Jahrbuch für Kritische Medizin

Band 5

ARGUMENT-SONDERBAND AS 48

Redaktion dieses Bandes

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis des BdWi - Sektion München

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jahrbuch für kritische Medizin. — Berlin: Argument-Verlag.

ISSN 0341-0943

Bd. 5 — Gesundheitspolitische Fachtagung (1979, München): Referate und Protokolle von der Gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi

Gesundheitspolitische Fachtagung (1979, München): Referate und Protokolle von der Gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi: 16.-18. Februar 1979, München/Red.: Gesundheitspolit. Arbeitskreis d. BdWi. Sekt. München — Berlin: Argument-Verlag, 1980.

(Jahrbuch für kritische Medizin; Bd.5) (Das Argument: Argument-Sonderbd.; AS 48)
ISBN 3-920037-37-5

NE: Bund Demokratischer Wissenschaftler

ISSN 0341-0943 ISBN 3-920037-37-5

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1980. Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten. — Redaktion und Verlag: Altensteinstr. 48 a, 1000 Berlin 33, Telefon 030/8314079. — Auslieferung: Argument-Vertrieb, Tegeler Straße 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/4619061. — Herstellung: alfa-druck Göttingen. — Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgarten und Hans Förtsch. — 1.-3. Tausend September 1980

Inhalt

Editorial	5 6 7
Schwerpunkt I: Sozialpolitik — Ökonomie — Gesundheits- wesen	
Arbeitsgruppe I A: Strategien der Sozialpolitik an den Beispielen Rehabilitation und Arbeitslosigkeit Barbara Riedmüller: Einleitende Thesen Elke Portugall: Rehabilitation Tim Guldimann: Arbeitslosigkeit Klaus-Dieter Thomann: Der Einfluß der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit	21 21 24 27
Elke Portugall und Barbara Riedmüller: Protokoll Arbeitsgruppe I B: Gesundheitssystem und ökonomische	31
Interessen	43 43
Schwerpunkt II: Zu den Problemen der Ausbildung und Professionalisierung im medizinischen und psychosozialen Bereich Arbeitsgruppe II A: Zur Ausbildung von Medizinern	51 51 57 57 59
Schwerpunkt III: Gesundheitliche Versorgung und ihre Alter-	
nativen Arbeitsgruppe III A: Probleme der kurativen Medizin Johannes Siegrist: Zur Kritik patientenbezogenen Handelns	68
im Krankenhaus	68 76
sozialer Prävention	89 89
Schwerpunkt IV: Gesundheitsrisiken: Arbeitsplatz, Reproduktion, Umwelt	
Arbeitsgruppe IV A: Gesundheit am Arbeitsplatz Klaus Priester: Arbeitsbedingungen – Belastungsstruktur –	95 95
Gesundheitsverschleiß, Einleitende Thesen	30

Friedrich Hauß, Hagen Kühn und Rolf Rosenbrock: Be-	
triebliche Arbeitsschutzpolitik	112
Bernd Güther: Gewerkschaftliche und wissenschaftliche	
Aufgaben zum Schutz der Arbeitskraft	120
Arbeitsgruppe IV B: Gesundheit und Krankheit im Repro-	
duktionsbereich	125
Marianne Rodenstein: Thesen zur Untersuchung der Ge-	125
sundheitsgefährdung durch Wohnbedingungen	125
Henning Bau: Wohnen und Gesundheit — ein Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung	127
Lerke Gravenhorst: Wohnungssituation und Familien-	121
beziehungen — einige Beobachtungen aus einer Unter-	
suchung über sozial benachteiligte Familien	1360
Gerrit Confurius: Zur Konzeption von Wohnumwelt und	- 3
Gesundheit in Begriffen sozialen Handelns	138
Alexa Franke: Einige Überlegungen und Daten zu den	
Auswirkungen der Lage und Bauweise der Ruhr-Univer-	
sität Bochum und den Wohnbedingungen der Studenten	140
auf die psychische Situation der Studierenden	142
Marianne Rodenstein, Gerrit Confurius, M. Heinemann und H. Holzmüller: Protokoll	148
	140
Schwerpunkt V: Forschungspolitik und Gesundheitsaufklärung	
im Dienste der Betroffenen	
Arbeitsgruppe V B: Analyse der Forschungsprogramme der	
Bundesministerien für Jugend, Familie, Gesundheit und für	
Forschung und Technologie und die Strategien staatlicher Gesundheitspolitik	149
Volker Ronge: Zur Funktion von Gesundheitsforschungs-	143
politik	149
Rainer Hohlfeld und Ernst von Kardorff: Gesundheits-	
forschung: Reform oder Legitimation - eine Protokoll.	157
Abschlußresolution der gesundheitspolitischen Fachtagung	150
des BdWi	176
Autorengruppe der BdWi-Sektion München: Einige Anmerkungen zum Verlauf der gesundheitspolitischen Fachtagung	181
Zu den Autoren	190
Mu dvii 114001011	***

Editorial

Die gesundheitspolitische Tagung des Bundes demokratischer Wissenschaftler (BdWi) im Frükjahr 1979 in München, auf der Wissenschaftler und Praktiker ihre Vorstellungen von einer sozialen Medizin diskutierten, ist ein wichtiges Ereignis für diejenigen in der Medizin, die in den Jahrbüchern für kritische Medizin ihr Forum haben. Wir dokumentieren deshalb diese Tagung innerhalb der Jahrbuch-Reihe. Die Beiträge wurden vom BdWi zusammengestellt und redaktionelbearbeitet. Aus Gründen des Umfangs konnten nicht alle der eingereichten Manuskripte veröffentlicht werden. Die Gliederung der thematischen Blöcke wurde dennoch beibehalten.

Wie die auf dieser Tagung geführte Kontroverse zeigt, ist die kritische Medizin an einem neuen Meilenstein auf dem Weg zur sozialen Medizin angelangt: Wiesen die sozialen Mediziner zunächst auf die Fehl- und Unterversorgung jenes Teils der Bevölkerung hin, dessen Gesundheit besonders bedroht war, so kritisieren sie inzwischen Inhalt und Form medizinischen (Be)handelns, die Versorgungsweise selbst. Die "Materialanalyse", wie sie insbesondere von Abholz in den letzten Jahren entwickelt wurde (s. auch AG III A), beleuchtet dabei die geringe Erfolgsquote medizinischen Wirkens; die Kritik, wie sie z.Zt. vor allem von seiten der "Alternativen" formuliert wird, richtet sich dagegen mehr auf den Herrschaftscharakter medizinischen Zugriffs auf das Leiden. Schien in den 60er und frühen 70er Jahren mit der Prävention der Zugang zu Krankheit als einer gesellschaftlichen Angelegenheit geschaffen und diese damit dem individualisierenden Zugriff der Kuration zumindest perspektivisch entzogen, so zeigt sich heute, daß solange Prävention nur vom einzelnen Arzt auf den vereinzelten Patienten angewandt wird, die Krankheit ein Schicksal des Individuums bleibt, dessen Leben nun auf Fehlverhalten hin durchforscht wird. Der Schritt von der Kuration zur Prävention ist dann nur einer vom Traktieren zum Bevormunden.

Für die Bearbeitung dieser Fragen bedarf es einer erweiterten Theorie. Schuf bisher die Aneignung der "Kritik der politischen Ökonomie" das wissenschaftliche Fundament, von dem aus die kritischen Mediziner ihr Fachgebiet neu dachten und organisierten, so verlangt die Analyse des Verhältnisses von Kompetenz und Inkompetenz bei Arzt und Patient eine Untersuchung des Ideologischen in der Medizin. Fruchtbar zu machen ist hier etwa die Theorie des Ideologischen, wie sie vom Projekt Ideologietheorie erarbeitet wurde (vgl. Argument-Sonderband AS 40, 1979). Die Medizin auf ihrem Geburtsweg zu einer sozialen Medizin ist von ihren ökonomischen und ihren ideologischen Fesseln zu befreien. Unter der Thematik "Primärprävention" und "Alternative Medizin" will die Medizin-Kommission des Argument die Weiterentwicklung der Theorie einer sozialen Medizin in kommenden Sonderbänden organisieren.

Medizin-Kommission des Argument

Zu den Aufgaben der Fachtagung

Die zentrale wissenschaftspolitische und wissenschaftliche Herausforderung dieser Fachtagung des BdWi besteht in der Formulierung von Ausätzen für eine veränderte Gesundheitspolitik. Veränderte Gesundheitspolitik bedeutet dabei sowohl eine demokratische Organisation des Gesundheitswesens, wie auch eine Orientierung ihrer inhaltlichen Zielsetzungen am gesellschaftlichen Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen.

Der BdWi als eine Organisation, die u.a. eine Vielzahl kompetenter Wissenschaftler aus dem Bereich des Gesundheitswesens zu seinen Mitgliedern zählt, kann hier zum einen mit der Autorität seiner wissenschaftlichen Kompetenz Bedingungen für eine Verbesserung des Gesundheitswesens im Interesse der Betroffenen formulieren: diese Analysen können dabei im Prozeß der politischen Durchsetzung, vor allem auch durch die Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften, Gewicht erhalten. Zum anderen besteht eine zentrale Funktion dieser Fachtagung darin, die politischen wie auch die theoretischen Perspektiven im Bereich der Forschung im und über das Gesundheitssystem zu beeinflussen. Die Fachtagung soll diese wissenschaftspolitischen Aufgaben des BdWi artikulieren, in die wissenschaftliche Diskussion einbringen und Strategien ihrer Umsetzung entwickeln.

Den Ausgangspunkt für die Forderungen nach Verbesserungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik sollte die Frage bilden. in welcher Richtung Fortschritte erzielt und erkämpft werden sollen. Bezugspunkte müssen dabei sowohl eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung als auch eine an den konkreten Bedürfnissen Kranker und Hilfsbedürftiger ansetzende Gesundheitspolitik sein. Damit konkrete Vorschläge zur Institutionlisierung von Alternativen auch praktisch verwirklicht werden können, hat diese übergreifende Perspektive einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Gesundheitspolitik an der bestehenden Versorgungsstruktur und ihren offenkundigen Mängeln anzusetzen. Dabei wird man allerdings nur in begrenztem Umfang an die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion anknüpfen können, da sie einseitig unter dem Gesichtspunkt einer restriktiven Kosten- und Verteilungsdiskussion und unter Vernachlässigung der notwendigen qualitativen Veränderungen des Gesundheiswesens geführt wird. Für die Fachtagung bedeutet dies die Notwendigkeit, die Versorgung (die Aspekte der Fehl- und Unterversorgung, der Medizinalisierung, der Versorgung als Vorsorge im Gegensatz zu immer aufwendigeren rehabilitativen, oft nur symptomorientierten reaktiven Strategien, etc....) selbst einer kritischen Analyse zu unterziehen und die gegenwärtige Situation der gesundheitlichen Versorgung unter dem Gesichtspunkt einer bedürfnisorientierten Bedarfsanalyse neu zu durchdenken. Mit dieser Aufgabenstellung sind die für die Formulierung gesundheitspolitischer Forderungen entscheidenden Fragen verknüpft: In welchen Bereichen kann eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch eine Ausweitung der Leistung, eine Vermehrung des Personals, eine Vergrößerung der Institution und eine Zunahme von Investitionen erreicht werden? Außerdem ist zu fragen, in welchen Bereichen zugleich ein grundlegendes Umdenken in Richtung einer qualitativen Umstrukturierung des gesamten Versorgungsbereiches (Erweiterung der ambulaten, gemeindenahen Versorgung; Neustrukturierung der Verhältnisses der einzelnen Gesundheitsberufe zueinander; Abbau von Statusbarrieren; arbeitsplatzspezifische Ausbildung; sozialmedizinische Prävention etc...) erforderlich ist.

Hans Mausbach

Begrüßung und Einführung

Im Auftrag des Bundesvorstands des Bundes demokratischer Wissenschaftler begrüße ich sehr herzlich die Teilnehmer und Referenten der gesundheitspolitischen Fachtagung, die Kollegen aus den Gewerkschaften, die Kollegen aus den Berufsverbänden des Gesundheitswesens, unter ihnen Delegierte aus den Landesärztekammern, aus der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die Vertreter aus Studentenschaft und Krankenpflege und den bewährten Freundeskreis aus der Zeit des Marburger Kongresses "Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt".

Wir danken den Initiatoren von der Müunchener Sektion des Bundes demokratischer Wissenschaftler, die sich als Gastgeber und Ausrichter dieser Fachtagung große Mühe mit der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung gemacht haben.

Zur Frage nach der Funktion und Bedeutung dieser Fachtagung ist zunächst zu sagen, daß sie Teil des Gesamtarbeitsprogramms des Bundes demokratischer Wissenschafter ist. Mit seinen Symposien, Fachtagungen und Kongressen bemüht sich der Bund demokratischer Wissenschaftler, ausgewählte Themenschwerpunkte aus allen Wissenschaftsbereichen im Dialog mit Interessenten und Experten zu behandeln und vor allem auf wissenschaftspolitischem Gebiet den demokratischen Innovationsprozeß anzuregen und voranzutreiben. Fachtagungen zu den Themen "Wissenschaft und Umwelt",

8 Hans Mausbach

"Demokratische Hochschul- und Wissenschaftspolitik", "Wissenschaft und Abrüstung", "Kritische Psychologie" sind dieser Fachtagung vorausgegangen, Themen wie "Bildung, Erziehung und Wissenschaft", "Konversionsforschung", "Die Aufklärung über den Faschismus in den Schulen", "Die Anwendung der Empfehlung der UNESCO" werden vorbereitet. Der Bund demokratischer Wissenschaftler bemüht sich, zum Forum zu werden für alle Berufe, die auf wissenschaftlicher Grundlage arbeiten, auch außerhalb der Hochschulen. Deshalb suchen wir den Dialog mit den demokratisch engagierten Verbänden der Lehrer, Architekten, Psychologen, Ärzte und Juristen, vor allem auch mit den in der Forschung tätigen Naturwissenschaftlern.

Im Anschluß an die inzwischen zum Teil eingeführten, zum Teil auch versandeten Reformbestrebungen der 60er Jahre, im Anschluß an eine zunehmend restriktive Gestaltung der Gesundheitspolitik unter dem Stichwort der "Kostendämpfung" im Gefolge der ökonomischen Krise haben sich auf dem Gebiet der Gesundheitssicherung vielfältige neue Mängel, Mißstände, Widersprüche und Probleme angesammelt, die es erforderlich machen, die aktuellen und zukünftigen demokratischen Forderungen auf diesem Gebiet weiter zu entwickeln. Diese Fachtagung kann dazu nur ein erster orientierender Schritt sein. Denn bevor ein neues gesundheitspolitisches Programm mit breiter Ausstrahlung in der Öffentlichkeit vorgestellt werden kann, ist es notwendig, daß wir uns im Kreis von Interessenten und Experten über die vorrangigen Fragen und die wichtigsten Zielsetzungen verständigen und zugleich das Zustandekommen gemeinsamen Vorgehens vorbereiten.

Wenn wir uns auch in Fragen der Einschätzung von Problemschwerpunkten und Zielsetzungen in vielen Details unterscheiden und unterschiedliche Vorstellungen haben, so gehen wir doch von einem gemeinsamen Ausgangspunkt aus. Wir streben eine Verbesserung der Gesundheitslage und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Bundesrepublik an und verstehen darunter nicht ausschließlich, aber hauptsächlich eine arbeitnehmerorientierte Gesundheits- und Sozialpolitik. Was auch immer andere unter einer Demokratisierung des Gesundheitswesens verstehen mögen, für uns sind die Eckpfeiler fortschrittlicher Gesundheitspolitik die programmatischen Forderungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes, das Gesundheitspolitische Programm der ÖTV sowie die die Gesundheitssicherung mitbetreffenden Reformforderungen aus Einzelgewerkschaften, wie der Gewerkschaft IG Chemie, der HBV und der IG Metall. Das programmatische Bekenntnis zur wissenschaftsbezogenen Kooperation mit den Gewerkschaften gilt selbstverständlich auch, und nicht nur auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin, für die Perspektiven einer demokratischen und humanen Gesundheitspolitik. In einer Zeit fortschreitender internationaler Kooperation, wie sie sich etwa bei den multinationalen Konzernen der chemischpharmazeutischen Großindustrie herausgebildet hat, der es gelungen ist, einen dominierenden Einfluß auf eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente der Medizin, das Medikament, an sich zu ziehen, sind auch wir gezwungen, über den engen nationalen Horizont hinauszublicken.

Wie auf dem Gebiet des Bildungswesens die UNESCO, so sind es auf dem Gebiet der Gesundheitssicherung vor allem die Weltgesundheitsorganisation und die Internationale Arbeitsorganisation und das Internationale Rote Kreuz, die auf supranationaler Ebene Empfehlungen und Konventionen entwickelt haben, an denen der erreichte Stand der Gesundheitssicherung in einzelnen Ländern gemessen werden kann. Wegen des systemübergreifenden Charakters dieser Forderungen sind sie oft recht allgemein gehalten und werden von einigen als ideale Wunschvorstellungen leichthin abgetan. Ich vermag diese Einschätzung nicht zu teilen und setze mich dafür ein, mehr als bisher die internationalen Standards zur Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland bekanntzumachen und zu propagieren, zumal auch der gewerkschaftliche Einfluß in diesen Organisationen weiter zunimmt und ihre demokratische Kontrollfunktion ihre volle Wirkung noch lange nicht erreicht hat.

Die Frage nach der Bedeutung der Gesundheitssicherung wird gewöhnlich damit beantwortet, daß Gesundheit die Grundlage aller sozialen Aktivitäten sei und Krankheit den einzelnen zu sozialer Passivität und Isolierung zu verurteilen drohe, daß die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit sich nur auf der Grundlage der Gesundheit befriedigend vollziehen kann. Diese Aussage reicht iedoch in ihrer Allgemeinheit nicht aus, um die Bedeutung der Gesundheitssicherung in unserer Zeit umfassend zu beschreiben. Wir haben lernen müssen, daß die in der fachlichen Ausbildung bisher vermittelten Fähigkeiten der Berufe des Gesundheitswesens allein nicht hinreichend dazu befähigen, die Vielfalt gesundheitsbedrohender Faktoren erfolgreich bekämpfen zu können. Nicht nur, daß immer deutlicher hervortritt, daß sich die Schwerpunkte physischer und psychischer Gesundheitsbelastung um bestimmte soziale Brennpunkte herumgruppieren und die Krankheitsursachenforschung ohne Berücksichtigung dieser Tatsachen einseitig bleibt. Neue, bisher ungekannte Gesundheitsgefahren in Umwelt, Arbeitswelt und als Begleiterscheinung sozioökonomischer Krisen und Konflikte erfordern ein Umdenken in Medizin und Gesundheitswesen. Tatsächlich hat sich auch bei den Berufen des Gesundheitswesens die Aufmerksamkeit vermehrt auf solche Fragen gerichtet, und wir können mit einer Bereitschaft rechnen, diese ungelösten Fragen anzugehen.

10 Hans Mausbach

Das Unbehagen an der zeitgenössischen Medizin und an der Praxis der Krankenversorgung ist weitverbreitet, aber es ist noch sehr unbestimmt, allzu gefühlsbetont. Man stößt sich mit Recht an den Erlebnissen, die der Patient in den Einrichtungen des Gesundheitswesens hat, an Erscheinungen der Unzulänglichkeit, die zu beklagen sind. Doch fehlt es an Einsicht in ihre Ursachen. Diese Art der Kritik ist als Ausgangspunkt wichtig und enthält manche Möglichkeiten zur fortschrittlichen Veränderung, jedoch nur dann, wenn sie vertieft wird und zu differenzieren lernt. Um diesen Prozeß zu fördern, wird sich diese Fachtagung in den Arbeitsgruppen mit den ökonomischen Interessen befassen, die in das Gesundheitssystem hineinwirken, die Ausbildung der medizinischen Berufe untersuchen, die Gefahren für die Gesundheit am Arbeitsplatz und im Reproduktionsbereich analysieren. In der Erkenntnis, daß die kurative Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte und in den Krankenhäusern verbessert und durch eine präventive Strategie, die alle Bereiche der Gesundheitssicherung unfaßt, ergänzt werden muß, werden wir die Ansätze sozialmedizinischer und psychosozialer Prävention untersuchen. In weiteren Arbeitsgruppen geht es um die Strategien der Sozialpolitik an den Beispielen Rehabilitation und Arbeitslosigkeit, um die Analyse der Forschungsprogramme und um die Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitsaufklärung.

Es könnte bemängelt werden, daß die Themen der Arbeitsgruppen nicht in jedem Fall deckungsgleich mit den Brennpunkten der aktuell gesundheitspolitischen Diskussion übereinstimmen. Tatsächlich wird die gesundheitspolitische Diskussion in den Massenmedien im Augenblick hauptsächlich in 3 Richtungen kanalisiert;

die erste Richtung ist eine schon längere Begleiterscheinung der ökonomischen Dauerkrise und verlangt gebieterisch nach Kostendämpfung im Gesundheitswesen, hinter welchem Tarnwort sich eine Tendenz zum Leistungsabbau mit Stillegung von Versorgungseinrichtungen, Planstellenkürzungen und Verschärfung der Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Tätigen verbirgt: Hauptleidtragender ist der Patient;

die zweite Richtung sagt für die kommende Zeit eine "Ärzteschwemme" voraus und soll, gestützt auf unvollständige und fragwürdige Bedarfsanalysen, den Forderungen nach Zulassungsbeschränkungen zur medizinischen Ausbildung und der Erhaltung des ambulanten Behandlungsmonopols der niedergelassenen Ärzte und ihrer privilegierten Stellung den erhofften Begründungshintergrund verleihen;

die dritte Richtung konzentriert sich auf vorhandene Mißstände in der Praxis einzelner Arzte und medizinischer Fachrichtungen und sucht die notwendige Kritik der Struktur des Gesundheitswesens auf die Kontrolle von Kunstfehlern und auf die Verhaltenskorrektur des praktizierenden Arztes hin einzugrenzen. Diese Richtung gelangt in bestimmten Auswüchsen in den Massenmedien bis zu dem gefährlichen Punkt, wo das Berufsbild des Arztes einschließlich der Wissenschaftlichkeit der Medizin pauschal unglaubwürdig gemacht wird und das Bewußtsein des Patienten nicht in die berechtigte Kritik der Struktur des Gesundheitswesens und der Rahmenbedingungen des Gesellschaftssystems eingeführt wird, sondern in einem Vertrauensverlust gegenüber Arzt, Medizin und Wissenschaft zu verharren droht.

Allen diesen Richtungen ist gemeinsam, daß sie von den sozialen, ökonomischen und politischen Ursachen der Krisenerscheinungen des Gesundheitswesens eher ablenken und dazu beitragen können, einer restriktiven Gesundheitspolitik Argumente zu liefern. Unterstützt wird diese Tendenz auch, wenn auch nicht immer bewußt, wissenschaftsfeindlichen und technologie-kritischen Auffassungen, die darauf hinauslaufen, das vorhandene, auf einem hohen wissenschaftlichen Stand angelangte, kurative Behandlungssystem mit seinen unbestreitbaren Leistungen gerade dort anzugreifen und in Frage zu stellen, wo es seine wissenschaftlichen Verdienste hat. In immer neuen Variationen - alternative Lebensform, alternative Energie, alternative Erziehung, alternative Medizin - wird heute die Hoffnung auf etwas völlig anderes, völlig neues erweckt, ohne daß klar zu erkennen ist, wohin denn dieser andere Weg eigentlich führen soll. Die Vorstellungen, die sich mit diesem Begriff verbinden, sind ebenso unpräzise und unklar, wie das Wort selbst.

