte. Fixiert auf den Erlebnishorizont der »Normalen«, kann man sich nicht vorstellen, daß leichter behinderte Menschen mit schwer behinderten Menschen zusammenleben können oder sogar wollen, obgleich man das auf einer anderen Stufe, nämlich zwischen den »Normalen« und den leichter Behinderten, gerade erzwingen will.

Behinderte haben ein Recht auf Identität

Vom Normalitätsstandpunkt aus betrachtet sind Geistigbehinderte in vielerlei Weise anders. Nicht nur ihre Defizite, sondern auch ihre Alltagsstrategien, von uns als Verhaltensstörungen begriffen, machen das Leben mit ihnen schwer. Wygotskis berühmter und besonders von Jantzen häufig zitierter Satz, nach dem alle eindeutig psychologischen Besonderheiten sozialer Natur sind (Wygotski, 1975), ändert an unserer Hilflosigkeit gegenüber den Besonderheiten Geistigbehinderter nichts. Auch mit einem heute nicht vorstellbaren Aufwand an psychologischen und pädagogischen Techniken wird man Behinderte nicht »entproblematisieren«. Auch die Hoffnung, daß mit Auflösungen der Gettos auch die störenden Auffälligkeiten verschwinden werden, wird sich als trügerisch erweisen, weil es für diese Auffälligkeiten vielerlei Ursachen gibt und die soziale Umwelt für den Behinderten damit noch lange nicht »entproblematisiert« ist.

Die angestrebte therapeutische Entproblematisierung von Behinderten ist nicht immer im Interesse der Behinderten selbst, sondern geschieht meist im Interesse der »Normalen«. Deshalb stellt sich die Notwendigkeit zur Therapie umso dringlicher, je näher die Behinderten in die Lebenswelt der »Normalen« vorrücken, wenn man also die Integration in das »normale Leben« betreibt.

Wie soll man mit Menschen umgehen, die die Mülltonnen als ihre Kaufhäuser betrachten, oder die fahrende Autos als Spielzeug ansehen, oder die jedem den Kaffee wegtrinken, oder die

jeden freudestrahlend umarmen und betasten, oder die grundsätzlich im Hüpfschritt durch die Gassen springen, oder die mit einem Knüppel in der Hand hinter Ecken lauern und Indianer spielen. Harmlos sind diese Verhaltensweisen nur in einer harmlosen Umgebung. In der »normalen Umwelt« geraten die Betreuer unter den Zwang zum therapeutischen Handeln, das meistens bei Medikamenten oder Zwangsmaßnahmen endet.

Natürlich wird man Behinderten alle Möglichkeiten zur weiteren Entwicklung geben. Natürlich wird man versuchen, störende Symptome therapeutisch anzugehen. Es kommt jedoch auf das Verhältnis zwischen Toleranz und Anpassungsdenken an. Dieses stellt sich je nach Lebensverhältnissen anders. Je näher ein behinderter Mensch an die normale Umwelt rückt, destoweniger wird man sein Recht auf seine Eigenarten, auf seine »Schrulligkeiten« achten. Normalisierung heißt auch, hinter diesen »Schrulligkeiten« die Manifestation von normalen menschlichen Bedürfnissen zu sehen, die man tolerieren muß.

Irgendwann hat der Behinderte auch das Recht auf seine Lebensweisen, egal ob sie von uns als Störungen, psychische Krankheiten o.ä. definiert werden. Irgendwann hat er das Recht, frei zu sein von Förderungs- oder Therapiezwängen, insbesondere dann, wenn man über deren Wirksamkeit Zweifel haben muß. Er hat das Recht, daß seine Identität nicht ständig von übereifrigen Therapeuten und Pädagogen bedroht und infragegestellt wird. Es kann nicht darum gehen, Behinderte zu normalisieren, vielmehr hat der »Normale« sie in ihren Eigenarten zu akzeptieren. Behindertsein ist eine Lebensform in einem kontinuierlichen Spektrum, bei dem an einem Ende als Möglichkeit der gesunde, voll entwickelte Mensch steht.

Integration hat enge Grenzen

Die Behindertenfeindlichkeit der Gesellschaft ist das Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklung und nicht zufälliges Produkt von Vorurteilen schlecht informierter oder böswilliger Menschen. »Leistungsgesellschaft« oder »Konkurrenzgesellschaft« sind verharmlosende Ausdrücke für den Kapitalismus, dessen Gleichgültigkeit gegenüber dem Menschen durch eine auch noch so humanistisch sich gebende Sozialpolitik nicht ausgeglichen werden kann. Je nach Konjunkturlage wird der Behinderte mehr oder weniger deutlich auf einen Kostenfaktor reduziert.

Die Schwierigkeiten, die sich einer problemlosen Integration entgegenstellen, können aber nicht alle auf spezifisch kapitalistische Widerstände zurückgeführt werden. Die Menschen produzieren ihre gesellschaftliche Umwelt selbst entsprechend ihrer sich in unvorstellbarem Ausmaß entfaltenden Fähigkeiten. Die Grenzen des Fortschrittes sind für den Menschen als Gattung nicht absehbar. Für eine ständig zunehmende Zahl einzelner ist die Grenze jedoch schon längst überschritten. Immer mehr Menschen verlieren ihre Kompetenz im Umgang mit der immer komplizierter werdenden Umwelt und benötigen zunehmend häufiger kompensatorische Vermittlungshilfen. Für Geistigbehinderte wird es je nach Behinderungsgrad immer schwieriger, den Anschluß zu halten, wenn er überhaupt noch herstellbar ist. Überläßt man die gesellschaftliche Entwicklung ihrem Selbstlauf, so werden die Lücken, die zu Lebensräumen für Behinderte genutzt werden können, immer enger und verschwinden tendenziell ganz.

Die soziale Umwelt ist nicht nur komplexer geworden, die Anforderungen an die verschiedenen Fähigkeiten des Menschen sind eindeutig auf Fähigkeiten verschoben worden, die den Behinderten nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Das kann man insbesondere deutlich machen in der Entwicklung der Arbeitsprozesse. Schnelligkeit, Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität bei Umlernprozessen, Entscheidungsfähigkeit u.ä. kann man bei Geistigbehinderten nicht voraussetzen.

Angesichts dieser objektiv sich stellenden Schwierigkeiten kann man nicht hoffen, das Problem der Integration durch aufklärende Öffentlichkeitsarbeit zu lösen. Der Abbau von Vorurteilen schafft noch keine behindertengerechte Berufsfelder und Arbeitsplätze; es entstehen daduch auch keine tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen. Es entstehen bestenfalls Verständnis und Toleranz, wobei die Toleranzgrenze durch die infolge des Alltagsstresses schon überstrapazierte Belastbarkeitsgrenze und nicht durch Böswilligkeit der Mitbürger gesetzt wird.

Konsequenzen

»Ein Ort zum Leben« ist ein Leitbild und soll kein Planungsmodell sein, nach dem Behindertenhilfe durchorganisiert werden kann. Im Gegenteil, es stellt die Planung institutioneller Behindertenhilfe überhaupt in Frage. Trotzdem ist diese Formel für die Reformdiskussion nicht wertlos. Sie ist mehr als ein

resignativer Hinweis auf eine utopische Lebensform, die in unserer Gesellschaft auch den »Normalen« verweigert wird. Ihr Wert ergibt sich schon daraus, daß verdeutlicht wird, daß im Hinblick auf diese Utopie »Normale« und Behinderte beide beschränkt leben müssen. Ihr Wert ergibt sich zusätzlich daraus, daß sie Kritik an den bestehenden Reformtendenzen in der Behindertenhilfe ermöglicht oder verschärft, daß sie also richtungsweisend sein kann.

Überprüft werden müssen die Reformtendenzen mit dem Ziel der »Integration um jeden Preis«. Zu fragen ist hier, ob durch die unvermeidbare Auslese nicht neue, unhaltbare Ausgrenzungen geschaffen werden. Zu fragen ist außerdem, ob das angestrebte Ziel wirklich zu einer umfassenden Verbesserung der Lebensbedingungen der Geistigbehinderten führt oder nicht inmitten der »normalen« Umwelt neue »Einrichtungen für Ausgeschlossene« geschaffen werden.

Ohne Einschränkung muß man fordern, daß die großen Einrichtungen, die Anstalten, nicht so bleiben können wie sie sind. Das Risiko, das sie für die Entwicklung von Menschen darstellen, ist in den letzten Jahren immer wieder unwiderlegbar aufgezeigt worden. Auch wenn die »brutale Realität«, von der die Enquete spricht, durch die jetzt angelaufenen Reformen verschwunden sein wird, wird neue Inhumanität das Leben der Behinderten prägen, so lange wie die Anstalten als »totale Institution« mit zentraler Entscheidungshierarchie, totaler Versorgung und der alle Lebensbereiche durchdringenden Kontrolle bleiben. Ob sie Chancen haben, ihren Anstaltscharakter abzuschütteln, ist zweifelhaft. Zu groß sind die inneren Zwänge, gerade auch im Hinblick auf die immer aggressiver eingreifende staatliche Planungsbürokratie. Was auch immer als Ergebnis der Reformen anvisiert wird, es hat sich der Konfrontation mit dem Leitbild »Ein Ort zum Leben« zu stellen. Diese Konfrontation ist schon deshalb fruchtbar, damit die Diskussion nicht bei Fragen um die Richtzahl für Quadratmeter, Bettenzahlen, Personalschlüssel etc. stehen bleibt. Mit diesen Planungsziffern läßt sich die Entwicklungschance für behinderte Menschen nicht absichern. Auf der anderen Seite kann man angesichts der Schwierigkeiten, die sich auftürmen, wohin die Reform auch fortschreiten wird, es sich nicht leisten, die positiven Möglichkeiten, die große Einrichtungen für Geistigbehinderte bieten könnten, einfach zu übersehen. Es besteht die Gefahr, daß hier Freiräume, die genutzt und ausgestaltet werden, einfach wegreformiert werden, ohne daß etwas

Besseres geschaffen wird.

Statt weiterer Argumente, ein Szenenbild aus einer Anstalt (Namen geändert): Ich muß zur Schusterei, um meine Schuhe abzuholen. Am Eingang zur Schusterei, die wie die anderen Gebäude etwa 100 Jahre alt ist, sitzt Herr Rathke. Herr Rathke hat eine schwere Bewegungsstörung, die ihm kaum zu sprechen gestattet. Er wartet auf die reparierten Schuhe, die er auf seinem Dreirad in der Anstalt verteilt. Er erzählt gerade ein Alltagserlebnis aus seinem Wohnheim in der benachbarten Großstadt. Der Schuster, Herr Albrecht, ist 48 Jahre alt und seit fast 30 Jahren in der Anstalt. Er wurde als etwa Zwanzigjähriger aufgenommen und galt damals als behindert. Er wohnt nun schon lange außerhalb der Anstalt, ist verheiratet und hat 2 Kinder. Er hat eine Planstelle. Er sitzt, umgeben von seinen Kunden, auf einem etwas erhöhten Podest, arbeitet und hört Herrn Rathke zu. Er hat seine Werkstatt nach seinem Stil eingerichtet. Eine Wand zeigt seine umfangreiche Sammlung von Flaschenöffnern, in einer Ecke steht ein Globus. Modellschiffe auf den Regalen. In der Nähe des Fensters ein Käfig mit zwei Papageien. Sie erinnern mich an das Bild, das Wolfgang Richter, ein jugendlicher geistig behinderter Heimbewohner, der als schwer aggressiv gilt, in der letzten Spielstunde gemalt hat. Ohne Zweifel, er muß seine Anregung von hier haben. Überall liegen Schuhe, Koffer, Ledergürtel etc. Unter seinen Kunden sind neben mehreren Heimbewohnern auch zwei Kinder von Mitarbeitern, die eilig ein Zaumzeug für ihr Pony repariert haben wollen. Sie warten, schauen den Schustergehilfen zu, sprechen mit ihnen, die sich nur schwer verständlich machen können. Die Verständigung gelingt mühelos. Die Kinder waren schon oft hier, sie wohnen mit ihren Eltern auf dem Anstaltsgelände. Zwei von den Schustereigehilfen rauhen Leder auf. Einer von ihnen, Herr Wagner, schlägt bei jeder Erregung, ob er sich freut oder ärgert, wild um sich. Er galt deshalb als gefährlich. Ein dritter Heimbewohner, Herr Zeidler, schlachtet Schuhe aus, d.h. er gewinnt Oberleder, aus dem der Schuster Uhrbänder herstellt. Herr Albrecht näht gerade auf einer mechanischen Nähmaschine älteren Baujahrs. Er flickt eine Lederjacke eines Heimbewohners. Immer wieder unterbricht er seine Arbeit, um Anweisungen zu geben. Man sagt ihm eine »pädagogische Ader« nach. Zwischendurch nimmt er Geld für Reparaturen ein. Der Preis wird über den Daumen gepeilt, einen großen Buchungsaufwand betreibt er nicht.

Wer dies als idyllisch abtut, urteilt möglicherweise vor-

schnell aus der Perspektive des »Normalen«. Es geht in diesem Beispiel nicht um romantische Verweigerung gesellschaftlicher Standards, sondern um angemessene Lebensformen für Menschen, die diese Standards nicht erreichen können. Es geht um Beziehungen zwischen »Normalen«, »Leichtbehinderten« und »Schwerbehinderten«, die von allen als sinnvoll erlebt werden können. Dies zu ermöglichen, muß das Ziel der Reformen sein.

Literaturverzeichnis

Bank-Mikkelsen, N.E.: Das Normalisierungsprinzip aus Dänemark. Vortrag. Wien 1978.

Dörner, K.: Einleitungsreferat, DGSP-Tagung, Freiburg 1979.

Holzkamp, K.: Was heißt »normale«, »gesunde« Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit? Das Argument 123, 1980, S. 650 - 657.

Osterkamp, U.: Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung 1. Campus, Frankfurt/M. 1975, S. 304 ff.; Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung 2. Campus, Frankfurt/M. 1976.

Jantzen, W.: Grundriß einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Studien zur Kritischen Psychologie, Band 19, Pahl-Rugenstein, Köln 1979.

Mannoni, M.: Ein Ort zum Leben. Die Kinder von Bonneuil. Syndikat, Frankfurt/M. 1978, S. 280 und 291.

Plog, U.: Therapie, Ersatz, Macht? Referat. DGSP-Tagung, Freiburg 1979.

Thimm, W.: Konzepte der Behindertenhilfe im Wandel. Referat auf der Jahreskonferenz des Diakonischen Werkes Niedersachsen. Hildesheim-Sorsum, 1979.

Wygotski, L.S.: zitiert nach Jantzen, W., 1979 a.a.O.

Ellen Baxter und Kim Hopper

Pathologie der Umgebung und psychische Störungen

Leben in der Gemeinde für ehemalige psychiatrische Patienten in New York*

Daß heute der 50. Jahrestag des »Schwarzen Freitags« war, beeindruckte Andrew in keiner Weise. Er stand früh auf, um die Messe in der St. Francis-Kirche zu besuchen. Die Kirche ist nämlich einer der wenigen warmen Zufluchtsorte, die man in der Stadt morgens um 6.00 Uhr erreichen kann. Die Mönche haben offensichtlich nichts dagegen, wenn man in den hinteren Bänken ein wenig einnickt und danach verteilen sie Kaffee und »baloney sandwiches«. In der letzten Nacht hatte Andrew Glück. Wie er es ausdrückte, hat er im »Princeton Club, in der 43. Straße« geschlafen. Er meint natürlich draußen, auf dem Bürgersteig, wo der Ventilator vom Innern des Gebäudes in unregelmäßigen Abständen warme Luft herausbläst. Er ist »seit einiger Zeit« arbeitslos, er hat »Probleme mit dem Alkohol« und war ein paarmal in psychiatrischen Kliniken.

Im oberen Teil der Stadt konnten sich die Pendler auf dem Bahnhof der 110. Straße überhaupt noch nicht daran gewöhnen, daß Annie den Platz als ihre private Bedürfnisanstalt mißbraucht. Annie trägt alle ihre irdischen Güter in einer »Lord & Taylor-Tüte«, stinkt fürchterlich und sieht scheußlich aus. Auf den ersten Blick wird nicht klar, daß dies nichts anderes als ein äußerlich wahrnehmbares Indiz für eine ernste psychische Störung ist, zu verschlagen klingt ihr Vorwand, daß sie mit ihrem schlampigen Äußeren Fremde von sich fernhalten will. Annie schläft wo sie kann, wenn möglich in den Zügen, und ihre Nahrung findet sie meistens, wie es scheint, indem sie im Müll herumstöbert. Nein, sie weiß nicht, wie der Präsident heißt, und sie würde sehr wahrscheinlich Schwierigkeiten haben, die 100 weniger 7-Reihe zu rechnen.

Diese Menschen haben zwei Dinge gemein: Sie haben keinen festen Wohnsitz und Schwierigkeiten, mit den Anforderungen des Alltagslebens zurechtzukommen. Die undurchschaubare Prozedur, die für einen Antrag auf Sozialhilfe notwendig ist, begreifen sie schon gar nicht. Von diesem Los sind immer

* Übersetzt von Christian Gaedt aus: Health/PAC Bulletin, März 1980

mehr Menschen betroffen. Die Mönche der St. Francis-Kirche meinen, daß im Vergleich mit dem letzten Jahr die Warteschlange bei der Essensausgabe um 40 % länger geworden ist. Dies ist zum Teil auf die ständig wachsende Anzahl ehemaliger Patienten zurückzuführen, deren - von vornherein sehr zerbrechliche - Integration in die Gemeinde aufgehört hat.

Das Erbe der Entinstitutionalisierung

Die Misere der Patienten, die aus einer psychiatrischen Einrichtung in die »Gemeinde« entlassen worden sind, ist gut dokumentiert: Von den Massenmedien, von lokalen Politikern, die auf empörte Bürger reagierten, von psychiatrischen Experten und nicht zuletzt von früheren Patienten selbst. Es ist schon eine seltsame Ironie. Die Horrorgeschichten, die noch vor einem knappen Jahrzehnt die psychiatrischen Einrichtungen umgeben, sind deren Klientel in die Gemeinde gefolgt. »Entinstitutionalisierung« wurde zur Re-Institutionalisierung, indem die alten Mauern niedergerissen und neue, weniger sichtbare aufgerichtet wurden; es ist der Fortschritt von »isolierten Krankenstationen« zu »isolierten Wohnvierteln« - es bleibt, anders ausgedrückt, die psychiatrische Gettoisierung. Der Staat New York, mit anderen Staaten führend auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung, ist ein Modellfall. Trotz der offensichtlichen und hartnäckigen Mißerfolge haben seine offiziellen Vertreter noch bis vor kurzem unverdrossen ihre über jeden Zweifel erhabenen Absichten verkündet. Den Ex-Patienten wird es überlassen, das Beste aus ihrem Leben zu machen: In den U-Bahnen, in Parks, in den SRO-Hotels, in den berüchtigten Erwachsenen-Wohnheimen und in den Obdachlosenheimen für Männer und Frauen. Die Schätzungen über die Anzahl von psychisch behinderten Menschen in New York schwankt beträchtlich, je nachdem welche Quelle man benutzt. Der Bevollmächtigte der Staatsbehörde für Psychische Gesundheit - eine dieser Quellen - gibt an, daß, wenn man Bezirk für Bezirk alle Daten zusammenrechnet, im Staate New York 79.900 chronisch psychisch Kranke leben, von denen 47.000 in New York City wohnen.[1]

Die Entinstitutionalisierung hat drei Wurzeln: Erstens die Synthese von wirkungsvollen »antipsychotischen« Medikamenten in den frühen fünfziger Jahren;[2] zweitens die wachsende Erkenntnis in der Öffentlichkeit, aber auch unter den Experten, daß die Behandlung in den psychiatrischen Einrichtungen

alles andere als therapeutisch, sondern im Gegenteil schädlich ist,[3] und drittens die Anstrengungen des Staates, Kosten zu sparen.[4] Die Bedeutung des letzten Faktors muß besonders unterstrichen werden. Die Kosten für die stationäre Behandlung stiegen genauso wie der Druck zur Renovierung der verrottenden psychiatrischen Einrichtungen, um den jetzt schärfer gefaßten Standards für die Zulassung zu genügen. Der Trend zur gewerkschaftlichen Organisierung der staatlichen Angestellten trieb die öffentlichen Ausgaben für psychiatrische stationäre Behandlung weiter in die Höhe. In dem daraus sich ergebenden Finanz-Hickhack konnte der Staat einen großen Teil der Belastung auf von Bundesmitteln finanzierte soziale Leistungen (z.B. S.S.I. und Sozialhilfe) und auf lokale Programme verlagern, wenn die Patienten in die Gemeinden entlassen wurden.[5] Zahlenmäßig läßt sich dieser Vorgang schwer erfassen. Seit die Asyle Anfang des 19. Jahrhunderts eingerichtet worden sind, hat sich die Zahl der Patienten in den großen psychiatrischen Einrichtungen von Jahr zu Jahr ständig vergrößert und erreichte 1955 mit 559.000 ihr Maximum. In den Jahren 1961 bis 1970 verringerte sich diese Zahl drastisch. Indem man strengere Aufnahmenkriterien mit einer Strategie der Frühentlassung koppelte, konnte man im Staat New York die Anzahl der stationär behandelten psychiatrischen Patienten von 85.000 im Jahre 1965 auf derzeitig 25.000 reduzieren.[6] Der staatliche 5-Jahres-Plan für psychische Gesundheit (1979 bis 1983) sieht vor, diese Anzahl bis 1983 auf 18.000 zu senken. Dieser Abfall verschleiert die Tatsache, daß die Wiederaufnahme-Raten in den Vereinigten Staaten dramatisch gestiegen sind: 1974 waren es 65 % aller Aufnahmen.[7] Die Wiederaufnahmerate zeigt, daß viele es in der Gemeinde »nicht geschafft« haben und erfolgreich die erschwerten Bedingungen einer Aufnahme »überwinden«, um für kurze Zeit wieder »stationär« zu leben.

Die Raten wären noch erheblich größer, wenn man diejenigen hinzurechnen würde, die eine Aufnahme selbst wollen oder von der Polizei, der Familie oder anderen gebracht werden, aber nicht aufgenommen werden.

In New York City leben schätzungsweise ca. 40 % der Bevölkerung des Staates New York und ca. 57 % aller stationär behandelten psychiatrischen Patienten.[8] Trotz der finanziellen Kürzungen und angesichts drohender Schließung müssen die städtischen Kankenhäuser für die Masse der psychiatrischen Akutbehandlung und kurzdauernde stationäre Behandlungen aufkommen, wobei die geringe Kapazität für ambulante Nach-

behandlungen und die Abteilung für Sozialdienste quillt über mit für die Entlassung vorgesehenen Patienten. Eins der wichtigsten Grundbedürfnisse für diese Menschen ist ein Platz zum Leben - ein zu Hause. Im folgenden geben wir einen kurzen Überblick über einige der Probleme, die sich für diese Menschen ergeben, wenn sie versuchen, dieses Bedürfnis zu befriedigen und über einige Gründe, die zu dieser Situation führen.

Wohnungssuche

Die Wohnungssuche beginnt theoretisch bereits zu einem Zeitpunkt, an dem der betreffende Patient noch stationär ist; sie gehört zum »Entlassungsplan«. Wie ein Mitglied der für die Qualität der Pflege innerhalb des staatlichen psychiatrischen Versorgungssystems zuständigen Kommission es ausgedrückt hat, wird dies im allgemeinen kaum mehr denn als »Witz« gesehen. In den allermeisten Fällen beschränkt sich das Planen darauf, daß man dem künftigen Ex-Patienten die Adresse der zuständigen Abteilung für soziale Dienste und eine U-Bahn-Karte gibt, damit er auch dorthin gelangen kann.[9] Es wäre aber ein Irrtum, wenn man die Vermittlung unzureichenden Wohnraums für Ex-Patienten nur auf eine bürokratische Pfuscherei, auf Nachlässigkeit oder Korruption zurückführen würde. Natürlich gibt es Horrorgeschichten genug, aber einfache Profitsucht ist keine ausreichende Erklärung für die weite Verbreitung dieses Problems.

Auch die humansten Absichten müssen an dieser einen brutalen Tatsache scheitern: Es gibt eben keine menschenwürdigen Wohnmöglichkeiten für die unteren Einkommensklassen.

Gefährliche, dreckige und relativ teure Zellen in *SROs* und in *PPHA's* (private Wohnheime für Erwachsene), Notbetten in Schlafsälen oder Schlafkabinen in Drahtverhauen sind in den »*Bowery's flophauses*« zu haben; und auf dem Betonboden des »großen Raumes« im Obdach für Männer ist Platz für bis zu 200 Menschen. Aber selbst diese Möglichkeiten reichen nicht aus. Täglich werden viele abgewiesen, weil sie »unerwünscht« sind - d.h., sie sind noch weniger erwünscht als diejenigen, die angenommen werden - oder aber, weil wirklich kein freier Raum, kein freies Notbett und kein freier Platz auf dem Fußboden mehr verfügbar ist. In den Sommermonaten werden die Parks als Zuflucht genutzt, sie werden sogar den anderen Möglichkeiten vorgezogen. Die Wintermonate sind noch abschrecken-

der. Der Rest der Obdachlosen wird aufgefordert, »nicht herumzulungern«. Sie haben kaum eine Wahl: Die Zeit in einer ganztätig geöffneten Kaffeestube zu verbringen, erfordert zu viel Geld, ein anständiges Verhalten wie auch ein unauffälliges Äußeres.

SRO's (Einraumwohnungen)

Das sogenannte »SRO-Phänomen« - charakterisiert als »verdächtige Bündelung von abweichenden, einzelstehenden Menschen in speziellen Gebäuden«[10] - hat seinen Ursprung in der Wohnungsknappheit, die durch die kriegsbedingte Mobilität von Arbeitern und Soldaten in den vierziger Jahren hervorgerufen worden war. Vermieter fanden es plötzlich profitträchtig, ihre Mietshäuser in Ein-Raum-Hotels umzuwandeln. Im Zuge des ökonomischen Aufschwunges in den Nachkriegsjahren wurden zudem noch Familien angezogen, die sich in beengten Quartieren zusammendrängten, während der Ernährer versuchte, irgendwie an Geld zu kommen. Vielen gelang dies nicht, und eine unbehagliche Allianz entstand zwischen dem städtischen Wohlfahrtsamt und den eher randständigen SRO's.

Zu den zugewanderten Familien gesellten sich Ex-Häftlinge, entlassene Patienten und wohnungslose chronisch Kranke. Die Situation verschlechterte sich dermaßen, daß 1960 ein Gesetz in Kraft trat, das die Vermietung an Familien mit Kindern verbot. Der daraus resultierende Auszug armer Familien war schnell ausgeglichen durch einen verstärkten Zuzug von einzeln lebenden Männern, hauptsächlich von der »Bowery«.

Die städtischen Renovierungsanstrengungen in den sechziger Jahren hatten zusätzlich noch ihre besonderen Effekte. Wenn ganze Blocks von »nicht revonierbaren« Hotels in Schutt und Asche verwandelt wurden, wurden ihre Bewohner irgendwohin verfrachtet. Man drang in die Mittelklassen-Wohngebiete ein, die neuen Bewohner verletzten Empfindlichkeiten und drückten die Immobilienwerte. Beschwerden über die »sich ausbreitende Stadtpest« wurden laut. Diese Klagen wurden noch intensiver, als in den späten sechziger Jahren ein wohlvertrauter Typ, der Ex-Patient aus psychiatrischen Krankenhäusern, in beängstigender Anzahl auftrat. Die öffentliche Empörung steigert sich in dem Maße, wie die »saubere« Nachbarschaft das Erscheinen dieser umnachteten Seelen sah.

Die SRO-Bewohner, die rund 150 Dollar pro Monat zahlen, leben in winzigen Räumen und teilen sich das Bad und die Kü-

che, die an dem einen Ende des Flures eingerichtet sind. Es gibt offizielle Stimmen, die diesen Sachverhalt so darstellen, als sei er geplant, um den Bedürfnissen der Mieter gerecht zu werden. So läßt der nationale geschäftsführende Vorstand der SROs verlauten:[11]

»Küchen und private Badezimmer werden oft von den älteren Menschen, die dies früher auch nicht gehabt haben, nicht für notwendig erachtet. Wärme, Sicherheit und Sauberkeit sind für die Lebensqualität der Mieter viel wichtiger als Raumgröße oder sogar als private Badezimmer«.

Das ist ein interessanter Standpunkt, der mehr als alles andere die bürokratische Mentalität entschleiert. Zunächst einmal haben die SRO-Mieter nur selten Wärme, Sicherheit und saubere Quartiere. Darüberhinaus ist nicht einzusehen, warum »Grundbedürfnisse« gegeneinander aufgerechnet werden können, und schließlich, die behauptete »Bevorzugung« paßt überhaupt nicht zu unseren eigenen Erfahrungen, die wir in Gesprächen mit Mietern gewonnen haben. (Es wäre interessant zu wissen, wie derartige Urteile entstehen). Glücklicherweise entwickelt der geschäftsführende Vorstand nicht den Standard für die SROs; sie würden nur weniger anbieten als gegenwärtig die Vermieter.

Gegenwärtig ist es so, daß die SRO-Mieter von der Gnade der SRO-Vermieter leben, für die Wärme, Sicherheit, Sauberkeit, Raumgröße und private Zimmer nur im Zusammenhang mit ihrem Interesse an einer maximalen Miete und einer kontinuierlichen Wohnvermietungsrate wichtig sind. Die Wohnbedingungen lassen mit ganz seltenen Ausnahmen sehr zu wünschen übrig. Die folgende Beschreibung ist nicht untypisch:

»Die Flure und Treppen sind spärlich beleuchtet, ungefegt, verdeckt mit Steinen und abgefallenem Putz. Überall in den Fluren der Gestank nach Toiletten, die überquellen mit Papier, Kot und Urin. Einige der Toiletten haben seit Monaten nicht mehr funktioniert. Elektrische Leitungen sind freigelegt, wo der Putz von der Wand geschlagen wurde. Türen zu den Zimmern sind durchbrochen und mit Brettern geflickt. Schlösser sind herausgerissen.«[12]

Räubereien und Überfälle sind nichts Ungewöhnliches. Die meisten von ihnen werden niemals angezeigt. Offensichtlich sind die, die sich am wenigsten wehren können, die leichteste Beute. Es gibt ein Hotel im Upper West Side-Viertel, das wegen über 250 Verletzungen der städtischen Gesundheitsvorschriften angezeigt worden ist und dessen Besitzer zu 37500 Dollar

Strafe verurteilt wurde; es ist bis jetzt noch nicht geschlossen worden, weil der Prozeß noch nicht abgeschlossen ist.[13]

Es ist schwer, Anhaltspunkte über die Zahl früherer psychiatrischer Patienten in den SROs zu erhalten. Verständlicherweise zögern viele, ihre psychiatrische Vorgeschichte preiszugeben, denn sie haben Angst, wieder eingeliefert zu werden. Die geschätzte Anzahl der Ex-Patienten in den SROs schwankt zwischen zehn- und zwanzigtausend mit der stärksten Konzentration in dem Upper West Side-Viertel und in dem Murray Hill-Gebiet.

Das Amt für soziale Dienste hat seit einigen Jahren für die Mieter der SROs Hilfen »vor Ort« eingerichtet. Dazu gehört ein warmes Mittagessen und Erholungs- und Rehabilitationsprogramme, die von Sozialarbeitern und Teilzeit-Ärzten und -Krankenschwestern durchgeführt werden. Das neue »Gemeindehilfsprogramm« hat sein Personal vergrößert. Es sind Anstrengungen, die Anerkennung verdienen und die auch helfen. Aber die »äußeren Umstände«, in die diese Bemühungen eingebettet sind, haben so eine Durchschlagkraft, daß die »sozialen Dienste« fast zur Farce werden. Es ist dennoch bemerkenswert, was das Engagement der Mitarbeiter trotz äußerst magerer Unterstützung in bestimmten SROs erreicht hat. Ein Beispiel dafür ist das Aberdeen Hotel in der 32. Straße. Neun Jahre lang haben Al Pettis und seine wenigen Mitarbeiter sich bemüht, dieses Hotel umzuwandeln. Es ist kaum zu glauben, aber man stolpert hier über Elemente einer echten Gemeinde: Den Mietern wird Hilfe, Begleitung und Unterstützung angeboten beim Umgang mit Geld, in Auseinandersetzungen mit der SRO-Leitung und bei alltäglichen Verrichtungen - und das alles trotz der seelischen Gebrechlichkeit der Mieter und dem heruntergekommenen Zustand des Hotels. Aber die große Mehrheit der SROs kennt solche Programme nicht. Früher waren sich die Hotelleitungen darüber einig, daß solche Programme nützlich wären, einfach um mehr Einweisungen und damit eine höhere Belegungsrate zu erreichen. Heute sind leerstehende Wohneinheiten selten und auch die Räume, in denen diese Programme stattfinden könnten, sind vermietet. Mehrere Faktoren haben die Bedingungen für die SRO-Bewohner verschlimmert. Das städtische J-51-Programm gewährt allgemeine Steuervergünstigungen (ungefähr 40 Millionen Dollar jährlich)[14] für die Umwandlung von SROs in Wohnungen entsprechend den Standards der Mittel- und Oberklasse - mit Sicherheit das einträglichere Immobiliengeschäft. Das hat zur Schließung von mehre-

ren SROs und zur Umquartierung ihrer Bewohner geführt. Um ihre Gebäude möglichst schnell für die geplante Umwandlung freizuhalten, werden die Mieter von den Eigentümern mit allen Mitteln zum Auszug gedrängt; der Einsatz von Hunden und von Schrotflinten in den frühen Morgenstunden ist vorgekommen. Einige SROs wurden während eines Wochenendes geräumt. Die Mieter, besonders aber die Behinderten, kämpfen nur selten um ihre verfassungsmäßigen Rechte, um diesen Erpressungsmanövern zu begegnen. Die SROs werden nicht nur weniger, sondern auch teurer, denn die Besitzer haben ihre Miete über den üblichen Standard für Hotels der unteren Preiskategorie hinaus erhöht. Im März 1978 gab es um 23 % weniger Hotels dieser Kategorie als im Januar 1975.[15] Die Wartelisten für einen freien Platz wachsen, während die Hotels nahezu ausgebucht sind.

Bei dem gemeinen Drama mit den abstoßenden Rollen, die in den SROs zum Alltag gehören, war es zu erwarten, daß, nachdem erst einmal diese Mißstände offiziell zur Kenntnis genommen werden mußten, alsbald eine Ausbeutung neuer Art folgen würde. CBS ist gerade dabei, ein vorläufiges Drehbuch für eine Fernsehserie zu erarbeiten, eine komödienhaft aufgemachte Milieuschilderung eines SRO mit seinen Bewohnern. Ohne jeden Zweifel entbehrt dieses Milieu nicht einer gewissen Komik. Aber man kann das Leid nicht auf persönliche Überempfindlichkeiten und Verwirrungen reduzieren, ohne gleichzeitig dessen Ausmaß und dessen Unversöhnlichkeit zu unterschätzen. Man fragt sich, was die SRO-Bewohner selbst fühlen werden, wenn sie in ihren kleinen, mit Stuhlreihen angefüllten Räumen vor dem in der Nähe der Decke installierten Fernseher sitzen und hier Parodien über die »schmutzige Wäsche« ihres Alltags sehen.

