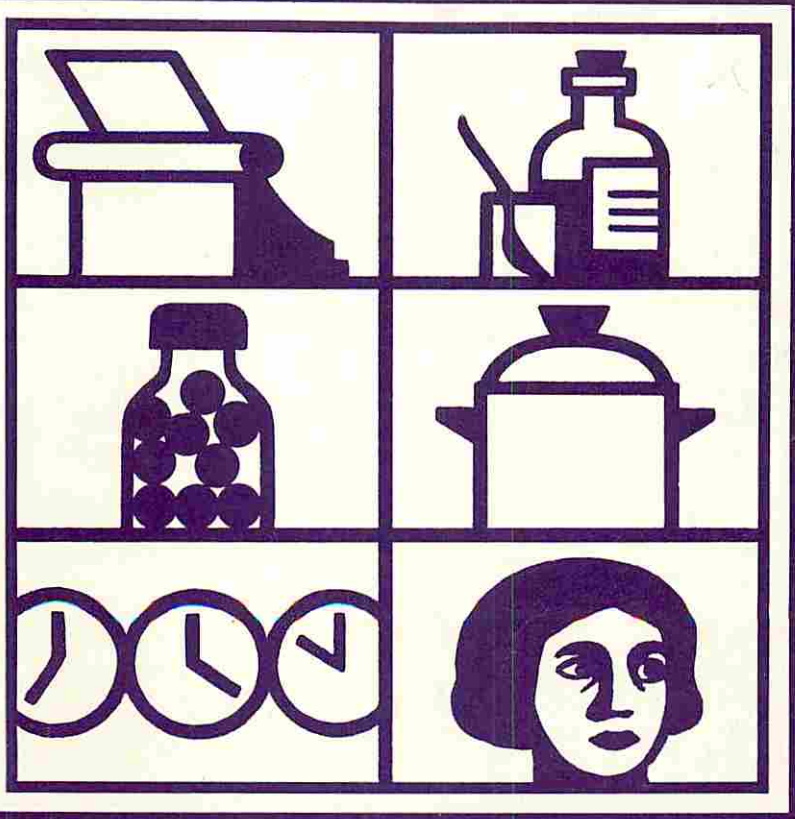


ARBEIT FRAUEN GESUNDHEIT

Redaktion dieses Bandes

Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Dr. med. Dieter Borgers, Petra Botschafter, Dr. med. Claus Garbe, Dr. med. Marianne Engelhardt-Schagen, Dr. med. Christian Gaedt, Dr. med. Barbara Nemitz, Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Dr. med. Udo Schagen

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Seit 1970 machen wir kritische Medizin im *Argument*. Was wir zunächst als »Kritik bürgerlicher Medizin« begannen, haben wir ab 1972 unter dem programmatischen Titel »Argumente für eine soziale Medizin« weiterentwickelt. Mit unserer Arbeit wuchsen die Aufgaben: Wir schufen 1976 zusätzlich das »Jahrbuch für kritische Medizin« als ein breites Diskussionsforum für konstruktive Kritik am hiesigen Gesundheitswesen. Es sollte helfen, die Festgefahrenheit und den Provinzialismus hierzulande üblicher Auseinandersetzungsformen um die Medizin zu überwinden.

Die Existenz zweier Reihen stiftete Verwirrung unter den Lesern. Wir beschlossen daher, ab 1983 alle unsere Bände unter dem einheitlichen Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« erscheinen zu lassen. In dieser Reihe bringen wir pro Jahr einen *Themen-Band* heraus (wie z.B. AS 64 »Prävention« oder AS 77 »Alternative Medizin«) sowie ein *Jahrbuch für kritische Medizin*. In jenem bemühen wir uns ebenfalls um eine Schwerpunktsetzung, wollen aber zugleich den Charakter eines Diskussionsforums erhalten, weshalb wir auch Aufsätze außerhalb des Schwerpunktes aufnehmen.

Die Reihe »Kritische Medizin im Argument« erscheint somit jährlich mit zwei Bänden und kann als solche abonniert werden.

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1983, Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten.
Argument-Verlag, Altensteinstraße 48a, 1000 Berlin 33, Telefon 030/831 40 79;
Argument-Vertrieb, Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65; Telefon 030/461 90 61.
Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgarten und Hans Förtsch.
Satz: Schöbel Fotosatz, Bovenden — Druck: alfa-druck, Göttingen.
1.-3. Tsd. 1983.

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jahrbuch für kritische Medizin. - Berlin: Argument-Verlag
(Das Argument: Argument-Sonderbd.; ...)
ISSN 0341-0943

Bd. 9 → Arbeit, Frauen, Gesundheit

Arbeit, Frauen, Gesundheit / mit Beitr. von Gerhard Baader ... -
2. - 3. Tsd. - Berlin: Argument-Verlag, 1983.
(Jahrbuch für kritische Medizin; Bd. 9) (Das Argument:
Argument-Sonderbd.; AS 107)
ISBN 3-88619-107-9
NE: Baader, Gerhard [Mitverf.]; Das Argument / Argument-Sonderband

Inhalt

Editorial 5

Arbeit und Gesundheit

Horst Czock
Arbeit und Gesundheit als Thema im Bildungsurlaub 7

Sabine Bartholomeyczik
Was kann sozialmedizinische Forschung zum Gesundheitszustand von Frauen sagen? 16

Sybille Ellinger und Wilfried Karmaus
Arbeitsbedingungen und degenerative rheumatische Erkrankungen. Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten 28

Eva Bamberg und Gisela Mohr
Psychischer Streß unter der Lupe. Eine Untersuchung mit Industriearbeitern 49

Ideologie und Wirklichkeit patientenzentrierter Pflege

Lothar Kabus
Entmündigung der Krankenpflege — die Formel von Virginia Henderson 61

Vera Pfeil-Schley
Ambulante Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen..... 75

Militär- und Katastrophenmedizin

Gerhard Baader
Militarisierung des Gesundheitswesens im Nationalsozialismus und heute 85

Robert Pfeiffer
Triage in Militär- und „Katastrophenmedizin" 94

Diskussion

zu E. Göbel und U. Schagen in Jahrbuch für kritische Medizin 8, AS 86

Eberhard Göpel
Gesundheitsbewegung wohin? Beitrag zur Fortsetzung einer Diskussion 108

Fortsetzung zu I. Kickbusch in „Alternative Medizin", AS 77

Barbara Nemitz, Birgit Jansen, Sabine Bartholomeyczik
Für einen theoretischen Streit um Klasse, Geschlecht und Körper 123

Gerald Mackenthun
Depression als Krankheit 125

Wolfgang Stark
Bemerkungen zur Debatte 128

Heiner Keupp
Depression bei Frauen — im Kontakt der sozialepidemiologischen Forschung 131

zu Ch. Gaedt in Jahrbuch für kritische Medizin 7, AS 73

Michael Wunder
Die Anstalt — ein Ort zum Leben? Gedanken zur linken Wiederentdeckung der Vorteile von Großeinrichtungen .. 142

Christian Gaedt
Die Anstalt ist kein Ort zum Leben — Erwiderung 154

Über die Autoren 168

Editorial

Mit dem Schwerpunkt *Arbeit und Gesundheit* greifen wir im neunten Jahrbuch ein schon klassisches Thema der Reihe *Kritische Medizin im Argument* (früher auch Argumente für eine soziale Medizin) auf. Ist Arbeit Voraussetzung und Bedingung menschlichen Lebens, so sind die Bedingungen, unter denen Arbeit bei uns stattfinden kann, gleichzeitig Voraussetzung von Krankheit. Über den Zusammenhang stellen wir Untersuchungsergebnisse und Analysen seit 1971, dem zweiten Heft der Medizinreihe zur Verfügung. *Czock* berichtet über das Thema als Gegenstand gewerkschaftlicher Bildungsarbeit und betrieblicher Handlungsmöglichkeiten. *Bartholomeyczik* unterzieht die Erhebungsinstrumente sozialmedizinischer Wissenschaft der Kritik, da sie die besondere Lebenslage der arbeitenden Frau unberücksichtigt lassen und daher nur entsprechend mangelhafte Ergebnisse erlauben. *Ellinger/Karmaus* untersuchen das Entstehen rheumatischer Erkrankungen bei Frauen in Text-/Datenverarbeitung und Sachbearbeitertätigkeit und berichten u.a. von dem Ergebnis, daß Autonomie in der Arbeit bzw. Veränderungsmöglichkeiten der eigenen Stituation offensichtlich protektive Wirkung haben.

Mit den Aufsätzen von *Kabus* und *Pfeil-Schley* wird der Diskussionsschwerpunkt des letzten Jahrbuchs — *Pflege und Medizin im Streit* (AS 86) — weitergeführt, diesmal am zentralen Begriff der „patientenzentrierten Pflege", der *Hendersonschen* Formel und ihrer Defizite, sowie mit einem Bericht aus der Praxis einer Hamburger Sozialstation. — *Baader* und *Pfeiffer* geben Informationen zu den uns besonders beschäftigenden Aspekten der Friedensdiskussion, der *Militarisierung des Gesundheitswesens* und der *Triage in der Katastrophenmedizin.* — Der von *Abholz* und *Borgers* im Sonderband *Alternative Medizin (AS 77)* begonnenen Diskussion *der Thesen Kickbuschs* zur *Depression bei Frauen* wird von *Mackenthun, Nemitz, Stark,* und *Keupp* erwidert, wobei die Nützlichkeit dieser Diskussion von den Redakteuren des Bandes durchaus kontrovers eingeschätzt wird. — Der Diskussionsprozeß, in dem die Themen dieses Jahrbuchs stehen, wird auch deutlich durch das Aufgreifen zweier weiterer Themen, der *Perspektiven der Gesundheitsbewegung* duch *Göpel* (s. auch AS 86) und der *Fragwürdigkeit und Bedeutung von Anstalten* in einer menschlichem Leben feindlichen Gesellschaft durch *Wunder* und *Gaedt* (s. AS 73).

1984 werden in der Reihe *Kritische Medizin im Argument* wieder ein Jahrbuch und ein Themenband erscheinen. Die Schwerpunkte

sollen sich mit den Fragen „Was ist Gesundheit?" und „Wie teuer ist uns die Gesundheit?" beschäftigen:

Was ist Gesundheit? bedeutet gleichzeitig die Frage nach den Krankheitsursachen, dem Verhältnis von Ökologie und Gesundheit, dem Lebensstil, der Ernährung einschließlich des Konsums von Genußmitteln und den „Zivilisationskrankheiten", den Auswirkungen von Medikalisierung und immer wieder dem Einfluß der Arbeit, des Arbeitsplatzes auf Krankheit und Gesundheit.

Wie teuer ist uns die Gesundheit? ist die Frage nach dem Verteilungskampf um den staatlichen Haushalt, aber auch innerhalb des Gesundheitswesens, nach Gesundheitspolitik als Kostenreduzierung und ihrer Auswirkung auf die einzelnen Bereiche, etwa die Behinderten und die Armen. Wie geht es dabei den medizinischen Industrien, wer verdient wie am Gesundheitswesen? Aber auch, was ist dem Einzelnen seine Gesundheit „wert", was tut er dafür, was kann er dafür tun? Kann mit mehr Prävention gespart werden, wer spart was? Was bedeuten auf dem Hintergrund der „Wende" heute die Begriffe Selbsthilfe, Selbstbeteiligung, Befindlichkeitsstörung, dasselbe, wie noch vor wenigen Monaten?

Wir können diese Fragen nur mit den Lesern als Autoren beantworten! Wir warten auf Exposés zum Thema, bitte bald!

Eine letzte Anmerkung: auch wer kein Exposé zu einem Aufsatz schicken kann oder will, möge uns schreiben. Was fehlt in unseren Bänden? Was ist eher überflüssig, weil anderswo auch, sogar besser behandelt? Welchen Themen sollen wir mehr Raum geben? Was nützt den Lesern zu ihrer eigenen Arbeit am meisten? Jeder von uns Redakteuren hat den Horizont seiner beruflichen, seiner politischen Arbeit. Wir brauchen eine breitere Rückmeldung, wir brauchen mehr und aktive Leser. Wir hoffen auf viele Antworten!

Horst Czock

Arbeit und Gesundheit als Thema im Bildungsurlaub

„Das kennen wir ja schon. Geht man auf Bildungsurlaub, da sind dann immer Leute, die einem sagen, daß man was ändern soll. Geht aber nicht. Haben wir versucht. Ging schief." So ein Mechanikerlehrling während eines Bildungsurlaubs den wir zum Thema Arbeit und Gesundheit durchgeführt haben. Die 14 Auszubildenden kamen aus Metallberufen. Die Teamer (Werkzeugmacher, Ärztin, Betriebsrat, Sozialpädagoge) waren Mitglieder des Arbeitskreises Arbeit und Gesundheit (1) im Laden 19, der mit der Volksuni und der Ev. Industriejugend Berlin zusammenarbeitet.

Wir haben beobachtet, daß die Teilnehmer nicht etwa unwissend, unmotiviert und passiv sind, sondern ein Wissen von den Belastungen haben, denen sie im Arbeitsprozeß ausgesetzt sind. Sie sind motiviert zum Handeln im Rahmen der von ihnen gesehenen Möglichkeiten. Sie haben das Ziel, ihre Lage zu verbessern oder zumindest erträglich zu machen. Zugleich aber ist ihr Wissen bruchstückhaft. Sie deuten ihre Lage häufig so, daß ihre Motivation ohne große Perspektive und ihr Handeln begrenzt bleibt. Betriebsnahe Bildungsarbeit muß so geschehen, daß die Arbeitenden die Begrenztheit ihres Wissens erkennen und sich im Interesse der Erweiterung ihrer Handlungsfähigkeit neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Perspektiven aneignen. Diese Bildungsarbeit wird sich an der Lebenspraxis der Arbeitenden orientieren müssen, damit die Nützlichkeit von neuen Kenntnissen bzw. die Veränderung von Haltungen und gegebenenfalls ihre Erprobung, für die Teilnehmer überprüfbar sind.

Wie sprechen die jungen Kolleginnen und Kollegen über ihre Arbeit? Wie deuten sie ihre eigene Lage hinsichtlich Arbeit und Gesundheit? Was hindert sie und wie hindern sie sich am Handeln?

Jürgen über seine Lebensperspektive: „Dreißig Jahre muß man in der Werkstatt vor sich hin faulen. Da muß jeder sehen, was er kriegt. Alle zwei Monate eine Woche krankfeiern. Was sollst du sonst machen? Das ist zwar nur ein Notventil, es ändert nichts. Aber es kommt doch darauf an, daß du keine Macke kriegst." Mit seinen achtzehn Jahren scheint für Jürgen alles klar. Sein Platz im Leben ist festgelegt. Er geht, ja, er muß in die Werkstatt. Dort lebt er nicht etwa, er fault vor sich hin. Kein Gedanke daran, daß die Beziehungen zu den Kollegen ihm etwas geben könnten, daß die Arbeit für ihn eine Herausforderung und eine persönliche Entwicklungsmöglichkeit sein könnte. Die gegenwärtige Situation erscheint ihm unerträglich, eingreifendes und veränderndes Handeln ist nicht seine Perspektive.

So wie der Fäulnisprozeß das Ende des Lebens anzeigt, so ist die Arbeitszeit keine Lebenszeit sondern tote Zeit. Arbeit ist nicht Leben. Nicht-Arbeit ist Leben. Da Krankheit Nicht-Arbeit ist, muß man eben krankfeiern, um leben zu können.

Christine ist gegen Jürgens Überlebensstrategie, die das Schwere lediglich erträglich macht. Sie hat Ansprüche an die Arbeit: „Man muß doch so arbeiten, daß man gar nicht erst eine Macke kriegt." Die Arbeit selber soll so sein, daß man nicht vor sich hinfault und nicht krankfeiern muß, um leben zu können. In ihrer Aussage ist offenbar die Vorstellung enthalten, daß die Arbeit so oder auch anders sein kann, daß sie jedenfalls kein Naturgesetz ist. Christine, eine gewerkschaftlich engagierte Hausbesetzerin, will sich Kenntnisse aneignen, die Bedingungen für eingreifendes Handeln kennen. Sie hat die Veränderungsansprüche theoretisch, scheitert aber in der Praxis. Sie kriegt die Bewegungen nicht zusammen: Bei ihren Freunden kommt das Thema betriebliche Arbeit kaum vor und bei ihren Arbeits- und Gewerkschaftskollegen stoßen ihre Vorstellungen von einem sinnvollen Leben auf Unverständnis.

Norbert will die Ausbildungszeit möglichst schnell und ohne Probleme hinter sich bringen. Für ihn ist seine Existenz als Lehrling und Facharbeiter nur ein Durchgangsstadium.„Ich werde Techniker. Ich muß nur erst den Schein (Facharbeiterprüfung) haben". Die Welt ist so wie sie ist. Und selbst, wenn sie veränderbar wäre, ist es für ihn gleichgültig. Denn erstens ist der unangenehme Teil dieser Arbeitswelt nur ein Durchgangsstadium, dieser Teil hat für ihn nur eine instrumentelle Bedeutung, er hat ihn zu absolvieren, nicht zu verändern und zweitens kann er ja tatsächlich handeln. Er kann durch individuelle Anstrengung wirklich Techniker werden. Da er diese Möglichkeit des individuellen Aufstiegs mit solcher Sicherheit anstrebt, kann man wohl vermuten, daß er diese Möglichkeit des Umgehens mit der Wirklichkeit für weitaus realistischer hält als Vorstellungen von kollektivem Handeln und gesellschaftlichen Veränderungsmöglichkeiten.

Martin denkt daran, daß bei zu großen Ansprüchen der Arbeitenden an ihre Arbeit, hohe Kosten auf die Unternehmer zukommen. „Wir kriegen doch noch mehr Arbeitslosigkeit, wenn wir solche Ansprüche stellen."

Helmut sieht die Verantwortung beim Staat. „Er soll die Gesetze ändern." Andererseits erwartet er vom Staat nicht zuviel. „Es sollte etwas geändert werden, was man nicht ändern kann, bei der gegenwärtigen Lage der Wirtschaft."

Martin denkt daran, daß bei zu großen Ansprüchen der Arbeitenden an ihre Arbeit, hohe Kosten auf die Unternehmer zukommen.

„Wir kriegen doch noch mehr Arbeitslosigkeit, wenn wir solche Ansprüche stellen."

Helmut sieht die Verantwortung beim Staat. „Er soll die Gesetze ändern." Andererseits erwartet er vom Staat nicht zuviel. „Es sollte etwas geändert werden, was man nicht ändern kann, bei der gegenwärtigen Lage der Wirtschaft."

Martin verbietet sich das Handeln, indem er sich den Kopf der Unternehmer zerbricht. Er denkt „gesamtgesellschaftlich". Ein berechtigter Anspruch, die Gesundheit in einem größeren Zusammenhang zu sehen. Martin verwirft seine Ansprüche nicht, er hält an ihnen fest, meint jedoch für ihre Realisierung einen bestimmten Rahmen zu benötigen. Er spricht aus, was die Menschen massenhaft denken und was tatsächlich gewerkschaftliche Politik ist. Seine abstrakte Einsicht in Veränderungsmöglichkeiten wird nicht praktisch. Es ist schon ein Dilemma. Für den einen können die Arbeiter wegen der wirtschaftlichen Lage nicht handeln, für den anderen kann, aus dem gleichen Grunde, der Staat nichts tun. Demnach könnten also immer nur die Unternehmer handeln.

Jürgen hat gegenwärtig eine stupide Tätigkeit. „Sechs Löcher in ein Werkstück bohren und dann Gewindeschneiden. Und dann laufen ständig Idioten in der Werkstatt rum. Man wird kontrolliert und vollgesülzt. Wegen der Rangordnung wird man gezwungen, gegen die eigene bessere Einsicht zu handeln."

Helmut hat bei den Vorgesetzten eine Veränderung nach dem letzten Bildungsurlaub festgestellt. „Stinkfreundlich waren die nach dem letzten Bildungsurlaub, wie beim Psychiater. Aber dann hat sich doch nichts geändert im Betrieb, weil alle, die nicht beim Bildungsurlaub waren, alles wieder kaputtmachen."

Manfred sagt: „Nicht der Mensch zählt im Betrieb, sondern die Funktion, die Position, die er hat. Die Produktion geht vor. Wenn man sich dagegenstellt, gibt es Schwierigkeiten. Man muß Leistung bringen."

Eberhard ist für eine Änderung der Lohnform. „Man wird durch den Akkord gegenseitig aufgehetzt. Die Arbeiter konkurrieren untereinander." Außerdem: „Die Vorarbeiter und Meister machen Druck. In Einzelgesprächen wird vermittelt, daß man besser als die anderen ist oder, daß man nur durch die anderen runtergezogen wird. Dann ist da der Gegensatz von Akkord- und Zeitlöhnern." Angesichts von Massenentlassungen im Betrieb kam es auch zu Versetzungen von Kollegen in andere Betriebsteile. „Die Kollegen haben sich nicht abgesprochen. Die Familienväter zittern und halten sich raus. Ich mache mir da nichts draus. Wir sollten im anderen Werk die gleiche Beschäftigung, einen eigenen Raum und weiter Zeitlohn

bekommen. Aber die alte Truppe bleibt nicht zusammen, man kommt in eine neue Kolonne. Sie haben uns einzeln rübergeholt und vollgequatscht. Meine neue Arbeit ist praktisch Anlerntätigkeit. Die da können mit einem machen, was sie wollen."

Die Rangordnung, die Hierarchie unter den Arbeitenden, scheint für viele ein großes Problem zu sein. Wegen der Funktion, die die Vorarbeiter und Meister bei der Aufrechterhaltung der kapitalistischen Ordnung im Betrieb haben, vermitteln diese erfahrenen älteren Kollegen nicht ihre Arbeits- und Gesundheitserfahrungen an die Jüngeren. Wie kommen die Erfahrungen zu den Jüngeren? Was tun, damit die Rangordnung im Betrieb die Jüngeren nicht von den Erfahrungen der Älteren abschneidet?

Man wird aufgehetzt. Wegen der Lohnform und der familiären Verpflichtungen konkurrieren die Kollegen untereinander, und wenn das nicht reicht, werden sie noch durch Einzelgespräche gegeneinander ausgespielt. Und sollte es dennoch eine gute, solidarische Gemeinschaft unter den Arbeitenden geben, so wird bei betrieblichen Veränderungen, wie Eberhard berichtet, darauf geachtet, daß „die alte Truppe nicht zusammen bleibt."

Er meint auch: „Was in der Arbeit kaputt macht, ist das Mißverhältnis von Arbeit und Freizeit. Krank macht die Unausgewogenheit dieser Bereiche. Es gibt keine genauen Grenzen, wo Krankheit anfängt. Die Belastung ist umso größer, je weniger die Tätigkeit Spaß macht." Jürgen widerspricht: „Es geht nicht um eine neue Einteilung der Lebensbereiche, sondern daß man allgemein einen größeren Freiraum hat."

Axel meint, daß unser Lebensstandard davon abhängt, daß jemand an den krankmachenden Arbeitsplätzen arbeitet. Robert, der sagt, daß er einen falschen Beruf ergriffen habe, und daß er eigentlich lieber Arzt werden möchte, bestätigt: „Irgendeiner muß doch die Scheißarbeit machen. Bestimmte Leute wollen gar keine andere Arbeit." Axel fährt fort: „Hinter den naturhaft erscheinenden Arbeitsbedingungen stecken wirtschaftliche Entscheidungen. Die da haben das Geld. Wenn wir zusammenhalten würden, würden die blaß aussehen."

Gespräch mit einem Personalrat über betriebliche Handlungsmöglichkeiten

Herbert, Personalrat in einem Betrieb, aus dem ein Teil der Bildungsurlaubsteilnehmer kamen, hatte die Kollegen auf den Bildungsurlaub hingewiesen und sie bei der Durchsetzung ihrer Freistellung unterstützt.

Er berichtet über Probleme aus dem Bereich Arbeit und Gesund-

heit mit denen der Personalrat in der letzten Zeit zu tun gehabt hat. Es wurden Zulagen für Auszubildende, die im Chemielabor mit gefährlichen Arbeitsstoffen umgehen müssen, durchgesetzt. Außerdem gibt es endlich Sicherheitsschuhe in der Mechanikerwerkstatt. Das zur Zeit größte Problem besteht aber darin, daß es in einem Labor drei Krebsfälle (Leberkrebs und Luftröhrenkrebs) bei Kollegen gegeben hat, die mit Benzol gearbeitet haben. Diese Fälle werden zur Zeit vom Arbeitssicherheitsausschuß daraufhin untersucht, ob tatsächlich ein Zusammenhang zwischen diesem gefährlichen Arbeitsstoff, von dem bekannt ist, daß er Krebs erzeugen kann, und diesen konkreten Erkrankungen besteht.

Im Ausbildungsbereich gibt es einen hohen Krankenstand. Bei einer von der Betriebsleitung geführten Statistik über Krankmeldungen hat sich herausgestellt, daß die meisten nur wenige Tage dauern, jedoch gehäuft am Freitag und Montag vorkommen. Der Personalrat hält dies für eine verständliche Verweigerungshaltung gegenüber den Arbeitsbedingungen in der Werkstatt. Dennoch hält er dies Verhalten der Kollegen für keine gute Lösung, weil dadurch viel an notwendiger Auseinandersetzung in der Arbeit verloren gehe.

Herbert erzählte, daß er früher im Georg-von-Rauch-Haus, einem selbstverwalteten Jugendzentrum, gelebt hat. Durch das Organisieren ihres gemeinsamen Lebens, durch ihre politischen Aktivitäten, haben sie höhere Ansprüche an die Arbeit entwickelt. Sie haben den Arbeitstag nicht mehr als etwas Gegebenes und Unveränderbares hingenommen, im Sinne von „da mußt du durch!". Helmut: „Wie habt ihr denn die Arbeit verändert?" Herbert: „Wir haben überwiegend in Großbetrieben gearbeitet. Dort haben wir Jugendgruppen gebildet, Betriebszeitungen gemacht und über unsere Rauchhauserfahrungen gesprochen. Zunächst stießen wir auf Ablehnung. Schließlich ist es aber doch zu einem anderen Verhältnis der Kollegen untereinander, zu einem Abbau von Konkurrenz und Anmache gekommen." Helmut, der vom Staat eine Veränderung von Gesetzen fordert, diese jedoch unter den gegebenen wirtschaftlichen Verhältnissen für nicht realisierbar hält, meint: „Ihr habt die Arbeit nur gefühlsmäßig verändert. Da hat sich nicht echt was geändert. Echte Veränderung wäre für mich, wenn wir Gleitzeit haben dürften. Echte Veränderung ist für mich nicht, ein gutes Klima mit Leuten zu haben, die ich nicht leiden kann."

Herbert hat immer wieder die Erfahrung gemacht, daß er nur wenig bewirken kann, wenn die Kollegen in der Werkstatt nicht selber Druck machen. Um das gemeinsame Handeln zu verhindern, wenden die Vorgesetzten viele Mittel an. So haben sie z.B. den Auszubildenden gleich gedroht, ihnen bestimmte Vergünstigungen, wie Be-

triebssport oder Erlaubnis zu Privatarbeiten zu streichen, als Herbert sie einmal lediglich über ihre Rechte informierte. Heini bestätigt: „Deswegen sind die Ausbilder auch immer gegen Bildungsurlaub bei der Gewerkschaft oder der Evangelischen Industriejugend, weil da immer gesagt wird, daß man gemeinsam handeln muß."

Zum Krankenstand in der Ausbildungswerkstatt meint Heini: „Ein wichtiger Grund ist die Massenproduktion, wenn z.B. jemand zwei Wochen Bleche schleifen muß. Man kann genau sehen, der und der hat die und die Arbeit - am nächsten Tag fehlt er, weil ihm die Arbeit zu stupide ist. Keiner will was ändern, weil dadurch vielleicht mehr Nachteile als Vorteile entstehen." Andi: „Man könnte langsamer arbeiten und die Arbeit durch Pausen spannender machen." Richard: „Man könnte sich bei den stupiden Arbeiten ablösen, geht aber nicht, weil nicht alle Lehrlinge alle Arbeiten können. Man könnte es sich aber gegenseitig erklären. Dazu müßtest du dir aber die Barrieren abbauen. Da habe ich keinen Bock dazu." Andi: „Warum sollte mir auch jemand helfen beim Blecheschleifen, wenn er es nicht muß?" Bernd: „Verstehe ich nicht. Einerseits wißt ihr Lösungswege und daß alle etwas tun müßten, gleichzeitig sagt ihr, daß es nicht geht, weil jeder zweite Lehrling blöd im Kopf ist und es tierische Barrieren gibt." Barbara: „Ein gutes Verhältnis der Kollegen untereinander wäre nicht nur Gefühlssache, sondern könnte etwas verändern, wäre materielle Gewalt." Bernd: „Man könnte sich mal in der Pause mit den Kollegen treffen oder in der Berufsschule."

Gespräch mit einem Personalratsvorsitzenden und einem Vertreter des Arbeitssicherheitsausschusses

Nach einem Rundgang durch den Betrieb, aus dem ein Teil der Bildungsurlaubsteilnehmer kam, sprachen wir mit dem PRV und einem Vertreter des ASA.

Für sie ist „Arbeit und Gesundheit" überwiegend ein rechtliches Probelm. Ihr Betrieb gehört zum öffentlichen Dienst. Das Arbeitssicherheitsgesetz sieht vor, daß Arbeitssicherheitsingenieure die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften überwachen. Immer wieder macht der Personalrat die Erfahrung, daß die Kollegen sich auf die Gesetze verlassen und sich nicht persönlich für die Durchsetzung ihrer Interessen einsetzen.

„Diskutieren sie über Arbeitssicherheit?" wollen wir wissen. Zuständig für die Unterrichtung der Kollegen sind die Laborleiter, wird uns erklärt. Sie sind auch verantwortlich für die Einhaltung der berufsgenossenschaftlichen Laborvorschriften. Von Zeit zu Zeit machen der Sicherheitsingenieur und der Personalrat im Betrieb eine sogenannte Sicherheitsbegehung. Dann werden lange

Mängellisten aufgestellt, zu deren Beseitigung aber oft das Geld fehlt.

„Wenn man eine Verordnung hat, dann kann man hingehen und etwas durchsetzen," sagt der PRV. Manchmal sagt die Unternehmensleitung auch, daß der Vorstoß des Personalrats zwar rechtlich begründet ist, Geld für die Behebung des Mangels aber erst in zwei oder drei Jahren zur Verfügung stehen wird. Zusätzlich zum Sicherheitsingenieur, der für den ganzen Betrieb zuständig ist, gibt es in jeder Abteilung einen Sicherheitsbeauftragten nach der Reichsversicherungsordnung. Der Sicherheitsingenieur, zwei Sicherheitsbeauftragte und zwei Personalräte bilden den Arbeitssicherheitsausschuß.

Zusammenfassend kann man die Haltungen der beiden Kollegen so beschreiben: Man kann nur etwas machen, wenn man etwas machen kann, Und das hängt davon ab, ob man eine rechtliche Grundlage hat. Daß Recht nicht klassenneutral ist, daß Gesetze Resultat von Kämpfen sind und soziale Kräfteverhältnisse widerspiegeln, und daß viel davon abhängt, wie die Kollegen selber tätig sind und in die Kämpfe einbezogen werden, wurde bei unserem Gespräch nicht deutlich. Der PRV beklagt zwar das schlechte Betriebsklima, die Lustlosigkeit der Arbeitenden, ihre Beschäftigung unterhalb ihrer Qualifikation, ihr Desinteresse, macht sich aber keine Gedanken, wie die Motivation zu entwickeln wäre. Der Personalrat fordert, der Arbeitssicherheitsausschuß diskutiert und überprüft, der Sicherheitsingenieur und der Sicherheitsbeauftragte kontrollieren, der Laborleiter unterrichtet. Wann und wo hingegen die Arbeitenden diskutieren, kontrollieren und sich gegenseitig unterrichten und wie dazu die oben genannten Fachkräfte beitragen können, bleibt unklar. Doch: Ohne Einbeziehung der Arbeitenden können Ursachenforschung und Prävention im Bereich von Arbeit und Gesundheit nicht durchgeführt werden.

Gespräch mit einem Betriebsrat

Wolfgang, der als betrieblicher Teamer an dem Bildungsurlaub teilnahm, ist Betriebsrat in einem Berliner Betrieb. Er ist Mitglied in der Arbeitsgruppe Arbeit und Gesundheit. Betriebsrat ist er seit 1977. Er empfindet die Vorschrift des Betriebsverfassungsgesetzes, daß die Betriebsräte vertrauensvoll mit der Unternehmensleitung zusammenzuarbeiten haben, als Behinderung für eine wirksame Interessenvertretung. Anfangs hat er versucht, die Interessen seiner Kollegen so durchzusetzen, indem er der Unternehmensleitung die ökonomischen Vorteile bestimmter Maßnahmen vorrechnete. So hat der Betriebsrat erreicht, daß die Sicherheitsschuhe kostenlos ausgegeben werden. Als es in einer Abteilung zu Ammoniakverätzungen kam, hat er gute Er-

fahrungen damit gemacht, die Probleme betriebsöffentlich darzustellen. Bei den an die Geschäftsleitung gerichteten Forderungen hat er stets eine Kopie des Briefes an die Berufsgenossenschaft und an die Gewerbeaufsicht geschickt. Dies hatte die erstaunliche Wirkung, daß in diesem Bereich seither auf die Einhaltung der Arbeitssicherheit geachtet wurde. Laut Betriebsverfassungsgesetz kann niemand gezwungen werden, an einem gefährlichen Arbeitsplatz zu arbeiten. Trotzdem wehren sich die Kollegen nicht, „Wir halten das aus." Man kann die Geschäftsleitung schlecht zwingen etwas zu verändern, wenn die Betroffenen selbst nichts tun.

Ein Problem bei der betrieblichen Interessenvertretung besteht darin, daß Richtwerte, Grenzwerte, maximale Schadstoffkonzentrationen nicht als ausgehandelter Kompromiß zwischen Staats-Unternehmer- und Gewerkschaftsvertretern erscheinen, sondern als Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit. In Wolfgangs Betrieb wurde eine neue Maschine angeschafft, die in ihrer Lärmentwicklung deutlich unter der alten blieb. Die vorgeschriebene Dezibelgrenze von 85 bedeutet jedoch nicht, daß es gesundheitlich unbedenklich ist, bei 80 oder 75 dB zu arbeiten. Vielmehr ist ab 85 dB die Zahl der Geschädigten so groß, daß es wirtschaftlich nicht mehr vertretbar erscheint.

Die vom Betrieb eingesetzten Sicherheitsbeauftragten in jeder Abteilung wurden in ihrer Arbeit von den Abteilungsleitern behindert bis ihnen der Betriebsrat den Rücken stärkte. Die Sicherheitsbeauftragten und alle anderen Kollegen wurden ermuntert, auf Betriebsversammlungen zu Fragen der Arbeitssicherheit zu sprechen. Wolfgang: „Wenn dann ein Unfall an einer Stelle passiert ist, wo vorher bereits von den Kollegen bzw. vom Arbeitssicherheitsbeauftragten die mangelnde Sicherheit beklagt worden war, dann war der Betriebsleiter ganz klein, und die Arbeitenden waren stark motiviert. Überhaupt sind die Betriebsversammlungen ein ideales Forum, das von den Arbeitenden viel zu wenig für die Diskussion ihrer Interessen genutzt wird. Öffentlichmachung von Konflikten, die Diskussion untereinander sind wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung von betrieblicher Solidarität."

Überlegungen zur Bildungsarbeit

Im Bildungsurlaub sollte die eigne Praxis, Belastungen abzuwehren und die Arbeit positiv zu leben ermittelt, bewußtgemacht und bewertet werden. Die Arbeitenden sind nicht etwa nur diejenigen, die ihre Arbeitsbedingungen bewußtlos, passiv, erleidend hinnehmen. Sie sind immer auch Handelnde. Die Art ihres Handelns muß daraufhin geprüft werden, ob es die unterdrückenden Strukturen stabilisiert

oder nicht. Die Fragen nach dem sogenannten „Krankfeiern", dem „Quatschmachen auf der Arbeit" und den Strategien der Arbeitszurückhaltung führen zu einer erstaunlichen Fülle von Informationen über die schöpferische Kraft der Arbeitenden.

Die Spaltungen unter den Arbeitenden verhindern, daß die Erfahrungen mit Arbeit und Gesundheit weitergegeben werden. Bildungsurlaub kann dazu beitragen, die Erfahrungen von Gruppen zum Erfahrungsschatz aller Arbeitenden werden zu lassen.So könnten z.B. die Jungen ihre älteren Kollegen befragen. Auf Video aufgezeichnet, könnten viele davon lernen.

Wo Männer und Frauen zusammenarbeiten, sollten unterschiedliche Haltungen zur Arbeit und zum eigenen Körper miteinander konfrontiert werden. So könnten vermutlich Frauen den Männlichkeitsfimmel „ein Mann (ein Elektriker, ein Chemielaborant etc.) hält so etwas aus", „Indianer kennt keinen Schmerz", „faules Fleisch muß weg", als das entlarven, was es ist: Nicht Stärke sondern Schwächung der eigenen Gesundheit.

Im Bildungsurlaub müssen konkrete Kenntnisse über arbeitsbedingte Risiken wie z.B. Lärm, Staub, Dämpfe, Chemikalien, Schichtarbeit vermittelt werden. Ferner müssen die Ursachen für Arbeitsunfälle dikutiert werden. Die Geschichte des Arbeitsschutzes, die Zusammenhänge zwischen Arbeit und sozialer Lage, sowie zwischen Arbeit und Volkskrankheiten sind wichtig, um zu begreifen, wo Kapitalinteressen und Arbeiterinteressen unvereinbar sind. Die Teilnehmer sollen im Bildungsurlaub die rechtlichen Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Interessen im Bereich von Arbeit und Gesundheit kennenlernen. Sie sollten Formen betrieblichen Handelns diskutieren, um einerseits die „Spezialisten" (Betriebs- und Personalräte, Sicherheitsbeauftragte und Werksärzte) zu unterstützen und um andererseits selbst die Subjekte des betrieblichen Veränderungsprozesses zu werden.

Monotonie („Blecheschleifen"), soziale Isolierung, Unterforderung, Arbeitsinhalte und Arbeitsorganisation, aber auch die Lebensweise der Arbeitenden müssen als potentielle Krankheitsfaktoren ernster genommen werden, als dies die traditionelle Arbeitsmedizin tut, denn zahlreiche Belastungen äußern sich als Befindensstörung, lange bevor sie von den Ärzten als Schädigung diagnostiziert werden. Dazu müssen die Ansprüche der Individuen an die Arbeit auf dem Hintergrund der Entwicklung der Arbeit diskutiert werden.

Anmerkungen

Der Arbeitskreis Arbeit und Gesundheit will an der betrieblichen Basis Initiativen fördern, die Gesundheitsforderungen artikulieren, Der Arbeitskreis tagt wöchent-

lich, seit 2 Jahren. Nachdem im ersten Jahr dieser Arbeitskreis überwiegend theoretisch gearbeitet hat, ist er seither mit einer Reihe von Veranstaltungen zu betrieblichen Gesundheitsproblemen im Laden 19 der Evangelischen Industriejugend Berlin, auf der Berliner Volksuni und auf dem Deutschen Evangelischen Kirchentag an die Öffentlichkeit getreten. Zur Zeit konzentriert sich der Arbeitskreis auf die Förderung von Arbeitsplatzuntersuchungen durch die Arbeitenden, auf die Koordination der gesundheitspolitischen Aktivitäten der Arbeitskreismitglieder und auf eigene theoretische Schulung. Ferner ist die Durchführung weiterer Bildungsurlaubsseminare geplant, wofür das erste Seminar wichtige Erfahrungen geliefert hat.

Sabine Bartholomeyczik

Was kann sozialmedizinische Forschung zum Gesundheitszustand von Frauen sagen?

Stichworte zur Situation von Frauen in unserer Gesellschaft

Weibliche Berufsarbeit wird vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Arbeitsteilung nach wie vor als Ergänzung zu der des Mannes aufgefaßt. Daraus ergeben sich besondere Benachteiligungen: Frauen konzentrieren sich auf wenige Branchen, Ausbildungsberufe: Über 74% aller weiblichen Erwerbstätigen sind in 12 Berufsgruppen beschäftigt, jede 4. Arbeitnehmerin ist Bürokraft (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1980), 41% der weiblichen Auszubildenden finden sich in 5 Ausbildungsberufen: Verkäuferin, Friseurin, Verkäuferin im Nahrungsmittelhandwerk, Bürokauffrau, Industriekauffrau (Pust et al. 1983). In den typischen Frauenberufen werden die angeblich angeborenen weiblichen Fähigkeiten genutzt: Sozialtugenden wie Disponibilität, Genauigkeit und Anpassungsfähigkeit ebenso wie sensomotorische Fähigkeiten, die in den typischerweise gering bewerteten Frauenberufen mit ausgesprochen repetitiv- monotonen Tätigkeitsmustern in der Industrie gebraucht werden. Aber auch in Berufen mit qualifizierter Ausbildung sehen sich Frauen in die Lage versetzt, nur ein enges Spektrum ihrer beruflichen Kenntnisse anwenden zu können. Der vorwiegend von Frauen besetzte Bürobereich wird einerseits durch Rationalisierungsmaßnahmen stärker arbeitsteiligen und extrem taylorisierten Tätigkeiten zugänglich gemacht. Andererseits drängen im Zusammenhang mit neuen Qualifikationsanforderungen auch mehr Männer in den automatisierten Bürobereich (Karl et el. 1982).

In der Familienarbeit dagegen muß immerwährende, quasi nichts produzierende und unbezahlte Arbeit geleistet werden, die die Reproduktion vor allem der Arbeitskraft des Mannes und die Versorgung möglicher Kinder gewährleisten soll. Die Familienarbeit ist also gesellschaftlich notwendige Arbeit ohne gesellschaftliche Anerkennung. Belohnungsmechanismen werden in den emotionalen Bereich verlagert, auf den eine ausschließlich in der Familie arbeitende Frau dann unabdingbar angewiesen ist. In der Familienarbeit besteht permanente Verantwortlichkeit bei gleichzeitiger Unterordnung unter das Familienoberhaupt.

Sind Frauen sowohl beruflich als auch familiär tätig, dann machen sich die Widersprüche in den Anforderungen noch deutlicher bemerkbar: Während im Beruf ein klarer harter Zeitdruck in Richtung auf produktive Arbeit besteht, ist der Zeitdruck in der Familienarbeit zwar auch drängend vorhanden, darf sich aber z.B. in der Beschäftigung mit Kindern möglichst nicht bemerkbar machen. Dafür ist in der Familienarbeit eine relativ freie Zeiteinteilung möglich, die Aufgaben haben eher einen ganzheitlichen Charakter, verlangen emotionale Betätigung. Während im Beruf Abstraktion von der eigenen Persönlichkeit und Gefühlen gefordert werden. Ansprüche aus dem beruflichen und familiären Bereich scheinen oft nicht vereinbar. Jede Entscheidung in der einen oder anderen Richtung erscheint partiell als falsch, und zwar mit dem Gefühl der eigenen Unfähigkeit und des Verschuldens.

Die Situation der Frauen wurde hier in düsteren Farben geschildert. Sie trifft so extrem nur auf einen Teil von ihnen zu. Vorangig sollen hier auch nicht Gründe für diese gesellschaftliche Lage von Frauen gesucht werden, darüber gibt es bereits ausführliche Analysen.

Es geht vielmehr um die Verdeutlichung der Belastungsstruktur von Frauen, die sich durch die gesellschaftlich übliche, geschlechtsspezifische Arbeitsteilung grundsätzlich anders, vielfältiger und widersprüchlicher darstellt als die von Männern. Wird die Familienarbeit zusätzlich bestimmt durch die Versorgung kleiner Kinder, so steigt sowohl die Arbeitsmenge als auch die psychische Beanspruchung durch die permanente physische und emotionale Anwesenheitspflicht, die allerdings auch stark emotionale Belohnungselemente enthalten kann. Widersprüche und Ansprüche können bei berufstätigen Müttern als extrem hoch eingeschätzt werden. Nicht umsonst werden sie allgemein als doppelt belastet bezeichnet. Annahmen über die Gesundheit berufstätiger Mütter gehen meist dahin, daß sich Belstungen in Krankheiten niederschlagen und auch eine kürzere Lebenserwartung zufolge haben. Belegt sind diese Hy-

pothesen kaum. Totenscheine z.B. geben keinen Aufschluß über die Arbeitsbiographie der Verstorbenen. Morbiditätsstatistiken bezogen auf Erwerbs- oder Familienarbeit bei Frauen gibt es bisher nicht. Einzelne empirische Ergebnisse lassen berufstätige Frauen sogar gesünder erscheinen als Frauen, die ausschließlich Familienarbeit leisten (im folgenden nur noch als Hausfrauen bezeichnet, obwohl berufstätige Frauen in der Regel auch noch Hausfrauen sind).

Empirische Ergebnisse

Die Auswertung von Daten einer epidemiologischen Felduntersuchung in 2 Kleinstädten an der Unterweser (Nordenham und Brake, Hoffmeister et al. 1980) ergab Hinweise auf günstigere gesundheitliche Situationen berufstätiger Mütter im Vergleich zu nicht berufstätigen Müttern (Barthlomeyczik 1982). In der Untersuchung wurden die Probanden im Laufe eines Gesprächs mit einem Arzt/Ärztin gefragt, ob sie schon einmal eine oder mehrere einer Reihe verbreiteter Krankheiten gehabt hätten. In diesem Gespräch waren klärende Nachfragen möglich, so daß die Angaben auch im medizinischen Sinn als hinreichend valide angesehen werden können. In der Tabelle 1 sind die Prozentanteile derer angegeben, die keine bzw. eine oder 2 und mehr Diagnosen angegeben haben, unabhängig von der Art der Krankheit. Verglichen werden berufstätige, verheiratete Frauen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren und Hausfrauen, ebenfalls 30 - 49 Jahre alt, verheiratet, mindestens 1 Kind unter 18 Jahren.

Bei den Hausfrauen finden sich deutlich häufiger Mehrfachdiagnosen. Da die berufstätigen Mütter hinsichtlich allgemeinbildender und schulischer Ausbildung günstiger gestellt sind, wurden die Angaben auch aufgeteilt nach Unterschichtangehörigen und den übrigen Frauen. Hierbei zeigt sich, daß die berufstätigen Frauen der Unterschicht offenbar gesundheitlich größere Probleme haben als die entsprechenden Hausfrauen. Aufgegliedert nach einzelnen Krankheiten (mit einer Prävalenz von mindestens 8%) ergeben sich Schwankungen hinsichtlich der Schichttendenzen, aber die Unterschiede zwischen berufstätigen Müttern und Hausfrauen weisen alle — wenn auch unterschiedlich stark — in die gleiche Richtung (Tab. 2). Außerdem wurden gängige biochemische Blutparameter bestimmt, ein EKG, eine Blutdruckmessung und eine Urinanalyse durchgeführt. Die Befunde jedes einzelnen Probanden wurden als „negativ" (= kein Krankheitsindikator) bzw. „positiv" (= potentieller Krankheitsindikator) eingestuft. Darüberhinaus differenzierte man noch einmal danach, ob die positiven Befunde bereits bekannt waren oder nicht. Hier zeigt sich auch wieder (Tab. 3), daß

bei den Hausfrauen die Gruppe mit negativen Befunden deutlich kleiner ist als bei den berufstätigen Müttern. Auffallend ist bei den Hausfrauen die relativ große Gruppe, deren positive Befunde bisher nicht bekannt waren. Die oben genannten Mehrfachdiagnosen können also nicht unbedingt mit den häufigeren Arztbesuchen erklärt werden.

Weitere Ergebnisse der Nordenham-Brake-Studie, die einzelne Belastungen und das Gesundheitsverhalten mit einbeziehen, lassen kaum Erklärungsmöglichkeiten für die günstigere gesundheitliche Situation der berufstätigen Mütter im Vergleich zu den Hausfrauen zu. Sie zeigen nur, daß die berufstätigen Frauen mehr gemessene Belastungen haben als die Hausfrauen.

In einigen US-amerikanischen Studien fanden sich ebenfalls Ergebnisse (Nathanson 1980, Waldron 1980), die auf eine „bessere Gesundheit" der berufstätigen Frauen gegenüber nicht berufstätigen Frauen hinweisen. Als bisher nicht belegbar taucht immer wieder die Hypothese vom „healthy-worker-effect" auf, d.h. Frauen mit Gesundheitsstörungen geben die Erwerbstätigkeit auf, die Gesunden bleiben übrig. Aus diesem Grunde fänden sich in der Gruppe der Hausfrauen immer mehr Frauen mit krankhaften Befunden als bei den Berufstätigen (Waldron 1980). Dies kann wiederum als Begründung für ein Desinteresse an der Situation der Hausfrauen dienen.

Empirische Daten, die diese Hypothese bestätigen, gibt es nicht. Mir kommt es hier nur auf das Verständnis dafür an, daß die geschilderten Ergebnisse offenbar den Erwartungen widersprechen, die durch die Streßtheorien und Risokofaktorenmodelle hervorgerufen werden, d.h. Menschen mit mehr Belastungen müßten auch mit größerer Wahrscheinlichkeit krank werden als andere. Selbstverständlich wird diese Hypothese nicht nur in dieser Einfachheit verwendet, interagierende und intervenierende Variablen werden berücksichtigt und führen zu differenzierten Aussagen. So hängt die pathogene Wirkung von Belastungen davon ab, wie sie verarbeitet und bewältigt werden, welche soziale Unterstützung der Betroffene erfährt, und wo und wie er sozial eingebunden ist.

Es bestehen ganz offenbar erhebliche Schwierigkeiten, eine günstigere gesundheitiche Verfassung erwerbstätiger Mütter erklären zu können, es sei denn, sie werden mit dem „healthy-worker-effect" quasi als nicht existent bzw. nicht echt hingestellt.

Im folgenden möchte ich einige Thesen aufstellen, warum es bei dem gegenwärtigen Stand sozialmedizinischer Forschung kaum möglich sein kann, diese Ergebnisse adäquat zu interpretieren.

Die Entwicklung des infarktfördernden Verhaltensmusters

Am Beispiel des „infarktfördernden Verhaltensmusters", das auch als Typ-A-Verhalten bezeichnet wird, soll dargestellt werden, wie Erhebungsinstrumente, die in der Sozialmedizin allgemein verbreitet sind, üblicherweise und eigentlich ohne geschlechtsspezifische Absicht dennoch mit Männerkollektiven entwickelt und getestet werden.

Typ-A-Menschen weisen einen Lebensstil auf mit „extremem Konkurrenzverhalten, stark ausgeprägtem Leistungsstreben, Agressivität, Hektik, Ungeduld, Ruhelosigkeit, Wachsamkeit; typisch sind explosives Sprechen, gespannte Gesichtsmuskulatur und das Gefühl, unter dem Druck von Zeit und Verantwortung zu stehen (Cooper 1981, 28). Der in den USA entwickelten und begründeten Streß-Variablen des genannten Verhaltensmusters wird von dortigen Sozialmedizinern ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Ihrer Meinung nach sei es „das erste Mal in der Medizin, daß ein nicht unmittelbar mit klinischen Symptomen verknüpftes Verhaltensmuster erfolgreich und übereinstimmend das Auftreten einer chronischen Erkrankung vorherzusagen vermochte" (Dembroski 1981,203).

Schon in den 40iger Jahren — noch vor der Entwicklung standardisierter Erhebungsinstrumente zur Erfassung des A-Typs — wurden verschiedene kleine Gruppen von Männern und Frauen zu diesem Verhaltensmuster untersucht. Retrospektiv d.h. bei bereits Erkrankten wurde ein Zusammenhang zwischen Typ-A-Verhalten und koronarer Herzkrankheit festgestellt. Um die Frage zu klären, ob das Verhalten ein Risiko oder eine Folge sei, wurde eine prospektive Studie an über 3000 Personen über einen Zeitraum von über 8 Jahren durchgeführt (Western Collaborative Group Study, Roseman et al. 1964). Im Zusammenhang mit dieser Studie wurden die wesentlichen methodischen Weiterentwicklungen zur Erfassung des A-Typ-Musters geleistet. In ihr wurde aus einem ausführlichen Interview ein standardisierter Fragebogen entwickelt, es wurde getestet, ob die Inhalte relevant, die Fragen verständlich und die Streuungen ausreichend sind (Jenkin et al. 1967).

Das Interssante an der Studie ist nicht ihre große Probandenzahl — in den USA gab es größere Studien — und auch nicht ihre Dauer, sondern die Tatsache, daß die Untersuchungspopulation ausschließlich aus Männern bestand. Zu begründen ist die geschlechtsspezifische Auswahl natürlich einfach damit, daß koronare Herzkrankheiten (KHK) häufiger und früher bei Männern auftreten. Jedoch nicht alle prospektiven Studien zur Erforschung der KHK wurden an Männerkollektiven durchgeführt. Die großen sozialme-

dizinischen Untersuchungen in den USA zu dieser Frage waren Gemeindestudien wie z.B. die in Framingham, die schon 1948 begann und eine repräsentative Stichprobe (also auch Frauen) in einer bestimmten Altersgruppe untersuchte. 10 Jahre später wurde die prospektive Studie der Bevölkerung in Tecumseh (Michigan) „in ihrer organischen Gesamtheit" (Epstein 1980), mit ähnlicher Fragestellung begonnen.

Inzwischen werden Kurzformen eines Fragebogens zum Typ-A-Muster auch in europäischen Gemeindestudien und repräsentativen Gesundheitsuntersuchungen angewandt. Auch diese wurden im wesentlichen an Männerkollektiven auf ihre Brauchbarkeit und Allgemeingültigkeit getestet (Bortner et al. 1967). Inzwischen geht es auch nicht mehr um KHK, sondern um die Beeinflussung und Verursachung der Sterblichkeit und damit um die Morbidität von Männern *und* Frauen.

Auffallend und typisch für die Forschungspraxis ist die immerwährende Rede in der Einleitung von Aufsätzen zur Western Collaborative Group Study, daß das Typ-A-Verhalten besonders bei Personen oder explizit sogar bei Männern und Frauen mit KHK beobachtet worden sei. Deshalb habe man eine große prospektiv angelegte Studie unternommen, um dieses Verhalten als Prädiktorvariable untersuchen zu können. Es taucht keine Begründung für die Auswahl der Population hinsichtlich des Geschlechts auf, diese Auswahl geschieht sozusagen nur, um Prävalenzraten zu optimieren, d.h. weil KHK bei Männern häufiger vorkommen, werden bevorzugt Männer untersucht. Das Geschlecht von Untersuchungspersonen gerät zu einer statitisch-biologischen Kategorie (Maschewsky et al. 1982, 148), die allenfalls etwas mit Hormonen zu tun haben kann!

Das methodisch und inhaltlich so entwickelte Typ-A-Konstrukt mißt Verhalten und Einstellungen, die ganz wesentlich durch Normen und Werte in US-amerikanischen Mittelschichtberufen geprägt sind. Von daher ist es nur selbstverständlich bzw. notwendig, daß Typ A bei Frauen seltener zu finden ist. Das hat aber m.E. nichts mit der gerühmten prognostischen Kraft der Variable zu tun, d.h. es hat nichts mit dem selteneren und späteren Auftreten von koronaren Herzkrankheiten bei Frauen zu tun.

Der meist mit Hilfe eines Polaritätsprofils gemessene Typ A wird häufig als eine Art invariante Persönlichkeitsvariable des ehrgeizigen, konkurrenzbewussten Aufsteigers interpretiert. Inzwischen gibt es eine Reihe von Untersuchungen, in denen das Meßinstrument auch auf Frauen — angewandt wurde. Dabei nahm man an, daß Frauen in diesem Fall amerikanische weiße Mittelschichtfrauen

— die Ehrgeiz entwickeln, diesen dann darauf richten, daß ihre Männer Karriere machen. Weil bei erfolgreichen Männern Typ A vorherrscht, sollte er bei Frauen mit wohlangesehenen Ehemännern ebenfalls häufig vorkommen — so jedenfalls die Hypothese einer amerikanischen Untersuchung (Waldron 1978). Dies kann selbstverständlich nicht bestätigt werden. Aber auch ganz allgemein läßt sich anhand einiger Bevölkerungsstudien nachweisen, daß das Typ-A-Muster bei Frauen nicht so allgemein als KHK-Risiko eingestuft werden kann wie bei Männern.

Psychosoziale Belastungen und Krankheiten von Männern

Nicht nur das Typ-A-Konzept wurde an Männerpopulationen entwickelt. Eine der großen US-amerikanischen Studien, in der Arbeitsverhältnisse in den Mittelpunkt von Krankheitsursachen gestellt wurden, umfaßt über 2000 ausschließlich männliche Probanden weißer Hautfarbe. Nachdem über 2 Seiten hinweg die Stichprobe anhand der ausgewählten Berufsgruppen beschrieben wird, findet sich unter den „Kriterien für die Aufnahme von Personen in die Stichprobe" folgende Erklärung: „die Stichprobe sollte nur Männer enthalten. Diese Entscheidung wurde aus Gründen getroffen, die die Gegebenheiten in der arbeitenden Bevölkerung widerspiegeln (Caplan et al. 1982, 53).

Die in solchen Studien als Risikofaktoren identifizierten psychosozialen Belastungen haben Beispielscharakter für weitere Untersuchungen. Üblicherweise werden Belastungsfaktoren für neuere Studien anhand markanter früherer Ergebnisse übernommen. Das gilt auch für sozialmedizinische Untersuchungen in Gemeinden.

Epidemiologische Forschung zu psychosozialen Belastungen und Krankheiten erfaßt die Belastungen für den Bereich männlicher Arbeitsplätze sehr differenziert. Frauen haben aufgrund der Fragenauswahl einfach weniger Belastungen. Es fehlen Informationen über Bedingungen, die für ein Frauenleben konstitutiv sind, z.B. über die Menge, Qualität und Aufteilung der Familienarbeit. Nicht beruflich gebundene Zeit wird aufgrund der nicht hinterfragten Orientierung an Männern als Freizeit = Erholung definiert. Es fehlen regelmäßige Fragen nach der biographischen Entwicklung von Familien- und Berufsarbeit, weil bei den Männern von einer relativen Kontinuität im Rahmen der Vollbeschäftigung ausgegangen wird. Ebenso fehlt die Thematisierung von Bewältigungsmöglichkeiten, die den außerberuflichen Bereich angehen und dort andere Bahnen einschlagen als im beruflichen Bereich. Über die tatsächliche Belastungssituation der Frauen ist wenig in Erfahrung zu bringen.

Die bestimmende Entwicklung dieser Forschungsrichtung von Männern an Männerkollektiven hat auch einen wesentlichen Einfluß auf die Auswahl der Krankheiten in den Untersuchungen. Leber, Lungen- und Herzkrankheiten werden teilweise sehr ausführlich abgefragt. Mir ist jedoch keine sozialmedizinische deutschsprachige Bevölkerungsstudie bekannt, die explizit gynäkologische Krankheiten enthält. Im Basisfragebogen der Deutschen Herz-Kreislauf Präventionsstudie findet sich eine Liste wichtiger Krankheiten, die mehreren tausend Personen vorgelegt wird, von denen die Hälfte Frauen sind. Diese Liste enthält Allergien, Ulcera, verschiedene Behinderungen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Lungen-und Leberstörungen, eine allgemeine Frage nach Krebs usw. Es gibt aber nicht eine einzige gynäkologische Krankheit in dieser Liste. Sie schließt folgendermaßen:

Für Männer: Vergrößerte Vorsteherdrüse, Prostata.

Dieser Fragebogen hat gerade seine Pretestphase durchlaufen und wird noch dieses Jahr zum Einsatz kommen.

Einschneidende physiologische Veränderungen finden im Frauenleben auch ohne Krankheit statt. Dazu gehören sowohl Verhütungsmittel als auch Schwangerschaft und Geburt. Sie sind ebenfalls kein Thema sozialmedizinischer Untersuchungen. Vegetative Symptomatik und psychische Probleme wie Depressionen, beides typische Frauenbeschwerden, kommen nicht oder nur als Kuriosum vor.

Relevanz der Erwerbstätigkeit

Da für ein Männerleben die Berufstätigkeit eine zentrale Bedeutung hat und von daher krankmachende psychosoziale Faktoren in der Erwerbstätigkeit gesucht werden, wurde die Frage völlig übersehen, was die Erwerbsarbeit als solche unabhängig von ihrer Qualität bedeuten kann.

Im Unterschied zu Männern stellen sich für Frauen Beruf und Familie als zwei unterschiedliche *Arbeitsbereiche* dar, zwischen denen sie zwar entgegen manchen Vorurteilen häufig keine freie Wahl haben, die sich aber jeweils vor dem Hintergrund des anderen Bereichs beurteilen. Insbesondere Frauen in Berufen wie den typischen weiblichen Industriearbeitsformen mit Akkordarbeit haben wenig Auswahl inbezug auf ihre Arbeitsbereiche. Zur beruflichen Arbeit gibt es in der Regel keine Alternative, sie ist für die materielle Existenz notwendig und im familiären Bereich herrscht die traditionelle Rollenteilung, d.h. die Familienarbeit ist vorwiegend eine weibliche Aufgabe. Um so bemerkenswerter sind Aussagen von

Akkordarbeiterinnen in einer westdeutschen Untersuchung, die zwar die Arbeitsbedingungen in der Fabrik verdammen, aber in der Familienarbeit keine Alternative sehen.