Hier tut Nüchternheit not. Ohne Wissenschaft ist alle Politik, auch Gesundheits- und Sozialpolitik, nicht viel mehr als "an act of faith", eine Sache des Glaubens, Hoffens und Vermutens. Wir alle wollen Medizin und das Gesundheitswesen verändern, menschlichen Bedürfnissen anpassen — das ist unsere Alternative. Der einzige realistische Weg zu diesem Ziel führt über die Durchsetzung von mehr Demokratie und Mitbestimmung. Demokratische Gesundheitspolitik und Verbesserung der Gesundheitslage der Bevölkerung ist nur auf der Grundlage rationaler Analyse und wissenschaftlicher Planung möglich, und ihre Ausstrahlungen auf andere Wissenschafts gebiete, auf die Ökologie, das Bildungswesen, das Sozialwesen, Städtebau und Arbeitswissenschaft bedürfen ebenfalls planvoller Vermittlung auf wissenschaftlicher Grundlage.

Ich möchte das mit dem Hinweis verknüpfen, daß wir ja noch gar nicht in vollem Umfang zu überblicken vermögen, was die ungehinderte Anwendung der bisherigen Erkenntnisse der Schulmedizin an Leistungen zu erbringen vermag, wenn sie von den Fesseln kommerzieller Einflüsse, eines mangelhaft strukturierten und unvollkommen finanzierten Rahmens befreit würde; wenn man sich nicht mehr damit zufrieden gäbe, die tägliche Schnellabfertigung von 80

12 Hans Mausbach

Patienten in einer durchschnittlichen Arztpraxis für eine normale Anwendung der modernen Medizin zu halten; wenn der gewaltige Verschleiß der Arbeitskraft der in den Krankenhäusern Tätigen, die zum überwiegenden Teil von einer 40 Stunden-Woche nur träumen können und zum Teil unbezahlte Überstunden, viel zu häufige Nachtdienste ableisten müssen, endlich aufhörte. Wenn die Arbeitsräume dieses Personals zugleich mit den Krankenzimmern auf den Standard des Durchschnittskomforts in den Hotels gebracht würden. Das Gesundheitswesen ist ein Arbeitsbereich, in dem prinzipiell außer in Notsituation nie in Eile und nie in Hetze gearbeitet werden dürfte, in dem jede Entscheidung nur in völliger Ruhe getroffen werden dürfte. Ich brauche hier die Frage nicht aufzuwersen, inwieweit in der Bundesrepublik diese Grundforderung verwirklicht ist. Viele Mißgriffe sind die Folge, und die Betroffenen sind dann auf das Führen von Kunstsehlerprozessen angewiesen, was aber an dem eingetretenen Gesundheitsschaden nicht mehr ändern kann.

Ich rufe dazu auf, auch auf diesem Gebiet Hand in Hand mit den Gewerkschaften für ihre Forderungen zunächst nach Einhaltung der Arbeitszeitverordnung von 1938, dann nach Einführung einer neuen Arbeitszeitverordnung auf der Grundlage der 40 Stunden-Woche und schließlich mittelfristig für die Einführung der 35 Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich mitzukämpfen und den Kollegen in den Gewerkschaften die vorhandenen wissenschaftlichen Argumente aus dem Bereich der Medizin und der Arbeitswissenschaft zur Verfügung zu stellen.

Als eine Hauptaufgabe dieser Fachtagung ist die Bestimmung vordringlicher Arbeitsaufgaben und Themenschwerpunkte im Gesundheitswesen auf der Grundlage unserer Analysen zu nennen. Es sind aber über den Themenkreis der Arbeitsgruppen hinaus noch weitere Problemkreise zu erkennen, die nicht vergessen werden dürfen:

1. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik ist bis in viele Einzelheiten durch die gesundheitlichen und sozialen Weichenstellungen im Gefolge des Zweiten Weltkriegs geprägt, und die gesundheitliche und soziale Lage sowie die Bevölkerungsstruktur der Bundesrepublik ist ebenfalls nicht zu verstehen ohne Berücksichtigung der Zerstörungen der Zeit des Faschismus und des Zweiten Weltkriegs. Wir haben bisher nur sehr wenige systematische Untersuchungen über diese Auswirkungen. Unsere Erinnerung an die Pervertierung der Medizin, der Biologie und aller Wissenschaften im Dienste des Faschismus von 1933—45 muß immer lebendig bleiben.

Die Lehren der Geschichte und das Andenken an die deutsche antifaschistische Widerstandsbewegung, an Dachau und die Geschwister Scholl verpflichten uns zu der Forderung: Für die Nazi-Verbrechen darf es keine Verjährung geben und für den Faschismus keine Wiederkehr!

- 2. Erst die seit einigen Jahren bestehende Dauerarbeitslosigkeit von mehr als 1 Million hat uns auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheitsanfälligkeit aufmerksam gemacht. Erste Untersuchungen zeigen, daß psychische Erkrankungen, Suchterscheinungen und auch physische Gesundheitsschäden bei Arbeitslosen gehäuft auftreten, während zugleich Arbeitshetze und Gesundheitsbelastung in der Arbeitswelt im Gefolge der Rationalisierungsmaßnahmen zunehmen. Untersuchen wir mehr als bisher den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit und treten wir doch auch mit unseren Forerungen auf gesundheitlichem Gebiet an die Seite der Memorandum-Gruppe der Wirtschaftswissenschaftler und der Gewerkschaften mit ihren Forderungen nach Vollbeschäftigung! Mit der Weltgesundheitsorganisation sollten wir unsere Aufmerksamkeit den Wechselbeziehungen zwischen solchen sozialen Anspruchsrechten, wie dem Recht auf Arbeit und dem Recht auf Gesundheit, zuwenden und diese Themen, wo wir die Möglichkeit haben, z.B. über die Listen demokratischer Ärzte in den Kammern. in die berufspolitische Diskussion hineintragen.
- 3. Seit einiger Zeit gibt es in der Bevölkerung eine breite kritische Bewegung unter dem Stichwort "Atomkraft nein danke", die das berechtigte Mißstrauen gegen die friedliche Anwendung der Kernenergie unter Bedingungen, wo die gesundheitlichen und genetischen Gefahren noch nicht unter Kontrolle sind, artikuliert. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß bestimmte Formen fortschrittlicher Krankheitsbekämpfung mit Erfolg radioaktive Substanzen benutzt haben und daß es in der modernen Medizin die wichtige Isotopendiagnostik und die nuklear-medizinische Fachrichtung gibt, sollten wir auch zu diesen Fragen differenzierte Positionen entwickeln, deren Grundausgangspunkt die Sicherung sowohl der Gesundheitslage als auch der Energieversorgung der heutigen und der zukünftigen Generationen sein muß.
- 4. Schließlich müssen wir angesichts neuer nationaler und internationaler Gefahren der Gesundheitsgefährdung und Gesundheitszerstörung durch Massenvernichtungswaffen, neue Formen der biologischen, ökologischen, klimatologischen und atmosphärischen Kriegsführung, gegen die Anwendung von ABC-Waffen überhaupt und die Einführung der Neutronenbombe in der Bundesrepublik Deutschland Stellung beziehen, denn hier liegen so große Gefahren für die Gesundheit, die genetische Substanz und die Existenz unserer und der kommenden Generationen, ja der Menschheit, daß andere Gefahren, in deren Bekämpfung wir schon hervorgetreten sind, demgegenüber verblassen.

Unsere soziale Verantwortung in der Wissenschaft, wie sie schon

von John Desmond Bernal, Albert Einstein und Pierre Joliot-Curie verstanden wurde, steigt, je mehr die Wissenschaft zur Produktivkraft wird. Unsere gesellschaftliche Einsicht sagt uns, daß wir dieser Verantwortung nicht als abgekapselte Gruppe der wissenschaftlichen Intelligenz, sondern dauerhaft erfolgreich nur an der Seite der Gewerkschafts- und Arbeiterbewegung nachkommen können. Das gilt auch für die medizinischen Berufe.

Es liegt viel Arbeit vor uns auf dieser Fachtagung und in den kommenden Jahren, und ich wünsche uns, daß wir an diese Arbeit in der gleichen Weise herangehen, wie es im Bund demokratischer Wissenschaftler seit einem Jahrzehnt zur Gewohnheit geworden ist: daß die Auseinandersetzung und das Gegenüber aller denkbaren verschiedenen Auffassungen in unserem möglichst weit gefächerten Meinungsspektrum zusammengefaßt werde in der Einhelligkeit des Eintretens für die Verbesserung der Gesundheits- und Lebenslage der Bevölkerung, für die Sicherung des Rechts auf Arbeit und des Rechts auf Gesundheit und für den demokratischen Fortschritt in der Bundesrepublik Deutschland.

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der BdWi-Sektion München

Perspektiven des Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik steckt in der Krise. Nicht nur in einer finanziellen Krise — auch in einer politischen Krise: in der Öffentlichkeit wächst das Unbehagen gegenüber der Institution Medizin: Hackethal sei hier nur als Stichwort erwähnt. Hinter der politischen Legitimationskrise des Gesundheitswesens wird eine grundlegende Strukturkrise deutlich: im Rahmen der kurativen Verarbeitung von Krankheit bieten sich keine erfolgversprechenden Reformstrategien für eine grundlegende Lösung der Probleme der Gesundheitsversorgung an. Prävention wurde zum neuen Schlagwort der Reformdiskussion, die in wachsendem Maße auch die Verursachung von Krankheit und Möglichkeiten zu ihrer Verhinderung thematisiert.

An diesem Punkt versuchen wir von der Münchner Sektion des BdWi mit dieser Fachtagung den im Gesundheitswesen arbeitenden Praktikern und Forschern Möglichkeiten zu verschaffen, sich in diese Diskussion einzubringen und die zentrale wissenschaftspolitische und wissenschaftliche Herausforderung zur Entwicklung orientierender Perspektiven, alternativer wissenschaftlicher Ansätze und politischer Forderungen aufzunehmen. Die Verwissenschaftlichung der politischen Planung im Gesundheitswesen und die enge Verknüpfung wissenschaftlicher Fragestellungen mit administrativen Interessen macht eine grundlegende Neubestimmung der Ziele und Methoden der Gesundheitsforschung erforderlich. Die gängige Forschung geht von administrativ vorformulierten Problemwahrnehmungen aus, die Praxis des Gesundheitswesens orientiert sich fast ausschließlich an ihrer quantitativen Leistungsfähigkeit, die Bewertung des wissenschaftlichen Fortschritts bemißt sich vorrangig an den immer raffinierteren Methoden der Krankheitsbekämpfung. Die Effektivität der Gesundheitsversorgung wird vorwiegend nach dem Kriterium ihres Wachstums beurteilt. Erst die Präventionsdiskussion hat hier neue Akzente gesetzt.

Unser Ausgangspunkt bei dieser Diskussion ist der Versuch der Bestimmung eines positiven Gesundheitsbegriffs, mit dem wir uns explizit gegenüber der negativen Bestimmung von Gesundheit, die der heutigen Gesundheitspolitik zugrundeliegt, abgrenzen. Unsere Bezugsgröße ist nicht der eingetretene Krankheitsfall und der daraus resultierende Bedarf an gesundheitspolitischer Versorgung, Unsere Bezugsgrößen sind vielmehr die ursächlichen gesellschaftlichen Zusammenhänge, die die Lebenslage des Einzelnen und deren subjektive Wahrnehmung bestimmen. Gesundheitspolitik wird unter dieser Perspektive zur Gesellschaftspolitik. Der Perspektivenwechsel ist qualitativ: wir fordern nicht von der bestehenden Medizin mehr Leistungen, die ohnehin niemand zu bezahlen bereit ist. Unsere Vorstellungen richten sich auf andere Prinzipien der Gesundheitsversorgung, die sich an den Bedürfnissen aller Gesellschaftsmitglieder orientiert und diese bei der Zielformulierung und der Durchführung der Maßnahmen aktiv teilhaben läßt.

Damit sehen wir auch keine Lösungen in Reformstrategien, die den Schwerpunkt von der kurativen zur präventiven Gesundheitsversorgung allein in dem Sinne verlagern, daß Prävention entweder nur auf die Früherkennung beschränkt wird und damit wiederum bei der Krankheit ansetzt, oder daß die Prävention sich am individuellen Verhalten des Einzelnen festmacht, ohne die gesellschaftliche Verursachung dieses Verhaltens zu hinterfragen. Unser Anliegen ist vielmehr, sowohl für den kurativen Bereich, der nach wie vor eine Stütze des Gesundheitssystems bleiben wird, als auch für den präventiven Bereich Reformstrategien zu entwickeln. Solche Reformprojekte sind auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Bestimmtheit und der subjektiven Erfahrbarkeit von Lebenslagen zu erarbeiten, sowohl mit dem positiven Ziel der Realisierbarkeit von Lebenschancen als auch mit dem negativ bestimmten Ziel der

Verhinderung von Krankheit. In diesem Sinne gilt für uns der Primat Prävention.

Ausgehend von der angedeuteten Perspektive sehen wir das Ziel dieser Fachtagung

- darin, im Sinne einer Bilanz und Standortbestimmung Schwierigkeiten und Grenzen bisher realisierter Reformbemühungen und alternativer Ansätze zu diskutieren;
- 2. wird es darum gehen, die Praxis dieser Ansätze im Hinblick auf ihre praktischen Auswirkungen im Vergleich mit den proklamierten gesundheitspolitischen Intentionen zu überprüfen, und
- 3. sind künftige Strategien von Reformvorhaben und alternativen Ansätzen hinsichtlich ihrer politischen Realisierbarkeit zu diskutieren

Der zentrale Ausgangspunkt unserer Kritik an der bestehenden Gesundheitspolitik ist das Fehlen einer positiven Bestimmung von Gesundheit; Ansatzpunkt der heutigen Gesundheitspolitik bleibt die Krankheit, ihr Ziel die Überwindung der eingetretenen Störung; darauf ist der gesamte Apparat der Gesundheitsversorgung sowohl programmatisch als auch strukturell ausgerichtet. Einen positiven Gesundheitsbegriff versuchen wir ausgehend von seiner Formulierung durch die WHO auf der gesellschaftlichen Ebene weiterzuentwickeln. Die WHO definiert Gesundheit wie folgt:

Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen.

Als Ziel der Gesundheitspolitik läßt sich damit in seiner positiven Bestimmung die Verwirklichung und Sicherung der Gesundheit für alle Gesellschaftsmitglieder benennen. In dieser Abstraktheit ist das Ziel jedoch noch nicht handlungsleitend. Dazu wird es erst, wenn man bei den Lebenslagen der ernzelnen Gruppen ansetzt. Das bedeutet, daß man sich bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Programme und bei der Formulierung von Forschungsfragen von den spezifischen Problemen, Wünschen und Interessen der Personen in einer bestimmten Region, eines bestimmten Arbeitsbereiches, einer gemeinsamen Wohnsituation, etc. leiten läßt. In die Bestimmung dieser Lebenslagen gehen die objektiven materiellen, sozialen und politischen Bedingungen, wie z.B. Belastungen im Produktions- und Reproduktionsbereich ebenso ein, wie die subjektiven Wahrnehmungen der Einzelnen von ihrer konkreten Lebenswelt. In dieser Verschränkung von objektiven Verursachungszusammenhängen und subjektiver Artikulation von Leiden, Wünschen, Hoffnungen steckt die politische Kernfrage jeglicher betroffenenorientierten Gesundheitsversorgung: die Frage nach den normativen Zielperspektiven für ein gesundes Leben in einer gesunden sozialen und materiellen Umwelt; in dieser Perspektive liegen die Chancen der Umsetzung der Utopie eines besseren Lebens in konkrete gesellschaftspolitische Forderungen und Handlungsstragien. Eine solche Gesundheitspolitik als Gesellschaftspolitik erfährt dann zwangsläufig auch eine Verlagerung ihres Gegenstandsbereiches; das bedeutet, daß man eine gesundheitspolitische Orientierung aktiv in andere Bereiche der Gesellschaftspolitik hineintragt: Gestaltung des Arbeitsplatzes und Bestimmung der Arbeitsorganisation, Wohn- und Städtebau, Ausbildungswesen, etc. . . .

Auf diesem Wege kann es gelingen, für die Gesundheitspolitik die nur negativ formulierte Perspektive der Verarbeitung von Krankheit zu überwinden. Unsere Zielsetzung erhält durch das Konzept der politisch ausgehandelten Normen der Belastbarkeit und durch die Zieldimension der zu realisierenden Lebensqualität einen positiv formulierten Gehalt. Das direkte Ansetzen bei der Lebenslage einzelner gesellschaftlicher Zielgruppen ermöglicht es darüberhinaus auch gesundheitspolitische Globalstrategien zu differenzieren und zu konkretisieren. Über die direkte Beteiligung der Zielgruppen, die ihre individuellen Bedürfnisse in die Zieldefinition und in die Realisierung der Maßnahmen aktiv einbringen können, wird das Postulat einer Demokratisierung der Gesundheitspolitik und -forschung realisierbar. Ferner wird es möglich, für die organisierte politische Durchsetzung der gesundheitspolitischen Zielvorstellungen ein größeres aktives Interesse der Betroffenen zu mobilisieren.

Dieser Ansatz stützt sich in den zentralen Grundgedanken auf die historischen Erfahrungen sowohl der staatlichen Gesundheitspolitik als auch vor allem auf die Erfahrungen von alternativen Reformprojekten:

- die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der im großen und ganzen unveränderte Krankheitsstand in der Bevölkerung haben die Grenzen der Effizienz der kurativen Versorgung verdeutlicht und die gesundheitspolitische Diskussion auf die Verursachungsproblematik von Krankheit und auf Prävention gelenkt. Partikularinteressen verhindern jedoch, daß diese Verursachung auf der gesellschaftlichen Ebene reflektiert und in gesellschaftspolitische Strategien umgesetzt werden kann.
- Ebenso haben alternative Projekte bisher zumeist bei schon entstandenen Krankheitsfällen angesetzt, jedoch dabei vor allem im Psychiatriebereich ungewohnte, neue Lösungsstrategien entwickelt. Dabei sind sie aufgrund ihres gesellschaftspolitischen Anspruchs unmittelbar mit dem Verursachungszusammenhang konfrontiert worden, der die Notwendigkeit einer gesellschaftspolitischen Perspektive aufgedeckt hat. Diese hat jedoch gleichzeitig die begrenzten Erfolgschancen der auf eine konkrete Zielgruppe bezogenen Aktivitäten verdeutlicht.

An dieser Stelle gilt es, weiterführende Reformstrategien zu ent-

wickeln und in politischen Handlungsperspektiven zu konkretisieren. Dafür wollen wir die verschiedenen Ebenen angeben, auf denen sich Forderungen konkretisieren lassen:

- Forderungen hinsichtlich der Aufgaben der gesundheitspolitischen Forschung
- Forderungen bezüglich der Gestaltung der Berufsausbildung für das Gesundheitswesen
- Forderungen nach organisatorischen Veränderungen im bestehenden Versorgungssystem, die eine punktuelle Realisierung alternativer Ansätze und Reformmaßnahmen erlauben.

Eine gesellschaftspolitisch reflektierte Gesundheitspolitik verlangt eine gesellschaftspolitisch orientierte Forschung; ihr stellen sich angesichts der bestehenden Wissenslücken insbesondere folgende zwei Aufgaben:

1. ist eine Ursachenforschungüber den Bestimmungszusammenhang von Gesundheit zu entwicklen, die an den Lebenslagen einzelner gesellschaftlicher Gruppen ansetzt; so reicht z.B. die breiter angelegte Risikofaktorenforschung nicht aus. Dadurch daß sie vom gesellschaftlichen Ursachenzusammenhang abstrahiert, sind ihre Resultate nicht in gesellschaftspolitische Strategien umsetzbar.

2. ist eine Evaluation der Wirkung gesundheitspolitischer Maßnahmen zu erarbeiten, die — insbesondere im Hinblick auf die weiterhin knappen Resourcen — eine Auswahl aus alternativen Strategien erlaubt. Die Effizienz der bisherigen Maßnahmen im Gesundheitswesen ist weitgehend unerforscht, was zu einer Erschwerung der gesundheitspolitischen Diskussion beiträgt.

Die Gesundheitsforschung hat von der Kritik an der Problemdefinition der etablierten Forschung in diesem Bereich auszugehen, die sich nicht an den Bedürfnissen der Patienten, sondern an den durch das Gesundheitssystem selbst produzierten Organisationsund Strukturproblemen orientiert. In die Problemdefinition und in die Realisierung einer veränderten Forschung müssen die Zielgruppen nicht als Objekte, sondern als aktive Teilnehmer einbezogen werden.

Eine reformorientierte Gesundheitspolitik verlangt neue Berufsbilder im Gesundheitswesen. Aufgabe der Berufsausbildung ist es, auf diese neuen Bilder hinzuarbeiten. Dabei sind neue und erweiterte Kompetenzen zu entwickeln. Heute setzen Berufsaufgaben erst beim schon eingetretenen Krankheitsfall ein und sind dadurch bestimmt, Krankheit als Erscheinung von ihrer gesellschaftlichen Verursachung abzukoppeln und durch die Entmündigung des Patienten losgelöst von dessen Person einer standardisierbaren Verarbeitung zuzuführen. Für die Realisierung einer alternativen gesundheitspolitischen Perspektive ist die Berufsausbildung auf folgende Aufgaben auszurichten: erstens auf die Aufgabe, die ursächlichen

Bestimmungsfaktoren sowohl für die Krankheit als auch für die Gesundheit beim Individuum und bei einzelnen Zielgruppen zu diagnostizieren; zweitens, die Aufgabe, Maßnahmen zu entwickeln und durchzusühren, die gleichzeitig sowohl kurativ beim Individuum und seiner unmittelbaren sozialen Umwelt als auch präventiv bei den weiteren sozialen Verursachungszusammenhängen ansetzen. Drittens gilt es, das bisherige Interaktionsverhältnis Arzt- Patient dahingehend aufzubrechen, daß die Patienten, d.h. in ihrer positiven Bestimmung die betreffenden Mitgliedereinergesundheitspolitischen Zielgruppe, ihre subjektive Problemwahrnehmung in die Problemdefinition einbringen können und, daß sie aktiv sowohl in den Heilungsprozeß als auch im präventive Anstrengungen einbezogen werden. Dies bedeutet im Hinblick auf das professionelle Selbstverständnis einen grundlegenden Einstellungs- und Verhaltenswandel: die Differenz zwischen Arzt und Patient darf nicht mehr in der Weise von seiten der Professionellen ausgespielt werden. daß sich das Wissen in Herrschaft umsetzt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Versuche der Monopolisierung des gesundheitspolitischen Sachverstandes durch die ärztlichen Standesorganisationen. Für die konkrete gesundheitspolitische Praxis würde eine solche Sichtweise, die in einer gleichberechtigten Interaktion zwischen Klient und Professionellen besteht, eine Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz über die Vermittlung der Sichtweisen der Betroffenen selbst beinhalten.