PPHA's (Private Wohnheime für Erwachsene)

Ein anderer, wesentlicher Teil der entlassenen Patienten, ungefähr 6650, wohnt in den berüchtigten privaten Erwachsenenheimen, die sich hauptsächlich im Stadtgebiet von New York befinden. Eine im Auftrag des stellvertretenden Generalstaatsanwaltes durchgeführte Untersuchung (März 1979) zeigte folgende durchgängig nachweisbare Eigenschaften der Erwachsenenheime auf:

»Ungesunde, unhygienische und unsichere Lebensbedingungen. Mangelernährung, völliges Fehlen eigentlich vorgesehener Dienstlei-

stungen und Freizeitprogramme. Mängel auf dem Gebiet der ärztlichen Betreuung und der Versorgung mit Medikamenten sowie zahlreichen Verletzungen der regionalen Gebäude-, Feuer- und Sicherheitsvorschriften.«[16]

Umstände bei zahlreichen Todesfällen von PPHA-Bewohnern und zahlreiche Selbstmorde unterstreichen das extreme Risiko ihrer Lebensbedingungen. Während eines einzigen Monates im Jahre 1977 wurden folgende Vorfälle in einem PPHA gemeldet:

Eine versuchte Vergewaltigung an einem nackt herumlaufenden psychotischen Bewohner; eine Messerstecherei um 5 Dollar; vier Schlägereien bzw. Überfälle im Laufe eines Tages auf einen Bewohner; fünf andere Überfälle, einer davon mit einer abgebrochenen Flasche und einer mit einem Eisenrohr ..., zwei versuchte Selbstmorde ... und mehrere Vermißtenmeldungen.[17]

Die Bewohner beziehen bis zu 444 Dollar monatlich als besondere Sozialleistung (Supplemental Security Income Payment), davon wird alles bis auf ein Taschengeld von 18 bis 38 Dollar an das Erwachsenenheim abgeführt. Der Profit der Erwachsenenheim-Branche wird im Staate New York auf mindestens 8,4 Millionen monatlich geschätzt.[18] Das Spektrum der Betreuungsprogramme (»Activity Programs«) reicht von wohlgemeinten, aber infantilisierenden bis zu offen lächerlichen. Eine Heimleiterin berichtete uns über ein besonders markantes Beispiel an Unsinnigkeit, wie sie hier möglich wird: Sie war dabei, eine Nähgruppe zusammenzustellen, und zwar aus Frauen, die 40 Jahre lang in einem Ausbeuterbetrieb als Textilarbeiterinnen gearbeitet hatten.

Die Obdachlosenasyle

Das Obdach für Männer in der »Bowery« verabreicht Mahlzeiten, Duschen, Kleidung und medizinische Betreuung für ungefähr 10000 Menschen jährlich. Das staatliche Amt für soziale Dienste konzessioniert die Obdachlosenasyle und übernimmt 50 % der laufenden Kosten; die Stadt zahlt den Rest. Wie eine Studie aus dem Jahre 1976, basierend auf einer Stichproben-Umfrage bei 1235 Männern in einer Nacht, aufzeigt, waren 30 % früher in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert. Schätzungen aufgrund von Interviews ergaben 50 Prozent mit relevanter offensichtlicher psychischer Symptomatik; das wären in einer einzigen Nacht über 600. Dies entspricht sicherlich nicht der bei der Entlassung geplanten Entwicklung. Von dem Leiter einer

psychiatrischen Station in einem Obdachlosenasyl stammt folgende Aussage:

Die meisten Männer kommen nicht aus den Staatshospitälern ... Üblicherweise werden Pläne für die Eingliederung in die Gemeinde für sie gemacht, aber diese funktionieren nicht ... Sie werden dann entweder aus ihrem SRO geworfen, oder ihre Sozialunterstützung hört auf, oder aber sie kommen nie mit ihrem Aufnahmeantrag in einer Klinik durch.«[20]

Die Obdachlosenasyle geben pro Tag drei Mahlzeiten an ungefähr 1500 Männer aus und verteilen 800 Nachtquartier-Bezugsscheine; diese kann man in einem der Bowery-Logierhäusern (»Flophouses«) einlösen, die mit den Obdachlosenasylen einen Vertrag haben. Ein staatlich lizenziertes Alkoholgeschäft ist gleich um die Ecke und hat ständig genug Kundschaft. Während des Winters suchen jede Nacht 1200 Männer eine Unterkunft. Wenn das Obdach keine Bezugsscheine mehr hat, darf der Rest sich auf den Betonboden im großen Raum im Obdachlosenasyl zum Schlafen legen. Ist dann der »große Raum« ausgebucht, werden die Männer zurück auf die Straße geschickt. Zur Zeit werden ungefähr 200 Männer jede Nacht weggeschicht; man kann sich vorstellen, wie es in den Wintermonaten aussehen wird.

Der offizielle Sprecher der Agentur, die das Obdachlosenasyl leitet (Human Resources Administration) hat (in einer offiziellen Stellungnahme) abgestritten, daß auch nur einem Mann die Aufnahme in den »großen Raum« verweigert wurde. Daß es anders ist, hört man von den Mitarbeitern, von den benachbarten Sozialdiensten, von den Männern, die von den Obdachlosenbezugsscheinen leben und in Gesprächen unter vier Augen mit HRA-Funktionären. Wie viele Männer gar nicht erst abgewiesen werden, weil sie nämlich genau wissen, daß der Vorrat an Bezugsscheinen längst erschöpft ist, wird man niemals wissen.

Und dabei sind die Bedingungen in den verfügbaren Quartieren alles andere als besonders attraktiv: Die Logierhäuser sind schmutzig, unhygienisch und gefährlich. Sie bieten einen Schlafplatz für hundert Männer in einem einzigen Raum oder in getrennten 5 x 7 Fuß großen Kojen mit einem kleinen Bettgestell, sowie Schlafplätze hinter einem Drahtverhau, die sicherlich nicht den Bundesvorschriften für Gefangenenzellen entsprechen. Das staatliche Amt für soziale Dienste erwägt, die Lizenzen zu verweigern und die Unterstützung zurückzuziehen, wenn die Bedingungen nicht verbessert werden. Dies würde

ohne Zweifel die Situation der Männer noch verschlimmern. Ein neuerer Stadt-Report kommt zu dem Schluß, daß das Obdach »nichts mehr ähnelt als den Asylen des 19. Jahrhunderts.«[21]

Die Gemeinden sind zu Recht darüber empört, wenn ihre Straßen in eine offene Kanalisation umgewandelt werden, weil das Obdach nur zwei Toiletten hat für 500 Mann, die täglich zum Essen kommen. Sie sind verständlicherweise erregt darüber, wenn die Männer auf ihren Straßen ziellos den ganzen Tag herumirren, weil das Logierhaus (»Flophouse«), in dem sie nachts schlafen, sie morgens zwischen sieben und acht hinauswirft und ihnen verbietet, früher als am späten Nachmittag zurückzukommen. Aber keines dieser Probleme hat irgendetwas zu tun mit den Unfähigkeiten der Ex-Insassen oder Ausgesonderten. Sie sind zurückzuführen auf eine tiefere strukturelle Absurdität. Auf die Umstände, unter denen diese Menschen um ihr Überleben kämpfen müssen.

Für wohnungslose Frauen gibt es eine entsprechende, von der Stadt betriebene Einrichtung, die ebenfalls im Bezirk »Lower East Side« lokalisiert ist und 77 hart umkämpfte Betten hat. Innerhalb von vier Monaten wurden hier 407 Frauen abgewiesen. Viele von ihnen wurden abgelehnt, weil sie sich geweigert hatten, ausgefragt zu werden, ein Bad zu nehmen oder sich der verbindlich vorgeschriebenen körperlichen und psychiatrischen Untersuchung zu unterziehen.

Offizielle Lösungsvorschläge

Die Diskussion der neueren Vorschläge zur Lösung der kritischen Wohnraumknappheit für behinderte hilfebedürftige Menschen in New York City ist ein trauriges Unterfangen - man kann sich kaum entscheiden, was schlimmer ist: Das Problem oder die vorgeschlagenen Lösungen. Man sollte sich jedoch nicht in einem akademischen Streit über die Frage verlieren, was die relativen Vorzüge von zwei Übeln sind. Es ist ziemlich deutlich, daß in beiden Fällen keine ernsthaften Anstrengungen gemacht werden, um die Nöte der psychisch behinderten Erwachsenen zu beheben. Zum »Problem« ist dies kürzlich erst dadurch geworden, daß diese Individuen sich brennesselartig bemerkbar gemacht haben. Die Lösungen haben, wie man bemerken wird, alle den gleichen Effekt: Entfernung dieser Objekte aus der Öffentlichkeit.

Alternative I: Der Rückzug aufs Land

Camp La Guardia ist eine vom DSS geführte 1000-Betten-Einrichtung im oberen Teil des Staates New York. Sie behauptet von sich, daß es den Gesundheitszustand verbessert durch »frische Luft«, gute Ernährung, ausreichende Ruhe und Arbeitstraining.«[22] Der Führungsstil erinnert die meisten Besucher an die Arbeitshäuser des 19. Jahrhunderts. Die Männer vom Obdachlosenasyl werden ermutigt, freiwillig dorthin zu gehen und für immer dort zu bleiben.

Alternative II: Die Insel der Verrückten

Zur Unterbringung der Menschen, die von dem Obdachlosenasyl nicht mehr verkraftet werden können, erwägt man auch die beiden Inseln Wards und North Brothers. Auf der Insel Wards besitzt die Staatsbehörde für psychische Gesundheit ein leerstehendes Gebäude, was früher zum Manhattan Psychiatric Center gehörte. Der Staat ist jedoch offensichtlich nicht geneigt, die Insel der Stadt zu diesem Zweck zu geben. Noch für vier andere unerwünschte und hilfebedürftige Bevölkerungsgruppen wurde die Insel in Erwägung gezogen. Sollte die Insel dazu ausgewählt werden, die überschüssigen Obdachlosen aufzunehmen, so müßten diese freiwillig dorthin gehen - eine eigenartige Form der Freiwilligkeit, denn ihre einzige Alternative wäre, sich zu Tode zu frieren. North Brothers Island gehört der Stadt und liegt vor South Bronx. Die in Frage kommenden Gebäude waren früher ein Tuberkulose-Krankenhaus. Eins von den geringeren Problemen ist, daß es keinen Zugang zu dieser Insel gibt. (Man fragt sich hier ernsthaft, ob die Stadt auch erwägt, die im 15. Jahrhundert üblichen »Narrenschiffe« wieder einzurichten - vielleicht, indem man eines der Linienschiffe dazu benutzt, die Aufsässigeren unter den Verrückten auf Beruhigungsfahrten rund um Manhattan zu nehmen).

Alternative III: Was sagt schon ein Name?

Die staatliche Behörde für psychische Gesundheit hat vorgeschlagen, leerstehende Gebäude auf dem Gelände von psychiatrischen Einrichtungen, die den Bundes- und Staatsvorschriften für die Betriebserlaubnis nicht mehr genügen, in »Einrichtungen für häusliche Pflege« DCF (Domiciliary Care Facilities) umzuwandeln. Diese Gebäude würden dann belegt werden mit Patienten aus den psychiatrischen Stationen von

gegenüber, mit Patienten, die zur Zeit in unzureichenden Wohnverhältnissen in der Gemeinde betreut werden und mit einer besonderen, schlecht definierten Kategorie von Patienten, den »neuen Chronischen«. Man verspricht sich von diesen Einrichtungen u.a. eine Verbesserung des Personalschlüssels für die stationär behandelten Patienten, so daß man in die Nähe des von der Kommission zur Zulassung von Krankenhäusern (Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH) vorgeschriebenen Richtlinien kommt und außerdem eine Streichung dieser Gebäude von der Krankenhausliste, so daß sie der Kontrolle der JCAH insgesamt entzogen sind und damit auch ihren strengeren Kriterien für Behandlung, Gesundheit und Sicherheit. So ist die Erstattung der Kosten für III.-Klasse-Patienten an die Staatshospitäler daran gebunden, daß die Einrichtungen in Übereinstimmung mit den Richtlinien der JCAH sind. Diese zeigt sich bisher »traditionell rücksichtsvoll im Hinblick auf die finanziellen Verpflichtungen der Staatshospitäler und forderte deshalb nicht die strenge Einhaltung aller Vorschriften bezüglich der Sicherheit, der Personalbesetzung, der Anrechte der Patienten usw.«[23] Jetzt aber, unter dem Druck parlamentarischer Kräfte, versucht die JCAH, diese Standards konsequent durchzusetzen. Die Einwohner aber der DCFs haben keines dieser Rechte (z.B. das Recht auf Behandlung, das Recht auf minimale Entlohnung für ihre Arbeit und die Rechte bezüglich der Aufnahme- und Entlassungsprozedur). Diese Rechte sind in den letzten Jahren durch aktive Patientengruppen durchgesetzt worden, sind aber in den meisten Fällen beschränkt auf die stationäre Behandlung. Die Umwandlung von Teilen der Staatshospitäler in DCFs wird nur unbedeutende Kosten und geringe Personalbesetzung »erfordern« und wird zudem einen bedeutenden Zuwachs der Bettenkapazität bringen.[24]

Aus alledem ergibt sich eine besondere Merkwürdigkeit: Die Bewohner werden genauso isoliert von der Gemeinde leben wie die stationär behandelten Patienten und trotzdem wird ihre Wohnform vor dem Gesetz und in der Statistik als gemeindemäßig angesehen.

Alternative IV: Zurück zu den Asylen

Andere, die weniger auf einen kosmetischen Effekt aus sind, haben das Irrenhaus in seiner klassischen Form wiederentdeckt. Eine NIMH-Studie (National Institute of Mental Health)

kommt wieder zu dem Schluß, daß in jeder Gesellschaft ständig die Notwendigkeit für Einrichtungen mit der Funktion von »beschützender Aufbewahrung und Asyl« besteht[25]. Das Mental Health Subcommitee für nachgehende Fürsorge in der Gemeinde im Staate New York vertritt die Ansicht, daß das Amt für psychische Gesundheit die entlassenen Patienten, die es »nicht schaffen«, in den Einrichtungen, wo sie gerade sind, herausfinden muß, und daß ihre Rückkehr in das Staatshospital energisch betrieben werden muß, damit sie dort weitere Pflege erfahren, wobei man davon ausgeht, daß sie dann, wenn durchführbar, in die Gemeinde zurückgeschicht werden, und zwar in angemessenere Unterkünfte.[26]

Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß der Staat jetzt, da die stationäre Behandlung für einen Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus auf 30000 Dollar pro Jahr gestiegen ist, viele Patienten reinstitutionalisieren wird, zumindest nicht in die gleichen hochgradig genormten Strukturen. Eher ist es wahrscheinlich, daß frühere Formen der Institutionalisierung zusammengeschustert werden zu weniger kostspieligen Organisationsformen. Und ob, wenn die Wieder-Entlassung eines Tages »durchführbar« ist, die Unterkünfte vorbereitet sind, ist noch die Frage: Im Hinblick auf die Nachlässigkeit und den Mißbrauch in der jüngsten Vergangenheit sollten die Ex-Patienten sich nicht ohne weiteres auf Versprechungen auf Papier verlassen.

Alternative V: Winter-Lager

Für die kommenden Wintermonate wird als mögliche Notfallmaßnahme für Wohnungslose in Erwägung gezogen, Reihen von Notbetten in einem staatlichen Zeughaus aufzustellen. Ein hoher Prozentsatz von diesen Wohnungslosen wird psychisch behindert sein. Diese Einrichtung soll für fünf Monate offen sein; im Frühling werden dann die Menschen auf die Straße gesetzt.

Diskussion

Wenn wir die Formen der Betreuung in den Gemeinden kritisieren, so heißt das keineswegs, daß für uns die institutionelle Betreuung die Alternative ist. Die in jüngster Zeit vorgebrachten Argumente, daß das psychiatrische Hospital eine neue Rolle als Anwalt für psychisch Behinderte spiele, oder daß es eine notwendige Ergänzung der »Gemeinde« sei, überfordern auch

Gutwillige. Die Namen für die öffentlichen Einrichtungen für psychisch Kranke haben sich entsprechend den veränderten Zeiten gewandelt; so nannte man sie früher Irrenhäuser oder »Farm der Wahnsinnigen«; später Staatshospitäler und seit neuestem spricht man von Instituten für psychische Gesundheit oder von psychiatrischen Zentren: an den jämmerlichen Lebensbedingungen für die Menschen im Inneren der Einrichtungen hat sich damit nichts geändert.

Nach einer Untersuchung aus dem Jahre 1978 könnten 28 % der Patienten in den Staatshospitälern entlassen werden, müssen aber in den Hospitälern bleiben, weil sie in den Gemeinden nicht unterkommen können.[27] Diese Patienten, die trotz des Zwanges zur Entinstitutionalisierung immer noch auf das Zeitalter der Betreuung durch die Gemeinde warten müssen, sind für den Staat »die Flammen, die das Wasser am Kochen halten«. Es wird oft betont, daß die früheren Patienten in den SRPs, in den Obdachlosenasylen und auf den Straßen aus Angst vor einer Re-Hospitalisierung die vorhandenen sozialen Dienste nicht aufsuchen, bzw. auf entsprechende Angebote nicht eingehen, was zeigt, daß, so unwirtlich und sogar risikoreich das Leben in der Gemeinde für sie auch sein mag, die Institution für sie noch schlimmer wäre. Erfreulicherweise scheint James Prevost, der derzeitige Staatsbevollmächtigte für psychische Gesundheit, diese Tatsache zu kennen. In einem internen Memorandum als Antwort auf eine Anregung, daß es besser sein könnte, daß die »Patienten in den SROs (die offizielle staatliche Ausdrucksweise schwankt zwischen »Patienten« und »Ex-Patienten«) wieder in den Institutionen untergebracht würden, schreibt er:

»...So schwer es auch fällt, es zu glauben, man muß jedoch davon ausgehen, daß viele dieser Menschen, die in diesen Unterkünften leben, freiwillig dort sind und auch lieber dort bleiben als in ein Hospital zurückzukehren. Wenn diese Menschen Gefangene sind, dann sind sie Gefangene der Armut und nicht des psychiatrischen Gesundheitssystems. Sind die SSI-Vergünstigungen adäquat? Waren Arbeitsplätze wirklich verfügbar? Ist die Wohnsituation in der Unterschicht ausreichend? Die meisten Menschen könnten recht gut in der Gemeinde leben. Auch wenn sie unter Bedingungen leben, die weit davon entfernt sind, ideal zu sein, ziehen viele von ihnen diese Bedingungen den Lebensumständen in einem Hospital vor.«[28]

Bemerkenswert an den Aussagen von Prevost ist, daß er die sonst üblicherweise angeführte Vorbedingung für ein erfolgreiches Überleben in der Gemeinde nicht erwähnt: Die leicht ver-

fügbaren und ausreichenden Gesundheitsdienste. Ob diese Auslassung absichtlich war oder nicht, wissen wir nicht; in beiden Fällen ist sie bedeutsam.

Dieser Punkt sollte im Auge behalten werden, denn die »mehr Dienste«-Mentalität ist tief verwurzelt und wird überall verkündet. Die letzte und erlauchteste Unterstützung hat sie von der vom Präsidenten eingesetzten Kommission über psychische Gesundheit erhalten.[29] Was aber der psychisch Behinderte wirklich braucht, sind nicht mehr Dienste, sondern ein menschenwürdigeres Leben. Priorität unter seinen Grundbedürfnissen hat das Bedürfnis nach einem sicheren humanen Platz zum Leben. Ein Ex-Patient hat seine Situation wie folgt beschrieben:

»Nach meiner Meinung braucht man einen Platz zum Leben, wenn man das Hospital verläßt, und (die Patienten) nehmen was sie finden können ... (aber in einem SRO) ist man immer noch isoliert und allein. Was das Wichtigste ist, man lebt nicht an einem Platz, den man sich für sich ausgesucht hat. Es wurde einfach für einen arrangiert ... Viele von uns könnten mit ein wenig Hilfe miteinander in einem richtigen Apartment in unserer Stadt leben.«[30]

Es kann auch nicht bestritten werden, daß dies soziale Bedürfnisse und nicht »therapeutische« Bedürfnisse sind. Sie betreffen eigentlich das System der Sozialhilfe und nicht das psychiatrische Gesundheitssystem; schon lange ist bekannt, daß die Pathologie der Wohnsituation Art und Ausmaß der psychischen Störungen bestimmt. In dieser Hinsicht ist es ein bedeutsamer, wenn auch außergewöhnlicher Befund, der vor kurzem erhoben wurde: Ein noch nicht abgeschlossenes Forschungsprojekt in Pittsburgh hat nachgewiesen, daß bei den in der Gemeinde lebenden Ex-Patienten der Grad des Küchenschaben-Befalls in den Wohnungen ein besserer Indikator auf eine bevorstehende Rehospitalisierung ist, als die Schwere der psychopathologischen Symptome.[31]

Die Hürden sind fast unüberwindlich. Die Bürokratie der Dienste ist fest verwurzelt, überstark und hat sich verschanzt; in einer Periode finanzieller Kürzungen gilt ihre De-facto-Priorität dem eigenen Überleben. »Vor Ort« (oder »an der Front«) tasten sich die Mitarbeiter der psychiatrischen Dienste jeden Tag am Rande der Verzweiflung entlang: Demoralisierung nimmt überhand, die Zahl der zu bearbeitenden Fälle ist riesengroß und die Bemühungen, eine menschenwürdige Unterkunft für ihre Anvertrauten zu finden, müssen sinnlos verpuffen, wenn es überhaupt keine menschenwürdigen Unterkünfte gibt,

die man finden könnte. Nicht einmal für sie selbst ist es evident, daß ihre Berufsgruppe »hilfreich« sein kann. Es kommt noch hinzu, daß der Widerwillen der Öffentlichkeit einen neuen Höhepunkt erreicht hat in seiner Wut über den abscheulichen Anblick des Trottoir-Psychotikers. Selbst gefestigte Liberale, die alle Rückschläge der »Großen Gesellschaft« überlebt haben, hört man jetzt murren: »Mir ist es egal, was ihr mit ihnen tut, aber bringt sie weg von meiner Straße.« Es reicht nicht, den Ex-Patienten zu ermuntern, »auszuhalten« bis zur nächsten Phase wirtschaftlichen Aufschwunges. Doch es wird auch nicht damit getan sein, sie in ein wohlgeordnetes Vergessen abzuschütteln. Wenn es der Stadt wirklich ernst wäre mit ihrem Betroffensein über die desolate Situation der entlassenen psychiatrischen Patienten, dann würde es Gesetze geben, die sehr ähnlich dem J-51-»Veredelungs«-Programm sind, aber einen gegensätzlichen Effekt haben würden - sie müßten Anreize anbieten für die Verbesserung der Lebensbedingungen in den Unterkünften der unteren Einkommensschichten; dann würde es ein Obdach geben, das auch für ungewaschene und gestörte Menschen die Intimsphäre und die Menschenwürde respektiert; dann würde es, kurz gesagt, sowohl Zufluchtstätten zur akuten Hilfe geben, als auch die langfristigen Möglichkeiten, für sich selbst oder mit anderen einen Haushalt einzurichten. Wir wissen jedoch ganz gut, daß unsere Stadt - wie es ein städtischer Verwaltungsbeamter ausdrückte - »immer noch eine Stadt der Hausbesitzer« ist. Es dabei zu belassen, heißt lediglich, das Problem erkannt zu haben.

Zusammenfassung

Fluktuation auf dem Immobilienmarkt, Kosteneinsparungsmaßnahmen durch den Staat und eine Stadt in der Krise, haben die psychisch Behinderten dazu gezwungen, in teuren, unsicheren und unzureichenden Unterkünften und im extremen Fall auf der Straße zu leben. Viele ihrer Ängste und viel von ihrem ungewöhnlichen Verhalten sind Reaktionen auf diese unerträglichen Lebensbedingungen. Ein Obdach zu haben, ist ein menschliches Grundbedürfnis und keine psychiatrische Versorgung, die je nach Gesundheitszustand gewährt oder entzogen wird. Es bedarf keines psychiatrischen Gutachtens, um zu wissen, daß Sicherheit und Stabilität der Umgebung die seelische Stabilität fördert. Diese Position zu akzeptieren heißt, das allen gemeinsame Bedürfnis zu unterstreichen und damit die

potentielle Kernforderung für alle psychisch Behinderten und die große Anzahl von Menschen, die ihr Los teilen.

Anmerkungen

1 Lund, D.A., »The Mentally Impaired and the Long-Term Care Systems: A Profile of Needs.« A paper prepared for the State Communities Aid Association, New York, June 4, 1979.
2 Brill, H. and R. Patton, »Psychopharmacology and the Current Revolution in Mental Health Services.« Proceedings of the Fourth World Congress of Psychiatry, Amsterdam, 1966.
3 Goffman, E., Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Garden City, N.Y.: Doubleday, 1961.
4 Scull, A., Decarceration: Community Treatment and the Deviant - A Radical View. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977.
5 »Service Integration for Deinstitutionalization: Cost/Benefit Analysis,« Vol. 5, Rehabilitation Services Administration of HEW, April, 1975 and Baxter, E., »Deinstitutionalization: A Critical Analysis,« Forthcoming in Social Policy for this evidence.
6 Lander, L. »The Mental Health Con Game,« Health/PAC Bulletin, No. 65, July/August 1975 for a more detailed analysis of New York State's mental health policy over this period.
7 Ibid.
8 Bellamy, C., »From Country Asylums to City Streets,« Office of the New York City Council President, July, 1979.
9 Christmas, J., Final Report of the Interagency Task Force on Problems of Deinstitutionalization and the Chronically Mentally Ill, N.Y.C. Department of Mental Health, Mental Retardation and Alcoholism Services, New York City, July 17, 1978.
10 Shapiro, J., Communities of the Alone. New York: Association Press, 1971.
11 »Single Room Occupancy: A Need for National Concern,« Special Committee on Aging, U.S. Senate, 1978.
12 Lorber, C., »The Village's Worst SRO,« The Villager, March 12, 1979.
13 Witten, M., »West Side SRO Fined $ 37000; Biggest Ever«, The Westsider, February 2 - 8, 1979.
14 Ruth Messinger's Office: »Council Member Messinger Charges Tax Benefit Programms Favor Manhattan; Cites Abuse in J-51-Programm,« August 21, 1979.
15 Kopp, E. and K. Murphy, »Lower-Priced Hotels in New York City: 1978,« Human Resources Administration, Department of Social Services, New York City, 1978.
16 Hynes, C. »Private Propietary Homes for Adults,« Office of the Deputy Attorney General, New York, March 31, 1979.
17 Ibid.
18 Ibid.
19 Quoted in Community Support System Contract Proposal for the

Men's Shelter, Human Resources Administration, Department of Social Services, New York City, January 12, 1979.
20 Bellamy, op. cit.
21 Bellamy, op. cit.
22 Community Support System Contract Prosposal, op. cit.
23 Miles, D., Memorandum on »Domiciliary Care Facilities,« New York State Office of Mental Health, November 29, 1978.
24 Ibid.
25 Bachrach, L., Deinstitutionalization: An Analytical Review of Sociological Perspective, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1976.
26 New York State Assembly Sub-Committee on Community Aftercare. From the Back Wards to the Back Alleys. New York, March 15, 1978.
27 Weisman, S., »28 % Are Held In Mental Hospitals Needlessly, New York Study Finds,« New York Times, January 15, 1978.
28 Prevost, J., Memorandum to Governor Carey on deinstitutionalization, New York State Office of Mental Health, October 23, 1979.
29 Summary Report of the President's Commission on Mental Health, U.S. Government Printing Office, Washingthon, D.C., 1978.
30 Peterson, R., »What are the Needs of Chronic Mental Patients.« Paper delivered at the American Psychiatric Association Meetings, Washington, D.C., January 11 - 14, 1978.
31 Bromet, E. et al. »Community Environments of Deinstitutionalized Patients.« Paper delivered at the 107th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York City, November 4, 1979.

Dieter Henkel

Frühinvalidität und Rehabilitation bei psychisch Kranken in der Rentenversicherung von 1968 bis 1979*

1. Zielsetzung und Datenbasis

Nach wie vor zunehmende Verbreitung findet die These vom durchgängig qualitativen Wandel staatlicher Behindertenpolitik in der BRD, nicht zuletzt auch in diesem *Internationalen Jahr der Behinderten*. An die Stelle von finanzieller Unterhaltshilfe in Form von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten sei

* Ich danke dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M.-Würzburg, für die freundliche Projektunterstützung.

das Prinzip der Rehabilitation getreten. Nicht nur als Programmatik, sondern auch real habe die Rehabilitation Vorrang gegenüber frühzeitiger Berentung (Frühinvalidität). Durch die finale Orientierung der Rehabilitation erfolge zudem ihre Gewährung unabhängig von der Behinderungsursache und der beruflich-sozialen Position der Behinderten. Und schließlich stünden der vollen Realisierung des Rehabilitationsanspruchs keine grundlegenden, sondern lediglich graduelle gesellschaftliche Barrieren, z.B. überkommene Vorurteile gegenüber Behinderten, im Wege. Diese Thesen sind im folgenden für die Gruppe der psychisch Kranken empirisch zu prüfen.

Durch die größtenteils eigenständige Kriterienstruktur der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit als hauptzuständige Institution für den Bereich der beruflichen Rehabilitation und durch das Fehlen einer Gesamtstatistik der ohnehin erst seit 1974 in den Kreis der medizinischen Rehabilitation einbezogenen Krankenkassen, muß eine Beschränkung auf die *medizinische* Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten erfolgen. Allein ihre für die hier interessierenden Fragen ausreichend differenzierten sowie genügend weit zurückreichenden Datensätze erlauben vergleichende Längs- und Querschnittsanalysen zwischen der Rehabilitation und Frühinvalidität psychisch Kranker. Jedoch sind die Daten schon aufgrund der Hauptträgerschaft der Rentenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowie der Zahl und Zusammensetzung der Versicherten[1] für diesen Rehabilitationstyp ausreichend repräsentativ.[2] Sie stammen ebenso wie die Zahlen zur Frühinvalidität aus den jährlich vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) veröffentlichten Statistikbänden[3] sowie aus einem für die vorliegende Untersuchung vom VDR 1981 durchgeführten EDV-Programm.

Den Frühinvaliditäts- und Rehabilitätsstatistiken des VDR liegt die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) zugrunde. Daraus wurden die *ICD-Ziffern 290 bis 309* als psychische Störungen ausgewählt. Als Zeitraum wurden die Jahre 1968 bis 1979, somit 6 Jahre vor und 6 Jahre nach Einsetzen der Massenarbeitslosigkeit 1973-74 bestimmt. Die für den Vergleich zwischen einzelnen Versichertengruppen und für Längsschnittanalysen notwendige Umrechnung der absoluten Fallzahlen in *Frühinvaliditäts-* bzw. *Rehabilitationsraten* erfolgt auf der Basis der Grundgesamtheit aller Versicherten[4], bezogen auf 100000 Versicherte der jeweiligen Gruppe nach dem

jährlichen Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes.[5] Als *Frühinvalidität* wird die Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit definiert. Der Begriff *Rehabilitation* bezieht sich auf die sog. abgeschlossenen stationären Heilmaßnahmen. Wird nicht explizit nach dem Versicherungsverhältnis unterschieden, dann beziehen sich die Angaben auf alle Versicherten (Pflicht-, Freiwillig- und sonstig Versicherte).[6]

2. Ursachen der Frühinvalidität

Hinsichtlich der Frühinvaliditätsursachen impliziert die VDR-Statistik eine spezifisch administrative Problem- und Ursachenumdeutung i.S. einer Medizinalisierung und Individualisierung der Frühinvalidität durch Ausklammerung ihrer gesellschaftlichen Genese und sozialen Determination, da allein die *Krankheit* als Ursache ausgewiesen wird. Dieses falsche Deutungsmuster der Frühinvalidität findet sich in fast allen bislang vorliegenden Frühinvaliditätsanalysen wieder.[7] Denn die Frühinvalidität ist nicht nur ein gesundheitlicher, sondern ein umfassend sozialer, insbesondere auch wirtschafts- und sozialpolitischer Tatbestand. Schon ihre sozialrechtliche Definition, die den Gesundheitszustand des Versicherten mit seiner beruflichen Verwendungsfähigkeit koppelt, setzt zu ihrer Feststellung unabdingbar voraus, daß zum einen die Beeinträchtigung der Gesundheit ein überdurchschnittliches, auf absehbare Zeit nicht reduzierbares Maß erreicht hat, und zum anderen, daß die damit verbundene Einschränkung der Arbeitsleistungsfähigkeit unter dem Durchschnitt einer Arbeitskraft normaler Güte liegt und ebenfalls auf längere Sicht nicht behebbar ist, wobei seit 1969 in diese Beurteilung das Vorhandensein von Erwerbsmöglichkeiten unter Abwägung der Arbeitsmarktlage miteingeht.[8] Analysiert man diese Zusammenhänge präziser, dann ist für das Eintreten der Frühinvalidität die aus Gesundheitsgründen resultierende *Unterschreitung der geforderten Arbeitsnorm* und die *Nicht-Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt* entscheidend. Somit ist es nicht die statistisch isoliert begriffene Krankheit, die den Frühinvalidisierungsprozeß ursächlich hervorruft und allein einleitet. Der Kern des Problems liegt vielmehr im Verwertungsinteresse des Kapitals nach maximaler Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft, der krisenhaften Entwicklung der kapitalistischen Produktion sowie der dadurch bedingten permanenten Freisetzung und Auswechselbarkeit von Arbeitskräften.

Insofern stellt die Frühinvalidität in ihrem Verursachungszusammenhang keinen Sonderfall von Ausgrenzung aus dem Arbeitssystem dar, sondern ist zunächst nichts anderes als eine (statistisch verdeckte) Form von Arbeitslosigkeit bei Lohnabhängigen mit gesundheitlichen Behinderungen. Ihre qualitative Abweichung davon liegt in der umfassenden Perspektivlosigkeit hinsichtlich der Chancen auf Wiederaufnahme von Lohnarbeit und vor allem im *endgültigen* Ausschluß der Betroffenen vom Arbeitsmarkt.

In Erweiterung der genannten Ursachen sind es keineswegs nur die gesellschaftlich vermittelten Erkrankungs-, Arbeitsanforderungs- und Arbeitslosigkeitsrisiken, die den Eintritt und Umfang der Frühinvalidität bedingen, sondern darüber hinaus auch Probleme der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere im Rehabilitationssektor. Eine Differenzierung und Gewichtung läßt die VDR-Frühinvaliditätsstatistik aufgrund der genannten Ursachenverengung nicht zu. Dies ist aus anderen Quellen zu erschließen, z.B. sozialepidemiologischen Studien, Materialien zur Arbeitslosigkeit und der VDR-Rehabilitationsstatistik.

3. Bedingungen der Rehabilitation

Als eine nicht nur bei bereits eingetretener Frühinvalidität, sondern auch bei erst drohender Erwerbsunfähigkeit mögliche Gesundheitsleistung nimmt die medizinische Rehabilitation allgemein Einfluß auf das Gesundheitsniveau der lohnabhängigen Bevölkerung, damit auch auf die Frühinvalidität. Doch ob Krankheit zur Rehabilitation berechtigt, richtet sich nach Rechtsnormen, die nicht medizinisch, sondern politisch gesetzt sind. Sie definieren Gesundheit in einem lediglich instrumentellen Verhältnis zur Erwerbsfähigkeit. So gewähren auch die Rentenversicherungen Leistungen zur Rehabilitation ausschließlich unter dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Reintegration in das Arbeitssystem. Das sich darin ausdrückende isolierte Interesse staatlicher Behindertenpolitik an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitskraft und die Reduktion von Gesundheit auf Arbeitsfähigkeit begrenzt das über Rehabilitation erreichbare gesundheitliche Reproduktionsniveau der gesamten lohnabhängigen Bevölkerung. Diese Problematik der ökonomischen Instrumentalisierung der Rehabilitation drückt sich besonders darin aus, daß eine Rehabilitationsmaßnahme nur dann gebilligt wird, wenn

sich ein tatsächlicher und zudem in absehbarer Zeit einstellender Erfolg im o.a. Sinne von vornherein prognostizieren läßt.[9] Vor allem diese Bestimmung hat für die Rehabilitation eine real entscheidende und zugleich paradigmatische Relevanz. Zum einen wirkt sie generell *restriktiv*, denn sie bedeutet eine Konkretisierung des allgemeinen Prinzips, nach dem sich nach Maßgabe des Kapitals erst dann Investitionen im Gesundheitsbereich lohnen, wenn kurzfristig rentable Effekte bei dem Erhalt menschlicher Arbeitskraft erwartbar sind. Zum anderen wirkt sie *selektiv*, insbesondere zu Lasten des gering qualifizierten Teils der Lohnabhängigen, noch stärker zu Lasten sozial randständiger Gruppen, wie dies am faktischen Ausschluß der chronisch psychisch Kranken in Anstalten und Heimen aus der Förderung durch Rehabilitation ablesbar ist.[10] Denn die bei der Vergabe von Rehabilitation geforderte *Rentabilitäts- und Erfolgsgarantie* wird bestimmt von den wirklichen Chancen und Erfordernissen der Integration ins Arbeitssystem. Sie ist damit abhängig von der jeweiligen *Arbeitsmarktlage*, der *Qualifikation von Arbeitskraft* und der *Art der Krankheit* i.S. ihrer ökonomisch-beruflichen Bewertung. Insbesondere in Zeiten ökonomischer Krisen werden diese restriktiv-selektiven Effekte verstärkt, zum einen durch den hohen Stand der Arbeitslosigkeit, zum anderen durch die Verknappung der Rehabilitationsressourcen im Beitragsaufkommen der Versicherungsträger infolge des niedrigen Lohnniveaus und Beschäftigtenstandes der Versicherten und schließlich durch die Stagnation im infrastrukturellen Ausbau des Rehabilitationssystems sowie infolge der Verbreitung intensivierter Verzichtsideologien zur Kostendrosselung im Rehabilitätssektor.