Hier ein Zitat:

„I: Können Sie sagen, welche Arbeit für Ihr Selbstbewußtsein eine größere Rolle spielt: die Hausarbeit oder die Arbeit im Betrieb? Frau B.: Ich glaube, die im Betrieb. Die wird wenigstens geschätzt. Da ist man was. Hier im Haushalt, da ist man nur die Frau, die das machen muß. Und im Werk, wenn man da was leistet, dann ist man doch irgendwie...jedenfalls was anderes als hier. I.: Und welche Arbeit verschafft Ihnen mehr Befriedigung? Frau B.: Ich finde die im Betrieb". (Becker-Schmidt, 1980, 732).

Nur selten thematisieren Untersuchungen über Arbeitslose die grundlegenden Mangelerscheinungen, die neben den materiellen Problemen die Arbeitslosigkeit zu so einem tiefgehenden Leiden werden lassen. Eine Ausnahme bildet eine 1933 erschienene Studie über die Arbeitslosen in Marienthal, in der schon damals der nichtmaterielle Stellenwert der Erwerbsarbeit für Frauen zur Sprache kam: „Die Frauen wollen also trotz der Mehrbelastung nicht nur aus materiellen Gründen wieder in die Fabrik zurück; die Fabrik hat ihren Lebensraum erweitert und ihnen soziale Kontaktmöglichkeiten gegeben, die sie jetzt entbehren." (Jahoda et al. 1980, 92). Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen zur Arbeitslosigkeit vor 50 Jahren und der Situation von heute, die extrem weniger ein materielles Existenzproblem bedeutet, kommt Jahoda zum Schluß, daß es in unerer Gesellschaft ein grundlegendes Bedürfnis nach Erwerbsarbeit gibt. Dieses Bedürfnis resultiert daraus, daß Erwerbsarbeit bestimmte lebensnotwendige Erfahrungen vermittelt. Sie zwingt, „als eine unbeabsichtigtes Nebenprodukt ihre Organisationsform, denjenigen, die daran beteiligt sind, bestimmte Kategorien der Erfahrung auf. Nämlich: Sie gibt dem wach erlebten Tag eine Zeitstruktur; sie erweitert die Bandbreite der sozialen Beziehungen über die oft emotional stark besetzten Beziehungen zur Familie und zur unmittelbaren Nachbarschaft hinaus; mittels Arbeitsteilung demonstriert sie, daß die Ziele und Leistungen eines Kollektivs diejenigen des Individuums transzendieren; sie weist einen sozialen Status zu und klärt die persönliche Identität; sie verlangt eine regelmäßige Ativität" (Jahoda 1983, 136).

Dennoch lassen sich Frauen offenbar von beruflicher Arbeit nicht so leicht verschlingen wie Männer. Dieses Sich-Hineinversetzen in berufliche Arbeit, die keine Zeit und Kraft mehr für außerberufliche Dinge übrig läßt, ist natürlich nur in relativ selbstbestimmten Bereichen möglich.

Ein häufiges Beispiel sind EDV-Bearbeitende, die sich bis tief in die Nächte nicht von dem Dialog mit der Maschine lösen können, ohne dem Programmziel näher zu kommen. Diese Arbeit scheint ihnen eine zweckabgehobene Befriedigung zu geben. In Interviews mit Programmierern (Nemitz 1983) stellte sich heraus, daß sich Frauen in dieser Hinsicht offenbar ganz anders verhalten. Sie halten die Mehrarbeit der Männer für selbst inszeniert, für die Erfüllung ihrer Arbeitsaufgaben nicht notwendig.

Die meisten Frauen dagegen können sich gar nicht in dieser Art in die berufliche Arbeit stürzen, weil sie in Konflikt mit ihren familiären Verpflichtungen geraten würden. Allei dings tragen die Frauen ihre distanziertere Einstellung zur Berufsarbeit offenbar nur mit einem schlechten Gewissen. Für viele berufstätige Mütter ist das schlechte Gewissen geradezu konstitutiv. Es richtet sich sowohl auf den beruflichen als auf auf den familiären Bereich. Andererseits ist zu fragen, ob nicht die häufig durch drängende familiäre Pflichten erzwungene-distanziertere Haltung zur beruflichen Arbeit hinsichtlich pathogener Wirkungen einen gewissen protektiven Faktor darstellt.

Gerade weil die Arbeit in der Familie als Aufgabe der Frau betrachtet und als gesellschaftlich notwendig angesehen wird, wird weiter nicht nach der Relevanz von Erwerbsarbeit für Frauen gefragt. Die Erwerbsarbeit wird für Frauen in der Forschung aus der Sicht der Familienarbeit thematisiert, somit wird sie als zusätzliche Belastung gesehen, unter der der familiäre, emotionale Bereich eventuell leiden muß. Die unübersehbar große Relevanz der Erwerbarbeit darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie in ihrem oft zerstörerischen Charakter so nicht hingenommen werden kann.

Was folgt daraus?

Meine Argumentation ging aus von der üblichen sozial-medizinischen Forschung, die bei uns nach dem empiristisch orientierten Vorbild der USA durchgeführt wird. Es ging mir darum zu zeigen, daß es bei dieser Art der Forschung eigentlich nicht möglich ist, Ergebnisse für Männer und Frauen zu vergleichen — obwohl gerade erst die Vergleichsversuche Defizite verdeutlicht haben. Leitlinien für eine frauenspezifische Gesundheitsforschung hat z.B. Ulrike Schneider formuliert. Ihre zentrale Forderung zielt auf eine Forschung, die „Krankheit auf dem Hintergrund sozialer Lebensbedingungen der Betroffenen begreift" (Maschewski et al, 1982, 149). Dies bedeutet für die Belastungsforschung, stärker die gesellschaftlichen Bedingungen zu berücksichtigen, in denen Arbeit bzw. Belastungen auftreten. Belastungen wirken nicht einfach wie pathogene

Noxen, die man zusammenzählen kann, um die Stärke ihrer Schädlichkeit festzustellen. Streßschäden beruhen auf der biographischen Entwicklung von Belastungen *und* deren Bewältigung. Einzelne Belastungen interagieren, sie können kumulieren, sich potenzieren als auch kompensieren oder abpuffern. Diese Art der Verschränkung hängt von dem Stellenwert der einzelnen Belastungen im gesamten Lebenskontext ab; ebenfalls dahineingebettet sind die Bewältigungsmöglichkeiten, die das Belastungsgefüge stark verändern können. Konkret auf sozial-medizinische Frauenforschung bezogen heißt es:

— Für die Methoden müssen Erhebungsinstrumente entwickelt werden, die sich mit den geschilderten Defiziten befassen: — *Belastungsstruktur an Frauenarbeitsplätzen* — hier gibt es Ansätze im industriesoziologischen Bereich -;

— *Belastungsstruktur im außerberuflichen Bereich* — auch hier gibt es Ansätze, die allerings meist keine standardisierten Fragebögen beinhalten -; *Widersprüche und Wechselwirkungen dieser Lebensstrukturen; Stellenwert der Erwerbsarbeit; biographische Entwicklungen; gynäkologische Eingriffe und Krankheiten.* Es ist nicht sinnvoll, wie in der Vergangenheit, grundsätzlich einheitliche Erhebungsinstrumente für Männer und Frauen gemeinsam in sozialmedizinischen Studien anzuwenden. Erst muß geprüft werden, wo Bereiche und Instrumente vergleichbar gehalten werden können.

Schließlich müssen sich Auswertungen auch mit der Frage beschäftigen „Was erhält gesund?" Es lassen sich andere Strategien entwicklen, wenn gefragt werden kann „Wie leben Menschen, die nicht krank sind? Wie leben Frauen, die mit Kindern, mit Beruf nicht krank werden? Wie gestalten sie ihr Dasein? Wie greifen sie in ihre Entwicklung ein?"

Es wäre schon ein wichtiger Schritt, wenigstens differenzierte sozialepidemiologische Daten zu erhalten, die sich auf Lebenslagen von Frauen beziehen.

Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, S.,: Belastende und protektive Faktoren am Beispiel eines Vergleichs Erwerbstätiger mit nicht erwerbstätigen Frauen. In: Abholz, H.H. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. Berlin 1982

Becker-Schmidt, R.,: Widersprüchliche Realität und Ambivalenz: Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und Familie. III. Teil: Aus dem Leben der Forschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, 1980, 705-723

Bortner, R.W., Rosenman, R.H.,: The Measurement of Pattern A-Behavior. J. Chron. Dis., 20, 1967, 525-533

Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung (Hrsg.): Statistiken für die Arbeits- und Sozialpolitik, Bonn 1980

Caplan, R.D., Cobb, s., French, J.R.P., Harrison, R.van, Pinneau, S.R.,: Arbeit und Gesundheit. Hrsg. von I. Udris. Bern 1982

Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung (Hrsg.): Statistiken für die Arbeits-und Sozialpolitik, Bonn 1980
Caplan, R.D., Cobb, s., French, J.R.P., Harrison, R.van, Pinneau, S.R.,: Arbeit und Gesundheit. Hrsg. von I. Udris. Bern 1982
Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Herd, J.a., Shields, J.L.: Die Erforschung des Verhaltensmusters (Typ A) zur koronaren Herzkrankheit: Eine problemgeschichtliche Literaturübersicht. In: Dembroski, T.M., Halhuber, M.J. (Hrsg): Psychosozialer „Streß" und koronare Herzkrankheit 3. Berlin 1981
Epstein, F.H.: Die Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten -ein historischer Überblick, Manuskript 1980
Hoffmeister, H., Tietze, K.W. (Hrsg.),: Feldstudie Nordenham/Brake I. Daten zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und sozialer Situation der Bevölkerung zweier Gemeinden. SozEp-Berichte 2/80. Berlin 1980
Jahoda, M.,P.F.Lazarsfeld, H.Zeisel: Die Arbeitslosen von Marienthal, Frankf. 1980
Jahoda, M.,: Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Weinheim 1983
Jenkins, C.D., R.M. Rosenman und M.Friedman: Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern. J. Chron. Dis., 20, 1967, 371 -379
Karl, H., C. Ohm: Textautomation: Männersache? Frauensache?. Das Argument, 135, 1982 653 - 663
Maschewsky, W., Schneider, U.: 1982: Soziale Ursachen des Herzinfarkts. Frankfurt
Nathanson, C.A.,: Social Roles and Health Status Among Women: The Significance of Employment. Soc. Sci. & Med., 14 A, 1980 463-471
Nemitz, B.,: Zum Verhältnis von geschlechtsspezifischer Arbeitskultur und Gesundheit. In: Alternative Medizin, Argument-Sonderband AS 77, Berlin 1983
Pust, C, Reichert, P., Wenzel, A. t al,: Frauen in der BRD, Hamburg 1983
Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositcheck, R., Hahn, Wl, Werthessen, N.T.,: A Predictive Study of Coronary Heart Disease. JAMA, 189, 1964, 103-110
Waldron, I.,: The Coronary-Prone Behavior Pattern, Bloodpressure, Employment and Socio-economic Status in Women. Journal of Psychosomatic Research,22,1978, 79-87
Waldron, I.,: Employment and Women's Health: An Analysis of Causal Relationship. International Journal of Health Services, 10, 1980, 435-455

Tab. 1: Anzahl der Arztdiagnosen nach sozialer Schicht, verheiratete berufstätige Frauen und Hausfrauen mit Kind(ern) (%-Abteile)

	Berufstätige Frauen			Hausfrauen		
	Gesamt	Unter-schicht	Übrige	Gesamt	Unter-schicht	Übrige
Keine Diagnose	55	46	57	50	53	49
1 Diagnose	34	39	34	33	33	34
2 u. mehr Diagnosen	11	15	9	16	14	17
n	222*	54	142	322	77	239

Tab. 2: Einzelne Arztdiagnosen nach sozialer Schicht, verheiratete berufstätige Frauen und Hausfrauen mit Kind(ern) (%-Anteile)

	Berufstätige Frauen			Hausfrauen		
	Gesamt	Unter-schicht	Übrige	Gesamt	Unter-schicht	Übrige
Hypertonie	9.5	9.3	9.2	13.0	18.2	11.3
Lungenerkrankungen	8.1	14.8	6.3	8.4	7.8	8.4
Nieren-, Harnwegs-erkrankungen	11.7	14.8	9.9	17.4	10.4	20.1
Leber-, Gallen-erkrankungen	8.1	9.3	7.7	12.8	7.8	14.7
n	222*	54	142	322	77	239

Tab. 3: Individualbefund nach sozialer Schicht, verheiratete berufstätige Frauen mit Kind(ern (%-Anteile)

	Berufstätige Frauen			Hausfrauen		
	Gesamt	Unter-schicht	Übrige	Gesamt	Unter-schicht	Übrige
Befund negativ	50	52	52	41	46	39
Befund positiv, bekannt	48	46	45	51	48	52
Befund positiv, unbekannt	2	2	3	9	7	10
n	222*	54	142	322	77	239

* Gesamt ist größer als „Unterschicht" + „Übrige", da die schwer zuordenbaren ‚kleinen Selbständigen' in den Einzelkategorien nicht mitgezählt wurden

Sybille Ellinger und Wilfried Karmaus

Arbeitsbedingungen und degenerative rheumatische Erkrankungen

— Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten —

In dem folgenden Bericht über ein Forschungsvorhaben wollen wir am Beispiel rheumatischer Erkrankungen versuchen, exemplarisch zu demonstrieren, mit welchen Anforderungen und Schwierigkeiten der Nachweis eines gesicherten Zusammenhanges zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen verbunden ist. Ausgegangen wird dabei von dem strengen, aber auch eingeschränkten medizinischen Ursachenverhältnis. In der Erörterung von Kausalitätskriterien wird versucht abzuwägen, welcher Teil der Kriterien zur wissenschaftlichen Absicherung präventiver Maßnahmen im Betrieb erfüllt sein muß. Als Erweiterung dieses Verständnisses und als Voraussetzung für praktische Prävention wird zusätzlich die Identifikation von gleichzeitig und typischerweise zusammenwirkenden betrieblichen Gesundheitsrisiken betont. Nach diesen grundsätzlichen Vorüberlegungen werden dann Anforderungen an Konzeptualisierung, Analyse und Auswertung arbeitsplatzbezogener epidemiologischer Untersuchungen erörtert. Denn in insuffizienten Forschungsansätzen wird eine wesentliche Ursache für die Strittigkeit von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und degenerativen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates gesehen.

Anhand einer Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten wird versucht, einzelne Risiken und im Verwaltungsbereich typische Belastungskonstellationen in ihrer Bedeutung für degenerative rheumatische Erkrankungen zu beschreiben.

1. Kausalitätskriterien und praktische Prävention

Zur Überprüfung einzelner, potentieller Krankheitsursachen hat EVANS (1975) zehn Kriterien der Kausalität formuliert. Sechs der zehn Kriterien verlangen epidemiologische Untersuchungen, drei experimentelle Analysen und die letzte theoretische Plausibilität. Es folgt eine frei und leicht modifizierte Übersetzung (Evans, 1975, S.192):

Epidemiologische Überprüfung (Grundlagenforschung):

1. Der Bestand an Erkrankten (Prävalenz) muß bei Exponierten signifikant höher sein (Querschnittsstudien).
2. Eine Exposition gegenüber der möglichen Krankheitsursache muß häufiger bei Erkrankten vorkommen (Fall-Kontroll-Studien).

3. Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) muß bei Exponierten deutlich höher sein als bei Nicht-Exponieren (Prospektive Studien)
4. In der zeitlichen Abfolge muß das untersuchte potentielle Risiko der Krankheit vorangehen (eventuell auch Laborstudien).

Laboruntersuchungen

5. Ein Spektrum von Veränderungen des Wirtes (von leichten bis schweren) sollte der Exposition nachfolgen.
6. Nur bei exponierten Personen sollten — sofern die Person noch keine Exposition hatte — regelmäßig meßbare Veränderungen (Immunabwehr usw.) auftreten bzw. bei wiederholter Exposition regelmäßig eine Erhöhung der Reaktionen auftreten.
7. Experimentelle Untersuchungen (an Tieren, Freiwilligen oder bei natürlicher Exposition[hier auch Epidemiologie]) sollten eine höhere Neuerkrankungsrate der Exponierten nachweisen.

Epidemiologische Überprüfung (Interventionsforschung):

8. Der Abbau oder die Veränderung der angeschuldeten Krankheitsursache muß zu einer Reduktion der Neuerkrankungsrate beitragen.
9. Eine Stärkung des Wirtes gegenüber der möglichen Ursache sollte die Krankheitshäufigkeit verringern.

Theoretische Plausibilität:

10. Die ganze Sache sollte biologisch und epidemiologisch einen Sinn ergeben.

Obwohl dieses geforderte Wissen erst über Jahrzehnte und z.T. gar nicht zusammengefügt werden kann, hat sich gezeigt, daß praktische Prävention auch bei einem geringeren Kenntnisstand möglich ist (Karmaus 1981, S.8) bzw. umfangreiches Wissen nicht zwangsläufig zur effektiven Prävention führt (Evans 1975, S.190). Für die Arbeitswelt stellt sich daher die Frage, welche dieser Kriterien (für eine Verminderung von Gesundheitsgefahren) erfüllt sein müssen, um auf gesicherten Erkenntnissen basierend, Präventionsstrategien um- und eventuell auch durchzusetzen. Die Entscheidung über die praktische Relevanz der einzelnen Kriterien ist abhängig vom Verhältnis von Latenzzeit und Dauer der Erkrankung und der zeitlichen Beständigkeit der Gesundheitsrisiken.

Ist die Entwicklung einer Erkrankung langwierig und überdauert deren Ursachen (bspw. spezifische Schadstoffe bei Krebserkrankungen), so werden epidemiologische Überprüfungen einen Zusammenhang erst dann als gesichert erscheinen lassen, wenn die Ursachen aufgrund des technologischen Wandels nicht mehr existieren.

In diesem Fall können experimentelle Studien (auch an Tieren) frühzeitiger und für die Betroffenen noch rechtzeitig Aufschluß über Gesundheitsgefahren geben.

Sind die Latenzzeiten jedoch kurz (Unfälle, Infektionen) oder aber die Gesundheitsrisiken so langfristig in der Arbeitswelt fixiert, daß ihre Dauer die Latenzzeiten der untersuchten Erkrankungen übertrifft, wie z.B. Nacht- und Schichtarbeit, Leistungslohnsysteme, die Organisation der Verwaltungsarbeit[1], so sind epidemiologische Studien effektiv in der Ermittlung gesicherter Erkenntnisse. Dies gilt besonders für arbeits-organisatorische Belastungsaspekte, deren chronische Wirkung kaum in experimentellen Untersuchungen zu überprüfen ist. Darüberhinaus sind unter präventiven Gesichtspunkten epidemiologische Studien gerade dann sinnvoll, wenn angenommen werden kann, daß die untersuchten Belastungsstrukturen auch in der zukünftigen Entwicklung der Arbeitswelt noch eine Rolle spielen.

Für die hier untersuchten degenerativen Leiden von Wirbelsäule, Gelenken, des umgebenden Bindegewebes und der Muskeln gilt erstens, daß die Latenzzeit — je nach betrachtetem Symptom — eine breite Spanne aufweist. Veränderungen an Bindegeweben und Muskeln sowie subjektive Beschwerden treten schon kurzfristig in Erscheinung, anatomische Veränderungen an den Gelenken haben dagegen eine längere Latenzzeit. Zweitens sind die in der darzustellenden Studie untersuchten Bedingungen der Büroarbeit prinzipiell ohne wesentliche Veränderungen geblieben bzw. ist die Einseitigkeit und arbeitsteilige Organisation eher verstärkt als abgebaut worden. Angesichts dieser Überlegungen gehen wir davon aus, daß für die Untersuchung des Zusammenhanges von Büroarbeit und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates epidemiologische Studien gesicherte Erkenntnisse für präventive Maßnahmen liefern können.

2. Die Identifikation gleichzeitig wirkender Gesundheitsrisiken

Die Kausalitätskriterien von Evans beschränken die Krankheitsursachenforschung auf die Ermittlung isoliert wirkender, im günstigsten Fall sich wechselseitig beeinflussender spezifischer Risiken. Im Verständnis bliebt Evans (1976) letztendlich bei der Vorstellung einer Spezifität von Zusammenhängen, wie sie bspw. für einen Teil der infektiösen Erkrankungen gilt. Wohl wird betont, daß schon die Kenntnis der unspezifischen Rahmenbedingungen (verschmutztes Trinkwasser) ausreichte, um bspw. die Typhuserkrankungen zu reduzieren, ohne daß das spezifische Agens (der Typhus-Bacillus) bekannt war. Trotzdem wird aber — wie Susser (1973, S. 154) verlangt — die Entwicklung der Wahrheitsfindung in fortschreitender Identifikation immer spezifischer wirkender Risiken gesehen. Es ist aber durchaus denkbar und wahrscheinlich, daß das gemeinsame Auftreten von Gesundheitsgefahren in der Arbeitswelt unabhängig ist von der jeweils spezifischen Wirkung eines Risikos. Gerade das Gefüge

von mehreren belastenden, aber u.U. auch schützenden Faktoren kann nicht im Rahmen einer Forschungsstrategie fortschreitender Atomisierung einzelner Faktoren ermittelt werden, sondern durch die Analyse von Bedingungsmustern. Für Forschung und Prävention stellen sich daher im Rahmen epidemiologischer Studien zwei grundlegende Fragen:

— Welche Erkrankungsdeterminanten (Risiken) haben unter Kontrolle anderer Einflüsse einen Effekt auf die Krankheitsentwicklung?
— Welche verschiedenen Risiken treten in der Arbeitswelt typischerweise gemeinsam auf, zeigen eine krankheitsfördernde Wirkung und lassen sich effektiv durch eine Veränderung der Arbeitsgestaltung und -planung reduzieren?

Wir wollen im empirischen Abschnitt den jeweiligen Erkenntnisgewinn beider Fragestellungen verdeutlichen. Zuvor müssen aber für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates angemessene Konzeptionen der hier synonym verwendeten Begriffe „Gesundheitsrisiko", „Erkrankungsdeterminanten" bzw. Arbeitsbedingungen erörtert werden.

3. Anforderungen an eine Konzeptualisierung der Arbeitswelt als Risiko

In der Art und Weise, wie Belastungen, Arbeitsbedingungen, bzw. die belastete Gruppe verstanden werden, liegt eine wesentliche Problematik epidemiologischer Studien über degenerative rheumatische Erkrankungen:

1. Bei einer Beschränkung auf den Vergleich verschiedener Berufsgruppen wird ignoriert, daß die Varianz relevanter Belastungsfaktoren innerhalb einer Berufsgruppe größer sein kann als zwischen verschiedenen Berufen (Anderson 1974, Hadler 1977). Eine derartige Analyse hat auch keine praktische präventivmedizinische Relevanz. Ziel präventiver Maßnahmen kann es nicht sein, einzelne Berufsgruppen abzuschaffen, sondern schädliche Bedingungen abzubauen, die in vielen Berufen in gleicher Weise vorkommen können.
2. Auch bei der Betrachtung konkreter Arbeitsbedingungen, die sich auf den Stütz- und Bewegungsapparat auswirken, existieren verschiedene Konzepte. Viele Studien beschränken sich auf einen biomechanischen Aspekt: schwere Arbeit — leichte Arbeit (z.B. Lawrence; Molyneux et al. 1966; Mach, Heitner, Ziller 1976; Junghans 1976, Jung, Schumann 1975; Mintz, Fraga 1973). Andere betonen die Polarität: einseitig — vielseitig (z.B. Hünting, Grandjean 1976; Armbruster, Cakir et al. 1979; Cakir, Reuter et al. 1978; Köck, Fafka et al. 1978; Manz, Rausch

1965; Kellermann 1968; Ferguson 1971; Weltz, Jacobi 1978). Bei diesen Untersuchungsanlagen bleibt die Frage unbeantwortet, inwieweit die bivariate Beziehung zwischen dem Belastungsfaktor und dem Gesundheitszustand stabil bleibt, wenn andere Bedingungen der Arbeitswelt berücksichtigt werden. Auch kann nicht gesagt werden, welche Bedeutung diesem einen untersuchten Faktor im Vergleich zu anderen, nicht-spezifizierten Einflüssen zukommt. Die meisten Untersuchungen weisen diesen Mangel zu großer Simplifizität auf. Multifaktorielle Untersuchungsanlagen, die auch psychosoziale Momente in Erhebung und Auswertung berücksichtigen, sind die Ausnahme. In bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat ist es aber zumindest einleuchtend, daß nicht nur biomechanische Einflüsse, sondern auch Streßfaktoren, deren Wirkung über die zentralnervöse Steuerung der Muskelspannung vermittelt wird, von Bedeutung sind.

3. Aber auch das Konzept, die Arbeitswelt ausschließlich als Summe von Belastungen zu begreifen, ist kaum für eine adäquate Beurteilung geeignet. Unabhängig von der Last der Arbeit ist diese auch mit Freiräumen und Entwicklungschancen verbunden, die direkt oder über Bewältigungsformen vermittelt vor Krankheit schützen können. So kann gerade die Nicht-Berücksichtigung der Handlungsspielräume dazu beitragen, Belastungen falsch einzuschätzen. Wenn bspw. Belastungsfaktoren oft in Verbindung mit Handlungsfreiräumen auftreten, kann ein Teil der schützenden Wirkung über positive Korrelationen auf die Belastungen übertragen werden, mit der Folge, daß deren wahrer krankheitsfördernder Effekt unterschätzt wird.
   U.E. sind Arbeitsbedingungen aber gerade dann krankheitsrelevant, wenn Belastungsfaktoren gemeinsam mit geringen Handlungschancen auftreten. In diesem Fall sprechen wir von restriktiven Arbeitsbedingungen.

Das Fehlen dieser konzeptionellen Vorüberlegungen bei vielen Untersuchungen macht es verständlich, daß die Rolle der Arbeitswelt für die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates äußerst strittig ist. Dabei lassen sich insbesondere drei Positionen unterscheiden:

I. Degenerative Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsapparates sind normale Alterungsprozesse, deren Entwicklung von konstitutionellen und dispositionellen Faktoren beeinflußt wird. Die Arbeitsbelastungen spielen praktisch keine Rolle (z.B. Laarmann 1976; Menschig 1967; Müller 1967; Zacharias 1967).

II. Die Arbeitsbedingungen (Belastungen und Freiräume) können unabhängig von Alter und einer Krankheitsanfälligkeit zur Er-

krankung beitragen (z.B. Anderson 1971; Ferguson 1971; Hadler 1977; Junghanns 1975; Kuorinka, Koskinen 1979; Mach, Heitner, Ziller 1976; Magora 1974; Nachemson 1971; Ohara, Aoyama et al. 1976; Ohara, Nakagiri et al. 1976; Schröter 1970; Schröter, Rademacher 1971).

III. Neben den Arbeitsbedingungen, den Alters- und Dispositionseffekten hat auch der Umgang mit Belastungen einen Einfluß auf das Ausmaß der degenerativen rheumatischen Erkrankung (Eggers, Karmaus, Müller, Schienstock 1979).

Im empirischen Abschnitt soll nun versucht werden, diese Positionen zu überprüfen, wobei gleichzeitig auf die oben entwickelten Forschungsstrategien:

(a) Ermittlung einzelner Erkrankungsdeterminanten und

(b) Identifikation typischerweise gemeinsam auftretender Risiken

eingegangen werden soll.

4. Erhebung und Auswertung

Im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung[2] wurde in den Jahren 1980/81 eine Gruppe von weiblichen Angestellten aus der öffentlichen Verwaltung im Bundesland Hamburg untersucht, die sich aus Angestellten für Text- und Datenverarbeitung (AfT) sowie aus Sachbearbeiterinnen zusammensetzt. In getrennten Erhebungen wurden medizinische Untersuchungen, Arbeitsplatzbeobachtungen und -messungen sowie Interviews zum Bewältigungsverhalten durchgeführt (für spezielle Fragen vgl. Ellinger, Karmaus et al. 1982). Für eine Gruppe von 196 Frauen lagen Daten aus allen Untersuchungsbereichen vor.

Die Überprüfung der oben genannten Positionen unter Berücksichtigung von belastenden und schützenden Elementen der Tätigkeit sowie der Bewältigungsformen der Beschäftigten verlangt eine komplexe Auswertungsstrategie. Da die Daten in den Grenzen einer Querschnittsstudie erhoben wurden, können wir kausale Wirkungen nur für Merkmale untersuchen, für die theoretisch eindeutig eine kausale Ordnung bestimmt werden kann. Dies gilt für Belastungen und Handlungsspielräume in ihrer Auswirkung auf den Stütz- und Bewegungsapparat, da diese Variablen aufgrund der festgelegten Arbeitsorganisationen relativ stabil sind und kaum als Folge von rheumatischen Erkrankungen interpretiert werden können. Anders verhält es sich bei den Bewältigungsformen. Der Umgang mit Belastungen ist kein unabhängiger Prozeß mit klarer kausaler Struktur und kann nur als Reaktion auf die Gesamtsituation — charakterisiert durch die Arbeitsbedingungen und das Ausmaß der Erkrankung — verstanden werden.

Zum einen diese Einschränkungen und zum anderen die Ziele, (a) Risiken und (b) Risikobündel, zu identifizieren, erfordert zwei verschiedene multiple Auswertungsmodelle: Regressions- und Clusteranalysen.

Zur Untersuchung des Effektes eines einzelnen Faktors (Prädiktors) unter Konstanthaltung anderer Einflüsse wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt, die das Bestehen einer rheumatischen Erkrankung erklären sollen (Schäfer, Karmaus 1982). In der vorliegenden Auswertung wird angenommen, daß die Effekte additiv sind. Es wurden daher keine Interaktionen zwischen einzelnen Prädiktoren untersucht. Mit Ausnahme des Erklärungsansatzes von Kopfschmerzen, bei denen aufgrund der Altersverteilung (jüngere und ältere Frauen sind weniger betroffen) kurvilineare Beziehungen analysiert wurden, wird von linearen Beziehungen zwischen dem einzelnen Prädiktor und den Erkrankungsindices ausgegangen.

Zur Überprüfung der genannten Positionen I und II wurden die jeweiligen Erklärungsansätze (Alter und medizinische Risiken, Belastungen, Handlungsspielräume) schrittweise in die Modellbildungen aufgenommen. Es war dadurch möglich zu überprüfen, (a) welche zusätzliche Erklärungskraft die jeweiligen Ansätze haben und (b) wie sich die bivariaten Korrelationen unter Kontrolle weiterer Einflüsse verändern.

Die Identifikation von gleichzeitig wirkenden Risiken und die komplexe Beziehungsstruktur von Belastungen, Handlungsspielräumen, Bewältigungsformen und Erkrankungsindices wurde mittels einer Clusteranalyse überprüft (Karmaus, Ellinger 1982). Dieses Modell ist geeignet, vorfindbare Bedingungskonstellationen zu strukturieren und typische Risikobündel herauszuarbeiten. Die Ergebnisse bestehen daher nicht in der Ermittlung einzelner linearer Effekte, sondern in der Beschreibung von Merkmalszusammenhängen. Auf diese Weise können auch Beziehungen aufgedeckt werden, die aufgrund besonderer Konstellationen in Subgruppen gelten, aber wegen ihrer Spezifität in globalen Analysen nicht zu Tage treten.

5. Ergebnisse

Regressionsanalysen

Zur Abklärung der unterschiedlichen Positionen hinsichtlich der Verursachung degenerativer rheumatischer Erkrankungen wurden Faktoren, die die konkurrierenden Erklärungsansätze bezeichnen, in den Auswertungen berücksichtigt. Das sind: Alter, die frühere Tätigkeit, medizinische Risikofaktoren einerseits, Arbeitsbelastungen sowie Handlungsspielräume andererseits (vgl. Übersicht 1).

Übersicht 1 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalysen für rheu-

matische Erkrankungsindices von sechs Körperregionen, die bei den untersuchten weiblichen Angestellten die höchsten Prävalenzen aufweisen. Es sind dies die Erkrankungen der Hals-, Brust-, und Lendenwirbelsäule, der Schulter, Ellenbogen sowie Kopfschmerzen (vgl. Karmaus 1982). Die Übersicht gibt diejenigen erkrankungsverstärkenden (+) bzw. vor Erkrankung schützenden Einflüssen (-) wieder, die bei Berücksichtigung der potentiellen Erklärungsfaktoren auftreten. Im folgenden soll die Bedeutung einzelner Faktoren aus den Erklärungsbereichen

— Alter
— medizinische Risiken
— Arbeitsbedingungen

dargestellt und im Anschluß im Hinblick auf die unterschiedlichen Erklärungsansätze beurteilt werden.

Übersicht 1: Einfluß von Alter, medizinischen Risikofaktoren und Arbeitsbedingungen auf rheumatischen Erkrankungen in sechs Körperregionen

Erkrankungsindices	Risiken (+) und Schützende Faktoren (-) und deren Bedeutung
Kopfschmerzen (Subjektiv)	30-39 Jahre + 40-49 Jahre + + + Disposition Hinterhaupt + +
Objektiv Halswirbelsäule	Alter + + + Arbeitsbehinderungen + Bewegungsspielraum – Zeitlicher Handlungsspielraum -
Subjektiv Halswirbelsäule	Alter + + + Vorerkrankungen + + Bewegungsspielraum - Betriebiche Einflußchancen -
Objektiv Schultern	Alter + + + Vorerkrankungen + Bewegungsspielraum —
Subjektiv Schultern	Vorerkrankungen + Ausstrahlende Beschwerden anderer Ursachen + + + Leistungsdruck + +
Objektiv Ellenbogen	kein statistisch gesichertes Erklärungsmodell
Subjektiv Ellenbogen	Alter + + Leistungsdruck + Betriebliche Einflußchancen -
Objektiv Brustwirbelsäule	Erkrankungsdisposition + +

	Arbeitsbehinderungen +
	Belastungsindex Lichtverhältnisse +
	Entscheidungsspielraum Arbeitsausführung --
Subjektiv Brustwirbelsäule	Vorerkrankungen + + +
	Belastungsindex Stuhl +
	Zeitlicher Handlungsspielraum –
Objektiv Lendenwirbelsäule	Alter + + +
	Body-Mass-Index -
	Zugluft -
	(Erklärungsmodell?)
Subjektiv Lendenwirbelsäule	Alter +
	Vorerkrankungen + + +
	Ausstrahlende Beschwerden anderer Ursachen + + +
	Haltungsschwäche +
	Belastungsindex Stuhl +

Alterseffekte

Für rheumatische Erkrankungen ist in fast allen Körperregionen ein linearer Effekt des Alters nachweisbar. Diese Wirkungsweise ist u. E. nicht nur als Funktion physiologisch-anatomischer Umbauprozesse zu verstehen, sondern auch als Ausdruck unspezifischer Belastungseffekte, die sich über das Alter summieren. Abweichungen von diesem generellen Alterseffekt sind lediglich bei Kopfschmerzen und Veränderungen an der Brustwirbelsäule festzustellen.

Für Kopfschmerzen ist ein mit anderen Regionen vergleichbarer linearer Zusammenhang mit dem Alter nicht vorhanden. Dabei zeigt sich, daß die Gruppe der 30-49jährigen Frauen häufiger von Kopfschmerzen betroffen ist als jüngere oder ältere Altersgruppen. Es ist möglich, daß für Kopfschmerzen nicht der mit dem Alter zunehmende Verschleiß ausschlaggebend ist, sondern die Intensität der Belastung. Wir vermuten, daß diese aufgrund einer Doppelbelastung durch Beruf und Familie in der betreffenden Altersgruppe am größten ist.

Die Sonderstellung der Brustwirbelsäule — es zeigen sich keine Alterseffekte — kann sich dadurch ergeben, daß aufgrund der festgefügten Wirbelsäulenstruktur oder der erhebungstechnischen Dominanz von Muskelveränderungen in diese Region anatomische Umbauprozesse eine geringer Angriffsfläche für die Alterung bieten bzw. altersunabhängig (Muskeln) sind.[3]

Medizinische Risikofaktoren

Entgegen den Erwartungen spielen medizinische Risikofaktoren, de-

nen in der Literatur eine ursächliche Bedeutung zugeschrieben wird, nur eine geringe Rolle. Die Erkrankungsbereitschaft (Disposition) hat eine Bedeutung für Kopfschmerzen und Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule; Haltungsschwäche hat lediglich eine Wirkung auf die Lendenwirbelsäule.

Erstaunlicherweise bleiben Risiken wie ein erhöhtes Körpergewicht (Body-Mass-Index), Entzündungszeichen und Stoffwechselveränderungen (Rheuma-Faktor, C-reaktives Protein, Harnsäurespiegel) sowie die Bindegewebsschwäche für die untersuchten Körperregionen ohne Bedeutung.[4]

Gegenüber den genannten Faktoren können Prädiktoren wie „Vorerkrankungen" und „Ausstrahlende Beschwerden" nicht im eigentlichen Sinne als medizinische Risikofaktoren verstanden werden. Sie verursachen nicht rheumatische Erkrankungen — wie dies von den vorgenannten Faktoren angenommen wird —, sondern verfälschen deren Erfassung. Die Berücksichtigung von Vorerkrankungen und ausstrahlenden Beschwerden dient daher der Kontrolle von Störeinflüssen. Dies erwies sich als wichtig für die Erkrankungen der Wirbelsäule und Schultern (vgl. Übersicht 1).

Faktoren der Arbeitswelt

Aus dem Bereich der Arbeitsbelastungen spielen zwei ungünstige ergonomische Bedingungen (Belastungsindex Bürostuhl, Belastungsindex Lichtverhältnisse) sowie zwei arbeitsorganisatorische Belastungsaspekte (Leistungsdruck, Abreitsbehinderungen) eine Rolle für die Prävalenz degenerativer rheumatischer Erkrankungen.[5] Wie andere Analysen im Rahmen des Forschungsprojektes zeigen (vgl. Schäfer 1982), sind von den Belastungen durch den Bürostuhl und ungünstige Lichtverhältnisse häufiger Personen betroffen, die Schreibmaschinentätigkeit ausführen. Demgegenüber sind die genannten arbeitsorganisatorischen Belastungen unterschiedlich auf die Tätigkeitsgruppen verteilt. Arbeitsbehinderungen kennzeichnen stärker Sachbearbeitungstätigkeiten, während die Belastung durch Leistungsdruck für die Arbeitssituation von Schreibkräften charakteristisch ist.

Auffällig ist, daß einem Index für häufiges und zugleich ergonomisch ungünstiges Maschinenschreiben (Belastungsindex Maschinenschreiben) keine Bedeutung zukommt. Das Maschinenschreiben allein ist daher nicht erkrankungsrelevant; belastend sind Faktoren, die mit dieser Arbeitsform verknüpft sind.

Aus dem Bereich der Handlungsspielräume haben fast alle Prädiktoren — mit Ausnahme der „Kommunikationschancen" — eine protektive Wirkung auf rheumatische Erkrankungen. Von diesen

Faktoren sind „Bewegungsspielräume" und „Entscheidungsspielräume Arbeitsausführung" häufiger in der Gruppe der Sachbearbeiterinnen vorhanden (vgl. Schäfer 1982). Die Merkmale „Betriebliche Einflußchancen" und „Zeitlicher Handlungsspielraum" sind bei Sachbearbeiterinnen und Angestellten für Textverarbeitung ungefähr gleich häufig anzutreffen, mit einer Ausnahme: für die Teilgruppe der Datatypistinnen finden sich verringerte betriebliche Einflußchancen.

Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, daß rheumatische Erkrankungen nicht allein auf „normale" Alterungsvorgänge und vorhandene physische Dispositionen zurückgeführt werden können. Unter Kontrolle des Alters und verschiedener medizinischer Risikofaktoren, d.h. unabhängig, erklären spezifische Faktoren der Arbeitswelt — Belastungen und Handungsspielräume — Prävalenzunterschiede von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. In bezug auf das erste Kausalitätskriterium von Evans: „die Prävalenz ist bei den Exponierten erhöht" sehen wir in den Ergebnissen eine Bestätigung der Position II. Die Arbeitsbedingungen können somit unabhängig vom Alter und einer Erkrankungsdisposition zu einer Erkrankung beitragen.

Erwähnenswert erscheint uns ferner folgender Zusammenhang, der sich aus dem Vergleich der einzelnen Erklärungsmodelle ergibt. Gegenüber dem ausschließlichen Belastungskonzept zeigt das Restriktionsmodell (Zusammenspiel von Belastungen und Handlungsspielräumen) meist eine signifikante Steigerung der Erklärungskraft. Belastungsaspekte sollten daher nicht unabhängig von den Handlungsspielräumen beurteilt werden.

Wie sind diese Effekte der Arbeitswelt zu verstehen (vgl. das Plausibilitäts-Kriterium von Evans)?

Für die ergonomischen Belastungen sind direkte Einflüsse plausibel, ein ungünstiger Bürostuhl sowie schlechte Lichtverhältnisse führen zu „unphysiologischen" Körperhaltungen und beanspruchen damit die Haltemuskulatur sowie die Wirbelsäule übermäßig. In ähnlicher Weise kann auch Leistungsdruck zu einer direkten Überbeanspruchung führen (höheres Arbeitstempo bzw. größere -intensität. Darüberhinaus stellt Leistungsdruck jedoch auch eine psychische Belastung dar, die indirekt — durch Verspannungen der Muskulatur — Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat hervorrufen kann. In gleicher Weise ist die Wirkung von Arbeitsbehinderungen zu beurteilen.

Die protektive Bedeutung von Handlungsspielräumen ist unmittelbar einleuchtend. Bewegungsspielräume, Entscheidungsspielräume in der Arbeitsausführung und zeitliche Dispositionen führen zu einer di-

rekten Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates. Durch eine Reduktion von Zwangshaltungen und einseitig dynamischen Belastungen schützen sie vor Verschleiß. Für die betrieblichen Einflußchancen sowie auch für die Entscheidungsspielräume in der Arbeitsausführung sind darüberhinaus psychisch vermittelte Wirkungen anzunehmen. Autonomie in der Arbeit und Veränderungsmöglichkeiten der eigenen Situation haben offensichtlich eine protektive Wirkung.

Clusteranalyse

Regressionsanalysen tragen dazu bei, einzelne, von anderen Bedingungen unabhängige Gesundheitsrisiken zu identifizieren. Für die Reduktion dieser Risiken im Rahmen praktischer Prävention ist es jedoch notwendig zu wissen, in welchen Konstellationen derartige Gesundheitsrisiken gemeinsam vorkommen.

Erst das empirische Wissen über typische Belastungsmuster verdeutlicht, an welchen Strukturen des Arbeitsprozesses die Prävention effektiv ansetzen kann, damit nicht nur beliebige einzelne Risiken sondern risikoreiche Bedingungen aufgehoben werden. Zur Identifikation solcher Risikobündel haben wir eine Clusteranalyse durchgeführt (Karmaus, Ellinger 1982). Berücksichtigt wurden in diesem Auswertungsschritt die Arbeitssituation, das Erkrankungsbild sowie Bewältigungsformen (Coping) und subjektive Beanspruchungsgefühle.

Vor der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse muß vorweg kurz auf die Bewertung des Coping eingegangen werden. Wie an anderer Stelle beschrieben wird (Ellinger,Sonn 1982), waren Copingstile, die nicht gleichzeitig eine Reaktion auf Erkrankung darstellen, im Rahmen unserer Untersuchung nicht vorhanden. Empirisch ließen sich die folgenden Bewältigungstypen unterscheiden: 1)risikoreiches Verhalten („Hineinfressen von Problemen") 2)Gesundenverhalten („Perspektive Berufswechsel/Weiterbildung") 3)Krankheitsverhalten („Medikamenteneinnahme";„Zu Hause bleiben"; „Mehr für die Gesundheit tun") und 4)Bewältigungsformen, die in der Querschnittsstudie in keinem Zusammenhang zum Gesundheitszustand stehen („Gespräche mit Kollegen und in der Familie"; „Kompensation"; „Perspektive Berufsaufgabe/Teilzeit";„Kollektive Gegenwehr"). Dieses Zuordnungssystem zeigt im Verhältnis Bewältigung-Krankheit/Gesundheit zwei kausale Richtungen auf:

1) die Wirkung des Verhaltens auf den Gesundheitszustand (protektiv vs. risikoreich)
2) die Wirkung des Gesundheitszustandes auf das Verhalten (Gesundenverhaltens vs. Krankheitsverhalten),

Diese Überlegungen gehen in die nachfolgende Beschreibung der vier Gruppen (Cluster) ein (Tabelle 1).

Die *erste Gruppe (Cluster A)* besteht aus 66 Frauen. In diesem Cluster wirken sowohl die vorhandenen Handlungsspielräume günstig auf die Form des Bewältigungsstiles als auch beide gemeinsam zusammen mit geringeren Belastungen förderlich auf den Gesundheitszustand. So kommt die risikoreiche Bewältigungsform „Hineinfressen von Problemen" deutlich weniger vor. Günstige Arbeitsbedingungen und geringeres Vorkommen rheumatischer Leiden tragen ferner dazu bei, daß die eher als Krankheitsverhalten zu verstehenden Handlungen „Zu Hause bleiben" und „Mehr für die Gesundheit tun" selten auftreten. Das *zweite Cluster (B)* wird von 41 Personen gebildet. Im Muster von geringen Belastungen und höheren Handlungsspielräumen ist Cluster B mit dem vorangehend dargestellten Cluster A vergleichbar. Jedoch scheint die Konstellation einer insgesamt wenig restriktiven Arbeitssituation mit einigen spezifischen Belastungen („Zeitliche Belastung", „Arbeitsbehinderungen") zu einem uneinheitlichen Erkrankungsmuster beizutragen. So kommen einzelne subjektive Erkrankungsindices häufiger vor.

Zum *Cluster C* zählen 39 Personen. Sowohl in der Arbeitssituation als auch im Erkrankungsprofil und im Bewältigungsmuster hebt sich das Cluster deutlich von den beiden erstgenannten Clustern A und B ab. Geradezu konträr zu diesen Gruppen sind die ergonomischen Belastungen (Belastungsindices Stuhl und Licht) verstärkt und fast alle Handlungsspielräume vermindert (Tabelle 1). Die besonders in diesem Cluster deutlich werdende Verringerung „Betrieblicher Einflußchancen" scheint dadurch begründet zu sein, daß sich die Gruppe zu 41 Prozent aus Schreibkräften mit Formulararbeiten (meist Dateneingabe) zusammensetzt, die betrieblich mehr im Abseits stehen als andere Angestellte. Abweichend von dieser Tendenz ist der zeitliche Handlungsspielraum deutlich erhöht.

Offensichtlich sind die ungünstigen ergonomischen Bedingungen im Zusammenspiel mit geringern Dispositionschancen in diesem Cluster für die erhöhte Erkrankungshäufigkeit verantwortlich.

Während in den Cluster A und B die Bewältigungsform „Hineinfressen von Problemen" verringert ist, tritt sie sowohl in dem Cluster C als auch im folgenden Cluster D häufiger auf. Es ist daher anzunehmen, daß ein geringer Freiraum am Arbeitsplatz dieses risikoreiche Verhalten fördert.

Das Verhaltensmuster „Hineinfressen von Problemen", geringe Häufigkeit von „Gesprächen mit Kollegen und Familie" und verringerte berufliche Veränderungsperspektiven in dieser Gruppe interpretieren wir als Rückzugsverhalten. Auf den ersten Blick steht die Ten-

denz, sich kollektiv zur Wehr zu setzen, die hier besonders stark auffällt (vgl. Tabelle 1), im Widerspruch zu dieser Rückzugstendenz. Es scheint aber gerade eine Spezifität der ergonomischen Belastung zu sein, kollektive Gegenwehr zu fördern (vgl. Ellinger, Sonn 1982). Wir verstehen diesen Effekt in dem Sinne, daß ergonomische Belastungen stärker als psychischer Streß wie bspw. Leistungsdruck als isolierte Größen begrifflich faßbar und objektiv normierbar sind und somit einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch und gemeinsame Gegenmaßnahmen ermöglichen.

Die vom Verständnis her geläufigen Verhaltensweisen „Rückzug" und „Kollektive Gegenwehr" schließen sich u.E. nicht aus, sondern sind miteinander vereinbar, weil die Mitglieder dieser Gruppe zum einen stärker als andere Cluster eine homogene Arbeitssituation aufweisen (41 Prozent sind Schreibkräfte mit überwiegend Datenerfassung) und somit wenige Gespräche zur Übereinkunft notwendig sind. Zum anderen ist zu beachten, daß Maßnahmen der kollektiven Gegenwehr zeitlich begrenzte, belastungsbezogene Handlungen darstellen, wohingegen es sich bei Bewältigungsformen wie „Hineinfressen" und „Gespräche" eher um alltägliches Routineverhalten handelt.

Das *Cluster D* hat im Alter, in der Dauer der Tätigkeit und im generellen Verteilungsmuster von objektiven Belastungen und Handlungsspielräumen Ähnlichkeit mit dem vorangehend beschriebenen Cluster C: Die Belastungen sind erhöht, die Handlungsspielräume eingeschränkt (Tabelle 1).

Während jedoch Cluster C insbesondere im ergonomischen Bereich ungünstige Arbeitsverhältnisse aufweist, zeigt das Cluster D neben gering erhöhten ergonomischen Belastungen (Lichtverhältnisse) einen Komplex von psychisch wirkenden Streßfaktoren: „Leistungsdruck", „Zeitliche Belastung" und „Arbeitsunterbrechungen". Alle Handlungsspielräume mit Ausnahme der „Betrieblichen Einflußchancen" sind stark vermindert.

Dieses ungünstige Zusammenspiel von Belastungen und Handlungsspielräumen kann für das deutlich vermehrte Vorkommen von rheumatischen Erkrankungen verantwortlich gemacht werden. Das Cluster D hat im Vergleich der Gruppen die höchsten Erkrankungswerte. Analog dazu nehmen auch die Beanspruchungsmerkmale ihre stärksten Ausprägungen an.

Im Gegensatz zu Cluster C finden sich im Cluster D alle Formen des Krankheitsverhaltens („Mehr für die Gesundheit tun", Medikamenteneinnahme" und „Zu Hause bleiben") deutlich häufiger als in der Gesamtstichprobe. Diesen Unterschied führen wir vor allem auf die unterschiedliche Belastungs- und Beanspruchungssituation zurück.

	Cluster A Prozent
Kopfschmerz	27.3
subj. Halswirbelsäule	6.1
obj. Halswirbelsäule	16.7
subj. Schulter	10.6
obj. Schulter	21.2
subj. Ellenbogen	10.6
obj. Ellenbogen	6.1
subj. Brustwirbelsäule	12.1
obj. Brustwirbelsäule	22.7
subj. Lendenwirbelsäule	7.6
obj. Lendenwirbelsäule	24.2
Arbeitsbehinderungen	60.6
Belastung durch Vertretungsregelung	68.2
Belastungsindex Licht	33.3
Belastungsindex Stuhl	30.3
Leistungsdruck	34.8
Arbeitsunterbrechungen	51.5
Zeitliche Belastung	66.7
Zeitlicher Handlungsspielraum	50.0
Bewegungsspielraum	62.1
Entscheidungsspielraum Ausbeitsausführung	39.4
Betriebliche Einflußchancen	60.6
Hineinfressen von Problemen	24.2
Zu Hause bleiben	12.1
Mehr für die Gesundheit tun	21.2
Medikamenteneinnahme	28.8
Kollektive Gegenwehr	42.4
Gespräche mit Kollegen und Familie	37.9
Kompensation	34.8
Perspektive Berufswechsel/Weiterbildung	81.8
Perspektive Berufsaufgabe/Teilzeitarbeit	34.8
Desaktivierende Beanspruchung	4.5
Aktivierende Beanspruchung	6.1
N	66
Alter	35.7
Tätigkeitsdauer	6.4

Cluster B Prozent	Cluster C Prozent	Cluster D Prozent	Gesamt Prozent
51.2	61.5	60.0	47.5
58.5	84.6	68.0	48.5
39.0	59.0	82.0	46.5
39.0	66.7	68.0	42.4
19.5	59.0	82.0	43.9
56.1	74.4	70.0	48.0
14.6	15.4	34.0	16.9
29.3	59.0	64.0	38.3
43.9	64.1	54.0	43.4
68.3	71.8	68.0	48.5
34.1	38.5	58.0	37.8
80.5	51.3	38.0	57.2
56.1	53.8	30.0	53.1
9.8	69.2	50.0	39.8
34.1	74.4	34.0	40.9
29.3	46.2	68.0	44.4
41.5	43.6	68.0	52.1
70.7	7.7	76.0	58.2
53.7	79.5	32.0	52.1
78.0	33.3	22.0	49.5
63.4	15.4	20.0	34.7
48.8	25.6	42.0	46.5
17.1	46.2	58.0	35.8
31.7	23.1	54.0	29.1
58.5	30.8	70.0	43.4
36.6	25.6	58.0	37.3
46.3	64.1	46.0	48.5
31.7	5.1	52.0	33.7
43.9	35.9	38.0	37.8
68.3	41.0	48.0	62.3
31.7	12.8	34.0	29.6
29.3	2.6	40.0	18.4
12.2	0.0	24.0	10.8
41	39	50	196
37.2	44.0	41.7	39.2
6.6	9.9	7.6	7.5

Die Ergebnisse der Clusteranalyse zeigen gleiche Sachverhalte auf wie die Regressionsanalysen. Ergonomische Bedingungen, psychische Belastungen wie Leistungsdruck u.a. sowie geringe Handlungsspielräume sind von großer Bedeutung für die Häufigkeit rheumatischer Erkrankungen bei weiblichen Büroangestellten.

Vor allem aber werden zwei Arten von Bedingungskonstellationen identifiziert, die „Risikobündel" beschreiben:

— Im Zusammenhang mit ungünstigen ergonomischen Bedingungen, verringerten Bewegungs- und Entscheidungsspielräumen sind auch die betrieblichen Einflußchancen vermindert; quasi als Ausgleich sind jedoch die zeitlichen Dispositionschancen erhöht (Cluster C).
— Anders sind im Zusammenspiel mit psychischen Streßfaktoren (Leistungsdruck, Zeitliche Belastung, Arbeitsunterbrechungen) die zeitlichen Handlungsspielräume ebenso wie der Bewegungs- und Entscheidungsspielraum vermindert, aber die betrieblichen Einflußchancen durchschnittlich (Cluster D).

In beiden Fällen liegen restriktive Arbeitsbedingungen vor, die zwar unterschiedlich von Belastungen und Handlungsspielräumen geprägt sind, aber deutlich als erkrankungsrelevant beurteilt werden müssen.

Die Zusammenhänge zwischen Bewältigungsformen und Erkrankungsindices lassen folgende Beziehungsmuster erkennen:

— Die Bewältigungsform „Hineinfressen von Problemen" kann als Risiko für rheumatische Erkrankungen beurteilt werden. Die Clusteranalyse demonstriert, daß die Gruppen, in denen dieses Verhalten seltener auftritt (Cluster A und B), relativ gesund sind. Umgekehrt besteht in Cluster C und D ein Zusammenhang zwischen dieser Verarbeitungsform und häufigeren Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Dabei ist von Bedeutung, daß diese Verhaltensweise altersunabhängig, aber von der Arbeitssituation beeinflußt ist (Ellinger, Sonn 1982).
— Gesundenverhalten wie die „Perspektive Berufswechsel/Weiterbildung" tritt häufiger — wie auch Cluster A zeigt — bei wenig erkrankten Personen und seltener (Cluster C und D) bei Kranken auf. Die Verhaltensweise ist darüberhinaus auch vom Alter und dem Grad der Belastung abhängig (Ellinger, Sonn 1982).
— Krankheitsverhalten wie „Mehr für die Gesundheit tun", „Zu Hause bleiben" und „Medikamenteneinnahme" kommt nicht in jedem Fall einer Erkrankung vor (Cluster C). Es wird deutlich, daß zu subjektiven und objektiven Krankheitssymptomen das Gefühl starker Beanspruchung hinzutreten muß, damit dieses Verhaltensformen in Erscheinung treten (Cluster D, ange-

deutet auch in Cluster B). Die Beanspruchungserfahrung selbst ist wiederum von dem Zusammenspiel psychischer Streßfaktoren mit geringen Handlungsressourcen abhängig. Diese Ergebnisse sprechen u.E. dafür, daß beim Vorhandensein einer Erkrankung eine restriktive Arbeitssituation, die durch psychische Belastungen geprägt ist, die Handlungsfreiräume soweit einschränkt, daß nur noch Krankheitsverhalten möglich ist.

Die oben formulierte dritte Position zur Verursachung degenerativer rheumatischer Erkrankungen, daß neben den Arbeitsbedingungen, den Alters- und Dispoitionseffekten auch der Umgang mit den Belastungen einen Einfluß auf das Ausmaß der degenerativen rheumatischen Erkrankungen hat, kann nur unter Einschränkungen beurteilt werden. In den Grenzen der verwendeten Querschnittsdaten und der möglichen Auswertungsverfahren, kann dem Coping keine von den Arbeitsbedingungen unabhängige Wirkung zugesprochen werden.

Die Ergebnisse zeigen jedoch, daß die Bedingungen der Arbeit auch vermittelt über subjektive Verhaltensweisen zur Geltung kommen und das Ausmaß der Erkrankung u.U. zusätzlich noch erhöhen. Restriktive Arbeitssituationen nämlich, die vorwiegend durch psychische Belastungsfaktoren oder verringerte Handlungsspielräume geprägt sind, tragen zu Bewältigungsformen bei, die die Erkrankung fördern oder lediglich Krankheitsverhalten darstellen.

6. Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse stellen einen ersten Schritt zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Arbeitsbedingungen und degenerativen rheumatischen Erkrankungen dar (Überprüfung des ersten Kausalitätskriteriums). Zur Erfüllung der vier epidemiologischen Kriterien von Evans — diese reichen u.E. aus, um für die degenerativen rheumatischen Erkrankungen einen gesicherten ätiologischen Erkenntnisstand herzustellen — sind jedoch weitere Studien notwendig. Dabei ist besonders an Fall-Kontroll-Studien (Kriterium 2) und Längsschnittstudien (Kriterium 3) zu denken, aber auch an die Überprüfung der Zusammenhänge an anderen Tätigkeits- bzw. Berufsgruppen und die Berücksichtigung außerbetrieblicher Lebensumstände. Da die relevanten Erkrankungsrisiken nicht isoliert sondern in Kombination auftreten, halten wir bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates präventive Maßnahmen für sinnvoll, die nicht auf die Reduktion bzw. Verbesserung singulärer Belastungen (z.B. den Bürostuhl) abzielen, sondern auf die Veränderung arbeitsorganisatorischer Strukturen.

Für die einzelnen Belastungen der Arbeitswelt konnten für sich ge-

nommen zwar signifikante, aber keine starken Effekte nachgewiesen werden. Die präventive Relevanz zeigt sich erst bei der gleichzeitgen Betrachtung von Erkrankungshäufigkeit, Häufigkeit der Belastungsfaktoren und deren Wirksamkeit (Kleinbaum, Kupper, Morgenstern 1982, S. 160 ff). Da die erkrankungsrelevanten Belastungen und auch die Erkrankungen jedoch weit verbreitet und auch kostenintensiv sind, sollte die Relevanz von Humanisierungsmaßnahmen zur Prävention degenerativer rheumatischer Erkrankungen wesentlich höher als bisher in den Programmen der politischen Administration bewertet werden.

Anmerkungen

1. Vgl. dazu bspw. Projektgruppe Arbeiterkultur Hamburg 1982: Vorwärts — und nicht vergessen. Arbeiterkultur in Hamburg um 1930. Im Auftrag der Kulturbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg. „Kontoristin — das war schon was", S. 42.
2. Diese stellt die erste Phase einer prospektiven Studie dar.
3. Wagenhäuser (1969, S. 126 ff) fand lediglich für subjektive Beschwerden keine Abhängigkeit vom Alter.
4. Die für die Lendenwirbelsäule deutlich werdende paradoxe Wirkung des Body-Mass-Indexes kann zumindest z.T. darauf zurückgeführt werden, daß Muskelverspannungen bei übergewichtigen Personen schlechter getastet werden können (Hülsenbergen 1983).
5. Weiterhin zeigt Übersicht 1 einen Einfluß des Belastungsfaktors Luftgeschwindigkeit (Zugluft) auf die objektiven Leiden der Lendenwirbelsäule. Seine Wirkung wird jedoch — entgegen der theoretisch zu erwartenden — als protektiv geschätzt.