Die Realisierbarkeit solcher Reformvorstellungen hängt von den Erfolgschancen im Konflikt mit den betroffenen Standes- und Kapitalinteressen, insbesondere vom zu erwartenden Konflikt mit der organisierten Ärzteschaft und der Pharmaindustrie ab. Unsere Vorschläge richten sich hinsichtlich der gesellschaftspolitisch verstandenen Prävention auf andere Zielgruppen als diejenige, auf die sich die kurative Medizin bezieht. Das bedeutet jedoch noch keineswegs eine unmittelbare finanzielle Entlastung des bisherigen Gesundheitsetats, da die kurative Versorgung ja nach wie vor sichergestellt und auch in entscheidenden Punkten verbessert werden muß. Trotzdem glauben wir, daß durch die skizzierte Strategie mittel- bis langfristig aus dem kurativen Bereich finanzielle Mittel freigesetzt werden könnten, die für die gesundheitspolitisch relevante Prävention nutzbar gemacht werden könnten. Kostenersparnisse ergeben sich nämlich nicht nur aus dem zu erwartenden Erfolg präventiver Strategien, sondern vor allem auch dadurch, daß die Betroffenen einen aktiven Beitrag zur Problemdefinition, zur Realisierung präventiver Reformmaßnahmen und vor allem beim Heilungsprozeß selbst leisten und damit die Effizienz der angestrebten Maßnahmen steigern.

Den stukturellen Rahmen für eine veränderte Gesundheitsversor-

gung bildet das institutionelle System der Gesundheits- und Krankheitsverwaltung: die Sozial- und Krankenversicherung, die rechtlichen Bedingungen der Anspruchsregulierung, die Organisation der Gesundheitsforschung, die Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe, das System der ständisch organisierten medizinischen Versorgung mit ihren Hauptkennzeichen, dem Sicherstellungsauftrag der RVO und dem ambulanten Behandlungsmonopol.

Die Forderungen nach einer demokratischen Veränderung lassen

sich hier u.a. in folgenden Vorschlägen präzisieren:

 durch eine selbstverwaltete Sozialversicherung können die lebenslagenspezifischen Belange der Versicherten differentiell und bürgernäher wahrgenommen werden;

- nur durch ein Abgehen vom sozialrechtlichen (und medizinischen) Krankheitsbegriff, der nur auf Individuen bezogen ist, werden präventive Strategien finanzierbar. Nur auf der Basis einer pauschalen Finanzierung von Vorbeugemaßnahmen lassen sich ambulante sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Dienste in größerem Umfang einrichten und eine gemeindenahe medizinische Versorgung erreichen:
- um der naturwüchsigen Fehlversorgung der marktmäßigen Niederlassungsfreiheit entgegenzutreten, gilt es, einen Ausbau öffentlich finanzierter ambulanter Versorgungseinrichtungen voranzutreiben.

Die politische Durchsetzbarkeit solcher weitreichender Forderungen kann augenblicklich nur schrittweise über Strategien gewerkschaftlicher Politik, die Durchführung von Modellversuchen und nicht zuletzt durch eine veränderte Alltagspraxis in der Versorgung im Gesundheitswesen verwirklicht werden.

An dieser Stelle ist zu fragen, welche konkreten wissenschaftspolitischen Möglichkeiten für die Gesundheitspraktiker, -forscher
und -studenten, die sich für Reformen stark machen, derzeit existieren und in welche Richtungen hier Neuorientierungen gehen könnten. Diese Frage wird, so hoffen wir, in allen Arbeitsgruppen einen
Hintergrund für die Diskussionen abgeben. Wir möchten aus unseren
Erfahrungen und Diskussionen zum Abschluß folgende Vorschläge
einbringen:

1. Aktive Beteiligung an öffentlichen Forschungsvorhaben, wie z.B. 'Humanisierung des Arbeitslebens', Forschung und Technologie im Dienste der Gesundheit, Gesundheitspolitisches Aktionsprogramm der Bundesregierung, Psychiatriereform, etc. Hier wäre es wissenschaftspolitisch bedeutsam, die veränderte Problemperspektive auch in der Forschung und Entwicklung zu verwirklichen.

2. Herstellen einer kritischen Gegenöffentlichkeit der reformorientierten Mediziner, Psychologen, Soziologen, Pfleger, etc. . . .: kritische Beobachtung laufender Forschungsvorhaben, Kommentierung der Forschungsergebnisse; Analyse der Interessen der beteiligten Gruppen.

3. Schließlich, und das scheint uns besonders wichtig, gilt es einen veränderten Bezug zu den Adressaten sowohl in der Gesundheitsversorgungspraxis als auch in der Gesundheitsforschung herzustellen.

Schwerpunkt I: Sozialpolitik — Ökonomie — Gesundheitswesen

Arbeitsgruppe I A: Strategien der Sozialpolitik an den Beispielen Rehabilitation und Arbeitslosigkeit

Barbara Riedmüller: Einleitende Thesen

Die folgenden Diskussionspunkte sollen sozialpolitische Reformansätze im Hinblick auf ihre gesundheitspolitischen Konsequenzen zusammenfassen und die Richtung der Diskussion auf Grenzen und Alternativen der Gesundheitsversorgung akzentuieren.

- 1) Die Reform der Gesundheitsversorgung in der BRD hängt in ihren wesentlichen Prämissen von den bestehenden Strukturen des Systems sozialer Sicherheit ab: der Dominanz des Versicherungssystems mit der Abhängigkeit der Leistungen vom Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft und einem restriktiven kompensatorischen System sozialer Hilfen. Die gegenwärtige Entwicklung zeigt, in welchem Maße Sozialpolitik/Gesundheitspolitik von ökonomischen Konjunkturen abhängig ist; dafür beispielhaft ist das Kostendämpfungsgesetz, der Abbau von Leistungen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes und die stärkere Kontrolle im Bereich der Sozialhilfe. Unter dem Zwang ökonomischer Knappheit werden gesundheitspolitische Reformen zurückgestellt, die Verschlechterung der sozialen Lage der Bevölkerung zum individuellen Schicksal privatisiert.
- 2) In dieser Abhängigkeit von ökonomischer Krise und Sozialbzw. Gesundheitspolitik erscheint die öffentliche Reformdiskussion vorrangig ökonomische Größen zu betreffen, die gerechtere und effizientere Verteilung der knappen Finanzmittel unter anderem die linken Wissenschaftler zu beschäftigen. Ein ökonomischer Determinismus würde aber erstens zu einer Vernachlässigung der politischen Konjunkturen bei der Durchsetzung staatlicher Sozial-

politik führen und zweitens den tendenziellen Wandel der Sozialpolitikstrategien von einer rein monetären zu einer inhaltlichen Gestaltung sozialer Lebenslagen übersehen. Damit wäre die Reformdiskussion auf quantitative Sollzahlen verkürzt und die Perspektive alternativer Versorgungsmodelle auf die Bedingungen wirtschaftlichen Wachstums verschoben.

- 3) In der wissenschaftlichen Diskussion der Sozialpolitik ist der Übergang von monetären zu qualitativen Sozialpolitikstrategien als notwendige Überwindung einer rein kompensatorischen staatlichen Sozialpolitik, mit der auf soziale Risiken nur reagiert wird, betont worden. Eine "aktive Sozialpolitik", d.h. strukturgestaltende Politik sollte nicht nur vermeiden, daß Leistungen an der tatsächlichen Lebenslage der Betroffenen vorbeigehen, indem die jeweiligen Zugangsregelungen von vorneherein ihre Wirkung verfehlen, sondern eine aktive Sozialpolitik sollte selbst an den Entstehungszusammenhängen sozialer Probleme ansetzen. In diesem Kontext stehen Forderungen nach präventiver Gesundheitspolitik, effektiveren Rehabilitationsstrategien (z.B. Wiedereingliederung Behinderter), arbeitsfördernder Maßnahmen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) u.a. Das mit dem Begriff "aktiver Sozialpolitik" verbundene Reformziel bedeutet Orientierung der Politik an sozialen Problemen (Konflikten) und deren betroffenennahe Verarbeitung und damit in der Konsequenz die Forderung nach aktiver Beteiligung der betroffenen Gruppen an der Gestaltung und Organisierung der Sozialinvestitionen. Das Problem der politischen Partizipation führt dieser Forderung gemäß zur Kritik staatlicher Dienstleistungen und der Veränderung der bestehenden Beteiligungsformen in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsinstitutionen.
- 4) In diesen Reformvorstellungen einer qualitativen Umgestaltung staatlicher Dienstleistungen und über mehr Partizipation der Betroffenen wirken normative Sollsätze z.B. nach mehr Sozialstaat, mehr Demokratie, indem der Akzent auf der Problemverarbeitung sozialer Risiken nicht auf deren Verursachung gelegt wird. Indem von den gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit, von Armut etc. abstrahiert wird, muß die Reformpraxis auch notwendig an den Interessen und Bedürfnissen vorbeigehen, denn die realen Belastungen und Bedürfnisse der Betroffenen lassen sich nicht "advokatorisch" formulieren. Auf der anderen Seite zeigen genannte Reformansätze den Zusammenhang auf zwischen der Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme und dem Ausmaß sozialer Kontrolle im Hinblick auf die Definition defizitärer Lebenslagen der Abnehmer von sozialen Leistungen. Die Reform der Gesundheitsversorgung kann z.B. daran gemessen werden, inwieweit die angebotenen Hilfen auf der Basis von objektiv/subjektiv erfahrbaren Belastungen und artikulierbaren Bedürfnissen (am Arbeitsplatz, in der Familie etc.)

entwickelt werden oder administrativen (expertenorientierten) Definitionen überlassen bleiben. Ob die Begriffe Belastung und Bedürfniss dem Anspruch betroffenennaher Gesundheitspolitik gerecht werden, sollte in der Diskussion geklärt werden.

5) Betrachtet man unter dem Gesichtspunkt von realen Belastungen und artikulierten Bedürfnissen die für die Gesundheitsversorgung wesentlichen sozialpolitischen Formen der Institutionalisierung. zeigt sich das Ausmaß an Ineffizienz der Leistungen und der Grad an sozialer Normierung von Lebenssituationen. Das beginnt mit dem Krankheitsbegriff im Sozialgesetz: da die Systeme sozialer Sicherung insgesamt auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitskraft ausgerichtet sind, wird Krankheit als Voraussetzung für eine Leistung als Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit definiert. Die Erhaltung der Marktgängigkeit der Arbeitskraft stellt das Hauptziel der Versicherungssysteme dar, deren Beitragsaufkommen auch vom vorhandenen Beschäftigungspotential abhängt, d.h. im Handeln der Sozialverwaltung erscheint das Ziel der Eingliederung in den Arbeitsmarkt in der Form der Bestandssicherung der Beiträge bzw. der Abwehr von Ansprüchen (dafür lassen sich Beispiele aus der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung diskutieren). Dagegen beziehen die staatlichen Leistungen der Sozialhilfe stärker als die übrigen Sozialsysteme die Person als ganzes ein, deren Lebenssituation soll insgesamt "geordnet" werden.

Unter dem Aspekt der Institutionenkritik wird demnach einmal die Inadäquatheit von Leistungen bzw. die wissenschaftliche und administrative Umdefinition von Lebenslagen relevant, zum anderen der Herrschaftscharakter, den diese Institutionen durch ihre Definitionsmacht innehaben.

6) Dem Bezug der sozialen Sicherung auf das individuelle Arbeitsvermögen liegt prinzipiell die Arbeitsmarktabhängigkeit bzw. Konjunkturabhängigkeit in zeitlicher und sachlicher Dimension zugrunde, (wobei zeitliche und institutionelle Verschiebungen dieser Abhängigkeit existieren können) d.h., daß je nach Lage des Arbeitsmarktes, dem erforderlichen Umfang und der erforderlichen Qualität an Arbeitskräften, Leistungen zur Integration bzw. Absorbtion von Arbeitskräften dominieren. "Integration" betrifft z.B. Maßnahmen zur Förderung der Wiederaufnahme der Arbeit (z.B. Arbeitsbeschaffungsmassnahmen (ABM), "Absorption" bedeutet überflüssige Arbeitskraft vom Arbeitsmarkt fernzuhalten (z.B. Frauen durch Mutterschaftsgeld, Behinderte durch Sondereinrichtungen etc.). Doch sind diese Strategien abhängig von politischen und ideologischen Entwicklungen, d.h. ökonomische Zwänge setzen sich nicht einfach blind durch, sondern müssen entsprechend diesen gesellschaftlichen Entwicklungen umgeformt bzw. reformiert werden. Die Orientierung am Arbeitsmarkt in der oben genannten Dimension von Integration und Absorption bestimmt zugleich das Ausmaß an sozialer Kontrolle im Hinblick auf die generelle Bereitschaft der Erhaltung und Verbesserung des individuellen Arbeitsvermögens und dem Zwang diese Bereitschaft durchzusetzen. Die administrative Kontrolle der Arbeitsbereitschaft im Sozialhilferecht wäre dafür ein Beispiel. Der Aspekt der sozialen Kontrolle in der Sozialpolitik muß stärker als bisher in die Reformdiskussion eingebracht werden. 7) Als Diskussionsziele der Arbeitsgruppe könnten demnach gelten: die Abhängigkeit der Reform der Gesundheitsversorgung im System sozialer Sicherheit vom Arbeitsmarkt im Hinblick auf Bedingungen der Verändderung zu bestimmen und zugleich die "politische" Definition von sozialen Lebenslagen zum Ausgangspunkt alternativer betroffenennaher Modelle zu machen. Die wissenschaftliche Kritik an den Institutionen der Sozialpolitik, deren Abstraktion von Bedürfnissen und Interessen der betroffenen Gruppen hätte demnach nicht nur zum Ziel, Defizite aufzuzeigen und mehr Gerechtigkeit einzuklagen, sondern sie könnte die Basis für die Diskussion einer alternativen Gesundheitsversorgung sein. Zu dieser Diskussion gehört die Frage nach der Interessenvertretung in und gegenüber den Institutionen, die Rolle der Professionellen, Strategien der Durchsetzung alternativer Ansätze in und außerhalb der Institutionen. Die Diskussionspunkte Arbeitslosigkeit und Rehabilitation leisten in erster Linie einen Beitrag zu Institutionenkritik. Beispiele der Rehabilitation im Bereich medizinischer Nachsorge (Selbsthilfegruppen und offener Behindertenarbeit können als Ansätze alternativer Versorgungsmodelle gelten, deren Durchsetzungsprobleme zu diskutieren sind.

Elke Portugall: Rehabilitation

Die zunehmende Verteuerung des Produktionsfaktors Arbeit macht seine professionell betriebene Restaurierung in eigens dafür geschaffenen Institutionen notwendig. Rehabilitationsmaßnahmen werden nicht nur durch den Ausbau von Sozialleistungen zur Wiederherstellung beschädigter Arbeitskraft volkswirtschaftlich gesehen immer wichtiger, sie sind auch im letzten Jahrzehnt aufgrund der stärkeren sozialen Sichtbarkeit der großen Gruppe Arbeitsunfähiger, Behinderter und Kranker von einer programmatischen Hinwendung zu den besonderen Bedürfnissen dieser Gruppe begleitet worden. Dies wird deutlich in einer teils erweiterten, teils gänzlich neu formulierten Sozialgesetzgebung zugunsten dieser Gruppe (Neufassung des BSHG, 1969; Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts, 1974; Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter, 1975) (Sozialstaatsillusion?).

Neben dieser weitgehend moralisch motivierten Orientierung an

den besonderen Bedürfnissen der Behinderten (die im übrigen niemals sozialwissenschaftlich erforscht worden sind, sondern meist umstandslos mit den stellvertretend artikulierten Bedürfnissen der Betreuer gleichgesetzt wurden) sollte die Behindertenpolitik jedoch ein weiteres Ziel erreichen, und zwar das der Förderung des Wirtschaftswachstum durch die Ausweitung des Arbeitskräftepotentials - sowie das der Entlastung der Volkswirtschaft von den ständig steigenden Kosten für erwerbsunfähige Personen. Nicht umsonst trat die Bundesanstalt für Arbeit mit Überlegungen zum Ausbau eines Netzes von Behinderten-Arbeitsplätzen auf den Plan, als in der Folge der Rezession 1966/67 deutlich geworden war, daß ein Großteil der kurzfristig entlassenen Arbeitnehmer wegen gesundheitlicher Schäden als Folge der Entlassung nicht ohne weiteres wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden konnten. Zum Zeitpunkt der Planung und gesetzgeberischen Initiative stellte die Werkstatt für Behinderte beispielsweise tatsächlich eine relativ billige Alternative zur Verrentung oder Umschulung oder gar zur Verwahrung in einer stationären Einrichtung dar. Derzeit ist die Werkstatt für Behinderte (WfB) nur dann kostensparender als ein Anstaltsplatz, wenn die Beschäftigten durch ihre Arbeitsleistung einen Teil der Pflegekosten erwirtschaften, wobei Produktivität und Arbeitsleistung der Betreuer ebenfalls zu Buche schlagen, da sie durch ihre Arbeit die Defizite ausgleichen müssen, die durch Fehlzeiten bzw. Krisenanfälligkeit der behinderten Arbeitnehmer anfallen - eine Überlegung, die im übrigen in die Konzeption der WfB schon von den gesetzlichen Voraussetzungen her eingegangen ist.

Ein steigender Prozentsatz von Behinderten sowohl als von Erwerbsunfähigkeit oder struktureller Arbeitslosigkeit bedrohter Arbeitnehmer findet unter den sich verschärfenden Konkurrenzbedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine Beschäftigung mehr. Hier fällt dem Werkstattsektor die Aufgabe zu, diesen Personenkreis auf Kosten der Öffentlichen Hand entweder in den Produktionsprozeß wiedereinzugliedern oder ihn in Zeiten der Unterbeschäftigung kurz- oder langfristig zu absorbieren.

Dieses Ziel wird erreichbar durch eine Doppelstrategie, die man als "Ausgliederung zum Zwecke der Wiedereingliederung" bezeichnen kann. Die Werkstatt für Behinderte tritt an, den Behinderten oder zu Rehabilitierenden in die Arbeitswelt einzuglierdern; die zeitweise Beschäftigung in der Werkstatt dient der Vorbereitung auf das Arbeitsleben mit seinen Normen und Anforderungen. Objektiv gesehen betreibt die Werkstatt durch ihre Form der Institutionalisierung und durch ihre vorherrschende fremdbestimmte Rehabilitationspraxis jedoch eine Strategie der Ausgrenzung Behinderter, und zwar:

— auf der subjektiven Verarbeitungs- und Reaktionsebene für die von Rehabilitation Betroffenen ist eine adäquate Auseinandersetzung mit der Behinderung oder "Krankheit" in einer Sonderumwelt nicht möglich. Die Behinderung wird vielmehr im Sinne einer sekundären Abweichung verstärkt und in einer Behinderten- oder Krankenrolle festgeschrieben, der die komplementäre Rolle des Betreuers entspricht;

- auf der Institutionsebene entsteht durch verschiedene gesetzliche Voraussetzungen (Stichwort: Rentenversicherung für Behinderte), durch die Existenz eines hochprofessionalisierten und teueren Betreuungsapparates der Zwang zu Aufrechterhaltung der Institution und der Zwang zur Vollbelegung. Damit geraten Rehabilitationsziele wie Entlassung zum Zweck der Wiedereingliederung in Gegensatz zur Verwaltung der Institution, die an der Erhaltung gut-reha ilitierter Arbeitskräfte interessiert sein muß. Dementsprechend bereitet die WfB in ihrem ureigensten Interesse damit nicht, wie sie vorgibt, auf die Arbeitswelt vor, sondern sie sozialisiert vielmehr auf die subkulturellen Erwartungen und Erfordernisse der Betreuungsinstitution hin. Ergebnis dieser Sozialisation ist ein weitgehender "sozialpsychiatrischer Hospitalismus" (Hohm), der auch und gerade in fortschrittlich arbeitenden Institutionen zu beobachten ist. Es werden Verhaltensweisen gelernt und fortgeschrieben durch ein internes System von Gratifikationen und Sanktionen, die lediglich funktional in der Subkultur der Rehabilitationseinrichtung sind, nicht jedoch auf die Wertorientierungen und die Gruppendynamik der Außenwelt zugeschnitten sind. Es entsteht die Fiktion einer Arbeitswelt, d.h. der Form nach werden Arbeitsbedingungen der Außenwelt simuliert, die tatsächlichen verschärften Arbeitsbedingungen und die Benachteiligungen der Ausgliederung aber werden durch den Charakter des "goldenen Asyls" mit Rehabilitationsanspruch verschleiert. Die starke Arbeits- und Leistungsorientierung, wie sie in vielen Behindertenwerkstätten zu finden ist, dient also nicht oder nur scheinbar der Vorbereitung auf das Arbeitsleben, sondern vielmehr der Aufrechterhaltung der Arbeitsmoral der Werkstatt. Da die ansozialisierte Rolle des Behinderten viele Elemente von Verwahrlosung enthält. muß starker Gegendruck von den Betreuern produziert werden, um das Ziel der Institution zu erreichen: die Schaffung von Arbeitskräften, die auch bei minimaler Bezahlung arbeitsfähig und arbeitswillig bleiben.

Um nicht bei der Beschreibung beklagenswerter Zustände stehenzuleiben, wäre an dieser Stelle überlegenswert, wie weit durch den Aufbau eines systemimmanenten ambulanten Versorgungssystems Ghetto-Effekte der eben beschriebenen Art verhindert werden können. Zu diskutieren wäre neben dem sekundär präventiven

Effekt der möglichen Verhinderung von Ausgrenzung der Aspekt der Betreuung Behinderter durch nicht-professionelle Helfer.

Tim Guldimann: Arbeitslosigkeit

1. Anhaltszahlen zu den Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt: u.a. mittels Rationalisierungsinvestitionen wurden seit 1973 eine Vielzahl vorhandener Arbeitsplätze in der BRD vernichtet. Einhergehend mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in Berufstätigkeit kippte der Arbeitsmarkt 1974 um. 1973 gab es noch 2,1, 1977 aber nur noch 0,2 offene Stellen für jeden gemeldeten Arbeitslosen. Endgültig in Bewegung geriet der Arbeitsmarkt ab 1975; seit diesem Zeitraum haben die Arbeitsämter jährlich 3 -3.5 Millionen Zu- und Abgänge bei einem in etwa konstanten Bestand von 1 Million Arbeitslosen zu verzeichnen. Bis Ende 1978 haben die Arbeitsämter über lo Mio. (incl. der Mehrfacharbeitslosen = 12%hiervon) Nichterwerbstätige verwaltet, vermittelt oder in andere Sicherungssysteme übergeben. Über den "offiziellen" Arbeitsmarkt werden demnach 15% aller Lohnabhängigen arbeitslos und in der Folge zumeist dequalifiziert vermittelt. Etwa 50% aller Wiederbeschäftigten wechseiln die Branche, 50% die Berufsgruppe und 30% die Berufsposition in Richtung Dequalifizierung: Im Zeitraum 1973 - 1976 hatte z.B. die Gruppe der "qualifizierten Angestellten" einen Zuwachs von 13%, die der Facharbeiter von 3%, die der "einfachen Angestellten", un- und angelernten Arbeiter eine Abnahme von 26% zu verzeichnen; demgegenüber ergibt sich für die berufliche 'Reintegration' von Arbeitslosen ein umgekehrtes Bild: Etwa ein Drittel aller Arbeitslosen finden innerhalb von 3 Monaten eine gleich wertige Anstellung; eine Gruppe, die weniger als 5% aller Arbeitslosen umfaßt, kann sich beim Wiedereintritt qualifizieren: 20% findet innerhalb von 7-12 Monaten eine Wiederanstellung in weniger qualifizierten Positionen und Einkommensverlusten von 8-12%; 7% aller Arbeitslosen findet eine Anstellung nach 7-12% Monaten der Arbeitslosigkeit mit Einkommensverlusten von ca. 23%. Diese langfristigen Arbeitslosen münden zumeist in an- und ungelernte Positionen; ihre Einkommensverhältnisse sind häufig im Bereich der Regelsätze der Sozialhilfe.