4. Allgemeine Prognosen

Im Zusammenschluß der Ursachen der Frühinvalidität und der Bedingungen der Rehabilitation, insbesondere vor dem Hintergrund der prinzipiellen Abhängigkeit beider Bereiche von ökonomischen Konjunkturen und Arbeitsmarktprozessen sowie ihrer grundlegenden Bestimmung nach der Logik kapitalistischer Rentabilität[11], läßt sich für die nachfolgende empirische Analyse vorhersagen, daß diese Problematik einerseits eine von den Erfordernissen der jeweiligen Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage bestimmte Dominanz entweder von Maßnahmen zur Reintegration psychisch Kranker durch Rehabilitation oder zu ihrer Absonderung vom Arbeitsmarkt durch Frühinvali-

disierung bewirkt, und zum anderen eine ständige Tendenz der Verdrängung ökonomisch unrentabler, z.B. beruflich gering qualifizierter Behindertengruppen.

Frühinvalidität und Arbeitsmarkt

Eine Kumulation der Frühinvaliditätsursachen für psychisch Kranke tritt zweifellos ein in Zeiten ökonomischer Rezession, in denen nicht nur die Arbeitslosigkeit, vor allem unter gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräften, zunimmt, sondern auch die psychosoziale Gesundheitsbelastung wächst, z.B. durch erhöhten Konkurrenzdruck, Anstieg der Arbeitsplatzunsicherheit sowie Verschärfung der Arbeitsnormen und Arbeitsanforderungsstrukturen. Entsprechend zeigt auch der empirische Verlauf der Frühinvaliditätsraten eine abrupte Zunahme mit dem Einsetzen der Wirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974 (s. Abb. 1 u. Tab. 1). Von den genannten Ursachen ist in den Wirkungen der Arbeitslosigkeit, d.h. in den verschärften Konkurrenzbedingungen im Arbeitssystem und auf dem Arbeitsmarkt, der entscheidende Grund für die Frühinvaliditätszunahme zu sehen. Darauf verweist die Sprunghaftigkeit der Entwicklung von 1973 auf 1974 bei den Arbeitern bzw. auf 1975 bei den Angestellten, die mit den Trends im Bereich der Arbeitslosigkeit nahezu deckungsgleich ist, zeitlich ebenso wie gruppenspezifisch.[12] Vor diesem Problemhintergrund ist mit Sicherheit ein weiterer Frühinvaliditätsanstieg durch die bereits jetzt feststellbare Ausweitung der Massenarbeitslosigkeit in den 80er Jahren zu erwarten.

Die seit 1974 beobachtbare Entwicklung, die alle untersuchten Versichertengruppen betrifft[13], bildet nicht nur einen deutlichen Nachweis für die formulierte Prognose der Zunahme gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozesse bei Konjunkturrückgängen und entsprechenden Arbeitsmarktverengungen. Ohne bereits den realen Trend im Rehabilitationssektor zu kennen, belegt sie zugleich, daß die Politik und das System der psychiatrischen Rehabilitation in der BRD vor allem unter dem Druck hoher Arbeitslosigkeit nicht in der Lage sind, Prozesse massenhafter Abdrängung in die Frühinvalidität wirksam aufzuhalten. So wurden in den Jahren 1974 bis 1979 insgesamt 99777 psychisch Kranke (ICD 290-309) frühinvalidisiert, in den davorliegenden 6 Jahren 64566. Allein im Jahr 1979 waren es 19429, darunter 7676 männliche und 5378 weibliche Arbeiter-

Abb. 1: Frühinvaliditätsraten in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) u. Angestellten (AV) von 1968 bis 1979, Männer (M) u. Frauen (F).

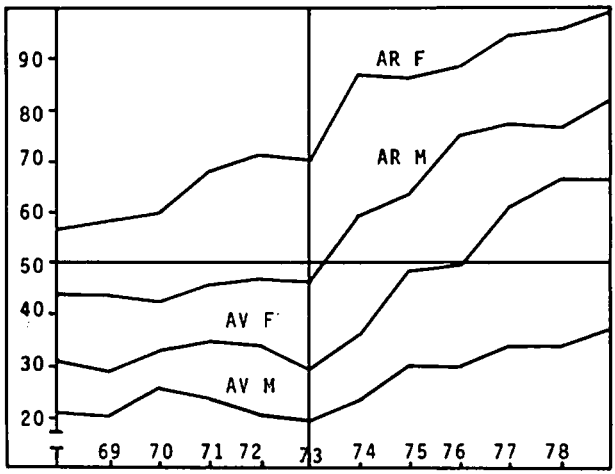
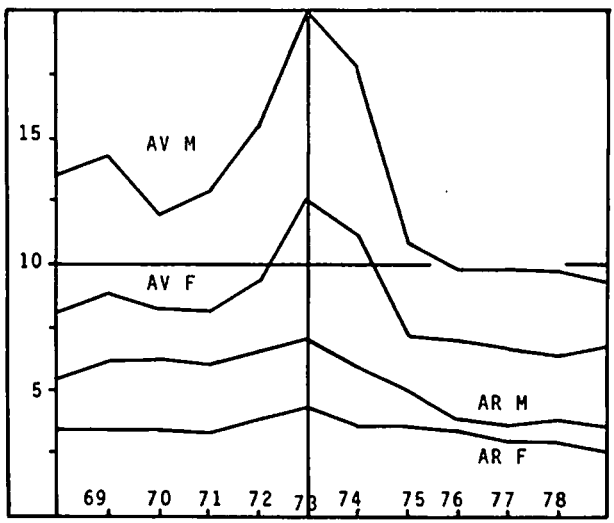


Abb. 2: Verhältnis von Rehabilitation und Frühinvalidität (Reha-Iv-Index) in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) u. Angestellten (AV) von 1968 bis 1979, Männer (M) u. Frauen (F).



rentenversicherte sowie 1973 Männer und 4402 Frauen in der Angestelltenrentenversicherung.

Tabelle 1

Durchschnittliche Frühinvaliditätsraten in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) von 1968 bis 1973 und 1974 bis 1979, differenziert nach Männern (M) und Frauen (F). Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (ICD 290-309) auf 100 000 Versicherte.

Jahre	AR M	AR F	AV M	AV F
1968-73	44,6	63,9	21,9	31,9
1974-79	72,3	91,9	31,8	55,4
Zuwachs in Prozent	62,1	43,8	45,2	73,7

Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Rohdaten des VDR. Dies gilt für alle nachfolgenden Tabellen.

Rehabilitation und Arbeitsmarkt

Fast spiegelbildlich zur Frühinvalidität verläuft der Trend in der Rehabilitation (s. Tab. 2), so daß die gestellte Prognose in vollem Umfang bestätigt wird. Rehabilitationseinbrüche in Abhängigkeit von krisenhafter ökonomischer Entwicklung und hoher Arbeitslosigkeit lassen sich bei allen Versichertengruppen feststellen. Während von 1968 bis 1974 ein kontinuierlicher Zuwachs der Rehabilitationsraten zwischen 43 und 66 Prozent registrierbar ist, nehmen sie von 1974 bis 1976 zwischen 5 und 27 Prozent ab. Neben der restriktiveren Rehabilitationsvergabe auf administrativer Ebene infolge des arbeitslosigkeitsbedingten Bedeutungsverlusts der Rehabilitation als arbeitsmarktpolitisches Regulativ, ist diese rückläufige Entwicklung zweifellos auch durch das veränderte Gesundheitsverhalten der Versicherten bedingt i.S. einer Nicht-Einlösung berechtigter Rehabilitationsansprüche aus Angst vor Verlust der Arbeit.

Bei den Angestellten nimmt die Rehabilitationsrate seit 1977 wieder zu, übersteigt aber nur bei den Frauen das Niveau vor 1974. Doch zur kritischen rehabilitationspolitischen Bewertung dieser speziellen wie auch der allgemeinen Rehabilitationsentwicklung ist anstelle privatwirtschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Rehabilitationserfordernisse ihr *gesell-*

schaftlicher Bedarf heranzuziehen. Als Hilfsgröße eignet sich die Frühinvaliditätsrate als Ausdruck der Gefährdung psychisch Kranker durch gesundheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit. Ermittelt man auf dieser Basis die Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen, die auf eine Frühberentung fallen (im folgenden abgekürzt: *Reha-Iv-Index)*, dann ergibt sich bei allen Gruppen eine z.T. erhebliche, *bedarfsbezogene* Verringerung des Rehabilitationsniveaus seit 1974, die bis 1979 anhält. Spätestens seit 1977 wird sogar der Stand von 1968 unterschritten (s. Abb. 2 u. Tab. 2). Während z.B. bei den angestellten Frauen im Jahr 1974 noch etwa 11 Rehabilitationsmaßnahmen auf eine Frühberentung kamen, sind es 1979 nur noch 7. Somit ist als empirische Bilanz nicht eine Stärkung der Rehabilitation, sondern ein deutliches, auf ihre systemspezifische Begrenztheit zurückzuführendes Versagen der staatlichen Behindertenpolitik gegenüber psychisch Kranken i.S. einer Ausweitung beruflich-sozialer Ausgrenzung dokumentierbar.

Tabelle 2

Entwicklung der Rehabilitationsraten und des Verhältnisses von Rehabilitation und Frühinvalidität in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) von 1968 bis 1979, differenziert nach Männern und Frauen. Abgeschlossene stationäre Heilmaßnahmen (ICD 290–309) auf 100 000 Versicherte, bzw. auf die Zahl der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (Reha-Iv-Index).

	Rehabilitationsrate				Reha-Iv-Index			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
Jahre	AR	AV	AR	AV	AR	AV	AR	AV
1968	241,6	286,9	197,8	246,1	5,5	13,6	3,5	8,2
1969	264,2	295,4	210,7	260,0	6,2	14,3	3,6	8,9
1970	260,0	314,1	217,7	275,7	6,3	12,0	3,6	8,3
1971	281,9	313,7	235,4	291,1	6,1	12,9	3,4	8,2
1972	313,2	322,2	286,1	320,1	6,6	15,5	3,9	9,4
1973	350,7	372,9	299,0	369,2	7,2	20,1	4,3	12,6
1974	361,6	411,0	325,2	407,4	6,0	17,8	3,7	11,2
1975	331,8	328,0	321,7	353,7	5,2	10,9	3,7	7,3
1976	303,3	299,7	308,2	355,5	4,0	9,9	3,6	7,1
1977	292,3	340,2	296,3	419,2	3,7	9,9	3,1	6,8
1978	306,9	337,1	293,5	441,9	4,0	9,8	3,1	6,5
1979	305,4	358,5	294,0	471,0	3,7	9,4	2,9	6,9

6. Frühinvalidität bei Arbeitern und Angestellten

Nicht alle Gruppen innerhalb der lohnabhängigen Bevölkerung sind von Frühinvalidisierungsprozessen gleichermaßen betroffen (s. Tab. 1). Bezogen auf den Zeitraum von 1974 bis

1979 liegt die durchschnittliche Frühinvaliditätsrate bei Arbeitern (Männern u. Frauen) fast doppelt so hoch wie bei Angestellten (79,4 zu 44,9), bei Frauen (Arbeiter u. Angestellte) um ein Viertel höher als bei Männern (72,1 zu 57,9). In der Reihenfolge der Gefährdung stehen Arbeiterinnen mit Abstand in vorderster Position (91,9), an zweiter Stelle die Arbeiter (72,3), gefolgt von den weiblichen (55,4) und männlichen (31,8) Angestellten. Wie aus Abbildung 1 und Tabelle 1 erkennbar, gelten diese Relationen nicht nur für die Jahre 1974-79, sondern konstant für die gesamte Untersuchungszeitspanne, aber auch schon davor[14]. Ihnen liegen kumulative Ursacheneffekte zugrunde, die aus den ungleich verteilten Arbeitslosigkeits- und psychischen Erkrankungsrisiken zwischen Arbeitern und Angestellten bzw. Männern und Frauen resultieren. So sind z.B. Arbeiterinnen von Arbeitslosigkeit nach Häufigkeit und Dauer stärker betroffen als angestellte Frauen, wie auch ihr psychischer Krankenstand während der Erwerbstätigkeit weitaus höher liegt.[15]

Rehabilitation bei Arbeitern und Angestellten

Als weitere Ursache der Frühinvaliditätsdifferenzen tritt eine erhebliche Benachteiligung der Arbeiter, besonders der Arbeiterinnen im Rehabilitationsbereich hinzu (s.Tab.2). Gemessen am Bedarf ist das Rehabilitationsniveau (1974-79) bei Angestellten (Männern u. Frauen) um das Doppelte höher (8,4) als bei Arbeitern (3,9). Eine Aufhebung dieser Differenzen z.B. zwischen Arbeiterinnen und angestellten Männern (vgl.Tab.2) hätte rückblickend auf die Jahre 1974 bis 1979 eine Zahl von 314 647 Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch kranken Arbeiterinnen bedeutet, wenn ihnen das Rehabilitationsniveau der Angestellten zugekommen wäre, während real lediglich 93 367 Maßnahmen durchgeführt wurden.

Zur Aufklärung des bei Arbeitern geringeren Rehabilitationsumfangs bei zugleich höherem Frühinvaliditätsrisiko lassen sich verschiedene Gründe anführen. Zum einen ist der Rehabilitationsetat pro Versichertem im Beitragsaufkommen der Rentenversicherung der Arbeiter infolge ihres gegenüber Angestellten durchschnittlich niedrigeren Lohnniveaus und gemessen am größeren Rehabilitationsbedarf generell wesentlich knapper[16]. Zum anderen läßt sich angefangen vom eingeschränkteren, z.B. durch das höhere Arbeitslosigkeitsrisiko bedingten Gesundheitsverhalten der Arbeiter bis hin zum Kon-

takt beim niedergelassenen Arzt und zu den Kostenträgern der Rehabilitation ein System selektiver Filterwirkungen erkennen, das sich z.B. darin ausdrückt, daß bei Angestellten etwa 80 Prozent, bei Arbeitern dagegen nur knapp ein Drittel ihrer Rehabilitationsmaßnahmen auf die für die Gewährung von Rehabilitation gerade bei psychisch Kranken *administrativ* bedeutsame Anregung und Unterstützung durch den Arzt zurückgehen.[17]

7. Frühinvalidität und Einkommenshöhe

Die VDR-Frühinvaliditätsstatistik erlaubt eine Unterscheidung der Versicherten nach der Einkommenshöhe durch ihre Differenzierung in Pflicht- und Freiwilligversicherte. Letztere haben einen Lohn oberhalb der Versicherungspflichtgrenze[18]. In Übereinstimmung mit der eingangs gestellten Prognose zeigt sich als empirisches Ergebnis: So wie das Arbeitslosigkeitsrisiko mit dem *Wert der Arbeitskraft* variiert, so korreliert auch das Frühinvaliditätsrisiko mit diesem. Psychisch Kranke mit geringerem Einkommen, damit in der Regel auch niedrigerer Qualifikation, unterliegen einer bedeutend höheren Individualisierungsgefährdung, die z.B. bei männlichen pflichtversicherten Arbeitern etwa 3,5-mal größer ist als bei freiwillig versicherten Angestellten, bei pflichversicherten Angestelltenfrauen etwa doppelt so hoch wie bei freiwillig versicherten Arbeiterinnen.

Rehabilitation, Einkommenshöhe und berufliche Qualifikation

Im Rehabilitationssektor setzt sich die Chancenungleichheit fort und vergrößert somit die ohnehin schon bestehende, aus der Arbeitslosigkeitsstruktur sowie den sozialepidemiologisch bekannten, ungleich hohen psychischen Erkrankungsrisiken resultierende sozialstrukturelle Verteilung der Frühinvalidität zu Lasten des beruflich und sozial schwächsten Teils der lohnabhängigen Bevölkerung. So liegt der Reha-Iv-Index z.B. bei freiwillig versicherten Angestellten mit 17,7 um fast das 5-fache höher als bei pflichtversicherten männlichen Arbeitern (3,8), was bei gleichen Chancen für die Arbeiter 366 500 Rehabilitationsmaßnahmen in den Jahren 1977 bis 1979 statt real nur 78 824 bedeutet hätte. Bei den Frauen ergibt derselbe Vergleich eine 2,6-fache Differenz zugunsten der Arbeiterinnen (7,8 zu 3,0)[19].

Über die Unterscheidung der Versicherten nach der Einkom-

menshöhe hinaus läßt die VDR-Rehabilitationsstatistik auch eine Differenzierung nach der beruflichen Qualifikation zu. Dabei wird genauer als bisher erkennbar, was Rehabilitationsgewährung nach Arbeitsmarkterfordernissen und privatwirtschaftlichen Rentabilitätsprinzipien bedeutet. Da nur derjenige Wiedereingliederungschancen über Gesundheitsmaßnahmen zugestanden bekommt, dessen berufliche Integration als notwendig und zudem als relativ gesichert prognostiziert werden kann (vgl. Pkt 3), verwundert es nicht, daß die Rehabilitation deutlich bevorzugt bei *Facharbeitern* ansetzt (s. Tab. 3). Ihr prozentualer Anteil in der Rehabilitation liegt weitaus höher, als es die Qualifikationsstruktur der Arbeiterschaft erwarten läßt (Facharbeiteranteil Männer: 53,8%; Frauen 5,5% im Jahr 1974)[20]. Die aus Tabelle 3 gleichzeitig ablesbare Benachteiligung der ungelernten Arbeiter ist nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht feststellbar. Exemplarisch sei dies anhand der Rehabilitation

Tabelle 3

Rehabilitationsmaßnahmen (ICD 290-309) bei Facharbeitern und ungelernten Arbeitern in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten im Jahr 1974, differenziert nach Männern und Frauen.

	Männer			Frauen		
	Fach-Arb	Ung-Arb	gesamt	Fach-Arb	Ung-Arb	gesamt
Reha-Maßnahmen	23 717	7 166	30 883	5 902	7 627	13 529
%-Anteil	76,8	23,2	100	43,6	56,4	100

Die Bestimmung der einzelnen Arbeitergruppen erfolgt hier unabhängig von ihrer versicherungsrechtlichen Zuordnung zur Arbeiter- und Angestelltenversicherung.

bei alkoholabhängigen Männern belegt. Aufgrund administrativ und institutionell selektiver Zuweisungen auf Rehabilitationskliniken mit erheblich unterschiedlichem therapeutischen Niveau[21] erhielten in den Jahren 1977 bis 1979 nur 59% der ungelernten Arbeiter eine Rehabilitationsbehandlung *mit Psychotherapie*, dagegen 75% der Facharbeiter und 95% der freiwillig versicherten Angestellten. In der gleichen Reihenfolge wurden zum Zeitpunkt der Klinikentlassung rund 30, 74 und 90 Prozent als gebessert beurteilt. Allerdings dürfen diese z.T. hohen Prozentsätze nicht über das insgesamt bekannte, qualitativ niedrige Rehabilitationsniveau bei psychisch Kranken hin-

wegtäuschen. Besonders klar zeigt dies der bei über 50% liegende Anteil der ausschließlich *somatisch* Behandelten unter allen psychisch kranken Rehabilitanden (bei Arbeitern 62%, bei Angestellten 48% in den Jahren 1977-79).

8. Frühinvalidität, Rehabilitation und Alter

Tabelle 4 gibt die Frühinvaliditätsraten und Reha-Iv-Indices der Arbeiter und Angestellten unter rechnerischer Ausschaltung des Effekts unterschiedlicher Altersgliederungen wieder[22]. Als erstes Ergebnis ist erkennbar, daß das Frühinvaliditätsrisiko kontinuierlich mit zunehmendem Alter, d.h. mit

Tabelle 4

Frühinvaliditätsraten und Reha-Iv-Indices in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) für das Jahr 1972, differenziert nach Männern (M) und Frauen (F) und Altersklassen. Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten auf 100 000 Versicherte und Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen zur Zahl der Frühberentungen (Reha-Iv-Index), jeweils pro Altersklasse (ICD 290-309).

	15-29 Jahre		30-39 Jahre		40-49 Jahre		50-59 Jahre	
	Iv	R-Iv	Iv	R-Iv	Iv	R-Iv	Iv	R-Iv
AR M	8,1	8,5	28,4	11,3	50,5	10,0	115,4	4,1
AR F	5,2	15,8	36,6	9,6	74,3	6,7	172,2	2,8
AV M	3,1	22,0	9,1	32,9	20,5	28,3	73,3	9,7
AV F	3,6	55,7	20,1	18,8	31,5	11,9	85,5	5,1
Frühinvaliditätsquotienten AR zu AV								
Männer	2,6		3,1		2,5		1,6	
Frauen	1,4		1,8		2,4		2,0	

Iv = Frühinvaliditätsrate; R-Iv = Verhältnis Rehabilitationsrate zur Frühinvaliditätsrate; jeweils unter rechnerischer Angleichung der Altersgliederung der Angestellten an die Arbeiter.

Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Rohdaten des VDR auf der Basis des Versichertenbestandes am 1. Februar 1973, Bd. 38 der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/M., s. auch Anmerkung 22.

durchschnittlich sinkendem *Produktivitätsgrad* der Arbeitskraft ansteigt. Der Grund dieses Zusammenhangs liegt weniger in altersabhängig anwachsenden psychischen Erkrankungsrisiken als vielmehr in der hohen Arbeitslosigkeitsgefährdung älterer Arbeitnehmer. Als zweites Ergebnis weist die in Tabelle 4 wiedergegebene Analyse große Differenzen zwischen den Versichertengruppen aus. Arbeiter werden nicht nur

generell, d.h. auf allen Stufen des Alters, häufiger berentet, sondern auch bereits *in jüngerem Alter häufiger* als Angestellte. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu betonen, daß psychisch Kranke insgesamt mit durchschnittlich 50, Versicherte mit der Diagnose Schizophrenie sogar schon mit 38 Jahren sehr früh in die Invalidität abgedrängt werden (zum Vergleich: körperlich Kranke im Mittel im Alter von etwa 57 Jahren).

Auch die Rehabilitation steht in Relation zum Alter i.S. der formulierten Prognose der Verdrängung privatwirtschaftlich unrentabler Krankengruppen mit der Konsequenz, daß die bedarfsbezogenen Rehabilitationschancen für Männer ab 40 und für Frauen sogar bereits ab 30 Jahren deutlich geringer werden (s. Reha-Iv-Index in Tab. 4). Konkret heißt dies, daß die Chance, nicht durch Frühinvalidisierung beruflich ausgegrenzt sondern reintegriert zu werden, für Arbeiterinnen im Alter von 15 bis 29 Jahren noch 16 zu 1 (bei angestellten Frauen 56 zu 1), in der Altersklasse von 50 bis 59 Jahren dagegen nur noch 3 zu 1 (bzw. 5 zu 1) beträgt.

9. Frühinvalidität, Rehabilitation und Diagnose

Nicht nur auf allen Altersstufen haben Arbeiter höhere Frühinvaliditätsraten, sondern auch hinsichtlich fast sämtlicher Erscheinungsformen psychischer Störungen (s. Tab. 5). Das war sozialepidemiologisch zu erwarten. Doch weicht die Höhe der Differenzen von den sozialepidemiologisch bekannten Verteilungsunterschieden in den einzelnen Krankheitsformen zwischen Arbeitern und Angestellten z.T. erheblich ab. Diese Abweichungen spiegeln selektive, die Krankheitenstruktur der Frühinvalidität spezifisch determinierende Wechselwirkungen zwischen der jeweiligen *Ausdrucksform psychischer Störungen*, der materiell-sozialen *Arbeitsanforderungsstruktur* bei Arbeitern und Angestellten und ihrem *Arbeitslosigkeitsrisiko* wider. Beispielhaft zeigt sich dies an den wesentlich stärker als sozialepidemiologisch erwartet ausfallenden Frühinvaliditätsdifferenzen beim Alkoholismus zuungunsten der Arbeiter.[23] Der Grund liegt in den härteren, durch mehr betriebliche Unkosten (höhere Unfallrisiken, größere Produktionsausfälle) bedingten Sanktionen gegenüber alkoholabhängigen Arbeitern z.B. in Form vermehrter Entlassungen und Nicht-Einstellungen bis hin zu häufigerer Dauerarbeitslosigkeit, wie dies Arbeitsbiographien erkennen lassen.[24]

Eingangs wurde prognostiziert, daß die Rehabilitationschancen nicht nur vom Stand der Arbeitslosigkeit und der beruflichen Qualifikation abhängen, sondern auch von der Krankheitsdiagnose. Tabelle 5 bestätigt diese Aussage (s. Reha-Iv-Index). Während z.B. bei psychosomatischen Störungen bis zu 105 Rehabilitationsmaßnahmen auf eine Frühberentung kommen, liegt die Rehabilitationsrate bei den Psychosen weit unterhalb ihrer Frühinvaliditätsrate. Der Reha-IV-In-dex der schizophrenen und affektiven Psychosen (ICD 295-297, Arbeiter und Angestellte, Männer und Frauen zusammengefaßt) beträgt 0,22. In Absolutzahlen übersetzt bedeutet das, daß in den Jahren 1977 bis 1979 im Bereich dieser Psychosen 23933 Frühberentungen, aber nur 5399 Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt

Tabelle 5

Durchschnittliche Frühinvaliditätsraten und Reha-Iv-Indices in der Rentenversicherung der Arbeiter (AR) und Angestellten (AV) von 1977 bis 1979, differenziert nach Männern und Frauen und Diagnosegruppen. Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten auf 100 000 Versicherte und Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen zur Zahl der Frühberentungen (Reha-Iv-Index).

	Frühinvaliditätsrate				Reha-Iv-Index			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	AR	AV	AR	AV	AR	AV	AR	AV
Organ. Psychosen (ICD 290, 292-294)	2,1	1,4	2,7	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1
Schizo. Psychosen (ICD 295, 297)	16,9	6,3	22,6	10,3	0,0	0,3	0,0	0,2
Affekt. Psychosen (ICD 296)	6,6	9,4	26,7	26,5	0,5	0,4	0,3	0,3
Neurosen (ICD 300, 301)	7,1	4,7	10,5	7,7	1,9	6,3	1,3	5,7
Alkohol.,Drogenabh. (ICD 291,303,304)	35,4	6,8	8,7	3,7	2,6	2,6	2,9	2,3
Psychosom.Krankh. (ICD 305)	3,4	2,6	8,2	7,4	49,5	105,2	22,9	45,6

wurden. Zur Erklärung der Verdrängung der an Psychosen Leidenden auf ein quantitativ *vor-rehabilitatives* Niveau muß man sehen, daß in den offiziellen Begutachtungsleitlinien der Rehabilitationsträger[25] die Psychosen, insbesondere die Schizophrenie, nach wie vor nicht nur als nicht genügend rentabel, sondern durch ihre zur Kostenabwehr immer wieder reproduzierte Mißdeutung als genetische Defekte praktisch als über-

haupt nicht rehabilitierbar diskriminiert werden. Vor diesem Hintergrund muß auch das bei durchschnittlich 38 Jahren liegende Frühinvaliditätsalter der als schizophren Diagnostizierten gesehen werden (vgl. Pkt. 8).

10. Rehabilitation bei Frührentnern

Über die Jahre 1968 bis 1979 praktisch unverändert erhielten mindestens 80 Prozent der später frühinvalidisierten psychisch Kranken während der letzten 5 Jahre *vor* Eintritt ihrer Frühberentung *keine* Rehabilitation, bei Versicherten mit der Diagnose Schizophrenie waren es sogar 95 Prozent. Bei weniger als 4 Prozent von allen auf die ICD-Gruppe 290-309 bezogenen Rehabilitationsmaßnahmen war der Antrag auf Frühberentung Anlaß zu ihrer Einleitung. Und bei nur 3 Prozent der psychisch Kranken erfolgte *nach* ihrer Frühinvalidisierung noch eine Maßnahme zur Rehabilitation. Diese Befunde zeigen besonders unmißverständlich, daß entgegen sozialrechtlicher Bestimmungen[26] weder dem Eintritt der Frühinvalidität noch deren Folgen wirkungsvoll begegnet wird. Bei Stellung eines Rentenantrags nimmt vorrangig das Rentenverfahren seinen Gang mit der Konsequenz einer umfassenden und dauerhaften gesellschaftlichen Ausgrenzung der Betroffenen. Denn wie die Ergebnisse zeigen, werden psychisch Kranke als Frühinvalide nicht nur aus dem System gesellschaftlicher Arbeit endgültig ausgeschlossen, sondern als entwertete, überflüssige Arbeitskraft auch aus dem Bereich der Rehabilitation. Somit sind sie nicht nur vor und zum Zeitpunkt der Berentung psychisch krank, sondern bleiben es auch.

11. Zusammenfassung

Der sozialpolitische Anspruch des Vorrangs der Rehabilitation gegenüber der Berentung erweist sich real ebenso als Fiktion wie die behauptete Chancengleichheit. Die Entscheidung über Rehabilitation oder Frühinvalidisierung bestimmt sich nicht nach den Gesundheitsbedürfnissen der Betroffenen, sondern nach Arbeitsmarkterfordernissen und dem Grad der Verwertbarkeit ihrer Arbeitskraft. Die seit 1974 beobachtbare starke Zunahme der Frühinvalidität ist Ausdruck und Teil der gegenwärtig erweiterten sowie beschleunigten Deklassierungsprozesse innerhalb der sozial schwächsten Schichten der lohnabhängigen Bevölkerung.

Es dürfte deutlich geworden sein, daß dieser Problematik

durch eine sozialrechtliche Reform des Rehabilitationssektors allein nicht zu begegnen ist. Dazu ist der Kampf gegen die Massenarbeitslosigkeit ebenso notwendig wie die Neuorganisation der Sozialversicherung[27] und der psychosozialen Versorgung. In diese Reformierung dringend miteinzubeziehen ist das Problem, daß die Rentenversicherungen Rehabilitationsmaßnahmen ausschließlich im *stationären* Sektor der Psychiatrie finanzieren,[28] und damit nicht nur den Widerspruch zwischen beruflich-sozialer Isolation und rehabilitativer Wirkungslosigkeit verfestigen, sondern auch die Anstaltspsychiatrie als System insgesamt.

Anmerkungen

1 Die Versichertenstruktur entspricht weitgehend der Struktur der lohnabhängigen Bevölkerung mit Ausnahme der Beamten und der Angestellten über der Pflichtversicherungsgrenze, die nicht freiwilligversicherte Angestellte werden. Versichertenzahl 1979: 14,6 Millionen.

2 Vermutlich sind die Ergebnisse auch auf den Bereich der beruflichen Rehabilitation übertragbar, da der beruflichen Rehabilitation bei Kranken in der Regel eine medizinische Rehabilitation vorausgeht.

3 Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, hrsg. vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M., Bd. 29-55

4 Zu den verschiedenen möglichen Berechnungsmodi vgl. Ricke, J. u.a.: Frühinvalidität - Arbeiterschicksal? in: Jahrbuch f. kritische Medizin Bd. 2, Argument Verlag, Berlin, 1978, S. 149

5 Statistische Jahrbücher 1969-1980

6 Zur Charakteristik der sonstig Versicherten s. Ricke u.a., a.a.O., S. 161.

7 Als Beispiele seien genannt: Blohmke, M., Reimer, F.: Krankheit und Beruf. Hüthig Verlag, Heidelberg, 1980; Gercke, L.D.: Trendentwicklungen bestimmter Krankheitsgruppen, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1978.

8 RVO § 1246, 1247; AVG § 23, 24; zur Arbeitsmarktlage: Beschlüsse des Bundessozialgerichts von 1969 u. 1976; s. auch: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Frankfurt/M., o.J.; zum Gesamtproblem: Rüth, W.: Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Verlag. O. Schwarz, Göttingen, 1976.

9 RVO § 1236 ff, AVG § 13 ff; s. auch: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Grundsätze für die Gewährung von Maßnahmen zur Rehabilitation. Frankfurt/M., 1978, bs. S. 5 f, 15.

10 Hohm, H.: Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Beltz Verlag, Weinheim, 1977, S. 95 ff.

11 Haaser, A.: Entwicklungslinien und gesellschaftliche Bedingungen der Behindertenpolitik in Deutschland. Diss. Sozialwiss. Konstanz, 1975, S. 251 ff.

12 Henkel, D., Roer, D.: Sozialepidemiologie psychischer Störungen. Argument-Studienheft SH 38, Argument Verlag, Berlin, 1980, S. 173 f.

13 Eine differentielle Längsschnittanalyse nach dem Versicherungsverhältnis der Versicherten ist nach der VDR-Frühinvaliditätsstatistik nicht möglich. Der Begriff Versichertengruppen meint hier: Arbeiter, Angestellte, Männer und Frauen.

14 Henkel, D., Roer, D., a.a.O., S. 172

15 Ebda, S. 172 ff.

16 Vgl. die statistischen Angaben zum Beitragsaufkommen und zu den Nettoaufwendungen für die Rehabilitation in den Statistikbänden der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, a.a.O.

17 Auf welche Hauptanregung die Rehabilitation zurückgeht, wird seit 1977 statistisch erfaßt.

18 Zur Ermittlung von Frühinvaliditätsraten nach dem Kriterium des Versicherungsverhältnisses muß aufgrund nur ungenügender Schätzungen der jeweiligen Grundgesamtheiten der Versichertengruppen als Hilfskonstruktion der jährliche Zugang aller Renten (einschließlich der Altersrenten) zur Basis genommen werden (vgl. Ricke u.a., a.a.O.). Die angegebenen Daten beziehen sich auf das Jahr 1972 zur Vermeidung möglicher, aus der unterschiedlichen Inanspruchnahme der seit 1973 gesetzlich eingeführten flexiblen Altersgrenze sich ergebener Verzerrungen. Die Pflichtversicherungsgrenze 1972 betrug 2100 DM monatlich.

19 Da die Gruppe der sonstig Versicherten in der Rehabilitationsstatistik nicht getrennt ausgewiesen sondern auf die Pflicht- und Freiwilligversicherten verteilt wird, wurde zur Berechnung der Reha-Iv-Indices hier diese Aufteilung der sonstig Versicherten auch bei den Frühinvaliditätszahlen vorgenommen.

20 Zahlen aus: Leisewitz, A.: Klassen in der Bundesrepublik. Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt/M., 1977, S. 95. Da neuere Daten zur Qualifikationsstruktur der Arbeiterschaft nicht vorliegen, wurde der Vergleich auf das Jahr 1974 bezogen.

21 Henkel, D.: Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. In: Jahrbuch f. kritische Medizin Bd. 4, Argument Verlag, Berlin, 1979, S. 101 ff.

22 Basis ist eine vollständige Erfassung der Rentenversicherten im Jahr 1973 unter Berücksichtigung der Altersklassen. Eine weitere Erhebung erfolgte 1974, neuere Daten liegen nicht vor. Zur Vermeidung möglicher Einflüsse durch die flexible Altersgrenze 1973 wurden die Daten zur Frühinvalidität und Rehabilitation aus dem Jahr 1972 gewählt. Es wurde eine rechnerische Angleichung der Altersstruktur der Arbeiter an die der Angestellten durchgeführt.