Literatur

Anderson, I.A.D., 1971: Rheumatism in industrie: A review. In: British J. Industrial Medicine 28: 103-121

Anderson, I.A., 1974: Occupation as a modifying factor in the diagnosis and treatment of rheumatic diseases. In: Curr. Med. Res. Opin. 2: 521-528

Armbruster, S., Cakir, A., Kopp, J., Reuter H.-J., 1979: Vergleichende Untersuchung der Schreibdienste in obersten Bundesbehörden. Teilbericht der Arbeitswissenschaftlergruppe. Berlin

Cakir, A., Reuter, J.-J., Schmude, L.V., Armbruster, A., 1978: Anpassung von Bildschrimarbeitsplätzen an die physische und psychische Funktionsweise des Menschen. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Bonn 1978

Eggers, B., Karmaus, W., Müller, V., Schienstock, G., 1979: Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen. I. Zwischenbericht 01 HF 038-ZA-TAP-0015 Humanisierung des Arbeitslebens. Hamburg

Ellinger, S., Karmaus, W., Kaupen-Haas, H., Schäfer, K.-H., Schienstock, G., Sonn, E., 1982: Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen. Erebnisse einer Untersuchung von weiblichen Angestellten der öffentlichen Verwaltung in der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg

Ellinger, S., Sonn, E., 1982: Bewältigung im Verhältnis zu Arbeitssituation und Erkrankung. In: Ellinger, S., Karmaus, W. et al. 1982, op. cit.
Evans, A.S.: Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited. In: The Yale Journal of Biology and Medicine 1976, 49, 175-195
Ferguson, S., 1971: Repetition injuries in process workers. In: Med. j. Austr. 2: 408-412
Hadler, N.M., 1977: Industrial rheumatology. Clinical investigation into the influence of the pattern of usage on the pattern of regional muskuloskeletal disease. In: Arthritis Rheum. 20: 1019-1025
Hülsenbergen, S., 1983: Zur arbeitsplatzbezogenen Epidemiologie degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen: Eine Befunderhebung weiblichen Büroangestellten. Diss. Hamburg
Hünting, W., Grandjean, E., 1976: Sitzverhalten und subjektives Wohlbefinden auf schwenkbaren und fixieren Formsitzen. In: Z. Arbeitswiss. 30: 161-164
Jung, K., Schumann, E., 1975: Korrelation zwischen Beschwerden im Sinne eines vertebragenen Syndroms und röntgen-diagnostisch nachweisbaren Veränderungen der Halswirbelsäule. In: Wien. Med. Wochenschr. 125: 79-82
Junghanns, H., 1975: Die Wirbelsäule in der Arbeitsmedizin. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 10: 136-138, 157-160
Junghanns, H., 1976: Wirbelsäule - Arbeitsunfähigkeit - Frühinvalidisierung -Ein Aufruf an die Arbeitsmedizin. In: Die Berufsgenossenschaft, Heft 10
Karmaus, W., 1981: Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. In: Prävention. Gesundheit und Politik. Argumente für eine soziale Medizin IX, 7-26
Karmaus, W., Ellinger, S., 1982: Gesamtmodell: Arbeitsbedingungen, Bewältigungsformen und rheumatische Erkrankungen. In: Ellinger, S., Karmaus, W. et al. 1982, op. cit.
Kellermann, S., 1968: Ein Betrag zur Epicondylitis humeri. In: Zbl. Chir. (1968), Nr. 17, 610-613
Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Morgenstern, H., 1982: Epidemiolic Research. Priciples and Quantitative Methods. Chapter 9. Methods of Potential Impact and Summary of Measures. London, Singapore, Sydney
Köck, G., Kafka, A., Pateisky, K., Tilscher, h., Moritz, M., Margulis, F., 1978: Kassenarbeitsplätze in Selbstbedienungsläden. Studie des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen. Wien
Fuorinka, I., Koskinen, P., 1979: Occupational rheumatic diseases and upper limb strain in manual jobs in a light mechanical industry. In: Scand. J. Work Environm. & Health 5, suppl. 3: 39-47
Laarmann, A., 1976: Geweberegression als Berufskrankheit - Wesen, Kausalität und Begutachtung. In: Arch. Orthop. Umfall-Chir. 84: 261-268
Lawrence, I.S., Molyneux, M.K., Dingwall-Fordyce, Il, 1966: Rheumatism in foundry workers. In: Brit. J. Industr. Med. 23: 42-52
Mach, J., Heitner, H., Ziller, R., 1976: Die Bedeutung der beruflichen Belastung für die Entstehung degenerativer Wirbelsäulenveränderungen. In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene, 22: 352-354
Magora, A., 1974: Investigation of the Relation between Low Back Pain and Occupation. In: Scand J. Rehab. Med. 6: 81-88
Manz, A., Rausch, W., 1965: Zur Pathogenese und Begutachtung der Epicondylitis humeri. In: Münch. Med. WSchr. 29: 1406-1413

Menschig, C., 1967: Bericht über die Forschungsergebnisse der Orthop. Universitätsklinik der FU Berlin zur Frage von Arbeitsschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat durch Büromaschinenarbeit. In: Deutsche Angestellten-Versicherung 8/67, S. 219-223

Mintz, G., Fraga, A., 1973: Severe Osteoarthritis of the Elbow in Foundry Workers. In: Arch. Environ. Health, 27: 78-80

Müller, W., 1967: Forschungsauftrag zur Frage von Arbeitsschäden am Haltungs- und Bewegungsapparat durch Büromaschinenarbeit. In: Die Ersatzkasse, No. 3, S. 89-101

Nachemson, A.I., 1971: Low Bach Pain - Its Etiology and Treatment. In: Clin. Med.: 18-24

Ohara, H., Aoyama, h., Itani, T., 1976: Health Hazards among cash register operators and the efect of imroved working condtions. In J. Hum. Ergol. 5: 31-40

Schäfer, K.-H., 1982: Arbeitsbedingungen. In: Ellinger, S., Karmaus, W. et al. 1982, op. cit.

Schäfer, K.-H., Karmaus, W. 1982: Rheumatische Erkrankungen, medizinische Risikofaktoren und Arbeitsbedingungen - ein Erklärungsmodell. In: Ellinger, S., Karmaus, W., et al. 1982, op. cit.

Schröter, G., 1970: Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen. In: Beitr. Orthop. 17: 687-690

Schröter, G., Rademacher, W., 1971: Die Bedeutung von Belastung und außergewöhnlicher Haltung für das Entstehen von Verschleißschäden der HWS -dargestellt an einem Kollektiv von Fleischträgern. In: Z. ges. Hyg. 17: S. 841-843

Susser, M., 1973: Causal Thinking in the Health Sciences. Concepts and Strategies in Epidemiology. New York, Londen, Toronto

Wagenhäuser, F.J., 1969: Die Rheumamorbidität. Eine klinisch-epidemiolgische Untersuchung. Bern, Stuttgart, Wien

Weltz, F., Jacobi, U., Lullies, U., Becker, W., 1978: Menschengerechte Arbeitsgestaltung in der Textverarbeitung. Bundesminister für Forschung und Tschnologie (Hrsg.). Bonn

Zacharias, K., 1967: Vertebragene Störungen in einer Industriepopulation. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 16: 158-169

Eva Bamberg und Gisela Mohr

Psychischer Streß unter der Lupe

Darstellung einiger Ergebnisse aus einer Untersuchung mit Industriearbeitern

In Zeiten wirtschaftlicher Krisen werden Forderungen nach Verbesserungen der Arbeitsbedingungen oft hinter das Ziel nach Erhalt der Arbeitsplätze zurückgestellt. Umso wichtiger wird es, immer wieder auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen hinzuweisen. Nachteilige Auswirkungen und gesellschaftliche Kosten werden nicht nur durch Arbeitslosigkeit, sondern auch durch Streß am Arbeitsplatz und den daraus folgenden Krankheitskosten verursacht.

In dem vorliegenden Artikel werden deshalb Ziele, inhaltliche Schwerpunkte, methodisches Vorgehen und einige Untersuchungsergebnisse eines Forschungsprojekts über psychischen Streß am Arbeitsplatz von Industriearbeitern dargestellt.[1]

1. Fragestellung und Ziele der Untersuchung

Wenn eine Person Bedingungen ausgesetzt ist oder ausgesetzt sein wird, die gemeinhin als unangenehm erlebt werden und diese Bedingungen nicht unmittelbar verändern kann, dann wird dies bestimmte lang- oder kurzfristige Folgen für den Betroffenen haben. Diese können in sozialen und/oder psychischen Veränderungen bestehen. Das Ausmaß der Belastungsfolgen ist dabei auch von der Streßbewältigung abhängig, d.h. davon, wie er Betroffene mit Belastungen umgehen kann.

Die Untersuchung hatte vor allem zwei Ziele: Die Entwicklung eines Instrumentariums zur Erfassung der oben genannten Bereiche und die Analyse des Zusammenhangs zwischen Streß am Arbeitsplatz, Gesundheit und Faktoren der Streßverarbeitung. Die Durchführung der Untersuchung mit Industriearbeitern ergibt sich daraus, daß dieser Personenkreis (vgl. Dohrenwend 1980, Scharf 1983) besonderen Belastungen ausgesetzt ist. Zudem läßt es die Eingrenzung auf eine spezifische Gruppe von Arbeitsplätzen eher zu, für die Praxis verwertbare Aussagen zu treffen.

Die Studie wurde in mehreren Untersuchungsphasen durchgeführt. Während in den ersten Phasen vorwiegend qualitativ vorgegangen wurde, wurden in den letzten größeren Untersuchungsphasen standardisierte, quantitative Verfahren eingesetzt. Insgesamt wurden ca. 1.400 männliche, deutschsprachige, in der Produktion beschäftig-

beschäftigte Arbeiter aus zwölf Betrieben der Metall- und Stahlindustrie einbezogen. Neben Fragebögen wurde (für die Tätigkeitsanalyse) auch ein Beobachtungsverfahren entwickelt und eingesetzt. Die Befragung fand in kleinen Gruppen statt. Mit ihnen wurden auch Gruppendiskussionen durchgeführt. 90 Personen wurden im Abstand von ca. eineinhalb Jahren nochmals befragt, so daß deren Angaben im Sinne einer kleinen Längsschnittstudie ausgewertet werden konnten.

2. Drei inhaltliche Schwerpunkte des Projekts: Arbeitsstressoren, Streßverarbeitung und Gesundheit

Die arbeitswissenschaftliche Forschung stand jahrzehntelang in der Tradition von Ansätzen, die analog der Vorgehensweise bei der Prüfung der Belastbarkeit eines Werkzeugs die Einwirkungsfaktoren (Belastungen) auf das „Werkzeug Mensch" hinsichtlich ihrer Auswirkungen (Beanspruchungen) auf die Funktionsfähigkeit dieses „Werkzeuges" untersuchten. Größte Berücksichtigung fanden dabei — wie z.B. aus dem von Rohmert u.a. entwickelten AET (Arbeitswissenschaftliches Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse) hervorgeht — Faktoren der Arbeitsumgebung und des Kräfteeinsatzes (vgl. Semmer 1983). Da sich die Funktionsfähigkeit im industriellen Kontext an der erbrachten Leistung orientiert, stand die Messung der Produktivität oder aktueller Ausfallserscheinungen, ergänzt durch physiologische Parameter im Vordergrund. Ein Vorteil dieser Parameter ist auch, daß sie den Anschein relativ guter Meßbarkeit erwecken.

Bei dieser Gleichsetzung des Menschen mit der Maschine blieb allerdings oftmals die Berücksichtigung spezifischer menschlicher Fähigkeiten der Auseinandersetzung mit Belastungen außer acht, die den Menschen aber auch über die gesundheitserhaltenden Grenzen hinweg belastbar machen: Während jeder Computer bei Zugluft und Nässe den Dienst verweigert, arbeiten viele abhängig Beschäftigte jahrzehntelang unter diesen Bedingungen. Die dabei gezeigte Widerstandsfähigkeit ist allerdings nur scheinbar und stellt sich nur bei der Betrachtung kurzfristiger Folgen (oder der o.g. Leistungsparameter) als solche dar: Die Hälfte aller Erwerbstätigen scheidet vorzeitig krankheitsbedingt aus dem Erwerbsleben aus, ein großer Teil der Arbeitenden erreicht das Rentenalter erst gar nicht (Scharf 1980).

Bei der Analyse der Wirkung von Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit sind veränderte Schwerpunkte notwendig:
— bei den Stessoren (v.a. denen des Arbeitsplatzes)
— bei der Streßverarbeitung
— bei den gesundheitlichen Auswirkungen von Streß

2.1 Stressoren

2.1.1 Stressoren am Arbeitsplatz

Bei den Stressoren am Arbeitsplatz lassen sich drei Gruppen unterscheiden (vgl. Semmer 1983):

a. Merkmale, die sich direkt aus der Struktur einer Aufgabe ergeben, also an die Arbeitstätigkeit gebunden sind. Hierzu gehören
   — die Intensität der Arbeit wie Konzentration und Zeitdruck,
   — Unsicherheitsfaktoren wie Unfallgefahren oder hohes Fehlerrisiko,
   — Arbeitsorganisatorische Probleme, die z.B. dadurch entstehen können, daß notwendige Hilfmittel bei der Arbeit nicht vorhanden sind oder erst beschafft werden müssen.
b. Begleitumstände, d.h. Merkmale, die sich aus den Bedingungen ergeben, unter denen eine Tätigkeit ausgeführt wird. Hierzu gehören vor allem Umgebungsbelastungen wie Lärm, Hitze oder Staub, sowie die Bedingungen, die sich durch einseitigen Kräfteeinsatz ergeben.
c. Bedingungen, die die Befriedigung übergreifender Motive erschweren. Zwei Faktoren werden hier besonders häufig genannt:
   — Unzureichende Arbeitsinhalte, die die Anwendung und Weiterentwicklung der eigenen Fähigkeiten unmöglich machen sowie
   — Belastungen, die sich aus sozialen Beziehungen und Kontaktmöglichkeiten ergeben. Dabei kann es sich z.B. um soziale Konflikte mit Kollegen oder um fehlende Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten handeln.

Die Anlayse des Arbeitsplatzes geschah in unserem Projekt zweifach: einerseits durch Befragung der Beschäftigten mittels eines standardisierten Fragebogens, andererseits durch geschulte Beobachter, denen eine nahezu identische ‚Beobachtungsversion' des Fragebogens vorlag. Hierfür konnten Skalen und Indices zu den o.g. Bereichen (z.B. Unsicherheit und Verantwortung, Konzentration und Zeitdruck, organisatorische Probleme, Unfallgefährdung, Arbeitskomplexität) gebildet werden (vg. Semmer 1982, Dunckel, i.V.)

2.1.2. Stressoren im außerbetrieblichen Bereich

Ein häufiges Argument ist, daß gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht durch die Arbeitsbedingungen, sondern durch ungünstiges Freizeitverhalten oder nachteiliges Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Alkohol, Tablettenabusus) und durch Belastungen in der Freizeit ver-

ursacht werden. Um den Stellenwert außerbetrieblicher Belastungen einschätzen zu können, haben wir auch hierzu einige Skalen und Indices entwickelt (z.B. außerbetriebliche Belastungen aufgrund materieller Bedingungen, durch soziale Konflikte etc.)

Der Anspruch, Gesundheitsverhalten mit seinen relevanten Bestimmungsgrößen zu erfassen, wie sie in der Medizinsoziologie erarbeitet wurden (vgl. Siegrist 1974, Mechanic 1978, Voigt 1980) kann im Rahmen unseres Projektes nicht erfüllt werden. Es war lediglich möglich, einige wenige Indikatoren zur groben Einschätzung des Stellenwerts des Gesundheitsverhaltens heranzuziehen.

2.2. Stressbewältigung

Neuere kognitionstheoretische und handlungstheoretische Ansätze betonen die Relevanz der Stressverarbeitung: Ob Stress zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit führt, ist auch von der Stressbewältigung oder Stressregulation abhängig. Diese Regulation kann intern — z. B. indem eine Situation nachträglich anders eingeschätzt wird — oder extern — durch die Veränderung einer Situation — stattfinden (Schönpflug 1976). Für die Stressbewältigung wichtige Faktoren sind:

— *Voraussetzungen innerhalb der Person*, z. B. qualifikatorische Voraussetzungen, oder inwieweit eine Person eine Situation für veränderbar hält, also die Vorstellung von Kontrolle hat,
— *Umgebungsbedingungen* wie Handlungs- und Kontrollspielraum oder soziale Unterstützung.

Innerhalb des Projekts wurden Skalen entwickelt, die sich auf diese Faktoren beziehen.

2.3. Stresswirkungen auf die Gesundheit

Studien zum Stress am Arbeitsplatz untersuchen Stressauswirkungen anhand unterschiedlicher Merkmale, wie z. B. über kurzfristige physiologische Reaktionen oder über bestimmte langfristig auftretende Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt). Um Auswirkungen auf das Befinden der Betroffenen feststellen zu können, ist es jedoch notwendig, einen breiteren Gesundheitsbegriff zugrunde zu legen, der sich an Jahodas Vorstellung von Gesundheit als der Fähigkeit, das Dasein zu meistern (Jahoda 1958) und an der Gesundheitsdefinition der WHO (Gesundheit als das physische, psychische und soziale Wohlbefinden) orientiert. Dies bedeutet, daß in einem Projekt über Stress am Arbeitsplatz nicht nur Befindensbeeinträchtigungen (in unserem Falle vor allem psychische Befindensbeeinträchtigungen), sondern auch Indikatoren des Wohlbefindens und des aktiven Handelns zu berücksichtigen sind. Wir haben deshalb neben psychosozialen Störungen

und Befindensbeeinträchtigungen wie Angst, Depressivität oder Gereiztheit-Belastetheit, auch Indikatoren des Wohlbefindens und betriebliche und außerbetriebliche Aktivitäten (in der Gewerkschaft, in Vereinen, innerhalb der Familie) berücksichtigt.

Auch der Anspruch auf Erhalt der psychischen Gesundheit scheint in Krisenzeiten eher zum Luxusbedürfnis zu werden. Befindlichkeitsstörungen werden allzuleicht als Bagatellangelegenheiten diffamiert. Sinkende Krankheitshäufigkeiten in wirtschaftlichen Krisenzeiten werden als Bestätigung einer solchen Sichtweise interpretiert. Stattdessen wäre es erforderlich, Forschungsergebnisse zur Kenntnis zu nehmen, nach denen Personen mit häufigeren kürzeren Arbeitsabwesenheiten offenbar damit ein sinnvolles autoprotektives Verhalten aufweisen. In einer Studie von Berkman (1975) wiesen Personen ohne kurze bzw. mit längeren Abwesenheiten eine zweimal höhere Sterbewahrscheinlichkeit im Zeitraum von fünf Jahren auf als solche, die angaben, auch mal für ein paar Tage auf der Arbeit zu fehlen. Geht man ferner davon aus, daß psychische Befindensstörungen Vorläufer massiver Krankheiten sein könen (z.B. der häufigen Herz-Kreislauferkrankungen), so wird durch die Vernachlässigung von Befindensstörungen die Chance vergeben, weit schwerwiegendere Folgekosten und individuelles Leid zu verhindern.

Innerhalb des Projekts war es nicht möglich, alle Aspekte von Gesundheit zu berücksichtigen. Bei den von uns gewählten Indikatoren wurde ein Schwergewicht auf psychosoziale Befindensbeeinträchtigungen gelegt. Es wurden Skalen und Indizes zu den folgenden Merkmalen der Gesundheit entwickelt:

— ärztlich diagnostizierte Krankheiten[2],
— psychische und soziale Befindensbeeinträchtigungen (z. B. Angst, Gereiztheit/Belastetheit, Freizeitbeanspruchung),
— psychisches Wohlbefinden (z. B. Lebenszufriedenheit, Arbeitszufriedenheit),
— aktives Handeln und Voraussetzungen aktiven Handelns (soziale Aktivitäten, gewerkschaftliche Aktivitäten, Änderungswissen).

3. Ergebnisse

3.1. Die Arbeitssituation: einige bedeutsame Stressoren

— *Die Arbeitsintensität* wurde als hoch beurteilt: 46% gaben an, starkem Zeitdruck und starker Hetze ausgesetzt zu sein, 54% waren stark oder sehr stark durch Konzentrationsanforderungen belastet.
— Bei den *Umgebungsbelastungen* standen Belastungen durch Lärm (von 68 % der Befragten als stark oder sehr stark beurteilt), Temperatur (46 %), und Schmutz (46 %) im Vordergrund.
— Ca. 75% der Befragten hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung, nur wenige von ihnen konnten jedoch ihre *Qualifikation einsetzen*: bei nur 22 % war für die Arbeitstätigkeit

eine abgeschlossene Ausbildung erforderlich (Rummel u.a. 1983).

Damit seien nur einige charakteristische Angaben zu den Arbeitsbedingungen der Befragten genannt. Sie zeigen, daß die oben genannten Belastungsfaktoren bei den Industriearbeitern, die an unserer Untersuchung teilgenommen haben, aufgrund ihrer Ausprägung von Relevanz sein dürften. Anhand der Darstellung des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit werden wir dies überprüfen.

3.2. Stressoren und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Konzentration und Zeitdruck, soziale Stressoren und organisatorische Probleme sind die Stressoren, die sich auf die Gesundheit auswirken. Dabei wiesen diese Stressoren jedoch zu den verschiedenen Indikatoren von Gesundheit unterschiedliche Beziehungen auf: Besonders psychische Befindensbeeinträchtigungen sind mit diesen Belastungsfaktoren verbunden. Bei den anderen Indikatoren von Gesundheit (wie z.B. aktivem Handeln) ist dieser Zusammenhang nicht so deutlich. Offen bleibt zunächst jedoch, worauf dies zurückzuführen ist: Ob nämlich tatsächlich nur eine geringe Beziehung zwischen positiven Arbeitsmerkmalen und aktivem Handeln besteht, oder ob sich diese durch unsere Auswertungsmethoden nicht nachweisen läßt. Hier werden weitere Auswertungsarbeiten notwendig sein.

Als Beispiel für die mit Stress am Arbeitsplatz verbundenen Befindensbeeinträchtigungen soll der Zusammenhang zwischen Konzentration und Zeitdruck und psychosomatischen Beschwerden sowie Gereiztheit-Belastetheit[3] ausführlicher dargestellt werden:

Von den Beschäftigten mit hohen psychosomatischen Beschwerden

— hatten 16% hohe Konzentrationsanforderungen und hohen Zeitdruck,

aber nur 5% niedrige Konzentrationsanforderungen und niedrigen Zeitdruck.

Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich Gereiztheit-Belastetheit: Von den Beschäftigten mit hoher Gereiztheit-Belastetheit

— hatten 20% hohe Konzentrationsanforderungen und hohen Zeitdruck,

aber nur 7% niedrige Konzentrationsanforderungen und niedrigen Zeitdruck.

Das heißt: Die Beschäftigten mit hohen Konzentrationsanforderungen und hohem Zeitdruck haben ungefähr drei mal so häufig starke psychosomatische Beschwerden und starke Gereiztheit-Belastetheitsgefühle wie die Gruppe mit niedrigen Konzentra-

tionsanforderungen und niedrigem Zeitdruck (vgl. Rummel u.a. 1983).

Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Zusammenhang zwischen Umgebungsbelastungen, organisatorischen Problemen, sozialen Stressoren und den beiden Indikatoren beeinträchtigter psychischer Gesundheit.

Gegen derartige Zusammenhangsaussagen auf der Grundlage von Querschnittsstudien läßt sich einwenden, daß sie noch keine Kausalaussagen beinhalten. Um Arbeitsbedingungen auf ihre Verursachungsfunktion prüfen zu können, wurde innerhalb unseres Projektes auch eine kleine Längsschnittuntersuchung (bei 90 Personen) durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind zum großen Teil mit unseren zentralen Hypothesen und den Ergebnissen der Querschnittsuntersuchung kompatibel. Obwohl noch weitere Auswertungsschritte und Studien zur Erhärtung dieser Daten wünschenswert sind, sprechen damit unsere Ergebnisse — vor allem in Verbindung mit den Ergebnissen anderer Längsschnittstudien im arbeitspsychologischen Bereich (Karasek 1981) für die kausale Funktion der dargestellten Arbeitsstressoren.

Anzumerken ist, daß die oben dargestellten Zusammenhänge und alle weiteren Ergebnisse auf den Daten der Arbeitsanalyse mittels Selbsteinschätzung der Befragten beruhen. Die Zusammenhänge, ermittelt über die Daten aus der Beobachtung der Tätigkeit durch geschulte Beobachter (s.o.), sind generell geringer, wenn auch in der Tendenz in die gleiche Richtung weisend. Dieser auch in anderen Studien feststellbare engere Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzungsdaten als zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung hat verschiedentlich zu Zweifeln an Ergebnissen auf der Grundlage von Selbsteinschätzungsdaten geführt. Unter anderem wird unterstellt, die Befragten würden ihre Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden übertreiben.

Ein Vergleich der Mittelwerte zwischen den einzelnen Skalen der Fragebogenversion und den entsprechenden Skalen der Beobachterversion ermöglicht, diesem Einwand nachzugehen. Die Gegenüberstellung der Mittelwerte aus der Selbsteinschätzung (Fragebogen) und Beobachterversion zeigt, daß die Betroffenen ihre Arbeitsbelastungen[4] im allgemeinen höher einschätzen — sie beurteilen jedoch die *Arbeitsinhalte* positiver als dies die Beobachter tun.

Ferner hatten wir die Möglichkeit, die Befragten in drei Gruppen aufzuteilen, da zumeist mehrere pro Arbeitsplatz befragt wurden:

— Personen, die viele Stressoren nannten
— Personen, die (unter gleichen Arbeitsbedingungen) ein mittleres Maß an Stressoren nannten.

— Personen, die (unter gleichen Arbeitsbedingungen) ein geringes Maß an Stressoren nannten.

Für die beiden Extremgruppen, die man entsprechend dem zuvor formulierten Einwand als „Über"- oder „Untertreiber" bezeichnen könnte, ergeben sich zwar auch Unterschiede hinsichtlich ihres Ausmaßes an (beispielsweise) psychosomatischen Beschwerden. Es zeigt sich jedoch für beide Gruppen ein gleichermaßen enger Zusammenhang zwischen Arbeitsstressoren und psychosomatischen Beschwerden. Die Arbeitsstressoren werden also dadurch, daß eine Person eventuell „über"-oder „unterschätzt", nicht irrelevant (Frese, i.V.).

3.3. Die Bedeutung außerbetrieblicher Bedingungen und des Gesundheitsverhaltens.

Häufig wird argumentiert, daß gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht durch Arbeitsstressoren, sondern durch Belastungen in der Freizeit bzw. durch unangemessenes Erholungs-oder Gesundheitsverhalten entstünden (vgl. auch Abschnitt 2.2.).

Dem ist entgegenzusetzen, daß Streß am Arbeitsplatz häufig mit außerbetrieblichen Belastungen verbunden ist: abhängig Beschäftigte, die vielen Arbeitsstressoren ausgesetzt sind, gehören meistens zu einer gesellschaftlichen Gruppe, die auch von vielen außerbetrieblichen Belastungen (z.B. durch schlechtere Wohnverhältnisse) betroffen ist. Darüber hinaus ist von einer Wechselwirkung zwischen betrieblichen und außerbetrieblichen Belastungen auszugehen: Streß am Arbeitsplatz bleibt u.U. nicht ohne Folgen für die Freizeit.

Ebenso ist anzunehmen, daß auch psychische Befindenszustände nicht nach Feierabend am Werkstor abgegeben werden, sondern in die Familie und sonstigen Beziehungen hineingetragen werden. Der Beginn eines unheilvollen Zirkels ist dann gelegt, wenn die Nachwirkungen des Arbeitstages die außerbetriebliche Situation derart bestimmen, daß statt Erholungsmöglichkeiten neuer Streß entsteht.

Bei der Auswertung unserer Daten haben wir überprüft, welche Beziehungen zwischen Arbeitsstressoren, sozialen Freizeitstressoren (z.B. durch Verpflichtungen in der Freizeit, durch soziale Konflikte in der Freizeit) und psychischen Befindensbeeinträchtigungen bestehen. Tatsächlich zeigt sich (über Korrelationen berechnet) ein enger Zusammenhang zwischen sozialen Freizeitsstressoren und psychischen Befindensbeeinträchtigungen. Das bedeutet jedoch nicht, daß die Befindensbeeinträchtigungen vor allem von Freizeitstressoren abhängig sind: Überprüft man die Beziehung zwischen Arbeitsstressoren und Befindensbeeinträchtigungen, indem gleichzeitig der Einfluß der Freizeitstressoren „ausgeschaltet" wird[5], dann wird der Zusammenhang zwischen Arbeitsstreß und Befindensbeeinträchtigungen

zwar geringer, besteht aber weiterhin. Aus diesem Ergebnis schließen wir, daß die von uns hier dargestellten Indikatoren von Freizeitstreß eng mit psychischen Befindensbeeinträchtigungen verbunden sind — wer z.B. größere Ängste hat oder eine stärkere Gereiztheit-Belastetheit, hat auch mehr soziale Konfklikte in der Freizeit —. Ferner wird der Zusammenhang zwischen Belastungen bei der Arbeit und psychischen Befindensbeeinträchtigungen von den Freizeitstressoren beeinflußt.

Um der Bedeutung des Gesundheitsverhaltens nachzugehen, soweit wir dies erfassen konnten, haben wir die Stichprobe in verschiedene Untergruppen aufgeteilt: Personen mit viel vs. wenig Alkohol- bzw. Nikotinkonsum, mit viel vs. wenig Einnahme von Beruhigungsmitteln. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsstressoren und Befindensbeeinträchtigungen wies für diese unterschiedlichen Gruppen jedoch keine bedeutsame Unterschiede auf, sodaß davon ausgegangen werden kann, daß selbst bei Personen mit höherem Alkohol- bzw. Nikotin- oder Beruhigungsmittelkonsum die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die psychischen Befindensbeeinträchtigungen erhalten bleibt.

3.4. Zum Stellenwert der Streßverarbeitung

Weiter oben wurde hervorgehoben, daß bei der Untersuchung von Stress und dessen Folgen der Streßbewältigung ein besonderer Stellenwert zukommt. Die Auswertung der Daten in bezug auf die intervenierenden Effekte der Streßbewältigung — die in Querschnittsuntersuchungen nur eingeschränkt nachweisbar sind — ist noch nicht abgeschlossen. Erste Ergebnisse von Subgruppenanalysen[6] zeigen jedoch in der Tendenz die moderierende Funktion dieser Variablen: So ist z.B. bei hohem Handlungsspielraum oder bei hoher sozialer Unterstützung durch Kollegen oder durch Vorgesetzte der Zusammenhang zwischen Arbeitsstressoren und den Indikatoren des Befindens geringer als bei niedrigem Handlungsspielraum. Dieses Ergebnis läßt sich so interpretieren, daß Personen mit hohem Handlungsspielraum oder mit hoher sozialer Unterstützung mehr Möglichkeiten haben, Belastungen zu bewältigen, und so negative Auswirkungen auf die Gesundheit verhindern.

4. Sozialwissenschaftliche Untersuchungen im Industriebetrieb: der Umgang mit gängigen Vorbehalten.

Die praktische Erfahrung in den Betrieben zeigt, daß von Seiten aller beteiligten Parteien, d.h. den Geschäftsleitungen, der betrieblichen/gewerkschaftlichen Interessenvertretung und den Be-

troffenen teilweise erhebliche Skepsis gegenüber wissenschaftlichen Untersuchungen besteht: Die Arbeitgeber halten betriebliche Belastungen aus verschiedenen Gründen (z.B. Unruhe im Betrieb, Irrelevanz des Themas) für nicht der Untersuchung wert und ermöglichen deshalb oft nicht die für die Untersuchung notwendigen Betriebszugänge. Die Betroffenen und ihre Interessenvertretung zweifeln häufig an für sie positiven Untersuchungsergebnissen. Dies basiert z.T. auf der Fremdheit der Situation, auf der Erfahrung, daß sie bei früheren Untersuchungen nicht über die Ergebnisse informiert wurden; häufig besteht darüber hinaus auch die Erkenntnis, daß wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse gegen die Interessen der Betroffenen verwendet werden (z.B. bei Eignungstests oder bei Untersuchungen, die Grundlage für Rationalisierungsmaßnahmen sind).

Für uns ergaben sich daraus die folgenden Konsequenzen:

— Bei der Erlaubnis, in den Betrieben Untersuchungen durchzuführen, wandten wir uns grundsätzlich an die Geschäftsleitungen und an die Betriebsräte, d.h. beide Seiten wurden von Anfang an über den Untersuchungsablauf informiert, dieser wurde mit beiden Seiten abgestimmt. Die Auswahl der zu befragenden Personen wurde jedoch nicht über die Geschäftsleitungen und die Betriebsräte vorgenommen. Soweit dies möglich war, wurden die in die Untersuchung einbezogenen Arbeiter von uns persönlich über die Untersuchung informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Damit sollte erreicht werden, daß die Befragten Gegenstand und Ziele der Untersuchung kennen und daß die Befragten nach zuvor von uns aufgestellten Kriterien ausgewählt wurden. Im Rahmen eines ‚zielgruppenorientierten' Vorgehens wurden darüber hinaus die folgenden Maßnahmen getroffen:
— Die Befragung fand soweit wie möglich während der Arbeitszeit und immer innerhalb des Betriebes statt. Dadurch sollte eine zusätzliche zeitliche Beanspruchung vermieden werden.
— Während der späteren Untersuchungsphasen fanden die Befragungen in Gruppen, gemeinsam mit mehreren Kollegen statt. Dabei wurde auch eine Gruppendiskussion, bei der es um betriebliche Probleme bzw. um Probleme am Arbeitsplatz ging, durchgeführt.

Die Gruppendiskussion stellte einerseits ein Mittel dar, bestimmte inhaltliche Aspekte zu erfassen (z.B. das Ausmaß an gegenseitiger sozialer Unterstützung, bestimmte Aspekte sozialer Kompetenz wie z.B. Redebeteiligung etc.). Andererseits war damit im Rahmen der Untersuchungsdurchführung für die Teilnehmer die Möglichkeit zum Austausch über die o.g. Themen geboten. Für die Untersuchungsdurchführung erwies sich diese Gruppendiskussion schon al-

lein deswegen als nützlich weil dadurch die lange Befragungszeit unterbrochen wurde.

Das beschriebene Vorgehen hat zu einer vergleichsweise großen Bereitschaft der Beschäftigten geführt, an der Untersuchung teilzunehmen. Das Interesse der Teilnehmer an der Untersuchung fand auch bei den Gruppendiskussionen und in der sorgfältigen Bearbeitung des Fragebogens seinen Ausdruck. So wurden relativ wenig Fragebögen unvollständig ausgefüllt.

— Integraler Bestandteil der Untersuchungen war die Verpflichtung unsererseits zur Rückmeldung der Ergebnisse an die Befragten

Nach der abschließenden Untersuchungsphase wurde ein für Laien verständlicher Bericht angefertigt und eine mündliche Rückmeldung im Betrieb vereinbart. In einigen Betrieben war die Diskussionsrunde über die Ergebnisse nur für die Vertreter der Geschäftsleitung, den Betriebsrat und Vorgesetzte möglich. Es wurden jedoch auch Diskussionsrunden mit befragten Arbeitern und Beiträge auf Betriebsversammlungen durchgeführt.

5. Ausblick

Die Untersuchung gibt Hinweise darauf, welche Arbeitsplatzmerkmale einer Veränderung bedürfen (vgl. die unter 3.1 genannten Stressoren). Sie zeigt auf, daß eine Erweiterung des Handlungsspielraums und der Möglichkeit zur Kooperation und sozialen Unterstützung förderliche Bedingungen im Umgang mit Stress sind. Das sind gleichzeitig diejenigen Bedingungen, die im Zuge der Einführung neuer Technologien immer weiter reduziert werden.

Die in Auswertung unserer Daten ermittelten Merkmale der Arbeitssituation und der Gesundheit wurden in den Betrieben ausführlich dargestellt. Ferner wurden die besonderen Belastungsschwerpunkte und die positiven Merkmale der Arbeitsplätze der jeweiligen an der Abschlußuntersuchung beteiligten Betriebe im Rahmen der Ergebnisrückmeldung erläutert. Auf diese Weise konnten durch das Projekt Denk- und Diskussionsprozesse bei den Beteiligten und bei den Betroffenen angeregt werden.

Inwieweit die Ergebnisse allerdings tatsächlich im Sinne von Arbeitsplatzveränderungen umgesetzt werden, bleibt offen.

Anmerkungen

1) Gefördert vom Bundesminister für Forschung und Technologie im Rahmen der Projektträgerschaft ‚Humanisierung des Arbeitslebens': (Mitarbeiter/innen): Bamberg, E, Dunckel, H., Fellmann, U., Frese, M., Greif, S., Mohr, G., Rückert, D., Rummel, M., Semmer, N., Udris, J., Ulich, E., Zapf, D.

2) Bestandteil des Fragebogens war eine Liste, mit der nach Krankheiten gefragt wurde, die den Arbeitern innerhalb der letzten zwei Jahre von ihrem Arzt genannt worden waren.
3) Gereiztheit/Belastetheit erfaßt vor allem Erschöpfungszustände und das Problem, nach der Arbeit nicht abschalten zu können. Typische Fragen hierzu sind z.B. „Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will." „Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten".
4) ausgenommen Unfallgefährdung
5) Der Einfluß der Freizeitstressoren wurde varianzanalytisch überprüft.
6) Es wurden kanonische Korrelationen und multiple Regressionen für Subgruppen mit hoher oder niedriger Ausprägung des Merkmals, z.B. hohem/niedrigen Handlungsspielraum berechnet (vgl. auch Greif u.a.,1983).

Literaturverzeichnis

Bamberg,E., Mohr, G.: Frauenforschung: Der blinde Fleck in der Psychologie. In: Mohr, G., Rückert, D., Rummel, M. (Hrsg.): Frauen. Psychologische Aspekte zur Arbeits- und Lebenssituation. München: Urban und Schwarzenberg, 1982

Berkmann,P.L.: Survival and a modicum of indulgence in the sick role. Medical Care,12,1975,85-94

Dohrenwend, B.P.: Soziokulturelle und sozialpsychologische Faktoren in der Entstehung psychischer Störungen. In: Katschnig, H. (Hrsg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung. München: Urban und Schwarzenberg, 1980, 125-158

Dunckel, H.: Der Einfluß arbeitsbedingter Mehrfachbelastungen auf psychosoziale Gesundheit (Arbeitstitel). Dissertationsvorhaben an der Universität Osnabrück

Frese, M.: Does stress at work produce psychosomatic complaints? (in Vorbereitung)

Greif,S., Bamberg,E., Dunckel,H., Frese,M., Mohr,G., Rückert,D., Rummel,M., Semmer,N., Zapf,D.: Abschlußbericht des Forschungsprojektes "Psychischer Stress am Arbeitsplatz - hemmende und fördernde Bedingungen für humanere Arbeitsplätze". Unveröffentlichter Bericht, Berlin, 1983

Jahoda,M.: Current Concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958

Karasek,R.A., Baker,D., Marxer,F., Ahlbom,A., Theorell,T.: Job decision prospective study of swedish men. American Journal of Public Health, 71,1981,694-705

Mechanic,D.: Medical Sociology. London: Collier Macmillan,1978

Rummel,M., Bamberg,E., Dunckel,H., Greif,S., Mohr,G., Rückert,D., Zapf,D.: Neues zum Thema 'Psychischer Stress'. Ein Untersuchungsbericht für die Beteiligten. Unveröffentlichter Bericht des Projektes Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Berlin, 1983

Scharf,B.: Frühinvalidität. In: WSI-Mitteilungen, 33,1980,550-563

Scharf,B.: Krankenstand - Mißbrauch oder Spiegelbild betrieblicher Belastungen? Soziale Sicherheit, 1983,140-144

Schönpflug,W.: Einige theoretische Vorstellungen zum Problem des belastenden und belasteten Verhaltens. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Regensburg,1976

Semmer,N.: Stressbezogene Tätigkeitsanalyse. Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz. Weinheim:Beltz. (Im Druck)

Siegrist,J.: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie. München: Urban und Schwarzenberg, 1974

Voigt, D.: Gesundheitsverhalten. Stuttgart: Kohlhammer,1978

Lothar Kabus

Entmündigung der Krankenpflege — die Formel von Virginia Henderson

In ihrer Arbeit „Grundregeln der Krankenpflege" meint Henderson, die berufliche Tätigkeit der Krankenschwester auf folgende Formel bringen zu können: „Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt".[1]

Die Übersetzung eines Textes in eine andere Sprache ist zwangsläufig mit der Gefahr von „Bedeutungsverschiebungen" oder ähnlichem verbunden. Aber wie auch immer der Originaltext von Henderson lautet, seine Übersetzung dokumentiert das Selbstverständnis der Krankenpflege in der BRD.

Grauhan leitet aus dieser Formel folgende Aussage ab: „Pflegetätigkeit ist ... komplementär zur *Autonomie* des einzelnen Patienten."[2] D.h., sie ist der Meinung, diese Formel definiere Krankenpflege als patientenzentrierte Tätigkeit, und zwar insofern, als sie den Patienten als autonomes Wesen behandelt wissen möchte.

Genau diese Frage soll im folgenden anhand einer genauen Analyse der Formel von Henderson/Fischer untersucht werden.

1. „Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod)..."

Eigentlich stellt die Aussage dieses Satzes eine Enttäuschung dar. Man erwartet Besonderheiten, denn er beginnt mit den Worten „Die besondere Funktion...". Dann aber folgen lediglich Trivialitäten und Selbstverständlichkeiten wie „Hilfeleistung" und „Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen". Auffällig ist lediglich:

— die überflüssige Akzentsetzung auf den „einzelnen, ob krank oder gesund". Ist Krankenpflege Einzelpflege? Warum ist sie Hilfeleistung auch für den Gesunden?
— die Benutzung des vorsichtigen Verbs „beitragen" anstelle eines solchen, das eine zielgerichtete Tätigkeit auszudrücken vermag, sowie

— die Ein- bzw. Ausklammerung eines „friedlichen" Todes.

Nun muß Henderson/Fischer allerdings zugestanden werden, daß sie damit keineswegs etwas absolut Falsches sagen: Die Schwester hat es nun einmal mit dem Menschen als einem Individuum zu tun, das faktisch vereinzelt ist, zumal in seinem Kranksein. Und sie führt nun einmal Handreichungen durch, die jeweils nur am einzelnen durchführbar sind. Und daß die Schwester es faktisch nicht nur mit Kranken, sondern hin und wieder auch mit Gesunden zu tun hat, ist auch nicht falsch. Bleibt die merkwürdige In-Klammersetzung des friedlichen Todes, welche zu der Frage führt: Besteht die „besondere Funktion der Schwester" eher in „Hilfeleistung" für den Gesunden als für den Sterbenden?

Andererseits kann natürlich nicht geleugnet werden, daß es das Ziel der Schwester sein muß, in erster Linie „zur Gesundheit oder Genesung" beizutragen. Und mehr als „beitragen" kann sie ja nun wirklich nicht, denn Behandeln ist Sache des Arztes und Gesundwerden Sache des Patienten.

Fazit: Henderson/Fischer beschränken sich auf die Darstellung vordergründiger Richtigkeiten und Selbstverständlichkeiten, die es fraglich erscheinen lassen, ob sie eine „besondere Funktion" rechtfertigen.

2.„Handreichungen,... welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte."

Die Formulierung „Handreichungen,...welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde,..." ist im Grunde genommen sprachlicher Unsinn, weil das Wort „Handreichungen" — verstanden als „Hilfeleistung", oder Geben von Hilfestellung — lediglich auf die Schwester bezogen werden kann, nicht auf den Patienten. Wer reicht sich denn schon selbst die Hand? Die gleichberechtigte Anwendung dieses Wortes sowohl auf das, was die Schwester faktisch tut, als auch auf das, was „der Kranke" (angeblich) „*selbst ohne Unterstützung* vornehmen würde", bedeutet aber zweierlei: einmal die gedankliche Verschmelzung von handelndem Subjekt — also der Schwester — mit dem zu behandelnden Objekt — dem Patienten. Zum anderen die qualitative Gleichsetzung der Tätigkeit der Schwester mit der des Patienten, wenn man „Handreichungen...vornehmen" als Hilfestellung geben bei fremder Tätigkeit versteht, — den Patienten also als handelndes Subjekt begreift, nicht als passiven Arbeitsgegenstand, worauf es Henderson/Fischer wahrscheinlich ankommt. Nur tun sie hier des Guten zu viel, indem sie — durch die Benutzung des gleichen Worts — so etwas wie Identität vorgaukeln:

das, was die Schwester tut, ist im Prinzip das gleiche, was der Patient tut.

Nahe liegt die Vermutung, daß Henderson/Fischer mit dem Begriff „Handreichungen" die Absicht verbinden, Krankenpflege absolut wasserdicht als patientenzentrierte Tätigkeit zu definieren. Dabei würden sie zunächst davon ausgehen, daß das Individuum in der Regel sich selbst hilft. Dies jedenfalls könnte m.E. eine noch halbwegs sinnvolle Interpretation der Formulierung „Handreichungen,...welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde", darstellen. Nun bildet der Kranke hier aber eine Ausnahme, insofern er auf fremde Hilfeleistung angewiesen ist. Krankenpflege wäre also so etwas wie Hilfe zur Selbsthilfe. Auch so könnte man Henderson/Fischer verstehen. Hilfe zur Selbsthilfe aber wiederum setzt voraus, daß zwei tätige Individuen, das helfende und das sich selbst helfende, die Grenzen ihrer jeweiligen Eigentätigkeit miteinander aushandeln müßten. Es scheint nun aber so zu sein, daß Henderson/Fischer dieses individuelle Aushandeln zu überspringen beabsichtigen, weil es ihnen nicht patientenzentriert genug ist, weil damit die alleinige Souveränität des Patienten angetastet werden könnte. Statt dessen, so ist zu vermuten, verschmelzen sie gedanklich die Tätigkeit der Schwester mit der des Patienten und setzen auf absolute Handelseinigkeit: Die „Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu seinem friedlichen Tod)", werden zu „Handreichungen,..." welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde."

Das aber wiederum würde bedeuten, daß Henderson/Fischer mit ihrer Wortwahl die Absicht signalisieren, praktischer Krankenpflege erst dann das Gütesiegel „patientenzentriert" zu verleihen, wenn die Tätigkeit der Schwester nicht mehr als Eigentätigkeit erscheint, sondern als Tätigkeit des Patienten. Wahrlich, patientenzentrierter ginge es nimmer. Denn dieser wäre nicht nur alleiniger „Arbeitgeber" der Schwester — einen anderen läßt der Wortlaut der Formel nicht zu — sondern auch der alleinig Arbeitende.

Wie erreichen nun Henderson/Fischer das Ziel absoluter Patientenzentriertheit? Sie erreichen es zunächst einmal dadurch, daß sie das Verhältnis Patient-Schwester mystifizieren, indem sie Krankenpflege als ein mystisches Eins-Sein des Pflegenden mit dem Kranken definieren. Das aber kann doch nur heißen, daß sie die Grenzen auflösen, welche die menschliche Autonomie, nun einmal setzt, ganz gleich, was man darunter nun verstehen mag, und wem man sie zubilligt: dem Patienten, der Schwester oder beiden.

Henderson/Fischer erreichen absolute Patientenzentriertheit weiter dadurch, daß sie der Schwester die Fähigkeit zu absoluter Empa-

thie unterstellen. Sie gehen also über das hinaus, was Rohde fordert, „nämlich empathisches *Eingehen* auf die jeweilige Problemlage des Patienten"[3]. Es stellt sich die Frage, wie Henderson/Fischer sich die Realisierung dessen vorstellen, was sie als scheinbare Selbstverständlichkeit postulieren. Konkretisieren läßt sich ihre absolute Handelseinigkeit eigentlich nur auf zweierlei Weise, zum einen als absolute Herrschaft entweder des Patienten über die Schwester oder umgekehrt, und zum anderen als banale Intimität. Letzteres würde allerdings bedeuten, daß Krankenpflege nicht nur als eine Tätigkeit zu begreifen sei, die notwendig mit Eingriffen in den Intimbereich des Kranken einhergeht, sondern daß Krankenpflege als solche Intimität *sei*. Es hat den Anschein, als ob Henderson/Fischer die Illegalität krankenpflegerischer Tätigkeit[4] dadurch aufheben wollen, daß sie das Verhältnis Patient-Schwester zum legalen Intimverhältnis erklären.

Es hat weiter den Anschein, daß sie Herrschaft durch Intimität verschleiern wollen, und daß sie zu diesem Zweck die Beziehung Mann-Frau als ein Modell benutzen, das sowohl Herrschaft als auch Intimität beinhaltet. Nicht von ungefähr folgen Henderson/Fischer allzu bereitwillig dem allgemeinen Sprachgebrauch: Der Hilfeleistung Empfangende ist *der* Kranke, also ein Mann, während sie im Erbringen der Hilfeleistung die besondere Funktion der *Schwester* sehen. Krankenpflege hat für sie also einen deutlich weiblichen Akzent, obgleich es auch den männlichen Krankenpfleger gibt.

Können Henderson/Fischer, die so Unglaubliches definieren wie Herrschaft durch Hilfsbedürftigkeit, absolutes Eingehen usw., vielleicht nur dadurch Glaubwürdigkeit erlangen, daß sie auf das Stereotyp der scheinbar selbstverständlichen Unterordnung der dienenden Frau unter den herrschenden aber dennoch hilflosen Mann zurückgreifen? Offensichtlich knüpfen Henderson/Fischer hier hintergründig an die herrschende Vorstellung an, daß wahre Humanität nur in einem privaten Raum realisierbar sei, und das zwingt sie, Krankenpflege als pseudoprivate Idylle zu definieren, also nicht als Inanspruchnahme einer öffentlichen Dienstleistung bzw. als Lohnarbeit im öffentlichen Dienst. Das wiederum führt zu der Frage, ob sie Krankenpflege überhaupt als Berufsarbeit begreifen können. Ist das, was sie definieren, nicht vielmehr Privattätigkeit, also bestenfalls Privatpflege? Wollen sie vielleicht Krankenpflege als Privattätigkeit *neben* der Berufsarbeit der Schwester verstanden wissen als etwas, das zusätzlich geleistet werden muß und aufgrund seiner Geringfügigkeit auch geleistet werden kann? In der Tat kann die infrage stehende Formulierung auch als der Versuch einer konsequenten Herabwertung praktischer Pflegetätigkeit verstan-

den werden. Dieser Verdacht läßt sich an zwei Punkten festmachen:

a. Mit dem Gebrauch des Wortes „Handreichungen" vermitteln Henderson/Fischer
   — die Vorstellung, Krankenpflege sei leichte Handarbeit, also nicht Knochenarbeit, die den ganzen Körper beansprucht wie Heben, Stützen, Tragen eines Patienten ganz gleich welchen Gewichts;
   — die Vorstellung leichter Hilfstätigkeit. Die eigentliche Arbeit macht ein anderer, also der Patient;
   — die Vorstellung von Geringfügigkeit und Unerheblichkeit. Krankenpflege wäre somit eine Tätigkeit, bei der es auf eine Handreichung mehr oder weniger nicht ankäme;
   — die Vorstellung von Diffusität, Unberechenbarkeit und Zersplittertheit. Krankenpflege wäre also keine zielgerichtete Tätigkeit, die auf die Hervorbringung eines Produktes als Ganzem abstellte. Sie wäre vielmehr eine Tätigkeit, die sich an einem vorgegebenen Ganzen zu orientieren hat und darüber die eigene Ganzheit verliert. Krankenpflege hätte also nichts Handwerkliches" an sich, sondern bestünde lediglich in einer Handreichung hier und einer Handreichung dort.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Henderson/Fischer mit dem Gebrauch des Wortes „Handreichungen" die Vorstellung vermitteln, Krankenpflege sei keine richtige Arbeit, ja eigentlich sogar Nichtarbeit. Allerdings muß man ihnen zugute halten, daß sich diese Vorstellung der Schwester selbst auch vermittelt, nämlich aus der Erfahrung ihres beruflichen Alltags, aus der Art ihrer Beschäftigung als „Mädchen für alles" und „für jedermann". Nur lassen es Henderson/Fischer ja damit nicht bewenden. Sie gehen einen Schritt weiter.

b. Indem sie mit dem Wort „Handreichungen" sowohl die faktische Tätigkeit der Schwester als auch die fiktive des Patienten bezeichnen — beide Tätigkeiten also gedanklich verschmelzen — bagatellisieren sie nicht nur die Arbeit der Schwester. Vielmehr gehen sie den Weg der Abwertung weiter bis zur letzten Konsequenz, der völligen Entwertung:
   — Krankenpflege verliert ihren Wert als Berufstätigkeit: Patientenzentrierte Pflege im Sinne von Henderson/Fischer unterscheidet sich nicht von den banalen „Aktivitäten des täglichen Lebens"[9], die „der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde."
   — Krankenpflege verliert ihren ideellen Wert als Hilfeleistung,

und zwar insofern, als diese gedanklich überflüssig gemacht wird.

— Krankenpflege verliert ihren Wert als Arbeit. Denn der Patient als fiktiver Arbeitgeber, als „oberster Dienstherr" nimmt nicht nur die Dienstleistungen der Schwester allein für sich in Anspruch, vielmehr verleibt er sich diese quasi ein. Er verkörpert also krankenpflegerische Arbeit, nicht die Schwester. Auf diese Weise wird deren Tätigkeit zur Nichtarbeit, zum bloßen Dienen aufgrund eines fiktiven Herrschaftsverhältnisses.

— Krankenpflege verliert ihren materiellen Wert, denn der Schwester wird das Recht auf angemessene materielle Entlohnung abgesprochen, indem die Schwester zum Schuldner des Patienten erklärt wird.

— Krankenpflege verliert ihr Recht auf immaterielle Gratifikation, denn sie wird gedanklich zur Bedürfnisbefriedigung nicht etwa des Patienten sondern der Schwester: Aufgrund des mystischen Eins-Seins mit dem Kranken hat diese nämlich nicht nur Teil an dessen Bedürfnissen, sondern auch an deren Befriedigung. Darüberhinaus aber schuldet sie dem Patienten Dank, denn er ist es ja, der für sie arbeitet und der ihr hilft. Und deshalb kann es eigentlich nur *ihr* Bedürfnis sein, wenn man bereit ist, dieser abstrusen Logik zu folgen, dem Patienten zu helfen, um damit ihre Schuld abzutragen.

Wie erreichen Henderson/Fischer also absolute Patientenzentriertheit? Offensichtlich nur dadurch, daß sie den Wert pflegerischer Tätigkeit gedanklich auf Null bringen. Die Frage ist nur, von wem fühlen sie sich beauftragt: Vom Arbeitgeber Patient oder vom eigentlichen Arbeitgeber der Schwester? Denn eines dürfte doch einleuchten, die Leistung eines Lohnarbeitenden, der seine Arbeit als Nichtarbeit, ja als private Bedürfnisbefriedigung zu begreifen gelernt hat, muß als grenzenlos steigerbar erscheinen. Wollen Henderson/Fischer absolute Patientenzentriertheit dadurch realisieren, daß sie der Schwester ein tendenziell grenzenloses Quantum von Mehrarbeit abnötigen?

Bei dem letzten Teil des zu analysierenden Satzgebildes handelt es sich formal um einen Konditionalsatz etwa folgenden Inhalts: Der Kranke würde die Handreichungen selbst vornehmen, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte.

„Kraft, Wille, Wissen" des ideell „unabhängigen" Patienten als Voraussetzung dafür, daß dieser diffuse Handreichungen an sich selbst vorzunehmen vermöchte, sind vornehmlich motivationale Konzepte. Die Schwester hat nach dem Übertragungsmodell stellvertretend zu agieren. Die Absurdität der Formel ist verdoppelt: sie bestimmt den Patienten völlig inhaltslos-negativ als jemanden, der un-

abhängig handeln würde, wenn er es könnte, die Schwester als Person, die handelt, obwohl sie *unabhängig* Kraft, Willen und Wissen nicht realisieren kann. Henderson/Klein setzen an die Stelle einer plausiblen Definition der Akteure ein Übertragungs-, ein Interaktionsmodell. Das ermöglicht es ihnen auch, den unspezifischen *Handlungs-* und *Modivationsbegriff* gegen den der *Arbeit* auszuwechseln: das erklärt, warum von *Arbeit* und *Können* der Schwester nicht die Rede ist. Sie wird ihrer praktischen Kompetenzen enteignet.

3. „Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wiedererlangt."

Gegenüber dem vorausgegangenen Satzgebilde hat diese Formulierung den Vorteil, daß sie eine eindeutige Aussage wagt: Der Kranke soll mithilfe der Schwester „seine Unabhängigkeit" wiedererlangen, und zwar „so *rasch* wie möglich". Warum eigentlich „rasch"? Warum nicht so bald wie möglich? Soll hier jemand zur Eile angetrieben werden? Und wenn ja, wer? Der Patient, die Schwester oder beide?

Und warum das Wiedererlangen von Unabhängigkeit und nicht von Gesundheit oder Genesung oder das Ermöglichen eines friedlichen Todes? Vielleicht deshalb, weil dies trotz der Möglichkeiten der modernen Hochleistungsmedizin nicht so ohne weiteres „rasch" geschehen kann. Wenn aber gefordert wird, daß etwas so rasch wie möglich geschieht, dann kann mit Recht erwartet werden, daß dies auch rasch möglich ist, andernfalls beinhaltete diese Forderung eine Unmöglichkeit und wäre deshalb sinnlos. Das aber wiederum hieße, daß der Klient der Schwester lediglich der Kranke ist, bei dem das Wiedererlangen von Unabhängigkeit, ganz gleich, was man darunter zunächst verstehen mag, zu erwarten ist. Chronisch Kranke und Sterbende fielen also nicht unbedingt unter die „besondere Funktion der Schwester". Folgerichtig müßte der „friedliche Tod" ein- bzw. ausgeklammert werden.

Oder aber, Klient der Schwester ist lediglich der Kranke, bei dem *rasches* Wiedererlangen von Unabhängigkeit zu erwarten ist, also beim Leicht- und Kurzkranken bzw. beim therapiefähigen Kranken.

Abgesehen davon, daß Henderson/Fischer möglicherweise Krankenpflege nicht als Pflege des Kranken schlechthin verstehen, geben sie einem weiteren Verdacht Raum, nämlich dem, daß sie Krankheit und Unabhängigkeit durch die Brille des Oberflächlich-Faktischen sehen, des medizinisch „rasch" Machbaren. Krankheit wäre therapierbare Krankheit und Unabhängigkeit faktische Unabhängigkeit von der Hilfeleistung der Schwester bzw. der Institution Krankenhaus. Damit bekäme aber der letzte Satz der Formel folgenden banalen Inhalt: Die Hilfeleistung der Schwester hat in der Weise zu ge-

schehen, daß der Kranke so rasch wie möglich aus dem Krankenhaus entlassen werden kann. Und dieses „so rasch wie möglich" wäre nicht so sehr Ausdruck humanen Helfens und totaler Empathie, wie Henderson/Fischer vordergründig glauben machen möchten, sondern vielmehr Ausdruck institutioneller Zwänge wie der Notwendigkeit von Bettenauslastung, von Steigerung des Patientendurchlaufs, von Auslastung der diagnostisch-therapeutischen Kapazitäten des Krankenhauses usw.

Dies hieße aber doch letztlich, daß die „Unabhängigkeit" des Kranken sich von der Autonomie des Krankenhauses herleitete und somit gar nicht „seine" eigene wäre, wie Henderson/Fischer es behaupten. Es scheint so zu sein, daß sie einen Begriff benutzen, der sich in doppelter Weise verwenden läßt, einmal als Ausdruck menschlicher Wertvorstellungen und zum anderen als Ausdruck von Zwängen und Notwendigkeiten. Und in der faktischen Situation des Krankenhauspatienten scheinen sich nun beide Möglichkeiten in glücklicher Weise zu vereinen: Der Zwang zur raschen Herstellung der Entlassungsfähigkeit aus Gründen der Effektivität des Krankenhausbetriebs und der Wunsch des Patienten, wieder in seine gewohnte Umgebung — seine Unabhängigkeit — zu gelangen, denn ein Krankenhausaufenthalt ist ja alles andere als angenehm.

Dies hieße aber, daß Henderson/Fischer rohe Faktizität und Notwendigkeit mit einem scheinbar humanen Wert vergolden, und insofern erscheint es fraglich, ob ihre Forderung an die Schwester dafür zu sorgen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wiedererlangt, rein humanen Erwägungen entspringt. Es scheint auch möglich, daß ganz einfach das Arbeitstempo der Schwester erhöht werden soll, und zwar auf zweierlei Weise, einmal durch einen Appell an ihr humanes Engagement, zum andern durch das Inaussichtstellen von Arbeitsentlastung. Die Grundlage in beiden Fällen wäre aber die faktische Inhumanität der Institution Krankenhaus und die Not des Patienten, welche als Medium zur Durchsetzung institutioneller Interessen benutzt würde.