2) Die Betriebe/Unternehmungen haben neben den verschärften Rationalisierungen in demselben Zeitraum (1973–1979) die Anforderungen an die Beschäftigten systematisch erhöht und als Resultat neben der "Erhöhung der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten" mittels massenhafter sog. Umschichtungen (betriebsintern oder betriebsextern über die Arbeitsämter) zur Dequalifikation der Arbeitskraft o.g. Gruppierungen von Lohnabhängigen beigetragen. Der Mechanismus der betriebsexternen Umschichtung mittels

Kündigung, Arbeitslosigkeit, dequalifizerter Wiedereinstellung wird sich in Zukunft mittels weiterer Rationalisierungen verschärfen; neben die vertikale tritt die regionale Berufsmobilität. Die vom Bundeskanzler angekündigte Vermittlungsoffensive zeigt sich u.a. in einer Neufassung des AFG (5. Novellierung 1979) und praktisch in der zentralen Registratur aller gemeldeten Arbeitslosen/offenen Stellen über eine geplante EDV — Anlage mit Terminals in allen Vermittlungsabteilungen der Arbeitsämter in der BRD.

- 3. Neben einer betriebsexternen Umschichtung hat Arbeitslosigkeit für viele davon Betroffene die Bedeutung eines "Abganges aus Beschäftigungsverhältnissen". Über 15% aller Arbeitslosen gehen nach einem Zeitraum von 6 Monaten ab in: Rente, Krankheit, Rehabilitation, Umschulung, Förderung, Nichterwerbstätigkeit (v.a. "Hausfrauentätigkeit, Hausfrau"), Sozialhilfe etc.
- 4. Bezieht man diese Zusammenhänge auf die psychische und physische Belastung der Lohnabhängigen, so ergeben sich folgende, zu diskutierende Thesen:
- a) Die erhöhte psychische und oft auch physische Belastung der Beschäftigten resultiert sowohl aus der gesteigerten Arbeitsintensität als auch aus den Problemen der Dequalifizierung ihrer Arbeitskraft und der Anpassung an die Anforderungen einer neuer Arbeitsaufgabe. Zusätzlich wird psychische Belastung durch die Arbeitsplatzunsicherheit verstärkt. Die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre hat auf diese Weise die gesundheitliche Belastung der Beschäftigen verschärft, gleichzeitig veranlasst die erhöhte Gefahr, aus dem Arbeitsprozess ausgesteuert zu werden, die Betroffenen, sich im Krankheitsfalle nicht krankschreiben zu lassen und die Möglichkeit einer Kur nicht mehr wahrzunehmen. Beide Faktoren haben vermutlich zur Folge, daß sich erstens der objektive Gesundheitszustand der Beschäftigten verschlechtert hat; zweitens, daß sich unter Umständen das statistische Bild über diesen Gesundheitszustand sogar verbessert hat.
- b) Im gegensatz hierzu wird das statistische Bild des Gesundheitszustandes der Arbeitslosen negativ beeinflußt durch die Bindung der "Arbeitsfähigkeit/-willigkeit" (die durch den medizinischen und psychologischen Dienst der Arbeitsämter festgestellt werden) an die jeweiligespezifische Vermittlungschance. Ein psychisches, physisches oder soziales Handicap, das für einen erwerbstätigen Lohnabhängigen gewöhnlich auszuhalten ist, wird ihm zu Zeiten seiner Arbeitslosigkeit als leistungsminderndes Element interpretiert und mündet gewöhnlich in Dequalifizierungs- oder Krankheitsprozesse. Ca. 20% aller Arbeitslosen sind in irgendeiner Form leistungsgemindert. Diese Zahl drückt sowohl den Gesundheitszustand aller Lohnabhängigen wie die "Vollstreckerfunktionen" des Arbeitsamtes in Bezug auf die Glättung des Arbeitsmarktes aus. Daneben kann

sie als Indikator für die psychische/soziale Belastung der Arbeitslosigkeit angesehen werden.

- 5. In diesem Zusammenhang sind drei Gründe für die Krankschreibung von Arbeitskräften, die aus dem Arbeitsprozeß herausgefallen sind, bzw. für ihre Definition als "Behinderte" zu unterscheiden und in ihrer Bedeutung zu diskutieren:
- a) Krankheit oder Invalidität u.U. als Folge der Arbeitsbelastung verursachen den Verlust des Arbeitsplatzes; der beeinträchtigte Gesundheitszustand der Betroffenen verunmöglicht oder erschwert ihre Reintegration ins Arbeitsleben.
- b) Arbeitskräfte, deren Gesundheitszustand im Vergleich zu jungen, vollwertigen Arbeitskräften relativ beinträchtigt ist werden aus Gründen, die mit ihrer Arbeitsfähigkeit nichts zu tun haben (z.B. als Folge einer Betriebsstillegung), freigestellt. Ihre durch die Arbeitslosigkeit bedingten Reintegrationsschwierigkeiten werden vom Arbeitsamt durch ihre Krankschreibung bzw. ihre Definition als "Behinderte" zu individuellen physischen, psychischen oder sozialen Funktionsmängeln ihrer Arbeitskraft umgedeutet.
- c) Die psychische Belastung im Zustand der Arbeitslosigkeit kann ihrerseits die Arbeitsfähigkeit des Betroffenen in einer Art beeinträchtigen, daß dies dem Arbeitsamt erlaubt, ihn durch die Krankschreibung bzw. durch die Definition als "Behinderten" aus der Gruppe der Arbeitslosen auszusteuern.
- 6. Die psychische und soziale Belastung der Arbeitslosigkeit für den einzelnen Betroffenen erhöht sich durch die Konstruktion der Arbeitsvermittlung, innerhalb derer vorwiegend solche Arbeitskräfte vermittelt werden, die den Betrieben/Unternehmen opportun erscheinen. Diese Praktik hat auf dem Hintergrund der zunehmenden Diskrepanz zwischen offenen Stellen und Arbeitslosen u.a. die Konsequenz, daß in den Arbeitsämtern Arbeitslose "produziert" werden, die kaum noch eine Chance ihrer beruflichen Reintegration haben und im Ergebnis zumeist mit durch langfristiger Arbeitslosigkeit verursachten psychischen oder sozialen Problemen in Krankheit, Rente oder Rehabilitation abgeschoben werden.

Klaus-Dieter Thomann: Der Einfluß der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit*

Für die große Mehrheit der arbeitenden Bevölkerung stellen die hohen Anforderungen am Arbeitsplatz einen wichtigen Faktor im Bezugssystem von Gesundheit und Krankheit dar. Bei oberflächlicher

* vgl. K.D. Thomann: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. In: A. Wacker (Hg): Von Schock zum Fatalismus, Frankfurt/M-New York 1978, S. 194-240. Hier findet sich eine ausführliche Abhandlung der Problematik.

Betrachtung könnte deshalb die Entlastung durch Arbeitslosigkeit einen gesundheitsfördernden Effekt haben. Diese Annahme erweist sich indessen als falsch, und in dem Referat sollen die Ergebnisse alter und neuer Untersuchungen über den gesundheitsschädigenden Einfluß der Arbeitslosigkeit dargestellt werden.

Der Grad der Gesundheitsbeeinträchtigung des einzelnen Arbeitslosen ist abhängig von:

- 1. dem vorher bestehenden Gesundheitszustand
- 2. der finanziellen Situation des Arbeitslosen
- 3. der Dauer der Arbeitslosigkeit
- 4. zusätzlichen Belastungen des Arbeitslosen
- 5. der sozialen (im wesentlichen familiären) Unterstützung
- 6. der Stellung der Gesellschaft zu den Arbeitslosen
- den in der Gesellschaft herrschenden Wertvorstellungen, Idealen und Normen, den für das Individuum erstrebenswerten Zielen
- 8. den gesellschaftlich angebotenen Möglichkeiten zur Konfliktbearbeitung
- 9. dem Klassenbewußtsein des Arbeitslosen
- 10. der Stellung der Arbeit im Leben des Betroffenen
- 11. dem Alter
- 12. dem allgemeinen Bildungsniveau und der beruflichen Qualikation
- 13. der zuvor ausgeübten Tätigkeit
- dem Bestehen einer Krankenversicherung auch für den Fall der Arbeitslosigkeit
- 15. der psychischen Struktur des Arbeitslosen.

Je nachdem, wie stark die genannten Faktoren wirksam sind, beeinflußt die Arbeitslosigkeit u.a. die Ätiologie und Pathogenese der folgenden Krankheitsgruppen bzw. Mortalitätsraten:

- Säuglingssterblichkeit
- Müttersterblichkeit
- Herz Kreislaufkrankheiten
- Ulkuskrankheit
- Alkoholismus und anderer Drogenmißbrauch
- Suicid.

Darüberhinaus finden Veränderungen im Krankheitsvorfeld statt, die sich auf den Blutdruck sowie den Cholesterin-, Harnsäure- und Noradrenalinspiegel im Blut beziehen.

Von besonderer Tragweite ist die Tatsache, daß der drohende Verlust des Arbeitsplatzes zu den gleichen Veränderungen führen kann wie die manifeste Arbeitslosigkeit.

Die wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse zeigen, daß die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit und die Beseitigung jeglicher Arbeitslosigkeit nicht nur ein soziales, sondern auch ein dringendes medizinisches Erfordernis sind

Elke Portugall und Barbara Riedmüller: Protokoll

Die Arbeitsgruppe setzte sich den Schwerpunkt Arbeitslosigkeit und Rehabilitation aus zwei Gründen: einmal erschien uns der Gesamtzusammenhang von Sozialpolitik und Gesundheitspolitik in der zur Verfügung stehenden Zeit zu umfangreich für die Diskussion gesundheitspolitischer Ziele zu sein; zum anderen verfolgten wir mit der Wahl dieser beiden Bereiche die Absicht, konkrete sozialpolitische/ gesundheitspolitische Prozesse zu untersuchen, die die Verbesserung der Gesundheitsversorgung determinieren. Eine zentrale Intention der Diskussion war, an diesen beiden Beispielen eine konkretere Ebene der Ableitung der Gesundheitspolitik von ökonomischen Mechanismen zu erreichen als dies in ökonomischen Theorien der Knappheit und Umverteilung der ökonomischen/staatlichen Ressourcen geschieht. Der wesentliche theoretische Bezugspunkt war dabei die Abhängigkeit der Gesundheitspolitik von der Arbeitsmarktpolitik, die sich in den institutionellen Mechanismen der Zuweisung und Verschiebung von Arbeitslosigkeit und Krankheit niederschlägt. Die Hervorhebung der institutionellen Zuweisungen von Krankheit und Arbeitslosigkeit hatte den Sinn, die aktuellen politischen Prozesse der Umsetzung ökonomischer und politischer Konjunkturen (der Knappheit) in konkrete sozialpolitische Handlungsstrategien der beteiligten Instanzen zu analysieren und deren Folgen für die Lebenslage der Arbeitslosen/Kranken zu bestimmen. Denn die Definition von Lebenslagen (Frührentner, Behinderter usf.) ist ein politischer Prozess, dessen Analyse und Kritik in der bisherigen gesundheitspolitischen Diskussion zu kurz gekommen ist. Einschränkend muß bemerkt werden, daß bei dieser Diskussion des Verhaltens der Sozialversicherungsträger das Problem von Krankheit als Folge von Arbeitslosigkeit nicht berücksichtigt wurde. Der Analyse von Arbeitslosigkeit als Belastungsfaktor (These: Arbeitslosigkeit macht krank) wurde entgegengehalten, daß mit dieser Betrachtungsweise die institutionelle Verarbeitung von Krankheit unter den restriktiven Bedingungen des Arbeitsmarktes vernachlässigt wird, d.h. daß der Prozess der Umdefinition von Arbeitslosigkeit in Krankheit seitens der Arbeits- und Sozialverwaltung aus dem Blick gerät (These: Sozialverwaltung macht krank).

Vernachlässigt man den Anteil der Institutionen bei der Zuweisung von Krankheit und Behinderung, so geht auch die politische Rolle dieser Institutionen und damit auch die Rolle der Professionellen in den Institutionen unter. Eine wichtige Fragestellung der Gruppe war, welche politischen Handlungspielräume der Experte, bzw. der Praktiker in den Institutionen unter Bedingungen einer engen Handhabung der Rehabilitationsleistungen bzw. der Aussichtslosigkeit einer beruflichen Integration chronisch Kranker und Behinderter haben kann. Welche Möglichkeiten hat der Praktiker, die Enge der Wahl zwischen vorzeitiger Berentung oder aussichtsloser Rehabilitation zu durchbrechen. Welche politisch-organisatorischen Bezugspunkte kann der Praktiker in diesem Dilemma nützen (z.B. Selbsthilfegruppen).

Unsere relativ kleine Gruppe setzte sich aus Praktikern auf dem Gebiet der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und in der Forschung Tätigen zusammen, was die Möglichkeit bot, wissenschafts- bzw. forschungspolitische Fragen mit Problemen der Praxis zu verbinden. Zu Beginn der Arbeitsgruppe lagen drei Thesenpapiere vor (siehe oben) die die Diskussion strukturieren sollten. Zusätzliche mündliche Beiträge waren ein Kurzreferat von K.-D. Thomann über den Einfluss von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit, ein Kurzbericht über eine Arbeitsloseninitiative in München und ein Kurzbericht über eine Selbsthilfegruppe von Behinderten in München. Nachfolgende Zusammenfassung der Diskussion rekonstruiert den tatsächlichen Diskussionsverlauf, dabei lag ein Tonbandprotokoll zugrunde.

1. Einleitende Thesen

Die Konjunkturabhängigkeit der Sozialpolitik zeigt sich nicht nur in ökonomischen Größen, sondern auch in einer politischen Gestaltung sozialer Lebenslagen. Diese konjunkturellen Schwankungen wirken sich auf die Betroffenen entweder permissiv oder/und restriktive aus. Am deutlischsten wird eine restriktive Politik im Bereich der Sozialhilfe, da hier die Beziehung zum Hilfesuchenden immer auch soziale Kontrolle beinhaltet. Geringe Verrechtlichung mit entsprechend hohem Ermessensspielraum, sowie die mit dem Subsidiaritätsprinzip verbundene mangelnde Generalisierung des Verwaltungshandels läßt hinreichend Lücken für eine situative Praxis der Sozialhilfeverwaltung.

Während in den Behindertengesetzen (Rehabilitationsangleichungsgesetz, Schwerbehindertengesetz, Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter u.a.) eine Ausweitung des Leistungskatalogs für Behinderte stattgefunden hat und der Gedanke der Rehabilitation stark in den Vordergrund trat, wird durch die gegenwärtige Arbeitsmarktlage der sozial kontrollierende Trend wieder stärker (Engpässe in der Leistungsvergabe, Verstärkung der Kontrollmechanismen, z.B. der Arbeitsbereitschaft, in der Sozialhilfe) Der Bezug auf die Arbeitsmarktpolitik läßt sich in einer konjunkturabhängigen Zuweisung bzw. Gewährung von Leistungen zeigen, etwa an dem statistischen Verlauf der Rehabilitationsleistungen im Verhältnis zur Berentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten), der gesetz-

lichen Veränderungen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes und der betrieblichen Praktiken der Frühberentung bzw. Umsetzung auf einen beschützten Arbeitsplatz.

Der gesetzliche Auftrag der Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung der Arbeitskraft, der für die Sozialversicherung im Sozialgesetz formuliert wird, ist praktisch von konjunkturellen Schwankungen begrenzt.

Ohne im einzelnen zu behandeln, inwieweit die Arbeitsmarktabhängigkeit in die Konstruktion der Sozialversicherungssysteme historisch eingebaut ist, gingen wir von der Prämisse der aktuellen Wirkung dieser Abhängigkeit auf die Betroffenen aus. Denn ein großer Teil der chronisch Kranken und Behinderten, vor allem im psychiatrischen Bereich, wird durch die Rehabilitationsmaßnahmen nicht in den Arbeitsmarkt integriert, sondern in Sondereinrichtungen abgeschoben, deren Funktion eine langfristige Absorbtion von "wertloser" oder "überflüssiger" Arbeitskraft ist. Wir faßten dieses Problem in der These zusammen, daß in wertvolle Arbeitskraft hoch investiert wird, daß aber die große Gruppe der leicht ersetzbaren Arbeitskraft je nach Arbeitsmarktlage von integrativen oder desintegrativen Strategien absorbiert oder nur kurzfristig rehabilitiert wird. Integrativ/desintegrativ sollte dabei den Bezug auf den Arbeitsmarkt und auf die rehabilitativen Strategien der jeweiligen Institutionen bezeichnen, wobei der Wechsel zwischen diesen beiden Strategien der politische bzw. politisierbare Faktor z.B. im Rahmen der Gewerkschaftspolitik ist.

Die Gruppe, auf die sich eine restriktive Sozialpolitik am stärksten auswirkt, umfaßt vor allem jene "Problemgruppen" auf die derzeit eine ganze Reihe sozialpolitischer Sonderprogramme ausgerichtet sind: Jugendliche Arbeitslose, Obdachlose, Suchtgefährdete, psychisch Kranke.

Die Sozialpolitik wird somit zum flexiblen Steuerungsinstrument, das von politischen Variablen in Richtung auf eine Verschiebung (und Absorption) von Problemgruppen beeinflußt wird. An dieser Variablen setzt der, jeweils verengte oder erweiterte, Handlungsspielraum der Professionellen bei der Entscheidung über das weitere Schicksal der Betroffenen an. An dieser Stelle konnten bereits mehrere Beispiele aus unserer eigenen Berufspraxis aufgeführt werden, die als "individuelle Sozialpolitik" diesen engen Handlungsspielraum zu überwinden versuchen, indem aus den ohnehin schon begrenzten Möglichkeiten für den Betroffenen die günstigste Lösung herausgeholt wird. Wir fragten, was unter Berücksichtung sozialpolitischer Gegebenheiten aus dieser institutionenkritischen Betrachtungsweise für die Praxis der Professionellen folgen kann und stießen auf zwei wesentliche Probleme: Einmal, wie läßt sich der Bezug zu den Betroffenen so herstellen, daß Entscheidungsalternativen über-

haupt entstehen können. Wir meinten, daß nur die konkrete Kenntnis der Lebenslage der Betroffenen Grundlage für eine solche Entscheidung sein kann. Zum andern, wie läßt sich soziale Kontrolle in der täglichen Praxis (z.B. einer Behindertenwerkstatt) durchsichtig machen und umgehen. Läßt sich das Leitbild der Integration in den Arbeitsmarkt im Umgang mit z.B. chronisch Kranken und Behinderten aufrechterhalten. Die Arbeitsmarktpolitische Zuweisung der sozialen Rolle "Lohnabhängiger" versus sozialer Rolle "Behinderter" vermittelt sich in der beruflichen Praxis von Medizinern, Psychologen, Sozialarbeitern als konkrete Entscheidung über die Lebensperspektive eines Kranken bis hin zu einer endgültigen Ausgrenzung.

Der berufspolitische Bezug auf Rehabilitation/Arbeitslosigkeit bedeutet in der Praxis die Entwicklung alternativer Handlungsmodelle in den Institutionen oder in Auseinandersetzung mit diesen. Der wissenschaftspolitische Bezug besteht demgegenüber darin, die Prozesse sozialer Integration/Desintegration zu dokumentieren und die jeweiligen Maschen oder Filter im System sozialer Sicherung sichtbar zu machen und alternative Konzepte in Hinblick auf die Verbesserung von Lebenslagen der Betroffenen Gruppen zu entwickeln.

2. Arbeitslosigkeit und Krankheit

Wir gingen in der Diskussion von der These aus, daß der Verursachungszusammenhang von Krankheit in der offiziellen Darstellung und administrativen Arbeitslosen-Statistik (Arbeitsamt, Rentenversicherung) eliminiert wird, indem Krankheit als Attribut von Arbeitslosigkeit gesehen wird.

2.1. Arbeitslosigkeit als Ursache von Krankheit

Als kritischer Einstieg in den Problemzusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit dienten uns Thesen zum Einfluß der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit (vgl. Thesen von Thomann).

Dabei beeinflußte die Frage nach den konjunkturellen Überformungen der Sozialpolitik, den institutionellen Einflußfaktoren auf die Definition von Krankheit, und Verschiebungseffekten zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit die Rezeption der vorgetragenen Thesen. Zwar bestand weitgehend Einigkeit darüber, daß Arbeitslosigkeit krank macht — dazu liegen ja auch eine Reihe von Untersuchungen vor — aber in einer isolierten Betrachtungsweise von Arbeitslosigkeit als Belastungsfaktor wurde nur eine Bestätigung der ohnehin stattgefundenen Entwicklung einer Umdefinition von Arbeitslose in Kranke und Behinderte gesehen. Arbeitslosigkeit als

Krankheitsfaktor sollte dagegen als integratives Moment in der Kette von Krankheitsverursachung durch betriebliche und situative Belastungen, der Rolle der Institutionen bei der Zuweisung von Krankheit bzw. Arbeitslosigkeit und der zusätzlichen Belastung durch Arbeitslosigkeit als eine verlaufsbedingte Belastung im Unterschied zur kausalen Erklärung von Krankheit durch Arbeitslosigkeit mit einer spezifischen Symptomatik (wie vegetative Dystonie u.a.) gesehen werden (vgl. Thesen von Guldimann). Für eine solche Krankheitskarriere wurden einige Beispiele genannt und vor allem die Wirkung der Institutionen (z.B. Arbeitsverwaltung) auf diese Karriere diskutiert.

Im Kontext eines solchen Verlaufs (Karriere) von Krankheit stellt die Arbeitslosigkeit dann einen wesentlichen Einschnitt dar. Arbeitslosigkeit als krisenhaftes Erlebnis im Leben des Individuums kann durchaus in dem Sinne krank machen, als mit dem Beginn und der Fortdauer der Arbeitslosigkeit in Verbindung mit existentiellen und ökonomischen Ängsten die Schwelle zur Krankheit überschritten werden kann. Dennoch steht man in jedem Einzelfall vor der gleichen Definitionsfrage: was ist Arbeitslosigkeit? Was ist Krankheit? "Ein Friseurlehrling bricht die Lehre, ab, weil sie nicht so lange stehen kann, also aus gesundheitlichen Gründen. Da weiß man jetzt nicht, ist ihr das nahegelegt worden, ist das eine Arbeitsamtstrategie, oder sind diese jungen Mädchen tatsächlich so krank...."