23 Henkel, D., a.a.O., S. 90 ff.
24 Köster, H. u.a.: Alkoholismus als Karriere. Forschungsbericht, Düren, 1978.
25 Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorungswesen, hrsg. vom Bundesminister f. Arbeit u. Sozialordnung, Bonn, 1973, S. 141.
26 Vgl. Rehabilitationsangleichungsgesetz § 7, Abs. 1 u. 2, 1974.
27 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (Hrsg.): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Bund-Verlag, Köln, 1978.
28 Grundsätze für die Gewährung..., a.a.O., S. 15: »Kosten einer ambulanten Behandlung... werden grundsätzlich nicht übernommen.«

Horacio Riquelme

Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile

Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze

1. Epidemiologische Situation[1]

Chile ist neben Costa Rica eines der lateinamerikanischen Länder, in dem seit Anfang der 50er Jahre das Alkoholproblem unter mehreren Gesichtspunkten am intensivsten erforscht worden ist. In mehr als zwei Jahrzehnten sind in Chile eine Fülle von Feldforschungen mit der zentralen Fragestellung der Alkoholismusprävalenz durchgeführt worden.

Nach diesen Untersuchungen sind 20 bis 25 % der männlichen Bevölkerung über 15 Jahre übermäßige Trinker, 5 - 7 % Alkoholkranke. *Horwitz*[2] stellte in diesem Zusammenhang in einer für die Hauptstadt repräsentativen Auswahl eine eindeutige Korrelation zwischen niedrigem Bildungsniveau, geringem Familieneinkommen und hoher Alkoholismusprävalenz fest, so daß man in Chile von einer Art Armutsalkoholismus sprechen kann. Frauen und Kinder sind auch stark davon betroffen, ihre epidemiologische Erfassung ist jedoch bislang nur aus Sekundärdaten möglich gewesen.

Besonders eindrucksvoll sind die Feldstudien, die bei marginalisierten Gesellschaftsgruppen durchgeführt wurden. So z.B. die Untersuchung von *Marconi* und *Medina*[3] über Trinkgewohnheiten und Alkoholismusprävalenz bei Mapuche-India-

nern in ihren Reservaten, wo sich folgende Situation aus der Betrachtung der Faktoren Altersgruppen und Trinkgewohnheiten bei den Männern ergibt: mäßige Trinker sind in der großen Mehrheit (zu 59 %) jünger als 29 Jahre, fast die Hälfte (49 %) der starken bzw. übermäßigen Trinker fällt in die Altersgruppe zwischen 20 und 39 Jahren und die große Mehrheit aller Alkoholabhängigen ist zwischen 30 und 49 Jahren alt (72 %).[4] Die Lebenssituation dieser Indianer steht im Zeichen einer zunehmenden Verelendung als Folge ihrer Marginalisierung aus der kapitalistischen Wirtschaftsentwicklung des Landes.

In der chilenischen Gesellschaft stellt die Leberzirrhose eines der größten Probleme im institutionellen Gesundheitsbereich dar. Ihre außergewöhnlich große Häufigkeit - Chile erhebt den traurigen Anspruch auf die höchste Sterbeziffer an Leberzirrhose alkoholischen Ursprungs in der Welt[5] -, die lange Dauer der Krankenhausbehandlung und die geringen Aussichten auf Heilung oder wenigstens auf eine längerdauernde Rehabilitation nehmen die knappen Krankenhauskapazitäten des nationalen Gesundheitswesens sehr stark in Anspruch. Die Angaben über die Bettenbelegung mit Patienten dieser Diagnose liegen bei etwa 30 % aller internistischen Krankenhausbetten.[6]

Die Leberzirrhose in Chile zeichnet sich sowohl durch große Häufigkeit als auch durch Frühzeitigkeit ihres Auftretens aus. Ihr kommt in der Altersgruppe zwischen 30 und 59 Jahren besondere Bedeutung zu, d.h. in der für die Gesellschaft produktivsten Lebensspanne.

Unter den Folgeerscheinungen übermäßigen Alkoholkonsums tritt die alkoholische Psychose am häufigsten auf. Der Anteil der unter dieser Diagnose aufgenommenen Kranken macht etwa 30 % aller psychiatrischen Patienten aus.

Bezüglich des gesellschaftlichen Verlustes infolge des Alkoholproblemes sei noch einmal sowohl auf die Kapazitätsbelastung in der chilenischen Gesundheitsversorgung als auch auf die außergewöhnliche Frühzeitigkeit des Auftretens von Leberzirrhose mit tödlichem Ausgang, bedingt durch übermäßigen Alkoholkonsum, hingewiesen. Volkswirtschaftlich gesehen ist infolge von Trunkenheit oder deren Folgen ein Fernbleiben von der Arbeitsstelle von durchschnittlich 10 % zu verzeichnen, was einer Einbuße von schätzungsweise 2 % für das Bruttosozialprodukt gleichkommt.

2. Soziokulturelle Aspekte

Die Art und Weise, wie sich ein Allgemeinverständnis über den Alkoholkonsum und dessen Auswirkungen in der Bevölkerung bildet und weiterentwickelt, ist von zentraler Bedeutung für die sozialmedizinische Erarbeitung des Alkoholproblems. Der Alkoholkonsum einer Bevölkerung wird maßgebend von ihren soziokulturellen Eigenschaften geprägt.

M.E. muß jegliche Alkoholpolitik von den jeweiligen soziokulturellen Entstehungsbedingungen und den Gegebenheiten der Menschen ausgehen. Anstatt ausgefeilte und theoretisch hochgestochene Konzepte gegen den Alkoholismus zu entwickeln, die die Zielgruppe nicht aktiv miteinbeziehen, ist es notwendig, schon aus Respekt vor der kulturellen Identität der betreffenden Menschen, die Alkoholpolitik mit ihnen gemeinsam und damit für sie zu gestalten.

Die Rolle und Bedeutung des Konsums von alkoholischen Getränken in der chilenischen Bevölkerung läßt sich geschichtlich weit zurückverfolgen. Hierbei zeigt sich eine starke Beeinflussung dieses Konsums durch die allgemeinen sozioökonomischen Bedingungen.

Beispielhaft dafür sei hier die diesbezügliche Entwicklung bei den Mapuche-Indianern skizziert. Es läßt sich feststellen, daß sich entsprechend den *vier Phasen* soziokulturellen Wandels ebenfalls die jeweilige Bedeutung des Alkoholkonsums verändert hat:

1) die sogenannte Entdeckerphase und die ersten, meist fehlgeschlagenen Versuche der Unterwerfung der indianischen Bevölkerung durch die spanischen Kolonisatoren[7].

Kollektiver Konsum von meist geringprozentigem Alkohol diente dem Angstabbau gegenüber Fremden und der Stabilisierung der Binnenstruktur der Stammeskulturen.

2) Die Zeit der sogenannten friedlichen Koexistenz zwischen Indianern und Kolonisatoren im 18. Jahrhundert. Die Koexistenz ist gekennzeichnet durch die Durchsetzung der Marktwirtschaft, die Verbreitung von hochprozentigem Alkohol, der - Ausdruck des Überganges zur Marktwirtschft - meist in den Städten konsumiert und durch Getreide- und Viehverkäufe finanziert wird[8].

Alkoholkonsum dient primär der individuellen Bewältigung der Spannungen in einer Phase der soziokulturellen Desintegration;

3) die gewaltsame Vertreibung der Indianer von ihren Stam-

mesgebieten durch die chilenische Armee in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die drei wichtigsten Mittel, um den Widerstand der Indianer zu brechen, sind: Gewehre, Gesetze, Alkohol;

4) die Gegenwart. Die Mapuche, die bedeutendste Indianergruppe in Chile, stellen noch 5 % der Gesamtpopulation - 60 % der Bevölkerung gelten als Mestizen. Ritueller Alkoholkonsum ist in drei Zusammenhängen noch bedeutsam:[9]

a) bei traditionellen Festlichkeiten, die z.T. durch den katholischen Einfluß überformt sind,

b) bei Besuchen des städtischen Marktes,

c) bei Arbeitspausen in der Landwirtschaft.

Für eine knappe Charakterisierung der gegenwärtigen Verhältnisse bei der Mehrheit der chilenischen Bevölkerung erscheint es mir angemessen, von einer 'alkoholisierten Lebensweise' zu sprechen.

Alkoholkonsum wird umweltmäßig sehr begünstigt. Die Arbeiterviertel bieten ein übermäßiges Angebot an Weinschänken, in der Mehrzahl 'Clandestinos'[10], während im krassen Gegensatz dazu eine Unterversorgung an gemeinnützigen Einrichtungen von Lebensmittelläden bis hin zu Schulen und Polikliniken besteht.

Die staatlichen Aktivitäten, den Weiterbestand dieser Lokale zu unterbinden, sind ohne Rücksicht auf die umweltmäßige Integration des Clandestino in den Arbeitervierteln in der Regel repressiver Natur gewesen. Empfehlenswert wäre eher die Errichtung von alternativen Begegnungsstätten, die die integrative Funktion der Clandestinos übernehmen könnten.

Die existentielle Unsicherheit, die das Leben der großen Mehrheit der Chilenen prägt, begünstigt ebenfalls eine freizügige Alkoholeinstellung.

Sozialanthropologische Feldstudien zur Ermittlung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie Einstellung zum Alkoholkonsum in der chilenischen Bevölkerung machten das Vorhandensein mehrerer Kulturmuster bei den verschiedenen sozialen Klassen deutlich; danach besteht ein äußerst permissives Verhältnis zum Alkoholkonsum bei der Arbeiterklasse, insbesondere für die männliche Bevölkerung.

In diesem Sinne sind bestimmte Auffassungen und Bewertungen in der chilenischen Bevölkerung bezüglich der geschlechtsspezifischen Rollen sowie der Erwartungen, die in den Alkohol gesetzt werden, zu finden. So schreibt die Mehrheit der Chilenen dem Alkohol eine Reihe von vermeintlichen

Eigenschaften zu, beispielsweise:
- der Alkohol hilft gegen Kälte, ist Quelle der Freude und fördert die Freundschaft;
- Bier regt die Sekretion der Milchdrüsen an und ist deswegen gut für die Frau, die stillt;
- Wein ist im Grunde genommen ein Stärkungsmittel in allen Lebenslagen und erhöht die körperliche Leistungsfähigkeit;
- man muß schon dem kleinen Kind Wein geben, denn nur so wird es ein Mann;
- Betrunkensein ist Zeichen von Männlichkeit.

Dem sozialen Druck kommt eine zentrale Bedeutung für die kulturell bedingte Aufrechterhaltung dieser 'alkoholisierten Lebensweise' zu. Bei bestimmten Gelegenheiten muß einfach getrunken werden: An Festtagen wie Weihnachten, Neujahr, bei Kindstaufen, Hochzeiten und Beerdigungen, nach dem Fußballspiel, ganz gleich, ob es gewonnen oder verloren wurde. Der Lohnzahlung am Wochenende folgt in der Regel ein massiver Alkoholrausch der Arbeiter; diese Gewohnheit erfaßt in manchen Berufssparten - Bergbau, Wohnungsbau, Landarbeiter u.a. - bis zu 50 % der männlichen Beschäftigten.

Der Betrunkene stellt für diese Arbeiter keine negativ besetzte Figur dar. Im Gegenteil entsteht, was seinen Rauschzustand betrifft, eine Art Solidarität der Entrechteten.[11]

Kurzum, auf das Entstehen einer 'alkoholisierten Lebensweise' in einem großen Teil der chilenischen Bevölkerung wirkt sich folgende Faktorenkonstellation begünstigend aus: Eine materielle Grundlage liefert die große Weinproduktion, die mit Unterstützung einer aufdringlichen Werbung fast ausschließlich im Lande selbst konsumiert wird. Vor dem Hintergrund der sozio-ökonomischen Unsicherheit im Leben der Mehrheit der Bevölkerung erfüllt der Alkohol eine betäubende Funktion. Der übermäßige Alkoholkonsum wird auch durch eine - tief in der soziokulturellen Überlieferung verankerte - permissive Haltung gefördert. Die individuellen und sozialen Folgen dieses übermäßigen Alkoholkonsums werden von der Mehrheit der chilenischen Bevölkerung als im Bereich des 'Normalen' aufgefaßt und bewertet.

3. Kampagnen gegen den Alkoholismus

Der übermäßige Alkoholkonsum in Chile ist seit mehr als fünfzig Jahren als das größte Problem des öffentlichen Gesundheitswesens beschrieben worden. Seine Auswirkungen

haben einen nachhaltigen Effekt auf alle Ebenen des nationalen Lebens. Die Entwicklung der Einzelnen und Familien in gesellschaftlicher, ökonomischer und politischer Hinsicht wird unmittelbar negativ beeinflußt, der gesamtgesellschaftliche Prozeß wird mittelbar negativ beeinflußt.

Eine integrale Haltung - präventiv, heilend, rehabilitierend und forschend - gegenüber dem Alkoholproblem seitens des institutionellen Gesundheitswesens fehlt weitgehend. Es entsteht der Eindruck, daß das fachliche Personal allein durch die große Häufigkeit von Erkrankungen alkoholischer Ursache überfordert ist. Infolgedessen gleicht der professionelle Umgang mit dem Alkoholproblem oft eher der fachlichen Verwaltung einer nicht überwindbaren Durchseuchung in der chilenischen Bevölkerung.

Der übermäßige Konsum von alkoholischen Getränken ist jedoch kein Problem, welches ausschließlich im Gesundheitsbereich abgehandelt werden kann, denn sowohl in seiner Entstehung wie auch in seinen Folgen werden die Wechselwirkungen von Individuum, sozialem Feld und Alkohol deutlich sichtbar.

Beispielhaft für die herkömmliche sozialmedizinische Behandlung des Alkoholproblems war das »Nationale Programm für die Kontrolle des Alkoholismus und der Alkoholprobleme«, 1957, das das Problem auf kommunaler Ebene anzugehen beabsichtigte.

Dieses Programm war streng naturwissenschaftlich ausgelegt. Dies entsprach dem Geiste seiner Verfasser (bei denen es sich um medizinische Fachleute des Nationalen Gesundheitsdienstes und Experten der WHO handelte). Danach sollte ein medizinisches Behandlungszentrum pro 100.000 Einwohner errichtet werden, dieses sollte dem Club für geheilte Alkoholiker angeschlossen werden. Als Propagandamittel, das die Bevölkerung zur Teilnahme an dem Programm anregen sollte, wurde fotografisches und schriftliches Material verwendet, in dem die verheerenden biologischen Auswirkungen des Alkohols im menschlichen Körper aufgezeigt wurden.

Ein Vergleich dieser Strategie mit der einer Seuchenbekämpfung scheint nicht unangemessen. Die andersartige Wahrnehmung des Problems bei der Bevölkerung erklärt, daß dieses Programm kaum Rückhalt bei der Bevölkerung finden konnte.

Obwohl im Laufe von zehn Jahren 25 solcher Zentren entstanden sind, und die geheilten Alkoholiker sich in einer Dachorganisation zusammenschlossen, vermochte das Konzept

die harte Kruste der Interesselosigkeit in der Bevölkerung nicht zu durchbrechen, die Teilnehmer sonderten sich eher von den 'durchschnittlichen' Menschen ab und die medizinische Behandlung behielt meist individuellen Charakter, bei den Mitgliedern war eine starke Fluktuation zu verzeichnen. D.h. mangels innerer Dynamik konnte dieses Programm keine weiterreichenden Perspektiven für eine Lösung des Alkoholproblems im Ganzen bieten.

Erst Ende der sechziger Jahre bildete sich eine veränderte Wahrnehmung des Alkoholproblems bei einigen im medizinischen Sektor Studierenden und Tätigen heraus. Die Einsicht, daß die prekäre Situation, in der die Mehrheit der chilenischen Bevölkerung lebt, nur mit Unterstützung einer neuen, auf die Grundbedürfnisse der breiten Masse ausgerichteten Gesundheitspolitik geändert werden kann, führte z.B. zu der vorrangigen Einbeziehung von Gesundheitsproblemen in das Programm der Unidad-Popular-Regierung. Dieses Programm sollte die politischen, sozialen und ökonomischen Grundbedingungen aufzeichnen, die notwendig sind, um eine gerechtere Gesellschaftsform zu erringen. Von den vierzig Erstmaßnahmen des Regierungsprogrammes bezogen sich sieben auf den Bereich Gesundheit.[12]

Die Bewältigung des Alkoholproblems sollte in Angriff genommen werden mittels Durchführung bevölkerungsnaher Programme und der Förderung von Initiativen an der Basis, anstatt sich auf einen breiten und oberflächlichen Apparat zu stützen. Man erwartete dadurch, die oben erwähnten Organisations- und Kontaktschwierigkeiten herkömmlicher Versorgungsmodelle zu überwinden.

Mit Unterstützung von Universitätsangehörigen und dem Nationalen Gesundheitsdienst wurde eine Kampagne gegen den Alkoholismus in Armutsgürteln von Concepcion von 1968 bis zum reaktionären Militärputsch 1973 durchgeführt, die eine auf Verständnis und Solidarität basierende Zusammenarbeit zwischen Slumbewohnern, Studenten aus dem Gesundheitssektor und Gesundheitspersonal anstrebte. Wir als damalige Studenten und Mitgestalter gingen in diesem Projekt von der Überzeugung aus, daß sozialbedingte Krankheiten, die der Armut, Unwissenheit und dem Fatalismus unseres Volkes entspringen, nur im Rahmen eines sozialen Wandlungsprozesses zu bewältigen sind und, daß Erziehung, wie *Paulo Freire* sagt, nicht eine domestizierende, sondern eine befreiende Praxis bilden muß.

Aus dem bislang Ausgeführten sind zwei Aspekte des Alkoholproblems für die Durchführung dieses Projekts wichtig gewesen:

1. Arbeiterklasse und Marginalisierte einschließlich der Mapuche-Indianer machen in Chile 7 von 10 Millionen Einwohnern aus, sie sind aufgrund der den übermäßigen Alkoholkonsum fördernden kulturellen Überlieferung einem größeren Risiko ausgesetzt, alkoholkrank zu werden - d.h. in physische und psychische Abhängigkeit vom Alkohol zu geraten.

2. Das Vorhandensein von unterschiedlich ausgeprägtem Gesundheits- und Krankheitsverständnis bei diesen sozialen Gruppen und bei den im Gesundheitsbereich Beschäftigten bedingt das Entstehen einer »kulturellen Barriere« zwischen der Comunidad und den Gesundheitsdiensten.

Die Vermutung, daß die traditionellen Antialkoholismusprogramme, die in der Regel von Experten aus dem Mittelstand ausgearbeitet wurden, an diesen Verständigungsschwierigkeiten gescheitert sind, liegt nahe.

Aus diesen Gründen mußte ein Strukturmodell gefunden werden, das diese »kulturelle Barriere« berücksichtigt, dabei sollten die Universität als Kulturträgerin und Ausbildungsagentur, die Gesundheitsdienste als wenig in Bürokratisierung erstarrte Institutionen und die Comunidad als Mitgestalterin der Kultur und aktive Teilnehmerin im sozialen Geschehen nicht weiterhin als getrennte Einheiten nebeneinanderstehen. Es sollte sich vielmehr ein Modus zur allmählichen Aufhebung der asymmetrischen Kommunikation untereinander entfalten können.

Als eine konkrete Umsetzung dieses neuen Versorgungskonzeptes kann die Tätigkeit von Slumbewohnern und Medizinstudenten an den peripheren Polikliniken in Concepcion bis 1973 betrachtet werden.

Dabei wurde der geheilte Alkoholiker zu einer wesentlichen Schlüsselfigur zwischen seiner Comunidad und dem Gesundheitssystem. Von Universitätsangehörigen erhielt er Unterricht über Ursachen und Folgen des Alkoholismus sowie die Behandlungsmethoden und Kriterien, die eine Überweisung des Betroffenen an einen Arzt erforderlich machten. Damit verfügte er über Basisinformationen für solidarische Erziehungsarbeit in seiner Comunidad, die ihn in dieser Aufgabe akzeptierte: Seine eigenen Erfahrungen, kulturellen Vorstellungen und wirtschaftlichen Elendsbedingungen deckten sich mit denen seiner Nachbarn und betreuten Alkoholkranken. Sie alle teilten

eine gemeinsame Sprache. Der neue Volksheilkundige in Sachen Alkoholismus war selbst in der Lebenswirklichkeit der Alkoholkranken verwurzelt und konnte daher die Heilbehandlung verfolgen und fördern, wie es kein Arzt von außen hätte machen können.

Die Tätigkeit dieses Volksheilkundigen entfaltete sich im Rahmen des folgenden Organisationsmodells[13]. Dieses Modell umfaßt fünf Ebenen der zu delegierenden Funktionen in der Kampagne gegen den Alkoholismus und bildet eine strukturierte Pyramide.

Abbildung 1

D1	D1 = Arzt und/oder Medizinstudent
D2 D2 D2	D2 = Sozialarbeiter, Krankenschwester, Hebamme
D3 D3 D3 D3 D3	D3 = formeller Líder[14] der Comunidad: Lehrer, Priester, Vertreter der Basisorganisation
D4 D4 D4 D4 D4 D4	D4 = informelle Líderes der Comunidad: geheilte Alkoholiker
D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5	D5 = die Comunidad im Lernprozeß

Dieses Organisationsmodell ermöglichte in der Tat eine bessere Aufgabenverteilung zwischen den Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung und den Comunidadmitgliedern.

Mit Hilfe von Diskussionsleitlinien wurde durch die informellen Líderes - Ebene D4 - ein Prozeß der Bewußtseinsbildung über das Alkoholproblem in der unmittelbaren Erfahrungswelt der Comunidadmitglieder eingeleitet.

Medizinisches Wissen und organisatorische Anregungen des Arztes bzw. der Medizinstudenten höherer Semester gelangten mit einem Multiplikatoreffekt in die Comunidad.

Dadurch wurden nicht nur strukturelle Bedingungen für einen gerechteren Gesundheitsdienst an der Basis geschaffen, es konnten darüberhinaus in Ansätzen der Status der Comunidad als aktiver Teil der Gesundheitsversorgung und die Berufsrollen des Gesundheitspersonals als Erzieher und Koordinatoren in der Comunidad neu definiert werden.

Funktionseinheit dieses Organisationsmodells waren in Concepcion die Brigaden zur Arbeiterbefreiung (so genannt, weil die Heilung des Arbeiters vom Alkoholismus eine wirkungsvolle Form der Befreiung darstellt[15]). Zu diesen Brigaden gehörten in Behandlung befindliche bzw. ehemalige Alkohol-

kranke (D4) und sonstige interessierte Comunidadmitglieder sowie einige Universitätsangehörige.

Die Leitung der Brigade lag bei den daran beteiligten Slumbewohnern. Ärzte und Studenten führten lediglich die ärztliche Eingangsuntersuchung sowie die Überwachung der pharmako- und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen während der Entziehungskur durch.

Um die Anwerbung neuer Alkoholkranker sowie die massive Prävention des Alkoholismus zu fördern und dadurch die soziale Relevanz der Brigade zu erweitern, wurde die Durchführung folgender Aktivitäten durch die Brigade angestrebt:

1. Herstellen von Wandbildern mit Motiven des Alltags zu Slogans wie »gegen den Wein kämpfen, ist eine Schlacht gegen die Misere führen« etc.;
2. durch Flugblätter und Transparente ständig die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf das Alkoholproblem lenken;
3. die Veranstaltung von regionalen und überregionalen antialkoholischen Tagungen, welche erfahrungsgemäß einen nachhaltigen Erfolg erbringen;
4. die Ausrichtung von Freizeitaktivitäten mit Arbeitern und deren Familienangehörigen (Exkursionen, Gesellschaftsspiele, Sport u.a.). Diese Aktivitäten sollten zur positiven Verstärkung der Therapie beitragen, indem sie den Einzelnen in die Gruppe einbeziehen und den üblicherweise geschädigten Familienkern zusammenführen helfen;
5. Gründung einer Frauenbrigade zur Einbeziehung der Partnerinnen ehemaliger Alkoholkranker in das Programm. Auf diese Art und Weise erhalten sie die Möglichkeit, über die Alkoholkrankheit ihrer Männer zu lernen und an deren Behandlung aktiv teilzunehmen. Von Vorteil ist für die Frauen die allmähliche Aufhebung des kulturbedingten Eindrucks der Schicksalhaftigkeit der Alkoholabhängigkeit ihrer Männer. Darüberhinaus erweitert ihre Teilnahme an verschiedenen politischen und kulturellen Tätigkeiten in ihrer Brigade (Theaterspielen, Seminare, Gründung einer Bibliothek etc.) ihren Wahrnehmungshorizont und fördert die Solidarität unter ihnen;
6. Gründung einer Jugendbrigade zum Einsatz in der präventiven Tätigkeit der jüngeren Altersgruppen;
7. Förderung einer handwerklichen Arbeitsstätte, denn diese kommt dem bedrückenden Problem der Dauerarbeitslosigkeit bei vielen Alkoholkranken entgegen, garantiert ein gewisses Familieneinkommen und bedeutet für den Betroffenen nicht zuletzt ein Stück therapeutischer Hilfe.

Im großen und ganzen stellte sich das Herangehen an die Überwindung des Alkoholproblems im Rahmen des oben beschriebenen Projektes als eine Möglichkeit für alle Beteiligten dar, auf die alkoholismusfördernden sozialen Bedingungen

Einfluß zu üben. Für den alkoholkranken Bewohner von Slumvierteln zeigte sich dieses Vorhaben in einer solidarischen Praxis, wobei von ihm selbst, in einem für ihn annehmbaren sozialen Rahmen, eine kritische Verarbeitung des Problems erfolgen konnte, d.h. mit seinen Worten und Denkinhalten, begleitet von tatkräftiger Unterstützung der Gemeinde und engagierten Mithelfern.

Ergebnisse: Da dieses Projekt sich in einem frühen Entwicklungsstadium befand und von seinem Ansatz her vielmehr auf eine sozial wirksame als auf eine akademische Verbreitung hinzielte, kann man zunächst nicht mit den üblichen statistischen Methoden an seine Überprüfung herangehen, ganz abgesehen davon, daß die poliklinikeigenen Register sowie die Protokollbücher (Tagebücher) der Brigaden nicht mehr zugänglich sind.

Bis Ende 1972 gab es in den meisten Elendsvierteln der vier größten Städte Chiles derartige Brigaden, die im Begriff waren, sich in beachtenswerter Weise weiter auszudehnen.

Eine direktere Vermittlung als die durch Ausarbeitung statistischen Materials könnte eine Situationsbeschreibung aus der Sicht der Betroffenen bewirken:

»Ohne Alkohol im Haus hat sich unser Leben total verändert. Seitdem mein Mann nicht mehr trinkt, muß ich nicht mehr täglich seinen Rausch über mich ergehen lassen wie vorher. Es gibt jetzt auch wieder mehr Lebensmittel bei uns, und er hat Material gekauft, um am Haus etwas auszubessern...

Ich habe jetzt vieles gelernt, wovon ich vorher keine Ahnung hatte. Jetzt hat sich für uns alle ein Fenster aufgetan, auch die Kinder müssen weniger Not leiden«[16].

Kommentar: Dieser Alkoholismuskampagne lag die Einsicht zugrunde, daß Alkoholismus nicht allein mit einem idealistischen moralischen Engagement, nicht von oben und nicht in der Anonymität erfolgreich angegangen werden kann, daß der Ort der Auseinandersetzung nicht in erster Linie die Klinik, sondern die Gemeinde sein muß, daß die Kampagne weniger in einer Behandlung des einzelnen Alkoholikers als in einem kontinuierlichen Dialog mit dem Betroffenen erfolgen muß.

Diese sozialmedizinischen Erfahrungen wurden bekanntlich durch den Militärputsch gewaltsam unterbrochen. Es gilt, sie in Erinnerung zu behalten und sie unter veränderten sozialpolitischen Bedingungen eines Tages in Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung fortzusetzen.

Anmerkungen

1. Zu einem näheren Verständnis der Lebensbedingungen und Gesundheitssituation der chilenischen Bevölkerung s. *Initiativkreis »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«* in: Argument-Sonderband 4, S. 280-293. Berlin 1974 und des chilenischen Gesundheitswesens *Vallejos, H.* in: Argument-Sonderband 8, S. 260-274. Berlin 1976.
2. *J. Horwitz* et al. Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile, in: Revista Servicio Nacional de Salud 3, pp 277-309. Santiago de Chile 1958.
3. *E. Medina y J. Marconi.* Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural de Cautin, in: Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina 16, pp 273-285. Buenos Aires 1970.
4. Hier scheint sich die These von *Jellinek* über den kontinuierlich zur Krankheit führenden Verlauf von übermäßigem Alkoholkonsum voll zu bestätigen. Vgl. *Jellinek.* Phases in the Drinking History of Alcoholics, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 6, pp 1-88. New Haven 1946.
5. 35,7 Todesfälle auf 100.000 Einwohner über 15 Jahre (Quelle: *E. Medina et al*, s.Anm.6)
6. Vgl. *E. Medina et al.* Epidemiologia de la cirrosis hepática en Chile, in: Revista Médica de Chile, 102, pp 466-487. Santiago de Chile 1974.
7. Vgl. *Mariño de Lobera.* Crónica del Reino de Chile. Lima 1594.
8. Vgl. Guevara Silva, T. Historia de la civilización de la Araucania. Santiago de Chile 1902.
9. S. dazu *C. Lomnitz.* Alcohol and Culture: The historical Evolution of Drinking Patterns Among the Mapuche, in: Cross-Cultural Studies on Alcohol. *Everett, M. et al.* The Hague - Paris 1976.
10. Clandestino: Illegaler Weinverkäufer in den Arbeitervierteln, der in seiner Bretterbude Alkohol ausschenkt.
11. *Paulo Freire* in »Pädagogik der Unterdrückten«, Reinbek 1973, vermittelt anschaulich diesen Prozeß bei den Betroffenen:

    »...diskutierte eine Gruppe von Hochhausbewohnern eine Szene, die einen Betrunkenen zeigte, der auf der Straße lief, sowie drei junge Männer, die sich an der Ecke unterhielten. Die Gruppenteilnehmer bemerkten: 'Der einzige, der da produktiv ist und nützlich für sein Land, ist der Kerl, der nach Hause zurückkehrt, nachdem er den ganzen Tag für einen geringen Lohn gearbeitet hat, und der sich um seine Familie sorgt, weil er ihre Bedürfnisse nicht befriedigen kann. Er ist der einzige echte Arbeiter und ein Säufer wie wir'«.
12. S. *Initiativkreis,* a.a.O. S. 282
13. Vgl. *Marconi,* Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención de alcoholismo, in: Acta psiquiat. psicol. Amer. lat, 15 pp 351ff. Buenos Aires 1969.
14. Lider ist die Bezeichnung in der Alltagssprache für die Person, die

andere in den Aktivitäten der Comunidad anleitet und/oder zur Zusammenarbeit anregt. Der Begriff ist aus dem englischen 'leader' vor etwa 15 Jahren ins Spanische übernommen worden und kann nicht mit der sozialen Besetzung des Begriffes 'Führer' gleichgesetzt werden.

15. S. *Barudy y Vasquez.* Las brigadas de liberación obrera, in: Medicina. Concepcion, Chile 1972.
16. Aus U. Bernauer: Participation, eine gesundheitspolitische Strategie in Lateinamerika. Inaugural Dissertation. Freiburg 1977 (S. 243).

Kongreßberichte

Workshop: Basisgesundheitsversorgung in der Dritten Welt und Hochschule

23./24. Januar 1981, Freie Universität Berlin

Im Gegensatz zu vielen ausländischen Universitäten gibt es an den westdeutschen Hochschulen keine Tradition der wissenschaftlichen und praktischen Aufarbeitung von Problemen der Gesundheit in der Dritten Welt. Unter Medizinstudenten, jüngeren Ärzten und anderen Gesundheitsberufen gibt es aber nicht nur ein breites Interesse, sondern auch eine große Bereitschaft, in medizinischen Projekten der Dritten Welt zu arbeiten. Häufig erfolgt dies spontan, mangelhaft vorbereitet, ohne Kenntnis der spezifischen Problematik etwa der hiermit verbundenen unreflektierten Übertragung von Handlungs- und Behandlungsweisen aus unserem Medizinsystem. Dann mühsam gemachte Erfahrungen werden nicht für spätere Entwicklungshelfer nutzbar gemacht, weil die Zurückkehrenden keinen Ort zur Aufarbeitung und Weitergabe dieser Erfahrungen haben.

Von dieser Situation ausgehend fand mit der Fragestellung »Kann unsere Universität zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Ländern der Dritten Welt Beiträge leisten?« ein Workshop an der Freien Universität Berlin statt. Teilnehmer waren rund 40 Experten der wichtigsten in der Medizin tätigen Entwicklungshilfeorganisationen und staatlichen Stellen, die in drei Themenkomplexen den »Ist-Zustand der Basisgesundheitsversorgung in Ländern der Dritten Welt«, »Aktuelle Probleme der Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt« und »Schwerpunkte der medizinischen Entwicklungshilfe aus der Sicht der praktisch-tätigen Organisationen« untersuchten.

Folgende Situation war Ausgangspunkt: Die Entwicklung der Medizin in den, insbesondere den westlichen, industrialisierten Ländern mit ihrer wesentlichen Ausrichtung auf sehr spezielle Krankheitsbilder und die Anwendung teurer pharmakologischer und apparativer Hilfsmittel für Diagnostik und Therapie sind kaum geeignet, zur Lösung der Gesundheitsprobleme in Ländern der Dritten Welt beizutragen. Die Weiterentwicklung der Medizin in diese Richtung ist selbst für die industrialisierten Länder zum Problem geworden. Immer stärker wird auch hier eine Neuorientierung auf sogenannte primäre Gesundheitsbedürfnisse gefordert. Um so mehr ist dies im Hin-

blick auf die Bedürfnisse der armen Länder der Dritten Welt nötig. Gleichzeitig werden nach wie vor zahlreiche Studenten aus Ländern der Dritten Welt an westdeutschen Hochschulen ausgebildet. Sie lernen hier eine Medizin, die allenfalls in wenigen großstädtischen Zentren der Dritten Welt und dort meist ausschließlich in den privilegierten Bevölkerungsgruppen ihre Abnehmer finden kann. Nach häufig mehr als zehnjährigem Aufenthalt kehren die meisten Studenten aus solchen Ländern aus diesen Gründen und wegen der inzwischen auch hier entstandenen sozialen Bindungen nicht mehr zurück.

Diese beiden Tendenzen haben schon seit einigen Jahren dazu geführt, daß die traditionelle medizinische Entwicklungshilfe der Bundesrepublik Deutschland, die im wesentlichen in der Lieferung medizinisch-technischer Apparaturen, dem Aufbau ganzer Krankenhäuser mit Spezialeinrichtungen und der Verschickung von Spezialisten bestand, zunehmend fragwürdig geworden war.

Ein Umdenken erfolgte im Anschluß an die Empfehlungen der WHO aus dem Jahre 1978 (Alma-Ata-Konferenz) zur Entwicklung einer primären Gesundheitsversorgung: sie soll aus den soziopolitischen und soziokulturellen Charakteristika des Landes entwickelt werden; sie wendet sich in erster Linie der Gemeinde zu; sie umfaßt auch Gesundheitserziehung, Förderung der geeigneten Ernährung, Versorgung mit sicherem Wasser, Immunisierung gegen schwere Infektionskrankheiten; sie bezieht alle mit Gesundheit in Zusammenhang stehenden Aspekte der Entwicklung der Gemeinde mit ein, wie z.B. Landwirtschaft, Industrie, Bildung; sie erfordert maximale Selbständigkeit von Gemeinde und Individuum; sie stützt sich auf angemessen ausgebildetes Gesundheitspersonal einschließlich traditioneller Heiler.

