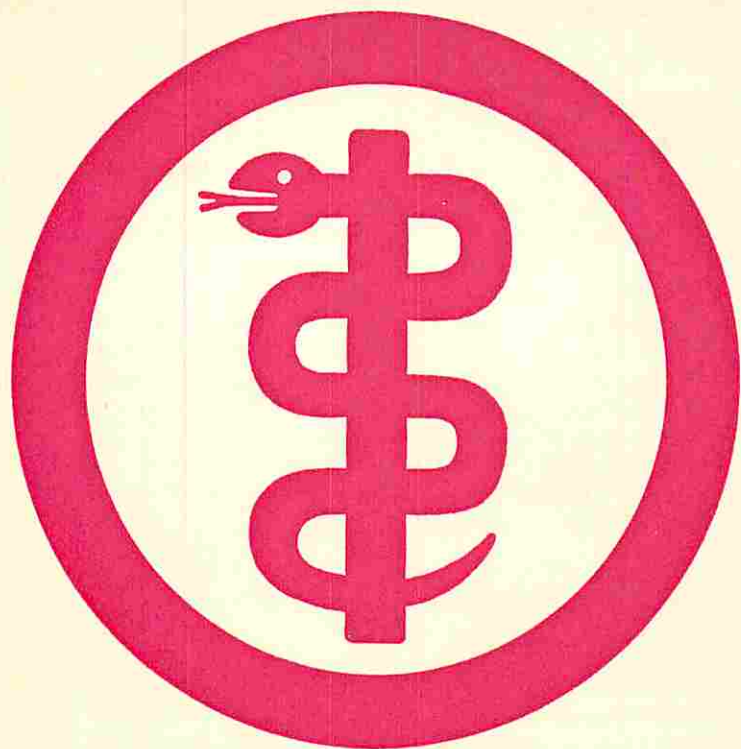


**ENTWICKLUNG & STRUKTUR
DES GESUNDHEITSWESENS**



**DAS
ARGUMENT
AS 4**

DAS ARGUMENT

Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften

Herausgeber:

Wolfgang Fritz Haug

Ständige Mitarbeiter:

Wolfgang Abendroth (Frankfurt/Main), Wilhelm Alff (Bremen), Günther Anders (Wien), Hans Dieter Boris (Marburg), Frank Deppe (Marburg), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt/Main), Bruno Frei (Wien), Peter Furth (Berlin/West), Manfred Hahn (Bremen), Heinz-Joachim Heydorn (Frankfurt/Main), Dieter Hirschfeld (Berlin/West), Klaus Holzkamp (Berlin/West), Urs Jaeggi (Berlin/West), Baber Johansen (Berlin/West), Lars Lambrecht (Hamburg), Thomas Metscher (Bremen), Reinhard Opitz (Köln), Kurt Steinhaus (Marburg), Rolf Tiedemann (Frankfurt/Main), K. H. Tjaden (Marburg), Erich Wulff (Gießen)

Verlagsleitung und Anzeigen:

Dr. Christof Müller-Wirth, 75 Karlsruhe 21, Postfach 21 0730,
Telefon 0721 / 55 59 55, Fernschreiber 7 825 909

Redaktion:

Sibylle Haberditzl, Frigga Haug, Dr. W. F. Haug, Dieter Krause, Prof.
Dr. Friedrich Tomberg, Gerhard Voigt

Redaktion dieses Bandes:

Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Dr. med. Christian Gaedt, Holm Gottschalch, Frigga Haug, Christof Ohm, Dr. med. Udo Schagen, Dr. med. Wolfram Voigtländer

Redaktionssekretär:

Rolf Nemitz

Redaktionsanschrift: 1 Berlin 33, Altensteinstraße 48 a

Telefon: 030 / 8 31 49 15

Georg Haug

Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V)

Georg Hauß

11 Sep. 1977



ISBN 3-920037-00-6

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1974. Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten. Gesamtherstellung: C. F. Müller, Großdruckerei und Verlag GmbH, 75 Karlsruhe 21, Rheinstraße 122. Gestaltung: Hans Förtisch und Sigrid von Baumgarten. — Viertachzeit. 1. bis 8. Tausend: Juli 1974.

Aufsätze

Editorial

- Christian Gaedt und Udo Schagen
Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung 1

Wilhelm Thiele

- Zum Verständnis von Ärzteschaft und Krankenkasse 1883 bis
1913 19

Siegfried Parlow und Irina Winter

- Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die
Krankenkassen in der Weimarer Republik 46

Michael Berger

- Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht. Zur Verhinde-
rung der Reform des Kassenarztes in den Westzonen nach
1945 73

Hans See

- Zur politischen Ökonomie der Gesetzlichen Krankenversiche-
rung 94

Dorothee Löber

- Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Struk-
turenreform 119

Hans Mausbach

- Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen
Ärzteschaft 152

Tudor Hart

- Von Quacksalbern zum Staatlichen Gesundheitsdienst. Ge-
schichte der ambulanten Versorgung in England 164

Ingeborg Simon

- Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker 188

Heinz-Harald Abholz

- Gesundheitsstand und soziale Lage. Daten aus Westberlin 206

Peter Riedesser

- Militär und Medizin. Materialien zur Kritik der Sanitätsmedi-
zin am Beispiel der Militärpsychiatrie 231

Initiativkreis „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“

- Auswirkungen des faschistischen Putsches auf das Gesundheits-
wesen in Chile 280

Besprechungen

Medizin und Arbeit

- Edholm, Otto Gustav: Probleme der Arbeitswissenschaft (U. Schagen)* 294
- Deppe, Hans-Ulrich: Industriearbeit und Medizin (H.-H. Abholz)* 295
- Diehr, Dieter, u. a.: Untersuchung der wirtschaftlichen Auswirkungen werksärztlicher Tätigkeit. Möglichkeiten der Produktivitätssteigerung (H.-H. Abholz)* 296

Ausbildung und Entwicklung

- Cronbach, Lee J.: Einführung in die pädagogische Psychologie (L. Bernath)* 298
- Bruner, Jerome S.: Studien zur kognitiven Entwicklung (T. Naatz)* 299

Psychiatrie und Umwelt

- Helm, Johannes, u. I. Frohburg (Hrsg.): Psychotherapieforschung (R. Seidel)* 302
- Spitzer, Stephan P., Norman K. Denzin (Hrsg.): The Mental Patient (H. Keupp)* 304
- Rogow, Arnold A.: The Psychiatrists (N. Schmacke)* 306
- Matussek, Paul, u. a.: Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen (P. E. Kalb)* 308
- Böcker, Felix: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt (K. Böker)* 311
- Kurzeja, Dieter: Jugendkriminalität und Verwahrlosung (U. Stuberger)* 312

Psychoanalyse

- Beutin, Wolfgang (Hrsg.): Literatur und Psychoanalyse (R. Leusing)* 313
- Bateson, Gregory (Hrsg.): Perceval's Narrative (K. Laermann)* 315
- Erikson, Erik H.: Gandhis Wahrheit. Über den Ursprung der militanten Gewaltlosigkeit (I. Bindseil)* 316
- Enzensberger, Christian: Größerer Versuch über den Schmutz (K. Laermann)* 319
- Deutsch, Helene: Confrontations with Myself (K. Laermann)* . . 322

Editorial

Christian Gaedt und Udo Schagen

Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung?

Am 9. April 1974 veröffentlichen die Bundesverbände der Orts- und der Betriebskrankenkassen „Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen“¹. In der sechzigseitigen Broschüre werden Forderungen aufgestellt, mit deren Verwirklichung alle Privilegien der niedergelassenen Ärzteschaft ein Ende haben werden: Die Niederlassungsfreiheit wird abgeschafft — die Verteilung der Arztsitze wird durch einen Bedarfsplan geregelt; die Möglichkeit zur Verweigerung der Behandlung von Sozialversicherten wird beseitigt — alle Ärzte können zur kassenärztlichen Versorgung dienstverpflichtet werden; das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung zur ambulanten Behandlung wird aufgehoben — die Krankenkassen erhalten das Recht, die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung entscheidend mitzubestimmen; das Privileg, im Vergleich zur erbrachten Leistung unverhältnismäßig hohe Einkommen erzielen zu können, wird den Ärzten genommen — die Honorarentwicklung soll sich an vergleichbaren Berufen orientieren².

1 Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, und Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen: Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen. 9. April 1974. Im folgenden abgekürzt: Grundsätze, a.a.O.

2 Für den Durchschnitt aller niedergelassenen Ärzte werden für 1973 nach Abzug der Praxiskosten als Reinerlös vor Steuern 137 000.— DM angegeben (1971 waren es noch 115 600.— DM). Das ist etwa das Drei- bis Vierfache dessen, was angestellte Ärzte verdienen. Der angegebene Mittelwert schwankt allerdings für die einzelnen Facharztgruppen zwischen — 36 % und + 62 %. Haut- und Kinderärzte, Ärzte mit wenig Geräteleistungen, verdienen am wenigsten, Augenärzte und Röntgenologen, Ärzte mit viel Geräteleistungen, verdienen am meisten. Auch das Alter der Ärzte spielt eine beträchtliche Rolle, sind doch z. B. noch fast 50 % der über 70jährigen Ärzte in eigener Praxis tätig. Die älteren Ärzte üben ihre Tätigkeit meist nur noch eingeschränkt aus, ihre Zahl geht aber voll in die Berechnung der Durchschnittswerte ein. Angaben über die Verdienste der niedergelassenen Ärzte nach Berechnungen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: euromed, 14 (1974), Heft 1, S. 28. Angaben über die Berufstätigkeit älterer Ärzte nach: Josef Stockhausen: Der ärztliche Beruf in der Bundesrepublik Deutschland 1973, Köln 1973.

Die Bundesverbände der Orts- und Betriebskrankenkassen vertreten etwa zwei Drittel der Sozialversicherten³. In ihren Selbstverwaltungsgremien sitzen paritätisch Arbeiter- und Unternehmervertreter. Gerade daraus ergibt sich die Bedeutung der Stellungnahme. Es ist kaum vorstellbar, daß die höchsten Gremien der Krankenkassen ohne Absprachen mit den Gewerkschaften und den Unternehmerverbänden sowie mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung derartig radikale Vorstellungen veröffentlichen könnten, auch wenn Vertreter der Krankenkassen jetzt sagen, die Reformvorstellungen seien nicht so „apodiktisch“ gemeint, sondern sollten lediglich „ein Diskussionspapier“ sein⁴.

Diese Reformvorschläge wurden in der Öffentlichkeit sofort als das begriffen, was sie in der Tat auch sind: eine Kriegserklärung an die niedergelassenen Ärzte und ihre Verbände. In der Presse wurden sie als „Kriegspapier“ dem „Friedenspapier“⁵ von 1972 gegenübergestellt. Der Hartmannbund sah den „sozialen Frieden“ gef hrdet⁶. Die ärztliche Standespresse geriet angesichts der Autoren der Reformvorschläge in Schwierigkeiten mit der sonst so bewährten Methode, Reformvorschläge als „sozialistisch“ zu entlarven und ihnen mit antikomunistischen Tiraden zu begegnen⁷. Die Zeitschrift

3 Zahlen für 1969 finden sich z. B. bei Hans Schaefer, Maria Blohmke: Sozialmedizin, Stuttgart 1972, S. 370

4 Stellungnahme aus Kreisen der Ortskrankenkassen zu den „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen  rztenschaft, 1974, in: Frankfurter Rundschau vom 28. 5. 74, S. 4.

5 In diesem „Friedenspapier“ (Essener Papier) verpflichteten sich die Kassenverbände und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter anderem dazu, nur nach gegenseitiger Rücksprache Reformvorstellungen an die Öffentlichkeit weiterzugeben. Der Bundesverband der Ortskrankenkassen hatte allerdings diese Passage nicht unterschrieben.

6 dpa, Sozialpolitische Nachrichten, 15/74, S. 8

7 Siehe dazu z. B.: Hans Wolf Muschallik: Selbstvertrauen auch in schwierigen Zeiten, Deutsches Ärzteblatt 71 (1974), Heft 17, S. 1205—1208. Der erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung f hrt in diesem Artikel u. a. folgendes aus: „Bei der ersten Durchsicht der ‚Grundsätze und Forderungen‘ der BdO- und BdB-Bundesverbände könnte man symbolisch an eine Art ‚Berliner Mauer‘ denken, hinter die man die Kassenärzte ‚sperrt‘ und mit der man jedes ‚Entkommen‘ — etwa durch Aufgabe der Kassenzulassung — verhindern will!“ Wenn dieser infame Vergleich auch aus der schier unerschöpflichen Spruchsammlung des Kalten Krieges kommt, so ist hier doch in einer Art unbewußter Wahrheitsfindung die Gleichheit der sich auch unter den Bedingungen gegensätzlicher Produktionsverhältnisse vollziehenden Entwicklung in Richtung auf die notwendige Zurückdrängung von Partialinteressen zugunsten des Allgemeininteresses ausgedrückt. Ähnlich wie in der DDR der Flucht aus der gesellschaftlichen Verantwortung um der Erlangung so nah scheinender persönlicher Vorteile willen ein Riegel im Interesse der Allgemeinheit vorgeschoben wurde, ähnlich soll hier dem besonderen Interesse der  rztenschaft zugunsten der besseren Gesundheitsversorgung der Allgemeinheit nicht länger Opfer gebracht werden. Durch Polemik, z. B. Muschallik-scher Art, die für die Standespressee charakteristisch ist, wird den Ärzten der Weg zur Analyse der eigenen Lage versperrt.

„status“ sucht nach Drahtziehern und findet sie im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung⁸. Daß eine Absprache über den Inhalt der Kassenforderungen stattgefunden hat, ist sicher, denn Walter Ahrendt ist als Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die oberste Aufsichtsbehörde für die RVO-Kassen⁹. Das Unternehmerorgan „der arbeitgeber“, das sonst auf sozialpolitische Stellungnahmen sehr empfindsam reagiert, blieb stumm. Von den Gewerkschaften erhielten die Autoren lobende Worte¹⁰.

Die Deutlichkeit der Stellungnahme der Krankenkassen und letztlich auch die Schärfe in der Erwiderung der Gegner findet ihre Erklärung in dem Streitwert, der hier zur Diskussion steht: den Kosten für die Gesundheit. Diese sind in einem Ausmaß gestiegen — und weitere Steigerungen mit ähnlicher Progression gelten als sicher —, daß sich kaum Vergleiche mit anderen Bereichen öffentlicher Ausgabenpolitik anstellen lassen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1:

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mrd. DM¹¹

	1965	1973
Arzneimittel	2,4	6,5
Ambulante ärztliche Behandlung	3,2	8,3
Krankenhausbehandlung	2,9	11,3

Die Steigerungsraten 1972/73 liegen für Arzneimittel bei 14 %, für ambulante ärztliche Behandlung bei 10 % und für Krankenhausbehandlung sogar bei 22 %¹². Gegenüber Kosten von DM 153.— pro Krankenhauspflegetag im Jahre 1973 werden die Kosten für einen Pfllegetag im Jahre 1985 auf DM 620.— geschätzt¹³.

Die Ausgabensteigerung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt und der relative Anteil dieser Ausgaben am Bruttosozialprodukt wird aus der Tabelle 2 deutlich.

8 status, Unabhängige Zeitschrift für Ärzte, Berufspolitische Nachrichten, Wirtschafts- und Finanzformationen, 6 (1974), Heft 7, S. 10.

9 RVO = Reichsversicherungsordnung. Zu den RVO-Kassen gehören neben den Herausgebern der Studie noch die Innungskrankenkassen, die Landkrankenkassen und die Seekasse.

10 Welt der Arbeit, Nr. 16 vom 19. 4. 1974, ÖTV-Dialog, Nr. 5/74, S. 2.

11 Zitiert nach Schaefer, a.a.O., S. 278, und Hans-Georg Wolters: Perspektiven der Gesundheitspolitik, Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 113 vom 19. September 1973, S. 1119—1123.

12 Wolters, a.a.O., S. 1121.

13 Angaben nach einer Schätzung des Prognos-Instituts, Basel. Nach: Frankfurter Rundschau, Nr. 119 vom 25. 4. 1974, S. 25.

Tabelle 2:

Entwicklung der absoluten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und relativer Anteil am Bruttosozialprodukt ¹⁴

1950	2,5 Mrd. DM	2,6 %
1960	9,8 Mrd. DM	3,2 %
1967	19,7 Mrd. DM	4,0 %
1972	37,0 Mrd. DM	4,5 %
1973	42,7 Mrd. DM	4,6 %
1977	66,7 Mrd. DM	5,1 %

Andere Experten schätzen den Anteil am Bruttosozialprodukt für 1977 sogar in einer Größenordnung von 6,3 % ein ¹⁵.

Die Gesamtaufwendungen für die Gesundheitssicherung stellen allerdings noch einen wesentlich über die Aufwendungen für die Gesetzliche Krankenversicherung hinausgehenden Betrag dar. Zu den für 1973 schon genannten 42,7 Mrd. DM kommen noch weitere Aufwendungen in Höhe von 38,3 Mrd. DM ¹⁶, die innerhalb der Funktionsgruppe Gesundheit des Sozialbudgets ¹⁷ veranschlagt werden. Hierin sind noch nicht einmal die Aufwendungen für die private Krankenversicherung, 1973 etwa 5,7 Mrd. DM ¹⁸ sowie die direkt an Ärzte, Apotheken und sonstige Stellen von Personen geleisteten Zahlungen, 1966 schon etwa 2,5 Mrd. DM, enthalten ¹⁹. Ohne diese „rechnet die Bundesregierung (für das Jahr 1973) mit 81,0 Mrd. DM und am Ende des mittelfristigen Vorausschätzungszeitraumes 1977 mit 121,7 Mrd. DM. Für den Zeitraum von 1973 bis 1977 entspricht diese Entwicklung einer Zunahme um 50,2 vH bzw. einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um 10,7 vH“ ²⁰.

¹⁴ Sozialbudget 1971, BT-Drucks. VI/2155; Sozialbudget 1973, Entwurf, zitiert nach: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung, Köln 1973, S. 58. Die Studie wird im folgenden abgekürzt als „Bundesvereinigung ...“ zitiert.

¹⁵ Wolters, a.a.O., S. 1120.

¹⁶ Sozialbudget 1937, Entwurf, zit. n. Bundesvereinigung ..., a.a.O., S. 56

¹⁷ Die Funktionsgruppe Gesundheit umfaßt die Gesamtaufwendungen für Vorbeugung, Krankheit, Arbeitsunfall und Invalidität von Rentenversicherung, Krankenversicherung, Entgeltfortzahlung, Öffentlichen Dienst, Arbeitgeberleistungen, Sozialhilfe, Unfallversicherung, Pensionen und Beihilfen, Steuerermäßigungen. S. dazu z. B.: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1972, Bonn 1971, S. 91 ff.

¹⁸ Die private Krankenversicherung im Jahre 1967, Rechenschaftsbericht, zit. n. Bundesvereinigung ..., a.a.O., S. 55.

¹⁹ Sozialbudget — Sozialplanung; Gutachten eines Arbeitskreises der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Bonn 1971, S. 223, zit. n. Bundesvereinigung ..., a.a.O., S. 55.

²⁰ Bundesvereinigung ..., a.a.O., S. 56.

Krankenkassen unter steigendem Kostendruck

Steigende Kosten bei unzureichender Gesundheitssicherung kennzeichnen also die gesundheitspolitische Misere, die inzwischen ein Ausmaß erreicht hat, das die sozialpolitischen Fronten zusammenbrechen läßt. Signal für diese neue Phase der Diskussion ist die Veröffentlichung der oben genannten Stellungnahme der Bundesverbände der Orts- und Betriebskrankenkassen.

Die Krankenkassen sind in Zugzwang geraten. Die von der Bundesregierung durchgeführten und angestrebten Reformen im Gesundheitswesen führen zunächst einmal zu einer Umverteilung der Kosten. Dabei wird die Tendenz deutlich, die sprunghaft steigenden Kosten auf die Krankenkassen abzuwälzen. Die öffentlichen Geldgeber — Gemeinden, Länder und Bund — entziehen sich in zunehmendem Maße ihrer sozialen Verantwortung. Der Staat selbst und hinter ihm die Kapitalinteressen wollen damit das Steueraufkommen für andere Infrastrukturmaßnahmen und direkte Industriesubventionen freihalten. Der Bereich der finanziellen Zuständigkeit der Krankenkasse wird entsprechend ständig erweitert, ohne daß diese die Möglichkeit haben, im Interesse der Sozialversicherten für eine sinnvolle Verwendung der Gelder zu sorgen. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das die kostentreibenden Mißstände auf dem Gebiet der stationären und ambulanten Versorgung nicht beseitigt, aber über die neue Pflegesatzverordnung die Krankenkassen enorm belastet²¹. Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch bei der Versorgung chronisch Kranker und von Krankheiten im Alter²², die bisher aus dem von Steuermitteln getragenen Fonds der Sozialhilfe getragen wurden. Auch hier steht die Erweiterung der Zuständigkeit der Krankenkassen zur Diskussion, ohne daß diese

21 Ein Ansteigen der Krankenhauspflegesätze und damit auch der Krankenkassenbeiträge war bei Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch die darin festgelegte Art der Kostenaufteilung klar vorauszusehen. Die weitere Praxis im Zuge der Verwirklichung des KHG mußte jedoch erst zeigen, wie das Instrument der Planung im Bereich des Krankenhauswesens eingesetzt wurde. Das erklärte Ziel des KHG, „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten“, war z. B. von den Gewerkschaften begrüßt worden. Die Planung, wie sie in den zwischenzeitlich vorgelegten Landeskrankenhausbedarfsplänen erfolgt ist (s. hierzu vor allem die Auseinandersetzungen um den vom Westberliner Senat vorgelegten Bedarfsplan), hat jedoch gezeigt, daß nicht eine Umstrukturierung des Krankenhauswesens entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung eingeleitet wird. Eine unwissenschaftliche Planung muß hier vielmehr dazu herhalten, das eigentliche Ziel zu verschleiern, nämlich Einsparungen und Umverteilungen zuungunsten der Sozialversicherten vorzunehmen. S. dazu auch den Aufsatz von D. Löber in diesem Band.

22 Dazu: Hans Anger u. a., Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe. Köln, Mai 1974.

auf eine strukturelle Reform auf diesem Gebiet Einfluß nehmen könnten.

Die unter Kostendruck gesetzten Krankenkassen werden sich nun ihrer schwachen Verhandlungsposition bewußt, die sich aufgrund der konsequenten Standespolitik der Ärzteverbände in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat. Ihr erster Angriff richtet sich daher gegen diese Verbände. Forderungen zum Vertragsrecht gegenüber den Krankenhäusern und den „Lieferern von Arzneimitteln“ sind angekündigt²³.

Gesellschaftlicher Auftrag der Krankenkassen

Die Gesundheitssicherung ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, das nur durch eine gesamtgesellschaftliche Planung gelöst werden kann. Zu dieser Erkenntnis mußte auch die für diese Auseinandersetzung notwendige Neubestimmung auf die Funktion der Krankenkassen und ihrer Beziehungen zum Gesetzgeber einerseits und zu ihren Vertragspartnern andererseits führen. Sie ist versteckt in den „Grundsätzen“ zu finden, die den eigentlichen Forderungen vorangestellt sind. Während es bisher den Kassenärztlichen Vereinigungen gelungen war, in der Öffentlichkeit den Eindruck zu erwecken, daß sie Träger des gesellschaftlichen Auftrages seien und daß gerade dadurch eine optimale Leistungsfähigkeit des Systems garantiert sei, entlarven die Krankenkassen diesen Anspruch als Anmaßung und weisen der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte eine untergeordnete Funktion zu. So lautet der erste Grundsatz (Maxime A), der inhaltlich die Richtung für die anderen neun Grundsätze angibt:

„Der Gesetzgeber, der die Krankenkassen zur Gewährung von Naturalleistungen²⁴ verpflichtet, muß die Voraussetzungen schaffen, daß Regelungen zustande kommen (vor allem durch Vereinbarungen und Beschlüsse gemeinsamer Gremien) mit deren Hilfe die Ansprüche auf diese Leistungen erfüllt werden können.“

Mit diesem harmlos klingenden und leicht einzusehenden Grundsatz starten die Krankenkassen ihren Frontalangriff auf die Ärzteverbände. Damit sprengen die Autoren, ob sie es beabsichtigt haben oder nicht, das der Ideologie vom gesellschaftspolitischen Pluralismus entsprechende Konzept vom Interessenausgleich durch Verhandlungen gleichberechtigter Partner, ein Konzept, das schon allein durch die Macht der Ärzteverbände längst ab absurdum geführt wurde. In dieser Maxime werden Prioritäten gesetzt. Das Primäre im System der durch die gesetzlichen Krankenkassen vermittelten Gesundheitssicherung sind danach die Ansprüche der Sozialversicherten. Der Staat mit seiner gesetzgeberischen Funktion soll die Voraussetzungen dafür schaffen, daß diese Ansprüche erfüllt werden können. Für

²³ dpa, „Sozialpolitische Nachrichten“, 15/74, S. 6.

²⁴ Als Naturalleistungen werden alle Leistungen der Krankenkassen bezeichnet, die keine direkten Geldleistungen an die Versicherten sind.

machtvolle Interessenvertretungen der Ärzte kann es keinen Platz mehr geben.

Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigung

Die auf dem genannten Grundsatz aufbauenden achtzehn Forderungen²⁵ der Krankenkassen haben eine unterschiedliche Zielsetzung. Zunächst wird eine Einschränkung der Macht der Kassenärztlichen Vereinigungen angestrebt. Die Stärkung der Position der Krankenkassen soll erreicht werden durch die Abschaffung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ambulante Behandlung, durch die Aufhebung der Möglichkeit zur Arbeitsverweigerung der Kassenärzte und durch die Beseitigung der Konkurrenzsituation zu den Ersatzkassen.

Ganz im Sinne der „sozialen Marktwirtschaft“ wird zunächst festgestellt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen eine „marktherrschende Stellung“²⁶ haben, die im Widerspruch zu kartellrechtlichen Bestimmungen steht. Dabei wird das Recht der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Forderungen der niedergelassenen Ärzte kollektiv zu vertreten, nicht angetastet. Bestritten wird dagegen das Recht, auch die angestellten und beamteten Ärzte zu vertreten, soweit sie in die ambulante kassenärztliche Versorgung einbezogen sind (Forderungen I und II). Die Krankenkassen verlangen das Recht, mit nicht niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Institutionen und sonstigen Einrichtungen auch unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abzuschließen. Damit würden die Voraussetzungen geschaffen, Krankenhäuser und andere medizinische Institute auch gegen den Willen der kassenärztlichen Vereinigung in die ambulante Behandlung einzubeziehen.

Diese Forderungen kommen einer Spaltung des sog. „Sicherstellungsauftrages“ gleich, wie er von den Ärzteorganisationen bisher unwidersprochen beansprucht wurde, und bedeutet eine erhebliche Einschränkung des Behandlungsmonopols. Bei einer genaueren Analyse des Gesetzestextes erweist sich der Anspruch der Kassenärztlichen Vereinigung allerdings als eine einseitige Interpretation, die als Ausdruck der sozialpolitischen Machtverhältnisse auf dem Höhepunkt der Adenauer-Ära in den frühen fünfziger Jahren gewertet werden muß.

Im § 368, Abs. 1, Satz 1 RVO²⁷ wird die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung den Ärzten und Krankenkassen gemeinsam übertragen. Der § 368 n, Abs. 1 RVO aber, aus dem die Kassenärztlichen

25 S. „Grundsätze...“, a.a.O. Die achtzehn Forderungen sind im Anhang des Aufsatzes wiedergegeben.

26 „Grundsätze...“, a.a.O., S. 14.

27 § 368 RVO (kassenärztliche Versorgung): (1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zusammen. Ihre Beziehungen regeln sich nach den Vorschriften der §§ 368 a—q usw.

Vereinigungen ihren sogenannten „Sicherstellungsauftrag“ ableiten wollen, drückt nichts anderes als ihre Verpflichtungen gegenüber den Krankenkassen aus²⁸.

Die Krankenkassen fordern dementsprechend eine richtige Auslegung des § 368 und damit ein Mitbestimmungsrecht bei der Organisation der ambulanten Versorgung (Forderung III) sowie eine eindeutige Festlegung der Verpflichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Forderung XVIII).

Die starke Verhandlungsposition der Kassenärztlichen Vereinigung beruht z. T. auch darauf, daß die Kassenärzte, wie oben schon erwähnt, nach § 368 a RVO jederzeit das Recht haben, auf eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung vorübergehend zu verzichten. In Form einer gemeinsamen gleichzeitigen Niederlegung ihrer Zulassung haben sie damit ein wirkungsvolles Mittel zur Durchsetzung ihrer Ziele gegenüber den Krankenkassen, die ähnliche Möglichkeiten natürlich nicht haben. Die Krankenkassen fordern daher entsprechende Änderungen der RVO, die einen „Quasi-Streik“ der Kassenärzte unmöglich machen und einen Verzicht auf die Zulassung erschweren (Forderung X). Die Krankenkassen gehen sogar noch darüber hinaus. Sie fordern für den Fall eines Notstandes eine Mitwirkungspflicht aller Ärzte (nicht nur der Kassenärzte) in der kassenärztlichen Versorgung (Forderung XI).

Nicht nur für die materielle Existenz, sondern auch für die Ideologie der ärztlichen Standesverbände bedeuten diese Forderungen die größte Herausforderung. Der Arztberuf als „freier Beruf“ wird hier nicht nur in Frage gestellt, sondern schlichtweg abgeschafft. Damit entfällt die ideologische Absicherung der Privilegien, die die Ärzteverbände gerade unter Hinweis auf die Freiberuflichkeit ständig erweitert hatten. Die schon in der Maxime A deutlich gewordene Grundtendenz tritt hier ganz klar hervor: Der Arzt wird auf seine gesellschaftliche Funktion verwiesen, die darin besteht, die ärztliche Versorgung der Sozialversicherten zu übernehmen.

28 § 368 n RVO (Aufgaben der kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen): (1) Die kassenärztlichen Vereinigungen und die kassenärztliche Bundesvereinigung haben die nach § 182 und nach § 13 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der im § 368 m, Abs. 4 vorgesehenen Maßnahmen zu ihrer Erfüllung anzuhalten. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherungen übernehmen; die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen.

Bei den Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Krankenkassen auch dadurch im Nachteil, daß sie nicht einheitlich auftreten können. Für die RVO-Kassen insbesondere spielt die Konkurrenzsituation zu den Ersatzkassen eine verhängnisvolle Rolle. Die Beziehungen der Ersatzkassen zu den niedergelassenen Ärzten sind nicht in der RVO geregelt. In dem dadurch freigewordenen Spielraum entwickeln sich Sonderinteressen der Ersatzkassen²⁹, die zu einer Aufspaltung der Sozialversicherten führen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Ersatzkassen eine Art Schrittmacherfunktion, da mit ihnen aufgrund der im Vergleich zu den RVO-Kassen besseren finanziellen Situation günstigere Verträge geschlossen werden können. Dadurch geraten dann die RVO-Kassen unter Konkurrenzdruck. Für die Krankenkassen ergeben sich daher die Forderungen, daß die gesetzlichen Vorschriften für alle Krankenkassen gleichmäßig zu gestalten sind und daß die Kassenärzte grundsätzlich alle versicherten Patienten behandeln müssen (Forderungen IV und V).

Diese beiden Forderungen bedeuten einen Schritt zur Einheitsversicherung und stehen damit wiederum im auffälligen Widerspruch zu der herrschenden Praxis und ihrer ideologischen Absicherung, die im sog. „gegliederten System“ der Gesundheitsicherung die einzige und beste Möglichkeit sieht, den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Komplexe Planung als gesellschaftliche Notwendigkeit

Diese Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigungen soll die Grundlage schaffen für die von den Krankenkassen als notwendig erachteten Reformen. Daß es dabei vor allen um Kostenreduzierung geht, wird im Text unverhüllt ausgesprochen. Diese soll erreicht werden durch komplexe Planung der medizinischen Versorgung, durch Zwang zur Rationalisierung, durch Ausnützung gegebener Kapazitäten und durch eine Beschränkung der Arzthonorare.

In der Argumentation gründlich vorbereitet und dann nur vorsichtig formuliert wird die zentrale Forderung herausgearbeitet, deren Realisierung im schroffen Widerspruch zu dem von Partikularinteressen beherrschten Gesundheitssystem steht, die Forderung nämlich nach einer die gesamte medizinische Versorgung umfassenden Planung³⁰. Angestellte, beamtete und frei praktizierende Ärzte, Fachärzte und praktische Ärzte, Krankenhäuser und andere medizinische Institutionen sollen einer umfassenden Planung unterworfen werden. Das Schlagwort „koordinierende Sicherstellung der ärztlichen Ver-

29 Aufgrund des höheren Durchschnittseinkommens ihrer Versicherten, des geringeren Erkrankungsrisikos, das diese aufgrund ihrer sozialen Privilegien haben, und der daraus resultierenden günstigeren Finanzlage der Kasse, sind die Interessen der hier Versicherten andere als diejenigen der Mehrheit aller Sozialversicherten.

30 Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen, a.a.O., S. 25.

sorgung“ (Hervorhebung durch die Verf.) kennzeichnet die neue Phase in der Entwicklung des Gesundheitswesens und läßt die ständischen Interessen in der Auffassung der kassenärztlichen Vereinigungen vom Sicherstellungsauftrag deutlich werden.

Die Notwendigkeit der Einbeziehung der Krankenhäuser und anderer medizinischer Institutionen in die ambulante Behandlung werden ausdrücklich festgestellt. Spezielle Forderungen werden jedoch nicht formuliert. Der Schwerpunkt der Forderungen liegt auf einer bedarfsgerechten Verteilung der Kassenarztsitze. Entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz fordern die Krankenkassen einen gesetzlich vorgeschriebenen Bedarfsplan der Kassenarztsitze, der mit den jeweiligen Krankenhausbedarfsplänen abgestimmt werden müßte (Forderung VI). Bei der Festlegung der Arztsitze sollen die Ärzte, die Krankenkassen und die Gemeinden zusammenarbeiten (Forderung VII). Die Realisierung dieses Bedarfsplanes erfordert ein Instrument der Steuerung der Zulassung, aus der sich zwangsweise eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit ergibt. Die Krankenkassen fordern daher, daß die Zulassung sich an die im Bedarfsplan festgelegten Arztsitze zu halten hat (Forderung VIII) und daß die Zulassungsausschüsse berechtigt sein müssen, die Zulassung für Bezirke, in denen die ärztliche Versorgung gesichert ist, zu sperren³¹, solange in anderen Bezirken die Versorgung unzureichend ist (Forderung IX). Nach Meinung der Krankenkassen steht diese Forderung nicht im Widerspruch zu dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. März 1960³². In der Tat wendet sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes nicht prinzipiell gegen eine Planung, sondern lediglich gegen die Beschränkung der Zulassung durch eine Verhältniszahl. Die Reformvorstellungen der Krankenkassen lassen jedoch zu, daß auch in Bezirken, wo sich keine freien Kassenarztstellen befinden, eine Zulassung dann erlaubt wäre, wenn alle geplanten Arztsitze besetzt sind oder andere zwingende Gründe vorliegen³³.

Die Krankenkassenreformer stoßen über ihre Forderung nach einer bedarfsgerechten und sparsamen ärztlichen Versorgung auf das Problem der fehlenden oder unzureichenden Dokumentation. Ohne eine zentral geführte Medizinalstatistik und ohne zentrale Verwertung der von den einzelnen Institutionen gesammelten Daten können die

31 Eine zeitweilige Zulassungssperre ist auch heute schon nach § 15 ZULO-Ä möglich.

32 Das Bundesverfassungsgericht hat am 23. März 1960 die sog. Verhältniszahl für verfassungswidrig erklärt. Nach § 368 a RVO waren in einem Zulassungsbezirk auf je 500 Mitglieder jeweils nur ein Arzt zuzulassen.

33 Ein Bedarfsplan und eine entsprechende Zulassungsbeschränkung der Ärzte zur Kassenpraxis enthält auch eine geplante Bundesratsinitiative des Landes Bayern. Dagegen hat der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) in einem Brief an den CSU-Vorsitzenden Franz Joseph Strauß protestiert und eine Anrufung des Bundesverfassungsgerichtes angekündigt (dpa, Sozialpolitische Nachrichten, 15/74, S. 9).

für die Rationalisierungsmaßnahmen notwendigen Kenntnisse über den Leistungsbedarf und die Kostenentwicklung nicht gewonnen werden. Sie fordern daher, daß von den Krankenkassen und von den kassenärztlichen Vereinigungen die Voraussetzungen für die Gewinnung der für die Planung notwendigen Daten geschaffen werden (Forderung XII). Diese Forderung ist in ihrem Kern die Forderung nach einem umfassenden medizinischen Dokumentationssystem.

Anpassung der Ärzteeinkommen

Radikal sieht auch die Forderung bezüglich der Einkommensentwicklung der niedergelassenen Ärzte aus. Unter Hinweis auf den wissenschaftlich-technischen Fortschritt wird die spezifische „ärztliche Leistung“ entmystifiziert. Die Krankenkassen fordern schlichtweg, daß sich die Einkommensentwicklung der niedergelassenen Ärzte an dem Einkommen vergleichbarer Berufe zu orientieren haben (Forderung XV, 3). Hier wird auch bezüglich der Einkommensverhältnisse die Gleichstellung mit den angestellten bzw. beamteten Ärzten angebahnt.

Das wird allerdings nicht so klar ausgedrückt. Die angestrebte Kontrolle der Einkommensentwicklung und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Situation soll durch eine Änderung der Gebührenordnung erreicht werden. Zunächst wird ein für alle Krankenkassen einheitlicher Maßstab für die Vergütung ärztlicher Leistung gefordert (Forderung XIV). Damit wird den Ärzteverbänden die Möglichkeit genommen, durch getrennte Verhandlung mit den Ersatzkassen höhere Vergütungen zu erzielen, die dann später von den RVO-Kassen übernommen werden müssen. Die Gebührenordnung selbst soll von den Spitzenverbänden und den Kassenärzten in gemeinsamer Selbstverwaltung vereinbart werden (Forderung XV, 1). Dabei muß nach Ansicht der Krankenkassenreformer die Gebührenregelung auf eine objektive Grundlage gestellt werden. Zu diesem Zwecke sollen Daten der allgemeinen sozioökonomischen Entwicklung ebenso herangezogen werden wie der Umfang der Leistungen und der Kosten der niedergelassenen Ärzte im Verhältnis zu ihrem Einkommen. Die Kosten und der Zeitaufwand der Leistungen sollen sich an der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik orientieren (Forderung XV, 3). Man räumt zwar einen gewissen Spielraum ein, indem man von einer Normalpraxis ausgehend je nach Praxistyp gewisse Staffelungen des Gebührensatzes zuläßt. Danach könnte also eine kleinere Praxis, die ohne wesentliche Mitarbeit medizinischer Hilfskräfte arbeitet, einen höheren Gebührensatz beanspruchen, als z. B. ein niedergelassener Arzt mit einer Großpraxis. Gleichzeitig wird jedoch ein Zwang zur Rationalisierung der Praxisführung eingeführt, indem man einer Arztpraxis grundsätzlich für die dort erbrachten Leistungen den Gebührensatz zugrunde legt, der bei Ausnützung der jeweils möglichen Rationalisierungsmaßnahmen angemessen wäre (Forderung XVI). Abgesichert werden diese Forderungen noch durch Vorschläge zur Reform des Schiedswesens bezüglich

der Gebührenordnung. Hier soll der Einfluß der Ärzte durch Hinzuziehung volkswirtschaftlicher Experten geschwächt werden (Forderung XVII).

Durch diese Forderungen wird die ärztliche Leistung, die bisher durch die ideologische Vernebelung der Standesorganisationen einer objektiven Beurteilung entzogen wurde, einer Kontrolle unterworfen. Das Resultat kann nur sein, daß das Einkommen der Ärzte, das sich ja aus der Anwendung der Gebührenordnung ergibt, auf das Niveau vergleichbarer Berufsgruppen herabgedrückt wird. Über den Zwang zur Rationalisierung, der ebenfalls über die Gebührenordnung ausgeübt wird, wird die Kassenpraxis einem Konkurrenzdruck ausgeliefert, den sie kaum überleben wird. Da die Krankenkassen keine Vorstellungen für die zukünftige Organisation der ärztlichen Tätigkeit entwickeln, wäre hier der Spielraum, den privatwirtschaftliche Unternehmen brauchten. Es wäre dann eine Frage der Zeit, wann sich die niedergelassenen Ärzte als Angestellte in einem privatwirtschaftlich betriebenen medizinischen Großbetrieb wiederfinden.

Statt Standespolitik: Durchsetzung gemeinsamer Interessen der im Gesundheitswesen Beschäftigten

Mit der Veröffentlichung der Reformvorstellungen der Krankenkassen ist die neue sozialpolitische Situation deutlich geworden: das ideologische Bündnis der Ärzte mit den Kapitalvertretern ist zerbrochen; es ist zerbrochen an dem unüberbrückbar gewordenen Widerspruch zwischen dem Interesse der niedergelassenen Ärzte an der Erhaltung ihrer ständischen Privilegien und dem Interesse des Kapitals an einer effizienten, kostensparenden Gesundheitsversorgung. Die Ärzte stehen jetzt einer geschlossenen Front von Staat, Unternehmen und Gewerkschaften gegenüber. Unerbittlich werden sie immer mehr der Kapitalverwertung unterworfen. Ihre Aufgabe reduziert sich auf die Reproduktion der Arbeitskraft zu einem billigen Preis. Die Gesetzmäßigkeit dieser Entwicklung müßten endlich auch die Ärzte erkennen, wenn sie über die Perspektiven des ärztlichen Berufes nachdenken und nach Alternativen suchen³⁴.

Die Reformvorschläge der Krankenkassen bieten jedenfalls keine Alternativen. Durch die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, durch die Anpassung des Einkommens und durch die Aufhebung ihres „Quasi-Streikrechts“ werden sie praktisch den angestellten und

³⁴ Allerdings verkennen nicht nur die Ärzteverbände sondern häufig auch die Vertreter von sonst „linken“ Positionen die reale Entwicklung. So ist im Berliner Extra-Dienst vom 21. 5. 74 in einem Artikel zur Gesundheitspolitik in Westberlin zu lesen: „Eine optimale ärztliche Behandlung der Patienten kann nicht in Einzelpraxen erfolgen, da sowohl die medizinischen Apparaturen zur Diagnostik und Therapie als auch die medizinischen Kenntnisse des isoliert praktizierenden Arztes nicht ausreichen... Beides wäre nur durch die Wiedereinrichtung der 1954 in Westberlin geschlossenen Polikliniken gewährleistet. Gegen die mächtige Lobby des Verbandes der Kassenärzte, denen Polikliniken ein Greuel sind, will der Senat jedoch nicht angehen“. So richtig die erste Feststellung ist, so sehr

beamteten Ärzten gleichgeschaltet, ohne daß sich dadurch jedoch etwas an ihrer isolierten Arbeitsweise ändert. Sie bleiben „freiberuflich“, allerdings in einem verstümmelten Sinne und unter dem Druck eines erhöhten Risikos.

Die Ideologie der Freiberuflichkeit basierte auf der Organisation der ärztlichen Tätigkeit in Form der Einzelpraxis. Solange hierdurch eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Versorgung noch möglich war, konnte sie von den ärztlichen Standesorganisationen wirkungsvoll verteidigt werden. Heute muß die isolierte Arbeitsweise von Ärzten als hoffnungslos veraltet gelten. Der Arzt kann seine spezifische Tätigkeit nur in enger Kooperation mit anderen Ärzten und mit den nichtärztlichen medizinischen Berufsgruppen entfalten. Grundlage für diese Kooperation ist ein integriertes Gesundheitssystem, in dem auch die organisatorische Isolierung der niedergelassenen Ärzte aufgehoben wird. Eine Standespolitik gegen diese Entwicklung wäre eine Don-Quichotterie. Die ärztliche Standespolitik hätte vielmehr darauf zu achten, daß diese notwendige Entwicklung nicht unter dem Druck der Kapitalinteressen zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der Ärzte und der anderen medizinischen Berufsgruppen führt. Die Möglichkeit einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für den niedergelassenen Arzt ergibt sich zum Beispiel aus der Anwendung der vorgeschlagenen Gebührenordnung. Dem zu erwartenden Konkurrenzdruck privatwirtschaftlich organisierter medizinischer Großbetriebe wird der einzelne Arzt nicht lange Stand halten können. Auch die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung ist nicht unter allen Umständen als Fortschritt zu werten; werden nicht gleichzeitig die notwendigen Stellenvermehrungen durchgesetzt, so führt diese Regelung zu einer Überbelastung des Krankenhauspersonals einschließlich der Ärzte.

Wegen der notwendigen Kooperation mit den anderen Berufsgruppen kann eine engstirnige Vertretung von Standesinteressen nicht mehr möglich sein. Die Arbeitsbedingungen der anderen Berufsgruppen bestimmen die Arbeitsweise der Ärzte und umgekehrt. Die ärztliche Standespolitik, konsequent weitergeführt, hebt sich selbst auf; sie muß als Interessenvertretung einer Berufsgruppe innerhalb eines integrierten Gesundheitswesens ihre Ziele in Einklang bringen mit den Interessen der anderen an der medizinischen

ist die letzte bereits durch die Vorbereitung von entsprechenden Maßnahmen überholt. Seit dem 30. 4. 1974 existiert der Entwurf zu einer ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, zwar nicht vom Westberliner Senat, aber aus dem Hause des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Er liegt den betroffenen Verbänden und Institutionen zur Stellungnahme vor. In ihm wird die Ausbildung in Polikliniken Akademischer Lehrkrankenhäuser zur Pflicht gemacht. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung zur Einrichtung von Polikliniken an allen großen Krankenhäusern erfüllt. Die zweite Voraussetzung, eine entsprechende Änderung der Reichsversicherungsordnung, wird nicht lange auf sich warten lassen. Zu dieser Tendenz s. auch die Fußnote 33.

Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Das ist die langfristige Perspektive. Aber wenn auch die organisatorischen Voraussetzungen für eine gemeinsame Interessenvertretung aller im Gesundheitswesen Arbeitenden noch nicht gegeben ist, so wird für die Berufsverbände der niedergelassenen Ärzte auch heute schon eine erfolgreiche, zukunftsorientierte Interessenvertretung nur gemeinsam mit der Organisation der im Gesundheitswesen Beschäftigten, also der Gewerkschaft, möglich sein.

Die Tendenz der Stellungnahme führt deutlich auf die Notwendigkeit der Vergesellschaftung des gesamten Gesundheitswesens hin. Die zentralisierte Planung und Organisation eines Teilbereichs der Gesellschaft ist aber noch lange nicht identisch mit der eigentlichen Vergesellschaftung. Diese würde voraussetzen, daß Planung und Leitung dieses besonderen Bereichs Bestandteil einer gesamtgesellschaftlichen Planung und Leitung im Allgemeininteresse ist. Unter Bedingungen aber, in denen sich gegenseitig bekämpfende Partialinteressen konkurrierender Kapitale³⁵, deren Gemeinsamkeit nur im identischen Interesse an maximaler Verwertung und damit Aussparung aller Kosten, die ihm entgegenstehen, zu sehen ist, unter diesen Bedingungen muß die Frage nach der Kontrolle über ein zentralisiertes Gesundheitswesen bei jedem „Reformschritt“ an erster Stelle stehen³⁶. Ohne Kontrolle und Entscheidungsrecht über die Verteilung der Staatsausgaben, aus denen die für jede Verbesserung des Gesundheitswesens notwendigen zusätzlichen Mittel fließen müssen und ohne alleinige Selbstverwaltung des von den Arbeitenden geschaffenen Fonds der Sozialversicherungen müssen die hier beschriebenen Reformschritte sich in einer Verschlechterung der Leistungen und einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für die im Gesundheitswesen Tätigen ausdrücken³⁷.

35 Es ist unsinnig, die Ärzte und ihre Verbände für die gesundheitspolitische Misere und die ständig steigenden Kosten allein verantwortlich zu machen. Die Mißstände waren und sind das Ergebnis einer falschen Sozialpolitik auf dem Boden der hier angedeuteten Bedingungen.

36 Wie wichtig diese Kontrolle z. B. sein kann, wird in einem Beispiel deutlich, das M. Berger in seinem Aufsatz in diesem Band anführt. Danach rührte die Zahlungsunfähigkeit der Sozialversicherung nach dem faschistischen Krieg von der Tatsache her, daß über 70 % des Vermögens der Sozialversicherungen in Reichsschatzanweisungen und Reichsschuldverschreibungen angelegt worden waren.

37 Selbst die wahrlich nicht einer prinzipiell unternehmerkritischen Einstellung verdächtigen Sozialmediziner Hans Schaefer und Maria Blohmke schreiben, der „Arbeitgeberanteil ist aber de facto ein verschleierte Lohnanteil, denn der Arbeitgeber hat ja keinen imaginären Topf, aus dem er dem Arbeitnehmer solch hohe Beträge schenken könnte.“ Siehe: Hans Schaefer, Maria Blohmke, Sozialmedizin, Stuttgart 1972, S. 281. Entsprechend fordern die Gewerkschaften schon seit langem, daß die Selbstverwaltungsorgane bei allen Kassenarten allein aus Vertretern der Versicherten zu bilden sind. S. z. B. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft — Bundesvorstand —, Memorandum zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, Hamburg 1973.

Die Stellungnahme der Krankenkassen ist der vorläufige radikale Abschluß einer Diskussion, die in den letzten Jahren zunehmend intensiver geführt wurde³⁸ und die durch eine Analyse der bestehenden sozialpolitischen Situation allein nicht in seiner ganzen Bedeutung verstanden werden kann³⁹. Erst in der historischen Analyse wird die neue Entwicklung als Ergebnis eines langfristigen Prozesses verständlich. In dieser Analyse können Gesetzmäßigkeiten der Entwicklung von Teilbereichen der Gesellschaft innerhalb ihrer jeweiligen historischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erkannt werden. Durch die dann mögliche richtige Einordnung der verschiedenen das Gesundheitswesen beeinflussenden Kräfte wird eine Einschätzung der weiteren Entwicklung ermöglicht. Diesem Ziel sollen die Aufsätze dieses Bandes dienen.

Forderungen der Bundesverbände der Orts- und der Betriebskrankenkassen

Forderung I

1. Die kassenärztliche Versorgung soll die ärztlichen Leistungen umfassen, die von den zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzten erbracht werden.

2. Die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen sollen — wie bisher — von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen werden.

38. Als Reaktion auf das Gesundheitspolitische Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der ihr vorausgegangenen Studie des Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB, Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, aus dem Jahre 1971 erschienen in kurzer Folge nicht weniger als sechs umfangreiche Stellungnahmen und eigene Programme ärztlicher Standesorganisationen sowie ebenfalls sechs Analysen zur kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen bemüht waren, die Vorwürfe hinsichtlich der strukturellen Mißstände in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu entkräften. Dies alles, nachdem in den Jahrzehnten zuvor keinerlei Anstrengungen in dieser Richtung unternommen worden waren. Die auch daraus ablesbare Verunsicherung der Standesvertreter geht soweit, daß noch während der Regierungsneubildung in Bonn Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Gemeinsamen Erklärung am 10. Mai 1974 die neue Bundesregierung aufforderten, „die in den beiden vergangenen Jahren gewachsene Verunsicherung in den Heilberufen über die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland zu beenden, indem sie deutlichere Erklärungen über ihre grundsätzliche Haltung in der Gesundheitspolitik abgibt und sich insbesondere klarer von jenen Kräften abgrenzt, die das bewährte System des Gesundheitswesens aus den Angeln heben wollen.“ S. Deutsches Ärzteblatt 71 (1974), Heft 21, S. 1525.

39. Bei der Beurteilung der Stellungnahme der Krankenkassen kommt es in erster Linie nicht darauf an, ob die erhobenen Forderungen in den nächsten Jahren im einzelnen verwirklicht werden. Wichtig ist vielmehr, die in der Summe dieser Forderungen zum Ausdruck kommende neue sozialpolitische Konstellation.

3. Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen nur freipraktizierende Ärzte sein; freipraktizierende Ärzte sollen nur als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen an der ärztlichen Versorgung der Versicherten mitwirken können.

Forderung II

Die Regelungen über Leistungen anderer Ärzte, von Krankenhäusern, Instituten und sonstigen Einrichtungen sind von den Krankenkassen und Ärzten in gemeinsamer Selbstverwaltung zu treffen.

Kommen solche Regelungen nicht in ausreichendem Umfang zustande, dann sollen die Krankenkassen mit diesen Ärzten und Einrichtungen allein entsprechende Verträge schließen.

Forderung III

Soweit die kassenärztliche Versorgung der Versicherten gemeinsame Aufgabe der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, muß sie unter dem Grundsatz eines umfassenden Zusammenwirkens der Vertragspartner stehen.

Forderung IV

Die gesetzlichen Vorschriften zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und die in der Forderung II genannten Regelungen sind für alle Krankenkassen gleichmäßig zu gestalten.

Forderung V

Ein Arzt, der an der ärztlichen Versorgung der Versicherten teilnehmen will, darf sich nicht auf die Behandlung der Berechtigten nur einer Kassenart oder einzelner Kassenarten beschränken.

Forderung VI

Es sind Pläne für eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung aufzustellen, die ein Netz von notwendigen Arztsitzen festlegen.

Forderung VII

Die Festlegung der Arztsitze obliegt der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Soweit erforderlich, sind an der Planung auch die Gemeinden und Gemeindeverbände zu beteiligen.

Forderung VIII

Zulassungen sind grundsätzlich nur für Arztsitze auszusprechen, die im Bedarfsplan festgelegt sind. Sind alle Arztsitze besetzt oder erklärt sich der Zulassungsausschuß aus besonderen Gründen einverstanden, dann kann der Kassenarzt selbst den Ort seiner Tätigkeit bestimmen.

Forderung IX

Die Zulassungsausschüsse müssen berechtigt sein, die Zulassung für Bezirke, in denen die ärztliche Versorgung gesichert ist, zu sper-

ren, wenn und solange in anderen Bezirken die Versorgung nicht gesichert ist und Bemühungen, sie auf andere Weise sicherzustellen, erfolglos geblieben sind.

Forderung X

1. Die Niederlegung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Nichtteilnahme an der kassenärztlichen Versorgung zur Durchsetzung von Vertragszielen müssen ausgeschlossen sein.

2. Ein Verzicht auf die Zulassung darf erst mit der Zustimmung des Zulassungsausschusses wirksam werden, die spätestens nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten nach der Erklärung des Verzichts erteilt werden muß. Ein Anspruch auf Wiederzulassung besteht nicht.

Forderung XI

Zur Behebung von Notständen in der kassenärztlichen Versorgung ist eine Mitwirkungspflicht der Ärzte gesetzlich zu regeln.

Forderung XII

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen gemeinsam die Ursachen und Gründe für die Veränderungen des Leistungsbedarfs sowie der Kostenentwicklung erforschen und zu diesem Zweck die notwendigen Unterlagen erstellen und austauschen. Dabei sollen unter Beachtung des Datenschutzes alle Möglichkeiten genutzt werden, die die elektronische Datenverarbeitung bietet.

Forderung XIII

Im Rahmen der Krankenhauspflege soll die ärztliche Behandlung durch freipraktizierende Ärzte nur ausnahmsweise und mit Einwilligung der beteiligten Krankenkassen in die Verträge über die kassenärztliche Versorgung einbezogen werden.

Forderung XIV

Für alle Krankenkassen muß ein einheitlicher Maßstab zur Vergütung der ärztlichen Leistungen gelten.

Forderung XV

1. Die Gebühren für die kassenärztlichen Leistungen sind einheitlich für alle Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärzten in gemeinsamer Selbstverwaltung zu vereinbaren (Vertrags-Gebührenordnung).

2. In der Vertrags-Gebührenordnung sind die Zahlbeträge zu nennen.

3. Als Grundlage der ersten Festsetzung und jeder alle vier Jahre stattfindenden Überprüfung der Vertrags-Gebührenordnung sind Erhebungen über Art und Häufigkeit der verschiedenen ärztlichen Leistungen, ihre Verteilung auf die einzelnen Arztgruppen, die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik, den Kosten- und Zeitaufwand für die Erbringung der Leistungen sowie über alle

anderen in diesem Zusammenhang relevanten volkswirtschaftlichen Daten einschließlich der Entwicklung der Einkommen der Arztgruppen in Relation zur Einkommensentwicklung vergleichbarer Berufe anzustellen.

4. In der Zeit zwischen den periodisch stattfindenden umfassenden Erhebungen soll die Vertrags-Gebührenordnung an wesentliche Veränderungen in den allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnissen und an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik angepaßt werden.

Forderung XVI

Für technische Leistungen sind die Gebühren je nach der Zahl gleichartiger Leistungen unter Beachtung der Grundsätze einer rationellen Ausnutzung der Geräte zu staffeln. Bei gemeinsamer Nutzung von Geräten ist die Gesamtzahl der mit den Geräten erbrachten Leistungen zugrunde zu legen. Der so ermittelte Gebührensatz ist auch zugrunde zu legen, wenn Rationalisierungsmöglichkeiten genutzt werden könnten, aber nicht genutzt werden.

Forderung XVII

Dem bestehenden Bundesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung soll ein Bundesschiedsamt für die Vertrags-Gebührenordnung/Ärzte (s. Forderung XV) angegliedert werden, dem 4 Vertreter der Kassenärzte, 4 Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung sowie 3 unparteiische Mitglieder angehören. Die unparteiischen Mitglieder sollen über volkswirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Erfahrungen verfügen. Eines der unparteiischen Mitglieder führt den Vorsitz; es muß die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst haben. Durch Änderung des Deutschen Richtergesetzes sollten auch aktive Richter beteiligt werden können, die nicht über Angelegenheiten des Kassenarztrechts zu entscheiden haben.

Die Vertreter der Ärzte werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Vertreter der Spitzenverbände werden von diesen bestellt. Über die unparteiischen Mitglieder sollen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen einigen.

Das Bundesschiedsamt für die Vertrags-Gebührenordnung/Ärzte sollte vor grundsätzlichen Entscheidungen gutachtliche Stellungnahmen der Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung, für Jugend, Familie und Gesundheit sowie für Wirtschaft einholen.

Forderung XVIII

Die Kassenärztlichen Vereinigungen leisten den Krankenkassen und ihren Verbänden die Gewähr dafür, daß die Leistungen der Kassenärzte nach den Regeln der ärztlichen Kunst unter dem Gesichtspunkt der bestmöglichen Versorgung der Versicherten bei Beachtung der Wirtschaftlichkeit erbracht werden.

Wilhelm Thiele

Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkassen

1883 bis 1913

Ziel dieses Aufsatzes ist es, aufgrund einer empirischen Teilanalyse einige Vermittlungsglieder zwischen kapitalistischer Produktionsweise und kapitalistischem Gesundheitssystem darzustellen. Herausgearbeitet werden soll, wie sich das Verhältnis von kapitalistischem Staat zum Gesundheitswesen und den in ihm agierenden gesellschaftlichen Gruppen in einer entscheidenden Etappe der Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens entwickelt hat. Dieser Aufsatz soll sich also nicht in die Kette neuerer Publikationen einreihen, die die Ärzteschaft und ihre Organisationen zu den allein Schuldigen einer gesundheitspolitischen Fehlentwicklung machen wollen. „Denn jede objektive Analyse der Entwicklung der Krise unseres Gesundheitswesens, die dieses nicht nur als isolierten Teilbereich, sondern in den tatsächlichen sozialen Verflechtungen, Bedingungen und Abhängigkeiten untersucht, zeigt, daß es eben nicht in erster Linie die Interessen der niedergelassenen Ärzte und der Einfluß der ärztlichen Berufsverbände sind, welche die Entwicklung bestimmen, sondern daß die entscheidenden Kräfte und Interessen außerhalb des Gesundheitswesens angesiedelt sind.“¹

I. Gesundheitspolitik als Teil der Sozialpolitik

Ausgangspunkt der deutschen Sozialpolitik ist die Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881. Nachdem Bismarck erkannt hatte, daß die Sozialdemokratie durch die Sozialistengesetze nicht zu eliminieren war, sollte eine gezielte Sozialpolitik die Herrschaft von Großindustrie und Junkertum stabilisieren. In der Botschaft des Kaisers heißt es: „Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.“²

Vorgesehen waren Gesetze über Krankheit, Unfall und Invalidität, die zwischen 1883 und 1889 verabschiedet wurden. Dabei hatte Bismarck zunächst Schwierigkeiten, sich gegen große Teile der Industrie und des Junkertums durchzusetzen. Die Industrie fürchtete um

1 M. Regus: Das Gesundheitswesen in der BRD, Situation und Perspektiven, in: H.-U. Deppe, H. Mausbach u. a.: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt. Köln 1973, S. 70.

2 Zit. nach: J. Hadrich: Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung, Berlin/West 1955, S. 56.

ihre internationale Konkurrenzfähigkeit. „Bismarck konnte aber diese Gesetze nur durchsetzen, indem er den Industriekapitänen und Großgrundbesitzern Schutzzölle bewilligte, in der Arbeiterschutzgesetzgebung eine retardierende Haltung einnahm, das Sozialistengesetz aufrechterhielt und energisch vom Verein für Sozialpolitik abbrückte...“³

Das Krankenversicherungsgesetz sah zunächst ärztliche Hilfe nur bei solchen Krankheiten vor, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten. Der Reichstag dehnte den Versicherungsschutz zwar auf alle Akuterkrankungen aus; dennoch war eindeutig, daß dieses Gesetz den ausschließlichen Zweck verfolgte, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Arbeiter zu garantieren. Darum stimmten auch die sozialdemokratischen Abgeordneten im Reichstag gegen dieses Gesetz. „Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter entspricht als Ganzes und in seinen Teilen durchaus nicht den Anforderungen, welche die Arbeiterklasse an ein solches Gesetz zu stellen berechtigt ist, nach vielen Richtungen hin bedeutet es sogar eine Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes.“⁴

Am 15. 6. 1883 wurde das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG)“ vom Reichstag mit 216 gegen 99 Stimmen als erstes der drei Sozialgesetze verabschiedet.

War es also erklärtes Ziel der Bismarckschen Sozialpolitik gewesen, daß „auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung das Bewußtsein davon geweckt werden sollte, daß der Staat ... eine auch den Bedürfnissen jener Masse dienende Einrichtung sei“⁵, so entdeckten Unternehmer und Junker einen weiteren Vorzug der Sozialgesetze: „Am augenfälligsten ist der Vorzug des jetzigen Systems, daß die Arbeitgeber von der Haftpflicht sowie von der privaten Fürsorge für die in ihrem Dienst erkrankten oder invalid gewordenen Arbeiter befreit worden sind. Sie haben weniger als früher Veranlassung, alternde berufsunfähige Arbeiter im Hinblick auf ihre langjährigen Verdienste gegen ihren bisherigen Lohn weiter zu beschäftigen, es ist ihnen die Verjüngung des Personals erleichtert. Da zugleich für alle Arbeitgeber ein Minimum von Arbeiterfürsorge einheitlich vom Gesetz vorgeschrieben ist, braucht der aufs Wohl seiner Arbeiter bedachte Arbeitgeber nicht zu fürchten, daß sein inländischer Konkurrent durch geringere Fürsorge billiger zu produzieren im Stande ist.“⁶

Der ‚Verein für Sozialpolitik‘, dem sich eine Reihe progressiver bürgerlicher Ökonomen angeschlossen hatte, formulierte diese Po-

3 Hadrich, a.a.O., S. 57.

4 Zit. nach: P. Peschke: Geschichte der deutschen Sozialversicherung. Berlin/DDR 1962, S. 270.

5 v. Zwiedineck-Südenhorst: Hat die deutsche Sozialversicherung die in sie gehaltenen Erwartungen erfüllt?, in: Zschrft. f. d. gesamte Versicherungswiss., Bd. 13, 1913, S. 276.

6 F. Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung, in: Zschrft. f. d. gesamte Versicherungswiss., Bd. 12, 1912, S. 1147.

sition noch deutlicher: „Zunächst ist es ganz falsch, Sozialpolitik im allgemeinen als eine Belastung der Volkswirtschaft aufzufassen. Der Zweck ist das Gegenteil. Der Arbeiterschutz will nicht die Arbeitsmenge und Arbeitsleistung verringern, sondern sie erhöhen.

Wir verbieten nur deshalb Kinderarbeit, damit der Organismus sich genügend stärkt, um später mehr und besseres zu leisten. Wir beschränken die Arbeitszeit der Frauen, damit sie gesunde Kinder gebären können, die zu kräftigen und arbeitsfähigen Bürgern heranwachsen. Wir verhindern eine übermäßige gesundheitswidrige Ausnutzung auch der männlichen Arbeitskraft, damit die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit recht lange erhalten bleibt. Der Hauptzweck sozialer Gesetzgebung ist rationelle Ausnutzung der arbeitenden Millionen; ist Anwendung der Grundsätze, die jedem Kaufmann für sein lebendes und totes Inventar als selbstverständlich gelten, auf das menschliche Inventar; ist Hinderung eines unrationellen Raubbaus an der Gesundheit und Arbeitskraft des Menschen . . . Auch die soziale Versicherung ist nur eine Übertragung bewährter kaufmännischer Grundsätze vom sachlichen auf das menschliche Gebiet, nämlich des Grundsatzes der Amortisation von Werten, die der Abnutzung unterworfen sind.“⁷

Wie hoch waren nun die Aufwendungen der deutschen Industrie für die Krankenversicherung der Arbeiter? In der oben zitierten Untersuchung ermittelt Potthoff⁸ für den Zeitraum von 1885 bis 1910 folgende Zahlen:

Beiträge der Arbeitgeber	1481 Mill. Mark
Beiträge der Versicherten	3267 Mill. Mark

Nach einer weiteren Untersuchung⁹ betrugen die Ausgaben der Fa. Krupp für die gesamte Arbeiterversicherung — also Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung zusammen: 1890 1,6 %, 1900 1,9 % und 1905 3,0 % der gezahlten Löhne.

Derselbe Autor ermittelt für einzelne Branchen die Belastung der Arbeitgeber durch die Ausgaben für die Krankenversicherung im Verhältnis zum Arbeitslohn. Die folgende Zusammenstellung bezieht sich auf das Jahr 1911¹⁰:

Stahl	1,04 % des Arbeitslohnes
Maschinenbau	1,1 % des Arbeitslohnes
Schiffsbau	0,9 % des Arbeitslohnes
Glas	1,9 % des Arbeitslohnes
Baumwollspinnerei	1,0 % des Arbeitslohnes

7 H. Potthoff: Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherung, in: Soziale Praxis, 23, S. 415

8 Potthoff, a.a.O., S. 415.

9 Zahn, a.a.O., S. 1143.

10 Zahn, a.a.O., S. 1142.

Noch krasser tritt die wahre Belastung der deutschen Industrie durch die Krankenversicherung zutage, wenn man die Ausgaben für die Krankenversicherung mit dem Aktienkapital bzw. den ausgeschütteten Dividenden der Gesellschaften vergleicht¹¹.

Branche	Ausgaben für die Krankenversicherung in % des Aktienkapitals		in % der Dividende	
	1905	1909	1905	1909
Privateisenbahn	0,11	0,12	1,6	1,5
Montanindustrie	0,33	0,46	3,22	6,17
Bierbrau/Malzfabriken	0,2	0,24	1,91	2,78
Ind. d. Steine u. Erden	0,22	0,25	3,4	3,8
Chemie	0,11	0,13	0,82	0,82
Elektrizität	0,06	0,07	0,7	0,9
Gas	0,10	0,10	1,2	1,1
Holz	0,13	0,15	2,97	4,2
Maschinenbau	0,45	0,48	3,7	3,62
Schiffbau	0,5	0,7	4,0	5,0
Textil	0,33	0,41	3,46	3,60
Zucker	0,09	0,12	0,9	1,0
Kreditbanken	0,02	0,02	0,2	0,3

Die vorstehenden Zahlen belegen eindeutig, daß von einer großen Belastung der deutschen Industrie oder einer Einschränkung der Konkurrenzfähigkeit keine Rede sein konnte. Das „große“ sozialpolitische Werk Bismarcks entpuppt sich unter Berücksichtigung der eingerichteten Schutzzölle als eine großangelegte Unterstützungsaktion für die deutsche Industrie in ihrer Auseinandersetzung mit der ausländischen Konkurrenz und als der Versuch, die Sozialdemokratie in ihrer politischen Wirksamkeit zu lähmen.

Die Sozialgesetze markieren den Übergang im deutschen Kapitalismus von der extensiven zur intensiven Ausbeutung der Arbeiterklasse. So erhöhte sich die Leistung pro Arbeiter erheblich. Nach dem Arbeitsleistungsindex, den J. Kuczynski aufgestellt hat¹², steigerte sich die Produktion je Arbeiter zwischen 1850 und 1875 um 21 %, während sie zwischen 1876 und 1902 um 31 % zunahm. Diese Produktivitätssteigerung ist zum einen Teil der Verbesserung der Maschinerie zuzuschreiben, zum anderen aber auch der Intensivierung des Arbeitsprozesses. Die jeweiligen quantitativen Anteile lassen sich nur schwer bestimmen. Einen Hinweis auf den Grad der Intensivierung geben die erheblichen Steigerungen der Unfallziffern in den deutschen Betrieben. So stiegen zwischen 1885 und 1900 die leichten Betriebsunfälle um 52 %, die schweren Unfälle um 319 % an¹³. Darüber hinaus stieg die Zahl der nicht-landwirtschaftlichen Arbeiter

11 Zahn, a.a.O., S. 1145.

12 J. Kuczynski: Die Geschichte der Lage der Arbeiter unter dem Kapitalismus. Bd. 3. Berlin/DDR 1962, S. 363.

13 Kuczynski, a.a.O., S. 376.

in Deutschland von 1800 bis 1884 um mehr als 1000 % von maximal 85 000 auf 900 000 Arbeiter¹⁴. Der relative Anteil der Arbeiter an den Erwerbstätigen sank von 1882 an beständig¹⁵.

Diese Entwicklung sahen auch die bürgerlichen Sozialpolitiker und Nationalökonomen. So schreibt Potthoff, daß die Ansicht der Arbeitgeber in der Vergangenheit ihre Berechtigung gehabt habe, daß die Sozialausgaben eine unnütze Kostenbelastung seien, „denn die rasche Zunahme des deutschen Volkes, die Abwanderung aus dem Osten nach den Großstädten und Industriepätzen, die Jugend unserer großindustriellen Entwicklung erlaubte es den Arbeitgebern, rücksichtslos die Arbeitskräfte aufzubrauchen, den Abgearbeiteten durch eine frische Kraft zu ersetzen, also nur die Gunst der rechtlichen und tatsächlichen Zustände auszunutzen, die ungünstigen Folgen aber auf andere abzuschieben. Diese günstige Lage würde sich auf Dauer nicht behaupten lassen; von allen politischen Erwägungen abgesehen, schon deswegen nicht, weil der Zugang an frischen Arbeitskräften allmählich geringer wird und weil in der zweiten Generation sich die verderblichen Folgen eines Raubbaus an der menschlichen Arbeitskraft sicher zeigen müssen. ... Es ist unzweifelhaft, daß weitgehende Aufwendungen im Sinne unserer sozialen Versicherungsgesetze sich bezahlt machen und ... daß wir ohne unsere soziale Gesetzgebung nicht eine so hochstehende Arbeiterschaft hätten und ohne diese die deutsche Industrie ihren Platz in der Welt weder erringen noch behaupten könnte.“¹⁶

II. Die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung

Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. 6. 1883“ verpflichtete die Krankenkassen, die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Im § 1 KVG wird der Kreis der Versicherten wie folgt umgrenzt: „Personen welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, bei den Eisenbahn- und Binnendampfschiffahrtsbetrieben, auf Werften und bei Bauten,
2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,
3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kräfte bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen ...“¹⁷

Weiterhin waren Betriebsbeamte versichert, wenn ihr Tagesverdienst nicht 6 2/3 Mark überstieg. Abgesehen von Eisenbahn- und Binnenschiffahrtsbetrieben waren Arbeiter im Dienstleistungssektor nicht versichert. Dies gilt auch für die Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft.

¹⁴ Peschke, a.a.O., S. 70.

¹⁵ H. Steiner: Soziale Strukturveränderungen im modernen Kapitalismus. Berlin/DDR 1967, S. 13.

¹⁶ Potthoff, a.a.O., S. 417.

¹⁷ P. Rosenberg: Die soziale Krankenversicherung. Pflichtversicherung oder freiwillige Vorsorge. Köln 1969, S. 76.

„Die Abgrenzung der Versicherungspflicht im Gesetz von 1883, die aus der zufälligen (! d. Verf.) Verknüpfung mit dem Unfallversicherungsgesetz entstanden war und daher das Unfallrisiko, nicht aber das Krankheitsrisiko zum Maßstab hatte, fand wohl die meiste Kritik.“¹⁸ Daher wurden bereits 1885 die ersten Erweiterungen der Versicherungspflicht auf das Verkehrswesen, den Post- und Telegrafendienst sowie auf die Heeres- und Marineverwaltung vorgenommen. 1892 fand die Einbeziehung des Handelsgewerbes statt. Die Arbeiter in Land- und Forstwirtschaft wurden erst durch die Reichsversicherungsordnung 1914 mit in die Versicherungspflicht einbezogen.

Während also durch das Gesetz von 1883 die Krankenkassen zur Bereitstellung ärztlicher Hilfeleistung verpflichtet waren, wurde in diesem Gesetz nichts über ihr Verhältnis zu den Ärzten ausgesagt. „Die RVO sah ursprünglich den Begriff des Kassenarztes ebensowenig vor wie das Gesetz von 1883. Die Kassen konnten und mußten den Auftrag als an sich gerichtet verstehen. Damit stand es ihnen offen, die Wege zu suchen, die zu diesem Ziele führen könnten.“¹⁹

Erst in der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. 4. 1892 wird den Krankenkassen ausdrücklich das Recht zugesprochen, die Art und Weise der medizinischen Betreuung in alleiniger Verantwortung zu regeln. Dabei hatten die Krankenkassen das Recht, die Befugnisse und die Zahl der Ärzte zu bestimmen und auch die jeweilige Person des Kassenarztes auszusuchen. Zwischen der Krankenkasse und dem Arzt wurden Einzelverträge abgeschlossen.

Damit hatten die Krankenkassen die gestalterische Dominanz in der Sozialversicherung errungen. Das Recht zur Zulassung einzelner Ärzte verschaffte den Kassen ein Monopol, das sich durch die ständige Ausweitung des Versichertenkreises verstärkte. Die Kassenzulassung wurde für die niedergelassenen Ärzte mehr und mehr zu einer Existenzfrage. Dabei wurde die Macht der Kassen durch den geringen Organisationsgrad der Ärzte vergrößert.

III. Die Ärzteschaft und die Krankenversicherung

„Über den Einfluß der Krankenversicherung auf die ärztliche Versorgung und die Arzt-Patient-Beziehung einerseits und Arzt und Krankenkasse andererseits war man sich auf keiner Seite in Deutschland von vorneherein klar. ... Die Ärzteschaft hatte zur Schaffung der sozialen Versicherungsgesetze nicht Stellung genommen und sich in keiner Weise positiv daran beteiligt.“²⁰ Die Ärzte waren in lokalen Klubs auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen und pflegten Moral und Ansehen des Ärztestandes. Außerdem wachten sie darüber, daß Umfang und Dichte ihres Praxisbezirks hin-

18 Ph. Herder-Dorneich: Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung. Köln 1966, S. 81.

19 P. Lüth: Niederlassung und Praxis. Stuttgart 1969, S. 34.

20 G. Augustin: Die Arztfrage in der deutschen und ausländischen Krankenversicherung. Diss. Berlin 1931, S. 7.

sichtlich der ärztlichen Versorgung ein bestimmtes Maß nicht überschritten. Die Ärzte lebten „im allgemeinen wie die Spinnen, jeder in seinem Netze; sie manifestierten auch sattem die sprichwörtliche Feinschaft der Insekten.“²¹

Der Organisationsgrad der Ärzteschaft in diesen Klubs war relativ gering. So waren 1878 von etwa 800 Berliner Ärzten nur 401 in einem ärztlichen Vereine zur Förderung kollegialer Kommunikation zusammengeschlossen²². Die Geschichte der Berliner ärztlichen Vereine ist voll von Auseinandersetzungen zwischen den Mitgliedern und den Vereinen selbst.

Es gab kaum ärztliche Spezialisten im Sinne der heutigen Fachärzte — der eindeutig dominierende Typ des Arztes war der Hausarzt —, trotzdem gab es zwischen den Ärzten erhebliche Konkurrenz, weil das Ausbildungsniveau der einzelnen Ärzte im Zuge der stürmischen Entwicklung der medizinischen Wissenschaften sehr heterogen war und damit die Attraktivität der einzelnen Ärzte hinsichtlich der potentiellen Klientel sehr unterschiedlich war. Der Arzt betreute das wohlhabende Bürgertum, die Zwangsversicherung zunächst relativ kleiner Teile der Arbeiterschaft tangierte ihn nicht. Die Behandlung dieses Versichertenkreises wurde von den Distrikts- und Armenärzten mitübernommen.

Der Hausarzt wurde in der Regel nach einer Jahrespauschale bezahlt, die unabhängig von der tatsächlichen medizinischen Betreuung von Kranken in der Familie festgesetzt wurde. Auf diese Art und Weise konnte jeder Arzt nur einen relativ kleinen Kreis von Familien betreuen, die Honorarpauschalen waren daher hoch.

Dementsprechend gestaltete sich das Verhältnis der niedergelassenen Ärzte zu den Arbeitern. „Die Ärzte hatten naturgemäß vor der Einführung der Krankenversicherung in den Arbeiterkreisen wenig zu tun ... Sie waren bisher gewöhnt, vorwiegend den Mittelstand zu behandeln ... Die Arbeiter riefen den Arzt in ihrer großen Not, namentlich bei Entbindungen und bei Kinderkrankheiten; sie sahen in dem Arzte den Helfer und Retter, der bereitwillig sich und seine Kenntnisse zur Verfügung stellte, dessen Leistungen sie nicht voll bezahlen konnten und der kein unbequemer Mahner war. Daher schätzten sie den Arzt und waren ihm dankbar.“²³

Es ist nicht verwunderlich, wenn die Ärzteschaft vom Krankenversicherungsgesetz kaum Kenntnis nahm. Die Ärzte waren offensichtlich der Ansicht, daß das Gesetz für sie ohne Bedeutung sei. Ein Berliner Ärztefunktionär schreibt 1903: „Bezeichnend für die Selbsttäuschung (hinsichtlich des KVG, der Verfasser), in der sich die

21 Richter: Geschichte und Literatur der Ärztevereine, 1873, zit. nach M. Noetzel: Über die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Kassenärzten und Kassenpatienten. Diss. Berlin/West 1952, S. 22.

22 Zahlen nach: S. Alexander: Geschichte des Verbandes der Berliner ärztlichen Ständesvereine. Berlin 1903, S. 150.

23 G. Pick: Die Bedeutung der freien Arztwahl in der deutschen Sozialversicherung. Leipzig 1927, S. 65 und 68, zit. nach: Noetzel, a.a.O., S. 23.

Ärzeschaft über die Tragweite des Begriffs der ärztlichen Behandlung befand, ist der Umstand, daß in der Reichshauptstadt vor Emanation des Gesetzes kein Standesverein sich mit ihm befaßt hat. Erst am 23. 5. 1884 wurde der Zentralausschuß durch die Luisenstadt ersucht, das Gesetz baldigst in Beratung zu ziehen und eine Generalversammlung sämtlicher Mitglieder der Bezirksvereine zusammenzuberufen, um über die Vorschläge des Zentralausschusses schlüssig zu werden... Dies geschah jedoch nicht, vielmehr wurde beschlossen, die Beratung des Krankenkassengesetzes den einzelnen Vereinen zu überlassen... Charakteristisch ist die in der Debatte gefallene Äußerung, daß der Verein der Gewerksärzte bei der Sache vorwiegend interessiert sei.“²⁴

Mit der ständigen Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten sollte die Frage der Kassenbehandlung bald jedoch die zentrale Frage in den Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden. Bei diesen Auseinandersetzungen erwiesen sich die alten ärztlichen Standesvereine als unfähig, die wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft zu vertreten. So entstanden insbesondere nach Verabschiedung der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz von 1892 heftige Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft selbst um die Frage, ob die bis dahin zur Überwachung ärztlicher Moral und Pflege kollegialer Kommunikation gegründeten ärztlichen Standesvereine in wirtschaftliche Standesorganisationen umgewandelt werden sollten. Im Winter 1892/93 verließen aus diesem Grund drei der neun Berliner Ärztevereine den Zusammenschluß. Die übriggebliebenen Standesorganisationen verwandelten sich in Standesorganisationen zur Wahrung der ökonomischen Interessen der Ärzteschaft. Im März 1893 veröffentlichten sie einen Aufruf: „Der Mangel eines innigen Zusammenschlusses der Ärzte zur Hochhaltung der erhabenen Ziele, die in unserem Berufe die Pflicht gegen die Allgemeinheit wie gegen uns selbst gebieterisch erheischt, und das Fehlen der festen Solidarität zur Verhinderung eines wirtschaftlichen Niederganges, der uns täglich mehr und mehr bedroht und der namentlich in Berlin sich fühlbar macht, haben das Bedürfnis wachgerufen, eine Vereinigung aller Kollegen herbeizuführen, welchen die ethischen und wirtschaftlichen Interessen unseres Berufes am Herzen liegen.“²⁵

In den folgenden Jahren bildeten sich an vielen Orten bereits lokale wirtschaftliche Organisationen der Ärzteschaft. Sie drängten mehr und mehr die alten Klubs in den Hintergrund. Das Hauptziel der neuen Ärzteorganisationen war die Verbesserung der ökonomischen Lage der niedergelassenen Ärzte und die Verteidigung der Freiberuflichkeit. Aus der Sicht eines Vertreters der Ärztevereine stellte sich das Problem wie folgt dar: „Geld ist Macht, diesem banalen Axiom konnten sich natürlich auch die Berliner Ärzte nicht entziehen. Unter den Erfolgen der wirtschaftlichen Vereine mußte

24 Zit. nach: Alexander, a.a.O., S. 60.

25 Zit. nach: Alexander, a.a.O., S. 43.

anfangs die Autorität unseres Verbandes leiden. Da es hüben und drüben nicht an Mißverständnissen fehlte, da die Abgrenzung der beiderseitigen Kompetenzen sich nur schwer bewerkstelligen ließ, war das gegenseitige Verhältnis lange Zeit kein erquickliches.“²⁶

Da der Einfluß der Ärzteorganisationen jedoch auf die einzelnen Orte beschränkt war, konnten sie sich gegen die sich zunehmend auf Reichsebene organisierenden Krankenkassen nicht durchsetzen.

Eine Novellierung des Krankenversicherungsgesetzes, die den Ärzten gegenüber den Krankenkassen eine bessere Position einräumen sollte, wurde vom Reichstag immer wieder verzögert. In dieser Situation veröffentlichte Dr. Warmiensis im Ärztlichen Vereinsblatt einen Aufruf, der die Kassenärzte aufforderte, zum 1. 1. des Jahres 1900 die kassenärztliche Tätigkeit einzustellen, um so die Forderungen der Ärzteschaft durchzusetzen. In einer Antwort, ebenfalls im Ärztevereinsblatt veröffentlicht, forderte daraufhin Dr. Hartmann/Leipzig die Gründung eines gemeinsamen überregionalen wirtschaftlichen Verbandes und einer Streikkasse, die solche Streiks, wie sie Dr. Warmiensis gefordert hatte, ermöglichen sollte. „Aber für unsere materiellen Interessen leisten die staatlichen Ärztekammern und die Bezirksvereine nichts, gar nichts. ... Wir wollen für sämtliche Ärzte des ganzen Reiches eine große Kasse, nennen wir dieselbe strike-Kasse, gründen! Denn glauben Sie mir, Herr Kollege, es tut niemand mit, wenn er nicht einen pekuniären Stützpunkt hat. ... Bis jetzt haben wir Ärzte bei unseren Kämpfen nur immer auf Standeswürde und Standesehre gepocht — ich sage Ihnen, Geld, Geld ist die Hauptsache. Verlangen wir für unsere schwere und aufreibende, entsagungsvolle Arbeit eine anständige Entlohnung, fort mit den Dienstmannschaften, dann wird die Standeswürde und Standesehre am besten gewahrt.“²⁷

Im Rahmen der ärztlichen Standesorganisation gründete Dr. Hartmann am 13. 9. 1900 den ‚Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen‘, der später auch *Leipziger Verband*, nach dem Tode Hartmanns *Hartmann-Bund* genannt wurde. Der Verband der Ärzte Deutschlands wurde sofort — insbesondere vom Ärztevereinsbund — angegriffen. Der Ärztevereinsbund befürchtete eine Einbuße an Einfluß und Macht unter der Ärzteschaft. Dem Verband wurde ‚unterstellt‘, er sei sozialdemokratisch beeinflusst und wolle den Ärztevereinsbund spalten. Daher warnte der Ärztevereinsbund vor dem Eintritt in den Hartmannschen Verband und versuchte durch ähnliche Forderungen dem Verband die standespolitische Zugkraft zu entziehen. Der Geschäftsausschuß des Berliner Ärztevereinsbundes nahm am 13. 11. 1900 wie folgt Stellung: „Wiewohl der Geschäftsausschuß die Überzeugung hat, daß die Beseitigung der durch die Arbeiterversicherungsgesetze dem ärztlichen Stand zugefügten Schädigungen geboten und nicht

²⁶ Zit. nach: Alexander, a.a.O., S. 54.

²⁷ Zit. nach: G. Kuhns: 25 Jahre Verband der Ärzte Deutschlands. Leipzig 1929, S. 19.

durch gesetzgeberische Maßnahmen, sondern auf dem Wege der Selbsthilfe zu erstreben ist, hält er es doch für aussichtslos, dieses Ziel durch die vom Verbande vorgeschlagenen Mittel zu erreichen. Aus diesem Grunde kann der Geschäftsausschuß den Mitgliedern der Berliner ärztlichen Standesvereine den Beitritt zum Verbande nicht empfehlen.“²⁸

Aber trotz aller Verdächtigungen und Anfeindungen wurde der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen innerhalb des Ärztevereinsbundes so schnell zu einer Macht, daß dieser sich mit dem von Hartmann geführten Verband arrangierte. In der Folgezeit war der Verband Hartmanns für die deutsche Ärzteschaft in allen die Kassenärzte betreffenden Angelegenheiten federführend. Der Anschluß des Verbandes an den Ärztevereinsbund erfolgte in der Form, daß der Verband die wirtschaftliche Abteilung des Deutschen Ärztevereinsbundes wurde. Zusätzlich unterstellte sich der Verband in seiner ansonsten selbständigen Tätigkeit den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages als oberster Instanz der Ärzteschaft. Dadurch sollte die Einheitlichkeit des Vorgehens in allen Fragen gewährleistet werden.

IV. Der Kampf zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft um die Gestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland

Durch das Krankenversicherungsgesetz waren 1885 etwa 9,16 % der Bevölkerung des Deutschen Reiches gegen Krankheit versichert. Man kann davon ausgehen, daß die Mitglieder der Pflichtkrankenkassen zu den Ärmsten der Bevölkerung gehörten, die zuvor keine oder nur punktuelle und wohlthätige Hilfe erhalten hatten. Die Krankenkassen mußten also Ärzte für die Behandlung der Bevölkerungsschichten gewinnen, die bis dahin nur aus Mildtätigkeit behandelt worden waren. Da die gesellschaftliche Stellung der Ärzte, die Arme behandelten, meistens sehr schlecht war, fanden sich nur solche Ärzte zu einem Vertrag mit den Krankenkassen bereit, die in ihrer Privatpraxis nicht genügend Einkommen erzielen konnten. Da sich aber die Zahl der Versicherten ausweitete, schon 1888 waren 11,2 % der Bevölkerung gegen Krankheit versichert (Tabelle 1), war es für die Krankenkassen außerordentlich schwierig, eine ausreichende Zahl qualifizierter Ärzte unter Vertrag zu nehmen.

So mußten in Sachsen teilweise sogar nicht approbierte Heilkundige zur ärztlichen Hilfe im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes herangezogen werden. Gegen solche wenig oder unqualifizierte ärztliche Betreuung wendeten sich die Gewerkschaften mit der Forderung nach freier Arztwahl. Mit der Parole ‚Für freie Arztwahl‘ gewannen die Gewerkschaften die Wahlkämpfe um die Besetzung der Organe der Ortskrankenkassen²⁹. In der Folgezeit wurde bei vielen Krankenkassen die freie Arztwahl eingeführt, was mit einer erheb-

28 Alexander, a.a.O., S. 97.

29 Hadrich, a.a.O., S. 13.

**Tabelle 1: Versicherte und Versicherungswesen in Deutschland
1885 bis 1913**

Jahr	Zahl d. Kranken- kassen	Mitglieder in den Krankenkassen (in Tsd.)	Mitglieder in % der Bevölkerung	Ausgaben f. ärztl. Honorar in Tsd. Mk.
1885	18 766	5 168,7	9,16	8 594
1890	21 173	6 580	11,2 ^a	16 783
1895	21 992	7 525,5	14,4	23 141
1900	23 021	9 520,8	16,9	34 331
1905	23 127	11 184,5	18,4	53 113
1910	23 188	13 069,4	20,2	76 440
1913	21 342	13 566,5	20,3	93 941

^a 1888

Quelle: Statistisches Jahrbuch des Deutschen Reiches, entspr. Jg.; K. Unger: Tabellenwerk der Krankenversicherung. Perleberg 1927; Sauerborn: 40 Jahre Krankenversicherung in Deutschland, in: Die Reichsversicherung, 1927, S. 150 ff.

lichen Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Betreuung verbunden war. Die Krankenkassen gerieten daraufhin in erhebliche finanzielle Schwierigkeiten. Viele schafften die freie Arztwahl wieder ab.

Der Kreis der Versicherten dehnte sich ständig weiter aus. Auch für die etablierten niedergelassenen Ärzte wurden die Pflichtversicherten mehr und mehr zu einer ‚behandlungswürdigen‘ Klientel. Die ärztliche Konkurrenz wurde dadurch verschärft, daß die Attraktivität des Medizinstudiums erheblich gestiegen war. Wie die Tabelle 2 zeigt, erhöhte sich die Zahl der Approbationen zwischen 1885 und 1890 um mehr als 57 %. Die Zahl der Ärzte nahm im gleichen Zeitraum um 20 % zu, bis 1900 sollte sich die Zahl verdoppeln.

„Dies war die Geburtsstunde des bisher ungelöst gebliebenen Problems der quantitativen Lenkung des Leistungsangebots und der Leistungsnachfrage. Nur kurze Zeit blieb die an der Behandlung von Kassenpatienten interessierte Zahl von Ärzten klein, dann trafen sich doch zunächst bei nur einigen, später bei einer großen Zahl von Ärzten das von jeglichen Kauffesseln befreite Behandlungsbedürfnis der Krankenkassenpatienten und das Einkommensbedürfnis dieser betreffenden Arzt auf halbem Wege, es entstand das Phänomen der Polypragmasie. Die Ausgaben der Krankenkassen stiegen ruckartig in die Höhe.“³⁰

In der Tabelle 1 wird diese Entwicklung belegt: Während die Zahl der Versicherten zwischen 1885 und 1890 um 27 % stieg, erhöhten sich die Krankheitskosten der Kassen insgesamt um mehr als

100 %, die der Ortskrankenkassen als der größten Gruppe der Versicherungsträger gar um 247 %³¹.

Tabelle 2: Die Ärzte in Deutschland 1876 bis 1913

Jahr	Ärzte insgesamt	Zahnärzte insgesamt	Appro- bationen	Medizin- studenten
1876	13 728	—	—	—
1885	15 764	470	998	—
1890	18 846	659	1 571	—
1895	23 099	1 071	1 375	—
1900	27 374	1 583	1 344	7 044 a
1905	31 041	2 192	845	6 310
1910	32 499 b	3 020	1 048	11 125
1913	34 136 c	—	3 822	14 632

a 1901

b davon 102 weibl. Ärzte

c davon 195 weibl. Ärzte

Quelle: Statistisches Jahrbuch des Deutschen Reiches, entspr. Jg.; Reichs-medizinalkalender, hrsg. v. Prof. Dr. Schwalbe, entspr. Jg.; J. Hadrich: Die Arztfrage in der Deutschen Sozialversicherung, Berlin 1955; Medizinalstatistische Mitteilungen, Berlin 1910, hrsg. v. Kaiserlichen Gesundheitsamt; K. Unger: Tabellenwerk der Krankenversicherung, Perleberg 1927; Soziale Praxis, XX, 1911, Nr. 14, S. 448; Soziale Praxis, XXI, 1912, Nr. 17, S. 542.

Auf dem 19. Deutschen Ärztetag 1891 wurde erstmals von der Ärzteschaft die Forderung nach freier Arztwahl erhoben. Die ursprüngliche Forderung nach freier Arztwahl aus Gründen der Qualität der ärztlichen Versorgung, wie sie die Gewerkschaften formuliert hatten, wird nun bei der Ärzteschaft zu einer ökonomisch begründeten Forderung nach Zulassung aller willigen Ärzte zur Kassenpraxis. „Die freie Wahl des Arztes bei den Krankenkassen entspricht sowohl den Interessen der Kassenmitglieder als auch berechtigten Forderungen der Ärzte.“³² Diese Forderung wurde bei nur zwei Gegenstimmen angenommen.

Als Ergebnis innerärztlicher Konkurrenz um eine Kassenarztstelle war ein Sinken des ärztlichen Honorars zu verzeichnen. So berichtet der Kölner Ärzte-Bezirksverein: „Wenn z. B. einem Arzt ein Honorar von 6000.— Mark geboten wird, welches Honorar nach unseren Minimalsätzen 8—9000.— Mark betragen müßte, so ist es zu verstehen, daß es Ärzte gibt, die eine solche Stelle gerne annehmen, und auch nichts Unehrenhaftes darin erblicken, wenn man bedenkt, daß noch immer der preußische Kreisphysikus mit 900 Mark zufrieden sein muß.“³³ Solche Unterbietungen ärztlicherseits waren durchaus die Regel. Die Kassen waren dadurch in der Lage, die ärzt-

31 Nach K. Unger: Tabellenwerk der Krankenversicherung. Perleberg 1927.

32 A. Gabriel: Die kassenärztliche Frage. Leipzig 1912, S. 61.

33 Gabriel, a.a.O., S. 34.

lichen Honorare erheblich zu drücken. Oft traten die Ärzte einfach aus ihren Standesvereinen aus, „um ungestört ihre Machenschaften betreiben zu können.“³⁴ „Um schließlich zu zeigen, wie von seiten der Kassenvorstände, aber auch von behördlicher Seite, zum Teil über die Honorarforderungen der Ärzte geurteilt werden konnte, sei noch ein Fall aus Düsseldorf berichtet. Hier hatten sich die meisten Kassen mit den Ärzten auf Bezahlung der Einzelleistung geeinigt, 1.50 M pro Besuch, 0.60 M pro Konsultation. Nur fünf Ortskrankenkassen wollten darauf nicht eingehen; diese standen unter städtischer Leitung. Da von den Ärzten Düsseldorfs die gebotenen Fixa als nicht ausreichend bezeichnet wurden, wurden die Arztstellen ausgeschrieben und an fünf auswärtige Ärzte gegeben. In einer offiziellen Bekanntmachung der Vorstände wurden die neu engagierten Ärzte ihrer Tüchtigkeit wie ihrem gesamten humanen³⁵ Verhalten nach der Sympathie des Publikums empfohlen, während das Vorgehen des ärztlichen Vereins einem Arbeiterstreike ähnlich und geeignet gefunden wird, die humanen Zwecke des Gesetzes zu beeinträchtigen und die Arbeiterkreise zu verbittern.“³⁶

Aber auch in ihrer Standeswürde fühlten sich die niedergelassenen Ärzte durch das Krankenversicherungsgesetz beeinträchtigt. Das Idealbild des freien Berufs vertrat sich für die meisten Ärzte nicht mit der Abhängigkeit von einer Krankenkasse. Wie unter den Bedingungen innerärztlicher Konkurrenz die Besetzung einer Kassenarztstelle vor sich gehen konnte, berichtet aus ärztlicher Sicht A. Gabriel sehr ausführlich:

„Wie es bei den Bewerbungen um Kassenarztstellen zugeht, hierfür sei nur ein Beispiel angeführt. In Berlin sind 19 neue Gewerksarztstellen ausgeschrieben, dazu die eines Chirurgen und eines Ophthalmologen. Beworben haben sich um die ersten 19 Stellen ca. 150 Ärzte, d. h. p. p. 10 % der Berliner ärztlichen Welt. Man glaube aber nicht, daß es sich nur um junge Kollegen handelt, denen es heute auf andere Weise schwer fällt, in die Praxis hineinzukommen, nein, Sanitäts- und ich glaube sogar Geheime Sanitätsräte, ebenso pro physicatu geprüfte Ärzte treten als Bewerber auf. Als Bewerber um die chirurgische Stelle kenne ich u. a. einen Universitätsprofessor. In der Ankündigung der Vakanzen seitens des Vorstandes des Gewerkskrankenvereins heißt es, die Bewerber möchten ihre Gesuche schriftlich einreichen, einer persönlichen Vorstellung bedarf es nicht. Allerdings einer Vorstellung bei dem Vorsitzenden bedarf es nicht, den dieser ist auf die Besetzung gänzlich einflußlos, ebenso die ihm beigeordneten Vertrauensärzte; umsomehr dagegen ist ein Besuch bei den im Vorstände sitzenden Arbeitern durchaus notwendig. Derer sind wenn ich nicht irre, 25, und nun ist es erbaulich, mit anzusehen, wie die Kollegen zum größten Teil bei allen, zum kleineren nur bei den einflußreicheren ihre Visiten abstatten. In Droschke erster

34 Gabriel, a.a.O., S. 35.

35 Im Original gesperrt gedruckt.

36 Gabriel, a.a.O., S. 35.

Klasse, der Universitätsprofessor im eigenen Wagen, mit dem Zylinderhute auf dem Haupte geht es von einem zum anderen, vom äußersten Osten Berlins durch das Zentrum zum Westen, vom Norden zum Süden. Ein Kollege teilte mir mit, er sei im Vorzimmer (sit venia verbo) des einen der 25 mit 20 anderen Kollegen zusammengetroffen; das betreffende Vorstandsmitglied erzählte ihm jedoch, es hätten sich bereits 102 Ärzte vorgestellt. Natürlich kann die offizielle Besuchszeit nicht bei allen eingehalten werden, ... folglich müssen, um dieselben nur ja nicht zu verfehlen, die Besuche auf den Abend gelegt werden, und zwar, wie mir Fälle bekannt sind, bis 1/2 10 Uhr abend. Hat man das Glück, die Gesuchten anzutreffen, dann ereignen sich zum Teil Szenen, die ich nur als Demütigungen ansehen kann. Da wird das Gespräch, wenn das betreffende Vorstandsmitglied die Gnade hat, sich in ein solches einzulassen, allmählich auf die Politik gebracht — in unserer bewegten Zeit kein Wunder. Es werden dann die extremsten Anschauungen geäußert, und ich kenne keinen Fall, wo denselben widersprochen worden wäre. Diejenigen Vorstandsmitglieder, die ihr Gewerbe im Hause betreiben, lassen sich durch die Vorstellung oft gar nicht in ihrer Beschäftigung stören. So ist es vorgekommen, daß ein Kollege einen Barbier zum Zwecke der persönlichen Meldung aufsuchte, dieser gerade einen Kunden unter dem Messer hatte, sich — ohne in seiner Tätigkeit inne zu halten — nach dem Begehren des Betreffenden erkundigte und in einer so erhebenden und anmaßenden Weise auftrat, sich so als Wohltäter gegenüber einem Bittenden aufspielte, daß der Kollege versicherte, er würde 1000 Mark geben, wenn ihm dies, von seiner Seite durchaus nicht verschuldete, Begebnis erspart worden wäre.“³⁷

Gegen die starke Position der Krankenkassen konnten die kleinen lokalen Gruppen der Ärzte, die versuchten, ihre ökonomischen Interessen gegen die Krankenkassen durchzusetzen, nur wenig ausrichten. Die Gründung eines zentralen Ärztevereins, der sich der wirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte annahm, lag also in der Luft, als Hartmann 1900 seinen Aufruf veröffentlichte. Nachdem bereits 1893 ein Zentralverband der Ortskrankenkassen gegründet worden war, entstand nun auf ärztlicher Seite ebenfalls ein solcher Zentralverband, der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Auf dem 30. Deutschen Ärztetag 1902 in Königsberg wurden gegen nur drei Stimmen folgende Forderungen erhoben:

„Bei allen Vereinbarungen ist zu erstreben:

1. Daß jeder Arzt, welcher Satzungen der ärztlichen Organisation und die Vereinbarungen derselben mit den Kassen anerkennt, in die Organisation aufgenommen werden muß.
2. Daß die Kassenmitglieder die freie Arztwahl unter den Ärzten der Organisation haben.

3. Daß die Pflichten der Ärzte den Kassen und Kassenmitgliedern gegenüber sowie die Gegenleistungen der Kassen ausschließlich durch die ärztliche Organisation mit den Kassen vereinbart werden.
4. Daß die Organisation als solche die Verantwortung für die Einhaltung der eingegangenen Verpflichtungen seitens der einzelnen Ärzte übernimmt und deshalb allein befugt ist, die einzelnen Ärzte wegen Verletzung ihrer kassenärztlichen Pflichten zur Verantwortung zu ziehen.
5. Daß die Kassen und die ärztlichen Organisationen bei allen Verhandlungen und Meinungsverschiedenheiten als gleichberechtigte Parteien erscheinen.“³⁸

Diese Forderungen, die bei den Krankenkassen auf erheblichen Widerstand stießen, waren bis zum Berliner Abkommen vom 23. 12. 1913 das zentrale Thema der Auseinandersetzung zwischen den Ärzteorganisationen und den Krankenkassen. Volle Erfüllung fanden diese Forderungen später mit der Notverordnung vom 8. 12. 1931 und der Verordnung vom 2. 8. 1933.

Erstmals auf dem Ärztetag 1902 wird hier von seiten der Ärzteschaft nicht mehr die freie Arztwahl, sondern die organisierte freie Arztwahl gefordert. Das bedeutet, daß zur Kassenzulassung nur solche Ärzte sich bewerben können, die Mitglied des Verbandes der Ärzte Deutschlands sind. Eine solchermaßen modifizierte ärztliche Forderung sollte die erhebliche innerärztliche Konkurrenz und Interessenheterogenität, die bis dahin ein einheitliches Vorgehen der Ärzteschaft weitgehend verhindert hatte, beseitigen und die Basis für eine wirksame Arbeit des Verbandes bereiten.

Ein zentrales Problem waren die sog. Nothelfer. Darunter waren Ärzte zu verstehen, die mit den Krankenkassen zu besonders guten Konditionen Verträge abschlossen, wenn sich die ortsansässigen Ärzte weigerten, die Angebote der Krankenkassen zu akzeptieren. Bei den lokalen Auseinandersetzungen war es den Krankenkassen fast immer gelungen, eine genügende Zahl solcher Ärzte zu finden.

„So gingen sie (die Krankenkassenverbände, d. Verf.) bald von den anfänglichen Versuchen ab, ärztliche Nothelfer mit ziemlich niedrigen Gehältern von 5—6000 Mark auf 3—5 Jahre anzuwerben, sondern bemühten sich, schwache Gemüter und Leute, die weder Ehre noch sonst etwas zu verlieren hatten, oder auch in Not befindliche Ärzte durch das Angebot langjähriger glänzender Verträge mit Gehältern von 10 000—15 000 Mark ... zu blenden und für sich zu gewinnen. In hinterlistiger Weise suchten außerdem viele Kassen die örtlichen Vereinigungen standestreuer Ärzte durch Verhandlungen hinzuhalten, während sie hinter ihrem Rücken bereits nach Nothelfern suchten. Merkten die Ärzte das mit ihnen getriebene Doppelspiel nicht, so konnte es vorkommen, daß eines Tages die Kassenvorstände mit der höhnischen Bemerkung, es

stunden ihnen genügend andere Ärzte zur Verfügung, die Verhandlungen abbrachen.“³⁹

Gegnerschaft bezüglich der Forderung nach organisierter freier Arztwahl hatte der Verband der Ärzte Deutschlands, nun auch Leipziger Verband genannt, auch von seiten der etablierten Kassenärzte, hier insbesondere von den Bahn- und Knappschaftsärzten zu erwarten. Hauptursache dieser ablehnenden Haltung war die ökonomisch gut gesicherte Position dieser Ärzte und die Befürchtung, bei freier Arztwahl diese zu verlieren. Diese Befürchtung war zumindest bei den Knappschaftsärzten nicht unberechtigt. Die Knappschaftsärzte waren fast ausschließlich auf die Kasseneinnahmen angewiesen; durch eine privat liquidierende Klientel waren mögliche Einbußen in der Kassenpraxis also nicht zu kompensieren. „Ein recht bedauerliches Beispiel geben die Bahnärzte; hätten sie geschwiegen und sich wenigstens den Bestrebungen der Ärzteschaft nicht entgegengestemmt, so hätte man schonungsvoll daran gedacht, daß es ihnen nicht lieb sein könnte, ihre Stellung als *beati possidentes* gefährdet zu sehen.“⁴⁰

Trotz dieser innerärztlichen Widerstände gelang es dem Leipziger Verband schnell, die größten Teile der niedergelassenen Ärzteschaft zu integrieren. Waren noch im Jahre 1901 nur etwa 2,25 % aller in Frage kommenden Ärzte im Verband organisiert⁴¹, so stieg diese Zahl bis 1910 auf 94 % aller Ärzte. 1913 war der Leipziger Verband in 12 Landes- und Provinzialverbände, 129 Gaue und ebensoviele Vertrauensmänner, 1114 Obmänner und 1280 Verbandsvertretern gegliedert. Die Tabelle 3 dokumentiert diese Entwicklung:

Tabelle 3: Mitglieder des Leipziger Verbandes

Jahr	Mitgliederzahl
1. 1. 1901	668
1902	2 500
1. 3. 1903	3 500
1. 9. 1903	9 000
1904	15 000
1906	18 700
1907	19 800
1908	21 000
1909	22 400
1910	23 000

Quelle: G. Kuhns: 25 Jahre Verband der Ärzte Deutschlands, Leipzig 1929, S. 68—83.

Die Forderung nach organisierter freier Arztwahl stieß bei den Krankenkassen auf heftige Ablehnung. Die Krankenkassen be-

³⁹ Kuhns, a.a.O., S. 257.

⁴⁰ Gabriel, a.a.O., S. 190.

⁴¹ Zahlenangaben nach G. Kuhns, a.a.O., S. 68—83.

gründeten ihre Ablehnung damit, daß die organisierte freie Arztwahl zu einer erheblichen Steigerung der finanziellen Aufwendungen der Krankenkassen führen und darüber hinaus ihnen jegliches Instrument zur Steuerung der Ärzte hinsichtlich ihrer Niederlassung genommen würde.

Die Auseinandersetzungen wurden immer heftiger. „In den meisten Fällen hatte die deutsche Ärzteschaft bei diesen Kämpfen wirtschaftliche Vorteile erzielt, und an vielen Orten wurde die freie Arztwahl eingeführt. Bis 1913 hatte der Hartmannbund in 1088 Konflikte eingegriffen und davon 995 zugunsten der Ärzteschaft entschieden. Wesentlich beeinflußt wurden diese Entscheidungen dadurch, daß auf der einen Seite die Machtpositionen ausgenutzt und andererseits die Standesinteressen hinter die wirtschaftlichen Ziele zurückgestellt wurden.“⁴²

Der Einwand der Krankenkassen, die freie Arztwahl erhöhe die finanziellen Aufwendungen der Krankenkassen, wird durch die Angaben in Tabelle 1 belegt. Wurden im Jahre 1885 pro Kassenmitglied und Jahr noch ca. 2 Mark für Arzthonorar ausgegeben, so waren dies 1895 mehr als 3 Mark. 1913 beliefen sich diese Ausgaben auf fast 7 Mark. Darüber hinaus behaupteten die Krankenkassen, daß durch die freie Arztwahl das Simulantentum gefördert werde und auch die Kosten für Krankengeld und Arznei in die Höhe getrieben werde. „Eine Überzahl von Ärzten löst regelmäßig einen Wettbewerb um die Gunst der Versicherten aus, welcher der Kasse notwendigerweise zum finanziellen Schaden ausreicht. Etwa 95 % aller Leistungen und Ausgaben der Krankenkassen werden von Ärzten veranlaßt oder als sachgemäß und notwendig bescheinigt. ... Dabei soll der Arzt sowohl das berechnete Interesse des Versicherten an einer Erlangung der Versicherungsleistungen als auch das nicht minder berechnete Interesse der Kassen daran wahren, daß die Ausgaben im Rahmen des gesetzlich Gebotenen und Notwendigen gehalten werden. Diese schwierige Mittlerstellung kann der Arzt nur dann erfüllen, wenn er nicht durch sein eigenes Interesse an umfangreicher Praxis mit den Versicherten, die einen nachgiebigen und verschreibungsfreudigen Arzt suchen, in eine gemeinsame Front gegen die Kasse gedrängt wird.“⁴³

Der zweite Haupteinwand der Krankenkassen bezieht sich auf die Frage der gleichmäßigen medizinischen Versorgung von Stadt und Land sowie auf die ausreichende Versorgung der Arbeiterbezirke in den Großstädten und industriellen Ballungsgebieten. Wie aus der Tabelle 4 leicht erkenntlich ist, war der Grad der Dichte der ärztlichen Betreuung außerordentlich unterschiedlich. Die Kassen argumentierten, daß der Sog in die großen Städte sich weiter verstärken würde und den Kassen bei freier Arztwahl die Hände gebunden seien.

⁴² Augustin, a.a.O., S. 10.

⁴³ G. Heinemann: Die Bedeutung des Arztsystems in der Krankenversicherung, in: Monatsschrift f. Arbeiter- und Angestelltenversicherung, 16, 1928, S. 373.

Aber auch eine unterschiedliche Versorgung in den Großstädten war vorhanden: So kamen in Hannover auf 10 000 Einwohner 10,2 Ärzte, „in Essen nur 4,7 und in der ausschließlich von Arbeitern bewohnten Großstadt Hamborn nur 2,3 Ärzte“⁴⁴. Auch von offizieller Seite wurde auf diese Folgen freier Arztwahl hingewiesen⁴⁵.

Tabelle 4: Regionale Verteilung der praktizierenden Ärzte in Deutschland 1911 je 10 000 Einwohner

Land	Großstädte	Gemeinden von		unter 10 000 Einwohnern
		50 000 bis 100 000 Einwohnern	10 000 bis 50 000 Einwohnern	
Preußen	9,7	7,3	5,8	2,5
Sachsen	8,1	6,7	4,8	2,8
Bayern	12,8	9,6	8,2	3,1
Württemberg	10,0	10,0	7,7	2,8
Baden	8,3	13,2	10,2	3,3
Hessen	9,9	8,5	13,4	4,2
übrig. Deutschland	7,8	9,4	7,8	3,2
Deutschland insges.	9,6	8,6	6,4	2,7

Quelle: Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt, XXI, S. 542.

Die Krankenkassen bestanden darauf, daß die Frage des Arztsystems nicht generell zu lösen sei, da zu viele Faktoren die Frage beeinflussten. „Die Zeit, da die freie Arztwahl von dem gesamten Proletariat gewünscht wurde, gehört längst der Vergangenheit an. Die freie Arztwahl ist in den Händen der Ärzte ein Instrument geworden, das den versicherten Arbeitern Lasten auflegt, die sie einfach nicht mehr zu ertragen vermögen. Dem Arbeiter können und dürfen nicht Beiträge abgenommen werden, die er sich am Munde absparen muß, um die höher werdenden Arztkosten zu bestreiten.“⁴⁶

In ähnlicher Weise äußert sich auch der ‚Vorwärts‘: „Um den Kassen ihre Forderungen restlos aufzwingen zu können, soll vor allem die freie Arztwahl allenthalben eingeführt werden, natürlich nur soweit sie der Ärzteorganisation förderlich ist. Wenn nämlich der Arzt mehr als zwei Kilometer Weg zum Kassenpatienten hat, sollten die existierenden Mehrkosten vom Patienten selbst getragen werden. Die Krankenkassenvertreter wollen aber nicht eine freie Arztwahl nach den Interessen der Mitglieder. Zu viele Ärzte sind der Kassen Tod! Bei dieser Gelegenheit wollen sich die Ärzte völlig freimachen von jedem Einfluß der allein verantwortlichen Kassenvorstände. Wie soll das geschehen? Die Ärzteorganisation bestimmt hinfort, wer bei der Kasse als Arzt tätig sein darf, und wer auszuschließen ist. Die

⁴⁴ Vossische Zeitung v. 24. 12. 1913.

⁴⁵ J. Wengler: Die freie Arztwahl, in: Preußische Jahrbücher, 136, 1909, S. 505.

⁴⁶ L. Klauber: Was ist's mit dem „Ärztestreik“?, in: Die Rote Fahne, 7, 1924, Nr. 11 v. 13. 3. 1924.

Ärzteorganisation zieht das gesamte Honorar von den Kassen ein und verteilt es nach Abzug der Kriegs- und Organisationskosten usw. an die einzelnen Ärzte. Damit sollen die Beziehungen des einzelnen Arztes zur Kasse, die unbedingt zum Gedeihen derselben nötig sind, völlig aufgehoben werden. Es wird damit auch der letzte Rest an Selbstbestimmungsrecht den Kassen genommen. Die Arbeitervertreter mußten es entschieden ablehnen, sich lediglich als Eintreiber unerschwinglich hoher Kassenbeiträge gebrauchen zu lassen.“⁴⁷

V. Die Auseinandersetzungen bis zum Berliner Abkommen vom 23. 12. 1913

Nachdem bereits 1902 vom 30. Deutschen Ärztetag die Forderung nach freier Arztwahl erhoben und diese beim Kongreß der Krankenkassen Deutschlands im März 1903 einstimmig zurückgewiesen worden war, wurde auf dem 31. Deutschen Ärztetag folgender Beschluß gefaßt: „Der 31. Deutsche Ärztetag erwartet von den dem Ae-V-B“⁴⁸ angehörenden Vereinen, daß sie schleunigst und energisch alle Maßnahmen der Selbsthilfe zur Durchführung der Forderung des Ae-V-B bei den Krankenkassen ergreifen, und daß sie ihre Mitglieder verpflichten, sich jeglicher Stellungnahme gegen die Durchführung der freien Arztwahl zu enthalten.“⁴⁹ Dies war der Auftakt für eine Vielzahl von Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und dem Leipziger Verband (später: Hartmannbund). Die erste große Auseinandersetzung fand 1904 in Köln statt. Schon vorsorglich hatte der Leipziger Verband unter den Kölner Ärzten ein ‚Schutz- und Trutzbündnis‘ vorbereitet, „in welchem den bisherigen Kassenärzten ein bestimmtes Einkommen eine Zeitlang bei freier Arztwahl derer für berechtigt hielt, welche bei Einführung der freien Arztwahl Gefahr liefen, eine Verminderung ihrer Einnahmen aus der Kassenpraxis zu erleiden, auf denen die ganze wirtschaftliche Existenz vieler aufgebaut war.“⁵⁰

In diesem Bündnis verpflichteten sich die Ärzte, auf schriftliche Aufforderung von mindestens zwei Mitgliedern des Leipziger Verbandes, die den Vertrag unterzeichnet hatten, zu einem bestimmten Termin den Vertrag mit der Krankenkasse zu kündigen und keinen neuen Vertrag mehr abzuschließen. Darüber hinaus verpflichteten sie sich zu strengster Geheimhaltung und zur Zahlung von 3000 Mark Konventionalstrafe bei Bruch oder Verletzung des Vertrages. Diesem Bündnis traten alle Kölner Kassenärzte bei. Daraufhin kündigten diese, „da die Verträge durchaus nicht den Standesforderungen genügten“⁵¹, zum 1. 1. 1904 die Verträge mit allen Kölner Kranken-

⁴⁷ Vorwärts v. 25. 11. 1913.

⁴⁸ Ae-V-B = Aertzeverbandsbund.

⁴⁹ Gabriel, a.a.O., S. 207.

⁵⁰ Gabriel, a.a.O., S. 218.

⁵¹ Gabriel, a.a.O., S. 221.

kassen. Die ärztliche Versorgung von ca. 130 000 Kassenmitgliedern Kölns war nicht mehr gewährleistet.

Die Versuche der Kassen, Nothelfer zu verpflichten, hatten nur mäßigen Erfolg, da der Leipziger Verband in der Zwischenzeit begonnen hatte, 'Cavete-Listen' herauszugeben, in denen die Orte veröffentlicht waren, in denen sich aufgrund von Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Leipziger Verband keine Ärzte niederlassen sollten.

Da die medizinische Versorgung nicht mehr zu garantieren war, griff der Regierungspräsident in Köln ein. In einem Vertrag wurde die freie Arztwahl durchgesetzt. Die angeworbenen Nothelfer wurden aus ihren Verträgen entlassen.

Der Leipziger Verband feierte einen ersten großen Sieg. „Der Vertrag, abgeschlossen auf sechs Jahre, trat am 1. 2. 1904 in Kraft. Der Kampf in Köln hatte nach einmonatigem Bestehen dank der Unterstützung der deutschen Ärzte, von denen sich nur ein kleines Häuflein bereit hatte finden lassen, den Ärzten in Köln in dem schweren Existenzkampf in den Rücken zu fallen, der Sache der Ärzte abermals einen bemerkenswerten Sieg gebracht.“⁵²

Nach diesem Erfolg der Ärzteschaft nahm die Zahl der Auseinandersetzungen erheblich zu. Im Berichtsjahr 1904/05 des Leipziger Verbandes waren im Deutschen Reich 177 Kämpfe im Gange. Bis 1906/07 stieg die Zahl auf 280 Kämpfe an. Nach einer vorübergehenden leichten Beruhigung wurden dann 1913/14 mehr als 500 Auseinandersetzungen gezählt⁵³.

„Es war unverkennbar in weiten Kassenkreisen eine gewisse Kampfmüdigkeit eingetreten, verbunden mit einer nicht geringen Ernüchterung der beteiligten Kassenvorstände in der Beurteilung der von ihnen anfangs bis in den Himmel erhobenen Nothelfer und der von manchen Seiten ... früher als ‚mustergültig‘ angepriesenen neuen kassenärztlichen Einrichtungen, vor allem der Distriktsärzte.“⁵⁴

Diese Situation änderte sich schlagartig, als im Frühjahr 1909 der erste Gesetzesentwurf zur RVO veröffentlicht wurde. Dieser Entwurf stieß auf die heftige Ablehnung der ärztlichen Organisationen. In ihren Augen war der Entwurf der Versuch, die ärztlichen Organisationen als eigenständige Kraft im Gesundheitswesen auszuschalten und die Verantwortung ausschließlich den Krankenkassen zu überlassen.

Der Leipziger Verband rief umgehend eine Vertrauensmännerversammlung ein, die einen Aufruf an alle Ärzte beschloß. Der Aufruf forderte die Ärzte auf, eine Erklärung zu unterzeichnen, „worin sich jeder Arzt verpflichtete, bei der Ein- und Durchführung der Reichsversicherungsordnung seine Mitwirkung zu versagen und, wenn nötig, jede Tätigkeit für Krankenkassen einzustellen, falls die

52 Gabriel, a.a.O., S. 225.

53 Zahlen nach G. Kuhns, a.a.O., S. 271.

54 Kuhns, a.a.O., S. 295.

Bestimmungen über den ärztlichen Dienst, bei den Krankenkassen in der jetzt vorliegenden oder in einer gleichbedeutenden Form Gesetzeskraft erlangen sollten'. Der übrige Teil der Erklärung enthielt nähere Bestimmungen über das Verhalten der Ärzte bei der Einführung der Reichsversicherungsordnung. Sie liefen darauf hinaus, die ganze kassenärztliche Regelung der ärztlichen Organisation zu überlassen und Kassenkranke nur als Privatkranke zu ortsüblichen Sätzen zu behandeln.“⁵⁵

Da der Entwurf auf fast allen Seiten auf Ablehnung stieß, wurde er von der Reichsregierung zurückgezogen und überarbeitet. Insgesamt war auch diese Überarbeitung für die Ärzteschaft nicht annehmbar. Aus diesem Grunde wurde ein außerordentlicher Ärztetag im April 1910 nach Berlin einberufen. In einer Resolution zum Abschluß des Ärztetages wendet sich die dort versammelte Ärzteschaft noch einmal gegen den Entwurf und wiederholt die bekannten Forderungen. Zum Abschluß heißt es in der Resolution: „So ruft heute in der Stunde der Not und Gefahr der Deutsche Ärztetag die Ärzteschaft von neuem auf, in festem Zusammenschluß die Waffen der Selbsthilfe bereitzuhalten, und er beauftragt seine wirtschaftliche Abteilung, den Leipziger Verband, diejenigen Maßnahmen schleunigst zu ergreifen und durchzuführen, die dem ärztlichen Stande die Freiheit seiner Berufsausübung auf jeden Fall zu gewährleisten und die ihm gebührende Stellung den Krankenkassen gegenüber zu sichern geeignet sind.“⁵⁶

Bei der ersten Lesung der RVO im Reichstag wurde den ärztlichen Forderungen von vielen Seiten her Wohlwollen entgegengebracht. In den anschließenden Beratungen in der entsprechenden Reichstagskommission wurde der Entwurf in der Sicht der Ärzteorganisation weiter verschlechtert. So wurde unter anderem die Pflichtversicherungsgrenze derart erhöht, daß sich bei Inkrafttreten der RVO die Zahl der Versicherten um 50 % erhöhen mußte. Dies mußte für die Ärzteschaft Einkommenseinbußen nach sich ziehen, da der Anteil der Privatliquidationen so weiter zurückgehen mußte. Das Ärztliche Vereinsblatt zog daraus am 12. 7. 1910 die Konsequenz: „Damit ist dem Ärztestande und seinen bisher staatlich anerkannten Bestrebungen nach Erhaltung der moralischen Integrität der Standesgenossen offen der Krieg erklärt und dem Zusammenschluß zu gegenseitigem Schutz und Trutz die moralische und gesetzliche Grundlage entzogen.“⁵⁷

Kuhns, damaliger Hauptgeschäftsführer des Leipziger Verbandes, beurteilte die eingetretene Situation so: „Die ganze Behandlung des Gegenstandes seit 2 Jahren bot von Anfang an ein überaus unerfreuliches Bild. Den einzigen Lichtblick darin, bildete das geschlossene und entschlossene Vorgehen der Ärzteschaft... Besonders unangenehm mußte die auf Regierungsseite beliebte eigentümliche Haltung

55 Kuhns, a.a.O., S. 299.

56 Gabriel, a.a.O., S. 42.

57 Gabriel, a.a.O., S. 526.

der verantwortlichen Regierungsvertreter berühren. Reichskanzler v. Bülow hatte sich seinerseits dahin geäußert, daß vor allem die freie Arztwahl eine größere Förderung wie bis dahin erfahren sollte . . . Das Gegenteil ist durch den Beschluß des Reichstages vom 31. Mai 1911 Gesetz geworden.“⁵⁸

Ursprünglich sollte das Gesetz bereits zum 1. 7. 1912 in Kraft treten; dieser Termin wurde jedoch zweimal verschoben. Endgültig trat dann die Reichsversicherungsordnung zum 1. 1. 1914 in Kraft. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch war damit die RVO das umfangreichste Gesetzeswerk in Deutschland. Die RVO war notwendig geworden, weil die Sozialgesetze durch 25 Abänderungsgesetze bis 1909 zu einem Gesetzesmoloch ausgewachsen waren. „Um das unübersichtliche Durcheinander von mehr als 23 000 Versicherungsträgern und Hunderten von Versicherungsämtern war inzwischen ein Gesetzesdickicht entstanden, dessen Kenntnis nicht einmal mehr den Kassenbeamten möglich war.“⁵⁹ An sachlichen Verbesserungen enthielt die RVO: „die Ausdehnung der Krankenversicherung auf Landarbeiter, Hausgehilfen, unständig beschäftigte Arbeiter, im Wandergewerbe Beschäftigte, Hausgewerbetreibende und auf die Betriebsbeamten und Angestellten, die bis zu 2500,— Mark Jahresverdienst hatten.“⁶⁰ Bezüglich des Verhältnisses von Kassen zu Kassenärzten hatte die RVO nichts Wesentliches geändert.

„§ 368 RVO i. d. F. v. 19. 7. 1911 bestimmte daher lediglich, daß die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten durch schriftliche Verträge zu regeln seien, und daß die Kassen eine Bezahlung anderer Ärzte als der Vertragsärzte — von dringenden Fällen abgesehen — ablehnen könnten. Die RVO beließ es also grundsätzlich bei der alten Regelung. Die auf den Deutschen Ärztetagen wiederholt vorgebrachten Hauptanliegen der Ärzte fanden in der RVO keine gesetzliche Anerkennung.“⁶¹

Für die Ärzteschaft und den Leipziger Verband stellte sich die Frage, was zu tun sei, um den Forderungen der Ärzteschaft Geltung zu verschaffen. „Überall begann man Vorkehrungen für den großen Augenblick zu treffen, und Ärzte und Krankenkassen rüsteten, wie es feindliche Staaten vor dem Ausbruch eines großen Krieges zu tun pflegen.“⁶² Erste Maßnahme des Leipziger Verbandes war die Ausgabe einer Anleihe von 1 Million Mark in Form von 100-Mark-Zeichnungen, die den Etat und die Streikkasse des Verbandes konsolidieren sollten. Darüber hinaus wurden überall, wo bis dahin noch keine lokalen Organisationen bestanden hatten, solche eingerichtet.

Darüber hinaus wurden überall die Kassenverträge zum 1. 1. 1914 gekündigt. Ab dem 1. 1. 1914, also dem Tag des Inkrafttretens der

58 Kuhns, a.a.O., S. 300.

59 Peschke, a.a.O., S. 347.

60 Peschke, a.a.O., S. 349.

61 M. Schindera: Das Recht des Kassenarztes im System der sozialen Krankenversicherung. Diss. Freiburg 1963, S. 18.

62 Kuhns, a.a.O., S. 300.

RVO, sollte ein vertragsfreier Zustand zwischen Krankenkassen und Ärzten herrschen. Kassenpatienten konnten nur noch bei Barzahlung vom Arzt behandelt werden.

Auch die Krankenkassen versuchten, sich für den Zeitpunkt des Inkrafttretens der RVO zu wappnen. Zunächst wurden alle Kassen angewiesen, zum Zeitpunkt des Beginns des vertragslosen Zustandes den Kassenmitgliedern Barmittel für die Begleichung von Arzthonoraren auszuzahlen, wozu sie nach § 370 RVO in Notfällen berechtigt waren. Zusätzlich wurden weitere Maßnahmen getroffen. Der Verband der Betriebskrankenkassen erließ „Richtlinien für die zukünftige Regelung der Beziehung der Betriebskrankenkassen zu den Ärzten.“ Dort hieß es:

„1. Ärzte und Heildiener

Der Verband wird nach Möglichkeit darauf hinarbeiten, daß das Ministerium den Heildienern in ihrem Bereiche angemessene Befugnis „zur selbständigen Hilfeleistung“ gibt. Die Kassen müssen das Recht haben, Kassenmitglieder unmittelbar an Heildiener zu Verrichtungen innerhalb der ihnen verliehenen Befugnisse zu überweisen.

2. Betr. Ausschuß von freiwilligen Mitgliedern mit mehr als 4000 Mk. Gesamteinkommen:

Die Kassen müssen natürlich davon absehen, die Einkommensverhältnisse der freiwilligen Mitglieder in besonderer Weise zu erforschen.