Die Schwelle von Arbeitslosigkeit zur Krankheit bzw. zur gesundheitlichen Gefährdung und zu Folgeerkrankungen könnte etwa überschritten werden, wenn man folgendes Phasenmodell einer "normalen" Arbeitslosenkarriere zugrundelegt:

- 1. Phase: 4 bis 8 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit: psychische und physische Entlastung, Freiheitsgefühl, verschiedene Aktivitäten
- 2. Phase: nach einem halben Jahr Arbeitslosigkeit: beginnende Unzufriedenheit, soziales Ausweichverhalten, beginnende Selbstdesintegration, aber immer noch Selbstinitiative und Suche nach einem neuen Arbeitsplatz
- 3. Phase: nach einem Jahr oder mehr Arbeitslosigkeit: Fatalismus, Verlust des Lebensziels, Suchtgefährdung (Alkohol), Suchtkrankheiten, Folgekrankheiten der Arbeitslosigkeit.

Hier taucht allerdings die Frage auf, ob eine solche Darstellung der Arbeitslosigkeit als potentielle Krankheitsursache nicht bereits zu einseitig ist. Die Medizinalisierung und Individualisierung sozialer Probleme ist nur möglich vor dem sozialpolitischen Hintergrund des "Subsidiaritätsprinzips" d.h. der individuellen Verantwortlichkeit für Krankheit oder Behinderung. Dadurch bekommt der Krankheitsbegriff seine entpolitisierte Funktion. Entgesellschaftung

durch das Subsidiaritätsprinzip wird gerade heute von allen politischen Instanzen verstärkt verfolgt. Desweiteren hat die Sozialgesetzgebung Anti-Klassenbewußtseins-Funtion, indem sie Hierarchien der Arbeitslosen, der Behinderten etc. vorgibt, die ideologisch einen Solidarisierungseffekt der Arbeitslosen verhindern und Konkurrenzverhältnisse im Arbeitslosen- und Behindertenbereich fortsetzen sollen. Selbst über die Gewerkschaften ist kaum ein Kontakt zu Arbeitslosengruppen herzustellen. In der Öffentlichkeit werden die Arbeitslosen, wenn nicht als krank im Sinne von Arbeitsunfähig, dann zumindest als arbeitsunwillig bzw. arbeitsscheu oder gar zur Kriminalität neigend dargestellt.

Eine weitere wichtige Frage war, welche Rolle die Arbeitsverwaltung bei diesem Prozeß der Individualisierung spielt. Festzuhalten ist vor allem, daß die Arbeitsverwaltung sich für die Betriebe instrumentalisieren läßt und entgegen ihrem gesetzlichen Auftrag einen Dienstleistungsbetrieb für die Unternehmen darstellt — sich in jedem Fall nicht um die Belange des einzelnen Arbeitnehmers kümmert. Alle sozialpolitischen Institutionen ignorieren das Problem der institutionellen Einflußfaktoren auf Arbeitslosigkeit. Um in Institutionen alternativ handeln zu können, muß man vor allem die Individualisierungsstrategien herausgreifen und thematisieren.

Selbst die Gewerkschaften unterstützen primär die (noch) Beschäftigten und thematisieren die Entlassenen nur am Rande. In der Sozialpolitik gilt das gleiche Prinzip: Gruppen von Leuten werden aufgrund eines Merkmals zusammengefaßt (Arbeitslose, Behinderte etc.) und einzeln thematisiert. Es ist jedoch ein Fehler, die einzelnen Gruppen isoliert für sich zu diskutieren, entlang den sozialpolitisch vorgegeben Definitionen, weil sich dadurch die Isolierungsstrategie (ideologisch) und Individualisierungsstrategie (faktisch) in der kritischen Analyse der Sozialpolitik wiederholt und den Zusammenhang des Problems nicht mehr erkennen läßt.

Bei der Umdefinition von Arbeitslosigkeit in Krankheit spielt der vorherrschende Krankheitsbegriff eine Rolle, denn ein Krankheitsbegriff, der von allen sozialen, situationsbezogenen und umweltbedingten Belastungen absieht, ist daher auch beliebig instrumentalisierbar für konjunkturabhängig notwendige Manipulationen. Es liegt im medizinischen Kompetenzanspruch mitbegründet, daß eine Zuweisung an die Medizin erfolgen kann, welche dann Probleme behandeln soll, die auf einem außermedizinischen Feld liegen, also von ihrer Verursachung her medizinisch nicht lösbar sind. In der Medizinalisierung von Arbeitslosigkeit verschwindet aber der Verursachungszusammenhang von Krankheit. Ein Beispiel dafür sind Untersuchungen über psychische Krankheiten von Arbeitslosen: zunächst wird der Situationsbezug vernachlässigt und schließlich wird als Therapie Psycho-Training für Arbeitslose angeboten,

womit der Zustand der Arbeitslosigkeit erträglicher gemacht werden soll. Mit einer Medizinalisierung von Arbeitslosigkeit lassen sich dann umstandslos Forderungen nach einer besseren medizinischen Versorgung von Arbeitslosen begründen, ohne die soziale Lage der Arbeitslosigkeit selbst in Frage stellen zu müssen. Gerade die Psychiatrie übernimmt gerne die Rolle der Versorgung von Personen, die von den Sozialversicherungsinstitutionen ausgesteuert. wurden. Es existiert heute eine gefährliche Tendenz zur Psychiatrisierung auch unter fortschrittlichen Sozialpsychiatern, die sich selbst eine zunehmende Kompetenz zuschreiben und dies mit Interesse an sozialen Problemen motivieren. Wenn z.B. die Einweisungsquote in psychiatrische Krankenhäuser mit der Arbeitslosigkeit positiv korreliert, wie es als Beweis für die These: Arbeitslosigkeit macht krank angeführt wurde, so heißt das eben nicht, daß es der Zustand der Arbeitslosigkeit ist, der krank macht, sondern: die Institutionen, die beteiligten Berufsgruppen tendieren stärker zur Einweisung - auch weil sie für den Patienten nichts tun können.

2.2. Zur These des hohen Krankenstandes der Arbeitslosen

Der Krankenstand der Arbeitslosen wird von einer Vielzahl von institutionellen Faktoren mitbeeinflußt, die man berücksichtigen muß, wenn man etwas über den tatsächlichen Gesundheitszustand aussagen will. Ein wesentlicher Faktor ist, daß die Beschäftigten sich in einer sich verschärfenden Arbeitsmarktlage zurückhalten, ihre Krankheiten offenzulegen, sich krank zu melden, zum Arzt zu gehen, eine Kur durchzuführen. D.h. man kann annehmen, daß sich ihr Gesundheitszustand eher verschlechtert. Zusätzlich steigt die Belastung am Arbeitsplatz. Dies bedeutet, daß sich der Gesundheitszustand der Beschäftigten unter solchen verschärften Arbeitsmarktbedingungen tendenziell verschlechtert, dies aber nicht immer in den Statistiken erscheint.

Bei den Arbeitslosen passiert genau das Umgekehrte. Arbeitslose werden vom ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes untersucht, und in dem Moment, in dem sich herausstellt, daß der Gesundheitszustand eines Arbeitslosen ein Hindernis darstellen könnte für eine neuerliche Vermittlung, wird dieses Krankheitsbild, das u.U. im Zustand der Arbeit überhaupt nicht relevant war, herausgestrichen, um festzuschreiben, daß der Arbeitnehmer nicht mehr vermittelbar ist.

Man kann also sagen, daß eine tendenzielle Unterschätzung stattfindet bei der (positiven) Beurteilung des Krankheits-bzw. Gesundheitsstandes der Beschäftigten, und eine tendenzielle Überschätzung beim Krankheitsstand der Arbeitslosen. Allerdings muß man mitbedenken, daß tatsächliche Krankheit manchmal erst sichtbar wird durch den Umstand, daß Arbeitnehmer qua Arbeitslosigkeit in die medizinische Institution geraten. Im Zustand der Beschäftigung fallen manchmal schwere Krankheiten gar nicht auf und beeinflussen auch nur unwesentlich die Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Ein Beispiel für diese These: In Hannover bei VW arbeitet ein großer Teil von Suchtkranken, die von den Betriebsärzten Schmerzmittel verabreicht bekommen, weil sie aufgrund des Lärms in der Karosseriehalle Ohrenschäden oder Kopfschmerzen haben. Diese im engeren Sinne Tablettenabhängigen funktionieren im Rahmen dieses betriebsärztlichen Systems gut. Sobald sie aber arbeitslos werden, erscheinen sie als "Suchtkranke" und sind dann nicht mehr vermittelbar. Andererseits weigern sich Suchtkranke, die noch einen Arbeitsplatz haben, eine Therapie zu beginnen, weil dies wahrscheinlich den endgültigen Verlust ihres Arbeitsplatzes bedeuten würde.

2.3. Die Rolle der Institutionen bei der "Verursachung" von Krankheit

Der hohe Krankenstand bei den Arbeitslosen ist also mitbedingt druch soziale Zuschreibungsprozesse, die man vor allem am Beispiel der Arbeitsverwaltung zeigen kann. Es wurde die Rolle der Arbeitsverwaltung bei der Zuweisung von Krankheit diskutiert ("Macht die Arbeitsverwaltung krank?") Einmal findet schon durch die Gutachterfunktion des ärztlichen und psychologischen Dienstes eine Zuschreibung von Krankheit statt, zum andern stellen die Praktiken der Arbeitsverwaltung für den Arbeitslosen einen wesentlichen Belastungsfaktor dar. Über diesen zweiten Aspekt wurde ausführlich diskutiert. In den institutionellen Abläufen, auch und besonders dann, wenn sie korrekt gehandhabt werden, sind stark krankheitsverursachende Momente enthalten. Am Beispiel einer typischen Arbeitslosenkarriere wird diese These erhärtet. Es beginnt mit der Entlassung bzw. Arbeitsaufgabe, die bereits mit 4 Wochen Sperrfrist "bestraft" wird, wenn der Arbeitsnehmer selbst gekündigt hat. Eine weitere prägnante Situation ist die Stellenbewerbung. Der Arbeitgeber hat für das Arbeitsamt eine "Richterfunktion", da er mit darüber entscheidet, ob der Bewerber arbeitswillig ist oder nicht. Erscheint der Arbeitnehmer arbeitsunwillig, reagiert das Arbeitsamt mit einer Sperrfrist. Denn dadurch, daß häufig die angebotene Arbeit mit dem vorhandenen Qualifikationsprofil nicht übereinstimmt, hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, den Bewerber beim Arbeitsamt regelrecht anzuschwärzen -was das Arbeitsamt dann als "Arbeitsunwilligkeit" auslegt. Die zweite Sperrzeit löst in der Regel den vollständigen finanziellen Ruin aus. Widerspruch gegen die Sperrzeit hat keine aufhebende Wirkung, und über den Widerspruch entscheidet die Institution Arbeitsverwaltung, also

kein unabhängiges Gremium. Die Hürde des Sozialgerichts mit Beschwerdeformulierung etc. und langen Wartezeiten nahmen wenige - es bleibt die finanziellen Notlage, die den Arbeitslosen schließlich zum Sozialamt führt. Beim Sozialamt kann es sogar vorkommen, daß ihm gesagt wird, er sei nicht berechtigt. Sozialhilfe zu bekommen. Richtig ist, daß er berechtigt ist, aber er bekommt 25% weniger als die anerkannte Mindestgrenze, bis zu einer endgültigen Entscheidung des Sozialgerichts. Diese Phase des Übergangs ist für den Arbeitslosen höchst angstauslösend und existenziell bedrohend. Die betroffenen Arbeitslosen sind in starkem Maße abhängig vor der Institution Arbeitsverwaltung in ihrer gesamten Lebensplanung. Die objektive Verschlechterung der Lebenslage, die möglichen psychisch belastenden Größen, die u.U. meßbar wären. sind noch sehr wenig dokumentiert, sollten aber als institutionell bedingte Krankheitsfaktoren, als krankheitsverursachend untersucht werden.

Der hier beschriebene Degradierungsprozeß des arbeitslos gewordenen Individuums hat Elemente von "Hospitalismus" in sich: Arbeitslosigkeit als Prozeß der schrittweisen Verfügbarmachung des Individuums mit dem Ergebnis der Auflösung des Selbstbildes.

Angstauslösend ist die quasi staatliche Verordnung des beruflichen Abstiegs und die relative Unbeeinflußbarkeit dieses Prozesses von seiten des Individuums. Im Verlauf dieser hochgradigen Abhängigkeit des Individuums von der Institution muß die Arbeitsverwaltung dem Betroffenen wie eine "totale Institution" erscheinen und hat auch sicherlich in manchen Fällen eine ähnlich destruktive Wirkung auf die Persönlichkeit des Betroffenen.

Arbeitslosigkeit und Krankheit werden in ihrem Verlauf demnach von institutionellen Zuweisungs- und Ausgrenzungspraktiken geprägt, die man als institutionelle Karriere von Arbeitslosigkeit und Krankheit bezeichnen kann. Solche Praktiken lassen sich ebenso an den übrigen Institutionen der Sozialversicherung, Sozialhilfeverwaltung und der betriebs- und vertrauensärztlichen Dienste zeigen. Angefangen vom ersten Kontakt beim niedergelassenen Arzt oder Sozialdienst, zu den Kostenträgern Krankenkasse oder Rentenversicherung etc. läßt sich ein System von Filterwirkungen rekonstruieren, an dessen Ende der Kranke, Behinderte, Arbeitslose steht. Vom Standpunkt des Betroffenen aus gesehen, ist Krankheit allerdings auch eine häufig gewählte Lösungsstrategie, weil sie als individuelle Reaktionsform auf situative Konflikte anerkannt ist. So daß die individualisierende Praxis der Sozialversicherung der individuellen Konfliktlösung durch Krankheit entsprechend funktioniert.

3. Zur Praxis der Rehabilitation von Behinderten

Es wurde die These diskutiert, daß es sich bei der "Rehabilitation" Behinderter in entsprechenden Einrichtungen (Werkstätten, Behindertenzentren, Wohnheime etc.) in der Mehrzahl der Fälle um ein schlichtes Ausgrenzungsphänomen handelt: mit der Aufnahme in eine oder mehrere Institutionen zur Integration Behinderter (insbesondere Behindertenzentren) werden "Desintegrations-Karrieren" programmiert (vgl. Thesen von Portugall). Die Forderung nach einer Rehabilitation körperlich, geistig und psychisch Behinderter kann nur beinhalten, daß die verschiedenen vorgesehenen Behandlungen so integriert wie möglich geschehen. Rehabilitation heißt also: integriertes Wohnen, berufliche Rehabilitation am Arbeitsplatz und nicht in Sondereinrichtungen. Daran muß sich die Forderung nach ambulanter Hilfe für die einzelnen Behinderungsarten anschliessen. Fehlen diese ambulanten Hilfen, wie es z.Z. der Fall ist, werden Spezialeinrichtungen für Behinderte zur Notwendigkeit bzw. sind tatsächlich nicht zu ersetzen (Überforderung der Familie oder der Angehörigen des Behinderten, mangelnde Ausstattung der Arbeitsplätze mit behindertengerechten Arbeitshilfen etc.). Daran schließt sich die Forderung nach einem Ausbau oder Aufbau einer gemeindenahen Versorgungsstruktur für Behinderte an. Demnach geht es um die Entwicklung von Rehabilitationshilfen, die dem Dilemma zwischen einer einerseits krankmachenden Arbeitswelt und dem Zwang, in diese Arbeitswelt zu integrieren, soweit wie moglich entgeht. Bislang gibt es wenig Versuche in diese Richtung, da die gesetzlichen Leistungen der Rehabilitation die Möglichkeiten determinieren, zumal die unkoordinierte Zuständigkeit und mangelnde Kooperation der Kostenträger eine Integration beruflicher, medizinischer und sozialer Integration verhindern. Da die einzig denkbare Integration Behinderter nur im Rahmen des normalen Arbeitslebens stattfinden kann. stellt sich die Frage, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen diese Arbeitswelt, aus der die Behinderten ausgestoßen wurden. Behinderte aufnehmen kann. Die durchschnittliche und derzeit steigende Arbeitsbelastung verträgt keine Behinderten: es wird vom Arbeitnehmer 150% Arbeitsleistung erwartet, unter diesem Zeitund Leistungsdruck wird seine Toleranzgrenze Nicht-Voll-Arbeitsfähigen gegenüber überschritten. Darum muß eine weitere Forderung an die Arbeitswelt lauten. Bedingungen zu schaffen, unter denen eine Integration Behinderter von seiten der Arbeitnehmerschaft möglich wird.

Die Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Integration Behinderter bestehen nicht nur in monetären Vergünstigungen für die Betriebe, sofern sie Behindertenarbeitsplätze schaffen, sondern auch in sog. behindertengerechten Arbeitsplätzen.

Grundsätzlich muß durch Entwicklung und Durchführung alternativer Versorgungsmodelle die Integrationsideologie sowohl am Beispiel der bestehenden Sondereinrichtungen als auch am Beispiel betrieblicher Integrationsstrategien aufgedeckt werden bzw. beide Bereiche, die Absorption in Sondereinrichtungen und die Arbeitswelt sind zusammen zu sehen. Die tarifrechtliche Gleichstellung von Behinderten mit den übrigen Arbeitnehmern ist nur eine Voraussetzung für deren Integration. Für die Behinderten-Arbeit in Sondereinrichtungen sollte eine tarifrechtliche Absicherung angestrebt werden. Die durchschnittlichen Einkommen Behinderter sind, bei vollem Acht-Stunden-Tag, ein Skandal und lassen den behinderten Arbeitnehmer weit unter das Existenzminimum fallen, was soziale Desintegration in jedem Fall fördert. Die tarifrechtliche Regelung der Behinderten-Arbeit wäre Aufgabe der Gewerkschaften, die die soziale Lage von Behinderten bisher wenig berücksichtigt haben, obgleich sich aktuell die Tendenz verstärkt, ältere und kranke Arbeitnehmer auszusteuern, indem sie zu Frührentnern gemacht werden oder zu Behinderten. In diese Richtung ist auch innerhalb der Gewerkschaften verstärkt Aufklärungsarbeit notwendig.

4. Diskussionsergebnisse

Aus der Diskussion ergaben sich zwei politische Bezugspunkte: die wissenschafts-bzw. forschungspolitische Perspektive und das Problem der praktisch-politischen Umsetzung der Analysen mit der Perspektive auf eine Veränderung (auch der eigenen) Praxis in oder gegenüber den Institutionen

4.1. Zur Wissenschaftspolitik

In der Diskussion ergaben sich zwei Schwerpunkte, einmal die ideologiekritische Analyse der offiziellen Arbeitslosenstatistiken und der administrativen Epidemiologie, zum andern institutionenkritische Analysen, die den institutionell bedingten Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit zum Gegenstand haben. Wir sahen im Fehlen vor allem wissenschaftlicher Analysen, die den Zusammenhang von Krankheitsverursachung, Krankheitsverlauf in Bezug auf soziale Lage (Arbeitslosigkeit) und im Resultat die Verschlechterung der Lebenslage des Arbeitslosen/Kranken insgesamt thematisieren, ein politisch folgenreiches Forschungsdefizit. Für die Aufspaltung von Forschungsansätzen in z.B. partielle Belastungsanalysen, ökonomische Analysen über Arbeitslosigkeit, die z.T. administrative Statistiken unhinterfragt übernehmen, gibt es disziplinspezifische und forschungspolitische Gründe.

Denn auf der einen Seite wird von der medizinischen und psychologischen Fachrichtung der Bezug zur sozialpolitischen und verwaltungsmäßigen Verarbeitung von Krankheit nicht gesehen, auf der anderen Seite bleibt die ökonomische und politische Analyse

des Systems sozialer Sicherheit zumeist abstrakt gegenüber den realen Prozessen des Umgehens mit Arbeitslosigkeit und Krankheit und damit der Lebenslage und dem Bewußtsein der Betroffenen gegenüber äußerlich. Diese Tendenz der Zergliederung von sozialen Lebenslagen in disziplinspezifische Sichtweisen wird durch die institutionelle Anbindung und Vergabe von Forschungsmitteln verstärkt. die eine Gesamtsicht von sozialen Problemen durch institutionelle und politische Eigeninteressen verhindern. Hier hätte die Kooperation mit den Gewerkschaften eine wichtige Funktion, aufklärerisch zu wirken, z.B. um Forschungen über betriebliche Belastungen mit der Erforschung von Rehabilitationsmaßnahmen der Sozialhilfeträger und deren Wirkung in Zusammenhang mit den Verursachungsfaktoren zu verbinden. Da in der Bundesrepublik die Datenlage über Gesundheit/Krankheit insgesamt durch politische Filter verengt und vereinseitigt ist, müssen Forschungsansätze verstärkt mit gewerkschaftlichen Interessen gemeinsam entwickelt werden.

4.2. Zur politischen Umsetzung

Wir stellten die Frage nach der Perspektive des Praktikers: Welche Politischen Handlungsspielräume hat der Mediziner, Psychologe, Sozialarbeiter, Pfleger etc., wenn er auf dem Hintergrund der eben dargestellten Thesen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit konkrete Veränderungen durchsetzen will. Natürlich gibt es einen begründeten Katalog von politischen Forderungen, die man an Parteien und Regierung richten kann - so z.B. in Bezug auf die Novellierung des Arbeitsförderungsgesetzes, die eine Verschlechterung der Arbeits- und Lebenssituation von Lohnabhängigen bedeutet -, doch bleiben solche Stellungnahmen von Wissenschaftlern wirkungslos, wenn sie gegenüber den Interessen der Betroffenen äußerlich bleiben - so z.B. wenn man mehr Behinderten-Arbeitsplätze fordert, ohne das damit verbundene Lebensschicksal zu berücksichtigen. Der Praktiker steht in direkten Handlungszwängen, versucht er beispielsweise bei der derzeitigen Arbeitsmarktsituation, Behinderte in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Wie läßt sich die Praxis der Ausgrenzung und Individualisierung der sozialpolitischen Institutionen verhindern? Greift man das Problem der Individualisierung heraus, so stellt sich die Frage nach einer möglichen politischen Verallgemeinerung der Interessen der Betroffenen. In diesem Zusammenhang wurde die Rolle der Gewerkschaften problematisiert. Dazu ein Praktiker:

"Was in der gewerkschaftlichen Diskussion überhaupt nicht auftaucht, ist das Problem der institutionellen Einflußfaktoren. überspitzt: die Arbeitsverwaltung macht krank.