Auch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und die wichtigsten deutschen mit öffentlichen Mitteln geförderten Entwicklungshilfeorganisationen, der Deutsche Entwicklungsdienst und die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, haben inzwischen den Schwerpunkt ihrer Förderung, wie berichtet wurde, auf die Förderung basisgesundheitsmedizinischer Dienste konzentriert. Hier gilt aber, daß solche Projekte nur aufgrund eines bilateralen Kontaktes zwischen der Regierung des Entwicklungslandes und der Bundesregierung zustande kommen können. Projekte, die mithin nicht im Regierungsprogramm des Entwicklungslandes und damit in der dortigen Organisation des Gesundheitswesens

verankert sind, können nicht gefördert werden. Für das Überleben einmal initiierter Entwicklungsprogramme und zur Sicherung einer langfristigen Wirkung, die nicht mit dem Abzug der europäischen Berater aufhören soll, ist eine solche Einbettung in das nationale Gesundheitsprogramm auch unabdingbar. Gleichzeitig wird aber so das Dilemma deutlich: viele Länder haben keine nationalen Gesudheitsprogramme oder zumindest keine, die den von der WHO aufgestellten Grundsätzen in der Entwicklung von Gesundheitsdiensten in unterversorgten Bereichen - Landregionen, Slumgebieten der Großstädte - Priorität einräumen. Auch ethnische Minderheiten werden oft ausgeschlossen. Oft bestimmen Minderheiten (feudale Führungs-»eliten« gestützt auf westliches Kapital) die Regierungspolitik auch für den Gesundheitsbereich, so daß die vorhandenen Ressourcen restlos für die diesen Minderheiten ausschließlich zur Verfügung stehenden Gesundheitseinrichtungen aufgebraucht werden. In Kombination mit der oft nur begrenzten Förderungsdauer deutscher Projekte in solchen Ländern ist dann ein Mißerfolg schon vorprogrammiert. Medizinische Entwicklungshilfeprojekte zur Förderung der Basisgesundheitsversorgung können hier, wie eine Reihe von Workshopteilnehmern im Widerspruch zur Entwicklungshilfepolitik der Bundesregierung formulierten, erst über eine Unterstützung nationaler revolutionärer Bewegungen wirksam werden.

Über die möglichen Beiträge westdeutscher Universitäten zur Lösung der mit der Gesundheitsversorgung der Dritten Welt zusammenhängenden Fragen soll weiter nachgedacht werden: in jedem Fall nötig ist die Bereitstellung von leicht zugänglicher Information über die Entwicklung der Gesundheitssysteme, die kontinuierliche Aufarbeitung der Erfahrungen mit durchgeführten Projekten und von Fragen, die bei der Übertragung westlicher Vorstellungen auf traditionelle Lebensweisen entstehen, sowie der Möglichkeiten, vorhandene adäquate Umgangsweisen mit Gesundheitsproblemen und ihren bewußten Einsatz durch die Betroffenen selbst zu fördern.

Udo Schagen (Berlin/West)

21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin vom 13. bis 16.5.1981 in Berlin (West) *sowie:* Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Arbeitstagung des Internationalen Instituts für vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin am 16. und 17.5.1981 in Berlin (West)

1. *Die 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin vom 13. bis 16.5.1981* wurde bereits Ende 1980 unter dem Rahmenthema »Epidemiologische Ansätze im Bereich der Arbeitsmedizin - Strategien - Probleme - Lösungsversuche« angekündigt. Intendiert war, daß sich auch die sogenannten »freien Vorträge« nach Möglichkeit diesem Leitthema zuordnen sollten. Diese Orientierung auf die Epidemiologie entspricht ähnlichen Entwicklungen anderer medizinischer Disziplinen und ist für die Arbeitsmedizin angesichts der derzeitigen Dominanz von Toxikologie und Laborversuchen als Fortschritt zu werten. Das endgültige Programm der Jahrestagung zeigte jedoch bereits, daß unter diesem Rahmenthema durchaus keine Umorientierung der Arbeitsmedizin vollzogen wurde. Nur relativ wenige Vorträge bezogen sich auf die Epidemiologie, eine Zuordnung der freien Vorträge zum Rahmenthema war nicht möglich; so fanden sich die meisten Referate wie gewöhnlich unter den Rubriken »gefährliche Arbeitsstoffe« und »aus der Praxis - für die Praxis«.

Die Hauptreferate zur Epidemiologie in der Arbeitsmedizin von *Lange*, *Blohmke* und *Zielhuis* zeigten, daß das Problem der wissenschaftlichen Orientierung der Arbeitsmedizin gar nicht erst ins Blickfeld geriet. Epidemiologie wurde lediglich als Methode dargeboten, epidemiologische Untersuchungsansätze durchweg lehrbuchhaft aufgezählt. Die Tatsache, daß unter den drei Hauptreferenten kein Arbeitsmediziner war, macht deutlich, wie fremd der epidemiologische Ansatz der Arbeitsmedizin derzeit noch ist.

Der Vortrag von *H. Valentin* zum Verhältnis zwischen Wissenschaft und Politik - als Grundsatzreferat angekündigt - reflektierte auf seine Weise, daß Arbeitswelt und Arbeitsmedizin als Forschungs- und Arbeitsfeld seit einigen Jahren nicht mehr die unbestrittene Domäne scheinhaft wertneutraler Wissenschaft sind, in der - unangefochten von sozialen Konflikten - die Anpassung des Menschen an jedwede Arbeitsbedingungen

betrieben werden kann. Wie in den meisten Wissenschaftsdisziplinen tut nun Ab- und Ausgrenzung auch in der Arbeitsmedizin not. Valentin versuchte diese in einem Dreischritt zu leisten, wobei er mit der Forderung nach strikter Trennung von Politik und Wissenschaft begann. Die Überschreiter dieser Grenze rückte er in die Nähe von Faschisten, indem er auf das Schreckbild einer »völkischen Physik« verwies. Daß es der Arbeitsmedizin nach Geschichte und Anspruch um die Gesundheit von Arbeitnehmern zu gehen hat, auf deren Vertreter sein Verdikt vor allem zielt, blieb ihm unproblematisch. Da auch die Wissenschaftlergemeinschaft nicht mehr von unerwünschten Anschauungen frei ist - von »Mißbrauch der Lehr- und Amtsautorität« war die Rede -, müssen in einem zweiten Schritt die Ingenieure, Natur- und Sozialwissenschaftler ausgegrenzt werden, kompetent bleiben allein die Mediziner. Und auch diese scheinen schon durchsetzt: In einem dritten Schritt werden deshalb die »primär *präventiv* orientierten« Ärzte ausgeschlossen, so daß allein die »*klinisch* sozialisierten Mediziner« übrigbleiben. Dergestalt teilt sich die Welt problemlos in »klinische Arbeitsmediziner« und »Ignoranten«. Es steht freilich zu erwarten, daß sich diese etwas hilflose Grenzziehung als weitaus weniger wirksam erweisen wird als die traditionell zwischen Wissenschaft und Arbeiterbewegung gezogene.

Weitere Orientierung für das wissenschaftliche Handeln wurde in der Geschichte der Arbeitsmedizin gesucht. In zwei Referaten über die Geschichte der Arbeitsmedizin in Deutschland - »Tatort Berlin« - wurde die Wissenschaftsgeschichte losgelöst von jedem sozialen Kontext als Ergebnis wissenschaftlicher Leistungen großer Männer präsentiert. Die Krönung dieser Betrachtungsweise wurde von Rutenfranz in einem Stammbaum von großen Arbeitsmedizinern präsentiert, unter dessen jüngsten Trieben auch Rutenfranz zu finden war.

Insgesamt wurden neben den erwähnten Hauptreferaten auf der Tagung mehr als 50 Kurzreferate von jeweils 10 Minuten zum Teil in parallelen Sektionen gehalten. Der Bezug zum Rahmenthema bei der Vorstellung des Gießener Modells der arbeitsmedizinischen Tumor-Epidemiologie von *Woitowitz* bildete in dieser Hinsicht eine der wenigen positiven Ausnahmen. Im Vordergrund stand eine große Anzahl sehr spezieller und untereinander bezugsloser Referate zu gefährlichen Arbeitsstoffen (z.B.: Einfluß der Probenentnahme auf den Quecksilbernachweis im Harn) und von Vorträgen für den Betriebsarzt in der Praxis (z.B.: Schweißen und Löten, Aspekte der Praxis). Die

Diskussionen mußten sich dabei auf Nachfragen an die Referenten beschränken. Daß diese Kongreßform als Fortbildungsveranstaltung für nicht sehr effektiv gehalten wird, zeigten die Teilnehmer durch eine Abstimmung mit den Füßen: von den angemeldeten mehr als 800 Kongreßteilnehmern war im Durchschnitt höchstens ein Viertel auf den Plenarveranstaltungen zugegen. Die großen Säle der Urania waren nur spärlich besetzt. Was den einzelnen Betriebsarzt interessiert, kann er ohnehin im Kongreßbericht nachlesen. Besser besucht soll dagegen der Gesellschaftsabend im Schloß-Hotel Gehrhus gewesen sein.

2. Die Arbeitstagung *Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik des Internationalen Instituts für vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin am 16. und 17.5.1981* hatte dagegen den Bezug zur Gesundheitspolitik bereits im Titel ausgewiesen. Organisatorisch stammte die Tagung in gewisser Weise vom Gesundheitstag 1980 ab, auf dem sich ein erster Arbeitszusammenhang von Wissenschaftlern und Praktikern zu diesem Themenbereich konstituiert hatte. Inhaltlich sollte auf dieser Tagung diskutiert werden, welche Konzepte der Prävention zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen taugen und wie - in diesem Zusammenhang - eine arbeitnehmerorientierte Arbeitsmedizin inhaltlich und organisatorisch aussehen kann.

Erprobt und verbessert werden sollten auch die Verständigungsmöglichkeiten zwischen Medizinern und Sozialwissenschaftlern. Daß dabei noch beträchtliche Probleme zu überwinden sind, zeigte sich bereits in der Diskussion über das Einleitungsreferat von *Naschold*, das den Versuch eines systematischen Überblicks über die Entwicklungstendenzen in der Arbeitsbelastung und im Krankheitsspektrum zu geben versuchte. Dabei fanden notwendigerweise Theorieelemente aus Ökonomie, Soziologie, Politologie, Technologieentwicklung, Epidemiologie und Medizin Verwendung. Zwar wurden in der Diskussion vor allem Sprachprobleme bei der Verständigung thematisiert, jedoch wurden dahinter objektive Schwierigkeiten interdisziplinären Arbeitens und Sprechens bei allen Beteiligten sichtbar. *Müller* (Bremen) und *Popper* (Wien) versuchten in ihren Referaten, die heutigen Diskussionen und Auseinandersetzungen über die Arbeitsmedizin in die historische Kontinuität der sozialen Auseinandersetzungen seit Entstehen der Disziplin zu stellen.

In drei parallel arbeitenden Sektionen wurden in ca. 30 Ein-

zelreferaten zahlreiche laufende und abgeschlossene Projekte aus Wissenschaft und/oder Praxis vorgestellt.

Im Themenblock »Arbeitsmedizin und Sozialwissenschaften für die betriebliche Praxis« wurde diskutiert, welche Bedeutung den Sozialwissenschaften zukommt, wenn es darum geht, das gesellschaftspolitisch determinierte Handlungsfeld der Arbeitsmedizin zu analysieren. Erst dadurch werden die Handlungsbedingungen für Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsräte transparent. Auch die Analyse belastender Arbeitsbedingungen kann heute nicht mehr von nur einer wissenschaftlichen Disziplin geleistet werden. In den Referaten zum Themenblock »Arbeitsmedizinische und sozialwissenschaftliche Ansätze der Belastungs- und Beanspruchungsforschung« wurde deutlich, daß die Kombination sozial- und naturwissenschaftlicher Ansätze im Prinzip in der Lage ist, auch komplexe Belastungssituationen zu analysieren. Freilich fehlen auf diesem Gebiet noch praktische Forschungserfahrungen und arbeitsmedizinische Kompetenz in den Forschungsprojekten. Die Ablehnung von Projektforschung durch die Mehrheit der Arbeitsmediziner führt dazu, daß ihre wissenschaftliche Kompetenz in Forschungsvorhaben z.B. zur Humanisierung der Arbeit kaum eingebracht wird.

Mit Fragen zu »Arbeitsmedizin und Sozialversicherungswesen« beschäftigte sich ein dritter Themenkomplex. Die zentralen Probleme wurden im Bereich der Verwendbarkeit von Daten des Sozialversicherungssystems für arbeitsmedizinische Forschung gesehen, sowie in der Rolle, die die Arbeitsmedizin z.B. bei der Selektion Leistungegeminderter spielt. Da mittlerweile mehr als 30 % der registrierten Arbeitslosen gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, stellt sich hier das Problem der Interessenbezogenheit ärztlichen Handelns besonders deutlich.

Weder die inhaltliche Aufteilung der Sektionen noch die Abfolge der Referate innerhalb der Parallelveranstaltungen konnten durchgängig überzeugen. Die Schwierigkeit, das Arbeitsfeld präventiver betrieblicher Gesundheitspolitik sinnvoll aufzugliedern, spiegelt indes vor allem die Tatsache wider, daß diese Betrachtungsweise bei uns noch sehr jung ist und entsprechende Erfahrungen noch nicht gesammelt werden konnten. Gleichwohl liegt hier die Gefahr, daß sich zukünftige Veranstaltungen zu unverbindlichen Potpourris von Zufallsreferaten entwickeln, wofür die Fachtagungen der etablierten Arbeitsmedizin ein abschreckendes Beispiel bieten.

In der abschließenden Plenarveranstaltung wurden Konzepte und Projekte der Umsetzung arbeitsmedizinischer Ergebnisse in die betriebliche Praxis vorgetragen. Hier warfen vor allem Betriebsräte die Frage nach der betriebspolitischen Durchsetzungsfähigkeit arbeitsmedizinischer Ergebnisse auf. Sie berichteten aus ihrer Praxis, daß die Durchsetzbarkeit nahezu unabhängig von der Validität und Seriosität arbeitsmedizinischer Ergebnisse und auch unabhängig von deren tatsächlicher Bedeutung für die Reduzierung von Belastungen in der Arbeitswelt ist. In erster Linie ist sie vielmehr eine Funktion des politischen Drucks, durch den die Forderungen getragen werden. Dies dürfe allerdings nicht als Freibrief zur Senkung der Forschungsstandards mißverstanden werden, sondern zeige vor allem die für die Unternehmer und Gewerkschaften unterschiedlichen Zugriffsmöglichkeiten auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeit.

Das Verdienst dieser Arbeitstagung mit ca. 150 Teilnehmern liegt darin, den Beginn des notwendigen Dialogs zwischen Praktikern, Sozialwissenschaftlern und Arbeitsmedizinern auf breiter Basis organisiert zu haben. Das nahezu flächendeckende Angebot an Referaten ließ allerdings zu wenig Raum für Diskussionen, die sich auch hier weitgehend auf Verständnisfragen reduzierten. Wünschenswert und dem Anspruch der Tagung angemessen wäre auch die vorherige Verteilung von Zusammenfassungen gewesen, um eine rationale Auswahl der jeweils interessierenden Referate zu ermöglichen. Anfang 1982 sollen die Referate im Campus-Verlag veröffentlicht werden.

3. Ein Dialog zwischen den beiden Veranstaltungen fand faktisch nicht statt. Ausnahmen bildeten einige Referenten und Zuhörer, die an beiden Tagungen teilnahmen und so als erste Brückenköpfe gesehen werden können. Es wäre aber naiv, einen quasi automatischen Annäherungsprozeß zwischen den grundlegend verschiedenen Positionen in dieser Auseinandersetzung zu erwarten. Notwendig wird vielmehr in den nächsten Jahren sein, daß arbeitnehmerorientierte Sozialwissenschaftler und Arbeitsmediziner nicht nur ihr Problembewußtsein in die Reihen der konservativen Arbeitsmedizin hineintragen, sondern auch ihre vorhandene Kapazität zur Lösung konkreter betrieblicher Probleme einbringen. Eine solche Strategie könnte mittelfristig zu deutlichen Positionsverlusten der sozial konservativen und inhaltlich reduktionistischen Medizin führen.

Alf Bernd/Rolf Rosenbrock (Berlin/West)

Literaturberichte

Gine Elsner, Friedrich Hauss, Wilfried Karmaus, Rainer Müller

Arbeitsmedizin und Ergonomie in der BRD

Stellungnahme zu einer Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Im Zusammenhang mit dem Programm der Bundesregierung »Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens« forderte der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft im Sommer 1974 die Deutsche Forschungsgemeinschaft zur Bildung einer Kommission für Arbeitswissenschaft auf. Der Bundesminister hatte eine Denkschrift zur Lage der Arbeitswissenschaft intendiert. Stattdessen wurde eine Kommission für Arbeitsmedizin und Ergonomie gebildet, die nach fünf Jahren eine »Denkschrift«[1] vorgelegt hat. Zu dieser Denkschrift liegen Stellungnahmen mehrerer Fachdisziplinen und aus dem DGB vor.[2] Diese gehen auf die Arbeitswissenschaft allgemein ein oder antworten auf in der Denkschrift formulierte Vorbehalte gegenüber den Sozialwissenschaften.

Nachfolgend soll von Arbeitsmedizinern und Sozialwissenschaftlern gemeinsam auf den Teil der Denkschrift eingegangen werden, der sich mit der Lage der Arbeitsmedizin in der BRD befaßt.

1. Zur Reduktion des sozialen Wirkungszusammenhangs von Arbeitsmedizin als Strukturprinzip des Gutachtens

1.1. Das Labormodell: Methode des Ausblendens sozialer Realität

In der Denkschrift wird die Arbeitswissenschaft nicht nur unter Ausgrenzung der Arbeitssoziologie, -psychologie, der Ökonomie und der Sozialmedizin sowie Medizin-Soziologie auf die beiden Teilgebiete Arbeitsmedizin und Ergonomie reduziert, sondern diese noch zusätzlich auf Physiologie, Toxikologie und Ingenieurwissenschaft eingeschränkt. Menschliche Arbeit soll in der Arbeitswissenschaft nur in dem von den Autoren propagierten Mensch-Maschine-Modell wissenschaftlich thematisiert werden.

Die soziale Realität der arbeitenden Menschen wird so ausgeblendet. Das Labor ist der Ort, wo die sozialen Störgrößen am sichersten ausgeschlossen und in »freier Forschung« Lösungen von »Grundproblemen der Arbeitswelt« (S.165) nach Meinung der Autoren gefunden werden können.

Neunzehn bzw. siebzehn der zwanzig befragten arbeitsmedizinischen Institute sahen in naturwissenschaftlichen Ansätzen bzw. in Laborforschung ihren Arbeitsschwerpunkt (S.54,55).

Im Rahmen dieses die soziale Wirklichkeit von Betrieb, Arbeitnehmer und Arbeitstätigkeit ausblendenden Modells können sich die Autoren dann auch scheinbar legitim auf Freiheit und Forschung berufen und sich

> »den Interessenpositionen machtbewußter gesellschaftlicher Gruppierungen, d.h. in diesem Fall der Arbeitgeberseite und der Arbeitnehmerseite - der Sozialpartner -«, (S. 18-19)

entziehen. Mitwirkung - und Mitbestimmungsansprüche der Erwerbstätigen und ihrer Interessenvertreter können so als Angriff auf die Freiheit der forschenden Arbeitsphysiologen, Toxikologen und Ingenieure ausgelegt werden (S.165,166). Sozialwissenschaftler, die den arbeitenden Menschen ganzheitlich betrachten und die Arbeit, ihre Bedingungen und Auswirkungen im gesellschaftlichen und industriellen Prozeß betrachten und einen Beitrag zur Selbstverwirklichung der Arbeitenden und zur Humanisierung der Arbeitswelt leisten wollen, werden als Vertreter »sozialemanzipatorischer Ansätze« (S. 19) diskreditiert.

In der Denkschrift bleibt jedoch offen, was die vielzitierten »Grundprobleme der Arbeit« sind. Einige, wie Verschleiß bzw. Erhalt des »körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens« (Gesundheitsdefinition der WHO), negativer bzw. positiver Einfluß der Arbeitstätigkeit auf die Persönlichkeitsentwicklung, Autonomie bzw. Fremdbestimmung, Qualifizierungsmöglichkeiten bzw. Dequalifizierung werden nicht angesprochen. So muß von den Autoren der Denkschrift auch nicht die Frage beantwortet werden, welchen Beitrag Laborforschung zur Erkenntnis dieser Belastungen leisten kann. Er wäre eher als negativ einzustufen.

1.2. Die Technologisierung von Problemhorizonten in der Arbeitsmedizin

Mit der Ausblendung der sozialen Realität aus dem Problemhorizont der Autoren verengt sich deren Risikobegriff auf eine ausschließlich technologisch definierbare Kategorie (S. 12, 174). Die konkreten pathogenen Arbeitsbedingungen werden nicht als Ausdruck miteinander verflochtener ökonomischer, politischer, sozialer und technischer Entwicklung begriffen. Mit einer nur auf technische Determinanten reduzierten Risikostruktur kann der Zusammenhang zwischen der Arbeit und der Biographie der abhängig Beschäftigten sowie der Entwicklung chronischer Gesundheitsschäden nicht zum Gegenstand der Arbeitsmedizin werden.

So werden konsequenterweise in der Denkschrift die mit Rationalisierung und Automatisierung erfolgenden Umwälzungen der menschlichen Arbeit, die daraus resultierenden Brüche in den Berufsverläufen, Verunsicherungen und Gesundheitsrisiken gar nicht erst erwähnt.

Nach wie vor gelte, so die Autoren, die »Berücksichtigung des menschlichen Arbeitsverhaltens nach Maß und Zahl im Sinne Rubners« (S. 175), so als sei die Arbeitsphysiologie nicht der wissenschaftliche Zugriff auf die alten Probleme der körperlichen Schwerarbeit unter belastenden Umweltbedingungen gewesen und so, als habe die Arbeitsphysiologie nicht wesentlich die Grundlagen für die tayloristischen Leistungssteigerungsverfahren geschaffen, die sich nachteilig auf das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der arbeitenden Bevölkerung ausgewirkt haben und noch auswirken.

1.3. Zur Systematik des Vergessens der Sozialgeschichte der Arbeitsmedizin

Die historischen Überlegungen (S. 28, 29) zur Entwicklung der Arbeitsmedizin unterschlagen völlig die Ansätze, die in Deutschland mit den Begriffen Sozialhygiene, Soziale Medizin, Soziale Pathologie, Medizin als soziale Wissenschaft und den Personen Virchow, Neumann, Leubuscher, Hirt, Zadek, Grotjahn, Mosse, Tugendreich u.a. verbunden sind.

Nicht angesprochen wird, weil es dem Autor wahrscheinlich auch nicht bekannt ist, der für die Anfänge der Arbeitsmedizin wichtige Zusammenhang von Arbeiterbewegung und staatlicher Sozialpolitik. Forderungen nach Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen, konkrete Vorschläge und prak-

tische Initiativen zum Abbau und zur Bewältigung der Gesundheitsrisiken sind gerade von der Arbeiterbewegung ausgegangen. So wurden z.B. Erhebungen über die gesundheitliche Lage und Arbeitsbedingungen von Bäckern (A. Bebel, 1890) bzw. Quecksilber-Spiegelbelegern (B. Schoenland, 1887) durchgeführt und Unfallschutzpolitiken entwickelt (Arbeitersanitätskommissionen).

Die Erwähnung von Franz Koelsch (1909 erster Landesgewerbearzt in Bayern, erstmals für Deutschland) hätte den Autor veranlassen sollen, auf die Bedeutung der staatlichen Gewerbeärzte für die Entwicklung der arbeitsmedizinischen Theorie und Praxis, vor allem in der Weimarer Republik, aber auch in der Bundesrepublik, einzugehen. Warum in einer Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik das Wirken der Landesgewerbeärzte es nicht wert ist, angesprochen zu werden, dafür aber auf die Arbeit von Betriebsärzten von acht willkürlich ausgewählten Großbetrieben eingegangen wird, muß als Frage offen bleiben.

In historischen Überlegungen wäre beispielhaft an der Person Ludwig Teleky (1921 erster preußischer Landesgewerbearzt in Düsseldorf, 1933 Berufsverbot, weil Nichtarier) deutlich geworden, daß sich eine Koppelung von Sozialwissenschaft mit Naturwissenschaft in der Tradition der oben genannten Sozialhygiene bei deutlicher sozialpolitischer Intention als sehr fruchtbar erwiesen hat. Am Schicksal Teleky läßt sich darstellen, daß durch den Faschismus eine Weiterentwicklung sozialhygienischer Ansätze in der Arbeitsmedizin wie auch im öffentlichen Gesundheitswesen bzw. im Krankenkassenbereich blockiert wurde.

In der Bundesrepublik konnte sich eine dieser sozialmedizinisch / sozialhygienischen Tradition verpflichtete Arbeitsmedizin nicht wieder entwickeln, teilweise waren deren Träger physisch vernichtet worden. Da sich ein Gegengewicht zur puristisch-naturwissenschaftlichen und sich neutral verstehenden Arbeitsmedizin nicht aufbauen konnte, fehlten auch die wissenschaftsinternen Spannungen und Auseinandersetzungen. In dieser Verkarstung des Faches liegt ein Grund, warum z.B. als Indikator für die Unterentwicklung der Arbeitsmedizin in der Denkschrift lediglich das Fehlen arbeitsmedizinischer Institute an einigen medizinischen Fakultäten genannt wird. Der Mangel interner wissenschaftlicher Diskussionen und Kontroversen ist für die Autoren der Denkschrift kein Alarmsignal.

Die Verödung des Faches erklärt u.a. auch, warum die Initia-

tiven zur Entwicklung einer praktischen Arbeitsmedizin in den Betrieben und Sozialversicherungen sowie die Entwicklung eines Berufsbildes mit den entsprechenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten nicht von der Arbeitsmedizin / Medizin, sondern vom Staat (1973 Gesetz über die Betriebsärzte und Sicherheitsingenieure) ausgingen. Insofern ist es nicht nur unwichtig, sondern völlig unangebracht,

»eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben mit der Propagierung einer Auffassung der praktischen Arbeitsmedizin, wie sie im wesentlichen von der Einstellung gekennzeichnet ist, die die Werksärzte 'der ersten Stunde' mitgebracht und entwickelt haben.« (S. 66)

Die Arbeitsmedizin der Werksärzte »der ersten Stunde« von acht Großbetrieben repräsentiert nur den kleinsten Teil einer arbeitsmedizinischen Tradition in Deutschland.

2. Die ursächlichen Bedingungen des Reduktionismus in der bundesrepublikanischen Arbeitsmedizin

Ein intensives Aufspüren und Verfolgen der Gründe für das in der Denkschrift vorzufindende Strukturprinzip der Reduzierung des sozialen Wirkungszusammenhangs von Arbeit und Gesundheit kann hier nicht erfolgen. Es sollen nur kurz einige Gründe angesprochen werden. Dem Prinzip der Individualisierung als bürgerlich-ethische Grundstruktur kommt ein zentraler Erklärungswert bei. Gerade in der ideologischen Überhöhung bzw. Verklärung des Arztes und der Beschwörung des Arzt-Patient-Verhältnisses hat sich dieses Grundprinzip durchgesetzt. Krankheit und Leiden werden aus dem sozialen und politischen Zusammenhang gelöst und zum alleinigen Problem von Arzt und Patient gemacht. Die Fülle des Materials zur Korrespondenz von sozialer Ungleichheit und Ungleichheit vor Krankheit und Tod wird nicht zur Kenntnis genommen, und wenn, dann wird daraus nicht die notwendige Konsequenz gezogen. Um Mißverständnisse zu vermeiden: Das Arzt-Patient-Verhältnis als eine Beziehung zwischen Personen bleibt notwendig und wegen seines besonderen Charakters schutzbedürftig. Man kann es allerdings nicht zum allein gültigen Parameter medizinisch-ärztlichen Handelns deklarieren. Gruppenbezogene medizinisch-ärztliche Strategien als »nicht in Einklang mit den Prinzipien ärztlichen Handelns, das primär auf Personen und nicht auf Gruppen ausgerichtet bleibt«[3] und als »Public Health«-Prinzipien abzuqualifizieren, bedeutet, das erfolgreiche medizinisch-ärztliche Handeln in den Bereichen Hy-

giene, öffentliches Gesundheitswesen (Public Health), soziale Hygiene und gemeinschaftliche Gesundheitssicherung (Primary Health Care) zu unterschlagen.

Welch falsche Bedeutung dem Prinzip der Individualisierung beigemessen wird, wird deutlich, wenn die Gründe aufgeführt werden, die diese Prinzipien angeblich beschneiden (S. 65). Durch Vorschriften und staatliche Normierung sei das arbeitsmedizinische Handeln im Betrieb eingeschränkt, zusätzlich würde die »Konkurrenz« zu den Sicherheitstechnikern den Handlungsspielraum einengen. Die wissenschaftliche Kompetenz des einzelnen (nach dem Motto: Männer machen Geschichte) sieht man vor allem durch »Projektforschung« in Frage gestellt (S. 175). Die Autoren der Denkschrift wollen sich nicht damit abfinden, wissenschaftlich in die Pflicht genommen zu werden und im Rahmen von Projektforschung die Relevanz ihrer Ansätze von gesellschaftlichen Gruppen beurteilen zu lassen. Ihrer Meinung nach sei es vielmehr die Aufgabe der DFG, »Ideen der einzelnen Wissenschaftler« zur Realisierung zu verhelfen (S. 180). Der Individualisierung entspricht institutionell die Privatisierung als Grundform medizinisch-ärztlicher Praxis. Die private Form der medizinisch-ärztlichen ambulanten Versorgung der Bevölkerung in der Einzelpraxis hat die Entwicklung einer arbeitsweltbezogenen Medizin verhindert. Die Dominanz dieser Form ärztlichen Handelns wird auch in Zukunft eine präventive, auf die Lebenslage - einschließlich Arbeitswelt - bezogene Medizin nicht entstehen lassen.

Nachteilig für die Entwicklung der Arbeitsmedizin hat sich die Hegemonie der klinischen Fächer innerhalb der Medizinischen Fakultäten und bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten ausgewirkt. Kritische Ausführungen zu diesem Punkt vermißt man in der Denkschrift.

3. Postulat und Wirklichkeit der bundesdeutschen Arbeitsmedizin - ein Kontrast

In der Denkschrift wird zu den Zielen der Arbeitsmedizin eingangs folgendes postuliert:

- »Das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmer in allen Berufen im größtmöglichen Ausmaß zu fördern und aufrechtzuerhalten;
- zu verhindern, daß die Arbeitnehmer infolge ihrer Arbeitsbedingungen in irgendeiner Weise an ihrer Gesundheit Schaden nehmen;
- die Arbeitnehmer bei ihrer Arbeit gegen die Gefahr zu schützen, die

sich durch das Vorhandensein gesundheitsschädlicher Stoffe ergeben können;
- den einzelnen Arbeitnehmer einer Beschäftigung zuzuführen, welche seiner physischen und psychischen Eignung entspricht, und ihm diese Beschäftigung zu erhalten.« (S. 11)

Es wird weiterhin ausgeführt:

»Eine moderne Arbeitsmedizin kann damit nicht mehr nur eine sich passiv verhaltende Wissenschaft sein, die eingetretene Schäden registriert und auf eingetretene Verhältnisse reagiert, sondern sie muß aktiv in die Gestaltung der Arbeitsbedingungen eingreifen, indem sie mithilft, die Arbeit an den Menschen anzupassen und jedem Menschen gesundheitlichen Schutz sowie Möglichkeiten zur Entfaltung seiner geistigen und körperlichen Kräfte bei der Arbeit soweit als möglich zu gewähren. Dies setzt voraus, daß die Arbeitsmedizin die technologische Entwicklung in sich bergen könnte, um sowohl das Auftreten neuer Berufskrankheiten als auch die Schädigung des Arbeitnehmers durch inadäquate Arbeitsbedingungen im Sinne von berufsbedingten Aufbraucherkrankungen zu verhindern.« (S. 12)

Am Ende der Denkschrift wird unter Schlußfolgerungen angemerkt:

»So ist es notwendig, sich im Rahmen von Feldforschungen zunächst über die Arbeitsbedingungen in Abhängigkeit von der technischen Entwicklung ständig auf dem laufenden zu halten. Für die Arbeitsmedizin schließt dies gleichzeitig die ständige Beobachtung des Krankheitsgeschehens im Sinne berufsbedingter Erkrankungen mit ein, ... Der derzeitige Zustand, bei dem Forschung im arbeitsmedizinischen und ergonomischen Bereich noch zu oft eher auf offenbar gewordene Schäden und eingetretene Gefahren reagieren muß, ist für alle Beteiligten unter gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Aspekten unbefriedigend.« (S. 174, S. 175)

Wer Einblick in die reale Situation der Arbeitsmedizin an Forschungsinstituten und in der betriebsärztlichen Praxis hat, weiß, wie weit der Anspruch von der Wirklichkeit entfernt ist.

Nach der Lektüre der Denkschrift wird deutlich, daß nicht widrige äußere Umstände die an Forschungsinstitutionen etablierten Arbeitsmediziner davon abhalten, die genannten Ziele zu erreichen, sondern daß die oben genannten Ziele und richtigen Einschätzungen gar nicht als Richtlinien des Denkens und Handelns von den Autoren akzeptiert, sondern nur plakativ vorgezeigt werden. Wenn es den Autoren ernst mit den Zielen und Ansprüchen wäre, hätte man gerade in einer Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin eine problemorientierte inhaltliche Auseinandersetzung über die Kluft von Anspruch und Wirklichkeit erwartet. Man hätte gern eine kompetente Darstellung dar-

über gehabt, wie eine inhaltliche Konzeption und die entsprechenden institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen sein müssen, um den formulierten Zielen nahe zu kommen. Vor diesem Hintergrund hätte man gern eine kritische Würdigung der derzeitigen Ressourcen und Defizite auf wissenschaftlichem und betriebsmedizinischem, staatlich normativem und verwalterischem Gebiet gehabt.

Statt dessen wird von Seite 29 bis 54 referiert, an welchen Hochschulen die Arbeitsmedizin als Lehrstuhl oder Lehrauftrag vertreten ist, auf welchen Teilgebieten in den einzelnen Instituten gearbeitet wird, welche Vorbildung die Lehrstuhlinhaber besitzen, wie die räumliche, apparative, personelle und finanzielle Ausstattung ist und welche Altersstruktur, wissenschaftliche Interessen sowie Aufstiegschancen der Nachwuchs hat.

Zum Stichwort Forschungskonzepte werden auf etwas mehr als einer Seite (S. 54-55) Ausführungen gemacht. Unter Forschungskonzepten versteht man, ob im Labor oder im Betrieb, an Menschen oder Tieren (»Subjekte der Forschung«?), ob man physiologisch oder biochemisch oder sogar klinisch-toxikologisch-biochemisch forscht.

Die Wirklichkeit der Lage der Arbeitsmedizin in der BRD läßt sich folgendermaßen kurz beschreiben: Eine theoretische und daraus abgeleitete organisatorische Konzeption einer primärpräventiven Arbeitsmedizin existiert in der Bundesrepublik nicht. Ebenso sind konkurrierende Konzepte nicht auszumachen. In der Forschung ist die Arbeitsmedizin vorwiegend naturwissenschaftlich, kurativ-klinisch oder experimentell toxikologisch ausgerichtet. Selbst in dieser Beschränkung ist die Arbeitsmedizin, da an einem Drittel der medizinischen Fakultäten nicht präsent und wenn, dann meistens in Kleininstituten vorhanden, wie die Denkschrift deutlich macht, völlig unzureichend tätig.

Am Beispiel der Schadstoffproblematik[4] sei kurz erläutert, welche Erwartungen an eine Denkschrift zu richten sind und welche der Auftraggeber auch gehabt haben mag, als er um die Errichtung einer Kommission der Arbeitswissenschaft nachsuchte.