4. Kritische Wertung

Daß nach Henderson/Fischer der Kranke nicht einfach nur seine Gesundheit, sondern vor allem seine Unabhängigkeit wiedererlangen soll, kann nicht nur als ein Hinweis dafür angesehen werden, daß diese sich der Effektivität des Krankenhausbetriebs verpflichtet fühlen, wonach Krankenpflege so rasch wie möglich zu einem greifbaren Ergebnis zu führen hat. Vielmehr kann dies auch so verstanden werden, daß Unabhängigkeit für sie der übergeordnete humane Wert ist, dem sie Gesundheit, Genesung und friedlichen Tod unterordnen,

was gedanklich durchaus möglich ist: Gesundheit als Unabhängigkeit, Krankheit als Verlust von Unabhängigkeit und Genesung als Zwischenstadium auf dem Wege zur vollen Unabhängigkeit. Doch was ist mit dem „friedlichen Tod"?

Natürlich kann man auch ihn als eine besondere Form von Unabhängigkeit begreifen, nämlich als absolute Unabhängigkeit von menschlicher Hilfe. Und wenn man bedenkt, daß letztlich auch der völlig Gesunde nicht unabhängig ist von mitmenschlicher Hilfe, sei es nun im beruflichen Alltag von der Hilfe der Kollegen oder im Privatleben von der Hilfe der Angehörigen und Freunde, dann dürfte auf makabre Weise klar werden, daß sich dieser humane „Wert" in seiner Verabsolutierung eigentlich nur am Toten konkretisieren läßt. Insofern wäre es eigentlich nicht so ganz verständlich, weshalb Henderson/Fischer den „friedlichen Tod" ausklammern.

Aber vielleicht tun sie es deshalb, weil es ihnen nicht um Unabhängigkeit an sich geht, sondern weil sie diesen Wert am aktiven — und das heißt natürlich am lebenden — Individuum konkretisieren wollen. Wie wichtig ihnen der eigenaktive Patient ist, zeigen sie ja dadurch, daß sie dessen zwangsläufig eingeschränkte Aktivität dadurch aufzubessern versuchen, daß sie ihm die Fremdaktivität der Schwester als Teil seiner Eigenaktivität unterschieben. Nur, wenn das aktive Individuum so wichtig ist, warum muß es dann auch noch unabhängig sein? Setzen Henderson/Fischer mit ihrer Wortwahl nicht wieder einmal eine Oktave zu hoch an, wenn sie fordern, der Kranke solle seine Unabhängigkeit so rasch wie möglich wiedererlangen? Würde nicht die volle Handlungsfähigkeit genügen? Denn wer ist schon unabhängig aufgrund eigener Aktivität? Offenbar geht es Henderson/Fischer um mehr als nur partiale Werte wie einfache Unabhängigkeit oder Aktivität. Es geht ihnen um das Wesen des Menschen, welches sie in seiner Autonomie erblicken, menschliche Autonomie also — vgl. Grauhan — als Ergebnis individueller Aktivität. Insofern ist es verständlich, daß sie sich gezwungen sehen, auch dem abhängigen, hilfsbedürftigen Kranken so etwas wie Unabhängigkeit überzustülpen. Täten sie es nicht, dann — so meinen sie wohl — sprächen sie ihm die Menschlichkeit ab.

Patientenzentrierte Pflege zu definieren heißt deshalb für Henderson/Fischer, das autonome Individuum zum zentralen Wert zu machen, zum Ausgangspunkt aller Überlegungen, um überhaupt Pflege als menschliche zu definieren.

Insofern dürfte die Vermutung richtig sein, daß der letzte Satz der Formel der eigentlich wichtige ist, weil er deren Zentralwert nennt, nämlich „Unabhängigkeit" verstanden als individuelle Autonomie. Nun können Henderson/Fischer sicher sein, einen gesellschaftlich-

gültigen Wert benutzt zu haben. Aber die Frage ist doch: Kann man mit seiner Hilfe patientenzentrierte Pflege definieren? Einiges sollte bedenklich stimmen:

— Die Formel offeriert das Bild des Menschen als eines autonomen Individuums in doppelter Form: Da ist einmal der Kranke, der kraft „Willen" und „Wissen" — zumindest ideel — handlungsfähig und damit unabhängig ist und bleibt, trotz offensichtlicher Hilfsbedürftigkeit. Und da ist der andere Kranke, der durch „Hilfeleistung" „seine Unabhängigkeit" erst *wiedererlangen* soll.
— die Formel offeriert das durch Eigenaktivität autonome Individuum lediglich als Fiktion oder Ideal. Man denke an den fragwürdigen Konjunktiv der Formel.
— Die Formel beginnt mit den Worten: „Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, *ob krank oder gesund*,...." D.h., sie unterstellt auch dem Gesunden Hilfsbedürftigkeit und damit Abhängigkeit.
— Die Formel definiert die Tätigkeit der Schwester als „Funktion", die sich in totaler Handelseinigkeit mit dem Patienten vollzieht, so daß ideell die Handreichungen der Schwester zu denen des Patienten werden. D.h. aber, daß sie neben den unabhängigen Patienten die total abhängige Schwester stellt, sozusagen als dessen natürliche Ergänzung.

Das fordert zu folgender Frage heraus: Läßt sich Krankenpflege mit dem gesellschaftlich-gültigen Wert individueller Autonomie definieren, ohne daß nicht stillschweigend ein weiterer „Wert" vorausgesetzt wird, nämlich der individueller Abhängigkeit, welcher sich wiederum in zweierlei Weise manifestiert, in individueller Hilfsbedürftigkeit und in dem individuellem Bedürfnis zu helfen?

Um Klarheit zu gewinnen, dürfte eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem gültigen Wert „individueller Autonomie" nicht zu umgehen sein.

Wenn man — Henderson/Fischer folgend — patientenzentrierte Pflege von dem vermeintlichen Grundwert individueller Autonomie abzuleiten versucht, dann muß man sich zunächst einmal darüber im klaren sein, daß dieser Wert nicht eindeutig ist. Schon Aristoteles meint: „...wer keine Gemeinschaft halten kann *oder wer nichts braucht,* weil er *sich selbst genug ist*, der ist nicht Glied des Staatswesens sondern entweder Tier oder Gott"[6]. Für ihn wäre individuelle Autonomie als Selbstgenügsamkeit kein menschlicher Wert, und die Alternative „Tier oder Gott" deutet an, wie er einen solchen Wert beurteilen würde, nämlich als tierisch-natürlich oder als übermenschlich-göttlich. Der Mensch aber ist für ihn „von Natur ein staatsbildendes Geschöpf"[7], also Sozial-

wesen, ein Gedanke, dem man wohl auch heute noch beizupflichten bereit ist.

Wie ist es nun aber zu erklären, daß „individuelle Autonomie" zum menschlichen Wert werden konnte? Mészáros, ein Schüler Georg Lukács', macht dafür die Entwicklung der kapitalistischen Produktionsweise verantwortlich, deren gewaltiger Dynamik die „Überwindung der unmittelbaren menschlichen Naturabhängigkeit"[8] zu verdanken sei. D.h. menschliche Autonomie läßt sich zunächst nur gedanklich realisieren als Unabhängigkeit von der rohen Natur. Erst wenn diese gewissermaßen „real" erreicht ist, ist der nächste gedankliche Aufschwung möglich, nämlich das Denken individueller Autonomie bzogen auf die Gesellschaft. Nun ist aber diese vermeintliche individuelle Autonomie keineswegs eine individuelle sondern eine gesellschaftliche Leistung. Sie ist nämlich das Ergebnis gesellschaftlicher Arbeit. Insofern steckt in diesem Wert ein Unwert, denn gesellschaftliche Leistung muß in individuelle umgelogen werden. Dieser Unwert ist auch in der Formel von Henderson/Fischer zu entdecken: Sie verkaufen nämlich die Handreichungen der Schwester und damit auch die Leistung des Krankenhausbetriebs als Handreichungen des Patienten, als *seine* Unabhängigkeit".

Nun steckt in dieser Umwertung gesellschaftlicher Arbeit in individuelle Leistung aber durchaus ein rationaler Kern, nämlich insofern, als die kapitalistischen Verhältnisse diese Umwertung nicht nur ermöglichen, sondern geradezu erzwingen: Der Kapitalbesitzer kann sein Kaptial nur verwerten, indem er sich gesellschaftliche Arbeit aneignet, indem er fremde Arbeitskraft kauft und ausbeutet. Der Nicht-Kapitalbesitzer, der allein von seiner Arbeit Lebende kann nur existieren, indem er seine Arbeitskraft individuell produziert, verkauft und verausgabt im Dienste des Kapitals.

Mészáros bezeichnet zwar Ausdrücke wie „einsame Masse" und „erzwungene Privatisierung" als „Schlagworte" der „neueren soziologischen Literatur" [9]. Doch wird er wohl kaum damit den Grundwiderspruch des kapitalistischen Systems leugnen wollen, nämlich den zwischen gesellschaftlicher Produktion und privater Aneignung. Insofern beinhaltet der Wert „individuelle Autonomie" so unterschiedliche humane Werte wie einerseits den Luxus einer gesellschaftlichen Elite, gewonnen durch Herrschaft und Enteignung, und andererseits das erzwungene menschliche Elend, die Vereinzelung, die Reduktion auf „abstrakte Arbeit" und auf „einen Bauch"[10], d.h. den Zwang, durch sinnentleerte Arbeit und den Kauf wertloser Güter sein Leben fristen zu müssen.

D.h. aber: Der Wert „individuelle Autonomie" ist gespalten und doppeldeutig. Ja noch mehr, er ist ein Wert, der seine eigene Nega-

tion beinhaltet: Die scheinbare Unabhängigkeit des einen wird zur reellen Abhängigkeit ds anderen. Das aber wiederum heißt, er ist kein allgemeiner menschlicher Wert, und es stellt sich die Frage, wie wollen Henderson/Fischer mit ihm Krankenpflege allgemeinverbindlich definieren? Sie können es nur, indem sie eine gehörige Portion Zynismus in ihre Formel einfließen lassen:

— Da wird dem Kranken „seine Unabhängigkeit" vor die Nase gehalten, die er „so rasch wie möglich" wiedererlangen soll. Was verbirgt sich denn schon dahinter als der Zang, ihn „so rasch wie möglich" in seine private Abhängigkeit zu entlassen, damit er der öffentlichen Ökonomie nicht über Gebühr auf der Tasche liege, denn Humanität ist ja Sache des „autonomen" Individuums und damit Privatsache.
— Da wird dem Kranken eine pseudofamiliäre Idylle vorgegaukelt, aus der er aber „so rasch wie möglich" wieder hinausgestossen werden soll, um einem anderen Platz zu machen.
— Da wird dem Patienten seine Mündigkeit vorgehalten („Kraft," „Wille" und „Wissen"), aber nur deshalb, um ihn damit zu entmündigen, weil es nun einmal „nötig" ist.
— Und da wird der hilfsbedürftig Kranke zum selbständigen Wesen hochstilisiert, aber nur deshalb, damit er sich mit seiner Heilung beeilt und sein Bett für den nächsten Patienten freimacht.

Soll das patientenzentrierte Pflege sein — umfassend und individuell, eine Ergänzung der einseitig naturwissenschaftlich orientierten Medizin?

Was Henderson/Fischer definiert haben, ist einerseits Privatpflege, andererseits Krankenpflege, die als Krankenhausarbeit in die Strudel der kapitalistischen Ökonomie geraten ist, und das heißt nun allemal: Soviel Ökonomie wie möglich und so wenig Humanität wie gerade erträglich. Die Bewahrung der notwendigen Resthumanität aber wird insofern zur alleinigen Aufgabe der Schwester erklärt, als sie zu ihrer privaten Herzensangelegenheit gemacht wird, die sie neben ihrer Lohnarbeit — quasi unbezahlt — zu leisten habe. Auch für sie wird also Humanität zur Privatsache und damit zur Unverbindlichkeit, die nur durch ideologischen Druck in moralische Pflicht umgemünzt werden kann. Ist dies das Anliegen der patientenzentrierten Pflege, nämlich moralischen Druck auf die Schwester auszuüben, damit auch bei ständig steigender Auslastung ihrer Arbeitskraft durch patientenferne, funktionale Aufgaben das Krankenhaus sein humanes Gesicht nicht vollständig verliert?

Gerade am Beispiel der Schwester aber zeigt sich deutlich die tendenzielle Inhumanität der Formel und des ihr zugrunde liegenden Wertes: Was dem Patienten, wenn auch nur scheinbar und vorder-

gründig, zuerkannt wird an humanen Werten wie Autonomie und Mündigkeit, das wird der Schwester radikal abgesprochen. Sie findet Autonomie nur im Patienten. Offensichtlich können Henderson/Fischer sich Humanität nur vorstellen als ein Produkt, daß durch Herrschaft und Zwang dem anderen abgenötigt werden muß, und um dies als „natürlich" zu rechtfertigen, benutzen sie als „humanes" Modell die Intimbeziehung Mann-Frau. Das mag ein Ausdruck von Verlegenheit sein. Möglicherweise stellt es aber auch den Versuch dar, die Quelle aller Arbeitskraft, die ja die Frau als Erzeugerin menschlichen Lebens darstellt, unmittelbar anzuzapfen, also unter Umgehung lästiger Vermittlungen wie Arbeitsrecht usw.. Das hieße, weibliche Arbeitskraft ihres Warencharakters tendenziell zu entkleiden und diese als „natürlichen" Rohstoff zu verwerten. Dem Patienten käme in diesem Falle eine wichtige Rolle zu, denn ohne die Vermittlung seiner Hilflosigkeit könnte dieser Verwertungsprozeß nicht ingang kommen. Ist das vielleicht das eigentliche Anliegen des modernen Konzepts der patientenzentrierten Pflege? Die restlose Auslastung der Schwester als Arbeitskraft mithilfe des Patienten?

Um zu einer abschließenden Wertung zu gelangen, ist es notwendig, sich der Ausgangsfrage zu erinnern: Haben Henderson/Fischer patientenzentrierte Pflege definiert?

Der Verfasser möchte seine Antwort kurz fassen: Die Frage erübrigt sich und somit auch die Antwort. Eine weitere Frage, welchen Wert hat die Formel? Auch diese Antwort kann in einem Satz gegeben werden; Sie ist ein Konglomerat von oberflächlichen Richtigkeiten, blankem Opportunismus und moralischem Rigorismus.

Die notwendige Frage, nämlich die nach einem alternativen Wert, mit dem sich patientenzentrierte Pflege tatsächlich definieren ließe, bleibt dem Verfasser im Halse stecken, denn es scheint so zu sein, daß die Henderson/Fischer'sche Formel nicht nur „innerhalb der Pflegeberufe Zustimmung findet"[11] sondern daß sie auch für das gehalten wird, für das ihre Autoren sie halten, nämlich als Definition patientenzentrierter Pflege.

Drei Dinge scheinen den „Zustimmenden" immer noch nicht ins Bewußtsein gedrungen sein:

1. Krankenpflege ist Lohnarbeit.
2. Krankenpflege ist öffentlicher Dienst.
3. Die ökonomische Basis von beruflicher Krankenpflege bilden öffentliche Mittel, insbesondere die Beiträge der Solidargemeinschaft der versicherten Arbeitnehmer.

Den Grundwert Solidarität aber mag der Verfasser diesen „Kollegen" nicht mehr vermitteln, denn ihr Arbeitsplatz scheint nicht mehr

der am Krankenbett zu sein. Es bleibt ihm nur noch eines, nämlich Rohde zuzustimmen, welcher feststellt:
„So fördern und bewirken-unbewußt-gerade diejenigen solche inhumanen Tendenzen, welche Humanität, nämlich empathisches Eingehen auf die jeweilige Problemlage des Patienten, im Unterricht und in der Unterweisung predigen."[12]

Anmerkungen

1) *Henderson, V.:* Basic Principles of Nursing Care, in der Übersetzung von Edith Fischer, zitiert nach Antje Grauhan: Ausbildung als Vorbereitung auf die praktische Tätigkeit aus der Sicht der Pflegeberufe, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift Nr. 9, 1979, S. 444 ff
2) *Grauhan, A.:* Ausbildung als Vorbereitung auf die praktische Tätigkeit aus der Sicht der Pflegeberufe, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Nr. 9, 1979, S. 444
3) *Rohde, J. J.:* Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution, in: *Schwitajewski, H., Rohde, J. J.* (Hrsg.): Berufsprobleme der Krankenpflege, München-Berlin-Wien, 1975
4) *Grauhan, A.*, ebenda
5) *Roper, N.:* A Modell of Nursing and Nursology, in: Journal of Advanced Nursing, 1976, S. 219/196
6) *Aristoteles:* Politik, Buch I. Kap. 2, zitiert nach Mészaros, I.: Der Entfremdungsbegriff bei Marx, München 1973, S. 322
7) ebenda
8) *Mészáros, I.:* Der Entfremdungsbegriff bei Marx, München 1973, S. 328
9) *Mészáros, I.:* a.a.O., S. 323
10) *Marx, K.:* Texte zu Methode und Praxis II, Reinbeck 1966
11) *Grauhan, A.:* ebenda
12) *Rohde, J. J.:* ebenda

Vera Pfeil-Schley

Ambulante Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen

1. Zielsetzung

Seit geraumer Zeit lassen sich gesellschaftliche Tendenzen und gesundheitspolitische Strömungen feststellen, die sich von einer Rückverlagerung der stationären Pflege in die ambulante Betreuung viel versprechen. Diese Diskussion findet in verschiedenen sozialen Bereichen, sei es Psychiatrie, Altenarbeit oder Heimerziehung, statt.

Mit diesem Aufsatz soll der Versuch unternommen werden, die Berechtigung dieses Denkens in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und Krankheit insbesondere älterer Menschen zu überprüfen. Dies soll aus der Sicht der in diesem Feld professionell Tätigen geschehen.

Ausgangspunkt der Überlegungen sind meine Erfahrungen, die ich als Leiterin einer Sozialstation in Hamburg bei deren Aufbau und weiterer Arbeit gewonnen habe.

2. Struktur und Funktion einer Hamburger Sozialstation

Zunächst sollen die Prinzipien der Hamburger Situation skizziert werden, da der Begriff „Sozialstation" ein Sammelbecken für unterschiedlichste Organisationsformen ambulanter Pflege ist. In einem Extrem besteht die Sozialstation aus einer Gemeindeschwester mit Telefon und Anrufbeantworter. Im anderen Fall handelt es sich um eine Struktureinheit mit ca. 20 Arbeitskräften und angegliederten Leistungen (psychosoziale Beratung, Essen auf Rädern).

Seit Beginn 1979 wurde in Hamburg ein Konzept schrittweise realisiert, welches die regionale Bündelung aller ambulant-pflegerischen Kräfte zum Ziel hatte (vgl. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: Bürgerschaftsdrucksache 9/742 -10.4.79). In diesem Konzept sollte zum einen eine größere Transparenz bezüglich der Inanspruchnahme dieser Dienste gewährleistet werden, zum anderen aber auch durch zentral gelenkten Personaleinsatz ein rationelleres Arbeiten ermöglicht werden.

Weiterhin sollte die Errichtung von Sozialstationen zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern führen. Organisatorisches Merkmal ist, daß sie für einen Stadtteil mit durchschnittlich ca. 40.000 Einwohner jeweils zuständig ist. Die personelle Ausstattung (Planstellen) besteht aus: 1 Einsatzleitung (Sozialarbeiter), 1 Verwaltungsangestellte(r), 4 exam. Krankenschwestern/Pfleger, 5 Haus-Familien- und Altenpfleger(innen), 20-30 Hauspflegerinnen stundenweise beschäftigt, 5 Haushaltshelferinnen (einschl. Zivildienstleistende).

Die Sozialstation bietet heute folgende Leistungen an:

Häusliche Krankenpflege: Hier wird medizinisch-gesundheitspflegerische Betreuung geleistet in Form von

— Grundpflege (Waschen, Ankleiden, Hilfe beim Essen, Betten usw.)
— Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Verbände, Katheterpflege, Wundversorgung)
— rehabilitative Maßnahmen (Bewegungsübungen etc.)
— sozial-pflegerische Beratung Angehöriger und Nachbarn

Ausgeführt werden diese Leistungen von Gemeindeschwestern und z.T. von Altenpflegern. Diese Leistungen sind für den Patienten kostenfrei. Gegebenenfalls erstattet die Krankenkasse gemäß § 182 RVO der Sozialstation eine Kostenpauschale.

Häusliche Pflege: Dies ist eine allgemeinpflegerische, als ganzheitliche Betreuung konzipierte Tätigkeit, welche körperliche Grundpflege, unterstützende Hilfen bei täglichen Verrichtungen wie Kochen, Haushaltsführung usw. umfaßt, ebenso ausdrücklich „Gesprächsführung", soziale und körperliche Aktivierung. Diese Aufgaben werden in der Regel von Mitarbeitern unterschiedlichster Qualifikation erbracht: Altenpfleger(innen), Krankenpflegehelfer(innen), Haus- und Familienpflegerinnen, aber auch von Hausfrauen, Studenten ohne Ausbildung etc. Die Leistungen werden nach einem Pflegesatz/Stunde vom Klienten oder vom Sozialamt gemäß § 68-69 BSHG abgerechnet.

Haushaltshilfe: Die sogenannte „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts" umfaßt alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Einkaufen, Putzen, Kochen). Diese Aufgaben übernehmen zumeist Zivildienstleistende oder Mitarbeiter ohne spezielle Ausbildung gegen Honorar, das gegebenenfalls gemäß § 70 BSHG dem Klienten vom Sozialamt zurückerstattet wird.

Beratung: Hiermit ist eine allgemeine soziale Beratung im Sinne des Sozialgesetzbuches gemeint und eine spezielle Beratung über das Leistungsangebot der Einrichtung sowie ergänzender Dienste, jedoch ist in der Hamburger Konzeption sowohl eine sozial-psychiatrische als auch eine Erziehungs- oder Eheberatung ausdrücklich ausgeklammert.

Geschäftsführender Träger ist jeweils eine Kirchengemeinde bzw. ein Wohlfahrtsverband auf Stadtteilebene, der zugleich Rechtsträger der Sozialstation ist, und somit Zuschußempfänger für die Personal- und Sachmittel, die von der Hansestadt zur Verfügung gestellt werden.

Der geschäftsführende Träger stellt die Einsatzleitung und die Verwaltungskraft ein. Das pflegerische Personal wird von den anderen

beteiligten Trägern per Vertrag für die Arbeit in der Sozialstation abgeordnet, d.h. Dienstaufsicht verbleibt beim Anstellungsträger, die Fachaufsicht innerhalb der vereinbarten Einsatzzeit wird der Leitung der Station übertragen.

Auch die im Stadtteil tätigen staatlichen Gemeindeschwestern werden auf diese Weise in die Sozialstationen integriert. Auf diese Weise soll in jedem Stadtteil eine weltanschauliche Pluralität im Angebot an Dienstleistungen gewährleistet sein.

3. Wie verläuft konkret der Kontakt zur Sozialstation

Zur Inanspruchnahme der Dienste einer Sozialstation gibt es mehrere Zugangswege.

In den meisten Fällen stellt das Sozialamt (Altenhilfe) den Kontakt zwischen Bürger und Sozialstation her. Sozialarbeiter oder Sachbearbeiter überzeugen ihren Klienten schon im Vorfeld von der Notwendigkeit einer Hilfe, sie klären die Hilfsform und die Kostenfrage. Der betroffene Mensch ist in diesem Prozeß relativ passiv, es wird für ihn gedacht und gehandelt.

Eine weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme besteht, wenn andere Dritte, entweder der Hausarzt, die Nachbarn oder die Kinder sich zum Anwalt des alten Menschen machen, indem sie sich mit dem „Auftrag" an die Institution wenden, entsprechende Schritte und Wege der Hilfeleistung einzuleiten. Auch hier wird die Hilflosigkeit von außen diagnostiziert und zieht oft entsprechend verständliche Widerstände des Betroffenen nach sich. Hinzu kommt, daß mit der Inanspruchnahme der pflegerischen Hilfe meist der Übergang zum Sozialhilfeempfänger gekoppelt ist, da die Pflegesätze mit durchschnittlichem (Renten)-Einkommen nicht bezahlt werden können. Aus diesem Grunde scheuen gerade ältere Menschen vor dieser Art Hilfe zurück.

Der weitaus seltenere Fall ist es, daß sich ein Mensch von sich aus mit der Frage nach Hilfe an die Sozialstation wendet. Dieser Tatbestand ist sicherlich als ein Beleg dafür zu werten, wie tiefgreifend die Internalisierung gesellschaftlicher Werte und Normen von Jugendhaftigkeit, Unabhängigkeit, Dynamik und Leistungsfähigkeit ist; ein Hilferuf ist dann gewissermaßen ein öffentliches Eingeständnis von Defiziten.

In all den oben genannten Fällen übersetzt die Situation subjektive Äußerungen einer konkreten Bedürfnislage in das ihr verfügbare Handlungsschema, bestehend aus den Leistungskomplexen Krankenpflege, Hauspflege und Haushaltshilfe. Die Problematik professioneller Übernahme mitmenschlicher Sorge und Hilfe wird erneut deutlich am Prozeß, der während und nach der, meist telefonischen,

ersten Kontaktaufnahme erfolgt. Die Institution hat eine Tendenz, alle an sie gerichteten Appelle oder geäußerten Bedürfnisse in die ihr verfügbaren Kategorien einzupassen. Dies bedeutet, daß jemand, der seine Vorstellungen passend zum Leistungsschema formuliert („ich brauche 2x wöchentlich eine Einkaufshilfe") naht-und somit problemlos in bestehende Organisationsstrukturen der Leistungserbringung aufgenommen werden kann. Er ist quantifizierbar in Bezug auf Art, Dauer und Häufigkeit der Hilfe.

Schwieriger wird es, wenn ein Anrufer diffuse, unkonkrete Bedürfnisse äußert. Hier haben Vertreter der Institutionen mehrere Reaktionsmöglichkeiten:

— Unter Verzicht auf Klärung der Hintergründe übersetzen sie das Gehörte in Begriffe, die dem bestehenden Leistungsangebot entsprechen. Dieses Vorgehen ist kurzfristig rationell. Die tägliche Routine und der Zeitdruck verleiten dazu. Jedoch die Gefahr einer „Fehldiagnose" der Situation ist hier gegeben, was sich mit entsprechenden Komplikationen in der Folgezeit der Betreuung auswirkt.
— Die eigentliche Ursache, der Auslöser für die Anfrage wird herausgefunden, um dann eine, u.U. auch außerhalb der Möglichkeiten der Sozialstation liegende Lösung der Probleme zu finden.
— Der potentielle Klient wird weiter verwiesen oder abgewiesen. Die Institution erklärt sich als nicht zuständig für ihn.

4. Erwartungen der Patienten an die ambulante Pflege

Zunächst einmal ist davon auszugehen, daß es ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen ist, frei von Behinderung, Krankheit oder anderen Einschränkungen zu leben. Ebenso elementar ist das Bedürfnis nach Selbstbestimmung, welches in Institutionen wie Krankenhaus, Pflegeheim, Psychiatrie weitestgehend eingeschränkt ist.

Tritt nun die Situation der Pflegebedürftigkeit oder Bettlägerigkeit ein, so geht dies einher mit einer Einschränkung der körperlichen Kräfte und der sozialen Handlungskompetenzen, sowie Veränderungen des Erlebens und Fühlens. Insbesondere kann eine schwere Krankheit bei Patienten die alleine leben regressive Erlebens- und Verhaltensweisen mobilisieren, die entsprechend infantile Wünsche nach Umsorgung auslösen können. Das findet dann in entsprechend zutage tretenden Bedürfnissen seinen Ausdruck:

Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson. Dies Bedürfnis wird in der Regel erst als solches erkennbar, wenn ein Personalwechsel erfolgen soll, oder wenn eine Vertretungskraft (z.B. am Wochenende) eingesetzt werden muß. So berichten diese Vertretungskräfte oftmals von symptomatischen Reaktionen in Form schroffer Ablehnung

oder Zurückweisung, beides bezieht sich entweder auf ihre Person oder die Art ihrer Arbeitsweise. Auch können in diesem Zusammenhang Ängste auftreten, von der vertrauten Schwester/Pfleger verlassen und vergessen zu werden. Für bestimmte Patienten kann es jedoch auch zutreffen, daß ein Personalwechsel, oder die Betreuung durch mehrere Personen geradezu begrüßt wird, da auf diese Weise die Möglichkeit gegeben ist, quasi ein Ersatznetz sozialer Beziehungen zu knüpfen.

Äußere Veränderungen dürfen nicht sein. Mit dem Grad der Abhängigkeit von Hilfe und der Zunahme der Isolation, sowie der Unsicherheit über die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers wächst ein Bedürfnis nach Beziehungssicherheit und Stabilität der äußeren Situation. Der Wunsch, im Pflegefall zu Hause zu bleiben, ist als gesunder Selbstschutz zu betrachten, ist doch die Vertrautheit der Umgebung, deren Stabilität, eine sozusagen prophylaktische Maßnahme zur Verhinderung von Dekompensation, da häufig erst die Herausnahme aus vertrauten Lebensbezügen, wie dies bei einer Einweisung in ein Krankenhaus der Fall ist, zu Desorientierung im wahrsten Sinne des Wortes führt, da die durch Krankheit und Alter reduzierten Kräfte vorübergehend nicht reichen, sich neu zu orientieren, was dann wiederum oft den Grundstein zu einer „institutionellen Karriere" legt. Verwirrung im weitesten Sinne rechtfertigt seitens des Krankenhauses weitere Maßnahmen institutioneller Versorgung (Pflegeheim), der Weg nach Hause wird als Möglichkeit nicht in Erwägung gezogen. Diesen Kreislauf ahnend, weigern, bzw. sträuben sich viele alte Menschen, oft bis zum gesundheitlichen Risiko, einer Einweisung in ein Krankenhaus zuzustimmen.

Bei häuslicher Pflege kann diese Tendenz der Beibehaltung bestehender Zustände ihren Niederschlag auch darin finden, daß z.B. notwendige Umgestaltungen des Zimmers zur Erleichterung pflegerische Maßnahmen (z.B. Bett anders hinstellen, oder Krankenbett aufstellen) auf entschiedenen Widerstand stoßen. Ein weiteres Moment ist das Bestehen auf mitunter genauer Einhaltung der täglichen Pflegezeit, wobei Abweichungen gelegentlich zu Irritationen im gesamten Tagesablauf führen können. So ist die äußere Regelhaftigkeit und Planbarkeit maßgebend für die innere Befindlichkeit.

Das „familienorientierte Modell" als Hintergrund der Erwartungen. Die Vorstellungen des Patienten darüber, wie seine häusliche Pflege zu gestalten sei, sind überwiegend aus den Erfahrungen und speziellen Handlungsmustern gespeist, die er in seiner Familie in Zusammenhang mit Hilfsbedürftigkeit oder Krankheit eines Familienmitgliedes erlebt oder an sich selbst erfahren hat.

Diese Erfahrungen sind in der Regel gekennzeichnet durch eine

selbstverständlich alle Lebensbereiche abdeckende Pflege, in Anlehnung an ein idealisiertes traditionelles Mutter- und Frauen-Ideal. So soll die pflegende Person Zuwendung geben, Medikamente verabreichen, die körperliche Versorgung übernehmen, Putzen, Trost zusprechen, pflegerische Maßnahmen durchführen, Kochen, immer verfügbar sein etc.

Dieses „familienorientierte Modell" der Erwartungen an professionelle Pflege stellt die Krankenschwester/Pfleger bzw. Alten-/oder Hauspflegerin vor die ständige Anforderung, sich zwischen ganzheitlicher Arbeit auf der einen Seite, was aus konzeptionellen, finanztechnischen und berufspolitischen Gründen kaum realisierbar ist und persönlicher Abgrenzung auf der anderen Seite zu entscheiden.

5. Das Handlungskonzept der Sozialstation

Die grundsätzlich gleichrangigen Bedürfnisse der Klienten nach körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit werden von der Sozialstation durchaus unterschiedlich bewertet, sie lösen entsprechend verschiedene Aktivitäten aus.

Einschränkungen, Behinderungen oder Veränderungen der körperlichen Funktionsfähigkeit lassen sich mit ärztlicher Hilfe leicht benennen und beschreiben, bei allen psycho-sozialen Behinderungen oder Mangelsituationen bestehen wenig allgemeinverbindliche Kriterien, Hilfsbedürftigkeit zu objektivieren, der Ermessensspielraum für die Mitarbeiter ist hier sehr groß.

Pflegerische Maßnahmen und Hilfen konzentrieren sich daher im Wesentlichen auf schwere körperliche Pflegefälle. Stadien, in denen Prophylaxe oder Rehabilitation möglich wäre, werden unzureichend genutzt, nicht erfaßt und übersehen; das heißt: die Hilfe kommt zu spät!

Der Kreislauf beginnt mit der Problematik der sogenannten „leichten Fälle" (vgl.: BMJFG: Anzahl und Situationen zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Stuttgart 1980, S. 91-94). Hier würden in der Regel aktivierende oder rehabilitative Impulse genügen, um eine künftige Abhängigkeit von Hilfe zu verhindern. Da diese aber ausbleiben, muß es erst zu einer Zunahme der Symptome kommen, um in den als Zielgruppe umrissenen Personenkreis zu geraten, allerdings haben sich Schädigungen und Krankheit dann bereits unumkehrbar etabliert. Kommunikative Bedürfnisse und Wünsche nach menschlicher Zuwendung und Wärme können die Patienten nur über den Umweg des Vorweisens einer körperlichen Erkrankung befriedigen, sie werden somit zum Kranksein „gezwungen". Sobald sich Besserung zeigt, der Patient Symptomfreiheit signalisiert, besteht kein äußerer Anlaß mehr, ihm jemanden zur Hilfe zu schicken, und die Iso-

lation tritt erneut ein. Die Orientierung an einem rein medizinischen Krankheitsbegriff wird an diesem Verfahren deutlich. Auch seitens der Sozialadministration (Sozialamt) erfahren psychische und soziale Mängel eine zweitrangige Bewertung gegenüber körperlichen Erkrankungen. So besteht eine Tendenz, die Kostenübernahme in Fällen abzulehnen, bei denen die Betreuung „nur" zur Minderung der Isolation erfolgen soll. Gerade in schwierigen Betreuungssituationen, in denen es ausschließlich um Beziehungsaufnahmen und Gespräche geht, werden dann aus Kostengründen Zivildienstleistende eingesetzt, die zwar nicht qualifiziert und oft genug überfordert sind, aber dafür nichts kosten.

Es entsteht der Eindruck, als gäbe es eine heimliche Bedürfnishierarchie, in der kommunikative und soziale Strebungen als Luxus definiert werden. Von der Sozialstation her werden psycho-soziale Aspekte der Arbeit sozusagen als Nebenprodukt der Pflege mit erledigt, da sie weder quantifizierbar und abrechenbar sind, noch einer Berufsgruppe als Aufgabe speziell zuzuordnen sind.

Ein bereits in der Konzeption etablierter Bruch zwischen dem Anspruch nach ganzheitlicher Pflege und der Versorgungsrealität ist darin zu sehen, daß das Leistungsangebot an professionell unterschiedliche Mitarbeitergruppen gebunden ist, bzw. diese an sich bestimmte Aufgabenbereiche aufgrund ihrer Qualifikation gebunden fühlen. So kann es passieren, daß ein Mensch in verschiedene Funktionsbereiche aufgeteilt wird, in denen Dienstleistungen erbracht werden. Im Extremfall kann folgende Situation — als Beispiel gedacht — entstehen: Frau M. lebt alleine und ist blind, sie ist Diabetikerin und seit kurzer Zeit bettlägerig.

Der Versorgungsplan seitens der Sozialstation könnte so aussehen:

tägl. Gemeindeschwester: Insulinspritze, Grundpflege, Frühstück
tägl. ‚Essen auf Rädern': Mittagessen
3 x wöchentl. Zivildienstleistender: Einkaufen, Haushalt
1 x wöchentl. Haushaltshilfe: Putzen, Hausarbeiten.

Frau M. „braucht" (nach Meinung der Organisation) also für die elementaren Verrichtungen und täglichen Lebensabläufe wie waschen, aufstehen, essen, einkaufen, putzen, zur Toilette gehen, sich unterhalten, 3-4 verschiedene (Fach)-Leute. Eine weitere Rahmenbedingung, die ganzheitliche Pflegeansätze erschwert ist in vertraglichen Regelungen zu sehen, die die Arbeit z.B. am Wochenende einschränken und nachts ausschließen, so daß schwerst pflegeabhängige Menschen oder Sterbende ohne Angehörige in dieser ohnehin belastenden Situation dann doch noch in ein Krankenhaus oder Pflegeheim eingewiesen werden müssen.

6. Mitarbeiterprobleme

Durch die Bündelung aller im Stadtteil arbeitenden krankenpflegerischen Kräfte (Gemeindeschwestern) erfolgte in Hamburg eine grundlegende Umwälzung gewachsener traditioneller Strukturen. Die bis dahin mögliche Identifikation des Mitarbeiters mit seinen jeweiligen Arbeitgebern (Kirchengemeinde, Bezirksamt) und die feste Zuständigkeit für eine Gemeinde bzw. einen Bezirk mußte nun in ihrer Ausschließlichkeit aufgehoben werden, besonders wenn Arbeitgeber und geschäftsführender Träger nicht identisch waren.

Für den Mitarbeiter kann eine Arbeitsstuation entstehen, in der u.U. gegensätzliche weltanschauliche Erwartungen (des Arbeitgebers einerseits und der Sozialstation andererseits) an ihn in Bezüg auf seine Arbeitsweise gerichtet werden, so daß ein von ihm zu reduzierendes Spannungsfeld entsteht.

Hinzu kommt ein Geflecht von Umstellungsschwierigkeiten und Konflikten, die in dem zusammengewürfelten Team entstehen. Das Krankenpflegepersonal besteht im wesentlichen aus 2 Gruppen:

Gemeindeschwestern mit langjähriger Berufserfahrung: Deren traditionelle Arbeitsweise war dadurch gekennzeichnet, daß sie

— alleine für einen festen Bezirk zuständig waren
— dort bekannt waren
— relativ autonom über die Zeiteinteilung verfügen konnten
— keine Kolleginnen zur Entlastung und Vertretung hatten
— Entscheidungen bei komplizierten Fällen alleine zu treffen hatten
— Einzelkämpfer in ihrem Bezirk waren, denen niemand in die „pflegerischen Karten" schauen konnte.

Fast alle die genannten Aspekte verändern sich. Die wichtigste Veränderung ist, daß die eigene Arbeit für andere einsehbar und somit von Kolleginnen kritisierbar wird. Dazu kommt, daß von teamunerfahrenen Einzelgängern plötzlich ein hohes Maß an Teamfähigkeit und Integration erwartet wird.

Krankenschwester/Pfleger, die vom Krankenhaus in die ambulante Krankenpflege überwechseln, sowohl berufserfahrene als auch „Neulinge" nach dem Examen: Die Gründe für einen Wechsel dieser Mitarbeitergruppe sind in der Unzufriedenheit mit den allgemein bekannten krankenhausspezifischen Problemen wie Hierarchie, Verlust von Ganzheit, technisierter Umgang mit Menschen und Leiden, Apparate-Medizin, Anonymität, Schichtdienst usw. zu sehen.

Der Wunsch nach mehr Selbständigkeit, Teamarbeit, Ganzheitlichkeit kann zu einer naiven Idealisierung dieser Möglichkeiten in der ambulanten Arbeit führen, dies trifft besonders für die gerade examinierten Schwestern/Pfleger zu.

In der Realität der ambulanten Pflege lauern mannigfache Probleme. Ganzheitliches Arbeiten ist aus den obigen Gründen nicht in dem phantasierten Maße möglich, die Schwester wird auf Teilaspekte verpflichtet, sie soll spezifische Einzelleistungen erbringen. Zudem kann passieren, daß es zu einer Konkurrenz unter den Schwestern um die bessere Berufsmoral kommt. Einerseits Gemeindeschwestern, die in einer klassischen Helferrolle fast ausschließlich für den Beruf leben, für Patienten zu Hause erreichbar sind, jederzeit bereit sind, zu kommen usw., und andererseits Gemeindeschwestern, die im Zusammenhang mit ihrem Emanzipationsprozeß von der traditionellen Berufsrolle eine klare Abgrenzung zwischen Beruf und Freizeit ziehen, sowie auf die Einhaltung tariflicher Bestimmungen achten, bzw. für deren Verbesserungen kämpfen. Gerade diese Schwestern, die das Krankenhaus verlassen haben, um den traditionell an ihren Beruf gerichteten ethischen Forderungen zu entgehen, treffen in der Sozialstation u.U. auf gerade diese Strukturen, repräsentiert durch die Normensetzung älterer Kolleginnen, die ihrerseits an einer Aufrechterhaltung dieser „Tugenden" festhalten. In der Folge kann es zu einer Rivalität um die Patientengunst kommen (wer ist am beliebtesten?). Diese Auseinandersetzung bindet viele Energien, die sich lähmend auf die ursprüngliche Motivation auswirken können.

Ist also diese Berufsgruppe mit ihrer eigenen Standortbestimmung und Selbstfindung beschäftigt, muß sie zugleich noch innerhalb des Gesamtteams Auseinandersetzungen mit den anderen Berufsgruppen, den Altenpflegern und Hauspflegerinnen um die Abgrenzung der Kompetenzen nach „unten" führen. Hier können Statuskämpfe über das Festhalten an berufsspezifischen Tätigkeiten ausgetragen werden, was wiederum ganzheitliches Arbeiten mit den Patienten boykottiert, und somit das eigene Verhalten unversehens in Widerspruch zu den eigentlichen Zielen gerät.

7. Was ist zu tun?

1.) Die Unterstützung und Stärkung des kollektiven Selbsthilfepotentials der Alten ist dringend erforderlich, um ein weiteres Fortschreiten sozialbürokratischer Entmündigung und Fremdbestimmung, die vermeintlich schwächere Bürger zum Objekt wohlgemeinter Sozialleistungen macht, aufzuhalten.
2.) Berufsbedingte Standesdünkel, die zu einem Festhalten an spezifischen Tätigkeiten in Abgrenzung zu anderen Berufen führen, sind abzubauen. Mit Hilfe von Supervision wäre eine methodische Möglichkeit gegeben, die berufsbedingten Hintergründe für persönliche Verhaltensweisen bewußt, und damit einer Veränderung zugänglich, zu machen. Ebenso dringend ist Fortbildung

für das gesamte pflegerische Personal notwendig, um die sozialwissenschaftlich defizitäre Aus- und Vorbildung zu kompensieren. Als drittes Element dieser mitarbeiterbezogenen Maßnahmen ist eine berufsbegleitende Fallarbeit unerläßlich.

3.) Mitarbeiter, die sich für einen Wechsel zur ambulanten Arbeit entscheiden, sollten sich individuell um eine Entidealisierung dieses Arbeitsbereiches kümmern, um auf diese Weise Kräfte zur Ausschöpfung bestehender Freiräume zu nutzen.

4.) Die der Hauspflege zugrunde liegenden Pflegesätze sind zu hoch, um aus der eigenen, meist knappen Rententasche bezahlt zu werden. Dies führt dazu, daß die Finanzierung fast ausschließlich über das BSHG erfolgt, d.h. alte Menschen, denen eine Hauspflegerin „bewilligt" wird, werden damit automatisch als Sozialhilfefall stigmatisiert. Grund genug für viele, auf diese Hilfe zu verzichten. Hier müßte geprüft werden, ob nicht eine Finanzierung nach dem Versicherungsprinzip (s. Pflegeversicherungs-Diskussion) zu einer moralischen und psychischen Entlastung der Betroffenen führt.

5.) Einen Schritt zur gemeindenahen Versorgung bedeutet auch, Menschen nicht in veschiedene Disziplinen aufzuteilen, sondern Erkrankungsmöglichkeiten und Bedingungen in ihrer Vielfalt zu erfassen. Es müßten an Sozialstationen psychosoziale Kotakt- und Beratungsstellen angegliedert werden, von denen aus Vor- und Nachsorge psychisch Kranker oder Behinderter erfolgen kann.

6.) Grundsätzlich ist der Ausbau ambulant sozialpflegerischer Versorgungsmöglichkeiten eine begrüßenswerte und längst überfällige Alternative zu früheren, überwiegend stationär orientierten Arbeitsformen im Gesundheitswesen.
Jedoch bestehen nach wie vor Lücken und ungelöste Probleme, was den institutionellen Umgang mit den psychischen und sozialen Komponenten von Altern, Krankheit und Behinderung angeht. Die Reduktion der Arbeit in der Sozialstation auf eine gut funktionierende Organisation zur Befriedigung körperlicher und hauspflegerischer Bedürfnisse ist hierfür ein Beispiel.

Auch ein noch so perfekter Ausbau sozialer Dienstleistungszentren kann das gesellschaftliche Grundproblem der Ausgliederung alter, behinderter und kranker Menschen, die nicht produktiv tätig sein können, nicht lösen. Erst recht ist dies nicht von Zentren mit riesigen Einzugsgebieten und dem Einsatz vielfältiger Spezialisten zu erwarten. Dort wird der psychosoziale Aspekt einer Betreuung von vorne herein ausgeklammert.

Gerhard Baader

Militarisierung des Gesundheitswesens im Nationalsozialismus und heute

Seit 1969 fordert die Bundesärztekammer eine Ergänzung der Notstandsgesetze für das Gesundheitswesen. Als Begründung müssen Vorwände herhalten: ein Schreckensbild bei zivilen, technischen und natürlichen Katastrophen, aber besonders im Verteidigungsfall wird entworfen, bei dem durch einen Kompetenzwirrwarr und eine Desorganisation keine ausreichende medizinische Versorgung der Verletzten mehr möglich wäre, wenn man nicht rechtzeitig Vorsorge träfe. Abgesehen davon, daß es im Falle eines atomaren Krieges ja überhaupt keine sinnvolle medizinische Versorgung mehr gibt und somit der Bevölkerung eine falsche Sicherheit vorgetäuscht wird, bedeutet das nichts anderes als eine Propagierung einer Militarisierung des Gesundheitswesens. Über zehn Jahre haben Ärztevertreter dies gefordert. Noch am 7.4.1980 stellten sie fest: „In der bundesdeutschen Gesetzgebung klafft noch immer eine empfindliche, lebensbedrohliche Lücke" und Ärztekammerpräsident Vilmar „reklamierte beim Gesetzgeber das längst überfällige ‚Gesundheitssicherstellungsgesetz' zu verabschieden". Die Vorarbeiten dazu liefen auf vollen Touren: am 13.5.1980 lag der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen des Verteidigungsfalles" vor. Was hier gefordert wurde, war die Militarisierung des Gesundheitswesens, wie sie weithin bekannt ist: datenmäßige Erfassung des Personals, Verflichtung zur Fortbildung in sogenannter Katastrophen-, in Wirklichkeit Kriegsmedizin, Ausrichtung des Gesundheitswesens nach kriegsmedizinischen Notwendigkeiten, besonders die Selektion der Verwundeten nach den Grundsätzen der sogenannten Triage. Zwar verschwand dieser Gesetzesentwurf im Mai 1982 wieder in der Schublade, aber nicht etwa heftiger Proteste der Öffentlichkeit wegen, sondern nur um am 10.3.1982 in einem Entwurf der CDU („Gesetz über die gesundheitliche Versorgung im Rahmen des Zivilschutzes-Gesundheitsschutzgesetz") und in einem Entwurf eines „Gesetzes zur Organisation des gesundheitlichen Zivilschutzes" der SPD wiederzuerstehen, die inhaltlich nichts änderten, sondern nur die Kompetenzen stärker auf die Länder verlagerten. Unter den neuen politischen Bedingungen in Bonn ist ohnehin nur mehr der Entwurf der CDU relevant. Die ärztlichen Standesvertreter wurden auch weiterhin nicht müde, nach diesen gesetzlichen Regelungen zu rufen. Sie treffen sich hier mit den Interessen der Militärs, die — wie der ehemalige Chef des Bundeswehrsanitätswesens Reben-

tisch — ein für den Kriegsfall zentralistisch durchorganisiertes Gesundheitswesen forderten, weil sonst „die Bundeswehr im Verteidigungsfall hoffnungslos überfordert wäre". Um den Verteidigungs- und Spannungsfall geht es also hier ohne Umschweife und nicht um den Katastrophenfall, für den auch die bisherigen Regelungen ausreichen. Wenn die Ärztevertreter so energisch für dieses neue Gesetz eintreten, ja es geradezu als Vorreiter immer von neuem fordern, so hat das nicht nur objektive Gründe. Im „Blauen Papier" der Bundesärztekammer zur „Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellung der Deutschen Ärzteschaft heißt es vielmehr: „Das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System der ambulanten ärztlichen Versorgung muß auch im Spannungs- und Verteidigungsfall erhalten bleiben". Das heißt nichts anderes als, daß — wie es in einer Bund-Länder-Besprechung bereits Ende September 1980 hieß — die kassenärztliche Versorgung im Regelungsbereich der kassenärztlichen Vereinigungen zu verbleiben habe. Ebenso wird die Fortbildung in Katastrophen-, d.h. Kriegsmedizin ausdrücklich von den Kammern übernommen. Das bedeutet nichts anderes, als das die ärztlichen Standesorganisationen deshalb so laut nach diesem Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen rufen, um sicherzustellen, daß im Spannungs- und Kriegsfall — auch in dem des Atomkriegs — das Monopol der niedergelassenen Ärzte auf ambulante Behandlung ebenso unangetastet bleibt wie das der Kammern auf Fortbildung. Dafür identifizieren sie sich ohne Zögern mit rein militärischen Notwendigkeiten.

Diese Tatsachen haben bei den Ärztevertretern in Deutschland Tradition. Bereits im Ersten Weltkrieg war ihre Forderung nach Verbesserung des Gesundheitswesens — auch durch eine Ausbildung von Notärzten — nur so lange zu hören, bis ihre standespolitischen Überlegungen wieder die Überhand gewannen. Denn von 1917 an war nichts mehr davon zu hören; sie dachten nur mehr an die Konkurrenz, die ihnen nach dem Krieg durch diese Kollegen erwachsen würde und stemmten sich, so gut sie es konnten, gegen diese Vergrößerung ihrer Zahl, obzwar sich die objektive Notsituation in der ärztlichen Versorgung in den Lazaretten nicht geändert hatte. Eine eigentliche Militarisierung des Gesundheitswesens, wie sie heute geplant ist, hatte aber damals nicht stattgefunden.

Diese Militarisierung war jedoch ein typisches Kennzeichen der Medizin im Dritten Reich. Die eigentliche Wehrmedizin war fast traditionell zu nennen und hatte sich seit der Weimarer Republik nicht prinzipiell geändert. Bis 1942 sind die Sanitätswesen von Heer, Marine und Luftwaffe getrennt. Heeressanitätsinspekteur war bis 1940 Generalstabsarzt Prof. Dr. Waldmann, bis 1942 Generalstabsarzt

Prof. Dr. Siegfried Handloser und danach Generalstabsarzt Dr. Walter. Bis Ende 1943 war Prof. Dr. Erich Hippke, ab 1. Januar 1944 Prof. Dr. Oskar Schröder Inspekteur des Luftwaffensanitätswesens. Marinesanitätschef war bis Herbst 1943 Generalstabsarzt Prof. Dr. Fikentscher, danach Generalstabsarzt Greul.

Erst 1942 begann sich das zu ändern, nämlich durch die Ernennung des Begleitarztes Hitlers Karl Brandt zum Generalbevollmächtigten des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, und zwar sowohl für den zivilen wie auch für den militärischen Sektor. Dies steht jedoch erst am Ende einer langen Entwicklung, die keineswegs konsequent verlief, sondern — wie stets im Nationalsozialismus — von inneren Kämpfen von Machtgruppen innerhalb der Partei begleitet war und der letztlich, wenn man die Zentralisationstendenz zum Maßstab nimmt, der Erfolg versagt blieb.

Die Militarisierung des zivilen Bereichs des Gesundheitswesens ist jedoch älter. Die sich in der Weimarer Republik wirtschaftlich bedroht fühlenden Ärzte, die sich stets von Schriften zu einer Sozialisierung des Heilwesens umgeben glaubten, waren den Nationalsozialisten in hellen Scharen zugelaufen; ihr Organisationsgrad lag mit 45% weit über dem z.B. der Lehrer. Die Voraussetzung für eine Neuordnung des Gesundheitswesens im Sinne der Nationalsozialisten waren also günstig. Dieses neuzuschaffende Gesundheitswesen war nichts anderes als die Inpflichtnahme jedes einzelnen. Oberste Richtschnur war dabei das Führerprinzip, und der Arzt war dabei als Führer in einer rassisch orientierten Bevölkerungspolitik vorgesehen. Rassenpflege und Aufartung entsprach — auch als Gegengewicht kontraselektorischen Wirkung des Krieges, in dem gerade die Tüchtigsten am meisten gefährdet waren — Ausjäte und Ausmerze des Erbkranken, des Leistungs- und damit auch Gemeinschaftsunfähigen. Es ergeben sich damit als Leitlinien dieser Volksgemeinschaft die des Leistens, Verwertens und Vernichtens. Sie werden nicht nur die Terrormechanismen des Dritten Reiches bestimmen, sondern zur Grundlage der gesellschaftlichen Realität in Deutschland insgesamt werden. In dieses Konzept fügt sich nahtlos das ein, was die Nationalsozialisten unter der Gesundheitsführung des deutschen Volkes insgesamt verstanden.

Die Vorstellung einer Führung, ja eines Führers, war ärztlichem Denken wohlvertraut. Einer Vorstellung von einer Exklusivität des Arztberufes, die weder durch Studium und Wissen, sondern nur durch die angeborene Persönlichkeit des Arztes, also durch Führereigenschaften, zu erreichen ist, korrespondierte bei vielen Ärzten schon in der Weimarer Zeit ein ausgeprägtes Elitebewußtsein von Ärzten als einem Teil des mittelständischen Bürgertums, das seine sozialen und

wirtschaftlichen Privilegien in der Republik bedroht sah und seine prophylaktische und therapeutische Aufgabe für den ganzen Volkskörper auf biologistisch-rassenhygienisch-sozialdarwinistischer Grundlage wahrzunehmen bereit war. All dies wird ein guter Ausgangspunkt für die Nationalsozialisten, nach 1933 an die Neuordnung des Gesundheitswesens in ihrem Sinne zu gehen. Was die Nationalsozialisten darunter verstanden, wird auf dem Reichsparteitag 1936 der Leiter des Hauptamtes Volksgesundheit, Dr. Fritz Bartels, erklären: „Ein Volk, das seinen Weg in die Zukunft gehen soll und will, muß soweit irgend möglich im Vollbesitz seiner aufgrund seines Erb- und Rassegutes überhaupt erreichbaren Leistungsfähigkeit und Gesundheit sein. Es muß zuverlässigst Sorge dafür getragen werden, daß diese Leistungsfähigkeit und Gesundheit nicht vorzeitig absinken, sondern, daß sie trotz aller Lebensnot bis ins hohe Lebensalter erhalten werde. Was für ein Volk gilt, gilt selbstverständlich für jeden Volksgenossen". Dies ist nichts anderes als eine konsequente Militarisierung des Gesundheitswesens, auch oder gerade im zivilen Sektor.

Die Voraussetzung zum Voranschreiten auf diesem Wege war die Gleichschaltung des Gesundheitswesens, wie sie sofort nach der Machtergreifung in Angriff genommen wurde. Die Krankenkassen und ihre Selbstverwaltungsgremien wurden systematisch zerschlagen. Von der Brutalität bei der Ausschaltung der von dieser Organisation vertretenen sozialmedizinischen und sozialhygienischen Ansätze im Gesundheitswesen unterscheidet sich das Vorgehen der Nationalsozialisten gegenüber den Ärzten als Stand; bei ihnen ging es darum, sie in den neuen nationalsozialistischen Staat zu integrieren. Das ist ihnen, da die Ärzte in großem Maße dem rechten Spektrum zuzurechnen waren, auch weitgehend gelungen. Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund und sein Führer Dr. Gerhard Wagner erhielten von Hitler den unmißverständlichen Auftrag, den Ärztestand neu zu ordnen. Doch während Wagner bei den Krankenkassen hart zugriff, gelang ihm bei den ärztlichen Standesorganisationen weitgehend die Selbstgleichschaltung und Selbstreinigung, die am 5. April 1933 vollzogen war. Fr. Karl Haedenkamp — der neue und alte Geschäftsführer des Hartmannbundes — erneuerte dabei das Treuebekenntnis zu Hitler: „In all den vergangenen Jahren habe die ärztliche Führung stets ihren Charakter als deutsche Ärzte zu wahren gewußt". Am 7. Juni 1933 erfolgte der letzte Schritt: der Vorsitzende des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Hartmann-Bundes Dr. Alfons Stauder trat als Vorsitzender der ärztlichen Spitzenverbände zurück; Wagner wurde neuer Vorsitzender. Wagner hat die alten ständischen Forderungen der Ärzteschaft erfüllt, indem er am 2. August 1933 die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands begründete und sie selbst nach

dem Führerprinzip aufbaute. Das Führerprinzip ging auch in die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 ein. Andererseits erfüllte sie die alte ärztliche Forderung eines einheitlichen Ärztestandes. Darüber hinaus — so Wagner — wird in ihr die Gesamtheit eines Berufs „in den Dienst... des nationalsozialistischen Staates gestellt... Der Reichsärztekammer... unterstehen mit Ausnahme der Sanitätsoffiziere alle Ärzte... An der Spitze der Reichsärztekammer steht der Reichsärzteführer in autoritärer Stellung... Sie ist ein Instrument nationalsozialistischen Willens zur... Einordnung aller Gruppen... in die große, sich gegenseitig stützende Gemeinschaft". Am 30. April 1936 wird dann sowohl der Ärztevereinsbund als auch der Hartmannbund aufgelöst. Somit war es Wagner durch geschickte Maßnahmen gelungen, den gesamten ärztlichen Stand politisch einheitlich im Sinne des Nationalsozialismus auszurichten und eine homogene Ärzteschaft zu schaffen, die den neuen Staat unterstützte oder zumindest nicht aktiv gegen ihn vorging. „Damit ist der deutsche Arzt" — so wieder Wagner — „endlich vom Arzt des Individuums zum Arzt der Nation geworden, der... bewußt dazu geführt wird, alle Verrichtungen im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung zu sehen und durchzuführen". Die Nationalsozialisten waren mit diesem Ärztestand insgesamt zufrieden; denn — so Reichsärzteführer Dr. Leonardo Conti, der Nachfolger Wagners, 1943 — „die Ärzte haben von allen akademischen Berufen zuerst und am aktivsten in der nationalsozialistischen Bewegung gestanden". Alles in allem kann man sagen, daß mit diesen Maßnahmen die erste Etappe der Militarisierung des Gesundheitswesens im zivilen Bereich als abgeschlossen gelten kann. Sie war rechtzeitig erfolgt; Hitler selbst erklärte 1936 in seiner geheimen Denkschrift zum Vierjahresplan:

1. Die deutsche Armee muß in vier Jahren einsatzfähig sein;
2. die deutsche Wirtschaft muß in 4 Jahren kriegsfähig sein.

Die Leistung ist jetzt sicherzustellen; sie wird zum entscheidenden Faktor. „Nur der Leistungswille" — so Dr. Hans Hoske, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Hauptamt Volksgesundheit der NSDAP, 1936 — „entscheidet über den sozialen Wert des Menschen". Die Medizin war bereit, ihren Anteil an diesem Teil der Kriegsvorbereitung zu leisten.

3. In diesem Zusammenhang ist auch die systematische Schulung und Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses im Sinne des nationalsozialistischen Arttums zu sehen, die auf den engen Mitarbeiter und Stellvertreter Wagners Kurt Blome zurückgeht, dessen spezielle Aufgabe in der ärztlichen Fortbildung bestand. Dazu sollte die „Führerschule der Deutschen Ärzteschaft" in Alt-Rhese in Mecklenburg dienen, die — so Wagner bei ihrer Eröffnung am 1. Juni 1935 — die Aufgabe

hatte, „den unbedingt notwendigen hochqualifizierten Führernachwuchs aus der Jungärzteschaft heranzubilden". Die Grundlagen nationalsozialistischer Gesundheitsführung mit all ihren Aspekten waren es, die hier wie an den einzelnen Universitätsstädten an die Jungärzte herangetragen wurden.

Wagners Nachfolger Conti hatte von Anfang an eine noch größere Machtfülle, als sie Wagner je besessen hatte. Er war Reichsärzteführer, als Hauptdienstleiter der NSDAP Leiter des Hauptamtes Volksgesundheit, Vorsitzender des NSDAeB und Vorsitzender der Reichsärztekammer. Im Gegensatz zu Wagner, der stets SA-Arzt geblieben war, war Conti 1930 in die SS übergewechselt. Seit April 1933 war er Ministerialrat im Ministerium des Innern. Als Staatssekretär hat er ab 1939 die Abteilung 4, die für das Gesundheitswesen zuständig war, straff durchorganisiert.