Die Gewerkschaften sind ja in den Gremien drin und an diesem Mechanismus beteiligt, d.h. diese Diskussion muß stärker in die Gewerkschaften hineingetragen werden"

Da die Gewerkschaften immer diejenigen vertreten, die noch im Arbeitsprozeß sind, werden auch hier - wie von den übrigen sozialpolitischen Institutionen - die bereits Kranken, Arbeitslosen nur noch am Rande thematisiert. Dazu kommt es zu einer politischen Ausgrenzung bzw. Marginalisierung bestimmter Personengruppen, was den ohnehin stattfindenden Individualisierungstrend noch verstärkt. Die Organisierung von Selbsthilfegruppen z.B. in Arbeitsloseninitiativen. Behindertengruppen etc. entsteht aus diesem politischen Defizit, da diese Gruppen z.T. die Erfahrung machen mußten, daß die Gewerkschaften an ihnen desinteressiert sind. In der Alltagspraxis von Behinderteneinrichtungen ist eine Selbsthilfegruppe oft die einzige Möglichkeit, die Behinderten nicht "hängen" zu lassen oder sie von der Institution völlig abhängig zu machen. Selbsthilfegruppen sind daher nicht nur Ausdruck einer defizitären und wirkungslosen Sozialpolitik, sondern auch Ausdruck dasür, daß die Betroffenen ihr Vertrauen in die offizielle Politik verloren haben. Auf regionaler Ebene stellen daher Selbsthilfegruppen sozusagen den letzten Versuch der Artikulation von Bedürfnissen von unten dar. Obgleich der derzeitige Trend staatlicher Sozialpolitik nicht übersehen werden darf, Selbsthilfe für eine Reprivatisierungsstrategie zu instrumentalisieren, darf die Gefahr einer Abkoppelung von öffentlichen Politikformen nicht bagatellisiert werden.

Arbeitsgruppe I B: Gesundheitssystem und ökonomische Interessen

Hans-Ulrich Deppe und Rolf Rosenbrock: Protokoll*

- 1. Wie alle gesellschaftlichen Teilbereiche ist auch des Gesundheitswesen von der Entwicklung des ökonomischen Gesamtsystems abhängig. Erst vor dem Hintergrund dieser Beziehung gewinnen
- Diesen Ausführungen liegt teilweise ein Thesenpapier von Hagen Kühn zugrunde, das zur Fachtagung vorgelegt wurde.

andere beeinflussende Faktoren — wie das Kräfteverhältnis zwischen den am Gesundheitssystem beteiligten und interessierten Machtgruppen, qualitative Veränderungen des Morbiditätsspektrums und der Versorgungsstruktur, neue Entwicklungen in der medizinischen Forschung — an Gewicht. Die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen der BRD ist durch die seit 1973 anhaltende ökonomische Krise gekennzeichnet.

- 2. In der kapitalistischen Wirtschaftsordnung wird die ökonomische Krise immer durch eine Krise des Kapitals verursacht. Das Interesse an Profit zwingt das Kapital zur Akkumulation und die Bedingungen der Konkurrenz führen schließlich zur Überakkumulation von Kapital. Mit der Entstehung von Warenhalden geht eine Drosselung der Produktion einher. Es kommt als zur Entwertung von investiertem Kapital, die zu mehr oder minder heftigen Zusammenbrüchen der Profitrate führt.
- 3. Daraus resultieren zwei Hauptfolgen:

- Auf der Seite des Kapitals kommt es zu Konkursen, die von Konzentrationsbewegungen begleitet werden.

 Auf der Seite der Beschäftigten kommt es zu Arbeitslosigkeit und zu Kurzarbeit. Diejenigen, die weiterhin einen Arbeitsplatz behalten, können im Arbeitsprozeß intensiver eingesetzt werden.

- 4. Diese Auswirkungen der Krisenentwicklung für das Kapital und die Beschäftigten müssen indessen nicht gleichzeitig und parallel verlaufen. So zeigt sich gegenwärtig in der Bundesrepublik, daß das Kapital bereits wieder prosperiert, während die Beschäftigten noch immer von den Auswirkungen der Krise betroffen sind.
- 5. Die ökonomische Krise hat für die soziale Sicherung der Beschäftigten folgende Konsequenzen:
- So bedeuten Massenarbeitslosigkeit und Kurzarbeit finanzielle Einbußen für die Sozialversicherung.
- Zugleich bedeutet aber auch die intensivere Nutzung der verbliebenen Arbeitskräfte einen erhöhten Gesundheitsverschleiß.
- 6. Reaktionen des Staates auf wirtschaftliche Krisenzeichen: Der Staat subventioniert private Investitionen in der Hoffnung, die Interessen des Kapitals zu befriedigen und zugleich dadurch der Massenarbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Da diese Subventionen jedoch ohne Auflagen und unkontrolliert vergeben werden, werden sie von den Unternehmungen in aller Regel für weitere Rationalisierungen genutzt. Das wiederum bedeutet zusätzliche Arbeitslosigkeit, wenn nicht gleichzeitig die Arbeitszeit gesenkt wird.

Hier stellt sich nun die Frage, woher der Staat das Geld für die verstärkte Subventionierung privater Investitionen nimmt: Sowohl gegen Ende der Weimarer Republik in der Weltwirtschaftskrise als auch jetzt wieder seit einigen Jahren sind davon besonders der Sozial- und Bildungsetat betroffen.

- 7. Das hat zur Folge, daß Maßnahmen des Staates sich nicht an gesundheitspolitischen, sondern primär an den von Unternehmensinteressen dominierten wirtschaftspolitischen Zweckrationalitäten orientieren. Der Spielraum für Reformen reduziert sich damit auf "nicht-kostende" Reformen, die aber in der Regel auch nicht zur Durchführung kommen, da sie auf den heftigen Widerstand der am Gesundheitssystem finanziell interessierten und beteiligten Machtgruppierungen stoßen. Unter den Bedingungen der ökonomischen Krise ist das Kräftepotential der Reformkräfte meist zu schwach, um diesen Widerstand zu überwinden.
- 8. Da in den Zeiten der Prosperität 'Reform'-Politik im Gesundheitswesen vorwiegend darin bestand, unter Aufrechterhaltung bzw. Nichtantastung der bestehenden desintegrierten Strukturen die Gesundheitsleistungen auszuweiten, bleibt bei Verknappung der Mittel nur der Weg der Leistungsminderung zu lasten der Versicherten und der im Gesundheitswesen Beschäftigten.
- 9. Das Ausmaß der Leistungsminderungen richtet sich nach dem vorhandenen Gegenwehrpotential in den betroffenen Bereichen. So werden Leistungsminderungen gegenwärtig das (als politische Kraft schwache) Krankenhaus immer härter treffen als die niedergelassenen Ärzte oder gar die pharmazeutische Industrie.
- 10. Die Politik der Leistungsminderung wird 'begründet' mit der Notwendigkeit einer 'einnahmeorienterierten Ausgabenpolitik' der Krankenkassen. Das bedeutet die Bindung der Ausgaben an das Wirtschaftswachstum, dargestellt durch die Ziffer des Wachstums der Grundlohnsumme.

Obwohl die populäre Fassung dieser Argumentation: Die ohnehin als zu hoch angesehenen Ärzteeinkommen sollen nicht schneller steigen als die anderen Einkommen — ungeheuer plausibel klingt, enthüllt eine nähere Analyse sie als blanke Demagogie.

- 10.1. Bei Festlegung der Ausgabensumme zu Beginn eines jeden Jahres ('konzertierte Aktion in Weiß') ohne Veränderung der Leistungsstruktur entsteht zwangsläufig eine scharfe Konkurrenz der am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen um möglichst große Anteile an den Gesamtausgaben. Dies muß dazu führen, daß nicht die Profite der Arzneimittelindustrie und die Einkommen der niedergelassenen und privatliquidierenden Krankenhausärzte sondern die schwächsten Gruppen in dieser Konkurrenz, nämlich die abhängig Beschäftigten in den Praxen und Krankenhäusern, benachteiligt werden.
- 10.2. Da personengebundene Dienstleistungen immer nur langsamer rationalisiert werden können als andere produktive Tätigkeiten, und daher immer "unproduktiver" sein müssen als diese, bedeutet die Bindung der Ausgabensumme für diese Dienstleistungen an das Gesamtwirtschaftswachstum, daß tendenziell der Anteil der Versor-

gungsdienstleistungen am gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumen sinken muß. Dies aber bedeutet eine absolute Absenkung des

Versorgungsniveaus.

10.3. Es besteht kein vernünftiger Grund für die Koppelung der Ausgaben für das Gesundheitswesen an das Wirtschaftswachstum. Diese beiden Größen haben allenfalls insoweit etwas miteinander zu tun, als bei überproportionalem Wachstum der Gesundheitsausgaben Grenzen der Belastbarkeit der Lohneinkommen durch Beitragszahlungen erreicht werden können. Von einer solchen Situation ist das Gesundheitswesen in der BRD noch weit entfernt.

- 11. Im einzelnen zeichnen sich folgende Strategien des Staates im Gesundheitswesen ab.
- 11.1. Strategie der rigiden Kostendämpfung. Diese betrifft vor allem:
- Die Sozialversicherten infolge von Leistungsabbau und zusätzlicher finanzieller Beteiligung ("Selbstbeteiligung", Minderinanspruchnahme aufgrund massiver Angstkampagnen in den Medien, Bettenabbau).
- Die Beschäftigten in den Krankenhäusern; infolge einer Verringerung des Personalbestandes findet eine Intensivierung der Arbeit statt, da bei weniger Personal die gleiche oder zum Teil auch mehr Arbeit verrichtet werden muß. Überdies findet eine Privatisierung von Teilbereichen der Krankenhäuser statt, insbesondere von Küchen, Wäschereien und Reinigungen. Dies bedeutet eine Verschlechterung der Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten, oft auch verbunden mit Leistungsverschlechterungen für die Patienten.
- Es betrifft auch die ärztliche Ausbildung, wie die Novelle der ärztlichen Approbationsordnung vom Februar 1978 zeigt. Personaleinsparungen im Ausbildungssektor führen zu einer Verschlechterung der Ausbildungsbedingungen, die mit einer Verschärfung des Prüfungssystems einhergehen.

Generell ist festzustellen, daß die Strategien der Kostendämpfung auf Erfolge in kürzester Frist orientiert sind: auch kostenmäßig negative Auswirkungen auf mittlere und längere Frist (z.B. durch erheblich teurere Spätfolgebehandlungen nicht oder nicht rechtzeitig behandelter Krankheiten) werden in Kauf genommen.

11.2. Kostenverschiebungen.

 Kostenverschiebung vom Staat auf die Sozialversicherung: hier ist vor allem das Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972) in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung (1973) zu erwähnen, deren beitragssteigernde Auswirkungen seit 1974 nicht mehr durch aktive Lohnpolitik aufgefangen werden können.

 Kostenverschiebung von der Sozialversicherung auf die einzelnen Versicherten: besonders deutlich kommt dies im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (1977) durch die zusätzliche finanzielle Beteiligung der Versicherten an den Arzneimitteln zum Ausdruck.

Bei den Kostenverschiebungen handelt es sich um Tendenzen der Entstaatlichung und Privatisierung.

- Kostenverschiebung innerhalb des Systems der Sozialversicherung: diese Entwicklung kann besonders deutlich an der Genese des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes nachvollzogen werden: Zunächst wurde der Beitrag der Rentenversicherung an die Krankenversicherung reduziert, wodurch die staatlichen Zuwendungen an die Rentenversicherung vermindert werden konnten. Dieser Schritt ist im Zusammenhang mit der Politik des Staates zu sehen, die Finanzen anderer Körperschaften (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Länderhaushalte) für die Haushaltspolitik des Bundes zu funktionalisieren. Nicht zuletzt diese Verschiebung löste dann die Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes aus.
- 11.3. Wichtigste Gesetze und Verordnungen mit Konsequenzen für Kostendämpfung und Kostenverschiebung: 1972 Krankenhausfinanzierungsgesetz; 1973 Bundespflegesatzverordnung; 1975 Haushaltsstrukturgesetz; 1977 Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz; 1978 Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung.
- 11.4. Informelle Reaktionen auf die Kostendämpfung sind beim Verhalten von Kranken und Ärzten zu registrieren. Es kam und kommt zum temporären Rückgang der ärztlichen Inanspruchnahme, von Krankschreibungen, Krankenhausüberweisungen, Kuranträgen und der Anzeige von Arbeitsunfällen.
- 12. Strategien der Strukturverbesserung

Seit Jahren wird über Strukturverbesserungen im Gesundheitswesen diskutiert u.a.:

- Im gesundheitspolitischen Programm des DGB (1972) und den Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik (1977) wird die kurative Medizin zugunsten des Ausbaus der präventiven Medizin kritisiert.
- Im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz werden Vorschläge zur Überbrückung der Kluft zwischen der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung gemacht.
- In den Massenkommunikationsmedien wird die Preisbildung in der pharmazeutischen und Geräteindustrie kritisiert und eine Kontrolle der ärztlichen Honorare gefordert.
- Eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Insti-

tuts des DGB (1977) fordert eine Aktivierung in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherung.

Die IG Metall hat auf ihrem Gewerkschaftstag 1978 einer Vereinheitlichung in der Sozialversicherung zugestimmt.

Bisher wurden keine kontinuierlichen Versuche unternommen, diese Forderungen in die Praxis umzusetzen. Vielmehr werden heute sogar Forderungen nach Strukturverbesserungen zum Teil genau in ihr Gegenteil verkehrt, indem sie zur Legitimation des Abbaus oder der Ablenkung davon dienen.

Dazu zwei Beispiele:

Die Kritik an der kurativen Medizin ging Ende der 60er Jahre von fortschrittlichen Kräften aus, indem auf ihre Desintegration und relativ geringe Effizienz gegenüber primärpräventiven Maßnahmen hingewiesen wurde. Echte Primärprävention kann aber nur in gesundheitsbezogenen Eingriffen in die Arbeits- und Lebenswelt (Wohnung, Umwelt, Verkehr, Konsumgüter) bestehen. Zur Durchsetzung solcher Eingriffe (die sich in aller Regel gegen mächtige Kapitalinteressen auswirken würden) sind die derzeit bestehenden Reformkräfte aber meist zu schwach. Das führt dazu, daß heute kurative Leistungen unter Hinweis auf Prävention zum Abbau anstehen oder schon abgebaut werden, ohne daß Primärprävention betrieben wird. An ihre Stelle tritt dann der meist hilflose Versuch der Beeinflussung des Individual-Verhaltens. Auf diese Weise wird aus der Reform der Arbeits- und Lebensverhältnisse und des Gesundheitswesens eine "Reform" des Verhaltens, eine "Reform" des Patienten.

Auch die Kritik am "inhumanen Krankenhaus" ging von fortschrittlicher Seite Aus. Diese Kritik wurde unter den Bedingungen restriktiver Gesundheitspolitik als Forderung z.B. nach humanen Pflegeeinrichtungen (z.B. für chronisch Kranke und Alte) anstelle hochtechnisierter Krankenhausbetten aufgenommen. Die heute zur Durchsetzung anstehenden Landeskrankenhauspläne beruhen auf der Fiktion der Existenz solcher Pflegeeinrichtungen und dienen als Begründung für den Abbau des nicht existenten "Bettenberges". Die einzige Konsequenz ist dann der Abbau von Krankenhausbetten und -personal — die Krankenhäuser werden noch inhumaner.

Insgesamt ist festzustellen, daß es seit Jahren an konzeptionellen Vorschlägen zur Strukturverbesserung im Gesundheitswesen nicht fehlt. Durchgesetzt wurde dagegen so gut wie nichts. Vorherrschend sind gegenwärtig Strategien der Kostendämpfung ohne Strukturverbesserungen. Der umgekehrte Weg müßte beschritten werden:

Bestehende Widerspüche und Reibungsverluste im Gesundheitswesen müßten durch Strukturverbesserungen überflüssig gemacht werden.

- 13. Von den Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen sind vor allem die Sozialversicherten und die Beschäftigten in den Krankenhäusern betroffen. Für sie stellt sich die Frage, wer ihre Interessen vertritt und in welchem Ausmaß dies geschieht.
- 13.1. Als erstes sind hier die Gewerkschaften zu nennen. Diese verhalten sich indessen gegenüber der Regierungspolitik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen eher passiv und duldend. Teilweise tragen sie sogar die Konzeption der Bundesregierung mit. Ursache für diese Passivität oder gar Zustimmung ist die prekäre verteilungspolitische Situation in der gegenwärtigen Krise: Angesichts von weit mehr als 1 Mio Arbeitslosen ist die Durchsetzungskraft in den Tarifkämpfen derart schwach, daß Nettolohnsicherung oder gar -erhöhung zu Lasten der Gewinne kaum möglich ist. Die Priorität des Arbeitslosenproblems führt auch dazu, daß die Durchsetzung von Arbeitszeitverkürzungen zur Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen teilweise als wichtiger angesehen wird als Lohnerhöhungen. Offensive Lohnstrategien werden daher teilweise ersetzt durch solche der Nettolohnsicherung durch Minimierung der "Beitragsbelastung". Dies führt dazu, daß Einsparungsstrategien im Gesundheitswesen, wie im Bereich der öffentlichen Dienstleistungen überhaupt, eine große Chance haben, von gewerkschaftlicher Seite akzeptiert zu werden, obwohl sie sich zu Lasten des großen Teils der öffentlich bediensteten Arbeitsnehmer und der im Gesundheitswesen Beschäftigten (öffentlich und privat) auswirken und den Versorgungsgrad der Bevölkerung mit Dienstleistungen gefährden. Offener Widerstand gegen die gegenwärtige Politik des Staates wird daher vorwiegend von den reaktioäre Sonderinteressen verfolgenden ärztlichen Standesorganisationen geleistet, aber auch von der pharmazeutischen Industrie und den Privatversicherungen. Auf Gewerkschaftsseite steht dagegen die Abteilung Gesundheitswesen beim Hauptvorstand der Gewerkschaft ÖTV derzeit mit der offensiven Vertretung der Interessen der Beschäftigten und der Sozialversicherten noch relativ isoliert da.
- 13.2. Innergewerkschaftlich gibt es erhebliche Differenzen:
- Zwischen DGB und OTV auf regionaler Ebene:

So treten DGB-Vertreter in den Selbstverwaltungsgremien der Kassen für Kostendämpfungsmaßnahmen auch in den Krankenhäusern ein, um die Beitragslast für die Versicherten zu erleichtern. Die OTV hingegen kämpft für die Erhaltung der Arbeitsplätze und bessere Arbeitsbedingungen auch unter dem Aspekt einer qualitativ besseren Krankenversorgung.

- Zwischen der Gewerkschaft ÖTV und der IG-Chemie: So wurde die berechtigte Kritik der ÖTV an der Arzneimittelindustrie auf Intervention der IG-Chemie, die Arbeitsplatzverluste in der pharmazeutischen Industrie befürchtete, aus dem Entwurf der "Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik" herausgenommen.

- Zwischen der IG-Metall einerseits und der ÖTV und der IG-Bau-

Steine-Erden andererseits:

Die IG-Metall verabschiedete auf ihrem 12.ordentlichen Gewerkschaftstag 1977 die Forderung nach Vereinheitlichung der Sozialversicherung, die von der ÖTV, insbesondere jedoch von der BSE, kritisiert wurde. Die BSE drohte bei Verwirklichung des IG-Metall-Beschlusses sogar mit einem Austritt aus dem DGB.

Insgesamt bedeuten die innergewerkschaftlichen Differenzen eine erhebliche Schwächung der Interessenvertretung der Sozialversicherten. Statt einer Ausweitung innerer Unterschiede müßte vielmehr die Frage des gemeinsamen Gegners diskutiert werden. Dieser ist wesentlich in dem privatwirtschaftlichen Einfluß auf das Gesundheitswesen zu sehen. Überdies müßte nicht nur gegen eine zunehmende Privatisierung des Gesundheitswesens, sondern für eine zunehmende Inpflichtname des Staates eingetreten werden.

- 13.3. Bei der Interessenvertretung der Sozialversicherten muß auch an die Krankenkassen gedacht werden. Diese sind jedoch seit 1951 infolge der paritätischen Besetzung der Selbstverwaltungsorgane in den RVO-Kassen weitgehend paralysiert und schließlich auch entpolitisiert, so daß von hier kein aktiver Einsatz zu erwarten ist.
- 13.4. In die Diskussion um die Bündnispolitik der Sozialversicherten müssen auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen einbezogen werden. Ihr gewerkschaftlicher Organisationsgrad ist relativ gering. Zusätzlich zeichnet sich im ärztlichen Bereich ein zwar noch geringes aber zunehmendes Potential von kritischen Ärzten ab, die mit den Sozialversicherten und Gewerkschaften für eine bessere Krankenversorgung eintreten wollen (Liste Demokratischer Ärzte/Hessen, 2 Listen Soziales Gesundheitswesen/Nordrhein-Westfalen und Gemeinsame Liste Krankenhaus und Praxis/Berlin).
- 14. Abschließende These: Wir befinden uns zur Zeit im Gesundheitswesen in einer extremen Defensivsituation, in der der Abbau sozialer Leistungen verhindert werden muß. Davon dürfen wir uns nicht durch Modelle, die ihrem Anspruch nach langfristige Verbesserungen darstellen, gegenwärtig jedoch von keiner relevanten politischen Gruppe praktisch durchgesetzt werden, ablenken lassen. Gleichwohl ist es dringend erforderlich weitergehende Perspektiven zu entwickeln, damit es nicht zu einer Lähmung vorhandener Kräfte kommt (siehe Gewerkschaften!). Aktuell hat jedoch die Verteidigung erkämpfter Sozialleistungen Vorrang!

Schwerpunkt II: Zu den Problemen der Ausbildung und Professionalisierung im medizinischen und psychosozialen Bereich

Arbeitsgruppe II A: Zur Ausbildung von Medizinern

Rik van den Bussche: Protokoll

Vorbemerkung

Die Arbeitsgruppe bestand aus 16 Teilnehmern, in der Mehrzahl Medizinstudenten. Wegen der Breiten Streuung der Interessen der Teilnehmer (Klärung der individuellen Berufsperspektive, Information über jüngste politische Auseinandersetzungen und alternative Vorschläge zum Medizinstudium, Perspektiven und Probleme der studentischen politischen Arbeit etc.) und in Anbetracht der Knappheit der zur Verfügung stehenden Zeit, konnte die Diskussion nicht in einen fertigen und umfassenden Ziel- und Forderungskatalog münden. Wichtige Fragestellungen und Probleme des Medizinstudiums wurden jedoch angesprochen und vielfach kontrovers diskutiert. Die nachfolgende Darstellung der Arbeitsergebnisse ist somit nicht als eine Chronologie der Ereignisse in der Arbeitsgruppe zu verstehen, sondern als nachträgliche, systematisierende Aufarbeitung der angesprochenen Probleme und Kontroversen aufgrund eigener und anderer (Elke Korte) Protokollnotizen.

1. Zum politischen Kontext der Diskussion um die Medizinerausbildung

Die Medizinerausbildung ist seit ca. 3 Jahren erneut ins Blickfeld der politischen Diskussion gerückt. Nachdem die 1970 verabschiedete Approbationsordnung für Ärzte (AO) bis 1978 bereits zweimal novelliert wurde, ist die Arbeit an einer dritten "Reform" gerade angelaufen. Die hierfür vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit jüngst eingerichtete "Kleine Kommission", die nahezu alle Institutionen und Verbände in diesem Bereich gruppiert, kann sich bei ihren Beratungen stützen auf eine Vielzahl von Studien und Stellungnahmen von Verbänden und Parteien (Bundesärztekammer (BÄK), Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Westdeutscher Medizinischer Fakultätentag (WMFT), Wissenschaftsrat (WR), Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), CDU-Bundestagsfraktion, Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit etc.).