Weniger denn je steht heute die isolierte Wirkung einzelner, definierter Schadstoffe am Arbeitsplatz zur Diskussion. Statt dessen geht es um die Chemisierung der Produktion mit den daraus resultierenden Gefahren für Mensch und Umwelt: Kanzerogenese und Allergisierung, irreversible Störungen ökologi-

scher Kreisläufe, Vernichtungspotentiale in chemischen Großreaktoren. Unbekannte Wechsel- und Langzeitwirkungen verschiedener Substanzen auf den menschlichen Organismus sind nicht mehr über die Aufstellung einzelner MAK-Werte, ihrer gelegentlichen Kontrolle mit Gasspürröhrchen, dem Einbau von Abzügen und mit der Verteilung von Körperschutzmitteln in den Griff zu bekommen. Registrierung, Testung, Produktions- und Marktkontrolle der Chemikalien, Krebsregister, Schadstoffpaß, eine geplante ökologische Chemie anstelle vereinzelter Ersatzstoff-Forschung, weitere Automatisierung und Fragen des Datenschutzes fordern die betrieblich und wissenschaftlich tätigen Arbeitsmediziner, die Statistiker und Epidemiologen, staatliche Überwachungsbehörden, Chemiker und Techniker zu strategischer Zusammenarbeit heraus.

Problemaufrisse dieser Art sucht man jedoch vergeblich in der Denkschrift. Obwohl die Toxikologie das am meisten verhandelte Thema der Autoren ist, findet sich keine Analyse der toxikologischen Probleme, sondern nur eine Abgrenzung arbeitsmedizinischer Toxikologie gegenüber klinischer, experimenteller oder pharmakologischer Toxikologie mit dem Hinweis, daß die arbeitsmedizinische Toxikologie all diese Verfahren bei der Analyse von Stoffwirkungen einzusetzen habe. Eine kritische Analyse der Arbeitstoxikologie in den elf der zweiundzwanzig arbeitsmedizinischen Institute würde zeigen, daß an den Problemen der Arbeitswelt ausgerichtete Forschungskonzeptionen fehlen, alte Probleme wie z.B. die Wirkung von Schwermetallen (Blei) immer wieder neu aufgelegt werden, Laborforschung vor Feldforschung rangiert, Mehrfachbelastungen selbst begrenzt auf physikalische bzw. chemische Belastungen kaum oder gar nicht behandelt werden. (S. 176, 177) Angesichts der zunehmenden Chemisierung der Produktion stellt sich überhaupt die Frage, wie man mit toxikologischen Methoden die allgemein akzeptierte Zahl chemischer Arbeitsstoffe von etwa 40.000, bei einem jährlichen Zuwachs von etwa 200 bis 300 Stoffen, in den Griff bekommen will. Hochrechnungen würden zeigen, daß dafür Jahrzehnte notwendig sind. Möglicherweise muß man zu dem Schluß kommen, daß dieses Problem nur politisch lösbar ist.

In der innerbetrieblichen Praxis sorgt die Arbeitsmedizin überwiegend durch Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen für eine Selektion der Beschäftigten nach dem Motto: Der/die geeignete Mann/Frau an dem durch Ökonomie und Technologie vorgegebenen Arbeitsplatz. Die praktische Ar-

beitsmedizin wirkt in den Betrieben nur minimal auf die Gestaltung der Arbeitsplätze bzw. Arbeitsbedingungen ein.

Für eine ständige Beobachtung der technologischen Entwicklung zur Verhinderung von gesundheitlichen Schäden hat die Arbeitsmedizin kein Instrument in der Bundesrepublik geschaffen. Eine ständige fortlaufende Berichterstattung über die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Erwerbsbevölkerung einer Region, in Branchen und Berufen, findet nicht statt. Ein derartiges Berichtswesen müßte in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungen, vor allem den gesetzlichen Krankenversicherungen, entwickelt werden. Das Berichtswesen hätte Verfahren der Epidemiologie einzusetzen und mehr als nur naturwissenschaftliche Parameter zu erheben. Nur so »könnten berufsbedingte Erkrankungen« (S. 174) fortlaufend erkannt werden und entsprechend könnten dann arbeitsplatzbezogene und personengruppenbezogene präventive Maßnahmen getroffen werden.

In der Bundesrepublik besteht kein Institut für arbeitsmedizinische Epidemiologie.[5] Theoriebildung und Methodenerprobung sowie Ausbildung von Fachkräften finden in der Bundesrepublik in dem Maße, wie es für eine ständige Beobachtung der Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung der Erwerbsbevölkerung in Abhängigkeit von der ökonomisch/technologischen Entwicklung notwendig wäre, nicht statt. Statt dessen wird in der Denkschrift auf S. 13 eine Abgrenzung gegenüber der Sozialmedizin und der Hygiene vorgenommen, ausgerechnet jenen Disziplinen, welche Theorien, Methoden und Praktiken entwickelt und erprobt haben zur Erforschung und Beherrschung von Seuchen und Volkskrankheiten in großen Populationen. Ihre Erfolge beruhen gerade darauf, daß sie nicht am Einzelfall (Arzt/Patient), sondern an Strukturen und Gruppen angesetzt haben (Sozialhygienische Tradition).

4. Fazit

Die Denkschrift spiegelt den wenig problemorientierten, auf ängstliche Abgrenzung zu anderen Fachgebieten orientierten Ansatz der etablierten Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik wider.

So bleibt die in der Denkschrift angekündigte, konsequente Bilanzierung der Lage der Arbeitsmedizin nach den in der Denkschrift selbst formulierten Kriterien und Postulaten aus: über primäre Prävention (S. 175), Mehrfachbelastungen

(S. 177), ständige Beobachtung der technologischen Entwicklung und des Krankheitsgeschehens im Sinne berufsbedingter Erkrankungen (S. 174), Langzeituntersuchungen (S. 176), wird nichts berichtet. Gerade jene Probleme also, die heute zum Gegenstandsbereich der Arbeitsmedizin gehören, werden zwar erwähnt, aber nicht diskutiert. Vielmehr überwiegt die Scheinstrategie: Problemlösung durch Nichtbefassung.

Bei dieser Problemsicht ist es verständlich, daß die Arbeitsmedizin immer noch ein Randdasein führt, wenn es z.B. um die Forschung zur Humanisierung der Arbeit geht. Hier wäre in der Tat ein wichtiges Wirkungsfeld auch zum Beispiel für die traditionelle Toxikologie. Die Abstinenz und Fachborniertheit der traditionellen Arbeitsmedizin führt schließlich dazu, daß Vertreter anderer Fachrichtungen sich mühevoll und unvollkommen Wissen aneignen müssen, das die Arbeitsmedizin bereitstellen könnte, um effizienter die drängenden Probleme im Bereich von Gesundheit und Arbeit zu erkennen und schließlich lösen zu können. Die Flucht der etablierten Arbeitsmedizin in dem Elfenbeinturm einer falsch verstandenen Neutralität nützt niemandem. Am wenigsten den Beschäftigten in den Betrieben.

Anmerkungen:

1 Deutsche Forschungsgemeinschaft: Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland, verfaßt von J. Rutenfranz, H. Luczak, G. Lehnert, W. Rohmert, D. Szadkowski, Harald Boldt Verlag, Boppard 1980

2 Stebani, J., Spitzley, H., Rosenbrock, R., Ochs, P., Hildebrandt, E., Abholz, H. - H.: Ergonomie statt Arbeitswissenschaft; über die möglichen Folgen einer Denkschrift der DFG »Zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie«, II VG, reprints, Wissenschaftszentrum Berlin, August 1980, abgedruckt in: Frankfurter Rundschau v. 15.9.1980: »Vom engen und vom weiten Begriff der Arbeitswissenschaft«, erscheint in: Soziale Welt, Heft 3/1981
Stellungnahme des Arbeitsausschusses für Arbeitsstudien (AfA) zur Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und Ergonomie, in: afa-informationen, herausgegeben vom Deutschen Gewerkschaftsbund, 5/80, S. 3-8,
Schweres, M.: »Vom engen und weiten Begriff der Arbeitswissenschaft« in: ebenda, S. 8-10,
Stellungnahme der Sektion Industrie- und Betriebssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie vom 27.11.1980, Institut für Soziologie der RWTH, Kopernikusstr.16, 51 Aachen.

3 Rutenfranz, J.: Berufsethische Richtlinien für Arbeitsmediziner, in:

Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, April 1980, S. 73

4 Es wird bewußt dieses in der traditionellen Arbeitsmedizin unter dem Stichwort Toxikologie abgehandelte Gebiet gewählt, um zu zeigen, daß auch in den klassischen Fragen stofflicher Gefahren eine neue Herangehensweise gefordert wird, welche die Naturwissenschaften aus ihrer individualmedizinischen Begrenztheit und Befangenheit in den Labors befreit.

5 Der Begriff Epidemiologie wird in der Denkschrift unpräzis benutzt. Die Epidemiologie ist die Lehre von den epidemieartig auftretenden Krankheiten. Epidemiologische Forschung ist an zwei methodische Voraussetzungen gebunden: Die Untersuchungen sind nur im Feld durchzuführen, wegen der großen Zahl der zu untersuchenden Probanden und der erhobenen Merkmale werden statistische Methoden erforderlich. Inwieweit die Meßinstrumente zur Erfassung der relevanten Parameter jedoch naturwissenschaftliche oder sozialwissenschaftliche sind, ist mit dem Begriff der Epidemiologie nicht festgelegt. Insofern ist die Epidemiologie sowohl einem naturwissenschaftlichen als auch einem sozialwissenschaftlichen Ansatz zuzurechnen.

Roland Schäfer

Medizin, Macht und Körper

Überlegungen zu Foucault

Die verschiedenen Tendenzen der Medizin-Kritik, die in den letzten Jahren in der allgemeinen Öffentlichkeit und von der Linken geäußert wurden, sind nur schwer unter einen Hut zu bringen. Sinnvolle Teilansätze verbinden sich oft mit defizitärer Einäugigkeit im Ganzen. Insgesamt hat sich offensichtlich das Bedürfnis vergrößert, nicht nur die krankmachende Gesellschaft zu entschleiern, sondern auch die inhaltliche Arbeit der Medizin als Wissenschaft und Praxis mit in die Analyse einzubeziehen. So wurde z.B. die Einseitigkeit der Schul-Medizin durch eine kritische Konfrontation mit Ergebnissen der *Arbeitsmedizin* und der *Psychosomatik* aufgewiesen. Der Herrschaftscharakter der Medizin wurde hauptsächlich am Beispiel der *Psychiatrie* entschlüsselt, was andererseits zu einer gewissen Präferenz kritischer Mediziner für sozialpsychiatrische Aktivitäten führte. In den letzten Jahren haben nun zwei neue gesellschaftliche Bewegungen zu einer Erweiterung des Kritik-Horizontes beigetragen, ohne daß allerdings die oben

genannten drei Bereiche an Aktualität verloren hätten:

- Die Frauen-Bewegung richtet sich nicht zuletzt gegen die Dominanz der männlichen Ärzte-Experten. Ihnen wird vorgeworfen, unter dem Mantel der sterilen Wissenschaftlichkeit zugleich Macht-Streben und Sadismus mitzutransportieren.
- Die ökologische Bewegung hat in weiteren Bevölkerungskreisen Widerstand mobilisiert gegen eine Zerstörung der Natur-Basis unserer Zivilisation. Dazu gehört auch die Frage nach den Grenzen des wissenschaftlich-technischen Fortschritts, die Frage nach den Folgen der gesellschaftlichen »Behandlung« unserer Körper. Die inhaltliche Tendenz der Medizin-Kritik hat sich auf der Grundlage unterschiedlicher methodischer Ansätze weiter spezifiziert:
- Medizinsoziologische Ansätze haben vor allem die Bedeutung der Institutionen gewürdigt und in ihnen »strukturelle Inhumanität« nachgewiesen. (Vgl. z.B. Rohde 1973, S. 13 ff)
- Ärzte, aber auch gebildete Laien, prangerten die mangelnde Wirksamkeit oder gar erwiesene Schädlichkeit bestimmter therapeutisch-diagnostischer Methoden an. (Vgl. z.B. Hackethal 1979)
- Systemtheoretisch orientierte Autoren analysierten die Effizienz des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems und schlugen eingreifende Reformen vor allem im Bereich der Ambulanz und Prävention vor. (Vgl. WSI-Studie 1971 und neuerdings Berger u.a. 1978)
- Die inhaltlich radikalste Kritik trugen bisher Illich und seine Anhänger vor, indem sie die gesellschaftliche Wirkung der modernen Medizin insgesamt als »kulturelle Iatrogenesis« bestimmten. (Vgl. Illich 1977)
- Weiterhin hat es, gerade auch im *Argument* immer wieder Versuche gegeben, im Anschluß an den Marburger Kongreß die Funktion der Medizin im Kapitalismus zu bestimmen. Neben vielen Detail-Untersuchungen haben insbesondere Ripke (1970) und Wulff (1971) die systematische Vermittlung kapitalistischer Gesellschaft und medizinischer Arbeit aufzuweisen versucht.

Zwei Gefahren haben immer für die kapitalismuskritischen Medizin-Analysen bestanden: a) Man reduziert die Medizin auf ihre bloße Reparatur-Funktion für die Ware Arbeitskraft und vernachlässigt damit die Fülle der kulturell-sozialen Wirkungen. b) Man spielt lediglich die mangelhafte Ausnutzung des technisch-wissenschaftlichen »Fortschritts« gegen die repressiven Bedingungen kapitalistischer Produktionsverhältnisse

aus. Die Medizin im Sozialismus erscheint in dieser Perspektive dann entweder als perfektionierte Intensiv-Station oder als ein reglementiertes Paradies totaler Prävention. Viel zu wenig wurde in der kapitalismuskritischen Medizin-Analyse die Frage verfolgt, wie sich innerhalb der technisch-naturalen Funktion der Medizin Herrschaftsmechanismen allgemeiner Art verbergen.

Ausgangspunkt für eine solche Analyse könnten folgende Fragen sein: Was geschieht überhaupt mit dem Körper in der Medizin? Welches Körper-Bild braucht und fördert die Medizin? Wie wirkt sich das in unserer »Körper-Kultur« aus? Einen theoretischen Hintergrund zur Erklärung dieses durch die bürgerliche Gesellschaft veränderten Umgangs mit dem Körper bietet Michel Foucault. Sein Forschungs-Ansatz insgesamt könnte Anreiz geben, die heterogenen Kritik-Ansätze zu vergleichen und evtl. Spezial-Studien daraus abzuleiten. Methodisch müßte es darum gehen, quasi den »heimlichen Lehrplan« der Medizin als Praxis zu entschlüsseln. Die gesellschaftliche Kontrolle über die Körper sollte von daher nicht länger auf der schalen Ebene des Humanismus oder des technischen Fortschritts diskutiert werden. Stattdessen sollte man danach fragen, welche positiven Macht-Wirkungen hinterläßt die Medizin auf der Ebene unserer Wünsche und welche Alternativen dazu lassen sich denken. (Macht-Wünsche gibt es bei Tätern wie bei Opfern. Vgl. den Wunsch nach der »natürlichen Geburt« im Kopf und im Bauch ... Zwei Welten? - Referiert von Kentenich 1981)

Foucault - Der Archäologe des Wissens und der Macht

Die Arbeit an den Monumenten

Um den speziellen Beitrag würdigen zu können, den Foucault für eine Analyse der sozialen Funktion der Medizin beigesteuert hat, muß kursorisch auf einige allgemeine Aspekte seines Werkes eingegangen werden. Foucault ist zunächst als französischer Autor zu lesen, d.h. auf dem Hintergrund der Geschichte von Politik und Theorie in Fankreich (vgl. die instruktive Einleitung und die Fragen an Foucault bei Burger et al. 1978). Foucault ist von Beginn an ein Mann der politischen Linken, allerdings stets in Absetzung zum Marxismus (der KPF).

Nach dem Mai 1968 werden Foucaults Analysen klarer und quasi materialistischer. Sie spitzen sich immer mehr auf die

Fragestellung zu: Wie sind Wissen und Macht miteinander verknüpft? Durch seine »Archäologie des Wissens« will Foucault die Fundamente des gesellschaftlichen Wissens (z.B. in der Biologie, Pädagogik) freilegen oder untergraben, indem er zeigt, nach welchen Regeln dieses Wissen organisiert ist und inwiefern es selbst zur Basis und zum Teil gesellschaftlicher Macht geworden ist. An dieser Stelle könnte man durchaus von einem Berührungspunkt zwischen Foucaults Ansätzen und den neuen Problemstellungen des Argument Projekts Ideologie-Theorie (PIT) sprechen. Parallelen bestehen in der Suche nach den konkreten Formen der Massen-Integration und der ideellen Vergesellschaftung von oben. Auch Foucault will die Grau-Zonen zwischen Politik und Ökonomie untersuchen, also jene Bereiche, in denen die »ideologischen Mächte« (vgl. PIT 1979, Kapitel 1) real wirken, aber immer in einer spezifischen Kombination von Wissen und Macht. Foucault distanziert sich eindeutig von allen simplen Repressions- und Manipulations-Theorien. Die mehr systembezogenen Fragen des Projekt Ideologie-Theorie nach dem Primat der Ökonomie etc. sind für Foucault weniger interessant als die Frage, wie funktioniert diese real-ideologische Macht im Detail, welche Verfahrensweisen, welche Wissensformen des Alltags kennzeichnen sie. Es muß deutlich gesagt werden, daß die interessantesten Forschungen Foucaults nur *gegen* einen ökonomischen Reduktionismus formuliert werden konnten, der damals die Mehrzahl französischer Marxisten bestimmte. (vgl. Foucault 1978, Dispositive ... S. 21 ff)

Foucault: »... psychiatrische Internierung, geistige Normalisierung der Individuen, Strafinstitutionen sind wahrscheinlich von ziemlich begrenzter Bedeutung, wenn man nur ihr ökonomisches Gewicht in Betracht zieht. Dagegen sind sie für das allgemeine Funktionieren des Räderwerks der Macht zweifellos wesentlich.« (Dispositive, S. 31)

Antipode der Position Foucaults ist ein naives Anti-Repressions-Denken, dem die Macht nur als das versagende Böse erscheint, das Unterdrückte (z.B. Sexualität, proletarische Subjektivität, der Patient etc.) dagegen nur als irregeleitetes Opfer. Dagegen setzt Foucault - politisch und selbstkritisch -, daß *sämtliche* Wissens- und Arbeitsformen in der bürgerlichen Gesellschaft ihre funktionale Neutralität verloren haben. Die Macht als produktives Netz durchziehe den gesamten sozialen Körper und produziere ihre Wirkungen, so daß wir alle - sicher an unterschiedlichen Orten! - »eingeschlossen in das Räder-

werk der panoptischen Maschine, das wir selber in Gang halten - jeder ein Rädchen« (Überwachen und Strafen, S. 279) sind. (Vgl. zur Notwendigkeit der Selbstkritik von Kopfarbeitern Basaglia u.a. 1980)

Das historische Verhältnis von Wissen und Macht hat Foucault sehr materialreich dargestellt:

- In »Wahnsinn und Gesellschaft« (1977) am Beispiel der Psychiatrie;
- in »Die Ordnung der Dinge« (1978);
- an den inneren Regeln unterschiedlicher Wissenssparten (Ökonomie, Biologie, Philologie).
- In der »Archäologie des Wissens« (1973) formuliert Foucault, nach dem Mai 68, sein methodologisches Programm, das er später am Beispiel des Gefängnisses (»Überwachen und Strafen«) und der Sexualität (»Sexualität und Wahrheit«) erneut aufgreifen wird.

Klinik und Disziplin

Im Folgenden sollen einige Grundthesen Foucaults, die mir für das Problem der sozialen Kontrolle durch Medizin relevant scheinen, dargestellt werden. Ich versuche dabei Thesen aus der »Geburt der Klinik« (1973) und aus »Überwachen und Strafen« (1977) miteinander zu kombinieren. In beiden Werken versucht Foucault, die Wissenschaften, die Institutionen und die sozialen Probleme in der entstehenden bürgerlichen Gesellschaft als *einen* Prozeß darzustellen. Das Neue, das in der Zeit um 1800 zum Durchbruch kommt, scheint für Foucault nicht - quasi organisch - nur als Fortschritt aus dem Alten herauszuwachsen, sondern es transformiere plötzlich und diskontinuierlich die Fundamente der gesellschaftlichen Macht. So entsteht das Gefängnis und es verwandeln sich die überlieferten Strategien der Marter in ein wohl ausgeklügeltes System individualisierter Strafen. Auch die neue Medizin, die sich um 1790 besonders in Paris, später auch im habsburgischen Österreich, herausbildet, bedeute nicht einfach nur den Rückgriff auf die unverstellte Kraft der »klinischen« Erfahrung, sondern eine völlige Neuordnung der Episteme, eine neue Kombination von Wissen und Macht über den Körper.

Man lese dazu im Vergleich die gleichsam gemütliche Schilderung der ach so alten Geschichte der Medizin, wie sie in klassischen Lehrbüchern (»von der Steinzeit-Medizin bis zum modernen Labor«) dargestellt wird. Nach Fischer-Homberger

(1975) soll z.B. schon im 18. Jahrhundert eine »Annäherung von Handwerk bzw. Chirurgie und Wissenschaft bzw. Medizin ... für ganz Europa typisch« (S.76) geworden sein, obwohl andererseits diese Chirurgisierung der Inneren Medizin erst in der Pariser Schule »vehement durchdrang« (S.86). Der arglose Medizin-Student heute, der von solchen Werken für die eigene Historie sozialisiert wird, erhält somit nur ein Bild von zufälligen Verknüpfungen genialer Erfindungen. Die fundamentale Machtverschiebung zugunsten der klinisch-wissenschaftlichen Kontrolle über die Körper kommt dabei nicht in den Blick. Eine Rechtfertigung für diese historische Gleichmacherei bietet Ackerknecht: »Die meisten Probleme waren die gleichen.« (1979, S.1)

Um diese Geschichte der angeblichen Kontinuitäten zu sprengen, konzentriert sich Foucault im wesentlichen auf das Material, welches sonst unter dem Titel »Pariser Schule« (Fischer-Homberger, 6 Seiten) oder die »Klinischen Schulen der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts« (Ackerknecht, 10 Seiten) vergleichsweise kurz abgehandelt wird. Foucaults Vorgehen ließe sich schon aus den Fragen legitimieren, die nach anderer Lektüre offen bleiben. Z.B.:

»Das Ideal der großen Zahlen und das Ideal einer der Gesamtheit der Bevölkerung dienenden Medizin haben ihrerseits wieder das Institut des Spitals genährt. Das Spital wurde nun zum deklarierten Zentrum, zum Marktplatz der Medizin, was es bis in unser Jahrhundert hinein geblieben ist - im Spital bezog 'der Kranke' standesunabhängig die verfügbare medizinische Hilfe, im Spital erwarb sich der Mediziner seine Ausbildung für die Praxis.« (Fischer-Homberger 1975, S.83)

Woher kommen diese Ideale? Warum soll eine Medizin für das Volk sich gerade im Spital entfalten, das doch damals eine der Haupt-Todesursachen ist? Ging es in der Medizin wirklich primär um Hilfe? War sie so vollkommen standesunabhängig? Etwas systematischer geht da schon Ackerknecht vor, indem er wenigstens eine gewisse Periodisierung versucht:

»Die mittelalterliche Medizin hatte sich auf die Bibliotheken konzentriert. Während der folgenden drei Jahrhunderte hatte sie sich wie im klassischen Altertum auf das einzelne Krankenbett gerichtet. Doch im 19. Jahrhundert fand sie ihren Mittelpunkt in den Krankenhäusern.« (1979, S.128)

Die Ursachen, Bedingungen und Folgen dieser Umstrukturierung bleiben aber auch bei Ackerknecht im Dunkeln. Wenn man dann noch hinzusetzt, daß - nach Ackerknecht - der eigentliche therapeutische Fortschritt in der Medizin erst 50 Jahre später durch naturwissenschaftliche Erfindungen und Ent-

deckungen (z.B. in der Bakteriologie, bei der Narkose) zustande kommt, stellt sich die Frage, warum dann schon seit ca. 1800 mit solcher Vehemenz die Etablierung der Klinik betrieben wurde? Und zwar im spät-feudalen Wien genauso wie im bürgerlichen Paris. Eine globale Antwort darauf gibt Foucault in »Überwachen und Strafen«:

»Wenn die ökonomische Ausbeutung die Arbeitskraft vom Produkt trennt, so können wir sagen, daß der Disziplinarzwang eine gesteigerte Tauglichkeit und eine vertiefte Unterwerfung im Körper miteinander verkettet.« (S.177)

In dieser geschichtlichen Transformationsperiode, dem Übergang vom Feudalismus zum Kapitalismus, wird das Spital hervorgebracht als eine neue *Institution der Disziplin*. Es ist bemerkenswert, daß die ersten »vorbildlichen Krankenhäuser« schon im Absolutismus nicht aus den Armuts-Herbergen der großen Städte entstehen, sondern gerade im Bereich der Militär- und Marine-Hospitäler. Am Beispiel des Hafen-Spitals von Rochefort stellt Foucault diesen geschichtlichen Prozeß dar:

»Das Hafenspital muß ... nicht nur heilen, sondern auch filtern, festsetzen und aufgliedern. ... Die medizinische Überwachung der Krankheiten und der Ansteckungen geht Hand in Hand mit anderen Kontrollen: mit der militärischen Kontrolle der Deserteure, mit der fiskalischen Kontrolle der Waren, mit der administrativen Kontrolle der Heilmittel, der Verpflegung, der Abwesenheiten, der Heilungen, der Todesfälle, der Verstellungen. Daher die Notwendigkeit, den Raum rigoros zu gliedern und abzuschließen. ... Die Einrichtungen der Steuer- und Wirtschaftsüberwachung gehen den Techniken der Krankenüberwachung voraus. ... Allmählich verfeinert sich ein administrativer und politischer Raum zu einem therapeutischen Raum, der die Körper, die Krankheiten, die Symptome, die Leben und die Tode zu individualisieren sucht. ...« (Überwachen und Strafen, S.185)

Die »Archäologie des ärztlichen Blicks« stellt diese Herausbildung der klinischen Verknüpfung von Wissen und Macht nun im einzelnen, auch unter ideengeschichtlichem Aspekt, dar. Die Geburt der klinischen Medizin im revolutionären Frankreich, zwischen 1770 und 1820, steht dabei für Foucault immer auch im Kontext politischer Kontroversen. Die hergebrachte »Medizin der Arten«, die Krankheit noch verstand als eigene Substanz ohne organisches Korrelat, hatte zunächst nur das Ziel, unendliche Tableaus von Krankheiten und ihren jeweiligen Unterarten zu finden. In anderen Wissenschaftsbereichen (vgl. »Die Ordnung der Dinge«) entspräche dem die botanisierende Naturgeschichte eines Linné oder der klassische

Früh-Liberalismus in der Ökonomie von Adam Smith. Nach dieser Sicht können Therapie oder gar klinische Internierung dem Wesen der Krankheit widersprechen. Von daher plädierte man für eine staatsfreie Medizin, die den Kranken stets im natürlichen Milieu der Familie belassen soll. - Andererseits gibt es, auch schon vor 1789, Versuche, quasi sozial-medizinisch die sozialen Ursachen von Krankheiten (Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse) zu überwachen und mit Hilfe des Staates zu transformieren. Medicin-Policey und königliche Medicin-Gesellschaften koppeln hier erstmals das Interesse des Staates mit dem Zustand der verkollektivierten Körper.

Der gleiche Widerspruch (Liberalismus oder Staats-Kontrolle) setzt sich dann nach Foucault in den Diskursen der revolutionären Mediziner von 1789 fort. Zunächst richtet sich der Protest politisch gegen das verrottete Pariser Spital-Systen, man fordert die Abschaffung der Kliniken und der medizinischen Fakultäten. Krankheit und Gesundheit sollen ganz dem freien Spiel der »Gleichen« überlassen bleiben. Andererseits muß unter der Norm der völligen Verhinderung von Krankheit bei gleichzeitigem materiellem Elend der gesellschaftliche Raum und auch die Ausbildung der Ärzte einer umfassenden Kontrolle unterzogen werden. Foucault sieht diese beiden Stränge im Diskurs in ihrer Gemeinsamkeit, nämlich einer *Medizinisierung gesellschaftlicher Probleme*. Er entziffert darin zwei große Mythen,

»... den Mythos eines nationalisierten ärztlichen Berufsstandes, der in der Art des Klerus organisiert ist und auf der Ebene der Gesundheit und des Körpers mit ähnlichen Vollmachten ausgestattet ist wie jener im Hinblick auf die Seelen; und dann den Mythos eines vollständigen Verschwindens der Krankheit in einer Gesellschaft, die zu ihrem hellen Ursprung zurückgefunden hat und ohne Wirren und Leidenschaften lebt.« (Geburt der Klinik, S.48)

Dieser Grundwiderspruch, mit dem Ziel einer totalen Prophylaxe größtmögliche Freiheit (nämlich von der Natur!) herstellen zu wollen, und dabei de facto in der rigidesten sozialen Kontrolle zu landen, zeigt sich nun m.E. auch bei den deutschen revolutionären Sozialmedizinern. So sprach sich z.B. Virchow als echter Liberaler zeitlebens *für* eine Abschaffung des Kurpfuscherverbots aus, andererseits formulierte er fachborniert: ... »Politik ist weiter nichts als Medizin im großen.: (Zit. nach Deppe/Regus 1975, S.176; hier wird der progressive und gesellschaftskritische Aspekt der Lehre Virchows gut dokumentiert.)

Im Augenblick, in dem die Idee der Gleichheit und der Frei-

heit staatlich in die Tat umgesetzt werden soll, schlägt der radikale Liberalismus nach Meinung Foucaults um in Despotie. Die Schreckensherrschaft der Jakobiner findet ihr Symbol in der Guillotine, der Erfindung eines Arztes. Einsetzende Fürsorgemaßnahmen für die verelendeten Massen verlangten die genaueste Kontrolle, u.a. mit Hilfe der Ärzte, die erst genau klassifizieren müssen, was als Abweichung von der Norm auch unterstützungsbedürftig ist. Hier beginnt m.E. die Linie, die heute in der ambivalenten Funktion der ärztlichen Krankschreibung sich ausdrückt: Schutz vor den Destruktionen des Alltags und Vorbereitung auf sie.

Der endgültige Durchbruch der neuen, klinischen Medizin konnte sich in der Revolutionszeit noch nicht vollziehen, da die Klinik als halb-totale Institution im Widerspruch zur bürgerlichen Freiheit steht. Wohl aber werden in neuen Gesetzen die Grundlagen gelegt, um in der bürgerlichen Gesellschaft den Ärzte-Stand als »privilegierten Korpus der Überwachung« einzusetzen. Den historischen Machtzuwachs der Medizin hat neuerdings Attali (1981) im Anschluß an Foucault analysiert: Die Ärzte übernehmen nach 1800 die Rollen von Priestern und Polizisten. »Der Beichtstuhl und die Folterkammer verschmelzen zum medizinischen Untersuchungszimmer...« (S.161)

Der eigentliche Umbruch, die positive Neusetzung der Klinik ist nach Foucault in dem Moment gegeben, wo die Klinik zu dem *einzig* entscheidenden Ort medizinischen Wissens und Handelns gemacht wird. Zwar wurde schon seit 1658, zuerst in Holland, die Klinik auch zur Lehrstätte gemacht. Diese alte Klinik konzentrierte aber lediglich das schon bekannte Wissen und führte es als »nosologisches Theater« didaktisch auf. Erst als nach 1793 die gesamte Medizin total um die Klinik herum organisiert wird, erhält diese auch primäre Entdeckerfunktion: »Aus einer Form des Lehrens und Sagens wird eine Methode des Lernens und Sehens.« (Geburt der Klinik, S.79) Diese widersprüchliche »Rückkehr« zur Klinik schafft damit nach Foucault eine »neue Disposition der Gegenstände des Wissens. In diesem Bereich lehrt sich die Wahrheit von selbst - und zwar in gleicher Weise dem Blick des erfahrenen Beobachters wie dem des noch naiven Lehrlings; für den einen wie für den anderen gibt es nur eine Sprache: die Sprache des Spitals, in dem die geordnete Vielfalt der untersuchten Kranken selber die Schule ist.« (Geburt der Klinik, S.84f.)

Die neue Klinik sei dabei nicht nur eine ganz neue Sichtweise, mit veränderten Wahrnehmungs-Codes und einer esoteri-

schen Sprache, sie basiere von Anfang an auf realer gesellschaftlicher Ungleichheit. Im Gegensatz zur verschleiernden Rede vom standesunabhängigen Spital (vgl. Fischer-Homberger, oben) muß Foucault auch für sein Klinik-Buch von 1963 zugute gehalten werden, daß er »jene Elemente nicht ausklammert, die sich in einer Theorie der gesellschaftlichen Klassen verwenden lassen.« (Kremer-Marietti 1976, S.163) Da nämlich in der Anfangszeit der neuen Klinik das Gesundheits-Risiko dort keineswegs geringer wurde, konnte das Interesse der Reichen nur in dem potentiellen Erfolg der dort gebildeten medizinischen Wissenschaft liegen. So kommt es zu dem »Vertrag, den Reichtum und Armut in der Organisation der klinischen Erfahrung eingehen.« (Geburt der Klinik, S.100) Während die Armen ihren Körper geben und dafür Brot erhalten, bekommen die Reichen den medizinischen Fortschritt in Gestalt der ärztlichen Kompetenz zu spüren. So speist sich das empirische Material der neuen medizinischen Spezialdisziplinen des 19. Jahrhunderts zumeist aus den verelendeten unteren Sozialschichten. Von daher gewann der kompetente Blick des Arztes »als Investitionsobjekt seinen Platz in den geschäftlichen Kalkülen einer liberalen Welt...« (Klinik, S.101) Wie aktuell!

Dieser Blick des klinischen Arztes ist nun nach Foucault ein ganz anderer als der des Hippokrates:

- Er ist von einer mächtigen Institution geschützt und legitimiert.
- Er ordnet die erscheinenden Symptome nicht in ein fertiges Raster, sondern lauert gerade den Abweichungen systematisch auf.
- Er ist kalkulierend; er erspäht mit Tiefenschärfe das, was er sucht und behandeln will. (Vgl. Geburt der Klinik, S. 104)

Krankheit fällt jetzt vollständig mit ihren Symptomen und den Zeichen ihres Verlaufs zusammen. Sie ist keine eigene Wesenheit mehr, sondern reduziert sich voll auf das pathologische Organ bzw. das zerstörte Gewebe. Die Klinik erscheint jetzt gerade als Garant dafür, daß die wahre Krankheit rein erscheint. Äußere Faktoren des familiären Milieus sind ausgeschlossen. Der Blick des Arztes kann frei schweifen. Alles, was hier sichtbar ist, ist auch sagbar in der medizinischen Sprache; (d.h. auch, was hier nicht sichtbar ist, ist medizinisch nicht existent). Die Klinik mit ihrer hohen Fallzahl garantiert auch eine gewisse Serialität der die medizinische Gewißheit erhöhenden Daten. Die Sichtbarkeit des medizinischen Feldes nimmt quasi eine »statistische Struktur« (Geburt der Klinik, S. 117) an.

Schon im 18. Jahrhundert waren dazu die Vorarbeiten gelegt worden durch die Entwicklung neuer Dokumentationsmethoden in den Spitälern:

»Zu den grundlegenden Bedingungen einer guten medizinischen 'Disziplin' in beiden Bedeutungen des Wortes gehören die Aufzeichnungsverfahren, welche die individuellen Daten lückenlos in Speichersysteme einbringen, ...« (Überwachen, S. 245)

Dieser Eingang von Dossiers, Anamnesen usw. in die erste empirische Wissenschaft vom Menschen bildete zugleich den Garanten ihres wissenschaftlichen Fortschrittes und schaffte auch ein fixiertes Machtverhältnis zwischen dem Wissen und seinem Gegenstand. Foucault spitzt diese Ambivalenz noch zu:

»Die Geburt der Wissenschaften vom Menschen hat sich wohl in jenen ruhmlosen Archiven zugetragen, in denen das moderne System der Zwänge gegen den Körper, die Gesten, die Verhaltensweisen erarbeitet worden ist.« (Überwachen, S. 246)

Der neue medizinische Blick, der Krankheit als wahre erst laborмäßig hervorbringt, gerät nun historisch zunächst noch in Widerspruch zur pathologischen Anatomie. Der Künder der neuen Wahrheit in Frankreich, Bichat, mußte sich mit seiner Hochschätzung der Leichen-Öffnung erst gegen die Kliniker durchsetzen.