Er hat ihr das Reichsgesundheitsamt eingegliedert, ebenso wie das Deutsche Rote Kreuz, das seit 1937 als Präsident den Reichsarzt der SS und Polizei Dr. Grawitz, Gruppenführer der SS und ranghöchsten SS-Arzt hatte. Zu seinem Stellvertreter Blome, der es 1934 abgelehnt hatte, Reichsarzt der SS zu werden, und der im Vergleich zu Conti als gemäßigt galt, stand er im Gegensatz. Vor seiner Ernennung zum Reichsärzteführer, führte er die Säuberung des Gesundheitswesens von Juden und Marxisten brutal durch. Auch später ist seine Position in der Rassenfrage radikal; aufgrund dieser Positionen hat Hitler ihm sogar die Durchführung der sogenannten „Euthanasie" entzogen. Seine Befugnisse sind besonders seit Beginn des Krieges sehr erweitert worden. 1942 wurde er zum Reichsgesundheitsführer ernannt. Das zivile Gesundheitswesen ist unter ihm endgültig militarisiert worden. Was das hieß, läßt sich am besten anhand der Leistungsmedizin zeigen; gleichzeitig zeigt sich an ihr auch, wie als neues Machtzentrum im Gesundheitswesen die Deutsche Arbeiterfront und besonders ihr Amt für Volksgesundheit bereits neben Wagner getreten war. Die Situation war seit 1935, besonders aber seit dem Vierjahresplan 1936, für die nationalsozialistischen Machthaber schwierig geworden; den Engpässen auf dem Arbeitsmarkt korrelierten ständig steigende Krankenstände. 1937-1939 war es eine Zunahme von mehr als 20 %. Die Ursache davon war ebenso die Unruhe unter der Bevölkerung infolge einer hemmungslosen Anwendung der Sterilisierungsgesetze als auch eine erste Antwort auf die neuen Leistungsanforderungen in den Betrieben. Systematisch wurde nun vorgegangen und der Versuch gemacht, auch das Privatleben des Einzelnen rücksichtslos zu reglementieren. „Der Nationalsozialismus" — so Dr. Heinrich Grote als Stellvertreter des Reichsärzteführers stellvertretender Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

1936 — „erhebt den Totalitätsanspruch auf die Lebensführung jedes Einzelnen. Er erhebt ihn auch auf die Gesundheitspflege". Das bedeutete Schritt für Schritt eine Neuordnung des Vertrauensärztlichen Dienstes sowie die Anweisung vom stellvertretenden Reichsärzteführer, Dr. Fritz Bartels 1938 daß „die Austellung privatärztlicher Zeugnisse über die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit Arbeitssuchender unzulässig" ist „und zu unterbleiben" hat. Dies alles war in die Hand von Arbeitsärzten übergegangen, die dem Reichsarbeitsministerium unterstanden. Der Betriebsarzt, dem „Hauptamt für Volksgesundheit" der Deutschen Arbeiterfront unterstellt, stand am Ende dieser Entwicklung. Der so entstandene Kompetenzwirrwarr — Reichsärzteführer im Reichsministerium des Innern, Reichsarbeitsministerium, Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP und Amt für Volksgesundheit der Deutschen Arbeiterfront — führte zwar einerseits zu vielfachen Auseinandersetzungen, die die Effizienz des Systems als Ganzes behinderten. Festzuhalten ist jedoch andererseits, daß in einem stärkeren Maße auch eine Diagnostik der Gesunden in allen wehrwirtschaftlich wichtigen Betrieben vorbereitet und zum Teil durchgeführt wurde, deren Daten auch den Erbgesundheitsgerichten zugänglich gemacht werden konnten. Am Ende sollte die gesundheitskartenmäßige Erfassung jedes Deutschen stehen. Daß dies alles zu nichts anderem als Leistungssteigerung, zu einer ständig zunehmenden Militarisierung der Arbeit und letztlich zu „Vernichtung durch Arbeit" führen mußte, verstand sich von selbst. Seine Konsequenz fand dies alles in der sozialdarwinistischen Vorstellung der Ausmerze des nicht mehr Lebenstüchtigen und Arbeitsfähigen. „Im strengen Sinne biologisch und deshalb ein erstrebenswertes Ziel für die Gesundheitsführung" — so Dr. Bockhacker, seit 1939 Leiter des Amtes für Volksgesundheit der Deutschen Arbeiterfront — „ist aber erst ein Zustand, wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Eintritt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammenfällt". Die sich verschärfende Kriegssituation ließ solche weitreichenden Pläne nicht zur Ausführung kommen. Was in der immer kritischer werdenden Situation an der Front und in der Heimat, in der alles militarisiert wurde, realisiert wurde, waren mobile vertrauensärztliche Kommandos, die rücksichtslos gesund schrieben. Betriebsärzte gaben nicht selten Hinweise über angebliche Simulanten und Arbeitsverweigerer an die Gestapo weiter. Daß die Situation der zwangsdeportierten Ausländer und Zwangsarbeiter jeder Art sich nicht mehr von denen von in Arbeitslagern Festgehaltenen zu unterscheiden begann, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

1942, als die Situation an der Front und in der Heimat immer aus-

sichtsloser zu werden begann, ging Hitler an eine Neuordnung und Straffung des Gesundheitswesens. Am 28. Juli 1942 ernennt er seinen Begleitarzt Prof. Dr. Karl Brandt zum Generalbevollmächtigten des Führers, am 25. August 1944 zum Reichskommissar des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Ihm wird damit das gesamte zivile und militärische Gesundheits- und Sanitätswesen unterstellt. Zur gleichen Zeit, nämlich 1942, werden die Sanitätsbehörden der drei Wehrmachtsteile zusammengefaßt. Der bisherige Sanitätsinspekteur Handloser wird zum Chef des Wehrmachts-Sanitätswesens ernannt. Die Ernennung Brandts hat die immer desolater werdende Situation im Gesundheitsbereich nicht beheben können, sondern nur die Schwierigkeiten vergrößert. Die Kompetenzrangeleien zwischen Brandt, Conti und Handloser aber auch mit Ley waren vorprogrammiert. Die Inspektionen Brandts bzw. die seiner Mitarbeiter waren gefürchtet; es gab Gauleiter, die diesen Kommissionen in ihren Bereichen die Tätigkeit untersagten. Denn sie stifteten nur Unruhe, besonders wenn sie Rüstungsbetriebe mit hoher Krankheitsquote durchkämmten, um angebliche Simulanten und Drückeberger aufzuspüren. So hat dieser Versuch Hitlers, das Gesundheitswesen mit starker Hand zusammenzufassen und in seinem Sinne zu militarisieren insgesamt nur Verwirrung und mindere Effizienz gezeitigt.

Das Wehrmachtssanitärwesen mußte davon abhängig seine eigenen Wege gehen; denn hier waren die Probleme bei der herannahenden Niederlage nicht kleiner, sondern größer geworden; ihnen entgegenzutreten erlaubte keinen Aufschub. Auch die 800 000 Lazarettbetten, die Ende 1942 unter rücksichtsloser Ausnutzung aller, auch der zivilen Einrichtungen bereitstanden reichten nicht aus. Hinzu kam etwas weiteres: Was die Zitterer des Ersten Weltkrieges gewesen waren, waren nun Ohren- und Ulcus-Kranke. Ab Mai 1943 wurden diese chronisch Kranken oder Krank-Gewordenen in sogenannten Magen-, in geringerm Maße in Ohrenbataillonen zusammengezogen, in der Absicht sie wieder aktiv ins Kriegsgeschehen einzufügen. Arbeitstagungen der beratenden Fachärzte beschäftigten sich seit 1943 mit der Frage, wie Frostgeschädigte, Ulcus- und Diphteriekranke und Soldaten mit postdysenteritischen Magenstörungen wieder militärisch eingesetzt werden könnten. Verschärfte neue Richtlinien wurden für Tauglichkeitsbeurteilungen erlassen und sie sollten neben einer dauernden Kontrolle der Verwundeten in den Lazaretten dazu führen, die letzten Reserven zu mobilisieren. Die leitenden Organe des Sanitätswesens leisteten dabei Schützenhilfe. Erst das Ende des Krieges setzte diesem Treiben ein Ende, bei dem stets von neuem Lazarette durchkämmt und Soldaten noch vor ihrer Genesung wieder an die Front geworfen wurden.

Dies alles, die völlige Militarisierung des zivilen Bereichs des Gesundheitswesens wie der brutale Einsatz des Militärwesens zur Mobilisierung der letzten Reserven, hatten das Ende des Dritten Reiches verzögern, aber nicht aufhalten können. Mit ihm hatten die eigentlichen Grundmaximen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik, nämlich Heilen im Spannungsfeld von Leisten, Verwerten und Vernichten mit 1945 in dieser Form ihr Ende gefunden. Was jedoch den Zusammenbruch überlebt hat ist die ungebrochene Kontinuität technokratischen Denkens in der Medizin, die auch aus dieser Militarisierung des Gesundheitswesens im Dritten Reich gesprochen hatte. Was bald nach dem Ende des Krieges wieder errichtet wurde, waren die ärztlichen Standesorganisationen sowie die von den Nationalsozialisten errichteten zentralen Organisationsformen, d.h. KV und Ärztekammern, nur ohne das Führerprinzip.

Diese Standesorganisationen versuchen nicht andres als eh und je das, was sie als Interessen ihrer Mitglieder verstehen, wahrzunehmen. Diese ihre Haltung hat ihre klare Kontinuität.

Schon im Ersten Weltkrieg hatten die ärztlichen Standesvertreter ihre Interessen wahrzunehmen gewußt. Sie hatten trotz ihrer sonst fast ausnahmslos staatstragenden Haltung bereits die Nachkriegszeit im Blick, als sie trotz Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung gegen ein Überhandnehmen der Notärzte Stellung nahmen, um spätere Konkurrenz klein zu halten. Ihre Bereitschaft zur weitgehenden Selbstgleichschaltung brachte den ärztlichen Standesverbänden und ihren Repräsentanten im Dritten Reich die lange gewünschte einheitliche Vertretungsform; ihre Unterordnung unter das militarisierte Gesundheitswesen im Dritten Reich erlaubte es ihnen auch in der Kriegssituation ihre Standesinteressen wahrzunehmen. Heute sind ihre Argumente zwar vordergründig die Versorgung der Bevölkerung im Krisen- und Katastrophenfall; dahinter steht — und deshalb waren sie die ersten, die die Forderung nach einem Gesundheitssicherstellungsgesetz erhoben — der Wunsch, daß auch in dieser Situation die in der Bundesrepublik festgeschriebene Organisationsform ärztlicher Versorgung nicht angetastet wird.

Abschließend sei noch auf eine weitere Tatsache hingewiesen: Katastrophenmedizin — und so ist es auch in allen Lehrbüchern zu lesen — ist Massenmedizin unter erschwerten Bedingungen; sie ist keine individuelle Leistung und erfolgt in den drei klassischen Phasen der Hilfeleistung

1. sofortige Hilfeleistung
2. Wiederherstellung der Lebensbedingungen in der Katastrophenzone
3. Wiederaufbau.

Als erste, wichtigste Aufgabe dieser Katastrophenmedizin wird die Patientensortierung, die sogenannte Triage, angesehen. Patienten werden danach unterschieden, ob bei ihnen sofortiger Behandlungszwang besteht, ob Frühbehandlung nötig oder verzögerte Behandlung möglich ist. Diesem Personenkreis stehen nicht nur Leichtverletzte gegenüber, sondern auch Hoffnungslose, die isoliert gelagert werden sollen. Das ist aus den Erfahrungen der Militärmedizin des Zweiten Weltkriegs entnommen; es war in vergleichbarer Form in Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitätseinrichtungen seit 1940 geregelt. Das heißt nichts anderes als Selektion. Im Dritten Reich wurde nach Wiederherstellung von Kampf-oder zumindest Leistungsfähigkeit selektiert; daß Selektion nach Überlebenschancen letztlich nichts anderes bedeutet, ist offenkundig. Zu all dem kommt noch etwas anderes: Alle stimmen darin überein, daß unter den gegebenen heutigen strategischen Verhältnissen in Mitteleuropa jede bewaffnete Auseinandersetzung atomar sein wird. Deshalb ist es sinnlos über Überlebenschancen zu spekulieren. Deshalb darf auch nicht unter dem Vorwand von sogenannten Vorsorgemaßnahmen eine Militarisierung des Gesundheitswesens stattfinden, deren Strukturen fatal an Entwicklungen erinnern, die im Dritten Reich zur Eingliederung des Gesundheitswesens in seine Vernichtungsmechanismen geführt haben.

Robert Pfeiffer

Triage in Militär- und „Katastrophenmedizin"

Seit drei Jahren — die Bundesärztekammer gab selbst den Startschuß — wird eine engagierte Diskussion um die „Katastrophenmedizin" geführt. Hauptsächlich geht es dabei um ihr Kernstück, die Triage (auch Sichtung oder sorting genannt). Bei einem „Massenanfall", der die Einrichtungen des Gesundheitswesens überfordert, sollen die Verletzten zunächst nach Prognose und Dringlichkeit der Behandlung kategorisiert (meist in vier Gruppen) und erst dann behandelt werden. Die Gruppe der Schwerstverletzten (auch Gruppe der „Hoffnungslosen", der „abwartenden Behandlung" oder kurz „T4" genannt) wird jedoch ohne medizinische Versorgung bleiben — bis auf Absonderung und Gabe von sedierenden und schmerzlindernden Medikamenten.

Darum dreht sich hauptsächlich die Diskussion. Kann und muß man schwerverletzte Patienten, für deren Versorgung im medizini-

schen Alltag die ganze Hochleistungsmedizin aufgeboten wird, im „Katastrophenfall" unversorgt sterben lassen? Ärztekammern — und mit Ihnen die Institutionen des Zivilschutzes und die Bundeswehr — bejahen diese Frage und fordern, daß die gesamte Ärzteschaft die entsprechende Selektionstechnik einübt. Und um welche „Katastrophen" handelt es sich dabei?

Die Triage ist eine Entwicklung der Militärmedizin — eine Technik, die schon in den Weltkriegen angewandt wurde. Welche Funktion die Triage in den deutschen Armeen und heute in der Bundeswehr hatte und hat, soll im folgenden untersucht werden. Eine solche Sichtweise wird auch die „katastrophenmedizinischen" Fragestellungen besser einordnen helfen. Denn es geht ja nicht um eine Kritik der „Katastrophenmedizin" oder der Triage „an sich", sondern um die Kritik ihrer spezifisch bundesrepublikanischen Ausprägung.

Die Entwicklung der Triage bis 1945

Medizinische Versorgung auf dem Schlachtfeld hatte es schon im Altertum gegeben. Die planmäßige Einstufung der Verletzten nach ihrer Prognose und die daraus resultierenden Transport- und Behandlungsprioritäten entwickelten sich dagegen erst im 19. Jhdt. Der russische Chirurg Pirogoff berichtet als einer der ersten über diese Einstufung. Um die Gefahr der Hospitalinfektion zu mildern, der viele Verletzte erlagen, vertrat Pirogoff eine Art „Zerstreuungsstrategie". Die Soldaten bekamen auf dem Schlachtfeld eine erste Hilfe, wurden dann nach ihrer Transportfähigkeit kategorisiert (wobei die Gruppe der Hoffnungslosen vom Transport ausgeschlossen wurde) und mit Hilfe der Eisenbahn über die Lazarette des Landes verstreut.[1] Das Verfahren gelangte im Krimkrieg (1853 - 56) zum ersten Mal in großem Maßstab zum Einsatz. Seine Voraussetzung war das neue Verkehrsmittel Eisenbahn, das einen schonenderen Transport als Ochsen- oder Eselskarren erlaubte. 1864 legte Pirogoff in seinem Buch „Grundzüge der allgemeinen Kriegschirurgie" folgende Verwundetenkategorien fest:

1) Hoffnungslose
2) lebensgefährlich Verletzte, die sofort behandelt werden müssen
3) Verletzte, die auch eine unaufschiebbare, aber präservativ-operative Hilfe verlangen
4) Verwundete, bei denen die unmittelbar chirurgische Hilfe nur wegen eines schadlosen und bequemen Transportes notwendig ist
5) alle Verwundeten, bei denen ein einfacher Deckverband oder eine Extraktion der oberflächlich liegenden Kugeln erfolgt."[2]

Schon 1866 in der Schlacht von Königsgrätz und 1870/71 im Krieg gegen Frankreich verwandte die preußische Armee ein ähnliches Triage- und Abtransportschema.[3] Die hinter der Front gelegenen

Hauptverbandsplätze leisteten erste Hilfe, stuften die Verwundeten ein und stellten — soweit es ging — Transportfähigkeit her. Die fachärztliche, chirurgische Versorgung fand dann erst sehr viel später statt. Es ist klar, daß dieses Verfahren die Chancen der Schwerverwundeten minderte.

1914 entfesselte das mit Österreich-Ungarn verbündete Deutsche Reich den I. Weltkrieg. Es ging um die Vorherrschaft in Europa und die Neuaufteilung der Welt. Militärstrategisch sollten in einem Blitzkrieg die Gegner niedergeworfen werden. In einem solchen Konzept war kein Platz für eine frontnahe, qualifizierte, fachchirurgische Behandlung der Verwundeten. Die Hauptverbandsplätze hinter der Front fungierten als eine Art Rangierbahnhöfe: erste Hilfe, Festlegung von Transportkapazitäten, Aussortierung der Schwerverletzten zum Sterben und der Leichtverletzten zwecks baldiger Rückführung zur Truppe.

Als der Stellungskrieg mit seinen furchtbaren Materialschlachten begann, entstanden zahlreiche frontnahe Lazarette, in denen leichter Verwundete behandelt wurden: nach ihrer Auskurierung konnten sie so schneller wieder der Truppe zugeführt werden. Das System der Sortierung wurde perfektioniert: der Verwundete durchlief von der Front bis zur deutschen Grenze zahlreiche Triagestationen, die Leichtverwundete aufhielten und zurückschickten. Die frontnahe Versorgung der Schwerverwundeten wurde dagegen nicht verbessert.

Als die deutschen Armeen zum zweiten Mal in diesem Jahrhundert ihre Nachbarn überfielen, waren die Sanitätstruppen der Hitler-Wehrmacht in die Militärstrategie eingebunden. In Ziffer 2 der Heeressanitätsvorschrift von 1938[4] heißt es:

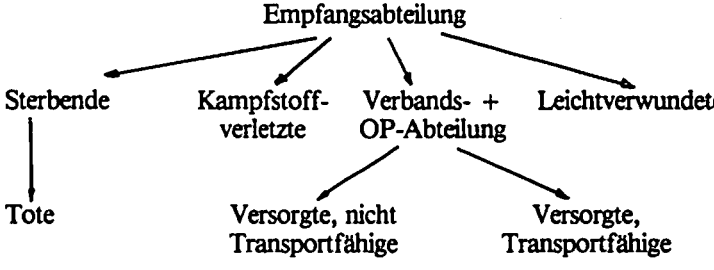
„Die Gewißheit, im Falle einer Verwundung oder Erkrankung ärztlich gut versorgt zu werden, stärkt den Kampfgeist der Soldaten. Die Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sollen Kampfkraft und Leistungsfähigkeit der Truppe erhalten und größere Ausfälle durch Seuchen verhindern. Durch schnelle Wiederherstellung der Verwundeten und Kranken wird dem Heere waffengeübter Ersatz zurückgegeben."

Aufgabe der Ärzte und Sanitäter war es demnach, die Kampfkraft der Truppe zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Nur die Kampfkraft des Soldaten — vorhanden oder zumindest wiederherstellbar - zählte; als Krüppel oder Langzeitpatient ohne Chance, wieder in die kämpfende Armee eingereiht zu werden, war der Soldat von minderem Interesse.

„Die Gewißheit, im Falle einer Verwundung oder Erkrankung gut versorgt zu werden ...", entpuppt sich als glatte Propagandalüge. Gut versorgt wurden Verwundete und Kranke mit guter Prognose, für die Schwerverwundeten wurde — wie im I. Weltkrieg — wenig

getan. Frontnah rangierte die Herstellung der Transportfähigkeit und das Herausfiltern der Leichtverwundeten vor einer qualifizierten chirurgischen Versorgung der Schwerverletzten. Das Schema eines Hauptverbandsplatzes nach der Heeressanitätsvorschrift von 1938[5] beweist die Dominanz der Selektion gegenüber der Behandlung.

Schema eines Hauptverbandsplatzes 1938[5]



Wie die Prioritäten bei der Sichtung zu setzen sind, stellte 1939 noch einmal Prof. Wachsmuth, beratender Chirurg beim Heeressanitätsinspekteur, in einem Grundsatzartikel klar:

„Der schnellen Entlastung dient die Sichtung und Verteilung der Verwundeten auf dem Truppen- und Hauptverbandsplatz ... Sichtung und Verteilung der Verwundeten können nicht nur nach rein ärztlichen Gesichtspunkten erfolgen, weil sie sich der Lage und den Transportverhältnissen anpassen müssen ... Grundsätzlich ist der Verwundete mit besseren Aussichten schneller abzutransportieren als der mit schlechteren. Sterbende bleiben im allgemeinen im Hauptverbandsplatz."[6]

Deutlicher kann man es nicht sagen: für den Verwundeten, dessen Wiederverwendungsfähigkeit zweifelhaft ist, lohnt eine aufwendige Versorgung nicht.

Die Triage in der Bundeswehr-Medizin

Die nationalsozialistische Militärmedizin (und ihre Vorgänger) entschieden die Frage ‚behandeln oder nicht mehr behandeln' nach der Wiederverwendungsfähigkeit des Verletzten oder — anders ausgedrückt — nach dem potentiellen Gebrauchswert des Soldaten für die Kriegsführung. Wie sieht das heute in der Militärmedizin der Bundesrepublik aus?

Wichtigste Quelle hierfür ist das NATO-Handbuch „Emergency War surgery" von 1958. Ausgearbeitet von einer Kommission amerikanischer, britischer und französischer Sanitätsoffiziere berücksich-

tigt das Handbuch die Erfahrungen der Weltkriege und des Korea-Krieges. 1961 wurde das übersetzte Handbuch als Zentrale Diestvorschrift (ZDv 49/50) „die dringliche Kriegschirurgie" für den Bundeswehrsanitätsdienst erlassen[7]. Gegenwärtig soll eine Überarbeitung stattfinden.

Von vornherein wird klargestellt, daß sich die Militärmedizin in die Kriegsführung einzupassen hat. Die „Besonderheit" der Kriegschirurgie „liegt darin, daß sich im Gegensatz zur üblichen ärztlichen Handlungsweise die Sorge für den einzelnen den militärischen Erfordernissen unterordnen muß, wenn die taktische Lage dies verlangt"[8]. Die Besonderheit der militärischen gegenüber der zivilen Medizin ist also ihre Unterordnung; bestimmend sind die militärischen Ziele.

Eine „Weiterentwicklung" gegenüber der früheren Militärmedizin springt sofort ins Auge: es wird streng zwischen *zwei Formen der Triage* unterschieden, nämlich der Sichtung im konventionellen Krieg und der Sichtung im ABC-Krieg (Sichtung bei Einsatz von Massenvernichtungswaffen).

Kap. 13 beschäftigt sich zunächst mit der „konventionellen" Sichtung. Sie umfaßt „die Beurteilung und Einteilung der Verwundeten für Behandlung und Abtransport"[9] und ist ein permanenter Vorgang, wie folgende Passage belegt:

„Die erste vorläufige Sichtung der Verwundeten findet auf dem Truppenverbandsplatz statt. Eine gründlichere Sichtung folgt bei den Brigade- und Divisionshauptverbandsplätzen und eine weitere Sichtung muß im Chirurgischen Lazarett bzw. Feldlazarett vorgenommen werden. Natürlich ist die Sichtung nach der ersten chirurgischen Wundversorgung in den oben erwähnten Lazaretten noch nicht beendet. Unter den Begriff Sichtung fällt auch die Entscheidung, den direkten Abtransport zu einem der Speziallazarette zu veranlassen; weiterhin erfolgt eine ununterbrochene Sichtung während der ganzen Behandlungszeit, bis der Verwundete entweder dienstfähig geworden ist oder aus den Streitkräften ausscheidet."[10]

Auf dem Truppenverbandsplatz, der ersten Triagestation, werden folgende vier Verwundeten-Gruppen unterschieden:

1) Verwundete mit geringfügigen Verletzungen. „Diese Verwundeten können sofort volldienstfähig zu ihren Einheiten zurückgeschickt werden".
2) „Verwundete mit Verletzungen, die zwar versorgt werden müssen, die jedoch so leicht sind, daß sie auf dem Truppenverbandsplatz oder im Brigadebereich endgültig behandelt werden können. Diese Verwundeten können schon nach kurzer Zeit wieder dienstfähig zur Truppe entlassen werden".
3) „Verwundete, deren Verletzungen (1) sofort, (2) nach durchgeführter Schockbekämpfung oder (3) zu einem späteren Zeitpunkt chirurgisch behandelt werden müssen".
4) „Verwundete, die in hoffnungslosem Zustand eingeliefert werden".[11]

Den leicht Verletzten (Gruppe 1+2) wird in diesem Schema eine

große Bedeutung zugemessen — offenbar, weil sie am schnellsten wieder der Truppe zugeführt werden können. Die Gruppe 3 wird für die chirurgische Versorgung und den Abtransport weiter in drei „Dringlichkeitsstufen" differenziert:

Erste Dringlichkeitsstufe : z.B. Asphyxie, Spannungspneu, Schock
Zweite Dringlichkeitsstufe : z.B. Bauchverletzungen, Thoraxverletzungen, Gefäßverletzungen, gedeckte Hirnverletzungen
Dritte Dringlichkeitsstufe : Rückenmarksverletzungen, Augenverletzungen etc.[12]

Zur Gruppe vier findet sich folgende Ausführung:

„Selbstverständlich ist es nutzlos, auf die hoffnungsvoll Verwundeten der Gruppe 4 zuviel Zeit zu verwenden. Denn wenn er (der Sanitätsoffizier, Anm. d. Verf.) sich zu lange mit den Verwundeten dieser Gruppe und der Gruppe 2 aufhält, kann dies dazu führen, daß der Zustand der Verwundeten in der Gruppe 3, bei der die größten Chancen für eine Rettung bestehen, sich verschlimmert und vermeidbare Todesfälle eintreten".[13]

Die „Hoffnungslosen" erhalten keine Hilfe, jedenfalls keine wirksame. Die Begründung hört sich geradezu human an: sonst gäbe es unter den Verletzten mit Prognose vermeidbare Todesfälle ... Doch diese Humanität paßt in's Konzept einer Medizin, die sich den „militärischen Erfordernissen" unterordnet. Denn die Verletzten mit günstigerer Prognose lassen sich wahrscheinlich wieder zu brauchbaren Soldaten hochpäppeln, die angeblich „Hoffnungslosen" wahrscheinlich nicht mehr.

Atomwaffen und Strategieentwicklung in der NATO

1958, als das NATO-Handbuch erschien, war das Atomwaffenmonopol der USA längst gebrochen. Seit 1950 verfügte die UDSSR ebenfalls über Atombomben, ein paar Jahre später über Langstreckenbomber und Raketen.

Pläne für atomare Angriffskriege gegen die UDSSR bestanden schon in den vierziger Jahren, wie dokumentarisch belegt ist[14]. Der von den Vereinigten Stabschefs der USA entworfene Plan „Dropshot" vom 19.12.1949 — er sollte 1957 zur Anwendung kommen — sah den Abwurf von mindestens 180 Atombomben binnen 30 Tagen auf die UDSSR vor, anschließend sollte das Land besetzt werden.

Für 1957 erhoffte sich das Pentagon eine ausreichende militärische Überlegenheit. Daraus wurde nichts, der atomare Angriff fand nicht statt, weil auf Grund des raschen atomaren Nachrüstens der UDSSR ein Sieg im Atomkrieg undenkbar wurde.

In den 60er Jahren änderte die NATO darum ihre offizielle Doktrin: an die Stelle der „massiven Vergeltung" trat die Strategie der

„flexible response" — wobei die Worte „Vergeltung" und „response" in makabrem Widerspruch zu den bekannten Erstschlagsplänen stehen.

Kerngedanke der „flexible response" war und ist es, unterhalb der Schwelle eines „großen" Atomkrieges mit dog. „taktischen Nuklearwaffen" Krieg zu führen, z.B. in Europa.

Zug um Zug wurden in der Bundesrepublik taktische Atomwaffen gelagert, heute ca. 6000 an der Zahl. Ihre Detonationsstärken reichen von etwa einem zehntel bis zum zehnfachen der Hiroshima-Bombe. Die Reichweiten ihrer Träger sind so ausgelegt, daß diese „taktischen Waffen" überwiegend auf dem Territorium der Bundesrepublik, der DDR und der Tschechoslowakei detonieren müßten. Bereits ein zehntel bis ein fünfzigstel dieser Waffen, kämen sie zur Anwendung, würden die Bundesrepublik als lebensfähige Industriegesellschaft auslöschen. Zu diesem Ergebnis kam 1971 eine Forschungsgruppe um von Weizsäcker[15].

Die Triage bei Einsatz von Massenvernichtungswaffen

Entsprechend der herrschenden Strategie hatte sich die Militärmedizin auf eine thermonukleare Kriegsführung vorzubereiten. Das stellte sie vor unlösbare Probleme. Man intensivierte die Forschung, um Medikamente gegen die Wirkung ionisierender Strahlung zu entwickeln — die Strahlenkrankheit ist aber nach wie vor (mit Ausnahme der unter Kriegsbedingungen nicht einsetzbaren Knochenmarktransplantation) kausal nicht therapierbar. Dazu käme der Massenanfall von Verbrennungs- und polytraumatisierten Patienten, der jedes Gesundheitswesen überfordern müßte.

Was also tun? Da die Atomkriegsfolgen medizinisch nicht beherrschbar sind, andererseits die NATO-Doktrin die Anwendung von Nuklearwaffen vorsieht, verlegte sich die Militärmedizin auf eine „Weiterentwicklung" der Triage. Im NATO-Handbuch heißt es:

„Das Hauptproblem der thermonuklearen Kriegsführung liegt darin, daß plötzlich eine enorme Zahl von Verwundeten auf die noch übrig gebliebenen Sanitätseinrichtungen einstürzt. Neuerdings wird der Ausdruck „Massenanfälle" benutzt, um damit das plötzliche Auftreten einer überwältigenden Zahl von verwundeten Soldaten und Zivilisten zu bezeichnen, die in einem oder mehreren begrenzten Gebieten innerhalb kürzester Zeit die örtlich verfügbaren Sanitätseinrichtungen einfach überfluten, wobei diese gar nicht mehr in der Lage sind, beste ärztliche Versorgung zu gewährleisten. ... Aber auch im thermonuklearen Zeitalter bleibt das grundlegende Prinzip der Wehrmedizin weiterhin unverändert, nämlich soviel Soldaten wie möglich zur Durchführung der militärischen Aufgaben einsatzbereit zu erhalten."[16]

Im Unterpunkt „Massenanfälle" des Triagekapitels wird die ZDv 49/50 noch deutlicher:

„Die Sichtung ist ... die Grundlage der ärztlichen Behandlung. ... Jedoch ist die Ret-

tung möglichst vieler Leben das Leitmotiv der gesamten ärztlichen Erstversorgung bei der Behandlung bei Massenanfällen. Dieses Ziel kann nur durch die Beschränkung der Erstversorgung auf möglichst einfache Maßnahmen und die Behandlung möglichst vieler Verwundeter mit guter Überlebenschance und zu erwartender Dienstfähigkeit erreicht werden."[17]

Dienstfähigkeit und Einsatzbereitschaft — darum geht es. Weiterkämpfen, auch nachdem die Bombe explodiert ist! Praktisch würde das dazu führen, daß subletal verstrahlte, in der Latenzzeit symtomlose Soldaten wieder an ihre Waffen befohlen würden, obwohl dadurch ihre Überlebenschance sinkt.

Die Bundeswehrmedizin steht den Massenanfällen in einem thermonuklearen Krieg genauso hilflos gegenüber wie die zivile Medizin. Hätten die Militärärzte ein Fünkchen Realismus und Mut, sie müßten erklären: wir verweigern uns dieser Medizin des Wahnsinns, die nur Hilfe vortäuscht. Denn ihre Dienstvorschrift, die ZDv 49/50 „löst" das Problem der Hilflosigkeit brutal und menschenverachtend: die Löcher des Triagesiebes werden einfach gröber gewählt. Für die Masse der Patienten wird demnach der Kernsatz der Kriegschirurgie nicht mehr „erst sichten, dann behandeln", sondern „Sichten statt Behandeln" lauten. Konkret fügt die ZDv 49/50 jedem einzelnen Kapitel (z.B. Verbrennungen, Quetschungen, Strahlenschäden) einen letzten Unterpunkt „Massenanfälle" hinzu. Es handelt sich um Triageanweisungen. Daraus sei ein Beispiel zitiert:

„Verwendet ein Chirurg 60 Minuten seiner Zeit auf einen einzigen Verwundeten mit einem Bauchschuß, so ist er nicht mehr in der Lage, in der gleichen Zeit mehreren anderen Verwundeten mit gleichen oder besseren Überlebenschancen mit einfachen Maßnahmen zu helfen. ... Die Verwundeten bei einem Massenanfall müssem entsprechend den bereits beschriebenen Gruppen eingeteilt werden, allerdings mit der Ausnahme, daß wesentlich mehr Patienten unter die zweifelhaften Fälle (Gruppe 3) und die Fälle mit schlechter Prognose (Gruppe 4) zu rechnen sind. ...Aus diesem und manchen anderen Gründen, z.B. der Notwendigkeit einer guten Narkose, der parenteralen Flüssigkeitstherapie und der ins einzelne gehenden postoperativen Behandlung, muß man sich bei nüchterner Überlegung dazu entschließen, den Bauchverletzten in den kritischen Stunden nach einem thermonuklearen Angriff eine verhältnismäßig niedrige Dringlichkeitsstufe für die Operation zu geben."[18]

Summiert man auf, so sollen laut ZDv folgende Verletzungen im atomar geführten Krieg adäquat versorgt werden: Bauchverletzungen, Blasenverletzungen, Luftstoßverletzte, Thoraxverletzte, Rückenmarksverletzte, höhergradig verbrannte oder polytraumatisierte Patienten, Quetschungen, Schädel-Hirn-Traumen. Patienten mit diesen Verletzungen werden — nicht oder kaum versorgt — sterben.

Diesem Katalog der Grausamkeiten und des Verzichts auf Hilfe sei

noch eine Überlegung angefügt. Das System der Triage bei Massenanfällen ist — mit einer Ausnahme, dazu weiter unten — in sich logisch, wenn man die Situation des Atomkrieges akzeptiert. In der Situation des absoluten Mangels ist es konsequent, die Behandlung auf wenige zu konzentrieren. Der bundesdeutschen Militärmedizin ist nicht in erster Linie vorzuwerfen, daß sie fragwürdige Triagemodelle entwirft, sondern daß sie die Atomkriegsstrategie durch die Vorspiegelung von Hilfe mitabsichert.

Die Wissenschaft der Militärmedizin

Aber selbst das Konzept der „Triage mit grobem Raster" steht — wissenschaftlich gesehen — auf tönernen Füßen. Das soll am Beispiel verstrahlter Patienten belegt werden.

Die tödliche Dosis bei einmaliger Ganzkörperbestrahlung liegt bei 400 - 600 Rad. Für das Triagekonzept ist die Frage, ob ein Patient die tödliche Dosis oder weniger bekommen hat, von größter Bedeutung; denn damit entscheidet sich, ob er noch behandelt wird oder nicht.

Prinzipiell gäbe es drei Wege, um die Dosis zu ermitteln. Erstens die Dosimetrie, dies scheidet aus technischen Gründen aus. Zweitens die Bestimmung von Leukozyten und Thrombozyten nach der Bestrahlung, dies scheidet wegen des Massenanfalls und der Zerstörung der medizinischen Infrastruktur aus. Drittens die „biologische Dosimetrie": das akute Strahlensyndrom verläuft stadienhaft. Dosisabhängig treten Frühsymptome (Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Müdigkeit) auf, denen sich eine symptomlose bzw. symptomarme Latenzzeit anschließt. Erst dann beginnt die eigentliche Krankheit mit Haarausfall, Blutungen, Fieber, Entzündungen, schweren Durchfällen. Versucht wird nun, aus den Frühsymptomen auf die Dosis (und damit auf die Prognose) zu schließen.

Ein bundesdeutscher Militärmediziner, der Oberstabsarzt Messerschmidt, heute einer der Wortführer der „Katastrophenmedizin", forscht seit 25 Jahren in diesem Gebiet. 1959 veröffentlichte er einen Artikel, in dem er sich aus wehrmedizinischer Sicht mit Hiroshima und Nagasaki auseinandersetzte. Messerschmidt's Resumée damals:

„Abschließend sei festgestellt, daß es nicht möglich war, aus dem Untersuchungsmaterial von Hiroshima und Nagasaki irgendwelche Grundregeln für eine ‚biologische Dosimetrie' herauszulesen. Vielleicht ist dieses Ziel ohnehin zu hoch gegriffen und wegen der Wechselhaftigkeit biologischer Reaktionen nicht erreichbar."[19]

20 Jahre später äußert sich Messerschmidt in dem Lehrbuch „Wehrmedizin" zum selben Problem entschieden anders:

„Die genannten klinischen Initialsymptome ... sind allerdings manchmal schwer zu beurteilen. Sie sind Reaktionen des vegetativen Nervensystems und weisen folglich eine

große individuelle Varianz in ihrem Schweregrad auf. Trotz der genannten Einschränkungen haben die initialen Reaktionen einen nicht unerheblichen diagnostischen Wert; sie erlauben eine sehr frühe, wenn auch nicht absolut sichere Selektion bei Kollektiven, die bestrahlt worden sind".[20]

Zur Sichtungserleichterung entwirft Messerschmidt in dem letztgenannten Aufsatz eine Tabelle. Je nachdem, ob im Rahmen der Initialsymptome das Erbrechen schwer oder schwer und stoßartig, die Hautrötung schwach oder schwach bis deutlich ist, ist die Dosis als subletal oder letal anzunehmen. Damit fällt dann die Triageentscheidung: behandeln oder nicht behandeln.

Dieses Triagemodell hält selbst einer rein immanenten Kritik nicht stand, es ist schlicht unwissenschaftlich. Eine Selektion nach Messerschmidt'schen Kriterien wäre ein Würfelspiel. Das Ergebnis ist vorprogrammiert: die Militärmedizin muß helfen können, wenn nicht durch Behandlung, dann wenigstens durch Selektion. Würde sie ihre Unfähigkeit eingestehen, hätte das vermutlich negative Auswirkungen auf die „Moral der Truppe". Die NATO-Strategie des atomaren Ersteinsatzes, der „flexible response", erhielte einen empfindlichen Stoß. Werden die Militärärzte im Falle eines Atomkrieges auch nicht helfen können, so helfen sie doch heute, den Atomkrieg als führbar erscheinen zu lassen — der Oberstabsarzt Messerschmidt leistet dazu seinen Anteil.

Die Geburt der bundesdeutschen „Katastrophenmedizin"

1980 erschien das Standardlehrbuch „Wehrmedizin"[21], herausgegeben von dem ehemaligen Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Ernst Rebentisch. An dem Kapitel „Kriegschirurgie" wirkte der schon bekannte W.Wachsmuth[22] mit. Am Schluß des Buches formuliert Rebentisch eine „Erkenntnis" aus dem 2. Weltkrieg:

„Erst die Einbeziehung des damaligen Reichsgebietes in das unmittelbare Kampfgeschehen ebnete der Einsicht den Weg, daß die Zusammenfassung aller Mittel und die enge Verbindung mit dem zivilen Gesundheitswesen den höchsten Gewinn für die Behandlung und Wiederherstellung der Verwundeten bringen. Die im 2. Weltkrieg erst in bitterer Not und allzu spät gewonnenen Erkenntnisse sollten die sanitätsdienstlichen Grundsätze in jedem Land bestimmen..."[23]

Als die Nazis ihren Krieg schon verloren hatten, ihn aber dennoch weiterführten und sich die Goebbels'sche Vision vom „totalen Krieg" erfüllte; als sich die Hitler-Wehrmacht und ihr Sanitätsdienst zunehmend desorganisierte; als Luftangriffe und Fluchtbewegungen furchtbare Verluste bei der Zivilbevölkerung hervorriefen: da verwischte sich in der Tat die Grenze zwischen militärischer und ziviler Medizin. In einem künftigen Krieg würde das vom ersten Tag an so

sein. Als Resultat seiner Überlegungen fordert Rebentisch „die Erfassung und Nutzung sämtlicher im Land vorhandener Hilfsquellen, seien sie personeller, materieller oder baulicher Art"[24].

Vermutlich ist Rebentisch und der Bundeswehr klar, daß auch ihre auf den Atomkrieg zugeschnittene Kriegsmedizin prinzipiell versagen muß. Doch statt ihre Hilflosigkeit einzugestehen, gehen sie noch einen Schritt weiter. Sie fordern die Einbeziehung des zivilen Gesundheitswesens, um den Wahngedanken des führbaren Atomkrieges weiter aufrecht erhalten zu können. Das ist der eigentliche Grund für die Zivilschutzkampagne im Gesundheitswesen, für das Gesundheitssicherstellungsgesetz und die Einführung der sog. „Katastrophenmedizin".

Der Schritt weiter bedeutet konkret: die zivile Medizin, Ärzte, Krankenschwestern usw. müssen die Prinzipien und Verfahrensweisen der Militärmedizin kennenlernen — schon im Frieden. Das Hauptprinzip der Militärmedizin im Atomkrieg heißt Triage.

Wie soll man zivilen Medizinern das Selegieren nahebringen? Sie sind doch gewohnt, die ganze Palette der Hochleistungsmedizin gerade bei den Schwerstverletzten anzuwenden. Würde einfach die Kriegschirurgie als Pflichtfach für alle Ärzte eingeführt, so wäre der Widerspruch zur üblichen Medizin zu groß; um die Umsetzung stünde es vermutlich schlecht.

Man muß es also geschickter angehen. Es kommt auf die „Verpackung" an. Die Idee der „Verpackung" ist dem Zivilschutz entliehen: Verwischung der Grenzen zwischen zivilen Katastrophen im Frieden einerseits und dem Krieg andererseits. Alles ist „Katastrophe": der Waldbrand, das Chemieunglück, der Atomkrieg. ... Der medizinischen Hilfe bei Katastrophen wird sich kein Arzt und keine Krankenschwester entziehen, Militär und Zivilschutz spekulieren auf das unkritische Helferethos.

1965 erschien in der „Therapiewoche" eine Aufsatzserie unter dem Titel „Der Arzt am Unfallort und beim Katastropheneinsatz"[25]. Darin werden Krieg und zivile Katastrophen vermengt, Notfall- und Kriegsmedizin nebeneinander behandelt, Massenanfall und Triage besprochen. Auch das 1971 in der 4. Auflage erschienene Buch „Ärztliche Erstmaßnahmen am Unfallort und im Katastropheneinsatz"[26] ist ähnlich strukturiert.

Die Inhalte dieser Schriften unterscheiden sich wenig von dem, was die Ärzte seit drei Jahren unter dem Titel „Katastrophenmedizin" zu hören gewohnt sind. Allein der zugkräftige Titel fehlte noch.

Auch diesen Titel hat die Militärmedizin eingeführt. Während man vor 1979 in der zivilen bundesdeutschen Literatur vergeblich nach dem Wort „Katastrophenmedizin" fahndet, findet es sich bei-

spielsweise schon 1969 in der Zeitschrift „Wehrmedizin und Wehrpharmazie" — als Titel einer Beilage[27]. Seit 1979 übernahmen die Ärztekammern das Wort „Katastrophenmedizin" als Titel für ihre Zivilschutzkampagne.

Diese Kampagne paßte in die politische Großwetterlage, besser gesagt: sie war ein Resultat des veränderten innen- und außenpolitischen Klimas. Ende der 70er Jahre sprach die sozialliberale Bundesregierung nur noch wenig von Entspannung, dafür um so mehr von „Bedrohung" und der Notwendigkeit verstärkter Rüstung. 1977 entdeckte der Kanzler Schmidt die „Raketenlücke" in Westeuropa, Anfang 1979 stilisierte man die sowjetische SS 20-Rakete zur furchterregenden Bedrohung hoch (obwohl die SS 20 der NATO schon seit 1975 bekannt war): der „Nach"rüstungsbeschluß befand sich in Vorbereitung. Schon in der Carter-Ära, erst recht aber mit der Wahl Reagans setzten sich in der US-Administration die Kräfte durch, die unter Ausnutzung der neuen Waffentechnologien eine strategische Überlegenheit ansteuern. Pershing-II-Raketen und Cruise missiles sind wichtige Glieder der neuen Waffengeneration, mit ihrer Hilfe soll die Sowjetunion in einem Erstschlag „enthauptet" werden[28]. Erkennbar hat sich im Pentagon das Konzept des „führbaren und gewinnbaren" Atomkrieges durchgesetzt[29].

Eine solche selbstmörderische Politik — für die Bundesrepublik ist sie auf jeden Fall suicidal — braucht eine verstärkte ideologische Absicherung, will sie sich die Loyalität von Truppe und Bevölkerung erhalten. Ist schon keine medizinische Hilfe im Atomkrieg zu garantieren, dann muß wenigstens die Illusion medizinischer Hilfe aufrecht erhalten werden. Diese Aufgabe haben Wehrmedizin und „Katastrophen"medizin zu erfüllen.

Es ist oft genug belegt worden, daß die bundesdeutsche „Katastrophen"medizin von der Wehrmedizin gar nicht zu trennen ist, eben weil sie eine bewußte Schöpfung der Militärmedizin ist[30]. Dreh- und Angelpunkt der „Katastrophen"medizin ist die Triage[31] — aber niemals wurde in der Geschichte der Bundesrepublik bei Großunfällen und Katastrophen die Triage im vorgeschlagenen Sinne angewandt. Weber belegt an Hand der Camping-Platz-Katastrophe in Tarragona/Spanien 1978, daß sich die Prognose der 148 brandverletzten Patienten durch primäre Triage und dadurch verzögerte Schockbehandlung verschlechtert hätte[32].

Würde die bundesdeutsche „Katastrophenmedizin" ihre Triagekonzepte bei einer Katastrophe im Frieden anwenden, der Schaden wäre vermutlich groß. Das ist nicht überraschend. Sieht man sich den quasi regierungsamtlichen Leitfaden „Katastrophenmedizin"[33] an, so entspricht sein Triageschema weitgehend dem, was Rebentisch für

die Wehrmedizin vorschlägt[34]. Die Triageanweisungen für „Strahlenunfälle und Strahlenkatastrophen" sind sogar wörtlich aus dem Lehrbuch „Wehrmedizin"[35] übernommen — und stammen natürlich von ein und demselben Autor, jenem Wissenschaftler Messerschmidt, der seit 25 Jahren über die Beherrschung der Atomkriegsfolgen, über die Quadratur des Kreises forscht.

Eigenständiges hat die bundesdeutsche „Katastrophenmedizin" nicht hervorgebracht; sie rekapituliert Wehrmedizin unter anderem Namen. Durch schlichte Übertragung der Atomkriegsrezepte auf zivile Großunfälle wird keine befriedigende Versorgung von Katastrophenopfern zu erreichen sein. Die Bedingungen für medizinische Hilfe unterscheiden sich ja auch grundsätzlich (z.B. Ausdehnung der Schadenszone, Hilfe von außen?, Quantität der Geschädigten etc.). Kriege sind eben keine Katastrophen — auch von ihrer Ursache her nicht. Kriege werden von Menschen, Klassen, Staaten gemacht - folglich sind sie auch von Menschen verhinderbar.

Thesen

1) In der deutschen Militärmedizin bis 1945 hatten Triage und der entsprechend strukturierte Sanitätsdienst die Funktion, Verletzte mit guter Prognose und zu erwartender Dienstfähigkeit herauszufiltern und zu versorgen. Die Behandlung der Schwerverletzten wurde dagegen vernachlässigt.

2) Die NATO-Strategie sieht bei einem Krieg in Mitteleuropa den Einsatz von Atom- (und anderen Massenvernichtungs-) waffen vor. Die Militärmedizin stellt sich darauf vor allem durch eine „Weiterentwicklung" der Triage ein: die Maschen des Triage-Siebes werden gröber.

3) Um die Konzeption (und Illusion) des „führbaren und beherrschbaren" Atomkrieges aufrecht zu erhalten, wird seit etwa 1980 versucht, die Verfahrensweisen der Militärmedizin in den zivilen Sektor einzubringen. Dies läuft unter dem irreführenden Titel „Katastrophenmedizin".

4) Kernstück der „Katastrophenmedizin" ist die Triage, die beinhaltet, einen Teil der Verletzten von der Versorgung auszuschließen. Die Triagemodelle der „Katastrophenmedizin" sind aus der Militärmedizin übernommen. Würden sie bei einem zivilen Großunfall angewandt, käme es zu zusätzlichen Verlusten.

5) Eine Katastrophenmedizin (die diesen Namen verdient, weil es ihr ausschließlich um zivile Katastrophen im Frieden geht) müßte erst noch entwickelt werden. Sie hätte zu umfassen

a) Katastrophenforschung
b) Prävention von Katastrophen

c) Ausbau der Notfallversorgung, des Rettungsdienstes sowie Vorhaltung genügend großer Bettenkapazitäten in Krankenhäusern - alles mit dem Ziel, *allen* Patienten eine gute Chance zu gewähren und nicht einem Teil („Hoffnungslose") primär die Behandlung zu verweigern.

Anmerkungen:

1) *Ring, F.:* Zur Geschichte der Militärmedizin in Deutschland. Deutscher Militär-Verlag, Berlin 1962. S. 138ff
2) zit. n. *Ring,* a.a.O., S. 139
3) vgl. *Ring,* a.a.O., S. 159 bzw. *Röse, T.:* Sanitätsdienstliche Maßnahmen bei Massenanfall. Wehrmed.Mschr. 4 (1978) 122
4) zit. n. *Ring,* a.a.O., S. 350
5) nach *Ring,* a.a.O., S. 176
6) *Wachsmuth, W.*: Erste Sichtung und Verteilung der Verwundeten vom Standpunkt des Chirurgen. Der Deutsche Militärarzt, Oktober 1939, S. 29ff
7) Zentrale Dienstvorschrift der Bundeswehr 49/50 von 1961 „die dringliche Kriegschirurgie" - Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens, Bundesministerium der Verteidigung
8) a.a.O., S. 13
9) a.a.O., S. 161
10) a.a.O., S. 162
11) a.a.O., S. 166
12) vgl. a.a.O., S. 169
13) a.a.O., S. 166
14) *Greiner, B., K.Steinhaus:* Auf dem Weg zum dritten Weltkrieg. Pahl-Rugenstein-Verlag Köln 1981
15) *Afheldt,H.:* Kriegsfolgen und Kriegsverhütung. In: Zivilschutz, ein fiktives Programm? Bundesamt für zivilen Bevölkerungsschutz, Bonn 1973
16) siehe 7), S. 18
17) a.a.O., S. 170/171
18) a.a.O., S. 339
19) *Messerschmidt,O.:* Über prognostische Gesichtspunkte, die sich aus klinischen und hämatologischen Befunden Strahlenexponierter aus Hiroshima und Nagasaki ergeben. In: Wehrdienst und Gesundheit, Bd.1, Verlag Wehr und Wissen Darmstadt 1959, S.213 - 230
20) *Messerschmidt,O.:* Kernwaffenschäden und ihre Behandlung. In: *Rebentisch,E.:* Wehrmedizin. Urban und Schwarzenberg, München 1980, S.217 -244
21) vgl. 20)
22) vgl. 6)
23) vgl. 20), S. 626
24) a.a.O., S. 626
25) Therapiewoche 9 (1965) und 10 (1965)
26) *Knietemeyer,H.-J.:* Ärztliche Erstmaßnahmen am Unfallort und im Katastropheneinsatz. 4. Auflage, Heidelberg 1971

27) Katastrophenmedizin, Heft 1 vom Jan./März 1969; Beilage in Wehrmedizin und Wehrpharmazie 7 (1969)
28) vgl. z.B. *Gray,C.S., K.Payne:* Victory is possible. In: *Bittorf,W.:* Nachrüstung. Rowohlt Reinbek bei Hamburg, 1981, 193ff oder *Gray,C.S.:* Das Konzept der strategischen Überlegenheit. Air Force Magazine März 1982. Übersetzt in: Blätter für deutsche und internationale Politik 10/82, S. 1249ff. Gray ist mittlerweile Abrüstungsberater des US-Präsidenten.
29) vgl. z.B. das „Leitlinien-Dokument" des Pentagon. Artikel in New York Times vom 31.5.82. Übersetzt in Blätter für deutsche und internationale Politik 8/1982, 1011-1016
30) vgl.z.B. *Weber,E.:* Katastrophenmedizin als Kriegsmedizin? In: Berliner Ärzteinitiative gegen Atomenergie: Medizin und Atomkrieg - hilflos? Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin (West) 1983, 101-113
31) vgl.z.B. *Kirchhoff,R. und H.-J.Linde:* Reaktorunfälle und nukleare Katastrophen. Perimed Verlag Erlangen 1979
32) vgl. 30), S. 108
33) Katastrophenmedizin, Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall, hrsg. vom Bundesministerium des Inneren, Bonn 1981
34) vgl.20), S. 334/335
35) vgl. 20), S. 217ff. Die Triagetabelle (S. 229) findet sich mit ganz geringen Änderungen im „Leitfaden Katastrophenmedizin" (vgl.34), S. 52 wieder.

Eberhard Göpel

Gesundheitsbewegung wohin?

Beitrag zur Fortsetzung einer Diskussion

Im letzten Jahrbuch für kritische Medizin haben *E. Göbel* und *U. Schagen* versucht, die Entwicklung der kritischen Medizin seit den siebziger Jahren nachzuzeichnen.[1)]

Es ging ihnen dabei um den Versuch, Zusammenhänge zwischen der theoretischen Diskussion der Studentenbewegung, des daran anschließenden gewerkschaftlichen Engagements in der ÖTV und der „Gesundheitsbewegung" der achtziger Jahre zu beschreiben.

Ihr Aufsatz schloß mit skeptischen Fragen nach den tatsächlich erreichten Einflüssen der kritischen Diskussion auf den Medizinbetrieb und nach einer möglichen Synthese des Gedankengutes der „alten" und „neuen Gesundheitsbewegung."

Ich möchte mit meinem Beitrag hieran anknüpfen und insbesondere zu den folgenden Problemen Stellung nehmen:

1. Welche theoretischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen der Studentenbewegung und der damaligen „kritischen Medizin" sind inzwischen historisch überholt?

2. Welches sind neue historische Voraussetzungen für eine „Gesundheitsbewegung"?
3. Welche theoretischen und politisch-praktischen Perspektiven bestehen für eine „Gesundheitsbewegung" in der BRD?

Der Ansatz der Studentenbewegung und der Marsch durch die Institutionen — Eine anekdotische Skizze

Die Studentenbewegung war niemals eine „Gesundheitsbewegung". Sie wollte die Krankheiten beseitigen. Lediglich in den Anfängen der antiautoritären Phase ging es auch um eine subjektivierende Perspektive — allerdings wesentlich als nach außen gekehrte Demonstration: lange Haare, öffentliches Kommuneleben, Rock-Musik. Nach der Entdeckung der Tradition der Arbeiterbewegung gab es für viele auch dafür keinen Platz mehr. Erfolge der Arbeiterbewegung sind historisch schließlich immer nur durch eine vorbildliche Disziplin und Solidarität erkämpft worden.

Gemeinsamer Kampf um die Macht war daher die historische Lehre. Es ging um die Macht im Staat und wer daran teilhaben wollte, mußte seinen „subjektiven Faktor" kontrollieren lernen. Erfolgskriterien für das siegreiche Vorrücken waren zunächst kluge Papiere, Flugblätter, Zeitungen, später knappe Mehrheitsentscheidungen und deftige Resolutionen auf Versammlungen, schließlich die ersten erfolgreich eroberten Ämter und Posten. Nach einer kurzen Avantgarde-Diskussion über die Rolle der Intelligenz wurde schließlich die Parole „Medizin im Dienste des Volkes" zur Leitlinie erkoren und staunend lernten wir, daß man in China sogar barfuß Medizin betrieb. Zum Glück gab es aber auch Aussicht, an der Seite der Arbeiterklasse auf einem historisch höheren Niveau als im abweichlerischen China Medizin betreiben zu können: Als medizinische Kader in einem umfassend geplanten Versorgungssystem, in dem die gesellschaftlichen Widersprüche aufgehoben sind. Der Eintritt in eine Partei und nach Berufsbeginn in die Gewerkschaft erschienen als konsequente Schlußfolgerungen.

Rückwirkend sind zumindest die folgenden Fehleinschätzungen für das weitgehende praktische Scheitern der Bemühungen um eine „kritische Medizin" oder „sozialistische Perspektive in der Medizin" festzustellen:

a) Das polit-ökonomische Halbwissen reichte nicht aus, um eine angemessene historische Einschätzung der kapitalistischen Gesellschaftsentwicklung zu gewinnen. Daß die Studentenbewegungen in vielen Bereichen mit ihren Forderungen lediglich als „nützliche Idioten" einem Modernisierungsschub des Kapitalismus zum Durchbruch verhalfen, war den Kämpfern für den Fortschritt

kaum bewußt. Die kritischen Zuspitzungen an den Universitäten der kapitalistischen Zentren haben in erster Linie der Beseitigung konservativer Herrschaftsstrukturen gedient, die sich als hemmend für eine Rationalisierung des Produktionsbereiches erwiesen hatten. Zur Belohnung wurden auf dem Höhepunkt des wirtschaftlichen Booms die aktivsten Köpfe der Studentenbewegung kooptiert und mit der Durchführung von Planungs- und Reformarbeiten betraut. Spätestens aber als die nächste Rezession nahte und massenhaft weitere kritische Leute im Staatsdienst mitmischen wollten, wurde durch Planstellen-Stop und Berufsverbot deutlich gezeigt, wo „das Ende der Fahnenstange" war.

b) Das historische und philosophische Halbwissen reichte nicht aus, um ein ausreichendes Verständnis für den Ideologiegehalt der verwendeten Begriffskategorien zu gewinnen. „Kritische Wissenschaft" blieb in der Regel begrenzt auf die Denunziation historischer Mißbräuche von Wissenschaft und einen moralischen Appell, sich nicht ebenso korrumpieren zu lassen. Auf die Zukunft gewendet, gelangten diese Bemühungen jedoch im wesentlichen zu uneinlösbaren programmatischen Imperativen des Sollens und Müssens. Konkrete Vorstellungen über andere Verkehrs- und Produktionsformen im akademischen und medizinischen Bereich wurden kaum entwickelt oder auf die Zeit nach der „Demokratisierung" vertagt. Das Ideologem von der „Produktivkraft Wissenschaft" deckte die Beteiligung an den technokratischsten Planungsmanövern mit dem Mantel des Fortschrittlichen.
„Programmierter Unterricht" und „Multiple choice"-Prüfungen galten dementsprechend in der Medizin als fortschrittlich, ohne daß die Phantasie ausreichte, die Auswirkungen auf die Betroffenen realistisch vorauszusehen.
Standardisierung und Vereinheitlichung wurden allein unter dem Gesichtspunkt einer Demokratisierung bewertet. Daß damit gleichzeitig die Voraussetzungen für eine bürokratisierte und computerisierte Umgangsform mit Menschen im öffentlichen Bereich und deren Einordnung in industrialisierte Planungs- und Produktionsprozesse geschaffen wurden, wurde in seinen Auswirkungen auf die Betroffenen nicht bemerkt, weil die Reformer sich mit dem Apparat identifizierten und diesen lediglich effizienter gestalten wollten. Der Begriff „Vorsorge" bestand aus der Vorstellung eines regelmäßigen Durchschleusens durch die Apparaturen medizinisch-diagnostischer Zentren im Rahmen der „integrierten Versorgung". Das Justieren der Laborwerte schien die Hauptaufgabe der Medizin zu sein. Aufgabe der Adressaten war es vor allem, regelmäßig zur Kontrolle zu erscheinen. Eine arbeitsteilige

Zergliederung der kranken Organismen und eine prophylaktische Massenbehandlung versprach allein den Fortschritt in der Krankheitsbekämpfung.
Psychiatrie und Psychosomatik übten zwar eine Faszination aus, da sich in ihnen die soziale Gestaltung der Krankheitsentwicklung widerspiegelte, eine produktive Verknüpfung zwischen existenzialistischer Seins- und historisch-materialistischer Gesellschaftsanalyse gelang jedoch nicht.