Hervorzuheben ist, daß unter diesen Institutionen und Verbänden ein zwar oberflächlicher, aber sehr breiter Konsens existiert bezüglich des Mängelkatalogs der medizinischen Ausbildung. Das Medizinstudium wäre zu praxisfern, überfrachtet mit "theoretischem", naturwissenschaftlich-technischem "Ballast", dafür aber wäre die klinisch-praktische Qualifikation der Medizinstudenten zum Zeitpunkt der Approbation völlig unzureichend. Die Rede ist vom Scheitern der mit der AO 1970 eingeführten Konzeptionen des Kleingruppenunterrichts am Krankenbett und des Praktischen Jahres. Hierfür verantwortlich gemacht werden die AO insgesamt oder einzelne Elemente dieser (z.B. das zum zusammenhanglosen Pauken von Einzelfakten führende Multiple-Choice-Prüfungssystem), das Auslesesystem im Zusammenhang mit dem Numerus clausus (das die "falschen" Studienanfänger ins Medizinstudium brächte) und - in jüngster Zeit zunehmend - die angeblich zu große Zahl von Medizinstudenten überhaupt.

Diese Debatte um die Arzteschwemme' hat die Auseinandersetzungen um das Medizinstudium noch verstärkt. Allenthalben werden fehlende Weiterbildungsstellen und verfrühte Niederlassungen von ungenügend qualifizierten Arzten vorhergesagt. In historisch gesehen bewährter Manier bemüht man sich dementsprechend um eine Novellierung der medizinischen Ausbildungsordnung zwecls. Lösung eines primär strukturellen Problems der Gesundheitsversorgung.

Die hierdurch verunsicherten Medizinstudenten treffen in der Tat auf sehr unzureichende materielle Ausbildungsbedingungen. Die Studienanfängerzahlen sind in den 70er Jahren stark angestiegen (Verdoppelung im Zeitraum 1970—78). Die Zahl der Lehrkörpermitglieder, der Räume, der Lehrkrankenhäuser etc. ist jedoch wesentlich langsamer gewachsen, die Ausbildungsbedingungen sind somit relativ schlechter geworden. Die Relationen Lehrkörper zu Studenten tendieren zum Niveau von 1960. Im übrigen hat das staatliche bildungsplanerische Instrumentarium (Kapazitätsverordnung) zur Folge, daß jedwede Verbesserung der Ausstattung sich sofort in eine Erhöhung der Studienanfängerzahlen niederschlägt, somit qualitätsneutral bleiben muß. Dies ist nur ein Ausdruck der aktuellen staatlichen Bildungspolitik, die primär auf Kostenminimierung bei bleichzeitiger "Öffnung" der Hochschulen abstellt.

Diese Politik hat im übrigen ihr Korrelat in der von Staat und Sozialversicherungsträger praktizierten Politik der "Kostendämpfung" im Gesundheitswesen.

2. Zur Richtung der aktuellen Lösungsvorschläge

Festzustellen ist, daß die aktuell kursierenden Studien und Vorschläge

- bei allen Unterschieden - folgende Kernpunkte aufwiesen:

 Veränderung bzw. Verschärfung der Zulassung (KMK-Tests), Krankenpflegejahr (CDU/ASG), Verringerung der Zulassungszahlen (BÄK/ASG), Verringerung der Zulassungszahlen (BÄK/ASG),

Verschärfung der Prüfungsanforderungen (BÄK, ASG, WMFT, AO-Novelle 1978),

Intensivierung des Studiums, und zwar im wesentlichen

ohne Kompensation der entsprechenden Verschlechteder materiellen Lage der Studenten (Ausweitung der Famulaturen in der semesterfreien Zeit und des Praktischen Jahres bei BAK, ASG und CDU), Auflösung der für die AO 1970 konstitutiven Integration

von Theorie und Praxis im Studium zugunsten einer Sequenz von einem primär theoretischen Grundstudium (4–5 Jahre) und einer praktisch-klinischen Qualifikationsphase (1–3 Jahre), (BAK, ASG). Bezüglich letzterem Punkt bestehen nach wie vor größere Differenzen zwischen den Interessenten bezüglich Bezahlung und Status der Mediziner in diesem Abschnitt (Neueinführung Medizinalassistenten-Zeit?, eingeschränkte Approbation?)

3. Zur Kritik dieser Vorschläge

Festgestellt wurde, daß alle diese Lösungsvorschläge eine mehr oder weniger starke Verschlechterung der Studien- und Lehrbedingungen zur Folge haben, und daß sie im übrigen nicht von einer inhaltlichen Zielvorstellung für das Medizinstudium - basierend auf einer entsprechenden gesundheitspolitischen Konzeption - ausgehen, sondern im Gegenteil lediglich auf kapazitative, finanzielle und formal-strukturelle Gesichtspunkte abstellen.

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe befaßte sich dementsprechend zunächst vor allem mit Fragen einer Soll-Vorstellung von Konzeption und Zielsetzung des Medizinstudiums.

Über eine Reihe von nach wie vor aufrechtzuerhaltenden diesbezüglichen Forderungen bestand Konsens, Hierzu gehören u.a.:

- die Erhöhung des Stellenwertes der psychosozialen und sozialmedizinischen Studienanteile und deren Ausrichtung auf die Versorgungserfordernisse der Arbeitnehmer,
- die Gewichtsverlagerung von einer diagnostisch-thera-peutischen Kompetenz des Mediziners zugunsten einer präventiven und sozialintervenierenden Orientierung,

eine stärkere Berücksichtigung der Erfordernisse der (ambulanten und stationären) Grundversorgung im Medizinstudium,

- die Notwendigkeit, im Medizinstudium Teamfähigkeit durch Kooperation mit anderen Berufsgruppen (bzw. deren Auszubildenden) einzuüben.

Im Zuge dieser Diskussion wurden jedoch mehrere grundlegende Probleme und Fragestellungen deutlich, über die in der Kürze der Zeit nur in wenigen Fällen ein ausgereifter Konsens zu erzielen war. Sie werden im folgenden näher beschrieben.

4. Grundlegende Probleme des Medizinstudiums

4.1. Wo liegen die Grenzen des Aufgabenbereichs der Ärzte?

Die Forderung nach einer stärkeren präventiven und psychosozialen Ausrichtung ärztlicher Tätigkeit — und nach einer entsprechenden Ausgestaltung des Medizinstudiums — gerät leicht in Widerspruch zu der Forderung nach Kompetenzausweitung und Qualifikationserhöhung anderer, nicht-ärztlicher Berufe im Gesundheitswesen.

Ist es denn überhaupt sinnvoll — und erreichbar — die Ärzte für die Prävention, Diagnose und Therapie auf allen Ebenen von Krankheit und Gesundheit (somatisch, psychisch wie sozial) zuständig bzw. kompetent zu machen? Ist dies nicht eine — wohlgemeinte — Variante des ständischen ärztlichen Omnipotenzanspruchs, in dem andere Berufsgruppen bestenfalls nachrangig einen Platz finden?

Muß nicht vielmehr verstärkt konzeptionell und praktisch auf ein Gesundheitsversorgungssystem hingearbeitet werden, das eine rationale Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen mit spezifischer Teilkompetenz gewährleistet?

Die Forderung nach einer Ausweitung der Kompetenz des Arztes kann somit auch begriffen werden als das Ausbildungskorrelat einer zunehmend inadäquaten Versorgungsstruktur, die durch die Dominanz der Ärzte gekennzeichnet ist. Veränderungen in der Organisation des Gesundheitswesens — wie sie im westeuropäischen Ausland bereits in Ansätzen zu beobachten sind — würden die psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit primär anderen Berufsgruppen als Aufgabenbereich zuweisen, die hierfür spezielle Qualifikationsprozesse nachweisen können. Der Aufgabenbereich der Ärzte in solchen multidisziplinär besetzten Versorgungseinheiten wäre dann — vermutlich — wiederum primär naturwissenschaftlich-klinisch definiert.

Diesem Argumentationsstrang steht nun vielfach die Forderung nach einer "breiten", nicht frühzeitig auf spezifische Tätigkeitsbereiche ausgerichtete Grundausbildung gegenüber. Diese Forderung wird u.a. von einem großen Teil der Studenten — individuell wie kollektiv — geäußert, jedwede "Verengung" der Kompetenz- und Erfahrungsbriete als Dequalifizierungsprozeß begriffen.

4.2. Das Ausbildungsziel und sein Verhältnis zur medizinischen Weiterbildung

Die Bedeutung der Weiterbildungsphase nach der Approbation im

ärztlichen Qualifikationsprozeß hat in den letzten Jahrzehnten wesentlich an Bedeutung gewonnen. Auch für den Bereich der Allgemeinmedizin wird — wie die entsprechenden Vorschläge, auch des Auslandes, zeigen — davon ausgegangen, daß die Berufsfähigkeider Ärzte nicht bei Abschluß ihrer Ausbildung erreicht werden kann. Trotzdem gründen sich auf dieser Vorstellung nach wie vor die Ausbildungszielvorstellungen z.B. der Ärzteverbände (zum Zeitpunkt der Approbation soll der Arzt die ärztliche Kunst "sachgerecht, eigenverantwortlich und unabhängig" ausüben können), wie auch — implizit — die vieler Studenten und ihrer Organisationen. Nach wie vor ist deren Kritik wesentlich damit begründet, daß der Student am Ende des Studiums nicht genügend klinischpraktische Kompetenz besitzt.

Die Frage muß stärker in den Vordergrund gerückt werden, ob derartige Kriterien sinnvoll und erreichbar sind. Zu prüfen ist, ob nicht das zentrale Problem des Medizinstudiums die Tätsache ist, daß immer noch vom Konzept eines einheitlich ausgebildeten und am Ende der Ausbildung berufsfähigen Arztes ausgegangen wird. Dieses Konzept hat eine stark ständische Komponente (vgl. Nürnberger Ärztetag). Die - erklärbare - Furcht der Ärzteverbände vor einer Differenzierung des Berufsbildes Arzt (und vor der entsprechenden Differenzierung (in) der Ausbildung) und die damit einhergehende Forderung nach einer sorgfältigen Trennung der Segmente Ausbildung (zuständig: Staat und Universitäten) und Weiterbildung (zuständig: Landesärztekammern) sollte nicht länger bruchlos und unüberprüft hingenommen werden. Es muß - im Gegenteil - vielmehr eine stärkere Koordination und Abstimmung dieser beiden Segmente hingearbeitet werden, sowohl auf der curricularen wie auf der formalen Ebene

4.3. Über die Wissenschaftlichkeit, die Didaktik und den Praxisbezug im Medizinstudium

Einigkeit bestand in der Forderung, daß das weitgehend rezeptive Lernen und an Faktenkenntnissen orientierte Prüfen zu ersetzen ist durch Lernprozesse, die die selbständige Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit bzw. mit den ihnen entsprechenden Theorien und Verfahren beinhalten. Unklar blieb, wie diese, sich im "Projektstudium" und "exemplarischen Lernen" konkretisierenden Forderungen vermittelt werden sollen zu der These, daß das nosologische Wissen in der Medizin nunmal ein unabänderliches, wesentliches Merkmal der ärztlichen Arbeit bzw. des Medizinstudiums bleiben muß.

Wichtig ist auch, auf mögliche Zusammenhänge mit dem Postulat der Einheit des Medizinstudiums hinzuweisen. Faktisch ist das Medizinstudium — im Zuge der Wissenschaftsentwicklung in der Medizin—zu einem relativ oberflächlichen Kontaktaufnahme-Prozeß mit ca. 40 Disziplinen geworden. Innerhalb der einheitlichen Ausbildung zum Mediziner wird nahezu jede Reformkonzeption entweder zu Lasten der bisherigen systematischen Ausbildung oder der praktischen oder beider gehen. Die Realisierung wissenschaftlicher Lernprozesse ist jedenfalls mit der bisherigen disziplinär vermittelten Nosologie praktisch kaum in Einklang zu bringen. Erst die Differenzierung innerhalb des Studienganges kann den erforderlichen Raum schaffen, andere Lernprozesse und -formen überhaupt zu realisieren und tragfähig zu halten.

5. Was tun?

- 5.1. Notwendig ist eine verstärkte Auseinandersetzung mit den interessenspolitischen Konstellationen, die das aktuelle Medizinstudium in Konzeption und Realität maßgeblich bestimmen. Weiterhin ist ein alternatives aber zugleich realisierbares Konzept für die Zielsetzung und die curricularen Leitgedanken des Medizinstudiums zu erarbeiten. Hierbei muß verstärkt auf eine Abstimmung zwischen Aus- und Weiterbildung abgestellt werden wie auch an das Verhältnis zur Aus- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen mitgedacht werden.
- 5.2. Nach wie vor muß auf die Institutionalisierung bzw. den Ausbau der sozialwissenschaftlichen und sozialmedizinischen Institute und Lehranteile hingearbeitet werden, um die gesundheitspolitische Relevanz des Medizinstudiums im Sinne der Versorgungsbedürfnisse der Arbeitnehmer zu verstärken. Diese Orientierung darf jedoch nicht zur Folge haben, daß die berufliche Relevanz und die Lernbedingungen in den 'traditionellen' naturwissenschaftlichen und klinischen Fächern vernachlässigt werden.
- 5.3. Eine Steigerung der Relevanz der Lernprozesse im Medizinstudium im Sinne einer stärkeren Orientierung an die Versorgungserfordernisse für Arbeitnehmer muß verstärkt mittels konkreter Kooperationsprojekte an Lehrenden und Lernenden in der Universität mit Angehörigen anderer Berufe und mit an der Versorgung beteiligter Institutionen außerhalb der Universität "-z.B. im Sinne der Kooperationsprojekte des "Vereins zur Förderung der Studienreform" angestrebt werden.
- 5.4. Die Tendenzen, die materiellen Probleme der Ausbildung zum Medizinstudium nicht zu beheben, sondern sie über bloße Intensivierung des Studiums und stärkere Selektion in den Griff zu bekommen, müssen stärker in die Öffentlichkeit getragen werden, wenn Aussicht auf ihre Verbesserung bestehen soll. Hierbei muß stärker als bisher der Zusammenhang zwischen der Ausbildungs-

qualität und den potentiellen Folgen für die Versorgung der Bevölkerung deutlich gemacht werden. Eine Zusammenarbeit von Lehrenden und Lernenden in der Darstellung und Kritik dieser Ausbildungslage und -qualität muß verstärkt werden.

5.5. Die Kritik der AO muß mit einer Verteidigung ihrer sinnvollen Elemente gegen manche ihrer Kritiker einhergehen.

Arbeitsgruppe II B: Probleme der Professionalisierung und des Status von Gesundheitsberufen

Heiner Keupp und Cornelia Schwartz: Einleitende Thesen

Wir sehen die Entwicklung innerhalb der Klinischen Psychologie als Beispiel für eine bestimmte Form der Professionalisierung, die im Entwurf des Psychotherapeuten-Gesetzes ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht hat.

1. Der Entwurf des Psychotherapeuten-Gesetzes soll die allgemeine Rechtsunsicherheit des Klinischen Psychologen klären. Wir fragen daher zunächst, ob die Defizite klinisch-psychologischer Berufspraxis tatsächlich generell durch die unklare Rechtslage bestimmt sind, die durch das Heilpraktikergesetz gegeben ist.

Mit der Ausweitung der Klinischen Psychologie in der BRD erweiterte sich fast explosionsartig das Psychologenangebot, neue Berufsfelder wurden erschlossen. Mit der Verlagerung von der Diagnostik zur Beratung und Behandlung ergaben sich neue Probleme in der Berufspraxis:

- Verschäffung der Arbeitsmarktlage als Wettbewerbsverschärfung durch erhöhte Absolventenzahlen und Kostendämpfung im Gesundheitswesen.
- Kooperationsprobleme bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen: Hierarchie-, Status- und Identitätsprobleme.
- Überforderung durch steigenden Bedarf nach psychosozialen Dienstleistungen.
- Überforderung als Folge praxisirrelevanter Ausbildung, die in das Bedürfnis nach immer neuen Zusatzausbildungen umschlägt.
- 2. Wir betrachten den Entwurf zum Psychotherapeutengesetz als Niederschlag einer bestimmten Verarbeitungsform von Praxisdefiziten, der auf eine Verschiebung des Machtpotentials der Berufsgrup-pen abzielt. Welche Bedeutung hat dieser Entwurf für die Defizite der Berufspraxis? Was ergibt sich jenseits der berufspolitischen Positions-

verbesserung an gesundheitspolitischen Konsequenzen? Auf dem Hintergrund der oben angesprochenen Praxisdefizite erscheint uns die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Regelung der interprofessionellen Zusammenarbeit dysfunktional. Wenn neue Kooperationsformen der psychosozialen Berufe entwickelt und etabliert werden sollen, reicht es nicht aus, das Problem auf der Ebene der Machtund Tarifpolitik zu regeln. Das Verhältnis der Berufsgruppen ist vielmehr unter dem Aspekt der Aufgaben interprofessioneller Teams und den daraus resultierenden Anforderungen an die Teamstruktur zu diskutieren und neu zu bestimmen. Aus dieser Teamstruktur ergeben sich dann auch neue Formen der Weiterbildung und Berufsausübungskontrolle.

- 3. Die Notwendigkeit der Vermehrung psychozialer Dienstleistungen wird in der Regel mit der mangelnden psychosozialen Versorgung der Bevölkerung begründet. Unter Hinweis auf Wartelisten, auf Gebiete, in denen kaum Einrichtungen vorhanden sind und auf schichtspezifische Unterschiede im Zugang zu vorhandenen Diensten wird ein Bedarf postuliert, der es rechtfertigen soll, Psychologen zum Heilberuf zuzulassen. In dieser Argumentation wird psychologische Berufstätigkeit mit der Befriedigung psychosozialer Hilfsbedürfnisse gleichgesetzt, so als wüßte man genau, daß der - durchaus legitime -Wunsch einer Berufsgruppe nach Legalisierung und Institutionalisierung ihrer Berufstätigkeit identisch sei mit den Bedürfnissen der Betroffenen. Im Unterschied zu einer solchen berufsständischen Diagnose von Unterversorgung und der daraus abgeleiteten Forderung nach einer Vermehrung und Anerkennung dessen, was eine Berufsgruppe halt kann, muß sich eine fortschrittliche Begründung der Notwendigkeit der Bereitstellung professioneller Dienstleistungen von der Frage leiten lassen, wie man zu einer bedürfnisorientierten Bedarfsfestellung kommen kann. Das ist die Frage nach der Quantität und Qualität von psychosozialen Angeboten.
- 4. Wenn es richtig ist, daß das Beherrschen von psychotherapeutischen Techniken (welcher Schulrichtung auch immer) noch keine Garantie dafür ist, daß auf die Bedürfnisse der Betroffenen in angemessener Form reagiert wird, dann stellt sich die Frage nach den Grundqualifikationen psychosozialer Professionalisierung neu. Psychische Leidensprozesse sind Resultat spezifischer gesellschaftlicher Lebenslagen und unzureichender Bewältigungsmöglichkeiten. Nur unter Bezug auf die konkreten Lebensbedingungen (im Stadtteil, im Wohnbereich, am Arbeitsplatz) sind psychisches Leid, verfügbare und zu unterstützende Selbsthilfepotentiale (z.B. in Form sozialer Netzwerke) angemessen zu verstehen und die Ansatzpunkte professioneller Tatigkeit zu bestimmen. Präventive, beratende, therapeutische und rehabilitative Tätigkeiten bedürfen eines für die Lebenswelt sensiblen Grundverständnisses. Für die Universitäts-

ausbildung bedeutet das: Einer therapeutisch-technischen Spezialisierung über- und vorgeordnet muß die Vermittlung von psychosozialen Basiskompetenzen liegen. Sie haben die Bedingungen dafür zu schaffen, daß sich professionelle Tätigkeit auf den lebensweltlichen Alltag und den in ihm produzierten Leidensprozessen beziehen kann. Welches aber sind diese Basiskompetenzen?

5. Der Entwurf zum Psychotherapeuten-Gesetz ist in seinem Kern nichts anderes als die berufsrechtliche Normierung eines neuen Berufsstandes, der auf einem psychologisch-therapeutischen Diplomstudium als Regelvoraussetzung aufbaut. Die vorliegenden Stellungnahmen der Gewerkschaften, der DGSP, der forschrittlichen Therapie- und Sozialarbeiter/Sozialpädagogenverbände lehnen diesen Gesetzentwurf mit dem zentralen Argument ab, daß er die mögliche Privilegierung eines Berufsstandes bedeutet, ohne Gewähr dafür, daß er die Qualität der psychosozialen Versorgung verbessern wird. Es ist sogar das Gegenteil zu befürchten, Mit der weitgehenden Kopie des ärztlichen Professionalisierungsmodells ist die Tendenz zur Fehlversorgung bei gleichzeitigem Kostendruck auf die Fonds der Sozialversicherungen zu erwarten. Die richtigen Forderungen nach der Koppelung der berufsrechtlichen Regelung mit einer bedürfnisorientierten Bedarfsplanung und einer Integration der Tätigkeit aller psychosozialen Berufsgruppen in einen arbeitsteiligen Aufgabenverbund stellt zugleich eine Herausforderung an unsere politische Phantasie dar: Welche Versorgungs- und Ausbildungsmodelle lassen sich als alternative Institutionalisierungs- und Professionalisierungsmuster formulieren, die ökonomisch, sozial- und bildungspolitisch realisierbar erscheinen?

Heiner Keupp und Cornelia Schwartz: Protokoll

Zunächst einmal: Es ist ein schwieriges Unternehmen, die Diskussion in unserer Gruppe nachzuzeichnen. Das liegt einmal an der Materie selbst — vieles, wenn nicht alles, was mit dem Psychotherapeutengesetz zusammenhängt, ist noch im Fluß—zum anderen am Interesse der Teilnehmer: Es ging weniger darum, sich gegenseitig der Dinge, die man schon weiß, zu versichern, als die offenen Probleme zu diskutieren. Wo alternative Phantasie gefordert ist, entfaltet sie sich zunächst im Unklaren, Heterogenen.

Problematisch war, und das wird schon in unserem Strukturierungsvorschlag deutlich und wurde auch in der Diskussion kritisiert, daß wir immer von Psychologen als dem zentralen Element der psychosozialen Versorgung ausgehen. Das liegt natürlich daran, daß wir selbst Psychologen sind und nicht gänzlich von unseren professionsspezifischen Sichtweisen abstrahieren können, das heißt, auch wir sind nicht frei vom Dominanzgefühl der eigenen Berufsgruppe.

Es ist auch fraglich, ob es überhaupt möglich ist, die eigenen Berufsinteressen zu verleugnen, oder ob sich dann nicht das eigentlich legitime Interesse an guten Arbeitsbedingungen als Psychologe auf dem Umweg über proklamierte Betroffeneninteressen hintenherum unerkannt einschleicht.

Probleme der Versorgungsstruktur versus verbandspolitische Strategien: eine falsche Polarisierung?