Am Ende dieser kontroversen Diskurse kommt es dann zu jener spezifischen Synthese von Klinik und pathologischer Anatomie, die bis heute ein gut Teil medizinischen Denkens charakterisiert. Krankheit wird ausschließlich zur pathologischen Organreaktion erklärt. Die Organmedizin sei Ergebnis dieses widersprüchlichen »Verräumlichungsprozesses«. Aus der Nachträglichkeit des Todes kann jetzt die Wahrheit der Krankheit und des Lebendigen konstruiert werden. Damit habe der medizinische Blick, angereichert durch das projektive Wissen vom Toten, endgültig seine Naivität verloren. Die erkennende Sinnlichkeit des Arztes wird genau in diese Richtung moduliert. In der Pariser Schule verbanden sich das Stethoskop, die »materialisierte Distanz« (Klinik, S. 177) zum Körper des Patienten und der Flächen umkreisende Tiefen-Blick, der ins Innere sieht. Auch heute noch muß diese Fähigkeit nach Innen zu sehen von jedem neuen Medizin-Studenten als »Belastungsprobe der psychischen Leistung« im Anatomie-Lehrsaal erworben werden. (Vgl. dazu Schneider 1979, S. 129 ff.) Durch die Verräumlichung veränderte sich auch die diagnostische Grammatik von der al-

ten Frage »Was haben Sie?« hin zu dem lokalisierenden »Wo tut es Ihnen weh?«. (Foucault, Klinik, S. 16)

Neben dieser innerklinischen Neuerung deutete sich durch den Erkenntnisfortschritt des Leichen-Öffnens eine veränderte, soziale Lösung des Todes-Problems an. Dadurch, daß der Tod in der Diagnostik nicht nur das schlechthin Negative, das bloße Ende von Leben und Krankheit, darstellt, werde er zumindest innerhalb der medizinischen Erkenntnis positiv integriert. Bichat habe damit die Medizin von der Todesfurcht befreit, indem der Tod zum »Spiegel« wird, »in dem das Wissen das Leben betrachtet.« (Klinik, S. 160)

Die medizinische Sprache mußte sich nun ganz neu konzentrieren auf die Verarbeitung dieses Sehens, Hörens, Berührens. Es bildet sich die Wahrnehmungs- und Wissens-Struktur einer »unsichtbaren Sichtbarkeit« (Klinik, S. 179).Das am oder im Körper *nicht* Sichtbare wird von den ersten Klinikern sogar eine Zeit lang bewußt ausgeschlossen. Wieder müssen die neuen Entdeckungen des Mikroskops, der Chemie und bald der Pasteurschen Biologie erst *gegen* die klinisch-anatomische Medizin sich durchsetzen.

Entscheidend für die klinische Wende der Medizin um 1800 ist also nicht das Ausspielen der reinen Erfahrung gegen die graue Theorie, sondern gerade eine theoretische Umstukturierung des Wissens über die Körper. Die erste Wissenschaft vom Individuum bedurfte des Spitals als Zentrum und des Todes als Maßstab des Lebens.

»Weil der Tod in die medizinische Erfahrung epistemologisch integriert worden ist, konnte sich die Krankheit von ihrem Status als Gegen-Natur befreien und sich im lebenden Körper der Individuen verkörpern. Es ist von entscheidender und bleibender Bedeutung für unsere Kultur, daß ihr erster wissenschaftlicher Diskurs über das Individuum seinen Weg über den Tod nehmen mußte.« (Klinik, S. 207)

Körper und Diskurse

Nun könnte man diese Beschreibung der neuen klinischen Medizin durch Foucault kurzerhand als lediglich historisch und damit heute uninteressant abqualifizieren. Foucault selbst gibt ja zu, daß die Transformationen, die er im Klinik-Buch beschreibt, durch die systematische Einbeziehung des Labors und die Integration der biochemischen Grundlagenwissenschaften sich spezifiziert haben. Die Entdeckung Pasteurs, daß der »im Spital von Bett zu Bett gehende Arzt« »einer der

Hauptgefahrenherde der Ansteckung« darstellte, fügte den Medizinern zunächst eine »enorme narzißtische Wunde« zu. (Foucault, Vorlesung 1973/74, in: Kremer-Marietti, S. 222) Als Konsequenz ergab sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts:

»So wurden der Mediziner und das Hospital aseptisch und dadurch in einen neuen Stand der Unschuld versetzt, und seitdem werden ihnen in der Vorstellung der Menschen eine ganz neue Macht und ein neuer Rang zugeschrieben. Aber das ist eine andere Geschichte.« (ebd.)

Die wichtigere Frage aber scheint mir gerade, welche von den rein sozialen Funktionen und Macht-Mechanismen, die die neue Klinik seit etwa 1800 entwickelt hatte, haben sich heute noch erhalten. Möglicherweise könnte eine neue narzißtische Kränkung der Medizin gerade im Aufweis ihrer ambivalenten psycho-sozialen Funktion liegen. (Vgl. dazu Illich, 1977, S. 150 ff.) Zwar läßt sich heute, gemessen an epochalen therapeutischen Erfolgen, von einem »Zerfall der Klinik« (Polack, 1974, S. 15 ff.) sprechen, andererseits ist an ihrer quantitativen und symbolischen Ausweitung kaum zu zweifeln. Die Frage nach der sozialen Funktion der Klinik und der Medizin muß also primär nicht auf der Ebene ihrer therapeutischen Erfolge gestellt werden. (Insofern mutet der Versuch Illichs, auch noch jede ärztliche Hilfsmaßnahme ihrer Unwirksamkeit oder Schädlichkeit zu überführen, zuweilen wie ein Kampf gegen Windmühlenflügel an ...) Die Beschreibung der *tatsächlichen Wirkungen* eines Wissens ist aber genau der Ansatz Foucaults. So führt er zum Beispiel am Gefängnis aus, wie eine gesellschaftlich »nützliche« Delinquenz hier erst produziert und kontrolliert wird, jenseits aller Ansprüche von Besserung, Abschreckung oder Resozialisierung.

So bedeutete auch die endgültige Klinifizierung der Medizin eine Aufwertung ihrer gesellschaftspolitischen Macht. Gerade *vor* der Entdeckung effizienter Therapiemethoden (z.B. in der Chirurgie, bei der Eindämmung der Infektionskrankheiten) gestatteten die klinischen Methoden eine verbesserte Erfassung diffiziler Funktionsstörungen, eine wissenschaftliche Kontrolle der je individuellen Abweichung von der Norm. Die Medizin reihe sich ein in die neuen »Disziplinen«, die Foucault mit bösem Blick in »Überwachen und Strafen« (vgl. S. 173 - 294) beschreibt. Abrichtung, Überwachung und Sanktion sind die Mittel, die die Körper der Individuen als nützliche Teile im gesellschaftlichen Raum organisieren. Der Arzt mit seinem Wissen

wird in das Fürsorgesystem integriert, er bescheinigt Arbeitsfähigkeit oder Anspruch auf Armenfürsorge, stellt die Weichen, ob der Norm-Abweichende per Gefängnis oder psychiatrischer Anstalt zu bestrafen sei. Die Disziplinierung der Körper, und damit der Individuen, mit Hilfe einer »politischen Anatomie« beziehe sich auch auf die Organisation der Medizin innerhalb der Klinik. Das Spital wird selbst zum großen Prüfungsapparat. »Das Ritual der Visite ist der sichtbarste Ausdruck dafür.« (Überwachen, S. 239) In der Prüfung als Dauerzustand, von Patienten wie von Personal, überlagern sich erneut Macht- und Wissensbeziehungen, Überwachung und Sanktion. Die Macht verbirgt sich hinter der Objektivität von Hierarchien, technischen Apparaturen und unendlichen Dokumentationssystemen. Medizin als Wissenschaft und als Profession stelle in diesem Bereich die innere Ordnung erst her. An anderen Orten geschieht die Perfektionierung der Wissens-Macht durch die Disziplinen der Justiz, der Pädagogik und der Psychologie.

Was sind nun die Folgen dieser Sozialisierung der Körper durch die Klinik? Zunächst: Die Disziplin funktioniere immer nur am Detail. Die Kontrolle bezieht sich noch auf das Entlegenste, nichts ist für die Beobachtung unwichtig. (vgl. dazu z.B. Krankenhausordnungen, in denen jede moralische Normierung der Patienten immer auch medizinisch legitimiert ist.) »Aus diesen Kleinigkeiten und Kleinlichkeiten ist der Mensch des modernen Humanismus geboren worden.« (Überwachen, S. 181) Der Körper werde also individualisiert, andererseits zum Fall innerhalb von Serien gemacht. Er ist zunächst interessantes Erkenntnisobjekt für die Wissenschaft. Im staatlichen Auftrag dient seine Arbeitsfähigkeit als Maß des Funktionierens. Innerhalb der medizinischen Sprache wurden die Zeichen des Körpers, einschließlich des Todes, total sichtbar und sagbar. Der Körper erscheint nicht mehr innerhalb einer individuellen Biographie sondern quasi nur als räumliches Konstrukt einer Wissenschaft, er wird zur Maschine (vgl. Attali, 1981, S. 150 ff.) Der Triumph des Arztes in der Obduktion verwechselt nach Foucault die Beherrschung der Natur durch eine nachträgliche Namensgebung mit ihrer realen Überwindung. Krankheit wird damit ihrer sozialen Verursachung und individuellen Bedeutung entzogen, indem sie quasi positiv zum unabhängigen Subjekt *im* Körper stilisiert wird. Unser Wissen vom Körper sei dadurch bestimmt.

Das von Foucault skizzierte Apriori der Medizin (Polack, S. 15, zitiert Foucault) ist also auch zum Apriori unserer heutigen

Identität und unseres Körperbewußtseins geworden. Der Akkumulation des positiven Wissens über den Körper auf Seiten der Medizin entspricht eine zunehmende Enteignung, Unkenntnis und Verleugnung des Körpers innerhalb des Laien-Systems. Die somatische Kultur in unserer Gesellschaft varilert klassenspezifisch je nach der Nähe zum akademischen Vokabular der Medizin. Krankheitsempfindungen und Lebensgewohnheiten werden immer auch durch den so gebildeten Grad der Körperwahrnehmung bestimmt. So kommt es zu der paradoxen Spirale, daß die »Produktion medizinischer Dienste das Bedürfnis nach diesen Diensten produziert, ..., indem sie neue Krankheitsgegebenheiten schafft, sie verbreitet und die Sprache lehrt, in der sie ausgedrückt werden können, ...« (Boltanski, 1976, S. 167. Als Beispiel nennt Boltanski die Zunahme funktioneller Störungen in den oberen Sozialschichten!) Die Tatsache, daß der Körper heute zum Statussymbol und zum Objekt unzähliger Spezialisten geworden ist, findet sein Korrelat in den verbreiteten Klagen über mangelnde Gesundheitsaufklärung und risikoreiche Konsumentenhaltung bei den Patienten. Dieses Problem gilt es m.E. in seiner historischen und kulturellen Dimension überhaupt noch näher zu untersuchen. (Vgl. dazu den Bericht über ein internationales Colloquium »Mensch und Gesundheit in Geschichte und Gegenwart«, Imhof, 1979, S. 29ff.) Ein verbreitetes, sich im realen Verhalten zeigendes Desinteresse an der eigenen Gesundheit, das ja auch als Unmöglichkeit eines »richtigen Lebens im falschen« (Adorno, 1970) gedeutet werden könnte, hängt aber nicht zuletzt an der Geschlossenheit des neuen medizinischen Diskurses, der mit seiner Macht-Vermehrung durch die Klinik zugleich stringenter und hermetischer wird. Die allseitige Selbstkontrolle und die Kontrolle durch den Staat führten zu einer Sprache, die ihre eigenen Zeichen leicht mit der Gänze aller realen Dinge verwechselt.

In diesem Zusammenhang ist Foucaults methodisches Programm einer Diskursanalyse bedeutsam. (Vgl. Foucault, Die Ordnung des Diskurses, 1970 bzw. 1974) Diskurse (d.h. verbalsoziale Regel- und Austauschsysteme von Aussagen)werden nach Foucault durch drei Formen der Kontrolle oder Ausschließung formiert:

- Die äußeren Ausschließungen (Verbote, Tabus, offizielle Definitionen von Wissenschaft)
- Die inneren Ausschließungen: Hierzu zählt Foucault das Prinzip des Kommentars und des Autors als angeblichen

Garanten der Wahrheit. Dazu gehören die Disziplinen, in denen auch Irrtümer positive Funktionen übernehmen. Dadurch wird ein Außen der Wissenschaft konstruiert, das als diskursive Wahrheit nicht anerkannt wird, solange es sich nicht den »jeweiligen Regeln einer diskursiven Polizei« (Ordnung, S. 25) unterwirft. - Diese diskursive Polizei schlägt, auch in der Medizin, z.B. gerne gegen linke Gesellschaftskritiker zu. (Vgl. z.B. die Vorauskritik des Hartmannbundes am Berliner Gesundheitstag, Mai 1980)

- Die dritte Prozedur-Gruppe besteht in der systematischen Verknappung der Subjekte, denen das wahre Sprechen erlaubt wird. Dies kann geschehen durch Rituale, Qualifikationsanforderungen, eingespielte Diskurs-Gesellschaften oder schlicht durch ungleiche Verteilung der Aneignungsmöglichkeiten von Diskursen.

»Es hat den Anschein, daß die Verbote, Schranken, Schwellen und Grenzen die Aufgabe haben, das große Wuchern des Diskurses zumindest teilweise zu bändigen, seinen Reichtum seiner größten Gefahren zu entkleiden und seine Unordnung so zu organisieren, daß das Unkontrollierbarste vermieden wird; ...« (Ordnung des Diskurses, S. 34 f.)

An dieser Stelle wird deutlich, wie sehr die Angst vor der Unordnung die positiven Regeln des Wissens durchzieht. Die daraus resultierenden Bedingungen des Redens und Schreibens entscheiden schon darüber, was überhaupt gedacht werden kann. Der medizinische Diskurs übervölkert dabei m.E. nicht nur bestimmte Regionen der Sprache und der Zeichen, er setzt sich seit der Geburt der Klinik auch in den realen Räumen fest. Der »Panoptimismus«, das Prinzip Sehen ohne gesehen zu werden, ist bis ins Detail auch in die Planungen medizinischer Architektur eingegangen. Die Aufteilung des Raumes ist genau funktional für die geplante Transformation der Individuen. Die Tendenz zur Spezialisierung bei gleichzeitiger Zentralisierung der Kliniken ist immer auch eine Macht-Technik, die die Disziplin über die Körper verbessert. Computer- und Monitor-Überwachung in den Groß-Kliniken korrelieren mit einer verelendeten Wohnsituation in der eine selbsttätige Verarbeitung von Krankheit für den Normal-Bürger kaum noch möglich ist.

Machtbeziehungen in den wissenschaftlich geprägten Institutionen entziehen sich somit der bloß willentlichen Intersubjektivität. Sie sind in den Wissensformen, den Behandlungsformen und in den Räumen der Medizin immer schon gegenwärtig. (Vgl. dazu Siegrist, 1978, der die »Notwendigkeit« einer asymmetrischen Kommunikation am Beispiel der Röntgen-

diagnostik aufzeigt.) Soziale Kontrolle wird damit zum Selbstzweck. Die Disziplinen sind seit dem Ende des 18. Jahrhunderts über die »Schwelle der 'Technologie'« getreten. Spital, Schule, Fabrik sind so zu »Apparaten geworden, daß jeder Objektivierungsmechanismus darin als Subjektivierungs-/Unterwerfungsinstrument funktioniert und daß jede Machtsteigerung neue Erkenntnisse ermöglicht.« (Überwachen ..., S. 287)

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, E.H.: Geschichte der Medizin, 4. Aufl., Stuttgart 1979

Adorno, Th.W.: Minima Moralia, FfM 1970.

Attali, J.: Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin, FfM 1981.

Basaglia, F. u.a.: Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen, FfM 1980.

Berger, E./Donner, M. u.a.: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich. Eine Studien über Entstehung und Bewältigung von Krankheit im entwickelten Kapitalismus, Bd. 1/2, 2. Aufl., Wien 1978.

Boltanski, L.: Die soziale Verwendung des Körpers, in: Kamper, D./Rittner, V. (Hg.): Zur Geschichte des Körpers, München 1976.

Burger, R. u.a.: Michel Foucault und das Gefängnis, in: Kriminal-soziologische Bibliografie, Wien 1978/Jg. 5, Heft 19 - 20.

Deppe, H.-U., u.a. (Hg.): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973

Deppe, H.-U./Regus, M. (Hg.): Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte, FfM 1975.

Fischer-Homberger, E.: Geschichte der Medizin, Berlin 1975.

Foucault, M.: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München 1973.

Ders.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, FfM 1977.

Ders.: Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften, FfM 1978.

Ders.: Archäologie des Wissens, FfM 1973.

Ders.: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, FfM 1977.

Ders.: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin 1978.

Ders.: Sexualität und Wahrheit. 1. Bd.: Der Wille zum Wissen, FfM 1977.

Ders.: Macht-Wissen, in: Basaglia, F. u.a., a.a.O.

Ders.: Die Ordnung des Diskurses. Inauguralvorlesung am College de France 1970, München 1974.

Gottschalch, W.: Foucaults Denken - eine Politisierung des Urschreis?, in: Literaturmagazin 9. Der neue Irrationalismus,

Reinbek 1978.
Hackethal, J.: Das Krankenhaus, Molden 1979.
Illich, I.: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens, Reinbek 1977.
Imhof, A.E.: Mensch und Gesundheit in Geschichte und Gegenwart, in: Journal für Geschichte, Nr. 3, Braunschweig Juli 1979.
Kentenich, H.: Wie natürlich hätten Sie's denn gerne? Zum Umgang mit Veränderungen in der Geburtshilfe, in: Ästhetik und Kommunikation, Heft 43, Jg. 10. Zivilisationskritik, Berlin 1981, S. 25 - 28.
Kremer-Marietti, A.: Michel Foucault - Der Archäologe des Wissens, FfM 1976.
Polack, J.-C.: Gibt es ein Leben vor dem Tode? Die Medizin des Kapitals - Ökonomie des Todes. Grundsatzanalyse des kapitalistischen Gesundheitswesens, München 1974.
Projekt Ideologie-Theorie (Hg.): Theorien über Ideologie, Argument-Sonderband AS 40, Berlin 1979.
Rohde, J.J.: Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution, in: Döhner, O. (Hg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, FfM 1973.
Ripke, Th.: Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheitswesen, in: Kritik der bürgerlichen Medizin, Das Argument 60, Berlin 1970, S. 30 -70.
Schneider, G.: Paß auf, daß dir die Phantasien nicht durcheinander geraten. Über die Kosten eines Traumberufs, in: Kursbuch Nr. 58, Karrieren, Berlin, Dez. 1979.
Siegrist, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus, Stuttgart 1978.
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (WSI): Die Gesundheitssicherung in der BRD. Analyse und Vorschläge zur Reform, 1971.
Wulff, E.: Der Arzt und das Geld. Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung, in: Das Argument 69, Lohnarbeit und Medizin, Berlin 1971, S. 955 - 970. Reprint in Argument-Studienhefte SH 11.

Sigurd v. Ingersleben

Foucaults Ansichten einer Leichen-zentrierten Medizin

Anmerkung zu Michel Foucaults »Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks«

Im Sinne eines Versuchs, epochale Zusammenhänge der Machtausübung und des Funktionierens von Herrschaft aufzuzeigen und zu deuten, hat man F.s Werk als »Epochenfor-

schung« oder wohl in Anlehnung an Paul Hoffmann als »Sinnforschung« bezeichnet. Zu denken wäre aber auch an *Wolfgang Schivelbuschs* Geschichte der Genußmittel, in der überzeugend der Zusammenhang zwischen jeweils veränderter materieller Basis, Anpassung des ideologischen Überbaus und der korrespondierenden Veränderung der Genußbedürfnisse untersucht wird: Genußmittel als pharmakologische Vollstrecker der herrschenden Ideologeme. *Léon Daudets* Schilderung des Pariser Automobilsalons brachte *Walter Benjamin* auf die Schlußfolgerung »L'automobile, c'est la guerre.«:

»Was dieser überraschenden Ideenverbindung zugrundelag, war der Gedanke an eine Steigerung der technischen Behelfe, der Tempi, der Kraftquellen usw., die in unserem Privatleben keine restlos vollendete adäquate Ausnutzung finden und dennoch drängen, sich zu rechtfertigen.«

Dies wären Beispiele für eine aufschlußreiche »Epochenforschung«, die kulturelle Phänomene aufgreift und vor dem jeweiligen materiellen, politisch-ökonomischen Hintergrund deren objektive, anhand ihres alltäglichen Erscheinungsbildes nicht erkennbare gesellschaftliche Funktion analysiert.

In Kenntnis dieser Methode und im Interesse einer weiterführenden Kritik der Medizintheorie, mag man geneigt sein, F.s »Geburt der Klinik« zu lesen als zumindest im Ansatz historische und funktionale Analyse der Verwissenschaftlichung der Medizin im 19. Jahrhundert oder als ideologiekritische Untersuchung der Inhalte der Schulmedizin. Einer solchen Rezeption steht jedoch schon F.s Methodenlosigkeit entgegen. Im Gegensatz etwa zu *Thomas S. Kuhn*, der Wissenschaftsentwicklung periodisiert durch Auffindung der Zusammenbrüche wissenschaftlicher Denkmodelle (Paradigmen) und deren Rekonstruktion auf einem fortgeschritteneren Niveau, bestreitet F. historische und logische Funktionalität von Wissenschaft. Klassifikationen und Kategorienbildung verwirft er als abstrakte Verfremdung der Wirklichkeit (»Die Ordnung der Dinge«), zweckgerichtetes Denken als Ursprung von Herrschaftswissen (»Überwachen und Strafen«). Den Aspekt der historischen Gewordenheit der konkreten Lebensbedingungen und -weisen tut er ab als kontrovers zur aktuellen Lebenstätigkeit der Individuen. Die Relevanz der materiellen Grundlagen menschlicher Existenz, der Eigentums- und Produktionsverhältnisse bestreitet F. ebenso wie den historischen Fortschritt. »Folgerichtig« behandelt er die naturwissenschaftlich eingeengte Sichtweise der Ärzte als Ergebnis der klinischen Reorganisation der mit-

telalterlichen Spitäler im 19. Jahrhundert, nicht aber als Preis der Verweigerung von Spekulation und der Übernahme naturwissenschaftlichen Kausaldenkens. Stattdessen wird eine Lawine willkürlich geordneter Fakten und Details losgetreten, die die Möglichkeit einer systematischen Kritik und die Hoffnung auf verbesserte Handlungsfähigkeit durch Einsichten in den »geheimen Lehrplan der Medizin« (s. R. Schäfer in diesem Band) unter sich begräbt. Die vollständige Verwirrung der Zusammenhänge erweist sich z.B. an F.s Behauptung, nicht die veränderte Sicht*weise* der Ärzte, sondern die Änderung der »Formen der Sicht*barkeit*« durch die klinische Anatomie sei die epochale, aber auch einengende Neuorientierung der Medizin unter dem Einfluß der Klinik gewesen. Entsprechend geraten die Neugründung der Physiologie als eine erste Anwendung chemisch-analytischen Denkens in der Medizin und die Objektivierung der klinischen Pathologie nur in den Blick als Wissenschaftsanalogien, nicht aber als Resultate eines neuen *methodischen* Denkens. Entsprechend ist F.s Kronzeuge der anatomisch-deskriptiv katalogisierende *Xavier Bichat*, während der eher methodisch-funktional denkende *Claude Bernard* als ungleich repräsentativerer Vordenker der Verwissenschaftlichung der Medizin in Frankreich bei ihm überhaupt nicht vorkommt. Der Zusammenhang zwischen der Verwirklichung einer wissenschaftlichen Chemie unter Aufgabe alchemistischer Spekulation, einer analytisch-funktionalen Histologie und Physiologie als Grundlagen einer systematischen Pathologie auf der Seite der Diagnostik und der Untergliederung und Weiterentwicklung der Pharmazie in Pharmakognosie, Pharmakologie und Galenik auf der Seite der Therapie, bleibt R. verborgen. Für ihn ist die Anatomie die Leitwissenschaft jener methodischen Neuorientierung der Medizin: »Die ganze Medizin affirmiert sich im 19. Jahrhundert als wissenschaftlich, indem sie den Körper in vitro studiert, als einen toten...«. In Wirklichkeit war dieser Schritt bereits zu *Leonardos* Zeiten in der Renaissance eingeleitet und zu erheblichen Teilen vollzogen worden, während das 19. Jahrhundert geprägt war von der Einsicht in die physikalischen Grundlagen aller chemischen Reaktionen. Demzufolge entwickelt sich ein mechanisches, monokausales Funktionsdenken auf der Grundlage chemischer Reaktionsgleichungen, das Eingang findet in die Medizin und letztlich zur Biologisierung und naturwissenschaftlichen Reduktion von Diagnostik und Therapie führt: seither besteht der Primat der Pharmakologie. Ebensowenig vermag F. den Zu-

sammenhang von Wissenschaft und antifeudaler Opposition als bürgerlicher Emanzipation (in Deutschland) bzw. Widerstand gegen die imperiale Restauration (in Frankreich) herzustellen. Auch der Übergang der Produktion zu Manufaktur und Industrialisierung und seine Auswirkungen sowohl auf Befinden und Gesundheit der Produzenten als auf die wissenschaftliche Denkweise in Form von Quantifizierung und Mechanisierung kommen bei F. nicht vor.

Wenn es überhaupt eine sinnstiftende Kategorie bei F. gibt, dann ist es sein Interesse für Machtausübung und das Funktionieren von Repression. Doch so wird dieser Anspruch eingelöst in dieser gegen-aufklärerischen Phänomenologie der - keineswegs bestrittenen - Herrschaft der Weißkittel«? F.s expressionistisch assoziative Denkfiguren und seine metaphorisch-symbolistische Sprache verleiten lediglich zu Spekulationen über eine Verschwörung der Medizin nach Art einer Geheimgesellschaft. Der reale, alltägliche Vollzug einer inhumanen, das Individuum ausgrenzenden Kuration seitens einer ständisch organisierten Medizinerkaste in Gestalt der scheinbar wissenschaftlich ausgewiesenen, durch und durch rationalisierten Reparaturpraxis organischer Einzelteile erscheint dann allerdings trivial und nicht weiter verfolgenswert. Sekundiert wird F.s Phänomenologie der Herrschaft von seiner Anti-Ästhetik des Schreckens und der Widerwärtigkeit: Indem etwa die analytische Funktion der Obduktion nicht erklärt, sondern lediglich als quasi nekrophiler Umgang mit »Kadavern« denunziert wird, dämonisiert F. die Medizin als okkulte Leichenfledderei. In diesem (literarischen) Sinne schon wieder lesenswert ist seine, wohl nicht zufällig an *Gottfried Benn* (»Gehirne«) erinnernde Schilderung der »Schädelbrecher«.

Dieser eher hedonistischen, d.h. logische Disziplin verweigernden Denkweise entspricht die kaum verhüllte Lust am Fabulieren und Assozieren, an der willkürlichen, aber umso aufreizenderen Drapierung fast beliebiger Details zu ungewohnten Ansichten von Teilen der Wirklichkeit - die wie Satire und Karikatur mit den Mitteln der Zuspitzung der Übertreibung und des perspektivischen Bruchs arbeitet. Zugegeben, bisweilen vermittelt sich die Einsicht in die herrschenden Verhältnisse auch über die Verweigerung der gewohnten Sehweise. Dafür gibt es ein bemerkenswertes Beispiel eines anderen »Epochenforschers«, des bereits erwähnten *Schivelbusch*, das allerdings den Vorteil hat, sich als Satire zu erkennen zu geben:

»Barthes' Bemerkung, das Auto sei heute, was im Mittelalter die Kathedralen gewesen seien, zielt auf die Funktion und Fähigkeit, das stilistisch-physiognomische Zentrum einer Epoche zu sein. Man kann sich vor ein veraltetes Automobil stellen und sich in Betrachtung desselben, das heißt in Kontemplation eines Stücks Geschichte versenken. Assoziationen stellen sich ein, beispielsweise zwischen Auto- und Politikerphysiognomien. Adenauers Mumiengesicht ist in der politischen Gesichterlandschaft der fünfziger Jahre das Hineinragen der älteren Weimarer Generation. Ihm entspricht im Straßenbild der Vorkriegs-Horch, um den sich die Nachkriegsmodelle gruppieren: Mercedes 170 (S,V,D), 220, 300, Opels, Fords, DKWs. Das sind Karosserien, die noch in den dreißiger Jahren gebaut bzw. konzipiert wurden. Sie finden ihre Entsprechung in den Gesichtern von Mitgliedern des Kabinetts Adenauer: Seebohm, Oberländer - quadratige Biergesichter, wie sie heute nicht mehr gebaut bzw. nicht mehr in der politischen Öffentlichkeit erscheinen (F.J. Strauß ist der Nachzügler: Angehöriger einer bereits jüngeren Generation, der Mimikry versuchte und damit zu spät kam).«

Schivelbuschs satirische Methode ist die gleiche wie F.s Denunziation der klinischen Medizin. Nicht Ursachen, Wirkungsbedingungen und Auswirkungen werden untersucht, *sondern Erscheinungsformen miteinander verglichen.* Daraus ergeben sich dann bei F. solche aphoristischen Sentenzen:

»Es ist von entscheidender und bleibender Bedeutung für unsere Kultur, daß ihr erster wissenschaftlicher Diskurs über das Individuum seinen Weg über den Tod nehmen mußte. Um in seiner eigenen Sprache eine diskursive Existenz zu gewinnen, mußte sich der abendländische Mensch seiner eigenen Zerstörung stellen; aus der Erfahrung der Unvernunft sind alle Psychologien, ist selbst die Möglichkeit der Psychologie geboren worden; aus der Einfügung des Todes in das medizinische Denken ist eine Medizin geboren worden, die sich als Wissenschaft vom Individuum präsentiert.«

Wirklich?

Literaturverzeichnis

Baudrillard, J., Le système des objets, Paris 1968.

Benn, G., Gehirne, in: Gesammelte Werke, Wiesbaden 1968.

Benjamin, W., Theorien des deutschen Faschismus. Zu der Sammelschrift »Krieg und Krieger«. Herausgegeben von Ernst Jünger, in: Die Gesellschaft. Internationale Revue für Sozialismus und Politik, Berlin 7, S. 32 - 41 (1930). (In der 1. Aufl. unvollständiger) Nachdruck in: Das Argument 6, S. 129 - 137 (1964).

Berthelot, M., Essai de méchanique chimique fondée sur la thermochimie, 2 Bde., Paris 1879.

Canguilhem, G., Das Normale und das Pathologische, München 1974,

(frz. Erstabdruck 1943).
Foucault, M., Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt/M.-Berlin-Wien 1976 (frz. Erstabdruck 1963).
ders., Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin 1978.
Hofmann, P., Problem und Probleme einer Sinn-erforschenden Philosophie (hg. von K. Hamburger), Stuttgart 1980.
Ingersleben, S.v., Die praktische Bedeutung des Wissenschaftsverständnisses der Pharmakologie, Berlin 1979.
Mendelsohn, E., Revolution und Reduktion: die Soziologie methodologischer und philosophischer Interessen in der Biologie des 19. Jahrhunderts, in: P. Weingart (Hg.), Wissenschaftssoziologie II. Determinanten wissenschaftlicher Entwicklung, Ffm. 1974.
Schäfer, R., Medizin, Macht und Körper. Überlegungen zu Foucault. In diesem Band.
Schivelbusch, W., Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genußmittel, München 1980.
ders., Volkswagen, in: Freibeuter 7/1981.
Tomberg, F., Bürgerliche Wissenschaft. Begriff, Geschichte, Kritik, Ffm. 1973.

Aufrufe zur Mitarbeit

Aufruf für einen Argument-Sonderband »Alternative Medizin«

1. Die Herausforderung

Seit 11 Jahren produzieren wir »Argumente für eine soziale Medizin«: sozial hieß dabei, daß unsere Medizin allen zugänglich sein und sich für die Verhinderung krankmachender Lebensbedingungen einsetzen müsse. Mit unseren Analysen in dieser Zeitschrift trugen wir, an die durch den Faschismus unterbrochene Tradition anknüpfend, zur Wiederherstellung einer Sozialen Medizin in diesem Land bei. Wir waren Teil einer Gesundheitsbewegung, welche die Verwirklichung ihrer Forderungen an organisierte politische Bewegungen geknüpft sah und staatliche Maßnahmen im Gesundheitswesen für unabdingbar hielt (z.B. auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung, des Arbeitsschutzes und der Arzneimittelkontrolle). Wo wir tätig waren, da versuchten wir eine bessere Medizin zu machen und dafür zu sorgen, daß entsprechende institutionelle Voraussetzungen geschaffen würden. Zugleich war dies unser Beitrag

zur Demokratisierung der Gesellschaft in der Perspektive ihrer sozialistischen Umgestaltung.

Die neue Gesundheitsbewegung, wie sie sich u.a. auf dem Gesundheitstg 1980 dargestellt hat, bringt einige unserer vertrautesten Vorstellungen durcheinander. Sie wirkt nicht mit an der klassischen sozialmedizinischen Forschung, sie kämpft weniger um die allgemeine Durchsetzung ihrer Ergebnisse im Gesundheitswesen, sie wartet nicht die Veränderungen der Institutionen der Krankenversorgung ab, sie richtet sich kaum an die Gewerkschaften, als diejenigen, die die neuen Formen durchsetzen werden, selten an den Staat, als denjenigen, der sie allgemein garantieren soll. Sie zentriert ihr Handeln nur zum Teil um die Krankheit - das wirklich Neue ist die Form der Gesundheitsorientierung: Zusammengesetzt aus vielfältigen Initiativen, die ihrer Vorstellung von Gesundheit entsprechend ihre Lebensweise verändern, entwickelt sie lokale Widerstandskulturen gegen die Zerstörung der Körper und Sinne. Ihr Programm entspringt nicht bloß berechtigter Ungeduld, sondern vielmehr der Vorstellung, daß im »Versorgtwerden« mit dem Wissen von »Experten« in staatlichen »Institutionen« selber schon der Wurm steckt.

Eine verbreitete Reaktion aus dem gewerkschaftsorientierten Lager auf diese Herausforderung besteht darin, der neuen Gesundheitsbewegung die Spielwiese, auf der sie sich angeblich befinde, »großzügig« zuzugestehen und selber die alte Politik weiterzumachen. Damit wird aber die Chance, voneinander zu lernen, vertan. Es handelt sich ja gerade nicht um einander ergänzende oder wenigstens unberührt nebeneinanderstehende Politiken, wobei die eine die Defizite der andere behebt, sondern um zunächst einander *ausschließende* Formen. Die Kritik der Gesundheitsbewegung ist auch eine Kritik an uns - sie trifft sogar die Patienten und deren maßlose Geduld, die noch Gesunden und ihr Hinnehmen unmenschlicher Lebensbedingungen - sie macht zugleich konkrete Angebote, schon jetzt anders zu leben. Der Krankheitsorientierung und Stellvertreterpolitik setzt die neue Gesundheitsbewegung eine politische, um Gesundheits- und andere Lebensinteressen zentrierte Alltagskultur entgegen.

Wenn es so ist, daß »Expertokratie« und »Versorgungsdiktatur« im Gesundheitswesen die gemeinschaftliche Kontrolle aller über ihre natürlichen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen verhindern und Inkompetenzen verewigen, dann müssen sie abgeschafft werden. Was hieße dies aber für die Wis-

senschaft und die Bereitstellung medizinischer Dienste? Wie soll denn die Wissensproduktion und die Hilfeleistung aussehen, wenn wir nicht bei einer Gleichheit im Mangel landen wollen? Verweisen nicht gerade die ökologischen Erkenntnisse darauf, daß sogar mehr Staat als je zuvor nötig sein wird (nationales Krebsregister, Langzeitepidemiologie, Emissionskataster, Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs, Zentralisierung der Daten mit persönlichem Schutz und öffentlichem Zugang, Kontrollinstrumente gegenüber der Industrie, Produktionsverbote etc.), daß allgemeine Regelungen immer wichtiger werden, weil die Probleme weder lokal noch aktuell mehr überblickt werden können, sondern langfristiger, globaler und irreversibler Natur sind?