Politisch-ideologische Abgrenzungen förderten mechanisch-deterministische Denkstrukturen und bügelten dialektische Reflektionen glatt.
In der marxistischen Theorie und der real-sozialistischen Praxis bestimmte lediglich das Sein das Bewußtsein. Gesellschaftliche Individualität war dementsprechend nur eine Restgröße, der berühmte „subjektive Faktor".
Der Kampf zwischen Arbeiterklasse und Kapital erlaubte nur ein „entweder- oder".
Erst durch die politische Renaissance des Kleinbürgertums erhielt die Dialektik wieder eine Chance: „Das Persönliche ist politisch!" Es ist das historische Verdienst der Frauenbewegung, dieser Erkenntnis wieder Geltung verschafft zu haben.

c) Die Einschätzung der eigenen und gemeinsamen Interessenlage und Handlungskompetenz war weitgehend unrealistisch.
Euphorisierende gemeinsame Demonstrationserfahrungen und kritische Diskussionen im Freundeskreis hatten vielfach ein überhöhtes Selbstwertgefühl und ein Anspruchsniveau geschaffen, das sich deutlich jenseits der realen Umsetzungsmöglichkeit bewegte. Der „Marsch durch die Institutionen" wurde nach Berufsantritt für viele zu einer erheblichen psychischen Belastungsprobe. Vereinzelung, Handlungsdruck, institutionelles Mißtrauen und das Fehlen alternativer Verhaltensmuster erzwangen in der Regel Anpassungsleistungen, gegen die sich häufig nur noch die Eingeweide wehrten. Die Zuflucht bei kommunistischen Gruppen vermittelte den Gefrusteten das Gefühl, wenigstens mit einer Weltmacht verbunden zu sein und zumindest langfristig die erlebte Schwäche beseitigen zu können.

Zunehmend wurde allen klar, daß ein berufliches Fortkommen als „kritischer Mediziner" einen doppelten Arbeitseinsatz notwendig machte und als die Frauenbewegung begann, auch noch zu Hause Nebenwidersprüche zu entfalten, war der revolutionäre Elan bei den meisten gebrochen. Lediglich das schlechte Gewissen trieb noch zu Gewerkschaftsversammlungen, Partei- und Diskussionszirkeln, zu denen noch ein paar Antreiber einluden. Die

Hoffnung und die Kraft waren weitgehend weg. Die relativ Wenigen, die an den Rändern der etablierten Medizin in der Psychiatrie, Medizin-Soziologie oder Medizin-Didaktik den Aufstieg ins Etabliblishment geschafft hatten, wurden zunehmend mit einem institutionalisierten Mißtrauen der akademischen Umgebung und der staatlichen Instanzen konfrontiert und gerieten nach zwei Seiten unter einen verschärften Beweiszwang: Einerseits nachzuweisen, daß sie eine „ordentliche und solide" Forschungs- und Planungsarbeit leisteten und andererseits ihren hohen Selbst- und Fremdansprüchen hinsichtlich der angestrebten Ziele auch gerecht wurden. Verhärtung und Rückzug waren die Folgen. In den Kernbereichen der Medizin, wie Innere Medizin oder Chirurgie, blieben Ansätze einer offenen kritischen Konkurrenz mit der herrschenden Lehre dementsprechend vereinzelt und episodenhaft.

Die Entwicklung einer Gesundheitsbewegung und die ökologische Perspektive

Die zahlreich besuchten „Gesundheitstage" in Berlin 1980 und in Hamburg 1981 haben nun in mehrfacher Hinsicht neue Impulse vermittelt:

— Es gab eine positive Perspektive („Gesundheit"), die nicht von vornherein an Berufsrollen und Institutionen gebunden war.
— Es gab eine offene Organisationsform, die nicht von vornherein auf die Verabschiedung von Resolutionen und eine gemeinsame Linie festgelegt war.
— Es gab Möglichkeiten des sich Informierens und des aktiven Erprobens und Teilnehmens, die nicht von vornherein eine Identifikation notwendig machten.
— Es vermittelte sich das Gefühl, daß die eigene Unzufriedenheit offensichtlich ein Massenphänomen ist und es Chancen für gemeinsames Handeln gibt.

Ausschlaggebend waren also sehr allgemeine sozialpsychologische Wirkungen wie sie etwa auch von Kirchen seit einigen Jahren in Form der Kirchentage erreicht werden und die offensichtlich einem allgemeineren gesellschaftlichen Bedürfnis entsprechen. Die Vielfalt der Bezugspunkte und Beiträge hat deutlich zu einer allseitigen produktiven Verunsicherung der tradierten gesundheitspolitischen Überzeugungen beigetragen. Zumindest die folgenden Meinungen waren dabei wirksam:

— Angesichts von Kriegsgefahr und ökologischen Katastrophen verliert medizinische Reparatur zunehmend ihren Sinn.
— Der naturwissenschaftliche Reduktionismus und die einseitig technologische Ausrichtung der Krankenbehandlung führten zu

industrialisierten Behandlungsformen, die für Patienten und Beschäftigte gleichermaßen inhuman werden können.
— Zentrale Organisationsformen des Gesundheitswesens, wie Krankenversicherung, Ärztekammern, Gewerkschaften sind zu scheindemokratischen Bürokratien geworden, die sich einer wirkungsvollen Einflußnahme der Basis entziehen.
— Eine Vielfalt von gesellschaftlichen Leidensformen und Gesundheitsgefährdungen erfährt durch die gegenwärtige Struktur des Gesundheitswesens keine angemessene Begegnung und macht die Entwicklung neuer gesellschaftlicher Handlungssysteme notwendig.
— Die physikalischen und chemischen Therapiemethoden der Medizin schaden oft mehr als sie nützen.
— Für die Stabilisierung der eigenen Existenz spielen Methoden der psychischen und sozialen Aktivierung sowie die Mobilisierung individueller Hoffnung häufig eine ausschlaggebende Rolle.

Angesichts derartiger Verunsicherung wächst sicherlich auch die Anziehungskraft geschlossener Ideologien, die durchgängige Erklärungsmuster zur Lösung präsentieren, wie etwa diejenige der Antroposophen oder der Baghwan-Anhänger. Zu den positiven Erscheinungen der Gesundheitstage zählte jedoch, daß es zwar eine Bereitschaft zum Kennenlernen und Ausprobieren, nicht so sehr aber zum Mitlaufen gab.

Für die Entwicklung einer Gesundheitsbewegung wird es von entscheidender Bedeutung sein, ob es gelingt, diese produktive Neugier für einen neuen Ansatz der gesundheitspolitischen Diskussion zu nutzen. Dabei geht es im Augenblick darum, den Ansatz dezentraler Gesundheitsläden als Kommunikationsformen einer Gesundheitsbewegung organisatorisch zu stützen und Ansätze für eine kontinuierliche Diskussion und praktische Arbeit zu entwickeln, damit der ermutigende Beginn der Gesundheitstage eine Fortsetzung erhält.

Inhaltlich sind vorallem die folgenden Probleme zu lösen:

1. *Wie kann eine Verbindung von individueller und gesellschaftlicher Veränderungsperspektive realisiert werden?*
   Für das Schicksal einer Gesundheitsbewegung wird es entscheidend sein, ob es gelingt, einen kreativen Zusammenhang zwischen Selbstveränderungsinteresse und sozialem Handlungsinteresse zu entwickeln und zu erhalten. Humanistische Psychologie und Öko-Diskussion haben geholfen, den dialektischen Charakter des Gesundheitsbegriffes zu entfalten und Modelle für praktisches Handeln entwickelt, das sich der Wechselseitigkeit von Beziehungen bewußt bleibt bleibt. Dennoch ist unverkennbar, daß die Kommunikationsstränge zwischen „Selbstveränderern" und

„Fremdveränderern" auch in Gesundheitsläden noch sehr brüchig sind. Das Gleichgewicht ist labil und die Gefahr groß, daß sich „Ego-Tripper" und „Polit-Macker" wieder wechselseitig ihre Projektionen vorbehalten. Die Ungeduld der alten Linken, denen die Bewegung nicht politisch genug ist, weil sie sich ihren zentralistischen Denkschema verweigert, kann hier ebenso destruktiv wirken, wie der narzistische Rückzug aus der öffentlichen Kommunikation in die private Selbstbestätigung. Ein weiteres labiles Gleichgewicht ist die Fiktion der gleichberechtigten Kommunikation innerhalb der Bewegung. Es ist unübersehbar, daß die Teilnehmer der Gesundheitstage überwiegend aus Medizin- und Sozialberufen stammten,die sich primär auf der Fährte ihrer Berufsperspektive befanden. Die Versuchung ist groß, die Gesundheitsläden lediglich als Trainingsfeld und Sprungbrett für eine modernisierte professionelle Praxis als „fortschrittlicher" Arzt/Psychologe/Sozialarbeiter zu benutzen und das gleichberechtigte Gespräch zwischen Betroffenen zugunsten einer bezahlten Prostitution als „Therapeut" aufzugeben. Einen gesellschaftlichen Erfolg wird eine Gesundheitsbewegung dagegen nur erringen können, wenn sie ihr öffentliches Engagement von dem Verdacht freihalten kann, lediglich eine geschickte Marketing-Aktion für Nachwuchs- und Möchtegern-Therapeuten zu sein.
Im Umgang mit der Dialektik des Helfens wird sich erweisen, ob eine Gesundheitsbewegung in der Lage ist, ihre Gesundheitsvorstellungen auch erfolgreich zu praktizieren.

2. *Welche gesellschaftspolitische Perspektive hat eine Gesundheitsbewegung?* An den Kommentaren zu den Gesundheitstagen war auffällig, daß sie, von wenigen Ausnahmen abgesehen, von den unterschiedlichsten Richtungen des gesellschaftlichen Spektrums eine eingeschränkt wohlwollende Zustimmung entwickelten. Dabei versuchten die Kommentatoren jeweils den eigenen Interessen dienliche Aspekte hervorzuheben:
   - — Aus konservativer Sicht den Selbsthilfe-Aspekt und die Ablehnung bürokratisch vermittelter Versorgung.
   - — Aus sozialdemokratischer Sicht die Basisinitiative gegen die Dominanz der Berufsverbände im Gesundheitswesen und die Hervorhebung des Präventionsgedankens.
   - — Aus kommunistischer Sicht das antimonopolistische Bündnis gegen Pharmaindustrie, Sozialabbau und klein-unternehmerische Medizinkultur.
   - — Aus der Sicht der Naturheilkundler eine öffentliche Anerkennung ihrer Außenseiter-Methoden.
   - — Aus der Sicht der Berufsverbände der Psycho- und Sozialberu-

fe eine verstärkte Einbeziehung psychologischer und sozialer Kompetenzen in die Gesundheitsdiskussion.
— Aus der Sicht der Ärzteverbände den komplementären, die Dominanz der Ärzte eher verstärkenden Charakter von Selbsthilfe-Initiativen.

Die inhaltliche Unschärfe des Gesundheitsbegriffes machte es also möglich, die im Rahmen der bisherigen Diskussion entwickelten Vorstellungen in unterschiedliche politische Richtungen zu entwickeln. Das Gesundheitsmotiv besitzt eine ähnliche politische Signalwirkung wie etwa das Friedens- oder Freiheitsmotiv und es ist damit zu rechnen, daß eine sich entwickelnde Gesundheitsbewegung zum Objekt vielfältiger Beeinflussungsversuche etwa entsprechend dem obigen Interessenspektrum werden wird.

Um nicht zu „nützlichen Idioten" für die Entwicklung anderer Interessen zu werden, ist die Formulierung einer eigenen hinreichend konkreten programmatischen Zielvorstellung unumgänglich. Diese könnte etwa lauten: „Die Stärkung der Individuen für eine bewußte und demokratische Gestaltung ökologisch förderlicher Umweltbedingungen auf der ganzen Welt". Eine derartige Definition enthält die folgenden Elemente:

a) Primäres Ziel ist die Entfaltung des Lebenspotentials der einzelnen Menschen als eigenständiger Persönlichkeiten.
b) Dies wird durch einen kollektiven sozialen Gestaltungsprozeß angestrebt, der durch eine öffentliche und basisdemokratische Meinungsbildung gestützt wird.
c) Bezugspunkt für den Stoffwechsel Mensch — Natur und die soziale Organisation soll eine ökologische Umweltgestaltung sein, die der Entfaltung des biologischen Lebenspotentiales auf der Welt förderlich ist.
d) Diese Anstrengung ist nicht auf einzelne Personengruppen, Organisationen oder Nationen beschränkt, sondern sucht eine allgemeine Verständigung über menschliche Lebensvoraussetzungen und eine nicht-hegemoniale Entwicklung durch eine bewußt parteiliche Unterstützung der jeweils Benachteiligten, Ausgegrenzten und Unterdrückten.

Eine derartige Zielvorstellung kann als grün-alternativ bezeichnet werden. Grün insofern, als die Erhaltung des biologischen Lebenspotentiales (nicht nur der Menschen) gegenüber den zerstörerischen Ausbeutungen der Naturressourcen durch eine rücksichtslose Wirtschaftsführung eine weltweite Gegenbewegung notwendig macht, und alternativ, weil sie sich nicht scheut, das Primat des Individuums von den Konservativen zu übernehmen und mit den kollektiven Hoffnungen der Sozialisten zu verbinden.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für eine „Wende" in der Medizin

Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, daß sich die Institutionalisierung der Medizin als einer staatlich garantierten Reparaturleistung durch lizensierte Handwerker historisch in Auflösung befindet. Der sozialdemokratische Versuch, den Schäden der industriellen Produktionsweise durch einen kompensatorischen Ausbau von Institutionen „sozialer Sicherheit" zu begegnen, ist historisch weitgehend ausgereizt, da die „Grenzen des Wachstums" in diesem Bereich offensichtlich werden.

Die gesellschaftliche Entwicklung sprengt den Versuch, soziales Leiden durch ein einheitliches „Krankheitswesen" zu kanalisieren und zu begrenzen, wobei zumindest die folgenden Faktoren wirksam sind:

— Der Wandel der Leidens- und Krankheitsformen im Hinblick auf chronische, multifaktorielle Verläufe, bei denen ökologische Belastungen und soziale Verhaltensprobleme ursächlich wirksam sind, die sich einer wirksamen Intervention durch „Sprechstunde" oder Krankenhaus-Aufenthalt entziehen.
— Die Zunahme des gesellschaftlich erzeugten Zerstörungspotentiales, das katastrophische Massenbedrohungen provoziert und denen gegenüber das Angebot einer freien Arztwahl überholt erscheint.
— Die exponentielle Informationsentwicklung und eine urwüchsig-expansive Entwicklung medizinischer Forschung bewirkten eine Auflösung der Medizin als einheitlichem interdisziplinären Handlungssystem.
— Die „Veröffentlichung" medizinischen Wissens, die soziale Auflösung von Statusschranken und ein verschärfter Einkommenswettbewerb zwischen konkurrierenden Berufen führten zur Auflösung des ärztlichen Standesmonopols und damit der bisherigen integrativen Klammer eines „Gesundheitswesens".
— Die soziale Doppelfunktion der praktischen Medizin, einerseits kompetente Reparatur, andererseits säkulare Seelsorge zu vermitteln, löst sich durch die Entwicklung der medizinischen Produktionsweise auf. Technische Effizienz gerät zunehmend in Widerspruch zu mitmenschlicher Zuwendung. Diese widersprüchliche Entwicklung bedroht die soziale Integrationsfunktion der Medizin und provoziert die Entwicklung konkurrierender Pastoralfunktionen.
— Der ökonomische Widerspruch zwischen den medizinisch möglichen Interventionen bei einzelnen Individuen und den sozial verfügbaren finanziellen Resourcen erzwingt soziale Beschrän-

kungen, durchlöchert die Ideologie der „sozialen Sicherheit" und „umfassenden Versorgung" und provoziert die Entwicklung privat zu finanzierender Zusatz-, Ergänzungs- oder Alternativtherapien.

— Das ökonomische Interesse der Medizingüterindustrie, ihre Produkte möglichst umfassend zu vermarkten und dort einen möglichst direkten Zugriff auf den Verbraucher zu gewinnen, wo sich der ärztliche Zwischenhandel als marktbegrenzend erweist.

Der durch diese Entwicklungen bedingte relative Kontrollverlust der ärztlichen Profession über die gesellschaftlichen Zentralwerte „Gesundheit -Krankheit" wird verschärft durch die soziale Tendenz, das Gesundheitsmotiv als Grundlage moralischer Wertentscheidung an die Stelle traditioneller Wertvorstellungen zu setzen. Der Wunsch, aus dem historisch akkumulierten medizinischen Wissen über die Gefährdung und Zerstörung menschlichen Lebens rationale Kriterien für eine säkulare Verhaltensethik ableiten zu können, konfrontiert das medizinische Handlungssystem mit einer ideologischen Erwartung, der es in seiner gegenwärtigen Struktur nicht überzeugend gerecht werden kann, auf die es dennoch zur Wahrung seines sozialen Geltungsanspruches reagieren muß.

Die soziale Herausforderung, die Entwicklung der Medizin und der Gesellschaft an dem Paradigma „Gesundheit fördern" statt „Krankheiten heilen" zu orientieren, hat notwendigerweise tiefgreifende Konsequenzen für die soziale Funktion und die Struktur des medizinischen Handlungssystems, auf die *von Ferber* hingewiesen hat:

„Die Medizin hat aus dem Horizont individuellen menschlichen Leidens den Aspekt thematisiert, der einer instrumentell-technischen, organisierten Beherrschung offensteht: die Krankheiten statt des Krankseins, die biologisch-somatischen Schädigungen statt der psychosozialen Leiden. Die Medizin hat sozialen Wandel nur indirekt erzeugt, indem sie das ihre dazu beigetragen hat, die Bevölkerungs- und Familienstruktur der industriell-städtischen Arbeitsverfassung anzupassen. Ihre instrumentell-technische Ausgrenzung der Krankheiten sowie in Verbindung damit die Beschränkung ihrer therapeutischen Konzepte auf die privat-individuellen Bedürfnisse haben eine gesellschaftliche Neutralität erzeugt, die es gestattet, die Medizin mühelos jedem Herrschafts- und Gesellschaftssystem einzuordnen. Diese gesellschaftliche Neutralität kommt an ihr Ende, sobald die Kompetenz der Medizin auf „gesundheitsgerechte Lebensweise", auf „gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung", auf Grenzchancen des Überlebens, auf Gebären und Sterben, auf das Leben mit chronisch-degenerativen Krankheiten und mit lebenslangen Behinderungen erweitert wird. Zur Feststellung der hier entstehenden Sozialbedingungen reichen die bisherigen Konstruktionen des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht zu: Behandlungsvertrag, Sachleistung über kollektive Verträge zwischen Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen. Denn es werden ja keine „Sachleistungen" in Gestalt von medizinischen Gebrauchsgütern (wie Arzneimittel etc.) und von Expertendienstleistungen in Anspruch genommen. Vielmehr geht es in allen diesen Situationen um die Gewinnung von

Orientierungsmaßstäben unter den Bedingungen neuen Wissens, neuer technischer und organisatorischer Möglichkeiten, neuer Interventionen, neuer Erfahrungen des Leidens in der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Verhältnissen."[2]

Die öffentliche Resonanz auf die „Gesundheitstage" und eine im wesentlichen durch Medienwirkung getragene „Gesundheitsbewegung" verdeutlichen, daß ein derartiger Transformationsprozeß des medizinischen Handlungssystems latenten sozialen Hoffnungen, Erwartungen und Interessen Ausdruck verleiht und dadurch bestimmenden Einfluß auf die künftige Entwicklung des „Gesundheitswesens" gewinnen kann.

Szenarische Skizze gegenwärtiger Entwicklungstrends

Eine anhaltende wirtschaftliche Rezession einerseits und eine Ausweitung des möglichen medizinischen Behandlungsspektrums andererseits erzwingen eine Begrenzung und Kontrolle des staatlich garantierten medizinischen Warenkreislaufs. Durch betriebswirtschaftliche Rationalisierungen des medizinischen Handlungsrahmens und einen Ausbau administrativer Kontrollfunktionen wird zunächst versucht, ökonomische Reserven zu erschließen und weitere ungesteuerte Zuwächse zu begrenzen. In Ländern mit einer sozialdemokratisch oder sozialistisch beeinflußten Politik wird versucht, die staatlich administrative Kontrolle des Gesundheitswesens auszubauen und das staatlich garantierte medizinische Warenangebot durch politische und ökonomische Vorgaben steuerbar zu machen. Eine derartige Politik ist bisher vor allem in England und Skandinavien realisiert worden und wird gegenwärtig in Italien, Frankreich und Spanien angestrebt. Sie scheint überall dort als Ausdruck eines „Klassenkompromisses" zwischen Gewerkschaftsbewegung und Kapitalinteresse realisiert zu werden, wo die Ideologie einer „sozialen Gerechtigkeit" einen dominanten politischen Faktor darstellt und eine staatliche Bewirtschaftung des durch politische Entscheidungen zu begrenzenden medizinischen Warenangebotes erzwingt.

Während der Eingriff des Staates in früheren Stadien der gesellschaftlichen Entwicklung eine durchaus progressive Funktion hatte, indem er einen planmäßigen Ausbau verfügbarer medizinischer Resourcen betrieb, kommt ihm zukünftig auf absehbare Zeit im wesentlichen eine restriktive Funktion zu in Form einer politischen Begrenzung des sozial garantierten medizinischen Warenangebots.

Angesichts einer sich abzeichnenden medizinischen „Überproduktionskrise" ist der restriktive staatliche Zugriff in Form von Kostendämpfungsgesetzen, Zulassungsbeschränkungen, Positivlisten etc. für das nicht am Medizinumsatz profitierende Kapital eine attraktive politische Variante, da es durch eine derartige „Große Koalition" mit

der Gewerkschaftsseite einen möglichen sozialen Unfrieden besser begrenzen kann. Daß eine derartige Verstaatlichungsstrategie auch für die Kapitalseite durchaus erfolgreich sein kann, zeigt das klassische Beispiel England, wo die Kosten für den nationalen Gesundheitsdienst pro Kopf der Bevölkerung gegenwärtig etwa halb so hoch sind wie die Aufwendungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen.

Der sozialbürokratische Versuch, in der Verknappungspolitik zumindest eine Verteilungsgerechtigkeit zu wahren, wird gegenüber den sozialen Verlockungen des medizinischen Warenangebotes und der Expansion therapeutischer Dienstleistungsangebote durch rührige Vermarktungsaktionen kaum auf Dauer Bestand haben. Es wird zur Entwickung kokurrierender „Gesundheitsmärkte" kommen, deren Warenangebote privat zu finanzieren sind. Ein derartiger „Schwarzmarkt" existiert in der BRD in Form der expandierenden Heilpraktiker-Tätigkeit und der vielfältigen psychologischen Therapieangebote bereits. Auch die anhaltenden Versuche der Medizin-Industrie, den Medikamenten- und Heilmittelkonsum in stärkerem Maße zu privatisieren, zielen darauf ab, die staatlich vermittelten Marktrestriktionen abzuschütteln und bessere Verwertungschancen durch direkte Beeinflussung der Verbraucher zu gewinnen. Sozialdemokratische Politik gerät dabei in allen Industriestaaten in eine Zwickmühle: Sie besitzt nicht die politische Macht, das Versorgungsniveau allgemein auf eine Stufe zu heben, die konkurrierenden Alternativen den Boden entzöge und sie besitzt auch nicht die politische Macht, alle ökonomischen Verwertungsversuche des Gesundheitsmotives außerhalb des staatlich gesetzten Rahmens rigoros zu unterbinden. Sie verliert sich in widersprüchlichem politischen Taktieren und verkommt zum „kleineren Übel", das seine ideologische Leitfunktion verloren hat.

Eine derartige ideologische Schwäche der Sozialdemokratie ermöglicht es der Kapitalseite, die staatlichen Garantieleistungen im Gesundheitsbereich mit dem Hinweis auf mangelnde Effektivität einzuschränken bzw. an konkurrierende Privatanbieter zu delegieren. Dieser Prozeß findet zunächst auf der Angebotsseite statt, indem zu einer privaten Konkurrenz im Gesundheitsmarkt ermuntert wird und wird dann auf die Nachfrageseite ausgedehnt, indem mehr und mehr Leistungen des Sozialsystems zur Bagatelle und zum privaten Bedürfnis erklärt werden, die sich einer staatlich garantierten Unterstützung entziehen.

Zum dialektischen Charakter dieser Entwicklung der zunehmenden Individualisierung und Privatisierung von sozialem Leiden gehört es, daß durch die subjektive Unfähigkeit, auf der individuellen Ebene zufriedenstellende Lösungen für soziale Konflikte zu entwickeln, neue Vergesellschaftungsprozesse provoziert werden, die ei-

nen wesentlich radikaleren und grundsätzlicheren Bezugsrahmen als die etablierten Institutionen haben. Studenten-, Frauen-, Öko-, Friedens- und Gesundheitsbewegung sind Ausdruck derartiger radikaler Suchprozesse, die an den Stellen eruptieren, wo der Widerspruch zwischen herrschender Ideologie und gesellschaftlicher Realität für die Betroffenen unaushaltbar geworden ist.

Eine derartige konflikthafte Zuspitzung und Radikalisierung der sozialen Wahrnehmung vollzieht sich vor allem in den gesellschaftlichen Schichten, die den Widerspruch zwischen herrschender Freiheitsideologie und realer Restriktionspolitik durch den Verlust ihrer eigenen Aufstiegs- und Emanzipationshoffnungen am eigenen Leibe zu spüren bekommen.

Die Radikalisierung von enttäuschten Teilen der bürgerlichen Mittelschichten hat einen durchaus ambivalenten politischen Charakter. Sie ist zunächst in der Regel auf eine lediglich private, gruppen-oder standesbezogene Vorteilsmehrung ausgerichtet und gewinnt erst durch den Kontakt und die Zusammenarbeit mit anderen sozialen Bewegungen ein umfassendes politisches Bewußtsein.

Das Potential für eine Gesundheitsbewegung bilden dementsprechend bisher auch vorwiegend diejenigen Personengruppen, die den Widersprüchen des Gesundheitswesens unmittelbar ausgesetzt sind: Auszubildende, Studenten und Berufsanfänger der Gesundheits-und Sozialberufe, denen sich Kopf und Eingeweide noch einer Anpassung an die institutionellen Vorgaben verweigern sowie chronisch Kranke am Ende eines Desillusionierungsprozesses über die Wirkungen der institutionellen Medizin.

Von entscheidender Bedeutung wird es sein, ob es gelingt, diese zunächst von Enttäuschung, Resignation oder Wut geprägten Reaktionen aus der Vereinzelung oder gruppenspezifischen Borniertheit zu lösen und durch den Austausch mit anderen Bewegungen den allgemeinen Charakter dieser Entwicklung erfahrbar zu machen. Um das Allgemeine in der subjektiven Erlebnisform kenntlich zu machen, ist es notwendig, Anlässe und Möglichkeiten für eine subjektbezogene Kommunikation zwischen den Betroffenen zu schaffen. Diese Funktion haben die Gesundheitsläden als „Informations- und Kommunikationszentren" sowie als „Selbsthilfe-Einrichtungen der Beschäftigten und Betroffenen des Gesundheitswesens" sowie die „Gesundheitstage" als öffentliche und offene Versammlungen für alle Interessenten angestrebt. Dieser im wesentlichen auf die psychische Stabilisierung der Beteiligten ausgerichtete Zusammenschluß gewinnt insofern politische Bedeutung, als er die ausschließliche Legitimität des etablierten medizinischen Handlungssystems in Frage stellt und unterdrückten Hand lungsalternativen Öffentlichkeit verschafft.

Da es dabei auch um öffentliche Arbeitsplatzbegründungen und Einkommenschancen geht, wird diese Entwicklung vor allem bei denjenigen auf eine projektive Ablehnung stoßen, die ihre institutionelle Eingliederungsleistung vollbracht haben und diese aus psychologischen und ökonomischen Befürchtungen gefährdet sehen. In dieser Situation bietet der Bezug auf die Zielkategorie „Gesundheit" eine Chance, diese Auseinandersetzung nicht einfach als eine unfruchtbare Konkurrenz zwischen Berufsgruppen oder Berufsgenerationen auszutragen, sondern sie damit im eigentlichen Sinne zu politisieren.

Diese Politisierung bedeutet sowohl für die „Alternativen" als auch die „Systemverteidiger" einen verstärkten Argumentationsdruck, der beide Seiten zwingt, auf ein allgemeines öffentliches Interesse Bezug zu nehmen. In dieser Entwicklung besteht die Chance, Erfahrungen und Erkenntnisse aus allen Lebensbereichen zur Konkretion der gesellschaftlichen Utopie „Gesundheit" heranzuziehen. Indem die Fixierung auf das institutionalisierte Medizinsystem aufgegeben und in dem Zusammenhang mit anderen Bewegungen eine gesellschaftliche Alternative gesucht wird, verliert die Gesundheitsbewegung ihre Gruppenborniertheit und kann zu einem umfassenden gesellschaftlichen Projekt reifen.

Es muß die Erkenntnis der Öko-Bewegung integrieren, daß individuelle Entwicklung sich in einem dynamischen Austausch mit der Umgebung vollzieht und nicht isoliert verstanden werden kann; die Erkenntnis der Arbeiterbewegung, daß aus einer Position der sozialen Abhängigkeit nur kollektives Handeln Stärke vermitteln kann; die Erkenntnis der Frauenbewegung, daß häufig erst aus der Kommunikation gemeinsamer Betroffenheit latente Motive erkennbar werden; die Erkenntnis der Friedensbewegung, daß der Abbau des sozialen Gewaltpotentials notwendige Voraussetzung zur Sicherung eines friedlichen Überlebens ist; die Erkenntnis der spirituellen Bewegungen, daß menschliches Leben einen transzendentalen Bezug hat und einen Sinn braucht, der über es hinausweist.

Es ist seinem Wesen nach ein kleinbürgerliches Projekt, das anfällig bleibt für eine Aufspaltung und Teilintegration, Verkürzung der gesellschaftlichen Perspektive, Ausgrenzung und Diskriminierung, Resignation. Für die Betroffenen und Beteiligten lassen die objektiven Bedingungen jedoch kaum eine andere Chance, als diesen Weg zu probieren. Ein neuer „Gesundheitstag" und viele lokale und regionale Treffen und Verandtaltungen werden notwendig sein, um vor allem die folgenden Problembereiche weiter zu klären:

— Die Entwicklung einer ganzheitlichen Gesundheitsvorstellung auf der Basis empirischer Erfahrungen und philosophischer Einsichten.

— Die Entwicklung von neuen Kommunikatons- und Handlungsstrukturen im Schnittpunkt zwischen medizinischem Handlungssystem und „Laienhandeln". (Struktur der „Primärversorgung")
— Die Entwicklung einer informatorischen „Vernetzung" von Gruppen, Organisationen und Individuen, die sich diesem Projekt zugehörig fühlen.

Die bisherige Entwicklung gibt Anlaß zu einer optimistischen Einschätzung. Sie ergänzt den notwendigen gewerkschaftlichen Kampf gegen einen forcierten Abbau der Sozialleistungen, greift aber die progressiven Aspekte der gegenwärtigen gesellschaftlichen Veränderungen auf und versucht, auf diese einen bestimmenden Einfluß zu gewinnen. Sie verläßt die lähmende Perspektive einer rein defensiven Abwehr weiterer politisch-institutioneller Restriktionen im Gesundheitswesen und sucht die Grundsatz-Diskussion über die Lebens- und Arbeitsverhältnisse und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Sie setzt sich sowohl gegen ein staatlich verordnetes Einheitsleben als auch gegen eine Privatisierung gesellschaftlich vermittelter Lebensrisiken ab und propagiert die freie, solidarische Assoziation selbstbewußter Individuen.

Für die Verwalter des staatlichen Klassenkompromisses ist sie deshalb eine „Fundamentalopposition".

Anmerkungen

1) *Eberhard Göbel, Udo Schagen,* „Gesundheitsbewegung wohin?" in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 8 Berlin 1982 S. 130 - 139
2) *B. Badura, Chr. v. Ferber,* „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe." München 1983, S. 289/290

Literatur:

Martin Jänicke, „Wie das Industriesystem von seinen Mißständen profitiert" Opladen 1979
Wolf Wagner, „Die nützliche Armut. Eine Einführung in Sozialpolitik." Berlin 1982
Wolgang Schmidbauer, „Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe." Reinbek 1983
B. Badura, Chr. v. Ferber, „Selbsthife und Selbstorganisation im Gesundheitswesen." München 1981
Hilarion Petzold, „Methodenintegration in der Psychotherapie" Paderborn 1982
Wolfgang Schmidbauer, „Im Körper zuhause. Alternativen für die Psychotherapie" Frankfurt 1982
Jacques Attali, „Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin" Frankfurt 1982
Rudolf zur Lippe, „An eigenem Leibe. Zur Ökonomie des Lebens." Frankfurt 1978
Fritjof Capra, „Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild." Bern 1982
Marilyn Ferguson, „Die sanfte Verschwörung. Persönliche und gesellschaftliche Transformation im Zeitalter des Wassermanns." Basel 1982

Barbara Nemitz, Birgit Jansen, Sabine Bartholomeyczik

Für einen theoretischen Streit um Klasse, Geschlecht und Körper

Warum sind vor allem Frauen depressiv? Warum reagieren sie auf eine Vielzahl verschiedenster Probleme so gleichförmig wie selbstzerstörerisch? Warum leiden Männer anders an ihrem Leben? — Anstoß nehmend an diesem Zustand stößt sich Ilona Kickbusch an zirkulären und geschlechtsneutralen Erklärungsversuchen von Medizin und Psychiatrie. Ihr Vorschlag: Depression als eine somatische Kultur im weiblichen Lebenszusammenhang zu begreifen und sich über diesen lautlosen, massenhaft und gegen uns selbst gerichteten Protest so ernsthaft zu wundern, daß wir ihn nicht der repressiv beschützenden Medikalisierung überlassen, sondern unsere Ängste bei krisenhaften Umbrüchen und vor dem Aufbruch in die Befreiung zu einem Gegenstand von feministischer Politik machen.

Welche Not läßt Heinz-Harald Abholz diesen Text eiligst als unwissenschaftlich exkommunizieren? Sind es die Grenzüberschreitungen zwischen Literatur, Politik und Wissenschaft? Er klagt ein, daß zur Wissenschaft eine „empirische Absicherung" gehöre. Sie schütze uns vor Beliebigkeit. Mit diesem Anspruch können wir uns verbünden, nicht jedoch mit Abholz Begriff von Empirie, eben gerade weil dieser nicht vor Beliebigkeit schützt, sondern ihr ausliefert: Abholz tut so, als gäbe es für die Wissenschaft eine vortheoretische Wirklichkeit, eine dem Denken äußerliche Instanz, deren Funktion es ist, die Gültigkeit einer Theorie zu überprüfen. Bei seinem Vorwurf, Kickbusch habe die Empirie nicht zur Kenntnis genommen, verstrickt er sich allerdings selbst in Widersprüche, die deutlich machen, daß es *die* Empirie als Wirklichkeit schlechthin auch für ihn nicht gibt. Lesen wir seine Kritik genauer, so finden wir bei ihm eine bestimmte Vorstellung von Empirie. So muß es „die zum Thema gehörende Empirie" sein oder „die jedermann zugängliche Empirie". Was immer das beides sein mag, wir bemerken, daß Kickbusch also nicht einfach *keine* Empirie hat, wie zunächst der Vorwurf klang, sondern anscheinend die *falsche:* z.B. eine „literarische", deren „Fazit-Zitate" keinen Einblick mehr in die „dahintersteckende Empirie" gäben. Abholz scheint aber zu wissen, was bei Kickbusch dahintersteckt und sie eben deshalb zu kritisieren. Er argwöhnt, es gehe immer mehr um das „Lebensgefühl" „junger" „intellektueller" „Mittel- und Oberschichtsfrauen" als um „Störung/Krankheit" des „höheren Lebensalters" der „Unterschicht". Hier setzt Abholz selbst die Wirklichkeit, um die es gehen soll, und bestimmt damit den Ge-

genstand Depression theoretisch: Das Phänomen Depression soll untersucht werden bei Alten und nicht bei Jungen, als ein Problem der Unterschicht statt als eines auch von Frauen der Mittel- und Oberschicht. Was aber, wenn bei Frauenkrankheiten die Trennungen anders verlaufen als es Abholz bisher aus seinen Studien zu Krankheit und soziale Lage (welche die Grundlage für eine kritische westdeutsche Sozialmedizin legten) gewohnt ist? Nämlich quer zu den Klassen und den Altersgruppen? Was, wenn die fehlende Perspektive eines eigenen Lebens tatsächlich die Mittelschichtsliteratin mit der Arbeiterfrau verbindet? Wenn wir also über Depression als Frauenkrankheit mehr erfahren können aus dem Studium von Dichterinnen des 19. Jahrhunderts als aus der geschlechtsunspezifischen Betrachtung des „höheren Lebensalters der Unterschichten"? Das soll nicht heißen, daß die Klassenfrage vernachlässigbar sei, sondern vielmehr, daß uns die geschlechtsspezifische Betrachtung zu neuen Fragen führt, die weit mehr ins Blickfeld rücken als „nur" die Geschlechterfrage: Mit der Verknüpfung von *Krankheit*-Unterschicht-Alter *versus Lebensgefühl*-Mittel/Oberschicht-Jugend-Frauen negiert Abholz nicht nur die Geschlechterherrschaft als eigenständige Frage, sondern festigt zugleich einen auch für die Männer der Unterschicht fragwürdigen Krankheitsbegriff, der den Gegensatz von „normalem Leben" und „gestörten Körpern" erst konstituiert.

Auch Abholz geht es also um die Frage des theoretischen Erkenntnisobjektes, dem eine empirische Untersuchung sich zuwenden soll. Mit seinem Verweis auf die fehlende Empirie klagt er doppelt unausgesprochen die Klassenfrage ein (er verschweigt sie als Theorie und als Wort, er sagt statt dessen „Empirie" und „Unterschicht"), die Kickbusch sich tatsächlich nicht stellt. Gleichzeitig blendet er jedoch die Geschlechterfrage und die Herrschaft der Medizin in Gestalt der Normalisierung und Pathologisierung aus. So ruft sein Verweis auf *die* Empirie nur zur alten Ordnung zurück, ohne die Fragen zu benennen, um die gestritten werden müßte: darüber, wie wir die Überlagerung von Klassen- und Geschlechterherrschaft am Brennpunkt Körper zum empirisch zu erforschenden Gegenstand machen können.

Beide Kommentare (der von Abholz und der von Borgers) lassen ein immer wieder auftretendes Problem der Mediziner erkennen: Über Beschwerden darf nur geredet werden, wenn sie klinisch definiert sind, wenn sie abgegrenzt werden können von „Alltagsproblemen". Und wer bestimmt die Grenzen? Diese Grenzen, die gerade die bei Frauen so häufigen „vegetativen Beschwerden" in das nicht Ernst-zu-Nehmende abdrängen. Borgers spricht zwar noch aus, worin er die Bedrohung der Medizin als Wissenschaft sieht: Die Preisga-

be eines spezifischen Krankheitsbegriffs droht ihm den Boden unter den Füßen wegzuziehen. Er kann nicht mehr gehen und noch nicht schwimmen. Doch das ist nicht Kickbuschs Schuld, der er vorwirft, nicht genug zum Begreifen des Phänomens Depression beizutragen. Angesichts der Unbegrifflichkeit der Medizin kann dies gar nicht von einer Autorin allein, und schon gar nicht in einem einzigen Aufsatz geleistet werden. Warum nimmt Borgers ihre Versuche nicht zum Anlaß weiterzubauen? Sicher scheint es ihm, sie nicht nur als Literarin (wie Abholz), sondern als Malerin mit der „spezifischen Technik der großen Bögen" abzuklassifizieren. So denkt er den Text gleich außerhalb von Sprache und Begriffen und verdrängt damit dessen Herausforderung.

In diesem Sinn, nämlich dem Zudecken der drückenden Probleme durch Exkommunikation aus der Wissenschaft und Unterschlagung der eigenen Theorie, kritisieren wir die Sprache der beiden Kommentatoren als Herrschaftssprache. Ihre eigene Sicherheit, mit welcher sie andere in Grenzen weisen, indem sie sie aus dem ich der Wissenschaft ausweisen, verdankt sich der Ernennung zentraler Fragen. Wir wollen, daß es im Argument um Argumente geht. Wahrscheinlich ist der Streit um diesen Text Ausdruck eines allgemeineren Problems. In dem Maße, in dem immer mehr Frauen versuchen, die Wissenschaft zu verändern, wird es öfter zu solchen Konflikten kommen. Um sie auszutragen, müssen wir Frauen Strategien entwickeln: Wir brauchen eine Diskussionskultur, in der Widersprüche ausgehalten statt eliminiert werden.

Gerald Mackenthun

Depression als Krankheit

Depression wird meist von Belastungssituationen wie Arbeitslosigkeit, Partnerverlust oder Versetzung in den Ruhestand (Altersdepression) sowie in dem als „Hausfrauensyndrom" bekannten Persönlichkeitsverlust ausgelöst. Sie äußert sich als düstere Grundstimmung, in Selbstanklagen, Antriebsmangel, innere Leere, Schwermut, Selbstmordneigung, Angst vor Entscheidungen und Selbstverantwortung. Im Gegensatz zur Depression fehlt der Trauer (beispielsweise über den Partnerverlust) die Herabsetzung des Selbstgefühls und die Verunsicherung des Ichs.

Was psychogene Depression letztlich zur Krankheit macht, scheint mir der Zeitfaktor zu sein. Wird der eine nach einiger Zeit wieder

Mut fassen, so verharrt der depressive Mensch in seiner düsteren Stimmung. Depression scheint also ein Symtomkomplex zu sein, von dem Menschen mit einer relativ gut definierbaren Charakterstruktur eher als andere befallen werden und die damit auf ganz verschiedene Belastungen reagieren.[1)]

So definiert lösen sich einige der Knoten, die die Autorin Kickbusch geknüpft hat (z.B. S. 137 und 139 in AS 77). Offenbar kann trotz völlig verschiedener äußerer Situationen die Charakterstruktur gleich sein. Umgekehrt können Menschen in gleichen Lebenssituationen ganz verschieden reagieren. Alkoholsucht oder Agression sind ebenso denkbar wie Depression. Es sind also nicht die „Lebenssituationen", die „zu depressiven Reaktionen führen" (S.138).

Wahrscheinlich werden Fachleute noch eine Generation lang darüber streiten, ob psychogene Depression eine Krankheit ist oder nicht. Wir können uns aber vorläufig, auch auf einem unsicheren Boden der Erkenntnis, zu einer der beiden Möglichkeiten entschließen und treffen damit eine Entscheidung über das weitere Vorgehen. Der Verzicht auf den Krankheitsbegriff ist fatal (siehe Dieter Borgers in seiner Kickbusch-Kritik in AS 77), weil wir uns die Möglichkeit zum weiteren Handeln abschneiden. Mit dem Einbringen der Kategorien „Protestverhalten" oder „abweichendes Verhalten" kann sich die Autorin nur in eine logisch ausweglose Situation bringen: Wer bestimmt, was abweichendes Verhalten ist? (Vermutlich männliche Soziologen und Ärzte). Diese Berufung auf höhere Rechtfertigungen, der vergebliche Versuch der Letztbegründung (Die Männer sind schuld", siehe dazu auch das Bovermann-Zitat S.144) ist tragisch für die Frauenbewegung, weil dort wieder nur der Rückgriff auf vermeintliche Autoritäten erfolgt, wo Selbstverantwortlichkeit nötig wäre.

Demgegenüber eröffnet das Begreifen der Depression als Krankheit Möglichkeiten des Handelns. Es wäre möglich, die Widrigkeiten des täglichen Lebens, die jeder Mensch aufgerufen ist zu überwinden, zu unterscheiden vom depressiven Elend. Zu den Widrigkeiten gehört beispielsweise der Zwang, ständig Entscheidungen treffen zu müssen. Ich kann mir keinen im Leben stehenden Menschen vorstellen, der sich dem Zwang zur Entscheidung entziehen könnte. Die Autorin scheint da ganz anderer Meinung zu sein. Sie spricht von der „Ideologie der Wahlfreiheit", die sie als Trick eines „neuen Patriarchats" abtut. Nach Erfahrungen von Psychologen hingegen bedeutet eine bewußte Entscheidung Sich-identifizieren-können mit der eigenen Handlung. Nach ihrer Erfahrung kann gelernt werden, Verantwortung für sein Leben zu übernehmen und diesem einen Sinn durch einen kulturellen oder sozialen Beitrag zur Gesellschaft zu geben.

Aber genau das bestreitet Kickbusch: „Entscheiden können heißt ... nicht Entscheidungsfreiheit und schon gar nicht Selbstbestimmung."

Die massenhafte Verbreitung von Depression bei Frauen möchte ich nicht bezweifeln. Doch abgesehen von einer ungleichen Verteilung: Welche Charaktermerkmale, Bedürfnisse, Widerstände, Verdrängungen unterscheiden den Menschen Frau vom Menschen Mann? Weder die „vier Varianten der Selbstzerstörung" (S.135), noch Charakterstrukturen, noch depressionsauslösende Belastungssituationen sind ausschließlich bei Frauen anzutreffen. Die Frage, warum Frauen eher zur Depression neigen und Männer eher zum Alkoholismus, scheint mir bei der Suche nach seelischer Gesundheit für *alle* Menschen zweitrangig zu sein.

Auf der Suche nach Antworten zum Komplex „Krankheit und Geschlecht" stieß ich auf den von Erich Fromm geprägten Begriff des „Gesellschafts-Charakters". Darunter versteht er (in: Jenseits der Illusion, Stuttgart 1981, S.78 ff) das für die meisten Mitglieder einer Kultur charakteristische Verhaltensmuster. „Es ist die Funktion des Gesellschaftscharakters, die menschliche Energie in einer gegebenen Gesellschaft so zu formen und zu lenken, daß diese Gesellschaft funktionieren kann" (S.84). Für den Inhalt des Gesellschafts-Charakters seien Produktionsmethoden, politische und geografische Faktoren sowie kulturelle Traditionen verantwortlich. So betrachtet könnte der „depressive Charakter" als Ausformung eines Gesellschafts-Charakters begriffen werden, der zum Funktionieren der Gesellschaft „nötig" ist. In diesem Sinne verstehe ich auch Kickbuschs „Zweckorientiertheit" und Depressionsbereitschaft" bei Frauen (S.138/139), wobei Depression für das Individuum zusätzlich die Funktion der Entbindung von schwierigen Lebensaufgaben hat. Ein erster Blick auf den Begriff der entfremdeten Arbeit und den Begriff der Entfremdung des Menschen von sich selbst müßte aber zeigen, daß es sich hierbei um kranke Individuen und eine kranke Gesellschaft handelt.

Anmerkung:

1) Die Informationen entnahm ich der Zeitschrift „miteinander leben lernen", Heft 4/83, Titel: „Depressionen und ihre Überwindung", Berlin 1983.

Wolfgang Stark

Bemerkungen zur Debatte

„Depression als typisches Frauenleiden": sollte das die einzige Aussage des Artikels von *Ilona Kickbusch* bleiben, so wäre der Kritik von *Heinz Harald Abholz* und *Dieter Borgers* zuzustimmen, da diese Aussage sicherlich keine Neuigkeit darstellte. Denn, daß Depression bei Frauen weitaus verbreiteter ist als bei Männern (*Weissman und Klerman* 1977 haben in einer Übersicht internationaler Literatur Raten von 1,6 zu 1 bis 3,8 zu 1 herausgefunden), ist auch in Psychiatriekreisen inzwischen ein anerkanntes Phänomen.

Die Kritik von Heinz Harald Abholz scheint aber zumindest in einem Punkt auf einem Mißverständnis zu beruhen (trotz mehrmaligen Lesens): Ilona Kichbusch schreibt nicht, daß die Häufigkeit bei allen psychischen Störungen für Frauen höher wäre, sondern daß weibliche Abweichung typischerweise individualistisch und selbstzerstörerisch sei. Dies kann man auch an epidemiologischen Daten nachvollziehen: Frauen leiden fast doppelt so häufig an neurotischen und psychotischen Störungen (also an sich auf die eigene Person zurückziehenden „Krankheitsformen") als Männer, die wiederum in den eher sozial bezogenen Abweichungen des Alkoholismus, der Sucht oder des Delinquentenverhaltens höhere Häufigkeitsraten aufweisen (*Lipschitz* 1978; *Teuting, Koslow, Hirschfeld* 1981). Nach der Diskussion biologischer Mechanismen als Erklärung, die übereinstimmend in der Literatur als nicht ausreichend angesehen werden (*Hautzinger* und *Hoffmann* 1979; *Eisenberg* 1979; *Weissman und Klerman* 1977) werden in der wisenschaftlichen Diskussion genau die psychosozialen Erklärungsmuster angenommen, die auch Ilona Kickbusch als Grundlage für ihren Deutungsversuch verwendet. Psychologische Erklärungsmodelle depressiven Verhaltens nehmen hier ein Zusammenwirken aus inneren (kognitiven) und äußeren (soziale und interaktionale Bedingungen) Determinanten an, das zur Ausbildung depressiver Symptome führen kann. Die gesellschaftliche Situation der Frau stellt nun bezüglich beider Determinanten eine negative Ausgangssituation dar:

Zum einen entwickeln Frauen durch spezifische Sozialisationsbedingungen und Rollenzuschreibungen eher kognitive („innere") Weisen der Wahrnehmung, Einstellung und Bewertung der eigenen Person, die durch chronische Minderwertigkeitsgefühle, geringes Anspruchsniveau und Gefühle des Ausgeliefertseins gekennzeichnet sind.

Zum anderen bedingen auch sogenannte „äußere" Determinanten, wie Partner/Sozialverhältnisse, Arbeitsbedingungen und Ähnli-

ches Benachteiligungen und Gefühle der Machtlosigkeit bei Frauen (*Hautzinger* 1979; *Weissman und Klerman* 1977). Die Analyse von Ilona Kickbusch stimmt also soweit durchaus mit der wissenschaftlichen Empirie überein.

Dies gilt im übrigen sowohl für Phasen depressiver Verstimmung im Alltag, als auch für länger andauernde, starke depressive Verstimmungen, die in psychopathologischen Kategorien eingeordnet werden (neurotische oder reaktive Depression). Denn gerade in der psychologisch-medizinischen Depressionsforschung werden die Unterscheidungskriterien zwischen Krankheit und Gesundheit durch quantitative Maße der Schwere (mehr als 20 Punkte im Beck-Depression-Inventory) und der Dauer festgelegt. Auf qualitativer Seite weisen sie eher auf ein „nicht-mehr-zurechtkommen" mit diesen Problemen und auf fehlende oder nicht mehr ausreichende Hilfsresourcen hin.

Genau hier aber bleibt die psychologisch-medizinische Depressionsforschung bislang stehen. Sie konstatiert die epidemiologischen Befunde und liefert einige „mögliche" Erklärungsmuster. Der Beitrag von Ilona Kickbusch versucht genau da weiterzugehen, in phantasievoller Weise. Sie versucht mit Hilfe von kultur- und sozialanthropologischen Ansätzen die zunehmende Depression bei Frauen zu erklären, indem sie dieses Verhalten als einzige Bewältigungsmöglichkeit darstellt, das dem Prinzip der Weiblichkeit einer westlich-industriell geprägten Denkweise entspricht. Auch dieser Erklärungsansatz läßt sich im übrigen durch psychologisch-empirische Ergebnisse stützen: *Hammen und Peters* (1977, 1978) haben in ihrer Untersuchung über die Reaktionen auf depressives Verhalten festgestellt, daß depressive Verhaltensmuster typischerweise mit Attributen der „Weiblichkeit" assoziiert wird. Ein weiteres Ergebnis dieser Untersuchung legt aber auch eine Erweiterung der Fragestellung von Ilona Kickbusch nahe: Bei Männern werden depressive Bewältigungsmuster noch weit weniger anerkannt und akzeptiert, als Frauen, die zu nicht-depressiven Bewältigungsstrategien bei Problemen greifen. Depressivität ist also nicht nur „typisch weiblich", sondern auch besonders unmännlich.

Meines Erachtens versucht Ilona Kickbusch mit ihrem Beitrag konzeptionelle und theoretische Grundlagen für eine Erklärung des Phänomens „Depression bei Frauen" außerhalb enger Fachgrenzen zu finden und vorzuschlagen. Genau das ist auch notwendig in einer Situation, in der die engen inhaltlichen und methodologischen Grenzen psychologischer und medizinischer Wissenschaft eine weitere Entwicklung begonnener Erklärungsansätze eher behindern. Hier werden mit Phantasie Möglichkeiten weiterer Forschungsarbeit ange-

regt; soll man solche für den Wissenschaftsbetrieb so notwendigen grenzüberschreitenden Gedanken sofort in die enge Kiste soziologischer oder naturwissenschaftlicher Wissenschaftlichkeit sperren? Mir scheint hier eher zuzutreffen, was Evelyne *Sullerot* anstatt eines Nachworts zu ihrem ausgezeichneten Gemeinschaftswerk „Die Wirklichkeit der Frau" schreibt:

„(dieses Buch) ist ein Auftakt, es versucht der Diskussion über die Frau eine breitere Grundlage zu geben und will so dazu beitragen, diese Diskussion von neuem in Gang zu bringen. In diesem Sinn ist es eine Stellungnahme zugunsten eines bedeutenden Themas, das oft falsch behandelt wurde und das man nicht nach ein paar Jahren heftiger Diskussionen in Vergessenheit geraten lassen sollte." (S.633)

Literatur

1. *Eisenberg, Leon:* Die differenzielle Verteilung der psychiatrischen Störungen auf die Geschlechter.
In: *Sullerot, Evelyne* (Ed.), 1979.
2. *Hammen, C.L., Peters, S.D.:* Differential responses to male and female depression reactions. Journal of Consulting and Clinical Psychologie, 44, 994, 1977.
3. *Hammen, C.L., Peters, S.D.:* Interpersonal Consequences of depression: Responses to men and women enacting a depressed role. Journal of Abnormal Psychology, 87, 132, 1978.
4. *Hautzinger, Martin:* Depressive Reaktionen aus psychologischer Sicht. In: Hautzinger, Martin, Hoffmann, Nicolas (Eds.) 1979.
5. *Hautzinger, Martin,* Hoffmann, Nicolas (Eds.): Depression und Umwelt. Salzburg, 1979.
6. *Lipshitz, Susan:* Women and Psychiatry. In: Chetwynd, Jane; Harnett, Oonagh (Eds.): The Sex Role System. London, Routledge, Heule and Boston 1978.
7. *Sullerot, Evelyne* (Ed.): Die Wirklichkeit der Frau. München 1979.
8. *Teuting, Patricia; Koslow, Stephen H.;* Hirschfeld, Robert M.A.: Special Report on Depression Research. NIMH Sience Reports, 1981.
9. *Weissman, Myrna M.; Klerman,* Gerald L.: Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, 34, S.98-111, 1977.

Heiner Keupp

Depression bei Frauen — im Kontext der sozialepidemiologischen Forschung

Vorbemerkung

Als ich den Artikel von Ilona Kickbusch (K.) las, hatte ich das Gefühl, eine Fülle von Anregungen erhalten zu haben, mit denen eine weitere Auseinandersetzung wirklich lohnt. Bei meiner professionellen Rezeption von wissenschaftlicher Literatur stellt sich ein solches Gefühl zunehmend seltener ein. Die Reaktionen von Harald Abholz und Dieter Borgers habe ich nicht recht verarbeiten können. Sie gingen mir zu sehr in die Richtung des Einklagens einer Haltung, die erst einen angemessen wissenschaftlichen Diskurs hervorbringen könne. Warum wurde ihnen das, was ich als offenes Diskussionsangebot empfunden habe, zum Ärgernis? Ist der Stein des Anstoßes ein Typus des „wilden" Denkens, das sich nicht an die Spielregeln des wissenschaftlichen Diskurses hält? Ich habe die Reaktionen nicht verstanden und finde es schade, daß das *Argument* seine Bereitschaft, in den Medizin-Bänden „etwas Neues" (148) zuzulassen, auf diese Weise selbst sabotiert. In der Reaktion kommt für mich auch ein Element von Unverhältnismäßigkeit zum Ausdruck, denn so „wild" ist das Denken von K. doch gar nicht. Aus meiner Sicht hat sie für die allermeisten ihrer Überlegungen eine solide Abstützung durch die internationale sozialpsychiatrische Forschung. Der anregende Charakter ihres Artikels entsteht dadurch, daß sie nicht ergebnishaft bilanziert, was wissenschaftlich belegbar ist, sondern von einem so definierbaren Wissensstand ausgehend weiterfragt und einen Diskurs anbietet, der offen ist zum Weiterdenken, zum Widerspruch. In diesem Sinne möchte ich in einigen Punkten auf ihre Überlegungen eingehen.

Zum Stand der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung

Ist die Depression jener psychische Leidenszustand, der etwas von der typischen Lebenssituation von Frauen sichtbar machen kann? Ich denke, daß diese Frage auf der Basis der vorhandenen epidemiologischen Forschung positiv beantwortet werden kann. In zwei neuen Literaturzusammenfassungen, die methodenkritisch und von einer eher traditionellen psychiatrischen Position bestimmt sind, wird ein eindeutiger Trend für alle fortgeschrittenen Industriegesellschaften zu höheren Depressionsraten bei Frauen festgestellt. Dieser Befund gelte sowohl für repräsentative Gemeindestudien als auch für solche, die sich auf Fallregister beziehen, die also den gesellschaftlichen Umgang

mit depressiven Befindlichkeitsstörungen abbilden (Hirschfeld und Cross, 1982; v.Zerssen und Weyerer, 1982). Diese Schlußfolgerung ist allerdings noch umstritten.

Gehen wir von der empirischen Absicherung der höheren Depressionsrate für Frauen aus, dann sollten wir uns einzelne und durchaus widersprüchliche Befunde der sozisalwissenschaftlichen Depressionsforschung noch ansehen, ehe die Deutung des Befundes zum Zuge kommen soll. Ich nenne mir wichtig erscheinende Befunde, die bei einer differenzierten Diskusson nicht untergehen sollten:

1) Negative soziale und interpersonelle Erfahrungen erhöhen das Depressionsrisiko. Von negativen Ereignissen und Belastungen, die den Beziehungsbereich betreffen, werden Frauen auf Grund ihrer Sozialisation stärker beeinträchtigt. Dies führt zu höheren Depressionsraten bei Frauen (vgl. *Rothblum,* 1983).

2) Häufig wird die geschlechtsspezifische Depressionsverteilung als Ergebnis eines geschlechtsspezifischen Hilfesuchverhaltens erklärt. In differenzierten Komponentenanalysen wurde allerdings gezeigt, daß die Differenz nicht allein auf das Krankheitsverhalten zurückgeführt werden kann. Das depressive Störungsniveau sowie das Hilfesuchverhalten zusammen klären erst die Gesamtvarianz auf (*Kessler, Reuter und Greenley,* 1979).

3) Beim Vergleich von Männern und Frauen im Umgang mit unspezifischen Gefühlen der Beeinträchtigung ihres Befindens wurde ermittelt, daß Frauen ihr Befinden bewußter in die Erkenntnis transformieren, daß sie ein behandlungsbedürftiges emotionales Prblem haben (*Kessler, Brown und Broman,* 1981).

4) Frauen können ihre depressiven Gefühle freier ausdrücken als Männer und sich mit ihren Problemen vertrauten Personen mitteilen (Funabiki u.a., 1980). Diese „Veröffentlichungsbereitschaft" hängt stark mit Geschlechtsrollenstereotypen und deren Verinnerlichung zusammen. So ist in einer Serie von Untersuchungen ermittelt worden, daß depressive Verhaltensmuster typischerweise mit weiblichen Attributen assoziiert werden und daß depressive Bewältigungsmuster bei Männern weit weniger akzeptiert sind als bei Frauen, sie gelten als „unmännlich" (*Padevsky und Hammen,* 1981).

5) Im Verlauf der 20 Jahre zwischen 1957 und 1976 haben sich in der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung Veränderungen in Richtung auf Angleichung der Rollen vollzogen, dies soll zu einer Reduktion des geschlechtesspezifischen Störungsrisikos bei Frauen geführt haben (*Kessler und McRae,* 1981).