3. Kassenärzte, die langfristige Verträge eingegangen sind (und sich auch willfährig zeigen), sollen auch bei anderen Krankenkassen desselben Ortes angestellt werden.“⁶³

In einer solchermassen angespannten Atmosphäre fanden in der Zeit zwischen September und Dezember 1913 mehrere Verhandlungen zwischen den Vertretern des Leipziger Verbandes und denen der Krankenkassen ohne Erfolg statt. Da bei einem Nichtzustandekommen einer Vereinbarung viele, besonders kleinere Krankenkassen in ihrer Existenz bedroht waren, der Versicherungsschutz für einen erheblichen Teil der Bevölkerung so unter Umständen nicht mehr garantiert werden konnte, griff die Reichsregierung in die Auseinandersetzungen ein. Unter Vorsitz des Staatssekretärs des Inneren Dellbrück kam es am 23. 12. 1913, also in letzter Minute, zu einer Einigung zwischen den Parteien, dem *Berliner Abkommen*. In diesem Abkommen wurde festgelegt:

1. Bei jedem Versicherungsamt wird ein Arztregister eingerichtet, in das sich jeder Arzt, der eine Kassenpraxis betreiben will, eintragen lassen muß. Die Auswahl der Ärzte erfolgt im Einvernehmen zwischen den Parteien, bei Streitigkeiten entscheidet ein paritätisch besetzter Ausschuß.

2. Soweit nicht alle Ärzte zur Kassenpraxis zugelassen sind, müssen auf mindestens 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf 1000 Versicherte, ein Arzt kommen.

3. Die Art der Vergütung wird der Regelung durch Einzelverträge überlassen.

4. Die Verträge werden zwischen der Kasse und dem einzelnen Arzt abgeschlossen, allerdings werden die Vertragsbedingungen von Kommissionen der Kassen und des Leipziger Verbandes ausgehandelt.

5. Bei Nichteinigung über Verträge oder bei verschiedener Interpretation von bestehenden Verträgen unterwerfen sich beide Parteien Schiedsausschüssen, die ebenfalls paritätisch besetzt sind.

Dieses Abkommen wurde für die Dauer von zehn Jahren geschlossen und mußte mindestens ein Jahr vor Ablauf gekündigt werden. „Der Ausgang dieses Kampfes ist nicht ein Sieg oder eine Niederlage auf der einen oder anderen Seite der Kämpfer. Jeder Teil gab von seinem Standpunkte nach. Die Ärzte erreichten, daß ihre Hauptforderung, die freie Arztwahl, zu umfangreicher Anwendung kommt. Schon die Bestimmung des Berliner Abkommens, daß jede Kasse soviel Ärzte anzustellen hat, daß mindestens auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte ein Arzt entfällt und unter diesen Ärzten den Versicherten die Auswahl freisteht, ist eine starke Konzession an die freie Arztwahl. In mehreren größeren Städten gelang es den Ärzten, die freie Arztwahl gänzlich zur Einführung zu bringen.“⁶⁴

VI. Die Auseinandersetzungen um das Gesundheitswesen — Teil der gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzungen

Das Berliner Abkommen war das Ergebnis einer zwanzigjährigen Auseinandersetzung zwischen der Ärzteschaft bzw. ihrer Organisation, dem Leipziger Verband und den Krankenkassen. Insbesondere in den letzten zehn Jahren hatte der Leipziger Verband den Kampf angeführt. Dieser Kampf galt vornehmlich den ökonomischen Interessen der Ärzteschaft. Zur Durchsetzung dieser ökonomischen Interessen mußten Strukturveränderungen im Gesundheitswesen erzwungen werden.

Haupterfolge der Ärzteschaft waren die Erlangung des Monopols der medizinischen Betreuung der Krankenversicherten, wie es in der RVO festgelegt wurde, und die Anerkennung der Organisation der Ärzteschaft, des Leipziger Verbandes, als kollektivem Verhandlungspartner der Krankenkassen. Auch hinsichtlich der freien Arztwahl konnte mit der Festsetzung der Verhältniszahl ein großer Erfolg für die Interessen der Ärzteschaft erzielt werden.

Obwohl keine Zahlen bekannt sind, die die genaue Zahl der Ärzte beziffern, die durch das Berliner Abkommen zusätzlich eine Kassenpraxis eröffnen konnten, lassen sich aufgrund verschiedener Einzel-

⁶⁴ Das Ende des Kampfes zwischen Ärzten und Krankenkassen, in: Soziale Praxis, 23. Jg., 1913, S. 1036.

angaben grobe Abschätzungen geben. In den fast ausschließlich von Arbeitern bewohnten Städten ergaben sich noch 1909 folgende Verhältniszahlen⁶⁵:

Altenessen	1 Arzt : 8532 Einwohner
Hamborn	1 Arzt : 4333 Einwohner
Oberhausen	1 Arzt : 3934 Einwohner
Neukölln (Rixdorf)	1 Arzt : 3390 Einwohner
Gelsenkirchen	1 Arzt : 3121 Einwohner
Harburg	1 Arzt : 3020 Einwohner

Anhand der geforderten neuen Verhältniszahl läßt sich abschätzen, daß sich in Städten mit einem großen Anteil an Arbeiterbevölkerung die Zulassungen zur Kassenpraxis nach dem Berliner Abkommen etwa verdoppelten. Ansonsten dürfte der Zuwachs an Kassenärzten wesentlich geringer gewesen sein. So kamen bereits 1904 bei der Leipziger Ortskrankenkasse auf ca. 140 000 Mitglieder 233 Ärzte. Das entspricht einer Verhältniszahl von 1 : 600⁶⁶.

Wesentlicher jedoch als die Festsetzung der Zahl von 1350 Versicherten je Arzt im Berliner Abkommen war, daß die Krankenkassen mit dem Zugeständnis einer Verhältniszahl der Forderung nach freier Arztwahl im Grundsatz zustimmten und mit dem Berliner Abkommen den ersten Schritt zu ihrer Verwirklichung einleiteten.

Das Motiv für den entschiedenen Versuch der Ärzteschaft, das System der freien Arztwahl durchzusetzen, war neben den ökonomischen Interessen die Wahrung der Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzteschaft. Die Ärzteschaft als eine typische Mittelschichtengruppe, permanent vom Absinken in das Proletariat bedroht, sah sich in den Auseinandersetzungen zwischen Großkapital und Arbeiterklasse plötzlich zunehmend in Abhängigkeit von den Krankenkassen, den Institutionen, die sich die Arbeiterklasse erkämpft hatte. Der Arzt war nicht mehr der mildtätige Wohltäter, der Arbeiterfamilien aus humanitären Gefühlen behandelte, sondern die Arbeiter hatten ein Recht auf medizinische Betreuung, die der Arzt zu gewähren hatte. Dabei stand die Ärzteschaft vor dem Dilemma, daß sie sich zwar mit den Zielen der Bourgeoisie identifizierte, aber gerade von dieser in den Auseinandersetzungen keine Unterstützung erhielt. Der Kampf der Ärzte für 'freie Arztwahl' war somit zugleich immer ein Kampf für die Stellung der Ärzte in den Mittelschichten und gegen die Tendenz, die freiberufliche ärztliche Tätigkeit in ärztliche Lohnarbeit zu verwandeln.

Die Krankenkassen wurden bald nach Erlaß des Krankenversicherungsgesetzes zu Organen der Arbeiterklasse. Schon kurze Zeit nach Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes hielten die Sozialdemokraten überall im Lande Versammlungen ab, auf denen die Konsequenzen des Gesetzes für die Arbeiterklasse analysiert werden sollten. Bei den Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen setzten sich die Mitglieder der Gewerkschaften durch.

⁶⁵ Zahlen errechnet nach: Medizinalstatistische Mitteilungen, 1910, hrsg. v. Kaiserlichen Gesundheitsamt, Berlin.

⁶⁶ Zahlen errechnet nach Kuhns, a.a.O., S. 280.

In den Auseinandersetzungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen ergriffen die bürgerlichen Parteien und die Großindustrie die Partei für die Krankenkassen. „Das Arbeitgeberinteresse hingegen ignoriert zunächst diese in der Krankenversicherung zum Ausdruck gelangende wirtschaftspolitische Ausbreitung des Arbeitnehmertums. . . . Ihm kam es auf sein unmittelbares ökonomisches Interesse an. Je billiger dieser Apparat funktionierte, um so weniger Beiträge brauchte der Arbeitnehmer an die Kassen abzuführen. . . . Durch Billigung der Krankenkassenpolitik vermochte der Arbeitgeber die ihm zur Zeit nicht bedrohlich erscheinenden Bestrebungen der Gewerkschaften in den Krankenkassen zu unterstützen, ohne daß er besondere Aufwendungen zu machen hatte.“⁶⁷

Der Leipziger Verband hingegen wurde scharf kritisiert: „Die ärztliche Organisation verschlingt einen großen Teil des Nationalvermögens und vermindert, da es ihre Kontribution namentlich aus den Krankenkassen der Arbeiter erhebt, die Konkurrenzfähigkeit des Landes auf dem Weltmarkt.“⁶⁸ Diese eindeutige Stellungnahme für die Krankenkassen war für die herrschende Klasse deshalb so leicht möglich, da die Krankenkassen aufgrund ihrer großen Zersplitterung keine ernst zu nehmende Bedrohung darstellten. „Die Sozialgesetzgebung der deutschen Bourgeoisie war stets bemüht, solche Gesetze zu machen, die verhinderten, der Arbeiterklasse Stützpunkte oder gar vom Staat geförderte Machtpositionen in die Hände zu geben. . . . Bis 1880 wurde die staatliche Versicherung von den Kapitalisten verhindert. Als das für die herrschende Klasse infolge des Druckes der Arbeiter nicht mehr möglich war, bekamen die Sozialgesetze so viele Mängel mit auf den Weg, daß bis zur Reichsversicherungsordnung 1911 für das Krankenkassengesetz sechs . . . Abänderungsgesetze notwendig wurden. . . . Der Hauptmangel, der im kapitalistischen Deutschland niemals beseitigt wurde, war die widersinnige Zersplitterung des Kassenwesens, die es den Behörden ermöglichte, das Mammutgebilde bürokratischer Aufsichtsinstanzen zu motivieren und die Arbeiterkassen am Gängelband zu halten.“⁶⁹

Im Preußischen Abgeordnetenhaus erklärte zur Politik des Leipziger Verbandes der der konservativen Partei angehörende Abgeordnete v. d. Osten: „Der Leipziger Verband verfolgt die Unterdrückung jeder freien, selbständigen Persönlichkeit. Der Kollektivvertrag bedeutet für die auf die Kassenpraxis angewiesenen Ärzte, . . . , nichts anderes als den Koalitionszwang. Der Verband hat den Kampf mit Mitteln geführt, die dem Ansehen des so hoch angesehenen Arztstandes widersprechen. Wenn er die Durchsetzung seiner wirtschaftlichen Forderungen unter das Ehrenwort stellt, so geht das weit über das Maß des zulässigen hinaus. Das sind nicht Ausdrücke des überschäumenden Kampfes, sondern es ist ein Vergessen der sozialen

67 E. Mayer: Die geistigen Grundlagen der Sozialversicherung und des Arztstandes. Berlin 1925, S. 22.

68 J. Wengler: Das Unsoziale der gegenwärtigen Ärztebewegung, in: Preußische Jahrbücher, 135, 1909, S. 449.

69 Peschke, a.a.O., S. 329.

Pflichten.“⁷⁰ Die Ärzteschaft war also in den Auseinandersetzungen bis zum Berliner Abkommen im wesentlichen ohne Bündnispartner. Entsprechend polemisch ging sie gegen die vor, die sich gegen sie stellten: „Mag es deutsche Fabrikgewaltige geben, die von so kurz-sichtigem Egoismus besessen sind, daß sie mit Ärztekulis am besten wirtschaften zu können meinen, . . . , die deutschen Ärzte kennen noch halbwegs ihren Eigenwert und sind entschlossen, ihn von nun ab wieder zu einem normalen Zinsfuß anzulegen.“⁷¹

Die Arbeiterklasse war sich in der Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft 1913 ihres Sieges sehr sicher.

„Die unerhörten hohen Ärzteforderungen haben die Kassenverbände zu gemeinsamer Abwehr zusammengeführt. Großunternehmer und Bergwerksdirektoren stehen mit den Arbeitervertretern aller Richtungen den Ärzten geschlossen gegenüber. Dadurch ist es den Ärzten unmöglich gemacht, in bekannter denunziatorischer Weise den Kampf auf die politische Ebene zu schieben. Selbst Behörden, wie das Reichsamt des Inneren und die preußischen Ministerien sind nicht mehr gewillt, dem Ärzteverband die Kassen auszuliefern.“⁷²

Um so mehr müssen die großen Erfolge überraschen, die die Ärzteschaft nur einen Monat später im Berliner Abkommen erzielte. Die Gründe hierfür müssen in einer zu nachgiebigen und halbherzigen Politik der Krankenkassen und der sie stützenden Sozialdemokratischen Partei und der Gewerkschaften gesucht werden.

„Da die ärztliche Leistung zu den unentbehrlichen Bedürfnissen der menschlichen Existenz gehört, und da das Gesetz die Produktion der ärztlichen Leistungen den approbierten Ärzten als Monopol sichert, hat die einstimmige Verweigerung der ärztlichen Leistung durch die Ärzte, also der Streik, etwas so furchtbares, die Kraft der Gegenwehr lähmendes, daß die Krankenkassen schon bei den ersten, auf Macht gegründeten Streikdrohungen erschreckt zurückweichen und meist alles gewähren, was die Ärzteorganisation verlangt, mag es auch noch so übertrieben sein und die Grenzen der Leistungsfähigkeit weit übersteigen.“⁷³

So konnten letztlich die ‚Vorkämpfer‘ der Sozialgesetze den Erfolg ihrer Strategie verkünden:

„Die Zunahme der Sozialdemokratie wäre zweifelsohne noch größer, ihr Kolorit ungleich radikaler, wenn der praktische Angriff positiver Sozialpolitik im Wege der Arbeiterversicherung nicht erfolgt wäre. Daß überhaupt die Arbeiterschaft zufriedengestellt würde, hat kein Verständiger erwartet. . . . Auch der Schöpfer der Arbeiterversicherung, Bismarck, gab sich einer solchen Illusion nicht hin, er hielt die Hoffnung . . . für ein Hirnspinnst.“⁷⁴

70 Zit. nach: Soziale Praxis, 22. Jg., Nr. 20, S. 602.

71 Ärtzl. Mitteilungen, Nr. 26, 1913, zit. nach: Die Arbeiter-Versorgung, 30. Jg., v. 11. 6. 1913, S. 455.

72 Vorwärts vom 25. 11. 1913.

73 Wengler, a.a.O., S. 440.

74 F. Zahn, a.a.O., S. 1139.

Siegfried Parlow und Irina Winter

Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik

I.

In den 50er und 60er Jahren des 19. Jahrhunderts war die entscheidende Etappe der 1. industriellen Revolution in Deutschland. In den 50er Jahren stieg die Industrieproduktion auf mehr als das Doppelte. Die Kohlenenerzeugung stieg in diesem Jahrzehnt von 7 auf 17 Mill. t, die Produktion von Eisen von 210 000 auf 550 000 t. In den 60er Jahren wurden bereits 34 Mill. t Kohle und 1,39 Mill. t Roheisen erzeugt. Die Zahl der Industriearbeiter, der neuen gesellschaftlichen Klasse, stieg infolge dieser stürmischen Entwicklung sehr schnell an. So wuchs die Durchschnittszahl der in den Maschinenfabriken beschäftigten Arbeiter in den 50er Jahren von 33 auf 66 und im Bergbau von 60 auf 148 an¹.

Das zahlenmäßige Wachstum des Proletariats wurde durch das Ansteigen der Erkrankungshäufigkeit und der Sterblichkeit dieser Bevölkerungsgruppe begleitet. Die Ursachen hierfür sind eindeutig in den Lebens- und Arbeitsbedingungen zu suchen, unter welchen diese Menschen zu leben gezwungen waren.

Unter den ersten kritischen Äußerungen, die auf den Zusammenhang zwischen physischer Konstitution der Arbeiter und den gesellschaftlichen Bedingungen hinwiesen, findet man auch die von Ärzten, die durch ihre Tätigkeit unmittelbar mit dieser Problematik konfrontiert wurden und die Auswirkungen der schlechten Lebensbedingungen der Arbeiter direkt beobachten konnten. So wies beispielsweise Johann Ludwig Casper, Professor für Gerichts- und Sozialmedizin in Berlin, bereits 1835 auf die Abhängigkeit der Lebensdauer der Menschen von ihren Lebensbedingungen hin² und bewies an vergleichenden Untersuchungen bei 713 Mitgliedern deutscher Adelsfamilien und 2000 Berliner Armen, daß Wohlstand oder Armut von entscheidendem Einfluß auf die Lebensdauer sind³. Weitergehend äußerte sich auch der praktische Arzt Eduard Liese in seiner 1848 veröffentlichten Arbeit „über öffentliche Versorgung der

1 Vgl. Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung (GDA), Berlin/DDR 1966, Bd. I, S. 183.

2 Vgl. Casper, J. L.: Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen in den verschiedenen bürgerlichen und geselligen Verhältnissen, nach ihren Bedingungen und Hemmnissen untersucht, Berlin 1835.

3 Vgl. Casper, J. L.: Über die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen. Eine am 28. Februar 1843 im wissenschaftlichen Verein gehaltene Vorlesung, Berlin 1843.

arbeitenden Volksklassen in den Tagen der Krankheit und Not". Während Casper seine Hauptaufgabe darin sah, die Mißstände und ihre Ursachen mit wissenschaftlichen Methoden aufzudecken, unternahm Liese bereits den Versuch, Wege zu finden, um die herrschenden Mißstände zu beseitigen. So arbeitete er u. a. einen Vorschlag zur Errichtung eines „Arbeiter-Versorgungs-Instituts“ aus, das aus kleineren Beiträgen der Arbeiter, Abgaben der Begüterten und aus staatlichen Zuschüssen finanziert und vom Staat geleitet werden sollte. Zu den wichtigsten Aufgaben des Instituts sollten gehören: Übernahme der Behandlungskosten für Arbeiter und ihre Familien, Zahlung von Krankengeld, Zahlung von Rente bei Invalidität an den Betroffenen und an seine Angehörigen. Außerdem sah der Vorschlag Rentenzahlungen an Witwen und Waisen sowie die Zahlung von Kindergeld vor⁴. Diese Vorstellungen waren für die damalige Zeit revolutionär.

Vielfach konnten auch Ärzte, die den ursächlichen Zusammenhang von Umwelt und Krankheit erkannt hatten, aufklärend und verändernd einwirken. Es sei hier u. a. an Rudolf Virchow erinnert, der diese Zusammenhänge 1848 in seiner Schrift über die Typhusepidemie in Oberschlesien klassisch formulierte und als deren Ursache den Hunger als Folge der sozialen und nationalen Unterdrückung der Bevölkerung brandmarkte⁵.

Am Anfang des bewußten Kampfes um Demokratisierung und schließlich Sozialisierung des Gesundheitsschutzes steht die wissenschaftliche Analyse der sozialen und gesundheitlichen Lage des Proletariats, die Friedrich Engels 1845 mit seinem Werk „Die Lage der arbeitenden Klasse in England“⁶ einleitete. Er untersuchte in dieser Arbeit, die auch für die Strategie der Arbeiterbewegung in Deutschland von entscheidender Bedeutung war, den gesundheitlichen Verfall des englischen Proletariats als eine Folge der Industrialisierung.

Mit der Entwicklung des Kapitalismus der freien Konkurrenz in Deutschland zum Imperialismus entwickelte sich die Arbeiterklasse zu einer bedeutenden politischen Macht. Lenin wies darauf hin, daß die deutsche Arbeiterklasse in den revolutionären Kämpfen nach 1871 zu der am besten organisierten und mit der schlagkräftigsten Partei ausgerüsteten Abteilung des internationalen Proletariats herangewachsen war⁷.

Der Ausbau des Gesundheitsschutzes, die Einführung der Krankenversicherungspflicht und der Übergang zu einer allgemeinen

4 Vgl. Liese, F.: Über öffentliche Versorgung der arbeitenden Volksklassen in den Tagen der Krankheit und Not, Arnberg 1848.

5 Vgl. Virchow, R.: Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, Berlin 1848; vgl. auch Winter, K.: Rudolf Virchow, Leipzig/Jena 1956.

6 Vgl. Marx/Engels: Werke Bd. 2, Berlin/DDR 1957.

7 Vgl. Lenin, W. I.: Der Jenaer Parteitag der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, in: Werke Bd. 9, Berlin/DDR 1955, S. 288.

Volksversicherung waren alte, nur zu berechnete Forderungen der deutschen Arbeiterklasse⁸.

Im Jahre 1891 wurde auf dem Erfurter Parteitag der SPD ein neues, der Zeit entsprechendes Programm angenommen. Eindeutig wurde hierin die Forderung nach direktem ärztlichen Schutz erhoben. Im Artikel 9 hieß es unmißverständlich: „Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung, einschließlich der Geburtshilfe und der Heilmittel. Unentgeltlichkeit der Totenbestattung.“⁹ Hier wurde also nicht nur die Notwendigkeit ärztlicher Betreuung hervorgehoben, sondern auch verlangt, daß sie kostenlos sein müsse. Ferner wurden ein beschränktes Verbot der Nacharbeit, die Einführung des 8-Std.-Arbeitstages — die ja erst in der Novemberrevolution erzwungen werden konnte — und eine ununterbrochene 36stündige Ruhepause pro Woche verlangt. Weiterhin sollten die Kinderarbeit unter 14 Jahren verboten und eine „durchgreifende gewerbliche Hygiene“ eingeführt werden. Gerade dieser Forderung kommt besondere Bedeutung zu, war doch der Arbeiter im Betrieb, während des Arbeitsprozesses, den schwersten gesundheitlichen Schäden ausgesetzt. Bereits in seiner Kritik des Gothaer Programms beanstandete Marx, daß Forderungen nach einer Fabrikgesetzgebung, nach Gesundheitsmaßregeln und Schutzmitteln gegen Gefahr in diesem Programm fehlten¹⁰.

In dem Zeitraum des Sozialistengesetzes (1878—1890) beabsichtigte Bismarck — als „Zuckerbrot“ zur „Peitsche“ —, die Sozialdemokratie durch Sozialreformen zu unterwandern und letztlich zu liquidieren. Diesem Zweck sollten das am 15. Juni 1883 erlassene Krankenversicherungsgesetz, das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889 dienen, die 1911 in der Reichsversicherungsordnung zu einem Gesetz mit über 1800 Paragraphen zusammengefaßt wurden.

Zwar hieß es in der Begründung zum Entwurf des Krankenversicherungsgesetzes u. a.: „Eine durch Krankheit in Not geratene Arbeiterfamilie gelangt nur selten wieder zu geordneten Verhältnissen“, ausschlaggebend für die — immer noch dürftig genug gebliebenen — Sozialreformen waren der machtvolle Klassenkampf des starken deutschen Proletariats, Bismarcks Versuch der Liquidierung der Sozialdemokratie und das wachsende Interesse der kapitalistischen Unternehmer an der Gesundheit — bei weitem nicht aller Bürger — und damit an einer bestimmten Arbeitsfähigkeit, eben dem Erhalt der Ware Arbeitskraft, der Werk tätigen. Bismarck selbst wies auf diesen Umstand hin: „Wenn es keine Sozialdemokratie gäbe, und wenn nicht eine Menge Leute sich vor ihr fürchteten, würden die mäßigen Fortschritte, die wir überhaupt in der Sozialreform bisher gemacht haben, auch noch nicht existieren.“¹¹

8 Vgl. Schröder, W.: Handbuch der sozialdemokratischen Parteitage von 1863—1909, München 1910, S. 464 und 468.

9 Vgl. ebenda, S. 472.

10 Vgl. Marx/Engels: Werke Bd. 19, Berlin/DDR 1962, S. 32.

11 Verhandlungen des Reichstags, Bd. 79, S. 25.

II.

Die Organisation der geschaffenen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oblag zunächst den Krankenkassen. Sie schlossen mit den frei praktizierenden Ärzten Verträge ab und richteten in der Folgezeit auch kasseneigene Ambulatorien ein. Die Kassen legten die Vertragsbedingungen und die Honorarhöhe fest und sicherten sich damit die Entscheidungsgewalt gegenüber den Ärzten. Diese wiederum standen der Entwicklung der GKV und der Kassen zunächst abwartend gegenüber, waren doch bis zur Jahrhundertwende lediglich etwa 15 Prozent der Bevölkerung versichert.

Dieses Verhältnis änderte sich schlagartig, als der kaiserlich-imperialistische Staat durch die machtvollen Klassenkämpfe des deutschen Proletariats zu Beginn des 20. Jahrhunderts gezwungen und durch das wachsende Interesse der Monopolgruppen in der Aufrüstungsphase vor dem 1. Weltkrieg am bedingten Erhalt der Ware Arbeitskraft veranlaßt wurde, die Versicherungspflicht weiter auszubauen.

Innerhalb der deutschen Ärzteschaft hatte sich — besonders nach 1871 — ein bestimmtes Standesdenken herausgebildet. Die ersten individuellen Zusammenschlüsse von Ärzten — z. B. 1808 in Lübeck, 1810 in Berlin, 1816 in Hamburg — vollzogen sich in einer gerechtfertigten Abgrenzung der akademisch ausgebildeten Ärzte von den nicht- oder wenig ausgebildeten Wundärzten, Quacksalbern, Kurfuschern u. a. In der imperialistischen Ära erhielt das ärztliche Standeswesen mehr und mehr reaktionäre Züge, indem die Bourgeoisie den Ärzten — wie übrigens auch den Angehörigen anderer sogenannter freier Berufe — eine Sonderstellung einräumte, sie damit weiter vom Volk isolierte und noch enger an die herrschende Klasse binden konnte. Mit der Gründung des Deutschen Ärztevereinsbundes 1873 und des Leipziger Verbandes (Hartmann-Bund) um die Jahrhundertwende wurde das elitäre ärztliche Standesdenken national manifestiert. Der Rechtswissenschaftler Stier-Somlo bemerkte dazu treffend, „daß der Staat nicht das geringste Interesse hat, daß das Standesbewußtsein der Ärzte sich in Gesellschaftsformen ausprägt, deren Geist den Absichten entgegen ist, mit denen den Stand erfüllt zu sehen der Staat stets wünschen muß.“¹²

Im Verlauf der allgemeinen imperialistischen Entwicklung vollzog sich auch im Kampf gegen die Bourgeoisie die Entwicklung der Krankenkassen, die den Werktätigen wenigstens ein Minimum an sozialer Sicherheit gewährten. Die ärztlichen Standesorganisationen bekämpften in der Folgezeit aus berufsegoistischen, merkantil geprägten Motiven heraus die Kassen. Da die Verwaltungsfunktionen der Kassen häufig Positionen der SPD waren, war für viele Ärzte der Kampf gegen die Kassen gleichbedeutend mit dem Kampf gegen die SPD und umgekehrt.

Der Begriff „Ärztestreik“ — für die Ärzte als Hüter und Wahrer von Leben und Gesundheit ein Paradoxon, das in der imperialisti-

schen Phase des Kapitalismus entstand — taucht in der medizinischen Fachpresse erstmalig um die Jahrhundertwende auf. So versuchten regionale Ärztevereine durch ärztliche Streikaktionen — so 1898 in Barmen und Remscheid, 1903 in Gera, 1904 in Leipzig —, die die ärztliche Versorgung der Kranken noch nicht berührten, die Kassen zur Zahlung höherer Honorare zu zwingen.

Bereits 1912 hatte der Leipziger Verband mit einer massiven Streikdrohung verhindert, daß die Versicherungspflicht, wie Fräßdorf feststellte, auf „sechs Millionen unserer ärmsten Staatsbürger“¹³ ausgedehnt werden konnte. Am 1. Januar 1913 trat das Versicherungsgesetz für Angestellte in Kraft. Durch das Ansteigen der Versichertenzahl wurde die Kassenzulassung für einen immer größeren Kreis von Ärzten lukrativ, während die Standesorganisationen damit „argumentierten“, den „freipraktizierenden“ Ärzten wären weitere Privatpatienten entzogen.

In dieser Situation rief der Leipziger Verband erneut zum gesamtstaatlichen Ärztestreik auf. Es wurden Streikkassen geschaffen, die in den Kassenambulatorien angestellten Ärzte kündigten, die „freipraktizierenden“ Ärzte gaben ihre Kassenzulassung zurück, die Krankenhausärzte erklärten sich in ihrer Mehrheit solidarisch.

Diese Maßnahmen, ihrem Wesen nach reaktionär und nur in einem kommerzialisierten kapitalistischen Gesundheitswesen möglich, veranlaßten die Regierung, die Kassen zum Abschluß eines Zusatzvertrages zur Reichsversicherungsordnung, dem „Berliner Abkommen“, zu zwingen. Danach durften die Kassen künftig nicht mehr allein festlegen, welche Ärzte sie zur Versorgung ihrer Mitglieder heranziehen wollten. Damit war den ärztlichen Standesorganisationen mit Unterstützung durch die imperialistische Staatsmacht der erste entscheidende Schlag im Kampf gegen die Kassen gelungen.

Andererseits wurden mit dem „Berliner Abkommen“ im Dezember 1913 zwischen dem Leipziger Verband und den Kassen die Land- und Forstarbeiter, Dienstboten, Gelegenheitsarbeiter, Hausgewerbetreibende und im Wandergewerbe tätige Arbeiter in die Versicherung aufgenommen. Fräßdorf wies eindringlich darauf hin, daß damit endlich die Bevölkerungskreise der Versicherung zugeführt werden konnten, „die ob ihrer Armut bisher meist auf ärztliche Hilfe wie auch auf Heilmittel verzichten mußten“¹⁴.

III.

Gemäß der von Bethmann Hollweg, Reichskanzler von 1909 bis 1917, für die Zeit des 1. Weltkrieges verkündeten Losung vom „Burgfrieden“, gestalteten sich auch die Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten — nicht selten auf Kosten der Patienten — während dieser Zeit.

¹³ Fräßdorf, J. (Hauptvorstand der Ortskrankenkassen): Krankenkassen und Ärzte, in: Die neue Zeit, 37/1912, S. 406.

¹⁴ Fräßdorf: a.a.O., S. 407.

Der 1. Weltkrieg, an dessen Zustandekommen der deutsche Imperialismus die Hauptschuld trug, griff tief in das individuelle und in das Leben des deutschen Volkes insgesamt ein ¹⁵.

Im Heimatgebiet waren es vor allem einschneidende gesetzliche Maßnahmen — der „Vaterländische Hilfsdienst“, die bedenkenlose Verlängerung der Arbeitszeit, die krassen Bestimmungen über die Volksernährung, das maßlose Anwachsen der Frauen- und Kinderarbeit u. ä. —, die das Leben der Bevölkerung ungemein erschwerten ¹⁶.

Unmittelbar nach Kriegsbeginn wurden zahlreiche stationäre und ambulante medizinische Einrichtungen der Zivilversorgung entzogen und dem Heeresanitätswesen angegliedert und unterstellt. Das hatte tiefgreifende Folgen für Gesundheit und Leben auch der Zivilbevölkerung und führte beispielsweise im Zusammenhang mit den sonstigen Kriegsmaßnahmen zu einem rapiden Anstieg der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie der Tuberkulosesterblichkeit.

Einher mit diesen Maßnahmen gingen die Bestrebungen der Kassenärztlichen Vereine, die stationäre Behandlung weitgehend einzuschränken und die Abgabe von Arzneien und Verbandstoffen einschneidend zu begrenzen. So forderte der Vorstand des Vereins der freigewählten Kassenärzte von seinen Mitgliedern: „Für arbeitsunfähig sind während der Dauer des Krieges nur solche Kassenmitglieder zu erklären, die deutlich objektive Merkmale einer Krankheit aufweisen ... Überweisungen in Krankenhäuser dürfen nur in solchen Fällen erfolgen, wo durch die Natur der Krankheit jede andere Behandlung als im Krankenhaus ausgeschlossen ist. Überweisungen in sonstige Heil- und Heimstätten ... sind nicht zulässig.“ ¹⁷ Gleichzeitig wurde für die Berliner Armenversorgung von den Armenärzten rigorose Sparsamkeit im Verordnen von Arzneimitteln und Verbandstoffen sowie „bereitwillige Unterstützung erwartet, um die Kosten für Kranke, soweit deren Zustand es zuläßt, möglichst zu vermindern und den Bedarf an Verbandstoffen ... auf ein Mindestmaß zu beschränken.“ ¹⁸

Genau dieser Zielsetzung, alle auch nur annähernd brauchbaren Kräfte der Kriegswirtschaft zuzuführen, entsprach das Ergebnis einer „vertraulichen Aussprache“ noch im Oktober 1918 zwischen Vertretern der Regierung, der ärztlichen Standesorganisationen und der Krankenkassen. Hier begegnete die imperialistische Staatsmacht unter bereitwilliger Assistenz der Führungskräfte der ärztlichen Spitzenverbände der immer stärker werdenden Kriegsmüdigkeit der deutschen Rüstungsarbeiter dadurch, daß man — um Arbeitsunfähigkeit weitgehend auszuschließen — die Kassenvorstände anwies, „die ihnen angehörenden Kassen entsprechend (zu) beeinflussen“, und mit den Ärzteorganisationen übereinkam, daß sie „auf

15 Vgl. GDA, Band II, Berlin/DDR 1966, S. 212/13.

16 Vgl. ebenda, S. 245 ff.

17 Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW), 35/1914, S. 1695.

18 Vgl. ebenda.

die ärztlichen Lokalvereine dahin wirken, überall da, wo es noch an Nachuntersuchungskommissionen fehlen sollte, solche sofort einzurichten und da, wo sie bereits bestehen, ... zur gewissenhaften und sachgemäßen Arbeit anzuhalten.“¹⁹

Wie weit ärztliches Denken korrumpiert und nur noch militärischen Erwägungen zugänglich war, dokumentiert geradezu die Feststellung: „An die Vorstände der ärztlichen Vereine sowie an die Vertrauens- und Obmänner des Leipziger Verbandes ergeht deshalb hierdurch die dringende Bitte, es an Beratung und tatkräftiger Beeinflussung (!) der Nachuntersuchungskommissionen vornehmlich bei den für kriegswichtige Betriebe in Betracht kommenden Krankenkassen nicht fehlen zu lassen und dadurch die durch Ärztevereinsbund und Leipziger Verband zugesagte Unterstützung der Förderung einer im Interesse des Vaterlandes notwendigen Maßnahme zu einer wirksamen zu gestalten.“²⁰

Während des Krieges, besonders zum Kriegsende hin, kam es zu wachsenden inflationistischen Tendenzen im Wirtschaftsleben. Die gewaltigen Rüstungskosten und nicht zuletzt deren „Umverteilung“ auf das Volk mittels der Kriegsanleihen hatten den Geldwert sinken lassen. Davon wurden, wenngleich auch bei weitem nicht in dem Maße wie das Gros der werktätigen Bevölkerung, auch die Ärzte betroffen.

Aufschlußreich und bezeichnend waren auch hierbei die Reaktionen zahlreicher Ärzte. Eingebettet in das imperialistische System mit allen seinen Konsequenzen und unter Bejahung dieses Systems und seiner Politik vermochte die Mehrheit der medizinischen Intelligenz es nicht, selbst in eigener Sache nicht, die wirkliche Ursache — die kapitalistische Gesellschaftsordnung — für ihre soziale Verschlechterung zu erkennen. Daher richteten sich die Kritiken vieler Ärzte nicht gegen den imperialistischen Staat, sondern gegen die Kassen und letztlich auch gegen ihre Patienten. Schrieb beispielsweise — stellvertretend für zahlreiche Ärzte — Echerer, daß auf eine „gutwillige Änderung (der Gebührenordnung) seitens des Staates umsonst gewartet wird, um so mehr bei einem (Kriegs)Ausgang: „ohne Annexion und Entschädigung““²¹, so forderte ein anderer Arzt, er zeichnete bei der Radikalität seiner Meinung anonym „ein humaner Arzt“, u.a.: „Ich denke, man erhöht die Gebühren, und zwar ganz kräftig und kehrt sich nicht an die schimpfenden Patienten ... Hier zahlt auch der kleine Mann munter seine höheren Preise. Über ... die Erhöhung entrüsten sich einige Akademiker. Einer meinte, die Ärzte hätten sich in ihrem Ansehen dadurch geschadet. Ach, wie uns das leid tut! Der Arzt lebt nun einmal in der Hauptsache vom Unglück seiner Mitmenschen. ... Ich rate allen Kollegen an, die Taxe ausgiebig und kräftig zu erhöhen und sich in der

19 Vgl.: Gehäufte Krankmeldungen von Arbeitern in kriegswichtigen Betrieben, in: Ärztliche Mitteilungen (ÄM) 40/1918, S. 379.

20 Ebenda.

21 Escherer, Ärztliche Honorarerhöhung, in: ÄM 38/1917, S. 620.

Sprechstunde und von unsicheren Kantonisten ohne Mitleid bar zahlen zu lassen. Und wenn es ganz wenig Ärzte gibt, die nicht mittun ... und die eigenen Kollegen zu Ausbeutern stempeln, so soll man sie gehen und der eigenen Dummheit zum Opfer fallen lassen. ... Und so sage ich ...: die Humanität beginnt zu Hause. Das legt mir sicher jemand als Selbstsucht aus, was mir aber egal ist.“²²

Im Dezember 1916 vollzog die herrschende Klasse Deutschlands, unter der Regie der Militärdiktatur Hindenburg-Ludendorff, mit dem Gesetz über den „Vaterländischen Hilfsdienst“ den letzten Schritt zur endgültigen Militarisation der gesamten Zivilbevölkerung im Alter vom 17. bis zum 60. Lebensjahr.“²³

Dabei brachte der Umstand, daß alle im Hilfsdienst Beschäftigten — zumindest formell — der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterlagen, neue Konflikte hervor. Zahlreiche Ärzte und Unternehmer traten, wenngleich auch aus scheinbar unterschiedlichen Motiven heraus, gegen die Versicherungspflicht der durch das Gesetz Erfaßten auf. Waren die Ärzte bestrebt, jeder weiteren Einschränkung ihrer Privatpraxis entgegenzuwirken²⁴, so versuchten die Unternehmer beständig, die Zahlung von Versicherungsbeiträgen zu umgehen²⁵. Beide Tendenzen aber trugen in ihrer Auswirkung dazu bei, die ohnehin gefährdete soziale Sicherheit breiter Bevölkerungskreise noch weiter einzuschränken. So mußte beispielsweise das Preußische Innenministerium durch Anweisung an seine Regierungspräsidenten darauf dringen, die steigenden Zahlen der „freiwillig“ abgegebenen Befreiungsanträge von der Versicherungspflicht einzuschränken²⁶.

So stand auch die ärztliche Kriegsdienst-Tätigkeit im Heimatgebiet während des I. Weltkrieges unter einem doppelten Aspekt: Wurde die Mehrheit der deutschen Heimatärzte, entsprechend ihrem politisch-ideologischen Standort, zu einem wichtigen Faktor im Herrschaftsbereich des deutschen Imperialismus und damit auch seiner Kriegsführung, so waren die Ärzte auf der anderen Seite ebenso objektiv den wirtschaftlichen und politischen Chaos-Zuständen des imperialistischen Staates ausgesetzt wie die Mehrheit der Bevölkerung. Wieder einmal bestätigte sich die Tatsache, daß der Imperialismus nicht nur für die arbeitenden Klassen, sondern auch für die ihm zeitweilig verbundenen intellektuellen Schichten verschärfte Konflikte und Widersprüche erzeugt. Der November 1918 sollte die deutschen Intellektuellen und damit auch die Ärzte — in diesem Sinne vor eine bedeutsame Entscheidung stellen.

22 Ein humaner Arzt, Ärztliche Honorarerhöhung, in: AM 28/1917, S. 463/64.

23 Vgl. GDA, Band II, Berlin/DDR 1966, S. 293.

24 Vgl. Die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten, in: AM 12/1917, S. 190/91.

25 Vgl. Die Krankenversicherung der Hilfsdienstbeschäftigten, in: AM 21/1917, S. 351.

26 Vgl. ebenda.

IV.

Die Mehrheit der deutschen Intelligenz — und zahlreiche Ärzte als ein Teil von ihr — hatte bei der Vorbereitung des Krieges und auch in seinem Verlauf die ideologischen Positionen der herrschenden Klasse bezogen, ja, sie vielfach sogar schaffen helfen. Auch für die deutsche Intelligenz war durch den Zusammenbruch des kaiserlich-imperialistischen Staates und durch die vorhandenen objektiven Bedingungen für eine Revolution die zwingende Notwendigkeit entstanden, sich politisch zu entscheiden.

Die sozial-ökonomische Stellung der Intelligenz, ihre parteipolitische, weltanschauliche und ökonomische Heterogenität brachte sie vielfach auf eine Position, die die Lösung der sozialen Frage in Deutschland erneut behinderte.

Im Verlaufe der Revolution bildeten sich in zahlreichen Orten Arbeiter- und Soldatenräte, die Vollzugsorgane der Arbeiterklasse hätten sein müssen, in der Folgezeit aber immer mehr zu reformistisch und opportunistisch handelnden Gremien wurden. Der anfänglich starke Einfluß der Rätebewegung auch auf die Intelligenz und die Wirksamkeit sozialistischer Ärzte²⁷ und anderer den Arbeiterparteien nahestehender Ärzte führte zu progressiven gesundheitspolitischen Forderungen innerhalb der Ärzteschaft. So sprachen sich beispielsweise Karl Kollwitz²⁸, Koebner²⁹, Epstein³⁰, Weiß³¹ u. a. stellvertretend für zahlreiche Ärzte für die sofortige Verstaatlichung des Gesundheitswesens aus.

Der Putsch-Versuch der Konterrevolution vom 6. Dezember 1918, in Berlin den Vollzugsrat der Arbeiter- und Soldatenräte zu verhaften sowie die Einberufung des Reichsrätekongresses, in dem die rechten Sozialdemokraten und die Unabhängigen die Mehrheit hatten, machte die Halbheit der Novemberrevolution deutlich: Rechte Sozialdemokraten und Unabhängige (USPD) entschieden sich in der Grundfrage — Vernichtung oder Erhaltung der Macht des deutschen Imperialismus — eindeutig zugunsten der monopolistischen Kräfte. Die Konterrevolution konsolidierte sich weiter³².

Diese kontinuierliche politische Rechtsentwicklung während der Revolution beeinflusste auch die politische Haltung zahlreicher Ärzte. So kam es 1918/1919 zu einer förmlichen Streikwelle der Ärzte, die ausgesprochen konterrevolutionäre Züge trug. Mit ihren Streikaktionen, z. B. in Halle³³, Wilhelmshaven³⁴, Greifswald³⁵,

27 Winter, I.: Der Verein Sozialistischer Ärzte, ein Beitrag zur Geschichte des Ärztestandes, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 19/1964.

28 Vgl. DMW 3/1919, S. 77/78.

29 Vgl. Münchener Medizinische Wochenschrift (MMW) 5/1919, S.134/37.

30 Vgl. MMW 17/1919, S. 473/74.

31 Vgl. MMW 22/1919, S. 597.

32 Vgl. GDA, Band III, Berlin/DDR 1966, S. 157 ff.

33 Vgl. MMW 4/1919, S. 115.

34 Vgl. DMW 6/1919, S. 159.

35 Vgl. MMW 6/1919, S. 171.

Stuttgart³⁶, Bremen³⁷, Erfurt³⁸ und Leipzig³⁹, setzten die Ärzte die örtlichen Räte völlig willkürlich unter Druck, zum anderen trugen auch die Ärztestreiks dazu bei, daß das kämpfende Proletariat niedergerungen werden konnte.

Wie bereits angedeutet, zeigten sich vielfältige Verhaltensweisen, die letztlich einer bestimmten weltanschaulichen Überzeugung entsprachen, bei vielen Ärzten im Zusammenhang mit den staatlich-reformistischen „Sozialisierungsbestrebungen“, wie sie während und nach der Revolution auch für das Gesundheitswesen aktuell wurden. Dabei entzündeten sich die Gegensätze besonders an solchen Problemen wie etwa der Verstaatlichung des Gesundheitswesens, des weiteren Ausbaus der Versicherungspflicht und der Rolle der Kassen.

1918 lief das „Berliner Abkommen“ ab. Nachdem alle Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen zur Weiterführung des Abkommens gescheitert waren⁴⁰, hatte der Rat der Volksbeauftragten die Versicherungspflicht für weitere arme Bevölkerungsschichten angeordnet, eines der progressiven Ergebnisse der Revolution auf sozialpolitischem Gebiet übrigens.

Unmittelbar nach Bekanntwerden dieser Maßnahme, die zwar für weitere Gruppen der arbeitenden Klassen eine gewisse soziale Sicherung brachte, im Grunde genommen jedoch eine weitere Halbheit der bürgerlich-demokratischen Revolution blieb, behaupteten Hartmann (Leipziger Verband) und Dieppe (Deutscher Ärztevereinsbund), die Regierung habe sich damit „über die berechtigten Interessen der deutschen Ärzteschaft kurzerhand hinweggesetzt und ... den Anfang zur Zwangsrankenversicherung des ganzen Volkes gemacht“. Gleichzeitig forderten sie die Ärzte zum Boykott dieser Verordnung auf⁴¹.

Den Höhepunkt der Auseinandersetzung zwischen den ärztlichen Standesorganisationen, den Kassen und dem Rat der Volksbeauftragten bildete dann die „Öffentliche Verwahrung“, die der Leipziger Verband und der Deutsche Ärztevereinsbund an die Regierung richteten⁴².

„Öffentliche Verwahrung.“

An den Rat der Volksbeauftragten in Berlin.

Mit Verordnung vom 22. November 1918 haben Sie die Reichsversicherungsordnung abgeändert und haben bestimmt, daß in der Krankenversicherung die Einkommensgrenze von 2500 Mark für die nach § 165,

36 Vgl. DMW 15/1919, S. 416.

37 Vgl. DMW 18/1919, S. 498.

38 Vgl. DMW 13/1919, S. 362.

39 Vgl. Hartmann, Hermann: Ärztestreik zum Schutze der Volksgesundheit, in: AM 10—11/1919.

40 Vgl. AM 48/1918, S. 459.

41 Ebenda.

42 Vgl. MMW 3/1919, S. 86.

Ziffer 2—5 und Ziffer 7 Versicherten auf 5000 Mark heraufgesetzt wird und daß die Höchsteinkommensgrenze von 4000 Mark für das Verbleiben der Versicherungsberechtigten in den Krankenkassen in Wegfall kommt. Damit haben Sie bewirkt, daß so gut wie jedermann, der je einmal in seinem Leben ein Einkommen von weniger als 5000 Mark gehabt hat, für alle Zeit das Recht auf Kassenzugehörigkeit besitzt.

Diese völlig unnötige Maßnahme geht weit über Sinn und Zweck der Krankenversicherung hinaus und muß, wie jede Übertreibung, Unheil stiften.

Wir erinnern mit allem Nachdrucke daran, daß die Bezahlung der Ärzte von seiten der Krankenkassen immer noch — und heute mehr denn je — durchaus ungenügend ist; daß das, was der Kassenarzt im einzelnen für Besuch, Beratung usw. erhält, vielfach noch erheblich hinter dem zurückbleibt, was die staatliche Gebührenordnung in ihren Mindestsätzen für die Armenpraxis vorsieht. Einen leidlichen Ausgleich hierfür bot bisher die Privatpraxis. Ihre Verordnung hebt diese schon seit Jahren übermäßig eingeengte Privatpraxis für die Mehrzahl aller Ärzte so gut wie völlig auf und zwingt die Kassenärzte für ihren und der Ihren Unterhalt zu einer Massentätigkeit, die ihre Kräfte frühzeitig aufbraucht und die nach und nach unaufhaltsam zu einer unheilvollen Verflachung der ärztlichen Leistungen führen muß.

Wir erinnern ferner mit allem Nachdrucke daran, daß ein großer Teil der Krankenkassen die von uns immer und immer wieder geforderte Zulassung aller dienstbereiten Ärzte nach wie vor ablehnt und nur eine willkürlich bestimmte Anzahl von Ärzten beschäftigt. Der sehr erhebliche Rest ist auf die freie Praxis angewiesen und wird durch Ihre Verordnung in seinem Erwerb auf das äußerste geschädigt, wenn nicht völlig jeder Möglichkeit zu einem genügenden Auskommen beraubt. Und das alles ohne den geringsten zwingenden Grund, ohne die Einwirkung auf die Ärzte irgendwie in Betracht zu ziehen, ohne jeden Gedanken an einen Ausgleich, eine Entschädigung.

Wenn bisher während des Krieges Maßnahmen getroffen werden sollten, die mehr oder weniger die Interessen irgendeines Berufskreises, insbesondere die der Arbeiter, berührten, so war die alte, von Ihnen beseitigte Regierung stets bemüht, im Einvernehmen mit der zuständigen Vertretung, insbesondere den Gewerkschaften alle unnötigen Schädigungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Regierung des Volksstaates hält so etwas nicht für nötig. Sie erläßt, ohne uns zu fragen oder zu hören, eine Verordnung, die die gesamte Ärzteschaft wirtschaftlich auf das schwerste bedrängt und die darüber hinaus eine verhängnisvolle Gefährdung der ärztlichen Kunst und damit der allgemeinen Gesundheit mit sich bringen muß.

Wir unterzeichneten Vertreter der organisierten deutschen Ärzteschaft legen gegen ein derartiges unheilvolles Vorgehen Verwahrung ein und erheben entschieden Einspruch dagegen, daß die zur Zeit herrschende Regierung, die nur eine vorübergehende ist und nur eine vorübergehende sein kann, sich auf dem Gebiete der Gesundheitspflege Eingriffe in die Gesetzgebung erlaubt und Verordnungen erläßt, die durchaus nicht dringlich oder unabweislich notwendig, wohl aber in hohem Maße gefährlich und schädlich sind.

Deutscher Ärztevereinsbund.
Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer
wirtschaftlichen Interessen.“

Diese in ungewöhnlich scharfem Ton gehaltene Protest-Erklärung zeigte, wie gefürchtet und verhaßt den standespolitischen Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft, aber auch vielen Ärzten, alle Erscheinungen waren, die mit einer Revolution aus dem Volke heraus in Verbindung standen. Nicht allein, daß man die reaktionäre Hohenzollern-Monarchie der neuen Regierung offen vorzog, man wagte es, ihr gesetzgeberische Funktionen abzusprechen und die erlassene Versicherungs-Verordnung für gefährlich und schädlich zu halten⁴³.

In der Folgezeit kam es innerhalb der Ärzteschaft zu einer gewissen Polarisierung der Auffassungen, die maßgeblich durch die ärztlichen Standesorganisationen geprägt worden waren:

1. Der weitere Ausbau der Krankenversicherung würde die wirtschaftliche Lage vieler Ärzte verschlechtern, da zahlreiche gutzahlende Privatpatienten nunmehr in die Reihe der Versicherungsberechtigten aufrückten.

Dabei wurde, wie schon bei Beginn der Versicherungspflicht in Deutschland, völlig außer acht gelassen, daß durch den Ausbau und die Weiterentwicklung des Versicherungswesens große Teile der Arbeiterklasse überhaupt erst in die Lage versetzt wurden, ärztliche Hilfe und Medikamente in Anspruch nehmen zu können. Damit aber erhielten viele Ärzte zumindest die Kassenhonorare, während sie vorher eine geringe Armentaxe bekamen oder sogar völlig auf eine Bezahlung verzichten mußten.

Der genannte Einwand, der Ausbau der Versicherungspflicht verschlechtere die wirtschaftliche Lage der Ärzteschaft, machte aber noch eine andere Seite der kapitalistischen Gesellschaftsordnung deutlich: Auch in der medizinischen Betreuung bildeten sich in der imperialistischen Phase immer stärker die kapitalistisch-ökonomischen Beziehungen heraus. Das fand seinen Ausdruck u. a. darin, daß auch Ärzte vielfach zu Unternehmern wurden.

Welche ideologische Verwirrung unter den Ärzten herrschte, verdeutlichte das Wort Schwalbes, langjähriger Schriftleiter der DMW: „Die Behauptung des berühmten ‚Kommunistischen Manifests‘, die Bourgeoisie habe den Arzt in ihren bezahlten Lohndiener verwandelt, ist erst durch die soziale Gesetzgebung der Verwirklichung nahegebracht und droht durch eine schrankenlose sozialistische Regierung zur vollendeten Tatsache gestempelt zu werden.“⁴⁴

2. Die ärztlichen Standesorganisationen behaupteten, Sozialisierung und „schrakenlose“ Versicherungspflicht sei gleichbedeutend mit „Vermassung“, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten leide und würde letztlich die Ausübung der „ärztlichen Kunst“ unmöglich machen.

Auch hier wurde von zahlreichen Ärzten nicht erkannt, daß der Kapitalismus in seiner imperialistischen Phase selbst zur Vermassung,

43 Vgl. ebenda.

44 DMW 51/1918, S. 1434.

zur Uniformierung der Menschen führt und daß der rücksichtslos geführte ärztliche Konkurrenzkampf und der Kampf gegen die Kassen tatsächlich das Arzt-Patient-Verhältnis immer stärker belastete.

3. Die Leistungen der Ärzte in einem „vergesellschafteten“ Gesundheitswesen würden absinken, da bei den „beamteten“ Ärzten unter den Bedingungen einer „Zwangsversicherung“ die „gesunde“ Konkurrenz, das „freie Spiel der Kräfte“ fehle.

So war z. B. nach Hellpach der Ausbau der Versicherungspflicht „ein Schlag ins Antlitz der demokratischen Idee“. Bei dieser Einstellung ließ er keinen Zweifel daran, daß „schließlich immer der Kranke im Nachteil“ sei, „denn ein Staat kann wohl ärztliche Leistungen erzwingen, aber nicht die Qualität und nicht den Erfolg dieser Leistung“⁴⁵. Heute braucht man gegen solche unsinnigen Behauptungen nicht mehr zu polemisieren, da sie von der sozialistischen Wirklichkeit widerlegt sind.

4. Eine „Verstaatlichung“ des Gesundheitswesens müsse zwangsläufig dahin führen, daß die Ärzte zu „Lohndienern“ der Kassen würden.

Mit dieser demagogischen Unterstellung wurden die gesellschaftlichen Verhältnisse gerade ins Gegenteil verkehrt. Gerade ein staatliches Gesundheitswesen — selbst unter kapitalistischen Bedingungen — bietet dem Arzt eine gesicherte Existenz, nimmt der ärztlichen Tätigkeit den merkantil geprägten gewerblichen Charakter und befreit damit auch das Arzt-Patient-Verhältnis vom Ware-Geld-Prinzip.

5. Im Zusammenhang mit dem sich verschärfenden Konkurrenzkampf innerhalb der Ärzteschaft wurde behauptet, als Folge einer „Verstaatlichung“ des Heilwesens würde eine „Proletarisierung“ des Ärztestandes eintreten, wobei man darunter nicht primär das Eindringen ärmerer Volksschichten in den Ärztestand verstand, sondern vielmehr meinte, der einzelne Arzt sei dadurch nicht mehr in der Lage, „standesgemäß“ zu leben.

Genährt wurde diese Vorstellung vor allem dadurch, daß während des I. Weltkrieges ca. 6500 Kriegs- und Notapprobationen erteilt worden waren, um in ausreichender Anzahl Kriegsärzte zu erhalten. Hinzu kam, daß nach dem Zusammenbruch, der auch eine Begrenzung der Armee bringen mußte, zahlreiche aktive Sanitätsoffiziere — zumindest vorerst — in den zivilen Dienst überwechselten. Dem stand jedoch der Verlust von 3100 Ärzten durch den Krieg gegenüber. In Wirklichkeit gab es kein Überangebot an Ärzten. So kamen 1913 durchschnittlich auf 10 000 Einwohner 5,11 und 1921 5,99 Ärzte⁴⁶.

⁴⁵ Vgl. AM 2/1919, S. 12.

⁴⁶ Prinzing, F.: Handbuch der medizinischen Statistik, Jena 1930, S. 636.

„Es gibt nur eine Möglichkeit, das gesellschaftlich Notwendige mit den Interessen der einzelnen zu versöhnen“, hieß es in der Roten Fahne, „die Vergesellschaftung des ärztlichen Berufes und die Aufstellung eines großzügigen Plans für das öffentliche Gesundheitswesen“. Die Regierung möchte mit einzelnen Maßnahmen die schlimmsten Übel verdecken; das sei jedoch Flickwerk, mit dem die großen Aufgaben nicht bewältigt werden könnten. Es müsse etwas grundsätzlich Neues im Gesundheitswesen entstehen. Die Ärzte sollten auch endlich ihre Stimme erheben und nicht zulassen, daß diese Fragen, die von größter Bedeutung für die Gesellschaft seien, von der Regierung ohne ihre Zustimmung beschlossen würden⁴⁷.

Tatsächlich gab es — selbst in der ärztlichen Fachpresse — zu diesem Zeitpunkt eine Fülle gesundheitspolitisch progressiver ärztlicher Stimmen, wie etwa in den Ärztlichen Mitteilungen: „Es gibt unter uns Ärzten eine große Anzahl Kollegen, die ... nicht begreifen können, daß die Gesundheit des reichen Mannes so viel kostbarer sein soll, wie die des Armen. ... Widrige Kassenverhältnisse und ... die kapitalistische Wirtschaftsordnung, die auch auf uns Ärzte leider sehr bedeutend eingewirkt hat, haben dazu beigetragen, diese menschlich-ärztlichen Unzulänglichkeiten bis zur Unerträglichkeit zu steigern“⁴⁸, oder die Meinung Kriegers: „Wer einmal tief den versklavenden Einfluß des Kapitalismus erlebt hat, ... der freut sich, wenn ... gegen den Bann und die Macht des Mammons angegangen wird. Wenn es gelänge, unseren Beruf zuerst der Geldherrschaft zu entrücken, so wäre das ein Ziel, des Strebens der besten wert.“⁴⁹

So subjektiv ehrlich manche Ärzte Deutschlands so oder ähnlich dachten, so viel stärker war aber auch das bürgerlich-konservative Denken bei der Mehrheit der Ärzteschaft zu dieser Frage geprägt. Ihnen und vor allem den ärztlichen Repräsentanten der Standesorganisation gelang es im Zuge der Machtrestauration der alten Klassenkräfte immer mehr, ihre Auffassungen durchzusetzen.

So wurde im Juli 1919 der Antrag der USPD zur Verfassung: „Das Gesundheitswesen ist auf der Grundlage der Vergesellschaftung und der Unentgeltlichkeit des Heilwesens und der Geburtshilfe sowie der Vergesellschaftung der Herstellung und des Vertriebes von Arznei- und Heilmitteln durch ein Reichs-Gesundheitsministerium zu verwalten“ mit großer Mehrheit abgelehnt⁵⁰.

Damit war auch zugleich die reformistische Gesundheits- und Sozialpolitik endgültig gescheitert. Und Hellpach resümierte hierzu die reaktionäre Denkweise der Standesorganisationen zum 1. Deutschen Ärztetag im September 1919: „Heute darf man wirklich sagen, daß die Verstaatlichungspläne der Sozialdemokratie bankrott sind. Nicht bloß das Heilwesen wird in absehbarer Zeit nicht ... so-

47. Die Rote Fahne v. 21. Dezember 1918.

48. Krieger, B.: Zur Sozialisierung des Heilwesens, in: AM 38/1919, S. 510.

49. Krieger, B.: Zur Sozialisierung des Heilwesens, in: ebenda, S. 513/14.

50. Hellpach, W.: Der 41. Ärztetag in Eisenach, in: AM 40/1919, S. 540/41.

zialisiert werden, ... sondern auch alle sonstige Sozialisierung wird sich auf ganz anderen Wegen vollziehen.“ Gleichzeitig behauptet er erneut, daß der Ärztestand sich „in freier genossenschaftlicher Form dem Organismus des werktätigen Volkes“ eingeordnet habe und deutete die unfruchtbaren Kämpfe zwischen Ärzten und Kassen als „Sozialisierungsbeispiele“, mit denen der Ärztestand zuwege gebracht habe, „was dem offiziellen Sozialismus in seiner dunklen Vergesellschaftungsformel schemenhaft vorschwebte und was er heute vergeblich in lebendige Wirklichkeit umzusetzen sich abquält“ ⁵¹.

V. Der ständige Kampf zwischen Ärzten, ärztlichen Standesorganisationen und Kassen nahm in der Zeit der Weimarer Republik weiter an Schärfe zu. Der seit dem Bestehen der Gesetzlichen Krankenversicherung geführte Kampf der Ärzte um höhere Honorare, die Veränderung der Zulassungsbedingungen für Kassenärzte — die freie Arztwahl — und um die Begrenzung der Zahl der Versicherungspflichtigen wurde auch nach der Novemberrevolution mit zunehmender Heftigkeit geführt.

Bei der freien Arztwahl ging es darum, alle Ärzte zur Behandlung von Versicherten zuzulassen. Die Krankenkassen waren bemüht, das noch im wesentlichen erhaltene Zulassungssystem beizubehalten und nur eine begrenzte Zahl von Ärzten zuzulassen, die auch noch verschiedenen, von der jeweiligen Kasse gestellten Bedingungen entsprechen mußten, um das Arzthonorar möglichst niedrig halten zu können.

Der Artikel 161 der Weimarer Verfassung versprach zwar ein „umfassendes Versicherungswesen unter maßgeblicher Mitwirkung der Versicherten“ ⁵², jedoch gab es auch hier die tiefe Kluft zwischen Verfassungsmöglichkeit und Verfassungswirklichkeit, wie in zahlreichen anderen Artikeln der Verfassung auch. In der Praxis konnten die Versicherten keinen „maßgebenden Einfluß“ ausüben, weil das gesamte Versicherungswesen infolge der Uneinheitlichkeit und Kompliziertheit selbst für Fachleute kaum noch überschaubar war, die einzelnen Körperschaften — im Gegensatz zur Forderung der KPD ⁵³ — aber auch nicht wählbar waren.

Währenddessen versuchten die ca. 23 000 Krankenkassen in Deutschland durch Senkung der Arzthonorare, Einschränkung der Arztstellen und der Leistungen an Versicherte ihre Ausgaben möglichst niedrig zu halten, um so — besonders während der Inflation — einem drohenden Zusammenbruch zu entgehen. Von diesen Maßnahmen wurden die Versicherten jedoch am meisten betroffen.

Als die Kassen 1920 den Versuch unternahmen, in Streitfällen über die Honorarhöhe die ärztliche Behandlung durch einen Bar-

⁵¹ Vgl. ebenda.

⁵² Gliese, F.: Die Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. 8. 1919. Berlin 1919, S. 393.

⁵³ Vgl. Sitzungsberichte des Preußischen Landtags, Bd. 474, S. 5143/46.

betrag an Versicherte zu ersetzen, traten Kommunisten, aber auch Ärzte dagegen auf, weil eine solche Regelung zu diesem Zeitpunkt zu einer weiteren Verschlechterung der Gesundheit der arbeitenden Klassen führen mußte. Ein durch Inflation und Arbeitslosigkeit in Not geratener Arbeiter würde dieses Geld wohl schwerlich für Arzthonorare ausgegeben haben⁵⁴. Die Ärzte lehnten eine solche Regelung aus wirtschaftlichen Gründen ab. Da sie außerdem verpflichtet werden sollten, diese Patienten trotzdem für den Mindestsatz zu behandeln, liefen sie Gefahr, den ihnen dafür zustehenden Betrag teilweise oder gar nicht zu erhalten.

Die KPD unterstützte auch die Forderung der Berliner Ärzte nach Kassenzulassung aller Ärzte. Sie ging von der berechtigten Annahme aus, daß die Behandlung um so besser werden würde, je mehr Ärzte zur Behandlung der Versicherten zur Verfügung stünden. Diese sogenannte freie Arztwahl wurde dann auch bei den Berliner Kassen ab März 1921 eingeführt⁵⁵.

Das Jahr 1923 brachte einen Höhepunkt im Konflikt zwischen Ärzten und Kassen. Infolge der Inflation drohte den Kassen finanzieller Zusammenbruch. Primär verursacht wurde die finanzielle Notlage der Kassen durch das System der Beitragszahlung, das von den Unternehmern eine Quartalszahlung, von den Versicherten jedoch einen wöchentlichen Beitrag verlangte. Bei dem Tempo der Geldentwertung mußten die Kassen zwangsläufig zahlungsunfähig werden. Das brachte für Kranke und Ärzte sofortige Nachteile, während die Unternehmer dabei verdienten. Hier war eine spezifische Form der kapitalistischen Ausbeutung entstanden, die indirekt über die Kassen erreicht wurde⁵⁶.

Die Kassen waren seit dem IV. Quartal 1922 mit der Zahlung der Arzthonorare im Rückstand. In einer Aussprache zwischen Vertretern der Kassen, der Regierung und Ärzten am 12. Februar 1923 im Reichsarbeitsministerium erklärten sich die Kassen außerstande, die rechtmäßig geforderten Zahlungen zu leisten. Sie wollten ihre Leistungen an Versicherte einschränken und verlangten entsprechende Gesetzesänderungen. Diese Forderung war schon im Dezember 1922 bei einer Beratung zwischen Vertretern der Kassen, der Gewerkschaften und der SPD im Arbeitsministerium erhoben worden. Danach sollte der § 182 der RVO dahingehend abgeändert werden, daß die darin zugesicherte ärztliche Behandlung abgeschafft und durch Geldleistungen ersetzt werden konnte. Diese Lösung wurde im Reichstag abgelehnt. Am 2. März 1923 nahm der Abgeordnete Malzahn im Auftrag der kommunistischen Reichstagsfraktion dazu Stellung. Die KPD lehnte eine derartige „Sanierung“ der Kassen auf Kosten der Versicherten ab und brachte über ihre Fraktion Anträge ein, die eine dauerhafte Lösung des Problems gebracht hätten. Die Hauptforderungen waren: Zentralisierung der

54 Vgl. Die Rote Fahne v. 5. 1. 1921.

55 Vgl. Berliner Ärztekorrespondenz 9/1921, S. 67.

56 Vgl. Die Rote Fahne v. 28. Januar 1923.

Krankenkassen, staatliche Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung, Bereitstellung eines bestimmten Teiles der Staatseinnahmen für das Gesundheitswesen, staatlich geregelte Versorgung der Kassen mit Medikamenten und Heilmitteln, Beibehaltung der „freien“ Arztwahl.

Diese Anträge wurden schon im Ausschuß abgelehnt, am 23. März 1923 wurden die neuen Bestimmungen zum § 182 der RVO gegen die Stimmen der Kommunisten verabschiedet. Danach wurden der Beitrag der Versicherten von $7\frac{1}{2}\%$ auf 10% des Grundlohnes heraufgesetzt und die Wochenhilfe eingeschränkt⁵⁷.

Bereits im Juli 1923 drohte aufs neue ein Ärztestreik, weil die Kassen — trotz der Gesetzesänderung — ihren Verpflichtungen wiederum nicht nachkommen konnten. Die Ärzte verlangten eine der Geldentwertung angepaßte Erhöhung der Honorare und deren pünktliche Auszahlung. Sie beabsichtigten, sich um Hilfe und Unterstützung an die Arbeiter zu wenden, wie auf einer Berliner Ärzteversammlung angekündigt wurde⁵⁸.

Die kommunistischen Ärzte des Proletarischen Gesundheitsdienstes (PGD)⁵⁹ unterstützten diesen Kampf. Sie wollten eine Einheitsfront der Versicherten und Ärzte schaffen, um durch Massenproteste die Regierung zu entsprechenden Maßnahmen zu zwingen. In letzter Minute vor Streikausbruch erfüllte das Arbeitsministerium die berechtigten Forderungen der Ärzte. Den Ärzten wurde die wöchentliche Auszahlung der Honorare und eine der Geldentwertung angepaßte Erhöhung zugesichert⁶⁰.

Die Zusicherungen konnten auch diesmal nicht gehalten werden. Die Arbeitsgemeinschaft kommunistischer Ärzte im PGD erarbeitete Vorschläge zur Umgestaltung des Kassenwesens mit folgenden Schwerpunkten: Anpassung der Kassenhonorare für Ärzte an die Geldentwertung, Beibehaltung der bewährten freien Arztwahl, Zentralisierung des Kassenwesens und Kontrolle der Kassen durch Versicherte und Ärzte, Benennung der Vertrauensärzte der Kassen durch Kassenärzte, Versicherte und Vertreter der Verwaltung, Pflichtversicherung der gesamten Bevölkerung mit gestaffelten Beiträgen, Arzneimittelbelieferung der Kassen durch den Staat⁶¹.

Diese realen Vorschläge verfolgten die Demokratisierung des Kassenwesens und Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Krankenversicherung. Die Politik der Regierung verfolgte jedoch entgegengesetzte Ziele.

Nach dem Sturz der Cuno-Regierung durch einen machtvollen Generalstreik der deutschen Arbeiterklasse setzte die Regierung

57 Vgl. Verhandlungen d. Reichstags, Bd. 359, S. 10367.

58 Vgl. Berliner Ärztekorrespondenz 29/1923, S. 102.

59 Vgl. Winter, I.: Arbeiter-Samariter-Bund, in: Wiss. Zeitschrift der Humboldt-Universität Berlin/DDR, Math.-Nat. Reihe, XIX/1970, 4.

60 Vgl. Berliner Ärztekorrespondenz 31/1923, S. 1.

61 Vgl. Die Rote Fahne v. 19. August 1923.

Stresemann die Verfassung außer Kraft und versuchte, die demokratischen Rechte durch Reichswehrterror zu beseitigen.

So wurde mit Hilfe des Ermächtigungsgesetzes vom 13. Oktober 1923 diktatorisch die „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen und über Krankenhilfe bei den Krankenkassen“ erlassen⁶². Zweck der Verordnung war, die Krankenhilfe einzuschränken und die Ärzte unter Androhung von Strafe zu zwingen, die Richtlinien zu befolgen. Die freie Arztwahl wurde erneut eingeschränkt. Den Versicherten brachte diese Notverordnung weitere Belastungen. Sie mußten 10 % der Kosten für Medikamente und Heilmittel übernehmen, die Kassen erhöhten den Beitrag auf 20 % des Grundlohnes.

Die Ärzte kündigten für den 1. Dezember 1923 einen Streik an, sollte diese Notverordnung nicht rückgängig gemacht werden. Zwar wurden durch einen Sondererlaß Eberts vom 29. November 1923 die Bestimmungen abgeschwächt, die sich gegen die Ärzte richteten, trotzdem brach der Ärztestreik in ganz Deutschland aus. Die Ärzte forderten die Beseitigung jeglicher Einschränkungen in der Ausübung ihres Brufes. Die Bezeichnung „Ärztestreik“ suchten sie mit der Ankündigung zu umgehen, sie würden weiterhin ihre Patienten behandeln. Das taten sie zwar auch, aber nur gegen Barzahlung. Damit war die Mehrzahl aller Versicherten faktisch von jeder ärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Die breite Öffentlichkeit wandte sich mit Recht mit voller Schärfe gegen diese letztlich antihumane Handlungsweise der Ärzte.

Die dauernden Ärztestreiks veranlaßten die Kassen zur Errichtung von Ambulatorien. Sie sollten die Kassen von den Ärzten unabhängig machen und helfen, den ständigen ärztlichen Streikdrohungen wirksam begegnen zu können. Die Ambulatorien wurden mit angestellten Ärzten besetzt, vereinigten Vertreter verschiedener Fachrichtungen und wurden entsprechend ausgestattet. Die Einrichtung dieser Ambulatorien war ein wichtiger Schritt zum Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens, sie entzog die Versicherten zum Teil den Auswirkungen des Ärztestreiks. Jetzt richtete sich der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Kassenambulatorien. Die „Berliner Ärztekorrespondenz“ rief die ärztlichen Vereine zum Boykott der Ambulatorien und der „Streikbrecher“ oder „Nothelfer“, wie sie die in Ambulatorien arbeitenden Ärzte nannte, auf.

Über die neuerrichteten Ambulatorien wurde eine Behandlungssperre verhängt, das heißt, sobald eine Kasse ein Ambulatorium eröffnete, weigerten sich die Ärzte, die Mitglieder dieser Kasse auch gegen Honorar zu behandeln. Ungeachtet dessen nahm die Zahl der Ambulatorien ständig zu und die Zahl der „Nothelfer“ stieg weiter an. Diese Tatsachen machten die streikenden Ärzte verhandlungs-

⁶² Vgl. Berliner Ärztekorrespondenz 45/1923, S. 1 und: Die Internationale, 19/1923, S. 570.

willig. Zur Begründung des nunmehr am 24. April 1924 geschlossenen „Waffenstillstandes“ schrieb die ärztliche Streikleitung: „... Ebenso bestand ... für die ärztliche Organisation nicht die Möglichkeit, den Kassen einen Frieden zu diktieren. Der Kampf hätte zwar noch längere Zeit in der bisherigen Form fortgesetzt werden können, jedoch mußte damit gerechnet werden, daß die Gegenwirkung der Kassen sich mit der Zeit immer stärker fühlbar machen und daß dadurch das Anwachsen der Einrichtungen der Kassen die schließliche Auseinandersetzung sich immer schwieriger gestalten würde.“⁶³

Die Übereinkunft hob alle Kampfmaßnahmen mit sofortiger Wirkung auf⁶⁴. Die Ärzte nahmen die Behandlungstätigkeit bis zum Abschluß eines neuen Vertrages mit den Kassen unter den alten Bedingungen wieder auf. Dabei wurde erneut deutlich, daß die Kassenambulatorien das zentrale Problem der Auseinandersetzungen waren. So wurde „... den Ärzten untersagt, die Kassenmitglieder von der Inanspruchnahme der Ambulatorien abzuhalten“, die Versicherung hingegen verpflichtete sich, „... die angeschlossenen Kassen anzuhalten, ihre Mitglieder in der Wahl des Arztes, den sie aufsuchen wollten, in keiner Weise einzuschränken, insbesondere die Inanspruchnahme der Ambulatorien nicht zu empfehlen. Die Veröffentlichung einer Liste der Ambulatorien mit Sprechzeiten durch Aushang in Kassenlokalen ist als Empfehlung nicht anzusehen“⁶⁵.

Der Schiedsspruch vom 22. August 1924 rief bei den Ärzten erneut große Unzufriedenheit hervor. Sie waren nach wie vor nicht damit einverstanden, daß die Ambulatorien anerkannt werden sollten. Es kam also auch 1924 zu keiner Einigung. Wenn auch die Kassen an der Beendigung des Streiks interessiert waren — die Ambulatorien waren noch nicht in der Lage, alle Patienten der Berliner Kassen zu betreuen —, so mußten doch auch die Ärzte einen Kompromiß eingehen. Ihre ursprünglich wichtigste Forderung, die vollständige Aufhebung der Oktober-Verordnung, wurde nicht erfüllt. Daß die sogenannte freie Arztwahl nicht in der alten Form wiederhergestellt wurde, stand für beide Seiten fest. Zahlreiche Ärzte führten den standesegoistischen Kampf weiter. Sie waren vor allem gegen die Ambulatorien und für den Ausbau eigener, persönlicher Interessen und Rechte. Das Wohl der Versicherten oder das Gesundheitswesen überhaupt spielten für sie eine untergeordnete Rolle.

Die Ambulatorien aber nahmen an Zahl und Versorgungsgrad zu und konsolidierten sich weiter. Dagegen versuchte der Geschäftsausschuß der ärztlichen Standesvereine am 29. November 1924 mit einem Beschluß aufzutreten, in dem es u. a. hieß: „Der GA erklärt, daß für Nothelfer in den Standesvereinen kein Platz ist, und fordert alle standestreuen Kollegen auf, jeden kollegialen Verkehr und berufliche Zusammenarbeit mit den Nothelfern einzustellen.“⁶⁶ Schi-

63 Ebenda, 15/1924, S. 1.

64 Vgl. ebenda.

65 Ebenda, 14/1924, S. 1.

66 Ebenda, 48/1924, S. 1 ff.

ließen zwangsläufig die Erkrankungshäufigkeit und damit die Anforderungen an die Krankenkassen ansteigen. Die größte Belastung für die Kassen jedoch waren die profitorientierten Preise für Arznei- und Heilmittel und die hohen Arzthonorare. Die imperialistische Wirtschaftsordnung, die auch die weitere Kommerzialisierung des Gesundheits- und Sozialwesens einschloß, brachte die Krankenkassen immer wieder in finanzielle Schwierigkeiten.

Alle diese Faktoren wurden von den Unternehmern benutzt, um verstärkt gegen die Sozialpolitik vorzugehen. So wurde behauptet, die zu hohen Ausgaben für Sozialleistungen würden die wirtschaftliche Entwicklung hemmen. In verschiedenen Denkschriften wurde sogar die Abschaffung der Sozialversicherung gefordert. Die chemische Industrie forderte ein Verbot für Herstellung und Vertrieb von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Krankenkassen, die — um dem Preiswucher partiell zu entgehen — den Einkauf und Eigenvertrieb von Arzneimitteln immer mehr erweitert hatten.

Die Front der Unternehmer, zahlreicher Ärzte und der Regierung gegen die Versicherten erstarkte und konsolidierte sich in dem Maße, wie die politische Entwicklung der Weimarer Republik nach rechts erfolgte. Man verlangte — wenngleich auch aus unterschiedlichen Motiven heraus — den Abbau oder eine völlige Umgestaltung des Versicherungswesens.

So verlangte beispielsweise Ernst von Borsig 1927 in einer Rede vor den Mitgliedern der „Gesellschaft der Berliner Freunde der Akademie“ u. a., daß der Sozialpolitik Grenzen gesetzt werden müßten. Die Erwerbslosenfürsorge lähme nach seiner Ansicht den Arbeitswillen und den Sparsinn. Die Krankenversicherung sei daran schuld, wenn die Zahl der Krankheitsfälle steige, denn sie lähme die Tatkraft des einzelnen. Borsig kritisierte auch die Kassenärzte, weil sie oft gewissenlos handeln und die Versicherten unbedenklich für arbeitsunfähig erklären würden⁶⁹.

Im ähnlichen Sinne äußerte sich Hugenberg, 1933 Wirtschaftsminister im Koalitionskabinett Hitlers. Sein Programm zur Veränderung der Sozialversicherung sah die völlige Ausschaltung der staatlichen Organe aus den Versicherungsinstitutionen und damit eine rigorose Einschränkung der Leistungen sowie die Lokalisierung der Versicherung im Betrieb — Unterstellung der Sozialversicherung unter die Unternehmerleitung — vor⁷⁰.

So oder ähnlich äußerten sich u. a. Hartz, der die Versicherungsgelder zur Kapitalbildung und damit zur Siedlungspolitik im Osten — eine offensichtlich „Alldeutsche“ Konzeption — verwendet wissen wollte⁷¹, Reichswehrgeneral v. Seeckt⁷², aber auch der Chirurg Au-

69 Vgl. Vossische Zeitung v. 30. Mai 1927.

70 Vgl. Hugenberg, A.: Streiflichter aus Vergangenheit und Gegenwart. Berlin 1927, S. 36 ff.

71 Vgl. Hartz, G.: Irrwege der deutschen Sozialpolitik, Berlin 1928, S. 190

72 Vgl. Der Arbeitgeber, 22/1929, S. 600.

kanen und Maßregelungen durch die ärztlichen Ständesorganisationen hielten dennoch viele Ärzte nicht davon ab, in den Kassenambulatorien zu arbeiten. Mit dem Entscheid des Reichsschiedsamtes vom 27. Januar 1925 wurde der Streit zeitweilig beigelegt. Die Ambulatorien — der wichtigste Streitpunkt — wurden durch den Schiedsspruch legalisiert. Sie wurden berechtigt, die Versicherten und deren Familienangehörige zu behandeln. Der Fortschritt dieser Regelung war offensichtlich, wurden doch nunmehr weitere Bevölkerungskreise, die Familienangehörigen, in die öffentliche Gesundheitsfürsorge aufgenommen.

Nach dem I. Weltkrieg war die Krankenversicherung die Institution, die zur Überwindung der gesundheitlichen Schäden aus der Kriegszeit Entscheidendes leistete. Die Verbesserungen in der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung in der Weimarer Republik sind in der Hauptsache Leistungen der GKV gewesen und nicht primär die des Staates, wie es die kommunistische Abgeordnete Arendsee 1925 im Reichstag ausführlich erläuterte⁶⁷. Danach waren es Leistungen der Arbeiterklasse selbst, die sie mit ihren Beiträgen finanzierte. Der standesegoistische Kampf zahlreicher Ärzte gegen die Krankenversicherung war demnach ein Kampf gegen eine wichtige Errungenschaft der Arbeiter im Klassenkampf.

Nach der Niederlage der deutschen Arbeiterklasse 1923 konnte die Bourgeoisie ihre wirtschaftliche und politische Macht weiter ausbauen. Es begann die Periode der relativen Stabilisierung des Kapitalismus, die durch die verstärkte Ausbeutung der Arbeiter möglich wurde. Grundlage neuer Methoden in der Ausbeutung war die Rationalisierung in der Industrie, die wiederum vor allem durch amerikanische Kredite ermöglicht wurde.

Die Rationalisierung der Industrie hatte Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit zur Folge. Begleitet vom Gerede der Regierung und der Unternehmer von wachsendem Wohlstand und Hochkonjunktur und rechter Sozialdemokraten über den „krisenfreien Kapitalismus“ und das „Hineinwachsen in den Sozialismus“, wurde die Arbeitslosigkeit — wie nachfolgende Tabelle⁶⁸ verdeutlicht — zur permanenten Erscheinung:

1924 —	11,4 %	Arbeitslose
1925 —	8,3 %	“
1926 —	17,9 %	“
1927 —	8,8 %	“
1928 —	9,7 %	“
1929 —	14,6 %	“

Die Folgen der verstärkten Ausbeutung, die zunehmende Unfälle und die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, die ja nicht nur den Arbeitslosen selbst, sondern vor allem auch seine Familie trafen,

⁶⁷ Vgl. Verhandlungen des Reichstags, Bd. 386, S. 2488.

⁶⁸ Kuczynski, J.: Die Geschichte der Lage der Arbeiter unter dem Kapitalismus, Bd. 5, Berlin/DDR 1966, S. 197.

gust Bier, der den Antrag der Berliner Chirurgentagung 1928 unterstützte, Material, das die „Schädlichkeit“ der Krankenversicherung nachweisen sollte, den zuständigen Regierungskreisen zu übergeben⁷³.

Der Teilvergleich zwischen Ärzten und Krankenkassen von Januar 1925 hatte den Konflikt nicht beendet. Nach wie vor befahdeten die Ärzte die Ambulatorien und andere Einrichtungen der Krankenkassen.

Ende Januar 1926 tagte der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen und beriet über die Krise, in die die Krankenkassen durch die steigende Krankenziffer geraten waren. Das Ergebnis war ein Abkommen zwischen Ärzten und Kassen, das der Kasse im Zweifelsfall die Anordnung einer zusätzlichen Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt ermöglichte, ohne die Zustimmung des behandelnden Arztes einholen zu müssen. Weiter wurde vereinbart, daß die Kassen regelmäßig der ärztlichen Standesorganisation darüber berichteten, welche Ärzte Atteste über Arbeitsunfähigkeit ausstellten und in welchem Umfang, damit notfalls gegen diese Ärzte vorgegangen werden konnte⁷⁴.

Die Kommunisten verurteilten dieses Abkommen mit Recht, das, wie sie meinten, eine willkürliche Welle von Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen auslösen und die ohnehin schlechte Lage der Arbeiter und Arbeitslosen noch weiter verschlimmern würde⁷⁵. Sie übersahen dabei nicht, daß die Kassen in einer Notlage waren, wandten sich jedoch entschieden gegen das einseitige Vorgehen, das nur die Versicherten benachteilige, obwohl allgemein bekannt war, daß die Unternehmer ständig mit ihren Beiträgen im Rückstand waren.

Die ärztlichen Standesorganisationen und damit zahlreiche Ärzte bekämpften auch in der Folgezeit erbittert bereits vorhandene oder neu entstehende Behandlungseinrichtungen. So forderten die Berliner Ärztevereine im Januar 1926 vom Berliner Magistrat die Auflösung der Beratungs- und Behandlungsstellen für Geschlechtskranke, weil diese die Ärzteschaft materiell schwer schädigen würden⁷⁶. Der Verein sozialistischer Ärzte lehnte diese letztlich inhumane Forderung ab. Der Angriff der standespolitischen Repräsentanten der Ärzteorganisationen auf die Beratungs- und Behandlungsstellen für Geschlechtskranke scheiterte an der entschlossenen Haltung der Sozialdemokraten und Kommunisten, die im Berliner Stadtparlament die Mehrheit bildeten⁷⁷. Diesem günstigen Umstand und einer einheitlichen Haltung der Arbeiterfraktionen verdankt Berlin eine Reihe fortschrittlicher Maßnahmen. So wurde z. B. erreicht, daß die Säuglingsberatungsstellen in Be-

73 Vgl. Der Kassenarzt, 16/1929, S. 1.

74 Vgl. Der Kassenarzt, 4/1926, S. 1.

75 Vgl. Der Sanitäter, 4-5/1926, S. 29.

76 Vgl. Berliner Ärztekorrespondenz 6/1926, S. 44.

77 Vgl. Die Rote Fahne v. 1. April 1926.

handlungsstellen umgewandelt wurden und Kinder von Arbeitslosen kostenlos Milch erhielten⁷⁸.

Ungeachtet dieser wichtigen Teilerfolge in Berlin riefen die ärztlichen Standesorganisationen zum offenen Boykott kasseneigener Versorgungsstellen auf. So erblickte der Hartmannbund „nach wie vor in den Kassenambulatorien Kampfmittel der Krankenkassen gegen die ärztliche Berufsfreiheit“ und behauptete sogar, er betrachte „... die Ambulatorien als eine mit dem Wohle der Versicherten und den Zwecken der ärztlichen Organisation nicht zu vereinbarende Einrichtung, die er mit allen der Organisation zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpft und auch weiterhin zu bekämpfen beabsichtigt“⁷⁹. Und dieses Gemisch von Demagogie gegenüber den Versicherten, von offenem Boykott der Versicherungsträger und merkantilem ärztlichen Denken erschien im August 1925, obwohl in der im Januar 1925 erzielten Einigung ausdrücklich von beiden Seiten erklärt worden war, den Kampf gegeneinander einzustellen. Als wirksamste Waffe wurde wiederum der Boykott propagiert. Ignaz Zadek, Senior der sozialistischen Ärzte, verurteilte den Boykott durch die ärztlichen Standesorganisationen und rief zur Einigung auf. Dabei wies er nachdrücklich auf die sowjetische Entwicklung hin, dort seien Polikliniken usw. staatlich, die Ärzte angestellt. Dennoch sei auch unter der Leitung der Kassen eine gute Versorgung der Bevölkerung zu sichern, wenn die Ärzte ihren egoistischen Standpunkt aufgeben würden⁸⁰.

Besonders in Berlin erreichten die Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Kassen im Januar 1929 einen neuen Höhepunkt, als das Gesundheitsamt Berlin beschloß, eine weitere Beratungsstelle für Geschlechtskranke in eine Behandlungsstelle umzuwandeln⁸¹. Da der Vertrag zwischen der Stadt Berlin und dem Groß-Berliner-Ärztebund untersagte, neue Behandlungsstellen einzurichten, suchte das Berliner Gesundheitsamt durch Verhandlungen mit den Ärzten die Streichung des betreffenden Vertragsabschnittes zu erreichen. Die Ärzte lehnten ab, worauf der Magistrat den Vertrag zum 13. Mai 1929 kündigte. Der Groß-Berliner-Ärztebund, der die kommunale Gesundheitspolitik der Stadt Berlin als „kalte Sozialisierung der ärztlichen Tätigkeit“ bezeichnete, rief nunmehr — und leider erfolgreich — seine Mitglieder zum Boykott sämtlicher Fürsorgeeinrichtungen Berlins auf. Die Sperre dauerte bis 1931 und verschlechterte die durch die Weltwirtschaftskrise ohnehin permanent gefährdete soziale Stellung großer Bevölkerungskreise noch mehr.

Ab 1928 wurden — wie bereits angedeutet — im Zuge der sich anbahnenden Weltwirtschaftskrise durch die herrschende Klasse und ihre Apologeten die Forderungen nach einer „Reform“ der Kran-

⁷⁸ Ebenda.

⁷⁹ Berliner Ärztekorrespondenz 32/1925, S. 253.

⁸⁰ Vgl. Der Sozialistische Arzt, 2/1925, S. 11.

⁸¹ Vgl. Proletarische Sozialpolitik 9/1929, S. 279; vgl. auch: Berliner Ärztekorrespondenz, 6/1929, S. 88; 8/1929, S. 127; 20/1929, S. 270.

kenversicherung immer stärker. Die angestrebte Reform, ihrem Wesen nach eindeutig gegen die ohnehin schon stark eingeschränkte bürgerliche Demokratie von Weimar gerichtet, war letztlich eine Offensive des Kapitals gegen die Arbeiterklasse.

Auf dem 32. Krankenkassentag in Breslau 1928 wurde eine Rationalisierung der Krankenversicherung gefordert. Danach sollten alle kleinen Kassen beseitigt, die Bildung von neuen an Genehmigungsvorschriften gebunden sein. Zu den Leistungen der Kassen wurde gefordert: höhere Beteiligung der Versicherten an Arztkosten, Medikamenten und anderen Heilmitteln; Krankengeldzahlung nur bei objektiv nachweisbarer Arbeitsunfähigkeit, die zusätzlich durch einen Vertrauensarzt zu bestätigen war, und Regreßpflicht für den Kassenarzt, der „fahrlässig“ Arbeitsunfähigkeit bescheinigen würde⁸².

Diese Richtlinien zeigen, daß die geplante Rationalisierung sich vor allem gegen die Versicherten richtete. Das wurde noch deutlicher in dem „streng vertraulichen“ Entwurf des Reichsarbeitsministers Wissel vom November 1929 zur Versicherungsreform, aus dem hervorging, daß das Krankengeld statt 75 % nur noch 50 % betragen sollte und eine Krankenscheingebühr von einer Mark zu zahlen sei.

In der dritten und letzten Phase der Weimarer Republik — 1928/29 bis 1933 —, der Zeit der Weltwirtschaftskrise, ging die herrschende Klasse in Deutschland dazu über, durch die drei Präsidialkabinette und die entsprechende Notverordnungspolitik den Übergang zur faschistischen Diktatur beschleunigt vorzubereiten.

Der sprunghafte Anstieg der Massenarbeitslosigkeit, der mit Erhöhung der Steuern, der Preise für Lebensmittel und Mieten, mit Lohnkürzungen und dem Abbau sozialer Einrichtungen und Leistungen einherging, belastete auch und besonders das Gesundheits- und Sozialwesen. Eingeleitet wurde die „Umverteilung“ der Krisenauswirkungen, die über die Arbeiterklasse hinaus auch große Teile der Mittelschichten erfaßten, auf das Volk durch eine Denkschrift des Reichsverbandes der deutschen Industrie vom 2. Dezember 1929. Sie faßte alle bisherigen Forderungen der herrschenden Klasse zusammen, die geeignet waren, von den tatsächlichen Ursachen der von den USA ausgehenden Weltwirtschaftskrise abzulenken und die Krisenlasten dem Volk aufzubürden: Großzügige Gewerbebefreiheit durch Ausschaltung staatlicher Eingriffe in die Privatwirtschaft, Privatisierung aller öffentlichen Unternehmungen, Wirtschaftsfreiheit und Steuerentlastung für Monopole und Großbetriebe. Für die Kapitalbildung wurden die Erhöhung der indirekten Steuern, die Erhebung einer neuen Mietersteuer und Umwandlung der Sozialversicherung in eine staatlich organisierte Armenwohlfahrt gefordert, die einer Beseitigung der Sozialversicherung gleich kam⁸³.

82 Vgl. Die Rote Fahne v. 7. August 1928; vgl. auch: Proletarische Gesundheitspolitik 10/1929, S. 315.

83 Vgl. Veröffentlichung des Reichsverbandes der deutschen Industrie 49/1929, S. 27.

Am 26. Juli 1930 trat die erste Notverordnung, die im wesentlichen gegen die Krankenversicherung gerichtet war, in Kraft. Sie enthielt folgende Einschränkungen: Herabsetzung des Krankengeldes von 75 % auf 50 % des Lohnes, Einführung einer Krankenscheingebühr von 50 Pfennig, Beteiligung des Versicherten und seiner Familienangehörigen an den Arzneikosten, Krankengeldzahlung erst vom 4. Krankheitstag an. Die Hinzuziehung eines Vertrauensarztes wurde zur Pflicht; Ärzte, die durch „unnötige Behandlung“ die Kassen belasteten, waren jetzt schadenersatzpflichtig⁸⁴.

Gegen diese Notverordnung wandte sich — wenn auch vergeblich — die kommunistische Reichstagsfraktion. Ihre Vorlage wurde, mit den Stimmen der SPD, abgelehnt⁸⁵.

Aufschlußreich ist allerdings, daß auch in den ärztlichen Standeszeiten gegen die Notverordnung geschrieben und der Kampf der Ärzte dagegen gefordert wurde⁸⁶. Hier wurde deutlich, wie sehr die Ärzte in Wirklichkeit mit den Kassen verbunden waren. Die jetzt richtige Einsicht kam zu spät. Jahrelang hatten sie mit ihren berufsegoistischen Kämpfen gegen die Kassen objektiv jene Kräfte unterstützt, die den Abbau der Versicherung gefordert hatten und schließlich auch erreichten.

Die Entschlossenheit der Reaktion, die Beseitigung der Demokratie weiterzuführen, wurde durch die zweite Notverordnung deutlich, die am 1. Dezember 1930 erlassen wurde⁸⁷. Sie umfaßte 25 Gesetze, darunter auch einige Änderungen der Bestimmungen über die Krankenversicherung, so u. a. den Passus, der die Arbeitslosen, Rentner, Tuberkulose- und Geschlechtskranken von der Krankenscheingebühr und dem Arzneikostenanteil befreite.

Die nächste Notverordnung folgte am 5. Juni 1931⁸⁸. Außer Kürzung der Arbeitslosenversicherung und der Löhne, die den Hauptinhalt der Notverordnung ausmachte, wurde die Selbstverwaltung der Krankenkassen dahingehend weiter eingeschränkt, daß hinsichtlich der Beitragserhöhung die Kasse der Zustimmung des Oberversicherungsamtes bedürfe und daß der Reichsarbeitsminister die Beitragshöhe bestimmen könne.

Die einschneidendsten Maßnahmen gegen die Krankenversicherung brachte die Notverordnung vom 8. Dezember 1931⁸⁹. Das Wesen dieser Bestimmungen war zutiefst inhuman und gegen die Volksgesundheit gerichtet, denn mit ihrer Hilfe wurden alle Mehrleistungen der Kassen beseitigt. Es durften künftig nur noch Regelleistungen gewährt werden. So konnte vorher die Zahlung des Wochengeldes als Regelleistung für 20 Wochen mit möglicher Verlängerung für weitere 3 Wochen erfolgen. Das fiel jetzt weg. Ebenso

84 Vgl. RGB I/1930, S. 311.

85 Vgl. Handbuch der kommunistischen Reichstagsfraktion, 1930—32, Berlin, S. 158; vgl. auch: Verhandlungen des Reichstags, Bd. 444, S. 252.

86 Vgl. Berliner Ärztekorrespondenz 31/1930, S. 359.

87 Vgl. RGB I/1930, S. 517.

88 Vgl. RGB I/1931, S. 279.

89 Vgl. ebenda, S. 699.

war es mit der Zahlung des Krankengeldes, des Stillgeldes, das dadurch um die Hälfte gekürzt wurde, des Sterbegeldes, der Familienkrankenhilfe, des Arzneikostenbeitrages in der Familienhilfe u. a. m.

Mit dieser Notverordnung wurde das Vorbeugungsprinzip innerhalb der Krankenversicherung abgeschafft. Der Konflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen wurde so geregelt, daß die ärztlichen Leistungen mit einer Pauschale vergütet werden sollten, die nach einem durchschnittlichen Jahresbedarf pro Kassenmitglied errechnet wurde. Das war wiederum eine „Lösung“ auf Kosten der Versicherten, denn jetzt wurde der Patient nicht nach den Erfordernissen für eine optimale Heilung, sondern nach einem vorgeschriebenen Satz behandelt.

Mit dieser Notverordnung fiel aber auch zugleich der entscheidende Schlag in dem standesegoistischen Kampf der Ärzte gegen die Kassen: Die Kassen wurden gezwungen, ihre Verträge nicht mehr mit dem einzelnen Arzt, sondern mit den ärztlichen Standesorganisationen auszuhandeln. Damit war die unmittelbare Beziehung des Arztes zur Krankenkasse gelöst, das Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung in die „freie“ Praxis verlegt und somit der unmittelbaren Kontrolle durch die einzelnen Krankenkassen entzogen worden. Fortan konnten die Krankenkassen nur noch durch langwierige Verhandlungen mit einer straff organisierten Ärzteschaft Einfluß auf Kosten und Qualität der ärztlichen Versorgung ihrer Mitglieder zu nehmen versuchen.

Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen, im harten Klassenkampf eroberte Positionen der Arbeiterklasse, fand immer die Unterstützung der imperialistischen Staatsmacht. Das gilt auch vollinhaltlich für die Zeit der Weimarer Republik.

Die Ärzte haben jahrzehntelang gegen die Krankenversicherung gekämpft, gekämpft um eigener Vorteile willen und nicht selten objektiv gegen ihre Patienten. Dabei glaubten sie an die „Freiheit“ ihres Berufes, die es in Wirklichkeit gar nicht geben konnte. Sie haben sich dem Kastengeist ihrer Standesvereine unterworfen und nicht gemerkt, wie sie bereits innerhalb dieser Ärzteorganisationen auf ihre Freiheit verzichten mußten, nur um erfolgreicher im Kampf gegen die Krankenversicherung zu sein.

Leider machte die faschistische Gegnerschaft zur Krankenversicherung zahlreiche Ärzte der faschistischen Propaganda und deren Ideen zugänglich. Die Berliner Ärzteorganisationen unterstützen den Nationalsozialismus, der dafür die Auflösung der Ambulatorien versprach. Diese wurden dann auch nach der Machtübernahme durch die Faschisten im Jahre 1933 aufgelöst. Auf der zweiten Reichstagung der faschistischen Ärzte 1932 wurde bereits verkündet: „Die Sozialversicherung schwächt und schädigt das Volk in seiner moralischen und seelischen Gesundheit und Widerstandskraft, züchtet körperliche Schwächlinge und seelische Lumpen.“⁹⁰

Entsprechend dieser zutiefst antihumanen und arbeiterfeindlichen Einstellung des Faschismus gestaltete sich auch seine barbarische „Gesundheitspolitik“. Auf dem Gebiet der Sozialversicherung wurde bereits im ersten Jahr nach dem Machtantritt des Faschismus die „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands“ geschaffen, an die nunmehr sämtliche Kassen zu zahlen hatten. Das kam einer Liquidierung der Krankenversicherung gleich und stärkte die ohnehin vorhandene Vormachtstellung der ärztlichen Standesorganisationen weiter. Diese Entwicklung erreichte im Faschismus dann ihren Höhepunkt mit der Begründung der „Reichsärztekammer“.

Nach der Zerschlagung des Faschismus löste der Alliierte Kontrollrat die „Reichsärztekammer“ und die „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands“ als dem Faschismus verbundene Organisationen zwar auf, doch in den drei damaligen westlichen Besatzungszonen erhielten die Kassen keinerlei Rechte zurück. Nach der Gründung der BRD entstanden in den einzelnen Bundesländern erneut „Kassenärztliche Vereinigungen“ mit der „Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ an der Spitze. Und auch die ärztlichen Standesorganisationen entstanden erneut, der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) e. V., der Verband der leitenden Krankenhausärzte, der Marburger Bund, der Berufsverband der praktischen Ärzte, um die wichtigsten zu nennen. An der Spitze stehen als Zwangsorganisationen wieder die Ärztekammern, denen alle Ärzte des jeweiligen Bereichs kraft Gesetzes angehören und die sie mit einem hohen Pflichtbeitrag finanzieren müssen. Die Ärztekammern sind in der Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Ärztekammern zusammengefaßt, der Bundesärztekammer. Damit wurde — gesundheitspolitisch — eine Seite der unheilvollen ärztlichen Standespolitik mit allen ihren Konsequenzen erneut voll wirksam und behindert und erschwert bis in die Gegenwart hinein eine progressive Gesundheitspolitik.

Michael Berger

Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht

Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztrechtes
in den Westzonen nach 1945

I. Einleitung

Die Struktur des westdeutschen Gesundheitswesens ist wesentlich bestimmt durch das Kassenarztrecht. Das Kassenarztgesetz von 1955 übereignete den Kassenärztlichen Vereinigungen das Monopol der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.¹ Die negativen Folgen: z. B. der chronische Ärztemangel in ländlichen Regionen und großstädtischen Arbeitervierteln, die Beschränkung der Werkärzte auf die „Erstbehandlung“, das Verbot der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser (ausgenommen Unikliniken) unterliegen zunehmend öffentlicher Kritik.² In Berlin z. B. müssen sich 26 000 Kinder im Armeleute- und Türkenviertel Kreuzberg mit sechs niedergelassenen Kinderärzten begnügen, während im Villenvorort Zehlendorf acht Kinderärzte für 13 000 Kinder zur Verfügung stehen. Mit Berufung auf das Kassenarztgesetz verhindern Westberliner Kassenärzte, daß ein seit fünf Jahren leer stehendes Gebäude als Kinderpoliklinik benutzt wird.³

Das Kassenarztgesetz von 1955 war das Ergebnis fast zehnjähriger Anstrengungen der organisierten Ärzteschaft, eine grundlegende Reform des Kassenarztrechtes zu verhindern, die nach der Niederwerfung des Dritten Reiches 1945 zur Diskussion stand. In dem überkommenen Kassenarztrecht hatte die wirtschaftliche Sicherung der Ärzte eindeutig Vorrang vor den Interessen der Versicherten. Es soll gezeigt werden, daß eine Änderung dieses Zustandes eine Organisations- und Finanzreform der Sozialversicherung zur Vorraussetzung gehabt

1 Ferd. Sievers: Das Zulassungsrecht, Handbuch des Kassenarztrechtes, Bd. 2, Köln 1955.

2 Das Geschäft mit der Krankheit — ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, in: Der Spiegel, 1972, Nr. 11 ff. — Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, W.W.I.-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 20, Köln 1971. — Josef Scholmer: Die Krankheit der Medizin, Neuwid 1972. — Das Argument 60, 1970 und Das Argument 69, 13. Jg. 1971. — H. U. Deppe: Industriearbeit und Medizin, Frankfurt/M. 1973. — Gesundheitspolitisches Forum, kollektives Organ im Gesundheitssektor arbeitender Gruppen, Marburg, 1, 1973 ff. — Proletarische Gesundheitspolitik, Projektgruppe Medizin, München, Nr. 1, 1973 ff.

3 Sieg der Knüppel, in: Der Spiegel, 27, 1973, Nr. 52 (24. 12. 73), S. 92—93.

hätte bzw. daß die Verhinderung dieser Reform in den Westzonen den ärztlichen Organisationen die Möglichkeit gab, das überkommene Kassenarztrecht weitgehend beizubehalten. Die wesentlichen inhaltlichen Entscheidungen fielen in den Jahren 1945—1949, die daher im Mittelpunkt dieser Skizze stehen sollen.⁴

II. Die Rechtslage im Mai 1945

Die Auseinandersetzungen um das Kassenarztrecht bis 1945 gingen um die Frage, wieviel Einfluß die gesetzlichen Krankenkassen und damit indirekt die Versicherten selbst auf die Auswahl und Anzahl der Kassenärzte und die Höhe ihrer Honorierung nehmen konnten.⁵ Durch die ärztefreundliche nationalsozialistische Gesetzgebung war 1934 die erst 1931 vereinbarte paritätische Mitbestimmung der Kassen beseitigt worden. Die organisatorisch vereinigte Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands und Reichsärztekammer entschieden in rein ärztlichen Gremien über die Zulassung zur Kassenpraxis und hatten die alleinige Verfügung über die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung.⁶

Das Bedauern, die nationalsozialistische Organisation des Kassenarztwesens nicht unverändert fortführen zu können, findet in den Ärzteblättern nach 1945 unverhohlenen Ausdruck.⁷ Entsprechend der alliierten Forderung nach Dezentralisierung und Beseitigung des Führerprinzips wurden die Reichsärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands aufgelöst und sollten durch regionale Organisationen ersetzt werden. Auch das Berufsverbot für nicht-ärztliche Ärzte wurde aufgehoben; ansonsten blieb die nationalsozialistische Gesetzgebung in Kraft und bildete die vorläufige Grundlage für die regionale Neuorganisation der Ärztekammer und des Zulassungswesens.

Die Hauptanstrengungen der Ärzte bei Kriegsende richteten sich auf die Vermögenssicherung der kassenärztlichen Abrechnungsstellen, die treuhänderische Übernahme beschlagnahmter Vermögen politisch belasteter Ärzte, die Fernhaltung von Jungärzten und Flüchtlingsärzten und aus der Kriegsgefangenschaft heimkehrenden Ärzten von der Kassenpraxis und die Bildung von Ärztekammern, um Einfluß auf die in Gang kommende Gesetzgebung zu gewinnen. In zähem Kleinkrieg gelang es den Kassenärzten, sich sowohl gegenüber den deutschen Behörden als auch gegenüber den Militärregierungen durchzusetzen und grundsätzliche Reformen des Kassenarztrechtes zu verhindern.

4 Als Quelle standen dieser Arbeit vorwiegend Ärzteblätter und Gewerkschaftszeitungen zur Verfügung, die über die wirklichen Vorgänge nur beschränkte Informationen vermitteln. Die vorgelegten Ergebnisse sind daher als Forschungshypothesen zu betrachten.

5 Siehe den Aufsatz von Parlow und Winter in diesem Heft.

6 Sievers, a.a.O., S. 33 ff.

7 Südwestdeutsches Ärzteblatt (SWÄ) 2, 1947, S. 29.

III. Der Reformversuch der Sozialversicherung 1945—47

Eine wesentliche Bedingung für die Erreichung der Ziele der Kassenärzte war, daß die Reichsversicherungsordnung, die u. a. die Krankenversicherung regelte, nicht reformiert wurde. Unmittelbarer Anlaß für die Forderung nach Reform der Sozialversicherung war ihre katastrophale finanzielle Lage im Mai 1945. Zur Kriegsfinanzierung hatte die Kapitaldeckung seit 1938 in Reichsschatzanweisungen und Reichsschuldverschreibungen angelegt werden müssen. 1945 beliefen sich diese auf 14,5 Milliarden Mark, was 71 % des Vermögens der Sozialversicherungen ausmachte. Durch den Zusammenbruch des Reiches wurde auch wegen der entfallenden Staatszuschüsse die Sozialversicherung zahlungsunfähig, und es gelang nur unter großen Mühen, einzelne Zweige der Sozialversicherung im Laufe des Jahres 1945 durch eingehende Beiträge wieder liquide zu machen.⁸

Die vordringlichste Maßnahme wäre die Zusammenlegung der einzelnen Versicherungszweige und Ausdehnung des Kreises der Versicherten gewesen. Diese Forderungen hatte schon der 13. Kongreß des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes (ADGB) 1928 und der Verband der Ortskrankenkassen auf dem Krankenkassentag 1929 in Breslau erhoben.⁹

Die Zusammenlegung der Versicherungszweige hätte den Versicherten wesentliche Vorteile gebracht. Lückenloser zeitlicher Anschluß der Leistungen der einzelnen Versicherungszweige, z. B. der Krankenversicherung an die Unfallversicherung oder der Krankenversicherung an die Rentenversicherung, Wegfall sämtlicher Zuständigkeitsstreitigkeiten, deren Opfer in der Regel die Versicherten waren, sowie die Möglichkeit für den Versicherten, sämtliche Anliegen auf dem Gebiet der Sozialversicherung an einer für ihn persönlich erreichbaren Stelle, z. B. der Ortskrankenkasse, geltend zu machen.¹⁰

Für die Organisation der Sozialversicherung wäre eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung durch Wegfall des umfangreichen Verrechnungsverkehrs zwischen den Versicherungsträgern für ein und denselben Fall und des Wegfalls des Tätigwerdens verschiedener Versicherungsträger in dem selben Fall eingetreten. Die Zusammenlegung der Versicherungszweige hätte darüber hinaus die finanziellen Möglichkeiten entweder durch internen Ausgleich oder durch erhöhte Kreditfähigkeit erheblich vergrößert und damit z. B. auf dem Gebiet der Krankenversorgung den Kassen die Möglichkeit gegeben, eigene Ambulatorien oder Krankenhäuser mit angestellten Kassenärzten — ein für Deutschland neuartiges Gesundheitsversorgungssystem — aufzubauen.

8 H. Peters: Die Geschichte der Sozialversicherung, Bad Godesberg 1959, S. 96.

9 H. Schieckel: Gegenwartsprobleme der Sozialversicherung, in: Neue Soziale Praxis, H. 2, München 1947, S. 79. — J. Eckert: Öffentliche Meinung zur Reform der Sozialversicherung, Schriftenreihe der Gesellsch. f. Versicherungswiss.- und -gestaltung, Bd. 1, Schliersee o. J. (1947), S. 23.

10 Schieckel, a.a.O., S. 114.

Die Ausdehnung des Versichertenkreises in Richtung auf eine allgemeine Volksversicherung hätte ebenfalls die Finanzkraft der Kassen erhöht, Beitragserhöhungen für niedere Einkommen unnötig gemacht und auf dem Gebiet der Krankenversicherung die Privatversicherungen als zusätzliche Einkommensquelle der Ärzte praktisch beseitigen können. Durch eine solche Reform wären die Kassenärzte in größere finanzielle Abhängigkeit von den Kassen geraten und damit zu Zugeständnissen genötigt gewesen. Auch wäre es ihnen nicht mehr möglich gewesen, die divergierenden Interessen der zersplitterten Krankenkassen gegeneinander auszuspielen und zu ihrem Vorteil zu nutzen. Damit wäre eine Reorganisation der ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung möglich geworden, wie sie in der sowjetisch besetzten Zone oder in England in Angriff genommen wurde. Das geschilderte Modell der Sozialversicherungsreform wurde jedoch nur in der SBZ und kurzzeitig in Berlin, nicht aber in den Westzonen verwirklicht.

Berlin

Der sowjetische Stadtkommandant hatte wenige Wochen nach der Eroberung Berlins vier Parteien (SPD, CDU, LPD, KPD) und Gewerkschaften zugelassen und eine deutsche Landesregierung, den Magistrat, ernannt. Noch vor dem Eintreffen der westalliierten Truppen beschloß der Magistrat mit Wirkung vom 1. 7. 1945, die Versicherungsanstalt Berlin als einheitlichen Träger der Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung zu errichten. Die bisher rund 160 Versicherungsträger gingen in der Versicherungsanstalt auf, ihr Vermögen wurde treuhänderisch übernommen, Ersatzkassen verboten.

Der Kreis der Versicherten wurde erweitert. Versicherungspflichtig wurden sämtliche gegen Entgelt arbeitenden Personen, einschließlich aller öffentlich Bediensteten, sowie Selbständige und Gewerbetreibende mit bis zu fünf Beschäftigten, unabhängig von ihrem Einkommen. Versicherungsfrei bleiben nur Geistliche, Nonnen und ähnliche Personengruppen. Es wurde ein Einheitsbeitrag von 20 % des Lohnes erhoben, wobei Arbeitgeber 10 % zu tragen hatten.¹¹ Auf Grund des raschen finanziellen Aufschwungs war es der Versicherungsanstalt möglich, die Zahlung von Renten ohne Bedürftigkeitsprüfung wieder durchzuführen. Geleitet wurde die Versicherungsanstalt durch Dr. Schellenberg. Durch die Neuorganisation wurde die Zahl der Verwaltungsangestellten von 10 000 auf 3000 gesenkt, die Verwaltungskosten sanken von durchschnittlich 8 % auf 3,5 %.

Amerikanische und Britische Zone

Wie die schnelle Entscheidung für die Reform der Sozialversicherung in Berlin im einzelnen zustande kam, ist ungeklärt, jedenfalls scheint sie auch von den westlichen Alliierten gebilligt worden zu

¹¹ K. Brackmann: Handbuch der Sozialversicherung, Bad Godesberg 1958, S. 148. — Schleckel, a.a.O. S. 80. — Eckert, a.a.O., S. 7—9.

sein. Der Kontrollrat, das oberste gesetzgebende Organ der vier Besatzungsmächte¹², verwandte nämlich das Berliner Modell als Grundlage der Richtlinien für ein neues Sozialversicherungsgesetz. Diese Richtlinien wurden dem Länderrat und dem Zonenbeirat für die britische Zone zur Stellungnahme zugeleitet.¹³ In den sozialpolitischen Ausschüssen beider Gremien wurden die Richtlinien mehrheitlich abgelehnt, worauf der Kontrollrat im Juni 1946 seine Unterabteilung Sozialversicherung beauftragte, anstelle der Richtlinien einen Entwurf für ein Kontrollratsgesetz auszuarbeiten. Hierzu holte der Ausschuß aus allen vier Zonen einen Entwurf ein¹⁴, und legte am 30. 8. 1946 einen 84 Artikel umfassenden Rahmengesetzentwurf vor.¹⁵

Der Kontrollratsentwurf unterschied sich kaum vom Berliner Modell. Versicherungsfrei sollten nur Arbeitgeber und Geistliche bleiben. Territorial gegliedert sollten Einheitsversicherungen mit Sonderregelungen für Bahn, Post und Nachrichtenwesen errichtet werden. In Ausschuß und Vorstand sollten $\frac{2}{3}$ Versicherte, $\frac{1}{3}$ Unternehmer vertreten sein. Repräsentativ für die langsam einsetzende öffentliche Diskussion¹⁶ des Reformplanes sind die Auseinandersetzungen im Zonenbeirat und im Länderrat.

Die Stellungnahme des Zonenbeirats für die britische Zone

Der Zonenbeirat berief für Ende September 1946 eine viertägige Konferenz mit Vertretern der bisherigen Träger der Sozialversicherung sowie der Ärzte und der Privatversicherungen nach Lemgo ein. Das dort erarbeitete Gutachten wurde vom Zonenbeirat Ende November 1946 gebilligt.¹⁷ Die abweichende Meinung der Gewerkschaftler, die für das Berliner Modell eintraten, fand nicht die Mehrheit des Zonenbeirats.¹⁸

Das Gutachten beginnt mit der grundsätzlichen Feststellung, daß vor der Klärung der politischen Verfassung Gesamtdeutschlands, der Regelung der Währungs- und Finanzfragen und der Struktur der

12 Vgl. Staatslexikon der Görresgesellschaft. Bd. 5, Freiburg 1960, S. 9 ff.

13 Eckert, a.a.O., S. 14. — Der Länderrat war die ständige Konferenz der Regierungschefs der amerikanischen Zone. Er tagte seit Oktober 1945 monatlich. Der Zonenbeirat war ein Beratungsgremium der britischen Militärregierung. Er bestand aus Vertretern der Landes- und Provinzialregierungen und Vertretern der Parteien und Verbände. Er tagte seit Febr. 1946 monatlich. — Vgl. E. Deuerlein: Deutsche Geschichte der neuesten Zeit, 3. Teil, 1945—1955, in: Handbuch der Deutschen Geschichte Bd. IV/3, Konstanz 1965, S. 119—23.

14 A. Dorendorf: Der Zonenbeirat der britisch besetzter Zone, Ein Rückblick auf seine Tätigkeit, in: Monographien zur Politik, H. 2, 1953.

15 Nochmals geändert am 20. 9. 1946, vgl. Peters, a.a.O., S. 98.

16 Eckert, a.a.O., passim.

17 Dorendorf, a.a.O., S. 12.

18 Gegenwartsfragen sozialer Versicherung, in: Schriften der Hochschule für Arbeit, Politik und Wirtschaft, Heidelberg 1950, S. 159 ff.

künftigen Wirtschaft keine Reform der Sozialversicherung erfolgen solle. Die finanziell zufriedenstellende Lage der Sozialversicherung mache auch eine überstürzte Reform nicht notwendig. Im übrigen befürwortete das Gutachten gegen den Widerspruch von Vertretern der Privatversicherungen die Ausdehnung der Versicherungspflicht auch auf die Selbständigen, unabhängig vom Einkommen. Dagegen wurde die Zusammenlegung der Versicherungszweige abgelehnt. Eindringlich wird eine Krankenversicherungsregelung und das Kasernenrecht nach dem Muster von 1931 befürwortet, das wenigstens die paritätische Beteiligung der Kassen an den Zulassungsausschüssen festgelegt hatte.

Die Stellungnahme des Länderrats

Der Sozialpolitische Ausschuß des Länderrats der amerikanischen Zone hatte schon in seiner Sitzung vom 4. 12. 1945 das Berliner Modell abgelehnt. Drei Regierungsvertreter der Arbeitsministerien von Bayern, Württemberg-Baden und Großhessen arbeiteten aber dennoch einen Entwurf zu einem Sozialversicherungsgesetz aus, der dem Berliner Modell sehr nahe kam. Stuttgarter Ärztevertreter hatten am 23. und 28. 7. 1946 Protestkundgebungen organisiert und das Direktorium des Länderrats bewegt, im Oktober 1946 ein Sachverständigengutachten über die Neuordnung der Sozialversicherung einzuholen. Ein weiteres Gutachten von Ärzten wurde dem Länderrat im November 1946 zugeleitet.¹⁹

Am 3. 12. 1946 wurden im Länderrat das Sachverständigengutachten, die Stellungnahmen der Ärzte, Gewerkschaften, Unternehmer, Vertreter des Sozialpolitischen Ausschusses und der Entwurf der Arbeitsministerien beraten. Das Sachverständigengutachten faßte alle Argumente der Reformgegner zusammen.²⁰ Es ging wie der Zonenbeirat davon aus, daß vor der endgültigen Klärung der Wirtschafts- und Verfassungsfrage gar keine Reform stattfinden solle. Die Zusammenlegung der Versicherungszweige zu einer Einheitsversicherung sei abzulehnen, da die Einsparungen bei den Verwaltungskosten unerheblich seien. Einsparungen könnten in der Krankenversicherungen nur bei den Bagatellfällen vorgenommen werden. Die Krankenkassen des Handwerks und die Betriebskrankenkassen müßten weiterbestehen. Letztere stellten eine organische Verbindung zwischen Sozialversicherung und Betriebsfürsorge her, deren Auflösung eine entscheidende Verschlechterung für die Versicherten brächte. Die Selbstverwaltung der Kassen dürfe nur paritätische Beteiligung von Versicherten und Unternehmern vorsehen. Die Sozialversicherung solle nur die Bevölkerungskreise versichern,

19 SWÄ 1955, H. 8, S. 173. — Eckert, a.a.O., S. 42. — L. Härtel: Der Länderrat der amerikanischen Zone, Stuttgart 1951, S. 140.

20 Das Gutachten wurde erstellt von Curschmann, Polligkeit, Sauerborn, Heinrich. Text bei Schieckel, a.a.O., S. 102 ff. Vgl. auch Curschmann: Jedermann und die Reformpläne zur deutschen Sozialversicherung, in: Schriftenreihe der FDP, Bd. 2, Nürnberg 1947.

die den Wechselfällen des Lebens nicht allein gewachsen seien. Beamte und Bezieher von höheren Einkommen müßten ausgeschlossen bleiben, da sie nach Ausweis privater Versicherungen keineswegs bessere Risiken²¹ darstellten. Auch hätten nicht alle Berufsgruppen ein Bedürfnis nach Krankenversicherungsschutz, wie z. B. die in der Landwirtschaft Beschäftigten.

„Bei der Einbeziehung neuer Gruppen in die Pflichtversicherung ist zu beachten, daß durch solche Maßnahmen die Privatversicherung, einer der größten Kapitalbildner und aus diesem Grunde für den Wiederaufbau Deutschlands von besonderer Bedeutung, gefährdet wird. Auch würden die bisher in der Privatversicherung Versicherten infolge des Zwanges zu hoher Beitragsleistung in der Sozialversicherung häufig nicht mehr in der Lage sein, ihre Prämien für die Privatversicherung weiterzuzahlen und dadurch erhebliche Verluste erleiden. Schließlich muß bei der Ausdehnung der Krankenversicherung auf weitere Bevölkerungskreise darauf hingewiesen werden, daß dadurch in der freien ärztlichen Praxis wesentliche Beeinträchtigungen eintreten, die auf die gesamte Entwicklung des Arztstandes und die ärztliche Wissenschaft nicht ohne Einfluß bleiben können.“²²

„Für die Arztverträge wird vorgeschlagen, es bei der im Jahre 1931 zwischen Ärzten und Krankenkassen vereinbarten Regelung zu belassen, die einen 50jährigen Kampf beendet und Frieden anstelle von dauerndem Streit gesetzt hat. Ein Wiederaufleben dieses Streites würde lediglich die Versicherten schädigen, ohne den Krankenkassen oder den Ärzten zu nutzen.“²³

Die Stellungnahme der Unternehmer blies in dasselbe Horn. Der Einschluß der ganzen Bevölkerung in die Sozialversicherung hemme die Erziehung zur Selbstverantwortung. Die Zusammenballung von 20 % des Volkseinkommens in der Hand der Sozialversicherung sei eine schwere Gefahr für die Demokratie, die Auflösung von Betriebskrankenkassen sei wirtschaftlich für die ohnehin angeschlagenen Unternehmen nicht tragbar.²⁴

Keines dieser Argumente war stichhaltig. Die finanziellen Argumente entbehrten einer gesicherten statistischen Grundlage. Die Aufrechterhaltung zersplitterter Kleinkassen mit geringer Leistungsfähigkeit benachteiligte die Versicherten, die Betriebskrankenkassen brachten lediglich den Unternehmern erhebliche Einsparungen. Für die Ärzte war das Wiederinkrafttreten der Regelung von 1931 zwar ein Rückschritt gegenüber der nationalsozialistischen Gesetzgebung, aber immer noch das kleinere Übel gegenüber kasseneigenen Ambulatorien mit angestellten Ärzten. „Was wir behalten wollen, ist die Behandlungsfreiheit . . . und die Selbstkontrolle unseres Standes. Was wir vermeiden wollen, sind diagnostische und therapeutische Eigen-

21 Das Risiko der Versicherung bestimmt sich nach der Schadenshäufigkeit und Höhe der Versicherungsleistungen.

22 Schieckel, a.a.O., S. 112.

23 Ebd., S. 106.

24 Schieckel, a.a.O., S. 124—26.

betriebe der neuen Mammutorganisation, die die Bevölkerung an kasernenmäßige Heilbetriebe ausliefert.“²⁵

Der energischste Widerstand gegen die Sachverständigen, Unternehmer und Ärzte kam von den drei Regierungsvertretern Hessens, Württemberg-Badens und Bayerns, denen sich auch der Gewerkschaftsvertreter anschloß.²⁶ Nach eingehender Widerlegung des Sachverständigengutachtens stellte die Stellungnahme der Regierungsvertreter abschließend fest: „Es ist zuzugeben, daß durch die Ausdehnung des Kreises der Sozialversicherung eine Einschränkung der Privatversicherung eintritt. Jedoch muß das öffentliche Interesse der Sozialversicherung dem Interesse der Privatversicherung unter allen Umständen vorgehen. In einem sozialen Staate ist kein Raum für eine Privatversicherung im bisherigen Umfang, vielmehr wäre deren Verstaatlichung zu fordern, wie dies auch bereits in einigen deutschen Ländern geschehen ist. Die ärztlichen Interessen sind in unseren neuen Vorschlägen u. E. ausreichend gewahrt. In dem Widerstreit zwischen den Bedürfnissen der Sozialversicherung und der Aufrechterhaltung einer liberalen Berufsfreiheit kann nicht einseitig auf einen Berufsstand Rücksicht genommen werden, sondern es muß beides aufeinander abgestimmt werden.“²⁷

Die Gegensätze im Länderrat waren so groß, daß es nicht zur Verabschiedung einer einheitlichen Stellungnahme kam. Über die Militärregierung ersuchte der Länderrat den Kontrollrat, keine Entscheidung über die Sozialversicherung zu fällen, worauf am 29. 1. 1947 der Bescheid kam, die Beratungen seien nicht abgeschlossen und man werde ggf. den Länderrat noch hören. Aber auch im Kontrollrat kam keine Einigung mehr zustande. Nachdem noch im August 1946 der Militärgouverneur der britischen Zone, General Robertson, vor dem Zonenbeirat die völlige Einmütigkeit der Alliierten herausgestellt hatte²⁸, war vermutlich im Zusammenhang mit der Truman-Doktrin und der Eindämmungspolitik ein Umschwung eingetreten.

Die weitere Entwicklung in den einzelnen Zonen

Der Plan einer einheitlichen Sozialversicherungsreform für Gesamtdeutschland war damit Anfang 1947 gescheitert. In den vier Besatzungszonen setzte eine unterschiedliche Entwicklung ein, die hier nur kurz angedeutet werden kann.

In der sowjetischen Besatzungszone wurde mit Befehl Nr. 28 der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) vom 28. 1. 1947 die Sozialversicherung nach Berliner Muster organisiert und alle Privatversicherungen verstaatlicht. Die Krankenversorgung wurde von Betriebspolikliniken, Allgemeinkrankenhäusern und nie-

25 Ärztekammer Nordwürttemberg an Stuttgarter Zeitung am 6. 1. 1946, zit. nach Eckert, a.a.O., S. 44.

26 Vgl. auch Eckert, a.a.O., S. 51 ff.; Schieckel, a.a.O., S. 120.

27 Schieckel, a.a.O., S. 119; erstellt von Regierungsvertretern. Schieckel (Bayern), Hof (Württemb.-Baden), Ernst (Großhessen).

28 Dorendorf, a.a.O., S. 37.

dergelassenen Ärzten wahrgenommen, die mit der Sozialversicherungsanstalt Einzelverträge abschlossen.²⁹

In der französischen Zone war teilweise schon im November 1945 und dann mit der Verordnung Nr. 39 vom 17. 4. 1946 eine gewisse Angleichung an das Berliner Modell erfolgt. Zugunsten einer modifizierten Einheitsversicherung wurden die Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen sowie die Ersatzkassen aufgelöst und nur noch die Ortskrankenkassen zugelassen. Die Versicherungspflichtgrenze wurde auf 7200 Mark (bisher 3200 Mark) festgesetzt. Früher als in der britischen und amerikanischen Zone wurde auch die von den Nationalsozialisten beseitigte Selbstverwaltung wieder eingeführt. Die meisten dieser Reformen wurden jedoch wieder mit der Verordnung Nr. 227 vom 9. 8. 1949 rückgängig gemacht und den Regelungen in der britischen und amerikanischen Zone angeglichen.³⁰

In der britischen Zone wurden unter amerikanischem Einfluß, trotz verschiedener Bemühungen, den Beveridge-Plan³¹ zur Geltung zu bringen, keine wesentlichen Reformen der Sozialversicherung (SV) durchgeführt. So gut wie keine Änderungen der SV wurden in der US-Zone durchgeführt, so daß die Gesetzgebung des Wirtschaftsrats ab 1949 das traditionelle Sozialversicherungsrecht weiter verfestigen konnte.³²

Mit der Abspaltung der Westsektoren Berlins und der Gründung der Bundesrepublik wurde auch das Ende des Berliner Modells eingeleitet. Eine schrittweise Anpassungsgesetzgebung brachte mit dem 1. 4. 1952 die fast völlige Revision der Berliner Sonderentwicklung und Angleichung an die Gesetzgebung der BRD.³³

Einschätzung und Rolle der Ärzteschaft

Es bedürfte einer eigenen Untersuchung, die Gründe für das Scheitern der Sozialversicherungsreform darzulegen. Die Wendung der US-Deutschlandpolitik vom Morgenthau- zum Marshall-Plan³⁴, die wachsende antisowjetische Einstellung der westlichen Alliierten, die Dominanz der US-Besatzungsmacht über die britische Militärregierung und die Sonderpolitik der französischen Militärregierung begünstigten die restaurativen Kräfte in den Westzonen, wie sie besonders durch Unternehmerverbände, die Privatversicherungswirtschaft und die bürgerlich-konservativen Parteien vertreten wurden.

29 Brackmann, a.a.O., S. 148 ff. — Paul Penske: Geschichte der Deutschen Sozialversicherung, Berlin 1962.

30 Schieckel, a.a.O., S. 86—95. — H. Peters, a.a.O., S. 105—106.

31 Der 1942 unter Leitung von Lord Beveridge ausgearbeitete Plan zur völligen Reorganisation der englischen Sozialversicherung und des Gesundheitswesens wurde nach 1945 von der Labourregierung in die Tat umgesetzt. Vgl. Schieckel: Gegenwartsprobleme, a.a.O., S. 25.