2. Was tun?

Wenn beide Vorgehensweisen notwendig sind - die institutionelle und die antiinstitutionelle, Wissenschaft in Forschungsinstitutionen und im Alltag entwickelte Wissenschaft, mehr staatliche Regelungen für Gesundheit und weniger staatliche Verwaltung der Krankheit - und sich doch gegenseitig auszuschließen scheinen, dann müssen die Fragen zum Verhältnis von
- Staat und Selbstverwaltung
- Professionellen und Laien
- Gewerkschaften und anderen sozialen Bewegungen
offenbar neu gestellt werden: nicht alternativ sondern auf der Suche nach einem neuen Verhältnis, in welchem beide Seiten verändert sind.

Wir möchten als Medizin-Kommission des *Argument* den Diskussionen hierüber mit diesem Sonderband einen weiteren Ort zur Verfügung stellen. Eine mögliche Form könnte sein, daß zu einem Thema kontroverse Positionen formuliert und die Manuskripte vor Drucklegung ausgetauscht werden, um Diskussionen und Bezugnahme zwischen den Autoren zu ermöglichen, (vgl. AS 35 und AS 52, »Alternative Wirtschaftspolitik« 1 und 2). Unsere traditionellen Kriterien - daß die vorgeschlagenen Lösungen wissenschaftlich gewonnen, verbindlich und verallgemeinerbar sein, sowie die Kompetenzen von unten erweitern helfen und einen gesundheitspolitischen Beitrag in sozialistischer Perspektive leisten sollen - müssen dabei selbst weiterentwickelt werden: Was Wissenschaft ist und mißt, steht selber zur Diskussion; der Hinweis darauf, daß sich et-

was nicht verallgemeinern läßt, unterschlägt häufig die wichtige Frage, wohin lokale Veränderungen führen, wie auch durch sie das ganze gesundheits- und gesellschaftspolitische Feld umgestaltet wird, welche neuen Handlungsmöglichkeiten alle an einer Verbesserung der Gesundheit Interessierten dadurch haben; und wenn wir gesundheitspolitische Lösungen danach beurteilen wollen, ob sie etwas zur grundlegenden Umgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse beitragen, so ist damit zwar ein Maßstab benannt, aber noch nicht seine inhaltliche Bestimmung. Auf einer Tagung der Sektion Frauenforschung der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Juli 1980 in Berlin wurde eine amerikanische Forscherin gefragt, ob die Frauengesundheitsbewegung in den USA etwas an den »grundlegenden gesellschaftlichen Strukturen« verändert habe. Sie fragte zurück: »Wissen wir denn schon, welches die 'grundlegenden gesellschaftlichen Strukturen' sind, die wir für unsere Befreiung als Frauen umwälzen müssen? Vielleicht ist dafür noch viel mehr nötig, als wir bisher unter diesem Begriff verstanden haben!« Für eine Medizin in sozialistischer Perspektive könnte das heißen, daß zur Veränderung der »grundlegenden gesellschaftlichen Strukturen« nicht nur die Aufhebung des Privatbesitzes an Produktionsmitteln gehört, sondern auch die radikale Umgestaltung unserer Verhältnisse zu unseren Körpern, der Beziehungen zwischen Helfern und Leidenden, die Entwicklung einer Alltagskultur, die uns nicht erst im Falle der Krankheit unsere Lebensweise überprüfen läßt, sondern tägliche Anstrengung mit Genuß verknüpft, eine Lebensweise, in der die großen gesellschaftlichen Fragen im Alltag gelebt werden können.

3. Themenvorschläge

Wir schlagen daher vor, auf dem Hintergrund dieser Überlegungen u.a. zu folgenden Themenbereichen zu diskutieren, Material herbeizuschaffen und neu zu sichten:

Kontroversen:

- Ist die wissenschaftliche Medizin Herrschaftsmedizin oder ist Wissenschaft ihrem Kern nach antiideologisch? Was bedeutet die Antwort für die Produktion medizinischen Wissens und das Verhältnis von Experten und Laien?
- Welche Orientierung gibt die Natur, das Natürliche für die Herstellung der Gesundheit? Antiindustrielle Natur oder industrielle Kultur? Was folgt daraus für eine gesunde Le-

bensweise und die Therapie von Krankheiten?
- Wie ist das Verhältnis von Selbsttätigkeit und gesellschaftlichen Bedingungen als Ursache von Krankheit und Gesundheit zu begreifen, wenn die Menschen weder bloße Opfer noch Verschulder ihrer Krankheiten sind? Was heißt dies für eine Streßtheorie?
- Geht die Gesundheitsorientierung am Elend der Kranken vorbei oder führt die Krankheitszentrierung der Medizin zur Normierung der Lebenspraxis und Pathologisierung des Normalen (z.B. Geburtshilfe)? Was beeutet das für das Studium der Krankheitsursachen (Bsp. Risikofaktormedizin, Fettsuchtdiskussion u.ä.) und die Bereitstellung medizinischer Dienste?
- Wo liegen die Schranken eines vereinfachenden Ursache-Wirkungsdenkens in der Medizin? Sind sie durch das Konzept der Multikausalität / des Multifaktoriellen bereits beseitigt?
- Wie soll an die verschiedenen Schulen der anthropologischen, der psychosomatischen und der patientenzentrierten Medizin angeknüpft werden - womit ist zu brechen?
- Worin sehen wir Bedrohungen einer Vereinnahmung der alternativen Gesundheitsbewegung von rechts - was ist dagegen zu tun?
- Welche Rahmenbedingungen muß der Staat für eine Gesundheitsversorgung von unten bereitstellen?

Überblicksartikel:
- Historische Vorläufer der Alternativbewegung um Gesundheit: Lebensreformbewegung, Körperkultur, Geschichte des Reformhauses etc. Wie war der Zusammenhang mit den politischen Bewegungen der Zeit, und was konnte der Faschismus eingliedern, was wurde durch ihn abgebrochen?
- Medizin in den Medien (»Gesundheitsmagazin Praxis« u.ä.) und »wissenschaftliche Ratgeber für's Volk« - welche Gesundheitskompetenz erwerben Laien in diesen Formen?
- Schnittstellen und Überlagerungen der neuen Gesundheitsbewegung mit den anderen sozialen Bewegungen zu: Frauen, Ökologie, Frieden, 3. Welt, Arbeit. Welche Fragen stellen sie aneinander, wie erweitern sich durch diese Kreuzungspunkte der Blick und die Handlungsmöglichkeiten einer alternativen Medizin?

Außerdem brauchen wir einen ausführlichen *Rezensionsteil*, damit wir uns in der Vielfältigkeit der Praxen und Theorien der neuen Gesundheitsbewegung auskennen lernen und uns auf-

einander beziehen können. Schickt also bitte kurze *Exposés* (ca. 1-2 Seiten), aber auch *Themen- und Autorenvorschläge*, falls Ihr nicht selber schreiben wollt oder könnt; nennt uns Bücher und andere Publikationen, die unbedingt besprochen oder erwähnt werden sollten, sowie Dokumente, von denen Ihr meint, daß sie abgedruckt gehören. Nutzt dazu die Sommerferien und den Gesundheitstag, damit wir Mitte Oktober von Euch hören und die Arbeit aufnehmen können.

Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit (BILAG)

Was wollen wir?

Wir sind vier junge arbeitsorientierte Wissenschaftler (zwei Ärztinnen, ein Psychologe und ein Soziologe), die sich seit 1979 teils haupt- teils nebenberuflich mit Problemen der Arbeitergesundheit beschäftigen. Insbesondere interessieren uns Gesundheitsanforderungen in der Produktion, die mit der Automation neu auftreten und die für eine gewerkschaftliche Praxis bisher unzureichend geklärt worden sind.

Im Rahmen unserer zahlreichen Kontakte mit Arbeitenden im Bereich der Datenverarbeitung, wie auch im Rahmen unserer gewerkschaftlichen Kontakte, haben wir einen Mangel an Kooperation auf der betrieblichen Ebene zwischen den an Gesundheitsfragen interessierten Gewerkschaftern und Wissenschaftlern feststellen müssen. Und dies, obgleich vor allem seit der Studentenbewegung der 60er Jahre in vielen Fachwissenschaften wie z.B. Medizin, Arbeitsmedizin, Chemie, Psychologie, Soziologie usw. gewerkschaftlich orientierte Forscher tätig sind. Wir wollen also eine Brücke zwischen Arbeitern und Wissenschaftlern schlagen, indem wir neben unseren Qualifikationen und bisherigen Kenntnissen eine Expertenkartei einiger arbeitsorientierter Wissenschaftler aufbauen.

Wer sind wir?

- *Marianne Engelhardt*, zur Zeit Kankenhausärztin, geb. 1953; Arbeitsgebiete: Arbeitsmedizin; seit 1977 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift »Das Argu-

ment«, Mitglied der ÖTV.

- *Barbara Nemitz*, Dr. med., geb. 1949, wissenschaftliche Assistentin am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin, zuvor am Institut für Arbeitsmedizin; Arbeitsgebiete: Arbeitsmedizin und Frauenfragen; seit 1975 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift »Das Argument«, Mitglied der ÖTV.
- *Eberhard Göbel*, Dr. rer. pol., Dipl.Soziologe, geb. 1951; Arbeitsgebiete: Arbeitswissenschaft; Angestellter an der Freien Universität Berlin. Mitglied der ÖTV.
- *Thomas Waldhubel*, Dipl.Psychologe, geb. 1950; wissenschaftlicher Teilzeitassistent am Psychologischen Institut der Freien Universität, Arbeitsgebiete: Arbeitspsychologie; seit 1975 Mitglied der Projektgruppe »Automation und Qualifikation« (jetzt: Institut für Automationsforschung«). Mitglied der ÖTV.

Wo sind wir erreichbar?

Kontaktadressen:

Freie Universität Berlin, Psychologisches Institut
Z.H. Thomas Waldhubel / Barbara Nemitz, Habelschwerter Allee 45, 1000 Berlin 33; Telefon: Thomas Waldhubel: 8385733; Barbara Nemitz: 8385729.

BILAG, Projektgruppe Automationsmedizin, c/o E. Göbel, Schillerstr. 10a, 1000 Berlin 45; Telefon: 7727072.

BILAG ist vorläufig jeweils Montag zwischen 19 h und 22 h telefonisch erreichbar.

Literatur: Projekt Automationsmedizin: Automationsarbeit und Gesundheit, Perspektiven der Arbeitsmedizin. In: Argumente für eine soziale Medizin (XI), Prävention, Argument-Sonderband 64, Berlin (West) 1981.

Was können wir leisten?

Als Keimzelle für BILAG wollen wir eine ständige Kontaktstelle in Form eines Telefondienstes einrichten. Darüber hinaus planen wir, einen regelmäßigen Infobrief mit neuesten Informationen auf dem Gebiete der Arbeitergesundheit herauszugeben. Schließlich wollen wir kleine überschaubare Gesprächsrunden und Weiterbildungsveranstaltungen zwischen Gewerkschaftern und Wissenschaftlern zu Fragen der Arbeitergesundheit anregen. Dies alles kostet Zeit und Kraft. Da wir alle berufstätig sind, werden wir klein anfangen müssen.

Wir sind kein Dienstleistungsautomat, wo Ihr Eure Probleme »einwerft« und fertige Lösungen rauskriegt. Wir sind auch kei-

ne »Besserwisser vom Dienst«, sondern Menschen, die mit Euch gemeinsam Probleme, die Euch in der Arbeit zu schaffen machen, diskutieren wollen, um Lösungswege zu beraten.

Wenn Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit habt, teilt bitte das Problem, Euren Namen, Adresse, Gewerkschaft und Betrieb mit, an Kontaktadresse BILAG.

Medizin und Kritische Psychologie

Im Zusammenhang mit der notwendigen Neuorientierung der Medizin auf eine psychosoziale und historische Dimension stellt sich die Frage, ob nicht die Kritische Psychologie mit ihrer historisch-funktionalen Analyse des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft einen entscheidenden Beitrag dazu leisten kann.

Wir suchen Leute, die Interesse haben an einem Arbeitskreis, der sich mit der möglichen Funktion der Kritischen Psychologie im Rahmen einer psycho-sozio-somatischen Medizin auseinandersetzt und an deren praktischer Bedeutung für die Medizin arbeitet. Wir könnten beginnen mit der Analyse von Theorien und Praxen der psychosomatischen Medizin mit dem Ziel ihrer Kritik bzw. der Reinterpretation ihrer Befunde.

Interessierte melden sich bitte bei Ute Mair (Ringbahnstr. 10, 1 Berlin 10; Tel. 030/8913957), Dr. med., Dipl.-Psych., geb. 1951, Studium in Heidelberg und Berlin, FB 11 der FU, Dissertation auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin, perspektivischer Arbeitsschwerpunkt: psychosomatische Medizin.

Rezensionen

Dr. A. Narcho, Dr. Marie Huana und Privatdozent Dr. Kiff-Turner: Wege zu Wissen und Wohlstand. Oder: Lieber krankfeiern als gesundschuften. Bremen ^{3}1981

Bereits der provozierende Titel dieser Broschüre läßt vermuten, weshalb gegen sie mehrere Strafanträge gestellt wie auch spektakuläre polizeiliche Beschlagnahmungsaktionen in linken Buchläden durchgeführt worden sind. Vorgeworfen wird: Öffentliche Aufforderung zu Straftaten, da die Leser aufgefor-

dert werden, Betrug zu begehen; als besonders strafwürdig wird gewertet, daß diese Schrift das Vertrauen zwischen Arzt und Patient erschüttert. Hierüber - jedoch nicht über den Inhalt der Broschüre - wurde die bundesdeutsche Öffentlichekit sorgsam unterrichtet; auch die Standespresse der Ärzteschaft hat die Provokation verbittert aufgenommen.

Die Autoren, vermutlich Ärzte aus der alternativen Szene, vermitteln den Lesern der Broschüre Wissen und praktische Tips, die es den Arbeitenden ermöglichen, den Diskurs des Arzt-Patient-Verhältnisses für ihre Zwecke zu unterlaufen und für sich auszunutzen. Nichtarbeitszeit als Zeit für menschliche Entwicklung verstehend, geben die Autoren den Arbeitenden praktische Hinweise, wie sie sich durch »krankfeiern« den vernutzenden Lohnarbeitsverhältnissen zeitweilig entziehen können. Sie fordern die Lohnarbeiter auf, sorgsamer mit sich und ihren Körpern umzugehen und lieber präventiv »krank-zu-feiern«, um Zeit zum Leben und Überlegen zu gewinnen. In diesem Sinne wird der subversiven Kampfschrift ein Gedicht von Jaques Prévert vorangestellt: »... Sag Kamerad Sonne / Meinst nicht auch Du / Man sollte sich verdammt bedenken / einen solchen Tag / dem Chef zu schenken?« (1) Als Parole gewendet meinen die Verfasser: »Jeder sollte so gesund sein, krank zu machen!« (94)

Im ärztlichen Diskurs ausbaufähige Berechtigungen zum »Krankmachen« sehen die Autoren bei jedem bereits vorhanden - in Form von angeborenen oder erworbenen »Schwachstellen« bzw. »körperlichen Leiden«. Praktisches Ziel im Arzt-Patient-Verhältnis ist es, den Arzt davon zu überzeugen, »du seist prinzipiell arbeitswillig, aber jetzt wirklich krank!« (7) Dazu muß die tägliche Denkweise der Ärzte ausgenutzt werden, was eine Analyse ihrer Tätigkeit und Haltungen voraussetzt.

Für dieses Spiel werden viele praktische Verhaltensmaßregeln entwickelt, wie z.B. »Schmerzen und Grinsen«, »kraftvolles sich ausziehen und krank sein« schließen einander aus (8). Die einen großen Raum einnehmende Darstellung von für die Simulation geeigneten Krankheitsbildern wird nach folgendem Raster gegliedert: Bezeichnung und Beschreibung der jeweiligen Krankheit, Dauer der Krankschreibung, Was läuft im Kopf des Doktors ab?, Behandlung, vertrauensärztliche Untersuchung, Warnhinweise, Dokumentation der Arztbesuche (11-74). In diesem Teil werden Krankheitsbilder wie z.B. Migräne, Gastritis, Darmgrippe, chronische Eierstockentzündung, Tennisellenbogen. Narbenschmerzen und vieles mehr vorgestellt. Die

Autoren betonen ausdrücklich, daß die Broschüre *kein* medizinisches Nachschlagwerk darstellt und warnen davor, das Vorspielen von Krankheiten zu übertreiben, denn dies könne im Krankenhaus enden, was ja keiner wolle. Wie es demjenigen geht, der diese Warnungen nicht befolgt, wird durch eindrucksvolle Comics verdeutlicht. Wichtig für die Benutzer der Broschüre sind auch Hinweise wie: »Sage selber nie die Diagnose!« (83); »Biete auch nebensächliche Beschwerden an!« (84); »Rede nicht wie ein Medizinbuch« (ebenda).

Die hier propagierte individuelle Form des Protestes gegen krankmachende Verhältnisse der Lohnarbeit wird als Arbeitskampf bezeichnet und soll den Betreffenden Ruhe ermöglichen, um »einen klaren Kopf für subversive Gedanken« zu bekommen (99, 102). Die Sprache, mit der der Staatsapparat und das Medizinsystem bezeichnet werden, ist subversiv und antiautoritär: z.B. wird aus Vertrauensarzt ein »Vertrauensarsch«. Unnütz verschriebene Medikamente sollten nach Meinung der Autoren entweder in den Müll geworfen oder aber für die Befreiungsbewegungen in Lateinamerika gespendet werden.

Die Aufforderung zur individuellen und massenhaften Ausnutzung bestehender sozialer Einrichtungen ist eine einfache und unpolitische Negation des Gesundheitswesens. Indem die Herrschaftspraxen (»Krankheitsverwaltungen« usw.) dieses Apparats vorgestellt und für Simulanten kalkulierbar gemacht werden, werden die erkämpften Errungenschaften der sozialen Sicherung leichtfertig den Angriffen der politischen Rechten ausgeliefert. Das staatliche Verbot hat die weitere Verbreitung der Broschüre eher begünstigt und die öffentliche Diskussion der z.T. problematischen Inhalte eher verhindert. Sie sollte gerade im Bereich der Gewerkschaften geführt werden, weil nur so eine individuelle Praxis vieler Lohnarbeiter sowohl in ihrer relativen Berechtigung als auch in ihrem falschen Ausweichen vor der offenbar notwendigen Veränderung der Arbeitsdauer bei bestimmten Arbeitsbedingungen bewertet werden kann.

Eberhard Göbel (Berlin/West)

Jean Carpentier: Aufwiegelung zur Gesundheit. Aufzeichnungen eines französischen Kassenarztes. Berlin 1979

Der Autor beklagt weder den Ärztemangel noch will er durch Strukturreformen die Gesundheitsversorgung verbessern. Er

fragt vielmehr, wie man aus der Spirale »mehr Kranke, mehr Ärzte, höhere Gesundheitskosten« aussteigen kann und welche Konsequenzen daraus für das Medizinsystem gezogen werden müssen. Beim Versuch einer Bestandsaufnahme seiner Erfahrungen als Arzt in einer französischen Kleinstadt kritisiert Carpentier verschiedene Selbstverständlichkeiten der ärztlichen Praxis. Die *Individualisierung der Patienten* durch das Arzt-Patient-Verhältnis grenze die Krankheiten aus dem sozialen Leben aus. Die *Schweigepflicht der Ärzte* erlaube ein Schweigen über krankmachende Umweltbedingungen. Sein Resümee: Der Arzt in seiner traditionellen Arbeitsweise behandelt nur, indem er den Körper des Kranken soweit in Ornung bringt, daß er die alte Ordnung wieder ertragen kann. Indem die Medizin in und durch ihre Praxen die Krankheiten als »Sprache des Körpers« zum Schweigen bringt, wird sie zum Handlanger gesellschaftlicher Mächte. Er fragt sich, wie die Struktur der Delegation der eigenen Kompetenz für den Körper an den Arzt durchbrochen werden kann, wie die Behandlung und Betreuung der Patienten ersetzt werden kann durch Eigenverantwortung und Selbsttätigkeit.

Krankheit ist für Carpentier eine Sprache des Körpers, eine unangenehme und kurzfristige Lösung von Problemen. Sie ist eine bestimmte Weise, Fragen zu stellen, Lösungen für Probleme zu fordern. Die Krankheit ist eine Revolte, ein Aufstöhnen des Körpers in unerträglichen sozialen Zusammenhängen. Krankheiten sind für ihn vor allem eine Reaktion auf Unterdrückung, Behinderung und Verdrängung in: Biographie, Alltagsleben, Beruf, Freizeit, Freundschaft, Haushalt, Familie, Schule und sexuellen Beziehungen. Den sozialen Charakter von Krankheiten zu betonen, bedeutet für ihn nicht einfach eine Zuordnung von Individuen zu einer sozialen Schicht. Bezüglich der Krankheitsgenese stellt er fest, daß jedes Gesellschaftsmitglied schon seit der Geburt irgendwo schwache Stellen habe und im Verlauf des Lebens weitere hinzukämen. Dennoch betont er die subjektive Verantwortung bei der Krankheitsentstehung. So sagt er z.B., der ständige Kampf in uns selbst untergräbt täglich unsere Kräfte, von Zeit zu Zeit ertragen wir unseren Körper und Geist nicht mehr und wir werden dann krank. Krankheiten liest Carpentier jedoch auch als Chance, nach Antworten und neuen Lösungen, nicht nur für unmittelbar körperliche Probleme zu suchen.

Die traditionelle Medizin bringt den Körper schnell zum Schweigen. Sie behandelt ihn, damit keine gefährlichen Fra-

gen bezüglich des sozialen Lebens gestellt werden. Der Arzt greift ein und verändert dadurch den Körper, er nimmt eine Problemverschiebung vor, obwohl er die wirklichen Probleme des Kranken in der Regel nicht kennt und nicht wissen will. Dennoch wird vom Arzt gefordert, stellvertretend für den Patienten dessen Probleme mit den Mitteln der Medizin zu lösen. Dies wundert Carpentier, weil doch eigentlich keiner den kranken Körper so gut kennt wie der Kranke selbst. Seiner Meinung nach wäre es die Aufgabe der Mediziner, gemeinsam mit den Kranken den Ursachen der Leiden auf die Spur zu kommen und sie zu unterstützen, bei der Entwicklung von Abwehrkräften und beim selbsttätigen kollektiven Verändern ihrer krankmachenden Lebensbedingungen. Er fordert dazu auf, den Körper gegen die Medizin zu verteidigen, Geschmack am Leben zu finden und das Leben neu zu entwerfen. Er fordert das Recht auf Selbstbestimmung über den Körper.

Problematisch ist an Carpentiers in vielen Punkten richtiger Kritik der medizinischen Praxen, daß seine radikale Negation des Medizinapparats leicht verwechselt werden kann mit ähnlich klingenden Offensiven der politischen Rechten, denen es jedoch nicht um Kompetenzrückgewinnung von unten geht, sondern die lediglich nach Wegen sucht, Gesundheitskosten zu sparen, ohne dabei das herrschende Medizinsystem verändern zu wollen. Eberhard Göbel (Berlin-West)

Über die Autoren

Baxter, Ellen, Ärztin in einem sozialpsychiatrischen Dienst in New York

Bernd, Alf, geb. 1950; Dipl.-Soz., Studium der Medizin, zur Zeit Mitarbeit in einem arbeitsmedizinischen Forschungsprojekt in Lund/Schweden

Elsner, Gine, Dr.med., Dipl.-Soz., geb. 1943, seit 1974 Professor für Sozialmedizin an der Universität Bremen, Tätigkeit im Rahmen des Kooperationsvertrages zwischen der Universität Bremen und der Arbeiterkammer Bremen. Forschungsveröffentlichungen u.a. über Lärm- und Schichtarbeit. Arbeitet in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit.

Gaedt, Christian, Dr.med., geb. 1939, Psychiater, Leitender Arzt der Neuerkeröder Anstalten, Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift *Das Argument.*

Göbel, Eberhard, Dr.rer.pol., Angestellter an der FU Berlin. Arbeitsgebiete: Medizinsoziologie, Automationsmedizin. Mitglied in ÖTV und Deutsche Gesellschaft f. Med.Soziologie

Hackelberg, Heinz, Dr.med., geb. 1943, Facharzt für Anaesthesie. Arbeitsgebiet: Auswirkungen der friedlichen und militärischen Nutzung von Kernenergie. Mitglied der ÖTV und der Delegiertenversammlung der Berliner Ärztekammer. Mitarbeiter der »Berliner Ärztevereinigung gegen Atomenergie«.

Hauß, Friedrich, geb. 1946, Dipl.-Soziologe, Wissenschaftszentrum Berlin; Veröffentlichungen und Arbeitsgebiete: Soziale Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen, Probleme der Rehabilitation, jetzt: Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik, Mitglied in BdWi und ÖTV.

Henkel, Dieter, Dipl.-Psych., geb. 1944; Professor für Psychologie an der FH Frankfurt/M., Fachbereich Sozialarbeit; davor wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Psychologischen Instituten der Universitäten Hamburg und Heidelberg (jeweils Abtlg. Klinische Psychologie). Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Sozialepidemiologie, Sozialpsychiatrie, Theorien psychischer Störungen; dazu Buch und Zeitschriftenaufsätze; *Argument*-Veröffentlichungen zusammen mit D. Roer: Sozialepidemiologie psychischer Störungen in der BRD. AS 12, 1976. Probleme der Psychotherapiegesetzgebung. Argument 91, 1975 (s. auch Argument-Studienheft SH 24), sowie AS 15, 1977.

Hopper, Kim, Anthropologe, Dozent an der Columbia School of Public Health. Arbeitsgebiete: mental health, historical epidemiology, pharmaceuticals and alternatives.

v. Ingersleben, Sigurd, Dr.phil., geb. 1944; Pharmazeut und Soziologe, seit 1975 am Institut für Arzneimittel des Bundesgesundheitsamtes. Arbeitsgebiete: medizinische Wissenschaftstheorie, Probleme der Arzneimitteltheorie.

Karmaus, Wilfried, geb. 1949, Arzt, Studium der Soziologie, wissenschaftlicher Assistent in der Medizinischen Soziologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf, Hamburg. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Epidemiologie, Streß- und Copingforschung, degenerative rheumatische Erkrankungen, Arbeitsbelastungen im Krankenhaus.

Kowalski, Reinhard, geb. 1948; Dipl.-Psych. an der FU-Berlin, Fachbereich 11. Seit 1976 als Klinischer Psychologe in Großbritannien tätig. Jetzige Arbeitsschwerpunkte: Internat. Vergl. beruflicher Aus- u. Weiterbildung von Psychologen. Verhaltens-psychotherapeutische Arbeit bei psychosomatischen Patienten.

Kriescher-Fauchs, Monique, studierte und arbeitete in Italien und in der Schweiz, ist seit 1971 am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin tätig.

Müller, Rainer, Dr.med., geb. 1941; Arbeitsmediziner, Professor an der Universität Bremen. Arbeitsgebiete: Arbeitsweltbezogene Epidemiologie, Lehrerausbildung für Arbeitslehre, Arbeitsmedizin.

Pfeiffer, Robert, Dr.med., geb. 1949; Assistenzarzt am Allg. Krankenhaus Barmbeck in Hamburg, Vorstand Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV in Hamburg.

Riquelme-Urrea, Horacio, Dr.med., geb. 1951 in Chile. Philosophie- und Medizinstudium in Chile und der Bundesrepublik. Emigration in die Bundesrepublik Ende 1973. Seit 1977 Mitglied der AG Basisgesundheitsdienste. Z.Z. wissensch. Assistent am Institut für Tropenhygiene und öffentl. Gesundheitswesen in Heidelberg.

Rosenbrock, Rolf, geb. 1945, Dr.rer.pol., Dipl.-Kfm., wiss. Angest. am Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin. Arbeitsgebiete: Arbeits-, Sozial- und Gesundheitspolitik; Mitglied in ÖTV und BdWi.

Schagen, Udo, Dr.med., geb. 1939; Leiter der Abteilung Medizin in der Universitätverwaltung der FU Berlin. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Aus- und Weiterbildung medizinischer Berufe. Struktur- und Entwicklungsfragen des Gesundheitswesens, insbesondere der Hochschulmedizin; Modellversuche »Praktisches Studienjahr im Medizinstudium« und »Entwicklung eines dreijährigen Studiengangs für Lehrkräfte von Medizinalfachberufen«. Seit 1970 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift *Das Argument.*

Schäfer, Roland, geb. 1951; M.A., Studienassessor z.A., Hausmann, Taxifahrer, Dozent in der Erwachsenenbildung; Arbeitsgebiete: Sozialgeschichte, Medizinsoziologie, Sozialpsychologie; Veröffentlichungen: Stichwort 'Bewußtsein' im Handwörterbuch der Psychologie (1980).

Skroblies, Harald, geb. 1938; seit 1977 selbständiger Apotheker in der Apotheke am Gesundheitszentrum, Riedstadt. Besonderes Interesse für Strukturprobleme des Gesundheitswesens. Mitherausgeber der Zeitschrift »Demokratisches Gesundheitswesen«. Mitglied in der SPD und ÖTV.

Stratmann, Wolfgang, Dr.med., geb. 1947; Mitglied in der ÖTV seit 1976, Mitarbeit im BGÄ (Bund gewerkschaftlicher Ärzte) in der ÖTV.

Gesundheitstag Ulm, 21. bis 23. November 1980

Der Ulmer Gesundheitstag wurde von der ÖTV Ulm, vom DGB Neu-Ulm, der Volkshochschule Ulm und einem Arbeitskreis Alternative Medizin veranstaltet. Während der zentrale Gesundheitstag im Mai 1980 in West-Berlin nicht zuletzt vom Kontrast zum gleichzeitig stattfindenden offiziösen Deutschen Ärztetag lebte, ging es den Ulmern um die Aufnahme der Debatte vor Ort. Angesprochen werden sollten die Ulmer Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Ulmer Bevölkerung.

Über die Sensibilisierung für teilweise unzumutbare Arbeitsbedingungen und deren Folgen für die Kranken hinaus ging es um die Möglichkeiten, sofort und unmittelbar am Arbeitsplatz für Abhilfe zu sorgen. In die gleiche Richtung zielte der Film »Dienen und Verdienen«, der sich befaßt mit dem weiblichen Rollenverhalten der Krankenschwestern und dessen planmäßiger Ausnutzung, mit den hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen bei gleichzeitig mangelndem Arbeitnehmerbewußtsein und den Folgen des Schichtdienstes für das Pflegepersonal (»Desozialisierung«). Die ÖTV-Betriebsgruppe Uniklinik Ulm führte dazu ein Theaterstück auf: »Krankenhausrevue - reale Szenen aus einem irren Alltag«. Die Auseinandersetzung mit der Schulmedizin wurde mit einem Referat über »biologisch-dynamische Heilverfahren« bestritten, das sich bemerkenswerter Zustimmung erfreute - was Wunder im schwäbischen Homöopathie-Musterländle? »Die Rolle der Pharma-Industrie« wurde in einer kleineren Podiumsdiskussion verhandelt, die dem klassischen Argumentationsraster folgte: Pharma-Vertreter bestreitet Präparate-Überangebot, Kritiker legen die konkreten Zahlen vor. Kritiker verweisen auf z.T. maßlose Indikationen, entsprechende Verordnungsflut und ruinöse Kosten, Pharma-Vertreter auf Therapiefreiheit und Eigenverantwortung der Ärzte. Kritiker stellen die Berechtigung der Arzneimittel-Dominanz in Frage, Pharma-Vertreter verbarrikadiert sich hinter wissenschaftlichem Konsens bezüglich der Pharma-Überlegenheit usf. Was die Zuhörer von diesem Schlagabtausch hielten, ergab sich aus der Frage eines Studenten, wie sich die Anzahl von 326 Präparaten der Firmengruppe Boehringer Ingelheim, für die der Pharma-Vertreter sprach, vertrüge mit der Gesamtzahl von 216 Arzneimitteln auf der Liste unentbehrlicher Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation.

Sigurd von Ingersleben (Berlin/West)

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialberufe

neu

Kommentar

von Annette Schwarzenau

Schwerpunkt: Krankenpflege

5/81

Krankenpflege: Was ist das eigentlich?
Alltag: Funktionspflege funktioniert nicht
Erinnungen.
Pflege in der Psychiatrie oder Mut zum Konflikt
Aktionsplan zur Veränderung der Krankenpflegeinhalte.
Segensreiche Intensivstation.
Krankenpflegeausbildung braucht einen neuen qualitativen Ansatz.

Krankenpflege verkümmert zu bloßer Verwaltung des Mangels, zu braver Erfüllung ärztlicher Anordnung. Gibt es da überhaupt noch Platz für ein eigenständiges Berufsbild?

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN" erscheint zweimonatlich
Der Abonnementspreis beträgt 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandgebühr. Das Einzelheft kostet 4,00 DM.

Zu bestellen über:

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 364051

ARGUMENT-SONDERBÄNDE (AS)
Die Taschenbuch-Reihe im ARGUMENT-Verlag

AS 1/1 Argument-Reprint 1-17
AS 1/2 Argument-Reprint 18-21
AS 2 Gewerkschaftsbewegung in Westeuropa
AS 4 Entwicklung u. Struktur des Gesundheitswesens/Soziale Medizin V
AS 5 Hanns Eisler
AS 6 Zur Theorie des Monopols/Staat und Monopole I
AS 7 Projekt Automation und Qualifikation I: Automation in der BRD
AS 8 Jahrbuch für kritische Medizin 1
AS 9 Gulliver 1, Deutsch-Englische Jahrbücher
AS 10 Massen/Medien/Politik
AS 11 Brechts Tui-Kritik
AS 12 Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen/Soziale Medizin VII
AS 13 Kritik der Frankreichforschung. Handbuch
AS 14 Humanisierung d. Lohnarbeit? Zum Kampf um d. Arbeitsbedingungen
AS 15 Kritische Psychologie II
AS 16 Probleme d. materialistischen Staatstheorie/Staat u. Monopole II
AS 17 Jahrbuch für kritische Medizin 2
AS 19 Projekt Automation und Qualifikation II: Entwicklung der Arbeit
AS 20 Argument-Register 1970 — 1976 und Autorenregister 1959-1976
AS 21 Reformpädagogik und Berufspädagogik: Schule und Erziehung VI
AS 22 Gulliver 3: USA im Jahre 201
AS 23 Massen/Kultur/Politik
AS 24 Angewandte Musik 20er Jahre
AS 25/26 Habermas - Darstellung und Kritik seiner Theorie, v. B. Tuschling
AS 27 Jahrbuch für kritische Medizin 3
AS 28 Forum Kritische Psychologie 3
AS 29 Gulliver 4: Die roten 30er Jahre
AS 30 Soziale Medizin VII
AS 31 Projekt Automation u. Qualifikation III: Theorien über Automationsarbeit
AS 32 Gesellschaftsformationen in der Geschichte
AS 33 Gulliver 5: Englisch/Unterrichts- und Studienreform
AS 34 Forum Kritische Psychologie 4
AS 35 Alternative Wirtschaftspolitik 1: Methodische Grundlagen
AS 36 Stamokap-Theorie/Staat und Monopole III
AS 37 Jahrbuch für kritische Medizin 4
AS 38 30 Jahre Bildungspolitik: Schule und Erziehung VII
AS 39 Gulliver 6: Shakespeare inmitten der Revolutionen
AS 40 PIT: Theorien über Ideologie
AS 41 Forum Kritische Psychologie 5
AS 42 Musik 50er Jahre
AS 43 Projekt Automation und Qualifikation IV: Automationsarbeit: Empirie 1
AS 44 Eurokommunismus und marxistische Theorie der Politik
AS 45 Frauenformen. Alltagsgeschichten und Theorie weiblicher Sozialisation. Herausgegeben von Frigga Haug
AS 46 Gulliver 7: Literatur und Politik in Irland. Sean O'Casey