6) In einer Untersuchung von Paaren mit Rollengleichheit wurde ermittelt, daß sich die Geschlechtsdifferenz bezogen auf das Depressionsrisiko umgedreht hatte: Die Störungsrate der Männer lag höher

(*Rosenfield,* 1980). In einer nachfolgenden Untersuchung konnte dies aber nicht bestätigt werden, vielmehr wurde sowohl für Paare in traditioneller wie in partschaftlicher-egalitärer Arbeitsteilung bei Frauen eine höhere Depressionsrate ermittelt (*Roberts und O'Keefe,* 1981).
7) In einer Sekundäranalyse von epidemiologischen Gemeindestudien weist Constance *Hammen* (1982) darauf hin, daß die geschlechtsspezifische Depressionsrate nur für folgende spezifische demographische Gruppen gilt: Für arme, schlecht ausgebildete, kurz verheiratete jüngere Frauen. Depressive Reaktionen sind hier eher vorübergehende Zustände und sind eher Zeichen einer allgemeinen Demoralisierung als von Depression.
8) Bei epidemiologischen Gemeindestudien ist in letzter Zeit ein Phänomen registriert worden, das „Demoralisierung" genannt wird. Es beinhaltet Einstellungen und Haltungen, die bestimmt sind durch geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Stimmung. Ein Viertel der amerikanischen Bevölkerung wird als in diesem Sinne demoralisiert eingeschätzt. Die Hälfte dieser Gruppe leidet zugleich auch an psychischen Störungen. Die Demoralisierungsrate liegt bei Frauen um 10 % höher als bei Männern (*Dohrenwend u.a.,* 1980).
9) Nach einer undifferenzierten Phase, in der der Familienstand einer Person pauschal als Indikator für psychisches Wohlbefinden genommen wurde und meist ebenso undifferenziert behauptet wurde, verheiratete Personen hätten weniger psychische Probleme (so heute noch *Ilfeld,* 1983), beginnt die Forschung hier ein wenig spezifischer zu werden, auch wenn noch Ergebnisse präsentiert werden, zu denen mir außer ein paar zynischen Kommentaren nichts einfällt (so kommen *Gove, Hughes und Style* (1983) auf ihre Titelfrage, ob die Heirat positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden einer Person ausüben würde, zu der bemerkenswerten Antwort, daß das von der Qualität der ehelichen Beziehung abhängen würde!). Im klaren Widerspruch zu allen Behauptungen, daß die Ehe für Frauen per saldo einen positiven Effekt hätte, steht die engliche Studie von *Bebbington* u.a. (1981), die für verheiratete Frauen eine viermal so hohe Störungsrate ermittelt hat wie für alleinstehende. Diese Quote wird sicherlich zum erheblichen Teil durch die besonders belastende Konstellation der Doppelbelastung von Familie und Beruf hervorgerufen (so in einer neuen Studie von *Cleary und Mechanic* (1983) festgestellt). In dem Maße wie berufsbedingte und familiäre Verpflichtungen zusammenkommen, wächst das Depressionsrisiko für Frauen, während für Männer die Kombination von Familienvater (mit Kindern im Haushalt) und Berufstätigkeit die für das Wohlbefinden

günstigste Voraussetzung ist (vgl. *Aneshensel, Frerichs und Clark,* 1981).

10) Mit der Titelfrage „Wer leidet mehr?" ist kürzlich ein Literaturbericht über geschlechtsspezifische Gesundheitsrisiken bei verwitweten Personen vorgelegt worden (*Stroebe und Stroebe,* 1983). Nach dem vorhandenen empirischen Wissen halten es dessen Autoren für gesichert, daß Männer am Tod ihres Ehepartners schwerer zu tragen haben und daß ihr Gesundheitszustand stärker beeinträchtigt wird. In der Sprache der Epidemiologie ist der Tod des Partners ein besonders belastendes Lebensereignis (Life event). In welcher Weise ein Lebensereignis das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigt, hängt nicht allein von der Qualität des Ereignisses ab, sondern wesentlich von Bewältigungsressourcen psychischer und sozialer Art. Von besonderer Bedeutung sind hier soziale Unterstützungssysteme, Netzwerke von Personen, zu denen vertrauensvolle Beziehungen bestehen und die bei der Bewältigung schwerwiegender Verlusterlebnisse psychisch und real erreichbar sind. Entsprechende Netzwerkstudien zeigen, daß Frauen im Durchschnitt ein größeres Netz vertrauter Personen außerhalb des familiären Kontextes haben als Männer, deren Ansprechpartner für emotionale Probleme meist ausschließlich der Ehepartner ist (*Fischer und Phillips,* 1982). Witwer haben diesen Partner verloren und häufig keine anderen vertrauten Personen, die ihnen die erforderliche emotionale Unterstützung in der Phase der Trauerarbeit geben könnten.

11) In der aktuellen Belastungs- und sozialepidemiologischen Forschung hat kaum ein anderes Konzept eine solche Konjunktur wie das des sozialen Unterstützungsnetzwerks, zumal in der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung (vgl. *Lin und Dean,* 1983). Als zentrales Unterstützungssystem wird in der Regel die Familie thematisiert, in der jene kompensatorischen, abpuffernden und schützenden sozialen Beziehungsnetze geknüpft sein sollen, die die außerfamiliären Belastungen verhindern oder erträglich machen könnten. Der Typus von Beziehungsarbeit, der in diesem Kontext als Stützsystem angesprochen wird, ist im wesentlichen von Frauen zu leisten, die ihrerseits von der positiven Qualität dieses Systems in besonderer Weise abhängen (vgl. *Holahan und Moos,* 1982). Es spricht einiges dafür, daß Frauen mehr an emotionalen und sozialen Unterstützungsleistungen im familiären Alltag zu erbringen haben, als sie selbst erwarten können und dabei „ausbrennen" (vgl. *Belle,* 1983). Durch Berufstätigkeit entstehen für Frauen zusätzliche Stützsysteme, so daß sie vom familiären Netzwerk nicht im gleichen Maße abhängig werden wie Hausfrauen (*Schaefer, Coyne und Lazarus,* 1982).

Diese Serie hier zusammengetragener Befunde ergibt sicherlich

kein widerspruchsfreies Bild bzw. bestätigt die Einschätzung von K., daß Depression nicht nur einer spezifischen Belastungssituation eindeutig zugeordnet werden kann, sondern die weibliche Lebenssituation insgesamt zum Ausdruck bringen, die immer wieder durch neue widersprüchliche Anforderungsbedingungen geprägt ist, in welche Richtung sich weibliche Lebensentwürfe auch immer verändern (so bedeutet die Hausfrauensituation eine permanente emotionale Überforderung, die sich durch Berufstätigkeit verbessern läßt, zugleich führt diese jedoch zu einer Doppelbelastung, die die hinzu gewonnenen Handlungsressourcen gleich wieder auffrißt).

Probleme jenseits eines mechanistischen Krankheitsbegriffs

In der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung hat der psychiatrische Krankheitsbegriff seine Funktion als paradigmatischer Fixstern längst verloren. In den allermeisten der oben zusammengestellten Untersuchungen liegt ein Depressionsmodell zugrunde, das gerade davon lebt, daß der Zusammenhang zwischen alltäglichen psychosozialen Belastungen und psychischem Leid nicht zerrissen, sondern in seiner Mikrostruktur aufgespürt wird. Hier zeichnet sich die Überwindung eines mechanistischen Krankheitsverständnisses ab, das es in mindestens zwei Grundformen gab: Das klassische „medizinische Modell", das sich in Anlehnung an die Organmedizin entwickelt hat und wesentlich nach biologischen Determinanten „psychischer Krankheiten" gesucht hat bzw. von der Vermutung ihrer Existenz ausging. Zu einem wesentlichen fortgeschrittenerem, aber immer noch mechanistischen Krankheitsverständnis haben die Sozialwissenschaften beigetragen. Sie haben uns gezeigt, das zentrale Faktoren, die die Lebensbedingungen prägen, mit psychischem Leid verknüpft sind (materielle Deprivation, Arbeitslosigkeit, spezifische Arbeitsbedingungen beispielsweise). Wie uns Irma *Gleiss* (1980) klar gemacht hat, haben die Sozialwissenschaften dem klassischen medizinischen „Noxen-Modell" zu einer neuen Staffage verholfen, ohne daß es im Kern überwunden worden wäre. Gesellschaftliche Lebensbedingungen werden zu „sozialen Noxen" und in mechanistischem Fatalismus folgt daraus, daß Individuen unter solchen Bedingungen gar keine andere Chance haben, als mit „Krankheiten" zu reagieren. Das implizite Subjektmodell in diesem Noxenmodell ist das Individuum als „Reaktions-Depp", als die Reaktionskopie der Summe aller auf es einwirkender Belastungsfaktoren. In diesen Noxenmodellen ist kein konzeptioneller Platz mehr für ein Subjekt, das sich mit den Lebensbedingungen seiner Alltagswelt aktiv auseinandersetzt, sie bearbeitet, sie sich in spezifischer Weise

aneignet und sie auf der Basis seier psychischen, sozialen und materiellen Handlungsressourcen aktiv verändert.

In der sozialwissenschaftlichen und sozialpsychiatrischen Erforschung psychischen Leidens hat sich eine „normalisierende" Perspektive durchgesetzt, die sich ein Verständnis dafür zu erarbeiten versucht, wie Subjekte die Widersprüche und Belastungen ihrer Alltagswelt deuten und verarbeiten, welche unterschiedlichen Krisenverläufe unter jeweils gegebenen gesellschaftlichen Kontextbedingungen real möglich sind. Genau diese Basis schneiden wir uns ab, wenn wir vorschnell einen „klinisch relevanten Ausschnitt" für uns definieren und konzeptuell abtrennen. Wir müssen eine Sichtweise psychischer Störungen überwinden, die aktuelle soziale Situationsbedingungen nur noch als Reizkonstellation begreift, die ein vorgeformtes Störungsmuster auslöst. Nun sei nicht bestritten, daß die subjektiven Reaktionsmuster einer Person durch ihre spezifische Lebensgeschichte sehr stark präformiert sein können (wie uns das die Psychoanalyse überzeugend klar gemacht hat) und dann tatsächlich der situationsspezifische Anteil der je gegebenen sozialen Situation eine eher untergeordnete Rolle spielt. Als allgemeines Erklärungsmodell für psychisches Leiden erscheint mir eine so verstandene Interaktion von Person und situativen Lebensbedingungen fragwürdig.

Die Mikrostruktur des Zusammenhangs von Belastungen, Bewältigung und psychischem Leid in Form von Depression wird im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung meist in irgendeiner Variante des folgenden Modells gefaßt: In welcher Weise belastende Lebensumstände zu depressiven Reaktionen oder Persönlichkeitsveränderungen führen, hängt von den persönlichen, sozialen und materialen Ressourcen einer Person ebenso ab wie von ihrer Einschätzung der Situation und den Bewältigungsreaktionen. Die Handlungsressourcen haben Einfluß auf das Auftreten spezifischer Belastungen, formen die Bewältigungsmuster, die zu ihrer Bearbeitung gewählt werden und haben erheblichen Anteil am Erfolg oder Mißerfolg der Bewältigungsversuche. Das Verbindungsglied zwischen lebensweltlichen Belastungen und Depression wird durch die dem Subjekt jeweils verfügbaren persönlichen und Umweltressourcen, seine kognitiven Deutungsmuster und Bewältigungshandlungen sowie das spezifische Beziehungsgeflecht dieser Variablen untereinander gebildet. Die persönlichen Ressourcen beinhalten Merkmale wie das Selbstkonzept, die Einschätzung eigener Chancen der Umweltbeeinflussung, Attributionsstile, Problemlösungsfähigkeiten und soziale Kompetenz. Umweltressourcen bezeichnen emotionale, materielle und informationsmäßige Unterstützung durch andere Personen und durch den jeweiligen sozialen Status. Die kognitiven Deutungsmuster

schließen persönliche Wahrnehmungen und Erklärungen ebenso ein wie von den Subjekten übernommene kollektive Deutungen und ideologische Muster. Bewältigungsreaktionen reichen von Vermeidungsreaktionen, über Umdefinitionen bis hin zu aktiven Strategien der Auseinandersetzungen mit den Bedingungen, die eine Person für die konkret erlebten Belastungen verantwortlich macht. Ein zentraler Bewältigungsmechanismus wird als Hilfesuchverhalten untersucht, das wesentlich von sozialen Netzwerkstrukturen geprägt wird (vgl. hierzu ausführlich *Billings und Moos,* 1982).

Dieses knapp angerissene Modell psychischen Leidens im Kontext alltäglicher Belastungen und der darauf bezogenen Bewältigungsversuche stellt meines Erachtens einen bedeutenden Fortschritt dar und hat eine gut abgesicherte empirische Basis. Zugleich ist es geprägt von einem empiristischen sozialwissenschaftlichen Zugang zur sozialen Realität, der diese zergliedert in einzelne operationalisierbare Faktoren, die in der methodologischen Mechanik ihrer Kovarianz wieder zusammengepuzzelt werden. Besonders gut meßbar scheinen individuell zurechenbare Faktoren und sie bilden deshalb auch das Herzstück des Modells. Die Gesellschaft als Tolalität sozialer Beziehungen wird häufig in Variablen dekompensiert, die in keinen inneren Zusammenhang mehr gebracht werden (zu einer ausführlichen Kritik vgl. *Young,* 1980).

Mit ihrem Artikel nutzt K. die progressiven Möglichkeiten des sozialepidemiologischen Depressionsmodells auf aktuellem Niveau und drängt mit ihren weiterführenden Überlegungen zugleich über die empiristischen Grenzen dieses Modells hinaus. Sie stützt sich dabei auf die Thesen von Piven und Cloward, die ich für die Überwindung eines mechanistischen Streßmodells für außerordentlich fruchtbar halte und die mir selbst auch wesentlich geholfen haben, ein Verständnis von psychischem Leiden zu entwickeln, das sozialepidemiologisches Wissen nutzt, ohne sich seinen impliziten mechanistischen Verkürzungen auszuliefern (*Keupp,* 1981). *Piven und Cloward* (1979), Experten für die Analyse sozialer Bewegungen, stellen die nie explizit formulierte und begründete Prämisse in Frage, daß auf soziale Widersprüche und Belastungen, ab einem bestimmten Niveau, nur noch abweichende und pathologische Reaktionsformen möglich sind. Die Autoren bezweifeln durchaus nicht die empirische Validität der ermittelten Zusammenhänge etwa zwischen ökonomischen Krisen als einem „objektiven und systematischen Spannungszustand" und der Häufung von depressiven Befindlichkeitsstörungen. Sie kritisieren aber zurecht, daß mit der Ermittlung solcher Zusammenhänge das Problem als erklärt gilt. Sie sehen den entscheidenen Mangel streßtheoretischer Modelle in einem „Bias, der uns Form und Inhalt

der jeweils unterschiedlichen Verhaltensformen ignorieren läßt, weil wir alle zusammen als form- und inhaltslose, irrationale Ausbrüche begreifen" (S. 287) die dann allenfalls noch nach psychopathologischen Klassifikationssystemen weiter differenziert werden. Für Piven und Cloward ist im Unterschied zu diesem Ansatz die entscheidende sozialwissenschaftliche Fragestellung darin zu sehen, „warum Menschen auf objektive und systemische Bedingungen mit Verhaltensweisen reagieren, die subjektiv und individualistisch sind" (ebd.). Auf gesellschaftliche Widersprüche und Belastungen kann ja offensichtlich auch anders reagiert werden. Die verschiedenen kollektiven Kampfformen der Arbeiterbewegung, der Frauenbewegung und aktueller sozialer Bewegungen zeigen dies.

Die Depression als besonders bei Frauen gehäuft auftretender Typus der Reaktion auf die Besonderheiten der weiblichen Lebenssituation ist im Kontext einer Zunahme psychologierender Verarbeitungsmodalitäten gesellschaftlicher Erfahrungen zu sehen, zugleich aber auch als ein inhaltlich spezifischer Typus, der in seiner besonderen Formbestimmtheit einer spezifischen Interpretation bedarf. Genau dieses versucht K. dadurch, daß sie aus dem konzeptuellen Reservoir feministischer Theoriebildung Interpretationsangebote formuliert. Mit diesem Versuch steht sie in der guten Tradition von Arbeiten, die einen ähnlichen Ansatz verfolgt haben (z.B. *Psychologinnengruppe München,* 1978; *Ochel,* 1982). Diesen Versuchen ist gemeinsam, daß das mit dem sozialepidemiologischen Noxenmodell implizierte Verständnis vom Opferstatus des psychisch Leidenden überwunden werden soll und das gelingt am ehesten über ein Depressionsverständnis, das von folgender Einsicht ausgeht: „Das Individuum tut sich selbst das an, was anderen gilt und wird zu Täter und Opfer in einer Person" (*Siebert,* 1981, S. 200). Von einem solchen Ansatz her öffnet sich auch der Zugang zu Frigga *Haugs* Thesen.

Fragen an das Konzept der „somatischen Kultur" und Anregungen über dies hinaus

Bis zu diesem Punkt habe ich meine Übereinstimmung mit der Vorgehensweise von K. begründet. Ihre Herangehungsweise für sinnvoll zu halten, heißt aber auch, die Punkte anzusprechen, die einer weiteren Klärung bedürfen. Dies in einigen knappen Notizen:

1) Die besondere Bedeutung des Körpers für die weibliche Identitätsbildung ist unbestritten. Das Konzept der „somatischen Kultur", das K. wenig expliziert und das in ihrem Artikel ein bißchen den Status einer schwer zugänglichen Zauberformel einnimmt, mag sinnvoll sein, um die sozialen und kulturellen Aneignungsformen des weiblichen Körpers zu entkodifizieren. Es mag sicherlich auch einiges dazu

beitragen, um das sog. „Frauensyndrom", also somatisierende weibliche Bewältigungsstrategien, besser zu begreifen (vgl. dazu Vogt, 1983). Auch nach mehrmaligem Lesen habe ich nicht verstanden, wie die von K. als Spezifikum der Depression benannte „Ausbeutung der Beziehungsarbeit" (143) durch die „somatische Kultur" konzeptuell eingeholt werden soll.

2) Ich halte es für sinnvoll, das Konzept der Beziehungsarbeit ins Zentrum der Interpretation weiblicher Depression zu rücken. Wir brauchen allerdings eine ausführlichere und systematischere Ableitung dieser Kategorie (einiges findet sich dazu bei *Negt und Kluge,* 1981). Wichtige Anregungen zu diesem Problemkomplex lassen sich einer Arbeit aus der Schule von Norbert *Elias* entnehmen, in der danach gefragt wird, wie sich die globalen gesellschaftlichen Umwälzungen im Zuge der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft auf die Beziehungen innerhalb intimer sozialer Kreise ausgewirkt haben. Dabei wird die Hysterie (und speziell die Agoraphobie) als weiblicher Reaktionsmodus bestimmt, der als Revolte gegen die gesellschaftliche Rollenzuschreibung für die bürgerliche Frau verstanden werden kann. Die Hysterie in ihren dramatischen Ausdrucksformen ist so gut wie verschwunden. Dies ist die Folge der Veränderung der Frauenrolle und einer tiefgreifenden Erosion von traditionellen Normierungen gesellschaftlicher Beziehungen. Es gibt kaum mehr über Generationen tradierbare und statusfixierte Leitfäden für die soziale Gestaltung von Beziehungen. Diese sind zunehmend Gegenstand und abhängig von einer aushandelnden Beziehungsarbeit (*deSwaan,* 1981). Die Depression ist Ausdruck der Risiken und Enttäuschungen, die diese Beziehungsarbeit begleiten und zugleich in ihr laufend zu bearbeiten sind. Frauen haben am meisten von dieser Beziehungsarbeit zu erbringen.

3) Ein opferzentrierter Diskurs über die weibliche Depression ist in Gefahr, die progressiven Möglichkeiten in der Depression zu übersehen, die allerdings einer kollektiven Aneignung bedürfen. In der Depression und in den weiblichen Formen des Hilfesuchverhaltens liegt eine Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit, die in den „härteren" psychosomatischen Krankheitsformen der Männer abgewehrt werden müssen. In den um sich greifenden Formen der Medikalisierung und Psychologisierung wird das Potential weiblicher Leidensformen häufig integrativ absorbiert und entwertet. Die anfangs aufgeführte Untersuchung über zunehmende depressive Reaktionen von Männern in partnerschaftlichen Beziehungen läßt vermuten, daß der Ausbruch aus dem „Gehäuse der Hörigkeit" traditioneller Geschlechterrollen neue Verletzlichkeiten, aber wohl doch auch neue Sensibilitäten ermöglicht. Hier liegt für mich eine vorsichtige Hoff-

nung, die ich in die neuen sozialen Bewegungen setze: Sie experimentieren mit Verkehrsformen, in denen Beziehungsarbeit nicht nur kompensatorisch an psychischen Verletzungen und Kränkungen zu arbeiten hat und dabei vor allem Frauen emotional erschöpfen, sondern in denen sie zu neuen gemeinsamen Lebensentwürfen führen können. Die gesellschaftlichen Randbedingungen sind für solche Entwicklungen allerdings alles andere als günstig. Die neokonservativen Wendemanöver im Bereich der Sozialpolitik gehen eindeutig in die Richtung, weibliche Beziehungsarbeit in ihrer „Pufferfunktion" weiter auszubeuten und politisch zu instrumentalisieren (*Ostener und Durst,* 1984). Zu befürchten ist, daß durch diese Entwicklung die Depressionsraten bei Frauen weiter steigen werden.

In diesem Diskussionsbeitrag konnte vieles nur angedeutet werden, vieles blieb ungesagt. Das *Argument* wird noch viel Platz einzuräumen haben, damit das Potential entfaltet werden kann, das K. mit ihrem Artikel hat ahnen lassen.

Literatur

Aneshensel, Carol S., Frerichs, Ralph R. & Clark, Virginia A.: Family roles and sex differences in depression. In: Journal of Health and Social Behavior, 22, 1981, S. 379-393.

Bebbington, Paul et al.: Epidemiology of mental disorders in Camberwell. In: Psychological Medicine, 11, 1981, S. 561-579.

Belle, Deborah: The stress of caring: Women as providers of social support. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Hg.) Handbook of stress. New York/London 1983.

Billings, Andrew G. & Moos, Rudolf H.: Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. In: Clinical Psychology Review, 2, 1982.

Cleary, Paul D. & Mechanic, David: Sex differences in psychological distress among married women. In: Journal of Health and Social Behavior, 24, 1983, S. 111 - 121.

Dohrenwend, Bruce P. et al.: Mental illness in the United States. Epidemiological estimates. New York 1980.

Fischer, Claude & Phillips, Susan: Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: L. Peplau & D. Perlman (Hg.): Loneliness. New York 1982.

Funabiki, D. et al.: Revisiting sex differences in the expression of depression. In: Journal of Abnormal Psychology, 89, 1980, S. 194 - 202.

Gleiss, Irma: Psychische Störungen und Lebenspraxis. Entwurf einer psychologischen Perspektive der sozialen Epidemiologie. Weinheim/Basel 1980.

Gove, Walter R., Hughes, M. & Style, C.B.: Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? In: Journal of Health and Social Behavior, 24, 1983, S. 122 - 131.

Hammen, Constance L.: Gender and depression. In: I.Al-Issa (Hg.): Gender and psychopathology. New York 1982.

beitragen, um das sog. „Frauensyndrom", also somatisierende weibliche Bewältigungsstrategien, besser zu begreifen (vgl. dazu Vogt, 1983). Auch nach mehrmaligem Lesen habe ich nicht verstanden, wie die von K. als Spezifikum der Depression benannte „Ausbeutung der Beziehungsarbeit" (143) durch die „somatische Kultur" konzeptuell eingeholt werden soll.

2) Ich halte es für sinnvoll, das Konzept der Beziehungsarbeit ins Zentrum der Interpretation weiblicher Depression zu rücken. Wir brauchen allerdings eine ausführlichere und systematischere Ableitung dieser Kategorie (einiges findet sich dazu bei *Negt und Kluge,* 1981). Wichtige Anregungen zu diesem Problemkomplex lassen sich einer Arbeit aus der Schule von Norbert *Elias* entnehmen, in der danach gefragt wird, wie sich die globalen gesellschaftlichen Umwälzungen im Zuge der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft auf die Beziehungen innerhalb intimer sozialer Kreise ausgewirkt haben. Dabei wird die Hysterie (und speziell die Agoraphobie) als weiblicher Reaktionsmodus bestimmt, der als Revolte gegen die gesellschaftliche Rollenzuschreibung für die bürgerliche Frau verstanden werden kann. Die Hysterie in ihren dramatischen Ausdrucksformen ist so gut wie verschwunden. Dies ist die Folge der Veränderung der Frauenrolle und einer tiefgreifenden Erosion von traditionellen Normierungen gesellschaftlicher Beziehungen. Es gibt kaum mehr über Generationen tradierbare und statusfixierte Leitfäden für die soziale Gestaltung von Beziehungen. Diese sind zunehmend Gegenstand und abhängig von einer aushandelnden Beziehungsarbeit (*deSwaan,* 1981). Die Depression ist Ausdruck der Risiken und Enttäuschungen, die diese Beziehungsarbeit begleiten und zugleich in ihr laufend zu bearbeiten sind. Frauen haben am meisten von dieser Beziehungsarbeit zu erbringen.

3) Ein opferzentrierter Diskurs über die weibliche Depression ist in Gefahr, die progressiven Möglichkeiten in der Depression zu übersehen, die allerdings einer kollektiven Aneignung bedürfen. In der Depression und in den weiblichen Formen des Hilfesuchverhaltens liegt eine Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit, die in den „härteren" psychosomatischen Krankheitsformen der Männer abgewehrt werden müssen. In den um sich greifenden Formen der Medikalisierung und Psychologisierung wird das Potential weiblicher Leidensformen häufig integrativ absorbiert und entwertet. Die anfangs aufgeführte Untersuchung über zunehmende depressive Reaktionen von Männern in partnerschaftlichen Beziehungen läßt vermuten, daß der Ausbruch aus dem „Gehäuse der Hörigkeit" traditioneller Geschlechterrollen neue Verletzlichkeiten, aber wohl doch auch neue Sensibilitäten ermöglicht. Hier liegt für mich eine vorsichtige Hoff-

nung, die ich in die neuen sozialen Bewegungen setze: Sie experimentieren mit Verkehrsformen, in denen Beziehungsarbeit nicht nur kompensatorisch an psychischen Verletzungen und Kränkungen zu arbeiten hat und dabei vor allem Frauen emotional erschöpfen, sondern in denen sie zu neuen gemeinsamen Lebensentwürfen führen können. Die gesellschaftlichen Randbedingungen sind für solche Entwicklungen allerdings alles andere als günstig. Die neokonservativen Wendemanöver im Bereich der Sozialpolitik gehen eindeutig in die Richtung, weibliche Beziehungsarbeit in ihrer „Pufferfunktion" weiter auszubeuten und politisch zu instrumentalisieren (*Ostener und Durst,* 1984). Zu befürchten ist, daß durch diese Entwicklung die Depressionsraten bei Frauen weiter steigen werden.

In diesem Diskussionsbeitrag konnte vieles nur angedeutet werden, vieles blieb ungesagt. Das *Argument* wird noch viel Platz einzuräumen haben, damit das Potential entfaltet werden kann, das K. mit ihrem Artikel hat ahnen lassen.

Literatur

Aneshensel, Carol S., Frerichs, Ralph R. & Clark, Virginia A.: Family roles and sex differences in depression. In: Journal of Health and Social Behavior, 22, 1981, S. 379-393.

Bebbington, Paul et al.: Epidemiology of mental disorders in Camberwell. In: Psychological Medicine, 11, 1981, S. 561-579.

Belle, Deborah: The stress of caring: Women as providers of social support. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Hg.) Handbook of stress. New York/London 1983.

Billings, Andrew G. & Moos, Rudolf H.: Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. In: Clinical Psychology Review, 2, 1982.

Cleary, Paul D. & Mechanic, David: Sex differences in psychological distress among married women. In: Journal of Health and Social Behavior, 24, 1983, S. 111 - 121.

Dohrenwend, Bruce P. et al.: Mental illness in the United States. Epidemiological estimates. New York 1980.

Fischer, Claude & Phillips, Susan: Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: L. Peplau & D. Perlman (Hg.): Loneliness. New York 1982.

Funabiki, D. et al.: Revisiting sex differences in the expression of depression. In: Journal of Abnormal Psychology, 89, 1980, S. 194 - 202.

Gleiss, Irma: Psychische Störungen und Lebenspraxis. Entwurf einer psychologischen Perspektive der sozialen Epidemiologie. Weinheim/Basel 1980.

Gove, Walter R., Hughes, M. & Style, C.B.: Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? In: Journal of Health and Social Behavior, 24, 1983, S. 122 - 131.

Hammen, Constance L.: Gender and depression. In: I.Al-Issa (Hg.): Gender and psychopathology. New York 1982.

Hirschfeld, Robert M.A. & Cross, Christine K.: Epidemiologie of effective disorders. Psychosocial risk factors. In: Archives of General Psychiatry, 39, 1982, S. 35 -46.
Holahan, Charles J. & Moos, Rudolf H.: Social support and adjustment. In: American Journal of Community Psychology, 10, 1982, S. 403 - 415.
Ilfeld, Frederic C., Jr.: Marital stressors, coping styles, and symptoms of depression. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Hg.): Handbook of stress. New York/London 1983.
Kessler, Ronald C., Brown, Roger L. & Broman, Clifford L.: Sex differences in psychiatric help-seeking. In: Journal of Health and Social Behavior, 22, 1981, S. 49 - 64.
Kessler, Ronald C., Reuter, James A. & Greenley, James R.: Sex differences in the use of psychiatric outpatient facilities. In: Social Forces, 58, 1979, S. 557-571.
Keup, Heiner: Psychologen im psychosozialen Arbeitsfeld. Versuch einer Grenzmarkierung im unwegsamen Gelände widersprüchlicher Deutungsmuster. In: E.v. Kardorff & E. Koenen (Hg.): Psyche in schlechter Gesellschaft. München 1981.
Lin, Nan & Dean, Alfred (Hg.): Social support. life events and depression. New York 1983.
Negt, Oskar & Kluge, Alexander: Geschichte und Eigensinn. Frankfurt 1981.
Ochel, Anke: Hausarbeit — „Schattenarbeit". In: H. Keupp & D. Rerrich (Hg.): Psychosoziale Praxis. München 1982.
Ostener, Ilona & Durst, Anneliese: Der private Haushalt — Eine Ressource alternativer Sozialpolitik? Erscheint in: M. Opielka (Hg.): Die ökosoziale Frage. Frankfurt 1984.
Padevsky, C. & Hammen, Constance L.: Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. In: Sex Roles, 7, 1981, S. 309 -320.
Piven, Francis F. & Cloward, Richard A.: Sozialpolitik und politische Bewußtseinsbildung. In: Leviathan, 7, 1979, S. 283 - 307.
Psychologinnengruppe München: Spezifische Probleme von Frauen und ein Selbsthilfe-Ansatz. In: H. Keupp & M. Zaumseil (Hg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Frankfurt 1978.
Roberts, Robert E. & O'Keefe, Stephen J.: Sex differences in depression reexamined. In: Journal of Health and Social Behavior, 22, 1981, S. 394 - 400.
Rosenfield, S.: Sex differences in depression: Do women always have higher rates? In: Journal of Health and Social Behavior, 21, 1980, S. 33 - 42.
Rothblum, E.: Sex role stereotypes and depression in women. In: V. Franks & E. Rothblum (Hg.): The stereotyping of women. New York 1983.
Schaefer, Catherine, Coyne, James C. & Lazarus, Richard S.: The health-related functions of social support. In: Journal of Behavior Medicine, 4, 1982, S. 381 - 406.
Siebert, Gisela: De-pressionen bei Frauen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Braunschweig 1981.
deSwaan, Abram: The politics of agoraphobia. In: Theory and Society, 10, 1981, S. 359 - 385.
Stroebe, Margret S. & Stroebe, Wolfgang: Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. In: Psychological Bulletin, 93, 1983, S. 279 -301.
Vogt, Irmgard: Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. In: Leviathan, 11, 1983, S. 161 - 199.
Young, Allan: The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. In: Social Science and Medicine, 148, 1980, S. 133 - 146.
Zerssen, Detlef v. & Weyerer, Siegfried: Sex differences in rates of mental disorders. In: International Journal of Mental Health, 11, 1982, S. 9 - 44.

Michael Wunder

Die Anstalt — ein Ort zum Leben?

Gedanken zur linken Wiederentdeckung der Vorteile von Großeinrichtungen

Vor dem Hintergrund eines immer bedrohlicheren Leistungsabbaus im Sozial- und Gesundheitsbereich werden auch zunehmend Reformvorstellungen, die noch bis Mitte der 70er Jahre allgemein anerkannt waren, über Bord geworfen. Besonders deutlich läßt sich dies zur Zeit an der Diskussion um die Zukunft der großen Anstalten für geistig behinderte Menschen beobachten.

Mit der Vorlage des „Berichts über die Lage der Psychiatrie in der BRD", 1975, kurz Psychiatrie-Enquete, trat das Elend in den psychiatrischen Krankenhäusern, in den Heimen und Anstalten offen zu Tage. Eine breitere, teils auch öffentliche Diskussion über das Prinzip der Gemeindenähe und die Vermeidung von Aussonderung setzte ein. In den SPD/FDP-regierten Ländern wurde ein halbherziges Modell-Programm installiert, um in 14 „Modellregionen" die längst anerkannten Prinzipien der regionalisierten Voll- und Pflichtversorgung zu „erproben". Die Gruppe der behinderten Menschen rutschte hier wie im Enquete-Bericht selbst nur unter dem Vorzeichen der Fehlplazierung in der Psychiatrie hinein. Ein eigenständiges durchdachtes Reformprogramm für die Versorgung der geistig behinderten Menschen unabhängig von der psychiatrischen Versorgung unterblieb. Vorschläge zur Verkleinerung der Anstalten (max. 400 Bewohner) mischten sich mit konservativen Empfehlungen zur Förderung in Sonderkindergärten und Sonderschulen oder zur Einrichtung von Schwerbehindertenzentren.

Trotzdem lösten die Vorschläge der Enquete-Kommission unter den Mitarbeitern der Anstalten und auch innerhalb der für diesen Bereich typischen freien Träger starke Diskussionen über Reformen aus. Verbal bekannte man sich immerhin allerorten zu den Prinzipien der „Normalisierung" und „Integration". Vorübergehend propagierten einzelne überörtliche Sozialhilfeträger die verstärkte Gründung von „stadtteilintegrierten Wohngruppen". Solche Konzepte sind aber mittlerweile ebenso wie vorübergehend beschlossene Aufnahmestops oder Vorgaben zur Verkleinerung der Anstalten in den Schubladen verschwunden.

Praktisch wurde in all den Jahren über die Erhöhung der Pflegesätze und die damit verbundene Personalvermehrung und die räumliche Auflockerung nur das auffallendste Elend beseitigt, ohne wirk-

lich die Struktur der Versorgung durch die Großanstalten in Frage zu stellen.

Heute ist allenfalls noch die „humanisierte Großanstalt" als Leitgedanke akzeptiert. Aber auch hier drohen schon finanzielle Restriktionen, Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen und Rationalisierungen das wenige, was an Humanität in den letzten Jahren erreicht werden konnte, wieder rückgängig zu machen oder zumindest einzuschränken.

Besonders interessant erscheinen mir die Begründungs- und Rechtfertigungsversuche, die die jetzt einsetzende endgültige Verabschiedung der Reformkonzepte in der Behindertenarbeit begleiten. Christian *Gaedt's* Gedanken, die unter dem Titel „Einrichtungen für Ausgeschlossene oder ‚Ein Ort zum Leben' " erstmals im Jahrbuch für Kritische Medizin 1981 veröffentlicht wurden[1], später im Forum Kritische Psychologie präzisiert wurden[2], gehören heute schon zum allgemeinen Repertoire der Verlautbarungen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche; das Träger eines Großteils der Anstalten für geistig behinderte Menschen ist.

Aber nicht nur aus diesem Grunde lohnt sich die Auseinandersetzung mit den Gedanken von Gaedt. Er bezieht viele Beobachtungen aus der Anstaltswirklichkeit mit ein und formuliert seine Forderung nach Umwandlung der Anstalten in besondere Ortschaften für geistig behinderte Menschen direkt aus der Praxis einer Großeinrichtung heraus. Viele Gesundheitsarbeiter werden auf Grund frustrierender Erfahrungen und dem Erleben ständiger Stagnation in den Anstalten einen Teil seiner Gedanken teilen.

Die Anstalt als Ortschaft

Gaedt formuliert seine Kritik an den Reformkonzepten „Normalisierung" und „Integration" vor dem Hintergrund der bereits in Ansätzen „humanisierten Großanstalt". Er will „Einengungen der bereits erreichten Lebensmöglichkeiten"[3] für die geistig behinderten Menschen durch die Anwendung dieser Prinzipien untersuchen.

Als eines der größten „Risiken" bei der „Integration ins Normale" sieht er die Zerstörung der Identität der geistig behinderten Menschen. Nach dem Normalisierungsprinzip würde der Kontakt der Behinderten mit dem Nicht-Behinderten für das Wichtigste gehalten. „Aus diesen Kontakten soll dann der Impuls erwachsen, die den Behinderten ‚normalisieren' "[4]. Unterschwellig fördere damit gerade das Normalisierungsprinzip die Intoleranz gegenüber behinderten Menschen. Die Andersartigkeit des behinderten Menschen werde nicht ertragen und anerkannt. Der behinderte Mensch soll eben doch „normal gemacht" werden, obwohl die Vertreter des Prinzips immer

beteuerten, nur die Lebensverhältnisse, in denen der Behinderte lebe, normalisieren zu wollen.

Das Normalisierungsprinzip trüge so auch den Keim in sich, die behinderten Menschen in „normalisierbar" und „nicht-normalisierbar" zu teilen. Für die Integration durch kleine Wohngruppen in der Stadt seien nur die weniger retardierten Menschen fähig; für die schwerbehinderten Menschen müßten Schwerbehindertenzentren errichtet werden. Der „harte Kern" angeblich nicht mehr rehabilitationsfähiger behinderter Menschen, wie er schon in Form der Schwerbehinderten-Zentren in der Enquete vorprogrammiert ist, wäre damit das Ergebnis der konsequenten Anwendung des Normalisierungsprinzips.

Die übliche Integration, die Verteilung der behinderten Menschen in kleinen Gruppen in die „normale Welt", würde diese überfordern. Gerade in der heutigen Gesellschaft könnten sich die geistig behinderten Menschen nur als minderwertig vorkommen. Der Toleranzraum der umgebenden Gesellschaft würde enger, je dichter die geistig behinderten Menschen heranrückten. Gleichgültigkeit könnte gerade in Zeiten wirtschaftlicher Krisen in militante Behindertenfeindlichkeit umschlagen.

Hinzu komme, daß die betroffenen behinderten Menschen, die in kleinen Wohneinheiten inmitten einer unüberschaubaren bis feindseligen Umwelt lebten, abhängiger von Hilfe und Therapie würden. Wer sich im Stadtteil nicht angepaßt verhalte, müsse intensiver betreut oder therapiert werden. Statt größerer Selbstständigkeit würde nur größere Abhängigkeit von Helfern und Therapeuten erreicht. „Wie soll man mit Menschen umgehen, die die Mülltonnen als ihre Kaufhäuser betrachten oder fahrende Autos als Spielzeug ansehen oder jedem den Kaffee wegtrinken... Harmlos sind diese Verhaltensweisen nur in einer harmlosen Umgebung... Je näher ein behinderter Mensch an die normale Umwelt rückt, desto weniger wird man sein Recht auf seine Eigenarten achten."[5]

Grundsätzlich werde im Normalisierungsprinzip verkannt, wo die objektiven Grenzen der behinderten Menschen lägen. Dazu greift *Gaedt* auf die Kategorien der Kritischen Psychologie von *Holzkamp* usw. zurück. *Gleich* seien danach behinderte und nicht-behinderte Menschen in Bezug auf ihre grundsätzliche Fähigkeit zur tätigen Aneignung und Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt durch Arbeit. *Gleich* seien sie auch in Bezug auf ihre Bedürfnisse, insbesondere ihre „produktiven Bedürfnisse", unter denen *Holzkamp-Osterkamp*[6] alle Bedürfnisse nach Kontrolle und Selbstbestimmung der Lebensbedingungen versteht. *Ungleich* seien behinderte und nicht-behinderte Menschen allerdings in Bezug auf ihre Aneignungskapazität. Gerade

die heutige Industriegesellschaft in ihrer unüberschaubaren und unmenschlichen Form überfordere behinderte Menschen. Ein „differenzierter Lebensraum" sei notwendig, um diesen Menschen trotz eingeschränkter „Aneignungskapazität" die Erfüllung „produktiver Bedürfnisse" zu ermöglichen.

Zur Gestaltung des „differenzierten Lebensraumes" zieht *Gaedt* verschiedene pädagogische und lernpsychologische Gesichtspunkte heran. So müsse sich der behinderte Mensch dort „emotional abgesichert" fühlen. Bezugnehmend auf *Leontjew* sollte dieser Lebensraum so gestaltet sein, daß das Individuum darin wirklich seine Lebensmöglichkeiten erweitern könne und dieser Lebensraum so zu „persönlichem Sinn" werden könne[7]. Auch *Wygotski* wird herangezogen, da der zu schaffende Lebensraum keine Überforderung darstellen dürfe, sondern nach dem Prinzip der „Zone der nächsten Entwicklung" beschaffen sein müßte[8].

Der so geschaffene „differenzierte Lebensraum" soll für die behinderten Menschen ein „Ort zum Leben" sein, — ein Begriff, den Gaedt sich von *Maud Mannoni*[9] ausleiht, ohne zu bedenken, daß diese damit aber gerade keine neue Sondereinrichtung meinte, sondern eine Heimat für ihre von der Gesellschaft ausgeschlossenen ‚Kinder von Bonneuil', mit denen sie zusammen das Problem ständig wieder an die Gesellschaft zurückgab!

Ein „Ort zum Leben" soll die zur Ortschaft weiterentwickelte Anstalt sein. Zwar betont Gaedt, daß er kein neues Planungsmodell initiieren, sondern lediglich ein Leitbild formulieren will, trotzdem schreibt er: „Auf dem Wege zur Realisierung des ‚Ortschaftskonzeptes' wäre die Umwandlung der Anstalten in schützende und nicht isolierende Lebensräume eine Alternative zu der ‚Integration ins Normale'"[10].

Ohne Einschränkung müsse man fordern, daß die großen Anstalten „nicht so bleiben können, wie sie sind"[11], andererseits könne man es sich angesichts der vielfältigen Schwierigkeiten bei der Reform 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."[12]

Eine genauere Beschreibung des „Leitbildes Ortschaft" unterbleibt aber in beiden bisher veröffentlichten Artikeln — und konnte auch nicht in einer gemeinsamen Diskussion von ihm vor dem Abfassen dieses Arikels erbracht werden. Die Rückbesinnung auf das Positive im Konzept von Großeinrichtungen verliert sich — vielleicht nicht ganz ohne Grund — im Nebulösen.

Gibt es normalisierte Sondereinrichtungen?

Normalisierung heißt nach *Bank-Mikkelsen,*[13] der dieses Prinzip entscheidend mitgeprägt hat, Normalisierung der Lebensbedingungen behinderter Menschen. Es heißt in der Praxis: normaler Tagesablauf, normaler Ortswechsel für die Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit, normaler Jahresablauf, normaler Lebenslauf (z.B. als Kind in der Familie, als Schüler in der Schule aller anderen Kinder, als Erwachsener mit selbstausgewählten erwachsenen Partnern zusammen), normale Möglichkeit zur Sexualität mit Partner/Partnerin, normaler ökonomischer Standard mit finanzieller Grundsicherung.

Das Normalisierungsprinzip basiert auf einem Rechtsdenken, das gleiche Rechte für behinderte und nicht-behinderte Menschen fordert. In der Praxis der Behindertenarbeit der skandinavischen Länder, insbesondere Dänemarks, ist man von dieser Gleichstellung schon jahrzehntelang ausgegangen. Seinen gesetzlichen Niederschlag fand diese Praxis in den sechziger Jahren in diesen Ländern, wo dann das Normalisierungsprinzip als Leitlinie formuliert wurde.

Der Normalitätsbegriff ist dabei weder ein soziologisch-gesellschaftskritischer (wer ist in dieser Gesellschaft normal?) noch ein therapeutischer (die abweichenden Menschen sollen normalisiert werden!). „Normal" ist im Normalisierungsprinzip als Rechtsnorm gemeint, als — wenn man so will — statistischer Mittelwert gesellschaftlicher Lebensbedingungen, auf die alle Menschen der Gesellschaft einen Rechtsanspruch haben.

Gaedt's Kritik am Normalisierungsprinzip legt sich zunächst nicht fest, ob sie das Prinzip als solches meint oder nur seine falsche Anwendung. So schreibt er noch in seinem — zeitlich früher liegenden — Artikel im Jahrbuch für Kritische Medizin, daß die deutsche Reformbewegung in der Behindertenarbeit dem Normalisierungsprinzip den progressiven gesellschaftlichen Stachel genommen habe und es jetzt mißbrauche, um die leichter behinderten Menschen in Wohnungen zu integrieren, während die stärker behinderten in den Anstalten verbleiben müßten.[14] Im zeitlich späteren Aufsatz unterschiebt demhingegen Gaedt dem Normalisierungsprinzip einen therapeutischen Grundgedanken: Normalisierung der Lebensbedingungen, um die Normalisierung der Behinderten zu erreichen.[15] So wird es möglich, dem Normalisierungsprinzip die Nicht-Anerkennung des Anders-Seins der behinderten Menschen und die Zerstörung ihrer Identität durch seine Anwendung zu unterstellen. So wird es möglich diesem Prinzip letztendlich sogar die menschenverachtende Selektion von integrierbaren und angeblich nicht-integrierbaren Behinderten anzulasten.

Gaedt stellt damit die Verhältnisse so ziemlich auf den Kopf und es

wird noch zu fragen sein, wieso er dermaßen scharfe Geschütze gegen das Normalisierungsprinzip ins Feld führt.

Die Selektion von integrierbaren, sprich leichter behinderten, arbeitsfähigen, und von angeblich nicht-integrierbaren, weil schwerer behinderten und nicht produktiv — im Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung — nicht arbeitsfähigen behinderten Menschen wird durch ökonomische Gesichtspunkte in Gang gesetzt. Leichter behinderte Menschen können billiger „draußen", locker, d.h. mit deutlich weniger Personal, betreut werden. Solange für diese Menschen in den Anstalten gleich hohe Pflegesätze bezahlt werden müssen, verteuern sie die Sache nur. Je nach Ausgang des Kampfes um einheitliche — meist niedrige — Pflegesätze oder gestaffelte Pflegesätze kommt es zu verschiedenen wohnlichen Aussortierungen.

Die Umwandlung verschiedener Teilbereiche der stationären Psychiatrien in sog. Heilpädagogische Heime, wie sie derzeit im größeren Ausmaß im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland durchgeführt wird und demnächst auch via Sanierungskonzepte auf die Anstalten für geistig behinderte Menschen zukommt, ist unter diesem Gesichtspunkt der Verbilligung der Betreuung zu sehen.

Das Aussortieren von integrierbaren und angeblich nicht-integrierbaren behinderten Menschen bekommt vielfältige ideologische Schützenhilfe, besonders durch das falsche Therapiedenken und -handeln vieler, auch kritischer Gesundheitsarbeiter. Das medizinische Denkmodell, was diesem Therapiedenken zugrunde liegt, setzt Behinderung mit Krankheit und ‚therapiewürdig' in eins. Die gesellschaftlich bedingte Nicht-Anerkennung des Anders-seins der behinderten Menschen wird sicherlich durch den jetzt auch im Behindertenbereich einsetzenden Therapieboom kultiviert und mit medizinischen Weihen versehen. Wo aus Musizieren Musiktherapie wird, aus Malen und Basteln Beschäftigungstherapie, aus Tanzen Motopädie, aus Freizeit Freizeittherapie werden nicht nur alle zwischenmenschlichen Beziehungen künstlich. Der behinderte Mensch wird auch zum Objekt, auf das eine Vielzahl von Verbesserungs-, Umwandlungs- und Umkehrungsstrategien losgelassen werden. *Milani und Roser* stellen in diesem Zusammenhang eine „minutiöse und fast zwanghafte Suche nach dem Defekt"[10] fest, die eine ebenso zwanghafte Bemühung um ständig verbessernde Therapie zur Folge habe. Die Therapeutisierung des gesamten Alltags der behinderten Menschen zerstört täglich deren Identität, innerhalb wie außerhalb der Anstalten. Die Suche nach den Defekten, nach dem negativen Abstand zum Nicht-Behinderten bestimmt das Denken und Handeln vieler Gesundheitsarbeiter in diesem Bereich. Die mehr oder weniger aggressiven Strategien, diese Defekte durch Therapie rückgängig zu machen,

dauern oft lebenslang. Ideologisch wird hier die Trennung in „Therapiefähige" und „Nicht-Therapiefähige" geboren, ebenso wie der Mythos vom „harten Kern" nicht rehabilitationsfähiger Behinderter. Was die Gesundheitsarbeiter mit ihren Verbesserungstherapien nicht umwandeln können und hilflos als „therapieresistent" zurückgelassen, belassen die Planer mit dankbarem Blick auf die Therapeuten als „Rest" in den Anstalten.

Das Normalisierungsprinzip und der darin enthaltene Gleichheitsgrundsatz ist diesem ökonomisch begründeten und vom medizinischen Denken idelogisch unterstützten Aussortieren behinderter Menschen entgegenzusetzen. Im Normalisierungsprinzip liegt deshalb nach wie vor eine ungeheure gesellschaftliche Sprengkraft. Es kann auch als Leitlinie zur Abschaffung jeglicher Sonderverwahrung für behinderte Menschen verstanden werden. Es ist nicht normal — im Sinne des gesellschaftlichen Standards — daß behinderte Kinder in einen weitentfernten Sonderkindergarten transportiert werden, statt den normalen Kindergarten ihres Dorfes/ihres Stadtteils zu besuchen. Es ist nicht normal, daß behinderte Schüler zu Sonderschülern werden und in besonderen Schulen, abgetrennt von ihren Altersgenossen der gleichen Straße/des gleichen Viertels unterrichtet werden. Es ist nicht normal, daß erwachsene behinderte Menschen in Anstalten leben, deren Eintrittskarte eine klinische Defekt-Diagnose ist.

Die Normalisierung der Lebensumwelt der behinderten Menschen ist innerhalb der Sonderinstitutionen und Anstalten nicht wirklich zu erreichen. Das Prinzip kann hier nur Wegweiserfunktion haben, auch zu kurzfristigen wirklichen Verbesserungen führen, konsequent angewandt führt es jedoch zur Auflösung der Sondereinrichtungen.

Da die Lösung von Sondereinrichtungen, vom Sonderkindergarten über die Sonderschule bis hin zur Anstalt, hierzulande noch immer auf eine fast geschlossene Phalanx von Gegnern aus Lehrern, Therapeuten, Kostenträgern, Politikern und zum Teil Angehörigen stößt, wird das Normalisierungsprinzip auch vielfältigen Uminterpratationen, Entschärfungen und Umdeutungen unterzogen. Gaedts ist nur eine davon. Aber auch er bemüht sich, den liebgewordenen Begriff nun nicht ganz wegzustecken. In seinem Vortragsmanuskript verspricht er bei aller Kritik eine „Re-Interpretation" auf der Grundlage der Kritischen Psychologie[17]. Diese unterbleibt dann allerdings. Man darf also noch auf die genaue Beschreibung der „normalisierten Sondereinrichtung" gespannt sein.

Von der Sonderpädagogik zur Aussonderung

Es lassen sich sicher einige Gründe finden, behinderte und nichtbehinderte Menschen als gleich in Bezug auf ihre „produktiven Be-

dürfnisse" und „Wünsche zur produktiven Aneignung ihrer Umwelt" zu beschreiben, ungleich aber in Bezug auf ihre „Aneignungskapazität", so wie Gaedt es tut. Aber auch sein Rückgriff auf die materialistischen Kategorien der Kritischen Psychologie feit ihn offensichtlich nicht davor, in einer Defizittheorie über den behinderten Menschen zu enden. Damit reiht er sich in eine lange Reihe deutscher sonderpädagogischer Denker ein, die allerdings meist auf der Grundlage ganz anderer Denkgebäude in der Defektdiagnostik landeten. Gaedt beweist, daß ein solches Herangehen an den behinderten Menschen, unabhängig von der Fortschrittlichkeit der Therapien, auf die sich die Defektdenker berufen, in Aussonderung und Sonderinstitution endet.

Bei Gaedt folgt der Feststellung der „verminderten Aneignungskapazität" die Planung einer speziellen Lernumwelt. Was die heutige Behindertenpädagogik aber noch begrenzt auf die schulische Lernumwelt fordert, wird bei Gaedt in beängstigender Weise auf die gesamte Lebensumwelt des behinderten Menschen generalisiert. Die Lebensumwelt und damit die erlebbare gesellschaftlicher Realität soll für den behinderten Menschen entsprechend seiner „verminderten Aneignungskapazität" künstlich, nach Lerngesetzen organisiert und zugerichtet werden. Dieser — wie erwähnt — nicht ganz neue pädagogische Rigorismus begründet dann die Forschung nach der besonderen „Ortschaft" für geistig behinderte Menschen. Der von Gaedt selbst kritisierten Medizinierung der Probleme folgt hier die Pädagogisierung.

Gaedts pädagogisierende Schlußfolgerung von der besonderen Aneignungskapazität auf die besondere Organisierung der Lebensumwelt, bedeutet, konsequent zu Ende gedacht, die Gettoisierung der Gesellschaft. Besondere Kinderwelten für Kinder, besondere Alten-Welten für Alte! Nicht frei gewählt von den Betroffenen, sondern geplant und verordnet! Erschreckend an dieser Version erscheint mir, daß die meisten Menschen unserer Gesellschaft dies für sich sicherlich entschieden ablehnen würden, bei behinderten oder psychisch kranken Menschen einer Gettoisierung aber schnell zustimmen werden, besonders, wenn diese „modern" und „pädagogisch" begründet wird.

Wie wenig aber gerade auch im Bereich behinderter Menschen die rigorose Anwendung solcher pädagogischen Prinzipien wie das der „Zone der nächsten Entwicklung" von Wygotski in der Praxis stimmt, zeigen die Erfahrungen in integrierten Kindergärten und Grundschulen. Besonders hervorzuheben sind hier die Berichte aus der wohl allgemein anerkannten *Fläming-Schule* in West-Berlin[18]. Übereinstimmend geht aus diesen und vielen anderen Berichten der

insgesamt noch sehr wenigen Integrationsprojekte in der BRD hervor, daß Kinder aller Behinderungsgrade im gemeinsamen Leben, Lernen, Spielen mit nicht-behinderten Kindern nicht nur mehr Ansporn für ihre eigene Entwicklung bekommen, sondern in kürzester Zeit mehr Lernschritte durchlaufen als ihnen anfänglich meist in Gutachten prognostiziert wurde. Vor allem fällt auf, daß viele Entwicklungsschritte so neu, unerwartet oder phantasievoll sind, daß sie von keinem Helfer vorher angenommen wurden.

Die Erfolge der Integrationsprojekte basieren sicherlich auf einer ganz anderen Praxis als in den typischen Sondereinrichtungen. Getragen wird diese Praxis auch von einem anderen Denkansatz. Im Mittelpunkt stehen die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Behinderten, nicht die Defekte und Defizite. Nicht mehr die Nachübung angeblich von allen Menschen zu durchlaufenden Hierarchien von Entwicklungsschritten steht im Mittelpunkt, sondern die Ermöglichung von Erfahrung mit dem eigenen Leben. In einem solchen Herangehen wird die Behindertenpädagogik nicht einfach über Bord geworfen, sie bekommt aber einen anderen Stellenwert. Sie dient der besonderen und individuellen Beachtung der Fähigkeiten, Bedürfnisse und selbstverständlich auch Schwierigkeiten des behinderten Menschen in seiner *normalen* Lebensumwelt. Sich mitten in dieser befindend soll und kann er nur lernen, sich darin zurecht zu finden. Dies muß die Aufgabe der Behindertenpädagogik werden, nicht der Aufbau von simulierenden Scheinwelten um die behinderten Menschen herum, die ihn nur aussondern und kaum ernsthaft auf das Leben mitten in der Gesellschaft vorbereiten können. Der „Stützlehrer" der italienischen Schulreform, der den Lehrer der allgemeinen Grundschulklasse in der Förderung der behinderten Kinder berät und nur in Ausnahmefällen deren spezielle Förderung übernimmt, ist für diese neue Behindertenpädagogik ein Beispiel.

Leben Lernen, wo?

Die zur „Ortschaft" sanierte Anstalt soll laut Gaedt der „Ort zum Leben" für die geistig behinderten Menschen werden. Gerade die geistig behinderten Menschen seien in der überfordernden, krankmachenden Industriegesellschaft heute mit ihren gehetzten und intoleranten Menschen überfordert. Gerade dieser Gesichtspunkt der Gaedtschen Argumentation entspricht nach meiner Erfahrung sicher der Stimmungslage vieler Mitarbeiter in den entsprechenden Einrichtungen. Gerade die reformierenden, humanisierenden Einzelschritte innerhalb der Anstalten, um deren Erringung oder jetzt Erhalt unbedingt gekämpft werden muß, können bisweilen — auch bei mir — zu dem Eindruck führen, daß es „drinnen" doch besser ist als „draußen".

In diese Wahrnehmung geht dann auch mit ein, daß Anstaltsauflösung propagandistisch meist gleichgesetzt wird mit hemmungsloser Aussetzung in die feindliche Realität draußen. Auflösung der Anstalten wird so assoziativ immer schnell in Zusammenhang gesetzt mit „unverantwortlich", „zerstörerisch" usw., wodurch dann auch das bisher Erreichte vermeintlich in Frage gestellt wird.

Unter Anstaltsauflösung ist dementgegen die schrittweise Entlassung in betreute, nach Möglichkeit familiengroße Wohngruppen zu verstehen, deren Zusammensetzung, Lage und Betreuungsform individuell nach den Bedürfnissen der Bewohner und, wenn irgend möglich, unter deren Beteiligung bestimmt wird. Auflösung bedeutet weiter: Suchen von Ausbildungsplätzen, Arbeitsmöglichkeiten und Freizeitangeboten außerhalb des Anstaltsmilieus und nach Möglichkeit außerhalb von anderen Sondereinrichtungen. Auflösung heißt nicht: Parzellierung der Anstalt in billige Wohngruppen unter Beibehaltung der zentralen Versorgungsstruktur. Auflösung heißt nicht: Abbau des Personals, sondern geradezu das Gegenteil. Kleine Gruppen, die nach Freundschaftsbindungen zusammen gesetzt und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit heterogen in Bezug auf den Behinderungsgrad sind, brauchen mehr Personal als die großen Anstaltsgruppen.

Das Verlassen des Anstaltsmilieus verschiebt heilsam den Brennpunkt der Probleme. Für die Gesundheitsarbeiter ergibt sich die Chance, von einer mehr therapeutischen, symptombezogenen Arbeit, zu einer mehr lebenspraktisch orientierten Hilfe zu kommen. Die von Gaedt aufgezählten „Schrulligkeiten" lassen sich auch als spezifische Widerstandsformen gegen die Anstalt oder als anstaltsspezifische Überlebensformen denken, was meiner Erfahrung nach allerdings nicht ausschließt, daß diese Verhaltensweisen mit in die Wohngruppe herübergenommen werden. Aber der oft festzustellende Stimmungsumschwung nach dem Verlassen des Anstaltsmilieus, ermöglicht einen neuen Umgang miteinander, der die oft jahrelange Therapeutisierung überwinden kann. Die Schwierigkeiten sollen damit nicht geleugnet werden. Individuell und knapp verordnete Therapien werden auch nach Verlassen des Anstaltsmilieus notwendig sein.

Entscheidend ist, daß durch das Verlasen des Anstaltsmilieus ganz andere Notwendigkeiten als auf der zentral und voll versorgenden Station der Anstalt entstehen. Lebenspraktische und hauswirtschaftliche Aufgaben müssen jetzt gemeinsam geregelt werden, — sie sind außerhalb des Bannkreises therapeutischer und beschäftigungsmäßiger Spielchen. Die nähere Umgebung mit ihren Nachbarn, Geschäften, Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten muß geradezu erforscht werden, was eine Reihe in der Anstalt oder der zur Ortschaft sanierten Anstalt nicht zu simulierender Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten bietet.

Gaedts Konzept einer zur Ortschaft sanierten Anstalt lähmt dagegen all die produktive Phantasie der Mitarbeiter für neue Wege, die wirklich notwendig sind, um geistig behinderte Menschen in unsere Gesellschaft zu integrieren. Für den betroffenen behinderten Menschen ergibt sich nach dem so verstandenen Verlassen des Anstaltsmilieus eine größere Überschaubarkeit des eigenen Handelns, größere Selbstverantwortlichkeit und die Möglichkeit größeren Selbstwertgefühls. Nicht die von Gaedt an die Wand gemalte größere Therapieabhängigkeit wird die Folge sein, allenfalls eine (vorübergehende) größere Abhängigkeit von Hilfe zum selbsttsändigeren Leben.

Die geistig behinderten Menschen brauchen — wie alle anderen Menschen auch — eine ‚Ort zum Leben', wo sie ihre ‚produktiven Bedürfnisse' befriedigen können, aber auch ein Stück weit in Ruhe gelassen werden. Ein solcher ‚Ort zum Leben' kann die „stadtteilintegrierte Wohngruppe" sein, die rund um die Uhr betreut wird, eine nur locker betreute Wohngemeinschaft, ein Bauernhof usw. Solche Orte zum Leben gibt es so viele, wie es verschiedene Menschen mit verschiedenen Bedürfnissen in den Anstalten gibt.