32 Peters, a.a.O., S. 102—110.

33 Brackmann, a.a.O., S. 148 ff.

34 E. U. Huster, G. Kraiker u. a.: Determinanten der westdeutschen Restauration, Frankfurt/M., 1972.

Auf der anderen Seite machten SPD und Gewerkschaften durch die Weise, wie sie Reformforderungen erhoben, deutlich, daß sie für deren Durchsetzung nicht ernsthaft zu kämpfen bereit waren.³⁵ Wie das Beispiel der sowjetischen Besatzungszone und der späteren DDR deutlich macht, hätte eine Reform der Sozialversicherung der ausschließlichen ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die Kassenärzte den Boden entzogen. Entgegen der Selbstdarstellung in den Ärzteblättern spielten die Ärzteorganisationen bei der Verhinderung der Sozialreform nur eine untergeordnete Rolle. Ohne die Unterstützung der vor allem von der amerikanischen Besatzungsmacht geförderten restaurativen Kräfte^{35a} hätten die Ärzte eine Reform der Sozialversicherung nicht verhindern können. Andererseits ermöglichte die Beibehaltung der bisherigen Struktur der Sozialversicherung die weitgehende Erhaltung des geltenden Kassenarztrechts. Hierfür mußten nach der Auflösung der nationalsozialistischen Ärzteorganisation sich die Ärzte rasch reorganisieren, um einerseits in der öffentlichen Diskussion ärztliche Meinungsäußerungen zu monopolisieren, zum anderen, um in der noch offenen Rechtslage möglichst viele vollendete Tatsachen zu schaffen. Diese Vorgänge sollen exemplarisch an der Reorganisation der Ärzteschaft in Bayern im Vergleich zu Südwestdeutschland und Berlin dargestellt werden.

IV. Neuaufbau und Tätigkeit der ärztlichen Standesorganisationen

Bayern: Die Ärztekammer

Die Hauptanstrengungen der neu entstehenden Ärztekammern und der meist mit ihnen organisatorisch verschmolzenen Kassenärztlichen Vereinigungen zielte dahin, die Zahl der Niederlassungen oder zumindest der Kassenzulassungen so klein wie möglich zu halten.³⁶

In Bayern wurde nach der Auflösung der NS-Reichsärztekammer unter Berufung auf das bayrische Ärztegesetz von 1927 sofort mit dem Aufbau einer provisorischen Landesärztekammer begonnen. Vom bayrischen Staatsministerium wurde im September 1945 Dr. Alfred Kallenberger³⁷ zum kommissarischen Leiter der Landesärztekammer ernannt. Er wurde ermächtigt, alles Vermögen der frü-

35 Eckert, a.a.O., S. 52 ff. — Mitteilungen des Industrieverbandes Metall, Ortsverwaltung Stuttgart, 1947, S. 14, 18, 34. — Württemberg-Badische Gewerkschaftszeitung v. 15. 6. 47, S. 175. — Stimme der Arbeit, v. 15. 2. 47. — Der Bund, v. 28. 2. 48, 11. 10. 47 — Protokolle regionaler Gewerkschaftskongresse 1946—48.

35a S. dazu: Huster, Kraiker, a.a.O.

36 Entsprechende Äußerungen finden sich fast in jeder Nummer der verschiedenen Ärzteblätter unter Hinweis auf die wirtschaftliche Notlage der vorhandenen Ärzte. Diesem Ziel diente auch die seit 1947 erhobene Forderung nach einem Numerus clausus.

37 1875 geboren, ab 1898 Militärarzt und Teilnehmer an der China-Expedition, Truppenarzt im 1. Weltkrieg, bis zu seiner Pensionierung 1938 im Zulassungsausschuß der kassenärztlichen Vereinigung.

heren Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) „treuhänderisch in Besitz, Verwahrung und Verwaltung zu nehmen“³⁸. Ferner erhielt Kallenberger den Auftrag, ein bayrisches Ärztegesetz sowie eine Niederlassungsordnung, eine Standes-, Studien-, Beitrags- und Wahlordnung vorzubereiten. Seiner Bemühung war es zu verdanken, daß in Bayern als einzigem Land schon am 1. 6. 1946 ein bayrisches Ärztegesetz in Kraft trat. Aber schon im August 1946 wurden gegen Kallenberger heftige Vorwürfe erhoben, was zu seinem Rücktritt und zur Einsetzung eines Staatskommissars führte. In dem Bericht des Staatskommissars Dr. Stein vom 15. 1. 1946 heißt es, daß das von Kallenberger bestellte leitende Personal der Ärztekammer zum großen Teil aus ehemaligen Parteigenossen bestanden habe, die ohne nachweisbare Tätigkeit zwischen Dezember 1945 und August 1946 Bezüge zwischen 1500 M und 4700 M bezogen hätten. Dr. Kallenberger habe sich auch persönlich bereichert durch den Ausbau einer Dienstwohnung, einen Dispositionsfonds von 20 000 M und monatliche Aufwandsentschädigungen von 15 000 M. Der Unmut gegen Kallenberger scheint jedoch vor allem durch sein rigides Vorgehen gegen Flüchtlingsärzte und seine Verständnislosigkeit gegenüber sozialen Notfällen hervorgerufen worden zu sein. Aussprüche wie „Politische Belastung spielt keine Rolle“ und „Schlesier san schlimmer als SS“ hatten ihn selbst in Bayern untragbar gemacht.³⁹

Die Durchführung des bayrischen Ärztegesetzes vom 1. 6. 1946 stieß auf unerwartete Schwierigkeiten. Militärregierung und Innenministerium hatten kartellrechtliche und verfassungsrechtliche Bedenken. Daher genehmigte das Staatsministerium des Inneren die vom 2. Bayrischen Ärztetag im März 1947 beschlossene Satzung nicht, was zum Rücktritt des Nachfolgers Steins, Dr. Berthold, führte. Daraufhin wählten im Oktober 1947 die Kammerabgeordneten den fast 70jährigen Dr. Hans Weiler⁴⁰ zu ihrem Präsidenten, den die Legalität der Ärztekammer nur wenig bekümmerte. Obwohl die Ärztekammer bis zum Urteil des bayrischen Verfassungsgerichtshofs 1951 „nur ein rechtliches Scheinleben führte, ... hielt mich dies aber nicht ab, die Geschäftsführung so zu handhaben, als ob die Kammer quicklebendig sei“⁴¹. Weiler war hinsichtlich seiner politischen Beziehungen und ideologischen Einstellung kein untypischer Vertreter damaliger Kammerpräsidenten. Kurz nach seiner Wahl wurde er als einer der vier Vertreter der freien Berufe in den bay-

38 Bayerisches Ärzteblatt (BÄ) 1954, S. 244.

39 BÄ 1946, 4/5, S. 2—5 u. 1946, 2, S. 1. — Ein mittleres Militärgericht sprach Kallenberger von den Vorwürfen frei, und eine von der Landesärztekammer eingesetzte Untersuchungskommission kam zur Überzeugung der Unschuld Kallenbergers, BÄ 1949, S. 21.

40 Militärpsychiater im 1. Weltkrieg, beratender Heerespsychiater ab 1939, Rücktritt 1941, von der Militärregierung 1945 ins Innenministerium berufen, wo er sich im November 1945 aus Protest gegen die „fremdgesteuerte Demokratie“ pensionieren ließ (BÄ 1953, S. 16—17).

41 BÄ 1954, S. 244.

rischen Senat berufen und Vorsitzender des kulturpolitischen und Mitglied des sozialpolitischen Ausschusses. Ab 1948 war er Mitglied des Rundfunkrates und dort Vorsitzender des Programmausschusses. Auch publizistisch übte Weiler nicht unbeträchtliche Wirkungen durch seine regelmäßigen Beiträge und unverhohlene Zensur des bayrischen Ärzteblattes aus. In einem Rückblick über seine Tätigkeit schreibt er 1954: „Das Bluterbe freier, rheinischer Bauerngeschlechter übertrug mir frühzeitig die Überzeugung einer entscheidenden Bedeutung des Spruches ‚Hilf Dir selbst, dann hilft Dir Gott‘ für Sicherheit und Freiheit menschlichen Lebens und ließ mich danach handeln.“ Er betrachtete es als seine Pflicht, der „Bayrischen Ärzteschaft eine Berufsvertretung alten Stils zu erhalten“⁴², wobei er der Überzeugung war: „sowenig eine Vielheit politischer Parteien dem Wohle des Volksganzen zuträglich ist, sowenig taugt dem Wohle der Gesamtärzteschaft eine Gruppenbildung von Ärzten, zum Durchsetzen von Sonderwünschen“⁴³.

Durch die drohende allgemeine Zwangskrankenversicherung sah er vor allem die ärztliche Ethik gefährdet: „Uneigennützigkeit... ,Herzensgüte, Menschenliebe und nicht zuletzt eine Lebensharmonie, die (den Arzt) zur Selbstbeherrschung auch in schwierigen Lagen befähigt“, seien nur möglich, wenn die Ärzte ein freier Berufsstand blieben.“⁴⁴ Seine Freundschaft zum bayrischen Justizminister, „der sich sehr aufgeschlossen für die Bestrebungen für die Erhaltung eines wahren Arzttums zeigte“, ermöglichte Weiler, das Ergebnis aller gegen Ärzte anhängigen Verfahren auch dann zu erfahren, „wenn eine strafgerichtliche Verurteilung nicht erfolgte und die Frage eines etwa angezeigten berufsgerichtlichen Verfahrens einer Prüfung zu unterziehen“⁴⁵ war.

Ein aufschlußreiches Beispiel für den großen politischen Handlungsspielraum der Ärztekammer im Vergleich etwa zu den Gewerkschaften ist der weitere Verlauf des Streits um den rechtlichen Status der Ärztekammer.

Die Militärregierung betrachtete aufgrund der amerikanischen Kartellgesetzgebung einer entsprechenden Verfügung von OMGUS⁴⁶ vom 19. 3. 1947 auch die Ärztekammern als wirtschaftliche Organisationen. Sie dürften daher weder Zwangsmitgliedschaft besitzen noch Körperschaft öffentlichen Rechts sein. Die Ärztekammer bestritt den wirtschaftlichen Charakter ihrer Einrichtung mit der Begründung, daß die Zulassung zur Kassenpraxis und die kassenärztliche Abrechnung in einer getrennten Abteilung der Ärztekammer vollzogen

42 BA 1954, S. 251.

43 BA 1954, S. 250. — Zur Kritik an Weiler vgl. BA 1950, S. 143 ff.

44 BA 1952, S. 2.

45 BA 1954, S. 250—51.

46 OMGUS: Office of Military Government for Germany US-Zone. Occupation Control. Oberstes Verwaltungsorgan der amerikanischen Militärregierung mit Sitz in Frankfurt und Berlin.

werde. Am 22. 6. 1949 erhielt der bayerische Ministerpräsident von der Militärregierung den Befehl, die notwendigen Schritte zur Umwandlung der Ärztekammer vorzunehmen, andernfalls müsse die Organisation aufgelöst werden. Ärztekammer und Innenministerium bereiteten daraufhin einen neuen Ärztegesetzentwurf vor, der notfalls verabschiedet werden sollte. Doch gelang es Weiler mit Unterstützung des bayerischen Ministerpräsidenten, eine Verschiebung des angedrohten Auflösungstermins zum 1. 9. 1949 zu erreichen. In einer weiteren Verhandlung mit dem amerikanischen Hohen Kommissar McCloy wurde die Durchführung des Befehls gänzlich suspendiert. Dies bedeutete gleichzeitig eine Niederlage für eine Gruppe bayerischer Ärzte, die in Berufung auf § 179 der Bayerischen Verfassung die Verfassungsgemäßheit der öffentlich-rechtlichen Eigenschaft und Zwangsmitgliedschaft der Ärztekammer bestritt. Der Bayerische Verfassungsgerichtshof, der auch ein von Weiler redigiertes Gutachten des Bayerischen Senats einholte, bestätigte jedoch die Auffassung der Ärztekammer, daß sie keine wirtschaftliche Organisation sei. Das Urteil vom 2. 7. 1951 bedeutete daher zugleich die Unmöglichkeit einer selbständigen Oppositionsorganisation gegen die Ärztekammer.

Niederlassung und Zulassung zur Kassenpraxis

Wichtiger als der Rechtsstatus der Ärztekammer war die Regelung des Niederlassungswesens und die Frage der Zulassung zur Kassenarztpraxis. Die Strategie der Ärztekammer lief darauf hinaus, schon die Niederlassung als Arzt, zumindest aber die Zulassung zur Kassenpraxis zu verhindern. Art. 1 des Ärztegesetzes hatte bestimmt, daß sich in Bayern nur Ärzte niederlassen dürften, die entweder in Bayern geboren waren oder mindestens seit 10 Jahren ununterbrochen in Bayern wohnten. Diese Bestimmung wurde durch das Flüchtlingsgesetz vom 19. 2. 1947 unterlaufen, was den bayerischen Landtag veranlaßte, am 24. 6. 1947 ein vorläufiges Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens zu beschließen. Dieses Gesetz sah eine grundsätzliche Genehmigung jeder Niederlassung durch das Staatsministerium des Inneren vor und bestimmte, daß die Niederlassung durch eine besondere Niederlassungsordnung zu regeln sei. Dieser vom bayerischen Landtag am 4. 3. 1948 beschlossene Niederlassungsordnung versagte die Militärregierung ihre Zustimmung unter anderem, weil sie vorsah, daß durch die Ärztekammer alle Niederlassungen seit 1945 neu überprüft werden könnten. Auch die vom bayerischen Landtag abgeänderte Niederlassungsordnung von Anfang August 1948 wurde von der Militärregierung erneut aufgehoben. Dies hinderte die Ärztekammer jedoch nicht, zusammen mit dem Innenministerium 580 frühere Niederlassungen zu überprüfen und in den 4 Monaten bis zum Erlaß eines neuen Niederlassungsgesetzes vom Dezember 1948 von 1640 Niederlassungsgesuchen 770, d. h. 46,9 % abzulehnen.⁴⁷ Das neue Niederlassungsgesetz hob den Art. 1 des

47 BA 1949, S. 7.

Ärztegesetzes von 1946 endgültig auf, sah aber weiterhin die Genehmigungspflicht des Staatsministeriums des Inneren vor.⁴⁸ Die Ärztekammer hatte ihr Ziel fast vollständig erreicht: Die Verzögerung der gesetzlichen Regelung, die ständige Rechtsunsicherheit und die Einflußnahme der Ärztekammer auf die Entscheidungen des Innenministeriums reichten zur Steuerung der Niederlassungen in den Jahren zwischen 1945 und 1949 vollständig aus.⁴⁹

Kassenärztliche Vereinigung

Die kassenärztlichen Angelegenheiten wurden zunnächst von der Ärztekammer erledigt. Um den „unverständlichen Angriffen der Militärregierung gegen den Bestand der Kammer“ zu begegnen, wurde die Erledigung der kassenärztlichen Geschäfte, „obwohl diese auch nicht ernstlich als wirtschaftlich zu betrachten sind“⁵⁰ (Weiler), in ein gesondertes Gebäude verlegt. Der Alleinbestimmungsanspruch der Ärztekammer wurde jedoch empfindlich durch die Verordnung Nr. 66 des Bayerischen Arbeitsministeriums vom 6. 7. 1946 gestört. Diese Verordnung, die ohne Fühlungnahme mit der Ärzteschaft zustande gekommen war, sah vor, daß die Zulassung zur Kassenpraxis durch das jeweils zuständige Oberversicherungsamt ausgesprochen werden sollte. Die Genehmigung konnte versagt werden, wenn der Antragsteller politisch belastet war und im Bezirk des Oberversicherungsamtes mehr als ein Arzt auf 3000 Einwohner vorhanden war.

Während die letzte Bestimmung durchaus in das Konzept der Ärztekammer paßte, wehrte sie sich entschieden gegen die Ausschaltung der Ärztekammer bei der Zulassung zum Kassenarzt. In zähen Verhandlungen erreichte die Ärztekammer die Aussetzung der Durchführung der Verordnung bis zum 28. 2. 1947 und schließlich die rückwirkende Aufhebung durch ein Gesetz vom 28. 7. 1948.⁵¹ Die endgültige Zulassungsordnung, die das Kassenarztgesetz von 1955 weitgehend vorwegnahm, wurde wiederum nach auf schiebenden Einsprüchen der Militärregierung zum 1. 6. 1949 in Kraft gesetzt. Mit diesem Gesetz praktizierten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine fast völlige Zulassungssperre. Am 1. 1. 1951 waren von 12 517 bayerischen Ärzten 7935 niedergelassen, von denen 13,7 % keine Kassenzulassung besaßen. Den 6847 Kassenärzten (einschließlich Ersatzkassen) standen ca. 5000 zulassungssuchende Ärzte gegenüber.⁵²

48 BÄ 1954, S. 240.

49 1938 sollen in Bayern 4856, d. h. ein Arzt auf 1449 Einw. niedergelassen gewesen sein (BÄ 1953, S. 134). 1946 soll die Zahl aller Ärzte in Bayern auf 10337 angewachsen gewesen sein, d. h. ein Arzt kam auf 773 Einwohner (BÄ 1947, S. 1). 1949 soll die Zahl der Ärzte 12 123 betragen haben (BÄ 1949, S. 9), d. h. 1 Arzt auf 767 Einw.

50 BÄ 1954, S. 244.

51 Ebd.

52 BÄ 1953, S. 142 u. 135. — BÄ 1952, S. 37.

Südwestdeutschland: Nordwürttemberg-Nordbaden: Wirkungslosigkeit der Militärregierungskontrolle

Aufbau und Tätigkeit der ärztlichen Organisationen⁵³ in Südwestdeutschland unterschieden sich in der Praxis nur wenig von denen in Bayern. Unterschiede bestanden vor allem in der gesetzlichen Grundlage, dem Zulassungsschlüssel zur Kassenpraxis und im Ausmaß der Eingriffe der Militärregierungen. Im Unterschied zu Bayern mußten sich die Ärztekammern Nordwürttemberg und Nordbaden im März 1949 noch in einen privaten eingetragenen Verein umbilden, dem allerdings 95—98 % der Ärzte als freiwillige Mitglieder beitraten. Das Ärztekammergesetz von Baden-Württemberg von 1953 stellte jedoch die Ärztekammer wieder als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Zwangsmitgliedschaft her. Der Anfang 1946 von der US-Militärregierung genehmigte Vorstand der Ärztekammer Nordwürttemberg nahm zugleich die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wahr. Die Finanzverhältnisse waren überraschend günstig. Die Kassenärztliche Abrechnungsstelle hatte im 2. Halbjahr 1945 7,2 Mill. Reichsmark, im Jahre 1946 18,5 Mill. RM als Pauschalvergütung von den Krankenkassen eingenommen und an die Kassenärzte abgeführt. Der Wertpapierbestand betrug 2,1 Mill. Mark, davon waren 2 Mill. Reichsschatzanweisungen. Die privatärztliche Verrechnungsstelle hatte die Vermögen der politisch belasteten Ärzte treuhänderisch übernommen.⁵⁴

Diese günstige finanzielle Lage sollte nicht durch übergroßen Zugang von Ärzten gefährdet werden. Die Ärztekammer erledigte diese Aufgabe ohne gesetzliche Grundlage. Im Unterschied zu Bayern hatte die Militärregierung der Ärztekammer nicht nur die Genehmigung neuer Niederlassungen, sondern die Überprüfung aller bisherigen Niederlassungen übertragen. Als feste Regel wurde eingeführt, daß keine Niederlassung ohne gleichzeitige Kassenzulassung⁵⁵ ausgesprochen wurde. Die Krankenkassen waren in der Fortsetzung der NS-Tradition überhaupt nicht beteiligt. Nach einer Anordnung des Innenministeriums sollte die Einwohnerquote pro Arzt 1500 — 2000 betragen, bei den Flüchtlingsärzten die Zahl der Flüchtlinge ausschlaggebend sein.⁵⁶

53 Im Bereich des späteren Landes Baden-Württemberg hatten sich nach dem Kriege vier Ärztekammern gebildet: die Ärztekammer Südwestdeutschland-Hohenzollern und die Ärztekammer Südbaden, die zur französischen Zone gehörten, sowie die Ärztekammer Nordwürttemberg (August 1945) und die Ärztekammer Nordbaden (Dezember 1945), die zur amerikanischen Zone gehörten.

54 SWÄ 1947, H. 11, S. 7.

55 Niederlassung ist das Recht, eine Praxis als Arzt zu eröffnen, jedoch ohne das Recht, Patienten auf einen Krankenschein der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln und abzurechnen. Hierzu war die zusätzliche Kassenzulassung erforderlich.

56 Vom Mai 1946 bis Juni 1947 wurden 1618 Ärzte überprüft, 884 neu niedergelassen. Im Durchschnitt kam auf 1818 Einw. ein Arzt. Auf 402 000 Flüchtlinge kamen in Nordwürttemberg 250 niedergelassene

Die Verhältnisse in Nordbaden unterschieden sich nur durch die gesetzliche Grundlage des Niederlassungsgesetzes im Polizeistrafgesetzbuch. Außerdem war die im Dezember 1945 gebildete Ärztekammer durch eine gewählte Ärztekammer abgelöst worden. Auch in Nordbaden waren Niederlassung und Kassenzulassung gekoppelt. Mit den Kassenvertretern, die wie in Nordwürttemberg in den Zulassungsausschüssen nicht vertreten waren, wurde vereinbart, die bisherige Schlüsselzahl von einem Arzt auf 600 Versicherte aufzugeben und dafür die Quote von 1 : 2500 Einwohnern von Landgemeinden und 1 : 1200 Einwohner in Städten zugrunde zu legen. Zur Beruhigung der Flüchtlingsärzte wurden an Weihnachten 1947 und Pfingsten 1948 zusätzlich je 200 Ärzte niedergelassen, allerdings ohne Zulassung zu den Kassen.⁵⁷ Allgemein wurde die Entkoppelung von Kassenzulassung und Niederlassung dadurch eingeleitet, daß von der Militärregierung wegen politischer Belastung suspendierte Ärzte durch Spruchkammerurteile keine Arbeitsbeschränkung auferlegt bekamen und an ihre alten Kassenarztsitze zurückkehrten. Von den Ärztekammern erhielten sie das Niederlassungsrecht, in der Regel aber nicht die Kassenzulassung.

Als die amerikanische Militärregierung wie in Bayern die Zulassungspraxis der Ärztekammern Nordwürttemberg und Nordbaden als Berufsmonopol beanstandete und auf Aufhebung jeglicher Niederlassungsbeschränkung drängte und weiter den Ärztekammern ihre Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts Mitte 1948 entzog, beschloß der Landtag Württemberg-Baden im Februar/März 1949 ein vorläufiges Zulassungsgesetz, wodurch das Arbeitsministerium ermächtigt wurde, die Zulassung auf dem Verordnungsweg zu regeln. Die Verordnung vom 11. 4. 1949, die den Wünschen der Ärzte entsprach, wurde von der Militärregierung am 17. 7. 1949 wieder aufgehoben. Dies hatte aber nur zur Folge, daß am 20. 7. 1949 eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Ärztekammern getroffen wurde, nur noch vorläufige Zulassungen ohne gesetzliche Regelung des Zulassungsrechts auszusprechen, ein Zustand, der bis zum Januar 1954 andauerte. Die Militärregierung hatte zwar eine gesetzliche Fixierung des Zulassungsverfahrens verhindert, die Praxis der Ärztekammern blieb jedoch erhalten. Organisatorisch waren die neu entstehenden Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammer durch Personalunion miteinander verbunden.⁵⁸

Das eigentümliche Verhältnis von Ethik und wirtschaftlicher Lage brachte auch der Präsident der nordwürttembergischen Ärztekam-

Flüchtlingsärzte, womit nach Ansicht der Ärztekammer die Grenzen der Niederlassungsmöglichkeiten erschöpft waren (SWÄ 1947, S. 33–34, dort weitere statistische Angaben).

57 Von Dezember 1945 bis März 1948 wurden in Nordbaden 379 einheimische Ärzte sowie 144 Flüchtlingsärzte niedergelassen. Von der ersten Gruppe erhielten 271 (= 71,5 %), von der 2. Gruppe 121 (= 84,0 %) die Kassenzulassung. Am 31. März 1948 warteten 308 einheimische und 112 Flüchtlingsärzte auf ihre Niederlassungsgenehmigung (SWÄ 1948, S. 31).

58 SWÄ 1955, S. 174.

mer, Dr. Hans Neuffer, anlässlich der erzwungenen Umbildung der Ärztekammer Nordwürttembergs im Juli 1949 zum Ausdruck: „Die drei Organisationen: Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Hartmann-Bund müssen nur das eine Ziel haben, dem Arzt in der Erfüllung seiner beruflichen Pflichten zu dienen und bessere wirtschaftliche Verhältnisse für ihn zu erkämpfen. ... Nur auf diese Weise ist es zu erreichen, daß aus dem unseligen Zusammenbruch sich wieder eine Ärzteschaft emporhebt, die in sittlicher Kraft, wissenschaftlicher Bildung, sozialem Verständnis, innerer und äußerer Freiheit den Samariterdienst in unserem Volke ausübt.“⁵⁹

Südwürttemberg-Hohenzollern: Volle Handlungsfreiheit der Ärzteschaft

In der französischen Zone hatten die Ärztekammern Württemberg-Hohenzollern und Südbaden ebenfalls das alleinige Niederlassungs- und Zulassungsrecht ohne Beteiligung von Kassenvertretern. Die kassenärztliche Abrechnung wurde von den Ärztekammern übernommen.⁶⁰ Kartellrechtliche oder berufsmonopolistische Bedenken hatte die französische Militärregierung nicht. Im Gegenteil, in Südwürttemberg-Hohenzollern hatte sie schon am 20. November 1945 eine Zulassungsordnung des Landesdirektoriums gebilligt, die den Ärzten volle Handlungsfreiheit zugestand, die bis zur Eingliederung in das Land Baden-Württemberg erhalten blieb.

Hessen, Bremen, Berlin: Scheitern der Reform durch Anpassung an die Westzonen

In Hessen, Bremen und Berlin wurden nach 1945 keine Ärztekammern errichtet, die Angleichung an die anderen Länder erfolgte erst nach der Gründung der Bundesrepublik. In Hessen blieb im Unterschied zu anderen Ländern die Zulassung zur Kassenpraxis bis 1953 den Versicherungsämtern vorbehalten.⁶¹ Die Entwicklung in Berlin ist von besonderem Interesse, da hier durch Errichtung der Einheitsversicherung eine günstige Voraussetzung für Reformen bestand. Allerdings blieb infolge der politischen Ereignisse nicht genügend Zeit, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung umzugestalten, wie ja auch in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) diese Neuorganisation nur langsam und schrittweise vollzogen wurde.

Durch Bekanntmachung des Berliner Magistrats vom 14. 7. 1945 war jeder niedergelassene Arzt verpflichtet, für die Versicherungsanstalt Berlin (VAB) tätig zu sein. Wenn der zuständige Berliner Amtsarzt die Niederlassung genehmigt hatte, schloß die VAB mit dem Arzt einen Einzelvertrag ab, der die beiderseitigen Beziehungen regelte. Als ärztliche Organisationen entstanden 1947 die sog. Sektorenverbände, die allerdings nur 40 % der Ärzte organisierten und gegenüber der VAB relativ machtlos waren. Die Abspaltung der

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ SWÄ 1955, S. 48—49, dort weitere Einzelheiten.

⁶¹ Sievers, a.a.O., S. 15.

Westsektoren Berlins und die damit erzwungene Abtrennung der VAB Berlin-Ost am 1. 2. 1949, die Gründung der Bundesrepublik und das Vorbild der westdeutschen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen schufen eine neue Ausgangslage, die zur Aushöhlung dieser Berliner Regelung führte.

Im Oktober 1949 wurden die Einzelverträge durch einen Gesamtvertrag ersetzt und eine Zulassungsordnung erstellt, die Bestandteil des Gesamtvertrages wurde. Der Zulassungsausschuß bestand aus einem Juristen als Vorsitzendem, der weder Arzt sein noch der VAB angehören durfte, sowie aus je drei Vertretern der Ärzte und der VAB. Eine Berufungsinstanz war nicht vorgesehen. Durch ein Gesetz von 1950 wurden alle an der Sozialversicherung beteiligten Ärzte zur Vereinigung der Sozialversicherungärzte Berlin (VSB) zusammengeschlossen. Die VSB war Körperschaft öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft und hatte den Sicherstellungsauftrag der Krankenversorgung, regelte die Zulassung zur Kassenpraxis und nahm von der VAB die Honorarpauschale in Empfang, die unter die zugelassenen Ärzte verteilt wurde. Zulassung, Honorarverteilung, Leistungsprüfung, Schlichtungsverfahren wurden nun von der VSB, d. h. von den Ärzten selbst übernommen. Die VSB stellte somit eine modifizierte kassenärztliche Vereinigung dar.⁶²

Mit Wirkung vom 1. 1. 1951 wurde die Einheitsversicherung aufgelöst und die Selbständigkeit der Krankenversicherung wieder hergestellt. Gewerbetreibende und Selbständige schieden aus dem Kreis der Zwangsversicherten aus. Ab jetzt kam es zu endlosen Kämpfen um die Honorarfrage⁶³ zwischen der Krankenversicherungsanstalt Berlin (Nachfolgeorganisation der VAB) und der VSB, die von der freiwilligen Ärzteorganisation des „Großberliner Ärztebundes“ unterstützt wurde. Am 22. 8. 1955 wurde das Kassenarztrecht der Bundesrepublik für Berlin übernommen.

V. Vorläufige Ergebnisse

In Bayern und Südwestdeutschland gelang es der Ärzteschaft, Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen in der alten Machtfülle wieder aufzubauen. Die Dekartellisierungsversuche der Militärregierung wurden von den Ärzteorganisationen durch hinhaltemde Verzögerungstaktik praktisch wirkungslos gemacht. Die Position der Krankenkassen war so schwach, daß sie von der Mitwirkung bei der Kassenzulassung ausgeschlossen blieben und schon gar nicht ein eigenes ambulantes Gesundheitsversorgungssystem aufbauen

⁶² Ärztliche Mitteilungen, Berlin, 1, 1950, S. 3—17.

⁶³ Während die VAB öffentlich vertrat, daß das Durchschnittseinkommen der 2400 Kassenärzte in Berlin 1950 durchschnittlich DM 1574,— betrage, legten die Ärzte bei ihren Berechnungen 60 % Praxisunkosten zugrunde und behaupteten, nur etwa 10 % der Kassenärzte erreichen dieses Monatseinkommen. 48,8 % der Berliner Ärzte hätten ein Nettoeinkommen von monatlich bis DM 400,— (Großberliner Ärzteblatt, 63, 1950, S. 5).

konnten. In Berlin war zwar die Position der einheitlichen Versicherungsanstalt organisatorisch und finanziell stärker als in den Westzonen, aber nicht stark genug, um eine Umgestaltung des Kassenarztrechts erzwingen zu können. Die Aussicht auf Angleichung an die Westzonen ermutigte die Obstruktion der Ärzteschaft gegen die VAB. Das Weiterbestehen der privaten Krankenversicherungen begünstigte die Erhaltung der ungleichen Verteilung der Kassenarztsitze über das Stadtgebiet. Gemessen an der Einwohnerzahl bestand in den Arbeitervierteln ausgesprochener Ärztemangel, während in den vornehmen Vierteln ein Überschuß an Ärzten vorhanden war.⁶⁴ Begüterte Patienten zahlten entweder aus eigener Tasche zusätzliche Honorare oder waren privat versichert.

VI. Der Weg zum Kassenarztgesetz 1955

Nach der Gründung der Bundesrepublik war es das Bestreben der Ärztekammern, die bestehenden Regelungen zu vereinheitlichen und gesetzlich zu fixieren. In den Bundesländern wurden Ärztekammergesetze verabschiedet⁶⁵, während die geltenden Zulassungsordnungen⁶⁶ durch ein Bundesgesetz abgelöst werden mußten.

Ein erster Entwurf war schon im Frankfurter Wirtschaftsrat im Juni 1949 verabschiedet worden, der jedoch wiederum auf den Widerspruch der Alliierten stieß. Dieser Entwurf wurde vom Arbeitsministerium in Bonn über zwei Jahre lang mit den betroffenen Verbänden (Ärzteorganisationen, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften) und Parteien beraten, woraus im Oktober 1951 ein Entwurf des Arbeitsministeriums hervorging, der in seinen Grundzügen der endgültigen Fassung des Gesetzes von 1955 entsprach und von den Kassenärztlichen Vereinigungen im großen und ganzen gebilligt wurde.⁶⁷ Die vier Jahre dauernden Auseinandersetzungen können hier nicht geschildert werden, das endgültige Kassenarztgesetz vom 17. 8. 1955 entsprach aber weitgehend den Forderungen der kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Kassenärzte erhielten das Monopol der ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, das sie 1934 nur faktisch usurpiert hatten, nun gesetzlich zugesprochen. Die Verhältniszahl der Ärzte zu den Versicherten lag noch über ihrem eigenen Angebot bei 1 : 500.⁶⁸

64 Gemessen an der Einwohnerzahl gab es 1950 in Wedding 68, Kreuzberg 36, Neukölln 57 Kassenärzte zu wenig, während in Wilmersdorf 146, Zehlendorf 81 Kassenärzte zu viel niedergelassen waren (Groß-berliner Ärzteblatt 63, 1950, S. 7).

65 J. Daniels u. a. (Hrsg.), Das öffentliche Gesundheitswesen, Bd. 1, Stuttgart 1966, S. 38 ff.

66 Sievers, a.a.O., S. 8 ff.

67 SWA 1955, S. 603.

68 Erst ein vom Marburger Bund und Hartmannbund erwirktes Urteil des Bundesverfassungsgerichtes hob 1960 die Verhältniszahl als verfassungswidrig auf und bestimmte die allgemeine Zulassungsfreiheit.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden Körperschaften öffentlichen Rechts, die Zulassung zur Kassenpraxis wurde durch Ausschüsse geregelt, in denen die Krankenkassen wieder die paritätische Mitbestimmung nach dem Muster von 1931 erhielten. Die Krankenhausärzte wurden von der kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossen, der Betrieb eigener Kasseneinrichtungen, wie Ambulatorien, und die Anstellung von Ärzten bei den Kassen wurden untersagt.

VII. Einschätzung

Die vorliegende Darstellung konnte nur die an der Oberfläche sichtbaren Vorgänge und gesetzgeberischen Ergebnisse schildern. Über die wirklichen Ursachen und politischen Kräfte, die die Ereignisse bestimmten, können nur vorläufige Aussagen gemacht werden. — Als gesichert darf gelten, daß für die politischen Entscheidungen in Deutschland der US-Regierung eine ausschlaggebende Rolle zukam. Das Scheitern der Sozialversicherungsreform im Kontrollrat muß im Zusammenhang mit der Suspendierung der Sozialisierungsgesetzgebung in Hessen und Nordrhein-Westfalen gesehen werden. Wenn auch die Vorgänge im einzelnen erst durch Kontrollratsprotokolle und US-Regierungsakten geklärt werden könnten, ist doch offenkundig, daß alle potentiell systemverändernden Maßnahmen unter dem Vorwand, keine gesamtdeutschen Entscheidungen präjudizieren zu wollen, unterbunden wurden.

Ferner ist deutlich, daß die Militärregierungen gegenüber den Ärzteorganisationen weitaus nachsichtiger waren als etwa gegenüber Arbeiterorganisationen. Ein gestuftes Genehmigungsverfahren für den Organisationsaufbau, wie es gegenüber den Gewerkschaften durchgeführt wurde, stand nie zur Debatte. Während die französische und britische Militärregierung die Ärzteorganisationen frei gewähren ließen, suchte die US-Militärregierung lediglich kartellgesetzliche Vorschriften durchzusetzen und auch dies ohne großen Nachdruck.

Für die Einschätzung der realen Macht der Ärzteorganisationen in der Nachkriegszeit müßte der ökonomische und politische Einfluß der Unternehmensverbände, insbesondere der Privatversicherungswirtschaft⁶⁹, genauer untersucht werden. Sicher ist jedenfalls, daß die Gewerkschaften auch gegenüber den Militärregierungen mehr Neuordnungsvorstellungen hätten durchsetzen können, wenn die Gewerkschaftsführung ihre Basis dafür stärker mobilisiert hätte.⁷⁰ Ungeklärt ist auch, warum es den zahlreichen ärztlichen Oppositionsgruppen, die in den Ärzteblättern nur anonym befehdet werden,

69 A. Balzer: Die private Krankenversicherung, ihr Aufbau und ihre Aufgabenstellung innerhalb der Gesundheitsfürsorge, in: W. Rohrbeck (Hrsg.), Sozial- und Privatversicherung, Schriftenreihe des Instituts für Versicherungswissenschaft an der Universität Köln, neue Folge, H. 4, Berlin 1950, S. 179 ff.

70 E. Schmidt: Die verhinderte Neuordnung 1945—52, Frankfurt/M. 1970.

nicht gelang, zu größerem Einfluß zu gelangen. Hierzu wären zuverlässige empirische Untersuchungen über die Anzahl vorhandener Ärzte, ihre Beschäftigung, ihre wirtschaftliche Lage und Berufsmöglichkeiten erforderlich.⁷¹ Die Informationen, die die Ärzteblätter geben, reichen dazu nicht aus, da dort durchgängig versucht wird zu beweisen, daß eine Überversorgung mit Ärzten vorhanden sei und die Kassenärzte sich finanziell am Rande des Existenzminimums bewegten.

Aus alledem geht hervor, daß es unzutreffend wäre, die Wiederherstellung des Kassenarztrechts mit der Profitgier einzelner Ärzte oder der scheinbaren Allmacht der Ärzteorganisationen erklären zu wollen.⁷² Vielmehr nutzten die Ärzteorganisationen den ihnen von den Militärregierungen, Behörden und Gewerkschaften zugestandenen Handlungsspielraum extensiv aus. Bemerkenswert bleibt dabei, wie wenig sie bereit waren, die strukturellen Mängel der Gesundheitsversorgung überhaupt zu diskutieren, und mit welcher Unverfrorenheit sie Begriffe wie Demokratie und Selbstbestimmung als Rechtstitel für standespolitische Ziele in Anspruch nahmen. Für eine angemessene Interpretation des westdeutschen Gesundheitswesens nach 1945 müßte auch die Funktion staatlicher Sozialpolitik in kapitalistischen Gesellschaften diskutiert werden. Insbesondere wäre zu zeigen, warum in kapitalistischen Gesellschaftsformationen sehr verschiedene Systeme der Gesundheitsversorgung möglich sind (USA, BRD, England) und in ihnen Veränderungen langsamer als in anderen Subsystemen vor sich gehen sowie offenkundig unrentable Formen der Gesundheitsfinanzierung nicht beseitigt werden.⁷³ Speziell für Deutschland müßte u. a. der Zusammenhang mit der Privilegierung mittelständischer Gewerbe und Berufe⁷⁴ dargestellt werden, um daraus Perspektiven für die politische Arbeit auch im Gesundheitsbereich zu formulieren⁷⁵.

71 J. Hogarth: *The Payment of General Practitioner*, Oxford 1963.

72 Das Geschäft mit der Krankheit, in: *Der Spiegel*, a.a.O. — F. Naschold: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, *Zur Theorie der Statuspolitik*, 1967; dagegen: E. Wulff: Der Arzt und das Geld, in: *Das Argument* 69, 13. Jg. 1971, S. 969 u. Th. Ripke: Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheitswesen, in: *Das Argument* 60, 1970, S. 30 ff.

73 Helmut Schoeck (Hrsg.): *Financing Medical Care*, Caldwell, Idaho. J. Eich: Studie zur Wirtschaftlichkeit eines werksärztlichen Dienstes, in: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene*, 11, 1967, S. 389 ff. — M. Gaglio: *Medizin und Profit*, Mailand 1973. — Erwin Rahner: *Kosten- und Ertragsanalyse im Gesundheitswesen*, Saarbrücken 1965.

74 H. H. Hartwich: *Sozialstaatspostulat und gesellschaftlicher Status quo*, Köln 1970, S. 128 ff.

75 Michael Regus: Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch, in: *Blätter f. dt. u. intern. Politik* 10, 1970, S. 22.

Hans See

Zur politischen Ökonomie der Gesetzlichen Krankenversicherung

I. Vorbemerkung

Im Sozialbericht 1973 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung heißt es: „Die Bundesregierung wird ihre in der 6. Legislaturperiode begonnene Politik des Ausbaus der sozialen Sicherung zielstrebig fortsetzen. Soziale Sicherung darf in unserer Zeit kein Privileg einzelner Gruppen, sondern muß das elementare Recht jedes Bürgers sein.“ Es wird eine ausreichende soziale Sicherung aller Bevölkerungsgruppen versprochen und gesagt, die Sozialleistungen sollten an der Steigerung des wirtschaftlichen Wachstums orientiert werden. Wie aber, wenn das wirtschaftliche Wachstum stagniert, wenn wir — wie von einigen Experten angekündigt — im Jahre 1974 lediglich ein „Nullwachstum“ zu erwarten hätten? Was geschieht, wenn der westdeutsche und internationale Kapitalismus noch tiefer in die Krise geraten? Was, wenn die Wachstumsraten nicht nur stagnieren, sondern rückläufig werden?

Auch die Reform des Gesundheitswesens der BRD, von der sozialliberalen Koalition mit großer Zuversicht angekündigt, wird durch die gegenwärtige krisenhafte wirtschaftliche Lage ernsthaft in Frage gestellt. Wie jede Reform unter kapitalistischen Produktionsverhältnissen, ist auch diese schon im Ansatz ambivalent gewesen. Denn Reformen durchführen zu wollen, die Macht- und Verteilungsverhältnisse unberührt lassen, ist ein fragwürdiges Unternehmen. Und selbst solche systemimmanenten Reformen stehen im Spannungsfeld zwischen Profitinteressen und sozialstaatlichen Integrationsbemühungen, im Widerspruch von Kapital- und gesellschaftlichen Interessen.

Sehr deutlich zeigt sich dies am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Einerseits ist sie eine Errungenschaft im Kampf der Arbeiterklasse um größere soziale Sicherheit, andererseits erscheint sie als ein vom Staat verordnetes Instrument für die abhängig Beschäftigten zur Vergesellschaftung des Krankheitsrisikos eines jeden einzelnen. Ohne dieses Solidaritätsprinzip würde durch Krankheit verursachte Arbeitsunfähigkeit zur sozialen Katastrophe, von der nicht nur der Erkrankte und seine Familie, sondern letztlich auch die gesamte Gesellschaft betroffen würde. Für den Lohn- und Gehaltsabhängigen, der — um überhaupt leben zu können — seine Arbeitskraft zu Markte tragen muß, wird Krankheit zur Existenzfrage.

Der große Topf der GKV, der die Sozialversicherten vor sozialem Elend bewahren soll und auch tatsächlich bewahren kann, belastet

allerdings nicht nur die Lohntüte, sondern auch die Profite. Zugleich erweckt er jedoch das Interesse aller, die am Geschäft mit der Krankheit profitieren. So erklärt es sich, daß die Milliardensummen der GKV im allgemeinen Verteilungskampf um das gesellschaftliche Gesamtprodukt eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Die GKV muß deshalb künftig mehr als bisher in die Kritik der bürgerlichen Ökonomie einbezogen werden.

II. Makroökonomische Aspekte der GKV

„Die politische Ökonomie im weitesten Sinne“, heißt es im Anti-Dühring, „ist die Wissenschaft von den Gesetzen, welche die Produktion und den Austausch des materiellen Lebensunterhalts in der menschlichen Gesellschaft beherrschen.“¹ Auch eine soziale Institution wie die GKV gehört in den Bereich der Reproduktion, ist also Gegenstand des Interesses der politischen Ökonomie. Dennoch gibt es bis jetzt nur ganz spärliche Ansätze zu einer Analyse, die die GKV als notwendiges Resultat der Vergesellschaftung der Arbeit durch das Kapital begreift.² Freilich bereitet es große Schwierigkeiten, die GKV (sowie die privaten Versicherungen) richtig in den gesamtgesellschaftlichen Produktionsprozeß einzuordnen. Dazu wäre es notwendig, ihre Geschichte, Entwicklung, Struktur, Funktion, aber auch ihre sozial-, wirtschafts-, verteilungs- und machtpolitische Bedeutung für die verschiedenen Entwicklungsstufen des kapitalistischen Reproduktionsprozesses, vor allem jedoch für die Reproduktion des variablen Kapitals beim gegenwärtigen Stand der Vergesellschaftung der Produktion in den fortgeschrittensten kapitalistischen Staaten, zu analysieren. Eine solche Analyse soll und kann im Rahmen dieses Beitrags nicht geleistet werden. Im günstigsten Falle können Gedanken, die hier vorgetragen werden, dazu anregen, einmal ein solches Projekt in Angriff zu nehmen.³

Unter dem makroökonomischen Aspekt des kapitalistischen Reproduktionsprozesses ist die GKV (die nur einen Teil des gesamten Sozialfonds der BRD darstellt) mehr als ein Instrument der Sozial-

1 Karl Marx/Friedrich Engels, Werke (MEW), Bd. 20, S. 136.

2 Vgl. Thomas Ripke, Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheitswesen, in: Das Argument 60, Kritik der bürgerlichen Medizin, S. 30 ff. Josef Scholmer, Patient und Profitmedizin, Opladen 1973. Dagegen die umfassende Analyse von Philipp Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1966. Leider aus der Perspektive des liberalen Nationalökonomien aus der Schule Walter Euckens (vgl. S. 373), obgleich Herder-Dorneich sich in seinem Ordnungsgedanken nicht nur an Märkten, sondern auch an Wahlen und Gruppenverhandlungen (Theorie der countervailing power) orientiert.

3 Als einen Versuch in dieser Richtung werte ich die von Volker Volkholz u. a. verfaßte und vom Pressedienst Wissenschaft der FU Berlin veröffentlichte Arbeit mit dem Titel: Die Gesetzliche Krankenversicherung, Strukturen und Entwicklungstendenzen, Berlin 5. Mai 1972, die allerdings nur eine Skizze darstellt und wesentliche Aspekte des Gesamtproblems vernachlässigen mußte.

versicherten, das im Falle von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaft, Invalidität, Alter und Tod für Betroffene und Hinterbliebene materielle Sicherheit gewähren soll. Durch sie wird auch ein wichtiger Anteil der Reproduktionskosten der Ware Arbeitskraft vergesellschaftet. Das individuelle gesundheitliche Risiko der Lohnarbeit wird einerseits über Sozialversicherungsfonds und andererseits über Staatshaushalt auf die am Produktionsprozeß beteiligten, Steuern und Sozialversicherungsbeiträge zahlenden Teile der Bevölkerung umverteilt.

Die Mittel des Sozialversicherungsfonds sind zugleich ein bedeutender, in den letzten Jahren immer größer werdender Posten der Finanzplanung. Die Leistungsaufwendungen der GKV überstiegen 1973 zum ersten Mal in der Geschichte der BRD die 40-Milliarden-Grenze.⁴ Der Staat garantiert die Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungssystems unabhängig davon, ob der Fonds immer durch die Beiträge seiner Mitglieder abgedeckt ist oder nicht. „Im Jahre 1965 betrug das Verhältnis der unentgeltlichen Zahlungen, die Lohnempfänger in allen Bereichen der gesellschaftlichen Tätigkeit erhalten, zum Lohn (unter Abzug der Sozialversicherungsbeiträge, aber einschließlich der direkten Steuern, in Frankreich 49 Prozent, in der BRD 32,5 Prozent, England 14,2 Prozent, in Japan 10,4 Prozent und in den USA 9,7 Prozent.“⁵ Dabei ist festzuhalten, daß sich dieser Anteil in allen diesen Ländern in den letzten beiden Jahrzehnten erhöht hat.

Die Umverteilung der Einkommen über Sozialversicherungsfonds und Staatshaushalte „darf nicht allein als Umverteilung innerhalb des Lohnfonds betrachtet werden“⁶. Denn zu den Quellen dieser Fonds gehören neben den Beiträgen der Sozialversicherten auch die Pflichtbeiträge der Unternehmer. Dennoch ist festzuhalten: Die Leistungen der Sozialversicherungsfonds stellen, soweit sie aus den Beiträgen der Sozialversicherten und der Unternehmer allein gespeist werden, auf jeden Fall eine besondere Form des Lohnes dar.⁷ Aber auch alle übrigen — über den direkten Arbeitslohn oder das Gehalt hinausgehenden — sozialen Leistungen, die das Sozialversicherungssystem der GKV erbringt und die teilweise auch aus Steuermitteln abgedeckt werden (z.B. die Subventionierung der Krankenhäuser durch die Kommunen und Länder) sind ihrem ökonomischen Wesen nach als besondere Lohnform zu begreifen. Da der Lohn der Preis für die Ware Arbeitskraft ist und seine Höhe durch den Kostenaufwand ihrer Reproduktion bestimmt wird, darf nicht übersehen werden, daß bei einem bestimmten Grad der Vergesellschaftung der Produktion immer größere Teile dieser Reproduktionskosten vergesellschaftet werden müssen, weil sie individuell nicht

4 Vgl. Scholmer, a.a.O., S. 24.

5 Autorenkollektiv, Politische Ökonomie des heutigen Monopolkapitalismus, Frankfurt/M. 1972, S. 435.

6 Ebda.

7 Dazu weiter unten.

zu bezahlen sind. Zwei Beispiele mögen genügen: Der wissenschaftlich-technische Fortschritt verlangt immer höher qualifizierte Arbeitskräfte, also höheren Aufwand für Bildung und Ausbildung, den nur ein Bruchteil der Bevölkerung privat aufbringen könnte. Dasselbe gilt prinzipiell auch für das Gesundheitswesen. Der Fortschritt der Medizin, der höhere Verschleiß der Arbeitskräfte im durchrationalisierten und damit arbeitsintensiveren Arbeitsprozeß und der Strukturwandel der Gesellschaft (Auflösung der Familie und Verlust ihrer Sozialfunktionen) erfordern unabdingbar rationalisiertere, zentralisierte und kostspielige Methoden medizinischer und pflegerischer Versorgung der Menschen. Nur noch eine winzige Minderheit kann es sich leisten, die Möglichkeiten einer hochentwickelten Medizin ohne ein soziales Sicherungssystem zu nutzen.

Die Kosten für Gesundheitssicherung und Krankenversorgung müssen — wie andere ökonomisch notwendige Rücklagen — vor der individuellen Teilung des Restbetrags des gesellschaftlichen Gesamtprodukts von diesem abgezogen werden. Dabei ist es rechnerisch gleichgültig, ob dies in Form von Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen geschieht. Wichtig ist die Zweckbindung jenes Teils, der für das Gesundheitswesen vorgesehen ist.

Die Mittel der Sozialversicherung sind nur ein geringer Bestandteil des gesellschaftlichen Gesamtprodukts. Was von diesem Gesamtprodukt insgesamt von den Kapitalisten zur Deckung der verbrauchten Produktionsmittel, zur Erweiterung der Produktion, zur Kapitalverwaltung und -sicherung (z. B. Parteispenden), zur Versicherung des Kapitalrisikos der Kapitaleigner abgezweigt wird, hängt von den verschiedensten Faktoren, nicht zuletzt von den zyklisch wechselnden Kapitalverwertungsbedingungen, besonders aber vom Stand der Produktivität und der Stärke der Arbeiterklasse ab. Der private Konsum der Kapitaleigner, euphemistisch Unternehmerlohn genannt, kann hier vernachlässigt werden.

Die Größe jenes Anteils des gesellschaftlichen Gesamtprodukts, der im Kapitalismus zur gemeinschaftlichen Befriedigung von Bedürfnissen wie Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser, aber auch zur Sicherung des ökonomischen und politischen Systems (Polizei, Grenzschutz, Militär, Rüstung) nach außen wie nach innen zur Verfügung steht, wird ebenfalls davon bestimmt, wie hoch die Produktivität dieser jeweiligen Gesellschaft im Vergleich zu anderen auf dem Weltmarkt auftretenden Gesellschaften ist und wie die Kräfteverhältnisse der antagonistischen Klassen im Einzelfall aussehen.

Erst im Zuge der Abwehr der sich herausbildenden und organisiert um ihre Rechte kämpfenden Arbeiterklasse wurde — zur Lösung der sozialen Frage — die staatliche Sozialpolitik entwickelt. Nicht zufällig fallen so wichtige sozialpolitische Gesetze wie die Gesetzliche Krankenversicherung von 1883, das Unfallversicherungsgesetz von 1884 und das Gesetz der Invaliditäts- und Altersversicherung von 1889 in die Zeit des Sozialistengesetzes und in jene

Phase der Entwicklung des deutschen Kapitalismus, die den Imperialismus einleitete."

Das ambivalente Verhältnis der Kapitaleigner und ihrer bezahlten Ideologen zur staatlichen Sozialpolitik, wie es sich schon im 19. Jahrhundert klar abzeichnete, hat sich prinzipiell bis heute nicht verändert. Nach wie vor kämpfen sie gegen die Idee des Sozialstaates, des „Wohlfahrtsstaates“ an, weil sozialstaatliche Leistungen angeblich die Eigenverantwortung des Individuums untergraben; nach wie vor wissen sie aber auch, daß diese Leistungen bisher die Produktivität des Systems und den Arbeitswillen der Sozialversicherten nicht eingeschränkt, vielmehr ihre Bereitschaft, das kapitalistische System zu akzeptieren, gefördert haben.

Spätestens seit der Herausbildung sozialistischer Staaten und der Verschiebung des Kräfteverhältnisses zwischen den antagonistischen Systemen wurde die Sozialpolitik zu einem wichtigen politischen Instrument des Klassenkampfes. In seinem Buch: Deutschland und der Sowjetkommunismus schrieb E. Salter: „Die Bundesrepublik muß, wenn sie überleben will, bereit sein, einen wesentlich größeren Teil ihres Sozialprodukts als bisher für die soziale und damit für die politische Immunisierung einzusetzen.“⁹ Das wurde 1961 geschrieben.

Im Sozialbericht 1973 zeigt sich, daß die Sozialleistungsquote, gemessen am Bruttosozialprodukt, seit Jahren bei rund 26 Prozent liegt. 1971 war sie sogar auf 25,4 Prozent herabgesunken. Aber ihre Tendenz, so wird optimistisch prognostizierend gesagt, sei leicht steigend. Die Hochrechnung für 1977 liegt allerdings nur bei 27,1 Prozent. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird ein beträchtlicher Anteil dieser geringen Steigerung auf die GKV entfallen. Sie verzeichnet seit 1970 eine „enorme Kostenexplosion“¹⁰, die nur zum Teil auf die Anstrengungen der Reformpolitiker zurückzuführen ist, den Kapitalismus zu reformieren, ihm ein modernes, sprich: soziales Antlitz zu geben, seine sozialen Leistungen auf das Niveau der sozialistischen Länder anzuheben, um die Legitimationsschwierigkeiten des ökonomischen und politisch administrativen Systems zu mildern und durch sozialstaatlichen Fortschritt die Massenloyalität für den regulierten Kapitalismus erneut herzustellen.¹¹

Die kostenwirksame Weiterentwicklung der GKV ist neben diesen Gründen auch auf objektive Ursachen und Tendenzen des kapitalistischen Systems zurückzuführen. Vor allem die Versäumnisse der Periode der Rekonstruktion des kapitalistischen Systems im Bereich

8 Autorenkollektiv, Imperialismus heute, Berlin/DDR 1966, S. 16. Vgl. auch: Julius Hadrich, Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung, Berlin/West 1955, S. 56 ff.

9 E. Salter, Deutschland und der Sowjetkommunismus, München 1961, S. 269, zitiert nach: Autorenkollektiv, Imperialismus heute, S. 667.

10 So Scholmer, a.a.O., S. 25.

11 Vgl. Jürgen Habermas, Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus, Frankfurt 1973, S. 96 ff. und Schaubild S. 15.

Gesundheitswesen müssen hier besonders hervorgehoben werden. Der Nachholbedarf ist beachtlich. Die Gesundheitssicherung und Krankenversorgung der BRD hinkt organisatorisch dem medizinischen Fortschritt in Wissenschaft und Technik, den veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem gesellschaftlichen Strukturwandel (Proletarisierung bisher selbständiger Landwirte, kleiner Gewerbetreibender, größer werdender Anteil abhängig Beschäftigter, ungünstiger Altersaufbau der Bevölkerung etc.) hinterher¹² und bedroht das Arbeitskräftepotential der Gesamtwirtschaft. Schon 1950 schrieb der damalige Bundesminister für Arbeit, es sei „das vordringlichste Gebot unserer gesamten Sozialpolitik, die menschliche Arbeitskraft als das wichtigste und wertvollste Gut des ganzen deutschen Volkes zu erhalten und, wenn sie durch Krankheit geschwächt oder zeitweise lahmgelegt ist, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln wiederherzustellen“¹³.

III. Strukturwandel des Gesundheitswesens und der GKV

Da in den fünfziger Jahren die Wirtschaft vorwiegend vom Wiederaufbau der BRD lebte und es erst in den sechziger Jahren notwendig wurde, durch erhöhten Kapitaleinsatz, stärkere Verwissenschaftlichung der Produktionsmethoden, Intensivierung des Exports, bessere Ausnutzung des Arbeitskräftepotentials und staatlich gelenkten Ausbau der Infrastruktur die bis dahin relativ guten (und wenig durch Lohnkämpfe geschmälernten) Profitchancen zu sichern, hat sich auch das Problem staatlicher Interventionspolitik und Finanzplanung erst seit dieser Zeit ganz klar gestellt.

Bis dahin genügte das herkömmliche System der Gesundheitssicherung und Krankenversorgung noch recht und schlecht den Anforderungen der Gesellschaft. Die Krankenhäuser, meist Erbstücke der Jahrhundertwende, zehrten von ihrer Substanz und konnten — mit Unterstützung der öffentlichen Hand — bei relativ niedrigen Pflegesätzen unbeanstandet an ihren traditionellen Strukturen festhalten. Die stationäre Versorgung war einigermaßen gesichert. Und auch im Bereich der ambulanten Krankenversorgung genügte die gute alte Arztpraxis mit ihrer zünftigen, kleinhandwerklichen, teilweise mittelalterlich anmutenden Arbeitsweise. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt war bestenfalls in der städtischen Facharztpraxis schon zu spüren.

1. Die ambulante Versorgung

Heute haben sich die Gesetze des kapitalistischen Systems bis zur letzten Praxis durchgesetzt. Das krampfhaftes Festhalten an der überalterten Struktur der ärztlichen Einzelpraxis wird in zunehmendem Maße anachronistisch. Die Kapitalisierung des medizinischen

¹² Sozialbericht 1973, S. 24 ff.

¹³ Zitiert nach Hadrich, a.a.O., S. 204.

Versorgungssystem, die aufgrund der besonderen Machtposition der straff organisierten Ärzteschaft bis in unsere Gegenwart hinein aufgehalten werden konnte, greift nun dennoch um sich. Ein Konzentrationsprozeß, der stets mit Rationalisierungstendenzen einhergeht, erfaßt die ärztliche Praxis wie das Krankenhaus. Die Kostenexplosion, Folge einer ganzen Reihe von Faktoren, zwingt zur Veränderung der medizinischen Versorgungsstruktur ebenso wie zur Reform der GKV¹⁴ und ihrer rechtlichen Grundlagen, nämlich der Reichsversicherungsordnung (RVO) mit dem Kassenarztrecht und der Ärztlichen Gebührenordnung.

Die Fragwürdigkeit des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der den freipraktizierenden Ärzten das Monopol der ambulanten Krankenbehandlung garantiert, ist durch diese Entwicklung offensichtlich geworden. Die Ökonomisierung der medizinischen Versorgungsstruktur führt nämlich zur Konzentration der Ärzte in den Ballungsgebieten und zur akuten Unterversorgung ganzer Landstriche. Zwar unternehmen die KVen große Anstrengungen, die Landarztpraxis wieder attraktiv zu machen, indem sie niederlassungswilligen Ärzten Einkommensgarantien und andere Vergünstigungen anbieten, aber weder diese noch die Angebote von Gemeinden, den Ärzten Grundstücke zu schenken und ihnen zinsfreie langfristige Kredite zur Errichtung einer Landpraxis zur Verfügung zu stellen, können die Versorgungslücken wirklich stopfen. Hinzu kommt, daß die Überalterung der Ärzte in stadtfernen Gebieten erschreckende Perspektiven für die Versorgung der nächsten zehn Jahre eröffnet, wenn es nicht gelingt, genügend junge Mediziner an ihre Stelle zu setzen. Gesundheitspolitische Pläne einer Intensivierung der Vorsorgemedizin werden angesichts der geringen Leistungsfähigkeit des derzeitigen ambulanten Versorgungssystems zur Utopie.

Dies alles sind Bedingungen dafür, daß sich nun ein „Strukturwandel der ärztlichen Praxis“¹⁵ durchzusetzen beginnt. Die Kapitalisierung kommt darin zum Ausdruck, daß sich auch hier die Trennung von Kapital und Arbeit, das Lohnsystem, der Kapitalismus durchzusetzen versucht. Zwar sind privatwirtschaftliche Einrichtungen wie

14 Vgl. Gerhard W. Brück, Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Hürdenlauf, in: Die Neue Gesellschaft 11/73, S. 859 ff. Ferner: Memorandum zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, DAG-Deutsche Angestellten Gewerkschaft, Bundesvorstand, März 1973.

15 Vgl. dazu den Aufsatz von Hans-Ulrich Deppe, Strukturwandel der ärztlichen Praxis, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 3/72, S. 324 ff. Ferner: Paul Lüth, Problematik der Allgemeinpraxis in Gesundheits- und Sozialpolitik, in: Hans-Ulrich Deppe, Hans Mausbach u. a., Medizin und Gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973, S. 105 ff.; Hans See, Die Gesellschaft und ihre Kranken oder brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? Reinbek 1973; Kapitel III, IV und V stellen den sozialpolitischen Hintergrund dar.

die Deutsche Klinik für Diagnostik und kleinere gewerbliche Modelle auf ihre Grenzen gestoßen und auf der Strecke geblieben, aber widerlegt sind sie damit noch lange nicht. Die Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte sorgt dafür, daß Konkurrenzunternehmen, die der Einzelpraxis überlegen sind, sei es das Krankenhaus (mit oder ohne Poliklinik), sei es das Diagnosezentrum oder auch nur die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, auf Gedeih und Verderb der Bereitschaft der Ärzte ausgeliefert sind, ihre Patienten in diese Einrichtungen mit höherer Effizienz zu überweisen.

Die ärztlichen Standesorganisationen und KVen versuchen aber nicht mehr nur diese für die Einzelpraxis ruinösen medizinischen Konkurrenzunternehmen zu bekämpfen, sie verstärken nun — da sie die wachsende Bereitschaft vieler jüngerer Ärzte, höhere Organisationsformen medizinischer Versorgung zu verwirklichen, nicht ignorieren können — ihre Anstrengungen, eigene Konzepte durchzusetzen, die der objektiven Tendenz zur Sozialisierung des Gesundheitswesens entgegenstehen. Ihre Gegenstrategie ist konsequent und offensiv. Sie bieten den Ärzten an, Apparatgemeinschaften zu bilden und mit Hol- und Bringdiensten eigene Zentrallabors zu beschicken, um die vom DGB geforderten Medizinisch-Technischen Zentren zu verhindern.¹⁶ Sie unterstützen den Bau von Ärztehäusern, die als Praxisgemeinschaften eine Reihe von Disziplinen in Form der Einzelpraxis unter einem Dach vereinigen und die gemeinsame Nutzung von Räumen und kostspieligen medizinisch-technischen Apparaten sowie die gemeinsame Ausnutzung des Personals möglich machen, um der Forderung nach Errichtung von Polikliniken an Krankenhäusern, Landambulatorien in unterversorgten Gebieten und Gemeinschaftspraxen, einer Forderung, die immer mehr Unterstützung findet, mit privatwirtschaftlichen Modellen zuvorzukommen.

Denn letztlich geht es in dieser Phase der Reorganisation, d. h. der strukturellen Anpassung des Gesundheitswesens an die Bedürfnisse der Gesellschaft darum, sie mit dem Bedürfnis des Gesamtkapitals nach Kostensenkung und größerer Effizienz bei der Reparatur der Ware Arbeitskraft, aber zugleich auch mit den Interessen derjenigen Kapitalfraktionen, die am Geschäft mit der Krankheit Superprofite erzielen, in Übereinstimmung zu bringen. Im Interesse der Gesamtgesellschaft und auch im Interesse des Gesamtkapitals läge es, das Gesundheitswesen zu verstaatlichen. Aber Parlament und Regierungen sind nicht stark und entschlossen genug, sich gegen kapitalistische Partikularinteressen, die gegen ihr Gesamtinteresse blind sind, durchzusetzen. Die ärztlichen Standesvertretungen, die bezeichnenderweise stillschweigend davon ausgehen, daß die niedergelassenen Ärzte ihren Beruf nur betreiben, um Eigentum zu bilden und ihre hohen Einkommen in „krisenfesten, konjunkturunabhängigen Ge-

16 Vgl. Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Analyse und Vorschläge zur Reform, Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB (WSI-Studie), Köln 2 1971, S. 48 ff.

sundheits-Immobilien“¹⁷ oder anderen profitträchtigen Kapitalanlagen zu investieren, wollen um jeden Preis ihre Monopolstellung behaupten, ja sogar durch den Ausbau des Belegarztsystems verstärken. Ihr Behandlungsmonopol wird von den KVen und Ärztekammern mit der Behauptung legitimiert, die „freie Arztwahl“ fände „ihr Ende dort, wo aus der ambulanten Versorgung sich eine stationäre ergibt“¹⁸. Dem Versuch der „Systemüberwinder“, die den Abbau des Belegarztwesens betreiben, stemmen sich die Standesorganisationen entschlossen entgegen: „Wir werden“, sagte Dr. med. Wolfgang Bechthold in seinem Bericht zur Lage vor der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen, „mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln dafür eintreten — und ich bäte Sie, das auch zu tun —, daß die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit freipraktizierenden Ärzten besetzt werden“¹⁹. Und Mediziner Bechthold ist sich dabei sogar im klaren, daß sich daraus für die betroffenen Belegärzte Konsequenzen ergeben, daß sie sich nämlich „einem Reglement zu unterwerfen und ihre Präsenz sicherzustellen haben“ werden.

Bei alledem geht es offensichtlich nicht um die Patienten, sondern um die ökonomischen Interessen der niedergelassenen Ärzte. Im sich verschärfenden Verteilungskampf, der von den verschiedenen Interessengruppen um die Gelder der Krankenkassen geführt wird, versuchen die Ärzte ihren Anteil, der durch notwendige Strukturänderungen im Gesundheitswesen gefährdet erscheint, zu halten, wenn nicht gar zu vergrößern.

2. Die stationäre Versorgung.

Die sozioökonomisch bedingten allgemeinen Tendenzen, die den Strukturwandel des Gesundheitswesens der BRD erzwingen, erfassen auch die Krankenhäuser. Es ist dazu schon viel geschrieben und gesagt worden.²⁰ Deshalb mag es genügen, an dieser Stelle nur einige Kernpunkte zu erwähnen.

Die Krankenhäuser sind nicht mehr in der Lage, an ihrer althergebrachten inneren Organisation festzuhalten. Die innerorganisato-

17 So in einem Brief des Beratungskreises für Bankdienste & Beteiligungen (vgl. Hans See, a.a.O., S. 168). Weiter heißt es dort: „Fast 20 Mio Herz-Kreislaufgeschädigte in Deutschland und rund 250 000 Infarkt-Fälle jährlich, sind die sichere wirtschaftliche Basis für dieses notwendige Objekt (Herz-Kreislauf-Centrum Rhein/Ruhr — H. S.).“

18 Wolfgang Bechthold, Bericht zur Lage, vorgetragen am 3. November 1973 vor der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim, Hessisches Ärzteblatt 12/73, S. 1169 ff.

19 Ebda.

20 Vgl. W. Adam, Das moderne Krankenhaus, Berlin 1970; Hans See, Die Gesellschaft und ihre Kranken, a.a.O.; Harald Clade, Das kranke Krankenhaus, Deutsche Industrieverlags-GmbH, Köln 1972 (von den Unternehmen prämiert), Michael Regus, Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 10/70.

rischen und strukturellen Schwierigkeiten haben vielfältige Ursachen. Die wichtigsten sind mit wenigen Stichworten zureichend charakterisierbar:

1. Das ständige Finanzdefizit führt bei explosionsartig ansteigenden Pflegekosten zur künstlichen Verlängerung von Liegezeiten.
2. Die Überalterung vieler Häuser, die weder räumlich noch hygienisch den Möglichkeiten und Erfordernissen moderner medizinischer Krankenhausversorgung gerecht werden, verhindert Reformen.
3. Die Gliederung der Patienten nach Pflegeklassen führt dazu, daß in der Privatstation ein ungleich höherer Aufwand für die Patienten des Chefarztes getrieben wird, als dies aufgrund des akuten Personalmangels zu verantworten ist. Denn der Abzug von qualifizierten Krankenschwestern aus der dritten Pflegeklasse in die Privatstation des Chefs geht auf Kosten der Sozialversicherten, die das gleiche Recht auf optimale medizinische und pflegerische Versorgung haben wie der Privatpatient. Schließlich werden Pflegepersonal, Räume, Apparate und nachgeordnete Ärzte von der öffentlichen Hand und den Kassenpatienten getragen. Der Hauptanteil der Privatliquidation fließt aber in die Tasche des Chefarztes, der außerdem auch noch seine Beamtenvergütung oder sein BAT-Gehalt bezieht.
4. Die Chefarzthierarchie dient nicht nur der Sicherung der Macht- und Geldinteressen der Chefs, sondern produziert auch Arbeitsbedingungen, die heute nur noch wenige Menschen in Kauf zu nehmen bereit sind. Dasselbe gilt für die traditionsbedingte Hierarchie im Pflegedienst. Hier liegt eine der Ursachen des Personalmangels.
5. Das Fehlen jeglicher Mitbestimmung im Krankenhaus entmündigt die dort Beschäftigten wie die Patienten.
6. Die Unmöglichkeit, Patienten auch am Krankenhaus ambulant zu versorgen (Fehlen von Polikliniken), verstärkt die Nachteile der Sozialversicherten und ist wesentliches Merkmal einer Klassenmedizin.

Die Versuche, durch Verkleinerung der Fachabteilungen, durch Einführung von Pools, über die nach einem Schlüssel ein Teil der Chefarzteinkommen auf die nachgeordneten Ärzte umverteilt wird, durch Einführung freier Besuchszeiten und Menüauswahl für alle Patienten, durch Integration der Privatstation in die Allgemeinstation die Lage der Krankenhäuser, der dort Beschäftigten und der Patienten zu verbessern, haben zwar die Kritik entschärft, aber die Probleme im Kern unberührt gelassen. Nach wie vor beeinträchtigt das Geschäft mit der Krankheit den Vorsatz, den Patienten — ohne Rücksicht auf Kasse oder Klasse — optimal zu versorgen und zu pflegen.

Es bleibt abzuwarten, ob das „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflege-

sätze“ die wirtschaftliche Lage — wie es notwendig wäre — grundlegend verbessert.²¹ Mit diesem Gesetz sollen jedenfalls die Voraussetzungen geschaffen worden sein, jedem Krankenhausbenutzer ein umfassendes Angebot an Leistungen zur Verfügung zu stellen und ihn seinen Wünschen entsprechend unterbringen zu können. Ferner ging der Gesetzgeber davon aus, daß die Unterbringung des Patienten im Ein- oder Zweibettzimmer künftig nicht mehr unbedingt mit einem gesonderten Behandlungsvertrag zwischen Patient und Chefarzt gekoppelt sein soll. Diese Entkoppelung ermöglicht es also, auf die chefärztliche Behandlung zu verzichten, wenn man von der Möglichkeit, besser untergebracht zu werden, Gebrauch machen will.²² Die Situation an den Krankenhäusern wird durch diese Möglichkeit jedoch nicht besser. Es ist im Gegenteil jetzt schon abzusehen, daß die technokratischen Reformen durch ihre Inkonsequenz mittelfristig mehr Probleme schaffen als beseitigen.

Vor allem das Poolsystem wird dazu führen, daß sich nun auch die nachgeordneten Ärzte für das private Liquidationsrecht ihres Chefs engagieren und untereinander (weil sie über die Verteilung mitbestimmen sollen) um den größten Anteil streiten.²³ Das Poolsystem dient der Befriedung der Krankenhausärzte unterhalb der Chefebene. Sie sollen durch materielle Beteiligung zum Stillhalten, zur Anerkennung des sie entmündigenden Systems gebracht werden. Das an den Leistungen beteiligte Pflegepersonal bleibt ausgeschlossen, vom übrigen Krankenhauspersonal ganz zu schweigen.²⁴ Die Krankenhausträger sind durch das Poolsystem vorerst finanziell entlastet. Zusätzliche Forderungen ihrer angestellten Ärzte sind durch die Beteiligung erst einmal leichter abzuweisen. Aber alle diese Regelungen schieben die Konflikte nur auf. Ihre Ursachen sind nicht beseitigt.

Das klassenlose Krankenhaus (Modell Woythal, Hanau), das keine Privatstation und kein privates Liquidationsrecht mehr kennt, das die Chefarzthierarchie beseitigt und auch im Bereich der Pflege Teamarbeit und Eigenverantwortung an die Stelle der bisher praktizierten Arbeitsorganisationsformen setzen wird, ist im Bau begriffen. Es wird, wie Thomas Ripke richtig gesehen hat, „die Klassen-

21 Zur Problematik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes siehe auch den Aufsatz von Dorothee Löber in diesem Band.

22 Die Entkoppelung hat den Vorteil, das sie den Zwang zur Chefarztbehandlung für den Privatpatienten im Ein- bzw. Zweibettzimmer beseitigt und deutlich macht und zeigt, daß das private Liquidationsrecht kein originäres Recht ist. Ansonsten stellt die Entkoppelung nur einen Kompromiß dar, der keine großen Folgen haben, sondern nur die endgültige Beseitigung der Privatliquidation erleichtern wird. Vgl. dazu die Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu § 6 der Bundespflege-satzverordnung, die vom Präsidium der DKG am 23. Juli 1973 verabschiedet wurden.

23 Andeutungen in dieser Richtung bei Brigitte Kluthe, Hessenklinik, in: Deppe u. a., a.a.O., S. 180 f.

24 Ebda.

funktion der Kapitalisten und Arbeiter ebensowenig tangieren wie die Ausbeutungsmethoden gegenüber den medizinischen Arbeitern im Krankenhaus tangiert werden"²⁵. Allerdings unterscheidet es sich, wenn es so, wie es konzipiert ist, schließlich auch realisiert werden sollte²⁶, wesentlich von den herkömmlichen Krankenhäusern, ganz gleich, ob sie separate oder integrierte Privatstationen, ob sie Poolssysteme oder keine besitzen. Denn im klassenlosen Krankenhaus wird es überhaupt kein privates Liquidationsrecht und damit auch kein unmittelbares privatwirtschaftliches Interesse am Patienten geben. Das private Geschäft mit der Krankheit wird, wenn die Träger lediglich kostendeckende Pflegesätze vom Privatpatienten verlangen, aus dem Krankenhaus verbannt sein.

Der Einwand, ein Krankenhaus im Kapitalismus könne sich nicht freihalten von Geschäftsinteressen, bleibt jedoch berechtigt. Nach wie vor werden die profitträchtigen Investitionen der Krankenhäuser über die Privatwirtschaft abgewickelt werden. Hier werden die Mittel der Sozialversicherten und Steuerzahler weiterhin geschäftstüchtige Unternehmer und Händler zu „besonderen Leistungen“ anreizen und dafür sorgen, daß der Kostenboom so schnell kein Ende nimmt. Doch dieses Problem läßt sich durch keine Krankenhausreform beseitigen. Es ist das Problem der kapitalistischen Produktionsverhältnisse und kann nur mit diesen selbst verschwinden.

3. Die GKV

Die Weiterentwicklung der GKV und der anderen Bereiche der Sozialversicherung zu einer Einheitsversicherung wäre eine wesentliche Voraussetzung zur Verwirklichung der übrigen Reformen des Gesundheitswesens. Denn die Zersplitterung der Versicherungsträger, das Konkurrieren der Krankenkassen untereinander schwächt die Sozialversicherten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und sonstigen Interessengruppen so sehr, daß sie außerstande sind, sich angemessen gegen sie zur Wehr zu setzen.

Solange die Kassen mit dem wachsenden Kostendruck fertig wurden, war eine Reform der GKV nicht ernsthaft in Betracht gezogen worden. Da die Kosten nicht zu Lasten der Gesundheit der Versicherten eingedämmt werden dürfen, sondern lediglich gegen „eindeutig gesundheitsfremde Tendenzen“²⁷ (Brück nennt die Einkommensmaximierung des Kassenarztes, die Gewinnmaximierung der Pharmaindustrie), können bei gleichzeitiger Erhöhung der Effizienz Einsparungen nur durch eine bessere Struktur der GKV durchgesetzt werden.

25 Ripke, a.a.O., S. 54.

26 Was bei einem Verlust der SPD-Mehrheit vor der Inbetriebnahme des klassenlosen Krankenhauses im Jahre 1979 durchaus denkbar ist, da zumindest die CDU dieses Modell ablehnt, aber auch die FDP noch kein klares Statement abgegeben hat.

27 Brück, a.a.O., S. 860.

Die Zersplitterung der RVO- und Ersatzkassen, in denen die 33 590 076 Mitglieder (ohne mitversicherte Familienangehörige) versichert sind, vermittelt einen chaotischen Eindruck. Am 1. Juni 1973 gab es in der BRD 397 Ortskrankenkassen, 1040 Betriebskrankenkassen, 174 Innungskrankenkassen, 19 Landwirtschaftliche Krankenkassen, 1 See-Krankenkasse, 1 Krankenkasse der Bundesknappschaft, 8 Ersatzkassen für Arbeiter, 7 Ersatzkassen für Angestellte, das sind zusammen 1647 unabhängige Krankenkassen. Der Konzentrationsprozeß schreitet nur langsam voran. Waren es im Jahre 1970 noch 1831 Kassen, so 1971 1810 und 1972 noch 1757.²⁸ — Von 1913 bis 1952 verminderte sich die Anzahl der Kassen von 22 740 auf 2021.²⁹

Man weiß, daß diese Kassen historisch gewachsen und nach berufsspezifischen Besonderheiten und Prestigebedürfnis gegliedert sind, wenn man zudem berücksichtigt, daß sie nicht nur unterschiedliche Mitgliederzahlen (ganz kleine 500, große 3 Mio³⁰) haben, sondern auch sehr unterschiedliche Beitragssätze (70 bis 210 DM monatlich; oder zwischen 6 und 11 Prozent Beitragssatz in den einzelnen AOKen)³¹ von ihren Mitgliedern erheben, wenn man schließlich noch einkalkuliert, was es für eine Bedeutung hat, daß die Bezahlung des Geschäftsführers von der Zahl der Mitglieder seiner Kasse, diese aber nicht zuletzt auch von der Beitragshöhe für das Mitglied abhängig ist, dann ahnt man die Widerstände, die allein innerhalb der Selbstverwaltungsorgane und Bürokratien der Kassen gegen die Bildung einer Einheitskasse mobilisiert würden.³²

„Die Stärke der Kostenexplosion in der GKV korrespondiert“, so Brück, „mit der Schwäche der GKV-Vertreter in den Verhandlungen mit den Vertragspartnern“³³. Die Krankenhäuser sind allerdings nicht so stark wie die KVen, die den zersplitterten Kassen bisher fast jede ihrer Honorarforderungen aufzwingen konnten. Eine gemeinsame Verhandlungsführung sei, heißt es bei Brück weiter, bisher stets an der Eigenständigkeitsbetonung jener Kasse und an der Konkurrenz der Kassenarten untereinander im Hinblick auf die Mitglieder gescheitert. Diese Schwäche rächt sich im Verteilungskampf, der um die Mittel des Fonds der GKV von den „Partnern“ der Kassen geführt wird.

Völlig überholt ist die Form der Selbstverwaltung, die in den Gremien der Krankenkassen (wie auch bei anderen Zweigen der Sozialversicherung) praktiziert wird. Hier haben die Unternehmer volle paritätische Mitbestimmung, also genau jenes Recht, das sie der Arbeiterklasse und ihrem genuinen Vertretungsorgan in ihren Unter-

28 Zahlen aus: Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen (AsM) 8-9/1973, S. 288.

29 Nach Hadrich, a.a.O., S. 68 und S. 78.

30 Brück, a.a.O., S. 860.

31 Ebda.

32 Vgl. zu dieser Forderung auch Scholmer, a.a.O., S. 36.

33 Brück, a.a.O., S. 860.

nehmen strikt verweigern. Sie leiten dieses Recht von der Tatsache ab, daß sie einen Pflichtbeitrag für jeden ihrer Beschäftigten von 50 % zur Gesetzlichen Krankenversicherung beisteuern. Allerdings wissen die Unternehmer selbst ganz genau, daß dieser sogenannte Arbeitgeberanteil keine Eigenleistung, sondern lediglich vorenthaltener Lohnanteil ist. Es handelt sich schlicht um eine Frage der Bilanzierung, einen billigen kaufmännischen Trick, der dazu herhalten muß, den Sozialversicherten Sand in die Augen zu streuen.

Selbst die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), zuständig für die Rentenversicherung der Angestellten, brachte es fertig, in einer Informationsschrift zu den Sozialversicherungswahlen 1974 die Frage: „Wer gehört zur Vertreterversammlung?“ wie folgt zu beantworten: „30 Vertreter der Angestellten und Rentner bilden — zusammen mit 30 Vertretern der Arbeitgeber — die Vertreterversammlung der BfA, das Parlament der Angestellten. Auch die Arbeitgeber gehören zur Vertreterversammlung, weil die Hälfte der Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung von ihnen bezahlt wird.“³⁴

Selbstverständlich verstehen sich die Unternehmervertreter in den Selbstverwaltungsorganen als Kontrollinstanz. Denn der Arbeitgeberanteil geht bei Erhöhung — wie bei jeder Lohnsteigerung — auf der Profitseite verloren. Notwendige Erhöhungen der Sozialversicherungsbeiträge werden deshalb auch in der Regel von den Unternehmervertretern bekämpft. Und sie ermüden nicht, die längst als untauglich erkannte Selbstbeteiligung (Prämierung ungenutzter Krankenscheine etc.) zu verlangen, um den Krankenstand künstlich, d. h. mittels materieller Anreize, herabzudrücken.

Mit einer bloßen Weiterentwicklung der GKV in der Form, in der sie bislang betrieben wurde, wird sie nicht mehr lange existieren können. Die gewaltigen Kostensteigerungen, die nicht nur im Krankenhaus, wie es gerne dargestellt wird, ihren Ursprung haben, sondern im Kräfteverhältnis zwischen den Kassen und jenen, die ihre geballte organisierte Macht dazu benutzen, aus dem großen Topf der GKV herauszuholen, was herauszuholen ist, aber auch im kapitalistischen Wirtschaftssystem, das in den letzten Jahren das Mittel der Inflation wiederentdeckt hat, um im großen Umverteilungskampf der Einzelkapitale unter sich und mit dem Staat den besten Schnitt zu machen, diese Kostensteigerungen konnten — wie sich gezeigt hat — auch dadurch nicht aufgefangen werden, daß durch Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall die Kassen vorübergehend entlastet wurden. Denn die Mehrkosten werden ohne Zögern auf die Preise und damit auf die Endverbraucher, die Sozialversicherten abgewälzt.

Drei Schritte müßten getan werden, um die Misere der GKV endlich anzugehen.

34 Informationsblatt der BfA. In den Gewerkschaften wird dagegen heute in zunehmendem Maße die Forderung vertreten, die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung nur noch mit Vertretern der Versicherten zu besetzen.

1. Zuerst einmal müßten die Selbstverwaltungsorgane nur von Vertretern der Sozialversicherten besetzt werden. Die Unternehmerseite hat kein originäres Recht, in den Kassen paritätische Mitbestimmung zu beanspruchen. Vor allem wird diese Parität für die Sozialversicherten durch Ausweitung der Versicherungspflicht (bzw. die Möglichkeit freiwilliger Weiterversicherung in den GKV) auf leitende Angestellte gefährdet. Wenn die Union leitender Angestellter (ULA) sich an den Sozialwahlen beteiligt und auch nur einen Sitz gewinnt, ist die Parität der Selbstverwaltungsparlamente verloren. Hier also gilt es, Veränderungen durchzusetzen.

2. Der zweite Schritt wäre die Verwirklichung einer einheitlichen Sozialversicherung mit all ihren Konsequenzen, vor allem aber mit dem Ziel, den KVn geschlossen entgegenzutreten und von dieser Seite her die Reform des Gesundheitswesens im Interesse der Sozialversicherten vorantreiben zu können.

3. Und schließlich muß die allgemeine Volksversicherung folgen, die jeden Bürger unseres Landes erfaßt und seine soziale Sicherheit verbürgt. Erst eine solche Grundversicherung, die allerdings so ausreichend sein muß, daß die besser Verdienenden nicht oberhalb dieser Sicherheit noch zusätzliche Leistungen anstreben und damit das Geschäft mit der Krankheit, das ja in den privaten Krankenversicherungen (PKVn) seine größte Stütze hat, noch weiter aufblähen. Optimal wäre der Nulltarif im Gesundheitswesen, da er der kommerzialisierten Medizin einen schweren Riegel vorschieben würde. Dies allerdings nur, wenn die Organe der GKV in den Händen bewußter Vertreter der Arbeiterklasse lägen.

Solange diese Schritte nicht getan sind — und sie könnten nur getan werden, wenn zugleich die Reichsversicherungsordnung einschneidend reformiert würde —, wird der erbitterte Kampf um die gewaltigen Summen im Sozialversicherungsfonds anhalten. Die kapitalistischen Verteilungsformen werden unter kapitalistischen Produktionsverhältnissen von diesen selbst bestimmt. Aber es kommt auf die Kampfkraft, den Organisations- und Bewußtseinsstand der abhängig Beschäftigten an, ob sie über das Existenzminimum hinaus vom gesellschaftlichen Gesamtprodukt einen größeren oder kleineren Anteil erhalten. Die Verteilungskämpfe um den Fonds der Sozialversicherung spielen dabei eine ebenso bedeutsame Rolle in den Klassenauseinandersetzungen unserer Zeit wie die Lohnkämpfe in der Wirtschaft.

IV. Die Verteilungskämpfe um Mitglieder und Beiträge der Krankenversicherung

1. Die Konkurrenz zwischen PKV und GKV

Das statistisch kalkulierbare Risiko Krankheit ruft natürlich in einer kapitalistischen Gesellschaft auch dann private Versicherungsgesellschaften auf den Plan, wenn es eine gesetzliche Krankenversicherung gibt. Die privaten Krankenversicherungen wollen die Mög-

lichkeit, die sich aus dem Bedürfnis nach Gesundheit ableiten läßt, nicht ungenutzt lassen; sie sehen ihre Chancen einmal bei jenen, die nicht unter die Pflichtversicherung fallen, also vorwiegend Selbständige mit relativ hohem Einkommen und andere Großverdiener, aber zunehmend auch bei jenen, die neben ihrer Sozialversicherung eine Zusatzversicherung wünschen, weil sie — wie die Werbung suggeriert — zu Hause nicht 3. Klasse leben und deshalb auch im Krankenhaus nicht 3. Klasse liegen wollen. Die „Barmenia“ bietet beispielsweise an, daß sie unbegrenzt die Kosten für die Privatstation bezahlt. Sie verspricht: „Was sich früher nur wenige leisten konnten, ermöglicht Barmenia jetzt allen: Erfahrenste Ärzte (natürlich Chefärzte — H. S.), die teuerste Behandlung, die aufmerksamste Pflege in den Privatstationen fortschrittlicher Krankenhäuser.“³⁵

Der Kampf der Privatversicherungen um ihren Anteil am gesellschaftlichen Gesamtprodukt richtet sich also direkt auf die Brieftasche zahlungsfähiger Kunden. Die GKV, wenn sie die Leistungsangebote steigern will — und sie muß es, weil sie in Konkurrenz mit der PKV steht — ist gezwungen, die Beitragssätze zu erhöhen. Sie trifft damit die Lohntüte und schmälert den Profit des Unternehmers. Denn: „Eine allgemeine Erhöhung des Arbeitslohnes, alles andere gleichgesetzt, ist eine Erniedrigung der Rate des Mehrwerts.“³⁶

Betrachten wir zuerst den Kampf der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen um einen möglichst großen Anteil an Mitgliedern. Er erwächst aus dem strukturellen Gegensatz privatwirtschaftlicher und staatlicher Daseinsvorsorge. Die staatliche Vorsorge bedroht, nach Auffassung der Zeitschrift für wirtschaftliche Interessen der Ärzte „status“, die PKV. Dort war Ende 1973 zu lesen: „Um ihre Existenz kämpfen schon seit einigen Jahren die privaten Krankenversicherungsgesellschaften. Die Bedrohung kommt aus den Reihen derjenigen Politiker, die eine staatlich oktroyierte Daseinsvorsorge über die private Eigeninitiative stellen.“ Die Architekten des Wohlfahrtsstaates, so wird gesagt, würden zu „Totengräbern der privaten Krankenversicherung“³⁷.

Nun ist nicht zu bestreiten, daß die ständige Weiterentwicklung der GKV, die immer weitere Kreise der Bevölkerung erfaßt oder es ihnen zumindest möglich macht, freiwillig der GKV beizutreten, den Markt für die PKV beträchtlich einzuengen in der Lage ist. In „status“ liest sich das wie folgt: Der Lebensraum der Branche werde ständig eingengt: „der Gesetzgeber löste während der letzten Jahre durch verschiedene Akte angestammte Personenkreise aus den Beständen der Branche heraus und überantwortete sie den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung“³⁸.

35 Werbung der Barmenia Versicherung im ‚Spiegel‘ und anderen Zeitschriften.

36 MEW, Bd. 25, S. 210 ff.

37 Vgl. dazu: status, Unabhängige Zeitschrift für Ärzte, Berufspolitische Nachrichten, Wirtschafts- und Finanzinformation, 15. 12. 73, S. 42.

38 Ebda.,

Gemeint sind vor allem das zu Beginn des Jahres 1971 einmalig ermöglichte Beitrittsrecht für nichtversicherungspflichtige Angestellte zur GKV, die erneute Beitrittsmöglichkeit für Rentner und die seit 1. 10. 1972 eingeführte Krankenversicherungspflicht für die in der Landwirtschaft arbeitende Bevölkerung. Dabei litt, wie „status“ vermeldet, der Bestand an Vollversicherungen Schaden. Aber zugleich nahm das Neugeschäft an Krankentagegeld- und selbständigen Teilversicherungen überdurchschnittlich zu. Die Statistik des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen zeigt denn auch noch keinerlei Auswirkungen für die Jahre 1969 bis 1971, denn die PKVen erwirtschafteten ihren Kapitaleignern eine „weit höhere Rendite“ als die private Lebens-, Schadens- und Unfallversicherung. Die Klagen und Anklagen gegen den sozialpolitischen Kurs der sozialliberalen Koalition können also nicht verdecken, daß die PKVen wirtschaftlich gesund sind.

Ob der Verlust der überwiegenden Zahl bisher vollversicherter Landwirte, „nämlich 825 000 Verträge“, den Privatversicherten ernsthaften Schaden zufügt, ist zu bezweifeln. Bislang jedenfalls konnte der jeweilige Prämien-Verlust meist durch den Abschluß von Zusatzversicherungen „in erträglichen Grenzen“ gehalten werden. Wie es scheint, fürchtet die PKV auch nicht so sehr die kleinen Rückschläge im Prämien-Fonds. Vielmehr sieht sie eine langfristige Gefahr in den strukturellen Veränderungen der „Zusammensetzung der Versicherungsgemeinschaft“. Sie fürchtet vor allem, es könnte sich die Meinung allgemein durchsetzen, „die gesetzliche Krankenversicherung sei die Grundversorgung der Bevölkerung in Sachen Krankheitskosten, und sie seien zur Deckung ausgesprochener Zusatzbedürfnisse da“³⁹.

Betrachten wir die Lage, wie sie wirklich ist, dann zeigen sich allerdings vorläufig noch starke Tendenzen gegen die Ausweitung der GKV auf die Gesamtbevölkerung. Vor allem fällt eine merklich steigende Zahl von Übertritten aus der GKV in die PKV auf. 1972 wurden 118 000 Übertritte registriert, im ersten Halbjahr 1973 schoß die Kurve schon auf 75 000 in die Höhe. Zwar wurden die Abgänge, die durch die Öffnung der GKV ausgelöst wurden, noch nicht kompensiert. Dies kann allerdings sehr bald der Fall sein. Denn für bestimmte soziale Gruppen gibt es mindestens zwei Gründe, die ihren Entschluß verstärken können, einer privaten Krankenversicherung beizutreten. Erstens haben es die Privatversicherten wirklich besser, wenn sie in der ersten oder zweiten Klasse im Krankenhaus liegen oder sich beim niedergelassenen Arzt zur Sprechstunde anmelden, auch wenn sie von den Chefärzten und auch ganz allgemein mehr geschröpft werden als die Mitglieder der GKV; aber solange sie diese Kosten erstattet bekommen, stört sie das nicht sonderlich. Und zweitens ist durch die Koppelung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV an die Dynamik der gesetzlichen Rentenversicherung, die bei inflationärer Einkommensentwicklung zu ständigen Beitragserhö-

39 Vgl. dazu: status, a.a.O., S. 42.

hungen vor allem für die besser verdienenden Angestellten führt, immer ein Grund gegeben, die günstigeren Versicherungsprämien privater Krankenversicherungen auszunutzen.⁴⁰ Immerhin betrug die Prämiensteigerung für den vollversicherten Privatpatienten in den letzten zehn Jahren nur 230 %, während ein vergleichbarer Alleinstehender, der sich freiwillig in der GKV weiterversicherte, 375 % mehr zahlen mußte.

Seit Ende 1971 gibt es die Möglichkeit der „Zusatz-Krankengeld-Versicherungen“. Am 15. 12. 1971 haben die Ortskrankenkassen durch ihren Bundesverband mit der Gemeinschaft der privaten Krankenversicherer eine Vereinbarung getroffen, die es jenen Mitgliedern der Ortskrankenkassen, deren monatliches Bruttoeinkommen die Versicherungspflichtgrenze (1973 bei 1725 DM) übersteigt, ermöglicht, eine private Versicherung für Zusatzkrankengeld abzuschließen.

Ob solche Vereinbarungen seitens der Ortskrankenkassen getroffen werden, um die privaten Krankenversicherungen zu unterstützen, oder etwa, um diejenigen, die beim Verlassen der Versicherungspflichtgrenze dazu neigen, auch die AOK zu verlassen, durch diese Möglichkeit bei der Stange zu halten, ist nicht eindeutig auszumachen. Jedenfalls zeigt sich hier eine Tendenz, die sich allmählich durchsetzen könnte, nämlich die Teilung der Krankenversicherung in einen gesetzlichen und in einen privaten Bereich als zusätzliche Absicherung. Da die privaten Krankenversicherungen seit langem hier einen neuen Markt entdeckt haben, den sie mit raffinierten Werbekampagnen zu erobern versuchen, ist die Vereinbarung über die „Zusatz-Krankengeld-Versicherung“ nur ein weiterer, wenn auch gefährlicher Verstärker dieses Trends.

Für die Weiterentwicklung der GKV wäre es ein Rückschlag, wenn ein immer größerer Teil der Sozialversicherungspflichtigen und die durch Öffnung der GKV für weitere Kreise der Bevölkerung hinzukommenden Sozialversicherungsberechtigten zu einer privilegierten Gruppe innerhalb der Gesamtmitgliedschaft der GKV würden und sie in zwei Lager mit unterschiedlichen sozialen Interessen spalteten. Es besteht nämlich die ernste Gefahr, daß Sozialversicherte mit zusätzlichen Versicherungen im Versorgungsbereich ihre „Extrawurst“ fordern und damit dem Geschäft mit der Krankheit Vorschub leisten.⁴¹ Private Versicherungen und Zusatzversicherung haben in allen Bereichen des Gesundheitswesens zur Folge, daß sich die An-

40 Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, die das langsamere Ansteigen der PKV-Prämien erklären. Die privatwirtschaftliche Wirtschaftsweise, die angeblich sui generis rationeller als jede andere ist, mag eine Rolle spielen, die aber aus verständlichen Gründen überbetont wird. Aus der Mitgliederstruktur der PKVen ergibt sich allerdings auch ein geringeres Risiko als bei den GKVen, was sich selbstverständlich in den Kosten niederschlägt.

41 Neben dem Problem der Zusatzversicherungen ist hier auch an die Auseinandersetzungen um die Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips im Bereich der Ersatzkassen zu erinnern.

strengungen der Ärzte und sonstigen an zusätzlichen Einnahmen Interessierten des Gesundheitswesens auf diesen Patientenkreis konzentrieren, daß die Klassenmedizin nicht abgemildert, sondern verschärft wird, ohne daß dies die betroffene Klasse zu solidarischem Kampf gegen diese soziale Ungerechtigkeit veranlassen würde. Denn die Sozialversicherten sind nahezu identisch mit der Klasse der Lohn- und Gehaltsabhängigen. Gibt man den höheren Einkommensgruppen die Chance, im Bereich Gesundheitswesen den privatwirtschaftlichen Sektor aufzublähen, dann ist der Kampf gegen die Klassenmedizin vergeblich, dann ist es ein Teil der Sozialversicherten selbst, der es ermöglicht, daß der andere Teil weiterhin eine drittklassige Unterbringung und Versorgung im Krankenhaus, die Benachteiligung im ambulanten Bereich etc. in Kauf nehmen muß.

Diese Tendenz wird staatlich unterstützt. Bundesarbeitsminister Walter Arendt (SPD) vor der Mitgliederversammlung der Lebensversicherungs-Unternehmen e. V.: „Die quantitativ und qualitativ individuelle Vorsorge zur Ergänzung der gesetzlichen Sicherung entspricht dem Leitbild mündiger Bürger in unserer freiheitlichen Ordnung.“⁴²

Nach dem Mikrozensus vom April 1970 waren von der Gesamtbevölkerung 98,9 % (das sind 60,2 Mio Menschen) in irgendeiner Weise krankenversichert. Von diesen 60,2 Mio Versicherten gehörten 89 % einer gesetzlichen, 10 % einer privaten Versicherung an. 1 % ist durch Sozialhilfe, durch die Heilfürsorge der Polizei u. a. versichert. Von den 23,1 Mio RVO- und Ersatzkassenmitgliedern haben rund 1,6 Mio eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Von den als Rentner oder Familienmitglieder in den gesetzlichen Kassen versicherten Erwerbstätigen (das sind 1,78 Mio) waren 7 % Zusatzversichert. Die Pflichtversicherten der RVO- und Ersatzkassen neigen weniger als die freiwillig Weiterversicherten dazu, eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Von den freiwillig weiterversicherten Ersatzkassenmitgliedern waren 1970 18 %, von den freiwillig versicherten RVO-Mitglieder nur 12 % Zusatzversichert. Im Mikrozensus wird festgestellt, die Neigung der gesetzlich versicherten Erwerbstätigen, eine private Zusatzversicherung abzuschließen, habe in den Jahren von 1966—1971 zugenommen.⁴³ Bisher ist nicht untersucht worden, ob solche Bewegungen auch Bewußtseinsveränderungen signalisieren und sich auf die politische Einstellung auswirken.

2. Die niedergelassenen Ärzte

Das Konkurrenzverhältnis der GKVen zu den PKVen spielt in der Bewegung der Mitglieder zwischen den Versicherungen jedoch nur eine geringfügige Rolle. Es betrifft nur diejenigen, die sich freiwillig weiterversichern oder einer Privatversicherung beitreten können.

⁴² Dies am 28. 5. 1973, zitiert nach: Die Ortskrankenkasse 17, 1. 9. 1973, S. 570.

⁴³ Wirtschaft und Statistik 12/71, S. 771 ff.

Hier scheint die GKV am längeren Hebel zu sitzen. In den letzten fünf Jahren verlagert sich das Hauptversicherungsverhältnis eindeutig, wenn auch nur geringfügig, auf die GKV. Dagegen nehmen die privaten Zusatzversicherungen ständig zu.⁴⁴ Den Ärzten kommt diese Entwicklung besonders entgegen. Denn die privat- oder zusatzversicherten Patienten sind es, mit denen sie die Freiheit von Arzt und Patient ideologisch zu rechtfertigen vermögen. Für den Chefarzt am Krankenhaus sind sie sogar die wichtigste Einkommensquelle, während der niedergelassene Kassenarzt den Löwenanteil seines Einkommens durch den Sozialversicherten bezieht.

Es bezweifelt niemand, daß die Ärzte zu den Spitzenverdienern unserer Gesellschaft gehören. Günther Wollny fragte: „Welche rational vertretbaren Gründe mag wohl die soziale Krankenversicherung gehabt haben, aus den Beiträgen der Versicherten die Kassenärzte so hoch zu honorieren, daß daneben nur noch die Spitzenkräfte aller anderen akademischen Berufe mithalten können? Wenn die Wirtschaft die Position eines leitenden Angestellten mit 100 000 Mark ausschreibt, so ist das eine relativ seltene berufliche Spitzenposition, in der hohe Leistung erwartet wird; für den Kassenarzt über die Straße ist das ein Durchschnittseinkommen.“⁴⁵

Nach der amtlichen Kostenstrukturerhebung von 1971, die als die wichtigste Informationsquelle über die wirtschaftliche Lage der niedergelassenen Ärzte gilt, betrug der Jahresumsatz in der Praxis des niedergelassenen Arztes durchschnittlich 178 500 DM, der Reinertrag lag bei 115 600 DM. Der Anteil der Privatpraxis ist seit dem Jahre 1967 von 19,6 % auf 15,3 % zurückgegangen. Zwar sind die Kosten in den letzten Jahren auch für die Ärzte gestiegen, aber die Statistik belegt, daß die ärztlichen Einkommen in den Jahren von 1963 bis 1971 mit 132,3 % um 17 % schneller als die Bruttoarbeitseinkommen (98,2 % im selben Zeitraum) wuchsen. Der Reinertrag wurde pro Praxis für 1972 auf 127 000, für 1973 auf 137 000 DM hochgerechnet.⁴⁶

3. Der Arzneimittelmarkt

Von den Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 1971, die mit 31,14 Mrd. DM angegeben sind, entfiel zwar der größte Posten auf die „Krankenbehandlung in Anstalten“ (7,65 Mrd.). Aber schon knapp dahinter rangieren die Kosten für die ärztliche Behandlung. Sie betrugen 6,81 Mrd. DM, was 23 % der gesamten Leistungsaufwendungen dieses Jahres entsprach. Hinzu kommen 2,02 Mrd. (= 6,8 %) für die Zahnärzte. Mit diesen zusammen halten die niedergelassenen Ärzte die Spitze. Rund 4,2 Mrd. (= 17,7 %) waren Aufwendungen der Kassen für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apo-

⁴⁴ Ebda., S. 48.

⁴⁵ Günther Wollny in seinem sozialpolitischen Kommentar im Bayerischen Rundfunk am 19. 6. 1973, zitiert nach: Die Ortskrankenkasse 17, Sept. 73.

⁴⁶ Ulrich Geißler, Wirtschaftliche Lage der niedergelassenen Ärzte, in: Die Ortskrankenkasse 17, Sept. 73, S. 557 ff.

theiken.⁴⁷ Auch die Angaben für das Jahr 1972 zeigen, daß Ärzte und Zahnärzte zusammen den Löwenanteil des Kuchens der GKV für sich beanspruchen. Mit ihren 9,8 Mrd. DM liegen sie rund eine halbe Mrd. vor den Krankenhäusern. Die Apotheken, Verkäufer für die Pharmaindustrie, kassierten 1972 knapp 5,7 Mrd. DM.⁴⁸

„Rund 60 % des gesamten Arzneimittelumsatzes werden allein mit den Trägern der GKV verrechnet.“⁴⁹ Der Gesamtproduktionswert der Pharmaindustrie der BRD hat 1972 die 7-Mrd.-Grenze überschritten. Dieser Industriezweig stellt im Verteilungskampf eine Provokation besonderer Art dar. Die „unverantwortlichen Gewinnspannen bei Arzneimittelproduktion und -verkauf“ waren schon Gegenstand einer Anfrage im Bundestag.⁵⁰ „Die Preissituation auf dem Arzneimittelmarkt wird ausschließlich von den Profitinteressen der Pharmazeutischen Industrie bestimmt, die sich, von keiner gesetzlichen Maßnahme eingeschränkt, im Schutze der Ideologie von der freien Marktwirtschaft ungehindert gegen die Bedürfnisse der Bevölkerung nach optimaler Versorgung mit Arzneimitteln durchsetzen können.“⁵¹ Die Verschreibungsfreiheit der Ärzte, die nach § 368 der RVO ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein soll, kann sich relativ ungehindert entfalten. Die Ärzte wären außerdem überfordert, wollte man ihnen zumuten, jedesmal Preisvergleiche anzustellen.

Mit unglaublichem Werbeaufwand (1970 über 688 Mio. DM)⁵², begünstigt durch die Überbelastung des Arztes und die Unterbezahlung jener Leistungen, die einer psychosomatischen Medizin den Vorzug geben könnten, wird die relativ simple Heilmethode der Rezeptur zu einem wesentlichen Element ärztlicher Praxis. Von zweifelsfrei großartigen Möglichkeiten kausaler Pharmako-Therapie einmal abgesehen, hat die Mehrzahl der Pharmaka lediglich palliative Wirkung und kann die vielen Krankheiten unserer Zeit, die ihren Ursprung in unzumutbarem Stress, in Fließbandarbeit, Vereinsamung, zerstörten Familienverhältnissen, gesellschaftlichen Unsicherheiten und Miß-

47 AsM, 3/1973, S. 64.

48 AsM, 3/1973.

49 Wilhelm Braun, Der Arzneimittelmarkt in der BRD, Beiträge des Deutschen Industrie Instituts, Köln 10. Jg. 8/9 1972, S. 92. Vgl. auch: Bernhard Marowski, Arzt und pharmazeutische Industrie, in: Das Argument 60, S. 71 ff. Ferner Scholmer, a.a.O., S. 72 ff.

50 Vgl. Sitzungsprotokolle des Deutschen Bundestages, V. Wahlperiode, 159. Sitzung, 23. Januar 1968, S. 7702 (Hinweis bei W. Braun a.a.O.).

51 Ingeborg Simon, Die Preispolitik der Pharmazeutischen Industrie im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung und ihre Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Deppe u. a., a.a.O., S. 360. Vgl. H. Schäfer, Lohn und Preis und Profit heute, Frankfurt 1971, wo nachgewiesen wird, daß die von den Konzernen ausgewiesenen Profite von den realen im Jahre 1968 bis zum 7fachen übertroffen wurden.

52 Nach Berechnungen von Kakam Abel-Hadi, Monopolisierungstendenzen der pharmazeutischen Industrie und ihre Folgen für die Sozialversicherten, in: Deppe u. a., a.a.O., S. 369.

ständen haben, nicht kurieren.⁵³ Hier wird aber besonders deutlich, wie kommerzielle Interessen neuen Heilmethoden, die auf Palliative verzichten könnten, den Weg verbauen.

Die GKV hat keine Macht, diesen Interessen wirksam entgegenzutreten. Für sie bleibt vorerst nur der Weg, die Beiträge zu erhöhen und damit die lohn- und gehaltsabhängig Beschäftigten, die Sozialversicherten, noch mehr zu belasten. Der Staat ist zu eng mit dem ökonomischen System der BRD verbunden, als daß er seine Macht gegen die der Konzerne (und es sind dies nicht nur die der Pharmaproduktion) wirksam einzusetzen bereit wäre. Sein Interesse ist es vielmehr, daß die Mittel des Sozialbudgets, die über 25 % des Brutto-sozialprodukts verzehren, dazu dienen, die Kapitalverwertungsbedingungen zu verbessern und damit einen Beitrag zur Stabilisierung des soziopolitischen Systems zu bewirken. Eingriffe, die gegen Profitinteressen verstoßen, provozieren erbitterten Widerstand und rächen sich über kurz oder lang an denen, die sie vorgenommen haben.

4. Das Krankenhaus

Der schwächste Verhandlungspartner der GKV ist das Krankenhaus. Schon die Zersplitterung der Träger der Krankenhäuser (Kommunen, Länder, Gemeinnützige Vereine etc.) läßt es nicht zu, geschlossen aufzutreten und die Interessen der Patienten mit Nachdruck zu vertreten. Auf die rund 3600 öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser mit ihren rund 678 000 Betten, mit ihren ca. 45 000 Ärzten (fast so viele wie freipraktizierende) und Pflegekräften, ihrem technischen und sonstigen Dienstpersonal, vor allem aber mit ihren hochspezialisierten Einrichtungen und Leistungen, entfielen 1971 7,65 Mrd. DM aus dem Topf der GKV. Freipraktizierende Ärzte und Zahnärzte kassierten zusammen 9,8 Mrd. DM. Die Krankenhäuser mußten aus Steuermitteln mit rund 2 Mrd. subventioniert werden. Dies entspricht nach Berechnungen von Scholmer ziemlich genau der Summe, die die Chefärzte zusammen durch ihre Privatstationen neben ihren Bezügen als angestellte oder beamtete Ärzte verdienen.⁵⁴

Der von den Krankenhäusern ausgehende Kostendruck auf die GKV hat das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Neuregelung der Bundespflegesatzverordnung erzwungen. Künftig werden die Investitions- und Reinvestitionskosten zu je einem Drittel von Bund, Ländern und Gemeinden getragen. Die Gemeinden zahlen ihr Drittel als Umlage in einen Krankenhausfinanzierungsfonds, so daß der einzelne Träger künftig entlastet wird.

Die Krankenhauspflegesätze sollen bis zur Deckung der Benutzerkosten angehoben werden. Ob dies tatsächlich gelingt, ist noch nicht

⁵³ Vgl. dazu Hans Braun, Soziale Sicherung, System und Funktion, Stuttgart 1972, S. 73 ff.

⁵⁴ J. Scholmer, Die Krankheit der Medizin, Neuwied 1971, S. 30.

abzusehen. Auf jeden Fall wird dies nicht möglich sein, ohne die Pflichtbeiträge der Sozialversicherten ein weiteres Mal um einen erheblichen Prozentsatz anzuheben. Offenbar in der Gewißheit des Gesetzgebers, daß die Pflegesätze auch nach der neuen Pflegesatzverordnung nicht hoch genug, nicht kostendeckend sein werden, bleibt es nach § 8 dieser Neufassung dem Krankenhausträger überlassen, von den Selbstzahlern einen Beitrag zu verlangen, der über den Selbstkosten liegt. „Hier wäre eine Möglichkeit gegeben, beim Angebot gesondert berechenbarer Leistungen zu einem Überschuß zu gelangen.“⁵⁵

Den Krankenhäusern wird also nahegelegt, weiterhin unterschiedliche ärztliche und pflegerische Leistungen anzubieten, um die GKV nicht zu sehr belasten zu müssen. Die Privatpatienten und Selbstzahler sind als zusätzliche Einkommensquelle einkalkuliert. Damit wird die Klassenmedizin — trotz aller gegenteiligen Beteuerungen — nicht nur beibehalten, sondern zementiert. Wenn die besser zahlenden Privatpatienten das Defizit decken müssen, wollen sie dafür auch Sonderleistungen, wollen Privatzimmer und privat liquidierende Chefärzte. Die Folgen trägt der Kassenpatient auf der 3. Pflegeklasse. Hier gibt es nur eine Lösung. Die Sanierung der Krankenhäuser muß durch eine höhere Besteuerung der Gewinne der Unternehmen, d. h. über eine Steuerreform und gerechtere Umverteilung des Sozialprodukts zugunsten der Arbeiterklasse erreicht werden. Jeder andere Weg ist letztlich zum Scheitern verurteilt.

V. Zur Strategie der Verteilungspolitik im Kapitalismus

Im Verteilungskampf um das Sozialprodukt unter kapitalistischen Produktionsverhältnissen haben die Lohn- und Gehaltsabhängigen zweifellos eine schwache Stellung. Je nach Grad der Monopolisierung eines Marktes, sei es durch Konzerne oder durch einen Berufsstand wie den der freipraktizierenden Ärzte, haben die Monopolisten die Möglichkeit, den preisregulierenden Mechanismus eines freien Marktes zu umgehen und ihre Ware oder Dienstleistung zu Monopolpreisen loszuwerden. Sie haben diese Möglichkeit auch dann, wenn die Geldquelle ein gesellschaftlicher Fonds ist.

So haben die Ärzte — durch ihr ambulantes Behandlungsmonopol — die Chance, über den Wert ihrer Leistungen hinaus bedeutende Extragewinne zu erzielen, die von den Großverdienern unter ihnen in profitablen Wirtschaftszweigen angelegt werden. Diese Tatsache ist den Sozialversicherten in der Regel unbekannt, spielt aber für die Bewußtseinslage der jeweiligen Ärzte eine ganz entscheidende Rolle. Sie schlagen sich rigoros auf die Seite des kapitalistischen Systems und können zu seinen entschiedensten Verteidigern ge-

⁵⁵ Vgl. Karl Brandecker, Zur Reform des Krankenhauswesens, Das Interesse des Krankenhauses am Selbstzahler bisher und in Zukunft, Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., Köln 1974, S. 59.

rechnet werden. Der Arzt als Anwalt der Armen ist zur Seltenheit geworden.

Die besondere Stellung des Arztes in der kapitalistischen Gesellschaft und die Übernahme seiner ständischen und kommerziellen Interessen durch die KVen verschleiern die simple Tatsache, daß seine Tätigkeit fast alle wesentlichen Merkmale des Gewerbetreibenden mit einem (allerdings sehr nützlichen und sehr notwendigen) Dienstleistungsbetrieb besitzt. Wie jede andere Dienstleistung ist auch die medizinische Leistung des Arztes mit eigener Praxis dadurch charakterisiert, daß der Dienstleistende seine Arbeitskraft auf Zeit an die Kunden verkauft. Von dieser Seite her gesehen ist der niedergelassene Arzt ein Arbeiter, aber einer, der über seine eigenen Produktionsmittel verfügt und deshalb selbständig ist. Er hat damit die Stellung eines selbständigen Handwerkers, der allein oder mit einigen Hilfskräften eine Werkstatt betreibt. Der Arzt hat jedoch den großen Vorteil, daß er mit seiner Arbeitskraft und Berufsqualifikation das einzige produktive Gut, über das abhängig Beschäftigte verfügen, nämlich die gesunde Arbeitskraft, schützen oder wiederherstellen kann. Gesundheit ist die unabdingbare Voraussetzung dafür, daß die eigene Arbeitskraft dem Produktionsmittelbesitzer auf dem Arbeitsmarkt angeboten und gegen Lohn oder Gehalt verkauft werden kann.

Da nun der Arzt die hohe Wertschätzung seiner eigenen Arbeit kennt und ohne ihn, dank seiner Monopolstellung, keine Krankheit, damit aber auch keine Leistung der Krankenkasse, anerkannt wird, ist er in der Lage, sowohl materiell als auch machtpolitisch und ideologisch Kapital aus seiner Position zu schlagen. Parallel mit der Weiterentwicklung der GKV erkämpften sich die Ärzte im Verlauf dieses Jahrhunderts das Monopol der ambulanten Behandlung, setzten die geballte, straff organisierte Macht ihrer Standesorganisation gegen ruinöse kapitalistische Konkurrenz ein⁵⁶, sorgten stets dafür, daß das Angebot an Ärzten knapp blieb (noch heute herrscht numerus clausus, der den Arztberuf inzwischen selber schädigt)⁵⁷ und produzieren eine elitäre Weltanschauung.⁵⁸

Die Standesorganisationen der Ärzte haben es bisher im kapitalistischen Verteilungskampf fertiggebracht, ihre Zwangsmitglieder

56 Jüngster Beleg ist das hohe Bußgeld, das das Bundeskartellamt wegen Boykottandrohungen gegen die Repräsentanten der Bundesärztekammer verhängte. (Vgl. Frankfurter Rundschau vom 20. 3. 1974.) Die Drohung hatte sich gegen zwei medizinisch-technische Dienstleistungsunternehmen gerichtet, die davon abgebracht werden sollten, für niedergelassene Ärzte Laboruntersuchungen auszuführen, „um niedergelassene Laborärzte vor finanziellen Nachteilen zu bewahren“. Ob das Urteil rechtskräftig wird, bleibt abzuwarten.

57 Vgl. Udo Schagen, Numerus clausus und Ausbildungsqualität, in: Deppe u. a., a.a.O., S. 314 ff.

58 Vgl. Klaus Zechmeister, Arzt und Weltanschauung, Philosophisches in der Medizin der BRD, Berlin/DDR 1972.

konsequent und erfolgreich zu vertreten. Denn trotz der paritätischen Mitbestimmung in den Krankenkassen gelang es den Gewerkschaften bisher nicht, die überhöhten Ansprüche der KVen abzuweisen.⁵⁹

Der Sozialversicherte zahlt schließlich die Zeche, und da er sie zahlen muß, ganz gleich, ob er häufig, selten oder nie krank wird, fragt er auch nicht, was ärztliche Dienstleistung kostet. Da der Arzt der einzige ist, der das Recht hat, ihm Zugang zu dem Fonds der Krankenversicherung zu verschaffen, holt er sich mit seinem Arztbesuch lediglich die ihm rechtlich zustehende, längst bezahlte Leistung ab. Ob der Sozialversicherte sich krank fühlt oder ob er krank ist, kann der Arzt ohnehin nur an seinen begrenzten Maßstäben messen. Die Versuche, über Kostenbeteiligung und Krankenscheinprämie⁶⁰ den ständig steigenden Krankenstand herabzudrücken, zeugen lediglich davon, daß die Sachwalter des Kapitals und des Fonds der GKV nicht berücksichtigen, daß es Krankheiten gibt, die nur im Zusammenhang mit dem Beruf arbeitsunfähig machen. Die Flucht in die verschriebene Krankheit ist in diesen Fällen die letzte Möglichkeit, seine Gesundheit zu erhalten.

Gegen die Front derer, die das Geschäft mit der Krankheit zu einer Grundsatzfrage gemacht haben und mit diesem Geschäft die Arbeiterklasse zusätzlich ausbeuten, kann sich nur die organisierte Macht der Arbeiterklasse selbst helfen. Die Gewerkschaften des DGB sind deshalb aufgerufen, diese Herausforderung anzunehmen und eine Gegenstrategie zu entwickeln, die die GKV zu einem Instrument der Sozialversicherten macht, sie vereinheitlicht, reorganisiert und ihre Mittel stärker als bisher im Interesse ihrer Mitglieder verausgabt.

59 Frieder Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg i. B. 1967.

60 Zur Krankenscheinprämie (§ 188 RVO) vgl. die Forderung der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft DAG in ihrem Memorandum zur Weiterentwicklung der GKV vom März 1973.

Dorothee Löber

Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Strukturreform

1. Die wachsende Bedeutung der Gesundheitspolitik

Im Vorwort zu dem 1971 erstmals herausgegebenen Gesundheitsbericht der Bundesregierung stellt die damalige Gesundheitsministerin Käte Strobel fest: „In unserer Zeit des technologischen und zivilisatorischen Fortschritts ist Gesundheit leider nicht mehr selbstverständlich.“¹ Gemeint ist damit mehr als eine Banalität, gemeint ist, daß in einem hochindustrialisierten Staat die Gesundheit der Lohnabhängigen für die Reproduktion des Systems eine zunehmend wichtige Rolle spielt, die Formen ihrer Wiederherstellung daher auch unter kapitalistischen Bedingungen zunehmend staatlicher Lenkung bedürfen. Der Gesundheitsbericht wie der Tenor seines Vorworts sind als Reaktion auf offensichtliche Mängel der Gesundheits-sicherung in der BRD zu verstehen, die durch eine hohe Zahl von Arbeitsunfällen, mangelnde medizinische Versorgung vor allem in den ländlichen Gebieten, völlig unzureichende psychiatrische Versorgung, geringen Ausbau eines Systems von Vorsorgeuntersuchungen u. ä. gekennzeichnet sind. Diese Mängel wurden Ende der sechziger Jahre zum ersten Male Gegenstand breiter politischer Kontroversen. Als eine der ersten Organisationen, die in der beginnenden intensiven Diskussion Stellung nahm, gab das Wirtschaftswissenschaftliche Institut der Gewerkschaften 1971 eine Broschüre zur Gesundheitssicherung in der BRD heraus², in der schwerwiegende Mängel der gegenwärtigen Struktur des Gesundheitswesens aufgezeigt und konkrete Verbesserungsvorschläge dargelegt wurden. In der Folgezeit erschien eine Fülle von Stellungnahmen und Forderungen verschiedenster Verbände und Parteien zur Gesundheitspolitik, wobei die Forderungen der Gewerkschaften, der DKP und fortschrittlicher Teile der SPD nach wesentlicher Umstrukturierung des Gesundheitswesens im Interesse der lohnabhängig Arbeitenden gegen die Einzelinteressen verschiedener Standesorganisationen im Gesundheitssektor, gegen die Interessen von CDU/CSU, der Bundes-

1 Käte Strobel, Vorwort in: Gesundheitsbericht. Stuttgart — Berlin — Köln — Mainz 1971.

2 Erwin Jahn, Hans-Joachim Jahn, Ernst Otto Krasemann, Wolfgang Mudra, Peter Rosenberg, Fritz Rudolph und Theo Thiemeyer: Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform. WWI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 20.

vereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BdA) und vor allem der ärztlichen Standesorganisationen, die das bestehende System der sozialen Sicherung erhalten wollen³, standen.

Die Diskussion um das Gesundheitswesen traf auf ein breites öffentliches Interesse. Indikator dafür ist die verstärkte Einbeziehung gesundheitspolitischer Probleme in die Programme der Rundfunk- und Fernsehanstalten und in die Presse. Indikator dafür sind auch Konferenzen wie die der Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen in der SPD im Oktober 1973, auf der zahlreiche Beschlüsse gefaßt wurden, die auf die Demokratisierung des Gesundheitswesens zielen⁴.

Auch staatliche Organe und Sozialversicherungsträger zeigten ein zunehmendes Interesse am Gesundheitswesen; dieses resultierte daraus, daß die Kosten für den Gesundheitssektor überproportional zum übrigen Sozialbereich stiegen. „Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung schätzt die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen ohne die Verwaltungskosten im Jahre 1973 auf 40 Milliarden DM. Die Aufwendungen werden sich innerhalb von 5 Jahren fast verdoppelt haben. Das bedeutet gegenüber der davorliegenden Periode 1962—1967 eine deutliche Beschleunigung des Ausgabenanstiegs. In dieses Bild paßt es, wenn im Sozialbudget 1973 festgestellt wird, daß die Funktion Krankheit mit rund 48 Milliarden DM für 1972 neben dem Alter die stärkste Einzelfunktion ist. Die Quote am Bruttosozialprodukt hat von 4,7 % auf 5,8 % zugenommen und ein weiterer Anstieg auf 6,3 % in 1977 wird erwartet.“⁵ Diese massiven Kostensteigerungen sind auf prinzipielle Mängel der Struktur der Krankenversorgung, vor allem auf die immer deutlicher werdende unzweckmäßige Abstimmung von ambulanter und stationärer Versorgung mit der Folge finanzieller Doppelbelastung, auf den rapiden wissenschaftlich-medizinischen Fortschritt und auch auf einzelne Verbesserungen der Gesundheitsversorgung, z. B. von den Kassen bezahlte Vorsorgeuntersuchungen, zurückzuführen — um nur einige Faktoren zu nennen.

Hält man die gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse für unveränderlich, so liegt angesichts dieser Entwicklung die Konsequenz nahe, es sei eine Illusion zu meinen, daß die Errungenschaften der Medizin allen Patienten zugute kommen könnten, denn die dadurch entstehenden Kosten seien untragbar, ein Schluß, wie ihn der

3 Vorstand der Bundesärztekammer, vorgelegt dem 76. Deutschen Ärztetag 1973 in München: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft (als Manuskript gedruckt), S. 8 ff.

4 Vorstand der SPD (Hrsg.): Angenommene Anträge und Entschließungen der Bundeskonferenz der Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen, 19.—21. Oktober 1973. Duisburg, S. 66—70.

5 Hans-Georg Wolters: Perspektiven der Gesundheitspolitik, in: Bulletin (Informationsdienst der Bundesregierung) vom 19. September 1973, S. 1120.

Sozialmediziner Hans Schäfer zog.⁶ In der Absicht, die Bevölkerung davon zu überzeugen, daß nicht jedermann medizinischen Fortschritt für sich beanspruchen dürfe, werden z. B. von CDU-Staatssekretären Apokalypsen konstruiert; so wurde auf der Grundlage schwedischer Berechnungen orakelt, „daß bei einer Steigerung der Kosten für das Gesundheitswesen im gegenwärtigen Tempo bereits im Jahre 2008 mit dem Finanzvolumen, das dem Staat zur Verfügung steht, nur noch Maßnahmen des Gesundheitswesens zu finanzieren wären.“⁷

2. Zur Stellung des Krankenhauses innerhalb des Gesundheitssystems

Die zunehmende Bedeutung des Krankenhauses zeigt sich u. a. in dem erhöhten Bedarf an Krankenhausleistungen, der sich darin ausdrückt, daß von 1960—1970 die Zahl der Pfl egetage um 17 % und die Zahl der stationär behandelten Patienten um knapp 26 % stiegen.⁸ Die Gründe für die höhere Krankenhaushäufigkeit sind teilweise auf das veränderte Morbiditätsspektrum zurückzuführen, vor allem aber, wie schon oben angedeutet, auf die mangelhafte Struktur des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens, in der die Krankenhäuser durch das Fehlen eines abgestuften Versorgungssystems mit dysfunktionalen Aufgaben belastet werden, z. B. mit Pflegefällen. Ein anderer Grund ist die verbesserte Gesundheitsversorgung durch Delegation von traditionellen Aufgaben der Familien auf öffentliche Einrichtungen: „Die Zahl der Entbindungen im Krankenhaus hat sich von 66,3 % im Jahr 1960 auf 91,6 % im Jahr 1970 erhöht, die Zahl der klinikinternen Sterbefälle im gleichen Zeitraum von 43,9 % auf 51,5 %.“⁹ Natürlich hat auch die gesteigerte Lebenserwartung einen großen Einfluß auf die Krankenhaushäufigkeit: „1975 wird es in Deutschland ein Drittel mehr alte Leute über 65 Jahren geben als heute (1965 — D. L).“¹⁰ Entsprechend dem gestiegenen Bedarf an Krankenhausleistungen erhöhte sich auch die Zahl der Beschäftigten im Krankenhaus von 1960 bis 1967 um 32 % auf 479 000.¹¹ Vor allem aber nahm die Zahl der hauptberuflich im Krankenhaus tätigen Ärzte sehr stark zu, so daß 1973 erstmals mehr Ärzte im Krankenhaus in freier Praxis tätig waren.¹²

6 Frankfurter Rundschau vom 8. 3. 74.

7 Fritz Beske: Entwicklungstendenzen in der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck „Deutsches Ärzteblatt“, 70. Jg. (1973), Heft 37, S. 2385—2391 und Heft 38, S. 2457—2461.

8 Dieter von Leszczynski: Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Berichte des Deutschen Industrieinstitutes zur Sozialpolitik, 6. Jg. (1972), Nr. 8, S. 5.

9 Johannes Siegrist: Das Krankenhaus aus soziologischer Sicht. Sonderdruck aus: Themen der Krankenpflege, 1. Jg. (1973), Bd. 2, S. 243.

10 Hans-Hinrich Flöter und Johann Jürgen Rohde: Gesundheit, in: Deutschland 1975. München 1965, S. 193.

11 Vgl. Wirtschaft und Statistik, 1962, S. 136; 1969, S. 201.

12 Joseph Stockhausen: Der ärztliche Beruf in der Bundesrepublik Deutschland 1973. Köln 1973, S. 24.

Alle diese Faktoren führten natürlich auch zu einer immensen Kostensteigerung im Krankenhauswesen: „Die 3 Hauptleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfordern 1973 11,3 Milliarden DM für Anstaltsbehandlung, 8,3 Milliarden DM für ärztliche ambulante Behandlung und 6,5 Milliarden DM für Arzneimittel aus Apotheken. Die Steigerungsraten 1972/73 liegen in der gleichen Reihenfolge bei 22 %, 10 % und 14,7 %.“¹³ Noch plastischer wird diese Kostensteigerung, wenn man feststellt, daß von der gesamten GKV 1950 21,68 DM je Versicherten für Krankenhauskosten ausgegeben wurden, jedoch im Jahre 1968 150,52 DM.¹⁴

Die wachsende Bedeutung der stationären Behandlung im Gesundheitssystem ließ natürlich auch die Struktur des Krankenhauswesens nicht unberührt. Zur Verdeutlichung dieser Strukturveränderung soll folgende Tabelle dienen¹⁵:

Krankenhäuser und planmäßige Betten

Jahresende	insgesamt	öffentliche Krankenhäuser	freigemeinnützige	private
1960	3604	1385	1307	907
1966	3617	1356	1288	973
1971	3545	1340	1248	957

Planmäßige Betten

1960	583 513	326 413	215 120	41 980
	(100 %)	(55,9 %)	(36,9 %)	(7,2 %)
1966	640 372	352 603	233 651	54 118
	(100 %)	(55,1 %)	(36,5 %)	(8,5 %)
1971	690 238	377 477	251 780	60 979
	(100 %)	(54,7 %)	(36,5 %)	(8,8 %)

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß die Zahl der Krankenhäuser in den letzten Jahren abgenommen, die der Krankenhausplanbetten jedoch zugenommen hat: es ist also ein Trend zu größeren Krankenhäusern festzustellen, die Durchschnittsgröße des Krankenhauses wuchs von 177 planmäßigen Betten im Jahre 1966 auf 195 im Jahre 1971 an. Der relative Anteil der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser an der Gesamtzahl der planmäßigen Betten nahm im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern seit 1960 ab. Die Bettendichte von 11,2 planmäßigen Betten je 100 000 Einwohner erscheint im internationalen Vergleich relativ hoch: in der UdSSR,

¹³ Wolters, a.a.O., S. 1121.

¹⁴ Wolfgang Wekel: Zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, in: Die Ortskrankenkasse, 52. Jg. (1970), Nr. 23, S. 774 f.

¹⁵ Dieter Deininger: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland im Spiegel der Statistik 1971, in: Das Krankenhaus, 65. Jg. (1973), S. 105.

Italien, Großbritannien, USA, Niederlande und Frankreich ist die Bettendichte in der Reihenfolge ihrer Aufzählung niedriger, in der DDR und in Schweden ist sie allerdings höher.¹⁶ Die Bettendichte ist jedoch nur ein Kriterium zur Beurteilung der Qualität eines Krankenhauswesens, zur präzisen Beurteilung müssen u. a. Daten zur Struktur und zum Alter der Krankenhäuser¹⁷ mit herangezogen werden.

II. Die Diskussion um die Entstehung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bis zum Regierungsentwurf im Dezember 1970

Wenn die Probleme des Krankenhauswesens sich auch erst am Ende der sechziger Jahre soweit verschärften, daß Veränderungen unumgänglich wurden, so währte die Diskussion um die Richtung der Veränderung — damals allerdings in einer beschränkten Öffentlichkeit — schon wesentlich länger. Um Veränderungen der Finanzierungsart der stationären Krankenversorgung vorzubereiten, wurde vom Bundeswirtschaftsministerium im Jahre 1957/58 eine Fragebogenaktion durchgeführt, mit dem Ziel, die Höhe der Kostenunterdeckung in westdeutschen Krankenhäusern festzustellen.¹⁸ Das für 1957 errechnete Defizit gegenüber den Selbstkosten im Krankenhaus betrug 280 Millionen DM, wobei die üblicherweise geleisteten Betriebszuschüsse durch die Gemeinden schon abgezogen waren. Eine Weiterrechnung des Defizits durch das Bundesgesundheitsministeriums auf dieser Grundlage ergab für das Jahr 1964 eine Kostenunterdeckung von 785 Millionen DM. Die Summe hatte sich vor allem deshalb so stark erhöht, weil die in der vorhergehenden Rechnung angenommenen fehlerhaften Daten jetzt korrigiert waren, nämlich durch eine Senkung der Annahme der Nutzdauer für langfristige Anlagen von 100 auf 50 Jahre und eine Annäherung der Wiederbeschaffungswerte pro Bett an die realen Werte.

Die entscheidende Ursache für die hohen Defizite war die Regelung der Krankenhausfinanzierung durch die alte Bundespflegesatzverordnung vom 1. August 1954. Die Überlegungen zur Reform der Krankenhausfinanzierung konzentrierten sich deshalb auf eine Veränderung dieser Verordnung, die auf der Grundlage des Preisge-

16 Deutsches Ärzteblatt, 71. Jg. (1974), Heft 3, S. 126.

17 Nach dem Gesundheitsbericht der Bundesregierung stehen „mehr als ein Drittel aller planmäßigen Betten ... in Krankenhäusern, die älter als 50 Jahre sind“. Strobel, a.a.O., S. 133.

18 Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966 (Drucksache V/784) über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik, Bundestagsdrucksache V/4230 (Krankenhausenquête), S. 9 f. Die folgenden Angaben des historischen Ablaufs der Diskussion bis zu dem oben genannten Beschluß der Bundesregierung vom 1. Juli 1966 beziehen sich alle auf diese Quelle.

setzes vom 10. April 1948 erlassen worden war.¹⁹ Ihre wesentlichen Bestimmungen waren:

1. Allgemein regelt die Verordnung Modalitäten für die Berechnung der Pflegesätze für die Sozialversicherten und Sozialhilfempfänger und ist auch für Selbstzahler der 3. Pflegeklasse maßgebend, jedoch nicht für Privatpatienten der 1. und 2. Pflegeklasse.

2. Die Festsetzung der Pflegesätze wird von den Sozialversicherungsträgern und den Krankenhausträgern ausgehandelt. Kommt dabei keine Einigung zustande, so müssen die Kosten- und Ertragslage der Krankenhäuser und die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen berücksichtigt werden, was zu einer erheblichen Einschränkung der Festsetzungsmöglichkeiten führt. Nach den Preisvorschriften des oben zitierten Gesetzes werden die Pflegesätze dann von den Preisbildungsstellen der Länder festgesetzt, wobei das Ergebnis der Einigungsverhandlungen der beiden Verhandlungspartner zu berücksichtigen ist. Für die Berechnung der Pflegesätze werden die Selbstkosten, die unter sparsamer Wirtschaftsführung bei stationärer Behandlung entstehen, zugrundegelegt.²⁰

3. Die Bundespflegesatzverordnung bildet nur eine Rahmenverordnung für die obersten Landesbehörden. Diese erlassen Landespflegesatzverordnungen, in denen die Höhe der Pflegesätze, die Krankenhausbettenwerte und die Abschreibungssätze im einzelnen geregelt werden. Die Länderverordnungen bestimmen außerdem die Klassifikation der einzelnen Krankenhäuser, die über die Pflegesätze hinaus zu zahlenden Nebenkosten und die sogenannte Gleitklausel, die es erlaubt, die durch Tarifänderungen erhöhten Personalkosten unverzüglich auf die Pflegesätze umzulegen. Über die Pflegesätze hinaus wurden die Kosten der Krankenhäuser einerseits durch Finanzhilfen der Länder gedeckt. Diese Unterstützung war allerdings freiwillig. Andererseits leisteten die Kommunen als Träger Betriebszuschüsse zu ihren Krankenanstalten. Diese Regelung hat historische Ursachen: „Die Städte hatten vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung die ärmsten Schichten der Bevölkerung auf Kosten der öffentlichen Armenpflege in Krankenhäusern behandelt; nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde ihnen ein Teil der sozialen Last abgenommen, so daß es fast eine

19 Gesetzestext der Bundespflegesatzverordnung, in: Krankenhausfinanzierungsgesetz, Textausgabe mit Materialien zur Entstehungsgeschichte und einer erläuternden Einführung bearbeitet von Herbert Harsdorf und Gottfried Friedrich. Köln — Stuttgart — Berlin — Mainz 1972, S. 46.

20 Zu den Selbstkosten gehören: 1. Die Kosten für Verpflegung, den medizinischen Bedarf, das Personal, für Heizung, Energie, Wasser, Reinigung etc., abzüglich der Betriebszuschüsse der Kommunen. 2. Zinsen für das Fremdkapital in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, höchstens aber mit dem marktüblichen Zinssatz der erststelligen Hypothek der öffentlich-rechtlichen Kreditanstalten. 3. Absetzungen für Abnutzungen, jedoch nicht für zerstörten Anlagewert. 4. Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung. Alle übrigen Kosten der Krankenversorgung zählen nicht zu den Selbstkosten.

Pflicht war, den Krankenanstalten Zuschüsse zu gewähren bzw. die Krankenkassen zu unterstützen.“²¹

Die Konsequenzen dieser Regelung wurden in der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der SPD zur Gesundheitspolitik im Juni 1968 zusammenfassend formuliert: „Nach der Pflegesatzverordnung des Bundes werden bestimmte Krankenhausbenutzer oder deren Kostenträger aus gesundheits-, wirtschafts- und sozialpolitischen Gründen nicht mit den vollen Krankenhauskosten belastet. Deshalb sieht die alte Bundespflegesatzverordnung vor, daß näher bezeichnete Kosten bei der Pflegesatzfestsetzung nicht berücksichtigungsfähig²² und die herkömmlich geleisteten Zuschüsse von den Kosten abzusetzen sind. Darüberhinaus werden in der Praxis weniger als die Wiederbeschaffungswerte je Bett als Abschreibungsgrundlage eingesetzt. Außerdem ist neben der Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger zu berücksichtigen. Insgesamt können aus diesen Gründen mit den Erlösen aus den Pflegesätzen die bei sparsamer Wirtschaftsführung der Krankenanstalten entstehenden Selbstkosten nicht voll gedeckt werden.“²³

In der Diskussion um eine Neuregelung der Krankenhausfinanzierung entwickelten die Sozialversicherungsträger Anfang der sechziger Jahre die Konzeption des sog. zweigeteilten Pflegesatzes. „Danach sollte die öffentliche Hand die Kosten für Errichtung und Bereitstellung der Krankenhäuser — die sogenannten Vorhaltekosten — übernehmen, während die Krankenhauspatienten bzw. die zur Zahlung verpflichteten Institutionen die Kosten tragen sollten, die durch die Benutzung der Krankenhäuser entstehen (Benutzerkosten).“²⁴ Die Reaktion der CDU/CSU-Regierung auf diese Forderungen war im August 1965 die Vorlage eines Änderungsentwurfes zur alten Bundespflegesatzverordnung, nach der die öffentlichen Investitionshilfen und die herkömmlichen Betriebszuschüsse von den Kosten, die in die Pflegesatzermittlung eingehen, abgesetzt, im

21 Hans-Joachim Schlauss: Die Finanzierung von Krankenhausleistungen. Beiträge des Deutschen Industrieinstitutes, 7. Jg. (1969), Heft 6/7, S. 9.

22 Als nicht näher bezeichnete Kosten gelten folgende: 1. Zinsen für Fremdkapital, das für Beseitigung von Kriegsschäden, für die Deckung des Nachholbedarfs und für Einrichtungen, die nicht den Personen dienen, für die nach dieser Verordnung Krankenhauspflegesätze festgelegt wurden; verwendet werden; 2. über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehende Kosten für Forschung und Lehre; 3. Mehrkosten infolge vorübergehender Minderbelegung der Anstalt; 4. Aufwendungen wie Beratungsstellen und Wohlfahrtseinrichtungen des Betriebes, die nicht unmittelbar der Krankenversorgung dienen; 5. Zinsen für Eigenkapital (einschließlich Baukostenzuschüsse und sonstige Zuwendungen); 6. Tilgungsbeiträge für Fremdkapital.

23 Auszug aus der schriftlichen Antwort der Bundesregierung zu der großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik vom 12. Juni 1968, Anlage 4 zum Bericht der Bundesregierung, a.a.O., S. 73.

24 Leszczynski, a.a.O., S. 12.

übrigen aber die Kosten durch den Pflegesatz gedeckt werden sollten.²⁵ Offensichtlich wissend, daß diese Vorlage einige Brisanz in sich barg, wurde sie nicht im Bundeskabinett verabschiedet, sondern zur weiteren Beratung an die übrigen Bundesressorts, Länder und Verbände weitergegeben. In den darauf einsetzenden heftigen Auseinandersetzungen machten vor allem die Sozialversicherungsträger deutlich, daß es absolut untragbar sei, die rapide ansteigenden Krankenhauskosten auf die Krankenhausbenutzer, die zum größten Teil abhängig Arbeitende sind, abwälzen zu wollen. Der Protest gipfelte in einer Protestkundgebung der Sozialversicherungsträger im Januar 1966. Daraufhin sahen sich die Bundestagsparteien gezwungen, vor einer grundsätzlichen Neuregelung der Krankenhausfinanzierung im Bundestag auf eine ausführliche Analyse des Krankenhauswesens der BRD zu drängen. Der Bundestag beschloß deshalb in seiner Sitzung vom 1. Juli 1966, die Bundesregierung um einen Bericht (Krankenhausenquête) zu ersuchen, der eine Übersicht über die finanzielle Lage der Krankenhäuser, eine Darstellung der notwendigen Voraussetzungen für ein funktionales Krankenhauswesen und die Auswirkungen der beabsichtigten Änderungen der alten Bundespflegesatzverordnung enthalten sollte.²⁶

In der weiteren Diskussion wurden bereits 1968 in der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der SPD-Fraktion (s. o.) die künftigen Grundsätze der Krankenhausfinanzierung dargelegt. Abgerückt wurde von der Vorstellung voll kostendeckender Pflegesätze, da dies „eine sozialpolitisch wie konjunkturpolitisch nicht vertretbare Erhöhung der Beiträge zu den gesetzlichen Krankenkassen zur Folge haben würde.“ Diese Lösung des Problems hatte sich also als politisch nicht durchsetzbar erwiesen. Die Bereitstellung von Krankenhäusern wurde als eine öffentliche Aufgabe bezeichnet. Bei der öffentlichen Finanzierung sei es dann allerdings aufgrund der hohen Personal- und Investitionskosten nötig, daß sie gleichzeitig mit einer langfristigen, ordnenden und koordinierenden Planung der Länder verbunden werde. Um diese Grundsätze durchführbar zu machen, beschloß die Bundesregierung, eine Verfassungsänderung einzubringen, die dem Bund die Gesetzgebung über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser einräumen sollte. Gegen diese Art der Krankenhausfinanzierung sprachen sich vor allem die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus, die um ihre Autonomie fürchteten, wie u. a. aus einer Formulierung des Präsidenten dieser Gesellschaft auf dem Deutschen Krankenhaustag 1969 deutlich wurde: Eine „Investitionskostenregelung“ dürfe man nicht dazu benutzen, „das Selbstverwaltungsgefüge der Krankenhäuser auszuhöhlen.“²⁷

25 Bericht der Bundesregierung, a.a.O., S. 10.

26 Ebd.

27 Klagen über klamme Kassen, in: Deutsches Ärzteblatt, 66. Jg. (1969), Nr. 28, S. 2051.

Im Mai 1969 wurden die Ergebnisse der Krankenhausenquête an den Bundestag weitergeleitet. Zwar wurde die Enquête von seiten der deutschen Ärzteschaft und des Deutschen Instituts zum Teil mit Recht kritisiert — z. B. hatten sich eine viel zu niedrige Zahl von Krankenanstalten an der Untersuchung beteiligt, darunter u. a. in hohem Maße die Privatkrankenhäuser und Sonderkrankenhäuser, was die Aussagekraft des Berichts einschränkte²⁸ — jedoch waren einige wesentliche Ergebnisse der Enquête für die weitere Auseinandersetzung sehr wichtig:

1. Das Defizit betrug für das Jahr 1966 840 Millionen DM, nach Abzug aller Zuschüsse, wobei die Bettenzuwachsrate durch den zu erwartenden Bevölkerungszuwachs noch nicht eingerechnet ist.²⁹

2. Vor allem wurde das Pauschalssystem der Pflegesätze kritisiert: „Durch diese Pflegesatzregelung werden die ersten — leistungsintensiven — Krankenhaustage mit dem gleichen Satz vergütet wie die folgenden, weniger leistungsintensiven Krankenhaustage. Das kann dazu führen, daß die Verweildauer des Patienten über die medizinisch gebotene Mindestzeit ausgedehnt wird, um die kostenintensiven ersten Tage ausgleichen zu können.“³⁰ In dieser Regelung liegt also für die Krankenträger ein Anreiz für die Verlängerung der Verweildauer.

3. „Die Behebung des Bettenmangels und der Mängel der Krankenversorgung sind damit nicht allein eine Frage fehlender Neubauten, sondern auch eine Frage des Wandels der Organisationsform und der bisherigen Finanzierungsform sowie der Senkung der Verweildauer.“³¹

4. Für eine zukünftige Krankenhausfinanzierung wurde auf die angeführten Grundsätze der großen Koalition verwiesen.³²

Um diese Grundsätze durchzusetzen, wurde auf Initiative der großen Koalition am 12. Mai 1969 eine Grundgesetzänderung verabschiedet, wonach der Bund die bisher fehlende Bundeskompetenz zur Gesetzgebung über die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspfllegesätze“ eingeräumt bekam durch eine neue Ziffer 19a zum Artikel 74 GG. Für die Bundesregierung ergab sich so eine gesetzgeberische Möglichkeit für eine neue Form der Krankenhausfinanzierung. Im September 1970 wurde ein erster Referentenentwurf eines „Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ vorgelegt, der nach Überarbeitung vom Bundeskabinett im Dezember 1970 verabschiedet wurde und den langen Weg eines umstrittenen Gesetzes antrat.

28 Krankenhausfinanzierung ungesichert, in: Deutsches Ärzteblatt, 66. Jg. (1969), Nr. 39, S. 2677 und Schlauss, a.a.O., S. 41.

29 Bericht der Bundesregierung, a.a.O., S. 25.

30 Ebd. S. 32.

31 Ebd.

32 Ebd., S. 12.

III. Die Entstehung des KHG vom Regierungsentwurf bis zur Verabschiedung im Juni 1972

Die Beurteilung des KHG wird erleichtert, wenn man nicht allein vom fertigen Resultat, dem Gesetz, ausgeht, sondern seine Genesis rekonstruiert, denn in der Phase zwischen dem ersten Regierungsentwurf und der endgültigen Verabschiedung erfolgten wichtige Modifikationen, erschienen zahlreiche Stellungnahmen zum Gesetzentwurf durch unterschiedliche gesellschaftliche Interessengruppen. Vergleicht man diese Stellungnahmen mit dem verabschiedeten KHG, so wird durchsichtig, welches die eigentlich umstrittenen Punkte waren und wessen Interessen sich durchgesetzt haben. Voraussetzung zum Verständnis dieses Prozesses ist das Wissen um die Begründung der SPD/FDP-Regierung zur Vorlage des Gesetzes und das Wissen um den Werdegang des Gesetzes.

Die Intentionen der Bundesregierung bei der Vorlage des Gesetzesentwurfes werden im § 1, dem Grundsatz des KHG, folgendermaßen dargelegt: 1. Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, 2. Optimale Leistungsfähigkeit der Krankenversorgung durch bedarfsgerechte Gliederung der Krankenhäuser, 3. Beitrag zu sozial tragbaren Pflegesätzen³³. Die wesentliche Argumentation für die Einführung des KHG wird jedoch nicht im Wortlaut des Gesetzes, sondern in der Regierungsbegründung der Gesetzesvorlage deutlich: sie begründet die im Entwurf vorgesehenen Finanzhilfen des Bundes damit, daß sie einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Arbeitenden mit dem Wachstum der Wirtschaft konstatiert.³⁴

Bereits in den ersten Etappen der Gesetzesentwicklung³⁵ wurde während der öffentlichen Anhörung der interessierten Verbände im Mai 1971 deutlich, daß im wesentlichen vier Komplexe umstritten waren: 1. Die Abgrenzung der stationären gegenüber der ambulanten Versorgung, 2. Förderung der Krankenhäuser, 3. Vorschriften über Krankenhauspflegesätze, 4. Finanzhilfen des Bundes.

33 Bundesgesetzblatt (BGBl.), Teil I, 1972, S. 1009—1017.

34 Die Angaben über die verschiedenen Entwürfe des KHG und ihre Weiterentwicklung mit Begründung entstammen alle: Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf, Friedrich), a.a.O., hier S. 71.

35 Die wichtigsten Etappen der Gesetzesentwicklung waren: 1. Verabschiedung des Regierungsentwurfs im Dezember 1970. 2. Stellungnahme des Bundesrates dazu und Gegenäußerung der Bundesregierung in Bundestagsdrucksache vom Februar 1971. 3. Nach erster Beratung im Bundestag Weitergabe an den Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit als federführenden Ausschuß im März 1971. 4. Öffentliche Anhörung von über 30 Verbänden zum Entwurf des KHG im Mai 1971. 5. 2. und 3. Beratung des vom Ausschuß überarbeiteten Entwurfs vom Bundestag und Verabschiedung im März 1972. 6. Nach 2. Beratung im Bundesrat Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat mit Begründung im März 1972. 7. Verabschiedung der überarbeiteten Fassung im Bundestag und Bundesrat im Mai 1972.

1. Abgrenzung des Krankenhauses gegenüber der ambulanten Versorgung

Im § 2 des KHG werden Krankenhäuser als „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten ... gelindert werden sollen ... und in denen die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden können“³⁶ definiert. Mit dieser Formulierung wird die Möglichkeit ambulanter Versorgung in vom Gesetz geförderten Krankenhäusern eingeräumt, denn die medizinische Hilfeleistung wird nicht fest an die stationäre Unterbringung gekoppelt: der Patient *kann*, er *muß* aber nicht aufgenommen werden, um im Krankenhaus ein Anrecht auf ärztliche Behandlung zu haben. Zwar war diese Möglichkeit wesentlich für die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken gedacht — der Bundestagsausschuß konstatierte nachdrücklich, daß dadurch keine Ambulatorien ermöglicht werden sollten —, trotzdem läßt die Gesetzesformulierung Initiativen zu neuen Formen der Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Versorgung offen.

Gegen diese perspektivisch mögliche Einschränkung des monopolartigen Sicherstellungsauftrags der kassenärztlichen Vereinigung und damit auch gegen eventuelle Einkommensverschlechterungen der niedergelassenen Ärzte liefen die ärztlichen Standesorganisationen Sturm. Schon nach Erscheinen des Entwurfs zum KHG im Jahre 1971 gaben Bundesärztekammer (BÄK), der Verband der leitenden Krankenhausärzte, der Verband der Angestellten und Beamten der Ärzte Deutschlands (Marburger Bund — mb), der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), der Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine gemeinsame Stellungnahme zur Reform der Krankenhausfinanzierung ab, in der sie Maßnahmen gegen die Erweiterung der Krankenhäuser zu „unpersönlichen Ambulatorien“ ankündigten.³⁷

Sicher stellvertretend für diese verschiedenen Organisationen formulierte die KV ihre Interessen und stellte sich damit in Gegensatz zu den Interessen der Mehrheit der Bevölkerung, wenn sie konstatiert: „Bei einer vollen Institutionalisierung der Medizin wird das Hausarztssystem mehr und mehr eingeengt. Die Frage muß aber gestellt werden, ob es sich lohnt, in einer Gesellschaft freiberufliche Initiativen zu entwickeln, in der nur noch eine Interessenrichtung, nämlich die der abhängig Beschäftigten, gilt. Gerade der Pluralismus in unserer Gesellschaftsordnung zeigt an einigen deutlichen Beispielen, daß Wettbewerb und Vielfalt auch Gewinn sein können. In der Frage des Wettbewerbs kommt es aber darauf an, den Widerstrebenden gleich lange Spieße zu geben.“³⁸

36 BGBl., a.a.O., S. 1009.

37 Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1970/71, Sondernummer des Deutschen Ärzteblatts, 68. Jg. (1971), Heft 20a, S. 1592.

38 Aktuelle Probleme der Gesundheitssicherung, Sonderdruck aus „Der Kassenarzt“, Heft 5 und 6 (1973), S. 6.

Die CDU/CSU machte sich im Bundestagsausschuß zum Fürsprecher dieser reaktionären Standesinteressen, indem sie die Aufgaben des Krankenhauses über die stationäre Versorgung hinaus nur als solche für die Errichtung von Tag- und Nachtkliniken verstanden wissen wollte.³⁹ Diese Identität von Forderungen der CDU/CSU und ärztlichen Standesinteressen wird im weiteren noch häufig deutlich. Natürlich ist sie nicht nur durch personelle Verflechtung bedingt — der jetzige BÄK-Präsident Sewering ist z. B. Mitglied der CSU — sondern beruht auf objektiven Grundlagen. Sie darf jedoch nicht zu dem Kurzschluß verführen, von dieser Seite werde der Standpunkt kapitalistischer Rationalität vertreten, selbst wenn hier nach „Spießen“ für die „Freiberuflichen“, für die „Privatinitiative“ gegen die „abhängig Beschäftigten“ verlangt wird. Ähnlich wie die Einführung des Achtstundentages oder der Krankenversicherung selbst, die auch vom Standpunkt des Gesamtkapitalisten aus notwendig war, erkämpft werden mußte gegen das Einzelkapital und seine Organe, wird auch die Erweiterung der Krankenhäuser um Ambulatorien gegen kapitalistische Einzelinteressen durchgesetzt werden müssen, obgleich Ambulatorien den Interessen des Gesamtkapitals keineswegs entgegenstehen. Interessanterweise vertritt denn auch das Deutsche Industriemuseum in dieser Frage eine andere Haltung als die CDU/CSU. Es greift die Stellung der BÄK wegen seiner Haltung zur ambulanten Versorgung als standespolitisch motiviert an und begrüßt die neue Regelung.⁴⁰ Auch in der Broschüre des BdA zur Gesundheitspolitik werden teilstationäre Einrichtungen wie z. B. Nachsorgekliniken als eine Maßnahme zur maximalen Senkung der Krankenhauskosten gefordert.⁴¹

Der eigentliche Motor für die Öffnung des KHG gegenüber möglicher Einführung von Ambulatorien waren die SPD und die Gewerkschaften. Innerhalb der SPD gingen die gesundheitspolitischen Diskussionen inzwischen immerhin soweit, daß z. B. der sozialdemokratische Staatssekretär Wolters die ambulante Versorgung durch die frei praktizierenden Ärzte angriff und vorstationäre Diagnostik und Nachbehandlung im Krankenhaus forderte, weil dadurch kostenaufwendige Krankenhausaufenthalte von Patienten, die nur wegen der Diagnosestellung in das Krankenhaus aufgenommen werden müssen, entfielen.⁴² Auch der DGB verlangt eine Verbesserung der Integration von Krankenhaus und freier Praxis, v. a. die Möglichkeit zu nachstationärer Behandlung. Als Begründung wird lediglich die dadurch erreichbare Abkürzung der Krankenhausverweildauer an-

39 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich, a.a.O., S. 158.

40 Leszczynski, a.a.O., S. 32.

41 Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.): *Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung*, Köln 1973, S. 37.

42 Wolters, a.a.O., S. 1122.

gegeben.⁴³ Der DGB greift jedoch grundsätzlich das System der freipraktizierenden Ärzte nicht an.⁴⁴

Angesichts dieser Interessenkonstellation konnten sich die ärztlichen Partialinteressen nicht durchsetzen. Der § 2 eröffnet auch in seiner endgültigen Fassung die Möglichkeit ambulanter Behandlung im Krankenhaus.

2. Förderung der Krankenhäuser

Förderungsgrundsätze des Gesetzes

Im § 4 des KHG wird festgelegt, daß die Finanzierung der geförderten Krankenhäuser gemäß dem Prinzip einer Kostenteilung in Vorhalte- und Benutzerkosten geregelt werden soll. Die ersteren sind im Sinne des Gesetzes Investitionskosten, die die öffentliche Hand trägt, während die zweiten durch den Patienten getragen werden sollen. Dieses Prinzip der Krankenhausfinanzierung wurde von den meisten Gruppen, die an der Diskussion um die Krankenhausfinanzierung teilnahmen, akzeptiert, sowohl vom DGB als auch vom BdA, der GKV, einem Teil der Ständesorganisationen und den im Bundestag vertretenen Parteien. Der wesentliche Widerstand gegen die Einführung dieses Prinzips kam von der Seite der Krankenhausträger. Sie forderten die vollständige Deckung aller Krankenhauskosten durch die Krankenkassen, „da dies der einfachste und gerechteste Weg“ sei.⁴⁵

Diese Forderung zielte auf die Abwälzung aller Kosten auf die Patienten. Daß sie schwer durchsetzbar war, hatten bereits die Demonstrationen der Sozialversicherungsträger gegen ähnliche CDU-Vorschläge im Jahr 1966 gezeigt, deshalb erhielten die Krankenhausträger keine Unterstützung von seiten der Parteien. Die Gründe für die Haltung der Krankenhausträger — auch die nicht-öffentlichen Krankenhausträger wie das Diakonische Werk und der Caritasverband warnten bei der Anhörung des Bundestagsausschusses im Mai 1971 vor der Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand — liegen in der Furcht vor staatlichen Eingriffen in das traditionelle hierarchische Krankenhausssystem auf allen Ebenen der

43 Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Düsseldorf, im Mai 1972, S. 18.

44 Die gemeinsame Planung der ambulanten Krankenversorgung durch Bundes-, Länder- und kommunale Gremien, die sich aus Mitgliedern der staatlichen Verwaltung, Gewerkschaftsvertretern, Vertretern der Sozialversicherungen sowie der Ärzte und anderer Heilberufe zusammensetzen und auch die Einrichtung von Ambulatorien, also Maßnahmen für eine bessere ambulante Versorgung der Gesamtbevölkerung, werden nur im DKP-Gesundheitsprogramm gefordert: Für ein demokratisches und soziales Gesundheitswesen, Vorschläge der DKP, S. 21 f.

45 Sozialpolitische Tagesfragen, in: Die Ortskrankenkasse, 53. Jg. (1971), S. 354; alle Zitate von der Anhörung des Entwurfs zum KHG sind diesem Zeitschriftenheft entnommen.

Verwaltung, des ärztlichen und pflegerischen Bereichs. Befürchtet wurde, daß die vorgeschlagene Finanzierungsform staatlichen Instanzen verstärkt die Möglichkeit an die Hand geben würde, auf die Rationalisierung, Effektivierung und Demokratisierung des Krankenhauswesens hinzuwirken.

Zwei der ärztlichen Standesorganisationen, der Hartmannbund und der Marburger Bund, kritisierten die vorgesehene Zweiteilung der Krankenhauskosten und schlugen vor, die Kosten in drei Teile zu teilen: in Vorhalte- und Benutzerkosten und in Kosten für gesondert zu berechnende ärztliche Behandlung. Diesen Vorschlägen lag die Intention einer prinzipiellen Änderung der ärztlichen Honorierung im Krankenhaus zugrunde; sie zielten ab auf die Einführung der Freiberuflichkeit auch für Krankenhausärzte und implizierten die Gründung von Krankenhausärztlichen Vereinigungen analog zu den Kassenärztlichen Vereinigungen.⁴⁶ Resultat sollte die Angleichung der Einkommenshöhe der Krankenhausärzte an das Einkommen der niedergelassenen Ärzte sein. Diese ständischen Pläne scheiterten daran, daß sie enorme Mehrkosten verursacht hätten. Keine relevante gesellschaftliche Interessengruppe war bereit, dafür einzutreten, daß diese Mehrkosten den öffentlichen Haushalten oder den Sozialversicherten direkt aufgelastet werden sollten.

Obgleich also weitgehende Einigkeit darüber bestand, daß die Krankenhausfinanzierung zweigeteilt werden sollte, gab es doch Differenzen darüber, welche Krankenhausleistungen zu den Investitions- und welche zu den Benutzerkosten zu rechnen seien. Die ÖTV forderte in ihrer Stellungnahme vom Oktober 1970 die Einbeziehung folgender Posten in die von den öffentlichen Haushalten zu deckenden Bereiche: Investitionen und laufende Bereitstellungskosten, Erstinvestition inkl. Grundstückerschließung und Erstanschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten sowie Personalkosten, die durch nicht unmittelbar mit der Krankenhausbehandlung zusammenhängende Leistungen entstehen.⁴⁷ Die ÖTV erklärte sich also zwar mit der Zweiteilung der Kosten und ihrer Finanzierung einverstanden, definierte aber die Vorhaltekosten extensiv, um die Pflegesätze niedrig zu halten, die ja von den Lohnabhängigen in Form des Krankenversicherungsbeitrags getragen werden müssen. Die ÖTV ging allerdings nicht so weit, zu fordern, daß auch ein Teil der Benutzerkosten, die ungefähr 85 % der Gesamtkosten ausmachen⁴⁸, durch die öffentlichen Haushalte gedeckt werden sollten.

46 Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (Hrsg.): Thesen für ein gesundheitspolitisches Programm der Ärzteschaft. Mainz 1972, S. 70.

47 Stellungnahme der Gewerkschaft ÖTV zur Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung, inneren Struktur der Krankenhäuser. Stuttgart im Oktober 1970, S. 5.

48 Niedersächsischer Sozialminister (Hrsg.): Entwurf des niedersächsischen Krankenhausorganisationsgesetzes vom 31. Oktober 1973, S. 23.

Die Ursachen dafür dürften nicht nur in der engen Verflechtung von Sozialdemokratie und Gewerkschaftsführung zu suchen sein, sondern vor allem auch darin, daß hier gewerkschaftliche Interessenvertretung unmittelbar umgeschlagen wäre in politische, denn eine solche Forderung wäre nur sinnvoll gewesen in Verbindung mit derjenigen nach Umverteilung in den öffentlichen Haushalten vom Rüstungs- auf den Sozialbereich und derjenigen nach einer Steuerreform, die die Großkonzerne und die Bezieher hoher Einkommen verstärkt zur Finanzierung der öffentlichen Haushalte heranzieht. Die Gewerkschaftsführung beschränkt sich darauf, unmittelbare Mehrbelastungen der Lohnabhängigen durch die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung abzuwehren, stellte aber keine offensiven politischen Forderungen auf. Im Zuge der weiteren Auseinandersetzungen rückte der DGB selbst von der von der ÖTV im Oktober 1970 vertretenen Position ab: Das DGB-Programm vom Mai 1972 verlangt nur noch die Einbeziehung der Instandhaltungskosten der Krankenhäuser in den Bereich der Investitionskosten.⁴⁹ Die gewerkschaftliche Haltung zur Krankenhausfinanzierung reflektiert unmittelbar die Tatsache, daß die westdeutsche Arbeiterklasse ihre Interessen zunächst vorwiegend im Bereich von Tarifaussensetzungen und betrieblichen Konflikten massiv vertritt, während die Bedeutung sozial- und bildungspolitischer Fragen erst ansatzweise erkannt ist und sie demzufolge auch noch nicht Gegenstand massiver, von einer großen Zahl Lohnabhängiger aktiv getragener Kämpfe werden. Nur scheinbar paradox ist es, daß auch der BdA fordert, die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten zu den Vorhaltekosten zu rechnen: Hier setzte sich das unmittelbare Interesse des Kapitals an einem möglichst niedrigen „Arbeitgeberanteil“ zur Sozialversicherung durch.⁵⁰

Auch zwischen den Bundestagsparteien war bis zum Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens die Definition der Vorhaltekosten umstritten, insbesondere die Frage, ob sie die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten einschließen sollten, wie es der Regierungsentwurf vorsah. In dem vom Bundesrat angerufenen Vermittlungsausschuß wurde jedoch diese Regelung verändert mit der Begründung, daß diese Kosten unmittelbare Benutzerkosten seien.⁵¹

Während der gesamten Gesetzgebungsphase war darüber hinaus umstritten, mit welchen Mitteln die Ausbildungsstätten, die für ein funktionierendes Krankenhaus unabdingbar sind, unterhalten werden sollten. Der Regierungsentwurf rechnete diese Kosten weder zu den Vorhalte- noch zu den Benutzerkosten, sondern schlug vor, daß sie aus anderen öffentlichen Mitteln (Wohnungsbau) gedeckt werden sollten, da sich sonst die Mittel für die stationäre Versorgung weiter verringerten.⁵²

49 Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.), a.a.O., S. 20.

50 Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.), a.a.O., S. 38.

51 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 195.

52 Ebd., S. 71.

Die CDU/CSU bestand auf der Förderung durch das Gesetz auch um den Preis der Verringerung der Mittel für die stationäre Versorgung. Im Vermittlungsausschuß wurde der Kompromiß erarbeitet, daß bis zum Dezember 1978 die Ausbildungskosten noch durch die Pflegesätze abgegolten werden müssen (§ 30 KHG). — Veränderungen des im Regierungsentwurf vorgesehenen Finanzierungsmodus erreichten also weder die ärztlichen Standesorganisationen noch die Gewerkschaften. Die CDU/CSU konnte jedoch durchsetzen, daß sowohl die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten als auch zunächst die Ausbildungskosten den Pflegesätzen zugeschlagen werden, sich somit also die Belastung der Lohnabhängigen erhöht.

Krankenhausbedarfsplanung

In § 6 des Gesetzes wird vorgeschrieben, daß die Länder Krankenhausbedarfspläne und Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbaues aufstellen. Ziel ist dabei, den Aufbau des Krankenhauswesens zu planen und zu rationalisieren. Die Länder haben die Möglichkeit, durch eigene Gesetze, die die Bedingungen für die Mittelzuteilung regeln, ihre Planungsvorstellungen gegenüber den Krankenhausträgern durchzusetzen. Weiterhin sah der Regierungsentwurf die Abstimmung der Länderpläne zu einem Gesamtprogramm vor. Es gelang der CDU/CSU jedoch wieder, diesen Passus des Entwurfs zu Fall zu bringen. Der Vermittlungsausschuß bestimmte außerdem, daß auch weitere Betroffene, die von den Landesregierungen bestimmt werden, an der Planung beteiligt werden sollen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen führt das zu dem Ergebnis, daß — obgleich auch die Sozialversicherungsträger gehört werden müssen und die Gewerkschaften gehört werden können — der Einfluß ständischer Interessen und privater Profitinteressen auf die Struktur des Krankenhauswesens weitgehend erhalten bleibt. Auch in diesem Punkt setzten sich Einzelinteressen gegenüber denjenigen durch, die für eine möglichst effektive, bei den staatlichen Instanzen zentralisierte Verwaltung des Mangels im Sozialbereich eintraten.

Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Daß die stärkeren Bataillone bei der Auseinandersetzung um das KHG auf seiten derjenigen waren, die aus den Mängeln des Gesundheitswesens der BRD Gewinn schlagen, und nicht auf seiten derjenigen, die von diesen Mängeln betroffen sind, wird exemplarisch deutlich an der Diskussion um den Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Diesem Ausschuß, der nach § 7 des KHG beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zu bilden ist und dem die beteiligten Bundesressorts ebenso wie die für das Krankenhaus zuständigen obersten Landesbehörden angehören, obliegen wichtige Koordinationsaufgaben in Bezug auf Krankenhausbauprogramme, in Bezug auf Fragen

der Pflegesatzregelung und der Abstimmung der Krankenhausfinanzierung zwischen Bund und Ländern. Darüber hinaus entscheidet er über die Vergabe von Bundesmitteln für Schwerpunktprogramme im Krankenhauswesen (Näheres s. u.). Durch Rechtsverordnung bildet das Bundesministerium einen Beirat, der den Ausschuß bei der Förderung der Grundsätze des KHG und der Pflegesatzregelung berät. Die Zusammensetzung des Ausschusses wurde während des Gesetzgebungsverfahrens mehrmals verändert: im Regierungsentwurf waren 5 Vertreter der Krankenhausträger, 5 der Sozialversicherungsträger und zwei Vertreter der Ärzteschaft vorgesehen. Auf Anregung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung wurde zusätzlich noch ein „Arbeitgeber“- und ein „Arbeitnehmer“-vertreter hinzugezogen. Im Anschluß daran wurde auch die Zahl der Vertreter der Krankenhausträger um zwei weitere erhöht. Das ursprünglich im Entwurf vorgesehene Verhältnis von 7:5 zwischen den Vertretern von Kapital- und Standesinteressen und denjenigen, die vorwiegend die Interessen der Lohnabhängigen vertreten, veränderte sich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auf 10:6.

Voraussetzung der Förderung von Krankenhäusern

Das KHG legt keine detaillierten Voraussetzungen für die Förderung von Krankenhäusern fest (§ 9). Die SPD/FDP-Regierung begründete das damit, daß gemäß dem Grundgesetz die Krankenhausplanung eine Angelegenheit der Länder sei. Konkret bedeutet das, daß das KHG selbst die innere Struktur und Organisation der Krankenhäuser nicht bindend bestimmt. Die Ursache dafür war freilich nicht, wie die Begründung des Regierungsentwurfs glauben machen will, daß eine möglichst große Dispositionsfreiheit der Krankenhausträger innerhalb weitgesteckter Rahmenseetzungen von Bund und Ländern die Möglichkeit zur Entfaltung eigener Initiative erhalten soll⁵³, sondern die Tatsache, daß die Koalition einerseits jeden Versuch für aussichtslos hielt, gegen den Widerstand der Ärzteschaft und der CDU/CSU-regierten Länder ein einheitliches reformiertes Krankenhausstrukturmodell durchzusetzen, sich andererseits jedoch die Möglichkeit offenhalten wollte, in sozialliberal regierten Ländern mit einzelnen Reformmodellen zu experimentieren oder über Landeskrankhausgesetze Reformen bereits auf breiterer Ebene durchzusetzen. Die CDU/CSU wollte hingegen im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes mittels des KHG die Konservierung der inneren Struktur der Krankenhäuser erreichen. Sie forderte, daß das KHG sämtlichen Fachärzten das Recht auf Privatliquidation zwingend einräumen müsse und daß die medizinisch-technischen Einrichtungen der Krankenhäuser von den frei praktizierenden Ärzten in Zukunft verstärkt genutzt werden könnten.⁵⁴ Auch Mitarbeiter des Deutschen Industrieinstitutes forderten die Vereinheitlichung der Krankenhausreformmodelle per Gesetz, da aus finanziel-

53 Ebd., S. 71.

54 Ebd., S. 131 f.

len Gründen eine „Buntscheckigkeit“ der Modelle abzulehnen sei.⁵⁵ Ähnlich argumentiert der Vater des Münchner Krankenhausmodells, das die hierarchische Krankenhausstruktur im wesentlichen unangetastet läßt und deshalb von CDU und der BÄK als Modell für eine bundeseinheitliche Regelung angesehen wurde.⁵⁶ Die Forderung, die Krankenhausfinanzierung mit bindenden Vorschriften für die innere Struktur der Krankenhäuser zu verknüpfen, resultierte also aus der Angst der Ärztefunktionäre und der CDU/CSU, daß auf der Grundlage des KHG Landeskrankenhausgesetze erlassen werden könnten, die in sozialliberal regierten Ländern ärztliche Privilegien zugunsten einer Demokratisierung im Krankenhaus einzuschränken beginnen. Freilich waren auch die Standesorganisationen im Verein mit den Industrieverbänden und der CDU nicht stark genug, im KHG für die gesamte BRD ein generelles Verbot jeglicher relevanter Reformen und jeglicher Demokratisierungsbestrebungen bei Strafe des Förderungszuges durchzusetzen.

Eine Förderungseinschränkung ist allerdings im KHG, also bundeseinheitlich festgelegt: Allgemeine Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nur gefördert, „wenn sie in die Krankenhausbedarfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind“ (§ 9). Die Regierungsbegründung legitimiert diese Einschränkung damit, daß eine optimale Krankenversorgung erst ab einer gewissen Mindestgröße eines Krankenhauses gewährleistet sei.⁵⁷ Diese Mindestgröße wird vom Deutschen Industriemuseum aus medizinischen und ökonomischen Erwägungen sogar mit 300 Betten⁵⁸, in der WWI-Studie zur Gesundheitssicherung noch darüber hinaus mit 500 Betten⁵⁹ angegeben. Die Einschränkung der Förderung wurde hingegen von den ärztlichen Standesorganisationen und der Kassenärztlichen Vereinigung in der bereits erwähnten gemeinsamen Stellungnahme vom Januar 1971 vehement angegriffen.⁶⁰ Diese Kritik kann nur auf dem Hintergrund der Tatsache verstanden werden, daß 81,9 % aller Krankenhäuser unter 100 Betten Privatkliniken sind⁶¹, die Standesorganisationen mithin um den perspektivischen Erhalt einer besonders ergiebigen Einkommensquelle kämpften. Auch in diesem Fall erhielten sie wiederum die Unterstützung der CDU/CSU, die die Streichung der 100-Betten-Klausel verlangte⁶² — vergeblich allerdings. Vergeblich wohl nicht zuletzt auch deshalb, weil offensichtlich ist, daß der medizinisch-technische Fortschritt zur Bildung größerer

55 Harald Clade: Das kranke Krankenhaus. Köln 1973, S. 210.

56 Erwin Hamm: Ein Krankenhausmodell der siebziger Jahre, in: Das Krankenhaus, 69. Jg. (1971), Heft 7, S. 81.

57 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 81.

58 Leszczynski, a.a.O., S. 33.

59 Jahn, Erwin, u. a., a.a.O., S. 79.

60 Tätigkeitsbericht, a.a.O., ebd.

61 Deininger, a.a.O., S. 105.

62 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 169.

Krankenhäuser drängt, während das Drängen der Ärztefunktionäre allzu offenbar den Interessen der Bevölkerung an einer verbesserten medizinischen Versorgung entgegensteht.

3. Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze

Im KHG werden die Pflegesätze grundsätzlich geregelt, jedoch sieht das Gesetz vor, daß zur Regelung im einzelnen eine Rechtsverordnung erlassen werden soll. Das ist inzwischen durch den Erlaß der neuen Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom Mai 1973 geschehen. Gemäß § 17 des Gesetzes sind die Pflegesätze für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Diese von der vorhergehenden Bundespflegesatzverordnung abweichende Regelung bedeutet, daß in Zukunft auch Selbstzahler der ersten und zweiten Pflegeklasse in die Pflegesatzregelung miteinbezogen werden. Da die Selbstzahler der höheren Pflegeklassen im Vergleich zu den Benutzern der allgemeinen Pflegeklassen bisher offensichtlich stärker belastet werden, als dies das Prinzip der Kostendeckung gemäß der Kostenverursachung rechtfertigt⁶³, bedeutet die Regelung des § 17 und die Folgeregelung der BPfIV eine relative Herabsetzung des Pflegesatzes für die Privatpatienten. Die Pflegesatzneuregelung kommt also zunächst dieser Minderheit zugute.

Der sozial tragbare Pflegesatz

§ 1 des KHG regelt, daß die Pflegesätze sozial tragbar sein sollen. Um diesen Passus wurden während der Gesetzgebungsphase intensive Auseinandersetzungen geführt. Vor allem die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Vertreter der Träger der Krankenhäuser setzte sich gegen diese Formulierung massiv zur Wehr mit dem Argument, daß der Passus in § 1 KHG der Beseitigung des Defizits der Krankenhäuser entgegenstehe, ja, daß im Gegenteil dadurch das Defizit verfestigt werde.⁶⁴ Auch die CDU/CSU vertrat diese Position in den Ausschlußberatungen und beantragte seine Streichung. Ergänzend zur Begründung der Deutschen Krankenhausgesellschaft führte sie an, daß „an keiner Stelle des Gesetzes bestimmt sei, was als sozial tragbar angesehen werde, noch daß außer der Investitionsfinanzierung Maßnahmen genannt werden, die diesem Grundsatz entsprächen.“⁶⁵

Will man die Auseinandersetzungen über diese Gesetzesbestimmung verstehen, so muß man die Folgen des KHG für die Höhe der

63 Clade, a.a.O., S. 43.

64 Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG —; Bundestagsdrucksache VI/1874 sowie zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU betr. Ausbau und Sicherung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser; Bundestagsdrucksache VI/1594, Düsseldorf 1971, S. 2 f.

65 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 157.

Pflegesätze berücksichtigen: Das KHG führt zu einer immensen finanziellen Mehrbelastung der Kassen, d. h. letztlich der Krankenhausbenutzer durch stark steigende Pflegesätze bzw. Beiträge zu den Krankenkassen. Eine wichtige Ursache dafür ist die Tatsache, daß die vor dem Inkrafttreten des KHG üblicherweise gezahlten öffentlichen Betriebszuschüsse nun nicht mehr an die Krankenhäuser geleistet werden; da diese Zuschüsse vor der Festsetzung der Pflegesätze von den Selbstkosten abgezogen wurden, stiegen natürlich die Pflegesätze nach dem Wegfall der Zuschüsse. Zum anderen wird bei der Festsetzung der Pflegesätze nicht mehr die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger berücksichtigt, eine Bestimmung, die durch den Vermittlungsausschuß noch explizit im Gesetz verankert wurde (§ 19 [1]). Dieser Grundsatz spiegelt sich auch im neuen Verfahren der Pflegesatzfestsetzung wider, das im Gegensatz zur alten Bundespflegesatzverordnung die zuständigen Landesbehörden nicht mehr verpflichtet, die Ergebnisse der Einzelverhandlungen über die Pflegesätze zwischen Krankenhaus- und Sozialleistungsträgern zu berücksichtigen, sondern diesen lediglich noch ein Anhörungsrecht beläßt (§ 18). Außerdem müssen gemäß der Neuregelung des KHG auch Teile der Investitionskosten, u. a. Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten, mit den Pflegesätzen abgegolten werden.

Die Auswirkungen dieser Pflegesatzerhöhungen sind für die einzelnen Kassen verschieden: Für die privaten Krankenversicherungen bzw. für Privatpatienten der ersten und zweiten Pflegeklasse werden die Pflegesätze voraussichtlich nur in relativ geringem Umfang steigen, da sie bisher schon zum großen Teil kostendeckend waren. Für die Sozialversicherungsträger jedoch werden sich die Kosten für Pflegeleistungen massiv erhöhen, weil die Pflegesätze bis zum Inkrafttreten des KHG nicht kostendeckend waren und zusätzlich, weil sie durch den Wegfall der öffentlichen Betriebszuschüsse besonders stark belastet werden, denn davon sind in erster Linie die kommunalen Krankenhausträger betroffen: 60 % der von der GKV finanzierten Pflegetage entfallen auf Krankenhäuser mit öffentlich-rechtlichem Träger.⁶⁶

Im Rahmen der GKV sind insbesondere die Ortskrankenkassen betroffen, für die der Mehraufwand zwischen 800 und 940 Millionen DM jährlich geschätzt wird⁶⁷, so daß eine starke Erhöhung der Beitragssätze auf jeden Fall erforderlich wird.

Angeichts dieser Tatsachen, die natürlich für alle an der Diskussion um das KHG beteiligten Organisationen absehbar waren, erscheint die Diskussion darüber, ob im § 1 von sozial tragbaren Pflegesätzen gesprochen werden sollte, nur noch auf propagandistische Intentionen rückführbar, ist doch das gesamte Gesetz darauf angelegt, die bisherigen Defizite im Krankenhauswesen auf die Benutzer, weitgehend also auf die Lohnabhängigen, abzuwälzen. Eine solche Be-

66 Leszczyński, a.a.O., S. 41.

67 Frankfurter Rundschau vom 12. 5. 72.

stimmung vor einem Gesetz, das keinerlei Maßnahmen zu ihrer Einlösung vorsieht, kann allenfalls als Leerformel bezeichnet werden, wie es in der Studie des Wirtschaftswissenschaftlichen Instituts der Gewerkschaften geschieht.⁶⁸ Freilich hatte diese Auseinandersetzung auch ein materielles Substrat: Die FDP und vor allem die SPD wollten zwar die Probleme der Krankenhausfinanzierung auch bewußt auf Kosten der Lohnabhängigen lösen, wollten sich aber mit dem Passus in § 1 ein Propagandainstrument schaffen und sich vor allem für den Fall von massiven Protesten gegen drastische Erhöhungen der Krankenversicherungsbeiträge unter Berufung auf diesen Passus einen Kompromißspielraum erhalten. CDU/CSU und Krankenhausträger strebten hingegen eine in allen Bestimmungen absolut eindeutige Lösung zu ungunsten der Sozialversicherten an, so daß sich Maßnahmen gegen die Erhöhung von Krankenkassenbeiträgen nicht formal auf das Gesetz berufen könnten. Daß solche Versuche gemacht werden würden, war bereits nach der öffentlichen Anhörung der Verbände klar, in der die Arbeiterwohlfahrt vehement für die Erhaltung des umstrittenen Passus eintrat mit der Begründung, daß eine Lösung des Problems der Kostendeckung zu Lasten nur eines Teils der Bevölkerung nicht zu rechtfertigen sei.⁶⁹ Relevanter kämpferischer Widerstand gegen die durch das KHG erfolgte Verschlechterung der Lage der Arbeiterklasse hätte allerdings unter den Bedingungen in der BRD nur von den Gewerkschaften organisiert werden können. Die Gewerkschaften beschränkten sich jedoch auf Stellungnahmen und warfen nicht ihr gesamtes Gewicht in die Waagschale, obgleich die Gesundheitssicherung zu den originär gewerkschaftlichen Aufgabenbereichen gehört, da Gesundheit die wichtigste Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit ist. So reduziert sich denn im Gesetz die soziale Komponente auf eine wohlklingende Leerformel.

Die Möglichkeit von degressiven Pflegesätzen

Völlig unumstritten war in der Diskussion um das KHG die neue Regelung, daß degressive Pflegesätze vorgeschrieben werden können.⁷⁰ Praktisch bedeutet das, daß für die ersten, im allgemeinen kostenintensiveren Pflgetage im Krankenhaus höhere Pflegekosten berechnet werden können als für die späteren, meist weniger kostenintensiven. Diese Lösung wurde bereits seit langem diskutiert und bereits in der Krankenhäusenquête der Bundesregierung vorgeschlagen. Der Grund für die einhellige Zustimmung dürfte darin liegen, daß erhofft wird, durch diese Neuregelung des KHG könne die durchschnittliche Krankenhausverweildauer herabgesetzt werden; die bisherige Lösung implizierte ja materielle Anreize für die Krankenhausträger, den Aufenthalt der Patienten so weit wie möglich zu verlängern, da in den letzten Tagen der stationären Behandlung die täg-

68 Jahn u. a., a.a.O., S. 105.

69 Sozialpolitische Tagesfragen, a.a.O., S. 354.

70 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 92.

lichen Effektivkosten geringer waren als die Pflegesatzhöhe, während in den ersten Tagen, in denen im allgemeinen die kostspieligen Untersuchungen, Operationen usw. durchgeführt werden, die täglichen Effektivkosten die Pflegesatzhöhe übersteigen. Die Gefahr bei der Einführung von degressiven Pflegesätzen, die bisher allerdings durch Landespflegesatzverordnungen noch nirgends zwingend vorgeschrieben sind, ist nun allerdings umgekehrt, daß aus ökonomischen Gründen die Verweildauer entgegen medizinischer Einsicht verkürzt wird, wie sie in der Vergangenheit z. T. aus ökonomischen Gründen über Gebühr verlängert wurde.

Buch- und Rechnungsführung

Auch die im KHG vorgesehene, durch die BPfIV inzwischen verordnete Buch- und Rechnungsführung für Krankenhäuser war im wesentlichen unumstritten. Besonders intensiv setzten sich BÄK, Hartmannbund und das Deutsche Industrieinstitut für eine solche Buchführung nach einheitlichen Prinzipien ein, da auf diese Weise die finanzielle Lage der Krankenhäuser transparenter werde.⁷¹

Gesonderte Berechnung von Arzt- und Nebenkosten

Abweichend vom ursprünglichen Regierungsentwurf wurde in das KHG ein zusätzlicher Paragraph zur Pflegesatzregelung eingeführt, der die Rechtsfolgen der gesondert berechneten Arzt- und Nebenkosten im Hinblick auf die Pflegesätze festlegt. „Diese Vorschrift stellt“ — so die Regierungsbegründung — „klar, daß bei den bezeichneten Arzt- und Nebenkosten wie bisher die Berechnung eines sogenannten ‚kleinen‘ Pflegesatzes möglich und notwendig ist.“⁷² Durch diese Regelung wird Patienten, die Arzt- und Nebenkosten gesondert bezahlen, — im allgemeinen also Privatpatienten — die Möglichkeit eingeräumt, neben diesen Sonderkosten einen unter der normalen Höhe liegenden Pflegesatz zu bezahlen, da im normalen Pflegesatz schon Arzt- und auch Teile der Nebenkosten eingeschlossen sind. Wiederum ist sorgfältig auf die Einhaltung der Prinzipien sozialer Gerechtigkeit geachtet worden — soweit es eine privilegierte Minderheit betraf.

Berechnung gleich hoher Pflegesätze für sozialversicherte Patienten, auch in nicht geförderten Krankenhäusern

Eine zunächst als peripher erscheinende, für die Wirkung des KHG aber entscheidende Kontroverse entstand im Zusammenhang mit der Regelung, daß die Krankenhausträger der nicht öffentlich geförderten Krankenhäuser von den dort behandelten sozialversicherten Patienten keine höheren Pflegesätze fordern dürfen, als von diesen für Leistungen vergleichbarer, nach dem KHG geförderter Kranken-

⁷¹ Leszczyński, a.a.O., S. 36.

⁷² Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 183.

häuser zu entrichten sind (§ 17, Abs. 5).⁷³ Die gleichen Auflagen gelten für Krankenhäuser, die nur deshalb nach dem KHG nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, und für solche Krankenhäuser, die nicht gefördert werden, weil sie nicht in den jeweiligen Landeskrankenhausbedarfsplan aufgenommen wurden. Die Rechtmäßigkeit dieser Bestimmung wurde unter Berufung auf die Vorschriften der Gemeinnützigkeitsverordnung legitimiert, die bestimmt, daß Krankenanstalten in besonderem Maße der minderbemittelten Bevölkerung dienen, wenn als Voraussetzung erfüllt ist, daß ihre Pflegesätze nicht die Höhe überschreiten, die von vergleichbaren Kreis- und Gemeindekrankenhäusern erhoben werden.⁷⁴ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft⁷⁵ und die CDU/CSU⁷⁶ bezeichneten diesen Teil des Gesetzes hingegen als verfassungswidrig und beantragten seine Streichung. Ihre Intention war, dadurch die Möglichkeit zu haben, die gesamten Kosten der nicht öffentlich geförderten Krankenhäuser — also auch die gesamten Investitionskosten — über höhere Pflegesätze zu einem beträchtlichen Teil auf die Sozialversicherten abzuwälzen. Damit wäre der wesentliche materielle Druck für die Krankenhausträger entfallen, öffentliche Förderung zu beantragen und sich damit an den Bedingungen der Landeskrankenhausgesetze auszurichten. Die Streichung des § 17 Abs. 5 hätte die Ziele des Gesetzes, über das Instrument der öffentlichen Förderung bessere Voraussetzungen für die staatliche Planung und Steuerung des Krankenhaussektors zu erreichen, weitgehend durchlöchert; deshalb bestanden SPD und FDP vehement auf der gesetzlichen Verankerung dieser Regelung. Sie erhielten dabei starke Unterstützung z. B. durch die Ortskrankenkassen, die für den Fall der Streichung massiven Protest ankündigten, da dann von ihnen sehr viel höhere Kosten zu decken gewesen wären und weil dadurch

73 Nach dem KHG (§ 4, 3) nicht geförderte Krankenhäuser sind folgende: 1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden; gilt für Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der neuen Approbationsordnung nur hinsichtlich der nach dem Gesetz förderungsfähigen Maßnahmen; 2. Krankenhäuser, die nicht die Gemeinnützigkeitsverordnung erfüllen, d. h. deren Betrieb auf Gewinnerzielung gerichtet ist; 3. Krankenhäuser mit Pflegefällen und Gefängnisanstalten; 4. Tuberkulosekrankenhäuser; 5. Krankenhäuser, deren Träger weder den Sozialleistungsträgern der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten noch der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen angehören; 6. Versorgungskrankenhäuser; 7. Kurkrankenhäuser; 8. Mit den Krankenhäusern verbundene Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere Ausbildungsstätten sowie die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume; 9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; 10. Einrichtungen, die für die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes nötig sind.

74 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 43.

75 Sozialpolitische Tagesfragen, a.a.O.

76 Die Ortskrankenkasse, 53. Jg. (1971), S. 361.

„die Idee der Krankenhausplanung in einer solchen Weise unterlaufen (würde — D. L.), daß das gesamte Gesetz seinen Zweck verfehlte“ ⁷⁷.

Übergangsregelung für Pflegesätze (§ 19)

Die Notwendigkeit einer Übergangsregelung bis zur konsequenten Anwendung der im KHG festgesetzten Pflegesatzregelung ist evident. Die sofortige Anwendung hätte gleich zu drastischen Beitragserhöhungen, damit aber auch zu massiven Protesten der Betroffenen geführt. Die Bundesregierung betonte deshalb in der Begründung zum Regierungsentwurf des KHG: „Der Übergang auf die neue Pflegesatzregelung bedarf aus rechtlichen und verwaltungsmäßigen Gründen einer gewissen Frist.“ ⁷⁸ Darüber hinaus sollte die Übergangsregelung natürlich bewirken, daß sich zunächst die voraussehbaren massiven Mehrbelastungen der GKV durch die neue Pflegesatzregelung „in einem vertretbaren Rahmen halten“ sollten. ⁷⁹ Der Regierungsentwurf intendierte, daß bis zum Inkrafttreten einer Bundespflegesatzverordnung die bisherigen preisrechtlichen Vorschriften gelten sollten, „mit der Maßgabe . . ., daß mit Beginn der Förderung nach diesem Gesetz die bewilligten Fördermittel in der Höhe abzusetzen sind, in der sie an die Stelle im Pflegesatz berücksichtigter Selbstkosten treten“ ⁸⁰. Diese Regelung hätte bedeutet, daß in der Übergangszeit von den Kosten für die Pflegesätze wie bisher die Betriebszuschüsse der Gemeinden abgezogen worden wären, sich also die Kosten für die GKV entsprechend erniedrigt hätten. Dagegen wandte sich die CDU/CSU und die Mehrheit des Bundesrates mit der Begründung, daß so die Gemeinden, die sich gemäß dem KHG auch an der Aufbringung der Investitionskosten beteiligen müssen, doppelt belastet würden. ⁸¹ Der Vermittlungsausschuß einigte sich in dieser Frage dann auf einen Kompromiß: Der Passus des Regierungsentwurfs galt bis zum 1. 1. 1973. In der Zeit vom 1. 1. 1973 bis zum 1. 1. 1974, dem Datum des Inkrafttretens der BPfIV, wurden danach die öffentlichen Betriebszuschüsse nicht mehr von den Selbstkosten, die die Grundlage für die Pflegesatzhöhe sind, in Abzug gebracht. Weiterhin wurde im Sinne einer konfliktfreien Einführung des KHG die jährliche Steigerungsrate des neu festzusetzenden Pflegesatzes auf 10 % begrenzt, dies allerdings gegen den massiven Einspruch des Bundesrates, der überhaupt keine Begrenzung der Pflegesatzsteigerung verlangte, da diese Vorschrift letztlich der Entlastung der Kassen diene und das nicht Sache der Länder sei. ⁸²

77 Soziale Krankenversicherung im Wandel, Referat auf dem Krankenkassentag 1971 des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse, 53. Jg. (1971), S. 894.

78 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 95.

79 Ebd.

80 Ebd., S. 63.

81 Ebd., S. 200.

82 Ebd., S. 200 ff.

Die Auseinandersetzungen um die Übergangsregelung machen abermals das grundsätzliche Dilemma der Krankenhausfinanzierung deutlich: SPD und FDP waren nicht bereit, sich für eine Krankenhausfinanzierung zu Lasten der politischen und ökonomischen Interessen der Bourgeoisie einzusetzen. Das KHG löst die Widersprüche im Krankenhaussektor auf Kosten der Arbeiterklasse. Freilich ist insbesondere die SPD zu Teilzugeständnissen an ihre meist proletarischen Wähler und an die Gewerkschaften gezwungen, wobei sie die Folgen ihrer Politik und damit deren Charakter verschleiern muß, wie es z. B. mit den Übergangsregelungen beabsichtigt ist. Doch selbst die Kosten für den Schleier war sie kaum aufzutreiben imstande, weder in den Gemeinden, noch in den Ländern, noch war sie bereit, sie durch Prioritätensetzungen zugunsten des Sozialbereichs auf Bundesebene bereitzustellen. Die grundsätzlichen Antagonismen scheinen durch.

4. Finanzhilfen des Bundes für die Krankenhäuser

In § 21 des KHG werden Höhe und Form der Finanzhilfen des Bundes an die Krankenhäuser geregelt. Diese Hilfen erfolgen auf der Grundlage von Art. 104 a Abs. 4 GG.⁸³ Die Interessen der SPD/FDP-Regierung erstreckten sich in diesem Punkt vor allem auf drei Bereiche: Erstens war sie bestrebt, die Finanzhilfen absolut gering zu halten, um nicht zugunsten des Sozialbereichs aus anderen Haushaltssektoren, die der Herrschaftssicherung oder der Aufrechterhaltung des Wirtschaftssystems dienen, umverteilen oder aber die Fonds erhöhen zu müssen und damit soziale Widersprüche zu erzeugen. Zweitens versuchte sie, die Finanzhilfe als Hebel zur Rationalisierung und Effektivierung der Krankenhausorganisation einzusetzen. Drittens schließlich war sie bestrebt, über das Mittel der Förderung aus dem Bundeshaushalt Reformforderungen auch in CDU-regierten Ländern stellen zu können.⁸⁴

Diese Intentionen reflektieren sich im Regierungsentwurf zum KHG in der Weise, daß er vorsah, daß der Bund ein Drittel des Betrags bereitstellen sollte, der zur Erhaltung des Bettenbestandes der nach dem Gesetz geförderten Krankenhäuser notwendig ist. Dieser

83 Nach Artikel 104a Absatz 4 GG „kann der Bund den Ländern u. a. Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder und Gemeinden gewähren, die ... zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums erforderlich sind“, ebd. S. 71.

84 Daß durch diese Regelung in erster Linie die Möglichkeit zur Propaganda, nicht aber zu realen Reformen offengehalten werden sollte, wird z. B. daran deutlich, daß das Hanauer Krankenhausmodell, das eine wesentliche Rolle in der sozialpolitischen Propaganda der SPD während des hessischen Landtagswahlkampfes spielte, auf der Grundlage des von SPD und FDP eingebrachten KHG nur über Sondermittel (für Modellversuche) finanziert werden kann, da die Kosten für solch ein Krankenhaus die durch das KHG vorgesehenen Kosten für ein durchschnittliches Krankenhaus bei weitem überschreiten.

Betrag sollte gesetzlich in seiner absoluten Höhe fixiert werden.⁸⁵ Von diesem Drittel sollten 85 % den Ländern entsprechend ihrer Einwohnerzahl zugewiesen werden, die übrigen 15 % sollten „durch den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit nach Schwerpunkten zur Befriedigung eines überregionalen Bettenbedarfs, zur Berücksichtigung unterschiedlicher gesundheitlicher Verhältnisse, zur Beseitigung regionaler Unterversorgung oder zur Durchführung von Rationalisierungs- und Modellmaßnahmen im Benehmen mit dem Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ vergeben werden.⁸⁶ Mit dieser Regelung wäre der Bundesregierung ein umfassendes Steuerungsinstrument in die Hand gegeben worden, denn sie hätte dadurch nicht nur die innere und äußere Krankenhausstruktur beeinflussen können, sondern hätte den Ländern damit gleichzeitig auch die Hoheit über den Umfang der Krankenhausförderung, des Krankenhausneubaus usw. weitgehend genommen, da der Bund nicht hätte verpflichtet werden können, über die knapp bemessenen fixen Summen hinaus Kosten zu übernehmen. Gleichzeitig wäre so möglicherweise ein starker Rationalisierungsdruck ausgeübt worden, da die fixen Summen Erweiterungen des Krankenhauswesens nicht zugelassen hätten. Genau dies war durch das Gesetz beabsichtigt. Die Bundesregierung betonte ausdrücklich, sie gehe davon aus, „daß eine Erhöhung des Bettenbedarfs durch eine Veränderung der Bevölkerungsentwicklung und -struktur zunächst durch die Ausschöpfung aller Möglichkeiten einer rationelleren Nutzung der vorhandenen Bettenkapazität aufgefangen werden kann“⁸⁷. Nur unter dieser Voraussetzung kann überhaupt davon ausgegangen werden, daß das KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gewährleistet. Vertreter des Deutschen Industrieinstituts kritisierten deshalb zu Recht, daß das KHG die Deckung der bisherigen Defizite gewährleiste, das Gesetz jedoch eine langfristige Krankenhausplanung nicht ermögliche.⁸⁸ So erzwingt die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung zwar mittels der einheitlichen Buch- und Rechnungsführung, mittels der Möglichkeit zur Einführung degenerativer Pflegesätze und durch ergänzende Bestimmungen der BPflV eine Rationalisierung des status quo, z. B. durch bessere Auslastung der Bettenkapazitäten, leistet aber keinen Beitrag zu einer grundsätzlichen Besserung der inneren und äußeren Struktur des Krankenhauswesens.

Gegen die im Regierungsentwurf vorgeschlagenen Regelungen erhob sich natürlich starker Widerstand im Bundesrat. Die Länder verlangten die Beteiligung des Bundes mit einem vollen Drittel an den

85 Nach dem Finanzplan des Bundes waren für 1971—1974 dafür vorgesehen: 300 Millionen DM für das zweite Halbjahr 1971, 636 Millionen DM für 1972, 656 Millionen DM für 1973 und 675 Millionen DM für 1974. Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 97.

86 Ebd., S. 64.

87 Ebd., S. 73.

88 Clade, a.a.O., S. 209.

von ihnen quantitativ bestimmten Ausgaben.⁸⁹ Die Bundesregierung bestand hingegen auf der betragsmäßigen Fixierung des Bundesanteils im Gesetz, da sonst das Ausgabenvolumen allein von den Ländern bestimmt werden und damit wesentliche Intentionen des KHG unterlaufen werden könnten.⁹⁰ Im Vermittlungsausschuß einigte man sich auf einen Kompromiß, der der Bundesregierung beträchtliche Spielräume eröffnet: Die Finanzhilfe aus Bundesmitteln wird zweigeteilt. Die für Krankenhausneubauten, Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter und Ergänzungsbedarf zur Verfügung stehenden Summen werden fest fixiert. Die Gesamtausgaben für diese Bereiche sind also zentral zu steuern. Den Umfang der für die übrigen nach dem KHG förderungsfähigen Kosten bereitgestellten Beträge bestimmen hingegen die jeweiligen Länder. Der Bund übernimmt die Verpflichtung, ein Drittel dieser Beträge zu übernehmen, ohne direkt auf ihre Höhe einwirken zu können.⁹¹

Die Mehrheit des Bundesrats protestierte selbstverständlich auch dagegen, daß die Regierungsvorlage zum KHG vorsah, nur 85 % des Bundesanteils an der Krankenhausförderung den Ländern direkt zur Verfügung zu stellen, während 15 % dem Bundesgesundheitsministerium zur Disposition (s. oben) überlassen bleiben sollten. Insbesondere die CDU befürchtete, daß mit Hilfe dieser Sondermittel Einfluß auf das Krankenhauswesen und die Krankenhausstruktur der Länder ausgeübt werden sollte. Auch hier endeten die Auseinandersetzungen mit einem Kompromiß: Man einigte sich darauf, daß der Bundesregierung 20 % der fixen Bundesmittel für Schwerpunktprogramme zur Verfügung stehen sollten. Das bedeutet gegenüber dem Vorschlag des Regierungsentwurfs, 15 % aller Mittel der zentralen Disposition zu überlassen, eine Kürzung um ungefähr 30 %.⁹²

IV. Die wichtigste Ausführungsbestimmung zum KHG: Die neue Bundespflegesatzverordnung

Um praktikabel zu sein, bedurften viele Regelungen des KHG der weiteren Konkretisierung. Diese wurde für den Bereich der Pflegesatzfestsetzung vorgenommen durch die neue Bundespflegesatzver-

⁸⁹ Krankenhausfinanzierungsgesetz (Harsdorf/Friedrich), a.a.O., S. 1.

⁹⁰ Ebd., S. 126.

⁹¹ Die festen Beträge sind nach § 22 KHG für: 1972 350 Millionen DM; 1973 360 Millionen DM; 1974 370 Millionen DM und 1975 385 Millionen DM; in den folgenden Jahren erhöhen sich diese Beiträge entsprechend den jährlichen Steigerungsraten der durchschnittlichen Bettenwerte.

Unter die übrigen förderungsfähigen Kosten fallen ebenfalls nach § 22: Anlauf- und Umstellungskosten; Ausgleich für nicht förderungswürdige Krankenhäuser; Kurzfristige Anlagegüter (3—15 Jahre Nutzungsdauer); aufgenommene Darlehen; Ausgleich für Eigenmittel von Krankenhaus-trägern, die vor Beginn der öffentlichen Förderung schon existierten; Fördermittel für die Übergangsregelung bei der Festsetzung von Pflegesätzen.

⁹² Nach dem Deutschen Industrieinstitut werden dadurch die Mittel des Bundes von 105 Millionen DM auf rund 70 Millionen DM verringert. Leszczynski, a.a.O., S. 16.

ordnung, deren Entwurf bereits zwei Monate nach Verabschiedung des KHG von der Bundesregierung vorgelegt wurde. Bis zur Verkündung im April 1973 konnte die CDU/CSU ähnlich wie beim KHG-Entwurf die Veränderung vieler Regelungen gegen die Interessen der Lohnabhängigen erreichen.

Die Krankenhauspflegesätze werden in Zukunft unter Zugrundelegung der §§ 16—20 des KHG und der entsprechenden Regelungen der BPflV errechnet. Die neue BPflV wird dabei im wesentlichen vier Veränderungen gegenüber der alten zur Folge haben: 1. Einführung eines allgemeinen Pflegesatzes für alle Krankenhausbenutzer, 2. Wegfall der bisherigen umfangreichen Nebenleistungskataloge, 3. Einschränkung der Sonderleistungen, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, 4. Rationalisierung der Pflegesatzregelung.

Zu 1.: Die Bestimmung des KHG, die Pflegesätze nach einheitlichen Grundlagen zu bemessen, wird in der BPflV dahingehend ausgeführt, daß in Zukunft für alle Benutzer, die medizinisch notwendige Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen, ein einheitlicher, allgemeiner, pauschalisierter Pflegesatz berechnet wird. Diese Regelung ist nicht, wie der Hartmannbund wähnt, gegen die Benutzer der bisherigen ersten und zweiten Pflegeklasse gerichtet, sie impliziert auch nicht notwendig die Einführung des klassenlosen Krankenhauses⁹³, sondern kommt im Gegenteil den Privatpatienten zugute.⁹⁴ Ob von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, Privatpatienten nur mit dem „kleinen Pflegesatz“ zu belasten, wie sie das KHG weiter offenhält, wird in § 3, 2 der BPflV der Regelung durch die Länder überlassen.⁹⁵ In Hessen ist es z. B. nicht möglich, daß Patienten, die die Behandlung durch einen liquidationsberechtigten Arzt wählen, ein erniedrigter Pflegesatz in Rechnung gestellt wird.⁹⁶

Zu 2.: Die bisherige Pflegesatzverordnung machte es notwendig, viele Leistungen, z. B. sogar Antibiotika, als Nebenleistungen zu berechnen, was natürlich einen enormen Verwaltungsaufwand für die Krankenhäuser mit sich brachte. Die Rationalisierung dieses Verfahrens ging wiederum zu Lasten der Krankenhausbenutzer, denn die Aufnahme der Kosten für Leistungen wie Inanspruchnahme der Intensivstation, Anwendung von Herz-Lungen-Maschinen o. ä. in den allgemeinen Pflegesatz erhöht diesen um ca. 5 bis 10 %.⁹⁷

Zu 3.: Daß die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung die unterschiedlichen Pflegeklassen faktisch nicht abschafft, wird aus § 6 BPflV deutlich, der bestimmt, daß Sonderleistungen, die über die

93. Pressemitteilung Nr. 5/1973 des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V., S. 2.

94. Siehe oben, S. 23.

95. BGBl., Teil I, 1973, S. 333—339.

96. Deutsches Ärzteblatt, 71. Jg. (1974), Nr. 2, S. 61.

97. Karl Brandecker: Zur Reform des Krankenhauswesens. Private Krankenversicherung — Dokumentation 2. Köln im Januar 1974, S. 30.

allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, nach wie vor zulässig sind.⁹⁸ Zwar wird es in Zukunft in Krankenhausneubauten keine Privatstationen mehr geben — zumindest nach den bisher veröffentlichten Landesgesetzen bzw. Landesgesetzentwürfen — aber die ungleiche ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten bleibt trotz der Integration der Privatstationen in die Allgemeinstationen erhalten. Diese Tatsache wird auch dadurch nicht verändert, daß das Gesetz Sonderleistungen formell an Bedingungen knüpft: „Die gesonderte Berechnung ist nur bei Leistungen, die der zuständigen Behörde mitgeteilt worden sind, zulässig, wenn die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist und die allgemeinen Krankenhausleistungen hierdurch nicht beeinträchtigt werden.“⁹⁹ Diese Bestimmung wird deshalb folgenlos bleiben, weil das Gesetz keinerlei Kontrolle darüber vorsieht, ob Sonderleistungen die allgemeinen Krankenhausleistungen beeinträchtigen.

Um die in § 6 BPfIV geregelte Entkoppelung wurden während der Verordnungserstellung die intensivsten Auseinandersetzungen geführt. Die BPfIV schreibt die „kleine Entkoppelung“ vor, d. h., wenn Patienten bessere Unterbringungsmöglichkeiten, etwa in Ein- oder Zweibettzimmern, in Anspruch nehmen, darf diese Leistung nicht von der gleichzeitigen Behandlung durch einen liquidationsberechtigten Arzt abhängig gemacht werden, umgekehrt jedoch besteht die Möglichkeit, daß die Landesgesetze bzw. Krankenhausträger den liquidationsberechtigten Ärzten weiterhin gestatten, ihre Privatbehandlung an die gleichzeitige Inanspruchnahme von 1- oder 2-Bettzimmern zu koppeln. Die ursprünglichen Pläne der Bundesregierung gingen sogar dahin, das Liquidationsrecht der Ärzte noch weiter dadurch einzuschränken, daß Patienten, die einen Krankenhausarzt ihrer Wahl in Anspruch nehmen, einen gegenüber dem allgemeinen um 25 % erhöhten Pflegesatz zahlen sollten — ein Plan, der sich vor allem an Forderungen der GKV-Bundesverbände und des DGB orientierte.¹⁰⁰ Alle Versuche jedoch, die privilegierten Patienten stärker zu belasten, wurden durch den massiven Einspruch des Bundesrates blockiert. Selbstverständlich protestierten auch die ärztlichen Landesorganisationen heftig gegen die Einschränkung ihrer Privilegien durch die Änderung des Liquidationsrechts.

Die Auseinandersetzungen über die Form der Entkoppelung führten schließlich dazu, daß zwar die „kleine Entkoppelung“ vorgeschrieben wurde, darüberhinaus aber keine bundeseinheitliche Regelung beschlossen wurde, sondern dies den Ländern überlassen bleibt. Die CDU/CSU erreichte die gesetzliche Verankerung einer Formulierung, die es ermöglicht, Landesgesetze zu erlassen, die es den Krankenhäusern erlauben, Arztsonderleistungen auch Patienten in Mehr-

98 Diese Regelung wurde auch auf dem letzten Bundeskongreß der Jungsozialisten scharf angegriffen, weil dadurch die Klassentrennung nicht beseitigt würde. Vorabdruck der Beschlüsse des Bundeskongresses der Jungsozialisten 1974 in München, S. 36.

99 BGBl., Teil I, 1973, S. 334.

100 Brandecker, a.a.O., S. 38.

bettzimmern anzubieten und diese gesondert zu berechnen („große Entkoppelung“).¹⁰¹ Dagegen setzte sich der DGB vergeblich zur Wehr mit der Argumentation, daß dadurch der finanziell schwächere Patient nun sozusagen Patient vierter Klasse werde und damit die wichtigste Sachleistung der sozialen Krankenversicherung, die stationäre Krankenhauspflege, immer mehr diskreditiert werde und damit natürlich auch diejenigen, die sie in Anspruch nehmen.¹⁰² Zudem fördert diese Gesetzesregelung indirekt die privaten Krankenversicherungen, da sie einen Anreiz für den Abschluß von Zusatzversicherungen bildet.¹⁰³ In den von der CDU regierten Ländern wird die „große Entkoppelung“ mit allen beschriebenen Folgen generell durchgeführt werden, denn das rheinland-pfälzische Krankenhausreformgesetz, das von den Unionsparteien als Modell für ihre Vorstellungen zur Krankenhausreform bezeichnet wird, sieht die „große Entkoppelung“ vor. Dagegen wurde in Hessen die „kleine Entkoppelung“ durchgesetzt, also die im Rahmen der Gesetzesbestimmungen fortschrittlichere Lösung.

Zu 4.: Eines der wesentlichen Ziele der BPflV ist es, den Krankenhausbetrieb zu effektivieren, um eine Herabsetzung der Krankenhauskosten zu erreichen. Zu diesem Zweck wird zur Verbesserung der Kosten- und Leistungsrechnung die Benutzung eines umfassenden einheitlichen Selbstkostenblattes vorgeschrieben, darüberhinaus ist gemäß § 20 KHG für die Ermittlung der Selbstkosten und für den Nachweis einer sparsamen Wirtschaftsführung die kaufmännische Buchführung und Betriebsabrechnung anzuwenden. Diese Regelung ist eine wichtige verwaltungstechnische Neuerung, denn bisher erstellten die Krankenhausverwaltungen oft überhaupt keine Kostenrechnungen. Darüberhinaus ermöglichen KHG bzw. BPflV eine effektive Steuerung der Verweildauer über die Pflegesätze. Es ist jedoch höchst zweifelhaft, ob die genannten Maßnahmen den beabsichtigten Rationalisierungseffekt haben werden, denn bisher haben die Bundesländer von der Einführung degressiver Pflegesätze abgesehen. Auch die verbesserte und vereinheitlichte Rechnungsführung wird zunächst nur für Effektivierungsbemühungen der einzelnen Krankenhausträger nützlich sein, denn bisher sind von den Preisbehörden der Länder — also auf zentraler Ebene — noch keine Kriterien ausgearbeitet worden¹⁰⁴, die als vereinheitlichende Richtschnur für die Wirtschaftsführung der Krankenhäuser tauglich wären. Vor allem aber ist eine einheitliche Planung von Rationalisierungsmaßnahmen deshalb nach wie vor unmöglich, da trotz KHG die Krankenanstalten immer noch von drei völlig verschiedenen Trägerschaften getragen werden.

101 Joseph Scholmer: Patient und Profitmedizin. Opladen 1973, S. 117.

102 Ebd., S. 116.

103 Hierzu wird in der angegebenen Broschüre der privaten Krankenversicherung ausgeführt: „Man muß sich von der Vorstellung freimachen, daß der sozialversicherte Patient nur auf die ihm von der GKV angebotenen Möglichkeiten angewiesen ist.“ Brandecker, a.a.O., S. 41.

104 Frankfurter Rundschau vom 11. 3. 1974.

V. Die Auswirkungen der Landeskrankenhausgesetze auf die Krankenhausversorgung

Im KHG wird die Regelung der inneren Struktur der Krankenhäuser ausgeklammert, da eine bundeseinheitliche Lösung dieses Problems nicht durchzusetzen gewesen wäre. Auch die Krankenhausplanung mußte im wesentlichen den Ländern überlassen werden. Die Länder zogen aus der durch das KHG eröffneten Möglichkeit, eigene Krankenhausbedarfspläne auszuarbeiten und damit regulierend auf die Krankenhäuser einzuwirken, unterschiedliche Konsequenzen. Das schleswig-holsteinische Krankenhausinvestitionsgesetz beschränkt sich auf die Fixierung der Finanzbeziehungen zwischen den Landesbehörden und den kommunalen Gebietskörperschaften. Jede weitergehende Regelung wurde von der CDU Schleswig-Holsteins mit der Begründung abgelehnt, daß es nicht angehe, über den Hebel der Finanzierung gesellschaftspolitische Reformen im Krankenhauswesen durchzusetzen. Strukturveränderungen könnten nur in Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern durchgesetzt werden.¹⁰⁵ Dieser Standpunkt ist jedoch nicht typisch für den der CDU-regierten Länder, denn so wird ja auch auf jegliche Einwirkung in Richtung auf Effektivitätserhöhung und Rationalisierung verzichtet. Das rheinland-pfälzische, von der CDU eingebrachte Krankenhausreformgesetz verknüpft deshalb extensiv die Finanzierung mit Bestimmungen zur inneren Struktur der Krankenhäuser. Obgleich dieses Gesetz trotz einiger Reformansätze weitgehend die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Standesorganisationen und Krankenhausträger berücksichtigt, zog es Konflikte und gerichtliche Auseinandersetzungen nach sich.¹⁰⁶ — Der Vergleich der Krankenhausgesetze bzw. Krankenhausgesetzentwürfe von Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen macht die wichtigsten Regelungsbereiche der Landeskrankenhausgesetze deutlich und zeigt gleichzeitig, welche Maßnahmen der Krankenhausreform von allen bürgerlichen Parteien unterstützt werden, bzw. wo die Differenzen liegen. Das hessische und das niedersächsische Gesetz bestimmen, daß jeder Patient, der stationärer Behandlung bedarf, Anspruch auf Aufnahme in ein Krankenhaus hat.¹⁰⁷ Das rheinland-pfälzische formuliert hingegen vorsichtiger, daß die Krankenhäuser ihrer Aufgabenstellung entsprechend Patienten aufnehmen müssen. Konkret kann das bedeuten,

105 Fritz Beske und Karl Brandecker: Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in Schleswig-Holstein, in: Sonderdruck Deutsches Ärzteblatt, 70. Jg. (1973), Heft 34, S. 3.

106 Die Verfassungsmäßigkeit des rheinland-pfälzischen Krankenhausreformgesetzes wird von dem Münchner Verfassungsrechtler Maunz, der den Auftrag zur Prüfung der Rechtmäßigkeit von der Deutschen Krankenhausgesellschaft erhielt, angezweifelt, weshalb unter anderem die Stadt Ludwigshafen eine Normenkontrollklage beim Landesverfassungsgericht Koblenz einreichte. Verfassungskstreit um Krankenhausreform, in: Deutsches Ärzteblatt, 71. Jg. (1974), Heft 7, S. 441.

107 Niedersächsischer Sozialminister (Hrsg.), a.a.O., S. 59 ff. Alle Vergleiche der drei Gesetze sind dieser Broschüre entnommen.

daß in diesem Land Krankenanstalten die Aufnahme von Patienten ablehnen oder hinauszögern können.

Einheitlich hingegen wurde in allen drei Ländern die Integration der Privatstationen in die Allgemeinstationen festgelegt. Gleiche Besuchszeiten für alle Krankenhausbenutzer sind im rheinland-pfälzischen und niedersächsischen Gesetz vorgesehen, in Hessen sieht der „Große Hessenplan“ diese Regelung vor.¹⁰⁸ Auch die gleiche Verpflegung aller Krankenhauspatienten wird durch die drei Länder erzwungen, so daß man in Bezug auf die pflegerische Behandlung der Krankenhausbenutzer eine eindeutige Verbesserung zugunsten der Sozialversicherten feststellen kann. Das ist sicher dadurch bedingt, daß die Beurteilung der Qualität dieses Bereiches für die Patienten am leichtesten zu überprüfen ist, auf diese Weise also der Schein umfassender sozialpolitischer Verbesserungen im Krankenhausbereich erzeugt werden kann, ohne daß diese Veränderungen beträchtliche finanzielle Mehrbelastungen oder Auseinandersetzungen mit den ärztlichen Standesorganisationen nach sich ziehen müssen. Alle drei Gesetze schreiben darüber hinaus einheitlich vor, daß überschaubare Fachabteilungen eingerichtet werden müssen. Die konsequente Anwendung dieser Regelung würde die organisatorischen Voraussetzungen fachgemäßer Patientenversorgung verbessern und den Privatliquidationsbereich der Chefärzte faktisch einschränken. Auch die Einrichtung eines zentralen Bettennachweises in abgegrenzten Versorgungsgebieten, die Einführung der Datenverarbeitung im Krankenhaus und die Förderung der Krankenhausbildungsstätten ist zur Effektivierung des Krankenhauswesens in allen drei Ländern vorgesehen, wobei vor allem Letzteres angesichts des katastrophalen Pflegekräftemangels von großer Bedeutung ist. Auch die Regelung der Mitbestimmung des Krankenhauspersonals ist in den Ländergesetzen von Rheinland-Pfalz und Niedersachsen sehr ähnlich, wo hingegen im hessischen dazu jede Bestimmung fehlt.¹⁰⁹ Einem Gremium des ärztlichen Personals obliegt es, die ärztliche Zusammenarbeit — auch mit den niedergelassenen Ärzten des Einzugsgebiets — zu diskutieren. In der Krankenhauskonferenz sind allerdings auch die nicht-ärztlichen Krankenhausbeschäftigten vertreten. Die Krankenhauskonferenz hat jedoch nur das Recht zu Stellungnahmen, aber keinerlei Entscheidungskompetenz. In Rheinland-Pfalz hat sie im Gegensatz zu Niedersachsen nicht einmal die Befugnis, von der Krankenhausleitung einen Bericht über Planungen und Entscheidungen zu verlangen. Daß dieses Gremium faktisch ohne Einfluß ist, wird auch daran deutlich, daß es in Rheinland-Pfalz nur halbjährlich zusammentritt, in Niedersachsen tagt es hingegen monatlich. Die wichtigen Entscheidungen in Bezug auf die Wirtschaftspläne, die Personalpolitik usw. trifft jedoch auch dort gemeinsam

108 Hessischer Sozialminister (Hrsg.): *Großer Hessenplan*. Wiesbaden 1970, S. 38.

109 Nach Woytal scheiterte dies aufgrund des Einspruchs der FDP. Martin Woytal: *Das klassenlose Krankenhaus*. Hanau 1973, S. 7.

mit dem Krankenhausträger die Krankenhausleitung, die aus ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und der leitenden Pflegekraft besteht.

Wesentliche Unterschiede zwischen den Ländergesetzen existieren eigentlich nur in Bezug auf die Form der ärztlichen Honorierung und der Möglichkeiten von Sonderleistungen. In Hessen und Niedersachsen ist die „kleine Entkoppelung“, in Rheinland-Pfalz die „große Entkoppelung“ durchgeführt (s. o.). Generell wird die Honorierung der Krankenhausärzte bei der Versorgung von Privatpatienten im hessischen und rheinland-pfälzischen Gesetz durch Einführung eines Pools geregelt, in den der Chefarzt aus seinen Liquidationseinnahmen eine gesetzlich festgelegte Summe abgeben muß. In Rheinland-Pfalz entscheidet über Unstimmigkeiten bei der Verteilung eine von der Landesärztekammer eingesetzte Schiedsstelle, so daß der Einfluß der Standesorganisationen auch direkt in diesen Bereich ausgedehnt wird. In Hessen und in Niedersachsen hingegen ist die SPD bestrebt, die Poolbildung, die ja Privatliquidation noch zuläßt, zugunsten einer festen Bezahlung der Krankenhausärzte abzuschaffen. Eine solche Lösung würde die Privilegien der Chefarzte einschränken und könnte positive Auswirkungen für die Demokratisierung des Krankenhauswesens haben.

Die Gesetze und Verordnung zur Reform des Krankenhauswesens haben also in erster Linie Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser, weniger auf die Krankenhausstruktur gehabt. Die Sanierung der Krankenhäuser wird im wesentlichen erreicht auf Kosten der Mehrzahl der Patienten; der medizinische Teil der Reproduktionskosten der Arbeitskraft wird also über die Gesetzliche Krankenversicherung verstärkt der Arbeiterklasse unmittelbar angelastet. Die Sanierung wird erleichtert durch Vorschriften zur Rationalisierung und Effektivierung der Krankenhausverwaltung, deren Durchsetzung zwar noch nicht gesichert, aber möglich geworden ist durch verstärkte zentrale Staatseingriffe, die in Zukunft weitgehend über den Hebel der Finanzierung erfolgen werden. Weder die äußere noch die innere Struktur der Krankenhäuser erfahren durch die Gesetze und Verordnung entscheidende Veränderungen, ja diese haben ausdrücklich das Ziel, einen nennenswerten Ausbau des Krankenhauswesens zu erübrigen durch effektivere Nutzung der bisher vorhandenen — unzureichenden — Krankenhäuser. Die innere Krankenhausstruktur verändert sich zwar in einigen Bereichen — die Privatstationen werden integriert, Mitbestimmungsgremien werden formal eingerichtet, einheitliche Verpflegung und Besuchszeit sollen eingeführt werden — letztlich bleiben jedoch die alten Entscheidungsstrukturen erhalten und die traditionelle Form der Ärztehonorierung hat ebenso wie die ungleiche Behandlung der Patienten nur ihre Form gewechselt, wurde aber in den entscheidenden Bereichen nicht aufgehoben.

Hans Mausbach

Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft¹

Vom 10.—20. Oktober 1973 tagten die Delegierten der Ärzteschaft der BRD im Sheraton-Hotel in München, im Kongreßzentrum eines Hotels jener International Telephone & Telegraph Corporation (ITT), die in der Weltrangliste der multinationalen Konzerne an 9. Stelle steht, in der Weltpolitik mitzureden beansprucht und durch offene Unterstützung des Militärputsches in Chile auch in ihrem Mutterland, den USA, ins Kreuzfeuer der Kritik geraten war². Unter dem stilisierten Bundesadler mit dem Aesculapstab bekräftigten traditionsverhaftete Ärzteführer unter dem Motto „Einig im Fortschritt“ ihren Anspruch auf „sachverständige Vertretung der Gesamtbevölkerung in gesundheitlichen Belangen“³.

Die Delegierten der Landesärztekammern und der ärztlichen Berufsverbände blieben unter sich. „Es fehlten nur noch Wassergraben und Zugbrücke, um den heiligen Gral des Ärztestandes von der Öff-

1 Die „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft“ wurden dem 76. Deutschen Ärztetag 1973 in München vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt. Sie wurden in voller Länge bisher lediglich zur Beratung als Manuskript gedruckt. Im folgenden werden sie zitiert als „Ms., S. ...“. — Das Referat des Berichterstatters des zuständigen Ausschusses der Bundesärztekammer Dr. med. Ernst-Eberhard Weinhold, in dem eine ausführliche Zusammenfassung gegeben wird, findet sich in Heft 43, 1973, des Deutschen Ärzteblattes auf den Seiten 2995 ff. Das Deutsche Ärzteblatt (im folgenden abgekürzt DÄ, Nummer des Hefes/Jahr) wird als offizielles Mitteilungsblatt herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Jeder Arzt erhält es als Mitglied seiner Ärztekammer wöchentlich zugesandt. Die Auflage beträgt derzeit etwa 131 000. Das Manuskript dieses Aufsatzes wurde Anfang April 1974 abgeschlossen. Die Fußnoten Nr. 1, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17 und 18 wurden von der Redaktion ergänzt bzw. eingefügt.

2 In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß das DÄ zweieinhalb Wochen vor dem Militärputsch in Chile vom 11. Sept. 1973, am 23. August 1973, einen Kommentar veröffentlichte, in dem der gegen die Regierung Allende gerichtete Ärztestreik wohlwollend erwähnt und Allende vorgeworfen wird, er habe „das für südamerikanische Verhältnisse wohlentwickelte Land“ an den Rand des Chaos geführt. „Nur die demokratisch gesinnte Armee“, so der Kommentator, „ist noch in der Lage, die Verfassung aufrechtzuerhalten“. „Dr. med. Allende“ in DÄ, 34/73.

3 Ms., S. 2.

fentlichkeit abzuschirmen“, meinte ein ärztlicher Kollege auf der Pressekonferenz des Münchener ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes⁴ in einer Aussprache über die soeben veröffentlichten „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft.“

Seit ihr in der Öffentlichkeit der scharfe Wind neuer gesundheits- und sozialpolitischer Forderungen entgegenweht, schließen sich die Verbandsspitzen vor allem der niedergelassenen Ärzte immer enger zusammen, um gemeinsam zu verteidigen, was sie die „Freiheit für Arzt und Patient“ nennen. Dabei geht es vor allem um die Auslegung des sogenannten Sicherstellungsauftrags der Reichsversicherungsordnung. Die Verbände der niedergelassenen Ärzte, unterstützt von ihrer Standesführung, beanspruchen auch weiterhin den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung für sich und wollen die Errichtung von Krankenhauspolikliniken, abgesehen von schon bestehenden Einrichtungen an Universitäten, die der Lehre dienen, nicht dulden. Ebenso sollen die Betriebsärzte, die nur unumgängliche Erst- und Notversorgungen durchführen dürfen, von der Behandlung ausgeschlossen bleiben. Berufsständische Organisationsformen und freiberufliche Privilegien sollen in allen Bereichen des Gesundheitswesens ausgebaut werden. Doch je offensichtlicher die Mißstände in der Krankenversorgung und die Mängel im Gesundheitswesen der BRD hervortreten, desto weniger Verständnis findet die Bundesärztekammer in der Öffentlichkeit für ihre die Interessen der Ärzte, vorzugsweise der niedergelassenen Ärzte, betonende „Aktion Freiheit für Arzt und Patient“.

Allzu lange hat die ärztliche Standesführung mit der Erarbeitung eines eigenen Reformprogramms gezögert. In den eigenen Reihen der Ärzteschaft macht sich, wie in der Berichterstattung ärztlicher Standzeitschriften über den Ärztetag 1973 zum Ausdruck kam⁵, eine zunehmende Unruhe bemerkbar: Kann es mit der ärztlichen Berufspolitik wirklich so weitergehen wie zu Zeiten Adenauers und Erhards, ohne vorausdenkendes soziales Engagement, ohne Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherten und den Gewerkschaften, ohne den Mut zu gesundheitspolitischen Reformen? Diese Frage stellen heute nicht nur Sprecher der angestellten und beamteten Ärzte, Assistenten an den Universitätskliniken und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern zunehmend auch niedergelassene Ärzte, die sich durch ihre aufreibenden Arbeitsbedingungen überfordert fühlen⁶.

4 Am 13. Okt. 1973 im Münchener Ärztehaus. Die Veranstaltung gehörte nicht zum offiziellen Programm des Deutschen Ärztetages.

5 Siehe z. B.: Selecta 44/73 und 45/73: „Deutscher Ärztetag, München, Oktober 1973 — Der ‚Große Wurf‘ blieb diesmal aus.“

6 Paul Lüth, Landarzt und Delegierter der Landesärztekammer Hessen, in seiner Presseerklärung zum Deutschen Ärztetag 1973: „Der 76. Deutsche Ärztetag mit seinem Bekenntnis zu einem ‚harten Kurs‘ und der unnachsichtigen ‚Politik der verbrannten Erde‘ bedeutet die endgültige

Schon auf dem 75. Deutschen Ärztetag 1972 in Westerland auf Sylt hatte sich eine starke Minderheit⁷ der Delegierten dem Kurs der Standesspitze entgegengestellt und es abgelehnt, das reaktionäre Programm der „Aktion Freiheit für Arzt und Patient“ zu unterstützen. Die Ärzteschaft, bis dahin ein einheitlicher Mittelstandsblock, der die Grundlagen der Freiberuflichkeit und die Privilegien einer Minderheit in den eigenen Reihen gegen jeden Versuch staatlicher Einmischung und gegen alle Veränderungsbestrebungen zugunsten der Sozialversicherten verbissen und mit Erfolg verteidigt hatte, erschien zum erstenmal in der Nachkriegszeit gespalten und folgte nicht mehr dem Appell der Standesführung nach Einmütigkeit und einheitlichem Auftreten in der Öffentlichkeit.

Um die auseinanderstrebende Gemeinschaft für die nähere Zukunft erneut auf ein einheitliches Programm festzulegen, wurde durch Beschluß der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, „die gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen der Deutschen Ärzteschaft systematisch zusammenzufassen und dem Deutschen Ärztetag 1973 vorzulegen“. Ein Ausschuß „Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ und ein Ausschuß „Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ wurden beauftragt, entsprechende Konzepte zu erarbeiten. Durch die Hervorhebung der ambulanten Versorgung, des zugleich in der Öffentlichkeit umstrittensten Versorgungsbereichs, wurden von vornherein die Weichen für ein gesundheitspolitisches Programm vor allem aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte gestellt.

Die etwa 50 000 niedergelassenen Ärzte liegen mit einem Durchschnittseinkommen, das wesentlich höher ist als das ihrer angestellten und beamteten Kollegen, in der Spitzengruppe der Einkommensskala der freien Berufe. Die ärztliche Standespolitik der Nachkriegszeit wurde im wesentlichen von ihrer Interessenslage her bestimmt. Schon immer haben sie die Hauptlast der Krankenversorgung getragen. Nun aber müssen sie befürchten, durch den zu erwartenden und zu begrüßenden Ausbau der Vorsorgemedizin, der mit der Einführung von Früherkennungsmaßnahmen in die gesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1972 begonnen hat, bei zunehmendem Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung und entsprechend zunehmender Nachfrage nach Vorsorgeuntersuchungen mit zusätzlichen Aufgaben belastet zu werden, denen sie zudem mit ihrer medizinisch-technischen Ausrüstung nicht vollauf gewachsen sein können. Die erforderlichen Investitionen für ein diesen Aufgaben angemessenes Ar-

Isolierung der Deutschen Ärzteschaft in gesundheits- und sozialpolitischer Hinsicht. Das von der Bundesärztekammer vorgelegte Programm, die sog. „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen“, lassen sowohl einen immensen Diletantismus als auch den uneinsichtigen Willen, Reformen zu vermeiden oder zu unterlaufen, erkennen.“

7 Der entsprechende Antrag zugunsten der Aktion „Freiheit für Arzt und Patient“ wurde mit 130 Ja-Stimmen gegen 63 Nein-Stimmen bei 18 Enthaltungen verabschiedet.

beitsinstrumentarium übersteigen zum Teil heute schon die Möglichkeiten selbst größerer Gruppenpraxen. Die ärztliche Standesführung ist offensichtlich nicht in der Lage, dieses für die Sozialversicherten und die Ärzte gleich dringende Problem zur beiderseitigen Zufriedenheit zu lösen.

Nach dem vorzeitigen Abtreten des in die bis heute nicht ganz aufgeklärten Geschäfte der „Vermögensbildungsgesellschaft Promedica“ verwickelten bisherigen Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Ernst Fromm, hat sich in München die engere Standesspitze umgruppiert und besteht nun aus dem Präsidenten Professor Dr. Sewering (CSU) und den Vizepräsidenten Professor Dr. Bourmer (CDU) und Dr. Jungmann (CDU). Wenige Wochen nach dem Ärztetag, am 12. 11. 1973, hatte auch der langjährige Geschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor Dr. Stockhausen, seinen Rücktritt angekündigt und schied zum 1. 4. 1974 auch de jure aus. Gegen ihn sowie gegen zwei weitere leitende Mitglieder ärztlicher Standesorganisationen ermittelt das Bundeskartellamt wegen des Verdachts, auf verschiedene Firmen, die medizinisch-technische Dienste anbieten, Druck ausgeübt zu haben, um sie zur Einstellung von Dienstleistungen zu bewegen, die im Wettbewerb zum Angebot der Laborärzte stehen⁸. Der Ruck nach rechts in der Standesspitze wurde von einer Minderheit der Ärztetag-Delegierten, die sich eine flexiblere Berufspolitik wünschten, mit Enttäuschung registriert. Sewering, wegen Ämterhäufung und ständischer Machtfülle als „Kaiser von Bayern“ apostrophiert, legte nach seiner Wahl ein markiges Bekenntnis zum Konservatismus ab, das selbst Delegierte, die ihn gewählt hatten, befremden mußte. 78 Delegierte hatten sich nicht entschließen können, Sewering ihre Stimme zu geben, so daß er, obwohl einziger Kandidat, nur 163 der 241 abgegebenen Stimmen auf sich vereinigen konnte. Die Bereitschaft, diesen Präsidenten zu küren, wäre noch geringer gewesen, wenn man vor der Wahl gewußt hätte, was nach der Wahl zur biographischen Vorgeschichte des Seweringschen Konservatismus durch die Presse ging: Sewering, Mitglied der SS seit dem 1. Nov. 1933 und Mitglied der NSDAP seit dem 1. Aug. 1934,

8 Siehe dazu die FAZ vom 19. 3. 1974 unter der Überschrift „Geldbußen für Ärztekammer und Laborfachärzte“: „Die Auseinandersetzung zwischen dem Bundeskartellamt und den Ärzteverbänden über das freie Angebot an Laborleistungen hat einen neuen Höhepunkt erreicht. Das Kartellamt hat gegen den ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Fromm, gegen den ehemaligen Hauptgeschäftsführer, Professor Stockhausen, gegen die beiden Vorstandsmitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Dr. Fenner und Dr. Lommel, sowie gegen die beiden Organisationen selbst wegen Androhungen von Boykottmaßnahmen Geldbußen in Höhe von insgesamt 122 500 DM festgesetzt. Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.“ S. dazu auch z. B. Berliner Ärzteblatt, Heft 2, 1974, S. 41 f. und 44 ff. unter den Überschriften „Schlichter Wunsch und kühle Drohung“ sowie „Laborleistungen — kein Naturschutzpark für Ärzte“.

hatte der Gauleitung München-Oberbayern als „in politischer wie sozialer Hinsicht zuverlässig“ gegolten⁹.

Der „Zug zum Passiv-Akklamatorischen“, den der Landarzt und Schriftsteller Paul Lüth den ärztlichen Berufsvertretungen attestiert, war auch auf diesem 100jährigen Jubiläums-Ärztetag einer offenen sozialpolitischen und berufspolitischen Diskussion im Wege. Das Delegierten-Plenum lehnte es, wenn auch nur mit hauchdünner Mehrheit, ab, Diskussionsbeiträge der Ärzte Lüth und Scholmer auch nur anzuhören, obwohl nach der Geschäftsordnung dem nichts im Wege gestanden hätte. Als die Delegierten der Bundesassistentenkonferenz, Kahlke und Masuhr, als Vertreter der Assistenzärzte an den Universitätskliniken es wagten, Ambulatorien und Polikliniken für alle Krankenhäuser zu fordern, wurden sie von Sprechern des Hartmann-Bundes, „Verband der Ärzte Deutschlands“, als bedauernswerte Utopisten abgekanzelt, obwohl sie ihre Vorschläge unmittelbar aus der eigenen Berufserfahrung als Krankenhausärzte abgeleitet hatten. Dem für liberale Reformen eintretenden Hamburger Arzt Biallas schlug eine derart entschiedene Ablehnung entgegen, daß schließlich von verschiedenen Seiten die Regeln ärztlicher Kollegialität beschworen werden mußten, um das Gesicht des Ärztetages gegenüber der Öffentlichkeit zu wahren.

Und doch war die Bereitschaft, sich für eine bessere Krankenversorgung einzusetzen, auf diesem Ärztetag deutlicher spürbar als auf

9 Zitiert nach „Der Spiegel“ 41/73. Dort auch das Folgende: «Neben seiner Tätigkeit als Lungenfacharzt im Ärztehaus Dachau bekleidet Sewering folgende Ämter und Mandate: Honorar-Professor (für Sozialmedizin und ärztliche Rechts- und Berufskunde) an der medizinischen Fakultät der Technischen Universität München; Delegierter der Bundesärztekammer für den Weltärztebund; Erster Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Dachau; Erster Vorsitzender der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern; Erster Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern; Mitglied des Länderausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Präsident der Bayerischen Landesärztekammer; Erster Vorsitzender des Hochschulausschusses der bayerischen Landesärztekammer; Erster Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer; Zweiter Vorsitzender der Hans-Neuffer-Stiftung der Bundesärztekammer; Mitglied des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung; Leiter des Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer in Grado; Vorstandsmitglied und Schatzmeister des Weltärztebundes; Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung; Mitglied des bayerischen Senats (als Vertreter der Freien Berufe); Mitglied des bayerischen Landesgesundheitsrates; Vorstandsmitglied des „Gesundheitsforum e. V.“ der „Süddeutschen Zeitung“, München; Beiratsmitglied der „Ullstein AV“ (Kassettenfernsehen); Mitglied des fachärztlichen Arbeitsausschusses beim Technischen Überwachungsverein Bayern; Vorstandsmitglied der „Aktionsgemeinschaft deutscher Ärzte e. V.“; Vorsitzender der „Kampfgemeinschaft bayerischer Ärzte“; Vorsitzender der Akademie für Arbeitsmedizin in München; Vorstandsmitglied des Verbandes der Freien Berufe in Bayern; Beiratsmitglied des gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU.»

früheren. Sie zeigte sich vor allem in dem Bemühen, die Kluft, die sich zwischen moderner, hochspezialisierter Krankenhausmedizin und freier Einzelpraxis aufgetan hat, zu schließen. Es verdient vermerkt zu werden, daß die ärztlichen Standesverbände zum erstenmal in der Nachkriegszeit ein gesundheitspolitisches Programm vorgelegt haben und damit von ihrer bisherigen Position, am Gesundheitswesen der BRD gebe es nichts wesentliches zu verbessern, abgerückt sind. Der Referent des kollektiv erarbeiteten Reformprogramms, Dr. Ernst-Eberhard Weinhold (CDU), hielt es freilich für opportun, selbst darauf hinzuweisen, daß angesichts dieses Entwurfs mancher wohl fragen würde: „Wo bleibt der große Wurf?“ Dem Delegierten Britz, einem Sprecher der in Gruppenpraxen arbeitenden Ärzte, entrutschte das Zugeständnis: „Wer wie ich seit Jahren auf Deutschen Ärztetagen dabei ist, der ist nicht überfordert, dem zuzustimmen. Es ist nichts Neues gesagt worden.“ Die unfreiwillige Abwertung wird jedoch dem Gesundheitsprogramm der Standesverbände nicht ganz gerecht. Neben bedenklichen und wohl auch illusionären Vorschlägen, nun auch noch Teile des Krankenhauswesens zu reprivatisieren, neben Leitsätzen zur Gesundheits- und Sozialpolitik und einer Aufgabenbeschreibung der Ärzteschaft im gewohnten standesegoistischen Denkrahmen, finden sich immerhin auch Vorschläge zur Verbesserung der Rehabilitation, der Betreuung psychisch Kranker, zum Ausbau der Krankheitsfrüherkennung und zum Aufbau einer umfassenden Gesundheitsvorsorge, die mit den Interessen der Mehrheit der Patienten in Übereinstimmung zu bringen sind.

Die „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen“ sind offensichtlich das Ergebnis einer sehr mühevollen Abstimmung der Sonderinteressen der größeren Ärzteverbände, wobei allerdings die Vertreter der angestellten und beamteten Ärzte von vornherein am kürzeren Hebel saßen. Nur die Ärzte in freier Praxis finden die volle ständische Anerkennung, während die Assistenzärzte in den Krankenhäusern, immerhin voll approbierte Ärzte, als in der Weiterbildung befindliche Lernende verstanden werden und die Ärzte im öffentlichen Dienst gar als „Erfüllungsgehilfen einer Institution“ und als „beliebig austauschbare Gesundheitsfunktionäre, denen keine personale Beziehung zu ihren Patienten zugeordnet ist“, diffamiert werden¹⁰.

Ungleichmäßigkeiten in der Krankenversorgung, Disproportionen im Angebot ärztlicher Dienstleistungen und Strukturschwächen des Gesundheitssystems werden zum erstenmal von der Standesführung selbst beschrieben. Dementsprechend enthält das Programm die genannten Verbesserungsvorschläge für Teilbereiche ärztlicher Tätigkeit, die durchaus zu einer Erweiterung der Gesundheitssicherung der Sozialversicherten beitragen könnten, deren Verwirklichung

10 Ms., S. 10. Der ausschnittsweise zitierte Passus hat z. B. auch auf der 28. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 7. 2. 1974 schon zum heftigen Protest der Betroffenen geführt. Siehe dazu Berliner Ärzteblatt, Heft 5/74, S. 208.

allerdings selbst in der begrenzten Form, wie hier vorgeschlagen, nur durch eine beträchtliche Erhöhung des Gesundheits- und Sozialniveaus möglich wäre.

Die Betreuung psychisch Kranker und psychisch Gefährdeter ist inzwischen derart unzureichend, daß die Bundesärztekammer zu dem Eingeständnis veranlaßt wird: „Die Bundesrepublik ist dabei im Vergleich zu einigen anderen Ländern weit ins Hintertreffen geraten.“ Die „sozio-dynamisch entscheidenden Entstehungsbedingungen“¹¹ psychischer Krankheiten sollen erforscht werden, um Therapie und Prophylaxe voranzutreiben. Es wird beklagt, daß „die ehemals führende Stellung, die Deutschland auf dem Gebiet der psychiatrischen Außenfürsorge hatte“¹², verlorengegangen. Doch die Eröffnung psychiatrischer Polikliniken über die an den Universitäten bestehenden hinaus bleibt durch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung vorerst blockiert. Wer mit dem Appell hervortritt: „Die Bevölkerung muß mehr Verständnis für ihre psychisch kranken Mitmenschen aufbringen“, muß sich natürlich fragen lassen, warum er nicht konsequenter dafür eintritt, daß auch die institutionellen Mittel und die erforderliche Finanzierung zur Resozialisierung dieser Menschen freigegeben werden.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in den bisher vernachlässigten Arbeitervorstädten und auf dem Lande soll durch Umsatzgarantien, durch die Gewährung zinsloser Darlehen, Honorarvorschüsse, Bildung von Vertretungsgemeinschaften, Bereitschaftsdienstpauschale, erhöhte Wegegelder, Vorfinanzierung von Arztpraxen und Förderung neu zu errichtender Gruppenpraxen gewährleistet werden. Die regionale Mangelversorgung hat offenbar schon derart bedrohliche Ausmaße angenommen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre bisher eifersüchtig gehütete Souveränität über die Sicherstellung der ambulanten Versorgung selbst beginnen in Frage zu stellen. Sie sehen sich gezwungen, Bund, Länder und Gemeinden um die Bereitstellung von Grundstücken für Arzt Häuser, die Gewährung zinsverbilligter Darlehen, zusätzlicher steuerlicher Vergünstigungen, Sonderabschreibungen und „allgemeiner Freibeträge“ zu bitten.

Zur Beseitigung einer Misere, die durch die privatwirtschaftliche Gestaltung der ambulanten Versorgung in der Nachkriegszeit mit hervorgebracht wurde, soll nun die öffentliche Hand einspringen. Dieses Vorhaben, das darauf hinausläuft, die Sozialversicherten zusätzlich zu den rapide steigenden Sozialbeiträgen als Steuerzahler nochmals zur Kasse zu bitten, kann allenfalls als Notlösung zur Überbrückung der Gesundheitsmisere auf dem Lande vorübergehend akzeptiert werden. Eine langfristig tragfähigere Lösung wäre die Errichtung von Ambulatorien und Polikliniken in den unterversorgten Gebieten. Es bleibt allerdings das erklärte Ziel der Organisatio-

11 Ms., S. 76 ff.

12 Ebenda.

nen der niedergelassenen Ärzte, die Errichtung derartiger Einrichtungen zu verhindern¹³.

Während sich ein derzeit tendenziell zunehmendes Gewicht derjenigen Inhalte des Medizinunterrichts, die nicht an den (Ausnahme-) Bedingungen klinischer und insbesondere universitätsklinischer Versorgung orientiert sind, erst nach Jahren zugunsten der ambulanten Krankenversorgung auswirken dürfte, würde die Einbeziehung der Krankenhausfachärzte in die ambulante vor- und nachstationäre Versorgung — sie sollen als Personen das Recht zur Mitwirkung an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung erhalten — schon eher eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte bewirken. Bei dem allgemeinen Ärztemangel in den Krankenhäusern und dem noch stärkeren Mangel an Pflegepersonal könnte jedoch dadurch eine Überforderung des Krankenhauspersonals eintreten. Daran zeigt sich, daß jahrzehntelange gesundheitspolitische Versäumnisse nun dazu führen, daß der Versorgungsnotstand auf alle Teilbereiche des Gesundheitswesens übergreift.

Voraussetzung für eine wirklich spürbare Verkürzung der Wartezeiten und eine intensivere Betreuung der Patienten in Praxis und Krankenhaus wäre ein drastischer Abbau des Numerus clausus, der angesichts des Fehlens von freipraktizierenden Ärzten, von Krankenhausärzten, vor allem der Fachgebiete Chirurgie und Psychiatrie, von Ärzten des öffentlichen, des sozialärztlichen und des werksärztlichen Dienstes von den Standesverbänden sehr viel energischer gefordert werden müßte. Die Beobachtung der Standesverbände, daß ein vermehrtes Angebot an Ärzten eine verstärkte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen auslöst, ist ein schwaches Argument gegen die Aufhebung des Numerus clausus¹⁴. Solange es noch Wartelisten, kurze Behandlungszeiten und unzulängliche medizinische Versorgung gibt, läßt

13 Bereits heute schon besteht, das Einverständnis der Kassenärztlichen Vereinigung allerdings vorausgesetzt, die Möglichkeit, Ambulatorien durch die Krankenkassen einrichten zu lassen. Siehe dazu Berliner Ärzteblatt Heft 5/74, S. 194.

14 Der Beschluß des 75. Deutschen Ärztetages 1972 in Westerland, in dem „die Aufhebung des Numerus clausus, nicht nur im Interesse der jungen Menschen, die den Arztberuf ergreifen wollen, sondern auch im Interesse einer dem Stande der Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, die — unter welchem System auch immer — ohne eine ausreichende Zahl von Ärzten nicht möglich ist“ (DÄ, 24/72, S. 1696), gefordert wird, muß durch das Folgende erheblich relativiert erscheinen. Nach einem Kommentar des Berliner Ärzteblattes (Heft 22/73, S. 1063) hat sich der neue Bundesärztekammerpräsident in einem Interview mit der „Welt am Sonntag“ mit „der Behauptung“ auseinandergesetzt, „die Bevölkerung ginge einem krassen ärztlichen Versorgungsnotstand entgegen. Sewering widersprach — mit dem Hinweis auf steigende Arztzahlen; ... Von einem Versorgungsnotstand könne keine Rede sein.“ Wörtlich habe Sewering noch gesagt: „Ich glaube nicht, daß eine Gesellschaft es sich leisten kann, unbegrenzt junge Menschen zu einem Studium zuzulassen; das halte ich für deletär für die Gesellschaft und für die ärztliche Versorgung.“

sich das berechnete Verlangen der Bevölkerung nach besserer Gesundheitssicherung nicht mit dem Hinweis auf einen zu befürchtenden Kostenanstieg zurückweisen.

Eines der Haupthindernisse für eine engere Zusammenarbeit der in den Krankenhäusern tätigen Ärzte mit ihren niedergelassenen Kollegen ist die bisher praktizierte Auslegung des sogenannten Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Nicht einmal die Tatsache, daß in vielen Krankenhäusern auf vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Interesse der Kontinuität der Kontrolle des Krankheitsverlaufs gar nicht mehr verzichtet werden kann, ohne daß die Kostenfrage für diese stillschweigenden Zusatzleistungen der Krankenhäuser eindeutig und einheitlich geregelt wäre, nicht einmal die Notwendigkeit, die überaus kostspielige und für die Patienten belastende Mehrfachdiagnostik auf ein Mindestmaß zu beschränken, kann die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu bewegen, den Weg zur Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung endlich freizugeben.

In Übereinstimmung damit lassen es die Landesverbände bei ihrem Veto zur Institutionalisierung zukunftsweisender Modelle der Krankenversorgung, wie der von den Gewerkschaften vorgeschlagenen medizinisch-technischen Zentren oder den von vielen Krankenhausärzten erwünschten Polikliniken¹⁵, nicht bewenden. Ihre Forderungen zielen auf eine Angliederung des öffentlichen Krankenhauswesens an die Organisationsstruktur der freien Praxis. In Anknüpfung an die früher vom Hartmann-Bund, „Verband der Ärzte Deutschlands“, vorgeschlagenen sogenannten krankenhausärztlichen Vereinigungen¹⁶ sollen nun die Krankenhausärzte aus ihrem seit Jahrzehnten bestehenden sozial abgesicherten Angestelltenverhältnis herausgelöst und mit den niedergelassenen Ärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengefaßt werden. Auch krankenhausärztliche Tätigkeit würde dann jenen fragwürdigen Honorierungsmechanismen¹⁷ unterliegen, deren Abschaffung von vielen Ärzten als ein erster Schritt zu einem humaneren Arzt-Patienten-Verhältnis begrüßt werden würde.

Nach anderen Vorstellungen, die tendenziell in die gleiche Richtung zielen, soll das Belegarztsystem in Anlehnung an das Gesundheits-

15 In einer im Oktober 1972 vom Landesverband Berlin des Marburger Bundes durchgeführten Umfrage wurde die Feststellung „Die Poliklinik ist die bestmögliche Form der ambulanten Versorgung der Patienten“, von 26 % mit +3, von 16 % mit +2 und weiteren 14 % mit +1 gewertet. Die zur Kontrolle vorgelegte Feststellung: „Den Tendenzen, das Gesundheitswesen zu sozialisieren, muß entschieden entgegengetreten werden“, wird von 33 % mit —3, von 13 % mit —2 und von 11 % mit —1 abgelehnt. Nach Joseph Scholmer, Patient und Profitmedizin, Opladen 1973, S. 148.

16 Siehe dazu „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1970/71“ in DÄ, 26a/71, S. 1588 f.

17 Siehe dazu E. Wulff: Der Arzt und das Geld, in: Das Argument 69, S. 955—970, und G. Müller: Zum System der Arzthonorierung, in: H.-U. Deppe, G. Kaiser u. a. (Hrsg.): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973.

wesen der USA, deren Sozialversicherungssystem weit hinter europäischen Verhältnissen zurückgeblieben ist, ausgebaut werden. Das würde bedeuten, daß niedergelassene Ärzte, deren Arbeitsschwerpunkt nach wie vor in freier Praxis bleibt, mehr als bisher in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung stationäre Behandlungen durchführen könnten. Selbst funktionsärztliche Tätigkeit, etwa in der Anästhesie, Intensivpflege (!), Radiologie und Labormedizin, soll in diesen Krankenhäusern von Belegärzten übernommen werden, während in Häusern der Schwerpunkt- und Zentralversorgung nur für Fächer mit niedrigem Bettenbedarf, insbesondere sogenannte Organfächer, Belegärzte vorgesehen sind¹⁸. Daß derartige Pläne kaum zu einer Verbesserung der spezialisierten Krankenhausbehandlung führen würden und darüber hinaus eine Gefahr für die wissenschaftliche Entwicklung der angewandten Medizin mit sich bringen könnten, braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden.

Langfristig soll die belegärztliche Tätigkeit durch ein System sog. „Praxiskliniken“ ersetzt werden, das für möglichst viele Ärzte eine freiberuflich ambulant-stationäre Tätigkeit begründen soll. Das Modell der „Praxisklinik“ wurde erstmals von Fromm, dem früheren Präsidenten der Bundesärztekammer, der Ärzteschaft vorgeschlagen¹⁹ und von Jeute, dem Vorsitzenden des Verbandes leitender Krankenhausärzte, als „dritte Säule“ neben und zur Integration ambulanter und stationärer Medizin propagiert²⁰. Nach Jeute sollen diese Praxiskliniken durch eine vermutlich mit den Landesorganisationen verflochtene Betriebsgesellschaft errichtet, finanziert und bewirtschaftet werden und, um Großeinkauf, Standardisierung und Rationalisierung zu ermöglichen, nach Art von Kettenbetrieben organisiert werden. Derartige Modelle werden wohl aus der Einsicht geboren, daß mit zunehmender Wirtschaftskonzentration nicht nur die Einzelpraxis, sondern auch die Gruppenpraxis aufwendige betriebswirtschaftliche Einheiten sind und einem zunehmenden Rationalisierungs- und Effektivierungsdruck zu unterliegen drohen.

Die hier zutage tretende Tendenz, dem gesamten Gesundheitswesen den Stempel der Freiberuflichkeit aufzudrücken, zieht sich durch alle Abschnitte des „Gesundheits- und sozialpolitischen Programms der deutschen Ärzteschaft“. Gegen eine solche Entwicklung werden sich allerdings die Sozialversicherten, die Mehrzahl der Krankenkassen, die Mehrzahl der in den Krankenhäusern Tätigen und die Gewerkschaften mit Sicherheit zur Wehr setzen. Bis hin zu den Krankenhausträgern vermag kaum jemand einzusehen, weshalb man privatwirtschaftlichen Einzelpersonen oder Gesellschaften zusätzliche Möglichkeiten eröffnen soll, von der öffentlichen Hand vorgehaltenes Arbeitsinstrumentarium für private Zwecke zu nutzen.

18 S. dazu G. Haenisch: Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes, in: DÄ, 27/72, S. 1888.

19 DÄ, 16/73.

20 DÄ, 40/73.

In den „Leitsätzen zur Gesundheits- und Sozialpolitik“²¹ wird durch die einleitende Bemerkung: „Im freiheitlichen und sozialen Rechtsstaat“ werde „die in den politischen Gesamtzusammenhang eingefügte Gesundheitspolitik bestimmt durch den Wert der Gesundheit als eines wesentlichen Gutes des Menschen, begrenzt durch den Vorgang des Grundrechtes auf Schutz der freien Entfaltung der Persönlichkeit“, ein Gegensatz zwischen dem Recht auf Gesundheit und einer ausschließlich als Individualität begriffenen Persönlichkeit, deren Entfaltung es zu schützen gelte, konstruiert. Die „Freiheit des Individuums“, heißt es wenige Zeilen weiter, „macht primär jeden Menschen für die Gestaltung seines Lebens selbst verantwortlich“. Es folgt dann ein Versuch, den Gesundheitsbegriff zu relativieren, um daraus eine „Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik“ gegenüber einer „Eigenständigkeit der Sozialpolitik“ zu postulieren: „Gesundheit ist eine nicht exakt beschreibbare Qualität. Der Mensch kann mehr oder weniger leistungsfähig und belastbar sein, sich mehr oder weniger wohlfühlen. Er kann sich, trotz objektiv nicht — oder noch nicht — krankhafter Befunde subjektiv krank und trotz objektiv krankhafter Befunde subjektiv gesund fühlen. Hier gibt es ein weites Feld fließender Übergänge, eine ‚graue Zone‘ zwischen Gesundheit und Krankheit. Nicht zuletzt aus diesen Gründen ist es bisher nicht gelungen, eine allseits befriedigende Definition des Begriffes ‚Gesundheit‘ zu geben.“

Das Ziel dieser Relativierung des Gesundheitsbegriffs ist ganz offensichtlich. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, Grundlage jeder ärztlichen Tätigkeit, soll ausschließlich für die Individualmedizin, vorzugsweise für den freiberuflichen Arzt und seinen Klienten, reserviert werden und in diesem begrenzten Verständnis zum entscheidenden Maßstab und Mittelpunkt des gesamten Gesundheitswesens erhoben werden. Dazu ist es notwendig, einen Gegensatz zwischen Gesundheit und Wohl des einzelnen und dem Allgemeinwohl zu konstruieren, um gegen eine Einordnung der Medizin in den Prozeß des gesellschaftlichen Fortschritts Barrieren aufzurichten. Der Scheinwiderspruch zwischen individuellen Interessen und gesellschaftlichen Interessen soll die Erkenntnis blockieren, daß Gesundheit eine der Grundvoraussetzungen einer freien allseitigen Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit ist und daß eine Erweiterung der Gesundheitssicherung in enger Beziehung zum gesellschaftlichen Fortschritt steht.