Die zur „Ortschaft" sanierte Anstalt schafft dagegen wieder eine Großstruktur, die allein schon durch die unnatürliche Häufung von hilfebedürftigen Menschen auf einem Fleck den Zwang zur Durchorganisierung, Durchstrukturierung und Vereinheitlichung in sich trägt. Sie wird für den einzelnen behinderten Menschen genau wie jetzt die Anstalt immer die Tendenz der Entmündigung durch Versorgung in sich tragen und an der Verschiedenartigkeit der Bedürfnisse behinderter Menschen vorbei gehen. Wie in der Anstalt wird auch hier wieder das Bewußtsein der sozialen Behinderung bei den Betroffenen in den verschiedensten Formen entstehen.

Endstation Ortschaft

Die aus der Anstalt hervorgegangene „Ortschaft" soll ein „Ort zum Leben" sein. Aber schon am Ortseingang wird die alte klinische Sicht der Dinge deutlich. In der „Ortschaft" sollen Menschen auf Grund eines einzigen, aus ihrer ganzen Persönlichkeit herausgerissenen, isolierten, klinischen Merkmals wohnen: geistige Behinderung. Zwar sollen noch andere nicht-behinderte Mitbürger Zuzugsrecht haben — auch früher wohnten die Schwestern auf dem Anstaltsgelände — aber diese haben im Gegensatz zu den behinderten Menschen Freizügigkeit. (Wie kann man als Betroffener eigentlich wieder aus der „Ortschaft heraus?)

Weit entfernt ist damit diese „Ortschaft" von einer „Heimat für Entwurzelte", wie es der Bezug Gaedts auf Mannoni nahelegen würde. Diese hatten an „Orte" für Menschen gedacht, die unsere Gesell-

schaft als nicht weiter verwertbar ausspuckt. Orte, in die alle Ausgeschlossenen — unabhängig von ihrer sozialen Behinderungsart — kommen können und die sie selbsttätig und in Freiztügigkeit zu ihrer Heimat machen können.

Statt Hilfe zur Selbsthilfe und Unterstützung von Selbstorganisation der Betroffenen herrscht in der aus der Anstalt heraussanierten „Ortschaft" die pädagogisch rigorose Durchplanung einer besonderen Lernumwelt für Menschen mit einer „verminderten Aneignungskapazität" vor. Das „Handeln für andere" und damit das Verfügungsdenken macht sich breit.

Klinische Eingansdiagnose, Nicht-Freiztügigkeit, Verfügungsdenken kennzeichnen „totale Institutionen", die Anstalt wie die Gaedtsche „Ortschaft". Die erstere braucht kaum mehr etwas zu tun, um sich in letztere zu verwandeln. Zu eng ist das Band zwischen beiden. Bethel sagt seit seiner Gründung, daß es keine Anstalt sei, sondern eine Ortschaft. Es kann deshalb schon nicht mehr wundern, daß das Diakonische Werk Gaedts Betrachtungen sofort übernehmen konnte. Was betroffen macht, ist allerdings, daß es Gaedt gelingt, dieses Ortschaftskonzept noch mit der Weihe linker und gesellschaftskritischer Überlegungen aus der Mottenkiste hervorzuholen.

Seine Artikel werden als Apologie verwendbar sein, wirkliche Veränderungen der Lebensbedingungen für geistig behinderte Menschen zu verhindern.

Reformen im Inneren der Anstalten sind natürlich auch weiterhin dringend erforderlich. Sie werden nur von Gaedt mit einem langfristigen Konzept der Behindertenarbeit verwechselt bzw. dafür ausgegeben. Kernstück eines langfristigen Konzeptes muß aber sein, alle aussondernden Strukturen dieser Gesellschaft im Interesse der jeweils betroffenen Menschen zu erkennen und zu beseitigen. Institutionelle Aussonderung in jeder Spielart, vom Sonderkindergarten, über Sonderschule bis zur Anstalt oder zur „Ortschaft", hatte und hat immer das Ziel, etwas dem Blick zu entziehen, etwas „unschädlich" für die übrige Gesellschaft zu machen, etwas wegzuschließen und zu neutralisieren. Das Ortschaftskonzept war vor hundert Jahren wie heute in seinem neuen Aufguß, eine gesellschaftliche Befriedigungsstrategie; — *Basaglia* würde sagen „Befriedigungsverbrechen".[19] Die Anstalt ist wie die „Ortschaft" ein Produkt der aussondernden Mechanismen der Gesellschaft, die sie bedienend noch verstärkt.

Anmerkungen

1) *Christian Gaedt,* Einrichtungen für Ausgeschlossene oder ‚Ein Ort zum Leben' - Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter, In: Jahrbuch für kritische Medizin, Argument-Verlag Berlin 1981, Seite 96 ff.
2) *Christian Gaedt,* Normalisierung und Integration. Orientierende Begriffe bei der Reform von Einrichtungen für geistig Behinderte, Forum Kritische Psychologie, Bd. 11, AS 93, S. 152-169, Argument-Verlag, Berlin/West 1983. Zuerst abgedruckt in Heft 4 der Vortragsreihe des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie in Wien, 1982, Eigenverlag (A-1060 Wien, Stumpergasse 56)
3) ebd.
4) ebd.
5) Jahrbuch, wie 1, Seite 104 ff
6) *Ute Holzkamp-Osterkamp,* Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung 1., Frankfurt/New York 1975
7) s. 2)
8) s. 2)
9) *Maud Manoni,* Ein Ort zum Leben - die Kinder von Bonneuil, Frankfurt/M. 1978
10) s.2)
11) Jahrbuch, wie 1, Seite 107
12) Jahrbuch, wie 1, Seite 107
13) *Bank-Mikkelson,* Direktor der Dänischen Sozialverwaltung
14) Jahrbuch, wie 1, Seite 98
15) s. 2)
16) *Adreano Milani-Comparetti, Ludwig Roser,* Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation, In: *Michael Wunder,* (Hrsg.), Sie nennen es Fürsorge, Berlin 1982, Seite 77 ff.
17) s. 2)
18) Im Brennpunkt, Zeitschrift der GEW, Sonderheft „Gemeinsam Leben Lernen", Stuttgart 1981, Seite 18 ff.
19) *Franco Basaglia, Franca Basaglia-Ongaro* (Hrsg.), Befriedigungsverbrechen - Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen, Frankfurt/M. 1980

Christian Gaedt

Die Anstalt ist kein Ort zum Leben
Erwiderung auf die Kritik Michael Wunders

Eine unnötige Kontroverse?

Bei den zahlreichen Mißverständnissen und den polemischen Verzerrungen kann ein Leser der Kritik Michael *Wunders*[1] an meinen beiden Aufsätzen[2] kaum erkennen, daß ich in den grundsätzlichen Forderungen mit ihm übereinstimme: Die „Anstalten"[3] sind kein Ort

zum Leben und können es als „Anstalten" auch nicht werden, ich bin für Integration und Normalisierung und gegen die diskriminierende Aufteilung in Nichtbehinderte, Behinderte, Schwerstbehinderte, verhaltensgestörte Behinderte usw., und ich lehne ebenso wie Wunder den ausufernden Therapie- und Pädagogikkult im Behindertenbereich ab.

Die Unterschiede liegen also nicht auf der Ebene dieser grundsätzlichen Forderungen. Der Eindruck löst sich von selbst auf, wenn man die zwei von Wunder kritisierten Aufsätze liest. Es bleibt dann das Problem, wie bei gleichklingenden Forderungen so verschiedene Einschätzungen konkreter Reformschritte möglich werden. Die aufgeführten Begriffe, insbesondere Normalisierung und Integration, haben bei ihm und mir offensichtlich eine unterschiedliche Bedeutung. Dies könnte daran liegen, daß unterschiedliche theoretische Annahmen über den Menschen und die Bedingungen seiner Entwicklung vorliegen. Diese Frage muß ich offenlassen, denn er geht nicht auf theoretische Fragen ein. Nach mehreren Diskussionen mit ihm glaube ich jedoch eher, daß er von ähnlichen theoretischen Vorstellungen ausgeht, bei der Ableitung seiner Reformkonzepte aber starke Vereinfachungen vornimmt.

Wenn Wunder den Eindruck vermittelt, daß es nur darum ginge, geistig Behinderte aus den „Anstalten", also aus totalen Institutionen, aus den Gettos, in ihre bisher nur durch Unwissenheit und Vorurteile versperrten gesellschaftlichen Lebensräume zurückzuführen, kann er dies nur um den Preis einer verzerrenden Ausblendung der Wirklichkeit. Ich sehe daher meinen Beitrag zur Klärung dieser Kontroverse in der Darstellung der von mir vermuteten Vereinfachungen. Dabei orientiere ich mich an folgenden Fragen:

1. Welche Vorstellungen hat Wunder von „normalem" Leben? Was sind seine theoretischen Grundlagen? Von welchem Reformleitbild geht er also aus?
2. Wie schätzt er die gesellschaftlichen Bedingungen für die Integration „Ausgeschlossener" ein?
3. Welche Unterschiede und welche Gemeinsamkeiten sieht er zwischen geistig Behinderten und anderen „Ausgeschlossenen"?
4. Welche Vorstellungen hat er zur Betreuung schwerst geistig Behinderter und verhaltensgestörter geistig Behinderter?
5. Was versteht er unter „totaler Institution"?

Zu 1: Verzicht auf ein theoretisch begründetes Reformleitbild

Wunder verzichtet in seiner Darstellung auf ein Leitbild, an dem sich seine Reformziele orientieren können. Für mich hat die „Ort zum Leben"-Konzeption diese Funktion. Sie ist notwendiges Gegenbild zu den die Reformdiskussion überwuchernden sozialtechnokratischen Vorstellungen. Mit dieser Konzeption soll deutlich gemacht

werden, daß die Bedingungen für normales menschliches Leben nicht allein durch Personalschlüssel, Bettenzahl, Pflegesätze, therapeutische Dienste, Regionalisierung etc. abgesichert werden können. Sie soll die Aufmerksamkeit auf die Frage richten, die üblicherweise übergangen wird, als ob es sich um eine selbstverständliche Banalität handelte, auf die Frage also, wie Menschen leben — besser: zusammenleben — sollen, damit sie normal bleiben, bzw. werden können.

Solange unklar bleibt, was die Bedingungen für die gesellschaftliche Existenz sind, kann auch nicht definiert werden, was gesellschaftliche Integration und Normalisierung ist und was sie für die psychische Entwicklung bedeuten. Auch kann der grundlegende Prozeß der „Ent-Vergesellschaftung", der das Schicksal der Behinderten bestimmt, nicht erfaßt werden und Integrationskonzepte, die den Behinderten bestenfalls zu einem pädagogisch-therapeutisch betreuten Anhängsel der Gesellschaft machen, erscheinen erträglich bzw. sogar fortschrittlich.

Auch Wunder gebraucht den Ausdruck „Ort zum Leben". Während ich darin ein Leitbild sehe, an dem sich Reformen orientieren können, ist für ihn dieses Konzept offensichtlich mit der Benennung auch schon realisiert. So nennt er „... die stadtteilintegrierte Wohngruppe, die rund um die Uhr betreut wird, eine nur locker betreute Wohngemeinschaft, ein Bauernhof ..." Orte zum Leben. Aber was macht eine Wohngruppe und was macht eine stadtteilintegrierte Wohngruppe zu einem „Ort zum Leben"? Er spricht in diesem Zusammenhang auch von den produktiven Bedürfnissen. Aber anstatt auszuführen, wie diese unter den verschiedenen Lebensbedingungen entwickelt und befriedigt werden können, geht er einfach davon aus, daß dies in der „stadtteilintegrierten Wohngruppe" z.B. geschieht. Wo für Wunder alles im Selbstverständlichen endet, fangen die Probleme erst an. Wie kann sich der im 8. Stock eines Hochhauses rund um die Uhr betreute geistig Behinderte als „stadtteilintegriert" erleben, wenn er allein nicht einmal den Fahrstuhl bedienen darf, wenn die Nachbarn nach ihrem 8-Stunden-Tag gestreßt erst abends nach Hause kommen, wenn er wegen des dichten Verkehrs die Straße nicht allein überqueren kann, wenn seine Freundin nur mit dem Bus zu erreichen ist, er aber bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel auf Begleitung angewiesen ist, wenn alle Arbeiten die er ausführen könnnte z.B. Gartenarbeiten, Botengänge, Straßen fegen usw. nicht möglich sind, weil kein Garten da ist, weil niemand einen Boten braucht, weil die Straße von der Stadtreinigung gereinigt wird? Wenn Michael Wunder auf diese Fragen eingehen würde, gäbe es wahrscheinlich diese Kontroverse nicht. So lange aber für ihn jeder Bauernhof, wenn er nur nichts mit einer Anstalt zu tun hat, ein Ort zum Leben ist, wird man ihn nach einer Präzisierung seiner Vorstellungen fragen müssen.

Ob der Versuch, sich diesen Fragen mit Hilfe der Theorie der kritischen Psychologie zur Persönlichkeitsentwicklung zu nähern, ein tauglicher Beitrag war, muß sich zeigen. Ohne einen theoretischen Bezug auf die allgemeinen Gesetzlichkeiten menschlicher Entwicklung können jedoch weder Integration noch Normalisierung inhaltlich bestimmt werden. Man müßte dann auf Beurteilungskriterien für Re-

formschritte und -ziele verzichten und könnte nicht verhindern, daß vorherrschende Erscheinungsformen menschlichen Zusammenlebens als einzig verbindliche Norm gesetzt werden. So ist im Sinne des so verstandenen Normalisierungsprinzipes für Wunder selbstverständlich, daß das normal ist, was dem statistischen Mittelwert gesellschftlicher Lebensbedingungen entspricht. Die Frage, inwieweit das so gefundene „Normale" überhaupt noch menschlich ist, stellt sich dann nicht mehr. Der Begriff Normalisierung verliert dabei mit seiner inhaltlichen Bestimmung auch den Schutz vor Mißbrauch als ideologische Verbrämung unsinniger Anpassung und behindertenfeindlichen Sparmaßnahmen.

Die Forderung zum Beispiel nach räumlicher Trennung von Wohnung, Arbeit und Freizeit gehört auch nach Michael Wunder zu dem kleinen Einmaleins der „Normalisierung". Demgemäß werden kilometerlange Busfahrten zwischen Wohn-, Arbeits-und Freizeitstätten für Behinderte nicht nur in Kauf genommen, sie werden sogar als normalisierend gefordert. Die Trennung von Wohnort und Arbeit aber hat sich als eine Notwendigkeit im Zuge der industriellen Entwicklung ergeben. Sie hat zu schwerwiegenden Veränderungen der Gemeindestukturen, insbesondere zu der Trennung von Wohn- und Industriegebieten geführt. Die negativen Auswirkungen für das Familien- und Gemeindeleben werden mit Recht beklagt. Wenn „Arbeitnehmer" notgedrungen der Forderung nach erhöhter Mobilität nachkommen müssen dann nur, weil dies der einzige noch mögliche Weg ist, ihre Existenz finanziell abzusichern und über Arbeit gesellschaftliche Bedeutung bzw. Einfluß zu bekommen. Wenn man dahinter aber ein menschliches Bedürfnis nach Trennung von Arbeitsplatz und Wohnort sieht, zeigt sich nur, wie treffsicher Produktonsverhältnisse die zu ihrer Rechtfertigung notwendigen Einstellungen hervorrufen. Ein Blick in einen handwerklichen Kleinbetrieb zeigt, daß auf diese Trennung verzichtet werden kann, ohne daß man psychische Schäden der Beteiligten befürchten müßte.

Zu 2.: Verharmlosung der gesellschaftlichen Bedingungen für Integration und Normalisierung

Alle Rehabilitationsversuche stehen vor dem grundsätzlichen Problem, daß man sie in einer Gesellschaft durchführen muß, deren „Unnormalität" man als Nährboden psychischer Störung und Fehlentwicklung fürchtet. Fehlbelastung am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und ein streßbetonter Alltag läßt einen großen Teil der Bevölkerung am Rande ihrer psychischen Kompensationsfähigkeit leben. Michael Wunder deutet an, daß er dies ähnlich sieht. In seinem Integrationskonzept aber verklärt sich ihm alles, was nicht Anstalt heißt, zu einer heilen „Welt".

Jeden Tag nehmen sich ca. 40 Menschen in der Bundesrepublik das Leben[6], die Zahl der Selbstmorde im Kinder- und Jugendalter steigt ständig[5]. 25 % der Vorschul- und Kindergartenkinder sowie der Schulanfänger sind jeweils krank, gestört oder behindert[6], jährlich werden 320.000 Kinder bei Verkehrsunfällen verletzt und 3.700 getötet[7]. 4.000

Kinder werden in jedem Jahr von ihren Eltern mißhandelt[2], ca. 3 % der Bevölkerung sind Alkoholiker, jedes Jahr müssen sich die Bundesbürger durch einen tonnenschweren Berg von Tranquilizern sowie Schmerz- und Schlafmitteln essen[3]. Hinter all diesen Zahlen stehen Menschen, die den gesellschaftlichen Alltag mit prägen und durch ihn geprägt werden.

Wo ist der Passant, der geduldig einem geistigbehinderten Mitbürger eine Auskunft gibt, obwohl schon die Versuche, die Frage zu verstehen, mehr Zeit in Anspruch nimmt als für den weg zum nächsten Bus übrig bleibt? Wo ist der Nachbar, der es monatelang aushält, wenn in der Wohnung nebenan nachts stundenlang dumpf gegen die Wand geklopft wird? Wo ist der Gastwirt, der gelassen bleibt, wenn er miterlebt, daß die Gäste sein Lokal verlassen, bevor sie sich setzen, offenbar weil an einem Tisch Geistigbehinderte in einer für sie anstößigen Weise ihre Suppe löffeln? Es gibt sie sicher und durch eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit wird man sie in Zukunft vielleicht auch häufiger treffen. Die durchschnittliche Erfahrung, die ein Geistigbehinderter in solchen Situationen über sich machen kann, wird jedoch auch in Zukunft von dem Rest der Bevölkerung bestimmt werden.

Diese Gesellschaft ist kein „Ort zum Leben" und hat nicht die Familien und nicht die Gemeinden mit dem geforderten Selbsthilfe- und Normalisierungspotential. Die Ausgrenzung von Geistigbehinderten entspringt deshalb nicht Mißverständnissen, Vorurteilen und bösem Willen, sie wurzelt vielmehr in Zwängen und Engen eines gesellschaftlichen Alltags, dessen Realität in erster Linie von den Notwendigkeiten einer auf Fortschritt und Wachstum angewiesenen Wirtschaftsordnung geprägt ist. Unter diesen Bedingungen ist die gesellschaftliche Eingliederung nicht nur schwierig, sondern auch mit einem Risiko für die Betroffenen auf beiden Seiten verbunden. Diese Bedenken können das Recht der Ausgeschlossenen auf einen Platz in der Gesellschaft nicht verdrängen, sie sollen nur Verständnis schaffen für eine gesellschaftliche Integration auf Umwegen und mit Kompromissen.

In Neuerkerode, der Einrichtung in der ich arbeite, sucht man — wie in anderen Einrichtungen auch — nach solchen Umwegen und Kompromissen.

Beispiel Dorfkrug: *Mitten in Neuerkerode liegt eine Gastwirtschaft, offen für alle, also auch für Besucher und Mitarbeiter. Sie ist erreichbar auch für den Gehbehinderten, Verkehrsprobleme gibt es nicht; Verständigungsschwierigkeiten und Unfähigkeit im Umgang mit Geld braucht der Behinderte nicht zu fürchten. Hinter der Theke stehen Menschen, die es gelernt haben, geistig Behinderte zu verstehen und mit ihnen zu reden. Hier können sie sitzen, allein oder mit Bekannten, ihren Kaffee trinken, ihr Schmalzbrot essen, sich unterhalten, mit Freunden Würfel spielen oder nur umhergucken. Für viele wird es die einzige „Kneipe" bleiben, die sie selbstständig und regelmäßig besuchen können. Andere werden hier ihre ersten Erfahrungen sammeln, die ihnen Mut machen wird, Gastwirtschaften im nächsten Dorf zu besuchen.*

Sicherlich ist dieser Dorfkrug „unnormal": Die Mitarbeiter sind keine durchschnittlichen „Normalmenschen" sondern erfahren im Umgang mit Behinderten, ihr Einkommen hängt in keiner Weise von dem erzielten Umsatz ab, es wird kein Alkohol ausge-

schenkt und es kommt hinzu, daß er mitten in einer Großeinrichtung liegt. Aus meiner Sicht ist jedoch gerade dieser Dorfkrug „normal", da er für viele Menschen zu einem festen Bestandteil in einem selbständig und kompetent strukturierten Alltag geworden ist.

Beispiel Kleiderladen: *Der „normale" Mensch, kauft seine Kleider im Kaufhaus. Hier ist nicht nur der Preis, sondern auch die ganze Verkaufssituation einschließlich des Verkäuferverhaltens auf den durchschnittlichen Käufer eingestellt. Auch der leicht geistig behinderte Mensch kann kaum noch ohne Begleitung die Möglichkeiten eines Kaufhauses nutzen. Ein Kaufhausbesuch mit verhaltensgestörten geistig Behinderten schult möglicherweise das Selbstvertrauen der Begleiter, ob der Einkauf in dieser Form sonstigen Nutzen hat, ist ungewiß.*

In Neuerkerode gibt es einen Kleiderladen, in dem gespendete Kleidung verkauft wird. Die Qualität entspricht der Kaufhausware, die Preisgestaltung dagegen dem Taschengeldumfang. Das ermöglicht spontane, vielleicht sogar unnötige Käufe. Die Heimbewohner können hier alleine hingehen, werden mit großem Zeitaufwand beim Kauf beraten. Sie zahlen selbst in Bargeld oder können es verrechnen lassen.

Auch der Kleiderladen ist „unnormal" im Sinne von Wunder. Er liegt in einer Anstalt, hat eine unrealistische Preisgestaltung und Schonbedingungen. Er ist eine ausgesprochene Sondereinrichtung. Aus meiner Sicht vermittelt er jedoch mehr Normalisierung als der zum pädagogischen Ereignis hochstilisierte Gang zu Hertie oder Karstadt.

Dorfkrug und Kleiderladen sind für Neuerkerode Marksteine auf dem Weg zur „Ortschaft". Sie sind ein Stück Anpassung der Gesellschaft an die Möglichkeiten und Fähigkeiten geistig behinderter Menschen, die ihnen den Weg zu einem selbständigen Leben erleichtern sollen. Wie man diese Konzeption als „pädagogische Rigorismus" oder als „Befriedigungsverbrechen" ansehen kann bleibt mir unerklärlich.

Zu 3.: Gleichsetzung aller Ausgeschlossenen

Die auch von Wunder angedeutete Gleichsetzung aller Ausgeschlossenen, also vom Körperbehinderten, Geistigbehinderten, psychisch Behinderten, Obdachlosen usw. ist insofern sinnvoll, als man damit auf den gemeinsamen, zugrundeliegenden, gesellschaftlichen Ausstoßungsprozeß aufmerksam machen will. Geht es jedoch um konkrete Eingliederungsmaßnahmen, wird man bestehende Unterschiede anerkennen müssen. Die gesellschaftliche Integration geistig Behinderter stößt auf eine doppelte Schwierigkeit. Die Gesellschaft grenzt geistig Behinderte nicht nur aktiv aus, weil sie stören und eine Last sind, sondern — und dies ist der wichtige Unterschied zu den psychisch Kranken — sie entzieht ihnen auch in zunehmenden Maße ihren Lebensraum, weil im Zuge des gesellschaftlichen Fortschrittes die durchschnittlichen Anforderungen der Alltagsbewältigung ständig zeigen und soziale Nischen mit geringerer Anforderungstruktur aus dem Spektrum der Gesellschaft immer mehr verschwinden. Auf Grund seiner eingeschränkten Fähigkeit zur Aneignung gesellschaftlich vermittelter Fähigkeiten, Kenntnisse und Bedürfnisse wird der geistig Behinderte unüberwindliche Schwierigkeiten haben, einen gesellschaftlichen Lebensraum zu finden, den er selbständig und kom-

petent bewältigen kann. Während es für den psychisch Kranken immer eine Rückkehr in seine Gesellschaft gibt, ist der geistig Behinderte praktisch gesellschaftslos. Diese Ent-Vergesellschaftung darf deshalb nicht als Ausgrenzung verharmlost werden. Die gesellschaftliche Integration geistig Behinderter steht also vor einem doppelten Problem: Es müssen erstens wie bei anderen Ausgeschlossenen die Ausgrenzungsmechanismen überwunden und zweitens zusätzlich neue gesellschaftliche Räume geschaffen werden. Durch „ambulante Dienste" und „flankierende Maßnahmen" alleine wird man dies nicht erreichen können.

Wunder bestreitet die eingeschränkte Aneignungskapazität geistig Behinderter nicht; er zieht daraus jedoch keine Konsequenzen. Für ihn, so gewinnt man den Eindruck, würde dieser Unterschied zu „Normalen" im Verlaufe einer integrierten Erziehung bedeutungslos werden. Er verweist dabei auf die Erfolge der integrierten Schulen u.ä. Projekte.

Ich bestreite diese Erfolge nicht. Sie betreffen jedoch ein Lebensalter das außerhalb meiner konzeptionellen Vorschläge liegt. Für diesen Lebensbereich gibt es zur Familie keine gleichwertige Alternative. Aber geistig Behinderte können nicht ein Leben lang im Kindergarten oder in der Schule bleiben. Wie aber werden behinderte Kinder zu normalen Erwachsenen, also zu Menschen die sich als kompetent, selbständig und für andere Menschen als bedeutsam erleben können? Für die anderen Kinder bestehen entsprechende gesellschaftlich vorgeformte Lebensläufe im Sinne der Seve'schen Individualitätsformen[10] offen, die als Perspektive bereits in dieser Lebensphase die Persönlichkeitsentwicklung lenken und die für geistig Behinderte aufgrund deren eingeschränkter Aneignungskapazität verschlossen oder gar nicht vorhanden sind. Daran ändern die von Michael Wunder betonten, vor allen das soziale Verhalten betreffenden Lernerfolge in integrierten Kindergärten und Schulen nichts.

Zu 4.: Orientierung des Reformkonzeptes am „Normalbehinderten"
Die Integration geistig Schwerstbehinderter nach dem gängigen Reformkonzept ist nur auf der konzeptionellen Ebene gelöst. In der Praxis verzichtet man meist auf Integration und greift auf Lösungen zurück, wie sie in der Enquête[11] vertreten werden: es werden Schwerstbehinderten-Zentren gefordert. Für die Integration „störender", also verhaltensgestörter geistig Behinderter gibt es weder eine konzeptionelle noch eine praktische Lösung. Da sich die psychiatrischen Einrichtungen für nicht zuständig erklären, werden auch für diese Gruppe Sondereinrichtungen nötig werden. Damit das Integrationskonzept sich für den durchschnittlichen geistig Behinderten verwirklicht, sind also neue Differenzierungen und Ausgrenzungen nötig. Da der Akt der Zuordnung zu diesen Sondergruppen willkürlich ist, wird damit auch der staatlichen Sparpolitik ein wirksames Manipulationsinstrument in die Hand gegeben. Schon geringfügige Verschlechterungen des Stellenplanes der Klein- und Kleinsteinrich-

tungen werden die Schwelle zur Verlegung in Sondereinrichtungen senken. Für den Staat ist diese Entmischung kostensparend, denn es ist immer noch preiswerter, einige wenige homogene Problemgruppen personell gut auszustatten, als den Personalbedarf durchschnittlicher Wohngruppen an den vereinzelten „Problemfällen" auszurichten. Unter Kostendruck werden die Kleineinrichtungen, die sich anch ihren konzeptionellen Prinzipien auch für verhaltensgestörte und schwerst geistig Behinderte zuständig sahen, in einer Aussonderung die einzige Lösung sehen. Dann wird plötzlich der lediglich verkehrsunsichere Behinderte zu einem untragbar verhaltensgestörten Problemfall und der „Inkontinente" wird zu einem die Mitarbeiter überfordernden Schwerstbehinderten.

Da für die dann entstehenden Sondereinrichtungen ein vertretbares pädagogisch-therapeutisches Konzept nicht vorstellbar ist, muß eine Reform, die zwangsläufig zu dieser Form der Aussonderung führt, fragwürdig erscheinen. Eine Einrichtung mit Ortschaftscharakter kann diese Aussonderung vermeiden. Sie bietet sowohl genügend Toleranz- und Schutzraum für verhaltensgestörte und schwerst geistig Behinderte, als auch genügend unterschiedliche Lebensräume für differenzierte Persönlichkeitsentwicklungen.

Nehmen wir als Beispiel wieder Neuerkerode. Hier zeigen sich andeutungsweise sowohl Verzahnung mit der normalen Umgebung, Toleranzraum und differenzierte Lebensräume.

Horst E. lebt im benachbarten Sickte, war früher Anstaltsbewohner und arbeitet jetzt als vollbezahlter Mitarbeiter auf einem Arbeitsplatz, den er außerhalb der Anstalt nie ausfüllen würde.

Hermann W. lebt in einem Wohnheim, das zwar zur Anstalt gehört, aber 12 km von ihr entfernt in einer Kleinstadt liegt. Er arbeitet als Hilfsarbeiter und Austräger im Lager.

Wolfgang R. lebt in einer gemischten Wohngruppe in Neuerkerode, hat sich jedoch erfolgreich allen arbeitstherapeutischen Maßnahmen entzogen und verdient „schwarz" sein Geld im benachbarten Dorf.

Frau Gudrun S. lebt mit ihrem jetzt 4-jährigen Kind außerhalb der Wohngruppenorganisation in einem Appartement und wird vom Frauenhaus mitbetreut.

Jürgen St., 7 Jahre alt, lebt in einer Wohngruppe im Kinderhaus und geht in den Betriebskindergarten.

Frau Erna C., Frau Beate K., Frau Gudrun T. und Frau Lotte L. leben in einer im Grunde nicht betreuten Wohngruppe auf dem Anstaltsgelände.

Dietlind L. hat eine Psychose. Sie wird therapeutisch betreut und lebt auf der Beobachtungsstation. Sie arbeitet in Neuerkerode und kann sich trotz erheblicher Selbstbeschädigungstendenzen in der Anstalt frei bewegen.

Hartmut N. neigt zu aggressiven Durchbrüchen und hat im Zusammenhang damit schon schwerwiegende Körperverletzungen hervorgerufen. Er wird therapeutisch betreut, unterliegt keinen Freiheitsbeschränkungen und lebt in einer Wohngruppe mit schwerstgeistig Behinderten, nachdem der vorherige Aufenthalt auf einer mittelgradig behinderten Männergruppe die Symptomatik eher verschlechtert hatte.

Gerd M. ist ein schwerstgeistig Behinderter. Tagsüber ist er meist unterwegs um in anderen Wohngruppen Kekse und Kaffee zu organisieren. Seine dabei oft auftretenden aggressiven Durchbrüche werden ertragen.

Zu 5.: Gleichsetzung aller Großeinrichtungen als „totale Institutionen"
In der Kritik an den Anstalten hat die Größe, also die Betten-oder Platzzahl, eine alle anderen Beurteilungskriterien verdrängende Bedeutung gewonnen. Gestritten wird, ob eine Anstalt mit 300 oder mit 600 Betten gerade noch geduldet werden kann und ob die geforderte Alternative auf 8 oder 30 Plätze begrenzt werden sollten. Diese im Vergleich zu früheren Diskussionen verarmte Betrachtungsweise verführt zu einer Gleichsetzung ganz unterschiedlicher Einrichtungen, die dann, in einem zweiten Schritt, ganz selbstverständlich als totale Institutionen mit Gettofunktion etikettiert werden. So geht der Unterschied zwischen Behindertenanstalten und psychiatrischen Großkrankenhäusern verloren und die bestehende Vielfalt der Anstalten wird völlig ausgeblendet. Gegen die in dieser Weise vereinfachten und verzerrten Bilder von Anstalten läßt sich dann leicht polemisieren.

Für einen geistig Behinderten ist es z.B. wichtig, ob sein Alltag ausschließlich entsprechend der Bedürfnisse der medizinisch-klinischen Funktionsabläufe strukturiert ist, wie es auch heute noch in den Großkrankenhäusern mehr oder weniger stark ausgeprägt der Fall ist. Hier muß der Schritt von einer medizinischen zu einer pädagogischen Orientierung noch vollzogen werden. Aber auch unter den rein pädagogisch geleiteten Anstalten gibt es große Unterschiede. Diese beruhen z.T. auf geographischen Gegebenheiten. Die Lebenssituation für geistig Behinderte muß in Bethel anders sein als in Mariaberg. Bethel ist ein Stadtteil von Bielefeld, der ohne erkennbare Grenze in andere Stadtteile übergeht. Mariaberg ist keine natürliche Ortschaft und ist von den umgebenden Gemeinden räumlich isoliert. Unterschiede finden sich natürlich auch in der Ausprägung der religiösen Bindung. So gibt es Anstalten, die ihre Mitarbeiterschaft noch zu einem großen Teil aus einer Bruderschaft gewinnen und andere, die mehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zurückgreifen. Unterschiedlich ist auch der Grad der Demokratisierung der Leitungsfunktion, was ebenfalls ein wichtiger Faktor für die Lebensbedingungen geistig Behinderter ist. Aber auch die Anstalten selbst sind meistens kein einheitlicher Block, sondern ein mehr oder weniger straff geführter Verband verschiedener Bereiche mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter und Lebensbedingungen für die geistig Behinderten.

Die Kriterien totaler Institution sind nach wie vor ein gutes Instrument für die Kritik an Behinderteneinrichtungen[12]. Für jede Einrichtung wird man prüfen müssen, wie stark die Isolierung, wie groß das Ausmaß an gleichmachender Entpersonalisierung und wie stark die Unterdrückung ist. Ohne Zweifel wird sich dabei zeigen, daß die Anstalten noch weit davon entfernt sind, ein „Ort zum Leben" zu sein. Allerdings werden sich dann auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen und die Unterschiede zwischen den einzelnen

Bereichen einer Einrichtung schärfer herausstellen. Wichtig wird dann die Frage nach der Reformierbarkeit. Diese hängt von vielen Faktoren ab, so z.B. auch vom Träger und seinem Selbstverständnis, aber auch vom Grad der Abhängigkeit von staatlicher Bürokratie. Die Größe spielt dabei eine wichtige, aber nicht eine alles entscheidende Rolle. Ihr reformhemmender Einfluß schwindet in dem gleichen Maße wie sich der Grad der Zentralisierung von Verwaltung, Personalhierarchie und Versorgungseinrichtungen verringert. Nicht die Bettenzahl ist entscheidend, sondern die Art und Weise wie das Zusammenleben organisiert ist.

Ist das Tabu, das die Größe umgibt, einmal gebrochen, kann deutlich werden, daß die größe nicht nur Risiken, sondern auch Vorteile für geistig Behinderte haben kann. Natürlich gehe ich dabei immer davon aus, daß diese Großeinrichtungen reformierbar sind, also ihre Anstaltsstruktur verlieren und sich in Richtung auf mit der sozialen Umgebung verzahnte „Ortschaften" entwickeln können. Mit ihren differenzierten Lebens- und Entwicklungsräumen könnte Integration in Großeinrichtungen mehr sein als lediglich Teilhabe am Sozialfond und Betreuung durch soziale und therapeutische Dienste. Die so verstandene Großeinrichtung isoliert nicht, sondern bahnt Verbindungen mit der Gesellschaft. Genauer gesagt, wird sie zu einem stück Gesellschaft, deren Unterschiedlichkeit nicht Diskriminierung bedeutet, sondern Anerkennung der Besonderheiten der Menschen, die dort leben.

Wunder verweist in diesem Zusammenhang auf Kinder und Alte. Alptraumartig entwickelt er die Vorstellung von speziellen Kinder- und Altenwelten, die sich nach seiner Meinung konsequenterweise aus meinem Konzept entwickeln müßten. Beide Beispiele sind lehrreich, denn in der Tat geht es auch hier um die Anerkennung von Besonderheiten. Kinder leben in unserer Gesellschaft in einem besonders gestalteten und geschützten gesellschaftlichem Raum mit gestuften Anforderungen. Nicht weil sie eine eingeschränkte Aneignungskapazität haben — insofern ist der Vergleich unsinnig — sondern weil sie sich das „gesellschaftliche Erbe" erst aneignen müssen. Niemand wird in der unterschiedlichen Behandlung von Kindern eine Diskriminierung sehen und die Notwendigkeit von Kindergärten, Schulen, Jugendschutzgesetz, Jugendstrafrecht usw. wird allgemein anerkannt. Für die Integration geistig Behinderter dürfte es in dieser Lebensphase keine unüberwindlichen Schwierigkeiten geben. Im Hinblick auf die vielfältigen Eigenarten des gesellschaftlichen Lebensraumes für Kinder, kann man durchaus von einer „Kinderwelt" sprechen. Diese ist jedoch nicht isoliert, sondern mit der „Erwachsenenwelt" verzahnt und durch Übergänge verbunden.

Bei den Alten dagegen zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den geistig Behinderten. Ihr Bedürfnis nach Schutz und Entlastung wird zur Rechtfertigung von Ausgrenzungs- und Isolierungsmaßnahmen mißbraucht. In dem Maße, wie sie ihre gesellschaftliche Bedeutung einbüßen, haben sie zunehmend die Schwierigkeiten, ihren Platz in der Gesellschaft zu halten und geraten immer mehr in den Sog verwaltender sozialer und therapeutischer Dienste. Tendenziell werden sie nicht mehr als Mitbürger son-

dern als krank betrachtet, was nicht zuletzt an der zunehmenden Umwälzung der Kosten von der Sozialhilfe auf die Krankenkassen deutlich wird. Die Gettoisierung, die Michael Wunder als eine Konsequenz meiner Überlegungen sieht, ist bereits in vollem Gange. Sie spielt sich nicht in Großeinrichtungen ab, sondern in den vielen kleinen „gemeindenahen" Alten- und Pflegeheimen. Auch wenn dies gesellschaftliche Norm ist oder dazu werden wird, ist es nicht „normal" sondern Ausdruck einer gesellschaftlichen Fehlentwicklung. Anders als bei Kindern und Jugendlichen geht bei den Alten die Verzahnung mit der Gesellschaft allmählich verloren. Insofern besteht eine Ähnlichkeit zu dem Schicksal geistig Behinderter. Im Gegensatz zu diesen aber kann man bei Menschen, die ihr Leben lang die Gesellschaft mitgetragen und gestaltet haben, nicht von einer verminderten Aneignungskapazität sprechen. Für spezielle „Altenwelten" gibt es also keine Rechtfertigung.

Diese differenzierten gesellschaftlichen Lebensräume für geistig Behinderte entstehen nicht von selbst. Sie müssen geplant und bewußt gestaltet werden und wirken deshalb unecht und künstlich. Sie haben also Ersatzcharakter und ersetzen etwas, was die „normale" Gesellschaft nicht mehr bieten kann.

Niemand hat etwas dagegen, wenn man für einen armlosen Menschen künstliche Arme konstruiert. Jeder würde es als unzureichend ansehen, wenn man lediglich dafür sorgen würde, daß dieser Mensch mit „normalen Menschen" leben und sich ihrer ständigen Unterstützung und Hilfe sicher sein kann. Jeder weiß, was Arme für einen Menschen bedeuten und kann deshalb auch den Verlust ermessen. Mensch und Gesellschaft dagegen werden leicht als etwas getrenntes Unabhängiges gesehen. Schwer vorstellbar ist dann die Verstümmelung die ein Mensch erfährt, wenn für ihn gesellschaftliche Lebensräume unerreichbar bleiben, weil die Gesellschaft selbst verstümmelt ist. Um diese doppelte Verstümmelung geht es. Wenn die „normale" Gesellschaft keine normalen Bedingungen für die Entwicklung und das Leben geistig behinderter Menschen bieten kann, muß Ersatz geschaffen werden. Dem armlosen Menschen gibt man eine Prothese, der verstümmelten Gesellschaft „Gesellschaftsprothesen", also gesellschaftliche Ersatzräume, die die verlorengegangene differenzierte Vielfalt wieder herstellen und damit die lebensnotwendige Einheit zwischen Mensch und Gesellschaft auch für den geistig Behinderten wieder ermöglichen.

Diese gesellschaftlichen Ersatzräume können über verschiedene Wege angestrebt werden. Ein Weg führt über die Großeinrichtungen die zu einer Brücke zur „normalen" Gesellschaft werden können. Darin sehe ich die Legitimation für ihre weitere Existenz.

Konsequenzen

Auch wenn diese Kontroverse wenig Einfluß auf den weiteren Gang der Reform haben wird, wirkt sie unausgetragen doch wegen der viel-

leicht unnötigerweise unterschiedlichen Einschätzung konkreter Reformschritte desorientierend und deshalb störend.

So wirft Wunder mir vor, mit dem Konzept „Ort zum Leben" die bisher klaren Fronten gegen die Anstalten zu verwässern, während ich wiederum glaube, daß Michael Wunder die sozialpolitische Situation verkennt und als einer der Wortführer des Behindertenausschusses der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) mit einem unflexiblen Standpunkt ein wirksames Vorgehen gegen die staatliche Sparpolitik erschwert. Diese beruft sich auf die Prinzipien der gemeindenahen Psychiatrie und zielt darauf ab, die Anstalten unter Ausgliederung therapeutischer Dienste aus dem Stellenplan zu verkleinern und in Schwerstbehinderten-Zentren umzuwandeln. Im übrigen aber die Betreuung der leichter Behinderten kostengünstigeren (d.h. personalsparenden) kleineren Einrichtungen, oder aber verstärkt den Familien zu überlassen. Der in Aussicht gestellte notwendige Ausbau flankierender Maßnahmen und ambulanter Dienste unterbleibt aus Kostengründen.

Eine gute Darstellung dieser Reformstrategie geben für die USA-Verhältnisse Baxter und Hopper[13]. Bei nüchterner Betrachtung läuft die Reform in Italien nach dem gleichen Muster ab. Die Bettenzahl der per Gesetz verbotenen öffentlichen Großeinrichtungen wurde drastisch reduziert, die vorgesehenen ambulanten Dienste dagegen nur modellartig ausgebaut, so daß sie — betrachtet man die Verhältnisse im ganzen Land — nur eine Alibifunktion erfüllen können. Die entstehenden Mißstände sind Anregung für einen „privaten Markt", der sich weitgehend der staatlichen Kontrolle entzieht. In den verbotenen Großeinrichtungen leben weiterhin Tausende von Behinderten und psychisch Kranken völlig perspektivlos unter Bedingungen, die die Bezeichnung „brutale Realität" verdienen. Unter dem Strich hat sich diese Reform für den Staat rentiert. Die gefährliche Kostensteigerung im stationären Sektor wurde gebremst, das öffentliche Ärgernis — die unmenschlichen Zustände in den Großeinrichtungen — der öffentlichen Aufmerksamkeit entzogen und die Ungeduld der Reformwilligen mit vagen fortschrittlichen Versprechungen abgesättigt.

Daß diese staatlichen Sparstrategien Tradition haben, belegen folgende Zitate aus dem 1885 erschienenen Buch „Idiotophilus" von Heinrich Matthias Sengelmann[14]. Er setzt sich darin mit den von den Kommunen errichteten Armenhäusern auseinander, die als Alternativen zu den Anstalten eingerichtet wurden „... Manche haben eine Berechnungsweise für ihren Unterhalt, daß die Billigkeit der Unterhaltung der Insassen ans Fabelhafte grenzt. Aufgrund dieser Berechnung erscheinen die Unterhaltskosten, welche die Kommunen für manche ihrer Angehörigen in auswärtigen Anstalten zahlen, als exorbitante. Was Wunder, daß man sie in die eigenen Anstalten bringen will. Ob denselben dort ein Gebrechen anhaftet, das eine anderweitige Verpflegung fordert, kommt gar nicht in Betracht. Idioten, Geistesschwache, wenn sie nur nicht gemeingefährlich sind, werden in den Anstalten, wo sie bisher waren, gekündigt, um dem allgemeinen Landarmenhaus der Kommune zugeführt werden." Oder „...Auch bei der Überweisung in Privatpflege herrsche gemeiniglich die Rücksicht auf die Wohlfahrt der idiotischen Individuen nicht vor. Heute wurde dem finanziellen Billigkeitsprinzip mehr Rechnung getragen als der na-

heliegenden Erwägung, daß die Kosteneltern in ihrem eigenen Interesse die Pfleglinge begehrten und die Erfahrung bestätigte es zumeist, daß der Staat oder die Kommune auf diesem Wege mehr zur Förderung des Blödsinnes als zu seiner Abhilfe getan hatte".

Der DGSP-Behindertenausschuß wird solange seine Möglichkeiten nicht einbringen können, wie er mit schwärmerischer Radikalität an der aktuellen sozialpolitischen Situationen vorbeiagiert und keine Sensibilität für die Fragen entwickelt, um was er und mit wem er in dieser konkreten Situation kämpfen muß, damit die Lebensbedingungen für geistig Behinderte nicht auf das Niveau der Vor-Enquête-Ära zurückfallen. Diese Überlegungen aber werden z.Z. nicht angestellt.

Zu Zeiten massiven Sozialabbaues kann man von staatlichen Reformplänen nichts anderes erwarten als finanzielle Einsparungen. Jede Maßnahme muß daher überprüft werden, ob sie wirklich zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen von Behinderten führt. Es ist für mich vorstellbar, daß unter günstigen Bedingungen mit *erheblichem* personellen und finanziellen Aufwand auch der von Wunder vorgeschlagene Weg der Integration geistig Behinderter nach skandinavischem Vorbild zu Lösungen führt, die mit dem „Ort zum Leben" Konzept vereinbar sind. Unvorstellbar scheint es mir allerdings, daß in der nächsten Zeit die hierfür notwendigen Mittel bereitgestellt werden. Alles andere aber wäre eine Reform nach dem oben aufgezeigten Muster mit der Konsequenz einer Verschlechterung der Lebensbedingungen für geistig Behinderte.

In der aktuellen Situation ist nach meiner Ansicht eine konservative Strategie nötig: Das, was in den letzten Jahren an Fortschritten in und außerhalb der Anstalten erreicht wurde, muß verteidigt werden. Dazu gehört, daß man die Verteufelung der Großeinrichtungen durch eine differenziertere Sichtweise ersetzt. Wenn diese Kontroverse hierzu einen Beitrag geliefert hat, war sie nicht nutzlos.

Erst für eine längerfristige Reformstrategie wäre es dann notwendig zu überprüfen, inwieweit der von mir bevorzugte Weg Orte zum Leben für geistig Behinderte über Umwandlung von Anstalten zu schaffen, realistisch ist. Möglicherweise stößt man hierbei auf unüberwindliche Hindernisse, die ich hauptsächlich in dem Verhältnis Staat und freier Träger und in der institutionellen Behindertenhilfe überhaupt sehe. Ich schließe nicht aus, daß Wunder mit seiner skeptischen Einschätzung der Realisierbarkeit am Ende Recht behält. Auf der anderen Seite wird sein Weg, soll er zum gleichen Ziel führen, auf Schwierigkeiten stoßen, die *mindestens* genauso schwer zu überwinden sein werden.

Anmerkungen

1 Wunder, M. „Die Anstalt — Ein Ort zum Leben? Gedanken zur Wiederentdeckung der Vorteile von Großeinrichtungen". In diesem Band.

2 Gaedt, Chr.: „Einrichtungen für Ausgeschlossene oder ‚Ein Ort zum Leben' Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter": Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 7, S. 96-109, AS 73, Argument Verlag, 1981
derselb.: „Normalisierung und Integration. Orientierende Begriffe bei der Reform von Einrichtungen für geistig Behinderte in: Forum Kritische Psychologie Bd. 11, S. 152-169, AS 93, Argument Verlag, 1983

3 Ich gebrauche den Begriff „Anstalt" entsprechend dem gängigen Sprachgebrauch in seiner eingeengten Bedeutung und verstehe darunter also Großeinrichtungen für Behinderte mit einem hohen Grad an Zentralisierung der Verwaltung, der Personalhierarchie und der Versorgungseinrichtung.

4 Nach Angaben des statistischen Bundesamtes nahmen sich 1977 13.926 Menschen das Leben. Im Zeitraum von 1968-1977 waren es 129.000 Menschen, was der Einwohnerzahl einer kleinen Großstadt entspricht.

5 In der Altersgruppe von 15-20 J. stieg die Häufigkeitsziffer (bezogen auf 100.000 Einwohner) von 1968 bis 1977 von 8,8 auf 11,7; für die Altersgruppe von 10-15 ergab sich für den gleichen Zeitraum ein Anstieg von 1,5 auf 1,9 (Angaben des Statistischen Bundesamtes)

6 DGSP Rundbrief Nr. 16, Sept. 81

7 ebenda

8 ebenda

9 1979 haben die Bundesbürger ca. 3 Mrd. Schmerztabletten eingenommen (ohne Krankenhausmedikation) (Coper, H.; XI Medicinale, Iserlohn, 1981) Unter den 25 am meisten verkauften Medikamenten waren 1979 6 Schmerzmittel (auf den Plätzen 1, 2, 6, 8, 9, und 25) mit insgesamt 52,5 Mill. verkauften Packungen (arzneimitteltelegramm 10/80); 1974 wurden in der BRD 180 Tonnen Dipyron (= Metamizol = Novalgin) verkauft (arzeimittel-telegramm 1/81); von den 10 führenden Schlafmitteln wurden in einem Jahr 39 Mill. Packungen für 326 Mill. DM verkauft (arzneimittel-telegramm 12/81); pro Jahr (1980/81) wurden allein von den Benzodiazepinen (als Beispiel für Tranquilizer) 30 Mill. Packungen im Wert von 448 Mill. DM verkauft (arzneimittel-telegramm 9/81).

10 Als Individualitätsformen hat Seve eine nach gesellschaftlichen Erfordernissen abgestimmte Bündelung von Eigenschaften, also Fähigkeiten, Einstellungen bezeichnet (Seve, L.: Marxismen u. Theorie der Persönlichkeit. Marxistische Blätter, Frankfurt/M., 1972)

11 „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD", Bundestagsdrucksachen 7/4200 und 7/4201

12 Als Standardwerk gilt immer noch das Buch „Asylums" von Erving Goffmann (Pelikan Brok Nr. 1402/0075; Anchor Books, 1961)

13 Baxter, E. u. Hopper, K.: „Pathologie der Umgebung und psychische Störungen. Leben in der Gemeinde für ehemalige Patienten in New York" in: Jahrbuch für Kritische Medizin 7, S. 110-128, AS 73, Argument Verlag, 1981

14 Sengelmann, Heinrich Matthias: „Idiotophilus" (1885), zitiert aus der originalgetreuen Wiedergabe mit dem Titel: H.M. Sengelmann — Sorgen für geistig Behinderte, Friedrich Wittig Verlag, Hamburg 1975, Seiten 165 und 345.

Baader, Gerhard, Dr. phil., Professor für Medizingeschichte, geb. 1928 in Wien, seit 1967 Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Sozialgeschichte der Medizin des Dritten Reichs; Alte Medizin

Bamberg, Eva, Diplompsychologin, geb. 1951, wiss. Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der TU Berlin. Arbeitsgebiete: Erwachsenenbildung, Arbeitswissenschaften.

Bartholomeyczik, Sabine, Dr. rer. pol., geb. 1944; wiss. Angest. im Inst. für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes. V.: Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten. A.: Soziale und psychische Bedingungen von Krankheiten, Frauengesundheitsforschung; Berufe des Gesundheitswesens

Horst Czock, geb. 1939, Diakon und Sozialpädagoge, seit 1969 in der Arbeiterbildungsarbeit tätig. ÖTV-Mitglied.

Ellinger, Sybille, geb. 1954, Dipl.-Psych., wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Projekten „Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen" sowie „Medikamentengebrauch und frauenspezifische Konfliktsituationen" am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Hamburg

Gaedt, Christian, Dr. med., geb. 1939, Psychiater, Leitender Arzt der Neuerkeröder Anstalten, Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift Das Argument.

Göpel, Eberhard, geb. 1947, Dr. med., wiss. Mitarbeiter am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkt: Theoretische Grundlegungen einer Gesundheitswissenschaft.

Jansen, Birgit, geb. 1959, Studentin der Psychologie in Marburg, Mitglied der Argument-Frauenredaktion

Kabus, Lothar, geb. 1934, Krankenpfleger mit über 20jähriger Berufstätigkeit, Studium im Rahmen des Modellstudienganges „Lehrer der Kranken- und Kinderkrankenpflege (Diplom) an der FU Berlin, z.Zt. beschäftigt auf einer Intensivstation im Klinikum Steglitz, Berlin

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.

Keupp, Heiner, geb. 1943; Prof. Dr., arbeitet am Institut für Psychologie an der Universität München. Arbeitsschwerpunkte: Psychiatriereform, Gemeindepsychologie, Devianzforschung.

Mohr, Gisela, Diplompsychologin, geb. 1950, wiss. Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der FU Berlin. Arbeitsgebiete: Erwachsenenbildung, Arbeitswissenschaft, psychische Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, Psychotherapie.

Nemitz, Barbara, Dr. med., geb. 1949; Ärztin, Fachgebiet Arbeitsmedizin. V.: Arbeit und Gesundheit (2 Kurseinheiten für die Fernuniversität Hagen, 1982); div. Aufsätze zur Arbeitsmedizin; Frauenformen, AS 45 (Mitautorin 1980); Frauenformen 2, AS 90 (Mitautorin 1983). A.: Arbeitsmedizin, Frauenbewegung. Mitglied in der ÖTV, Sozialistischer Frauenbund Westberlin (SFB/W)

Pfeiffer, Robert, Dr. med., geb. 1949; Assistenzarzt am Allg. Krankenhaus Barmbek in Hamburg, Vorstand Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV in Hamburg

Pfeil-Schley, Vera, geb. 1951, Sozialpädagogin, 1979-82 Leiterin der Sozialstation Barmbek-Nord und Lehrbeauftragte am Fortbildungswerk des DGB, Hamburg. Arbeitsgebiete: Aus- und Weiterbildung von Berufen im Gesundheits-und Sozialwesen. Fortbildung und Supervision von Mitarbeitern in Altenpflegeheimen.

Stark, Wolfgang, geb. 1954; Dipl.-Psych., arbeitete an einem Therapieforschungsprojekt am Max-Planck-Institut für Psychiatrie mit, gegenwärtig Promotionsprojekt über Primäre Prävention psychischer Störungen.

Wunder, Michael, Dipl.-Psych., geb. 1952, arbeitet in den Alsterdorfer Anstalten Hamburg, engagiert im Gesundheitsladen Hamburg und in der Fachgruppe Gesundheit der GAL

Kritisches Wörterbuch des Marxismus

herausgegeben von Georges Labica
unter Mitarbeit von Gérard Bensussan
Herausgeber der dtsch. Fassung
Wolfgang Fritz Haug
Titel der Originalausgabe
Dictionnaire Critique du Marxisme
Presses Universitaires de France, Paris 1982
ISBN 3-88619-033-1

Im Oktober 1983 erschien der erste Band der deutschen Ausgabe des **Kritischen Wörterbuchs des Marxismus.** Das Gesamtwerk soll bis Ende 1985 geschlossen vorliegen. Es wird aus zwei Teilen bestehen:

1. Die deutsche Übersetzung des **Dictionnaire critique du marxisme**, das 1982 von Prof. Georges Labica (Universität Paris X) unter Mitarbeit von Gérard Bensussan im Verlag der **Presses universitaires de France** herausgegeben worden ist. Die Übersetzung beruht auf der in Vorbereitung befindlichen verbesserten und wesentlich erweiterten zweiten Auflage. Sie erscheint in 7 Bänden zu je ca. 200 Seiten bis Ende 1984. Über 60 marxistische Wissenschaftler Frankreichs, aus unterschiedlichen Generationen und von unterschiedlicher politischer Orientierung, bearbeiten über 400 Begriffe der marxistischen Theorie.

2. Im Anschluß sollen 2 bis 3 **Ergänzungsbände zur deutschen Ausgabe** erscheinen. Die behandelten Stichwörter werden teils Lücken des französischen Werks ausfüllen, teils ergänzende Aspekte zu bereits behandelten Stichwörtern hinzufügen. Das Konzept der Ergänzungsbände ist noch in Entwicklung. Anregungen sind willkommen.

Das Subskriptionsangebot gilt bis 30. September 1984. Die Subskription verpflichtet zur Abnahme des Gesamtwerks.

Ausgabe in frz. Broschur: Subskription 19,80 DM pro Band (später 24,-).
Leinenausgabe: 29,80 DM (später 34,-).

Pressestimmen

»Dieses Wörterbuch bereichert beträchtlich die verfügbaren Mittel einer seriösen Kenntnis des Maxismus.« Lucien Sève in »Le Monde«

»... liest sich so spannend wie ein Geschichtsbuch.« Libération

»Kurz, eine Summe, die man unbedingt in den Händen haben muß, wenn man die Welt des Marxismus verstehen will. Nicht nur ein Wörterbuch, sondern ein Ganzes, das es bis heute noch nicht gab.« La gazette

»... ein unentbehrlicher Instrumentenkasten für die 80er Jahre« Frieder O. Wolf in »Moderne Zeiten«.

Fordern Sie den ausführlichen Sonderprospekt zum Kritischen Wörterbuch des Marxismus an.

ARGUMENT-Verlag, Tegeler Str. 6, D-1000 Berlin 65, Tel. 030/4619061

ARGUMENT-SONDERBÄNDE (AS)
Die Taschenbuch-Reihe im ARGUMENT-Verlag

AS 1/1 Argument-Reprint 1-17; 8,00 DM
AS 1/2 Argument-Reprint 18-21; 8,00 DM
AS 2 Gewerkschaften im Klassenkampf
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; 18,50 DM/15,- f.Stud.
AS 8 Jahrbuch für kritische Medizin 1
AS 9 Versuche kritischer Anglistik; Gulliver 1
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 der Lohnarbeit? Zum Kampf um die Arbeitsbedingungen
AS 15 Kritische Psychologie II, hrsg. v. Klaus Holzkamp
AS 16 Probleme der materialistischen Staatstheorie; Staat und 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; 18,50 DM/f.Stud. 15,- DM
AS 21 Reformpädagogik und Berufspädagogik; Schule und Erziehung VI
AS 22 USA im Jahre 201; Gulliver 3
AS 23 Massen/Kultur/Politik
AS 24 Angewandte Musik 20er Jahre
AS 25/26 Habermas - Darstellung und Kritik seiner Theorie, v. B. Tuschling; 33,60 DM/f.Stud. 27,60 DM
AS 27 Jahrbuch für kritische Medizin 3
AS 28 Forum Kritische Psychologie 3, hrsg. v. Klaus Holzkamp
AS 29 Die roten 30er Jahre; Gulliver 4
AS 30 Soziale Medizin VIII
AS 31 Projekt Automation und Qualifikation III: Theorien über Automationsarbeit
AS 32 Gesellschaftsformationen in der Geschichte
AS 33 Englisch: Unterrichts- und Studienreform; Gulliver 5
AS 34 Forum Kritische Psychologie 4, hrsg. v. Klaus Holzkamp
AS 35 Alternative Wirtschaftspolitik: Methodische Grundlagen
AS 36 Staatsmonopolistischer Kapitalismus; Staat und Monopole III
AS 37 Jahrbuch für kritische Medizin 4
AS 38 30 Jahre Bildungspolitik; Schule und Erziehung VII
AS 39 Shakespeare inmitten der Revolutionen; Gulliver 6
AS 40 Projekt Ideologie-Theorie: Theorien über Ideologie
AS 41 Forum Kritische Psychologie 5, hrsg. v. Klaus Holzkamp
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
AS 46 Literatur und Politik in Irland. Sean O'Casey; Gulliver 7
AS 47 Materialistische Kulturtheorie und Alltagskultur
AS 48 BdWi-Gesundheitstagung 1979; Jahrbuch für kritische Medizin 5
AS 49 Handlungsstrukturtheorie; Forum Kritische Psychologie 6
AS 50 Aktualisierung Brechts
AS 51 Sozialliberalismus oder rechter Populismus?
AS 52 Alternative Wirtschaftspolitik 2: Probleme der Durchsetzung
AS 53 Jahrbuch für Kritische Medizin 6
AS 54 Materialistische Wissenschaftsgeschichte: Evolutionstheorie
AS 55 Projekt Automation und Qualifikation V: Automationsarbeit, Empirie 2
AS 56 Alternative Umweltpolitik
AS 57 Commonwealth und Dritte Welt; Gulliver 8
AS 58 Die Wertfrage in der Erziehung; Schule und Erziehung VIII
AS 59 Therapie; Forum Kritische Psychologie 7
AS 60 Projekt Ideologie-Theorie: Faschismus und Ideologie 1
AS 61 Selbstverwaltung, Internationale Sozialismus-Diskussion 1
AS 62 Projekt Ideologie-Theorie: Faschismus und Ideologie 2
AS 63 Entstehung der Arbeiterbewegung
AS 64 Prävention — Gesundheit und Politik; Soziale Medizin IX
AS 65 »Zweite Kultur« in England, Irland, Schottland, USA; Gulliver 9