Die individualistische Einschränkung der Aufgaben des Arztes und des Gesundheitswesens erleichtert eine Verdrängung der Ursachen der Gesundheitsmisere. Der Einfluß der Profitinteressen der chemischen und pharmazeutischen Großkonzerne und der Medizingeräte produzierenden Elektroindustrie auf Forschung und Praxis der Medizin bleibt außerhalb des begrenzten Gesichtsfeldes. Die Auswirkungen der Funktionsgesetze des Wirtschaftssystems der BRD auf das Gesundheitswesen, die Einflüsse der Interessen der Monopole auf die

staatliche Steuerung der Sozial- und Gesundheitspolitik — an einer Erörterung derartiger Themen kann einer ärztlichen Standesführung, die mit den genannten Einflusfeldern nachweislich verflochten ist²², kaum gelegen sein. Auch auf die Frage, wie die notwendige Erweiterung der Gesundheitssicherung und die planmäßige Entwicklung der Vorsorgemedizin finanziert werden sollen, weiß die Bundesärztekammer keine Antwort. Wenn auch das Bekenntnis zu vordringlichen sozialhygienischen Aufgaben der zeitgenössischen Medizin nicht fehlt, so ist doch das Hauptaugenmerk dieses Programms auf einen vereinzelt Kranken gerichtet, dem jegliche Beziehung zur gesellschaftlichen Wirklichkeit fehlt und dem als lebens- und gesundheitsbewahrende Autorität allein der Arzt gegenübersteht.

Der Deutsche Ärztetag betrachtet sich, wie er ausdrücklich formuliert, als sachverständige Vertretung der Gesamtbevölkerung in gesundheitlichen Belangen. Doch die „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen“, die er zu seinem 100jährigen Jubiläum vorgelegt hat, sind in vielem der Ausdruck eines unnachgiebigen Festhaltens an altüberkommenen Standesprivilegien. Die zu begrüßende Bereitschaft der ärztlichen Standesorgane, sich nun auch an der Reformdiskussion zu beteiligen, das Eintreten der Ärzteschaft für die Bekämpfung offensichtlicher Mißstände in Einzelbereichen der Krankenversorgung und das Hinweisen auf einige vordringliche gesundheitspolitische Aufgaben können nicht darüber hinwegtäuschen, daß im übrigen der gesundheits- und sozialpolitische status quo als Reformziel hingestellt wird und zu Schritten in die sozialpolitische Vergangenheit eingeladen wird. Ein konstruktiver Beitrag zur Demokratisierung des Gesundheitswesens und zur Erweiterung der Gesundheits-sicherung entsprechend den Bedürfnissen der Sozialversicherten steht noch aus.

Noch ist dieser erste Versuch der Ärzteschaft der BRD, ein umfassendes Programm der Gesundheits- und Sozialpolitik aus der Sicht des ärztlichen Berufes zu erarbeiten, nicht abgeschlossen. Der Entwurf von 1973 fand zwar bei der Mehrheit der Delegierten Zustimmung, wurde jedoch nicht formal verabschiedet, sondern nur „im Grunde gebilligt“. Die endgültige Fassung wird voraussichtlich, nach Bearbeitung zahlreicher Zusatzanträge und Änderungswünsche, vom Vorstand der Bundesärztekammer im Juni 1974 dem 77. Deutschen Ärztetag in Berlin zur Verabschiedung vorgelegt werden. Entscheidende Änderungen sind wohl nur dann noch zu erwarten, wenn es den Vertretungen der angestellten und beamteten Ärzte gemeinsam mit einer wachsenden Gruppe liberal-progressiver Vertreter der niedergelassenen Ärzte gelingt, in gemeinsamem Auftreten mehr Einfluß als bisher zugunsten einer fortschrittlichen ärztlichen Berufspolitik geltend zu machen.

22 S. dazu: I. Fohlmeister: Ärzteverbände und politisch-ökonomische Machtzentren in der BRD, in: H.-U. Deppe, G. Kaiser u. a. (Hrsg.): *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt*, Köln 1973.

J. Tudor Hart

Von Quacksalbern zum Staatlichen Gesundheitsdienst Geschichte der ambulanten Versorgung in England*

Mit der Einrichtung des Staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service) in England im Jahre 1948 wurde in der Organisation der medizinischen Versorgung in entwickelten Industrieländern ein neuer Weg beschritten. Zwar wurde ein gesellschaftlich geplanter, das Gesamtspektrum medizinischer Leistungen umfassender Gesundheitsdienst, der zugleich beitragsfrei und kostenlos war, zuerst in der UdSSR aufgebaut, doch wurden dort nicht nur im Bereich der medizinischen Versorgung, sondern zugleich auch im gesamten Dienstleistungsbereich und in der gesamten industriellen Produktion der Profit als Triebkraft und der Markt als Verteilungsmechanismus ausgeschaltet; daneben war das technische Wissen und der allgemeine Kenntnisstand weitaus weniger entwickelt als in England.

Bereits zum Zeitpunkt seiner Entstehung war der Staatliche Gesundheitsdienst in England umfassend; er schloß die stationäre und ambulante Versorgung der gesamten Bevölkerung ein, er war beitragsfrei und kostenlos, und er wurde ausschließlich aus Mitteln des Staatshaushalts finanziert. Englands medizinische Versorgung wurde damit auf eine Grundlage gestellt, auf der in den meisten entwickelten kapitalistischen Ländern nur das Bildungssystem steht. Obgleich von den meisten der ursprünglich gültigen Prinzipien des Staatlichen Gesundheitsdienstes später in mancher Hinsicht abgewichen wurde, nimmt dieser doch nach wie vor einen einzigartigen Rang in der kapitalistischen Welt ein. Andere Gesundheitssysteme in Westeuropa basieren nämlich stärker auf Beitragszahlungen, weniger auf Steuermitteln, und sehen eine höhere Kostenbeteiligung bei Honoraren und bei Verschreibungen vor; ferner schließen die meisten Systeme alle Nichtversicherten oder wenigstens einen Teil von ihnen aus.¹ Die genannten Merkmale machen den Staatlichen Gesundheitsdienst zum Gegenstand internationalen Interesses, bisweilen auf der Suche nach Waffen für den medizinpolitischen Kampf, neuerdings häufiger für gründliche Untersuchungen, die die unterschiedlichen Formen medizinischer Versorgung, die beachtliche Lebenskraft der Allgemeinpraxis in England, zugleich aber auch manche der schwerwiegenden Mängel zum Gegenstand haben, die dort beseitigt und andernorts vermieden werden müssen. Der Aufbau des Staatlichen

* Zuerst erschienen im International Journal of Health Services, Vol. 2, No. 3, 1972, S. 349—365. Übersetzung von Frigga Haug und Rolf Nemitz.

1 Health Services in Western Europe. Hrsg. v. Office of Health Economics. London 1963.

Gesundheitswesens kennzeichnet die linkeste Position, die die Labour-Regierung von 1945 unter dem Druck einer allgemeinen massiven Ablehnung der Vorkriegsgesellschaft und ihrer sozialpolitischen Prioritäten erreicht hatte. Der Aufbau wurde vorangetrieben von dem früheren walisischen Bergmann Aneurin Bevan, dem einzigen Minister in dieser Regierung, der sich den Interessen seiner Klasse noch verpflichtet fühlte. Diese einzigartige Entwicklung in England wird durch die zeitweilige Tendenz nach links allerdings nicht hinreichend erklärt, denn die meisten westeuropäischen Regierungen widerstanden zu dieser Zeit in allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens, außer dem medizinischen, weitaus mächtigeren Volksbewegungen mit Hilfe von Rückzügen nach links, die noch weitergingen.

Der Linkstrend im Nachkriegsengland verband sich mit der historischen Tradition versicherungsmäßig organisierter ambulanter Versorgung, die die gesamte männliche Industriearbeiterschaft und ein Großteil der niedrig bezahlten Angestellten einbezog, so daß in England, dessen Bauernschaft zahlenmäßig kaum ins Gewicht fällt, ein größerer Teil der Bevölkerung von dieser Art der Versorgung erreicht wurde als in irgendeinem anderen Land. Ferner war damals die Spaltung der Ärzteschaft in Fachärzte für stationäre und Allgemeinpraktiker für ambulante Versorgung, auf der der Staatliche Gesundheitsdienst basierte, bereits weit fortgeschritten. Um jedoch den Staatlichen Gesundheitsdienst und seine nationalen Besonderheiten noch besser verstehen zu können, müssen die sozialhistorischen Ursprünge der ambulanten Versorgung in England untersucht werden.

Sozialhistorische Ursprünge der ambulanten Versorgung in England

Die Geschichtsschreibung der Medizin handelt eigentümlicherweise mehr von den Ärzten als von den Patienten. Vor der industriellen Revolution befaßten sich die ärztlichen Mitglieder der kulturellen Elite (diese stellen wir uns gemeinhin unter Ärzten vor, und nur sie werden von Medizinhistorikern genannt) nur soweit mit der Versorgung der Armen, als diese als Lehrmaterial in großen Krankenhäusern oder als Kanonenfutter brauchbar waren; die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung aber bestand aus Armen.

Jene Bildungsbürger begründeten¹ die Tradition des ausgebildeten Arztes, die schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts ideologisch und kulturell mit der Tradition des Wundarztes verbunden war. Auf diese Tradition lassen sich ohne große Brüche alle unsere Vorstellungen über den medizinischen Beruf zurückführen: die Ethik, die Einkünfte, die Lebensweise und die Beziehungen zur Wissenschaft. Diese Ärzte schufen die Ideologie medizinischer Versorgung, bestimmten die Ausbildung und waren der Maßstab, an dem jeder junge Arzt sein Vorwärtkommen maß.

Die Tradition der allgemeinen Versorgung war völlig anders. Die kranken Armen suchten alle mögliche Hilfe, bei heilkundlichem All-

tagswissen und bei jenen, die im Ruf standen, nützliches Wissen zu besitzen, und die bereit waren, es schon für einen Penny und nicht erst für ein Pfund herzugeben. Schon im Gesundheitsgesetz von 1512 suchten die Ärzte und Wundärzte alle anderen, die ebenfalls Anspruch auf medizinisches Wissen erhoben, von der Praxis fernzuhalten. 1542 wurde dann ein ergänzendes Gesetz erlassen, das nach Poynter „all die ehrenhaften Menschen, Männer wie Frauen“, von den Strafen für unerlaubtes Praktizieren ausnahm, die „Gott mit dem Wissen über Natur, die Art und Wirkungsweise von Kräutern, Wurzeln und Wassern ausgestattet hat und die davon Gebrauch machen zum Nutzen jener, die von den herkömmlichen Krankheiten geplagt werden“. Es scheint, daß die Wundärzte — „allein auf ihren Gewinn bedacht“ — all jene gerichtlicher Verfolgung auszusetzen suchten, die ihre ärztliche Kunst zum Nutzen der Armen ausübten, die ohne solche Hilfe keine Behandlung erhalten hätten.² — Poynters ausgezeichnete Überblick über die Entwicklung der medizinischen Praxis in England zeigt deutlich, daß dieses niedere Medizinergeschäft die normale Quelle medizinischer Versorgung für die Allgemeinheit war, wobei es sich im ökonomischen Sinne gewiß nicht um Wohltätigkeit handelte, sondern um ein Geschäft, in dem ein Armer mit Kenntnissen die Armen versorgte; dabei konnten weder Diagnose, noch Prognose, noch eine Verhaltensvorschrift, sondern nur das Heilmittel selbst verkauft werden.

Diese Armen-Apotheker hatten bereits 1617 ihre eigene Organisation (natürlich kein „Royal College“) und „führten einen langen Kampf gegen das College (der Ärzte) zur Verteidigung ihres Rechts, Heilmittel zu verschreiben und zu verteilen. Die Apotheker waren die Hauptstütze der medizinischen Versorgung der einfachen Leute.“³

Zwei Prozesse beschleunigten die Verwandlung der Apotheker in die Allgemeinpraktiker des 19. Jahrhunderts. Die industrielle Revolution ballte die Menschen auf engem Raum zusammen. Sie erhielten Lohn und lebten häufig in neuen Städten ohne niedergelassene Ärzte. Gebraucht wurde nun ein Armeleutedor, der für Pfennige die üblichen nichtsdestoweniger häufig tödlichen Erkrankungen behandelte und gelegentlich Notfalldienst bei den Fabrikarbeitern und ihren Familien leistete und zugleich bei den örtlichen Unternehmen und den Arbeitsaufsehern erste Hilfe leistete.

Daneben wurden aus dem im napoleonischen Kriege entstandenen Heer tausende von plebejischen Wundärzten entlassen, die im Kriege durch eine unmenschliche aber wirksame Schule gegangen waren und für die medizinische Versorgung in den Städten gebraucht wurden. Aus den Apothekern wurden „Wundarzt-Apotheker“, die ersten Allgemeinpraktiker der Industriegebiete. Seit dieser Zeit heißen die Praxen der Allgemeinpraktiker „surgeries“ (*surgeon*: der Wundarzt, Chirurg).

2 F. N. L. Poynter: *The Evolution of Medical Practice in Britain*. London 1961, S. 9 f.

3 Poynter, a.a.O.

Die „Wundarzt-Apotheker“ lebten von den Honoraren des Landadels und von den „medizinischen Clubs“⁴, die gegen monatliche Zahlungen zwischen 6 und 12 Pence die medizinische Versorgung der Arbeiter und ihrer Familien übernahmen (derartige Clubs wurden zum Teil von Ärzten unterhalten, die Kassierer auf Kommissionsbasis angestellt hatten, zum Teil von Versicherungsgesellschaften, die im Laufe des Jahrhunderts an Bedeutung zunehmen), und von Geldern der behördlichen Armenpflege. Das Verhältnis dieser Einnahmequellen zueinander war von Ort zu Ort offensichtlich verschieden, aber zweifellos bildeten die Clubs und die entlohnte Tätigkeit im Dienst der behördlichen Armenpflege einen wichtigen Teil der Arbeit und des Einkommens fast aller Ärzte in den Industriegebieten Englands ab 1830.

Das Armenrecht wurde von den Ärzten fast ebenso sehr gehaßt wie von den Armen selber. Die Stellen für Armenärzte wurden von den Behörden der Armenpflege ausgeschrieben und gingen an jene von den zahlreichen Bewerbern, die die niedrigste Entlohnung akzeptierten. 1842 prangerte *The Lancet* „die Situation des Apothekers (an), der häufig aus Armut und nicht aus freien Stücken einen Lohn für seine Arbeit akzeptieren muß, der die ärztlichen Dienstleistungen im Grunde unmöglich machte; sie werden daher in vielen Teilen des englischen Königreiches nicht ausgeführt, und die Armen erhalten nur den Anschein echter medizinischer Hilfe“⁵. *The Lancet* schätzte die durchschnittliche Entlohnung pro Visite auf 1,5 Pence, weniger als ein Zwanzigstel des niedrigsten normalen privaten ärztlichen Honorars. Der extreme Geiz der Viktorianischen Lokalverwaltung, die zu dieser Zeit völlig in den Händen des Landadels und der Fabrikbesitzer war, schuf ein Mißtrauen gegen staatliche Institutionen als Dienstherrn, das unter den Ärzten bis in das 20. Jahrhundert hinein bestehen blieb. Die Ratsmitglieder von Wigan z. B. erklärten es 1842 für unnötig, eine Untersuchung des Todes von John Bird durchzuführen, der verhungert war, nachdem er die behördliche Armenpflege vergeblich um Hilfe gebeten hatte. Die Armenpflege weigerte sich, den Leichenbeschauer für eine solche Untersuchung zu bezahlen, weil der Tod „durch eine natürliche Ursache hervorgerufen worden war. Wir sind uns bewußt, daß Armut die Mutter vieler Erkrankungen ist, aber wenn die Untersuchung jeder Person, die unter ähnlichen Umständen verstorben ist, durchgeführt werden soll, wird der Beruf des Leichenbeschauers gewinnbringend und zugleich sehr teuer für die Steuerzahler.“⁶

Das Gesundheitsgesetz von 1858 konsolidierte die Entwicklung der vorhergehenden vierzig Jahre zu einer eindeutig bestimmbar und einheitlichen Medizinerschaft. Die British Medical Association (BMA)

4 Auch in Deutschland gab es solche Vorläufer der Krankenversicherung, die ebenfalls „Klubs“ genannt wurden. Siehe dazu den Aufsatz von Thiele in diesem Heft.

5 Leitartikel in: *Lancet* 2 (1841—1842), S. 55, 279, 310.

6 Leitartikel in: *Lancet* 1 (1841—1842), S. 446.

drängte erfolgreich auf die Schaffung eines einzigen Ausbildungsweges der Medizin: „Jeder Versuch, einen medizinischen Beruf niederen Grades zu schaffen, für den nur eine begrenzte Ausbildung nötig ist mit Eignung allein für die ‚gewöhnlichen Anforderungen‘ der Praxis, sollte zurückgewiesen werden. *Krankheiten befielen die Menschen, wo immer sie lebten und gleich welcher Klasse sie angehörten, und deswegen sollte der gleiche Grad medizinischen Wissens für jeden zugänglich sein.*“⁷ (Hervorhebung J. T. H.) Diese moralische Forderung wurde nicht durchgesetzt und ist es bis heute nicht, nicht zuletzt durch die Obstruktion des britischen Ärzteverbandes (BMA). Aber es ist hier festzuhalten, welche bedeutende Rolle diese Forderung damals bei der Auseinandersetzung um einen einheitlichen Beruf spielte.

Es ging dabei nicht um die gleiche Versorgung aller Patienten, sondern um eine Art Chancengleichheit aller Versorgenden: Jeder Arzt sollte die bevorzugten Arbeitsbedingungen anstreben können, unter denen allein Arbeit auf der Stufe eines ausgebildeten Arztes möglich war. Wobei die Grenzen eher durch den Markt als durch eine rechtsgültige Unterteilung des Berufsstandes in Kasten gesetzt werden sollten. Dies war deshalb besonders wichtig, weil ein Allgemeinpraktiker in einer Industriestadt normalerweise zugleich in verschiedenen gesellschaftlichen Sphären unterschiedliche Funktionen ausübte; es war für ihn wesentlich, daß ihm im Prinzip der Zugang zum ausgebildeten Teil der Ärzteschaft offenstand, auch wenn er in Wirklichkeit weitgehend von den Clubs oder der behördlichen Armenpflege abhängig war. Dies war für den einzelnen nicht nur finanziell, sondern auch für sein Selbstbewußtsein wesentlich, denn nur als ausgebildeter Arzt galt er wirklich als Arzt.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts breitete sich das auf Vorauszahlung beruhende Versorgungssystem schnell in allen Industriegebieten aus. Besonders galt dies für die Bergwerksorte⁸, wo es teilweise die gesamte Gemeinde erfaßte und die ambulante Versorgung nicht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme bezahlt werden mußte. Teilweise war dieses System mit einem gewissen Grad örtlicher demokratischer Kontrolle verbunden. Diese meist abseits gelegenen „Einklassengemeinden“ konnten auf keine andere Weise dem Arzt überhaupt ein ausreichendes Einkommen gewährleisten, dabei trugen sie schwer an der Last der Krankheiten und Unfälle, die behandelt werden mußten, wenn die Arbeitskraft erhalten werden sollte. Der Arzt wurde üblicherweise von den Bergbauverwaltungen bezahlt, die dies Geld, einige Pence pro Pfund, vom Lohn der Arbeiter einbehielten; zusätzliche Abzüge gab es für die Familienangehö-

7 J. Brotherston: Memorandum of evidence of the BMA, in: G. McLachlan u. T. McKeown (Hrsg.): *Medical History and Medical Care*. London 1971.

8 L. A. Falk: Coal miners' prepaid medical care in the United States, and some British relationships, 1792—1964, in: *Medical Care* 4 (1966), S. 37—43.

rigen und für die Bezahlung des Kassierers, der die Beiträge von der kleinen Minderheit der anderen Dorfbewohner eintrieb, die keine Bergleute waren. Außerdem wurde dem Arzt oft auch ein Honorar von den Bergbauunternehmern gezahlt, um den Unfalldienst und die Versorgung der Arbeitsaufseher zu gewährleisten und um sich indirekt einen ökonomischen Einfluß zu sichern auf das Verhalten des Arztes bei der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit und bei Prozessen um Arbeitsunfälle. Dieser Einfluß wurde mit soviel Diskretion wie jeweils nötig geltend gemacht. Als die Bergarbeiter-Gewerkschaften stärker und von den Unternehmern ideologisch unabhängig wurden, versuchten die lokalen Gewerkschaften ebenfalls solchen Einfluß zu erlangen und wurden oft selbst zu Arbeitgebern für Ärzte, auf Gehalts- oder Provisionsbasis. Die Situation war von Gebiet zu Gebiet recht unterschiedlich, aber in all den Gegenden, die von ein oder zwei großen Industrieunternehmen beherrscht wurden, z. B. Bergbau, Töpfereien, Textilfabriken, Eisenhütten oder Stahlwerke, wurde der Allgemeinpraktiker mehr und mehr in ein festes Vertragsverhältnis mit einem kollektiven Arbeitgeber gedrängt, sei es nun ein Unternehmer, eine Gewerkschaft, eine lokale Selbsthilfeorganisation oder einer der großen nationalen Versicherungsvereine (Friendly Society). Ein neues Element, das sich um die Jahrhundertwende entwickelte, war die Versicherungsgesellschaft, die nach profitlichen Geschäftsprinzipien arbeitete, indem sie Ärzte mit den niedrigsten Löhnen, die der Markt zuließ, auf gesellschaftseigenem Grund und Boden beschäftigte: der Arzt wurde zum Proletarier. Das Gesetz von 1911 bereite wohl dieser Entwicklung ein Ende, bis vor kurzem jedoch war der angestellte Mediziner eine Erscheinung vieler großer Industriebetriebe, wo er unter Bedingungen offener Ausbeutung zu arbeiten hatte. Im Vergleich dazu war der von Gebühren lebende Allgemeinpraktiker in den Gebieten, die vor allem von Mittelklasseangehörigen bewohnt wurden, in einer Position relativer Unabhängigkeit: er war freier in der Festlegung der Qualität und der Bedingungen seiner Arbeit und konnte das Niveau der Lehrkrankenhäuser halten.

Es war die Politik des BMA, den Anteil dieser unabhängigen ärztlichen Unternehmer zu vergrößern und den Anteil der Ärzte, die als Angestellte eines Clubs, auf Vertragsbasis und als Lohnempfänger arbeiteten, zu vermindern, den Wettbewerb zwischen den Ärzten um die Vertragsabschlüsse einzuschränken und so ihre Einkommen zu erhöhen und selbstverständlich zu versichern, daß das, was ihm das Beste für die Ärzte zu sein schien, auch das Beste für die Patienten sei.

Gefordert bzw. notwendig für die Industriegebiete war ein Arzt in der ambulanten Versorgung, der schnell eine große Anzahl von Patienten behandeln konnte, die an den verschiedensten Erkrankungen litten, von harmlosen bis zu tödlichen, in jedem akuten und chronischen Stadium, wie es gerade kam; und der dies mit einem Minimum an Ausstattung und in den denkbar billigsten Räumlichkeiten erledigen konnte, indem er seine Patienten, nachdem er die ausgesondert hatte, deren Leben durch notfallchirurgische und ge-

burtshilfliche Eingriffe gerettet werden konnte, einteilte in solche, die er je nach Zahlungsfähigkeit mit ausgewählten chirurgischen Eingriffen behandelte, solche, die er mit wirkungslosen aber (gewöhnlich) ungefährlichen Medikamenten beschwichtigte, und solche, die er durch energisches Auftreten beruhigte. In abgelegenen Gebieten wurden chirurgische Fähigkeiten gebraucht und blieben erhalten. In den städtischen Industriegebieten verkamen jedoch das chirurgische Können und das diagnostische Interesse der Inneren Medizin (die damals eher prognostisch war, als daß sie den Krankheitsverlauf ernsthaft beeinflusste); sie standen nun in den Krankenhäusern zur Verfügung, und es gab keinen ökonomischen Anreiz, an ihnen festzuhalten. Diese schmutzige, heruntergekommene ambulante Versorgung der Industriegebiete mit den vollgepfropften Wartezimmern in kleinen umgebauten Läden und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von zwei bis drei Minuten, einzig (wenn auch häufig) durch die duldsame und verhärmte Güte eines Arztes, der viel gesehen und wahrhaftig wenig getan hatte, gemildert, war eine der Besonderheiten, die im frühen 20. Jahrhundert entstanden und aus der Praxis des 19. Jahrhunderts, die fürwahr allgemein war, hervorgegangen war. In den wohlhabenden Gebieten entwickelten sich die Allgemeinpraktiker mit Krankenhauszulassung zu Spezialisten; in den großen Städten wurden sie zu Krankenhausfachärzten, die die ambulante Versorgung generell mieden, in den Provinzstädten wurden sie Spezialisten in Allgemeinpraxen, ähnlich wie in den USA heute.

In den städtischen Industriegebieten hatte der Allgemeinpraktiker keine Zeit, keine Erfahrung und auch keinen ökonomischen Anreiz, um Präventivmedizin zu betreiben, obwohl er es oft mit einer ziemlich genau bestimmbaren gefährdeten Population zu tun hatte, die dafür die Grundlage hätte sein können. Der öffentliche Gesundheitsdienst, der im 19. Jahrhundert in keiner Weise mit personeller Versorgung zu tun hatte, begann kurz vor dem Ersten Weltkrieg mit dem Aufbau von Einrichtungen der Schwangeren- und Kleinkinderfürsorge. Diese wurden von den meisten Allgemeinpraktikern als Quellen unabhängiger Kritik heftig bekämpft, und unter dem Einfluß der Labour Partei und frühsozialistischer Konzeptionen medizinischer Versorgung, die der Vorbeugung und Früherkennung besondere Bedeutung zumaßen, von den lokalen Behörden der armen Gebiete mit Nachdruck gefördert. Seitdem sorgt der Amtsarzt, der von Anfang an mit Gesundheitsfürsorgern zusammenarbeitete, für einige Elemente ambulanter Versorgung bei Säuglingen und Kindern, in der Schule und bei Schwangerschaft. Sie stellen eine ganz eigenständige Tradition ambulanter Versorgung dar, die eine neue Bedeutung bekommen könnte, wenn sie sich — wie es sich heute andeutet — mit den wesentlichen Elementen der üblichen Allgemeinpraxis verbinden würde.

Dies war die Situation vor der Verabschiedung des Lloyd-George-Versicherungs-Gesetzes von 1911. Dieses Gesetzeswerk wurde vorbereitet in einer Zeit zunehmender Kampfbereitschaft in den Gewerkschaften, einer Zeit, in der die Liberale Partei schon merklich

ihre Unterstützung durch die Massen an die Labour Partei und gleichzeitig ihre Industriellen an die Konservative Partei verlor. Man brauchte eine populäre Maßnahme. Das Gesetz von 1911 hatte keinerlei sozialistische Absichten und brachte die umfassende Unterstützung der herrschenden Klasse ein. Es passierte die erste und zweite Lesung im Unterhaus einstimmig und erhielt eine überwältigende Unterstützung im Oberhaus. Die Ärzte oder zumindest der BMA in ihrem Namen waren in ihrem energischen Widerstand völlig isoliert. Im Gegensatz zum Gesetz über den Staatlichen Gesundheitsdienst von 1946 regelte das Gesetz von 1911 nur die ambulante Versorgung der Arbeiterklasse. Es lag im Interesse der Unternehmer, daß diese Versorgung koordiniert wurde mit der Handhabung der Krankengelder und mit den krankschreibenden Ärzten, die von Regierungsstellen bezahlt und kontrolliert wurden, die zugunsten der anerkannten Versicherungsgesellschaften handelten, die die Krankengelder auszahlten. Dies war praktisch die Verstaatlichung des Club- und des Vertragssystems und ein Versuch, den lokalen Einfluß der Unternehmer und der Gewerkschaften auszuschalten. Damit wurde das Vertragssystem auf alle Werkstätigen bis hinauf zum unteren Angestellten ausgedehnt, die Versorgung der Angehörigen und die stationäre Versorgung blieben jedoch ausgeschlossen. Insofern das Gesetz das Einkommen der Allgemeinpraktiker in Industriegebieten stabilisierte und garantierte, war es eindeutig in ihrem Interesse. Obwohl der BMA behauptete, es würde die Ärzte durch den Verlust von Privathonoraren verarmen, bereicherte es sie in Wirklichkeit. Jedoch drohte es ideologisch die Komponente der ausgebildeten Ärzte in der städtischen Allgemeinpraxis zum Verschwinden zu bringen, die mehr noch als eine Quelle des Einkommens eine Quelle des Selbstbewußtseins war. Sir Clifford Albutt, Professor der Heilkunde in Cambridge, schrieb an die Times über

„den Einfluß der Versicherungsgesetzgebung auf die Entwicklung der Medizin ... In seinem Versicherungs-Gesetz gibt sich der Kanzler ... mit einem antiquierten Begriff von Medizin und medizinischer Dienstleistung zufrieden; ohne zu fragen, übernahm er eine Vorstellung, die sich aus einem vagen Wissen über ‚Dorfclubs‘ und veraltete Methoden einer Vademecummedizin zusammensetzte. Das bedeutet: ‚für diese oder jene Erkrankung diese oder jene Pille; nimm die Mixtur, trink sie regelmäßig und werde gesund, wenn es die Natur will!‘ ... Die jungen Menschen, die in diesen Jahren von den Universitäten zur Medizin als einer Berufung kommen, haben neue Ideen und veränderte Ansichten über ihre Rolle in der Medizin. Viele dieser fähigeren und gebildeteren Menschen gehen statt in die Großstädte hinaus in die kleinen Städte und Dörfer; ... Missionare, die eine neue Vorstellung von Medizin hegen und neue Behandlungsmethoden entwickeln. In ihren Händen liegt die Zukunft einer Medizin im allgemeinen Sinn. Sie haben die Medizin als Berufung gewählt, hauptsächlich wegen ihres neuen wissenschaftlichen Werts und ihrer enorm zunehmenden Macht über die Krankheiten. ... Die Diagnose erweist sich als immer schwierigere und kostspieligere Angelegenheit ... Wird all dies auch noch bei einem schlecht bezahlten Vertragsverhältnis gemacht werden? Wenn wir

heute sagen müssen, daß der Allgemeinpraktiker ein Lückenbüßer ist und jede einigermaßen ernsthafte Erkrankung in zentrale Einrichtungen überwiesen werden muß, würde dies unseren sehr tüchtigen Studenten nicht das Herz aus dem Leibe reißen und die medizinische Laufbahn entwerten? Wie immer wir es beschönigen, die Vertragspraxis wird im öffentlichen Ansehen sinken, ... schlecht bezahlter und daher gering geschätzter Dienst ... Es muß zugegeben werden, daß dort, wo die 'Clubs' den Großteil der Praxen ausmachten, es eine minderwertige Arbeit war, und es waren minderwertige Ärzte, die sich ihrer annahmen; aber dort, wo ein 'Club' nicht den Großteil der Praxis ausmachte, wurde die Arbeit besser, oft bewundernswert besser gemacht, weil sie als der Krankenhausarbeit ebenbürtig angesehen wurde und aus Liebe zum Beruf und aus Humanität gemacht wurde und, das muß gerechterweise hinzugefügt werden, um Ansehen und Erfahrung zu gewinnen, nicht jedoch finanzielle Vorteile. Aber auch damals schon gab der Arzt eines Clubs seinen Patienten zu verstehen, daß er nicht mehr als die übliche Arbeit machen werde ... Die Lösung ist nicht die Vertragsarbeit, sondern die Bezahlung der Arbeit nach einem festgelegten Tarif."⁹

Ich habe Albutt so ausführlich zitiert, weil dies das klassische Argument für den hochqualifizierten, Honorare kassierenden Unternehmer als der Keimzelle einer guten ambulanten Versorgung ist, ein Argument, wie es seither immer wieder in allen westlichen Industrieländern von den verschiedenen medizinpolitischen Vereinigungen vorgetragen wird, die die Organisation medizinischer Versorgung als Dienstleistung der Gesellschaft bekämpfen. Das Argument ist einfach, es geht von der alltäglichen Erfahrung des Mediziners aus und wird durch die medizinische Ausbildung bestärkt: will man ein guter Arzt sein, so gibt es nur einen Weg, man muß sich ganz und gar dem individuellen Fall widmen, bis aufgrund gewissenhafter Prüfung aller verfügbaren Befunde eine klassische Diagnose entweder gestellt oder verworfen werden kann. Dann erst ist der Verantwortung des Arztes Genüge getan, und er kann sich dem nächsten Fall zuwenden. Dieser Arbeitsstil ist nur dann möglich, wenn jeder medizinische Fall vom Druck anderer unerledigter Fälle isoliert wird. Für den Arzt wurde eine solche Isolierung zur Gewohnheit außer in den Krankensälen der Hospitäler; aber selbst dort wurde der Facharzt von jüngeren Kollegen und Schwestern abgeschirmt, die in Unterwürfigkeit ihm gegenüber geübt waren, und die eine rigide Disziplin unter den Patienten aufrechterhielten. Die Notwendigkeit von Spitzenzentren für die Entwicklung der Medizin ist offensichtlich, obwohl ihre Existenz immer moralische Fragen aufwerfen wird, die wir nicht vergessen sollten. Aber den Zugang zur Spitzenbehandlung von der Zahlungsfähigkeit abhängig zu machen, war selbst unter den damaligen Umständen moralisch unentschuldigbar.

Die vom BMA angedrohte massenhafte Verweigerung der Allgemeinpraktiker, unter diesem Gesetz zu arbeiten, bei Versammlungen im ganzen Land mit Beifall begrüßt, wurde niemals Wirklichkeit. Die

Allgemeinpraktiker hielten am unabhängigen Unternehmerstatus fest, mit alleiniger Verantwortung für ihre Praxis und für das gesamte Hilfspersonal (ohne Anreiz, sie zu vervollkommen), und sicherten sich ein festes jährliches Einkommen von allen Werkträgern, die weniger als zwei Pfund in der Woche verdienten und in ihrer Kassenarzt-Liste registriert waren. Die Angehörigen der Arbeiter (außer wenn sie durch ein weiterbestehendes Club-Versicherungssystem wie in den Bergbaugebieten versichert waren) und die gesamte Mittelschicht sowie das Stehkragenproletariat, zahlten Honorare für ihre Behandlung; abgesehen von präventiver Diagnostik in Fürsorgekliniken für Schwangere und Kinder, für die von tatkräftigeren Lokalbehörden gesorgt wurde. In den privaten Krankenhäusern, die durch staatliche Subventionen und keineswegs nur durch reiche Wohltäter unterstützt wurden, wurden die Honorare für die Behandlung nach dem Einkommen festgesetzt.

In meinem Wohnort zeichneten alle Familien eine Summe für das Swansea-Hospital und erwarben damit das Anrecht auf ein Bett für den Fall, daß sie ihr praktischer Arzt — fast immer für die Chirurgie — ins Krankenhaus einwies. Die Kommunalkrankenhäuser befanden sich meist in früheren Arbeitshäusern, die bis zu diesem Zeitpunkt häufig noch zur Unterbringung von Armen und Alten dienten. Sie wurden von Direktoren geführt, die oft nahezu die gesamte chirurgische Arbeit selbst leisteten. In den meisten Provinzstädten gab es keine wirklichen Fachärzte, sondern nur Allgemeinpraktiker (gewöhnlich mit einem großen Anteil von Honorar zahlenden Patienten), mit einiger Krankenhauserfahrung nach dem Examen und häufig einer höheren Qualifikation. Aber die Krankenhauszulassungen wurden von sozial herrschenden Gemeinschaften monopolisiert, an denen sich zu beteiligen einen jungen Arzt eine Menge Geld kostete. Die Fähigkeit, sich einzukaufen, war zumindest genauso wichtig wie die Ausbildung nach dem Examen. Abgesehen von seltenen Besuchen von städtischen Fachärzten waren die chirurgisch tätigen Allgemeinpraktiker in der Provinz ganz auf sich gestellt. Wenn sie ein Zweitgutachten einholten, konnte dies für die betroffene Arbeiterfamilie bedeuten, daß sie zehn Jahre lang verschuldet war. Brotherston¹⁰ erwähnt, daß er in den Jahren 1938 bis 1939 in Bradford Hill bei Allgemeinpraktikern 2,5 Millionen chirurgische Operationen registrierte; dies bedeutet durchschnittlich drei pro Arzt und Woche. Da viele, wenn nicht die meisten Allgemeinpraktiker in den Industriegebieten keinen Zugang zu Krankenhausbetten hatten, leisteten die echten praktischen Chirurgen eine Menge operativer Arbeit sehr unterschiedlicher Qualität, wie man es in den Ländern kennt, wo von niedergelassenen Ärzten auch heute noch operiert wird.

Ich beendete meine Ausbildung 1952 und habe immer beim Staatlichen Gesundheitsdienst gearbeitet und somit niemals Honorar fordern müssen. Ein Arzt des Staatlichen Gesundheitsdienstes in

einem Armenviertel hat heutzutage mehr für weniger Geld zu arbeiten als er es in einem wohlhabenderen Gebiet zu tun hätte, weil es wichtige Einkommensquellen außerhalb des Staatlichen Gesundheitsdienstes gibt, die dort weniger erreichbar sind und weil seine Patienten eine höhere Krankheits-, Sterblichkeits- und Konsultationsrate haben; er hat aber ein festes ganz ausreichendes Einkommen, so daß er den Armen nicht in die Tasche langen muß, wenn ihn das moralisch stört. Das ist eine revolutionäre Änderung. Ein Kollege aus Edinburgh bezeugt die andere Welt der dreißiger Jahre:

„Das Haus zeigte alle Zeichen der Armut. Es lag ein krankes Kind auf dem Bett, und ich erinnere mich mit etwas Scham, daß mein erster Gedanke war: ‚Werde ich hier überhaupt eine Bezahlung bekommen?‘ ... Es brauchte eine Weile, bis ich gelernt hatte, armen Leuten mit Krankheit im Haus zu sagen: ‚Das macht 3 Shilling 6 Pence, bitte!‘ Ich erinnere mich an einen Hausbesuch im Armenviertel: ... ich wurde zu einem Kind gerufen, das seit 5 Tagen Bauchschmerzen hatte. Die junge Mutter mußte zwischen dem Kauf von Brot und Kartoffeln für die Familie und dem Arztbesuch wählen. Als die Schmerzen sich von Tag zu Tag änderten, hatte die Mutter geglaubt, es würde von selbst wieder in Ordnung kommen. Ich überwies das Kind in ein Krankenhaus, wo es innerhalb von 36 Stunden an einer Bauchfellentzündung starb. Es ist wahrscheinlich, daß die Mutter bis zu ihrem Lebensende ein Schuldgefühl behält.“¹¹

Der Krieg änderte alles. Der medizinischen Versorgung widerfuhr das gleiche wie allen anderen Lebensbereichen; was in den Jahren der Massenarbeitslosigkeit ökonomisch unmöglich schien, erwies sich plötzlich und endlich doch als möglich. Mit der Einrichtung eines Notfalldienstes wurde erstmals ein Stück staatlicher Planung in den Krankenhäusern eingeführt; Fachärzte wurden eingezogen und arbeiteten in den Krankenhäusern der Randgebiete und brachten akademische Maßstäbe in Bereiche, die bis dahin von freiwilligen Hilfskräften versorgt worden waren. Riesige Lücken in der Versorgung wurden nun für die Öffentlichkeit sichtbar, die früher nur den Millionen bekannt waren, die sie ertragen mußten. Eine Generation von jungen Ärzten arbeitete im durchgeplanten und gut ausgestatteten Sanitätswesen der Armee. Der antifaschistische Charakter des Krieges hatte eine Atmosphäre der Auflehnung gegen die angeblich ehernen Gesetze des Marktes aufkommen lassen, die bisher zur Rechtfertigung des Reichtums inmitten der Armut der 20er und 30er Jahre benutzt wurden. Viele Züge des späteren Staatlichen Gesundheitsdienstes waren in einem Zwischenbericht der Planungskommission des BMA über die Nachkriegsversorgung, der 1942 erschien, vorweggenommen. Entsprechendes fand man auch in einem Weißbuch der Kriegs-Koalitions-Regierung über die Gesundheitsversorgung im Jahre 1944, das zusammen mit dem Veweridge-Report über soziale Einrichtungen ein wichtiges Element im allgemeinen

¹¹ J. Lipetz: Before and after — one man's view, in: Synapse (Journal of the Edinburgh Medical School) 20 (1971), S. 7—9.

Bewußtsein wurde. Sie galten als politische Garantie dafür, daß dies wirklich ein Krieg des Volkes war, dem ein Frieden des Volkes folgen sollte, ganz anders als 1918. Im Jahre 1944 sandte der BMA Fragebögen an Ärzte, um sie nach ihren Vorstellungen über die Versorgung nach dem Krieg zu befragen; eine Mehrheit, insbesondere die Dienstverpflichteten, waren für entlohnte Dienstleistung in Gesundheitszentren.

Gegen Kriegsende sank die demokratische Euphorie an der Spitze der Gesellschaft sehr schnell; so ward nichts mehr vom Fragebogen des BMA gehört. Die Wahl von 1945 zeigte jedoch, daß für die meisten Arbeiter und für einen noch nicht dagewesenen Teil der Mittelschicht die demokratischen Forderungen der Nachkriegszeit große Bedeutung hatten, die in handgreifliche Tatsachen übersetzt werden mußten. Das Gesetz des Staatlichen Gesundheitsdienstes von 1946 war das ersehnte Ziel der bitteren sozialen Niederlagen der 30er Jahre und der siegreichen vereinigten Linken des Krieges. Das Gesetz wurde jedoch nicht 1946, sondern erst zwei Jahre später realisiert. Die Aufhebung der Bündnisse aus Kriegzeiten war schon abgeschlossen, traditionell konservative Kreise hatten sich neu gruppiert, und die Linke hatte die Initiative verloren oder vielleicht aufgegeben. Es ist unmöglich, die spätere Unausgewogenheit des Staatlichen Gesundheitsdienstes ohne diese erdrückenden politischen Tatsachen zu verstehen.

Der Staatliche Gesundheitsdienst und die ambulante Versorgung

Es herrscht allgemeine Übereinstimmung, daß der Staatliche Gesundheitsdienst die Krankenhausversorgung revolutioniert hat. Vor dem Krieg befanden sich sämtliche Krankenhäuser — gleich unter welcher Trägerschaft — in einer chronischen Finanzkrise und konnten die großen Erweiterungen des Personals und der apparativen Einrichtungen nicht durchführen, die die neue Technik erforderte. Sehr beträchtliche Unterstützung durch die Regierung war unabdingbar. Die Aussicht auf den Ausbau und die Erneuerung der Krankenhäuser bewirkte bei einem großen Teil der Fachärzte, die außerhalb der Lehrkrankenhäuser arbeiteten, eine, wenn auch nicht sehr bereitwillige, Unterstützung. Der anfänglichen Opposition der leitenden Ärzte in den modernen Lehrkrankenhäusern konnte begegnet werden durch großzügige Zusagen von Extrazahlungen für ihren antizipierten Verlust aus der Privatpraxis. Schließlich hatte die Harley-Street¹² trotz der Einrichtung des Staatlichen Gesundheitsdienstes immer noch Hochkonjunktur. Lord Bevan soll zugegeben haben, daß er die Kooperation der führenden Fachärzte erkaufte hat: „Ich habe ihre Mäuler mit Gold gestopft.“ Sein weiteres wesentliches Zugeständnis betraf die tatsächliche Kontrolle über die Krankenhäuser; sämtliche Mitglieder der Krankenhausleitung sowie der überregionalen Krankenhausbehörden wurden durch den Minister

nach Listen berufen, die von der lokalen Verwaltung zusammengestellt waren. Eine sehr starke Vertretung wurde den Fachärzten selbst gegeben, so daß sie praktisch seither den ganzen Laden schmeißen, bei geringem Mitspracherecht der Allgemeinpraktiker, keinem des jüngeren Ärztepersonals und einem Mitspracherecht des nichtärztlichen Personals, das praktisch so weit reichte, wie es den Fachärzten paßte.

Ganz anders war die Lage in der ambulanten Versorgung. Trotz vielen Geredes über Gesundheitszentren wurde zwischen 1946 und 1968 kaum etwas zu ihrer Vorbereitung getan. Die Initiative für den Aufbau derartiger Zentren wurde den lokalen Behörden überlassen. Angesichts eines ungeheuren Bedarfs an Wohnungsbau und einem Gesundheitsministerium, das offensichtlich an Gesundheitszentren als unmittelbar praktischem Plan nicht wirklich interessiert war, begnügten sich die Behörden mit der Zuweisung von Grundstücken für die zukünftige Entwicklung. Einige Monate vor dem Inkrafttreten des Gesetzes über den staatlichen Gesundheitsdienst im Jahre 1948 wurden die Gesundheitszentren formal, sogar ohne jede Parlamentsdebatte, in einem Rundschreiben an die lokalen Behörden gestrichen. Da die Gesundheitszentren der einzige Weg waren, auf dem eine wirkliche Änderung in der ambulanten Versorgung hätte erreicht werden können, war es klar, daß alles, was der Staatliche Gesundheitsdienst für die ambulante Versorgung noch bedeuten konnte, eine Ausweitung der Versicherungslisten von 1911 auf die gesamte Bevölkerung war. Es sollte keine materielle Unterstützung für die praktischen Ärzte geben, als Hilfe für die zunehmenden und ihnen schlagartig überlassenen Anforderungen die auf sie zukommen mußten; keine Räume, keine Ausstattung, kein Hilfspersonal. Die einzige Hilfe, die sie erhalten sollten, war die Verbesserung der Krankenhäuser, so daß sie durch eine Überweisung für ihre Patienten eine viel bessere Versorgung bekommen konnten; doch schien dies zweifellos um den Preis der Verarmung der Allgemeinpraxen zu geschehen.

In dieser Situation war es nicht verwunderlich, daß der BMA eine Atmosphäre der Hysterie schaffen konnte, in der nur eine winzige Minderheit von Allgemeinpraktikern auf den regionalen Versammlungen des BMA noch für den Staatlichen Gesundheitsdienst sprach und votierte. Der sozialistische Ärzteverband, der der Vorstellung von Gesundheitszentren seit den frühen 30er Jahren den Weg gebahnt hatte und eine bedeutende Rolle bei der Formulierung der Prinzipien des Gesundheitsdienstes gespielt hatte, verlor jegliche Basis, die er für die Mobilisierung jener, die 1944 die Gesundheitszentren und das Gehalt für Ärzte unterstützten, zugunsten des Staatlichen Gesundheitsdienstes gehabt haben dürfte; er wurde zurückgeworfen auf einen Appell an die Loyalität jener kleinen Minderheit von Ärzten, die selbst überzeugte Sozialisten waren und auf eine wesentlich sektiererische Opposition im Verhältnis zur Masse der Allgemeinpraktiker. Von dieser Stellung hat er sich niemals erholt. Es stimmt natürlich, daß der BMA im Namen des gepriesenen unab-

hängigen Vertragsverhältnisses des Allgemeinpraktikers genau dies gefordert hatte: daß nämlich jeder Arzt sein eigener Chef sein sollte, der für seine eigene Ausstattung, seine Räume und für sein eigenes Personal zu sorgen hatte. Der Minister hatte nur zugestanden, was der BMA gefordert hatte. Von da entstand der noch heute oft wiederholte Mythos, daß es die Allgemeinpraktiker waren, die sich gegen die Gesundheitszentren stellten, und daß die Opposition der Ärzte der einzige und hinreichende Grund dafür war, daß die 1945 an die Macht gekommene Labour-Regierung von 1948 an alle ernsthaften Initiativen und Pläne für die ambulante Versorgung aufgab, bis sie 1951 unterlag und damit eine Politik initiierte (oder vielmehr die Abwesenheit einer Politik), die bis zur „Verordnung für Allgemeinpraktiker“ (general practitioners' charter) von 1966 fort dauerte.

Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, was man von der sozialen und politischen Gruppe der Ärzte, besonders der Allgemeinpraktiker, deren Ideologie die der selbständigen Unternehmer ist, vernünftigerweise erwarten kann. Es gäbe in keinem Land der Welt auch nur eine öffentliche Entwässerung, geschweige denn eine geplante und koordinierte medizinische Versorgung, wenn diese Dinge allein der Initiative der Ärzte überlassen gewesen wären. Entschlossene Minderheiten von Ärzten sind stets ein wesentlicher Bestandteil politischer Kampagnen für die Verbesserung der geplanten Versorgung gewesen und sind es noch heute; letzten Endes jedoch sind es die Masse der aktuellen und potentiellen Patienten und die sie vertretenden Politiker, die eine wirkliche Veränderung zustande bringen müssen. In diesem Falle waren die Allgemeinpraktiker die Sündenböcke für eine im wesentlichen schwächliche Politik. Das Bedürfnis nach einer geplanten und durch öffentliche Gelder unterstützten Entwicklung war in der ambulanten Versorgung ebenso offensichtlich wie in den Krankenhäusern. Sechs Monate nach dem Beginn des Staatlichen Gesundheitsdienstes untersuchte Collings die Arbeit von 104 Allgemeinpraktikern in 55 Praxen außerhalb von London, unter denen 9 vollständig und 7 teilweise zum Industriebereich gehörten. Er faßt seine Arbeit wie folgt zusammen:

„Der Arbeitsplatz des Allgemeinpraktikers in Industriegebieten war so eingeschränkt, daß seine individuellen Fähigkeiten als Arzt kaum zählten. Unter den vorherrschenden Umständen wird die wesentlichste Qualifikation für den Allgemeinpraktiker im Industriebezirk ... seine Eignung zum Schnelldiagnostiker sein — eine Fähigkeit, eine genaue Diagnose aus einem Minimum an Befunden zu erstellen ... die schlechtesten Grundlagen der Allgemeinpraxis sind gerade dort aufzufinden, wo die größte und dringlichste Nachfrage nach einer guten medizinischen Versorgung besteht. Einige Bedingungen in der Allgemeinpraxis sind so schlecht, daß sie einen guten Arzt in sehr kurzer Zeit in einen schlechten verwandeln. Diese besonders schlechten Bedingungen sind hauptsächlich in den Industriegebieten vorzufinden.“¹³

13 J. S. Collings: General practice in England today, in: Lancet 1 (1950), S. 555.

Es gab eine heftige Diskussion über die Auslegung und die Absicht dieser Untersuchung, nichtsdestoweniger war die Situation, die sie beschrieb, genau jene, die ich in meiner ersten Slum-Praxis in Notting Hill 1953 vorfand und die ich 1961 in vier der fünf Praxen in Industriegebieten, in denen ich als Vertretung arbeitete, und schließlich auch 1962 in meiner jetzigen Praxis in Süd-Wales vorgefunden habe.

Collings beschrieb einen Typus völlig von der Krankenhausversorgung isolierter Arbeit in der ambulanten Versorgung, ganz ähnlich wie es Sir Clifford Albutt 1912 vorhergesagt hatte: einen „minderwertigen Mann, der minderwertige Arbeit“ leistet, die Antithese zu einer guten klinischen Medizin. Seine Ausstattung und seine Räume, die zu verbessern er keinen finanziellen Antrieb hatte, schienen zu versichern, daß jede wirklich ernsthafte Diagnose und Behandlung im Krankenhaus stattfinden würden; seine Funktion war es, die richtigen Fälle für die Überweisung ins Krankenhaus auszuwählen, und ansonsten seine Kunden mit symptomatischer Behandlung abzuspeisen. Dies war zweifellos auch die Auffassung des Gesundheitsministeriums. Zwischen 1949 und 1966 blieben die Ausgaben der Regierung für die ambulante Versorgung — gemessen am realen Geldwert — pro Kopf der Bevölkerung konstant. Gemessen an den gesamten Ausgaben für den Gesundheitsdienst fielen sie von 12,5 auf 7,5 Prozent; ebenso fielen sie im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt. Der im Verhältnis zum Wachstum des Bruttosozialprodukts geringe tatsächliche Anstieg dessen, was in dieser Zeit für den staatlichen Gesundheitsdienst verausgabt wurde, ging allein an die Krankenhäuser¹⁴.

Collings Vorschläge für den dringenden Aufbau von Gesundheitszentren, die die Allgemeinpraxis in den Industrieorten vor allem von den Elendsverhältnissen befreien sollten, wurden von der Regierung ignoriert und von der Minderheit der Ärzte, die den Staatlichen Gesundheitsdienst prinzipiell unterstützten, mit wenig Nachdruck aufgenommen; sie konnten nicht an zwei Fronten kämpfen, sowohl gegen den Ärzteverband als auch gegen die Regierung. Das Erscheinen von Collings offener und erdrückender Beschreibung in einer seriösen und angesehenen medizinischen Fachzeitschrift, einer Beschreibung der faktischen Preisgabe jener unversehrten medizinischen Wissenschaft, die immer noch 95 Prozent der Spalten solcher Zeitschriften füllte, hatte einen aufrüttelnden Effekt auf das Bewußtsein der verantwortlichen Allgemeinpraktiker. Ein Teil der Reaktionen war — wie vorauszu sehen — defensiv, was zum Teil durch den unhistorischen Ansatz von Collings gerechtfertigt war. Ein großer Teil war konstruktiv, und ein echtes Schamgefühl und die Tatsache, daß die bleibende Bedeutung der ambulanten Versorgung wieder geltend gemacht wurde, spielten eine große Rolle bei der einige

14 General Practice Today. Hrsg. v. Office of Health Economics. London 1968.

Jahre später erfolgenden Bildung des Kollegs der Allgemeinpraktiker.

Daß keine Gesundheitszentren aufgebaut wurden und keine wesentliche Weiterentwicklung der Allgemeinpraxis initiiert wurde, hemmte, was andernfalls eine rasche Entwicklung eines neuen Stils ambulanter Versorgung hätte sein können. Aber Collings und viele Leute mit weniger Mut, die seine pessimistische Einschätzung der meisten britischen Allgemeinpraxen teilten, ohne jedoch für eine konstruktive Lösung zu kämpfen, unterschätzten bei weitem die Möglichkeiten, sogar ohne staatliche Unterstützung die ambulante Versorgung weiterzuentwickeln. Vier wichtige Punkte wurden von diesen Pessimisten bei der Beurteilung der Allgemeinpraxis in Industriebezirken übersehen:

1. Von vielen wurde die lange Geschichte oberflächlicher symptomatischer Behandlung in diesen Gebieten nicht richtig eingeschätzt; sie war weder vom Staatlichen Gesundheitsdienst noch durch das Gesundheitsgesetz von 1911 geschaffen, durch sie allerdings auch nicht verbessert worden. Das Ziel war die Gewährleistung einer „allgemeinen Minimalversorgung“, der Staatliche Gesundheitsdienst erbt ein „duales System“ ambulanter Versorgung. Es gab keinen realen Beweis dafür, daß das zugegebenermaßen niedrige Niveau der Allgemeinpraxis in Industriegebieten noch weiter sinken würde, und gegenteilige Behauptungen kamen zumeist von jenen, die in wohlhabenderen Gebieten arbeiteten und nun eine Ausbreitung der Arbeitsbedingungen in Industriegebieten befürchteten, die jede Allgemeinpraxis in einen Abgrund stürzen würde.

2. Der durch den Staatlichen Gesundheitsdienst stark verbesserte Zugang zur ambulanten Versorgung (und dadurch auch zur stationären) für die Ehefrauen und Kinder der Arbeiter sowie für weite Teile der Mittelschichten, hatte einen belebenden Einfluß auf die Praxis. Dies führte zwar zu einer enormen Erhöhung der Arbeitsbelastung, brachte aber zugleich große Befriedigung, da jetzt in Notlagen geholfen wurde, wo früher nichts getan worden war. Ich glaube, daß dies ein wirklicher Faktor war zur Verbesserung der medizinischen Moral, gewiß aber zur Begründung jener freundschaftlichen und unbürokratischen Beziehungen zwischen den meisten Allgemeinpraktikern und ihren Patienten in diesem Land. Cartwright¹⁵ machte im Jahre 1964 eine Untersuchung mit einer repräsentativen Stichprobe von 1397 Patienten sowie deren 422 Allgemeinpraktikern; 75 % äußerten keine nennenswerte Kritik an ihrem Arzt, weder an ihm als Mensch noch an seinem Können. Nur 4 % äußerten ausschließlich Kritik. Eine andere Studie¹⁶ mit einer Zufallsstichprobe von Londoner und Northhamptoner Familien fand 1961 folgendes heraus:

15 A. Cartwright: *Patients and Their Doctors*. London 1967.

16 *Family Needs and Social Services. Political and Economic Planning*. London 1961.

„Wenn Mütter an den staatlichen Gesundheitsdienst denken, fällt ihnen hauptsächlich ein, in welchem Ausmaß medizinische Dienste in den letzten Jahren zugänglich geworden sind. Veränderungen in diesem Bereich haben sie eher bemerkt als Veränderungen in allen anderen Bereichen sozialer Sicherung. Fast ein Drittel meint, daß mehr Geld für die gesundheitliche Versorgung ausgegeben werden sollte; nicht weil diese schlecht sei, sondern ‚weil sie so wichtig ist‘ und ‚Ärzte und Schwestern besser bezahlt werden müßten‘ oder ‚weil die Behandlung kostenlos sein sollte‘. Die Ärzte standen nach Verwandten und Freunden an zweiter Stelle in der Liste derjenigen, die in Notlagen geholfen hatten.“

Die größere Zugänglichkeit basierte auf der Abschaffung der Honorare für ärztliche Behandlung und anfänglich der Verschreibungsgebühren. Mit der Abschaffung der Geldtransaktionen zwischen Arzt und Patient verbesserte sich ihr Verhältnis deutlich. Außerdem war damit die Basis für eine rationalere Versorgung gelegt, in der bezahlte aber häufig unnötige Operationen wie etwa die der Mandeln oder des kindlichen Nabelbruchs weggelassen konnten ohne finanzielle Einbuße für den Allgemeinpraktiker und in der persönliches Unglück nicht zu Visceroptose, Wandernieren oder ähnlichen Fabelwesen gemacht werden mußte (heute werden in solchen Fällen zumeist „neurovegetative“ Störungen diagnostiziert).

3. Es wurden außerdem übersehen: die große Schwierigkeit in den ersten 10 Jahren des Staatlichen Gesundheitsdienstes, eine Praxis zu bekommen, die Abschaffung des Kaufs und Verkaufs von Praxen, die im Effekt die Allgemeinpraktiker für ihr ganzes berufliches Leben an eine Praxis band, das Übermaß — gemessen an den offenen Stellen — von Fachärzten in Ausbildung, und die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit in Gebieten, die mit Ärzten relativ überversorgt waren; all diese Tatsachen zusammen schufen eine Situation, in der eine ungewöhnlich große Zahl von gut ausgebildeten jungen Ärzten in die Allgemeinpraxen der Industriegebiete kam und auch dort blieb. Diese Situation hat sich jetzt geändert, trug aber, solange sie dauerte, außerordentlich bei zur Hebung des Versorgungsstandards in den Industriegebieten.

4. Die Struktur der ambulanten Versorgung im Rahmen des Staatlichen Gesundheitsdienstes mit einer relativ stabilen Anzahl von Patienten bei einer Bezahlung des Arztes auf der Basis eines Jahresvertrages (faktisch ein modifiziertes Gehalt) statt einer Vergütung pro Dienstleistung, förderte jene Merkmale der ambulanten Versorgung, die heute allgemein als die wesentlichen anerkannt sind, als Besonderheit, die die Rolle des Allgemeinpraktikers rechtfertigt, auszeichnet und notwendig macht. Diese Merkmale sind: individuelle Versorgung, die mehrere Familienmitglieder, häufig die gesamte Familie einschloß, so daß der Einfluß zwischenmenschlicher Faktoren auf das Befinden des Patienten von einem Arzt wahrgenommen werden kann, der sich normalerweise für diesen Patienten verantwortlich fühlt; die Kontinuität der Versorgung, so daß der Arzt in der Lage ist, Krankheitsepisoden in die Lebensgeschichte des

Patienten, häufig bis zurück in die Kindheit, einzufügen und so die Möglichkeit schafft, vom fachärztlichen diagnostischen Dienst ökonomischen Gebrauch zu machen und soziale, emotionale und andere persönliche Merkmale der Krankheit zu erkennen; und die Ausdehnung der Reichweite der ambulanten Versorgung, so daß der Allgemeinpraktiker fast der einzige Zugangspunkt zum Krankenversorgungssystem ist, alle Überweisungen an Fachärzte in die Wege leitet und die persönliche Verantwortung für den überwiesenen Patienten behält, selbst wenn dieser zwischen den Fachärzten hin und her wandert. Man kann keins dieser Merkmale umfassend oder vollständig antreffen, es entstand aber eine ganz klare, die englische Allgemeinpraxis beherrschende Vorstellung, die diese Merkmale als Ziel und wünschenswerte Definition der ambulanten Versorgung akzeptiert. Solcherart gelang es ihr tatsächlich, schließlich jene Züge ärztlicher Vergangenheit abzustreifen, die in den Allgemeinpraxen der industriellen Bereiche falsch und beschränkt waren, während sie an der positiven Betonung ärztlicher Integrität festhielt. Beweis dafür ist die umfängliche Forschung aus den englischen Allgemeinpraxen der letzten 10 Jahre, bei der vieles hervorragend ist und die einzigartigen Möglichkeiten voll ausschöpft, die eine persönliche Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen für die Verbindung von klinischer und epidemiologischer Forschung bietet.

Der organisatorische Ausdruck dieser Bewegung in der Allgemeinpraxis ist das Kolleg der Allgemeinpraktiker (College of General Practitioners), das 1952 zu einem Zeitpunkt gegründet wurde, als viele die Allgemeinpraxis als ein verschwindendes historisches Relikt ansahen. Anfangs waren ausschlaggebend „untypische Allgemeinpraktiker, aufrichtige Männer, häufig mit großen Privatpraxen, die glaubten, daß ihre Art gut geführter Praxis durch Glauben und guten Willen im gesamten Gesundheitssystem verbreitet werden könnte“¹⁷. Cartwrights oben zitierte Untersuchung stellte 1964 keine sozialen Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten, deren Ärzte Mitglieder des Kollegs waren, fest. Obwohl sich das Kolleg von Medizin-Politik fernhielt, war es zweifellos dem Erfolg ambulanter Versorgung innerhalb des Staatlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet und wurde identifiziert als eine Art von Gruppenpraxis mit bestimmten medizin-politischen Implikationen. Diese wurden von der kleinen Union Medizinischer Praktiker (MPU) als Forderung expliziert nach einer Reihe von Veränderungen im Zahlungssystem der Allgemeinpraxis, die tatsächlich einen großen Schritt weg vom Status des unabhängigen Unternehmers bedeuteten. Sie schlossen umfangreiche staatliche finanzielle Hilfe für medizinisches Personal und neue Gebäude ein, als Anreiz zumindest für die äußeren Bedingungen der Gruppenpraxis, als auch für kontinuierliche Weiterbildung. Angesichts der offensichtlichen Popularität dieser Vorschläge und der alarmierenden Unfähigkeit der Allgemeinpraxis, junge Ärzte anzuziehen, machte sich der BMA schließlich

diese Politik zu eigen und setzte durch, daß die Regierung sie 1966 als die „Verordnung für Allgemeinärzte“ aufnahm. Ideologisch war dies ein Wendepunkt, weil es die endgültige Zurückweisung des Verfahrens der Vergütung pro Dienstleistung war, das in den ersten 10 Jahren des Gesundheitsdienstes noch von vielen in ihrer Arbeit gewissenhaften Allgemeinpraktikern als wünschenswerte Alternative gesehen wurde. So wurde die Privatpraxis und mit ihr die Konzeption des Allgemeinpraktikers als des isolierten, allwissenden Mediziners zum Randphänomen ambulanter Versorgung. Dies steht im Gegensatz zum System ambulanter Versorgung in den meisten westeuropäischen Ländern, in denen die Vergütung pro Dienstleistung materieller Ausdruck der andauernden ideologischen Vorherrschaft der Privatpraxis ist. Diese Konzeption der Allgemeinpraxis als kontinuierliche, persönliche ambulante Versorgung in der Gemeinde eine Besonderheit für sich, die Weiterbildung und Krankenhaus Erfahrung erforderlich macht wie jede andere ambulante Versorgung, kam zur völligen ideologischen Vorherrschaft im Bericht der Planungsgruppe des BMA über ambulante medizinische Versorgung¹⁸ und im Bericht der Royal Commission on Medical Education, dem Todd-Report¹⁹. Der letztere empfahl eine mögliche dreijährige Weiterbildung und Krankenhaus Erfahrung, an deren Ende die Vergabe des Titels des Allgemeinpraktikers stehen sollte. Dies sollte der negativen Definition des Allgemeinpraktikers als einem Arzt mit minimalen Qualifikationen und der Unfähigkeit in allem was mehr Kunstfertigkeit und Erfahrung erfordert, ein Ende setzen. Er schlug auch einen großen Anteil praktischer Ausbildung in der ambulanten Versorgung für die Mediziner vor.

Ausdruck dieser Entwicklung ist die Zunahme von Gruppenpraxen: 31 % der Allgemeinpraktiker in England und Wales führten 1959 Einzelpraxen: 1970 waren es nur noch 21 %. Die Zahl der Allgemeinpraktiker mit 5 oder mehr Kollegen in einer Praxis stieg in den gleichen Jahren von 5 auf 13 %.²⁰ Nach 20 Jahren, in denen fast keine Gesundheitszentren gebaut worden waren, wurden 1967 zwölf eröffnet, 1968 waren es 36, 1969 50, im gleichen Jahr waren weitere 79 im Aufbau.²¹ Die briefliche Erhebung der Planungsgruppe des BMA bei 776 repräsentativen Allgemeinpraktikern im Jahre 1969 zeigte, daß der Anteil der Allgemeinpraktiker mit nicht-medizinischen Angestellten (zumeist für Büroarbeiten) von 66 % im Jahre 1963 auf 97 % im Jahre 1969 anstieg. Sie faßte sowohl die hoffnungsvolle Entwicklung als auch den langen Weg, den wir noch zu gehen haben, meiner Meinung nach sehr abgewogen zusammen:

18 British Medical Association Planning Unit Report No. 4: Report of the Working Party on Primary Medical Care. London 1970.

19 Report of the Royal Commission on Medical Education, 1965—1968. London 1971.

20 Digest of Health Statistics for England and Wales, 1971. London 1971.

21 Departement of Health and Social Security: Annual Report for England, 1969. London 1970.

„Junge Ärzte gehen meist in Gruppenpraxen, besonders in Gesundheitszentren; der Prozentsatz der Ärzte, die nicht in derartigen Praxen arbeiten, geht ständig zurück; sie sind meist älter. Bis auf einige bemerkenswerte Ausnahmen sehen die Gesundheitszentren am meisten Raum, Ausstattung und Personal vor; Ärzte in Gruppenpraxen in eigenen Räumen geben für die Praxen mehr von ihrem Geld aus, wenden häufiger ein Anmeldesystem an und machen effektiveren Gebrauch von Räumen und Personal. Insgesamt jedoch findet sich meist noch immer das Bild der Allgemeinpraxis vor, die auf die Erfordernisse eines allein arbeitenden Mediziners ausgerichtet ist. Räumlichkeiten mit Platz für hochentwickelte Organisation und zukünftige Ausbildungserfordernisse sind ungewöhnlich ... junge Ärzte suchen moderne Räumlichkeiten und die Geräte und das Personal für die Arbeit. Wenn diesen beruflichen Erwartungen entgegengekommen werden soll, müssen die enormen Fortschritte, die in einigen Praxen erreicht wurden, schneller auf die übrigen ausgeweitet werden.“

Während die ideologische Basis für eine humane, einheitliche (d. h. nach einem einzigen Standard arbeitende) ambulante Versorgung mit einer praxisnahen Berufsausbildung hauptsächlich in England gelegt worden ist — vielleicht in einem größeren Ausmaß als in jedem anderen westlichen Land —, wartet man vergeblich auf die schnelle Realisierung. Dies gilt besonders für die Gebiete, wo eine bessere medizinische Versorgung am dringendsten gebraucht wurde, die städtischen Industriegebiete. Der oben zitierte Bericht des BMA²² zeigte, daß 81 % der Ärzte in Gruppenpraxen für alle Patienten der Gruppenpraxis gemeinsam verantwortlich sind und nur 17 % allein ihre eigenen Patienten betreuten (2 % ohne Antwort). Wenn Hauptziel der Gruppenpraxis in Industriegebieten wirtschaftliche Effektivität ist, und wenn das Gesundheitsministerium sich den Fortschritt im Staatlichen Gesundheitsdienst im wesentlichen als Versetzung der Männer und der Methoden aus der Unternehmensführung in die Krankenhäuser und Gesundheitsämter vorstellt²³, wird sich der neue Typ ambulanter Versorgung nicht in der Weise entwickeln können, wie es notwendig wäre. Vielleicht gelingt es hinsichtlich der Neubauten, obwohl auch schon hier zu sagen ist, daß (bei Zugrundelegung der Neubaurate von 1970) 1975 nur etwa 12,5 % der Allgemeinpraktiker in Gesundheitszentren arbeiten werden.²⁴ Die Zunahme der Arbeitsbelastung des Allgemeinpraktikers in den Industriegebieten, wie sie die Bevölkerungsentwicklung und die Verfügbarkeit junger Ärzte für die Allgemeinpraxis nahelegt, wird die Versuchung verstärken, die neuen Gebäude, die Ausstattung und das Personal zur Verteidigung der Ärzte gegen die Forderungen der Patienten zu benutzen. Es ist eine echte Gefahr, daß ein unpersön-

22 D. Irvine u. M. Jeffreys: BMA planning unit survey of general practice, 1969, in: British Medical Journal 4 (1971), S. 535—543.

23 Department of Health and Social Security: National Health Service Reorganisation. Consultative Document. London 1971.

24 The Organisation of Group Practice: Report of a Subcommittee of the Standing Medical Advisory Committee. London 1971.

licher Stil der Versorgung zunehmen wird, der selbst den dort arbeitenden Ärzten wegen der besseren Gebäude und der besseren Ausstattung verborgen bleibt.

Die Empfehlung der Todd-Kommission für die berufliche Weiterbildung und Eintragung als Facharzt für Allgemeinmedizin wird nur zögernd und unvollständig durchgeführt; besonders langsam sind dabei die Londoner Lehrkrankenhäuser, die der Angelegenheit augenscheinlich geringe Priorität einräumen. Alles deutet darauf hin, daß die geringe Anzahl neuer Allgemeinpraktiker mit guter Berufsausbildung, die wirklich sehr gute Ärzte sind, schnell von Gruppenpraxen in attraktiven Gebieten, wo das Niveau schon hoch und die Morbidität niedrig ist, abgefangen wird. Ebenso gibt es Beweise, daß die Industriegebiete jene Ärzte erhalten werden, die auf dem Markt am schlechtesten verkäuflich sind.

Die rechtlichen Schranken gegen farbige Einwanderer aus dem früheren britischen Empire, die von der konservativen wie auch von der Labour-Regierung verhängt wurden, fanden auf Ärzte keine Anwendung aus dem einfachen Grund, weil unsere Krankenhausversorgung ohne sie zusammenbrechen würde. Im Jahre 1970 stammte 33,2 % des gesamten Krankenhauspersonals nicht aus England oder Irland²⁵; die Zusammensetzung ist in den Krankenhäusern der Industriegebiete viel höher. Die große Mehrzahl jener Einwanderer stammt aus Indien oder Pakistan und kommt nominell wegen der Krankenhausbildung nach England. Im Gegensatz zu dem, was in der britischen Medizin gemeinhin geglaubt wird, haben wenige dieser Ärzte irgendeine Gelegenheit, ihre erlernten Fähigkeiten in ihrem eigenen Land zu gebrauchen, weil die städtischen Gebiete schon so viele Ärzte haben, wie sie finanziell tragen können, und die ländlichen Gebiete überhaupt nur etwa ein Dutzend Ärzte auf eine Million Einwohner tragen können.²⁶ Wenige von ihnen können Facharztstellen in England bekommen, und von 427 Anzeigen nach Partnern, die während der letzten drei Monate in dem *Britisch Medical Journal* erschienen, spezifizierten 280 (65 %), daß die Bewerber Absolventen einer britischen Universität sein sollten. Jene, die in England eine Laufbahn in der Allgemeinpraxis einschlagen wollen²⁷, werden daher in die industriellen Gebiete gelenkt. Sehr wenige von diesen ‚Rekruten‘ für die Allgemeinpraxis, die eine lange Krankenhausbildung nach dem Examen haben, fast immer in chirurgischen, orthopädischen und Unfallabteilungen, die am wenigsten auf die ambulante Versorgung anwendbar und am meisten späterer Unzufriedenheit mit der Arbeit dienlich sind, werden sich ferner der Weiterbildung in ambulanter Versorgung unterziehen.

25 Digest of Health Statistics for England and Wales, a.a.O.

26 O. Gish: Medical education and medical migration, in: Proceedings of the Royal Society of Medicine 63 (1970), S. 1191—1194.

27 D. Cargill: Recruiting to general practice in England and Wales, 1961—1969, in: Lancet 2 (1969), S. 1295 f.

Niemals, weder nach dem Gesetz von 1911 noch unter dem staatlichen Gesundheitsdienst, gab es eine planmäßige Anhebung medizinischer Versorgung in den städtischen Industrie- und Bergbaugebieten auf auch nur annähernd jene Ebene, die erforderlich war, um das Wahrheitsmoment, das in Albutts Beschreibung „minderwertiger Arbeit in den Händen minderwertiger Männer“ lag, zu verändern. Die weiteste Annäherung an eine geplante soziale Neueinteilung der ambulanten Versorgung war die Einteilung der Gebiete nach 1948 mit Einschränkung der Zulassungen in ärztlich überversorgten Bereichen und finanziellen Anreizen für Niederlassungen in den am schlimmsten unterversorgten; aber eine solche Politik mußte — unter der Bedingung des damaligen Ärztemangels — unwirksam bleiben, und diese soziale Neuverteilung ist nun vorbei. In jedem Fall ist nicht die Zahl der Ärzte in den unattraktiven Gebieten der schwerwiegendste Teil des Problems, sondern weit mehr die ineffektive und unlohnende Art der traditionellen ambulanten Versorgung in den Industriegebieten.

In den offen reaktionären Vorschlägen für eine partielle oder vollständige Rückkehr ambulanter Versorgung zur Regulierung durch den Markt wird behauptet, daß nur ein minimales Niveau in den Praxen der Industriegebiete erforderlich sei und daß ein offen zugestandener und betriebener dualer Standard nur das äußere Dekor, nicht aber die Substanz medizinischer Versorgung beeinträchtigen werde.²⁸ Im gleichen Jahr, in dem der fortschrittliche oben zitierte Bericht über ambulante Versorgung vom Ausschuß des BMA erschien, legte ein anderer Ausschuß des BMA einen Bericht über Finanzen im Staatlichen Gesundheitsdienst vor. Nach der Beschreibung eines solchen dualen Systems heißt es weiter, daß „das einzige Opfer, das gebracht werden müsse, das Konzept der Gleichheit im staatlichen Gesundheitsdienst sei ... jede Behauptung, daß der staatliche Gesundheitsdienst sein Ziel der Gleichheit der Versorgung erreicht habe, ist eine Illusion. Denn absolute Gleichheit könnte in keinem System medizinischer Versorgung, keinem System der Ausbildung oder irgendeinem anderen wesentlichen Dienst an der Gemeinschaft erreicht werden. Die Motive für andere Empfehlungen sind politisch und ignorieren die menschlichen Veranlagungen.“²⁹ Druck dieser Art auf den Staatlichen Gesundheitsdienst, damit er selbst seine formalen Ziele, wie eine gleiche Versorgung aller Patienten sicherzustellen und den ererbten dualen Standard aufzuheben, aufgibt, müssen ernst genommen werden. So hat sich die gegenwärtige konservative Regierung verpflichtet, bei allen Tätigkeiten auf sozialem Gebiet Geschäftsprinzipien wieder einzuführen und hat in Verfolgung dieses Prinzips Verschreibungsgebühren weit über die pro-forma-Ebene hinaus auferlegt sowie Zahnarztpreise, die die

28 J. Seale: The health service in an affluent society, in: British Medical Journal 2 (1962), S. 598.

29 Report of the Advisory Panel of the British Medical Association on Health Services Financing. London 1970.

Ausweitung der konservativen Zahnmedizin auf Industriegebiete wirksam verhindern. Da die Führer der Opposition selbst verantwortlich waren für die Einführung der Anfänge solcher Pläne, sind sie in einer schwachen Kampfposition.

Der wirkliche Unterschied zwischen dem grundlegenden Minimum und dem äußeren Dekor ambulanter Versorgung spiegelt sich in der Mortalitätsverteilung nach sozialer Schicht wieder (siehe Tab. 1 und 2). In Schicht I (Akademiker etc.) lag die Mortalität 1930 bis 1932

Tabelle 1: Mortalität und soziale Schicht

(Standardisierte Zahlen für Männer von 15 bis 64 Jahren; Durchschnittsmortalität = 100)

Jahre	Soziale Schicht				
	I	II	III	IV	V
1930—32	90	94	97	102	111
1949—53	86	92	101	104	118
1959—63	76	81	100	103	143

Tabelle 2: Mortalität von Bergleuten und ihren Frauen

	Todesfälle			Verhältnis der tatsächlichen zur durchschnittlichen Sterblichkeit (Durchschnitt = 100)		
	1930—32	1949—53	1959—63	1930—32	1949—53	1959—63
Bergleute	20 007	20 229	19 505	106	112	115
Frauen	11 949	10 501	8 587	128	128	129

10 % unter dem Durchschnitt, 1959 bis 1963 waren es 24 %, für die Schicht V (ungelernte Hand-Arbeiter) war 1930 bis 1931 die Mortalität 11 % über dem Durchschnitt, 1959 bis 1963 waren es 43 % darüber. Die Mortalität für Bergleute stieg von 6 % über dem Durchschnitt im Jahre 1930 bis 1932, auf 15 % darüber in den Jahren 1959 bis 1963; die Mortalität ihrer Ehefrauen stieg in den entsprechenden Jahren von 28 % über dem Durchschnitt auf 29 % darüber.³⁰ Die durchschnittliche Standard-Mortalität für beide Geschlechter in Bergbaugebieten von Süd-Wales stieg von 28 % über dem nationalen Durchschnitt im Jahre 1921 auf 24 % darüber im Jahre 1968.³¹ Selbst wenn diese Unterschiede eher wesentlich aus Unterschieden im Einkommen, in den Wohnbedingungen, in der Arbeit und der Ausbil-

30 Registrar General. Decennial Supplement on Occupational Mortality for England and Wales, 1959—1963. London 1971. — J. T. Hart: Data on occupational mortality, 1959—1963: Too little and too late, in: *Lancet* 1 (1972), S. 192 f.

31 J. T. Hart: The health of coal-mining communities, in: *J. R. Coll. Gen. Pract.* 21 (1971), S. 517—528.

derung entstehen als aus Unterschieden in der Zugänglichkeit guter medizinischer Versorgung, weisen sie doch mit aller Deutlichkeit und Dringlichkeit auf die Notwendigkeit einer sozialen Neuverteilung der Versorgung hin. Ohne sie wird die sich blind-naturwüchsig entwickelnde ambulante Versorgung in einer profitorientierten Marktwirtschaft zum Gegenteil des Notwendigen, nämlich zu einer weiteren Verschlechterung in Gebieten mit der höchsten Morbidität und Mortalität führen. Dabei scheint die medizinische Versorgung heute größere Bedeutung für die Morbidität und Mortalität zu haben als vor den beiden Weltkriegen; obwohl die sozialen Unterschiede im Lebensstandard in den westlichen Industrieländern immer noch sehr groß sind, ist doch nicht anzunehmen, daß sie heute tatsächlich größer sind als damals. Da medizinische Versorgung heute mehr als früher echte therapeutische Mittel bereitstellt, können soziale Ungleichheiten in der Verteilung ambulanter Versorgung stärker als früher die soziale Kluft in der Morbidität und Mortalität erweitern.

Der staatliche Gesundheitsdienst hat das Problem „minderwertiger Versorgung durch minderwertige Ärzte“ nicht gelöst, und die Nachfolger von Sir Clifford Albutt, die noch immer unsere Kliniken beherrschen, sind immer noch zufrieden damit, daß sich die ambulante Versorgung im Schlepptau der Entwicklung der Medizin befindet, wie sie am Krankenhaus nach ärztlicher Tradition betrieben wird. Sie scheinen offensichtlich immer noch damit zufrieden zu sein, daß in der Allgemeinpraxis das höchste Niveau ambulanter Versorgung dort entwickelt wird, wo es am wenigsten gebraucht wird, im Vertrauen darauf, daß einiger Vorteil auch den Industriepraxen zufließen wird, wenn die Zeit gekommen ist. Für sie ist es ein Naturgesetz, daß „die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung umgekehrt zu den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung steht.“³² Was der Staatliche Gesundheitsdienst jedoch erreicht hat, ist die Schaffung sehr günstiger Ausgangsbedingungen für die nächsten Schritte nach vorn.

Ein großer Teil der ideologischen Begründung für diese Schritte nach vorn wurde schon geschaffen. Die ambulante Versorgung ist die Basis, auf der jeder effektive Krankenhausdienst aufgebaut werden muß, und wenn diese Basis sich verändert, wird sich auch viel von unserer medizinischen Philosophie ändern. Solch fundamentale Veränderung kann nicht allein in der Medizin stattfinden; sie hängt wesentlich von einer Bewegung starker sozialer Kräfte ab, wie sie 1945 wirksam waren. Die Zeichen dafür mehren sich, daß solche Kräfte jetzt anwachsen und eine wirklich einheitliche ambulante Versorgung durchsetzen werden. In der Geschichte der ambulanten Versorgung in den Industriegebieten waren die Menschen sehr dicht gedrängt und die Medizin war sehr weit weg; die Zukunft wird uns ganz dicht bei den Menschen finden, und unsere Medizin wird die beste sein.

Ingeborg Simon

Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker

Die seit Jahren geführte Diskussion über die Qualität unseres Gesundheitswesens, die durch den Marburger Kongreß² einen neuen Höhepunkt erreichte, signalisiert zweierlei:

— Die Verschärfung der in unserem Gesellschaftssystem begründeten Widersprüche nimmt auch in diesem Bereich ständig zu, denn in immer stärkerem Maße wird — bedingt durch die Intensivierung der Produktion — auch die Sphäre der Reproduktion der Ware Arbeitskraft in die Klassenauseinandersetzungen unmittelbar einbezogen.

— Immer breiteren Schichten der Gesellschaft wird auch und gerade dort, wo es um die kontinuierliche Wiederherstellung bzw. Sicherung ihrer körperlichen und geistigen Kräfte geht, bewußt, daß sie nur im gemeinsamen Kampf eine Demokratisierung des gesellschaftlichen Lebens durchsetzen können und daß es die Monopole und ihr reaktionärer Anhang sind, die das entscheidende Hindernis auch für ein „nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft ausgerichtetes Gesundheitswesen bilden“³.

Diese Entwicklung kennzeichnet auch den Stand der gegenwärtigen Diskussion um das Arzneimittel- und Apothekenwesen und die unterschiedlichen Stellungnahmen der Ministerien, der politischen Parteien, der Gewerkschaften, der Standesorganisationen, der im Gesundheitswesen Beschäftigten und der Pharmazeutischen Industrie reflektieren das jeweils auf ihre Weise. Daß diese Widersprüche zunehmend stärker in das Bewußtsein der Gesellschaft gehoben sind, bestätigt u. a. auch ein führender Sprecher der Pharmazeutischen Großindustrie⁴, der schon die gerade erst anhebende Kritik am Arzneimittelwesen in der BRD und Westberlin als eine Bedrohung der „freien Wirtschaftsordnung“ bezeichnet, die „auf Privateigentum, freiem Unternehmertum und marktwirtschaftlicher Ordnung der Produktivkräfte beruht“.

1 Die Arbeit beschränkt sich auf den Apotheker in der öffentlichen Apotheke („Offizinapotheker“), da er wesentlich diese Berufsgruppe repräsentiert. Von 26600 bei den Apothekerkammern gemeldeten Apothekern im Jahre 1971 gehörten 1400 angestellte Apotheker der Industrie, der Verwaltung und der Bundeswehr an, 300 Apotheker leiteten Krankenhausapotheken (vgl. Pharmazeutische Zeitung 118. Jg. Nr. 42/73, S. 27).

2 Vgl.: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973.

3 Vgl. die 12 Grundforderungen der SEW, Berlin/West 1973.

4 Reinhold Rathscheck, Direktor der Farbwerke Hoechst: Gesellschaft, Gesundheit und Arzneimittel, in: Pharmazeutische Zeitung, 117. Jg. Nr. 41/72, S. 1482.

Mit Notwendigkeit werden im Rahmen der Diskussion um qualitative Veränderungen im Gesundheitswesen zunehmend stärker auch die Berufsinhalte der hier Beschäftigten einer kritischen Analyse unterzogen. Gegenstand dieser Arbeit ist der Apotheker in der öffentlichen Apotheke, dessen Rolle und Funktion zunächst dargestellt werden sollen ⁵.

Zur Situation des Apothekers

In der Bundesapothekerordnung vom 5. 6. 1968 ⁶ heißt es in § 1: „Der Apotheker ist berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Er dient damit der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“, und in § 2 (3): „Ausübung des Apothekerberufs ist die Ausübung einer pharmazeutischen Tätigkeit, insbesondere die Entwicklung, Herstellung, Prüfung oder Abgabe von Arzneimitteln unter der Berufsbezeichnung ‚Apotheker oder Apothekerin‘.“ Ganz offensichtlich wird zwischen der Erfüllung eines öffentlichen Auftrags und konkreten Tätigkeiten ein Zusammenhang hergestellt derart, daß die Entwicklung, Herstellung, Prüfung oder Abgabe von Arzneimitteln Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung darstellen.

Nun wird aber selbst von konservativen Apothekern nicht mehr geleugnet, daß die genannten pharmazeutischen Tätigkeiten bis auf die Arzneimittelabgabe heute Aufgabenbereiche sind, die fast ausschließlich von der Pharmazeutischen Industrie wahrgenommen werden. Entsprechend können die noch in der Apotheke verbliebenen Relikte der Arzneimittelherstellung und -prüfung in wissenschaftlich-technischer Hinsicht auf Grund völlig inadäquater bzw. obsoletter Methoden nur noch als eine Farce bezeichnet werden. Dieser objektive Sachverhalt wird besonders deutlich auch durch die Apothekenbetriebsordnung (ApoBO) belegt ⁷. Die zur Herstellung von Arzneimitteln in Apotheken (ihr Anteil liegt zwischen 3—5 %) zwingend vorgeschriebenen Geräte ⁸ — z. B. ein Dekoktorium, eine Pillenmaschine, die Tinkturenpresse oder das Gerät zur Bereitung von Vaginalkugeln — erweisen sich für die Praxis als ebenso irrelevant wie die Vorschriften über die Prüfung von Chemikalien, Drogen und Industriewaren ⁹.

Dort wo die Prüfvorschriften den tatsächlichen Möglichkeiten eines Apothekenlabors entsprechen, genügen weder sie noch die entsprechenden Prüfungen den heutigen wissenschaftlichen Anforderungen; machen die Vorschriften jedoch den Einsatz moderner Prüfmethoden

5 Anm.: gemeint ist — wenn nicht ausdrücklich anders genannt — der Apothekenunternehmer.

6 Gesetz über das Apothekenwesen i. d. F. d. Ges. vom 5. 6. 1968 (BGBl. I, S. 601) u. v. 26. 6. 1969 (BGBl. I, S. 645).

7 ApoBO in der Fassung vom 3. 11. 1970 (BGBl. I, S. 1510) und der Berichtigung vom 30. 11. 1970 (BGBl. I, S. 1623).

8 ApoBO Anlage 1 (zu § 6 Abs. 2).

9 Ebd. § 7.

und -geräte erforderlich, werden solche Analysetätigkeiten ausdrücklich an Institute außerhalb der Apotheken delegiert¹⁰, d. h. ein wesentlicher Teil des dem Apotheker zunächst vorgeschriebenen Aufgabenbereichs wird also gar nicht erst von ihm wahrgenommen. Über die Prüfung abgabefertiger Packungen — den Spezialitäten (ihr Anteil macht über 95 % des Arzneimittelsatzes in Apotheken aus) — heißt es in § 7 (4) der ApoBO: „Arzneimittel in abgabefertiger Packung sind stichprobenweise zu prüfen. Dabei darf von einer über die Sinnesprüfung hinausgehenden Prüfung abgesehen werden, wenn sich keine Anhaltspunkte ergeben haben, die Zweifel an der einwandfreien Beschaffenheit des Arzneimittels begründen ...“, und in § 7 (5): „Ergibt die Prüfung, daß ein Arzneimittel nicht einwandfrei beschaffen ist, ... so muß es entweder ... gesondert gelagert oder sofort vernichtet werden ...“ Daß die Standespolitiker die eben dargelegten Prüfbestimmungen als eine „exakte Schlußkontrolle“¹¹ ausgeben, verdient insofern Beachtung, als es das unverhüllte Eingeständnis von Inkompetenz im eigenen Berufsfeld impliziert.

Die moderne Pharmazeutische Industrie hat in ihrem monopolistischen Stadium auf Grund der wissenschaftlich-technischen Revolution und den durch sie vorangetriebenen Prozeß der Vergesellschaftung der Produktion und Arbeitsteilung die Komplexe der pharmazeutischen Tätigkeiten Entwicklung, Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln übernommen. Die Apotheker sind dabei nicht — wie es unter entsprechenden gesellschaftlichen Voraussetzungen selbstverständlich wäre — als qualifizierte Fachleute mit differenzierten Berufsprofilen für die Arzneimittelentwicklung, -herstellung und -prüfung übernommen worden, sondern verblieben weitgehend in der Apotheke, bis heute noch ausgestattet mit Berufsbildern, die dem 18. und 19. Jahrhundert angehören.

Die in der Pharmazeutischen Industrie angestellten „Industriepapotheker“ spielen nur eine untergeordnete Rolle, sowohl was ihre Zahl (ca. 1 000) als auch was ihre Tätigkeit angeht. Von ihnen sind die meisten bei der Entwicklung von Arzneiformen, der Überwachung der Konfektion¹² oder im Außendienst als „Ärztbesucher“ tätig, nicht aber in den Bereichen klassischer pharmazeutischer Tätigkeiten. Um so unverständlicher muß es daher zunächst erscheinen, daß nicht nur im Arzneimittelgesetz von 1961, sondern auch im Referentenentwurf des „Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechtes“¹³ vom 12. 12. 1973 der Eindruck erweckt wird, als sei immer noch der Apotheker die zentrale Figur der Arzneimittelwissenschaften.

10 Aus der amtlichen Begründung zu ApoBO § 7. Zur Prüfung außerhalb der Apotheken gründeten die Apotheker 1971 das Zentrallaboratorium Deutsche Apotheker (ZI).

11 Aus einer undatierten Informationsschrift für die öffentlichen Apotheken.

12 So hieß es in einer Annonce der Firma Nattermann 1972 in der Pharm. Zeitung: „Wir erwarten ... Begeisterung für alle Probleme der Verpackung ...“

13 Entwurf für das 2. Arzneimittelgesetz.

Während nämlich nach dem Referentenentwurf für die Apotheker allein schon die Approbation als Nachweis der erforderlichen Sachkenntnis zur Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln ausreicht, müssen hierfür diejenigen Ärzte, Zahn- und Tierärzte, Chemiker und Biologen, die in solchen Bereichen eingesetzt werden wollen, noch eine zusätzliche zweijährige Tätigkeit in der Arzneimittelherstellung und -prüfung nachweisen (§ 14). Da aber gerade auch das Pharmaziestudium nachweislich nur völlig unzureichend auf industriemäßige Pharmakatechnologien und -prüfverfahren vorbereitet — das dürfte den Verfassern und Initiatoren des Referentenentwurfs nicht unbekannt sein —, ist nur der Schluß möglich, daß es hier wohl weniger auf tatsächliche Sachkenntnisse als vielmehr auf den Schein derselben ankommen soll. Kurz, die den Apothekern angedichteten Kenntnisse sollen dazu beitragen, die de facto nicht vorhandene Kontrolle bei der Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln zumindest im Bewußtsein der Öffentlichkeit zu simulieren.

Von den eingangs benannten pharmazeutischen Tätigkeiten ist nur der Bereich der Arzneimittelabgabe in der öffentlichen Apotheke geblieben. Die moderne Standesideologie schätzt das wie folgt ein: „Für den Offizinapotheker eröffnet sich eine immer bewußtere Einstellung zu der eigentlichen Funktion bei dem Vorgang der Dispensation (Anm. d. Verf.: = Abgabe). Der Apotheker muß sich für diese Tätigkeit in zunehmendem Maße engagieren, und die meist ungeliebte und in ihrer Bedeutsamkeit unterschätzte Tätigkeit der Abgabe von Arzneimitteln steht für den Offizinapotheker damit im Vordergrund.“¹⁴ Die Praxis jedoch deutet darauf hin, daß die Abgabetätigkeit des Apothekers keineswegs so „ungeliebt“ bzw. „unterschätzt“ ist, wie die Standesideologie einzureden versucht. Das Erscheinungsbild einer modern ausgestatteten Apotheke widerspiegelt den Übergang der Apotheke von der Herstellungsstätte zur reinen Verkaufsstelle. Während der Rezepturbereich heute weitgehend zur dekorativen Kulisse geworden ist, wird die Arzneimittelbeschaffung, -lagerung und -abgabe dem neuesten technischen Stand angepaßt. Automatische Bestellweise über Lochkarten, Arzneimittelverzeichnisse auf Mikrofilm, Rezeptabrechnung über EDV, funktionsgerechte Lagermöglichkeiten und der verstärkte Einsatz billiger Arbeitskräfte sind sichtbarer Ausdruck dafür.

Daß dem Apotheker — dem Wortlaut der Bundesapothekerordnung folgend — eine „ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung“ der Bevölkerung bzw. überhaupt die Wahrnehmung gesetzlich vorgesehener Berufspflichten noch möglich sein soll, muß unter solchen Umständen einigermmaßen fragwürdig erscheinen, es sei denn, das Wort „ordnungsgemäß“ sollte nur im Zusammenhang mit „ordnungsgemäßer Verwertung“ Bedeutung haben.

14 Das Zitat stammt von dem Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker (ABDA), der höchsten Standesorganisation, W. Riemerschmid, in: Pharmaz. Zeitung, 117. Jg., Nr. 42/72, S. 1609.

Um dies genauer darstellen zu können, muß zunächst kurz eingegangen werden auf die Qualität der Arzneimittelherstellung, die — wie gesagt — nahezu ausschließlich von der Pharmazeutischen Industrie bestimmt wird und die die entscheidenden Voraussetzungen für Arzneimittelversorgung überhaupt darstellt.

In der BRD und Westberlin sind natürlich auch die Produktionsmethoden der Pharmazeutischen Industrie vom Widerspruch zwischen dem gesellschaftlichen Charakter der Produktion und der kapitalistischen Form ihrer Aneignung gekennzeichnet. Daraus ergibt sich mit Notwendigkeit: nicht die Bedürfnisse der Gesellschaft nach einer optimalen Arzneimittelversorgung haben den primär bestimmenden Einfluß auf Art, Menge und Qualität der Arzneimittel, sondern das private unkontrollierte Gewinnstreben der Pharmakonzerne. Unter solchen Produktionsverhältnissen wird aus dem Arzneimittel eine Ware, die nur bedingt wegen ihres Nutzens, ihres Gebrauchswertes als Heilmittel für den bedürftigen Menschen, entwickelt und hergestellt wird, primär jedoch wegen ihres Tauschwertes, der Mehrwert enthält, über den sich also ein Profit durch den Verkauf in der Apotheke realisieren läßt. Für die Pharmazeutische Industrie zählt allein die zahlungsfähige Nachfrage auf dem Markt, wobei — vom Standpunkt des Kapitals betrachtet — der Gebrauchswert der Ware, Heilmittel gegen eine besondere Krankheit zu sein, lediglich das Mittel für den Zweck der Verkäuflichkeit abgibt. Weder die Definition des Gebrauchswertes („Waschzettel“-Reklame) noch er selbst unterliegen dabei einer wirksamen öffentlichen Kontrolle¹⁵. Beides zusammen bildet daher für die Marketingstrategen der Pharmakonzerne ein ideales Betätigungsfeld, um die Profitmargen vorab definieren zu können.

Dem Staat wird dabei die Funktion zugewiesen, die Verwertungsbedingungen für das Pharmazeutische Großkapital sicherzustellen bzw. zu optimieren. So entspricht das Arzneimittelgesetz den gesellschaftlichen Bedürfnissen nur soweit, wie es dem Gewinnstreben der Pharmazeutischen Industrie dienlich ist¹⁶. Das Gesetz überläßt dem Hersteller die alleinige Verantwortung für sein Produkt. An keiner Stelle des Produktionsprozesses wird eine öffentliche Kontrolle durch die „Verbraucher“ als Sozialversicherte, die Gewerkschaften oder auch die sonst im Gesundheitswesen verantwortlichen Berufsgruppen wirksam bzw. ist vorgesehen. Darum werden nicht — den gesellschaftlichen Erfordernissen entsprechend — nur hochwertige Arzneimittel auf den Markt gebracht, sondern auch nicht gerade wenige, die überflüssig (weil schon vorhanden), unwirksam und zum

15 Die Kontrolltätigkeit des Bundesgesundheitsamtes beschränkt sich nur auf Formalitäten, die Verantwortung für die Arzneimittelqualität liegt allein beim Hersteller (davon wird auch das 2. AMG nicht abweichen).

16 Aus der vorläufigen Begründung zum Referentenentwurf 1973, zu § 20: „Es ist nicht beabsichtigt, eine irgendwie geartete Bedürfnisprüfung einzuführen, wonach der Hersteller den Nachweis zu führen hätte, daß für seine Arzneimittel ein medizinisches Bedürfnis besteht ... Sie würde ... zugelassene Arzneimittel ... privilegieren und für diesen Bereich Monopole schaffen.“

Teil sogar gesundheitsschädigend sind. Dies, weil es möglich ist, sie unter Vortäuschung eines Gebrauchswertes für eine planmäßige Absatzsteigerung und damit zur weiteren Profitmaximierung heranzuziehen.

Contergan und Menocil waren daher keine schicksalhaften, quasi naturbedingten Katastrophen, wie es die Pharmazeutische Industrie der Öffentlichkeit zu suggerieren suchte. Derartige Skandale sind nur die krassesten Symptome einer Produktionsweise, die letztlich gegen die objektiven Bedürfnisse der Menschen gerichtet ist. Contergan und Menocil belegen nur exemplarisch, aber um so eindringlicher, wie sehr die Behauptung der Pharmazeutischen Industrie: „Praktiziertes Verantwortungsbewußtsein hat (für die Pharm. Ind., Anm. d. Verf.) einen höheren Stellenwert als das Streben nach Gewinn“¹⁷, jeder Grundlage entbehrt.

Der Doppelcharakter der Ware Arzneimittel reproduziert sich auf der Verteilerebene in der Doppelfunktion des Apothekers: zum einen übt er — trotz allem — noch Teile eines Heilberufes aus, womit sein Interesse dem Gebrauchswert der Ware Arzneimittel gilt; zum andern aber ist er als Gewerbetreibender an der Realisierung eines Profites interessiert.

Als Angehöriger eines Heilberufs hat er den öffentlichen Auftrag, „im Dienste der Volksgesundheit“ tätig zu sein. Daraus lassen sich für die ihm verbliebene Abgabetätigkeit — im Sinne der „ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung“ — bestimmte Pflichten ableiten. Er müßte z. B. in der Lage sein, ein Arzneimittel nach seinem therapeutischen Wert zu beurteilen, über Wirksamkeit, Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen informiert sein, müßte im Interesse einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln Preisvergleiche für den Arzt anstellen können, müßte die Tätigkeit eines Arzneimittelberaters gegenüber Arzt und Patient wahrnehmen können. Er müßte schließlich in der Lage sein, Arzneimittel des sogenannten Handverkaufs (rezeptfreie Arzneimittel) kritisch zu beurteilen, um gegebenenfalls auch den Verkauf eines rezeptfreien Arzneimittels verweigern zu können.

Als Unternehmer jedoch ist der Apotheker gehalten, den Arzneimittelumsatz ständig zu steigern. Eigene umsatzfördernde Maßnahmen im Bereich der Arzneimittelabgabe auf ärztliches Rezept (Anteil um 60 %) sind für ihn in der Regel nicht möglich¹⁸, dagegen bieten

17 R. Rathscheck, a.a.O., S. 1481.

18 Hier ist er ganz der Cleverness der Pharmazeutischen Industrie ausgeliefert. Neben einem beispiellosen Preisdiktat wird eine Reihe von Spezialmethoden zur kontinuierlichen (d. h. konjunkturneutralen) Absatzsteigerung angewendet. Dazu gehören insbesondere die meist pseudowissenschaftlichen „Arztinformationen“, mit denen der verschreibende Arzt überschüttet wird und die heute zusammen mit anderen hocheffektiven Werbemaßnahmen zu den wirksamsten Waffen der Außer-Preis-Konkurrenz geworden sind. Ist der Markt dann soweit aufbereitet, kann man es sich zusätzlich leisten, Manipulationen mit der Absatzmenge (z. B. Trend zur Großpackung mit relativ günstigerem Preis) vorzunehmen, wodurch der ohnehin schon starke Arzneimittelmißbrauch noch forciert wird.

sich für den Apotheker selbst im „Handverkauf“ zunehmend mehr Gelegenheiten, auch durch eigene Aktivitäten weitere Umsatzsteigerungen herbeizuführen. Die Ausdehnung seines Warenlagers durch das sogenannte Randsortiment (Babynahrung, Kosmetika, Sonnenbrillen etc.), günstige Großeinkäufe mit hohem Naturalrabatt, Schaufensterwerbung, Geschenke an Ärzte und Kunden, der verstärkte Einsatz billiger Arbeitskräfte im Handverkauf oder die häufig anzutreffende Neigung, die Rezeptpflicht zu mißachten, sind Ausdruck einer starken Kommerzialisierung des Apothekenbetriebs. „Die Erfüllung der sozialen Aufgabe im Sinne des Gesundheitswesens sollte zwar der wichtigste, aber nur noch ein integrierter Bestandteil der ‚Unternehmensphilosophie‘ sein. Der Apotheker muß sich immer mehr der Betriebswirtschaft und dabei besonders den Marktaspekten widmen.“¹⁹ Für den Apothekenunternehmer heißt dies, daß er das Medikament nur mittelbar im Interesse des Verlangens nach Gesundheit oder ihrer Wiedererlangung abgibt.

Der antagonistische Widerspruch zwischen den gesellschaftlichen Aufgaben und Pflichten des Apothekers als Arzneimittelfachmann einerseits und seinen privatwirtschaftlichen Interessen als Gewerbetreibender andererseits kennzeichnet daher die Situation der Berufspraxis des Offizinapothekers. Diese Doppelfunktion pharmazeutischer Berufstätigkeit — von Standespolitikern gern auch als „tragischer Konflikt“²⁰ bezeichnet — muß unter den herrschenden Bedingungen immer zugunsten der Unternehmerinteressen gelöst werden. Der Zwang zur Profitrealisierung legt daher den Rahmen fest, in dem jene „ordnungsgemäße“ Arzneimittelversorgung zu erfolgen hat, d. h. Kapitalinteressen und Rentabilitätskalkül bestimmen auch hier, was als ordnungsgemäß zu gelten hat. Daher erscheint es auch zwingend, daß von den Apothekern selbst — die ja de facto nichts weiter als Arzneimittelhändler sind — der Begriff „ordnungsgemäß“ immer nur indirekt aus der Ableitung eigener wirtschaftlicher Interessen definiert wird. So sieht man in der gesicherten privatwirtschaftlichen Existenz die Voraussetzung, „aus der allein die Gewährleistung ordnungsgemäßer Arzneiversorgung durch die Apotheken und jede darüberhinausgehende Wahrnehmung von Aufgaben durch den Apotheker erwachsen kann“²¹.

„Ist die erforderliche wirtschaftliche Ertragslage nicht mehr gesichert, werden sich viele Apotheker zu einem Ausweichen auf eine Erweiterung des Randsortimentes gezwungen sehen. Das bedeutet aber mit Sicherheit ein Abgleiten auf die Ebene des Drugstores. Größere Apotheken werden sich genötigt sehen, Personal einzusparen und zu entlassen ... und schließlich, was am bedauerlichsten und gefährlichsten ist, die sinkende Rendite wird dazu führen, daß in den

19 Wilkes: Merchandising im Apotheken-Marketing, in: Der informierte Apotheker, Jg. 1/Nr. 5, Nov. 1973.

20 Hans Meyer: Die Stellung des Apothekers im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft, in: Pharmaz. Zeitung 109. Jg., Nr. 22/1964, S. 785.

21 Alberti: Die unternehmerische Aufgabe des Apothekers aus standespolitischer Sicht, in: Pharmaz. Zeitung 119. Jg., Nr. 2/1974, S. 43.

Apotheken ein illegales Arbeiten mit nicht qualifizierten und daher billigeren Arbeitskräften Einzug hält, und darin muß doch wohl eine ernsthafte Gefährdung der Sicherheit der Arzneiversorgung der Bevölkerung gesehen werden.“²² Während von den Standespolitikern betont wird, daß die gesicherte wirtschaftliche Grundlage der Apotheke die entscheidende Voraussetzung für die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags zur ordnungsgemäßen Arzneiversorgung darstellt, fordern sie die Apothekenunternehmer gleichzeitig auf, kommerzielle Überlegungen nur soweit anzustellen, wie sie der Erfüllung der Dienstleistungsaufgabe dienlich sind, und konstruieren hier einen Widerspruch.

„Jede ausschließlich auf das Axiom des Arzneimittelverkaufs ausgerichtete Tätigkeit, die ja zwangsläufig zu einer Förderung des Arzneimittelverbrauchs der Bevölkerung führen muß, steht im krassen Gegensatz zur Gesundheits- und Sozialpolitik. In der Auffassung der öffentlichen Meinung macht sich der Apotheker damit zum Handlanger der Pharmazeutischen Industrie und vergißt seine echte Aufgabe als Hüter des Arzneimittelschatzes und der Gesundheit. Er hat vielmehr die Interessen des Patienten zu vertreten, ggf. sogar gegen seine Ladenkasse.“²³ Die pharmazeutischen Standeszeitungen sind voll dieser Ermahnungen und Appelle und zeugen damit indirekt von dem fortgeschrittenen Grad der „Merkantilisierung der Arzneimitteversorgung“²⁴. Wenn ihre Resonanz auch mehr als fragwürdig bleibt, so erfüllen sie doch ihren Zweck als ideologische Verschleierung. Sie erwecken den Eindruck, als sei die Qualität der Arzneiversorgung vor allem eine Frage der Moralität, der Selbstdisziplin und des Verzichtkönnens. Damit suchen sie zu verhindern, daß bei den Betroffenen die Erkenntnis wächst, daß die objektiven Voraussetzungen für eine Berücksichtigung primär gesellschaftlicher Interessen bei der Arzneiversorgung nicht vorhanden sind. Der ausschließlich ideologische Charakter der Aufforderungen zum gesundheitspolitischen Verhalten wird vollends dort deutlich, wo sie näher begründet werden. Ein über das „gesunde Maß hinausgehendes Streben nach Profitmaximierung“²⁵ wird nicht — wie zunächst vorgegeben — kritisiert, weil die gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung gefährdet sind, sondern — und damit werden solche Behauptungen zur Phrase — weil für ausschließlich merkantil ausgerichtete Apotheken sowohl in den Ministerien als auch in den gesetzgebenden Gremien und schon gar nicht in den Schaltstellen politischer Willensbildung Verständnis und Wohlwollen ... anzutreffen ist“²⁶.

Nun soll nicht der Eindruck entstehen, als bestünden unter den gegenwärtigen Bedingungen keinerlei Möglichkeiten, gewisse Ver-

22 Alberti: Bestrebungen zur Neuordnung der Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt und ihr Entwicklungsstand aus der Sicht der Apotheke, in: Pharmaz. Zeitung 118. Jg., Nr. 41/1973, S. 22.

23 Alberti: Die unternehmerische Aufgabe ..., a.a.O., S. 45.

24 Ebd., S. 43.

25 Ebd., S. 43.

26 Ebd., S. 44.

besserungen in der Arzneimittelversorgung anzustreben oder durchzuführen. Zahlreiche Apotheker bemühen sich darum. Aber jedem subjektiven Bemühen stehen die objektiven Zwänge entgegen, und die werden durch die ökonomisch-politische Macht der Monopole und ihre Agenten definiert, durch deren entscheidenden Einfluß auf die Qualität der Arzneimittelversorgung einem sozialen Engagement des Apothekers als Arzneimittelfachmann die eigentlichen Grenzen gezogen werden.

Hinzu kommt, daß die Wahrnehmung der zugewiesenen Funktion als Arzneimittelverkäufer zusätzlich durch die Misere im Aus- und Weiterbildungsbereich begünstigt wird. Es hat Methode, wenn die wissenschaftlichen Kenntnisse, die notwendig sind, um eine qualifizierte Kontroll- und Aufklärerfunktion für Arzneimittel auszufüllen, nicht einmal ansatzweise durch das Universitätsstudium vermittelt werden. Daß die unzureichende Qualifikation nicht zufällig ist, wird darin deutlich, daß auch die gerade erst geschaffene neue Ausbildungsordnung²⁷ an veralteten Inhalten festhält. „Das Ausbildungsziel wird den zukünftigen Apotheker befähigen, Pulver- und Teeanalysen durchzuführen, andererseits ist wohl nicht sichergestellt, daß er Arzneimittelwirkungen in ausreichendem Maße beurteilen kann. Die Gefahr einer Fehlusbildung ist unübersehbar.“²⁸

Diese negativen Qualifikationsmerkmale werden perpetuiert durch die fehlenden Voraussetzungen für ein planmäßiges, koordiniertes, an den konkreten Bedürfnissen der Gesellschaft ausgerichtetes Fortbildungsprogramm. Jeder Tag in der Praxis der heutigen Offizin-apotheke bedeutet forcierte Dequalifizierung. Kein Wunder, denn es gibt Beispiele, wo Helferinnen — sie zählen zum pharmazeutischen Hilfspersonal — unkontrolliert in der Verkaufstätigkeit eingesetzt werden.

In der DDR zählen schon seit 1951 die Pharmakologie (ergänzt durch Vorlesungen über Anatomie, Physiologie, Pathologie) und die Pharmazeutische Technologie zu den Prüfungsfächern²⁹; es sind dies Fächer, die für den heutigen Arzneimittelfachmann von besonderer Bedeutung sind; in der BRD sind sie auch in der neuen Ausbildungsordnung von 1971 nur ansatzweise vertreten; eine kontinuierliche Weiterbildung, die unmittelbar nach dem Verlassen der Hochschule einsetzt, ist in der DDR obligatorisch. Die Weiterbildung der Apotheker in der BRD und Westberlin erfolgt nur zufällig — weil völlig dem Belieben des Einzelnen überlassen — und unwissenschaftlich — weil konzeptionslos. So wird auch durch die Misere im Aus- und Weiter-

27 Sie gilt seit dem 23. 8. 71 (BGBl. I, S. 1377).

28 Leetsch: Approbationsordnung ohne definiertes Ausbildungsziel: eine schlimme Gefahr für den Apothekerberuf, in: Pharmaz. Zeitung 118. Jg., Nr. 8/1973, S. 275.

29 G. Wagner: Grundsätze für die Umgestaltung der Ausbildung der Apotheker in der DDR, in: Beilage Nr. 2 zur Zeitschrift Die Pharmazie, Heft 2/1967, S. 36.

bildungsbereich bekräftigt, daß der Apotheker als Arzneimittelfachmann nur Alibifunktion hat. Der kritische, warnende und informierende Arzneimittelfachmann kann nicht im Interesse der Monopole und ihrer Absatzpolitik liegen, weil er die Ursachen seiner entfremdeten Tätigkeit in den grundlegenden Widersprüchen einer pervertierten Berufspraxis und -perspektive erkennen müßte und damit seine Verfügbarkeit im Sinne der Pharmakonzerne in Frage gestellt wäre. Hierin dürfte der wesentliche Grund jener Fehl Ausbildung zu sehen sein.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Die Abhängigkeit der Arzneimittelqualität von den Profitinteressen der Pharmazeutischen Industrie, die objektive Funktion des Apothekers als Agent des Kapitals und die fehlenden Voraussetzungen in der Aus- und Weiterbildung beschränken die Möglichkeiten für die beanspruchte „ordnungsgemäße Arzneiversorgung im Dienste der Volksgesundheit“ in unverantwortbarer Weise.

Apotheker — wozu ³⁰? Auf der Suche nach neuen Inhalten

Die Diskrepanz zwischen dem bürgerlich ideologischen Anspruch, die ordnungsgemäße Arzneiversorgung als Fachmann zu gewährleisten und der Realität des auf Gewinn ausgerichteten Apothekenbetriebes konnte bisher noch leidlich gegenüber weiten Teilen der Öffentlichkeit durch eine entsprechende „Öffentlichkeitsarbeit“ vernebelt werden. Daß das nur bedingt gilt, kommt darin zum Ausdruck, daß das Wort „Apotheke“ allgemein als Inbegriff für eine teure Institution benutzt wird. Neuere Ermittlungen über das Sozialprestige des Apothekers ergaben, daß er immer noch nach dem Professor und dem Arzt an dritter Stelle steht ³¹, und dies, obwohl insbesondere in Arbeitervierteln im Apotheker häufig ein verhinderter Arzt gesehen wird, der das Studium nicht geschafft hat („halber Arzt“). In der täglichen Berufspraxis des Apothekers wird die oben benannte Diskrepanz um so deutlicher.

In einer von der Standesorganisation in Auftrag gegebenen Studie über die „Strukturwandlungen des Apothekerberufs“ artikulierten die angestellten Apotheker ihr „Degradiersein zum Verkäufer“ viel deutlicher als die Unternehmer, deren „weitergespannter Arbeitsbereich wohl manches an Unzufriedenheit auffängt“ ³². Die kritische Einschätzung der derzeitigen Funktion des lohnabhängigen Apothekers erhielt eine wesentliche Zuspitzung durch die Einführung einer neuen Berufsgruppe: des pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA). Er ist das Ergebnis der Bemühungen der Apothekenunternehmer, sich durch den Wegfall des Praktikanten sowie des Vorexami-

30 Thema einer Podiumsdiskussion des Apothekertages 1973.

31 Specht: Strukturwandlungen des Apothekerberufes (Sonderbericht der Pharm. Zeitung z. Deutschen Apothekertag 1969, S. 14).

32 Ebd., S. 12.

nierten³³ nach der neuen Approbationsordnung³⁴ eine andere billige Ersatzkraft zu schaffen. Der PTA ist befugt, nach zweijähriger Fachschulausbildung und einem sich anschließenden halbjährigen Apothekenpraktikum alle anfallenden pharmazeutischen Tätigkeiten unter der Aufsicht eines Apothekers wahrzunehmen.

Der verstärkte Einsatz des schlechter bezahlten PTA — ein Trend, der im Rahmen der sich weiter verschärfenden Konkurrenz unter den Apotheken (als Folge der Niederlassungsfreiheit) zunehmen wird — schürt bei den angestellten Apothekern nicht nur die Angst um die Erhaltung ihres Arbeitsplatzes. Das Berufsprofil des PTA signalisiert auch deutlich, daß die derzeitigen beruflichen Anforderungen, die aus der Arzneimittelverteilung resultieren, auch durch nicht akademisch qualifiziertes Personal voll erfüllt werden können. Gerade die Bewährung des PTA in der Berufspraxis hat nun insbesondere bei jungen angestellten Apothekern die Frage nach der Existenzberechtigung des Apothekers überhaupt aufkommen lassen. Die von ihnen vorgenommenen Untersuchungen, die sich erstmals auch gezielt mit der Produktionsweise der Pharmazeutischen Industrie befaßten³⁵, brachten Bewegung in die Standespolitik.

Die Standesorganisation ließ in der oben schon mehrfach zitierten Studie die Einstellung des Apothekers zu seiner Tätigkeit analysieren, um danach die Schwerpunkte ihrer Standespolitik neu zu verteilen. Das Fazit der Studie formulierte ihr Verfasser Prof. Specht auf dem Apothekertag 1969 in Westberlin: „Entscheidend ist die Entwicklung einer angepaßten Berufsdefinition, die Konzipierung von praktikablen Leitbildern, welche einerseits dem Apotheker helfen, mit seiner Situation in der Praxis fertig zu werden, indem ihm eine realistische und überprüfbare Berufsdeutung an die Hand gegeben wird, entscheidend ist andererseits aber auch eine Auseinandersetzung darüber, wie die tatsächliche Situation des Berufsstandes mit dem Gehalt der Apothekergesetze in Einklang zu bringen ist.“³⁶ Diese Aufforderung, lediglich dem status quo mit der Standesideologie besser zu entsprechen, ihn „sinnvoller“ zu reflektieren, verdeutlicht nur die ganze Perspektiv- und damit Hilflosigkeit jener Standespolitik, der es nur auf die Wahrung ständischer Privilegien ankommt.

Auf der krampfhaften Suche nach neuen „Deutungen“ alten Inhaltes stieß die Standespolitik auf die Formulierung in der Bundes-Apothekerordnung: „Ausübung des Apothekerberufs ist die Ausübung einer pharmazeutischen Tätigkeit, insbesondere die Entwicklung, Herstellung ...“ In der Wahl des Wortes „insbesondere“ ent-

33 Vorexaminierter = Praktikant mit bestandener Vorprüfung, der als billige Arbeitskraft in der Apotheke bleibt, weil er noch keinen Studienplatz hat.

34 Heute gehen die Abiturienten, die Pharmazie studieren wollen, direkt an die Hochschule.

35 1969 veröffentlichte die damalige Basisgruppe Pharmazie eine Broschüre im Selbstverlag unter dem Titel: Der Patient — ihr bestes Kapital, Berlin (West).

36 Specht, a.a.O., S. 14.

deckte man eine vom Gesetzgeber bewußt gewählte, unvollständige Definition, die „für künftige Entwicklungen Raum läßt“³⁷. Inzwischen haben die Standesideologen der Apotheker es verstanden, das Gesetz nach ihren Vorstellungen zu vervollständigen. Als neue und entscheidende pharmazeutische Tätigkeit wurde die Arzneimittelberatung gegenüber Arzt und Patient proklamiert.

In der Standespolitik wurde die Beratung inzwischen zur wichtigsten Funktion überhaupt erklärt, deren Wahrnehmung ausschließlich Apothekern zugestanden werden dürfe. Obgleich nun der Berater seit Jahren massiv propagiert wird, wurden bis heute keine konkreten Vorschläge für die eigentliche Tätigkeit eines Arzneimittelberaters entwickelt. Umschreibungen in den Standeszeitingen wie „Wärner, Kontrolleur, Schiedsrichter, Aufklärer“ reichen da nicht aus. Auch die geltende Approbationsordnung, von der gelegentlich behauptet wird, sie bilde den Arzneimittelberater aus, gibt da keinen Aufschluß. Vergeblich sucht man in ihr die klare Formulierung des angestrebten Berufsziels. Leetsch — Fortbildungsbeauftragter der Bayerischen Apothekerkammer — kommentiert sie daher richtig, wenn er schreibt: „Die zukünftigen Apotheker erhalten eine Ausbildung, von der niemand weiß, wofür sie gut sein soll.“³⁸ Die einschlägigen Gesetze und Verordnungen kennen den Begriff Beratung nicht, einige Gerichtsurteile³⁹ sprechen von der Beraterfunktion, womit aber nur recht vage die „ambivalenten Möglichkeiten, Befugnisse und Pflichten, die für den Apotheker mit dem Handverkauf verbunden sein können“⁴⁰, angedeutet werden.

Die inhaltliche Füllung der pharmazeutischen Tätigkeit Arzneimittelberatung und ihre Bedeutung im Rahmen der „ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung“ bleiben unklar. Da sich bei uns weder aus dem geltenden Recht noch aus der derzeitigen Qualifikation des Apothekers irgendeine Form von Beratertätigkeiten gegenüber dem Arzt herleiten läßt, bleibt für „Beratungen“ des Offizinapothekers nur der Bereich des Handverkaufs⁴¹. Hier werden

37 Pieck: Beratung durch den Apotheker — Möglichkeiten und Grenzen aus rechtlicher Sicht, in: Pharmaz. Zeitung 118. Jg., Nr. 25/1973, S. 943.

38 Leetsch, a.a.O., S. 274.

39 Urteil vom 8. 10. 1971 des BGH — IZR 143/69. Aus den Gründen: „Der Apotheker sei dazu (gemeint ist die Beratung, I. S.) auch in gewissem Umfang berechtigt und verpflichtet, jedenfalls bei rezeptfreien Arzneimitteln.“

40 Pieck, a.a.O., S. 943.

41 Ganz anders stellt sich die Beratertätigkeit für den Krankenhausapotheker dar. In der Krankenhausapotheke gibt es keinen Handverkauf, also auch keine Selbstmedikation. Hier konzentriert sich die Beratertätigkeit des Apothekers auf den Arzt. Zu seinen Aufgaben gehören u. a.: Dokumentation über Arzneimittel, objektive Arzneimittelinformation, Beratung der Ärzte in Arzneifragen, die Therapie betreffend. Dabei bekommt der Krankenhausapotheker die für die Beratertätigkeit fehlenden Voraussetzungen in der geltenden Ausbildung besonders zu spüren. Von ihm gehen daher auch die Forderungen nach einer umfassenden Ausbildung zum Arzneimittelfachmann aus. (Vgl. Schaaf: Moderne Krankenhauspharmazie, in: Deutsche Apothekerzeitung 113. Jg., Nr. 40/73, S. 1574.)

dann auch die eigentlichen Absichten, die hinter der Propagierung des Apothekers als Arzneimittelberater zu erkennen sind, deutlicher. Der Apotheker, der sich angeblich durch sein akademisches Studium zum Berater qualifiziert hat, soll zum Garanten für die Sicherstellung einer ungefährlichen, wissenschaftlich abgesicherten Selbstbehandlung („Selbstmedikation“) stilisiert werden, und dies, obwohl nach dem internationalen Entwicklungsstand der medizinischen Wissenschaften heute der gesamte Bereich der Selbstmedikation zunehmend kritischer gesehen wird⁴².

Daß diese Art „Berater“ an einer Aufwertung und Ausdehnung der Selbstmedikation interessiert ist, wird unmittelbar einsichtig, wenn sich herausstellt, daß die neu entdeckte Funktion nur dafür herzuhalten hat, die Ausdehnung der absatzförderlichen Selbstbehandlung in Gang zu setzen. „Die Klagen dieses Berufsstandes (gemeint sind die Apotheker, I. S.), er sei nur Verteiler industrieller Fertigprodukte, sind verstummt; im Gegenteil: je intensiver eine Gesellschaft durch gesteigertes Gesundheitsbewußtsein auf Selbstmedikation hinverwiesen wird, um so wichtiger wird die Schlüsselposition des Apothekers.“⁴³

Jetzt wird auch verständlich, weshalb alle Vorstöße, die eine Einschränkung der Selbstmedikation aus medizinischen Gründen zur Folge haben könnten — wie z. B. die erweiterte Rezeptpflicht — auf die strikte Ablehnung bei den pharmazeutischen Standesorganisationen stoßen. So äußert sich einer der führenden Standesideologen, H. Glück: „Wenn die altbekannten Stoffe unter der Rezeptpflicht blieben, die neuen nach Ablauf der automatischen Rezeptpflicht nicht daraus entlassen würden und dann noch die wichtigsten bisher freien Medikamente ... ebenfalls in den Rezeptzwang einbezogen würden, was bleibt dann von der Beraterfunktion des Apothekers übrig?“⁴⁴

Hier offenbart sich eine massive Bedrohung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, die aus einem fehlgeleiteten Aufwertungsbedürfnis resultiert, daß sich letztlich auf

42 Als besondere Gefahren der Selbstmedikation werden u. a. genannt: Durch die symptomorientierte Selbstmedikation können Warnzeichen für die Früherkennung von Krankheiten verdeckt werden, eine rechtzeitige Krankheitsbehandlung versäumt und bedrohliche Krankheiten verschleppt werden. Arzneimittel zur körperlichen und geistigen Leistungssteigerung sowie zur Abmagerung und Verjüngung können zu schweren Gesundheitsschäden führen, Selbstmedikation kann zur Gewohnheit werden und zu Drogenabhängigkeit führen. (Vgl. Krelenberg: Probleme der Selbstmedikation, in: Pharmaz. Zeitung 117. Jg., Nr. 5/72, S. 155.)

43 Helmstädter: Arzneimittelsicherheit und Selbstmedikation, in: Deutsche Apothekerzeitung 113. Jg., Nr. 14/73, S. 541.

44 An anderer Stelle bezeichnet Glück die erweiterte Rezeptpflicht als eine „Polizeimaßnahme“ zugunsten einer außerhalb unserer Gesellschaftsordnung stehenden Minderheit von „Psychopathen und Gammlern.“ (Vgl. Deutsche Apothekerzeitung 112. Jg., Nr. 4/72, S. 167.) Zitat im Text aus: gran Nr. 35, Aug. 1972, S. 2.

reine Renditeüberlegungen reduzieren läßt⁴⁵. So wichtig und notwendig an und für sich eine aufklärende, warnende und informierende Tätigkeit im Zusammenhang mit der Arzneimittelabgabe ist, so muß sie doch an bestimmte Voraussetzungen gebunden sein, die unter den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen nicht gegeben sind. Wenn das offen auch nicht zugegeben wird, so läßt es sich dennoch hinter einzelnen Äußerungen selbst von Standesideologen schwach erahnen: „Die Beratung, die ihm (gemeint ist der Apotheker, I. S.) in zunehmendem Maße von der Gesellschaft abverlangt wird, ist in der Regel eine Tätigkeit, die — betrachtet man es rein kaufmännisch — nicht gerechtfertigt ist, ja in zahlreichen Fällen den wirtschaftlichen Interessen des Apothekers zuwiderläuft. Wenn in der berufspolitischen Diskussion viel von einem Recht des Apothekers zur Beratung des Kunden gesprochen wird, dann ist dies wohl primär auf den Willen zur Selbstbehandlung und zur Wahrung eines eigenständigen Aufgabenbereichs auch gegenüber dem Arzt zurückzuführen. Praktiziert man jedoch dieses Recht, dann zeigt sich, daß der Apotheker in Wirklichkeit Pflichten wahrnimmt, und zwar Pflichten, die er unter kaufmännischen Gesichtspunkten ablehnen müßte und die auch im Hinblick auf seine berufsethische und rechtliche Verantwortung nicht problemlos sind. Auf die letztgenannten Aspekte dürfte es auch zurückzuführen sein, daß zwischen dem Anspruch, Arzneimittelfachmann und Berater zu sein, und der Wirklichkeit in manchen Apotheken andererseits eine gewisse Diskrepanz festzustellen ist.“⁴⁶

Die Perspektive für den Offizinapotheker

Das letzte Zitat macht noch einmal deutlich: die von der Standesorganisation betriebene Politik der scheinbaren Alternativen demonstriert ihre Unfähigkeit, konkrete Perspektiven aufzuzeigen, solange sie in der Abhängigkeit monopolistischer Profitwirtschaft verbleibt. Die scheinbare Perspektivlosigkeit für den Apothekerberuf führt gelegentlich — insbesondere bei Pharmaziestudenten und jungen Apothekern — zu gefährlichen Trugschlüssen bis hin zu der Forderung, den Apothekerberuf abzuschaffen. Dieser Schluß ist nur erklärbar aus der historisch falschen Einschätzung, die Disqualifizie-

45 Von medizinischer Seite wird in letzter Zeit zunehmend vor dem Gebrauch rezeptfreier Medikamente gewarnt. Erinnert sei an die Rundschreiben der Deutschen Arzneimittelkommission zu den frei verkäuflichen Oxychinolinen und oxyphenisatinhaltigen Laxantien. In einem Erfahrungsbericht des Klinikums Westend (Westberlin) heißt es über die rezeptfreien Schlafmittel vom Typ der bromierten Harnstoffderivate (Carbamide): Nicht zuletzt auf Grund der fehlenden Verschreibungspflicht waren im Reanimationszentrum ... in den Jahren 1969/1970 nur noch knapp 14 % aller akuten Schlafmittelvergiftungen durch Barbiturate bedingt, dagegen über 40 % ausschließlich durch Carbamide und weitere 12 % durch Mischpräparate mit ganz erheblichem Carbamidanteil. (Vgl. Ibe: Klinik und Therapie akuter Schlafmittelvergiftungen, in: Deutsche Apothekerzeitung 111. Jg., Nr. 7/1971, S. 255.)

46 Pieck, a.a.O., S. 948.

rung des Apothekers zum Arzneimittelverkäufer sei eine Entwicklung, die sich unabhängig von den gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnissen gewissermaßen als ein Ergebnis der sich entwickelnden „Industriegesellschaft“ vollziehe. Der reale Sozialismus in der DDR liefert den Beweis für die Unhaltbarkeit solcher Überlegungen. Aus der Bekanntmachung des Berufsbildes für den Apotheker⁴⁷ vom April 1967 geht hervor, daß dem Apotheker im sozialistischen Gesundheitswesen konkrete Aufgaben von hoher gesundheitspolitischer Relevanz vorbehalten sind, die sich unmittelbar aus seinen spezifischen wissenschaftlichen Kenntnissen als Arzneimittelfachmann ergeben. Es würde hier zu weit führen, Strukturen und Inhalte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der DDR umfassend darzustellen, so wichtig dies angesichts der herrschenden Unkenntnis gerade für die Apotheker auch wäre. Sie bekommen in ihren Fachzeitschriften — kaum zufällig — über das Apothekenwesen in Portugal oder den arabischen Emiraten einiges erzählt, über das der DDR aber werden sie nicht im mindesten informiert. Es soll daher nur an einem Beispiel aus der DDR, nämlich der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker, der Aufgabenbereich des Apothekers erläutert werden, um andeutungsweise aufzuzeigen, daß die bei uns immer stärker geforderte Verbesserung in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker im Interesse aller Sozialversicherten anderenorts bereits bewährte Praxis ist.

Der im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung tätige Apotheker in der DDR hat u. a. die Aufgabe, „Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte über die im Verkehr befindlichen Arzneimittel, über Streichungen bzw. Neueinführungen von Arzneimitteln, ihre Zusammensetzung, Indikation und Gegenindikation, die Wirkungsmechanismen oder pharmazeutisch-technologische Unverträglichkeiten und andere spezielle Besonderheiten“⁴⁸ zu informieren. Die Pharmazeutische Industrie tritt ja selbst praktisch nicht in Erscheinung. Er muß den engen Kontakt „zu allen Ärzten im Versorgungsbereich der Apotheke, insbesondere zur Durchsetzung einer wissenschaftlich begründeten Verordnung und Anwendung der Arzneimittel zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie“⁴⁹ herstellen und sichern.

Zur Bewältigung dieser Aufgaben wurden „Kommissionen für wissenschaftliche Verordnungsweise“⁵⁰ auf Kreis- und Bezirksebene eingerichtet, die auf der Basis der Anweisung des Ministers für Gesundheitswesen vom 25. 8. 1962 eine konstruktive Arbeit zur Bekämpfung des Arzneimittelmisbrauchs und des unbegründeten Arzneimittelverbrauchs leisten. Die Kommissionen stehen unter der Leitung des Kreis- oder Bezirksarztes und seines Stellvertreters, dem

47 Nr. H 006 in der Nomenklatur der Hoch- und Fachschulkader, bestätigt durch Ministerium für Gesundheitswesen, Stand April 1967.

48 Ebd., S. 187.

49 Ebd., S. 187.

50 Über die Arbeit der Kommissionen für wissenschaftliche Verordnungsweise, in: Beilage Nr. 2, in: Die Pharmazie, Heft 2/1966, S. 35.

Kreis- oder Bezirksapotheker. Sie erarbeiten gemeinsam mit beruflichen Kommissionsmitgliedern aus Kreisen der Ärzte, Apotheker und Sozialversicherung Verbrauchsanalysen, Therapieempfehlungen, -vorschläge und Informationen zur Arzneimittelverordnung, die den Ärzten und Apothekern ihres Bereichs zugeleitet werden. Darüber hinaus haben sie eine übergeordnete Funktion bei der Intensivierung der Kommunikation zwischen dem Apotheker und den Ärzten eines Versorgungsbereichs in allen Arzneimittelfragen. Um dem Apotheker die Realisierung seiner Aufgaben zu ermöglichen, erhält er eine Aus- und Weiterbildung als Arzneimittelfachmann. In seinem Studium erwirbt er u. a. Kenntnisse über Wirkungsmechanismen der Arzneimittel, über ihre Herstellungs- und Prüfungsprinzipien, über die Technologie zur Herstellung und Formgebung von Arzneimitteln, über Pharmakologie, Biochemie und Physiologie, über Organisation und Ökonomie des Arzneimittel- und Apothekenwesens in den Bereichen Produktion, Distribution und Konsumtion und über gesellschaftliche Grundlagen und gesetzliche Regelungen des Arzneimittel- und Apothekenwesens⁵¹.

Eine an den konkreten Bedürfnissen der Gesellschaft orientierte Ausbildung und die sofort nach dem Studium einsetzende obligatorische Fortbildung in fachlichen und gesellschaftlichen Disziplinen versetzen den Apotheker der DDR in die Lage, auch im Rahmen der Arzneimittelversorgung aktiv an der Erfüllung eines Verfassungsauftrages mitzuwirken, der im Artikel 35 der Verfassung der DDR zur Norm erklärt wurde: „Jeder Bürger der DDR hat das Recht auf Schutz seiner Gesundheit und seiner Arbeitskraft.“

Schon in diesen knappen Ausführungen dürfte erkennbar geworden sein, daß die sozialistische Gesellschaftsordnung nicht nur die Voraussetzungen geschaffen hat, um grundlegende Veränderungen im Arzneimittel- und Apothekenwesen im Interesse der werktätigen Bevölkerung herzustellen, sondern tatsächlich und zwar planmäßig — anerkannt auch durch die World Health Organisation (WHO) — gänzlich neue Qualitäten hervorbringt, die es lohnend erscheinen lassen, auch in der BRD und Westberlin diskutiert und ausgewertet zu werden. Denn auch hier sind konkrete Verbesserungen dann möglich, wenn die Betroffenen über die Erkenntnis ihrer Lage hinaus bereit sind zu einheitlichem Handeln.

Die wachsende Bereitschaft der im Gesundheitswesen Beschäftigten, sich für eine Demokratisierung unseres Gesundheitswesens einzusetzen, findet ihren sichtbaren Ausdruck u. a. in der zunehmenden gewerkschaftlichen Organisation, die in letzter Zeit auch bei den angestellten Apothekern zu beobachten ist. Sie erfolgt aus der Erkenntnis, daß der Kampf für eine bessere Arzneimittelversorgung sowohl im Interesse der Gesamtgesellschaft als auch im eigenen konkreten beruflichen Interesse liegt, daß die Herstellung einer komplexen Arzneimittelversorgung auf hohem Niveau Vorbedingung für eine gesellschaftlich nützliche Tätigkeit und damit auch

für die Überwindung der eigenen Entfremdung am Arbeitsplatz darstellt, d. h. eine Berufsperspektive eröffnet, für die es sich lohnt zu kämpfen. Um diesen Kampf erfolgreich führen zu können, bedarf es des Zusammengehens aller Gruppen, die an einem humanen und sozialen Gesundheitswesen ein objektives Interesse haben: der Sozialversicherten, also der Masse der Werktätigen, und ihrer Kampforganisation und der im Gesundheitswesen vertretenen Berufsgruppen.

Mit ihrer Passivität gegenüber den Machenschaften der Pharmazeutischen Industrie, ihrem starren Festhalten an längst fragwürdig gewordenen Standespositionen, der schlecht verhüllten Feindschaft gegenüber den Organisationen der Werktätigen und ihren Versicherungen setzen sich die Pharmazeutischen Standesorganisationen in krassen Gegensatz zu den gewerkschaftlich organisierten Apothekern. Sie haben erkannt, daß sich die Interessen von Apothekern, Ärzten, der anderen im Gesundheitswesen vertretenen Berufsgruppen und der Sozialversicherten heute vor allem in einer gemeinsamen Front für die Demokratisierung des Gesundheitswesens und die Abwehr des verschärften Zugriffs kapitalistischer Konzerne auf das Gesundheits- und Arzneimittelwesen verbinden müssen. Die Fachgruppe Apotheker in der ÖTV Westberlin hat auf der Basis dieser Erkenntnisse einen Forderungskatalog entwickelt, der erstmals im Mai 1974 der Öffentlichkeit im Rahmen einer Informationsveranstaltung vorgestellt wurde.^{51a} Es wurden folgende Schwerpunkte genannt:

- Demokratische Kontrolle der Pharmazeutischen Industrie und Mitbestimmung der Werktätigen,
- Überführung marktbeherrschender Unternehmen in Gemeineigentum,
- Bereinigung des Arzneimittelmarktes von überflüssigen, wirkungslosen und gesundheitsschädigenden Präparaten,
- Verschärfung der Rezeptpflicht für suchterregende Arzneimittel,
- Abschaffung der Industrierwerbung und Aufbau industrieunabhängiger Informations- und Dokumentationszentralen,
- Preiskontrollen mit dem Ziel wirksamer Preissenkungen,
- Schaffung einer Einheitsversicherung und Befreiung der Selbstverwaltungsorgane der Gesetzlichen Krankenversicherung von den Unternehmern,
- Schaffung eines Aus- und Weiterbildungsprogramms, das sich allein an den konkreten Bedürfnissen der Gesellschaft nach qualifizierter Arzneimittelberatung, -aufklärung und -information ausrichtet,
- Schaffung der Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit zwischen Arzt, Apotheker und GKV im Interesse einer wissenschaftlich begründeten wirtschaftlichen Verordnungsweise.

51a Apotheker und Arzneimittel (Stellungnahme der Fachgruppe Apotheker in der ÖTV Berlin zur gegenwärtigen Situation im Arzneimittel- und Apothekenwesen (Februar 1974).

Alle diese Forderungen wurden erarbeitet und zusammengestellt auf der Basis bereits vorhandener Programme des DGB ⁵², des Marburger Kongresses ⁵³, des Deutschen Ärztetages ⁵⁴ und der Verfassung von Berlin bzw. dem Grundgesetz der BRD. Sich für die Realisierung dieser Forderungen einsetzen, bedeutet nicht nur einen wirkungsvollen Beitrag zur Demokratisierung unseres Gesundheitswesens zu leisten, sondern bedeutet gleichzeitig für den Apotheker, die Erfüllung einer gesundheitspolitischen richtigen Funktion im Arzneimittelwesen anzustreben. Um solche demokratischen Forderungen gegen die Monopole und ihr Profitkalkül durchzusetzen, um deren Einfluß auf das Gesundheitswesen zurückzudrängen, ist jedoch die Aktions-einheit die entscheidende Voraussetzung.

52 DGB-Grundsatzprogramm 1963. Gesundheitspolitisches Programm des DGB. WWI: Die Gesundheitssicherung in der BRD.

53 Thesen und Forderungen des Initiativ Ausschusses zur Vorbereitung des Kongresses „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“.

54 Forderungen des 76. Deutschen Ärztetages, München 1973, an ein neues Arzneimittelgesetz (Deutsche Apothekerzeitung 113. Jg., Nr. 43/73, S. 1728).

Heinz-Harald Abholz

Gesundheitsstand und soziale Lage

Daten aus Westberlin ¹

Die Ergebnisse sozialepidemiologischer Forschung konnten zeigen, daß Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten nicht allein von biologischen Gegebenheiten, sondern wesentlich auch von sozialen Bedingungen abhängig sind. Genauer gesprochen gilt in etwa, daß die Morbidität und Mortalität in den unteren Sozialschichten höher als in den oberen und die Lebenserwartung entsprechend kürzer ist². Für einzelne Erkrankungen gibt es zwar eine umgekehrte Beziehung, doch läßt sich für die Mehrzahl der verbreiteten Krankheiten die genannte Abhängigkeit nachweisen³. Darüber hinaus sind die sozialen Unterschiede im Gesundheitsstand der Bevölkerung — wie die Ergebnisse verschiedener Arbeiten zeigen — über die letzten Jahre oder auch Jahrzehnte konstant geblieben oder haben sich noch verstärkt⁴. Von einer Nivellierung kann keine Rede sein.

1 Die Arbeit versteht sich als Weiterführung meines Beitrags: Einige Daten zur Beziehung von Tuberkulosehäufigkeit und sozialer Lage — Am Beispiel Westberlin, in: *Das Argument* 78, 15. Jg. 1973, S. 52—68.

2 Die folgenden Übersichtsstudien sind hier beispielhaft zu nennen: M. W. Susser, W. Watson: *Sociology in Medicine*, New York, Toronto 1971 (4. Kap.). — M. Lerner: *Social Differences in Physical Health*; M. Fried: *Social Differences in Mental Health*, beide in: J. Kosa, A. Antonovsky, I. K. Zola: *Poverty and Health*, Cambridge, Mass. 1969. — R. Hurley: *Poverty and Mental Retardation*, New York 1969 (2. u. 5. Kap.) — W. C. Richardson: *Poverty, Illness, and Use of Health Services in the U.S.*, in: *Hospitals*, 1969, 43, S. 34—40. — E. M. Kitagawa, P. M. Hauser: *Trends in Differential Fertility and Mortality in a Metropolis*: Chicago, in: E. W. Burges, D. V. Bogue (eds.): *Research Contributions to Urban Sociology*, Chicago 1965.

3 S. hierzu z. B.: E. M. Kitagawa, P. M. Hauser: *Education Differentials in Mortality by Cause of Death: United States 1960*, in: *Demography*, 1968, 5, S. 318—53.

4 S. dazu: J. N. Morris: *Uses of Epidemiology*, Edinburgh 1964 (S. 57). — J. T. Hart: *The Health of the Coal Mining Communities*, in: *Journal of the Royal College of General Practitioner* 1971, 21, S. 517—28. — J. T. Hart: *Data on Occupational Mortality 1959—63*, in: *Lancet*, 1972, S. 192 bis 93. — M. Lerner, O. W. Anderson: *Health Progress in the U.S. 1900—1960*, Chicago 1963 (12. u. 13. Kap.) — A. Antonovsky: *Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality*, in: E. G. Jaco: *Patients, Physicians and Illness*, Glencoe, Ill. 1972. — W. P. D. Logan: *Social Class Variations in Mortality*, in: *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 1954, 8, S. 128—37. — A. J. Mayer, P. M. Hauser: *Class Differentials in Expectation of Life at Birth*, in: *Revue de l'Institut International de Statistique* 1950, 8, S. 197—200. — M. E. Patno: *Mortality and Economic Level in an Urban Area*, in: *Publ. Health Rep.* 1960, 75, S. 841—51.

Die genannten Befunde entstammen zumeist Untersuchungen aus den USA oder aus England. Für die Verhältnisse in der BRD und in Westberlin gibt es hierzu kaum empirische Arbeiten. Ein Grund dafür ist die Tatsache, daß es weder eine ausreichende Sozial- noch eine ausreichende Gesundheitsstatistik gibt, auf deren Basis sekundärstatistische Untersuchungen gemacht werden könnten. Insbesondere fehlen Daten über Morbidität und Mortalität, die nach sozialen Kriterien aufgeschlüsselt sind. Ein weiterer Grund für den Mangel an entsprechenden Untersuchungen ist wohl der Tatsache zuzuschreiben, daß die Medizinsoziologie in der BRD noch immer unterentwickelt gehalten ist.

Es wird hier dennoch versucht werden, eine Antwort auf die Frage zu finden, ob sich soziale Unterschiede im Gesundheitsstand der Bevölkerung widerspiegeln und ob dies über längere Zeiträume nachweisbar ist. Westberlin bietet sich als Untersuchungsgebiet für eine sekundärstatistische Analyse an, da einige Daten zur Morbidität und Mortalität nach den 12 Verwaltungsbezirken getrennt registriert werden und diese Bezirke eine jeweils unterschiedliche soziale Zusammensetzung haben. So läßt sich auf die sozialen Bedingungen des Gesundheitsstandes der Bevölkerung durch den Bezirksvergleich schließen. Eine solche Aussage würde sich ableiten lassen, wenn mit zunehmendem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung zunehmend höhere Mortalitäts- und Morbiditätsraten nachweisbar wären. Die Frage der Untersuchung lautet also: Gibt es bezirkliche Unterschiede in den Morbiditäts- und Mortalitätsraten und sind diese Unterschiede im Zusammenhang mit der sozialen Zusammensetzung der Bezirke zu sehen?

I. Die soziale Zusammensetzung der Westberliner Bezirke

Die soziale Zusammensetzung ist in Tab. 1 anhand der Daten der Volkszählung 1950, 1961 und 1970 festgehalten⁵.

In der folgenden Darstellung wird — neben dem Vergleich der einzelnen Bezirke untereinander — auch der zwischen den Extremen, den Bezirken mit den höchsten und denen mit den geringsten Arbeiteranteilen an der Bezirksbevölkerung gezogen werden. Dabei werden — je nach Ansatz — einmal Kreuzberg und Wedding (Arbeiteranteil über 60 %), zum anderen Kreuzberg, Tiergarten, Wedding und Neukölln (Arbeiteranteil über 50 %) als Arbeiterbezirke bezeichnet. Als Nicht-Arbeiterbezirke gelten dann Zehlendorf und Wilmersdorf (Arbeiteranteil unter 30 %) bzw. Zehlendorf, Wilmersdorf und Steglitz (bis zu 33 % Arbeiteranteil). Eine derartige statistische Polarisierung erlaubt es, mögliche soziale Unterschiede schärfer herauszuarbeiten. Aber auch bei diesem Verfahren werden nicht die Morbi-

5 Berliner Statistik, Sonderheft 39, März 1954; Sonderheft 98, Dez. 1963; Berliner Statistik, Statistische Berichte, A/ Volkszählung 1970, Juli 1972. Es handelt sich dabei — wie auch bei den weiteren offiziellen statistischen Daten — um Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes Berlin.

Tab. 1: Soziale Zusammensetzung der Bevölkerung in den Westberliner Bezirken

(Angaben nach den Ergebnissen der Volkszählung 1950, 1961, 1970)

Von den Erwerbstätigen sind in %:

	Arbeiter ^a			Angestellte/Beamte			Selbständige/mitthelf. Familienangehörige ^b		
	1970	1961	1950	1970	1961	1950	1970	1961	1950
Kreuzberg	64,0	66,0	62,4	29,2	24,5	26,7	6,8	9,5	10,9
Wedding	61,1	64,4	63,1	32,7	27,3	27,4	6,2	8,3	9,5
Tiergarten	53,1	58,0	58,5	39,3	32,6	30,8	7,6	9,4	10,7
Neukölln	51,6	59,1	58,1	40,8	30,8	30,8	7,5	10,1	11,1
Spandau	47,1	56,5	58,5	45,9	35,4	32,8	7,0	8,1	8,7
Reinickendorf	44,6	52,9	54,0	46,9	37,5	35,7	8,5	9,6	10,3
Schöneberg	44,4	47,9	46,9	45,9	39,4	38,5	9,7	12,7	14,6
Tempelhof	39,3	45,5	46,4	51,6	43,2	41,2	9,2	11,3	12,4
Charlottenburg	39,9	46,0	47,6	49,4	40,2	37,8	11,6	13,8	14,6
Steglitz	32,6	39,7	42,9	56,8	47,4	42,7	10,6	12,9	14,4
Wilmerdorf	28,7	34,4	38,5	57,3	48,7	44,4	14,0	16,9	17,1
Zehlendorf	23,4	39,5	37,9	60,5	48,9	46,8	16,0	16,6	15,3

^a 1961 sind Arbeiter und Lehrlinge getrennt aufgeführt; in der vorliegenden Tabelle sind sie wieder zusammengefaßt. Lehrlinge machen in den Bezirken etwa 3—5 % der Erwerbstätigen aus.

^b 1961 sind Selbständige und mithelfende Familienangehörige getrennt aufgeführt; in der vorliegenden Tabelle sind sie wieder zusammengefaßt. Die mithelfenden Familienangehörigen machen 2—3 % der Erwerbstätigen aus.

ditäts- und Mortalitätsraten von Arbeitern und Nicht-Arbeitern verglichen, sondern Bezirke mit *großem* und mit *kleinem* Arbeiteranteil in Beziehung gesetzt. Die in der Realität möglicherweise vorhandenen sozialen Unterschiede im Gesundheitsstand werden daher nur abgeschwächt in den Untersuchungsergebnissen zum Ausdruck kommen können. Es werden also allenfalls nur Tendenzen nachzuweisen sein. Wenn jedoch solche Tendenzen im Bezirksvergleich belegbar sind, kann davon ausgegangen werden, daß die Unterschiede bei einer Gegenüberstellung von Arbeitern und Nicht-Arbeitern sehr viel größer wären.

II. Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes

Bei der Suche nach Daten, die bei der vorliegenden Fragestellung Verwendung finden könnten, bei denen also Morbiditäts- bzw. Mortalitätsraten nach Bezirken getrennt erfaßt sind, kommen die meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Betracht. Neben der Tuberkulose, über die schon berichtet wurde, sind zahlenmäßig noch die folgenden relevant: Hepatitis infectiosa, Toxoplasmose, Scharlach. Die Hepatitis infectiosa wurde nicht in die Untersuchung aufgenommen, da hier die Erkrankungsdaten wesentlich durch zwei Bedingungen mitbestimmt werden, die eine sekundärstatistische Analyse mit der vorliegenden Fragestellung erschweren. Einmal wird die Häufigkeit der Erkrankung zu einem nicht unwesentlichen Teil durch „Einschleppung“ aus dem Ausland bestimmt; die Erkrankungsdaten geben in diesem Fall also nicht allein über die möglichen pathogenen Lebensbedingungen bei uns Auskunft. Zum anderen spielt die „Fixerhepatitis“, die der Drogenabhängigen, eine zunehmende Rolle; hier sind also die Bedingungen der Randgruppen zum Einflußfaktor auf Erkrankungsdaten geworden. Auch damit wird der vorliegende Ansatz der Analyse in einer nicht zu kontrollierenden Weise gestört.

Die Toxoplasmose eignet sich nicht für eine Untersuchung mit der vorliegenden Fragestellung, weil in den allermeisten Fällen die Symptomatik dieser Erkrankung so gering ist, daß nur ein geringer Teil der Infizierten die Krankheit als solche bemerkt⁷. Dabei dürften deutliche soziale Unterschiede im Erleben der Krankheit eine Rolle spielen. So scheinen insbesondere Angehörige der Ober- und Mittelschichten die meist sehr minimalen Symptome der Toxoplasmose als Krankheit ernst zu nehmen und zum Arzt zu gehen. Für Morbiditätsuntersuchungen eignen sich allgemein solche Krankheiten nicht, bei denen nur ein Bruchteil der Erkrankten die Symptomatik als Krankheit erkennt, zum Arzt geht und damit registriert wird⁸. Von den

6 Entfällt.

7 S. dazu: H. A. Feldman, L. T. Miller: Serological Study of Toxoplasmosis Prevalence, in: Amer. J. Hyg. 1956, 64, S. 325.

8 Bei derartigen Erkrankungen läßt sich statistisch dann nicht mehr Erkrankungshäufigkeit und die Häufigkeit des Krankheitserlebens trennen.

meldepflichtigen Infektionskrankheiten der offiziellen Gesundheitsstatistik bleibt für unsere Analyse somit allein noch der Scharlach als Untersuchungsgegenstand. — Nach Bezirken getrennt registriert wird außerdem noch die Säuglingssterblichkeit. Weitere Daten zum Gesundheitsstand gibt es — zumindest nach Bezirken getrennt — nicht. Zusätzlich zu der offiziellen Gesundheitsstatistik wurden noch Unterlagen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK) herangezogen, um anhand der Arbeitsunfähigkeitsfälle ihrer Mitglieder eine Aussage über die allgemeine Morbidität zu gewinnen. Weitere Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung konnten nicht in die Untersuchung mit einbezogen werden, da diese Institution keine Einsicht in ihre Daten erlaubt⁹.

III. Untersuchung der Beziehung zwischen Gesundheitsstand und sozialer Lage

1. Ergänzung zur Tuberkulosemorbidity¹⁰

Anhand der Raten der Tuberkuloseerkrankungen der Jahre 1972 und 1973 lassen sich die Befunde der ausführlicheren Untersuchung zur Abhängigkeit von Tuberkuloseerkrankung von der sozialen Zusammensetzung der Bezirksbevölkerung bestätigen. Die Arbeiterbezirke haben weiterhin deutlich höhere Raten an Tuberkuloseerkrankungen als die Nicht-Arbeiterbezirke¹¹. Die Tendenz, nach der sich die Unterschiede zwischen den Bezirken vergrößern, konnte ebenfalls bestätigt werden¹². In der folgenden Tab. 2 sowie der Abb. 1 werden neben den hier zu ergänzenden Daten von 1972 und 1973 auch noch die davorliegenden 3 bzw. 21 Jahre notiert.

9 In den Kassenärztlichen Vereinigungen sperren sich seit Jahren die ärztlichen Standesvertreter gegen die Zugänglichmachung der bei ihnen gesammelten Daten für wissenschaftliche Analysen. Grund für diese Haltung dürfte wesentlich die Angst davor sein, daß bei entsprechenden Untersuchungen auch die skandalösen Mißstände in der ambulanten Versorgung zahlenmäßig belegbar gemacht werden könnten.

10 Die Raten der Tuberkulose-Neuerkrankungen (bezogen auf 100 000 Einw. des jeweiligen Bezirkes) wurden aus der Zahl der gemeldeten Erkrankungen im jeweiligen Bezirk und der Bezirksbevölkerung des entsprechenden Jahres errechnet. Die Ausgangsdaten stammen aus: Berliner Statistik, Statistische Berichte, A IV/S. Die Bevölkerungsstatistik wurde den entsprechenden Jahrgängen des Statistischen Jahrbuches Berlin entnommen.

11 In den Abbildungen werden folgende Abkürzungen für die Bezirke verwendet: Kreuzberg (Kreuz), Wedding (Wedd), Tiergarten (Tierg), Neukölln (Neuk), Zehlendorf (Zehl), Wilmersdorf (Wilm), Steglitz (Stegl).

12 Die gleichen Befunde über zunehmende soziale Unterschiede in der Tuberkulosemorbidity erbringen die Arbeiten von W. P. D. Logan (1954) und M. E. Patno (1960), die unter Fußn. 4 zitiert sind.

Tab. 2: Raten der Tuberkuloseerkrankungen der Westberliner Bezirke für die Jahre 1969 bis 1973^a

Bezirke ^b	Raten in den Jahren (bezogen auf 100 000 der Bezirksbevölkerung)				
	1969	1970	1971	1972	1973
Kreuzberg	156	162	181	187	178
Wedding	159	164	150	158	140
Tiergarten	137	162	132	150	157
Neukölln	119	119	96	117	108
Spandau	81	95	87	97	105
Reinickendorf	96	85	88	95	81
Schöneberg	104	110	137	126	121
Tempelhof	155	111	111	94	102
Charlottenburg	113	112	112	124	116
Steglitz	84	91	87	84	81
Wilmerdorf	111	116	98	97	94
Zehlendorf	99	98	111	87	69
Durchschnittsraten für die Bezirke:					
Kreuzberg					
Wedding					
Tiergarten	143	152	140	153	146
Neukölln					
Zehlendorf					
Wilmerdorf	98	102	99	90	83
Steglitz					
Relation der Raten:	1,46	1,49	1,41	1,71	1,75

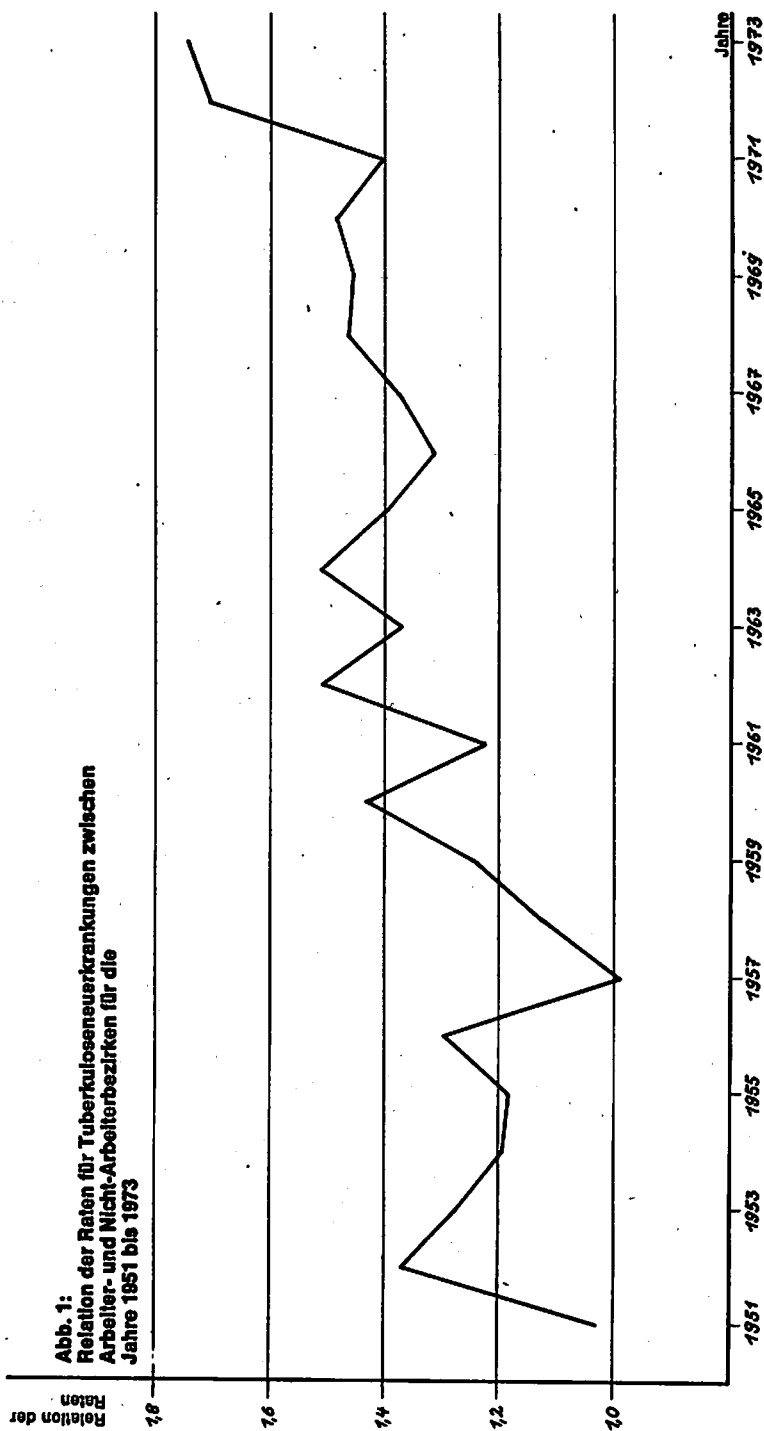
^a abgerundete Zahlen; die Raten für 1973 wurden auf der Basis der Bezirksbevölkerung von 1972 berechnet.

^b nach dem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung 1970 geordnet.

2. Scharlach¹³

Bei der Untersuchung der Rate der Scharlacherkrankungen finden sich keine systematischen Bezirksabhängigkeiten und insbesondere keine systematischen Unterschiede zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken. In einigen Jahren gibt es keine, in den anderen minimale Unterschiede in der einen oder anderen Richtung; die Befunde wechseln von Jahr zu Jahr. Es wird daher hier verzichtet, die errechneten Scharlachraten für die Jahre 1951 bis 1972 tabellarisch aufzuführen. Man kann davon ausgehen, daß keine sozialen Unterschiede nachweisbar sind. Dies bedeutet entweder, daß in der Realität keine sozialen Unterschiede vorhanden sind oder daß die gemeldeten Scharlachfälle nicht die realen Scharlachraten wiedergeben.

¹³ Die Raten wurden wie unter Fußn. 10 beschrieben berechnet; die Ausgangsdaten zur Berechnung der Raten sind ebenfalls in Fußn. 10 angegeben.



Letzteres ist unter Umständen möglich, da der Scharlach — im Gegensatz zur Tuberkulose — eine nicht so schwere Erkrankung ist, die alle Eltern der betroffenen Kinder unbedingt zum Arzt gehen läßt¹⁴. Es könnte also sein, daß mögliche soziale Unterschiede durch ein unterschiedliches Maß an Konsultationen des Arztes in der Statistik der meldepflichtigen Erkrankungen verdeckt werden¹⁵.

3. Säuglingssterblichkeit¹⁶

Zur Grundlage wurden die Unterlagen des Berliner Statistischen Landesamtes über die Todesfälle aller Lebendgeborenen bis zum 1. Lebensjahr genommen (entspricht der Definition der Säuglingssterblichkeit). In Tab. 3 sind die Durchschnittsraten auf 1000 Lebendgeborene für die Jahre 1970 bis 1972 aufgeführt und in Abb. 2 nach dem Arbeiteranteil der Bezirke geordnet grafisch dargestellt¹⁷.

Es findet sich keine lineare Abhängigkeit der Ratenhöhen vom Arbeiteranteil an den Bezirken, jedoch wird deutlich, daß von einem Arbeiteranteil über 50 % an auffällig höhere Raten nachweisbar sind. Schöneberg hat dabei mit noch relativ niedrigem Arbeiteranteil unverhältnismäßig hohe Durchschnittsraten und Wedding mit einem relativ hohen Arbeiteranteil relativ niedrige Raten¹⁸. Wie in Abb. 3 deutlich wird, bleiben trotz der genannten Ausnahmen jedoch deutliche Unterschiede zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken bestehen. So haben die Arbeiterbezirke eine um etwa 50 % höhere Säuglingssterblichkeit als die übrigen Bezirke.

14 Darüber hinaus besteht an der Erfassung aller Tuberkuloseerkrankungen ein viel größeres gesellschaftliches Interesse, als dies für den Scharlach der Fall ist. So dürfte bei der Tuberkulose als gefürchteter Volkskrankung die Überwachung durch Ärzte, Schwestern, Gesundheitsämter etc. sehr viel lückenloser sein und entsprechend das individuelle oder schichtenspezifische Krankheitsverhalten keinen so wesentlichen Einfluß bei der Erfassung der Krankheitsfälle mehr haben.

15 Über soziale Unterschiede in den erfaßten Raten der Infektionskrankheiten im Kindesalter siehe: R. M. Dykes, F. Grundy, E. Lewis-Fanning: *Illness During the First Five Years of Life: Results of an Inquiry in the Borough of Luton*, in: *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 1953, 7, S. 31—42. — J. W. B. Douglas, J. M. Blomfield: *Children Under Five*. London 1958 (10. Kap.). — P. S. Lawrence, G. A. Gleeson, E. L. White, R. R. Fuchsberger, C. S. Wilder: *Medical Care, Health Status, and Family Income — United States*, in: *Vital and Health Statistics*, Ser. 10, No. 9, Washington D.C., 1964 (Kap. 7).

16 Die Raten wurden den entsprechenden Jahrgängen des Statistischen Jahrbuchs Berlin entnommen.

17 In den Graphiken, in denen Charlottenburg und Tempelhof, die einen gleichen Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung haben, aufgeführt werden, sind die jeweiligen Daten zwar eingetragen, die entsprechende Kurve ist jedoch durch den Mittelwert der beiden Bezirke gezogen.

18 Auf die Tatsache, daß es Bezirke mit einem mittleren Arbeiteranteil — so z. B. Spandau — gibt, die sehr niedrige Raten aufweisen, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. S. dazu meinen Beitrag in *Argument* 78.

Tab. 3: Durchschnittliche Raten der Säuglingssterblichkeit für die Jahre 1970 bis 1972

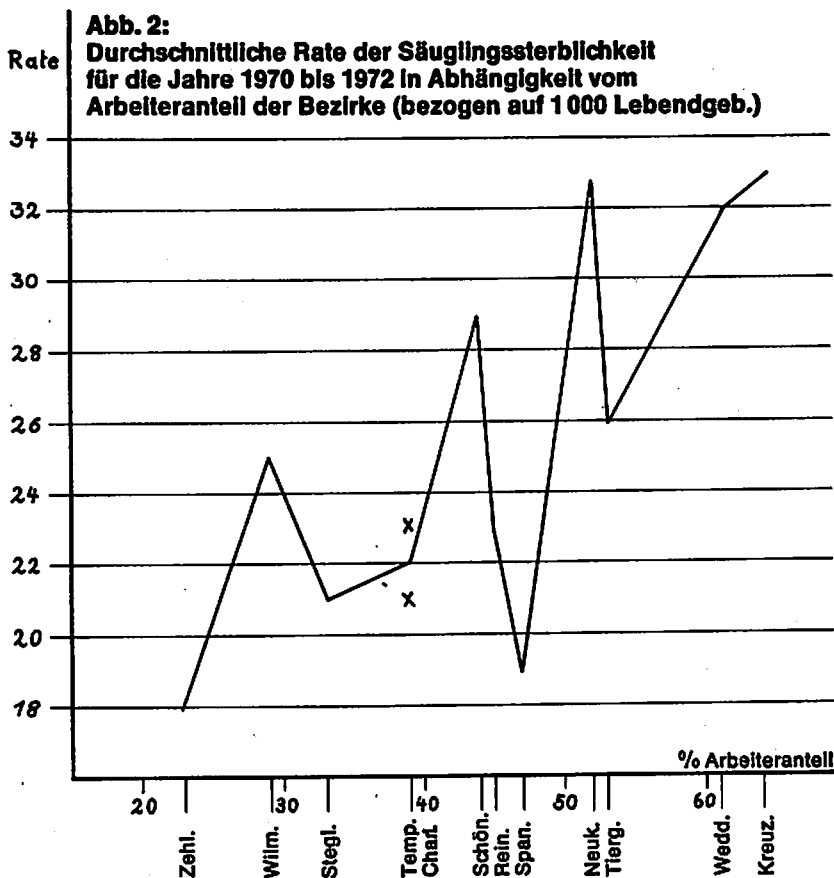
Bezirke ^a	Durchschnittsraten: im 1. Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene verstorben ^b
Kreuzberg	33
Wedding	32
Tiergarten	26
Neukölln	33
Spandau	19
Reinickendorf	23
Schöneberg	29
Tempelhof	23
Charlottenburg	21
Steglitz	21
Wilmerdorf	25
Zehlendorf	18
Berliner Durchschnitt	25
Durchschnittsraten für die Bezirke:	
Kreuzberg	
Wedding	
Tiergarten	31
Neukölln	
Zehlendorf	
Wilmerdorf	21
Steglitz	
Relation der Raten:	1,45
Kreuzberg	
Wedding	30
Zehlendorf	
Wilmerdorf	22
Relation der Raten:	1,38

^a nach dem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung 1970 geordnet.

^b abgerundete Zahlen.

Untersucht man, ob die in den letzten drei Jahren vorhandenen Unterschiede auch für die Jahre 1948 bis 1972 durchgehend nachweisbar sind und ob sie unverändert geblieben sind, so ergibt sich das folgende Bild: In Tab. 5 bzw. Abb. 4 sind die entsprechenden Daten zusammengestellt bzw. grafisch dargestellt; sie entstammen den Rohdaten aus Tab. 4.

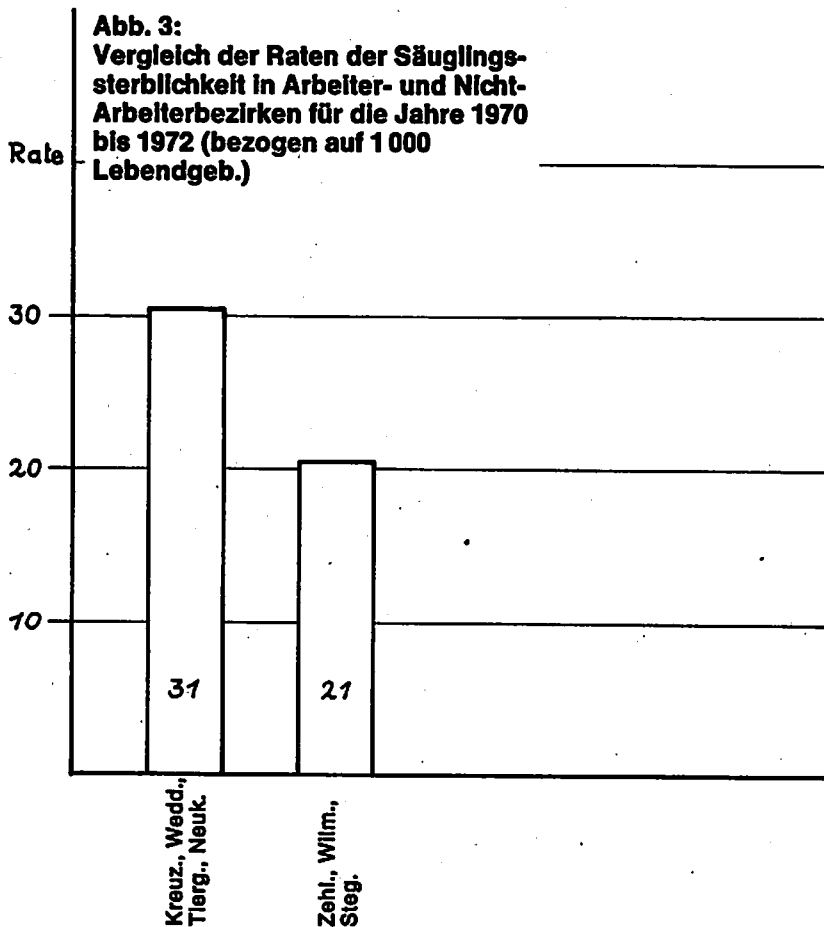
Wie aus der entsprechenden Tabelle sowie der Grafik zu entnehmen ist, sind die Unterschiede in den Säuglingssterblichkeitsraten in den untersuchten 25 Jahren zwischen Arbeiter- und Nicht-



Arbeiterbezirken durchgehend vorhanden¹⁹. Da jedoch, wie ebenfalls aus Abb. 4 hervorgeht, in den untersuchten Jahren die Durchschnittsraten der Säuglingssterblichkeit insgesamt abgenommen haben, gibt der Abstand zwischen den Bezirksraten noch keine ausreichende Auskunft über die Unterschiede zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken.

Die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen wie auch die des Gesundheitswesens hat eine Senkung der Mortalitätsraten überhaupt zur Folge. Wenn die Arbeiterbezirke im gleichen Maße

¹⁹ In dieser wie in den weiteren Darstellungen wird allein ein Vergleich zwischen den Bezirken mit einem Arbeiteranteil von über 50 % und denen mit einem Anteil bis 33 % unternommen. Bei einer stärkeren statistischen Polarisierung (Vergleich der Bezirke mit über 60 % und unter 30 %) finden sich die gleichen Befunde in einem stärkeren Ausmaß (s. die entsprechenden Berechnungen in den Tabellen).



daran partizipieren wie die übrigen, dürfte der Abstand zwischen den Raten nicht gleich bleiben, sondern müßte kleiner werden, da die Arbeiterbezirke ja mit höheren Ausgangsraten begonnen haben. Ein fiktives Beispiel mag dies erläutern: Der Abstand zwischen den Raten 60 und 50 sowie der zwischen 30 und 20 ist in beiden Fällen 10, also gleich. Im ersten Fall wären in den Arbeiterbezirken dann aber 20 %, im zweiten Fall 50 % mehr Säuglinge verstorben.

Daher soll in Abb. 5 die Relation der Raten der Säuglingssterblichkeit zwischen Arbeiter- und Nichtarbeiterbezirken grafisch dargestellt werden; die Daten wurden der Tabelle 5 entnommen. Bei Betrachtung der Abb. 5 fällt auf, daß bis etwa 1964 die durchschnittlichen Unterschiede zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken auf einem niedrigeren Niveau lagen als für die Jahre 1965 bis 1972.

Tab. 4: Raten der Säuglingssterblichkeit in den Westberliner Bezirken in den Jahren 1948 bis 1972^a

Bezirke ^b	Raten in den Jahren (bezogen auf 1000 Lebendgeborene des Bezirkes)												
	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	
Kreuzberg	88	83	63	51	59	54	69	54	41	40	46	36	
Wedding	82	72	62	53	53	61	60	49	49	36	41	34	
Tiergarten	77	71	61	48	46	76	57	53	51	32	44	30	
Neukölln	79	73	59	51	53	52	36	47	43	35	43	34	
Spandau	88	67	61	63	47	54	55	46	48	47	42	38	
Reinickendorf	67	57	51	46	40	58	45	53	40	34	35	34	
Schöneberg	83	75	48	58	41	55	44	35	42	32	35	35	
Tempelhof	59	67	56	41	54	68	47	47	57	43	43	44	
Charlottenburg	78	71	55	45	44	52	49	38	35	28	32	37	
Steglitz	86	69	57	40	45	42	51	38	37	36	34	33	
Wilmerdorf	77	81	51	47	36	56	48	38	36	33	37	32	
Zehlendorf	62	45	48	40	60	50	56	43	44	25	30	34	
Durchschn. aller Bez.	78	70	57	49	48	56	51	45	43	36	39	36	
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Kreuzberg	38	34	40	36	27	33	38	37	24	33	39	36	25
Wedding	42	35	36	36	25	30	30	30	25	30	31	26	21
Tiergarten	29	29	26	31	30	28	26	35	29	25	22	42	33
Neukölln	37	35	36	28	38	31	31	29	35	31	30	38	32
Spandau	38	42	26	31	17	25	20	21	17	21	19	20	17
Reinickendorf	39	31	36	33	34	21	31	23	30	26	29	22	17
Schöneberg	35	32	36	26	31	26	27	25	21	31	25	30	33
Tempelhof	38	29	29	20	26	19	22	25	20	33	20	26	23
Charlottenburg	27	33	29	27	24	27	19	19	23	26	15	26	21
Steglitz	24	26	27	31	29	23	27	19	28	22	24	19	21
Wilmerdorf	32	38	45	34	32	23	16	22	19	22	22	29	24
Zehlendorf	36	28	28	25	22	23	21	22	9	21	21	16	17
Durchschn. aller Bez.	35	33	33	30	28	26	26	25	24	27	26	28	24

^a abgerundete Zahlen^b geordnet nach dem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung 1970

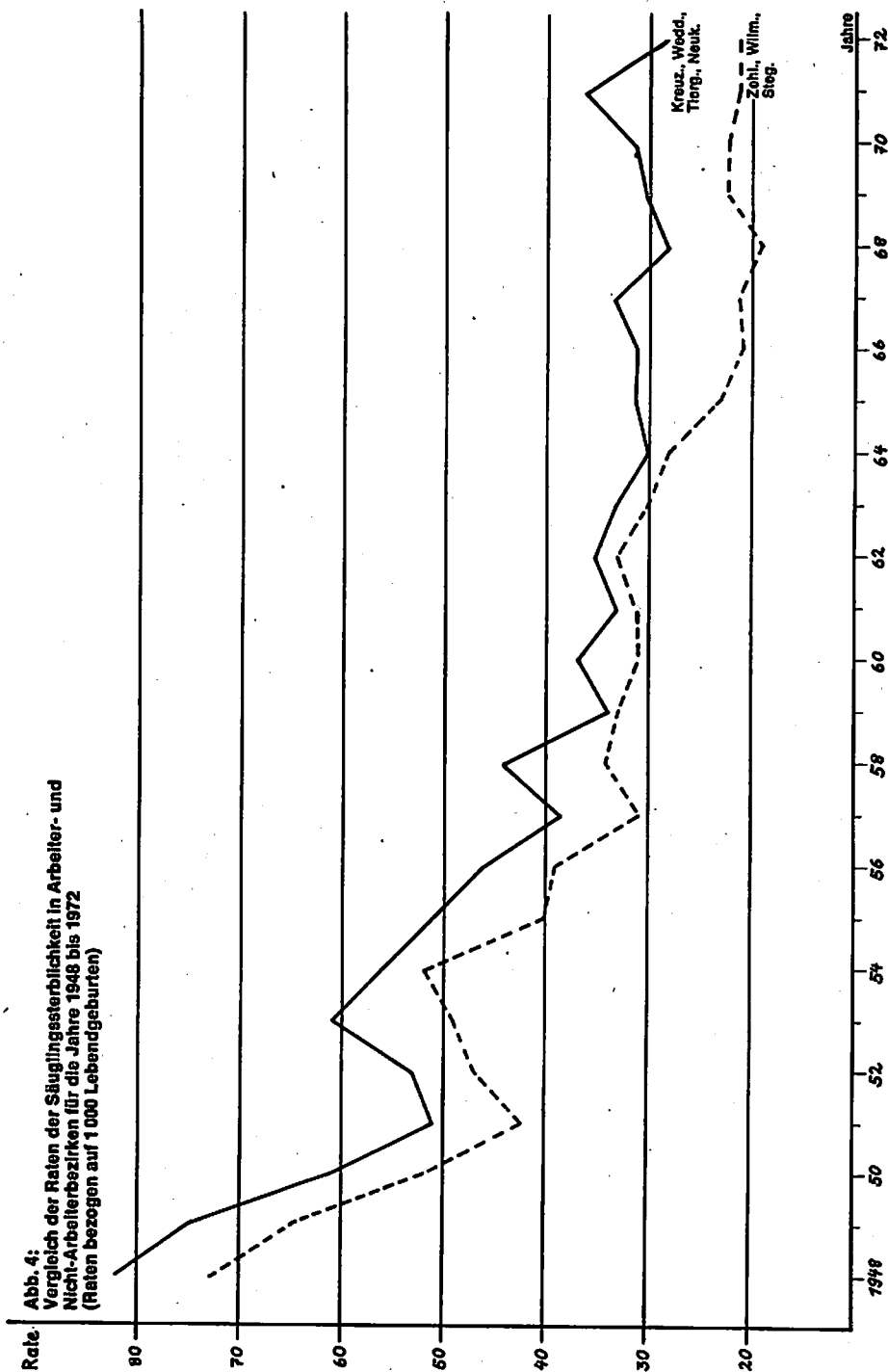
Tab. 5: Durchschnittsraten der Säuglingssterblichkeit für Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirke sowie die Relation der Raten zueinander für die Jahre 1948 bis 1972^a (bezogen auf 1000 Lebendgeborene)

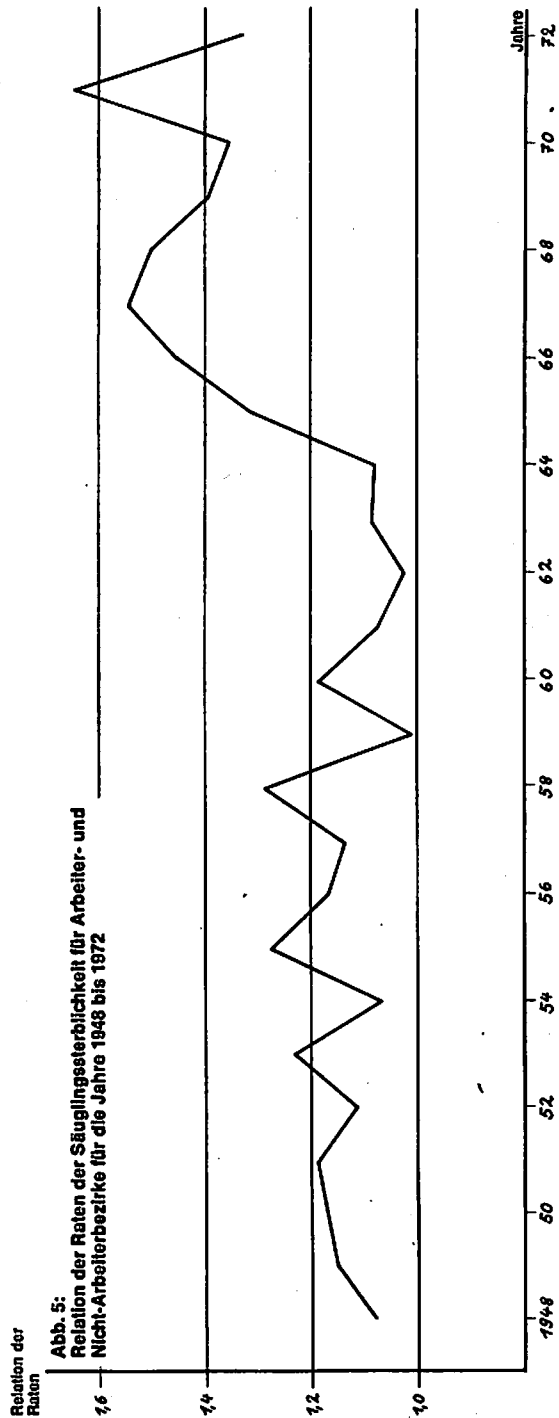
	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Kreuzberg															
Wedding															
Tiergarten	82	75	61	51	53	61	56	51	46	36	44	34	37	33	35
Neukölln															
Zehlendorf															
Wilmersdorf	75	65	52	42	47	49	52	40	39	31	34	33	31	31	33
Steglitz															
Relation der Raten:	1,08	1,15	1,17	1,19	1,12	1,23	1,07	1,28	1,17	1,14	1,29	1,01	1,19	1,08	1,03
	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972					
Kreuzberg															
Wedding															
Tiergarten	33	30	31	31	33	28	30	31	36	28					
Neukölln															
Zehlendorf															
Wilmersdorf	30	28	23	21	21	19	22	22	21	21					
Steglitz															
Relation der Raten:	1,09	1,08	1,32	1,46	1,55	1,51	1,40	1,36	1,66	1,34					

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Kreuzberg Wedding	85	77	59	52	56	58	65	52	45	38	44	35	40	35
Zehlendorf Wilmersdorf	70	63	50	44	48	53	52	41	40	29	34	33	34	33
Relation der Raten:	1,22	1,22	1,19	1,19	1,16	1,08	1,24	1,27	1,12	1,31	1,29	1,06	1,17	1,04
	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972			
Kreuzberg Wedding	38	36	26	32	34	34	25	32	35	31	23			
Zehlendorf Wilmersdorf	37	30	27	23	19	22	14	22	22	23	21			
Relation der Raten:	1,04	1,22	0,96	1,36	1,83	1,52	1,75	1,46	1,62	1,37	1,12			

^a in der Tabelle sind die abgerundeten Zahlen angegeben, die Relationen wurden jedoch mit den nicht abgerundeten Raten berechnet.

Abb. 4:
Vergleich der Raten der Säuglingssterblichkeit in Arbeiter- und
Nicht-Arbeiterbezirken für die Jahre 1948 bis 1972
(Raten bezogen auf 1 000 Lebendgeburten)





Errechnet man die durchschnittliche Relation für die Jahre 1948 bis 1964, so ergibt sich der Wert von 1,13. Die durchschnittliche Relation der Jahre 1965 bis 1972 hingegen ergibt den Wert 1,45. In den Arbeiterbezirken verstarben also in den Jahren 1948 bis 1964 im Durchschnitt 13 % mehr Säuglinge als in den Nicht-Arbeiterbezirken; in den Jahren 1965 bis 1972 waren es sogar 45 % mehr. Es ergibt sich also ein Befund, der auch bei der Untersuchung der Tuberkulose-neuerkrankungen nachweisbar war. Gab es für die Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirke im untersuchten Zeitraum schon immer Unterschiede, so sind diese seit Anfang der 60er Jahre noch deutlich größer geworden²⁰. Festzuhalten ist also, daß soziale Unterschiede in der Morbidität bzw. Mortalität — am Beispiel der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit geprüft — zumindest seit Mitte der 60er Jahre im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zugenommen haben und momentan keine abnehmende Tendenz nachweisbar ist.

4. Arbeitsunfähigkeitsfälle anhand der Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin²¹

Die Krankmeldung bei den Krankenkassen wird als Arbeitsunfähigkeitsmeldung registriert. Geht man davon aus, daß anhand der Arbeitsunfähigkeitsstatistik eine Aussage über die Morbidität der Versicherten möglich ist, so kann in gleicher Weise wie im Rahmen der Analyse der offiziellen Gesundheitsstatistik vorgegangen werden. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin (AOK-Berlin) hat seit 1972, mit der Einführung der EDV, eine — wenn auch nicht veröffentlichte

20 Sowohl die Tatsache, daß die Säuglingssterblichkeit mit absteigender Sozialschicht zunimmt, als auch die, daß die sozialen Unterschiede über längere Zeiträume gleich bleiben oder sogar zunehmen, kann in zahlreichen Studien bestätigt werden: J. J. Collins, H. S. Kasap, W. W. Holland: Environmental Factors in Child Mortality in England and Wales, in: Amer. J. Epidemiology 1971, 93, S. 10—22. — R. N. Butler, D. G. Bonham: The First Report of the British Perinatal Mortality Survey, London 1963. — J. A. Heady, M. Heasman: Social and Biological Factors in Infant Mortality: General Register Office, Studies on Medical and Population Subjects, No. 15. London H.M.S.O. 1959. — Foetal, Infant and Early Childhood Mortality — Vol. II. Biological, Social and Economic Factors. Population Studies No. 13, United Nations 1954. — E. P. Hunt, E. E. Huyck: Mortality of White and Non-White Infants in Major U.S. Cities. U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Washington D.C. 1966. — Infant and Perinatal Mortality in England and Wales. Vital and Health Statistics, Publ. No 1000. Ser. 3. Washington 1968. — C. C. Spicer, L. Lipworth: Regional and Social Factors in Infant Mortality. General Register Office, Studies on Medical and Population Subjects, No. 19, London H.M.S.O. 1966. — Eine zusammenfassende Darstellung gibt: H. G. Birch, J. D. Gussow: Disadvantaged Children — Health, Nutrition and School Failure. New York, London 1970.

21 An dieser Stelle sei der AOK Berlin für ihre Unterstützung gedankt. Es wurden unveröffentlichte Statistiken über Arbeitsunfähigkeitsfälle, Arbeitsunfähigkeitstage und Arbeitsunfähigkeitstage mit stationärer Behandlung nach Bezirksstellen getrennt zur Verfügung gestellt.

— nach Bezirken getrennte Statistik über die Arbeitsunfähigkeitsfälle, die Arbeitsunfähigkeitstage und die Krankenhaustage geführt. Dabei sind die Zuständigkeiten der einzelnen Bezirksstellen der AOK mit den Verwaltungsbezirken identisch; teilweise jedoch gibt es in einem Verwaltungsbezirk mehrere Bezirksstellen der AOK, so daß in diesen Fällen die entsprechenden Durchschnittsraten für den Verwaltungsbezirk erst berechnet werden mußten. Einige Punkte erschweren allerdings eine eindeutige Interpretation der unten darzustellenden Befunde:

1. Da die AOK-Berlin nicht die gesamte Bevölkerung, sondern nur einen Teil als Versicherte einschließt, ist damit keine repräsentative Stichprobe der Bezirksbevölkerung mehr gegeben. Welche Bevölkerungsgruppen unter- und welche dabei überrepräsentiert sind, bleibt zahlenmäßig unbestimmbar, da die AOK über die soziale Zusammensetzung der Mitglieder nach Bezirken keine Unterlagen hat. Bei der Kenntnis der verschiedenen Kassen kann jedoch davon ausgegangen werden, daß besonders die höheren Sozialschichten unterrepräsentiert sein dürften, da diese vorwiegend in den Ersatz- und Privatkassen versichert sind. Was über die Beziehung zwischen sozialer Lage und Gesundheitsstand bei der Analyse der offiziellen Gesundheitsstatistik schon galt, bekommt bei der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsfälle noch größere Bedeutung: Der statistische Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsfälle zwischen den Bezirken²² wird möglicherweise in der Realität vorhandene deutliche soziale Unterschiede nur noch sehr abgeschwächt darstellen können; es wäre eine Polarisierung der Untersuchungsgruppen notwendig. Die vorliegenden Daten über die Arbeitsunfähigkeitsfälle jedoch beziehen sich auf Untersuchungsgruppen, die statistisch gesehen gerade nicht polarisiert sind. Zu der statistischen Nivellierung durch den Bezirksvergleich kommt jetzt noch eine weitere statistische Nivellierung durch die Unterrepräsentation der höheren Sozialschichten in der Gruppe der AOK-Versicherten.

2. Bei der Registrierung eines Arbeitsunfähigkeitsfalles spielen neben dem wichtigsten Faktor, der Erkrankung, noch andere Faktoren eine Rolle: das Krankheitsverhalten des Patienten sowie die Einstellung des Arztes auf denjenigen, der sich krankschreiben lassen will. Bei der Interpretation der Befunde einer Morbiditätsuntersuchung anhand der Arbeitsunfähigkeitsfälle müßten folgende Fragen geklärt sein: gibt es soziale Unterschiede im Krankheitsverhalten, d. h. gibt es soziale Unterschiede im Erkennen einer Krankheit als solcher? Gibt es soziale Unterschiede in der Konsultation eines Arztes bei erkannter Krankheit? Gibt es bei der Krankschrei-

22 Erwähnt werden soll, daß in den Fällen, in denen ein Verwaltungsbezirk mehrere Bezirksstellen hat, zum Teil sehr erhebliche Unterschiede in den Raten der Arbeitsunfähigkeitsfälle zwischen diesen Bezirksstellen nachweisbar sind. Diese Unterschiede sind dann vorhanden, wenn die jeweiligen Bezirksstellen eines Verwaltungsbezirktes für Stadtteile mit unterschiedlicher Bevölkerungsstruktur zuständig sind.

bung eine Abhängigkeit von der sozialen Stellung der Erkrankten? Für alle die aufgeführten Fragen sind einige Hinweise in der Literatur zu finden. So scheinen die Unterschichten besonders spät und nur bei starker Symptomatik ihre Krankheit als solche zu erkennen und somit — gemessen an der realen Erkrankungshäufigkeit — relativ selten einen Arzt aufzusuchen²³. Welches Ausmaß diese Faktoren jedoch auf die Verhältnisse bei den AOK-Patienten in Westberlin haben, bleibt nicht abschätzbar.

3. Bis vor wenigen Jahren galt noch die Regelung, daß Arbeiter ab dem 1. und Angestellte ab dem 3. Tag krank geschrieben werden mußten. Jetzt gilt über die entsprechenden Manteltarifverträge auch für die meisten Arbeiter die Regelung der Angestellten. Dennoch ist nicht bekannt, wieviel Arbeiter noch von der alten Regelung betroffen sind. Unter der Voraussetzung, daß die Arbeiter zu einem gewissen Teil noch am 1. Tag eine ärztliche Krankmeldung abgeben müssen, wird statistisch schon aus diesem Grund bei ihnen eine größere Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auftreten, ohne daß die Rate der Erkrankungen — verglichen zu der der Angestellten — notwendig höher sein muß. Da jedoch nicht bekannt ist, welcher Anteil der Arbeiter noch am 1. Tag der Erkrankung ärztlich krank geschrieben werden muß, und auch nicht, wie hoch der bezirkliche Anteil der Arbeiter an den AOK-Versicherten ist, bleibt auch dieser Faktor uneinschätzbar.

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsfälle liefert also nur Daten, die unter mehreren Einschränkungen für die Beantwortung der Frage über die Beziehung zwischen sozialer Lage und Gesundheitsstand herangezogen werden können.

Bei einer Untersuchung der Arbeitsunfähigkeitsfälle werden durch die Definition des Untersuchungsgegenstandes, der Arbeitsunfähigkeit, nicht alle AOK-Mitglieder erfaßt, sondern allein die arbeitenden pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder. Mitversicherte Familienangehörige, Arbeitslose oder Rentner werden nicht registriert, da bei ihnen keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt und somit bei der Kasse registriert werden muß. In die folgende Analyse werden die zusammengefaßten Durchschnittsraten für die Jahre 1971/72 von männlichen und weiblichen Versicherten zusammengenommen

23 Siehe hierzu z. B.: L. M. Irelan: *Health Practices of the Poor*, in: ders.: *Low-Income Life Styles*. Washington D.C. 1966. — P. S. Lawrence, G. A. Gleeson, E. L. White, R. R. Fuchsberger, C. S. Wilder: *Medical Care, Health Status and Family Income*. Vital and Health Statistics, Ser. 10, No. 9, Washington 1964. — M. Rein: *Social Class and the Utilization of Medical Services*, in: *Hospitals* 1969, 43, S. 43—54. — J. A. Roth: *The Treatment of the Sick*, in: Kosa, Antonovsky, Zola (1969) zit. in Fußn. 2. — A. L. Strauss: *Medical Organization, Medical Care and Lower Income Groups*. *Social Science and Medicine* 1969/70, 3, S. 143—76. — D. Rosenblatt, F. A. Suchmann: *The Underutilization of Medical-Care Services by Blue-Collarities*. I. Zola: *Illness Behavior of the Working Class: Implications and Recommendations*, beide in: A. Shostak, W. Gomborg: *Blue Collar World*, New York 1964.

Verwendung finden. Ein solches Vorgehen ist gerechtfertigt, obwohl es Unterschiede zwischen den Arbeitsunfähigkeitsfällen der männlichen und weiblichen AOK-Versicherten gibt, diese jedoch in allen Bezirken gleichmäßig auftreten, wie auch die Geschlechtsverteilung in den Bezirken etwa gleich ist. Die Relation der Raten zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken zeigt 1971 und 1972 keine wesentliche Differenz; sie ist im Durchschnitt 1971 etwas geringer als 1972.

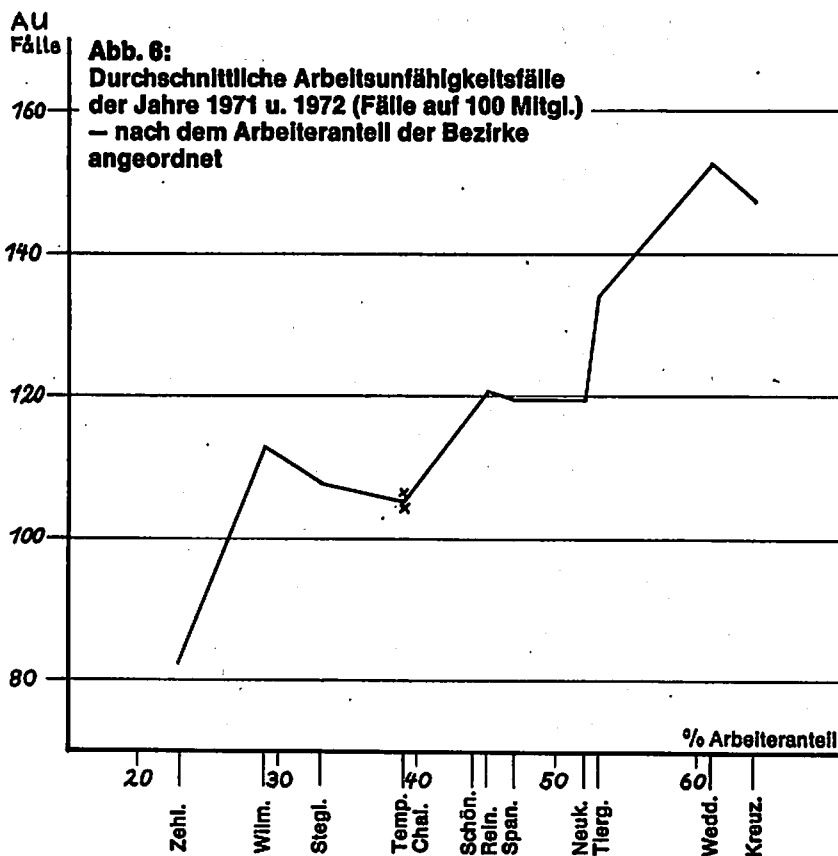
In Tab. 6 sind die Arbeitsunfähigkeitsfälle auf 100 Pflicht- und freiwillig versicherte Mitglieder für die Jahre 1971 und 1972 notiert und die Durchschnittsraten für die Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirke sowie die Relation dieser Raten zueinander dargestellt. In Abb. 6 findet sich eine fast lineare Abhängigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle zum Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung²⁴.

Tab. 6: Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsfälle der freiwillig und pflichtversicherten AOK-Mitglieder 1971 und 1972^a

Bezirke ^b		Arbeitsunfähigkeitsfälle auf 100 Mitglieder	
Kreuzberg		148	
Wedding		153	
Tiergarten		135	
Neukölln		120	
Spandau		120	
Reinickendorf		121	
Schöneberg		118	
Tempelhof		105	
Charlottenburg		107	
Steglitz		108	
Wilmerdorf		113	
Zehlendorf		83	
Durchschnitt der Bezirke:			
Kreuzberg		Kreuzberg	
Wedding		Wedding	150
Tiergarten	139		
Neukölln			
Zehlendorf		Zehlendorf	
Wilmerdorf	101	Wilmerdorf	98
Steglitz			
Relation der Raten:			
zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiter-Bezirken	1,37		1,53

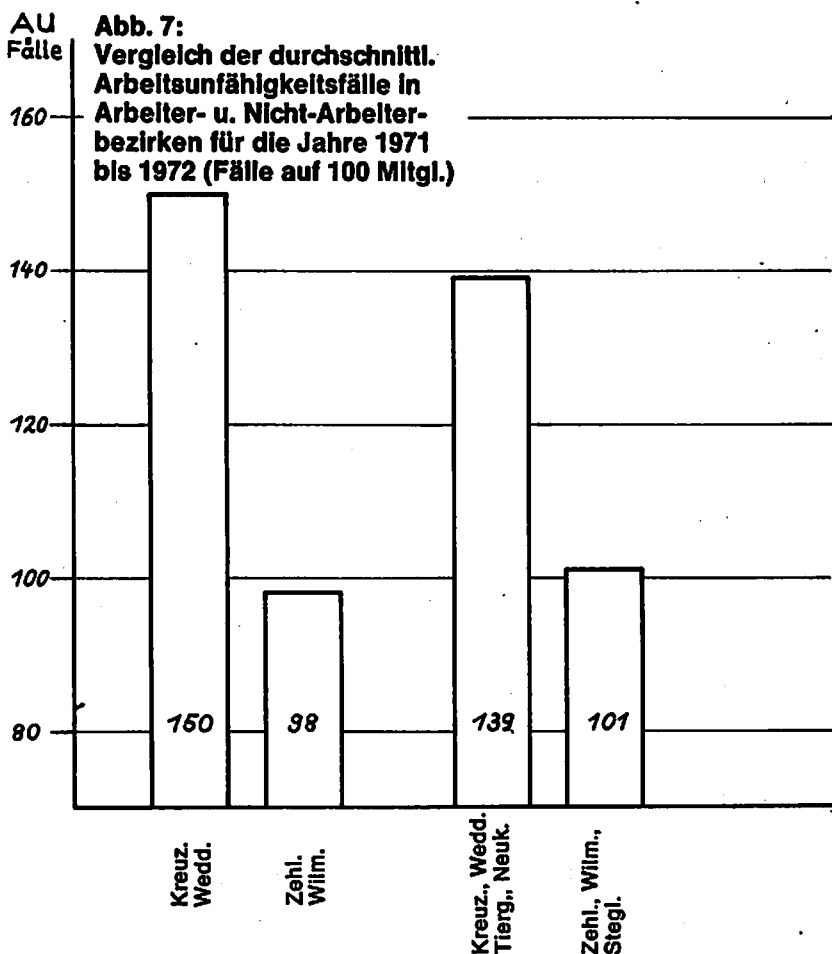
^a in der Tabelle sind abgerundete Zahlen angegeben.

^b nach dem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung 1970 geordnet.



In Abb. 7 sind nochmals die Durchschnittsraten für Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirke abgebildet. Je nach Polarisierungsgrad zwischen den Bezirken läßt sich ablesen, daß in den Arbeiterbezirken etwa 50 % bzw. 40 % mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle registriert werden als in den Nicht-Arbeiterbezirken.

Ist mit diesen Daten etwas über die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Bezirken getrennt ausgesagt, so bleibt die Frage offen, ob die Schwere des jeweiligen Arbeitsunfähigkeitsfalles zwischen den Bezirken ebenfalls differiert. Hierzu gibt die Tab. 7 Auskunft, in der die *Arbeitsunfähigkeitstage* je Fall für die Jahre 1971 und 1972 sowie die Durchschnittswerte für die Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirke und die Relation zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken dargestellt werden.



Wie aus den Relationen zu ersehen ist, gibt es nur minimale Unterschiede in der Menge der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken. Je nach statistischem Polarisationsgrad liegen in den Arbeiterbezirken die Arbeitsunfähigkeitstage je Fall um 9 % und 6 % höher als in den Nicht-Arbeiterbezirken. Eine weitere Aussage über die Schwere eines Krankheitsfalles ist anhand der Daten über Arbeitsunfähigkeitstage mit stationärer Behandlung möglich. Hierzu liegen die in Tab. 8 dargestellten Daten vor.

Bei der Untersuchung der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit stationärer Behandlung finden sich zwischen Arbeiter- und Nicht-Arbeiterbezirken deutliche Unterschiede. In den Nicht-Arbeiterbezirken liegen die Arbeitsunfähigkeitstage mit stationärer Behandlung je Arbeitsunfähigkeitsfall um etwa 30 % höher als in den Arbeiterbezirken. Da die

Tab. 7: Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall der freiwillig und pflichtversicherten AOK-Mitglieder 1971 und 1972^a

Bezirke ^b		Arbeitsunfähigkeitstage je Fall	
Kreuzberg		21	
Wedding		25	
Tiergarten		24	
Neukölln		25	
Spandau		26	
Reinickendorf		26	
Schöneberg		25	
Tempelhof		25	
Charlottenburg		24	
Steglitz		26	
Wilmerdorf		24	
Zehlendorf		25	
Durchschnittswerte für die Bezirke:			
Kreuzberg		Kreuzberg	
Wedding		Wedding	23
Tiergarten	24		
Neukölln			
Zehlendorf		Zehlendorf	
Wilmerdorf	25	Wilmerdorf	25
Steglitz			
Relation der Werte			
von Arbeiter- und Nicht- 0,94			0,91
Arbeiterbezirken:			

^a in der Tabelle sind die abgerundeten Zahlen angegeben.

^b nach dem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung 1970 geordnet.

Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes nicht differenziert werden, ist anhand dieser Daten nicht zu entscheiden, ob die arbeitsunfähig geschriebenen Patienten in den Nicht-Arbeiterbezirken häufiger als in den Arbeiterbezirken in ein Krankenhaus eingewiesen werden oder ob sie länger im Krankenhaus bleiben. So kann allein die Aussage getroffen werden, daß in den Nicht-Arbeiterbezirken das Krankenhaus bei der Behandlung von Erkrankungen offensichtlich eine größere Bedeutung hat.

Schaut man sich nun die Arbeitsunfähigkeitstage mit stationärer Behandlung je Mitglied der AOK an, so sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen Nicht-Arbeiter- und Arbeiterbezirken mehr vorhanden. Da jedoch bei der Untersuchung der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall mit stationärer Behandlung deutliche Unterschiede vorhanden waren, ist daraus zu schließen, daß in den

Tab. 8: Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage mit stationärer Behandlung je Arbeitsunfähigkeitsfall und je Mitglied — freiwillig und pflichtversicherte AOK-Mitglieder 1971 und 1972

Bezirke ^a	Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall	je Mitglied
Kreuzberg	1,96	2,90
Wedding	1,90	2,88
Tiergarten	2,14	2,89
Neukölln	2,08	2,50
Spandau	2,35	2,80
Reinickendorf	2,18	2,62
Schöneberg	2,46	2,88
Tempelhof	2,15	2,23
Charlottenburg	2,58	2,76
Steglitz	2,40	2,58
Wilmerdorf	2,87	3,23
Zehlendorf	3,27	2,72
Durchschnittswerte der Bezirke:		
Kreuzberg		
Wedding	2,02	2,79
Tiergarten		
Neukölln		
Zehlendorf		
Wilmerdorf	2,85	2,84
Steglitz		
Relation der Werte:	0,71	0,98
Kreuzberg		
Wedding	1,93	2,89
Zehlendorf		
Wilmerdorf	3,07	2,97
Relation der Werte:	0,62	0,97

^a nach dem Arbeiteranteil an der Bezirksbevölkerung 1970 geordnet.

Nicht-Arbeiterbezirken häufiger eine Krankenhauseinweisung und/oder längerer Krankenhausaufenthalt pro Krankschreibung stattfindet.

Der Befund, daß die *Erkrankten* in den Nicht-Arbeiterbezirken häufiger in ein Krankenhaus eingeliefert und/oder dort länger bleiben, muß also nicht bedeuten, daß in diesen Bezirken häufiger schwere Erkrankungen vorkommen, da die Arbeitsunfähigkeitstage mit stationärer Behandlung *je Mitglied* in den Bezirken etwa gleich sind. Entsprechend war — wie oben gezeigt — auch die Arbeitsunfähigkeitsdauer je Arbeitsunfähigkeitsfall in den Bezirken etwa gleich. Vielmehr drängt sich der Schluß auf, daß in den Arbeiterbezirken

bei etwa gleicher Schwere der Erkrankung weniger häufig eine Krankenhauseinweisung und/oder ein längerer Krankenhausaufenthalt stattfindet. Es kann also eine schlechtere Versorgung der Patienten in den Arbeiterbezirken anzeigen²⁵.

IV. Schlußfolgerung

Anhand der vorangegangenen Untersuchung läßt sich — wenn auch nur auf wenige Daten gestützt — die Aussage machen, daß es deutliche soziale Unterschiede im Gesundheitsstand der Bevölkerung Westberlins gibt. Diese Unterschiede nehmen bei einem Vergleich der letzten zwei Jahrzehnte nicht ab, sondern sie sind seit Mitte der 60er Jahre deutlich größer geworden. An dieser Stelle soll nicht auf die möglichen Ursachen sozialer Unterschiede in Morbidität und Mortalität eingegangen werden. Auf die Untersuchungsergebnisse entsprechender Studien gestützt, kann allerdings gesagt werden, daß sowohl soziale Unterschiede in der Entstehung der Erkrankungen als auch bei der Behandlung entstandener Erkrankungen eine Rolle für die Befunde spielen dürften. Um hier nähere Aussagen zu machen, hätte man auch detaillierter auf einzelne Erkrankungen einzugehen, weil die sozialen Faktoren bei der Entstehung der einzelnen Krankheiten zum Teil unterschiedlich aussehen können.

Deutlich aber dürfte auch geworden sein, daß sich mit den wenigen Daten, die uns bezüglich der Analyse der Beziehung zwischen sozialer Lage und Gesundheitsstand zur Verfügung stehen, keine gesicherten Aussagen machen lassen. Angesichts der Spärlichkeit der vorfindlichen Daten erscheint die Forderung nach einer ausreichenden Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zwingend. Die in den Untersuchungen anderer Staaten immer wieder nachgewiesene besondere Bedeutung sozialer Faktoren für Morbidität und Mortalität läßt die Notwendigkeit ausreichender statistischer Unterlagen um so dringlicher erscheinen. Will man über wissenschaftlich gänzlich unabgesicherte „Planungen“, die euphemistisch als Voraussetzung zur „Verbesserung der Lebensqualität“ ausgegeben werden, hinauskommen, ist eine gründliche Erhebung und Registrierung der Sozialdaten von allererster Bedeutung²⁶. Gesundheitspolitik und eine Verbesserung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung erfordern zudem die allgemeine Zugänglichkeit der Daten im allgemeinen Interesse, anstelle ihrer Verheimlichung in irgendeinem Sonderinteresse.

25 Man kann hier von einer schlechteren Versorgung sprechen, weil in unserem Gesundheitssystem die ambulante Versorgung im Vergleich zur stationären deutlich schlechter ist.

26 Gerade in Westberlin, wo seit Kriegsende die SPD regiert, wurde im Bereich des Gesundheitswesens dennoch wenig geleistet. Erst jüngst wurde ohne die entsprechenden Ausgangsdaten „eine „Bettenplanung““ unternommen, die erhebliche Streichung der schon knappen Krankenhausbetten zur Folge haben wird.

Peter Riedesser

Militär und Medizin

Materialien zur Kritik der Sanitätsmedizin am Beispiel der Militärpsychiatrie

„Die besondere Stellung der Medizin und des Arztes im militärischen Bereich lassen sich ableiten vom Auftrag des Hippokrates“
 Werbebroschüre des Bundesverteidigungsministeriums 1971¹

„Die Gewißheit, im Falle einer Verwundung oder Erkrankung ärztlich gut versorgt zu werden, stärkt den Kampfgeist des Soldaten.“
 Kriegssanitätsvorschrift von 1938²

Eine kritische Analyse der Geschichte des Sanitätswesens als Teilbereich der bürgerlichen Medizin wurde bisher noch nicht geleistet. Ansätze blieben weitgehend unbekannt³ und wurden nicht weitergeführt. Die Fülle der bislang unausgewerteten Quellen und die Dringlichkeit der Problematik legen daher nahe, auch Zwischenergebnisse zu veröffentlichen. Als Schlüssel zur Kritik der Sanitätsideologie wird sich die Militärpsychiatrie erweisen. Hier dient, wie im folgenden gezeigt werden kann, die ärztliche Hilfe nicht primär individueller Notfalltherapie, sondern von Anfang an dem planmäßig verfolgten Auftrag, die Menschen im Sinne des Kriegsziels verfügbar und gefügig zu machen. —

Obwohl der Schwerpunkt auf der Militärpsychiatrie im 20. Jahrhundert liegt, war es erforderlich, in groben Umrissen einige wichtige Aspekte der Entwicklung des Sanitätswesens in der Neuzeit zu skizzieren, weil die Analyse der Militärpsychiatrie sonst um die historische Dimension verkürzt worden wäre. Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung des Sanitätswesens besonders im 19. Jahrhundert muß späteren Studien vorbehalten bleiben.

Nach der historischen Einleitung wird die Entwicklung der deutschen Militärpsychiatrie von 1914—1945 dargestellt. Danach wird gezeigt, wie die amerikanische Militärpsychiatrie die militärpsychiatrischen Techniken durch Einbeziehung der Psychoanalyse, Sozial-

1 Sanitätsoffizier der Bundeswehr. Herausgeber: Bundesministerium der Verteidigung, Bonn, Sept. 1971.

2 Ring, F.: Zur Geschichte der Militärmedizin in Deutschland, Berlin/DDR 1962, S. 350.

3 Vgl. derselbe.

psychologie, Kleingruppenforschung und Verhaltenstherapie bis zur Gegenwart zunehmend verfeinert hat. Im Kapitel über die Bundeswehr wird dann aufgezeigt, wie die deutsche militärpsychiatrische Tradition in immer größerem Ausmaß durch amerikanische Methoden der Psychotechnik ergänzt wird.

I. Zur Entstehungsgeschichte des Sanitätswesens in der Neuzeit

Die Geschichte der Kriegsmedizin wurde in einer kaum mehr überschaubaren Zahl von Büchern und Aufsätzen beschrieben. Neben einer Heroisierung oft übermenschlicher Leistungen des Sanitätspersonals hoben die Militärmediziner die positiven Auswirkungen der Kriegserfahrungen für die Weiterentwicklung der Medizin hervor. Tatsache ist jedoch, daß das Sanitätswesen zu jeder Zeit unter dem Primat militärischer Taktik und Ziele stand, und daß die caritativ-medizinisch Engagierten objektiv auf dem Schachbrett der militärischen Strategie zur Effektivierung von Kriegshandlungen verplant waren.

Als mit dem Ende des Dreißigjährigen Krieges die kurzfristig angeworbenen und entlassenen Söldnerhaufen durch ein stehendes Heer ersetzt wurden, galt es, die Soldaten auf Dauer einsatzfähig zu halten. Hohe Seuchensterblichkeit drohte Armeen zu dezimieren, die aus teuren Söldnern bestanden. Eine Verringerung der Seuchengefahr ermöglichte dagegen finanzielle Einsparungen bzw. Vergrößerungen der Armeen und größere taktische Beweglichkeit. So erzwangen ökonomische und militärtaktische Gründe die *Einrichtung des ständigen Sanitätswesens* im stehenden Heer.

Der Abtransport eines Verwundeten durch zwei andere voll ausgebildete und ausgerüstete Soldaten führte zu einer Schwächung der Frontlinie. Zudem bedeutete dies eine Rückwärtsbewegung mehrerer Gefechtsteilnehmer, was leicht als auslösendes Signal für allgemeine Rückzugstendenzen angesehen werden konnte und daher unterbunden werden sollte. So kam es zur *Organisation eines speziellen Verwundetentransportdienstes*.

Eine Bestimmung aus dem Jahre 1726 verbot medizinische Hilfeleistung während der Schlacht: „Wenn die Bataille vorbey ist, soll ein jedes Regiment seine Blessirten sogleich aufsuchen und nach einem gewissen Orte bringen lassen, damit sie können verbunden und in Acht genommen werden; während der Schlacht soll kein Blessirter weggebracht werden.“⁴ Der Major Doercks berichtet, sein General habe am 16. Oktober 1813 verboten, daß Verwundete durch Kameraden zurückgebracht würden: „... indem dies Zurückbringen nur Gelegenheit für Viele sey, sich dem Dienst zu entziehen. Freilich eine harte Maasregel, allein, ich fand sie bewährt, als ich später bei den Russen bemerkte, daß jeden Blessirten 2 Gesunde zurückbrachten, die aber nicht wiederkamen und noch mehr wie der Verwundete

schrien ...“⁵ — Daher wurde — vor allem auf Grund der Erfahrungen in der Völkerschlacht bei Leipzig — am 23. Januar 1814 vom Preussischen Kriegsdepartement eine Verfügung an alle kommandierenden Generale erlassen, daß jede Brigade eine besondere Krankenträgerkompanie zu bilden habe⁶.

Die Einführung der allgemeinen Wehrpflicht und die rapide Technisierung des Krieges im Laufe des 19. Jahrhunderts führten zu Masseneinsatz von Menschen und Material. Der kleine Stamm der Berufssanitäter war den blutigen Ergebnissen der modernen Schlachten nicht gewachsen (vgl. den amerikanischen Sezessionskrieg oder das sanitätstechnische Chaos im Krim-Krieg und bei den italienischen Schlachten von Napoleon III.). Das Ausmaß an Menschenverlusten (Tod und Invalidität) zwang die militärische Planung und zivile Verwaltung zur Reaktion. Aktuelle Gefechtsverluste, negative Folgen für Truppenmoral und Kriegsbereitschaft der Bevölkerung sowie Belastung durch Invalidenrenten und Ausfall qualifizierter Arbeitskräfte konnten nur eingedämmt werden, wenn das Sanitätskorps um eine schnell zu mobilisierende, aber zugleich kostengünstige *Reserve freiwilliger ziviler Helfer* erweitert wurde.

Das Engagement von Privatpersonen wie F. Nightingale oder H. Dunant für das Individuum Soldat wurde im Laufe des Jahrhunderts zum willkommenen Antrieb für die Organisation des Sanitätswesens auf breiter Basis. Die Zielrichtung und Freiwilligkeit der einmal geschaffenen caritativen Massenorganisationen ließ sich im Kriegsfall dann leicht durch Befehlsunterstellung und Dienstverpflichtung dirigieren⁷.

In diesem Zusammenhang stellt sich noch die Frage nach dem dringend benötigten zusätzlichen medizinischen Fachpersonal. Am

5 Goercke, J.: Kurze Beschreibung der bei der Königl. Preuß. Armee stattfindenden Krankentransportmittel für die auf dem Schlachtfelde schwer Verwundeten. Berlin 1814, S. 7, zit. n. Ring, a.a.O., S. 103.

6 Ring, a.a.O., S. 105.

7 So schnellte zwar im Krieg 1870/71 die Zahl der freiwilligen caritativen Vereine von 100 auf 1980 mit über 200 000 Mitgliedern (zit. n. Walser, H.: Die Ärzte und der Krieg am Beispiel des Deutsch-Französischen Krieges von 1870/71, in: Clio Medica, Vol. 2, Nr. 2, S. 103—120, Oxford 1967), doch konnte die herrschende Klasse bei der Länge und den vervielfachten Verlusten des 1. und 2. Weltkrieges sich nicht mehr auf die Freiwilligkeit einer Bevölkerung verlassen, die, ausgeblutet und ernüchtert, allmählich erkennen könnte, daß nur Streik und Obstruktion auf allen Ebenen den Krieg gegen ihre eigenen Interessen beenden kann. Um dieser Einsicht nicht erst während, sondern schon vor einem künftigen Krieg wirksam zu begegnen, wurde in der BRD eine entsprechende Grundgesetzänderung durchgesetzt: „Kann im Verteidigungsfalle der Bedarf an zivilen Dienstleistungen im zivilen Sanitäts- und Heilwesen sowie in der ortsfesten militärischen Lazarettorganisation nicht auf freiwilliger Grundlage gedeckt werden, so können Frauen vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 55. Lebensjahr durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zu derartigen Dienstleistungen herangezogen werden ...“ (GG Art. 12 a, Abs. 4).

Beispiel des Deutsch-Französischen Krieges von 1870/71 läßt sich zeigen, wie sich dieser Engpaß auf Grund der Interessenlage des Ärztestandes löste: Bei Ausbruch des Krieges eilten nicht nur viele im Inland ansässige, aber nicht einberufene Ärzte zum Kriegsschauplatz, sondern auch viele im neutralen Ausland tätige deutsche Ärzte. Vordergründige Motivation war die „nationale Sache“. Doch hinter dem Phänomen des oft blanken Chauvinismus⁸ verbarg sich ein handfestes standespolitisches Interesse: der soziale Aufstieg der Chirurgen und Bader zum Ärzte-„Stand“ mit seinem Sozialprestige und seinen Verdienstmöglichkeiten führte über den Weg der Verwissenschaftlichung von Fronterfahrungen, denn ein Studium mit Promotionsabschluß konnten sich nur die Begüterten leisten; das ermöglichte die finanzielle Verwertung des medizinischen Wissens.

Für die Militärmediziner drückte Theodor Billroth das Aufstiegsinteresse, das sich gegen das herrschende Junker- und Großbürgertum durchsetzen mußte, 1859 so aus: „Ein gehöriger Krieg, eine blutige Schlacht, wo Hunderte von hochadligen Offizieren jammervoll daliegen, und sehnsuchtsvoll jeden Morgen den Arzt erwarten, wird das (die Zurücksetzung bürgerlicher Ärzte gegenüber dem adeligen Offiziersstand, P. R.) schon ändern. Alle anderen Nationen wetteifern in verlockenden Anerbietungen für tüchtige Feldärzte; in Preußen steht der Militärarzt jetzt so schlecht wie bei keiner anderen Nation Europas.“⁹

Um die Jahrhundertwende war die Etablierung des Ärztestandes soweit abgeschlossen, daß sich die militärische Führung am Vorabend des 1. Weltkrieges bei der überwältigenden Mehrheit der Ärzte nicht nur auf allgemeine nationale Hysterie zu verlassen brauchte, sondern mit einer langfristigen, klassenbedingten Interessengemeinschaft rechnen konnte. Dieser freiwillige Einsatz überdauerte mit der bürgerlichen Klasse zwei Weltkriege. Mit ihm konnten auch diejenigen von Anfang an rechnen, in deren Interesse der Aufbau der Bundeswehr betrieben wurde.

Die *koloniale Expansion* des deutschen Reiches und die dazu erforderliche Vergrößerung der Flotte förderten den Ausbau und schließlich die Lostrennung des *Marinesanitätsdienstes* vom Sanitätsdienst der Armee¹⁰. Die Notwendigkeit, die Kolonialtruppen vor übertragbaren Krankheiten zu schützen, forcierte den Aufbau der *Tropenmedizin*. So bereiste 1883/84 eine militärärztliche Kommission Ägypten und Indien, um Möglichkeiten der Cholera-Bekämpfung zu studieren¹¹. Zu Beginn des 1. Weltkrieges durfte in Deutsch-Ostafrika das Anti-Malaria-Mittel Chinin nur noch an Europäer aus-

8 Vgl. Walser a.a.O., S. 105 ff.

9 Billroth, Th.: Historische Studien über die Beurtheilung und Behandlung der Schußwunden vom 15. Jahrhundert bis auf die neueste Zeit, Berlin 1859, S. 56, zit. n. Ring, a.a.O., S. 122.

10 Ring, a.a.O., S. 196.

11 Ring, a.a.O., S. 193. — Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Tropenmedizin in Deutschland und der kolonialen Ausdehnung soll an anderer Stelle kritisch untersucht werden.

gegeben werden, um die Vorräte für die kämpfende Kolonialtruppe unter von Lettow-Vorbeck nicht zu gefährden¹².

Kurz vor der Jahrhundertwende setzte die Organisation und Planung der Wissenschaft im Dienste des militärmedizinischen „Fortschritts“ ein. Was der Barockfeldscher für den absolutistischen Souverän nicht leisten konnte, nämlich seine teure Armee vor Seuchen und Wundfieber zu bewahren und verwundete Soldaten rasch wieder kampffähig zu machen, versprach nun endlich die wissenschaftlich fundierte Militärmedizin für den Staat der Junker und Großbürger zu leisten. Von großer Bedeutung für diese Entwicklung war in Deutschland die Kaiser-Wilhelm-Akademie für das militärärztliche Bildungswesens (KWA), die 1895 aus der Vereinigung des Medizinisch-Chirurgischen Friedrich-Wilhelm-Instituts und der Medizinisch-Chirurgischen Akademie für das Militär gebildet wurde. In dem 1901 an der KWA gebildeten wissenschaftlichen Senat waren prominente Vertreter der medizinischen Wissenschaft vertreten (u. a. von Bergmann, Czerny, Fraenkel, Gaffky, Koch, Rehn, von Waldeyer et al.)¹³.

Der wissenschaftliche Senat befaßte sich am 17. 2. 1905 mit militärpsychiatrischen Problemen. Als eines der Ergebnisse wurde festgehalten: 1. Alle Leiter von Hilfsschulen haben die Abgangszeugnisse und andere persönliche Beurteilungen über die Schüler nach Schulentlassung der Ersatzbehörde zugänglich zu machen. 2. Alle aus Heilanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker entlassenen Patienten im militärpflichtigen Alter müssen unverzüglich an die Ersatzbehörden gemeldet werden¹⁴.

II. Aufgaben und Methoden der Militärpsychiatrie im 1. Weltkrieg

Der Beginn des 1. Weltkrieges wurde von der Mehrheit der deutschen Ärzteschaft begeistert begrüßt. Die Militärärzte waren 1914 statusmäßig dadurch aufgewertet worden, daß ihnen Truppenformationen die Ehrenbezeichnung erwiesen. Dies wurde von traditionsbewußten Bundeswehrsanitätsoffizieren immer wieder als einer der großen Markierungspunkte in der Geschichte des Sanitätswesens bezeichnet^{14a}. Damit war das Sanitätswesen auch nach außen hin zum integralen Bestandteil der militärischen Hierarchie und Logistik geworden.

Ein mit der Länge des Krieges wachsendes Problem für die militärische Führung wurden infolge ihres epidemieartigen Anwachsens die sogenannten *Kriegsneurosen*, die man auch als traumatische Neu-

12 Klatt, G.: Militärapotheke und Sanitätsmaterialversorgung im Kampf um Deutsch-Ostafrika, in: Wehrmed. Mschr. 15 (1971), S. 46.

13 Ring, a.a.O., S. 196.

14 Vgl. Heidenhain, A.: Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht. Leipzig 1938, S. 47. — Stier, E.: Psychiatrie und Heer, in: Der Deutsche Militärarzt 1 (1936), S. 15—20.

14a Hawickhorst, H.: Der Arzt der soldatischen Gemeinschaft. Köln 1955, S. 20.

rosen, Schreckneurosen, Granatschock, Kriegshysterie (1915 war es in Deutschland allerdings noch unerlaubt, bei Soldaten die Diagnose Hysterie zu stellen), im Ausland als shell shock, concussion neurosis, exhaustion neurosis, gas neurosis etc. bezeichnete¹⁵. Ihre Beschreibung, diagnostische und kausale Einordnung sowie die Therapie beherrschten das psychiatrische Schrifttum und wissenschaftliche Tagungswesen im 1. Weltkrieg auf weite Strecken.

Beobachtet wurden alle Varianten von Tics, Lähmungen und Kontraktionen, Krämpfen und Dämmerzuständen; ferner psychogene Blindheit, Taubheit und Taubstummheit¹⁶. Auch leichtere psychische Ausnahmezustände waren sehr häufig und schwächten die Kampfkraft der Armee; ganze Kompanien wurden von Weinkrämpfen, Erbrechen etc. befallen. Zudem gab es Tausende von Soldaten, die, zwangsweise rekrutiert und an die Front gebracht, durch bewußte Vortäuschung von schweren psychischen Störungen dem Kriegsdienst zu entgehen versuchten¹⁷.

Die militärische Führung war daher dringend auf die Hilfe der *Psychiater* und *Neurologen* angewiesen, die in diesem Zusammenhang folgende *Aufgaben* zu bewältigen hatten:

1. Entlarvung der Simulanten,
2. Heraussieben (bei der Musterung) und Entlassen derjenigen Soldaten, welche infolge von Verhaltensabweichungen, die durch psy-

15 Meyer, J.E.: Die abnormen Erlebnisreaktionen im Kriege bei Truppe und Zivilbevölkerung, in: Handbuch Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Berlin/West 1961, S. 575.

Zur Diskussion über die Begriffsgeschichte der „traumatischen Neurose“ vgl. Fischer-Homberger, E.: Der Begriff des freien Willens in der Geschichte der traumatischen Neurose, in: Sudhoffs Arch. 54 (1970), S. 225 bis 241. Ab 1917 war es verboten, als Diagnose „Nervenschock“ zu verwenden; vgl. Stier, E.: Psychiatrie und Heer, in: Der deutsche Militärarzt 1 (1936), S. 17.

16 Vgl. Gaupp, R.: Kriegsneurosen, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 34 (1916), S. 370 ff.

17 Raecke, J.: Über Aggravation und Simulation geistiger Störungen, in: Arch. Psychiat. Nervenkr. 60 (1919), S. 588 ff. „So schor sich ein Soldat ein Kreuz ins Haupthaar, um angeblich gegen Fliegerbomben gesichert zu sein. Ein anderer brachte bei der Aufnahme einen Frosch an der Leine mit und sagte, das sei ein Bär. Einige tranken Tinte und erklärten dieselbe für guten Wein.“ Vor allem ein zur Begutachtung wegen Fahnenflucht eingewiesener M. tat sich in dieser Beziehung hervor ... Seinen Kameraden auf der Station erzählte er später: „Was glaubst Du wohl, ich werde die Ohren schon steif halten. Da kommen die bei mir schön an, wenn die glauben, mit mir machen zu können, was sie wollen. Andere kommen doch frei, warum soll ich es nicht auch schaffen?“ Raecke fährt fort, man werde Simulanten im Heer u. a. dann am leichtesten entlarven, „wenn es gleichzeitig gelingt, ein ausgedehntes Netz unauffälliger Beobachtungen um die Simulationsverdächtigen zu legen“. Vgl. auch: Mayer, W.: Über Simulation und Hysterie, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 39 (1918), S. 315—328.

chiatrische oder disziplinarische Maßnahmen nicht zu beseitigen waren (z. B. bestimmte Formen von „Psychopathie“, Homosexualität etc.), die Disziplin und Funktionsfähigkeit der Armee zu beeinträchtigen drohten,

3. Therapie der „Kriegsneurotiker“ zwecks möglichst rascher Wiederverwendungsfähigkeit an der Front oder zumindest in Rüstungsbetrieben.

Die überwältigende Mehrzahl der deutschen Psychiater und Neurologen beteiligte sich an der Entwicklung und Anwendung verschiedener Therapiemethoden¹⁸, deren manipulativer, oft außerordentlich brutaler Charakter ihnen durchaus bewußt war¹⁹. So schrieb Kehrer: „Es entspricht nicht der Schwere des geschichtlichen Augenblicks, die Wahl der Methodik von ästhetischer Weichföhllichkeit oder pseudomoralischer Bedenklichkeit abhängig zu machen. Mit wachsendem Nachdruck haben wir uns nur auf das eine einzustellen: wie wir ohne Rücksicht auf persönliche Neigung und Stimmung von Arzt und Kranken in kürzester Zeit ein Maximum von Kriegshysterikern zu brauchbaren Arbeitern hinter der Front machen — nachdem wir wohl endgültig die Hoffnung aufgeben müssen, auch nur bei einem nennenswerten Prozentsatz dieser Soldaten Felddienstfähigkeit erreichen oder wieder herstellen zu können...“ Aus dieser Situation wurde nach Kehrer auch ein „Fortschritt“ für die Psychiatrie als Wissenschaft erzwungen: „Was uns der Krieg gebracht hat, wozu er uns mit eherner Notwendigkeit gezwungen hat, ist, daß wir nun alle diese Methoden, die nur vereinzelt, oft schüchtern, oft sogar direkt unter Widerstreben der mehr wissenschaftlich Eingestellten zur Anwendung gekommen sind, mit der ganzen Energie und Stoßkraft, die uns von unserem militärischen System induziert wird, an großen Massen zur Anwendung bringen mußten. Aus dieser Nötigung ergab sich der Antrieb, nichts unversucht zu lassen, und daraus wieder der Ausbau einer Fülle von Modifikationen alter Methoden...“²⁰

18 Einen Überblick gibt Nonne im Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914/18, Band IV, herausgegeben v. Karl Bonhoeffer, 1. Teil, Leipzig 1922, S. 102—121. — Vgl. auch die Referate und Literaturhinweise in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 14 (1917), S. 82—89 und 339—351.

19 Nonne, der in Hamburg 1915 die Hypnose zur Behandlung der Kriegsneurosen einföhrte, war zunächst von einigen dortigen Kollegen kritisiert worden, weil diese Methode ein „Rückfall in die alte Mystik“, ein „Wiederversinken ins barbarische Mittelalter“ sei, und weil diese Methode, „Männer zu behandeln, die sich für das Vaterland geopfert hätten, gleich unwürdig sei für den Arzt wie für den Kranken“. Kritische Stimmen blieben aber vereinzelt. Vgl. auch Kehrer, a.a.O., S. 10 f., 15.

20 Kehrer, F.: Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 36 (1917), S. 1—22. — „Bedenken wir, daß gerade auf uns Nervenärzte die entscheidende Verantwortung fällt, die Reste der unklaren Massenvorstellung vom nervösen Zeitalter, die vom Frieden her in den Köpfen spukt, zu zerstören und gegebenenfalls auch unseren Feld-

Folgende *Methoden* waren gebräuchlich: Suggestionen in Hypnose (Nonne), wochenlange totale Isolierung, z. T. im Dunkelzimmer, mit weitgehendem Nahrungsentzug, (Binswangers „psychische Abstinenzkur“, „Sich-zu-Tode-Langweilen“²¹), tagelange feucht-kalte Ganzpackungen und Dauerbäder (verbunden mit der Erklärung, daß diese erst nach der Heilung abgesetzt würden), Röntgenbestrahlung im Dunkelzimmer, Lumbalpunktionen und Scheinoperationen in Äthernarkose; eine zunehmend angewandte Methode war die Applikation elektrischer Ströme. Rieder und Leeser berichten über stundenlange Faradisation²². Als wichtig erachtet wurde bei elektrischen Schlägen der „Überrumpelungseffekt“²³. Hirschfeld leitete bei psychogener Taubheit starke faradische Ströme auf die Ohrmuscheln sowie auf die Nasenschleimhaut, bei psychogener Stummheit auf die Halsgegend. Beim hysterischen Erbrechen wurde der Soldat gezwungen, das Erbrochene wieder herunterzuschlucken: „Hier spielte das

grauen zum Bewußtsein zu bringen, daß die Zeit zu ernst ist, um psychasthenischer Reizbarkeit oder körperlich nervöser Mißgestimmtheit nachzugeben.“ (Ebd., S. 15). — Küppers sah im Krieg den „günstigen Zeitpunkt, um auch gegen die alten Rentenneurosen des Friedens (vor 1914, d. A.) therapeutisch vorzugehen (Einweisung in die bestehenden Neurosenlazarette und Heilung, Unterbringung in der Munitionsindustrie und Entziehung der Rente)“. Küppers, E.: Die systematische Bekämpfung der Rentenneurose im Frieden auf Grund der Kriegserfahrungen, in: 43. Wanderversammlung der Süddeutschen Neurologen und Nervenärzte, in: Arch. Psychiat. Nervenkr. 60 (1919), S. 323.

21 Vgl. dazu: Mann, L.: Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurosen, in: Berlin. klin. Wschr. 53 (1916), S. 1333 bis 1338. — Die Methode von Binswanger wurde selbst von dem sonst nicht zimperlichen Nonne als „wirklich grausam“ bezeichnet, vgl. Nonne, a.a.O., S. 113.

22 Rieder und Leeser: Über die Beurteilung und neuere Behandlung der psychomotorischen Störungen, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 35 (1917), S. 425—441. „Schon die Reaktion auf das Kommando ‚Stillgestanden‘ gibt häufig einen Einblick in die Persönlichkeit des Kranken Gehorcht der Patient erst einmal auf die militärischen Kommandos mit koordinierten Bewegungen, so ist man schnell am Ziel. Über einen Zustand scheinbarer Erschöpfung gelangt man zu einem Stadium der Hurrastimmung beim Patienten, das mit einem Gefühl der Sicherheit und Freude abzuschließen pflegt. ... Versprechungen, wie Goldstein den Patienten gibt, daß sie nach ihrer Wiederherstellung doch nicht weiter felddienstfähig würden, vermeiden wir ... Das gemeinsame militärische Turnen wird bei uns täglich eine Stunde lang unter Leitung eines staatlich geprüften Turnlehrers ausgeübt, der über jeden Fall genau orientiert wird und natürlich Vorgesetztenverhältnis hat. ... In einzelnen Fällen läßt sich Strenge und Strafe nicht umgehen und wirkt geradezu Wunder. Namentlich bis sich die Methode durchgesetzt hat, ist es zweckmäßig, einen Stamm von dankbaren Patienten in dem Saal für Neuaufnahmen zu belassen. ...“

23 Vgl. Pönitz, K.: Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einfluß der Kriegserfahrungen, in: Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 25, Berlin 1921; dort bes. S. 30—35.

Moment der militärischen Disziplin eine sehr erhebliche Rolle.“²⁴ Bei Nonne, der sich meist der Hypnose bediente, gaben viele Patienten an, bei anderen Ärzten schon mehrfach mit sehr starken Strömen behandelt und dabei teilweise von 3—4 Mann gehalten worden zu sein. Weit verbreitet und im psychiatrischen Schrifttum viel beschrieben war die Kaufmann-Kur, bei der z. T. stundenlang starke und sehr schmerzhaft Sinusströme angewendet worden sind²⁵; Todesfälle wurden berichtet²⁶.

Die offensichtliche Brutalität vieler Methoden führte sogar zu einer Verfügung des Kriegsministeriums, daß bei sehr gefährlichen Maßnahmen vorher wenigstens die Einverständniserklärung des

24 Hirschfeld, R.: Zur Behandlung im Kriege erworbener hysterischer Zustände, insbesondere von Sprachstörungen, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 34 (1916), S. 195—205.

25 Kaufmann, F.: Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung, in: Münch. med. Wschr. 63 (1916), S. 302—304 (Feldärztliche Beilage): „Unser Vorgehen setzt sich aus vier Komponenten zusammen: 1) suggestiver Vorbereitung, 2) Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme von reichlicher Wortsuggestion, 3) strengem Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform, 4. unbeirrbar konsequenter Erzwingung der Heilung in einer Sitzung ...“

26 Kehrer, a.a.O., S. 9. — Auch Kretschmer schildert dieses Verfahren folgendermaßen: „Im Halbdunkel, umgeben von allerlei phantastischem Gerät, liegt ein alter Hysteriker in meinem Heilzimmer auf dem Behandlungstisch. Vorgestern abend war er angekommen, ein früherer Offiziersbursche mit guten Manieren und einem offenen, anständigen Gesicht. Das heißt: Er schleppte sich auf zwei Stöcken hängend, zitternd, mit steifen, verkreuzten Beinen in unbeschreiblich grotesken Gangfiguren. Er wollte sich gerne heilen lassen, er bat darum, und es war ihm ernst damit. Wie dieser Mann nun auf dem Behandlungstisch liegt und ich nehme die schmerzlose Elektrode zur Hand — eben hatte er noch gelassen und freundlich mit mir gesprochen — da geschieht etwas Unbegreifliches: er verwandelt sich unter meinen Augen in einen anderen — plötzlich, so wie wenn man an einer sachlaufenden Maschine den Hebel drückt und es fällt unversehens ein brausendes Räderwerk ein. Ein steifer Blick, ein verzerrtes Gesicht, die Muskeln wie Stricke angespannt, fortstrebend, dagegenstrebend und zusammengekrümmt über etwas Unsichtbarem, was man ihm entreißen will: Man spricht ihm freundlich und beruhigend zu — es ist als ob man gegen ein zischendes Mühlrad redet. Und mit dem blinden Sträuben und Drängen läuft gleich noch ein zweiter Gang an: ein Zittern, Keuchen und Zucken — die Zähne klappern, die Haare sträuben sich, der Schweiß tritt auf das blaß gewordene Gesicht. Was noch durch diesen Tumult hindurchdringt, das sind kurze, scharfe Zurufe, festes Anfassen, rascher, kräftiger Schmerz. Und unter diesen Reizen tritt, wieder mit einem plötzlichen Ruck, eine zweite Verwandlung ein. Man hat ein fast körperliches Gefühl davon, so als ob ein ausgedehntes Gelenk einschnappte. Auf einmal ist der Wille glatt und gerade und die Muskeln folgen beruhigt willig seinem Antrieb.“ Nach Nonne, a.a.O., S. 108/109.

Soldaten einzuholen sei²⁷. Dagegen wandte sich Kehrer: „Ich kann angesichts dieser Entscheidung aber auch rein ärztlich keine Gründe mehr erkennen, die es uns nahelegen könnten, die Einwilligung eines Kranken zu einer bestimmten Kur einzuholen. Ich glaube vielmehr, daß es dem Seelenzustande des Soldaten durchaus konform ist, wenn auch die ärztliche Kur, die unter allen Umständen von einem Vorgesetzten ausgeführt wird, vom Gesetz des ‚Gehorchenmüssens‘ keine Ausnahme macht...“²⁸

Kehrer wurde bekannt durch seine Methode der Hypnose mit anschließendem Zwangsexerzieren, die besonders Anfang 1917 allgemeine Verbreitung fand, weil alle anderen Methoden in bezug auf die Wiederherstellung der militärischen Tauglichkeit zu geringe Erfolge hatten. Hoffmann verglich die Zwangsbehandlung mit einem Zweikampf: „Die Taktik des Arztes läuft darauf hinaus, unter möglichster Verschleierung seiner Absichten die schwächste Stelle des Gegners zu erspähen, ihn im geeigneten Moment an dieser zu treffen und ihm eine Niederlage beizubringen.“²⁹

Kehrer beschreibt seine scheinbar gewaltlose Methode der Überwältigung folgendermaßen: „Aus der bis zu mittleren Graden (Katalepsie) vertieften Hypnose entwickeln wir ganz allmählich Exerzierübungen, die proportional dem allmählichen Erwachen aus der Hypnose bis zur Exaktheit und Strammheit des Zwangsexerzierens gesteigert werden...“³⁰ Später wandte Kehrer seine Methode des Zwangsexerzierens (auch ohne Hypnose) bei den verschiedensten Arten von kriegsneurotischen Störungen an; er bezeichnete sie als „sicherlich wohl die unmittelbarste, straffste und tiefgehendste Form der Einwirkung auf den Willen überhaupt...“^{30a}

Eine völlige Identifikation seiner Psychiatrie mit militärischen Drillmethoden schildert Kehrer folgendermaßen: „Ohne körperliche

27 Vfg. d. Kriegs.-Min. Med. Abtlg. Nr. 9197, 8. 8. 15, M. A. vom 6. 12. 1915.

28 Kehrer, a.a.O., S. 18—19.

29 Hoffmann, R. A. E.: Über die Behandlung der Kriegshysterie in den badischen Nervenlazaretten, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 55 (1920), S. 133.

30 Kehrer, a.a.O., S. 16. — Soldaten mit „hysterischer Stummheit“ behandelte Kehrer kombiniert mit „endolaryngealer Kehlkopfkompression mit intensiver anderweitiger Schmerzregung und strammem militärischen Willensantrieb...“ (S. 8). — Eine andere Methode war die berüchtigte Muck'sche Kehlkopfsonde, welche die normale Kehlkopfinnervation durch die Erzeugung von Erstickungsangst (oft kombiniert mit endolaryngealer Galvanisation) wiederherzustellen versuchte. Denn: „In den schweren Fällen, die auch durch den faradischen Strom nicht beeinflusst werden, ist es die Aufgabe der Ärzte, diese Kriegsbeschädigten vor der Dienstuntauglichkeit zu bewahren und damit Rentenansprüche hinfällig zu machen...“ Zit. aus: Muck, O.: Heilungen von schwerer funktioneller Aphonie, Münch. med. Wschr. 63 (1916), S. 441 (Feldärztliche Beilage Nr. 12).

30 a Kehrer, a.a.O., S. 8

Zwangsmaßnahmen oder körperliche Einwirkung wirken wir nur durch den militärischen Befehl: unter Schlag auf Schlag folgenden Kommandos von tunlichster Präzision lassen wir ohne Rücksicht auf die besondere Art der hysterischen Erscheinungen die verschiedensten Exerzier- und Freiübungen im raschen Wechsel ausführen. Zweckmäßig wird dabei der Antrieb zur gewollten Bewegungsfolge ab und zu dadurch unterstützt, daß der Arzt sie vor — oder als Schrittmacher mitmacht. Ich habe meinerseits den Vergleich mit der Methode angeführt, die ein Reitkünstler anwenden muß, um ein durch schlechtes Reiten an zahlreiche Unarten gewöhntes gutes Reitpferd durch genaue Einfühlung und Dosierung aller „Hilfen“ (Reitreglement!) wieder in die korrekten Gangarten zu bringen... Nur im Notfall wird, wie vom Reiter der Sporn, so hier der schmerzhaft galvanische Schlag zur Anwendung gebracht... unter fachärztlicher Aufsicht werden sie von einem psychisch geeigneten Sanitätsfeldwebel oder Unteroffizier täglich eine Stunde bei allen der aktiven Kur erfolgreich Unterzogenen gruppenweise ohne besondere Rücksicht auf die Art des einstigen Hauptsymptoms durchgeführt...“^{30b}

Zum Schluß wurde — laut Pönitz — dem symptomfrei Gequälten gesagt, „er habe jetzt bewiesen, daß er imstande sei, seine Symptome zu unterdrücken; man wolle das auch weiterhin von ihm verlangen und jeden Rückfall als ein Zeichen schlechten Willens ansehen und bestrafen“³¹.

Daß das *Therapieziel die Wiederherstellung der Kriegsverwendungsfähigkeit* war, wurde immer wieder betont³². Im Nervenlazarett von Friedländer machte ein Arzt „Heilexerzierübungen mit Übungsgewehren“³³. Die Erfolge waren zunächst gering. Stern konnte über eine k.v.-Schreibung von nur wenigen Prozent berich-

30 b Ebenda, S. 8.

31 Pönitz, a.a.O., S. 31—32.

32 Z. B. Mahr und Hartung: Ein Jahr Militär-Nervenheilanstalt, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 40 (1918), S. 229—236; sowie bei Hoffmann, Nonne, Pönitz, jeweils a.a.O.

33 Friedländer: Grundlinien der psychischen Behandlung, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 42 (1918), S. 99—139. Der Autor berichtet von einer erfolgreichen „Lourdesstimmung“ in seinem Lazarett. — Vgl. dazu auch das Vorgehen englischer Militärärzte; zit. aus: Sim, M.: Hilfe für den psychisch Kranken, Ein Grundriß der Sozialpsychiatrie, Evangel. Verlagswerk, 7 Stuttgart 1971, S. 26: „Während des 2. Weltkrieges war es manchen Militärärzten ein Dorn im Auge, wenn die Soldaten, die sich von ihren Verletzungen erholten, den üblichen Weg der Hell- und Bewegungsübungen durchliefen, oder die traditionellen Arbeiten in der Beschäftigungstherapie verrichteten. Sie stellten statt dessen eine Reihe von militärischen und paramilitärischen Übungen zusammen, wie das Werfen von Handgranatenattrappen als Mittel gegen steife Schultern oder Spannen eines Bren-Gewehres, um Finger und Handgelenke wieder beweglich zu machen. Diese Übungen verbreiteten sich in Genesungslagern und sollten Erholung und Rückkehr zum Frontdienst beschleunigen.“

ten³⁴. Mahr und Hartung mußten sich „bei den meisten Kranken damit begnügen, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und sie für die Kriegswirtschaft nutzbar zu machen“³⁵. Kehrner plädierte dafür, wenn die kranken Soldaten schon nicht fronttauglich würden, sie zumindest in der Munitionsindustrie zu beschäftigen. Auch Krapf, der die Kehnersche Methode des Zwangsexerzierens sowie die Kaufmann-Kur anwandte, unter „Ausnutzung des dem Soldaten anerzogenen Subordinationsgefühls“, hielt es für entscheidend wichtig, Kriegsneurotiker in kriegswirtschaftlichen Betrieben zu beschäftigen³⁶.

Infolge der von Kriegsneurotikern sehr gelichteten Frontlinien und wegen deren demoralisierenden Einflusses auf die Kriegsbereitschaft der Frontsoldaten sowie angesichts der geringen Heilungsquote im Sinne einer Wiederverwendungsfähigkeit an der Front³⁷, forderten immer mehr Psychiater und Neurologen, die Kriegsneurotiker während der „Therapie“ möglichst in Frontnähe zu belassen, um ihnen dadurch die Möglichkeit zu einem sekundären Krankheitsgewinn — nämlich Rückverlegung in die Heimat und Entlassung aus der Armee — zu verbauen. Auch Kurt Schneider propagierte die *Methode der „frontnahen Behandlung“*³⁸: „Die Regimentskrankenstube ist ein Ort der Auslese; nichts ist verkehrter, als alle nervösen Zustände von dort nach rückwärts zu schicken, denn damit gehen der Truppe unnötig Leute verloren. ... Es ist längst von den maßgebenden Stellen erkannt worden, wie wichtig es für die Truppen ist, ihre

34 Stern, H.: Die hysterischen Bewegungsstörungen als Massenerscheinungen im Krieg, ihre Entstehung und Prognose, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 39 (1918), S. 246—281.

35 Mahr und Hartung, a.a.O.

36 Krapf: Über die Behandlung der Kriegsneurosen. Ref. auf der 21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater und Neurologen, in: Arch. Psychiat. Nervenkr. 60 (1919), S. 305. — Vgl. auch: Gaupp, R.: Hysterie und Kriegsdienst, in: Münch. med. Wschr. 62 (1915), S. 363: „Je länger der Krieg dauert, desto mehr wird die Zahl der nervös und hysterisch gewordenen Mannschaften anwachsen, desto dringender wird sich die Forderung erheben, sie statt als kostspielige Lazarettinsassen als am richtigen Orte noch brauchbare Kräfte im militärischen Organismus zu verwenden ...“

37 Nonne z.B. gab die Zahl der durch einfache Hypnose „Heilbaren“ durchaus mit 40—60 % an (zit. n. Kehrner, a.a.O., S. 14), aber es handelte sich dann um nicht mehr kriegstaugliche Soldaten, weil es an der Front sofort zu Rückfällen gekommen wäre. Dies war der Grund für die Eskalation der Therapiemethoden bis hin zum Zwangsexerzieren und zur frontnahen Behandlung.

38 Schneider, K.: Einige psychiatrische Erfahrungen als Truppenarzt, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 39 (1918), S. 307—314. Der Autor gibt auch bereits psychopharmakologische Ratschläge: „... darf der Alkohol als Stimulans im Felde nicht gänzlich verurteilt werden; er ist in kleinen Mengen außerordentlich belebend für die Stimmung, auch besonders im Bewegungskrieg an kalten und nassen Tagen und in verregneten Bivwaks“, a.a.O., S. 309.

Kranken, wenn es irgend geht, bei sich zu behalten, um sie nicht ganz zu verlieren. Und nervenärztlich muß dem voll zugestimmt werden. Wir sehen viele Leute, die mit nervösen Symptomen von vorn kommen und sich in der Ruhe des Reviers in kurzem vollkommen erholen und wieder in den Graben gehen können, während sie einmal ins Lazarett oder gar in die Heimat gelangt, schwerlich wieder „k.v.“ werden dürften. . . . Vielfach genügt Ruhe, ordentlicher Schlaf und die Versicherung, wirklich einige Tage oder während der augenblicklichenstellungsperiode nicht mehr vorn verwendet zu werden, völlig, um die Kranken wieder ganz genesen und „k.v.“ werden zu lassen.“³⁹

Nonne ging in seinen Vorschlägen, den „sekundären Krankheitsgewinn“ zu verhindern, noch weiter: er wollte nicht nur verhindert wissen, daß Soldaten wegen Schüttelzitterns, Bettnässens oder anderer Symptome von der Front abgezogen würden, sondern forderte, *spezielle Kompanien* für Bettnässer und andere Kriegsneurotiker einzurichten und schlug vor, „ob nicht noch einige Neurotikerabteilungen in Kriegslazaretten hinter der Front eingerichtet werden sollten, mit der Möglichkeit, Neurotiker, die im Heimatgebiet Schwierigkeiten machen, dorthin zur Behandlung zu verlegen, und mit der Bestimmung, daß Entlassungen und Verlegungen in der Regel nur in der Richtung nach der Front zu vor sich gehen dürfen . . .“⁴⁰ In seinem Handbuchartikel berichtete er über die Erfolge der „frontnahen Psychiatrie“: „Dicht hinter der Front wurden die Fälle vom 3. Kriegsjahre an meistens schnell geheilt. Hier wirkten die militärische Disziplin und die rauhe Notwendigkeit therapeutisch. Es gab Truppenteile, bei denen es therapeutische Gepflogenheit war, die Abwehrneurosen ins Trommelfeuer zu schicken, und Ärzte solcher Truppenteile berichten, daß dieses Vorgehen von großem prophylaktischen Wert gewesen sei.“⁴¹

Nonne bedauerte, daß in Friedenszeiten die Fortsetzung der im Krieg bewährten Behandlungsmethoden speziell bei Renten-neurotikern nicht möglich sei, weil dort u. a. „die Einstellung des Seelenlebens auf militärische Disziplin“ fehle. Er drückte dennoch die Hoffnung aus, daß sich die Therapeuten und Gutachter daran erinnern werden, „daß von 1915—1918 durch deutsche Neurologen und Psychiater bewiesen wurde, daß die Kriegsneurosen mit ihrem mannigfachen und buntscheckigen Symptomenkomplex zu heilen sind, sowie zum Festhalten der Heilung ein einziges Zusammengehen von

39 Schnelder, a.a.O.

40 Nonne, a.a.O., S. 119. — „Militärische Behörden, Kriegsministerien, Versorgungsabteilungen, stellvertretende Generalkommandos, Bezirkskommandos, Ersatz- und Feldtruppenteile und die bei diesen Behörden tätigen Ärzte sind durch Vorträge über das Wesen der Kriegsneurosen aufzuklären. Ebenso ist eine Aufklärung des weiteren Publikums notwendig, auch die Zivilbehörden sind in der Richtung zu beeinflussen, daß sie im Verkehr mit Neurotikern nicht durch unzweckmäßiges Mitleid schaden . . .“

41 Nonne, a.a.O., S. 114.

Ärzten, militärischen, gutachterlichen und richterlichen Instanzen gehört.“⁴²

Das Selbstverständnis und die Praxis der überwältigenden Mehrheit der Psychiater und Neurologen im 1. Weltkrieg kann folgendermaßen zusammengefaßt werden: In Identifikation mit den militärischen Zielen und der militärischen Führung betrachteten sie es als ihre Aufgabe, für die optimale Selektion von Soldatenmaterial zu sorgen, Simulanten zu entlarven, potentielle Störfaktoren (bestimmte Arten von „Psychopathen“, therapierefraktäre Kriegsneurotiker) aus der Armee zu eliminieren und Kriegsneurotiker durch oft brutalste Methoden wieder frontfähig, zumindest jedoch für die Arbeit in den Rüstungsbetrieben tauglich zu machen. Sie waren nicht die ärztlichen Anwälte des Kriegsneurotikers, der seine Angst vor dem Tod und seine Gegnerschaft zum Töten-Müssen als Simulation oder hysterische Symptomatik zum Ausdruck brachte, sondern sie waren bewußte Helfer einer militärischen Führung, die reibungsloses Funktionieren und notfalls rasche Reparatur der Kampffähigkeit der Soldaten verlangte⁴³. Als hätte er das Vorgehen der deutschen Militärpsychiatrie vorausgesehen, schrieb Karl Liebknecht bereits 1907: „Der Militarismus muß, um seinen Zweck zu erfüllen, die Armee zu einem handlichen, gefügigen, wirksamen Instrument machen. Er muß sie in militärisch-technischer Beziehung auf eine möglichst hohe Stufe heben und andererseits, da sie aus Menschen, nicht aus Maschinen besteht, also eine lebendige Maschinerie ist, mit dem richtigen ‚Geist‘ erfüllen ... So werden die Rekruten narkotisiert, verwirrt, geschmeichelt, gekauft, bedroht, eingesperrt, geschliffen und geprügelt; so wird

42 Nonne, a.a.O., S. 118. Gleiche Konsequenzen zieht E. Fröhlich schon 1916: Die Kriegsfähigkeit von Rentenempfängern, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 33 (1916), S. 178—184. Schob resümiert Fröhlichs Untersuchung über Unfallrentner aus der Zeit vor 1914, die später zum Kriegsdienst herangezogen worden waren: „Von den 21 Rentenempfängern mußte nur ein einziger entlassen werden; einer war garnisonverwendungsfähig, einer Armierungssoldat; alle übrigen waren im Feldheer zu verwenden — diese Erfahrungen lehren unzweifelhaft, daß in Zukunft ‚bei Beurteilung der Erwerbsbeschränkung von Unfallkranken, insbesondere bei der Einschätzung funktioneller Beschwerden und Zubilligung kleiner Renten, ein wesentlich schärferer Maßstab angelegt werden muß als bisher. Verf. empfiehlt u. a. die Einrichtung ärztlicher Kontrollbesuche bei den Unfallkranken.“ Zit. nach Z. ges. Neurol. Psychiat. 14 (1917), S. 573/74.

43 Reparaturfunktion erhielten auch die übrigen Fächer der damaligen Medizin. Vgl. dazu: „Im deutschen Heer kehrten 60 Prozent der Verluste wieder an die Front zurück, in Rußland nur 18 Prozent.“ Kaiser Wilhelm äußerte sich in einer Dankadresse an die deutsche Ärzteschaft für deren Geburtstagsglückwünsche: „Der Weltruf der deutschen ärztlichen Kunst hat sich auch im gegenwärtigen Kriege glänzend bewährt.“ Beide Zitate aus: Dtsch. Ärztebl. 69 (1972), S. 1284. — Nach dem Krieg äußerte sich Hindenburg in seinen Memoiren: „Würde unser Sanitätskorps nicht auf der Höhe der Zeit gestanden haben, auf der es sich tatsächlich befand, so hätten wir schon aus diesem Grund den Krieg nicht so lange durchhalten können.“ Hindenburg, P. von: Aus meinem Leben, Leipzig 1920, S. 136.

Körnlein und Körnlein zum Mörtel für den gewaltigen Bau der Armee zusammengemischt und geknetet.“⁴⁴

III. Nach dem 1. Weltkrieg: Spontanheilungen von Kriegsneurosen, Kritik an den Psychiatern, Klinifizierung der sozialistischen Bewegung

Die im militärischen Schrifttum schon während des Krieges mehrfach geäußerte Erwartung, daß der Friede eine sehr hohe *Spontanheilungsrate der Kriegsneurotiker* zur Folge haben würde, traf ein. Mit besonderer Erbitterung registrierten führende Psychiater dies bei ehemaligen Kriegsneurotikern, die ihre Symptomé verloren und sich als Sozialisten und Kommunisten politisch betätigten. So berichtet Nonne in seinem Handbuchartikel: „Sehr interessant war es, Erfahrungen zu sammeln über das Verhalten der Neurotiker bei uns nach der Revolution. Der Neurotiker wird auf Grund seiner seelischen Konstitution stets erklären, daß er zu hart behandelt wurde, ebenso wird der Neurotiker mit Naturnotwendigkeit weniger zu leisten suchen, als von ihm verlangt wird, auch das liegt im Wesen der abnormen seelischen Konstitution ... und diese Neurotiker ... konnten während der Revolution Erstaunliches leisten im Reden, Agitieren, Herumlaufen, Schreiben und Organisieren. Auf meiner Abteilung trat ein refraktärer Zitterer, der sich über zu harte Behandlung beschwert hatte, als Soldatenrat in Funktion und war von Morgen bis Abend in gehobener Stimmung tätig für seine ‚Untergebenen‘, befreit von allen Unlustgefühlen und allen motorischen Reizerscheinungen, getragen vom Bewußtsein der Zweckhaftigkeit seines Daseins und seiner Tätigkeit.“⁴⁵

Von der Position einer unabhängigen, um Objektivität bemühten, nicht an militärische Interessen gebundenen Psychiatrie aus ließe sich der Vorgang folgendermaßen beschreiben: Menschen, die sich gegen den Verrat ihrer Interessen im 1. Weltkrieg wehrten und den Zwang zur Teilnahme an diesem Krieg als schärfste Form der Entfremdung empfanden, entwickelten als Soldaten hysterische Symptome — die einzig verbliebene Möglichkeit, ihren politisch noch nicht artikulierten oder nicht mehr artikulierbaren Protest auszudrücken und sich der Kriegsverwertung im Sinne der Herrschenden zu entziehen. Die Psychiatrie im Dienste des Militärs etikettierte diesen Protest als „krankhaft“, entpolitisierte ihn und brachte ihn durch ihre „Therapie“ vorläufig zum Verstummen. Die Spontanheilungsrate bei Kriegsende, die nach Ausmaß und Ausprägung durchaus den bürgerlichen Maßstäben entsprach, wurde mit Hinweis auf frühere Prognosen nur als Bestätigung des eigenen Konzepts aufgefaßt. Als jedoch die ehemaligen Kriegsneurotiker in der Novemberrevolution in Solidarität mit ihrer Klasse endlich begannen, ihre politischen Interessen zu artikulieren und Aktionen zu realisieren, die das Bürger-

44 Liebknecht, K.: Militarismus und Antimilitarismus, zit. n. ders.: Reden und Aufsätze. Frankfurt/M. 1971, S. 91 u. 99.

45 Nonne, a.a.O., S. 116.

tum in seiner Klassenexistenz bedrohten, da griff die Psychiatrie zu einer Diffamierungsmethode, die auch heute noch ihre Dienste tut: sie klinifizierte das sozialistische Engagement⁴⁶.

Mit einem Zynismus sondergleichen versuchte Nonne den Gesundungsprozeß gleichzusetzen mit den Machtgelüsten des zeitgenössischen Kleinbürgers: „Die letzten Neurotiker verschwanden von der Straße auf Grund ihres Herrengefühls...“⁴⁷ Es fehlte noch die Klinifizierung der sozialistischen Massenbewegung, die prompt in Verbindung mit der bürgerlichen Ideologie von der Masse (Le Bon) von Kollegen besorgt wurde⁴⁸. So äußerte sich Stransky auf der Deutschen Psychiaterversammlung in Hamburg (27./28. Mai 1920) in seinem Vortrag „Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie“: „... im Verein mit der Hysterisierung der Masse, wie sie jeder Krisen- und Verfallzeit eigen ist und der darin wurzelnden Messiaserwartungsstimmung, hat jene Empfänglichkeit breiter Schichten für krankhafte oder kurzschlüssige Ideenverbindungen geschaffen, wie sie sich in den verschiedenen farbigen Putsch geoffenbart hat. Kein Wunder, wenn ... auch die Empfänglichkeit der Massen, sich von krankhaft-entarteten Persönlichkeiten leiten zu lassen, eine erhöhte war und noch heute ist; klinisch am genauesten erscheint dies — ich weise besonders auf die Abhandlungen von Kraepelin und Kahn hin — für die Münchner Kommunistenperiode erwiesen...“⁴⁹

Nach dem 1. Weltkrieg wurde vielfach Kritik an dem Vorgehen deutscher Psychiater und Neurologen laut, die entschieden zurückgewiesen und als Zeichen ungerechter allgemeiner „Psychiaterhetze“ bezeichnet wurde⁵⁰.

Vereinzelt strengten ehemalige Patienten Prozesse gegen ihre früheren Therapeuten wegen körperlicher und seelischer Mißhandlung an. Am bekanntesten wurde der Prozeß gegen Wagner-Jauregg, zu dem Freud als Sachverständiger geladen war. Dessen Gutachten zeigt sowohl die kritischen Einsichten und das Verständnis für die Genese

46 Vgl. dazu Dörner, K.: Über den Gebrauch klinischer Begriffe in der politischen Diskussion, in: Die Linke antwortet Habermas, Stuttgart 1968, S. 59—69; vgl. auch ders.: Bürger und Irre, Stuttgart, 1969.

47 Nonne, a.a.O., S. 116.

48 Kahn, E.: Psychopathen als revolutionäre Führer, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 52 (1919), S. 90—106, Kraepelin, E.: Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte, Süddeutsche Monatshefte 16 (1919), S. 171—184.

49 Stransky, E.: Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 60 (1920), S. 271—280.

50. Stransky, a.a.O., S. 273: „Und so hat unsere Zeit, statt den Ärzten und ganz besonders den Psychiatern erhöhte Geltung zu verschaffen, einstweilen das Gegenteil bewirkt und die Psychiaterhetze sogar in eine neue Phase treten lassen; insbesondere wird das System der pädagogischen Behandlung der Kriegsneurosen von demagogischer Seite weidlich ausgebeutet; als ob sie ein Kriegsspezifikum gewesen wären! Hier gilt es kräftig abzuwehren...“

von Kriegsneurosen als auch die Begrenztheit einer Humanitätsauffassung, die ahistorisch und außerhalb der sozio-ökonomischen Zusammenhänge argumentiert und daher über den individualtherapeutischen Aspekt hinaus keine Handlungsanweisung zu geben vermag.

Freud führte „als die nächste Ursache aller Kriegsneurosen die dem Soldaten unbewußte Tendenz, sich den gefährvollen oder das Gefühl empörenden Anforderungen des Kriegsdienstes zu entziehen“ an. „Angst um das eigene Leben, Sträuben gegen den Auftrag, andere zu töten, Auflehnung gegen die rücksichtslose Unterdrückung der eigenen Persönlichkeit durch die Vorgesetzten, waren die wichtigsten Affektquellen, aus denen die kriegsflüchtige Tendenz gespeist wurde. ... Ein Soldat, in dem diese affektiven Motive mächtig und klar bewußt gewesen wären, hätte als Gesunder desertieren oder sich krankstellen müssen. Die Kriegsneurotiker waren aber nur zum kleinsten Teil Simulanten; die Affektregungen, die sich in ihnen gegen den Kriegsdienst sträubten und sie in die Krankheit trieben, wirkten in ihnen, ohne ihnen bewußt zu werden.“ Freud spitzte sein Gutachten zu einer scharfen Kritik am Ärztestand zu: „War er aus dem Krieg in die Krankheit geflüchtet, so wandte man Mittel an, die ihn zwangen, aus der Krankheit in die Gesundheit, also in die Kriegsdiensttauglichkeit zurückzuziehen. ... Dies therapeutische Verfahren war aber von vorneherein mit einem Makel behaftet. Es zielte nicht auf die Herstellung der Gesundheit des Kranken, oder auf diese nicht in erster Linie, sondern vor allem auf die Herstellung seiner Kriegstüchtigkeit; die Medizin stand eben diesmal im Dienste von Absichten, die ihr wesensfremd sind. ... den Ärzten ist etwas wie die Rolle von Maschinengewehren hinter der Front zugefallen, die Rolle, die Flüchtlinge zurückzutreiben. Das lag bestimmt in der Absicht der Kriegsverwaltung. ... Für den ärztlichen Stand war es eigentlich eine Aufgabe, die sich nicht recht damit verträgt. Der Arzt soll in erster Linie der Anwalt der Kranken sein, nicht der eines anderen. Wie der Arzt in den Dienst eines anderen tritt, ist seine Funktion gestört.“⁵¹

IV. Die sanitätstaktische Vorbereitung auf den 2. Weltkrieg

Der rasche Aufbau der Wehrmacht verlangte auch eine Erweiterung des Sanitätswesens. Dabei stützten sich die Militärplaner auf die Erfahrungen aus dem 1. Weltkrieg, die in einer großen Zahl von Arbeiten niedergelegt und z. T. in Form von Empfehlungen für künftige Kriege zusammengefaßt waren. Besonders stark wurde der Ausbau des Sanitätsdienstes der Luftwaffe vorangetrieben, weil ihr im kommenden Krieg eine wichtige Rolle zugemessen wurde. Außerdem galt es, militärmedizinische Konzeptionen für die schnellen Operationen des geplanten Blitzkrieges zu entwickeln.

51 Zit. n. d. Auszug aus dem Protokoll des Untersuchungsverfahrens gegen Wagner-Jauregg im Oktober 1920. Hrsg. R. Gicklhorn, in: *Psyche* 26 (1972), S. 939—951.

Zur Sicherstellung des Nachwuchses an Sanitätsoffizieren wurde 1934 als Nachfolgerin der früheren Kaiser-Wilhelm-Akademie die Militärärztliche Akademie eröffnet. Analog zum damaligen wissenschaftlichen Senat wurde auch jetzt der „Wissenschaftliche Senat für das Heeressanitätswesen“ gegründet, der unter dem Vorsitz des Heeressanitätsinspektors regelmäßige Tagungen abhielt. Ihm gehörten eine Reihe der bekanntesten Vertreter der damaligen Medizin an, darunter die Psychiater Bonhoeffer und Bumke, die Internisten von Krehl und von Bergmann, der Pathologe Aschoff, der Hygieniker Uhlenhut und der Chirurg Sauerbruch⁵². „In der Hoffnung, daß die berechtigten Kolonialforderungen des Deutschen Volkes in absehbarer Zeit in Erfüllung gehen“^{52a}, wurde bis 1937 auch eine Tropenmedizinische Abteilung aufgebaut. Erste Fronterfahrungen sammelte der Sanitätsdienst der Wehrmacht in der Legion Condor während des spanischen Bürgerkriegs u. a. beim Abtransport von Verwundeten auf dem Luftwege.

Ein beträchtlicher Unsicherheitsfaktor für die militärische Planung des nächsten Krieges war das befürchtete *epidemieartige Wiederauftreten der Kriegsneurosen*. In den Jahren unmittelbar vor Beginn des 2. Weltkrieges stieg daher die Zahl der militärpsychiatrischen und -psychologischen Veröffentlichungen rasch an⁵³. Wietfeld schlug zur Vorbeugung der Kriegsneurosen „planmäßige Affektpflege der Soldaten“ sowie psychologische Ausbildung der Offiziere vor. Zu jedem Regiment sollte ein psychiatrisch ausgebildeter Sanitätsoffizier gehören, der darauf zu achten hätte, daß die Truppe nicht nur körperlich, sondern auch psychisch kriegsverwendungsfähig sei. Entlassungen aus der Armee oder Gewährung einer Rente sollten grundsätzlich verboten sein⁵⁴.

Heidenhain verlangte, daß vom ersten Tag der Mobilmachung an der psychiatrisch-hygienische Dienst sofort arbeiten müsse und im Kriegsministerium eine zentrale Studienkommission einzurichten sei, die sofort alle auftretenden Fragen wissenschaftlich bearbeiten könne. Die Behandlung von Kriegsneurotikern habe frontnah zu sein, „wo die Neurotiker durch systematische Arbeitstherapie und militärische Weiterbildung sowie Suggestivmethoden wieder geheilt werden“. Ein wichtiges Ziel sei es, von vornherein solche Soldaten von der Ar-

52 Die vollständige Liste ist abgedruckt in: Der Deutsche Militärarzt 1 (1936), S. 42—43. — Dabei wurde die Integration des Arztes in den Militärbetrieb, d. h. seine Identifikation mit den militärischen Zielen, um eine weitere Etappe vorangetrieben: die Bewerber dienten zunächst 6 Monate mit der Waffe bei der Infanterie; nach erfolgreichem Abschluß des Truppendienstes und dem Nachweis der politischen Zuverlässigkeit wurden sie in die Akademie aufgenommen.

52 a Der Deutsche Militärarzt 3 (1938), S. 31.

53 Eine ausführliche Bibliographie der deutschen Militärpsychologie findet sich in: Wehrpsycholog. Mittlg. 6 (1972), Heft 2, S. 71—110 und S. 128—203. — Eine kritische Aufarbeitung wäre dringend erforderlich.

54 Wietfeld, H.: Kriegsneurose als psychisch-soziale Mangelkrankheit. Leipzig 1936.

mee fernzuhalten, die „auf Grund ihrer abnormen psychischen Verfassung im Heeresdienst Schiffbruch erleiden müssen und dem Heer gefährlich werden können“. Es gäbe jedoch auch Psychopathiefornen, wie etwa „den hyperthymen, erregbaren Psychopathen mit vorwiegend heiterer Grundstimmung“, aus denen sich oft ausgezeichnete Patrouillengänger rekrutierten, „die durch ihren völligen Leichtsinn den Ernst der Sachlage vergessend zu allen Unternehmungen geneigt und geeignet sind“. Diese sollte man unbedingt in der Armee belassen⁵⁵. Andere Ärzte schlugen vor, den Lazarettaufenthalt für zukünftige „Kriegshysteriker“ möglichst kurz zu halten und die „hartnäckigen Zitterer“ in besonderen Formationen so nahe an der Front zur Arbeit einzusetzen, daß die Gefahr nicht wesentlich geringer als für einen Frontsoldaten sein werde⁵⁶.

Die Diskussion über die möglichst rasche und sichere *Entlarvung von Simulanten* wurde ebenfalls fortgeführt⁵⁷. Explizit ausgesprochen wurde die rassenpolitische Funktion der Militärmedizin. In der führenden militärmedizinischen Zeitschrift „Der Militärarzt“ wurde betont, daß „Auslese der Fähigen, Ausschaltung . . . der Unfähigen“ und „Hilfsmaßnahmen zur Ausmerze durch Erfüllung der Anzeigepflicht der bei ihm bekannt gewordenen Erbkrankheitsfälle“ zu den wichtigsten Aufgaben des Militärarztes gehörten. Der Autor fuhr

55 Heidenhain, A.: Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht. Leipzig 1938. — Um einer epidemischen Ausbreitung der Kriegsneurosen im Ernstfall vorzubeugen, sah die neue Gliederung des Sanitätsdienstes vor, daß jedem Heerestrupp und Armee, sowie jedem Wehrkreis in der Heimat auch ein beratender Psychiater zugeteilt war. Ebenso war bei jeder Kriegslazarettabteilung eine Planstelle für einen Psychiater vorgesehen. Die beratenden Psychiater, die unmittelbar den Heeresgruppen- und den Armeeärzten unterstellt waren, mußten vierteljährlich einen Erfahrungsbericht an den Heeres-Sanitätsinspektor erstatten, der wiederum einen beratenden Psychiater zur Seite hatte (nach Kolle, K.: Bemerkungen zur deutschen Kriegspsychiatrie während des 1. und 2. Weltkriegs, in: Handbuch Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Berlin (West) 1961, S. 620).

56 Weber, F. W. A.: Wie sollen wir uns in einem zukünftigen Kriege zu den Kriegsneurotikern stellen? in: Münch. med. Wschr. (1939), S. 1305—1306. — „Letzteres ist von allergrößter Wichtigkeit, weil nur dadurch Rückfälle und auch ‚Neuerkrankungen‘ verhütet werden können, daß allgemein bekannt ist, daß eine Zitterneurose nicht aus der Gefahrenzone herausbringt, und daß damit der Zweck einer solchen, der Hölle der Front zu entschlüpfen, nicht erreicht wird . . .“

57 Buinewitsch, K.: Über das Simulieren von Krankheiten, in: Wien. med. Wschr. 89 (1939), S. 472. Baecker, K.: Wie wurde zur Zeit der allgemeinen Wehrpflicht die Simulation von Körperfehlern entdeckt? Inaug.-Diss., Düsseldorf 1936. — Der Geschichte des „Simulantentums“ bei zwangsrekrutierten Soldaten und ihrer „Entlarvung“ durch Militärärzte sollte eine eigene Studie gewidmet werden. Eine der ersten Arbeiten erschien bereits 1829 von Schmetzer: Über die wegen Befreiung vom Militärdienst vorgeschützten Krankheiten und deren Entdeckungsmittel. Tübingen 1829. Über z. T. brutale Entlarvungsmethoden im 1. Weltkrieg berichtet u. a. Mönkemöller: Die Simulation psychischer Krankheitszustände in militärforensischer Beziehung, in: Arch. Psychiat. Nervenkr. 60

fort: „In den Aufgaben der Ausschaltung und Ausmerze berühren sich Rassenpolitik und Wehrmedizin auf das engste.“⁵⁸

Schon bald nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten wurde den Militärärzten eine wichtige Aufgabe bei der Durchführung der Eugenik zugeteilt: „Die Wehrmacht muß das Filter sein, in dem alle unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses Fallende zurückgehalten werden, bevor sie die Möglichkeit haben, eine Ehe zu gründen und Kinder in die Welt zu setzen.“^{58a} Schon geringe Auffälligkeiten —, die auf psychische Erkrankungen — besonders Schwachsinn und „Psychopathie“ — hinweisen konnten, sollten zur genaueren Untersuchung der Soldaten veranlassen: „Um den erbpflegerischen Aufgaben der Wehrmacht gerecht zu werden, ist es daher notwendig, daß jeder Soldat, der dem Unterricht nicht mühe-los, wie seine anderen Kameraden, folgen kann, dem zuständigen Sanitätsoffizier vorgeführt wird.“^{58b}

Mit besonderer Intensität widmete sich die Militärpsychiatrie vor dem 2. Weltkrieg dem Problem der „Psychopathen“, die im nächsten Krieg als militärisch unbrauchbar und politisch gefährlich angesehen wurden. Stier, der Nestor der deutschen Militärpsychiatrie, äußerte die Befürchtung, daß „die Anreicherung der minderwertigen Elemente in der Heimat kaum geringere Gefahren in sich birgt, als ihre Verwendung an der Front“^{58c}, und forderte daher schon 1936 „die

(1919), S. 604—720. Vgl. auch Engelen und Rangette: Nachweis von Simulation durch das Assoziationsexperiment, in: *Ärztl. Sachverst.-Z.* 22 (1916), S. 37 ff. Weitere Quellenhinweise vgl. Fußnote 17. — Die amerikanischen Militärpsychiater benutzten zur Entlarvung von Simulanten u. a. die Narkoanalyse; vgl. Kranz, H.: Die Narkoanalyse als diagnostisches und kriminalistisches Verfahren, in: *Recht und Staat in Geschichte und Gegenwart*, B. 150, Tübingen 1950, S. 14. — Zum Simulationsproblem in der Bundeswehr vgl. Altwein, J., B. Mairose, M. Poetzsch: Simulation und Dissimulation, in: *Wehrmed. Mschr.* 14 (1970), S. 273—276.

58 Leditznig, Chr.: Die Zwillingsdiagnose bei der Musterung, in: *Der Deutsche Militärarzt* 9 (1944), S. 14—17.

58 a Klebe: Erbforschung und Erbpflege in Volk und Wehrmacht, in: *Der Deutsche Militärarzt* 2 (1937), S. 133.

58b Klebe, a.a.O. Mit Erlaß vom 23. 9. 1936 wurden den Sannitätsdienststellen der Wehrmacht die amtsärztlichen Dienstgeschäfte für den Bereich der Wehrmacht übertragen, und durch Verfügung vom 11. 11. 1936 waren sie — ebenso wie alle Krankenanstalten — dem Erbgesundheitsgericht zur Aussage verpflichtet; von Krankenblättern mußten Abschriften übersandt werden (*Der Deutsche Militärarzt* 2 (1937), S. 190). Schon 1937 war jeder Sanitätsoffizier bei Strafandrohung verpflichtet, jede Person, die er als erbkrank diagnostizierte, dem zuständigen Amtsarzt zu melden. Da die Leitenden Ärzte der Nervenabteilungen der Lazarette den Amtsärzten gleichgestellt waren, konnten sie von sich aus Anträge auf Unfruchtbarmachung „erbkranker“ Soldaten bei den Erbgesundheitsgerichten stellen (Klebe, a.a.O., S. 133—134). Unter diese Kategorie fielen auch „schwere“, das heißt linke „Psychopathen“.

58 c Stier, E.: Psychiatrie und Heer, in: *Der Deutsche Militärarzt*, 1 (1936), S. 17.

Verweisung der gefährlicheren Elemente in Konzentrationslager der Heimat“^{58d}.

Daß diese Kriminalisierung der „Psychopathen“ politische Gründe hatte, wurde klar ausgesprochen in dem Vortrag „Das Problem der Psychopathen in der Wehrmacht“, den Oberstabsarzt Dr. Simon am 2. 11. 1937 vor der Militärärztlichen Gesellschaft München hielt; anwesend waren neben Generälen, Vertretern verschiedener Organisationen (SA, Kriegsgerichte, Ministerien) auch die Professoren Bumke und von Müller. Simon unterschied bei den sogenannten Psychopathen zwischen „Versagern“ und „Störern“, wobei er die „Störer“ als „linken Flügel der Psychopathen“ einordnete^{58e}. Deren politische Gefährlichkeit hob er immer wieder hervor: „Wir wissen, daß dieser linke Flügel der Psychopathen im Kriege als Soldat an der Front nicht verwendet werden konnte, und auf der anderen Seite, daß die Anreicherung der Heimat mit diesen Elementen noch größere Gefahren mit sich gebracht hat, als wenn man sie an der Front verwendet hätte. Wir haben im Kriege erfahren, und besonders am Kriegsende, während der Revolution 1918 und in der Räte- und Spartakistenzeit zu fühlen bekommen, wie schlimm und wie verheerend sich die zersetzende Tätigkeit dieses linken Flügels der Psychopathen ausgewirkt hat...“^{58f}

Simon forderte die Früherkennung der linken Psychopathen, das Anlegen von Überwachungslisten und die Meldepflicht wie bei Infektionskrankheiten: „Diese Meldungen müssen von zentralen Stellen, etwa den Gesundheitsämtern oder vielleicht besser der Staatspolizei registriert werden, so daß man im Falle der Bedrohung des Staates die gefährlichen Elemente sofort greifen kann, bevor sie ihre zersetzende Tätigkeit entfalten können. Man wird nicht umhin können, den linken Flügel der Psychopathen, der weder an der Front noch hinter der Front verwendet werden kann, irgendwie zu verwahren, und zwar dort, wo er zur Arbeit unter Aufsicht herangezogen werden kann. Stier hat vorgeschlagen, die gefährlichsten unter ihnen in Konzentrationslagern in der Heimat zu versammeln. Man wird auch die im Kriege leerstehenden Arbeitsdienstlager zur Absonderung solcher Elemente verwenden können, man wird vielleicht die Mindergefährlichen in Arbeitskompanien zusammenfassen... Wir erkennen den Psychopathen, wir wissen, daß es einen linken Flügel gibt und wissen, welche Gefahr er darstellt...“^{58g}

58 d Stier, a.a.O.

58 e Der Deutsche Militärarzt 3 (1938), S. 34.

58 f Ebenda, S: 34. — „Die gefährlichsten Störungselemente dieser Art sind, wie die Erfahrung schon einmal gelehrt hat, der linke Psychopathenflügel. Hier finden wir diejenigen, die sich teils heimlich, teils offen als Hetzer und Aufrührer betätigen. Hier sind diejenigen, die, vielleicht nicht unintelligent, gerissen und dabei gut getarnt, Unzufriedene um sich sammeln, diejenigen, die der feindlichen Propaganda am meisten zugänglich sind und sie verbreiten...“ Ebenda, S. 35.

58 g Der Deutsche Militärarzt 3 (1938), S. 35.

In der anschließenden Diskussion führte General von Reichenau u. a. aus, „Für die Praxis stimme er in der Behandlung dem Grundsatz zu: retten, was zu retten ist, aber auch zerbrechen lassen, was zerbrechen muß“^{58h}. — Auch der bekannte Psychiater Bumke „schloß sich den Schlußfolgerungen des Vortragenden an... Es gelte die asozialen und antisozialen Persönlichkeiten schon im Frieden zu erfassen und bei Kriegsbeginn entsprechend zusammenzufassen. Zum Schluß betonte er, daß Leute mit psychogenen Reaktionen und hysterischen Zustandsbildern als psychische Infekte in der Truppe wirken können und daß deshalb zur Vermeidung unangebrachten Mitleids, wie es im Weltkriege nicht selten beobachtet werden konnte, Aufklärung der Offiziere erforderlich sei. Er hob hervor, daß das Psychopathenproblem im Kriege ohne entsprechende Härte nicht gelöst werden könne.“⁵⁸ⁱ Der Psychiater Bumke, Mitglied des Wissenschaftlichen Senats für das Heeressanitätswesen, hatte damit die militärpsychiatrische Strategie „wissenschaftlich“ abgesichert: alle Tauglichen an die Front, die „Versager“ in die Etappe oder in die kriegs- bzw. zivilwirtschaftlichen Betriebe, die „Störer“ in Arbeits- und Konzentrationslager.

V. Zur deutschen Militärmedizin im 2. Weltkrieg

Der befürchtete große Schub von „hysterischen Zweckneurosen“ blieb im 2. Weltkrieg auf deutscher Seite aus. — Zwar traten Fälle von Kriegsneurosen auf, ihre Zahl war jedoch wesentlich geringer als zuvor von der militärischen Führung erwartet. Statt dessen wurde ein Gestaltwandel von den deutlich hysterischen und demonstrativen Reaktionen zu den *funktionellen Organstörungen* beobachtet⁵⁹.

58 h Ebenda.

58 i Ebenda.

59 Vgl. Jung, R.: Einleitung zur Kriegspsychiatrie, in: Handbuch Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3, Berlin 1961, S. 570; vgl. auch Brede, K.: Sozioanalyse psychosomatischer Störungen Frankfurt 1972, S. 173 ff.; sowie Meyer, J. E.: a.a.O., S. 608—611. — Hier stellt sich natürlich die Frage, warum der besagte Gestaltwandel gerade in der deutschen Wehrmacht manifest wurde. Ein exakter statistischer Vergleich mit anderen kriegsführenden Staaten, der im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden konnte, würde genaueren Aufschluß bringen. Daß am Wandel der Symptomatik das politische System des damaligen Deutschland nicht unbeteiligt war, darf jedoch schon jetzt als Arbeitshypothese gelten. Das faschistische Regime erdrückte ja den seelischen Protest kriegsunwilliger Soldaten nicht nur mit den perfektionierten psychiatrischen Methoden des 1. Weltkrieges, sondern ebenso mit offenem Terror (Gefängnis, Strafbataillonen, KZ's, Erschießungen); angesichts solcher Aus-Weg-Losigkeit liegt eine Verschiebung psychischer Konflikte auf den von der Militärdiagnostik noch akzeptierten somatischen Bereich nahe. Zum andern wurde bei der Mobilisierung der letzten Reserven vor Menschen nicht halt gemacht, die entsprechende somatische Krankheitsdispositionen mitbrachten.

Soweit psychische Störungen auftraten, blieb man bei der im 1. Weltkrieg bewährten Methode der frontnahen Behandlung. Auf die grobschlächtigen Überrumpelungstaktiken mittels Stromstößen etc. konnte weitgehend verzichtet werden, statt dessen kamen *verfeinerte Techniken* zur Anwendung⁶⁰. Wie sich die Militärpsychiatrie in den Dienst der faschistischen Kriegsführung stellen ließ, zeigt folgendes Beispiel aus dem Handbuchartikel von J. E. Meyer, das dort als Zeichen eines Therapieerfolges kommentarlos referiert wird: „Einer der erfolgreichsten deutschen Kampfflieger beschoß als Schlachtflieger versehentlich eigene Truppen und erkrankte unmittelbar danach mit Kreuzschmerzen und Ischialgien, die ihm das Fliegen unmöglich machten und jeder Behandlung widerstanden. Er gesundete sofort, als man ihm anbot, Jagdflieger zu werden, wo er eine Wiederholung des Geschehenen nicht zu befürchten hatte.“⁶¹

Infolge des massiven Auftretens von funktionellen Organstörungen, besonders des Magen-Darm-Trakts, fiel nunmehr der Inneren Medizin die Funktion der „Maschinengewehre hinter der Front“ (Freud) zu, welche im 1. Weltkrieg hauptsächlich die Psychiatrie zu erfüllen hatte. In diesen Zusammenhang sind die zahlreichen interistischen Veröffentlichungen in zivil- und militärmedizinischen Zeitschriften und die verschiedenen Tagungen besonders in der zweiten Kriegshälfte einzuordnen⁶².

Im Zuge der erforderlichen Mobilisierung der letzten Reserven besonders ab 1943 stellte die militärische Führung die Militärmedizin vor die Aufgabe, bei der Rekrutierung die militärische Tauglichkeit möglichst weit zu fassen und eine Entlassung aus der Armee aus Krankheitsgründen nach Möglichkeit zu verhindern.

Die dritte Arbeitstagung der beratenden Fachärzte im Mai 1943 hatte schon über die bessere Verhütung von Infektionskrankheiten beraten und die Möglichkeiten diskutiert, wie Soldaten mit Magen-

60 Eine ausführliche Darstellung der meisten Therapiemethoden findet sich im Standardwerk der Militärpsychiatrie: Juillet, P., P. Moutin: *Psychiatrie militaire*. Paris 1969.

61 Meyer, a.a.O. S. 582. Einen ähnlichen „Therapieerfolg“ in der amerikanischen Armee kritisiert Kranz a.a.O. S. 12—13.

62 Vgl. Tidow, R.: Die Wehrdienstfähigkeit von Ulkusträgern ..., in: *Veröffentl. aus d. Gebiet d. Marine-Sanitätswesens* 35, Berlin 1943, s. d. bes. Kapitel VII: „Organisatorische Vorschläge zur Lösung der Ulkuserfrage in der Kriegsmarine“, S. 50 ff. — Ders.: Die Bedeutung der Gastroskopie für die Beurteilung der Wehrdienstfähigkeit von Magenkranken, in: *Der Deutsche Militärarzt* 8 (1943), S. 82—86. „... Magen-neurotiker sind dagegen ohne besondere diätetische Maßnahmen felddienstfähig. Für sie ist ‚die Abhärtung durch den Kriegsdienst‘ die beste Therapie ...“ (S. 84). Um die Simulanten „beizeiten herauszufinden, ehe sie durch fehlende Einsatzbereitschaft und schlechte Beeinflussung ihrer Umgebung Schaden gestiftet haben, ist die Gastroskopie die Methode der Wahl ... Im letzten Jahre verweigerten 2 Soldaten den Eingriff. In beiden Fällen handelte es sich um asoziale Elemente, die von vorneherein alles negierten. Diesen Menschen gegenüber besitzen Sanitäts-offiziere glücklicherweise sehr wirkungsvolle Mittel ...“ (S. 85).

geschwüren und postdysenteritischen Magenstörungen sowie gene-sene Diphteriekranken wieder militärisch eingesetzt werden könnten. Ähnliche Probleme waren auch Gegenstand der 4. Arbeitstagung im Mai 1944, die im SS-Lazarett Hohenlychen stattfand. Dazu erklärte der Chef des Wehrmachtssanitätswesens: „In mehreren Wehrkreisen erfolgte im vergangenen Jahr die Aufstellung von Magenbataillonen mit dem Ziel, bei geeigneter Behandlung und Diätversorgung die Masse der Magenkranken innerhalb des Heeres zu nutzbringendem Einsatz zu führen“⁶³.

Obwohl die Ausführungen über die Funktion der einzelnen medizinischen Teildisziplinen kurz sind und eine ausführlichere Bearbeitung erforderlich wäre, kann der Schluß gezogen werden, daß sich auch *somatische Fächer* wie die Innere Medizin zur Erhaltung der Kampffähigkeit der Frontsoldaten und zur „Entlarvung kampf-unwilliger Simulanten“ instrumentalisieren ließen. Ziel der Therapie war wiederum nicht die Gesundheit des Soldaten, sondern seine Funktionsfähigkeit im Krieg, und er durfte keine Möglichkeit erhalten, „der Hölle der Front zu entschlüpfen“^{63a}.

Bevor im letzten Teil zur Psychiatrie in der Bundeswehr übergegangen wird, soll ein Exkurs über die Entwicklung der amerikanischen Militärpsychiatrie eingeschaltet werden. In der Entwicklung der amerikanischen Militärpsychiatrie sind wesentliche Ansätze der deutschen Psychiatrie aus dem 1. Weltkrieg aufgenommen und seit dem 2. Weltkrieg in Korea bis zum Vietnamkrieg methodisch verfeinert worden⁶⁴. Die neuen Erfahrungen wiederum haben zunehmende Relevanz für die Bundeswehr gewonnen, so daß eine Einschätzung der Bundeswehr-Militärpsychiatrie gleichzeitig vor dem Hintergrund der deutschen und der US-amerikanischen Entwicklung gesehen werden muß.

VL Die US-amerikanische Militärpsychiatrie

Auch die amerikanischen Armeepsychiater hatten nicht nur das eindeutige Ziel, durch wie auch immer geartete therapeutische Maßnahmen eine möglichst große Zahl kampffähiger Soldaten zu gewährleisten⁶⁵, sondern wollten auch schon bei der Musterung ver-

63 Bericht über die 4. Arbeitstagung der beratenden Ärzte vom 16.—18. Mai 1944 im SS-Lazarett Hohenlychen, o.O., o.J., Vorwort, zit. n. Ring, a.a.O., S. 297/98. Nach Ring wurden Ärzte, die Magenkranken ins Lazarett zurückschickten, teilweise mit Degradierung, Gefängnis oder mit dem Tode bestraft (a.a.O., S. 298).

63 a Weber, a.a.O., vgl. Fußnote 56.

64 Hausmann, W., D. Rioch: *Millitary Psychiatry*, in: Arch. Gen. Psychiat. 16 (1971). S. 727—739. Bourne, P. G. (Hrsg.): *The Psychology and Physiology of Stress*, New York-London 1969.

65 Vgl. Miller, E. (Hrsg.): *The Neuroses in War*. New York 1944, und die übrige militärpsychiatrische Literatur, wo dieses Ziel fast in jeder Arbeit erneut explizit formuliert wird, meistens ausgedrückt als: „to return to duty“.

hindern, daß ungeeignete Rekruten eingestellt wurden. Denn abgesehen von der Fehlinvestition einer intensiven militärischen Ausbildung, wären sie an der Front eher ein Handicap gewesen, und es war zu befürchten, daß sie später im Falle von Kriegsneurosen die Staatskasse durch Rentenansprüche belasten würden⁶⁶. Daher ging es darum, jeden Soldaten an den richtigen Platz zu stellen⁶⁷.

Es wurde eine *militärpsychiatrische Differentialindikation* für die Verwendungsfähigkeit von Soldaten mit verschiedenen psychischen Störungen entwickelt: „Leichte Neuroseformen bei einigermaßen noch formbarer Persönlichkeit und ‚gelinde‘ Psychopathen, sofern deren Aggressionstendenzen gegen den Feind, statt gegen die eigenen Kameraden gesteuert werden können“, wurden durchaus als brauchbare Soldaten angesehen⁶⁸. Auch Zwangsneurotiker fanden Verwendung und zeigten sich nach Berichten amerikanischer Psychiater als besonders mutig im Einsatz⁶⁹. Selbst Schwachsinnige wurden, sofern nach ärztlichem Urteil ausreichende Kampfmoral erwartet werden konnte, eingestellt.

Die *Diagnose* „Psychoneurose“ war in der amerikanischen Armee im Laufe des 2. Weltkrieges für den Militärdienst ganz verboten worden und mußte durch eine „beschreibende, alle militärischen Gesichtspunkte einzeln beantwortende Diagnose“ ersetzt werden, da viele Soldaten die Diagnose angeblich dazu zu gebrauchen versuchten, sich dahinter zu „verstecken“, um dadurch eine Entlassung aus der Frontstellung zu erreichen. Auf Befehl des amerikanischen Oberkommandierenden in Nordafrika mußten alle psychiatrischen Störungen im Kampfgebiet, unabhängig von ihrer Symptomatik, als „Erschöpfungsreaktion“ bezeichnet werden⁷⁰.

66 Ebaugh, F. G.: The Role of Psychiatry in National Defense, in: J. amer. med. Assoc. 117 (1941), S. 260–264. — In den USA sollen 1940 noch 68 727 psychisch geschädigte Kriegsrentenempfänger vorhanden gewesen sein, für welche die Regierung jährlich über 40 Millionen Dollar aufzuwenden hatte. Zit. n. Z. ges. Neurol. Psychiat.: 101 (1942), S. 701.

67 Campbell, J. D.: Psychiatry and Mobilization, in: J. amer. med. Assoc. 146 (1951), S. 87–93. — Zu diesem Zweck wurden seit dem 1. Weltkrieg (Einführung der Intelligenztests) bis zur Gegenwart umfangreiche psychologische und leistungssphysische Untersuchungsmethoden entwickelt, wobei man von den „gröberen“ Untersuchungsmethoden bei Musterungen in früheren Jahrzehnten zunehmend auf computergesteuerte Selektionsmethoden übergegangen ist; näheres darüber im Kapitel über die Bundeswehr.

68 Sharp, W. L.: Fate of 395 Mild Neuropsychiatric Cases Salvaged From Training Period and Taken Into Combat, in: Amer. J. Psychiat. 106 (1950), S. 801–807.

69 Needless, W.: The Successfull Neurotic Soldier, in: Bull. U. S. Army Med. Dep. 4 (1945), S. 673–682; zit. n. Meyer, a.a.O., S. 616.

70 Brody, M. W.: Psychiatric diagnosis in military service, in: Arch. Neurol. 59 (1948), S. 267–269. — Bourne, P. G. (Hrsg): The Psychology and Physiology of Stress, New York and London 1969, Introduction by A. J. Glass, S. XVII. Dort ist auch weitere Literatur zur „optimalen Verwendbarkeit“ von Neurotikern angegeben (a.a.O., S. XXX).

Die „Therapie“ der Kriegsneurose bestand auf angloamerikanischer Seite in frontnaher Hypnose, Narkohypnose, Narkoanalyse bzw. Narkosynthese, Elektroschock und Insulinkoma⁷¹. Angewendet wurden ferner verschiedene Formen der Gruppentherapie⁷² und Methoden der Desensibilisierung (z. B. mit steigender Lautstärke von Kanonendonner)⁷³.

Die *Kardinalprinzipien der frontnahen Psychiatrie*, im Amerikanischen „forward psychiatry“ genannt, die auch später in Korea und Vietnam voll übernommen wurden, waren folgende: 1) „immediacy“; 2) „proximity“: durch rasche frontnahe Kurzzeittherapie sollte ein Rücktransport in die Etappe oder gar in die Heimat verhindert und die Front möglichst rasch wieder aufgefüllt werden; dadurch sollte ein sekundärer Krankheitsgewinn von Anfang an ausgeschlossen werden; 3) „expectancy“: der Militärarzt sollte keinen Zweifel daran lassen, daß er vom erschöpften, kranken oder verwundeten Soldaten die baldmöglichste Rückkehr an die Front erwartet⁷⁴; Sympathisieren von seiten des Sanitätspersonals mit Soldaten, die psychogenes Kampfansagen gezeigt hatten, sollte auf jeden Fall verhindert wer-

71 „Unter den übrigen Behandlungsmethoden ist die Insulintherapie bis zum Subkoma zu erwähnen ... Parland behandelte die groben Reaktionen mit Elektroschock, wobei er die postkonvulsive Umdämmerung zur Mobilisierung hysterischer Lähmungen ausnutzte. Sogar die Leukotomie ist — nicht ohne Widerspruch — bei schweren chronischen Angst-Kriegsneurosen empfohlen worden ...“ Meyer, a.a.O., S. 592.

72 Die Gruppentherapie wurde besonders in England entwickelt: „Während des 2. Weltkrieges hatte eine Gruppe englischer Psychiater, unter denen Bion und Foulkes die bekanntesten sind, bemerkenswerte Arbeit mit therapeutischen Gruppen von Soldaten geleistet, die an akuter ‚Frontneurose‘ (battle fatigue) litten. Obgleich diese Therapie nicht dem entsprach, was wir heute als Gruppenpsychotherapie bezeichnen, so konnte sie doch eine beträchtliche Zahl von Soldaten wieder frontfähig machen, die sonst unweigerlich kriegsdienstuntauglich geblieben wären ...“ zit. n. Slavson, S. R.: Die historische Entwicklung der analytischen Gruppenpsychotherapie, in: Preuss, H. G. (Hrsg.): Analytische Gruppenpsychotherapie, München 1966, S. 10—11.

73 Juillet, P., P. Moutin, a.a.O., S. 277/78. Inzwischen wird die Verhaltenstherapie erfolgreich dazu eingesetzt, in der militärischen Organisation dysfunktional gewordene Soldaten dazu zu bringen, „to adjust to Army requirements and return to regular military duty“; vgl.: Colman, A. D., L. Baker: Utilization of an Operant Conditioning Model for the Treatment of Character and Behavior Disorders in a Military Setting, in: Amer. J. Psychiat. 125 (1969), S. 1395—1402. Die Wichtigkeit der Verhaltenstherapie für die Armee zeigt sich auch in der Teilnahme von Eysenck am Nato-Symposium über „Pleasure, Reward, Preference“ vom 5.—9. 6. 1972 in Dänemark (zit. n. Wehrpsycholog. Mittlg. 6 (1972), Heft 4, S. 55—61).

74 Rioch, D.: Prevention: The Major Task of Military Psychiatry, in: Psychother. Psychosom. 16 (1968), S. 55—63. Rioch hatte diese Arbeit auf dem 7. Internat. Kongreß für Psychotherapie in Wiesbaden 1967 vorgetragen.

den, weil sonst eine epidemieartige Massenhysterie zu befürchten gewesen wäre⁷⁵.

Solomon, dessen Studie in den Grenzbereich von Militärpsychiatrie und Militärsoziologie⁷⁶ fällt, stellte auch die Frage, was den Soldaten im Kampf trotz seiner Todesfurcht *durchhalten läßt*, und ermittelte empirisch folgende drei Gründe nach der Reihenfolge ihrer Bedeutung: 1. Zwang mit Unterordnung unter die Autorität; 2. Pflichtgefühl gegenüber den Führern und Kameraden; 3. die Hoffnung, „irgendwie durchzukommen“. Aus dieser und anderen Studien wurden weitere Ergebnisse abgeleitet, die für die Entwicklung der amerikanischen Militärpsychiatrie Bedeutung erlangt haben.

Als beste *Prophylaxe* gegen Kriegsneurosen und andere Erschöpfungsreaktionen sah man eine gute „Truppenmoral“ an; um sie zu schaffen, wurde die enge Mitarbeit von Psychiatern, Psychologen und Sozialarbeitern gefordert. Durch Fortentwicklung der Techniken des „*human engineering*“ sollten menschliche Reibungsverluste innerhalb der Militärmaschinerie vermieden werden. Es ging darum, Leistung (performance) und Anpassung (adjustment) zu propagieren und die Soldaten zu bewegen, diese kriegskonformen Normen zu internalisieren. Zur Taktik der Pflege der „*human relation*“ gehörte u. a. der Abbau der Diskriminierung der schwarzen Soldaten, nachdem statistisch erwiesen worden war, daß sich diese nachteilig auf die

75 Solomon, Ph.: Incidence of Combat Fatigue, in: Arch. Neurol. 57 (1947), S. 332—341. Zit. n. d. Rezension durch R. Jung, in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 106 (1949), S. 517.

76 Vgl. dazu: Roghman, K., R. Ziegler: Militärsoziologie, in: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Stuttgart 1969, S. 514—566. — Die Studie bewegt sich im bürgerlich-positivistischen Rahmen, enthält aber eine Fülle von Informationen über die Bedeutung der amerikanischen Soziologie für die US-Armee. In Köln besteht seit 1961 eine „Wehrsoziologische Forschungsgruppe“ unter der Leitung von R. König, die im Auftrag des Bundesverteidigungsministeriums zahlreiche Untersuchungen in der Bundeswehr durchgeführt hat.

77 Wegen der hohen Zahl der — auf Grund einer psychiatrischen Diagnose — ausgemusterten oder kampfunfähig geschriebenen amerikanischen Soldaten standen die USA vor Ende des 2. Weltkrieges vor ernststen Ersatzschwierigkeiten. General Marshall mußte 1943 feststellen, daß die Zahl der aus psychiatrischen Gründen entlassenen Soldaten (in einem bestimmten Monat) die Zahl der neu rekrutierten übertraf (nach Allerton, W. S.: Army Psychiatry in Viet Nam, in: Bourne, P. G., a.a.O., S. 3). Daher gründete General Eisenhower an der Columbia-Universität, deren Präsident er nach dem 2. Weltkrieg wurde, ein wissenschaftliches Großprojekt, um die Faktoren für die militärische Diensttauglichkeit zu erforschen. Daran arbeiteten mehrere Jahre lang Soziologen, Psychiater, Psychologen u. a. Die dreibändige Studie wurde 1959 veröffentlicht: Ginzberg, E. et. al.: The Ineffective Soldier. Lessons for Management and the Nation. Vol. 1: The Lost Divisions, Vol. 2: Patterns of Performance, Vol. 3: Breakdown and Recovery. — Eine Zusammenfassung unter militärpsychiatrischen Aspekten von Bd. 1 u. 2 findet sich in: Z. ges. Neurol. Psychiat. 159 (1960), S. 115—120.

Kampfkraft auswirkte und den „Glauben an die gerechte Sache seines Vaterlandes erschütterten“⁷⁸. Die militärsoziologischen und -psychiatrischen Erfahrungen über die Bedeutung des Führerverhaltens, der unmittelbar umgebenden Kleingruppe etc. wurden später in der Privatwirtschaft ausgewertet und angewendet⁷⁹.

Trotz aller prophylaktischen und therapeutischen Anstrengungen der Militärpsychiater war die Statistik der Amerikaner, die im 2. Weltkrieg allein auf Grund einer psychiatrischen Diagnose ausgemustert oder kampfunfähig geschrieben werden mußten, für die Armeeführung alarmierend. Ginzberg et al. geben deren Zahl mit ca. 2,5 Mill. an und bezeichnen sie als 165 „verlorene Divisionen“ (die Division zu 15 000 Mann gerechnet), die nicht zum Einsatz kommen konnten. Dafür verantwortlich gemacht wurde einerseits die „Laschheit der oft mit Friedensmaßstäben operierenden amerikanischen Psychiater“, teils die „alles verstehen wollende Psychoanalyse“, teils die angeblich allgemeine Verweichlichung, die man in dem in Amerika vorherrschenden „Jahrhundert des Kindes“ („child centered culture“) anzutreffen glaubte. Schuld wurde auch einer unzureichenden militärpsychiatrischen Vorbereitung auf den Ernstfall gegeben⁸⁰.

Der Korea-Krieg war ein Prüffeld für die sich herausdifferenzierende amerikanische Militärpsychiatrie auf präventivem und curativem Gebiet. Bereits wenige Wochen nach Ausbruch des Krieges war der psychiatrische Frontdienst fast vollständig aufgebaut. Auf Drängen des Militärs wurden wiederum keine differenzierten Diagnosen gestellt⁸¹. Das Fundament bildeten neben der frontnahen Behandlung die oben erwähnten Prinzipien: immediacy, proximity und expectancy. Die Zahl der Soldaten mit Erschöpfungsreaktionen („combat exhaustion“, „combat fatigue“), die wieder fronttauglich gemacht wurden, wird mit 65–75 % angegeben. Die hohe Effektivität der Militärpsychiatrie wurde in mehreren statistischen Studien erfaßt. Sie dienten als Grundlage für die Empfehlungen der amerikanischen Militärärzte an die Regierung und Armeeführung und sind auch für die Militärpsychiatrie der übrigen NATO-Verbündeten von solcher Bedeutung, daß sie hier in Auszügen wiedergegeben zu werden verdienen:

1. Die Diagnose für neuropsychiatrisch erkrankte Soldaten soll möglichst nichtssagend sein und den Erkrankten nach Möglichkeit

78 Frank, J. D.: Adjustment Problems of Selected Negro Soldiers, in: J. nerv. Dis. 105 (1947), S. 647–660. Rosner, A. A., B. H. Balser: Research in Military Neuropsychiatry, in: Amer. J. Psychiat. 106 (1950), S. 808–811.

79 Vgl. Gregg, A.: Lessons to Learn, in: Amer. J. Psychiat. 104 (1947), S. 217–220.

80 Ginzberg et al., a.a.O., zit. n. Zbl. ges. Neurol. Psychiat., a.a.O.

81 Harper, E. O., E. J. Schiff: Military Psychiatry, in: Amer. J. Psychiat. 109 (1953), S. 536–538. Hausmann, a.a.O., S. 732: „The term ‚combat exhaustion‘ was used to designate all psychiatric casualties in order to reduce the intragenic effect resulting from the evacuee's reading a more technical diagnosis on the medical record that he carried with him...“

eine Sofortheilung suggerieren, z. B. „Erschöpfungsreaktion“, „Ermüdungsreaktion“ etc.;

2. der Patient soll möglichst lange in Uniform unter der Kommandogewalt militärischer Vorgesetzter verbleiben;

3. da dem Soldaten der Patientenstatus so lange wie möglich verweigert werden soll, müssen diagnostisch-exploratorische und therapeutische Maßnahmen so kurz wie möglich sein, jegliche Zeichen der Sympathie oder Identifikation von seiten des Arztes und des übrigen Sanitätspersonals müssen unterdrückt werden⁸².

Auch in Vietnam schien die verfeinerte militär-psychiatrische Strategie zunächst reibungslos zu funktionieren. Während des 2. Weltkrieges waren 23 % aller Entlassungen aus psychiatrischen Gründen erfolgt, im Korea-Krieg nur noch 6 %. In Vietnam lag 1966 der Prozentsatz der amerikanischen Soldaten, die aus psychiatrischer Indikation nicht einsatzfähig waren, bei 1,2 %, die Entlassungsrate bei 2 %⁸³. Erst in der zweiten Hälfte der 60er Jahre wurde das militär-psychiatrische Konzept durch die epidemieartig wachsende Rauschgiftwelle (erst Marihuana, dann Heroin) empfindlich gestört. Anfang der 70er Jahre wurde die Zahl der heroinsüchtigen in Vietnam eingesetzten amerikanischen Soldaten auf 10–25 % geschätzt. Insgesamt mußten fast 100 000 Soldaten den Rückzug in die Entziehung antreten. Da die Anti-Drogen-Programme in Vietnam und in den USA völlig unzureichend waren, wurde von der Regierung die Erforschung von Morphin-Antagonisten mit Langzeitwirkung gefördert. Fink, der die Erforschung der Antagonisten wesentlich vorangetrieben hat, strebt die Entwicklung eines etwa drei Monate lang wirkenden Mittels an, das vor dem Einsatz intramuskulär gespritzt werden könnte, um der Entwicklung einer Heroinsucht vorzubeugen⁸⁴.

Die Entwicklung der amerikanischen Militärpsychiatrie veranschaulicht den Übergang von offen brutalen, physisch gewaltsamen Methoden der „Therapie“ zur Anwendung verfeinerter Sozialtechni-

82 Hausmann, a.a.O., S. 733. „He (der Psychiater, d. A.) is part of the medical service supporting the tactical units in order to accomplish the given mission ... Finally, the psychiatrist must take the responsibility for his decisions and either return a man to duty or evacuate him, whether or not the man is willing ...“ (S. 734).

83 Allerton, W. S., nach Bourne, a.a.O., S. 14.

84 Vgl. den Bericht der beiden Kongreßabgeordneten Murphy und Steele, die in ihrem Gutachten für den amerikanischen Kongreß u. a. feststellen mußten, daß während der Invasion in Laos südvietnamesische und amerikanische Soldaten massenhaft Entzugserscheinungen bekamen und so ganze Kompanien nicht mehr einsatzfähig waren, weil sie plötzlich von ihren üblichen Heroin-Bezugsquellen in Süd-Vietnam abgeschnitten waren (The World Heroin Problem, by Congressmen M. Murphy and R. Steele for the Foreign Affairs Committee, May 1971, U.S.A., zit. n. Smack, New York 1971.) Zur Entwicklung der Morphin-Antagonisten vgl. u. a. Fink, M.: Treatment and Prevention of Opiate Dependence. Paper Presented at the Symposium „Biochemical and Pharmacological Aspects of Dependence ...“, Amsterdam 30. Sept. 1971 (Nachdruck von: Contemporary Drug Problems, A Law Quarterly, Fed. Leg. Publ., 1972, S. 258).

ken unter Einbeziehung neuerer Erkenntnisse der Psychoanalyse, der Gruppenpsychologie, Sozialpsychologie und Soziologie^{84a}.

VII. Das Sanitätswesen der Bundeswehr

„1870/71, 1914—1918, 1939—1945 haben die deutschen Sanitätsoffiziere bewiesen, wozu sie erzogen waren und was sie konnten ... 1945 ... hat haum jemand geahnt oder gehofft, daß deutsche Sanitätsoffiziere wieder Dienst tun würden ...“⁸⁵

Da die Sanitätstruppe der Bundeswehr sich anfangs zum größten Teil aus ehemaligen Sanitätsoffizieren der Wehrmacht zusammensetzte, war damit neben der *personellen* und *fachlichen* auch die *sanitätsideologische Tradition* garantiert. Diese fand ihren grundlegenden Ausdruck u. a. in der Schrift „Der Arzt der Soldatischen Gemeinschaft“, die 1955 von Hawickhorst veröffentlicht wurde. Der Autor war bis 1971 Chefredakteur der „Wehrmedizinischen Monatschrift“, dem Organ des Sanitätswesens der Bundeswehr, sowie der Gesellschaft für „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“; außerdem war er Herausgeber von 13 Auflagen des offiziellen „Taschenbuch für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst der Bundeswehr“^{85a}.

Zu Beginn beklagte Hawickhorst, daß „die heutige Jugend ... zum großen Teil nicht gewillt ist, eine Uniform anzuziehen. Sie ist weder seelisch noch körperlich für den Dienst mit der Waffe vorbereitet. Der Arzt wird bei den Untersuchungen den mangelnden Wehrwillen oft genug spüren ... (es) dürfte kein Zweifel daran bestehen, daß vor dem Kriege der Wehrwille im Volke vorhanden war. Der Militärarzt konnte damals schon bei Musterungen feststellen, daß diese Wehrfreudigkeit existierte und daß beim Soldaten der Wille zur Wiederherstellung der Gesundheit und somit der Dienstfähigkeit bestand ...“⁸⁶

84 a Vgl. Roghman und Ziegler in Fußnote 76.

85 Holland, E., Oberstarzt: Der Truppenarzt als Gehilfe seines Kommandeurs, in: Wehrdienst und Gesundheit, Verlag Wehr und Wissen, Darmstadt 1960, Bd. 1, S. 25.

85 a Wehrmed. Mschr. 16 (1972), S. 1. Zum Beirat dieser Zeitschrift gehören z. Z. u. a. die Professoren Bartelheimer (Hamburg), Habs, Röttgen, Brandis (Bonn), Klosterkötter, Scherer (Essen), Haunfelder, Schulte (Münster), Koller, Korting (Mainz), Kotter, Maurer, Spann (München), Pfander (Bremen), Koslowski (Tübingen), Schadewaldt (Düsseldorf). Außerdem wird noch eine Zeitschrift „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ herausgegeben (Verlag Wehr und Wissen, Darmstadt). Zum Wissenschaftlichen Beirat dieser Zeitschrift gehören u. a. die Professoren von Baeyer, Doerr (Heidelberg), Bansi, Heinsius, Reichel (Hamburg), Eyer, Schellner (München), Frey (Mainz), Graul (Marburg), Langendorff (Freiburg).

86 Hawickhorst, H.: Der Arzt der Soldatischen Gemeinschaft, Köln 1955, S. 43. Hawickhorst erhielt 1970 „in Anerkennung der um Staat und Volk erworbenen besonderen Verdienste“ von Bundespräsident Heinemann das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Wehrmed. Mschr. 14 [1970], S. 272).

Angesichts des mangelnden „Wehrwillens“ der zur Bundeswehr einzuziehenden Generation warnte derselbe Autor bereits 1955 vor den Kriegsdienstverweigerern: „Die Zahl der Kriegsdienstverweigerer wird in Zukunft nicht unbeträchtlich sein, man darf nicht in den Fehler verfallen, den Sanitätsdienst als ‚Ersatzdienst‘ anzusehen. Eine Sanitätskompanie, die vorwiegend aus Kriegsdienstverweigerern besteht, wird ihrer Aufgabe nicht gerecht werden...“⁸⁷ Hawickhorst nimmt deutlich Abstand von der von der Bundeswehr sonst immer wieder propagierten Hippokrates-Ideologie und faßt die Ergebnisse seines Buches u. a. in der Empfehlung zusammen: „Bei der Organisation des Sanitätswesens zu sparen, hieße an falscher Stelle sparen zu wollen. ... Erst muß die ‚Versorgung‘ sichergestellt sein, dann kann die ‚Führung‘ operieren. ... Kriegsäztliche Tätigkeit ist ein wesentlicher Beitrag zur Erhaltung der Schlagkraft einer Armee. Ein Sanitätsdienst, der nicht auf der Höhe und nicht erfolgreich ist, stellt eine Truppenführung vor unüberwindliche Schwierigkeiten...“⁸⁸

Unzweideutig drückte sich auch der ehemalige Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Albrecht, zehn Jahre später aus: „Heute wie einst besteht der Auftrag des Sanitätswesens darin, die Gesundheit der Soldaten und die Kampfkraft der Armee zu erhalten. ... Jedermann weiß, daß soldatische Haltung nicht nur eine Frage der körperlichen und geistigen Tauglichkeit ist, sondern ganz entscheidend durch den Leistungswillen und die Bereitschaft zum Dienen bestimmt wird, Eigenschaften, die in unserer Zeit allenfalls noch im Berufsleben, kaum aber gegenüber Volk und Staat eingesetzt werden. ... Wenn ich zu Anfang sagte, daß die Behandlung der Kranken und Verletzten unsere vornehmste Aufgabe ist, dann muß ich jetzt hinzufügen, daß die vorbeugende Medizin ihr in einem militärischen Sanitätsdienst an Bedeutung für die Erhaltung der Kampfkraft der Truppe sicher nicht nachsteht...“⁸⁹

In der 14. Auflage des Taschenbuches für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst der Bundeswehr (1972) wird dem Sanitätsdienst u. a. die Aufgabe gestellt, die militärische Führung fachlich zu beraten, die verwundeten Soldaten dem direkten Zugriff des Gegners zu entziehen und die kämpfende Truppe so schnell wie möglich von der Sorge um ihre Verwundeten zu befreien⁹⁰. Die Rolle des Sanitäts-

87 Hawickhorst, a.a.O., S. 40.

88 Hawickhorst, a.a.O., S. 50—51. Der Autor zitiert u. a. Sauerbruchs Aussage: „Wenn im Kriege verheerende Seuchen ausbleiben, so ist diese medizinische und organisatorische Leistung ebenbürtig den Großtaten der Wehrmacht.“ (a.a.O., S. 27). — Dementsprechend erhielt Sauerbruch auch das „Ritterkreuz zum Kriegsverdienstkreuz mit Schwertern“ (vgl. Der Dtsch. Militärarzt 8 [1943], S. 728).

89 Albrecht, W.: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr, in: Wehrmed. Mschr. 10 (1966), S. 1—7.

90 Taschenbuch für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr, 14. Aufl., Darmstadt, Verlag Wehr und Wissen, 1972, S. 28.

offiziers wird an anderer repräsentativer Stelle wie folgt definiert: „Nach der bisher gültigen Auffassung soll der Sanitätsoffizier nicht nur ein Arzt im Range eines Offiziers, sondern zugleich mit der geistigen Einstellung, dem Auftreten und den allgemein militärischen Kenntnissen eines Offiziers sein ...“⁹¹

An der eindeutig definierten *Hilfsfunktion der Sanitätstruppe für militärtaktisch formulierte Ziele* konnte so von Anfang an auch bei der Bundeswehr keinerlei Zweifel bestehen, selbst wenn dies gelegentlich durch den Weihrauch militärgeschichtlicher Sonntagsredner und durch Werbeglanzdruckbroschüren des Bundesverteidigungsministeriums verschleiert werden sollte.

Vor der Betrachtung der Militärpsychiatrie der Bundeswehr sollen noch kurz einige Daten zur *Verflechtung des Sanitätswesens mit den medizinischen Fakultäten und den Ärzteverbänden* angeführt werden, um aufzuzeigen, daß die Militärpsychiatrie nicht isoliert, sondern exemplarisch auch für andere Teilbereiche gesehen werden muß.

Analog dem 1901 an der Kaiser-Wilhelm-Akademie gebildeten Wissenschaftlichen Senat und dem in der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen berufenen Wissenschaftlichen Senat für das Heeres-sanitätswesen wurde mit Erlaß vom 8. 8. 1963 der „Wissenschaftliche Beirat für das Sanitäts- und Gesundheitswesen“ (Wehrmedizinischer Beirat) gegründet. Ihm obliegt u. a. die Auswahl förderungswürdiger und für den Sanitätsdienst der Bundeswehr notwendiger Forschungsvorhaben sowie die Aus- und Weiterbildung der Sanitätsoffiziere und des Sanitätspersonals. Dem Beirat, der den Bundesminister für Verteidigung zu beraten hat, gehören 42—44 führende Wissenschaftler der medizinischen und naturwissenschaftlichen Fakultäten an. Sie sind fast alle Chefärzte, Direktoren oder Professoren von Kliniken, Instituten, Universitäten. Dabei wurde zunehmend auf die Berufung von Wissenschaftlern derjenigen Fachrichtung Wert gelegt, die in den verschiedenen Schwerpunktprogrammen besonders betont werden. Seit 1968 waren dies besonders die Mikrobiologie, Hygiene, Pharmakologie-Toxikologie sowie die Physiologie und Arbeitsmedizin⁹². Eine vollständige Liste aller Beiratsmitglieder ist in der Wehrmedizinischen Monatsschrift (Heft 10/Okt. 73) abgedruckt⁹³.

Ebenso wie die enge Verzahnung mit den medizinischen Fakultäten zur reibungslosen Abwicklung der militärmedizinischen Auftragsforschung erforderlich wurde, erwies sich die gute Zusammenarbeit

91 Flottillenarzt Dr. H. Toepfer, Bundesverteidigungsministerium, in: Wehrmed. Mschr. 15 (1971), S. 60.

92 Die große Bedeutung der Physiologie für das Militär („Anthropotechnik“ etc.) wird immer wieder betont. Sowohl ihre Funktion als auch personelle Tradition sollten angesichts der ebenfalls großen Materialfülle dringend kritisch bearbeitet werden.

93 Im Anhang folgt eine Liste der noch lebenden Mitglieder des Wehrmedizinischen Beirats einschließlich der Dauer ihrer Zugehörigkeit (vollständiges Verzeichnis s. Wehrmed. Mschr. 17 (1973), S. 325—327).

mit den Ärzteverbänden wegen der Personalnot bei den Sanitäts-offizieren als wichtig. So werden Zivilärzte zu Einstell- und Entlassungsuntersuchungen herangezogen, die Ärztekammern hatten zu entscheiden, ob die Bundeswehrlazarette (jetzt in Krankenhäuser umbenannt) für die Facharztausbildung anerkannt wurden, was für die Attraktivität des Sanitätsoffizierskorps von entscheidender Bedeutung war.

Eine enge personelle Verflechtung zwischen Bundeswehr und Standesorganisationen besteht auf allen Ebenen. Der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens gehört qua Amt zum Präsidium des deutschen Ärztetages; derselbe hat auch Sitz und Stimme im Militärischen Führungsrat im Bundesverteidigungsministerium⁹⁴. Der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Fromm, leistete fast jährlich mehrere Wochen Reserveübungen bei der Bundeswehr ab; er ist inzwischen zum Flottenarzt d. R. aufgestiegen, gehört seit 1963 dem Wehrmedizinischen Beirat an und tritt bei Veranstaltungen der Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie als Festredner auf⁹⁵. Der Vize-Präsident der Bundesärztekammer und Ehrenvorsitzende des Verbandes der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands, der CDU-Bundestagsabgeordnete Dr. Jungmann, ist „Fliegerarzt der alten Luftwaffe“ und eng mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr liiert⁹⁶. Jungmann ist u. a. Mitglied des Ausschusses Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz der Bundesärztekammer. Der Vorsitzende des Ausschusses, Dr. Degenhardt, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, ist als Sanitätsoffizier d. R. ebenfalls „eng“ mit der Bundeswehr verbunden⁹⁷.

Die hier nur exemplarisch, aber längst nicht vollständig aufgezeigte Verzahnung zwischen Bundeswehr und Ärzteverbänden kann mit folgendem Zitat zusammengefaßt werden: „Der Sanitätsdienst der Bundeswehr steht in ständigem Kontakt zu den Ärzteverbänden und den ärztlichen Standesorganisationen, den Ärztekammern der Länder und des Bundes. ... Auch auf regionaler Ebene ist das Verhältnis zwischen Sanitätsoffizieren und zivilen Kollegen in aller Regel als gut und harmonisch zu bezeichnen.“⁹⁸

94 Vgl. Obermann, E. (Hrsg.): Verteidigung, Handbuch, Stuttgart 1970, S. 816 ff.

95 Vgl. Wehrmed. Mschr. 14 (1970), S. 55.

96 Vgl. Wehrmed. Mschr. 14 (1970), S. 244.

97 Dtsch. Ärztebl. 69 (1972), Sondernummer 23 a, S. 1655; vgl. auch: Wehrmed. Mschr. 12 (1968), S. 7. „Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Stockhausen, wurde durch den Bundesverteidigungsminister zum Oberstarzt der Reserve befördert. Die Urkunde wurde Prof. Stockhausen vom Inspekteur des Gesundheitswesens des Heeres, Generalarzt Dr. Riedel, im Kreise der Sanitätsoffiziere der Heeres-San.-Inspektion im Heeresamt in Köln am 14. Juni 1972 überreicht. Dtsch. Ärztebl. 69 (1972), S. 1900.

98 Aus einem Brief des Bundesministeriums für Verteidigung vom Juni 1972 an einen Kollegen des Autors.

VIII. Die weitere Entwicklung der Militärpsychiatrie der Bundeswehr

Beim Aufbau der Bundeswehr-Militärpsychiatrie wurden die Erfahrungen im 1. und 2. Weltkrieg berücksichtigt, die teilweise durch personelle Kontinuität gesichert waren. Gleichzeitig assimilierte man zunehmend die Erfahrungen der amerikanischen Armee im Korea- und Vietnamkrieg^{98a}.

Der ehemalige Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Dr. W. Albrecht, definierte die *Aufgaben* der Militärpsychiatrie folgendermaßen: „Durch die Anforderungen des Wehrdienstes an die Leib-Seele-Einheit jedes einzelnen Mannes ergeben sich ganz bestimmte Probleme. ... Diese Probleme kann man allein weder mit dem ‚gesunden Menschenverstand‘ noch mit den Mitteln der Psychologie, noch mit den Methoden der ‚Inneren Führung‘ bewältigen. Vielmehr bedarf es dazu genauer Kenntnisse und Erfahrungen darüber, in welchem Wechselspiel Leib und Seele des einzelnen Soldaten auf Belastungen und gegebenenfalls Überforderungen des Wehrdienstes reagieren können. ... So weiß der Militärpsychiater, wie störend, ja bisweilen sogar verhängnisvoll es sich auf die Truppe auswirken kann, wenn Teilverzögerungen im Reifungsablauf des beseelten Organismus von jungen Soldaten, oder ein vorzeitiger seelischer oder intellektueller Altersabbau von Truppenführern, oder eine Wahnkrankheit, oder auch nur ein Mangel an Anpassungsfähigkeit von Soldaten an Menschen und Material nicht rechtzeitig erkannt und daraus nicht zeitig genug militärärztliche Konsequenzen gezogen werden. Der Militärpsychiater muß auch bis zu einem gewissen Grade voraussagen können, ob und wie die Fehlreaktionen einzelner Soldaten oder ganzer Truppenteile die Kampfkraft eines Wehrverbandes beeinträchtigen können.“⁹⁹

„Der Militärpsychiater soll dem Truppenführer psychiatrische Erkenntnisse unter den dem Wehrdienst eigentümlichen Bedingungen nutzbar machen“, fordert Oberstarzt Brickenstein, Leiter der neuro-psychiatrischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg, und „um zu verhindern, daß Soldaten den Dienstbetrieb stören“, indem sie „Zeit und Kraft ihrer Ausbilder über Gebühr unnötig und sinnlos zuungunsten der wirklich ausbildungsfähigen Soldaten in Anspruch“¹⁰⁰ nehmen, hält er frühzeitige psychiatrische Intervention für erforderlich: „Wenn sich Soldaten auffällig absondern, nicht recht einordnen können, im Übermaß gegen vermeintliche Ungerechtigkeit ankämpfen oder es wiederholt an der nötigen Disziplin fehlen lassen, ist eine nervenärztliche Untersuchung erforderlich.“^{100a}

98 a Fischer, H.: Bisherige ärztliche Erfahrungen bei den Kämpfen in Vietnam. Wehrmed. Mschr. 12 (1968), S. 416—418 und 463—467.

99 Albrecht, W.: Vorwort zu: Beiträge zur Wehrpsychiatrie, Bonn 1967, Heft 3.

100 Brickenstein, R.: Nervenärztliche Forderungen an den Truppenarzt, Beiträge zur Wehrpsychiatrie, Heft 3, Bonn 1967, S. 6.

100 a Brickenstein, a.a.O., S. 6. In diesem Zusammenhang sei ein Aufsatz von Generalarzt Prof. Rodenwald zitiert: Militärisches Ver-

Eine alte militärärztliche Tradition wird damit fortgesetzt: Wer nicht funktioniert, wird entweder diszipliniert oder klinifiziert. Denn Brickenstein meint: „Von einem geistig gesunden und intakten Soldaten kann man verlangen, daß er seine persönliche Verärgerung unterdrückt und beherrscht, auch wenn er von einem ihm unsympathischen Vorgesetzten einen ihm unangenehmen Befehl erhält, dessen Notwendigkeit er nicht einzusehen vermag und daß er dennoch diesen Befehl ausführt.“¹⁰¹

Weil die Bundeswehrpsychiater allein weder quantitativ noch qualitativ ihren Aufgaben gerecht werden konnten, suchten und fanden sie *Unterstützung durch namhafte westdeutsche Universitätspsychiater*, vor allem durch den früheren Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, W. Ritter von Baeyer, der schon 1938 durch eine militärpsychiatrische Veröffentlichung hervorgetreten war¹⁰² und seit 1963 dem Wehrmedizinischen Beirat angehört. In seinem Referat „Die Bedeutung der Psychiatrie im Sanitätswesen der Streitkräfte“ formulierte von Baeyer 1968 aus seiner Sicht die gewandelte Funktion der Militärpsychiatrie: „In den modernen, hochtechnisierten Streitkräften gibt es keine anspruchlosen, halbverborgenen Pöstchen mehr, in denen ein intellektuell Minderbegabter, ein

halten und seelische Verfassung, in: Wehrdienst und Gesundheit, Band 1, Darmstadt 1960, S. 1 ff: „Die Ausschaltung des individuellen Haltungs- und Bewegungstypus zugunsten eines Massentypus, die Drosselung der Motorik hat den Sinn, eine beruhigte, für den Befehl und dadurch für ein einheitliches Handeln empfängliche Grundhaltung zu erzeugen und mit der einheitlichen äußeren Haltung auch eine Vereinheitlichung der inneren Verfassung der zu schulenden Menschengruppe zu erreichen. Mit dem Abstellen der individuellen Typologie wird zugleich ein wesentlicher Störungsfaktor ausgeschaltet, der seelische Untergründe haben könnte, Äußerungen der Unlust, des Widerwillens, des Trotzes, sei es auch nur durch die Andeutung einer Gebärde. Auch der Typus der Temperamente muß einem Gleichmaß unterworfen werden. ... Das Ziel ist eine physiopsychische Uniformierung, die mehrere oder selbst viele Personen als ein einheitlich handelndes Subjekt erscheinen läßt und ein einheitliches Handeln zu erreichen versucht. ... Dem militärischen Stillstehen ist ein wesentlicher Bewußtseinsinhalt zugeordnet, der hohe Grade von Aktivitätsbereitschaft in sich schließt, die bedingungslose Bereitschaft, den zu erwartenden Befehl zu befolgen. Mit dieser auf ein bestimmtes Handeln gerichteten Bereitschaft, die befohlen ist, sind individuelle Ausdrucksbewegungen unvereinbar, das ‚Hurra‘ ausgenommen, dem der Charakter einer repräsentativen Gebärde zukommt ...“ — Vgl. auch Buytendijk, F. J. J.: Allgemeine Theorie menschlicher Haltung und Bewegung, Berlin 1956: „Bei der sogenannten militärischen Haltung wird der Schwerpunkt des Körpers nach vorn verlagert ... Es ist eine angespannte Haltung, die uns befähigt, auf Befehl baldmöglichst mit der Vorwärtsbewegung zu reagieren“. Zit. n. Rodenwaldt, a.a.O., S. 5.

101 Brickenstein, a.a.O., S. 18.

102 Baeyer, W. von: Über psychopathische Reaktionen Wehrpflichtiger, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Heeresanitätswesens, Heft 105, S. 602—633. Herausgg. v. d. Heeres-Sanitätsinspektion des Reichskriegsministeriums, Berlin 1938, als Festschrift zum 60. Geburtstag des

zu abnormen Reaktionen neigender Neurotiker oder ein Mann mit einem blanden hebephrenen Defektzustand unauffällig beschäftigt werden könnte. Solche psychiatrisch kranken und abnormen Männer sind nicht nur unfähig, das Ausbildungsziel zu erreichen, sie sind in der Regel auch nicht anpassungsfähig im Hinblick auf Disziplin und kameradschaftlichen Zusammenhalt...“¹⁰³

Dennoch wollte von Baeyer nicht alle „Psychopathen“ vom Militärdienst befreit wissen, weil er der Überzeugung war, daß „bei manchen psychopathisch-neurotischen Grenzzuständen oder Lebenskrisen, denen junge Leute in ihrer Persönlichkeitsentwicklung so häufig ausgesetzt sind, der Militärdienst auch einmal einen heilsamen, entwicklungsfördernden Faktor darstellt“¹⁰⁴.

Zum Schluß seines Vortrags bietet Prof. von Baeyer für einen zukünftigen Kriegsfall „bewährte Vorbeugungsmaßnahmen“ und „wirkungsvolle Behandlungsmaßnahmen“ an, falls es zu einem „Massenanfall psychoreaktiver Störungen“ bei den Soldaten kommen sollte: „Solche Maßnahmen ... laufen im wesentlichen auf eine möglichst frontnahe Behandlung derartiger Zustände hinaus, von denen die allermeisten einer raschen Rückkehr zur Einheit nicht im Wege stehen.“¹⁰⁵

In der *Prophylaxe der Panik* kommt dieses Konzept beispielhaft zur Anwendung. Brickenstein, der hier als repräsentativ für die

Heeres-Sanitätsinspektors im Reichskriegsministerium Prof. Waldmann. „Aber wenn auch der Abgang ausgesprochener Psychopathen an sich tragbar wäre, so würde doch die Entbindung körperlich gesunder und keineswegs geisteskranker oder schwachsinniger, sondern einzig und allein charakterlich abnormer Menschen von ihrer vaterländischen Pflicht auf zahlreiche andere, zwar nicht gerade psychopathische, aber ethisch, willensmäßig oder erzieherisch nicht ganz gefestigte Wehrpflichtige einen höchst unheilvollen Einfluß ausüben. ... Ebenso wenig wie nach unseren heutigen Anschauungen der Charaktermangel die Verantwortlichkeit für begangenes Unrecht aufhebt, ebenso wenig ist er imstande, das Recht und die Pflicht des Wehrdienstes hinfällig zu machen — von gewissen Ausnahmen abgesehen. Endlich ist auch der Rolle des Militärdienstes als eines der wichtigsten und wirksamsten Mittel der Volkserziehung zu gedenken. ... Er gelangt nicht zu der echt soldatischen Einstellung, welche freudig gehorchen und die Eingliederung in das Große und Ganze der Armee als Erhöhung des persönlichen Daseins empfinden läßt. ... Ein weiterer Fahnenflüchtiger ist als gemütsarm, primitiv, schmutzig und debil zu bezeichnen.“ (S. 623).

103 Baeyer, W. von: Die Bedeutung der Psychiatrie im Sanitätswesen der Streitkräfte, in: Wehrmed. Mschr. 12 (1968), S. 98.

104 Baeyer, a.a.O., S. 99. Zwar gelte es, Simulanten, die nervöse und geistige Störungen vortäuschen, zu entlarven. Trotzdem hätte sie von Baeyer am liebsten aus der Armee ausgeschlossen, denn „es ist nämlich eine alte psychiatrische Erfahrung, daß Simulanten in aller Regel psychisch hoch abnorme, schwer psychopathische, manchmal auch schwachsinnige Persönlichkeiten sind, die schon wegen ihrer angeborenen Anomalie keinen Platz in den Streitkräften finden sollten...“ (a.a.O.).

105 Baeyer, W. v., a.a.O., S. 103.

Bundeswehrpsychiatrie gelten kann, sieht das Problem der Panik „im Zersprengen der Disziplin und der Auflösung des festen soldatischen Aggregatzustandes einer Truppe, so daß diese nicht nur keinen Gefechtswert mehr hat, sondern zu einer Gefahr für alle Truppenteile in ihrer Umgebung geworden ist...“¹⁰⁶ Er kommt zu folgenden Vorschlägen, welche die Rolle der Psychiatrie als Disziplinierungs- und Herrschaftsinstrument deutlich zeigen:

„1. Vorbeugend. ... Keine Einziehung, gegebenenfalls vorzeitige Entlassung von Minderbegabten, Psychopathen und Neurotikern. ... Sicherung des Vertrauens zur oberen Führung. Anstreben einer persönlichen Bindung des Soldaten an die unteren Führer und deren Stellvertreter. ... Förderung einer vertrauensvollen Gemeinschaft in den Einheiten. (Hierbei Nutzung landsmannschaftlicher Bindungen.) — 2. Bei Panikstimmung. ... Nachdrückliche Erinnerung an die eigenen Kriegsziele. Dabei Ansprechen der persönlichen Affekte des einzelnen ... — 3. In der akuten Panik. ... Nachdrückliches Befehlen (evtl. durch Gesten) eingedrillter Tätigkeiten. ... Unzweideutige energische Befehlsgebung ... Versprechen von Auszeichnungen.“¹⁰⁷

Nach Brickenstein sind „Männer, die sich fortlaufend homosexuell betätigen, für die Streitkräfte aller Länder ein ernstes Problem“¹⁰⁸. Die *Gefährdung der Kampfkraft durch homosexuelle Soldaten* wird auch von anderen Bundeswehrpsychiatern, wie z. B. Siebert, nachdrücklich betont: „Der homosexuelle Wehrpflichtige stört das Gemeinschaftsleben der Truppe (Cliquesbildung, asoziales Verhalten, psychopathische Verhaltensweisen). ... Falls Zweifel bestehen bleiben, muß fachärztliche Untersuchung angeordnet werden (evtl. bei wissenschaftlichen Assistenten psychiatrischer Kliniken, mit der Problematik vertraute niedergelassene Psychiater erfragen!) ... Nicht selten — besonders bei Musterungen in Großstädten — behaupten heterosexuelle Wehrpflichtige homosexuell zu sein, nur um der Einberufung zum Wehrdienst zu entgehen. ... Heterosexuelle Wehrpflichtige, die das Odium der Homosexualität auf sich nehmen, nur mit dem Ziel, auf diese Weise nicht wehrtauglich zu sein, sind in der Mehrzahl charakterlich so minderwertig, daß man auf sie verzichten sollte. Sie sind als rücksichtslose Störer für die Truppe kein Gewinn.“¹⁰⁹

Der Musterungsarzt soll nach Siebert zur Erkennung von Homosexuellen folgende Hinweise beachten: „Häufig feminine Körpermerkmale: Hohe, gekünstelte Stimme; breite Hüften, weibliche Gesichtszüge, zuweilen feminine Pubesbehaarung, rasierte Augenbrauen. Auffallende Putzsucht, grellbunte Pullover und sonstige extravagante Kleidung, seidene Unterwäsche, Parfum, Haarfärbe-

106 Brickenstein, R.: Panikprobleme im Rahmen der Landesverteidigung, in: Beiträge zur Wehrpsychiatrie, Bonn 1967, Heft 3, S. 195.

107 Brickenstein, a.a.O., S. 197.

108 Brickenstein, a.a.O., S. 100.

109 Siebert, C.: Die Problematik der Tauglichkeitsbeurteilung homosexueller Wehrpflichtiger, in: Wehrmed. Mschr. 10 (1966), S. 92—96.

mittel, Schminke und Puder, lackierte Finger- und Zehnägel, auffallender Schmuck. Deutlich gezieltes, affektiertes Benehmen und Gehabe.“¹¹⁰

Brickenstein plädiert in der Regel für ihren Ausschluß aus der Armee: „Homosexuelle Pervertierte sollten als dauernd wehrdienstuntauglich beurteilt werden, weil sie Disziplin und damit die Kampfkraft der Truppe dadurch schädigen, daß sie durch ihr von sexueller Spannung und Lust, Furcht vor Entdeckung, Mißtrauen und Leid diktiertes Verhalten, das in einer soldatischen Gemeinschaft unentbehrliche Vertrauen dauernd erheblich stören. ... In der Truppe suchen und finden sie instinktiv meist rasch Gleichgesinnte, bilden mit diesen gleichsam Nester und konspirieren aus Furcht vor Entdeckung miteinander. Meist kommt es bei echt Pervertierten, ähnlich wie bei Süchtigen, zu einem allmählichen Zerfall der Persönlichkeit...“¹¹¹

Die Bundeswehrführung, die in großer Sorge um die Homosexualität in der Bundeswehr war, fragte bei der Sanitätsinspektion der Bundeswehr an, „ob es möglich sei, daß ausländische Agenten diese Bestimmung (nämlich Homosexuelle von der Bundeswehr auszuschließen, d. A.) dazu benutzen, die Wehrkraft in Deutschland zu zersetzen dadurch, daß sie Wehrpflichtige darin schulen, eine Homosexualität vorzutäuschen“¹¹². Diese Sorge wurde jedoch u. a. durch den Sexualforscher Giese beschwichtigt, der in einer für die Bundeswehr angefertigten (und als vertraulich eingestuft) Studie davon sprach, daß „von einer Gefährdung (der Disziplin bzw. der Kampfkraft der Truppe, d. A.) durch den kompensierten Homosexuellen ... prinzipiell nicht gesprochen werden kann“¹¹³.

110 Siebert, a.a.O.

111 Brickenstein, a.a.O., S. 49–50. Nach Ansicht des Autors gibt es jedoch Ausnahmen: „Homosexuell Veranlagte, die glaubhaft versichern, daß sie bisher abstinert gelebt haben, wird man ebenso wie jene, die selbst gar nichts von ihrer Veranlagung wissen, nicht als dauernd untauglich beurteilen dürfen.“ S. 51.

112 Brickenstein, a.a.O., S. 112. Dort auch S. 51: „Wehrpflichtige, die es auf sich nehmen, sich wegen dieser Angaben nervenärztlich gezielt explorieren, untersuchen und schließlich als Homosexuelle oder Bettnässer etikettieren zu lassen, ohne es zu sein, sind mindestens schamlos und neigen auch sonst dazu, abartig zu reagieren. Eine derartige Reaktionsbereitschaft muß man fast immer als Ausdruck einer konstitutionellen Abartigkeit im Sinne einer Psychopathie werten, selbst wenn man die dieser Bereitschaft zu Grunde liegende Tendenz, vom Wehrdienst freizukommen, berücksichtigt. In der Schweiz erklärte der Baseler Waffenplatzpsychiater Janner solche Wehrmänner für dienstuntauglich und wehrunwürdig, weil es sich hierbei nach seiner Auffassung meist um den Ausdruck einer tiefgreifenden Persönlichkeitsanomalie oder einer abnormen Entwicklung handelt...“

113 Diese vom Bundesministerium für Verteidigung herausgegebene Studie erschien im 2. Heft der „Beiträge zur Wehrpsychiatrie“, Bonn 1966, und enthält u. a. Aufsätze von Bürger-Prinz und von von Baeyer. Da dieses 2. Heft der Öffentlichkeit nicht zugänglich gemacht wurde, steht nur eine kurze Zusammenfassung einiger Passagen daraus im Zentral-

Als in der zweiten Hälfte der 60er Jahre in der Bundeswehr die „Wehrwilligkeit“ spürbar nachließ und die Zahl der Kriegsdienstverweigerer rapide anstieg, sollten auch die *Sanitätsoffiziere* für die Bundeswehr *militärdeologische Schützenhilfe* leisten. So formulierte der ehemalige Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt a. D. Dr. Albrecht, jetzt Vorsitzender der Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (früher: Verband der Sanitätsoffiziere), bei deren Vertreterversammlung 1970: Bei aller eigenen jugendlichen Besserwisseri gab es doch über „bestimmte Grundvorstellungen ... keine Debatte: Vaterland, Nation und ‚das Reich‘ waren unantastbare Begriffe. Heute gehört es insbesondere in intellektuellen Kreisen beinahe zum guten Ton, keine Tabus mehr anzuerkennen, jeglichen Idealismus zynisch in den Schmutz zu ziehen und letztlich alles in Frage zu stellen. Irgendwo ist aber eine Grenze, und ich bin überzeugt, daß diese Grenze bald erreicht ist, wenn dieser Staat überleben will.“ Er bläst zur moralischen Aufrüstung: „So darf die Bundeswehr nie in Frage gestellt werden. ... Diese Verteidigungsbereitschaft zu stärken und zweifelnden Kameraden wieder einen festen Halt zu geben, ist keine nebensächliche Aufgabe des Sanitätsdienstes ...“¹¹⁴

Gefordert wurde auch eine engere Zusammenarbeit zwischen Sanitätsoffizieren und den Vertretern einer der ältesten Sozialtechniken für die Armee, nämlich der *Militärseelsorge*: „Eine wesentliche Hilfe kann eine gute Zusammenarbeit mit dem Soldatenpfarrer sein, dem

blatt für Neurologie und Psychiatrie zur Verfügung, woraus die Zitate entnommen sind. Z. ges. Neurol. Psychiat. 191 (1968), S. 251—252. — Die — im übrigen wissenschaftlich unhaltbare — klischeehafte, aggressive Verleumdung der Homosexualität (u. a. als „Sucht, die zum Zerfall der Persönlichkeit führt“ etc.) kann in ihren verschiedenen Aspekten hier nicht näher untersucht werden und würde eine eigene Studie über die latente und offene Homosexualität erfordern, die in Männerbünden wie der Bundeswehr angelegt ist. Interessant wäre, der Frage nachzugehen, warum es für Magenkranke „Magenbataillone“, für Ohrenkranke „Ohrenbataillone“ und für eine Reihe psychischer Abweichungen doch noch einen Platz in der Armee gab (z. B. Zwangsneurotiker) — während „Homosexuellen-Bataillone“ nie in Erwägung gezogen wurden.

114 Albrecht, W., in: Wehrmed. Mschr. 14 (1970), S. 190—191. Zum häufig vorgebrachten Argument, es gebe über alle Grenzen hinweg das einigende Band militärärztlicher Völkerverständigung und Friedensarbeit vgl. die Rede, welche 1968 bei einem internationalen militärärztlichen Treffen gehalten wurde und u. a. folgenden Passus enthält: „Niemand von uns denkt daran, die Liebe, die Sie Ihrem Vaterland entgegenbringen dürfen und müssen, in Frage zu stellen. Niemand denkt daran, Sie in ihrer Auffassung vom vorrangigen Einsatz zugunsten Ihrer Armee und in der persönlichen Hingabe, die dem Offizier zur Ehre gereicht, schwankend zu machen. Die Großartigkeit des militärischen und vaterländischen Dienstes ist ein integrierender Bestandteil des Bildes, das wir uns von unserem besonderen Beruf machen. Um nichts in der Welt möchten wir diesen Aspekt Ihrer Ideale antasten ...“ (zit. n. Wehrmed. Mschr. 12 (1968), S. 21).

ja eine ähnlich schwere Aufgabe gestellt ist, wo es nicht mehr um das Predigen von Moral, Aufziehen von erbaulichen Gottesdiensten, etwa gar das Segnen von Waffen, sondern um das Ringen um die Seele eines anvertrauten Menschen, seine Förderung und Führung zur höchsten Freiheit geht und um das Verständnis, warum der Soldat noch erforderlich ist.“¹¹⁵ Die Zusammenarbeit manifestierte sich u. a. in gemeinsamen Tagungen, z. B. vom 26. 6. — 1. 7. 1971 in der Evangelischen Akademie Arnoldshain¹¹⁶ und am 5. Juli 1972 in der Sanitätsakademie München unter dem Leitthema: „Der gefährdete Soldat“¹¹⁷.

Hier zeigt sich, daß — analog zur Militärpsychiatrie, welche vom manifest brutalen Vorgehen im 1. Weltkrieg nunmehr ins Stadium sublimierter Psychotechniken tritt — auch die Militärseelsorge feierliches Segnen von Waffen nicht mehr für zeitgemäß hält; nützlicher für die Militärführung ist ihr Einsatz als Sozialtechnik¹¹⁸.

Angesichts der Kompliziertheit der modernen militärischen Technologie und der Notwendigkeit, menschliche Unsicherheitsfaktoren maximal zu eliminieren, erwiesen sich die traditionelle Militärpsychiatrie und Militärpsychologie zwar als unentbehrlich, aber weder prophylaktisch noch therapeutisch als ausreichend. Dies wurde auch in der Bundeswehr erkannt: „Zur Bewältigung der hierbei auftretenden Probleme ist der Militärpsychiater auf die Zusammenarbeit mit Truppenärzten, Physiologen, Hygienikern, Psychologen, Soziologen, Historikern, Pfarrern, Personalbearbeitern und Rechtsberatern der Streitkräfte angewiesen.“¹¹⁹

Die Rezeption von neuesten Sozialtechniken in Anlehnung an die amerikanische Armee soll an folgenden Beispielen exemplarisch wiedergegeben werden: An der Anwendung: 1. der Psychoanalyse, 2. der Gruppendynamik, insbesondere der Kleingruppenforschung, 3. der neuesten Computermethoden zur Selektion und optimalen Verwendung von Soldaten durch Vorausberechnung von Streß-Toleranz und Kampfverhalten. Die Funktion solcher Methoden war von Anfang an klar definiert: „Kriterium für den Einsatz sozialwissenschaftlicher Forschung im Bereich der Bundeswehr sollte

115 Holland, E.: Der Truppenarzt als Gehilfe seines Kommandeurs, in: Wehrdienst und Gesundheit, Darmstadt 1960, Band 1, S. 28. Vgl. auch S. 31: „Es (das Sanitätskorps, P.R.) hat sich der Truppe nie entzogen und wird es auch nie tun, weil es nicht Selbstzweck ist, sondern der Truppe zu dienen hat. Es wird stets bereit sein, und hat diese vordringliche Aufgabe, aus seinen Reihen den Truppenkommandeuren bestmögliche Gehilfen zu stellen...“

116 Vgl. Wehrmed. Mschr. 15 (1971), S. 283—285.

117 Wehrpsycholog. Mittlg. 6 (1972), Heft 4, S. 85 ff.

118 Vgl. dazu die ausführliche Studie von Bamberg, H.-D.: Militärseelsorge in der Bundeswehr — Schule der Anpassung und des Unfriedens. Köln 1970.

119 Brickenstein, R.: Wehrpsychiatrische Aufgabenbereiche im Frieden. Nervenarzt 44 (1973), S. 89—92.

immer eine positive Beantwortung der Frage nach der damit bewirkten Verbesserung der Effektivität der Streitkräfte sein.“¹²⁰

Betrachten wir im folgenden das Verhältnis der Bundeswehr-psychiatrie zur *Psychoanalyse*¹²¹. Aus der psychosomatischen Universitätsklinik Gießen (unter der damaligen Direktion von H. E. Richter) stammt eine Untersuchung „Krankmeldungen in der Truppe und ihre Beziehung zu sozialpsychologischen Faktoren“. Darin sollte den Ursachen nachgegangen werden, die zu einer besonders hohen Zahl von Krankmeldungen in einer bestimmten Kompanie im Gießener Raum geführt hatten. Die Arbeit, die sich des *psychoanalytischen und sozialpsychologischen Instrumentariums* bedient, schließt: „Die nach diesen Ergebnissen sich konsequenterweise anbietende soziotherapeutische Maßnahme bestand in einem Führungswechsel, der, wie die Kontrolluntersuchung zeigte, bereits nach 3 Monaten einen guten Erfolg brachte.“¹²² Damit war militärisch dysfunktionales Verhalten wieder im Sinne der militärischen Führung „therapiert“.

Eine weitere Arbeit aus der Universitäts-Nervenklinik München über „Bundeswehr und Autoritätskonflikt“ bedient sich ebenfalls psychoanalytischer Kategorien. Die Untersuchung setzt sich zum Ziel, einerseits „prophylaktisch durch sachgerechte Auswahl der Bundeswehrangehörigen Symptombildungen zu verhindern, sowie andererseits ... bei Auftreten von Schwierigkeiten therapeutisch eingreifen zu können ...“; von 343 Bundeswehrangehörigen, die in den Jahren 1955–68 in der Nervenklinik der Universität München wegen psychiatrischer Symptomatik behandelt worden waren, fanden

120 Puzicha, K.: Kleingruppenforschung in der Bundeswehr. Eine Begründung ihrer Notwendigkeit, in: Wehrpsycholog. Mittlg. Heft 1 (1971), S. 13.

121 Die erste Kontaktaufnahme von Militärs zur Psychoanalyse war Ende des 1. Weltkrieges im Rahmen des Internationalen Psychoanalytischen Kongresses in Budapest erfolgt, weil sich die Armeeführung neue Aspekte zur Heilung von Kriegsneurosen erhoffte (vgl. Psyche 12 [1972], S. 945).

122 Overbeck, G., D. Beckmann: Krankmeldungen in der Truppe und ihre Beziehung zu sozialpsychologischen Faktoren. Sozialmedizinische Untersuchung an Soldaten der Bundeswehr in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Universitätsklinik Gießen (Direktor: Prof. Dr. H. E. Richter), in: Wehrmed. Mschr. 14 (1970), S. 230–236. — Das methodische Vorgehen war, daß diese Kompanie mit einer anderen ausgewählten Kompanie bezüglich einiger psychologischer und soziologischer Maßstäbe, dem Wortlaut der geklagten körperlichen Beschwerden und der Persönlichkeitsvariablen der Kompanieangehörigen sowie deren Beziehung zur Führungsgruppe verglichen wurde. Außerdem wurde versucht, nach den obigen Merkmalen die Wehrpflichtigen, die Berufs-Zeit-Soldaten sowie die sich selten und häufig krankmeldenden Personen zu differenzieren. „Es zeigte sich, daß als Ursache schwer gestörte Beziehungen zwischen Truppe und Führung in der betreffenden Kompanie vorlagen.“ Die Berufs-Zeit-Soldaten reagierten darauf depressiv, die Wehrpflichtigen „kontraphobisch, aktiv mit Neigungen zu pseudologischen Handlungen“.

die Autoren bei 84 Bundeswehrangehörigen einen nicht näher definierten „konfliktuösen Bezug zur Autorität“. Die Konflikte mit der Bundeswehr werden komischerweise, aber objektiv ganz im Sinne der finanziellen Träger dieser militärischen Auftragsforschung, auf frühkindliche Konflikte zurückgeführt: „Die Bundeswehr ist auf Grund ihrer inneren Struktur als Projektionsmodell für Ängste oder Aggressionen gegen den Vater bzw. die Autorität besonders geeignet. Der Soldat regrediert bei Konfrontationen mit der Bundeswehr auf ein Verhaltensmuster, das er in der originalen Situation anwandte... Die Aggressionen richten sich nicht ursprünglich gegen die Bundeswehr bzw. Vorgesetzten, sondern gegen die primären Bezugspersonen, die Eltern. Durch Regression und Projektion erfolgt die Reaktion jedoch in der Auslösesituation Bundeswehr...“¹²³

Auf der 1. Arbeitstagung der „Arbeitsgruppe II“ der Bundeswehrpsychologen (1.—2. Juli 1971 in Würzburg) wurde ein Arbeitskreis *Gruppendynamik*¹²⁴ gegründet, der folgende Aufgaben zu lösen versucht:

1. Führungsprobleme. Rolle des militärischen Vorgesetzten, Effizienz des militärischen Führungsverhaltens (Auswirkungen von Führungsstilen), Führungssituationen in der Truppe, Auswahlverfahren für militärische Vorgesetzte, Kommunikationsstrukturen in der Truppe... — 2. ... Zusammenhang zwischen individueller Aggressivität und Gruppenkonflikten (Kohäsion der Gruppe). — 3. Ausbildungsfragen aus gruppensystemischer Sicht: a) Kooperationstraining in Kleingruppen, b) Training situationsangemessenen Führungsverhaltens, c) Optimierung des Ausbildungserfolges, d) optimale Zusammensetzung von Kleingruppen im Hinblick auf ihre Funktion¹²⁵.

Die *Kleingruppenforschung* war wegen ihrer unmittelbaren Bedeutung für das Kampfverhalten in den USA forciert betrieben worden. Sie soll die „Moral der Truppe“ verbessern; diese wird definiert als „Vertrauen der Soldaten in die Vorgesetzten, die Gruppe, Waffen und Geräte, die Verbündeten, die Überlegenheit der eigenen Weltanschauung“. Die Truppenmoral soll „Leistungsfähigkeit des einzelnen Soldaten und die Leistungsfähigkeit der Gruppe erhöhen“ und die „angestrebte Manipulierbarkeit gegnerischer Gruppen“ ermöglichen: „Eine Manipulierbarkeit von Gruppen ist nur auf Grund ge-

123 Ziese, P., D. Lingnau: Bundeswehr und Autoritätskonflikt, in: Wehrmed. Mschr. 14 (1970), S. 77—82.

124 Es gibt auch eine Zeitschrift des gleichen Namens „Gruppendynamik“. Sie weist unter den Herausgebern u. a. Wolf Graf von Baudissin auf. Sie beschäftigt sich mit folgenden Bereichen: „Interventionsforschung und angewandte Sozialpsychologie mit Beiträgen deutscher und ausländischer Fachleute über gruppensystemische Lern- und Trainingsmethoden, Beratungspsychologie, Organisationsentwicklung, Institutionsanalyse, Führungsmethoden, Team-Entwicklung, Kommunikation, Soziometrie, Kleingruppenforschung...“ — A. Kaiser (in: Wehrpsycholog. Unt. [1971] Heft 1, S. 81—119) schlägt die Anwendung gruppensystemischer Techniken bei der Ausbildung der Führungskräfte der Bundeswehr vor.

125 Wehrpsycholog. Mittlg. Nr. 3 (1971), S. 124.

nauer Kenntnisse der gruppendynamischen Struktur möglich. Es scheint also sinnvoll, die verfügbaren gruppendynamischen Modelle, Techniken, Methoden und Meßinstrumente auf Anwendbarkeit auf den militärischen Bereich zu überprüfen, gegebenenfalls zu übernehmen oder anzupassen.“¹²⁶

In den Vordergrund getreten sind die *Methoden der computer-unterstützten Sozialtechnik* zunächst bei der Musterung¹²⁷. Schon dort soll mit der biographischen Datenerhebung und den Testuntersuchungen eine möglichst genaue Voraussage erfolgen, ob der Rekrut später in der Armee evtl. neurotische Symptome zeigen wird; dazu sind umfangreiche Untersuchungen teils erfolgt, teils noch im Gange¹²⁸. Unter anderem werden gegenwärtig Methoden erarbeitet, um schon bei der Musterung feststellen zu können, ob ein Rekrut eher zum direkten Töten im Fronteinsatz Mann gegen Mann oder besser zum „technologischen Kämpfen“ geeignet ist¹²⁹. Idealziel, das in wenigen Jahren erreicht sein soll, ist die „maschinelle Einplanung“¹³⁰ von Rekruten, um eine möglichst rasche und optimale Verplanung von Reservisten (nach IQ, körperlicher Tauglichkeit, psychischen Anfälligkeiten etc.) zu ermöglichen.

126 Puzicha, a.a.O., S. 13—16.

127 Fritscher, W., E. W. Koch: Einsatz datenverarbeitender Anlagen im Psychologischen Dienst des Wehrersatzwesens, in: *Wehrpsycholog. Mittlg.* Heft 4 (1973), S. 22—29. — Vgl. dazu auch: Groeschel, K.: *Arzt und Organisation*, in: *Wehrdienst und Gesundheit*. Darmstadt 1960, Band 1, S. 15: „Verlust an Gerät und Waffen läßt sich kurzfristig ersetzen. Der Mensch als Einzelkämpfer, als Führerpersönlichkeit, als Fachkraft und Spezialist einer mehr und mehr in die Automatisierung drängenden Industrie, wie bei der Bedienung moderner, komplizierter Waffen und Geräte, wird schwerer denn je ersetzbar...“

128 Schlüter, P.: Neurotizismus bei Wehrpflichtigen und seine Vorhersagbarkeit durch den EVT, in: *Wehrpsycholog. Unters.* 7 (1972), Heft 3, S. 133—142. Olbrich, E. et al.: Biographische Informationen. Ein Beitrag zur Erhebung und Auswertung nach formalen Kategorien in der Eignungs- und Verwendungsprüfung, in: *Wehrpsycholog. Unters.* 7 (1972), Heft 4, S. 79—106; „Schwerpunktmäßig beabsichtigen wir, die Analyse von biographischen Fakten voranzutreiben, die mit Hilfe eines detaillierten biographischen Fragebogens zu erheben sind...“

129 Auf dem 8. Internationalen Symposium für angewandte Militärpsychologie in Arlington/USA (20.—24.9.1971) wurde differenziert zwischen dem „Kämpfer Typ 1, ... er stehe dem Feind direkt gegenüber, von ihm werde Töten gefordert“ und dem „Typ 2, dem technologischen Kämpfer“, der keinen „feed-back“ zu den Opfern hat. Ein Referent trug dort eine diagnostische Methode vor, welche schon bei der Musterung eine Einordnung zwischen diesen beiden Polen von Kämpfertypen erlaube, und „viele Teilnehmer drückten ihr Interesse an einer Erprobung dieser Tests in ihren Ländern aus“, in: *Wehrpsycholog. Mittlg.* 6 (1972), S. 86—98. Vgl. auch: Wilson, N. A. B.: *Psychology and Military Proficiency*, in: *Occup. Psychol.* 40 (1966), S. 179—193.

130 Fritscher, W.: Maschinelle Einplanung von ungedienten Wehrpflichtigen mit EVP-Ergebnissen, in: *Wehrpsycholog. Mittlg.* Heft 3 (1973), S. 45.

In Verlängerung dieser Perspektive könnte eine lückenlose Datenerfassung nicht nur den richtigen Mann mit dem passenden IQ an das „richtige“ Kriegsgerät weisen, sondern auch dysfunktionales Verhalten durch Zuweisung an den „geeigneten“ Platz im größeren Rahmen letztlich wieder verplanbar zu machen. Damit aber würde der beim jetzigen Stand der Technik noch notwendige „curative“ Teil der Militärpsychiatrie in den Hintergrund treten, historisch abgelöst durch eine der Technik der zweiten industriellen Revolution entsprechende computergesteuerte Globalprophylaxe von Kriegsneurosen — und zwar nicht im Sinne einer Verhütung der Krankheit (die Kausaltherapie würde ja die Aufhebung der Entfremdung bedeuten, also die Entlassung des Soldaten aus dem Krieg), sondern im Sinne jener technokratischen Prophylaxe, die sowohl das Entstehen einer explosiven „kritischen Masse“, wie auch das Entstehen einer nicht mehr „funktionsfähigen“, „kranken“ Masse verhindern soll. Mit anderen Worten: Der Kranke wird computergesteuert an den Platz gestellt, an dem er als Kranker nicht nur nicht störend wirkt, sondern noch nützlich sein kann. Damit wäre durch die im Dienste des Militärs stehenden Psychotechnokraten ein so enges präventives und frontnah-therapeutisches Netz um den Soldaten gespannt, daß er seiner Verplanbarkeit und seiner Verwendbarkeit nicht mehr entgehen kann.

Bei der Systemanalyse des militärisch-industriellen Komplexes muß davon ausgegangen werden, daß dieser nicht nur als ökonomische Verflechtung besteht, sondern auf der Ebene der sozialwissenschaftlichen Forschung und ihrer Anwendungen (Führungstechnik) eine neue Stufe erreicht hat. Dieses Stadium dokumentiert exemplarisch das NATO-Symposium in Brüssel über „Leadership and Management Appraisal“ (2.—6. 4. 71); dort wurden u. a. folgende Fragen behandelt: „Welche Faktoren üben einen Einfluß darauf aus, unternehmerische Ziele akzeptabel zu machen? Wie kommt man zu ‚Gehorsam‘ (compliance) und Konformität in einer Organisation, damit sie effektiv arbeiten kann, und welche Art des Führungsstils ist dazu notwendig?“ Schließlich wird in entlarvender Kürze formuliert: „Eine Aufteilung nach militärischen und zivilen Problemstellungen wurde im Symposium nicht vorgenommen, da man allgemein der Ansicht war, daß die Thematik sowie die Ergebnisse für beide Bereiche von gleicher Relevanz sind.“¹³¹

IX. Nachwort

Wie diese Materialien gezeigt haben, ist die Militärmedizin bis zum heutigen Tag einer Funktion unterworfen, die ein am Feldzug gegen Dänemark 1867 teilnehmender Militärarzt so formulierte: es sei

131 Wehrpsycholog. Mittlg. Nr. 4 (1971), S. 109. Vgl. dazu auch: Brun, E.: Motivation in der Armee, in: Neue Zürcher Zeitung, 10. 3. 1974, S. 37—38. Sowie Schulte, L.: Der Mensch in der Organisation, in: Wehrkunde 21 (1972), S. 140—143.

notwendig, „das Capital an Gesundheit und Kraft, welches der Staat in der Armee anlegt, damit es bei dem Zusammenstoße mit einem Feinde den höchsten Zins trage zu wahren.“¹³²

Aus dem Quellenmaterial läßt sich die *Funktion des Sanitätswesens*, insbesondere der Militärpsychiatrie, eindeutig definieren: Ihr Ziel ist die Selektion, die — zunehmend computergesteuerte — Zuteilung des geeigneten Soldatenmaterials und die Reparatur des militärisch dysfunktionalen Soldaten. Je nach Symptomenbild und in Abhängigkeit von der Entwicklung militärischer Technologien kommen verschiedene herausgebildete medizinische Disziplinen zum Einsatz, durch deren Verfeinerung ein engmaschiges Netz um den Einzelnen gelegt wird, um ihn in den militärischen Apparat und seine Ziele zu integrieren.

Diese Funktion wird verschleiert durch eine spezifische *Sanitätsideologie*. Diese will glauben machen, daß Sanitätsmedizin identisch sei mit akuter Notfall-Therapie bei Katastrophen und vereinnahmt dadurch propagandistisch den meist gewaltigen Einsatz von z. T. dienstverpflichteten Zivilärzten für ihre militärraffirmative Selbstdarstellung.

Die *Funktionalisierbarkeit* der bürgerlichen Medizin für militärische Zwecke läßt sich herleiten aus der Klassenlage der Ärzte und der daraus folgenden interessenbedingten Ausblendung der wirklichen sozioökonomischen Determinanten der Kriege. Oft wird auf dem Boden einer sozialdarwinistisch gefärbten Anthropologie eine „Kriegshegungstheorie“ propagiert, derzufolge Kriege nur biologisch erklärbare, unabänderliche Naturereignisse sind, die immer wieder nach Art einer aggressiven Triebhydraulik zum Ausbruch kommen, und wo nur symptomatisch das Schlimmste verhütet, nicht aber politisch die Ursachen im gesellschaftlichen Verhältnis der Menschen zueinander aus dem Weg geräumt werden können.

Diese Studie konnte eine große Zahl von Aspekten, problemgeschichtlichen Verästelungen, sozioökonomischen Zuordnungen nicht berücksichtigen. Sie muß unbedingt vorangetrieben werden: Es gilt, auch andere Teilbereiche der Militärmedizin quellenmäßig anzugehen, insbesondere die Militärphysiologie, Militärpsychologie und den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit der Medizinischen Fakultäten mit der Bundeswehr systematisch aufzuarbeiten.

Alle Leser werden gebeten, ihre Erfahrungen mit dem Sanitätswesen der Wehrmacht und der Bundeswehr (als Patienten oder als Mitglieder des Sanitätskorps) dem Autor mitzuteilen, um diesen Teilbereich einer „Medizin ohne Menschlichkeit“ der Öffentlichkeit dokumentarisch zugänglich zu machen.

132 Loeffler, F.: Generalbericht über den Gesundheitsdienst im Feldzuge gegen Dänemark 1864, 1. Teil, Berlin 1867; zit. n. Ring, a.a.O., S. 134.

A N H A N G

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats für das Sanitäts- und Gesundheitswesen beim Bundesminister der Verteidigung (Wehrmedizinischer Beirat) und die Dauer ihrer Zugehörigkeit (nach Wehrmedizinische Monatsschrift, Heft 10/1973, S. 325)

- Albrecht, G., Frau Dr. med.
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, em. 1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes, Hamburg 1964—1966
- Ritter von Baeyer, W., Professor Dr. med.
em. Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg seit 1963
- Bansi, H. W., Professor Dr. med.
em. Chefarzt der 1. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Hamburg 1963—1971
- Bartelheimer, H., Professor Dr. med.
Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Hamburg seit 1970
- Brandis, H., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Immunbiologie der Universität Bonn seit 1971
- Brieskorn, C. H., Professor Dr. rer. nat.
Vorstand des Instituts für Pharmazie und Lebensmittelchemie der Universität Würzburg seit 1963
- Bürkle de la Camp, H., Professor Dr. med.
em. Chefarzt der Chirurgischen Klinik „Bergmannsheil“ Bochum, Döttingen 1963—1967
- Degkwitz, R., Professor Dr. med.
Direktor der Psychiatr. und Nervenklinik der Universität Freiburg 1967—1971
- Derra, E., Professor Dr. med., Dr. med. h. c.
em. Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Düsseldorf 1963—1971
- Doerr, E., Professor Dr. med.
Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Heidelberg 1963—1967
- Eyer, H., Professor Dr. med., Dr. phil.
Direktor des Max-v.-Pettenkofer-Instituts f. Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München seit 1963
- Fischer, C. H., Professor Dr. med., Dr. med. dent.
Direktor der Westdeutschen Kieferklinik der Universität Düsseldorf 1963—1971
- Fliedner, T. M., Professor Dr. med.
Leiter der Abteilung für klinische Physiologie im klinischen Forschungszentrum der Universität Ulm seit 1967
- Frey, R., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Anaesthesiologie der Universität Mainz 1963—1969
- Fromm, E., Professor Dr. med., Dr. med. h. c.
em. Präsident der Bundesärztekammer, Hamburg seit 1963
- Götz, H., Professor Dr. med.
Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Gesamthochschule Essen 1967—1970

- Graul, E. H., Professor Dr. med., Dr. rer. nat.
Direktor des Instituts für Strahlenbiologie und Isotopen-
forschung der Universität Marburg 1963—1967
- Habs, H., Professor Dr. med.
emer. ord. Professor für Hygiene der Universität Bonn seit 1963
- Hamperl, H., Professor Dr. med.
em. Direktor des Pathologischen Instituts der Universität
Bonn 1963—1971
- Haunfelder, D., Professor Dr. med., Dr. med. dent.
Direktor der Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und
Kieferkrankheiten der Universität Münster seit 1967
- Hein, J., Professor Dr. med., Medizinaldirektor i. R.
em. Direktor des Krankenhauses „Tönsheide“ der Landes-
versicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Sierksdorf
(Post Haffkrug) 1963—1971
- Henschler, D., Professor Dr. med.
Vorstand des Instituts für Toxikologie und Pharmakolo-
gie der Universität Würzburg seit 1967
- Herrmann, M., Professor Dr. med., Dr. med. dent.
em. Direktor der Universitäts-Zahn-, Mund-, Kiefer-
Klinik, Mainz 1963—1967
- Heymer, A., Professor Dr. med.
em. Direktor der Medizinischen Universitäts-Klinik,
Bonn-Venusberg 1963—1971
- Hollmann, W., Professor Dr. med.
Leiter des Instituts für Kreislaufforschung und Sport-
medizin, Deutsche Sporthochschule, Köln seit 1971
- Hundeshagen, H., Professor Dr. med.
Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover seit 1971
- Hutschenreuter, K., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Anaesthesie der Universität des
Saarlandes, Homburg seit 1970
- Keidel, W. D., Professor Dr. med.
Direktor des I. Physiologischen Instituts der Friedrich-
Alexander-Universität Erlangen 1967—1971
- Klimmer, O. R., Professor Dr. med.
em. Leiter der Toxikologischen Abteilung des Pharmako-
logischen Instituts der Universität Bonn, Erlach
Post Neustadt/Main seit 1963
- Klose, F., Professor Dr. med., Dr. med. h. c.
em. Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Kiel 1963—1967
- Klosterkötter, W., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Hygiene und Arbeitsmedizin der
Gesamthochschule Essen seit 1967
- Knapp, W., Professor Dr. med.
Vorstand des Instituts für Hygiene und Medizinische Mi-
krobiologie der Universität Erlangen seit 1967
- Knipping, W., Professor Dr. med., Dr. med. h. c., Dr. rer. nat. h. c.
em. Direktor der Medizinischen Universitäts-Klinik,
Köln-Lindenthal 1963—1967
- Koller, S., Professor Dr. med., Dr. phil.
Direktor des Instituts für Medizinische Statistik und Do-
kumentation der Universität Mainz seit 1968

- Korting, G. W., Professor Dr. med.
Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik, Mainz seit 1963
- Koslowski, L., Professor Dr. med.
Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Tübingen seit 1971
- Kotter, L., Professor Dr. med. vet.
Vorstand des Instituts für Nahrungsmittelkunde der Tierärztlichen Fakultät der Universität München seit 1967
- Kraft, E., Professor Dr. med. dent.
Vorstand der Prothetischen Abteilung der Zahnklinik, München seit 1971
- Kühnau, J., Professor Dr. med.
Direktor des Physiolog.-Chemischen Instituts der Universität Hamburg 1967—1971
- Lang, K., Professor Dr. med., Dr. rer. nat.
em. Direktor des Physiolog.-Chemischen Instituts der Universität Mainz 1963—1971
- Langendorff, H., Professor Dr. med., Dr. med. h. c.
em. Direktor des Radiologischen Instituts der Universität Freiburg 1963—1971
- Lasch, H. G., Professor Dr. med.
Direktor der Medizinischen Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen seit 1971
- Leistner, L., Leitender Direktor und Professor Dr. med. vet.
Direktor des Instituts für Bakteriologie und Histologie der Bundesanstalt für Fleischforschung, Kulmbach seit 1971
- Leithoff, H., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Mainz seit 1971
- Linzenmeier, G., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie der Gesamthochschule Essen seit 1967
- Maurer, G., Professor Dr. med.
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München seit 1967
- Mayr, A., Professor Dr. med. vet.
Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Infektionskrankheiten der Tiere, München 1967—1971
- Mosebach, K. O., Professor Dr. rer. nat.
Leiter der Physikalisch-Chemischen Abteilung des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Bonn seit 1971
- Nasemann, Th., Professor Dr. med.
Direktor der Universität-Hautklinik, Frankfurt seit 1971
- Pfander, F., Professor Dr. med.
Chefarzt der HNO-Abteilung des St.-Joseph-Stiftes, Bremen seit 1963
- Rehn, J., Professor Dr. med.
Chefarzt der Chirurgischen Kliniken und Poliklinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten „Bergmannsheil“, Bochum seit 1971
- Reichel, H., Professor Dr. med.
Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Hamburg seit 1963

- Röttgen, P., Professor Dr. med.
Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Bonn
seit 1967
- Rutenfranz, J., Professor Dr. med., Dr. phil.
Direktor am Institut für Arbeitsphysiologie der Universität Dortmund
seit 1973
- Sautter, H., Professor Dr. med.
Direktor der Augenklinik der Universität Hamburg
seit 1971
- Scherer, E., Professor Dr. med.
Direktor der Strahlenklinik, Universitäts-Klinikum der Gesamthochschule Essen
seit 1967
- Schmidtke, H., Professor Dr. rer. nat.
Direktor des Ergonomischen Instituts an der Technischen Hochschule München
seit 1971
- Schölmerich, P., Professor Dr. med.
Direktor der 2. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz
seit 1971
- Schulte, K. E., Professor Dr. rer. nat., Dr. rer. nat. h. c.
Direktor des Instituts für pharmazeutische Chemie der Universität Münster
seit 1963
- Soehring, K., Professor Dr. med.
Abteilungs-Direktor des theor. anaesthesiol. pharm. Instituts der Universität Hamburg
seit 1967
- Spann, W., Professor Dr. med.
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München
seit 1967
- Tönnis, W., Professor Dr. med.
em. Direktor der Neurochirurgischen Universitäts-Klinik, Köln-Lindenthal
1963—1967
- Wieck, H., Professor Dr. med.
Direktor der Universitäts-Nervenklinik, Erlangen
seit 1971
- Witt, A. N., Professor Dr. med.
Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Universität München
seit 1971
- Zukschwerdt, L., Professor Dr. med.
em. Direktor der Chirurgischen Universitäts-Klinik, Hamburg
1963—1971

Initiativkreis „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“¹

Auswirkungen des faschistischen Putsches auf das Gesundheitswesen in Chile

Die Leistungen der Unidad Popular auf dem Gebiet des Gesundheitswesens dürfen als vorbildlich gelten. Vergleicht man das, was die Regierung Allende bei ihrem Amtsantritt vorfand, mit dem, was sie als Ergebnis dreijähriger Arbeit vorweisen kann, so stellt sich die Frage, wie es möglich war, soviel in so kurzer Zeit zu schaffen: eine gleichmäßigere und gerechtere medizinische Versorgung der Bevölkerung, einen Aufschwung der medizinischen Wissenschaft, einen Fortschritt auf dem Gebiet der Sozialhygiene, von dem selbst hoch-industrialisierte Länder mit seit Jahrzehnten bewährten Sozialversicherungssystemen lernen könnten. Doch auch diese bemerkenswerten Anstrengungen des demokratischen Chile zugunsten einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit und der Wohlfahrt wurden zu einem Zeitpunkt, als längerfristig zu erwartende Erfolge noch bevorstanden, durch den faschistischen Militärputsch brutal unterbrochen. Wenn es den Putschisten gelingt, die Macht auf Dauer zu usurpieren, so steht zu befürchten, daß alles wieder auf einen Stand zurückfällt, wie er in Ländern mit vergleichbarer industrieller Entwicklung und halbkolonialer Abhängigkeit typisch ist.

Als die Unidad Popular die Regierung übernahm, war die gesundheitliche Lage der chilenischen Bevölkerung außerordentlich schlecht. Große Teile der arbeitenden Bevölkerung lebten in Elendsvierteln (poblaciones) an der Peripherie der Großstädte unter primitivsten Bedingungen. Überfüllte Unterkünfte, das Fehlen der notdürftigsten

1 Der Initiativkreis Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt bildete sich aus Anlaß der Vorbereitung und Durchführung des gleichnamigen Kongresses am 20./21. Januar 1973 in Marburg. (S. dazu: Initiativkreis ...: Für ein humanes und demokratisches Gesundheitswesen. In: Das Argument 78, Argumente für eine soziale Medizin (IV), 15. Jg. (1973), S. 144 ff. — H.-U. Deppe, G. Kaiser u. a.: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973.)

Der Inhalt dieses Aufsatzes wurde dem Initiativkreis im wesentlichen von jetzt in der BRD tätigen chilenischen Ärzten übermittelt, deren Arbeitsperspektive derzeit im übrigen noch völlig ungesichert ist. Wenn der Aufsatz auch schon von den Umständen seiner Herstellung her nicht den Anspruch auf eine umfassende Analyse der das Gesundheitswesen in Chile betreffenden Vorgänge erheben kann, so stellt er u. E. doch den unmittelbaren Zusammenhang her zwischen dem Verhalten der im Gesundheitswesen Tätigen, den notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen selbst und dem allgemeinen politischen Kampf für die Demokratisierung des gesellschaftlichen Lebens. — Die Redaktion.

sanitären und hygienischen Anlagen, Unterernährung, unvorstellbare Armut begünstigten die Entstehung von Krankheiten, insbesondere die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten. Tuberkulose, Eiweiß- und Vitaminmangelkrankungen und Alkoholismus, Typhus, Rachitis und Parasitenbefall waren häufig.

In den ersten drei Monaten des Jahres 1970 starben mehr als 1 000 Kinder an der sogenannten Sommerdiarrhoe. 40 % der in den Elendsvierteln geborenen Kinder litten unter schweren Mangelerscheinungen durch Unterernährung, z. B. Kwashiorkor, und blieben in ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung so weit zurück, daß nicht wieder gutzumachende Gesundheitsschäden ihr ganzes Leben begleiten werden. Die Lebenserwartung war dementsprechend niedrig (Männer 39,9 Jahre, Frauen 45,5 Jahre). Diesem Gesundheitsnotstand stand ein Mangel an Gesundheitseinrichtungen, an Krankenhäusern, Pflegepersonal und Ärzten gegenüber.

Auf die Frage, was Präsident Allende für die Masse des chilenischen Volkes getan hätte, erklärte Bundesminister Hans Matthöfer, früher Staatssekretär im Entwicklungsministerium, in einem Interview vor einigen Wochen u. a.: „Vor allem versuchte er, allen Chilenen, besonders den Kindern, ausreichend Nahrungsmittel zur Verfügung zu stellen, durch Reformen im Gesundheitswesen und in der Ernährungspolitik, um die Voraussetzungen zu schaffen, daß alle wenigstens von ihrem Recht auf Entfaltung der biologischen Möglichkeiten Gebrauch machen konnten.“ Das „Programm des halben Liter Milch“ täglich für alle Kinder unter 15 Jahren hat in aller Welt Anerkennung gefunden. Dieses Programm war nur ein — allerdings recht charakteristischer — Teil der gesundheitspolitischen Gesamtkonzeption der Regierung der Unidad Popular, über die in der BRD bisher nur wenig berichtet wurde.

Die Gesundheitspolitik der Regierung der Unidad Popular

Die Durchsetzung der programmatischen Ziele der Gesundheitspolitik der Volksregierung wurde während dieser dreijährigen Amtszeit mit großer Energie in Angriff genommen. Es wurde versucht, eine universale, kostenlose, umfassende, humane, effektive und optimale medizinische Versorgung des chilenischen Volkes zu erreichen.

Human, weil versucht wurde, die Bürokratie im Gesundheitswesen zu vermenschlichen und die Medizin vollständig in den Dienst der Patienten zu stellen. — *Universal*, insofern versucht wurde, die Klassenstruktur der ärztlichen Versorgung abzuschaffen. — *Kostenlos* durch die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht, die sämtliche Kosten im Krankheitsfalle abdecken sollte. Dies setzte natürlich die vorherige Durchsetzung des programmatischen Ziels der Vereinheitlichung und Rationalisierung der vielfältigen Versicherungssysteme voraus, die für die verschiedenen sozialen Schichten und Berufsgruppen existierten. — *Umfassend*, weil es nicht nur um die Wiederherstellung der Gesundheit ging, sondern auch um individuelle und allgemeine präventive Krankheitsbekämpfung und Re-

habilitation. — *Effektiv* insofern, als eine Maximierung der Qualität der ärztlichen Versorgung angestrebt wurde, was wiederum eine angemessene regionale und lokale infrastrukturelle Planung auf dem Gesundheitssektor, im Transportwesen und im Versorgungssektor sowie eine entsprechende Personalpolitik voraussetzte. — *Optimal* schließlich durch die Entwicklung spezialisierter Zentren, in denen Gruppen aller medizinischen Berufe weitergebildet werden sollten, durch den Aufbau eines nationalen medizinischen Dokumentations-systems und schließlich durch die Koordinierung von Forschung und Lehre an den medizinischen Fakultäten.

Schon die vierzig Erstmaßnahmen der Volksregierung enthielten ein gesundheits- und sozialpolitisches Sofortprogramm zur Bekämpfung sozialer Not und zur Sicherung gesundheitlicher Grundbedürfnisse:

„8. *Rentenalter für alle über 60 Jahre*, auch wenn sie sich bislang nicht pensionieren lassen konnten, weil sie keine Rentenbeiträge gezahlt hatten.

9. *Krankenversicherung für alle*. Einbeziehung der kleinen und mittleren Kaufleute, Unternehmer und Landwirte, der freiberuflich Tätigen, der Bauern, der Fischer, der Kleinbesitzer von Bergwerken, der piriquineros (Bergwerkspächter) und der Hausfrauen in das System der Krankenversicherung.

11. *Schutz der Familie*. Schaffung eines Ministeriums für den Schutz der Familie.

14. *Eine bessere Kinderernährung*. Frühstück für alle Kinder der Grundschulen und Mittagessen für diejenigen Kinder, deren Eltern nicht dafür aufkommen können.

15. *Milch für alle Kinder Chiles*. Gewährleistung einer täglichen Ration von einem halben Liter Milch für alle Kinder Chiles.

16. *Beratungsstellen für Mutter und Kind auf dem Dorf*. Einrichtung von Beratungsstellen für Mutter und Kind in jeder Ansiedlung.

18. *Kampf gegen den Alkoholmißbrauch*. Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs nicht durch Repression, sondern durch ein besseres Leben und durch Abschaffung des heimlichen Verkaufs von Alkohol.

19. *Ein Haus, elektrischer Strom und Trinkwasser für alle*. Durchführung eines Notprogramms zur raschen Errichtung von Wohnungen und Gewährleistung der Versorgung mit Wasser und elektrischem Strom für jedes Bauvorhaben.

25. *Ärztliche Hilfe ohne Bürokratie*. Ausschaltung aller bürokratischen und administrativen Hindernisse, die auf den verschiedenen Ebenen die Beitragszahler oder die Arbeitslosen an der Erlangung von ärztlichen Hilfeleistungen behindern können.

26. *Kostenlose ärztliche Betreuung in den Krankenhäusern*. Abschaffung der Bezahlung für Medikamente und für ärztliche Untersuchung in Krankenhäusern.

27. Kein Betrug mehr beim Preis von Medikamenten. Strengste Herabsetzung der Arzneimittelpreise durch Senkung der Importkosten für Grundstoffe.“²

Der geplante Ausbau der Gesundheitssicherung der gesamten Bevölkerung erforderte grundlegende Veränderungen der ökonomischen Struktur des Landes, um eine Erhöhung der Staatseinnahmen zu erreichen, ein Ziel, das sich mit den allgemeinen Bemühungen der Regierung Allende durch legislative und administrative Maßnahmen zur gerechten Umverteilung des Volkseinkommens deckte.

Der damalige Gesundheitsminister Dr. Carlos Concha faßte in der Eröffnungsrede einer Ärztagung des Jahres 1971 zusammen, wie die Regierung sich die praktische Durchführung ihrer Ziele vorstellte: „Unsere Regierung hat sich vorgenommen, den Aufbau eines einheitlichen staatlichen Gesundheitsdienstes voranzutreiben, ohne jedoch die private Tätigkeit auf diesem Gebiet zu unterbinden. Diese Institution wird selbstverständlich mit dem jetzigen staatlichen Gesundheitsdienst, der in den letzten 18 Jahren präventive und kurative Aufgaben in der Versorgung einzelner Bevölkerungsgruppen wahrgenommen hat, aufs engste zusammenarbeiten. Der Aufbau eines einheitlichen staatlichen Gesundheitsdienstes ist eng verbunden mit einer vernünftigen sektoriellen Planung und läßt sich in den Rahmen der allgemeinen Entwicklungsplanung einordnen. Um eine effektive Verwirklichung des ‚Einheitlichen staatlichen Gesundheitsdienstes‘ zu erreichen, müssen der Zeitplan und das Verfahren der Realisierung sorgfältig berücksichtigt werden, und die Interessen der verschiedenen Gruppen müssen beachtet und koordiniert werden.“

Der Minister forderte in diesem Zusammenhang „die Entwicklung einer umfassenden homogenen Personalpolitik, die über Mechanismen verfügt, die die Entfaltung einer höchstmöglichen Arbeitsmoral erlauben, untermauert durch die demokratische Anteilnahme und Mitbestimmung aller Mitarbeiter und durch ein gerechtes System von Entlohnung, Förderung und materiellem Anreiz“.

Er führte weiter an: „Die ersten Schritte auf die Verwirklichung der oben beschriebenen Maßnahmen hin bestehen in der Schaffung von Normen für die Dezentralisierung und Demokratisierung, für Gesetzentwürfe und rechtliche Organe, die eine Koordination zwischen den angeführten Regierungsprojekten und den schon vorhandenen Systemen ärztlicher Versorgung erlauben werden, wie beispielsweise das Abkommen zwischen dem nationalen Gesundheitsdienst und dem nationalen ärztlichen Dienst für Angestellte.“

Hier einige Zahlen, die ein bezeichnendes Licht auf die Reformtätigkeit der Regierung der Unidad Popular im Gesundheitswesen werfen: Im ersten Halbjahr 1971 wurden im staatlichen Gesundheitsdienst 600 000 Konsultationen mehr als im gleichen Halbjahr 1970

2 A. Acquaviva, G. Fournial, P. Gilhodes, J. Marcellin: Das Chile der Volkseinheit, Frankfurt am Main 1972, S. 155 ff. — Original: Chili de l'Unité populaire, Paris 1971.

durchgeführt. Das Volk erlangte das Bewußtsein, daß es ein selbstverständliches Recht auf ärztliche Versorgung hat.

Was das „Programm des halben Liter Milch“ angeht, so nahm die kostenlose Milchverteilung für Kinder um 18 Mill. kg von 24 Mill. im Jahre 1970 auf 42 Mill. kg 1971 zu. Im Jahre 1972 verschwand die kindliche Unterernährung 2. und 3. Grades. Kennzeichnend sind auch die Zahlen des Jahreshaushalts des staatlichen Gesundheitsdienstes, der von 5 Mill. Dollar im Jahre 1970 auf 10 Mill. Dollar im Jahre 1971 und auf 32 Mill. Dollar im Jahre 1973 anwuchs. (Hierin ist ein 20-Mill.-Dollar-Kredit der BRD enthalten.) Die Studienplätze für Medizin wurden verdoppelt. Zur Überbrückung des Versorgungsnotstands wurden medizinische Lehrgänge für Arbeiter eingerichtet.

Die Haltung der Rechtsparteien, das Verhalten der Ärztekammern

Die Vertreter der Rechtsparteien in den ärztlichen Gremien verwendeten ihre Mehrheitspositionen, um die Gesundheitspolitik der Unidad Popular zu diskreditieren und bürokratisch zu obstruieren. Ihre Vertreter bekleideten zahlreiche höhere und mittlere Positionen (Klinikdirektoren, Abteilungsleiter) in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ihre antidemokratischen Ziele verfolgten sie auch durch die reaktionäre Führung der Ärztekammer, in der sie gegen eine Minderheit fortschrittlicher Ärzte und bei unentschlüsselter Haltung einer nicht offensiv reaktionären, jedoch die Politik der Unidad Popular ablehnenden Gruppe — ähnlich der der Christdemokraten — die absolute Mehrheit hatten. Sie bekämpften vor allem die Schaffung eines staatlichen Gesundheitsdienstes. Nach dem Abschluß eines Versorgungsabkommens zwischen dem staatlichen Gesundheitsdienst und dem staatlichen ärztlichen Dienst für Angestellte antworteten sie unter dem Vorwand von Gehaltsforderungen und der Absicherung der Bezahlung ärztlicher Leistungen in der Privatpraxis mit einem Ärztestreik. (Hierzu sei vermerkt, daß die Ärzte in Chile in der Regel vormittags in Krankenhäusern und nachmittags in ihrer Privatpraxis tätig sind.) Die Bewohner der Elendsviertel von Santiago schrieben daraufhin an die streikenden Ärzte jenen vielbeachteten Brief, dem, so meinen wir, als Beitrag zur ärztlichen Standesethik ein Platz in zukünftigen Lehrbüchern der Medizin gebührt:

„Als unsere Kinder starben, habt Ihr nicht gestreikt!

Ihr kennt uns gut. Wir sind die Patienten aus dem allgemeinen Wartesaal, wir sind die Patienten der Poliklinik der ‚Poblacion‘³, wir sind diejenigen, die vom Sozialversicherungsdienst behandelt werden. Wir sind die Armen Chiles, die die Statistiken für Unterernährung, Kindersterblichkeit und vorzeitigen Tod füllen.

In diesen Tagen arbeitete man wohl in den Hospitälern. Das medizinische Personal und ein Teil von Euch versorgten die Krankenhäuser. Aber einige von Euch arbeiteten nicht. Einige von Euch waren im Streik.

Während einige von Euch streikten, waren wir alle in den Fabriken oder auf dem Feld, reparierten Eure Autos, bauten Kühlschränke für Euch, nähten die Kleider, die Eure Frauen in den Boutiquen der Oberstadt kaufen. Wir bauten auch die Häuser, die Ihr beziehen werdet. Die Autos und Häuser sind teuer, die wir für Euch machen. Warum? Weil wir arm sind und sie nicht kaufen können. Wir machen die Dinge für Euch und nicht für uns. Was für eine eigenartige Gesellschaft!

Wir fragen uns, wer Ihr in Wirklichkeit eigentlich seid. Jahrelang haben wir den Acker besät und abgeerntet, Häuser gebaut und Autos konstruiert, Kleider genäht und Möbel gezimmert. Während wir verdreckt auf dem Feld schwitzten oder uns auf dem Bau schmutzig machten, habt Ihr Bücher gelesen, studiert und in Laboratorien experimentiert. Derweil haben wir für Eure Kleidung und Euer Essen gesorgt und Eure Häuser gebaut. Hätten wir das nicht gemacht, wärt Ihr vor Hunger umgekommen, hättet nackt herumlaufen oder auf dem Boden schlafen müssen. Oder aber Ihr hättet Euch eben auch dreckig machen müssen und schwitzen, um zu überleben. Wir hatten nichts dagegen. Ihr konntet essen, Euch gut kleiden und Eure Wohnung beziehen, konntet studieren und Arzt werden. Wir konntes das nicht, weil wir für Euch produzierten.

Jetzt seid Ihr im Streik. Zusammen mit den großen Spediteuren, zusammen mit den Großgrundbesitzern und den großen Industriellen, zusammen mit den Großkaufleuten, die, wie Ihr nur zu gut wißt, die reichen Leute von Chile sind. In dieser Notsituation haben sich einige von Euch auf die Seite der Reichen gestellt.

Niemals haben wir gesehen, daß Ihr Euch auf die Seite der Armen gestellt habt, die Seite der Arbeiter, Landarbeiter und pobladores, auf die Seite derjenigen, die für Euch arbeiten. Dies sagen wir, weil Ihr niemals in Streik getreten seid, wenn unsere Babys zu Beginn des Sommers in den 'poblaciones' wie Fliegen wegstarben an den Folgen von Sommerdurchfall. Ihr habt niemals gestreikt für unsere Frauen, die mit 20 Jahren schon keine Zähne mehr im Mund haben. Niemals habt Ihr gestreikt wegen unserer Unterernährung. Und Ihr kanntet die sanitären Bedingungen, unter denen wir leben. Zum Teufel, und ob Ihr sie kanntet!

Niemals habt Ihr deswegen gestreikt. Mehr noch: wir denken daran, mit welcher einer Geringschätzung Ihr uns behandelt habt. Kaum betraten wir den Behandlungsraum, habt Ihr uns schon geduzt, in diesem Ton, mit dem der Patron eines fundo seine Landarbeiter behandelt: 'Mach schnell, nun leg Dich schon hin!' Immer hat uns dieses Duzen irritiert, weil es nicht ein brüderliches Duzen von einem Arbeiter zum anderen war, sondern das hochmütige Duzen des Reichen gegenüber dem 'Unterlegenen'.

Wir dachten bei uns: 'Weiß er denn nicht, daß das Essen, das ihn am Leben hielt, während seiner Studien in der Medizinischen Fakultät, von uns produziert worden ist?'

Das dachten wir, aber wir sagten es nicht, weil wir uns damals noch vor Leuten fürchteten, die vornehm reden; wir hatten Scheu-

klappen vor den feinen Herren, uns erschreckten die schönen Teppiche, die luxuriösen Häuser, die Direktorenbüros und alle solche Sachen. Es war uns nicht aufgegangen, daß wir dies alles ja mit unseren eigenen Händen gemacht hatten. Es war uns nicht bewußt, daß diese studierten Herren, die so viel wissen, gleich wie wir geboren wurden, nackt und unwissend. Und es wäre uns gar nicht eingefallen, daß sie aus ihrer Unwissenheit und Nacktheit deshalb herausgekommen sind, weil wir sie bedienen, bekleiden und verpflegen. Jetzt ist es uns aufgegangen.

Aber nicht nur das. Wir haben noch mehr erkannt: „Was würde geschehen, wenn wir nicht weiter produzieren würden, um die Zukunft des Arztes zu sichern?“

Habt Ihr einmal darüber nachgedacht, was dann geschehen würde?

Die Dinge in unserem Land haben sich verändert und sind weiter dabei, sich zu verändern. Die Armen aus der Stadt und vom Land werden nicht zulassen, daß diejenigen sich weigern, uns heute zu behandeln, für die wir gestern geschwitzt und geschuftet haben. Wir überließen Euch die Dinge, die wir produzierten, anstatt sie selbst zu verbrauchen. Aber wir gaben sie Euch nicht gratis. Wir gaben sie Euch, damit Ihr uns danach auch behandelt.

Einige von Euch haben uns betrogen. Aber nicht noch einmahl! Keine Ausbeuter mehr, die uns schwitzen lassen, wie sie es wollen und uns hinterher die kalte Schulter zeigen. Keine Geschäftemacher in Medizin mehr, sondern wahre Ärzte. Keine Sammler von Geldscheinen mehr, sondern Sozialarbeiter, die bereit sind, dem Bienenkorb auch wieder zurückzugeben, was sie daraus entnommen haben.

Laßt uns die Säle der Universitäten mit unseren Söhnen, dem einfachen Volk, füllen! Das Volk, das seine eigenen Schmerzen kennt und das lernt, sie zu lindern. Wir wollen die weißen Kittel der Studenten für die Söhne der Landarbeiter, der Arbeiter und pobladores. Raus aus dem Universitätsbereich mit den Ausbeutern und Geschäftemachern der Medizin! Raus aus den Universitäten mit den Verächtern, den Undankbaren und Gefühllosen!

Nur das kann eine gute Gesellschaft werden.

Und einige von Euch werden keinen Platz mehr darin haben.

Die Armen der Stadt und des Landes.“⁴

Der Ärztestreik war so terminiert, daß er zur gleichen Zeit stattfand wie der der Transportunternehmer und der Kaufleute, einige Wochen vor dem faschistischen Putsch. Eine Minderheit von Ärzten (ungefähr 20 %) widersetzte sich — sei es als Anhänger der Regierung Allende oder weil sie die Grundsätze ihres ärztlichen Gewissens und des Humanismus aufrechterhalten wollten — den Weisungen der Ärztekammer und blieben auf ihrem Posten an der Seite der Kranken in den Ambulatorien und Krankenhäusern. Sie organisierten sich

4 Aurora de Chile, 2. 11. 1972; zit. nach Frankfurter Rundschau, 3. 10. 1973.

in den Frentes patrióticos de la salud (Patriotische Gesundheitsfront). Zusammen mit ihnen organisierten sich viele Angehörige paramedizinischer Berufe, Zahnärzte, Pharmazeuten, Krankenschwestern, Hebammen, Sozialarbeiter u. a., deren Standesorganisationen unter dem Einfluß der Ärztekammer ebenfalls zum Streik aufgerufen hatten. Der Versuch, mit ökonomischen Forderungen die im Gesundheitswesen tätigen Arbeiter ebenfalls zum Streik zu bewegen, hatte nur einen sehr begrenzten Erfolg.

Proskriptionslisten

Nach dem Streik leitete die Ärztekammer eine intensive und breite Kampagne gegen diejenigen Ärzte ein, die bei der Arbeit geblieben waren und ihre Pflicht getan hatten. Ihnen wurde mangelnde Ethik vorgeworfen, weil sie den Weisungen der Ärztekammer nicht Folge geleistet hatten. Disziplinarverfahren wurden eingeleitet, um sie zu bestrafen und unter Berufsverbot zu stellen. Weiterhin fertigten Delegierte der Ärztekammer in den Krankenhäusern Ärztelisten an, in denen nach drei Kategorien eingeteilt wurde:

Gruppe A: die „sicheren“ Ärzte, die am Streik teilgenommen hatten; Gruppe B: diejenigen, die man für Anhänger der Regierung Allende hielt; Gruppe C: diejenigen, die aus humanitären Gründen weitergearbeitet hatten.

Diese Listen wurden nach dem Militärputsch der faschistischen Regierung Pinochet zur Verfügung gestellt, die sie zu gezieltem Terror und Repressionen benutzte. Das bedeutete für viele Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens die Erschießung.

Das Ausmaß der Repression

Chile hat 10 Mill. Einwohner. Mehr als 40 000 Menschen befinden sich augenblicklich in Gefängnissen und Konzentrationslagern. 25 000 bis 30 000 sind auf den Straßen, in Fabriken, Ortschaften, Gefängnissen und Lagern ermordet worden. Mehr als 500 000 Arbeiter sind politischer Verfolgung ausgesetzt. Im Gegensatz zu gewissen Pressemeldungen gehen Terror und Repression unvermindert weiter und nehmen sogar noch zu. Zwischen Weihnachten und Neujahr 1973/74 wurden etwa 8 000 Personen festgenommen und allein in der Hauptstadt Santiago 80 Patrioten erschossen.

In Chile gab es über 6 000 Ärzte, von denen 5 500 aktiv in ihrem Beruf arbeiteten. 1 200 von ihnen sind politischer Verfolgung ausgesetzt. Etwa 400 von diesen 1 200 sind ihres Dienstes enthoben bzw. pensioniert worden, oder es werden von der Ärztekammer Disziplinarverfahren mit dem Ziel eines Berufsverbots gegen sie geführt. 800 sind gefangengenommen und gefoltert worden. Hier einige Namen:

Edgardo Enrique, ehemaliger Rektor der Universität von Concepción und Kultusminister. Arturo Girón, ehemaliger Gesundheits-

minister. Patricio Guijon, persönlicher Arzt von Allende. Mario Lagos, ehemaliger Gesundheitsminister. Die ganze Gruppe befindet sich auf der Insel Dawson.

Alfredo Jadresic, ehemaliger Dekan der medizinischen Fakultät der Universidad de Chile, Mariano Requena, zweiter Chef des Staatlichen Gesundheitsdienstes in Chile. Balladares, Ulloa und Villavicencio, Neurochirurgen von internationalem Ruf, alle im KZ Chacabuco im Norden Chiles. In anderen Gefängnissen befinden sich Leonardo Carrasco, Arzt aus der Stadt Concepción, Rafael des Villagrán aus Santa Barbara, Dr. Zapata, Direktor des zentralen Bezirks von Santiago.

Erschossen wurden etwa 50 Ärzte, wie Enrique Paris, bekannter Psychiater und Professor an der Universidad de Chile; Eduardo Paredes, ehemaliger Forschungsdirektor; Enrique Jenkin, Chiles bekanntester Spezialist der Handchirurgie; Hernan Hénriquez, „Master“ des öffentlichen Gesundheitswesens und Direktor der X. Zone des Gesundheitsdienstes; Arturo Hillerns, ehemaliger Direktor des Hospitals von Puerto Saavedra; Eduardo Gonzáles, Direktor des Hospitals von Cunco; Jorge Cerda, Arzt aus Pedro de Valdivia; Vicente Cepeda, Arzt aus Chuquicamata; Hugo Tognola, Geburtshelfer aus Tocopilla. Verschwunden und wahrscheinlich ermordet sind Luis Barra, Direktor des Hospitals Carahué, Patricio Cid, und Jorge Pena, Direktor des Staatlichen Gesundheitsdienstes (SNS) von Concepción⁵.

Eine Gruppe von etwa 300 Ärzten mußte ins Ausland flüchten, da sie in Chile nicht mehr mit den minimalsten Garantien zur Ausübung ihres Berufes rechnen können; von diesen befinden sich mehr als ein Dutzend in der BRD. Unter den im Gesundheitswesen tätigen Arbeitern ist die Repression ebenfalls intensiv und anhaltend gewesen. Von 60 000 Mitarbeitern des Staatlichen Gesundheitsdienstes wurden ungefähr 35 000 politisch verfolgt, davon wurden etwa 25 000 von ihren Posten entlassen. Die Zahl der Verhafteten und Gefolterten ist groß und nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Man schätzt, daß einige 1 000 Mitarbeiter des Gesundheitswesens ermordet wurden bzw. unauffindbar vermißt werden.

Am 4. Dezember 1972 hatte Salvador Allende Gossens, Arzt, Patriot und Revolutionär, als Präsident der 1. Volksregierung Chiles vor dem Plenum der UNO-Vollversammlung Anklage gegen die Kupferkonzerne Kennecott und Anaconda sowie gegen den multinationalen Konzern ITT erhoben und ein schmerzliches Beispiel für die Folgen ihrer Ausbeutung der Bodenschätze Chiles und die Armut der durch sie beraubten chilenischen Bevölkerung genannt: „In meinem Lande gibt es 600 000 Kinder, die niemals ein normales menschliches Leben werden führen können, weil sie in den ersten 8 Monaten ihres Erdendaseins nicht genügend Eiweiß bekamen.“

⁵ Vgl. Anhang: Von der Junta verfolgte, verhaftete, ausgewiesene oder ermordeten Ärzte und andere Angehörige des chilenischen Gesundheitswesens.

Allende, der im Zeichen der Humanität diese Anklage erhob und seinem Volk auf dem Wege zu Demokratie und Sozialismus voranschritt, wurde ermordet. Sein Programm, das Programm der Unidad Popular, jedoch lebt. Der Kampf des chilenischen Volkes geht weiter.

Dieser Bericht wurde nach Pressemeldungen, aus Dokumenten und nach Angaben von Augenzeugen der Ereignisse in Chile zusammengestellt. Die Daten und Informationen über namentlich genannte Personen entsprechen dem Stand vom 20. 2. 1974. Der Initiativkreis verweist dazu auf die Listen der amnesty international, Sektion der BRD e. V., Bezirk Frankfurt/Main, 6 Frankfurt 1, Öderweg 153.

Anhang:

Von der Junta verfolgte, verhaftete, ausgewiesene oder ermordete Ärzte und andere Angehörige des chilenischen Gesundheitswesen

(unvollständige Liste nach dem Stand vom 20. 2. 74)

1. Dr. Alfonso Quintana	Leitender Zahnarzt des Gebietes Arica	verhaftet
2. Dr. Hernán León	Arzt im Krankenhaus von Arica	verhaftet
3. Dr. Hernán Rivera	Arzt des Kreiskrankenhauses von Antofagasta	verhaftet
4. Dr. Jaime Reyes	Chefarzt des Krankenhauses von Calama	erschossen
5. Dr. Absalon Wegner	Leiter des III. Gesundheitsgebietes	ermordet
6. Dr. Ernesto Burgos	Intendent der Provinz Tarapacá	verhaftet (10 Jahre)
7. Dr. Alejandro Romero Guzmán	Arzt des Krankenhauses von Los Andes	verhaftet in Cárcel Pública von Santiago
8. Dr. Arturo Hillerns	Direktor des Krankenhauses von Puerto Saavedra	ermordet
9. Dr. Hernán Henríquez	Direktor des X. Gesundheitsgebietes	ermordet in Temuco durch die Luftwaffe durch Folterungen
10. Dr. Jorge Cerda	Arzt des Krankenhauses des Salpetervorkommens von Pedro de Valdivia	erschossen
11. Frau Dr. Ana Alday	Chefärztin des Krankenhauses von Freirina	erschossen
12. Dr. Eduardo Illabaca	Direktor des II. Gesundheitsgebietes	verhaftet
13. Dr. Mario Bahamondes	Direktor des Krankenhauses von La Serena	verhaftet und verschwunden

14. Dr. Jorge Ananías	Chefarzt des Kinderkonsultationspunktes im Krankenhaus von Coquimbo	verhaftet
15. Dr. Mario Contreras	Prof. der Medizinischen Fakultät in Valparaíso, hervorragender Neurochirurg	verhaftet und furchtbar gefoltert
16. Dr. Alfonso Asenjo	Weltbekannter Neurochirurg Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Neurochirurgie	ausgewiesen
17. Dr. Enrique Paris	Ehemaliges Ratsmitglied des Medizinischen Kollegiums und Ratsmitglied der Universität, Professor	durch Folterungen ermordet
18. Frau Dr. Natacha Carrión	Ärztin des Krankenhauses von Cunco, verheiratet mit dem Dr. Eduardo González (ermordet). Kind 1 Jahr alt und im 8. Monat schwanger	verhaftet (3 Jahre Gefängnis)
19. Dr. Eduardo González	Arzt des Krankenhauses von Cunco	ermordet
20. Dr. Luis Barra	Direktor des Krankenhauses von Caragüe	verhaftet — heute frei im Ausland
21. Dr. Jorge Peña	Leiter des IX. Gesundheitsgebietes	verhaftet und gefoltert
22. Dr. Carlos Hinrichs	Arzt des Krankenhauses von Coronel (8 Kinder)	verhaftet und gefoltert und verschwunden
23. Dr. Leonardo Carrasco	Arzt von Coronel	verhaftet
24. Dr. Wenceslao Rioseco	Zahnarzt von Concepción	verhaftet in Concepción
25. Dr. Günther Selman	Kinderarzt vom Krankenhaus von Talcahuano	verhaftet auf der Insel Quiriquina — heute frei im Ausland
26. Dr. Jaque	Arzt der Unfallbereitschaft im Krankenhaus Barros Luco, Santiago	erschossen
27. Dr. Mariano Requena	Stellv. Direktor des Nationalen Gesundheitsdienstes und Universitätsprofessor. Mitarbeiter des Latein-amerikanischen Zentrums für Bevölkerungspolitik	furchtbar gefoltert. Im KZ Chacabuco
28. Dr. Alfredo Jadresic	Dekan der Medizinischen Fakultät der Universidad de Chile	Im KZ Chacabuco
29. Dr. Oscar Ulloa	Neurochirurg. Leiter des neurochirurgischen Dienstes des Krankenhauses Barros Luco von Santiago	Im KZ Chacabuco

30. Dr. Arturo Girón	Universitätsprofessor und ehemaliger Gesundheits- minister	eingekerkert auf der Insel Dawson
31. Dr. Jorge Morales	Chefarzt in der staatlichen Gesundheitsverwaltung	eingekerkert
32. Dr. Patricio Arroyo	Leiter der Abt. Internatio- nale Verbindungen im Gesundheitsministerium	eingekerkert
33. Dr. Danilo Bartulin	Chefarzt im Präsidenten- palast	furchtbar gefoltert, gepeitscht
34. Dr. Omar Carrillo		Selbstmord bei der Verhaftung durch Junta- leute
35. Dr. Florencio Baeza	Chefarzt und Direktor des Krankenhauses Barros Luco	eingekerkert, gefoltert
36. Dr. Patricio Guijón	Persönlicher Arzt des Präsidenten Allende	verhaftet und gezwungen, vor dem Fernsehen zu sprechen
37. Dr. Sergio Fuentes	Direktor des Krankenhau- ses von Nacimientos	verhaftet in Los Angeles
38. Dr. Pedro González	Arzt in Los Angeles	verhaftet in Los Angeles
39. Dr. Samuel Kong	Direktor des Krankenhau- ses von Los Angeles	„verschwun- den“
40. Dr. Jaime Vinet	Arzt des Krankenhauses von Traiguén	verhaftet
41. Dr. Hernán Balladeres	Arzt des Instituts für Neu- rochirurgie und Direktor des Krankenhauses Salva- dor in Santiago. Weltbe- kannter Neurochirurg	verhaftet. Jetzige Lage unbekannt
42. Dr. Eduardo Paredes	Arzt in Santiago (Krankenhaus San Borja)	erschossen
43. Dr. Claudio Weber	Professor der Universidad de Chile	gefoltert in der Kaserne Tacna von Santiago
44. Dr. Manuel Ipinza	Leiter des Nationalen Dien- stes für Kindergärten und Kinderkrippen, Kinderarzt, Universitätsprofessor	Im KZ Chacabuco
45. Dr. Jorge Avila	Arzt im psychiatrischen Krankenhaus	erschossen
46. Dr. Hernán Torres	Arzt im psychiatrischen Krankenhaus	eingekerkert
47. Dr. Moisés Brodsky	Universitätsprofessor	gefoltert und eingekerkert
48. Dr. Pedro Solís	Zahnarzt	eingekerkert und gepeitscht

49. Dr. Carlos Saa	Zahnarzt	erschossen
50. Dr. Hugo Revolledo	Ehemaliges Ratsmitglied des Medizinischen Kollegiums und Chef des Krankenhauses der Kupfermine Sewell	eingekerkert
51. Dr. Jorge Klein (Franzose)	Psychiater und Sozialpsychologe	erschossen
52. Dr. Marín Vivado	Chefarzt im Krankenhaus J. J. Aguirre. Ratsmitglied der Universidad de Chile	eingekerkert im Gefängnis von Santiago
53. Dr. Rafael Darricarrere	Ehemaliger Direktor der Ärzteschule von Concepción, Professor für Bakteriologie der Zentraluniversität von Venezuela	eingekerkert und gefoltert, heute im Ausland
54. Dr. Rolando Merino	Ärztl. Direktor des Kreiskrankenhauses von Concepción	Im KZ Quiriquina, heute frei (?)
55. Dr. Nazih Pualman	Professor für Zahnmedizin	KZ Quiriquina
56. Dr. Ernesto Luna	Chefarzt des Krankenhauses von La Unión	eingekerkert und gefoltert
57. Dr. Edgardo Enríques	Ehemaliger Rektor der Universität Concepción. Ehemaliger Volksbildungsminister, Professor für Anatomie der Universität von Concepción	eingekerkert auf der Insel Dawson
58. Dr. Miguel Ángel Solar	Chefarzt des Krankenhauses Nueva Imperial	eingekerkert
59. Dr. Enrique Jenkim Peralta	Professor für Traumatologie an der Universidad de Chile	erschossen im KZ Chacabuco
60. Dr. Hugo Tognola	Arzt des Krankenhauses von Tocopilla	erschossen
61. Dr. Vicente Cepeda	Arzt im Krankenhaus von Chuquicamata	erschossen
62. Dr. Gustavo Molina	Direktor des V. Gesundheitsgebietes (Provinz Santiago)	eingekerkert
63. Familie Steinberg (2 Ärzte)		Vater unter Hausarrest. Sohn im KZ Pisagua
64. Dr. Quirico Moreno	Arzt von Inquique	eingekerkert in der Kaserne von Inquique
65. Dr. Mario Zamorano	Arzt vom Krankenhaus von Vina del Mar	eingekerkert im Schiff Esmeralda. Aus Gesundheitsgründen freigelassen, dafür aber seine Frau verhaftet

66. Dr. José Velasco	Direktor des Krankenhauses Salvador — Valparaíso	verhaftet im Schiff Lebu
67. Dr. Guillermo Fischer	Kardiologe vom Krankenhaus von Valparaíso	eingekerkert im Schiff Lebu
68. Dr. Jorge Ramirez	Frauenarzt des Krankenhauses Deformes von Valparaíso	eingekerkert und gefoltert im KZ von Pisagua
69. Dr. Abelardo de la Rosa	Kinderchirurg des Krankenhauses Deformes von Valparaíso	eingekerkert und gefoltert im KZ von Pisagua
70. Frau Dr. Brunny Abarzúa	Spezialist für Lungenkrankheiten im Krankenhaus Deformes	eingekerkert und verschwunden
71. Dr. Manuel Maldonado	Direktor des Krankenhauses von Vina del Mar	eingekerkert und verschwunden
72. Dr. Luis Martí	Chefarzt für Psychiatrie im Krankenhaus von Vina del Mar	eingekerkert und verschwunden
73. Frl. Murcia Mellado	Sozialarbeiterin im Krankenhaus von Arica	verhaftet
74. Herr Orlando Gallardo	Sanitätsausbilder in Antofagasta	gefoltert und erschossen
75. Ema Osorio	Leiterin der Geburtsabteilung des Krankenhauses von Punta Arenas	verhaftet
76. Sr. Riffo	Gewerkschaftsführer des Gesundheitswesens in Temuco	erschossen
77. Sr. Brenio Cuevas	Sanitätsausbilder vom Krankenhaus von Tocopilla	erschossen
78. Frl. Gloria Galáz	Geburtshelferin im Krankenhaus von Pedro de Valdivia	8 Jahre Gefängnis
79. Frl. Josefina Villalobus	Ernährungsspezialistin, Concepción	Im KZ Quiriquina
80. Frl. Marcela Avila	Krankenschwester vom Krankenhaus Concepción	verhaftet
81. Herr Alejandor Flores	Krankenpfleger in der Psychiatrie, Krankenhaus Tumuco	erschossen

Nach Drucklegung wurde bekannt, daß weitere sechs Ärzte ermordet, weitere 20 Ärzte verhaftet wurden.

Darüber hinaus wurden über 1000 Ärzte entlassen und haben jetzt keine Arbeit. Viele konnten auch ins Ausland flüchten. 15000 Angestellte des Gesundheitswesens wurden ebenfalls entlassen, so wie die 5000 Kindergärtnerinassistentinnen, die von der Regierung vom Präsidenten Allende ausgebildet wurden im Zuge des Nationalen Programms für Kindergärten.

Besprechungen

Medizin und Arbeit

Edholm, Otto Gustav: Probleme der Arbeitswissenschaft. Eine Einführung in die Ergonomie. Kindlers Universitäts-Bibliothek. Kindler Verlag, München 1967 (260 S., 103 Abb., Ln., 16,— DM).

Die hier vorliegende Übersetzung der Schrift „The Biology of Work“ des bekannten Arbeitsphysiologen ist eine knappe, solide, auch für den Nicht-Mediziner verständliche Einführung in die Ergonomie, der „Wissenschaft vom Menschen in seinem jeweiligen Arbeitsmilieu“ (Klappentext), die „die physiologischen, anatomischen und psychologischen Aspekte des Menschen in seiner Arbeitsumgebung“ (21) zum Forschungsgegenstand hat.

Mit Hilfe vieler Bilder und einprägsamer Diagramme wird dargestellt, welche Faktoren für das Studium der Arbeit und die Verbesserung der Leistungsbereitschaft durch Anpassung der Arbeit an den Menschen von Bedeutung sind. Dabei wird eingegangen auf die physiologischen Grundlagen der Muskelarbeit, Entstehung der Körperwärme, die Bedeutung von Klima, Nahrung, Reiz und Reizverarbeitung und der davon abhängig zu machenden Gestaltung des Arbeitsplatzes. Fragen der Lerntechniken und der Ausbildung werden ebenso kurz gestreift wie die Probleme starker Belastung durch Schichtarbeit, der Ermüdung, der Unfallursachenforschung und die Auswirkungen des Alterungsprozesses auf das Leistungspotential.

Nur kurz gestreift wird allerdings die eigentlich in diesen Zusammenhang gehörende Diskussion zur Problematik der Arbeitsintensivierung unter kapitalistischen Produktionsbedingungen und des Kampfes der Arbeitnehmerorganisationen um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, insbesondere der Arbeitssicherheit. So vermißt man grade im Kapitel über Unfallursachen wenigstens einen Hinweis darauf, daß die Vernachlässigung von Unfallschutzvorschriften durch Arbeiter sehr häufig im direkten Zusammenhang mit antreibenden Lohn- und Prämiensystemen steht. Auch die Frage der Beteiligung der Arbeiter an Planungs- und Leitungstätigkeiten im Betrieb wird nicht diskutiert.

Trotzdem kann diese Schrift dazu verhelfen, die oft noch undifferenzierte ablehnende Kritik an jeglicher wissenschaftlicher Beschäftigung mit Problemen der Arbeitsplatzgestaltung als allein der „Verfeinerung und Verschleierung von Ausbeutungstechniken“ dienend

zurechtzurücken. An ihre Stelle sollte eine Betrachtungsweise treten, die auch denjenigen wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse als Argumentationshilfe zur Verfügung stellt, die im Kampf für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen die Interessen der Lohnabhängigen vertreten.

Udo Schagen (Berlin/West)

Deppe, Hans-Ulrich: *Industriearbeit und Medizin. Zur Soziologie medizinischer Institutionen.* Athenäum Fischer Verlag, Frankfurt/M. 1973 (257 S., Ln., 28,— DM).

Im Gegensatz zur Darstellungsweise herkömmlicher arbeitsmedizinischer Literatur wird hier die werksärztliche Versorgung, der Komplex der Arbeitsunfälle und der Unfallverhütung in einen sozialwissenschaftlichen Zusammenhang gestellt. Die Geschichte des werksärztlichen Dienstes in der BRD wird detailliert aufgezeichnet, das Dilemma eines medizinischen Versorgungsbereiches, der ganz direkt von den Interessen des Kapitals abhängig ist, herausgearbeitet. Das erklärte Ziel der Medizin, eine optimale Versorgung der Bevölkerung — hier der Werktätigen im Betrieb — zu gewährleisten, kann bei der Abhängigkeit der Werksärzte von der Betriebsleitung nicht realisiert werden. In den Gesetzentwürfen und den meisten Stellungnahmen und Empfehlungen zum werksärztlichen Dienst, die im Dokumententeil abgedruckt sind, wird diese Abhängigkeitsposition des Betriebsarztes nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Die Dokumente, in denen dies doch geschieht — so die DGB-Grundsätze und der Referentenentwurf von 1971 — wurden in der politischen Praxis der BRD nicht zur Grundlage der inzwischen nach Erscheinen des Buches verabschiedeten gesetzlichen Regelung.

In der Aufarbeitung zahlreicher Studien zur Analyse der bestehenden werksärztlichen Dienste wird nachgewiesen, daß die Versorgung in diesem Bereich schon rein quantitativ völlig unzureichend ist. „Geht man davon aus, daß ein hauptberuflicher Werksarzt unabhängig von der Art des Betriebes etwa 2500 Beschäftigte versorgen kann, so wären 1967 für ca. 26 292 000 Erwerbstätige in der BRD etwa 10 500 hauptberufliche Werksärzte vonnöten gewesen. Indessen gab es nur ca. 583 und ca. 1053 nebenberufliche Werksärzte, wobei letztere in der Regel nicht mehr als 500 Beschäftigte betreuen sollten.“ (51) Dargestellt wird, daß sich das Aufgabenfeld werksärztlicher Versorgung erweitert hat und in Zukunft noch mehr erweitern wird: Neben den bisher bekannten Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen gewinnen mit der zunehmenden Arbeitsintensivierung psychische und psychosomatische Erkrankungen auch in diesem Bereich an Bedeutung. Die schlechte sozialmedizinische und psychiatrische Ausbildung trägt dann zu einer unzureichenden Behandlung dieser Erkrankungen bei. Psychopharmaka als „Opium“ halten die Erkrankten für eine Weile bei der Arbeit; da dies jedoch nicht folgenlos und unbegrenzt durchzuhalten ist, kann mit einer weiteren Erhöhung der

Rate der Frühinvalidität, die in der BRD schon jetzt besonders hoch ist, auch durch diese Erkrankungen gerechnet werden. Selbst Mediziner, die ansonsten als konservativ eingeschätzt werden, so der im Buch mehrmals zitierte Pharmakologe Coper, wehren sich gegen diesen Mißbrauch der Medizin.

Festgestellt wird jedoch auch, daß trotz der allgemeinen und vom Kapital zu verantwortenden Misere der werksärztlichen Dienste Teile des Kapitals auch Interesse an effektiver Versorgung der Arbeitenden zeigen. Für diese sind anscheinend die Verluste durch Krankheit und Unfall schon so hoch, daß es für sie profitabler wäre, die werksärztliche Versorgung besser zu organisieren. Für einige Großbetriebe wurden entsprechende Kosten-Nutzen-Rechnungen erstellt. Deppe versteht es, die Entwicklung auf ein verbessertes, wenn auch bei weitem nicht ausreichendes Versorgungssystem als Resultante aus dem Kampf zwischen Kapital und Arbeit darzustellen. In diesem Zusammenhang heißt es: „In dem Maß wie es den Gewerkschaften und den politischen Organisationen der Lohnabhängigen gelingt, auf den Inhalt der Staatstätigkeit Einfluß zu gewinnen, könnten von hier aus die Ansprüche des Kapitals zurückgedrängt werden.“ (166)

Heinz-Harald Abholz (Berlin/West)

Diehr, Dieter, Renate Flake, Lothar Hüttemeister, Gerhard Stümpfig:
Untersuchung der wirtschaftlichen Auswirkungen werksärztlicher Tätigkeit — Möglichkeiten der Produktivitätssteigerung. Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bad Godesberg 1970. Vertrieb: Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft, Frankfurt/M. (161 S., br., 10,— DM).

Die vom Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (RKW), in dem Vertreter der Unternehmer, des Staates und der Gewerkschaften zusammenarbeiten, in Auftrag gegebene Studie will einen Beitrag zur Ermittlung der Kosten-Nutzen-Relation des werksärztlichen Dienstes liefern. Darüber hinaus ist das Ergebnis einer Fragebogenuntersuchung wiedergegeben, die bei den 592 im Verband der Deutschen Werksärzte und im Marburger Bund organisierten Werksärzte über ihr Arbeitsfeld durchgeführt wurde. Von diesen Ärzten, die etwa 40 % aller in der BRD tätigen haupt- oder nebenberuflichen Werksärzte ausmachen, haben 79 % den Fragebogen beantwortet. Bestätigt wird, was in anderen Arbeiten schon mehrmals nachgewiesen wurde: Bei der insgesamt völlig unzureichenden Versorgung sind es die in Großbetrieben und die in der Chemischen Industrie, im Bergbau und in der Stahlindustrie Tätigen, die — gemessen an der Werksarzdichte — am besten versorgt sind. Diese Branchen, die 30 % aller Betriebe ausmachen und 48 % aller Beschäftigten auf sich vereinigen, werden von 76 % aller Werksärzte betreut. Bei derartigen Angaben ist jedoch immer zu berücksichtigen, daß die

Zahl der Unternehmen, die einen haupt- oder nebenberuflichen Werkarzt angestellt haben, sehr gering ist — so waren es 1967 nur 0,1 % aller Betriebe.

Für die Kosten-Nutzen-Analyse wurden 5 beispielhafte Betriebe ausgewählt, von denen sich jedoch nur 3 für die Untersuchung eigneten; bei den restlichen 2 waren nicht alle für die Studie notwendigen Daten vorhanden. Auf der Kostenseite wurden sämtliche Personal- und Sachmittelkosten ermittelt und die jährlichen Durchschnittskosten je Arbeitsaufwand und Untersuchten errechnet. Als Arbeitsaufwand galten z. B. Vorsorge-, Einstellungsuntersuchungen, Untersuchungen für Arbeitsplatzwechsel etc.

An drei Beispielen wurde dann eine Kosten-Nutzen-Relation aufgestellt: 1. Durch die Erfassung eines Frühsilikosefalles kann ein Bergbauunternehmen bei den Abgaben an die Berufsgenossenschaft, die für die Kosten bei Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen zu haften hat, große Summen einsparen. Es wurden die im untersuchten Betrieb aufgewendeten Kosten für die entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen in Relation zu den Ersparnissen eines erkannten Frühsilikosefalles gesetzt; unberücksichtigt blieb dabei, daß der Betrieb im betrachteten Zeitraum 12 Verdachtsfälle gemeldet hatte und die noch ausstehende Anerkennung als Frühsilikosefall sicherlich mehr als nur einen der 12 Arbeiter betreffen wird. Trotz dieser wahrscheinlich zu niedrigen Ansetzung nur eines Frühsilikosefalles ergibt sich eine Kosten-Nutzen-Relation von 1 : 1,6. Unberücksichtigt bleibt dabei weiterhin die Kostensenkung durch eingesparte Krankenkassenbeiträge, Lohnfortzahlung etc. 2. Im zweiten untersuchten Betrieb wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse für die Einstellungsuntersuchungen aufgestellt. Ausgaben für diese Untersuchungen wurden den wahrscheinlichen Ausgaben für Lohnkosten, Lohnnebenkosten, Arbeitsplatzkosten, Krankenversicherung und Krankengeld für Werktätige ohne Einstellungsuntersuchung gegenübergestellt. Bei Berücksichtigung der Bestimmungen des Lohnfortzahlungsgesetzes ergibt sich eine Kosten-Nutzen-Relation von 1 : 4,3. Auch bei dieser Berechnung wurde nicht berücksichtigt, daß nur 22 der im Untersuchungszeitraum aus gesundheitlichen Gründen nicht eingestellten 51 Personen in die Rechnung mitaufgenommen wurden, da für die restlichen nicht alle notwendigen Daten vorhanden waren. 3. Durch regelmäßige Untersuchung aller Arbeitnehmer kann kontrolliert werden, ob diese aufgrund gesundheitlicher Befunde weiterhin für ihren Arbeitsplatz geeignet sind oder ob ein Arbeitsplatzwechsel im gleichen Betrieb für sie gesundheitlich angezeigt ist. Durch Vergleich der Ausfallzeiten der Arbeiter, die aus gesundheitlichen Gründen einen anderen Arbeitsplatz im Betrieb bekommen haben, 5 Jahre vor und nach dem Arbeitsplatzwechsel, sollen die eingesparten Kosten ermittelt werden. Diese werden den Ausgaben für die entsprechenden Untersuchungen gegenübergestellt. Es ergibt sich eine Kosten-Nutzen-Relation unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Lohnfortzahlungsgesetzes von 1 : 135.

Die vorliegende Studie, die im Ansatz allein der Rationalität kapitalistischer Wirtschaftsführung folgt, läßt alle Aspekte, die außerhalb der Kosten-Nutzen-Relation stehen, außer Betracht. Die Interessen der Werktätigen sowie gesamtgesellschaftliche Überlegungen kommen auch nicht bei der Bewertung der Befunde zur Diskussion. Was wird aus den Personen, die wegen gesundheitlicher Gründe nicht eingestellt wurden? Wie sehen die Arbeitsplätze derjenigen aus, die aufgrund gesundheitlicher Gründe einen Arbeitsplatzwechsel vornehmen mußten, sind die neuen Plätze in Lohnniveau und Qualifikationsstruktur gleich? Dies sind Fragen, die nicht gestellt werden.

Heinz-Harald Abholz (Berlin/West)

Ausbildung und Entwicklung

Cronbach, Lee J.: Einführung in die Pädagogische Psychologie. Beltz Verlag, Weinheim-Berlin/West-Basel 1971 (721 S., Ln., 44,— DM).

Die vorliegende Ausgabe ist die Übersetzung der amerikanischen Auflage von 1963, ein klassisches Lehrbuch der Pädagogischen Psychologie, das sich in die Teile „Reife und ihre Entwicklung“, „Erwerb von Fertigkeiten, Vorstellungen und Einstellungen“, „Planung, Motivation und Bewertung“ und „Emotionales Lernen“ gliedert. Vier Ziele waren für Cronbachs stoffliche Auswahl und sein didaktisches Vorgehen bestimmend, die er auch annähernd verwirklicht hat.

So entspricht die Darstellung der aufgezählten Themenbereiche anhand einer Vielzahl empirischer Untersuchungen der Forderung, daß eine Pädagogische Psychologie auf Forschungsergebnissen und nicht auf sogenannten guten Ideen und Ratschlägen zu basieren habe. Dem Anspruch Pädagogischer Psychologie auf Relevanz für schulische Probleme wird der Autor gerecht, indem er praktische Vorgehensweisen wie die Anwendung und Auswertung verschiedener Tests oder die Auswahl und Organisation von Lehrmaterial und Situationen, die für den Erwerb von bestimmten Fertigkeiten und Einstellungen geeignet sind, einbezieht. Von den beiden anderen Zielsetzungen des Buches ist die der Klarheit und Verständlichkeit ebenfalls erfüllt. Dagegen wird die Notwendigkeit einer komplexen Darstellung pädagogisch-psychologischer Inhalte zwar erkannt und eine Beschränkung auf Allgemeinaussagen über menschliches Verhalten abgelehnt, jedoch gehen in die Beschreibung und Beurteilung als Faktoren nur die Existenz individueller Unterschiede und ihre Begründung durch im wesentlichen individualpsychologisch gese-

hene Unterschiede im häuslichen Milieu, in der Art der Eltern-Kind-Beziehung, ein.

Diese fehlende Sicht der gesellschaftlichen Bedingungen menschlichen Verhaltens und vieler sogenannter Persönlichkeitscharakteristika und somit auch das Fehlen der Erklärung von interindividuellen Differenzen durch verschiedene sozio-ökonomische Positionen wird durch Cronbachs Gesellschaftsbild verständlich, das die gegenwärtige US-Gesellschaft als nivellierte Mittelstandsgesellschaft begreift, in der während der letzten zehn Jahre die Klassenunterschiede nahezu gänzlich verblaßt sein sollen. Als anschaulicher Beleg dient u. a.: „Die Frau eines Klempners und eines Arztes kaufen im selben Supermarkt ein (38).“ Dementsprechend wird die Institution Schule als die neutrale Verteilungsstelle des künftigen sozialen Ranges gesehen, in der alle die gleichen Möglichkeiten erhalten. Mit dieser Sichtweise stimmen das Verständnis der Pflichten eines Lehrers, „die Ideale der Kultur zu übermitteln“ (489), und die Art der Erziehungsziele — Einfügung in die bestehende Gesellschaft — überein.

Vorausgesetzt, daß der Leser sich des zugrundeliegenden Gesellschaftsbildes des Autors kritisch bewußt wird und die Folgen für die Darstellung reflektiert, kann es durchaus als Orientierungs- und Informationsquelle benutzt werden, wofür die oben genannten und er- noch darauf hinzuweisen, daß man nicht nur den Komplex „Schichtenspezifische Sozialisation und ihre Auswirkungen in der Schule“, sondern auch die Gebiete „Lern- und Verhaltensstörungen“ und „Schulklasse als soziales System“ weitgehend vermißt.

Linde Bernath (Gießen)

Bruner, J.S., R.R. Olver, P.M. Greenfield, u. a.: Studien zur kognitiven Entwicklung. (Studies in Cognitive Growth, 1966). Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1971 (403 S., Ln., 32,— DM).

Bruner und seine Mitarbeiter verstehen die Arbeiten Piagets und der Genfer Schule als Grundlage ihrer eigenen Studien zur kognitiven Entwicklung. Und obgleich sie tatsächlich in den wesentlichen Punkten ihrer Aussagen die Genfer Konzeption aufgreifen, setzen sie doch zugleich neue und für die Erkenntnis der kognitiven Entwicklung fruchtbare Schwerpunkte. Besonders zwei Aspekte sind es, die in Piagets Konzeption der Entwicklung kognitiver Funktionen allenfalls am Rande berücksichtigt wurden, bei Bruner dagegen einen zentralen Stellenwert erhalten, nämlich die Einflüsse von Sprache und Kultur allgemein (einschließlich des kognitiven Prozesses prägenden Werkzeuggebrauchs) auf die kognitive Ontogenese. Bruner verdankt diese — für die aufs Individuum zentrierte und dabei gegenüber kulturellen Faktoren nicht eben sehr aufgeschlossene westliche Psychologie keineswegs selbstverständliche — Erkenntnis zum einen der amerikanischen Anthropologie bzw. Sprachtheorie, aber auch

seinen intensiven Studien der sowjetischen Entwicklungspsychologie, insbesondere seinen persönlichen Diskussionen mit Lurija und dessen Mitarbeitern. Mit ihnen und Galperin, deren Arbeitsergebnisse zur Genese gnostischer Funktionen er z. T. in seine Theorie einbezieht, verbindet ihn das Interesse am Nutzen kognitionspsychologischer Entwicklungstheorien für pädagogisch-didaktische Ziele — ein Interesse, dem die mehr am kindlichen „Spontanverhalten“ orientierten Befunde der Genfer zunächst kaum Rechnung trugen, das aber später auch von den Schülern Piagets, besonders in den Arbeiten Aebelis, stärker akzentuiert worden ist.

Wenn nun Bruner zwar wichtige Gedanken und empirische Befunde der sowjetischen Entwicklungspsychologie in seine Konzeption integriert, so heißt das freilich nicht, daß er auch mit der erkenntnistheoretischen Grundposition dieser Psychologie völlig einverstanden wäre.

Er bezeichnet seinen Ansatz als „instrumentellen Konzeptualismus“ und betont damit — offenbar in Anlehnung an den Konstruktivismus Piagets — die Tatsache, daß der Mensch sich Realität mit Hilfe bestimmter z. T. angeborener, z. T. kultur- und damit traditionsabhängiger kognitiver Instrumente aneignet, jedenfalls mit Hilfe kognitiver Mittel (wie etwa des Kausalitätsprinzips oder des Identitätsbegriffs), die ihrerseits nicht mehr empirisch prüfbar sind, ohne sich bei einer solchen Prüfung bereits selbst vorauszusetzen. Wenn also Piaget und mit ihm Bruner von einer Konstruktion der Realität im Laufe der kognitiven Entwicklung sprechen, so ist dies im Sinne eines kritischen Realismus zu verstehen. — Dabei bezieht Bruner den besonders in der materialistischen sowjetischen Entwicklungstheorie so hervorgehobenen evolutionär-phylogenetischen Hintergrund der Entstehung gnostischer Funktionen sowie die Bedeutung des spezifisch menschlichen Werkzeuggebrauchs in gesellschaftlicher Arbeit für die Ausprägung geistiger Prozesse durchaus in seine Überlegungen ein. Gemäß seinem „methodologischen Credo“, Psychologie habe vor allem das „Wie“ und nicht so sehr die verschiedenen, oft problematischen „Weil“ psychischen Funktionierens abzuklären, erhalten derartige Probleme bei ihm allerdings nur einen nebengeordneten Stellenwert.

Worin unterscheidet sich nun die Theorie Bruners von derjenigen Piagets hauptsächlich? Piaget teilt die kognitive Entwicklung in verschiedene Phasen und Stufen ein, die von der sensumotorischen bis hin zur Phase der abstrakt-logischen Operationen sich aufeinander aufbauend — und damit natürlich auch altersabhängig — entwickeln. Allgemeinstes Prinzip des Fortschreitens der Intelligenz zu jeweils höheren kognitiven Leistungen ist für Piaget die Assimilation und Akkomodation kognitiver Schemata sowie das Streben nach Äquilibration (dem Gleichgewicht oder der Verträglichkeit) dieser Schemata, sofern sie kognitiv miteinander in Beziehung stehen. — Dabei versteht er unter Assimilation das Erfassen neuer Realität mit Hilfe eines bereits konstituierten Verhaltens- bzw. Denkschemas, unter Akkomodation dagegen die Anpassung eines solchen Schemas an

Realität, die der adäquaten Erfassung oder Behandlung mit Hilfe des etablierten Schemas Widerstand leistet. —

An Piagets Konflikttheorie der Ontogenese menschlichen Erkennens setzt Bruner an, indem er sie prinzipiell übernimmt, die konfligierenden und sich dabei weiterentwickelnden Schemata aber in drei allgemeine inhaltliche Kategorien unterteilt. So kommt er zu drei unterscheidbaren Modalitäten der Repräsentation von Realität: der bildhaften, der handlungsmäßigen und der symbolischen „Darstellung“. Die *bildhafte* Darstellung umfaßt sämtliche Abbildungen realer Gegebenheiten und deren verhaltenswirksame Speicherung. Sie scheint unerläßlich für die Ausbildung eines subjektiven räumlichen Koordinatensystems, also für eine adäquate Orientierung des Menschen im Raum. Dies wird durch zahlreiche und bisweilen herkömmliche Vorstellungen korrigierende empirische Befunde zur frühen Entwicklung kindlicher Wahrnehmung konkretisiert. Die zweite Erkenntnismodalität, die *handlungsmäßige* Darstellung, meint die Verarbeitung sequenzieller Handlungen zu einem atemporalen Organisationsschema, einer Matrix gleichsam, die als gespeicherte motorische Erfahrung künftiges Handeln strukturiert. Die *symbolische* Darstellung schließlich, auf die Bruner in Abhebung von Piaget das größte Gewicht legt, ist für ihn Inbegriff der sprachlichen, aber auch anderer symbolischer — z. B. im Werkzeuggebrauch liegender — Organisation von Erfahrung.

Alle drei Modalitäten der Repräsentation von Realität weist Bruner im Rückgriff auf eine breite Literatur empirischer Untersuchungen operational aus. Dabei wird deutlich, wie sie sich von ihren offenbar anlagebedingten Grundformen an in permanenter Wechselbeziehung integrieren und so den Erkenntnisgewinn des Individuums ausmachen. Die sensumotorische Integration etwa — in ihren ersten Formen von Piaget als Charakteristikum der Anfangsphase kognitiver Entwicklung erkannt — wird nach dem Reafferenzprinzip als Interaktion von handlungsmäßiger und bildhafter Darstellung beschrieben; hier leistet Bruner eine detaillierte Ausarbeitung von Piagets Konzeption. Hinsichtlich der symbolischen Repräsentation geht er freilich sehr viel weiter als dieser. Für Bruner ist Sprache kulturspezifisches Mittel der kognitiven Strukturierung von Realität, ein Mittel allerdings, das trotz seiner kulturellen Spezifität in den grammatischen Grundzügen eine transkulturell nachweisbare Basisstruktur hat. Diese Grundzüge bzw. die ersten und einfachsten grammatischen Regeln des Aufbaus von Sprache erachtet Bruner in Anlehnung an Sapir und Chomsky als Reifungsergebnis einer im Menschen bereits anlagemäßig vorgegebenen Möglichkeit. Er begründet seine Hypothese damit, daß schon die frühesten Formen grammatischer Struktur einen logischen Funktionsbegriff implizieren, den das Kind zu Beginn des Spracherwerbs bezüglich der logischen Gliederung seiner Außenwelt noch keineswegs anzuwenden imstande sei. Diese Begründung setzt freilich den bislang noch ausstehenden Nachweis voraus, daß eine vergleichbare logische Strukturierung der Welt nicht schon in den bildhaften und handlungsmäßigen Darstellungsmodali-

täten vorgebildet ist; die Tatsache, daß so komplexe Klassifikationsleistungen, wie sie Piaget prüfte, erst beträchtliche Zeit nach der Bildung der grammatischen Basisstruktur erbracht werden, kann jedenfalls nicht, wie offenbar Bruner meint, als ein solcher Nachweis gelten.

Bruners von der Grundkonzeption her breit angelegte Theorie bildet die Basis für eigene experimentelle Untersuchungen des Harvard-Kreises, die den eher demonstrativen Arbeiten Piagets in methodischer Hinsicht überlegen sind. Dabei geht es um die Entwicklung von Strategien des Erfahrungsgewinns, um Probleme des perzeptiven Erkennens, um die Bildung von Invarianz- und Äquivalenzbegriffen insbesondere unter dem Aspekt der kultur- und schulungsspezifischen Determinanten. Empirischen Aufschluß besonders hinsichtlich des letzteren Problems erbrachte der Vergleich der Leistungen und experimentell evozierten Leistungsfortschritte von geschulten und ungeschulten afrikanischen Buschkindern, mexikanischen Kindern, jungen Eskimos und von weißen Kindern unterschiedlicher Schichtenzugehörigkeit. Die Befunde unterstützen die Brunersche Theorie von der Interaktion der drei Darstellungssysteme im Laufe kognitiver Entwicklung und belegen die Bedeutung der Kultur- und Schulungsspezifität dieser Interaktion. Sie bilden damit eine wichtige Ergänzung des Piagetschen Entwicklungsmodells, aber auch der entsprechenden sowjetischen Beiträge zu diesem Thema.

Die Konzeption Bruners und seiner Mitarbeiter läßt in ihrer fruchtbaren Allgemeinheit Raum für weitere differenzierende Untersuchungen besonders etwa auch zu Problemen der Genese komplexer sozialer Kognitionen in Verbindung mit motivationalen Faktoren. Es scheint sich hier ein Weg zu eröffnen, die seit langem fragwürdige Trennung zwischen „kognitiven“ und „motivationalen“ Komponenten menschlicher Ontogenese neu zu durchdenken und unter Einbeziehung sprach-, kultur- und damit auch gesellschaftsspezifischer Momente zu einem neuen, integrativen Standpunkt in der Frage psychischer Entwicklung zu gelangen. Tilo Naatz (Berlin/West)

Psychiatrie und Umwelt

Helm, Johannes u. Inge Frohburg (Hrsg.): *Psychotherapieforschung. Fragen — Versuche — Fakten*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin/DDR 1972 (250 S., br., 15,65 DM).

Dieser Band enthält Ergebnisse einer interdisziplinären Arbeitstagung der Gesellschaft für Psychologie der DDR und der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie vom Oktober 1970. Der Rezensent dieses Buches ist in der günstigen Lage, die wesentlichen Beurteilungs-

gesichtspunkte und die Kritik der vorgelegten Arbeiten in dem ersten Beitrag bereits formuliert zu finden. Dieser Beitrag von Christa Kohler über „Die wissenschaftstheoretische Situation der Psychotherapie“ versucht Tendenzen, Prinzipien und Ziele der Psychotherapieforschung darzulegen und eine Forschungsstrategie aufzuzeigen. In ihm werden vor allem zwei Problembereiche ausgearbeitet. Der erste betrifft das Verhältnis von Theorie und Empirie in der Forschung. Nach Kohler ist der Trend in der neueren Psychotherapieforschung zu exakt-wissenschaftlicher Methodik ein entscheidender Fortschritt. Bei den Versuchen der Operationalisierung psychotherapeutischer Variablen dürften therapeutische Verfahren jedoch nicht als bloße „Zusammenstellung von regelhaftem Vorgehen“ betrachtet werden; vielmehr bestehe „eine unlösbare Einheit... zwischen psychotherapeutischen Methoden und bestimmten hypothetischen oder theoretischen Annahmen“ (11). In diesem Zusammenhang müsse auch vor einer Vernachlässigung der Theoriebildung, d. h. einem Stehenbleiben bei nicht abgeleiteten und zusammenhanglosen Einzel-Ergebnissen, gewarnt werden.

Der zweite Problembereich betrifft die Abhängigkeit der psychotherapeutischen Methoden vom Menschenbild. Nach Kohler hängen Theorie und Praxis der psychotherapeutischen Verfahren vom herrschenden Menschenbild ab. Unter diesem Gesichtspunkt müßten einerseits die in der bürgerlichen Gesellschaft entwickelten Verfahren beurteilt werden, andererseits müßten der Praxis und Forschung in der DDR die Erkenntnisse des marxistischen Menschenbildes und eine marxistische Psychologie zugrunde gelegt werden.

Aus diesen Überlegungen heraus kritisiert Kohler — und diese Kritik gelte auch für die Forschung in der DDR —, daß empirische Erfahrung mit Erkenntnis gleichgesetzt und die Theorie zugunsten eines pragmatisch-empirischen Herangehens vernachlässigt werde. Weiterhin müßten auch die „Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und neurosebegünstigenden... Faktoren unter unseren Lebensbedingungen“ wesentlich mehr beachtet werden (18).

Das Buch behandelt schwerpunktmäßig die Messung des Therapiegeschehens und des Therapieerfolgs. Dabei orientieren sich die meisten Beiträge an der von Rogers begründeten und in der Bundesrepublik von Tausch weiterentwickelten sog. klient-zentrierten Therapie. Von dieser Schule sind in der Tat empirische Methoden in der Therapieforschung besonders gefördert worden. Andererseits zeichnet sich diese Richtung durch ein theorieloses, naiv-empiristisches Vorgehen aus. Wenngleich mehrere Autoren des vorliegenden Buches eine gewisse Distanz gegenüber theorielosem Pragmatismus äußern, so dürfte doch teilweise die von Kohler gegebene Kritik an der Tendenz empiristischen Vorgehens berechtigt sein. So wird sehr viel über die Genauigkeit der Messung gesagt, kaum aber etwas über deren Aussagekraft und Relevanz. Über die Kriterien des Therapieerfolgs wird inhaltlich kaum ein Wort verloren. In der Psychotherapieforschung ist es jedoch sehr problematisch, Forschungsmethoden entwickeln zu wollen, ohne sich auf bestimmte Therapien und auf eine Theorie des

therapeutischen Geschehens zu beziehen. Helm äußert zu dieser Frage, man wolle die Methodik der klient-zentrierten Therapie übernehmen, schließe sich aber den theoretischen Grundlagen und Interpretationen dieser Richtung nicht an (32). Nun zeigt aber schon ein ganz oberflächlicher Blick auf die entsprechenden Forschungsarbeiten, daß die in der klient-zentrierten Therapie entwickelten Forschungsmethoden unmittelbar für dieses Therapieverfahren und die ihm eigenen Annahmen entwickelt sind. Man kann daher der Äußerung von Helm nur zustimmen: „Es wird sehr genauer methodologischer Untersuchungen bedürfen, um die Beziehungen zwischen Theorie, Methodik und Ergebnis innerhalb dieser Arbeitsrichtungen freizulegen und die weitere Forschungsarbeit am psychotherapeutischen Gespräch an den Prinzipien des marxistischen Erkenntnisgewinns zu orientieren.“ (33)

Rainer Seidel (Berlin/West)

Spitzer, Stephan P., und Norman K. Denzin (Hrsg.): *The Mental Patient. Studies in the Sociology of Deviance*. McGraw-Hill Book Company, New York 1968 (486 S., br., \$ 4,50).

Objektive Kriterien für die Definition von Verhaltensstörungen haben weder die klassische Psychiatrie noch die klinische Psychologie trotz aufwendiger Klassifikations- und Deskriptionsbemühungen benennen können. Daß weder durch biologisch-genetische noch durch mentalistische Konstrukte die Bedingungsmuster psychischer Störungen auch nur annähernd erfaßt werden konnten, hat die Frage aufgeworfen, ob der Erklärungsansatz beim gesellschaftlich isolierten Individuum überhaupt richtig gewählt wurde. Beispielsweise beweisen die Ethnopsychiatrie und die Epidemiologie die Bedeutung soziokultureller Faktoren bei der Definition dessen, was als Verhaltensstörung oder „psychische Krankheit“ zu gelten hat. „Psychische Krankheit“ ist von daher viel eher als soziale Rolle zu verstehen, die einem sich abweichend verhaltenden Individuum aufgezungen worden ist, wobei die Normen, an denen gemessen ein Verhalten als abweichend zu bezeichnen ist, gesellschaftlich relativ sind. „Psychische Krankheit“ bedeutet das Durchlaufen einer „sozialen Karriere“ (191 ff.), deren Endprodukt erst jene stabilen und als pathologisch diagnostizierbaren Verhaltensmuster darstellen, die der traditionellen Psychopathologie als legitimierender Ausgangspunkt für die Hypostasierung von „Krankheitseinheiten“ dienen. Die hier angedeutete totale Verkehrung des erklärenden Zugriffs bei Verhaltensstörungen wird vor allem von klinisch orientierten Sozialwissenschaftlern vorangetrieben, insbesondere von einer Gruppe, die in der Tradition des „symbolischen Interaktionismus“ steht und für die sich als Gruppenetikett die Bezeichnung „labeling“-Theoretiker durchgesetzt hat.

Spitzer und Denzin sind dieser Gruppe zuzurechnen und sie sind in der Zusammenstellung der Texte für ihren Sammelband bemüht, einen repräsentativen Einblick in die empirische und theoretische

Forschungstätigkeit zu geben, die der interaktionistischen Position subsumiert werden kann, bzw. solche Ergebnisse interaktionistisch zu interpretieren, die in einem anderen theoretischen Kontext gewonnen worden sind (vor allem epidemiologische Befunde).

Dieser einheitliche theoretische Bezugsrahmen macht die Stärke dieses Sammelbandes aus. Übersichtlich gegliedert werden Arbeiten 1. zur sozialwissenschaftlichen Gegenstandsbestimmung von Verhaltensstörungen (z. B. Beiträge von Scheff, Szasz, Rose und Lemert), 2. über epidemiologische Befunde (Arbeiten von Dunham, Hollingshead u. Redlich, Eaton u. Weil u. a.) und 3. über die verschiedenen Phasen der „Patientkarriere“, deren spezifische Formung durch den sozialen Status der Betroffenen, über die soziale Mikrostruktur von klinischen Institutionen und schließlich über subjektive Identitätskorrelate (hier taucht immer wieder Goffman als Autor und Initiator empirischer Untersuchungen auf) zusammengestellt.

Der „symbolische Interaktionismus“ versucht die Konstitution sozialer Realität als einen Prozeß von Objekt- und Situationsdefinitionen zu begreifen, innerhalb dessen ein Konsensus der beteiligten Interaktionspartner über den Sinn von Handlungen in bezug auf bestimmte Zielobjekte hergestellt wird. Realität wird produziert durch ihre Benennung und findet ihre Bestätigung und Verbindlichkeit in einem Konsensusmodell der Validierung. Die besondere Qualität von Handlungen hat nach dieser Auffassung ihre Verursachung nicht in introjektiv in das Individuum verlagerten Bedingungsfaktoren, sondern erhält sie erst durch eine entsprechende Definition im Verlauf von Interaktionssequenzen (4). Die statischen Persönlichkeitsmodelle der Psychiatrie und Psychologie wählen verfestigte Verhaltensstrukturen zum Ausgangspunkt und versuchen, sie in einem Zirkelschluß faktorenanalytisch zu bestätigen, während der interaktionistische Ansatz solche Strukturen als vermittelt auffaßt, als Produkt von Fremd- und — im Interaktionszusammenhang übernommenen — Selbstdefinitionen. Diese Perspektive ermöglicht es, Verhaltensstörungen als etwas zu begreifen, was Individuen angetan worden ist, als ihnen aufgezwungene Identitätsdefinitionen. Die von Spitzer und Denzin zusammengetragenen Arbeiten sezieren auf mikrosözialer Ebene diese Prozesse produzierten Leidens und sie lassen in vielen Fällen hinter dem wissenschaftlichen Habitus die moralische Empörung über die beschriebenen Formen sozialer Stigmatisierung erkennen. Psychiatrische Institutionen werden kritisiert, weil sie ein Maß von Unterdrückung ausüben, das jeder Legitimation entbehrt. Die Schwäche dieses herrschaftskritischen Potentials verrät sich allerdings schon in seiner begrifflichen Artikulation. Psychiatrische Begriffe, z. B. „Geisteskrankheit“ oder „Psychopathie“, können nur als „arbitrary label attached to certain forms of behavior“ (V) aufgefaßt werden. Daß psychiatrische Begriffe einen Konstitutionsprozeß durchgemacht haben, der ein identifizierbares historisch-gesellschaftliches Substrat hat, entzieht sich notwendigerweise einem so gerichteten Ansatz. Nach ihm schaffen Definitionen und in ihnen verwendete Begriffe soziale Realität und nicht umgekehrt. Da Definitionen keinen objektiven ma-

teriellen Bezugspunkt mehr haben, ist es konsequent, sie als prinzipiell willkürlich zu verstehen. Der Versuch der Veränderung einer empörenden sozialen Realität ist dann letztlich auch nur noch ein Definitionsproblem. Durch aufklärerischen Appell an die Instanzen, die bestehenden Situations- und Institutionsdefinitionen herrschaftlich absichern und verwalten, soll dieses Problem gelöst werden. A. Gouldner (Amer. Sociologist 1968, 3, S. 103—116) hat die „labeling“-Theorie bestimmt als eine, die Kritik an solchen Institutionen übt, die im „sozialstaatlich“ organisierten kapitalistischen Reproduktionsprozeß durch ihre offen repressive Organisationsform als dysfunktional erscheinen müssen. Diese Einschätzung ist insofern berechtigt, als die interaktionistische Theorie abweichenden Verhaltens ihr Erkenntnisinteresse nur auf die institutionelle und subinstitutionelle Ebene richtet, auf ihnen Prozesse benennt und aus diesen Konsequenzen ableitet, die partielle Entschädigungsstrategien beinhalten, ohne daß die Realität der kapitalistischen Vergesellschaftungsform und ihre Folgen für die in ihr lebenden Individuen je thematisiert werden müßte. Da der „symbolische Interaktionismus“ keinen Begriff von Gesellschaft in ihrer Totalität hat, der es erlauben würde, Interaktionsphänomene als vermittelt mit gesamtgesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionsbedingungen zu begreifen, verliert er sich an die Unmittelbarkeit des ontologisierten Interaktionsprozesses selbst.

Trotz und wegen der angedeuteten Beschränktheit des interaktionistischen Ansatzes ist der Sammelband von Spitzer und Denzin sehr zu empfehlen: als wertvolle Quelle der Phänomenologie mikrosozialer klinisch-institutioneller Realität und als Möglichkeit, sich mit dem notwendigen Zukurzgreifen bürgerlicher Kritikformen auseinanderzusetzen.

Heinrich Keupp (München)

Rogow, Arnold A.: *The Psychiatrists*. George Allen & Unwin Ltd, London 1971 (315 S., Ln., £ 3.50)

Die Untersuchung des New Yorker Politologen Rogow, der zugleich Direktor eines Trainingsprogramms für die Psychodynamik politischen Verhaltens ist, geht aus von der Feststellung des Zusammenhangs von allgemeinen Wertvorstellungen der Psychiater mit ihren therapeutischen Konzepten. Rogow bemüht sich um die Darstellung des sozialen Bedingungsgefüges, das auf das Feld der Psychiatrie einwirkt und so das Handeln und Denken der Psychiater prägt. Dabei stützt er die Arbeit wesentlich auf Ergebnisse eigener Interviews sowie eines ausführlichen, vorgetesteten Fragebogens, den er an ca. 500 Mitglieder der American Psychiatric Association und der American Psychoanalytic Association verschickte, der aber leider nicht mitabgedruckt ist.

Rogows Ergebnisse bestätigen die Differenzierung der Berufsgruppe der Psychiater, wie sie von Hollingshead und Redlich in ‚Social Class and Mental Illness‘ entwickelt wurde: auf der einen Seite

stehen analytisch-psychologisch orientierte, auf der anderen direktiv-organisch ausgerichtete Psychiater. Rogow ordnet diesen Polen psychiatrischer Konzeptionen unterschiedliche soziale und politische Einstellungen sowie verschiedene Betätigungsfelder innerhalb der Versorgung psychisch Kranker zu. So vertreten die Psychiater, die das Gros der hospitalisierten Patienten zu versorgen haben, ein durchgängig konservatives Konzept: sie bevorzugen Psychopharmaka und Schockbehandlung, weisen ein höheres Maß an autoritären Persönlichkeitsmerkmalen auf und beziehen zu Problemen wie Vietnamkrieg und Rassenfrage weniger liberale Standpunkte als die analytisch orientierten Psychiater, die zum größten Teil außerhalb der psychiatrischen Anstalten ihre Privatpraxis betreiben: „Man kann der Vermutung nur schwer widerstehen, daß sowohl hinsichtlich der theoretischen Orientierung als auch des geistigen Niveaus die Psychoanalytiker als die Intellektuellen, die Psychiater mit Privatpraxis aber als die Normalverbraucher und die Psychiater in den öffentlichen Anstalten als die geistig Unbedarften anzusehen sind“ (187).

Die Entwicklung solch verschiedener „Typen“ von Psychiatern schildert Rogow vor dem Hintergrund der „Krise der Psychiatrie“. Die Konfrontation mit den Verhältnissen in den öffentlichen Anstalten und mit dem psychischen Massenelend rufe bei dem jungen Arzt das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit hervor. Die Reaktion auf diese erste Begegnung mit der sozialen Wirklichkeit falle unterschiedlich aus: die Anstaltspsychiater sähen aus dem Problem der totalen Überforderung, den subjektiven wie objektiven Barrieren, den Bedürfnissen der Kranken therapeutisch zu begegnen, nur den Ausweg der „drug-revolution“. Die Psychoanalytiker wendeten sich weitgehend von der Gruppe der hospitalisierten Psychotiker und Alkoholiker ab und bevorzugten die lukrative Therapie der Neurotiker, zu denen sie auf Grund gleicher sozialer Herkunft leichter Zugang fänden. Eine gemeinsame Reaktion auf die Arbeitssituation sieht Rogow in Mittelklassen-Vorurteilen der Psychiater, wonach Patienten aus den unteren sozialen Klassen nicht anders als mit Medikamenten und Elektroschocks zu behandeln seien. Die Lage im öffentlichen Gesundheitswesen führe zu Zynismus und therapeutischem Nihilismus. Rogow belegt die krasse Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung und stellt in diesem Zusammenhang den elitären Charakter der psychoanalytischen Privatmedizin heraus: „Die Amerikaner erhalten nicht die Psychiater und die psychiatrische Behandlung, die sie benötigen, sondern die, welche sie bezahlen können.“ (187)

Die Krise in der amerikanischen Psychiatrie wird zwar als Ausdruck der „sick society“ gesehen, die Krankheit, Kriminalität und damit enorme ökonomische und soziale Reibungsverluste hervorbringe (155 f.). Zum Kern des Problems stößt Rogow freilich nicht vor: für ihn bleibt die Krise weitgehend ein ideologisches Problem. Die genauen Ursachen der Misere in der öffentlichen Psychiatrie wie die fehlende gesetzliche Krankenversicherung und die Prioritätensetzung bei der Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums bleiben ungenannt. Ohne Berücksichtigung dieser gesellschaftlichen Vorausset-

zungen erfolgreicher Therapie muß freilich auch die Differenzierung der Psychiater in konservative Organiker und progressive Psychoanalytiker problematisch werden: entfalten die Psychoanalytiker ihre „Progressivität“ doch genau in dem Bereich, der für die überwiegende Zahl der Bevölkerung nicht zugänglich ist. Wulff hat darauf aufmerksam gemacht, daß es möglicherweise „gerade das Fehlen der gesetzlichen Krankenversicherung in den USA war, das dort den Fortgang der wissenschaftlichen Arbeit bezüglich sozialer Ursachen psychischer Leiden ermöglicht und eine restriktive Fassung des Krankheitsbegriffs verhindert hat,“ — allerdings um den Preis der Folgenlosigkeit für den Durchschnittspatienten.

Rogows Änderungsvorschläge gehen nicht über die Aufforderung hinaus, die Position des Anstaltspsychiaters attraktiver zu gestalten, überdies verweist er auf die „community-mental-health-centers“. Er schließt, man müsse eben abwarten, ob im Jahr 2000 die junge Generation eine Lösung für die Misere der Psychiatrie gefunden habe oder ob doch Freud recht zu geben sei, daß am Ende der menschliche Aggressions- und Selbstzerstörungstrieb die Oberhand behalten werde. Das Buch bleibt lesenswert als materialreiche Darstellung des Wechselverhältnisses zwischen der gesellschaftlichen Realität und den ärztlichen Trägern der psychiatrischen Versorgung; es liefert somit empirische Hinweise zur Soziologie des Berufs der Psychiater. Rogow geht allerdings nicht von einer eingehenden Analyse der gesellschaftlichen Verhältnisse und deren Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung aus. Seine Einzelergebnisse müssen deshalb erst vor dem Hintergrund der sozialen Realität in den USA interpretiert werden, will man nicht zu einer vorschnellen Typologisierung der amerikanischen Psychiater in fortschrittliche Psychoanalytiker und rückschrittliche Anstaltspsychiater kommen. Auch in der Diskussion um die Sozialpsychiatrie in der BRD sollten fortschrittliche Positionen nicht allein an der Übernahme eines kritischen Jargons, sondern an der Erkenntnis gemessen werden, daß eine Verbesserung der Situation der psychisch Kranken nur gegen jene ökonomischen und politischen Kräfte durchzusetzen ist, die bis heute den Aufbau eines gesamtgesellschaftlich organisierten Gesundheitswesens verhindern konnten.

Norbert Schmacke (Marburg)

Matussek, Paul (mit R. Grigat, H. Haiböck, G. Halbach, R. Kemmler, D. Mantell, A. Triebel, M. Vardy, G. Wedel): Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Psychiatry Series, Bd. 2, Springer-Verlag, Berlin/West — Heidelberg — New York 1971 (272 S., Ln., 38,— DM).

Die Einschränkungen, die bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Untersuchung gemacht werden müssen, liegen auf der Hand: die empirische Basis ist *schmal* ($n = 219$). Andererseits ist es in unseren

Zeiten (die Befragung wurde zwischen 1958 und 1962 durchgeführt) überaus schwierig, aussagewillige Personen zu finden, die die Konzentrationslager überstanden haben. Auch die *Auswahl der Personen* scheint problematisch zu sein: es wurden lediglich Personen befragt, deren Herkunftsland Deutschland oder Polen war. Sicherlich ist es mehr als berechtigt, gerade Personen, die aus Polen kommen, zu interviewen, denn die polnische Bevölkerung war proportional gesehen am intensivsten von den Verbrechen der Nazis betroffen. Warum aber — und dies könnte einige nicht unerhebliche Verzerrungen der Ermittlungsergebnisse verursacht haben — nur Personen befragt wurden, die heute in Deutschland (BRD? DDR?), Israel oder in den USA leben, bleibt unbegründet. Entweder haben sich die Untersucher nicht um Interviewerlaubnis in den sozialistischen Staaten bemüht oder ihnen wurden dort Interviews untersagt. Dies hätte man erwähnen sollen.

Zu den unbestreitbaren Pluspunkten der Studie gehört es, daß als Interviewer nur psychotherapeutisch geschulte Ärzte oder Psychologen eingesetzt wurden. Aus diesem Grunde konnte auf ein starres Interviewschema verzichtet werden, was gerade bei diesem Befragtenkreis von Vorteil ist, nicht nur der spontanen Mitteilungen, sondern auch der unproblematischeren Interviewatmosphäre wegen.

Den Verfassern geht es in erster Linie darum, die Auswirkungen der Konzentrationslagerhaft im Leben der befragten Personen nach ihrer Haftzeit zu analysieren. Deshalb stehen „Störungen der körperlichen Gesundheit, der seelischen Befindlichkeit und des sozialen Umweltbezuges“ (246) im Vordergrund. Dabei werden einige naheliegende Faktoren aufgezeigt: für das Überleben einer Person im Konzentrationslager waren u. a. einige in der Person selbst liegende Momente ausschlaggebend: frühkindliche Sozialisation, Beziehungen zur Mutter, Persönlichkeitsstruktur, Einstellung zur Konzentrationslagerhaft. Daß natürlich alle diese Faktoren auseinander hervorgehen, wird von den Verfassern nicht übersehen.

Der erste, für eine weitere Forschung fruchtbare Teil der Untersuchung enthält u. a. methodische Hinweise auf künftige empirische Untersuchungen dieses Bereiches: Aussagewiderstände wurden festgestellt bei Fragen nach den familiären Verhältnissen vor der Verfolgungszeit und nach dem Schicksal der Angehörigen während dieser Zeit. Ein Aussagebedürfnis wurde sichtbar bei Fragen nach dem eigenen Schicksal während der Verfolgungszeit und nach der seelischen Verfassung in der Zeit nach der Befreiung. Die Faktoren, die die Situation des Inhaftierten in psychischer und physischer Hinsicht beeinflussten, werden ausführlich diskutiert (Arbeitssituation, Lager schwere, Dauer von Verfolgung und Haft, körperliche und seelische Krankheiten, Verfolgungsgrund, Lebensalter und Geschlecht). Eine weitere, schwere Belastung ist darin zu sehen, daß in 120 Fällen die Befragten während ihrer Haftzeit erfuhren, daß Verwandte ermordet wurden (Eltern, Geschwister, Ehepartner, Kinder). Allerdings zeigt sich bei der Darstellung dieser Befragungsergebnisse eine der *sprachlichen Unzulänglichkeiten* der Untersuchung: mehrfach wird von

„Vernichtung“ (z. B. 18, 21) gesprochen, wenn Mord gemeint ist. In den Tabellen steht dann in den entsprechenden Überschriften „umgekommen“ (21). Es wurde die Frage vorgelegt, welche Gründe die Befragten ihrer Erinnerung nach dafür sehen, daß sie die Haftzeit in Konzentrationslagern überlebt haben. An erster Stelle werden „Disziplin und Selbstbeherrschung“ genannt, dann „Zufall oder Glück“, „Kameradschaft mit Lagergenossen“, „Gedanken an die Familie“, „Gute Arbeit, guter Posten“, „Religiöser Glaube“, „Aktive Anpassung an die Lagerverhältnisse“ usw. und an 12. und letzter Stelle „Glaube an politische Überzeugungen (1,4 Prozent der Angaben). Hinter den meisten dieser Kategorien, die aus den Angaben der Befragten destilliert wurden, können verschiedenartige Faktoren liegen, die eine eindeutige Zuordnung nicht zulassen. Eine Auswahl — wie zu vermuten ist — typischer Antworten wird präsentiert, ohne daß allerdings gesagt wird, welche Antwort welcher Kategorie zugeordnet wurde. Zum Beispiel: „Glück war, daß ich immer wieder auf Leute traf, die mir halfen. Meist waren es Kapos oder Revierangestellte, die meiner früheren sozialistischen Gruppe angehörten. Als ich Flecktyphus und Gelbsucht hatte, retteten sie mir das Leben“ (31). Diese Aussage kann mehreren Kategorien zugeordnet werden. Vermutlich wurde sie u. a. der Rubrik „Kameradschaft mit Lagergenossen“ zugezählt, in der sich 19,6 Prozent der Angaben befinden. Was hier nicht erfaßt wird, ist die Aktivität unterschiedlicher Widerstandsorganisationen, die es in nahezu allen Konzentrationslagern gab. Diese meist politisch motivierte Widerstandstätigkeit dürfte — in den einzelnen Konzentrationslagern in unterschiedlicher Weise — den einzelnen Häftlingen auch dann, wenn sie daran nicht beteiligt waren, bekannt geworden sein. Dem Faktor Widerstand für das Überleben der Häftlinge hätte in der Untersuchung nachgegangen werden müssen. Dabei geht es nicht nur um die Frage, ob und wie die Widerstandsorganisationen Häftlingen das Leben gerettet haben, sondern vor allem darum, was die Existenz einer Widerstandsorganisation unter den extremen Bedingungen eines totalen Zwangssystems für die psychische Struktur der Häftlinge bedeutete. Ob sich in den von den VF. durchgeführten Interviews Hinweise auf diese Momente befinden, konnte, wie einige andere Unklarheiten, nicht geprüft werden (Matussek an den Rez.: „Ich habe mich den von uns untersuchten Verfolgten gegenüber verpflichtet, unser Material keiner Dienststelle — auch keiner wissenschaftlichen — zur Verfügung zu stellen“).

Kennzeichnend für diese wie für andere primär medizinisch-psychologisch motivierte Untersuchungen ist die Blindheit historisch-gesellschaftlichen Zusammenhängen gegenüber. In diesem Fall wird auf Faschismusanalyse verzichtet — vermutlich würde das zu unangenehmer Aktualität führen; das Erkenntnisinteresse beschränkt sich auf die Diskriminierung von „Belastungsmerkmalen“. Die Ursachen für die Einrichtung von Konzentrationslagern bleiben unerwähnt; was in den Konzentrationslagern geschah, wird in eine sanfte Sprache gehüllt.

Peter E. Kalb (Frankfurt/Main)

Böcker, Felix: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln. Thieme Verlag, Stuttgart 1973 (95 S., 36 Abb., 79 Tab., 34,— DM).

Als Aufgabe seiner Untersuchung betrachtet der Autor die Gewinnung von Daten über die Einflüsse, „die sowohl von der Weltanschauung, dem Zeitgeist, der wirtschaftlichen und psychologischen Situation eines Volkes als auch von den sozialen Lebensbedingungen der Bevölkerungsgruppe, der der einzelne angehört, ausgehen“ (1). — Einer knappen Einleitung, in der einige theoretische Einschätzungen des Selbstmordproblems angedeutet werden (Bilanzselbstmord, Selbstmord als Krankheitsfolge), schließt sich die Darstellung der Methodik an. Erfasst wurden epikritisch 8934 Patienten, die zwischen 1950 und 1967 nach Suizidversuchen in der Universitätsnervenklinik Köln aufgenommen worden sind; die Gesamtzahl der erfaßten Suizidversuche liegt bei 9533. In einer Sonderstudie wurden 98 weibliche und 91 männliche Patienten persönlich exploriert, die im Sommer 1967 stationär aufgenommen werden mußten. Der anschließende Ergebnisteil enthält hauptsächlich die Darstellungen ein- bis vierdimensionaler Häufigkeitsverteilungen der untersuchten Variablen (Geschlecht, Alter, Beruf, angewandte Methode, Motiv, Einfluß von Alkohol, klinische Diagnose u. a.) und deren Kombinationen.

Sämtliche aufgeführten Korrelationen sind zwar statistisch signifikant, jedoch fehlen in der Beurteilung methodenkritische Überlegungen zur Korrelationsstatistik, z. B. über den möglichen Einfluß intervenierender Variabler. Auch werden die Korrelationen fast stets als kausale interpretiert, was keineswegs gerechtfertigt ist. Unter den klinischen Diagnosen fehlen die Neurosen völlig, es überwiegen die sog. abnormen Persönlichkeiten und Erlebnisreaktionen. Die „Motive“ — auf deren Untersuchung der Verfasser großen Wert legt — sind u. E. nur beschränkt aussagekräftig, da sie nicht unabhängig voneinander sind (aufgegliedert wird nach „familiären Auseinandersetzungen“, „Ehekonflikten“, „Konflikten mit dem Intimpartner“, „sexuellen Schwierigkeiten“, „finanziellen und sozialen Schwierigkeiten“ u. a.; 21). Das gleiche gilt für die weitere Auffächerung dieser Einzelmotive. Die Problematik einer derartigen Kategorienauswahl wird daran deutlich, daß in nur 1,9 % aller Fälle sexuelle Schwierigkeiten als Motiv für den Suizidversuch angesehen werden. Die klinische Beurteilung der Suizidversuche erfolgt nach den Kategorien „demonstrativ“, „ambivalent“, „ernsthaft“, „nicht zu beurteilen“ und „vorgetäuscht“. Nach welchen Kriterien diese Beurteilung vorgenommen worden ist, wird nicht mitgeteilt (27). Die angebliche „Polarität von einfachen und differenzierten Berufen“ (57) verliert jeden Aussagewert, wenn man sich die nähere Aufschlüsselung ansieht: „einfache“ Berufe sind u. a. Arbeiter, Angestellte, Seeleute und Dirnen, „differenzierte“ dagegen Künstler, leitende Angestellte, Beamte, Journalisten und Akademiker (57). Die Kritik am methodischen Vorgehen ließe sich fortsetzen.

Die Ergebnisse können hier nicht referiert werden; der Autor faßt sie dahingehend zusammen, daß es „als Folge von endogenen und körperlich begründbaren Psychosen sowie süchtigen Bindungen an Alkohol oder Drogen ... häufig zum Selbstmord (kommt)“ (1). Hieraus folgt für ihn, daß dem Psychiater in der Therapie die ausschließliche und in der Prophylaxe die entscheidende Bedeutung zukommt. Während z. B. für die Telefon-Seelsorge „eine besonders sorgfältige Methodenkritik angebracht“ sei (86), könnten „die niedergelassenen Nervenärzte ... zur Verminderung der Zahl von Suiziden in erheblichem Maße beitragen“. Es frage sich jedoch, „ob sie aus zeitlichen und kassentechnischen (!!!) Gründen in der Lage sind, dieser Aufgabe immer gerecht zu werden“ (88). Ausländische Erfahrungen in der Suizidprophylaxe (vgl. die amerikanischen Crisis Intervention Clinics) werden nicht berücksichtigt, das Wort „Psychotherapie“ taucht im Sachverzeichnis nicht auf.

Insgesamt erscheint die Monographie als methodisch unzulängliche und inhaltlich wenig aussagekräftige Fleißarbeit. Dem Anspruch, als „grundlegender Beitrag zu einem bedeutsamen Problem der Sozialpsychiatrie“ zu gelten, wie der Erlanger Psychiater Wieck im Geleitwort formuliert, kann die Arbeit nicht genügen.

Karl Böker (Marburg)

Kurzeja, Dietmar: Jugendkriminalität und Verwahrlosung. Zu den Ursachen der Dissozialität Jugendlicher. Kritische Bestandsaufnahme und Versuch einer Neubestimmung. „Theorie und praktische Kritik“, Bd. 3. Verlag Edition 2000, Gießen 1973 (270 S., br., 12,— DM).

Kurzeja setzt sich mit dem Problem der Dissozialität auseinander und diskutiert verschiedene Theorien, die ihre Entstehung zu erklären versuchen. — Biologistische Erklärungsversuche werden ebenso wie die daraus ableitbaren Lösungsvorschläge (Eugenik) als historisch überholt abgelehnt. Auch körperliche Behinderungen, organische Hirnstörungen, Psychopathien und andere psychische Störungen scheiden als Ursache der Kriminalität aus. Nach Kurzejas Ansicht sind es vielmehr die Reaktionen der Umwelt auf diese „Anomalien“, die zur Dissozialität führen und nicht die Behinderungen selbst.

Der Zusammenhang zwischen Dissozialität und gesellschaftlichen Bedingungen wird von Kurzeja mit eindrucksvollem Zahlenmaterial hervorgehoben. So stieg z. B. die Kriminalitätsbelastungsziffer in dem Zeitraum von 1946 bis 1969 in den USA von 8,5 auf 20 an; in der DDR dagegen blieb dieser Index im gleichen Zeitraum konstant bei etwa 0,51 und ist in den letzten Jahren sogar gefallen. Die Dissozialität im Kapitalismus wird als ein spontan-anarchischer Protest des isolierten Einzelnen gesehen.

Kurzeja geht dann auf schichtspezifische Unterschiede in der BRD ein. Die Unterschicht stellt 70 % der dissozialen Jugendlichen bei

einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 20 %. Als ein entscheidender Faktor wird hier — neben einer allgemeinen Begünstigung der Entstehung der Dissozialität durch Unsicherheit im Beruf, durch die Wohnsituation u. ä. — die Diskrepanz zwischen den Zielen, die angestrebt werden, und den zu ihrer Einlösung zur Verfügung stehenden Mitteln gesehen. Die sich an der Mittelschicht orientierenden Ziele können nicht erreicht werden, weil Sprache, moralisch-ethisches Wertsystem und „Kultur“ der Unterschicht diesen sozialen Aufstieg erschweren bzw. verhindern. Aus dem Gefühl des Zurückgesetztwerdens, aus der erfahrenen Deklassierung entwickeln sich dann die dissozialen Einstellungen und Verhaltensweisen.

Kurzeja verfolgt die aus den USA stammenden theoretischen Ansätze zur Erklärung der Genese von Kriminalität; sie legen die Durchführung von kompensatorischen Programmen nahe, welche bemüht sind, die aus den Bedingungen der kapitalistischen Gesellschaft entstehenden Folgen innerhalb des Systems abzumildern, auszugleichen und rückgängig zu machen. Ulf Stuberger (Karlsruhe)

Psychoanalyse

Beutin, Wolfgang (Hrsg.): Literatur und Psychoanalyse.
Ansätze zu einer psychoanalytischen Textinterpretation. Nymphenburger Verlag, München 1972 (320 S., br.).

Neben einem knappen historischen Abriss der Auseinandersetzung zwischen werkimmanter und gesellschaftsbezogener Texttheorie, der den Einbruch der psychoanalytischen Methode in die Literaturwissenschaft an dem Punkt markiert, wo die „Dichtung“ aus ihrer Selbstgenügsamkeit in die kulturellen Zusammenhänge auf der Basis ökonomischer Strukturen gestellt wird, geht die Einleitung auf mögliche Ansätze psychoanalytischen Textzugangs ein. Mit Fromm und Reich gilt hier die Psychoanalyse als eine in den Marxismus integrierbare Sozialwissenschaft, deren Funktion in der Erhellung von Überbauphänomenen besteht. Die Tatsache, daß es mit ausgewogener Literatur zum Thema „Literatur und Psychoanalyse“ auf marxistischer Grundlage spärlich bestellt ist, entschuldigt allein nicht die wenig überzeugende Textzusammenstellung dieses Buches; vor allem nicht, wenn die Texte hinter den — zugegeben problematischen — Ansatz von Adorno, der in der Einleitung kritisiert wird, zurückfallen. Die nach historischen Gesichtspunkten vorgenommene Reihung der Texte bietet keine Gewähr für eine angemessene Bestimmung der Bedeutung der Psychoanalyse für die Literaturwissenschaft, sondern vermittelt ein Bild bunten Methodenpluralismus; wobei lediglich auf das Gleichgewicht von literaturwissenschaftlicher

Theoriebildung auf psychoanalytischer Grundlage und deren unmittelbar praktische Relevanz in Interpretationsbeispielen Wert gelegt ist.

Dem Aufsatz von Fr. J. Hoffmann über „Psychologie und Literatur“ kommt zentrale Bedeutung zu, da er die Stadien der Freudschen Trieblehre sprachphilosophisch — in Anlehnung an Ricoeur — für eine Texttheorie grundlegend macht. Der Doppelsinn des Symbols ist hier konstitutiv für jede sprachlich-künstlerische Äußerung. Freuds mehr dynamische Erklärung der Genesis vom Unbewußten steht nicht gegen die mehr statische Jungs, sondern beide werden vermittelt in einem theoretischen Ansatz vom Schöpferischen literarischer Werke. Ein Aufsatz von S. O. Lesser, der mit dem von Hoffmann die moderne amerikanische Forschung dieser Fachrichtung vertritt, analysiert die „Funktionen der Form“ in einer Kritik ästhetischer Theorien. Form diene dem Schutz vor Schrecken. Diese These entwickelt er in einer Auseinandersetzung mit klassischen Poetiken. In den Aufsätzen von O. Rank und H. Sachs über „Das Unbewußte und seine Ausdrucksformen“ und „Gemeinsame Tagträume“ geht der theoriebildende Anspruch zusammen mit einer radikal rezeptiven Einstellung zur Freudschen Trieblehre. Kommt der erste Beitrag nicht über das Konstatieren der Analogie von Neurose und Kunstwerk hinaus, so überträgt der zweite von H. Sachs das Dominieren jeweils bestimmter Partialtriebkonstellationen auf die Verschiedenartigkeit literarischer Epochen. Revolutionäre Dichtung reduziert sich auf Schuldbewußtsein. Psychoanalytische Methode wird in werkimmanente Texttheorie integriert. Dem Aufsatz von J. G. Jung „Psychologie und Dichtung“, der das Schöpferische als transzendentes Problem dem Zugang der Psychoanalyse entzieht und für den das Wesen des Kunstwerks agnostizistisch verborgen bleiben muß, wird der umfassende Beitrag von H. Pongs über „Psychoanalyse und Dichtung“ entgegengesetzt, insofern Momente einer soziologischen Analyse in Hinblick auf die ökonomische Bedingtheit der Entstehung der Neurosen in diesen Aufsatz vage eingehen. Ein interessantes Motiv ist hier die Gegenüberstellung der Auffassung vom Unbewußten bei Freud als ein durch Verdrängung entstandenes und bei Goethe als Substanz dichterischen Schaffens.

„Von Reim und Refrain“ handelt ein Aufsatz von K. Weiß, der mit den restlichen Beiträgen des Buches Beispiele psychoanalytischer Interpretationen vermittelt. Weiß untersucht mit einer durch Entwicklungspsychologie und Biologie erweiterten Psychoanalyse die Genesis von Rhythmus und Reim. Rhythmus ist affinitiv der Lust an Wiederholungen. Dem Wunsch des Dichters, seine unbewußten Bilder mitzuteilen, sich dabei aber nicht als Neurotiker zu entlarven, trägt der Reim Rechnung. A. Winterstein und E. Bergler führen in „Zur Psychologie des Pathos“ sprachstilistische Phänomene auf das Verhältnis von Über-Ich und Ich zurück. Die zwei von Freud aufgenommenen Beiträge zeigen, wie sich oedipale und Inzestmotive in Dichtungen von Shakespeare und Ibsen wiederfinden. Daß sich Symbole und mythische Ereignisse in Märchen psychoanalytisch in oedipale

Konflikte auflösen, verdeutlichen O. Rank und H. Sachs am Beispiel von „Das Märchen von den zwei Brüdern“.

Wie das Bemühen der Freudschüler um eine Fundierung der Literaturwissenschaft durch die Psychoanalyse an ihrer Kritiklosigkeit gegen die Methoden eben dieser Literaturwissenschaft seine Grenzen fand, muß man dem Aufsatz von O. Rank über „Die Inzestphantasie bei Schiller“ ansehen. Hier werden die Ansätze freiheitlichen Denkens bei Schiller rigide auf dessen Auseinandersetzung mit seinem Vater zurückgeführt. Dies Reduzieren historisch-gesellschaftlicher Ausdrucksformen auf individuelle Konflikte ist ein Paradigma für die Verwobenheit psychoanalytischer Interpretation in die positivistische Literaturtheorie in der Scherer-Nachfolge. Ansätze sich davon emanzipierender literaturwissenschaftlicher Theorien vermittelt dies Buch nur in Andeutungen. Reinhard Leusing (Bremen)

Bateson, Gregory (Hrsg.): Perceval's Narrative. A Patient's Account of his Psychosis 1830—1832. Stanford University Press, Stanford 1967 (331 S., Ln., \$ 4,95).

Diese Neuauflage eines lange verschollenen Buches ist, zumindest auf dem Kontinent, nicht zur Kenntnis genommen worden, obwohl es sich um eine Entdeckung handelt.

John Thomas Perceval war der fünfte Sohn des englischen Premierministers Spencer Perceval. Er wurde 1803 geboren. Als er neun Jahre alt war, wurde sein Vater beim Verlassen des Parlamentsgebäudes von einem gewissen John Bellingham erschossen, der wenige Tage später wegen dieses Verbrechens gehängt wurde. Das Parlament setzte der Familie des Verstorbenen, die zuvor in etwas angespannten Vermögensverhältnissen gelebt zu haben schien, die Summe von 50 000 Pfund Sterling aus. Die Höhe dieses Betrages erlaubte es, John Percival nach dem Ausbruch seiner Geisteskrankheit in zwei der besten und teuersten privaten Irrenanstalten des Landes unterzubringen. Zugleich erlaubte sie es John Percival nach seiner Genesung, aufgrund der finanziellen Unabhängigkeit den vorliegenden Bericht gegen den Willen seiner Familie zu veröffentlichen.

Es ist ein in vieler Hinsicht erstaunlicher Bericht. Ein Angehöriger des englischen Hochadels, Sohn eines Premiers, meldet sich gegen den Widerstand seiner Familie zu Wort und beschreibt mit einer unerhörten Offenheit die Geschichte seiner eigenen Verrücktheit. Nicht genug damit, er beläßt es nicht beim Anekdotischen, dem für einen Adeligen „unmöglichen“ Bekenntnis, verrückt gewesen zu sein, sondern erhebt Anklage gegen die nutzlose Tyrranei, der die Irren in den Anstalten ausgesetzt sind. Die Behandlung, der sie unfreiwillig unterliegen, ist, so schreibt er, nicht allein eine Qual, sie trägt selbst Züge des Irrsinns, den sie zu beseitigen vorgibt (4). Deutlich sieht Perceval die Dialektik von Vernunft und Wahnsinn, die die Irren dazu treibt, sich in ihrem Wahn so vernünftig einzurichten, daß sie den wahnsinnigen Nachstellungen derer entgehen, die sich für ver-

nünftig halten (163). Man kann, so sagt er, „nicht mehr erkennen, ob die Exzentrizität eines Patienten Symptom seiner Gestörtheit ist oder das Ergebnis seines Widerwillens gegen die Umstände, unter denen man ihn zu leben zwingt.“ (163) Ohne den Begriff zu formulieren, beschreibt er damit den Sachverhalt des Anstaltsartefakts, auf den erst die Psychiatrie unseres Jahrhunderts — und noch immer nicht überall — aufmerksam geworden ist.

In seinem kurzen Vorwort hebt Bateson hervor, daß Perceval in einem weiteren Punkt Erkenntnisse der modernen Schizophrenieforschung vorweggenommen hat. Er beschreibt nämlich, wie seine Stimmen ihn in exakt die Lage bringen, die Bateson u. a. als „double bind“ analysiert haben. Die Stimmen befahlen ihm, im Namen des Heiligen Geistes zu sprechen, verboten es ihm aber zugleich, sich dabei seiner eigenen Stimme zu bedienen, und bezichtigen ihn schließlich der Feigheit, wenn er keinen Ausweg sieht und gar nichts tut (32). Perceval sieht solche Widersprüche, und in dem Maße, in dem es ihm gelingt, sich gegen seine Stimmen zu entscheiden, wird er gesund (145).

Doch wäre es falsch, den Reiz dieses Buches der Vorwegnahme später formulierter Erkenntnisse zuzuschreiben. Viel eher beruht er auf der lebendigen Schilderung des Anstaltslebens. Wenn Perceval beschreibt, wie man ihn monatelang Tag und Nacht fesselte, in kalte Bäder und Zwangsjacken steckte oder zusammenschlug, so tut er das mit einer Anschaulichkeit, die noch heute ihre Wirkung nicht verfehlt.

Perceval weiß, daß er einer aus der namenlosen Zahl der Verrückten ist, deren Qual niemand zur Kenntnis nimmt. Zugleich aber weiß er auch, daß er nicht irgendwer ist, sondern ein Mann von Stande. Bitter beklagt er sich über die herabsetzende Behandlung, der er von seiten der bäuerischen Wärter ausgesetzt ist. Und gerade an seinen deutlich zutage tretenden Standesvorurteilen läßt sich ermessen, wie relativ human seine Behandlung gewesen sein muß verglichen mit der, die die Masse der armen Irren zu ertragen hatte. Daß Perceval auch in ihrem Namen spricht, gibt dem Pathos seiner Anklage jene Würde, die ein nur autobiographischer Bericht hätte vermissen lassen.

Klaus Laermann (Berlin/West)

Erikson, Erik H.: Gandhi's Wahrheit. Über die Ursprünge der militanten Gewaltlosigkeit. Ins Deutsche übersetzt von Jürgen Behrens. Insel Verlag, Frankfurt/M. 1971 (551 S., br., 28,— DM; Ln., 40,— DM).

Mit Eriksons Beitrag zur Psychologie von Satyagraha, der von Gandhi ersonnenen Strategie des gewaltlosen Widerstands, steht die Legitimität der „psychohistorischen“ (74) Geschichtsschreibung psychoanalytischer Provenienz neuerlich zur Debatte. Sachlich indiziert überall da, wo die Übertragung privat-pathologischer Verwicklungen auf Angelegenheiten des öffentlichen Lebens zu vermuten steht, hat

sie traditionellerweise in der theoretischen Affirmation der Übertragung geendet und mit dem öffentlichen Charakter ihres Gegenstands auch den eigenen Anspruch auf interdisziplinäre Forschung liquidiert. Der moderne, ich-psychologisch orientierte Psychoanalytiker, für den Erikson prototypisch steht, vermeidet die Reduktion aufs bloß Private. Er fürchtet den Ruch der „Kindheits-Traumata“ (109), der ihn von anderen Wissenschaften isoliert. Auch er psychologisiert das Politische, aber er psychologisiert es als Politisches. Er bewahrt den politischen Charakter seines Gegenstandes, aber er entpolitisiert die Sphäre, in der dieser beheimatet ist. Die orthodoxe Psychoanalyse, die das Politische ins Extrem des Pathologischen privatisiert, mußte sich nur den Vorwurf der Esoterik gefallen lassen, die sie als Wissenschaft isoliert. Der Ich-Psychologe aber macht sich einer politischen Anpassungsstrategie schuldig, die ihn von der Wissenschaft isoliert. Erikson, der die psychoanalytische Übertragungslehre zu einer Hermeneutik von bis dahin unbekanntem Raffinement formalisieren möchte und sie für methodologisch „unermesslich wichtig“ (60) überall da erklärt, wo das „eigene anfängliche Beteiligtsein an der Sache“ (9) die Sache selbst zu verzerren droht, also überall, gibt zugleich eine politische „Befangenheit und Voreingenommenheit“ zu erkennen, „die tiefreichender ist, als daß man sich auf der Ebene verifizierbarer Tatsachen oder makelloser Methodologie davon abbringen ließe“ (60).

Das Bild Gandhis und seiner „Wahrheit“ wird mit einem guten Schuß „Traumatologie“ (109) und einigen plausiblen Beispielen für die Transformation privater Formen der Konfliktverarbeitung in Strategien der öffentlichen Auseinandersetzung „in einem gemischten Verfahren aus klinischer und historischer Nachbetrachtung“ (10) entwickelt. Generell gilt, daß Erikson trotz seines offenbar sachkundigen Interesses für die gesellschaftlichen und ökonomischen Probleme Indiens auf der einen und einer berufsmäßig spezialistischen Kenntnis der Psychoanalyse auf der anderen Seite weder die Möglichkeiten einer sozioökonomischen noch die einer psychoanalytischen Erklärung von Gandhis Philosophie und Politik voll auszuschöpfen vermag, und dies aus demselben Grund: Selten wohl kann man den theoriezerstörenden Einfluß eines verspäteten Liberalismus so genau studieren wie hier, wo jeder Erklärung die theoretische Spitze abgebrochen wird und psychoanalytische wie sozioökonomische Theorie vor dem Fetisch der frei konkurrierenden Persönlichkeit kuschen müssen. Der Hang des liberalen Persönlichkeitstheoretikers zur „charismatischen Führerschaft“ (492) einerseits, seine gänzliche Blindheit andererseits gegen das Moment der qualitativen Ungleichheit, den Herrschaftsaspekt, wie er in der Psychoanalyse etwa durch den Begriff der Zensur markiert ist, lassen ein Moment von gewaltsamer Verdrängung auch bei Erikson erkennen, der, in seiner interdisziplinären Tätigkeit allseitig gefördert, wie kaum ein anderer die freie Entfaltung der wissenschaftlichen Persönlichkeit repräsentiert. Den liberalen Glauben an die charismatische Persönlichkeit und den ebenso liberalen Glauben an die Gleichheit der Menschen vermittelt er in

seinem Interesse an den zwar einschlägig ambivalenten, aber immer auch freien und gleichen, im fruchtbaren Sinn spannungsreichen Beziehungen zwischen Heroen. Dieses Interesse mag mitverantwortlich sein für Auswahl und Aufbau des als „Ereignis“ (9, im Orig. gesp.) schlechthin, als geheimer Schlüssel zu Gandhis Leben präsentierten ersten Hungerstreiks, den Gandhi zur Unterstützung des Textilarbeiterstreiks in Ahmedabad, 1918, durchführte. Für die Kontinuität von Eriksons eigener Arbeit legitimiert als „Krise in den mittleren Jahren eines großen Mannes“ (50), psychoanalytisch relevant allein schon wegen der offenkundigen Verdrängung, die es in Gandhis Autobiographie erfährt, durch die Fragwürdigkeit des kompromißhaften Ausgangs auch politisch verdächtig, scheint das „Ereignis“ seine Spannung weder allein aus privaten Konflikten Gandhis noch aus dem ökonomischen Kampf der Textilarbeiter, sondern vor allem aus der intimen Auseinandersetzung zwischen den beiden Heroen, dem „Arbeiterführer“ Gandhi und dem Unternehmerführer Ambalal Sarabhai, Eriksons späterem Gastgeber, zu beziehen. Wohlgemerkt, nicht als ob Erikson die „offenkundigen persönlichen wie ökonomischen Zweideutigkeiten“ (434), die diese Auseinandersetzung geradezu zu einer „häuslichen Affäre“ (ebd.) stempeln, ignorierte; in ihrer besonderen Verquickung liefern sie ja erst die Legitimation für seine psychoanalytische Einmischung in einen politischen Vorgang; und so zögert er nicht, die regressive, privat-pathologische Seite der „Affäre“ unter die Lupe zu nehmen und alsbald eine „ambivalente(n) Grundhaltung gegenüber dem Textilfabrikanten von seiten Gandhis“ (87) und eine „Übertragung“ familiärer Beziehungen auf Ambalal und seine Schwester festzustellen. Die psychoanalytische Erklärung wird indes nicht eben strapaziert. In der Einleitung groß angekündigt, tritt sie etliche hundert Seiten später, als es nun endlich an die direkte Darstellung des „Ereignis(es)“ geht, hinter einer unanalytischen Darstellung von Gandhis Organisation und Begründung der gewaltlosen Auseinandersetzung zurück. Das „Ereignis“ wird zur Episode. „Dies ist also der Unterschied zwischen einer Fallgeschichte und einer Lebensgeschichte: Patienten ... werden zunehmend von ihren inneren Konflikten geschwächt, doch in der geschichtlichen Wirklichkeit fügt ein innerer Konflikt aller übermenschlichen Anstrengung lediglich ein unentbehrliches Moment hinzu.“ (435) Die Vorstellung jedoch, daß alle Gegnerschaft im Grunde nach dem Maß jenes Heroenkampfes geschneidert, prinzipiell eine „Angelegenheit unter Gleichen“ (519) auf der Basis ökonomischer Äquivalenz sei, bleibt konstitutiv auch für das im folgenden entwickelte Konzept einer pazifizierten politischen Sphäre. Nur wenn es wirklich so wäre, wie Erikson mit Gandhi behauptet, „daß der Besitzstand der Textilfabrikanten (...) und der Besitzstand der Arbeiter (...) beide voneinander abhingen und daß sie infolgedessen hinsichtlich ihrer ökonomischen Macht und Würde äquivalent seien ..., eine beide umschließende Identität (teilen) ..., sozusagen von einer gemeinschaftlichen Gattung (waren)“ (519), ganz so, wie Gandhis „Heiligengeschäft“ und Ambalals „Textilgeschäft“ (84) einander äquivalent waren, und Gandhi „seiner Rolle eines hei-

ligengleichen Politikers (...) nicht (hätte) entsprechen können, wäre er ohne die finanzielle Unterstützung wohlhabender Männer geblieben" (87) — nur dann also, wenn jedes Herrschaftsverhältnis in seinem Kern ein Verhältnis von „Partnern“ (525), d. h. ein psychotherapeutisch relevantes Verhältnis wäre, hätte das Konzept einer umfassenden Therapeutisierung der Politik überhaupt einen Sinn. So aber sind die — „Konrad Lorenz' Damhirschen“ (520) abgelauschten — „pazifizierenden Rituale der Tiere“ (521), diese quasi biologische Basis „für eine revolutionäre Weise menschlicher Ritualisierung“ (ebd.), nicht mehr als ein Instrument der Konfliktbewältigung innerhalb gegebener Klassenverhältnisse, das ob seiner moralischen Unwiderstehlichkeit geeignet scheint, funktionslos gewordenes Unrecht zu beseitigen.

Ilse Bindseil (Berlin/West)

Enzensberger, Christian: Größerer Versuch über den Schmutz. Carl Hanser Verlag, München 1968 (136 S., br., 14,80 DM) sowie Sonderreihe Bd. 90, Deutscher Taschenbuch-Verlag, München 1970 (124 S., br., 3,80 DM).

Wer vom Schmutz spricht, setzt sich der Gefahr aus, daß er an ihm hängen bleibt. Weiß er das, wird er es hinnehmen. Ist er dagegen klug, wird er es ablehnen, vom Schmutz sauber, ordentlich und hübsch der Reihe nach zu sprechen. Er wird, um seinen Gegenstand darzustellen, sich in den Schmutz begeben und selbst die Sphären vermischen. Gerade das tut dieser Essay. Er bringt alles durcheinander: Psychoanalyse und Literatur, Marxismus und Schimpfwörter, Psychosen und Geschichten. Er redet in vielen Stimmen, mal laut und deutlich, mal ironisch und versteckt, mal hinhaltend, mal zuschlagend. Sein Autor gibt sich nirgends zu erkennen. Er zitiert, stellt vor, gibt zu bedenken, fragt oder macht sich Einwände. Immerzu versteckt er sich hinter den Masken anderer. Dabei gerät ihm jedoch der Zusammenhang nicht aus dem Blick. In einem anekdotisch gebrochenen, ironisch in den Konjunktiv gesetzten Diskurs beschreibt er Schmutz zunächst als die Naturbasis des Menschen. Aus scheinbar oberflächlichen Beobachtungen entwickelt er, ohne ihn beim Namen zu nennen, den analen Symptomkomplex. Die Schmutzanalyse, so liest man, habe von der Person auszugehen, weil sie die Schmutzerzeugerin sei. Alles innerhalb ihrer sei sauber, nicht jedoch die Innenseite gewisser Röhren. Schmutz hafte also nur an der Außenseite der Person, besonders an ihrer Haut, und sei folglich vor allem durch Berührung übertragbar. Eine Fernwirkung habe er nur, wenn die Person sich zuvor selbst zu dem beschmutzbaren Ding gemacht habe, also bei ihrem Besitz. Der müsse unentwegt gesäubert werden. Das wiederum gebe Anlaß zu vielerlei Berührungsangst. Denn jedes Anfassen des Besitzes durch andere stelle eine Beschädigung der eigenen persönlichen Unantastbarkeit dar. Offensichtlich glaube die Person, sie sei nur in der strikten Vermeidung jedes schmutzbringenden Umweltkontaktes sie selbst. Sich ganz von der Welt fernzuhalten, mißlinge

ihr jedoch. Denn die Zweideutigkeit des Schmutzes bestehe schließlich darin, daß ihre eigenen biologischen Funktionen Schmutz hervorbringen, daß er mithin nicht von außen komme, sondern daß vielmehr die Person selbst der Schmutz sei, von dem sie sich angelegentlich trennen wolle. Daher sei er ihr zumeist als eigener nicht einmal unangenehm. Im Gegenteil! Freudig gespannt erwarte sie alle Auseinandersetzungen; dann aber versuche sie, sie zu verleugnen.

An diesem Punkt, so scheint es, geht die Argumentation nicht weiter. An seiner individuellen Genese ist das Schmutzproblem nicht zu lösen, sondern führt auf Widersprüche. Schmutz, so wird gefolgert, ist ein allgemeines Problem. Das „grundlegende Gesetz vom Schmutz“ definiert ihn dann auch als allgemeinen „Struktur- und Ordnungsbegriff“ (32) oder vielmehr als die mit jeder Ordnung gesetzte Negation. „Je starrer ein Ordnungssystem, desto größere Mengen von Schmutz erzeuge es; je entwickelter, desto mehr Sorten.“ (Hanser-Ausgabe, 41) Die Rolle des Schmutzes in der Gesellschaft sei an die der Macht gebunden. „Jeder Träger von Schmutz sei mächtig, und jeder Inhaber von Macht verwende den Schmutz zu seiner Herrschaft.“ (48 f.) Er verweise bestimmte Arten des Verhaltens an den Rand seiner Ordnung, erkläre sie zur marginalen Verletzung und damit zum Schmutz. Schmutz wechsele daher mit der jeweiligen gesellschaftlichen Ordnung und müsse mit ihr von Kindheit an erlernt werden. Das aber gehe ohne Zwang nicht ab. „Je gewaltsamer der Machtanspruch, desto lauter erhebe sich ... nach fester Regel der Ruf nach Ordnung und Sauberkeit.“ (55) Dadurch erhöhe sich, der Dialektik des Schmutzes entsprechend, jedoch die Beschmutzbarkeit des Inhabers der Macht oder seiner Agenten. Besonders gefährdet fühlten sie sich durch Händler, durch Minderheiten und durch Arbeiter. Die letzteren zumal seien durch ihre gesellschaftliche Stellung unbeschmutzbar. Daraus ziehen sie eine relative Sicherheit gegenüber den Ansprüchen der Macht. „Insgesamt sei der Arbeiter für den Machtschmutz so gut wie unerreichbar, er habe es nicht nötig, sich anzupassen. ... Er sei zudem durch eine Art Solidarität gestützt, wie sie sich sonst nirgends finde; sie sei ebenso einzigartig wie ihr Grund. Während der Arbeit falle ja zwischen dem Arbeiter und seinem Kollegen die Sauberkeitschranke, und umgekehrt werde gleichzeitig eine gemeinsame Schmutzbarriere nach außen errichtet. Im Inneren dieser Gemeinschaft könne dadurch die Personengrenze des Arbeiters besonders unauffällig, selbstverständlich und ungereizt bleiben.“ (75) Schlechter dran seien die Minderheiten. Sie seien nicht nur selbst schmutzig, sondern zudem noch beschmutzbar, eine typische Randstörung der gesellschaftlichen Ordnung, die ihrer Festigung und schärferen Begrenzung diene. Benötigt würden sie ebenso wie die Händler, die durch ständigen Austausch und durch Vermischung in den Ruch des Schmutzigen geraten, weil sie ältere Ordnungen von den Rändern her auflösen. Das Geld, das sie in Umlauf bringen, ziehe alles an sich und entqualifiziere es. Obwohl es selbst nicht stinke, schaffe es in seiner Erscheinungsform als Kapital eine neue Ordnung des Schmutzes.

Hier nun gerät die Argumentation ins Zwielficht von Kulturkritik

und Anarchismus; denn sie wird in ihrem Anspruch total, entschlägt sich der notwendigen Vermittlungsglieder und macht reinen Tisch. Nach den Anfängen der bürgerlichen Ordnung, so wird der Leser belehrt, herrsche jetzt die Epoche „des totalen Markts. Was diesem am Rand störe, werde zum Schmutz; das sei aber jede Art der Abweichung. Der Markt sei allein gesichert durch die restlose Konformität ... nicht nur der einzelnen Warenexemplare, sondern auch der Verbraucher untereinander. Wie jedem früheren, so versuche die Person auch diesem neuen Schmutz der Verschiedenheit zu entgehen; den Zwang, mit der Ware zu konkurrieren, nehme sie dabei ohne Zögern auf sich.“ (91) Sie richte sich nach ihr in ihrem uniformen Gleichmaß, ihrer keimfreien Hygiene und in ihrem strengen Fürsichsein. „Nun sei freilich bei der Ware dieses Fürsichsein innen leer: ob Waschpulver, abgepaßte Gurke oder Dosenbier, das alles werde gerade wegen des durchschlagenden Warencharakters zu irgendwie demselben, sei in jedem Einzelfall entbehrlich und könne weg.“ (92) In diesen Sätzen kippt die Argumentation um in ein kulturkritisches „Irgendwie“, dem alles eins ist. Gegen dies irgendwie Identische richtet sich ihr Zorn, weil sie das ganz Andere will. Aber den Warencharakter, dem sie die Schuld an der universalen Gleichförmigkeit der Menschen und Dinge gibt, erfaßt sie nur zur Hälfte. Zwar sieht sie die totenstarre Sinnlichkeit, in der das Bild des Gebrauchswerts der Ware verharret. Doch der Schein von unantastbarer Sauberkeit, mit dem auf der Plastikfolie die Abbildung der Ware sich vor diese selbst schiebt, läßt sie vergessen, daß durchaus nicht „leer“ ist, was sich dahinter findet. Wer denn würde die leere Packung Waschpulver, die leere Bierdose kaufen? Keineswegs ist, wie die Kulturkritik hier glauben macht, der Gebrauchswert „in jedem Einzelfall entbehrlich“. Nicht einmal der Tauschwert ist es, in dessen Dienst die Sauberkeit hier steht. Denn wie wäre ohne (wie immer gearteten) Tausch eine Vergesellschaftung der Menschen möglich, und was wäre der Tausch ohne jene Vermischung der Sphären, die allemal Schmutz indiziert? Allein der zwanghaft totalisierten Sauberkeit sollte Enzensbergers Kritik gelten, weil in ihr sich das Machtverhältnis des Kapitals ausdrückt, die verkaufsfördernde Indienstnahme einer sterilisierten Sinnlichkeit, der tote Glanz und die aufreizende Reinheit. Doch Enzensbergers Kritik geht aufs Ganze, und das Ganze soll „weg“.

Enzensberger vertraut darauf, daß mit dem Zwang zur totalen Anpassung an die Waren, durch den die Menschen selbst zum Schmutz werden, ein Unwille in ihnen wächst, der sie „die große Schmutzumkehr“ (99) als einzige Lösung empfinden läßt. Darunter versteht er die Einsicht, daß alles, was an den Dingen „die Herkunft und Abhängigkeit vom System“ bezeugt, schmutzig ist (101). Schmutz, so wird man folgern dürfen, ist jetzt „das System“ des Kapitalismus, und das ist universal. In ihm sind „sowohl die Bedürfnisse wie die Mittel zu ihrer Befriedigung repressiv“ (117). Das Schmutzsystem muß weg, das ganz Andere her! Dann ist plötzlich alles voll! Dem Anarchisten wird die Revolution zur universalen, euphorisch begrüßten Beschmutzungsphantasie.

Klaus Laermann (Berlin/West)

Deutsch, Helene: Confrontations with Myself. An Epilogue. W. W. Norton & Company, New York 1973 (217 S., Ln., \$ 6,95).

Dieses Buch ist zu spät geschrieben worden. Man merkt ihm das Alter seiner Verfasserin an. Zwar hat sie trotz ihrer nun bald 89 Jahre nichts von der greisenhaften Starre derer, die die Welt nicht mehr verstehen. Aber ihr Buch leidet an einem standpunktlosen Wohlwollen. Es ist nicht für oder gegen etwas geschrieben, sondern dient dem Ziel einer Selbstvergewisserung in der zunehmenden Einsamkeit des hohen Alters. Gelegentlich jedoch treten in ihm ein Elan und ein kämpferischer Geist zutage, die die Neugier des Lesers für einen kurzen Moment wecken. Nur zu gern wüßte er, welche Positionen diese vitale Frau in manchen Phasen ihres Lebens vertreten hat. Denn nicht von allen erfährt er gleich viel. Es ist der Autorin, wie sie bekennt (213), in dieser Autobiographie leichter gefallen, von der Vergangenheit als von der Gegenwart zu schreiben. Das wäre nur zu verständlich, hätte man nicht den Eindruck, daß aus der Perspektive ihres biblischen Alters die „Gegenwart“ die Zeit von etwa 1934 bis heute umfaßt. Dieser Zeit sind nur zwei der dreizehn Kapitel des Buches gewidmet, während die übrigen das Leben der Verfasserin bis zur Emigration schildern. Auch hier gilt, daß ihr die Kapitel desto besser gelingen, je früher sie liegen. Wer Interesse daran hat zu erfahren, wie die Tochter eines liberalen jüdischen Rechtsanwalts am Ende des 19. Jh. in Przemyśl aufgewachsen ist, welche schrulligen Leute in ihrem Haus gewohnt haben und welches Verhältnis sie zu ihren Eltern und Geschwistern hatte, der wird die ersten fünf Kapitel mit Genuß lesen. Wer sich indes dabei eher an Carl Ludwig Schleichs „Besonnte Vergangenheit“ erinnert fühlt, wird bedauern, daß die mittleren Kapitel über den Aufenthalt in Wien und die Begegnung mit Freud nicht einen größeren Raum einnehmen.

Überaus lebendig ist die Schilderung einer Liebesaffäre mit dem sechzehn Jahre älteren sozialistischen Politiker Herman Lieberman, an dessen Seite Helene Deutsch zur begeisterten Kämpferin für die Sache des Proletariats wurde. Mit ihm nahm sie 1910 am Internationalen Sozialistenkongreß in Stockholm teil, wo sie Rosa Luxemburg und Angelica Balabanoff kennenlernte. Doch bald schon wurde ihr klar, daß ihre Liebe weniger dem Sozialismus als einem begabten Politiker gehörte — Grund genug für sie, mit beiden Schluß zu machen.

Es folgten Studien in München bei Kraepelin, die Arbeit an der Psychiatrischen Klinik Wagner-Jauregg's in Wien und die Ehe mit Felix Deutsch, der später Ordinarius für Innere Medizin in Wien wurde. (Freud nannte ihn den „Verbindungsoffizier“ zwischen Medizin und Psychoanalyse.)

Im August 1918 lernte Helene Deutsch Freud kennen und begann eine Lehranalyse bei ihm, die bereits ein Jahr später beendet wurde, weil Freud erklärte, sie sei nicht neurotisch und er benötige „ihre“ Stunde für den Wolfsmann (133). Helene Deutsch arbeitete von nun an selbständig als Analytikerin. Was sie über ihre Arbeit sowohl wie

über ihre Bekannten aus der Wiener Psychoanalytischen Gesellschaft schreibt, wirkt zumeist blaß. Man gewinnt den Eindruck, daß sie niemandem weh tun will; denn man erfährt im Bericht über diese Zeit nichts, was man nicht anderswo schon besser gelesen hätte. Kritik an Rank (zu geldgierig, 146), an Reik (zu praxisfeindlich, 147), an Sachs (unkooperativ, 181) und natürlich an Reich (zu aggressiv, ja paranoid, 158) bleibt auf wenige Sätze beschränkt. Alle anderen Analytiker werden irgendwie gelobt, ohne daß deutlich wird, warum.

Wäre das ganze Buch vom Geist jener Seite (208), auf der Helene Deutsch gegen die heutige Talmudisierung der Psychoanalyse zu Felde zieht und das tyrannische System von Kontrollen angreift, das in einer Lehranalyse nicht mehr dem Patienten nützt, sondern allein dazu dient, die Kandidaten bei der Stange zu halten, wäre es zu empfehlen. Da das nicht der Fall ist, überwiegen die Vorbehalte.

Klaus Laermann (Berlin/West)

U&S Psychologie und Sozialwissenschaften

Verhaltensstörungen und Sozialstruktur

Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis

Herausgegeben von Dr. Heinrich Keupp, München

1974. XV, 444 Seiten. 9 Abbildungen. Kartoniert

DM 48,—

ISBN 3-541-06471-4

Medizin und Sozialwissenschaften, Band 1

Lehrbuch der Medizinischen Psychologie

Unterrichtsbuch für Studierende und Lehrende

Von Prof. Dr. H. Enke, Dr. E. Enke-Ferchland,

Dr. B. Malzahn, Dr. H. Pohlmeier, Dr. G.-W.

Speierer, Prof. Dr. J. v. Troschke, Ulm

2., durchgesehene und erweiterte Auflage. 1974.

VIII, 392 Seiten. 26 Abbildungen. Kartoniert

DM 29,80

ISBN 3-541-06092-1

Siegrist

Lehrbuch der Medizinischen Soziologie

Von Prof. Dr. Johannes Siegrist, Marburg

1974. VI, 194 Seiten. Kartoniert DM 24,—

ISBN 3-541-06381

Urban & Schwarzenberg

Minuten Medizin ...

... 10 Minuten je Patient

Paul Lüth
Sprechende und stumme
Medizin
Über das Patienten-Arzt-
Verhältnis

H & H Paperbacks —
Reihe Soziale Probleme
256 Seiten, Paperback,
DM 16,80

Für jeden Patienten, der in der ärztlichen Praxis wirklich beraten wird, stehen im Durchschnitt nur 10 Minuten zur Verfügung.

Lüth's Konzeption der Medizin als einer „Wissenschaft vom Helfen“ zwingt der Frage nachzugehen, wer spricht eigentlich mit dem Hilfe Begehrenden? Die moderne, hochtechnisierte Medizin ist für den Patienten weitgehend stumm.

Welche Chancen hat der Patient, mit der Medizin zu kommunizieren, welche mit den Ärzten? Im engeren Zusammenhang mit medizinsoziologischen Fragen werden Möglichkeiten kommunikativer Therapie diskutiert.

Weitere Titel der Reihe Soziale Probleme (H & H Paperbacks)

Alfred Bellebaum,
Hans Braun (Hrsg.)
Reader Soziale Probleme
I: Empirische Befunde
300 Seiten, DM 19,80

Paul Schulz
Drogenscene
Ursachen und Folgen
219 Seiten, DM 17,80

Alfred Bellebaum,
Hans Braun (Hrsg.)
Reader Soziale Probleme
II: Initiativen und Maßnahmen
ca. 256 Seiten, ca. DM 19,80

Paul Schulz
Drogentherapie
Analysen und Projektionen
165 Seiten, DM 15,80

Dammann, Karhausen,
Müller, Steinmüller
Datenbanken und Datenschutz
204 Seiten, DM 17,80

Edwin M. Schur
Abweichendes Verhalten
und soziale Kontrolle
Etikettierung und
gesellschaftliche Reaktionen
ca. 184 Seiten, ca. DM 19,80

Alois Hahn
Religion und der Verlust der
Sinngebung
Identitätsprobleme in der
modernen Gesellschaft
ca. 128 Seiten, ca. DM 12,80

G. G. Wendt
Vererbung
und Erbkrankheiten
Ihre gesellschaftliche
Bedeutung
140 Seiten, DM 13,80

Herder & Herder
Frankfurt / New York
6 Frankfurt 1, Keplerstr. 43