Anwesend waren Vertreter der verschiedenen Therapie- und Fachverbände (GwG, DGVT, DGSP, Verband der Magister und Diplompädagogen), Vertreter "konservativer" Universitäten und einer Reformuniversität (München, Hamburg, Bremen), Studentenvertreter (Hamburg, Münster, München), insgesamt Angehörige verschiedener Berufsgruppen: Diplompsychologen und Studenten, eine Psychoanalytikerin, ein Psychoanalytiker und Nervenarzt, ein Sozialarbeiter, eine Kinder- und Jugendlichentherapeutin. Der BDP war nicht geladen, nutzte aber die Öffentlichkeit des Schlußplenums zur Verlesung eines Grußwortes.

Das Meinungsspektrum der Teilnehmer läßt sich in etwa so zusammenfassen: Der Entwurf zum Psychotherapeutengesetz wurde in der bestehenden Form abgelehnt, weil er, abgelöst von der Struktur der psychosozialen Versorgung, auf eine rein berufsrechtliche Regelung abzielt und damit tendenziell eine Verschlechterung der Versorgungslage erzeugt. Die Interessen der Teilnehmer lassen sich in drei Schwerpunkte aufgliedern:

I. Die rechtliche Problematik, alternative Regelungsmodelle psychosozialer Tätigkeit, neue Finanzierungsmodelle.

Auf der einen Seite wurde die Diskrepanz zwischen der täglichen Berufspraxis und angestrebten Veränderungen hervorgehoben. Die eher optimistischen Einschätzungen sahen dagegen das Psychologengesetz als Indikator für einen beginnenden Veränderungsprozeß, der noch steuerbar ist. Wie die Äanderung der RVO (368 n Abs 6 RVO: Einrichtung von Ambulanzen in psychiatrischen Krankenhäusern) so sei auch der Gesetzentwurf im Prinzip ein Fortschritt auf dem Weg zur Reform. Es müssen eben nur konkrete Forderungen für das Berufsrecht, die Ausbildung, die Entwicklung der Berufe gestellt werden.

In dem Zusammenhang unterscheidet die DGVT zwischen langfristigen Strategien und einer Politik der kleinen Schritte als kurzfristiger Strategie.

Das bedeutet für:

1) den Heilkundebegriff: Das Tätigkeitsspektrum des Psychotherapeuten muß, entgegen dem Gesetzentwurf auch nichtheilkundliche, z.B. präventive, Leistungen umfassen. Langfristig ist an die Kombi-

nation eines "aufgeweichten" medizinischen mit einem sozialwissenschaftlichen Heilkunde-bzw. Krankheitsbegriff zu denken. Kurzfristig müssen neue Finanzierungsmodelle entwickelt werden (z.B. Mischfinanzierungsmodelle, Modelle, die am Beispiel der AOK-Mettmann in Westfalen orientiert sind), über die auch präventive Leistungen erbracht werden können.

2) die Niederlassungsfreiheit: Langfristig geht es um eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit, entgegen dem Argument, die Möglichkeit der freien Niederlassung in Privatpraxen löse das Problem der arbeitslosen Psychologen. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann nicht an professionsspezifischen Interessen, wie der Verminderung der Psychologenarbeitslosigkeit orientiert sein. Doch sind die (laut Schätzung der DGVT) ca. 5000 arbeitslosen Psychologen und Sozialarbeiter einerseits und andererseits Versorgungslücken, die erst einmal unabhängig von Überlegungen zur Bedürfnisorientierung gefüllt werden müssen, zwei nicht zu vernachlässigende Gesichtspunkte. Die Frage ist nur, wie man die Arbeitslosen in einer unter Versorgungsaspekten bedarfsgerechten Weise befriedigen kann. Letztlich müssen neue Stellen eingerichtet werden.

3) die Aus- Fort- und Weiterbildung: Langfristiges Ziel ist die Vermittlung disziplinübergreifender Kompetenzen. Deren Grundlagen und Vermittlungsformen müssen aber erst noch genauer erforscht werden. Grundsätzlich sollen Fort- und Weiterbildung nicht mehr auf Idealismus- und Selbsthilfebasis bzw. in privaten Ausbildungsinstitutionen angesiedelt sein, sondern in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften als Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Kurzfristig ist darauf hinzuarbeiten, die Kooperation der verschiedenen Verbände und ihrer Privatausbildungsgänge untereinander und mit den Universitäten zu verbessern

II. Fragen der Ausbildung und der Integration von Ausbildung und Tätigkeit

Das im Gesetz vorgeschlagene Praktikantenmodell der Ausbildung läuft auf eine Verschlechterung der bestehenden Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten hinaus.

- 1) Über Zugangsregelungen wird diese Qualifikationschance vermutlich nur einer verhältnissmäßig kleinen Elite offenstehen. Die Universitätsausbildung des "gewöhnlichen" Diplompsychologen wird demgegenüber entwertet, konkret wohl auch durch erwartbare Stellenkürzungen im Hochschulbereich verschlechtert.
- 2) Da Praktikanten billig sind (das Praktikantenmodell als Ausbeutungsverhältnis), werden im Zweifelsfall Planstellen zugunsten von Praktikantenstellen eingespart,
- III. Das Verhältnis der Gesundheitsberufe zueinander, die Perspektiven gemeindenah arbeitender Teams, der Bedürfnisorientierung und des Betroffenenbezugs psychosozialer Dienstleistungen und

konkrete Umsetzungsmöglichkeiten dieser Zielvorstellungen, etwa über gewerkschaftliche Aktivitäten

Einige weitere Interessenschwerpunkte, die allerdings in der Diskussion etwas zu kurz kamen, wurden formuliert: Zwei niedergelassene Therapeuten hatten Statusprobleme und Finanzierungsprobleme mit den Krankenkassen. Der Jurist war eher an taktischen Fragen interessiert, wie etwa die Ausgrenzung verschiedener Therapierichtungen. Andere Teilnehmer wollten sich mehr mit den Implikationen des Gesetzes, wie Therapeutisierung, Pädagogisierung, medizinischem Krankheitsbegriff auseinandersetzen, bzw. die Wechselwirkung von öffentlicher Diskussion und Veränderung im psychosozialen Bereich untersuchen.

Eine Ordnung der Diskussionsthemen läuft auf eine Polarisierung von Problemen der Versorgungsstruktur versus verbandspolitische Strategien hinaus, also auf den Gegensatz berufsständischer oder Psychologeninteressen versus Interessen der Betroffenen. Diese Polarisierung ist jedoch insofern problematisch, als berufsständische Strategien, die unabhängig von gesundheitspolitisch sinnvollen Konzepten entworfen werden — etwa der Versuch, das Problem der Psychologenarbeitslosigkeit über eine Vermehrung psychologischer Privatpraxen zu lösen — vermutlich scheitern müssen. Unter diesem Aspekt ist dann z.B. auch fraglich, ob der BDP tatsächlich die optimale berufsständische Interessenvertretung für Psychologen ist. Danach wäre es dann auch nicht mehr eine Frage der Moral, auf welche Interessenseite man sich als Psychologe schlägt, sondern eine Frage der Vernunft, den scheinbaren Gegensatz zwischen Psychologen- und Betroffeneninteresse zusammenzubringen.

Die vorläufige Stellungnahme der Bundesregierung zur Psychiatrieenquete als Rückschritt auf dem Weg zur Reform

Seit einigen Wochen liegt die Stellungnahme der Bundesregierung zur Psychiatrieenquete im Entwurf vor. In unserem Diskussionszusammenhang ist darin das Folgende relevant:

- Es wird die Gefahr einer allgemeinen Psychiatrisierung gesehen, der es entgegenzuwirken gilt. Aus diesem Grund wird am Begriff "Krankheit" festgehalten.
- Die Stärkung der Eigenverantwortung als "Hilfe zur Selbsthilfe" wird betont. Es kommt der Bundesregierung darauf an, daß der einzelne Bürger Verantwortung übernimmt, um seine Gesundheit zu siehern.
- Unbegründetem Anspruchsdenken soll entgegengewirkt werden.
- Es wird als erforderlich betrachtet, insbesonder im komplementären rehabilitativen Bereich neue, bedarfsgerechte Einrichtungen und Organisationsstrukturen zu entwickeln. (Das wird vor allem

mit dem Kostenargument begründet.)

- "Die gemeindenaheste Institution für Diagnose und Therapie, nämlich der niedergelassene Arzt", soll in seiner Funktion und Wirkungsbreite gestärkt werden.

"Der Aufbau netzartig miteinander verbundener gemeindenaher Versorgungsdienste... ist nur langfristig zu realisieren".

(Beide Aussagen zusammengenommen sind wohl so zu interpretieren, daß, wenn überhaupt, die sozialen Dienste nur dort ausgebaut werden, wo die freie Niederlassung nicht attraktiv ist.)

— Die Äußerungen zur Schaffung psychosozialer Ausschüsse sind zurückhaltend. (Über die Gründe lassen sich nur Vermutungen anstellen. Möglicherweise werden Kostensteigerungen im kommunalen Bereich antizipiert, vielleicht scheint auch die politische Kontrollfunktion der Ausschüsse problematisch.)

— Das Kabinett entschied, die Haushaltsmittel für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung auf 80 Millionen Mark jährlich aufzustocken (SZ vom 8.2.79).

Zwar eröffent die Stellungnahme überwiegend pessimistisch einzuschätzende Perspektiven, einige Teilnehmer relativierten jedoch ihre Bedeutung. Betrachtet man z.B., wie der Entwurf für das Psychologengesetz entstanden ist, bzw. welche Entscheidungsprozesse bis zu seiner möglichen Durchsetzung noch anstehen, so wird die Gefahr einer Fixierung auf die Auseinandersetzungen zwischen Sachverständigen und Ministerien deutlich. Stattdessen ist eine Konzentration auf den politischen Prozess notwendig. Das hieße für die Diskussion: Wie könnten die 80 Millionen Mark Haushaltsmittel sinnvoll verplant werden? Welche Kriterien sind an die Planung alternativer Proiekte anzulegen?

Abgesehen von dem Vorschlag, die Geldmittel zur Bestechung von Abgeordneten zu verwenden, wurden als Beispiele das Modell einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Oldenburg und in Gießen sowie der Lotse in Hamburg erwähnt.

Im Lotsen arbeiten Sozialarbeiter, Psychologen und ein Teilzeitarzt im Team. Durch die Art der Zusammenarbeit werden auch Bevölkerungsschichten erreicht, die herkömmliche Hilfsangebote nicht nutzen. Der Lotse wird teils über Eigenmittel, über die Senatsbehörden (Arbeits- und Sozialbehörde) und teils über den Bund finanziert, wobei, wie bei allen Modellprojekten, das Problem ist, wie man von der Bundes- (Modell-) finanzierung zur Landesfinanzierung kommt. Das heißt letztlich: Die Ergebnisse des Modells müssen überzeugend demonstriert werden, entweder über Effizienzkontrolle (dazu gehört auch der Nachweis, daß die Modelle kostendämpfend sind) oder das Modell an sich muß schon politische Überzeugungskraft haben.

An weiteren Vorschlägen zur Verwendung der Gelder wurde

genannt: die Erforschung der Hindernisse für Ambulatorien, für neue Fortbildungskonzepte, die Erforschung der Voraussetzungen für Teamarbeit (Verantwortungsverteilung, tarifrechtliche Probleme, Fortbildungsfragen). Ein anderer Vorschlag war, einem Stadtteil einen Etat zur Finanzierung von Projekten zur Verfügung zu stellen, die von den Betroffenen basisdemokratisch geplant werden. Hier verlief die Diskussion kontrovers. Auf der einen Seite wurde die Gefahr der Scheindemokratie gesehen (Basisdemokratie von oben). Professionelle Initiativen dieser Art gehen leicht über die Bedürfnisse der Betroffenen hinweg. Es ist überhaupt unsinnig, über die Betroffenen wie über eine homogene Gruppe zu reden. Es gibt allenfalls divergierende Betroffenenpopulationen. Auf der anderen Seite wurde die advokatorische Funktion der Professionellen bei der Formulierung von Betroffeneninteressen betont. Diese Interessen müssen dann allerdings auch zuvor eruiert werden. Es wurde schließlich festgehalten, daß die Kreation von Modellprojekten nicht unabhängig von den Problemen des Psychologengesetzes bzw. von generellen gesetzlichen Regelungen im psychosozialen Bereich geschehen kann. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte geht von folgenden Voraussetzungen aus:

- multiprofessionale Teams. Integration von Beratung und Behandlung
- regionale Planungsgremien (psychosoziale Ausschüsse)
- Anderung der RVO, um die Vorbedingungen für die Einrichtung von psychosozialen Kontaktstellen und sozialen Diensten zu schaffen
- eine neue Finanzierungskonzeption (Mischfinanzierung, pauschale Abrechnung)

Die psychosozialen Ausschüsse sind in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung, da sie für die Planung und Koordination der psychosozialen Versorgung zuständig sind, neue Formen der Berufsausübungskontrolle praktizieren und über die personelle Zusammensetzung auch die Betroffeneninteressen darin aufgehoben sind. Die eher ablehnende Zurückhaltung in der Stellungnahme der Bundesregierung bedroht insofern in der Konsequenz wesentliche Grundlagen der Reform.

Alternatives Probehandeln: Planspiel "Gründungssitzung für einen Psychosozialen Ausschuß"

Die Arbeitsgruppe veranstaltete daraufhin ein Planspiel zur Durchsetzung der obenerwähnten Forderungen auf kommunaler Ebene, konkret: eine Gründungssitzung für einen psychosozialen Ausschuß. Die folgenden Rollen wurden besetzt: niedergelassener Nervenarzt, Delegierter der ÖTV, zwei "Betroffene", Kommunalpolitiker (Stadt-

rat), Bezirksamtsleiter, Vertreter bzw. Vertreterinnen der Wissenschaft, der Familienfürsorge, der AOK, der freien Wohlfahrtsverbände, der DGSP (S. Bericht in: DGVT — Mitteilungen 11 (1979) Heft 2, S. 242-243).

Das Planspiel brachte zwar einige Anregungen (Verweis auf die Möglichkeiten des Städtetages; Vorschlag, psychosoziale Ausschüsse als beiräte einzurichten, Einsicht in die Notwendigkeit die Kontakte mit den Krankenkassen und der ÖTV zu intensivieren), insgesamt überwog aber ein Gefühl der Hilflosigkeit: Die kommunale Ebene ist wohl nicht die relevante Problemlösungsebene. Ein Unbehagen an zentralistischer staatlicher Kontrolle wurde formuliert und dagegen die Möglichkeit demokratischer Kontrolle durch die psychosozialen Ausschüsse gesetzt. Diese hätten dann mehrfache Funktionen zu erfüllen:

- Sie sind Gremium des Dialogs.
- Sie kontrollieren die Berufsausübung. In dem Zusammenhang muß das Verhältnis zum Gesundheitsamt geklärt werden, das bisher diese Aufgaben übernimmt.
- Sie sind als Kontrollgremium die Voraussetzung für pauschale Finanzierungsformen der Krankenkassen.

Außerdem ist denkbar, die freie Niederlassung in Privatpraxen über die psychosozialen Ausschüsse versorgungsstrukturell zu steuern in dem Sinne, daß der Anreiz zur freien Niederlassung in einer veränderten Struktur wegfällt. Außerdem läßt sich vielleicht die freie Niederlassung auch gesetzlich einschränken (trotz des BVG-Urteils von 1956). Die Ablehnung der freien Niederlassung hat nicht unbedingt mit einem den Praktikern unterstellten Profitstreben zu tun, sondern ist eher darüber begründet, daß die Privatpraxis durch das System der Einzelleistungsabrechnung in bestimmter, nämlich kurativer Weise strukturiert wird. In psychosozialen Ausschüssen läßt sich zudem der Betroffenenbezug über regionale Rekrutierung von Betroffenen, die dann an der Planung beteiligt sind, realisieren. Die Schwierigkeiten bei Versuchen der Betroffenenbeteiligung wurden am Beispiel des Lotsen noch einmal diskutiert: Auf eine Aktion im Zusammenhang mit Sanierungsmaßnahmen reagierten die Betroffenen dort überwiegend mit Interesselosigkeit, was möglicherweise an der Expertengeplantheit des Lotsen liegt. Es kam der Einwand, die Betroffenen seien vielleicht abends, wenn Experten ihre Betroffenheit fordern, wohl einfach zu kaputt von der Arbeit, aber auch ein positives Gegenbeispiel in Neuperlach wurde erwähnt, wo die Betroffenenbedürfnisse anscheinend sensibler aufgegriffen wurden.

Die Gefahr der Selbstüberschätzung im Reden über die Betroffenen wurde deutlich. Warum sollen sich die Leute gerade bezogen auf etwa eine psychosoziale Kontaktstelle als Betroffene definieren?

Es gibt vorgängige Organisationen der Betroffenen: Versicherung, Gewerkschaft, Mieterinitiative etc. Die "blauäugige" Propagierung des Betroffenenbezugs erschien immer fraglicher, auch weil es hier ja um die politische Durchsetzung von Forderungen geht, die bei reaktionären Betroffenen dann eben reaktionär sind.

Es kam der Vorschlag, von der eigenen Betroffenheit als Psychologe auszugehen, in dem Sinne, bessere Arbeitsbedingungen für Psychologen zu schaffen. Vielleicht würde ein klare Formulierung der Berufsinteressen ohne den Umweg über die Betroffeneninteressen deren Durchsetzung erleichtern.

Probleme der Ausbildung: Überlegungen zu einer alternativen Berufsqualifikation

Wir waren uns einig, daß ein Ausbildungssystem, das sich an der Herstellung einer Therapeutenidentität orientiert, nicht erstrebenswert ist. Über die Vermittlung von therapeutisch-technischen Qualifikationen aus den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen stellt sich noch keine Befähigung zu einer bedürfnisorientierten psychosozialen Tätigkeit her. Die daraus ableitbare Forderung, gegen eine Therapieausbildung an den Universitäten zu votieren. bringt allerdings auch fortschrittliche Fachschaften in große Schwierigkeiten. Bei der durchaus geteilten Überzeugung, daß der Erwerb von Therapietechniken keine Garantie für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung ist, bleibt das hochschulpolitische Problem, daß gegenwärtig Therapiekurse - wie viele andere Ausbildungsinhalte - meist ersatzlos im Curriculum reduziert werden. Wenn man keine qualitativen Alternativen zu einer Therapieausbildung entwickelt hat, dann befinden sich Forderungen, die sich gegen sie richten, sehr schnell in der schlechten Gesellschaft jener Realpolitiker an den Hochschulen, die auf eine Studienzeitverkürzung hinarbeiten, und jener Hochschullehrer, die nur auf die Chance warten, ihr Engagement für eine praxisorientierte Ausbildung zurücknehmen zu können. Wenn sich also ein Votum gegen eine Therapeutenidentität als Ziel der Professionalisierung psychosozialer Berufe relativ schnell formulieren läßt, dann bleibt die Frage nach den qualitativen Alternativen vordringlich. In der Diskussion haben wir darauf eine Antwort gesucht, indem wir uns fragten, welche "Basiskompetenzen" ein Gesundheitsarbeiter im psychosozialen Bereich eigentlich benötige:

- Therapeutische Basiskompetenz. Sie bezeichnet weniger die Geschicklichkeit des Umgangs mit therapeutischen Techniken als vielmehr die Fähigkeit, sich auf einen Patienten mit seinen spezifischen Problemen einzulassen. Sie stellt eine Grundhaltung dar, in der das Akzeptieren von Andersartigkeit möglich wird. Sie schließt

notwendig auch die Arbeit mit Schwergestörten ein und nimmt die Angst ernst, die eine solche Arbeit erzeugen kann.

- Basiskompetenz für spezifische Arbeitsformen. Hier ist vor allem die Teamfähigkeit zu nennen und im besonderen die Arbeit in multiprofessionell zusammengesetzten Gruppen. Es muß dabei gesehen werden, daß die eigene Sozialisation und die Studienorganisation an den Universitäten in der Regel den Erwerb dieser Kompetenz erschweren.
- Kompetenz für Lebenszusammenhänge. Einer zergliedernden Spezialoptik von Problemen ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise entgegenzusetzen, die sich um die Aneignung der Strukturen spezifischer Lebenswelten bemüht, um ein Verständnis dessen, was Arbeiten, Wohnen, Essen etc. für die Menschen bedeutet, mit denen man professionell zu tun hat. Es geht nicht um ein phänomenologisches Bestaunen von Lebenswelten oder gar ein Romantisieren. Vielmehr kommt es darauf an, sich ein Bewußtsein auch für die "nicht-heile Lebenswelt" zu erarbeiten, allerdings mit der zu entwickelnden Sensibilität für die Perspektive der Menschen, deren Alltag sich darin vollzieht.
- Kompetenz für praktische Sozialpolitik. Psychosoziale Tätigkeit mit Bezug auf die konkrete Lebenswelt spezifischer Bevölkerungsgruppen bedeutet aktive Beteiligung an und Initiierung von lokalen Politikprozessen. Solche Prozesse beziehen sich sowohl auf die Bedingungen der eigenen Tätigkeit (Finanzierung, Koordination) als auch auf die Veränderungen von Lebensbedingungen durch die Teilhabe an Bürgerinitiativen und an Kommunal- und Regionalpolitik. Diese praktische Sozialpolitik hat sich beispielsweise bei dem Aufbau psychosozialer Arbeitsgemeinschaften und Ausschüsse zu bewähren.

Hinsichtlich der Lehr-und Lembarkeit solcher und ähnlicher Basiskompetenzen wurde zunächst festgestellt, daß das Selbstverständnis derakademischen Psychologie der Vermittlung solcher Kompetenzen hilflos und zugleich ablehnend gegenübersteht. Der Wissenschaftsbegriff der vorherrschenden bürgerlichen Psychologie (nur dieser?) hat jene reflexive Wendung auf die eigene Tätigkeit und die eigenen Interessen nicht vorgesehen, die ein Grundelement aller genannten Basiskompetenzen ausmacht. Es gehört deshalb notwendigerweise auch zu einer alternativen Ausbildungskonzeption, daß es zu einer Auseinandersetzung mit einem solchen Wissenschaftsverständnis kommt, in dem menschliche Bedürfnisse und Subjektivität nur noch als Störvariable vorkommen. Diese Auseinandersetzung könnte beispielsweise im sozialwissenschaftlichen Grundstudium stattfinden. Zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Ausbildung ist auch die Beschäftigung mit dem Wissenschaftsverständnis zu rechnen, das spezifischen Therapieansätzen zugrundeliegt (z.B. das

Nützlichkeitspostulat und der Instrumentalismus der Verhaltens-

therapie).

Klarheit bestand darüber, daß die aufgeführten Basiskompetenzen differentielle Bedingungen der Aneignung voraussetzen. Im Vergleich zu traditionellen Studiengangkonzeptionen bietet das projektorientierte Studium hier zweifellos günstigere Chancen. Als Beispiel wurde die Einbeziehung von Studenten in die Arbeit der Familienfürsorge genannt, wie dies am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin versucht wird.

Verzeichnis der Abkürzungen

AOK: Allgemeine Ortskrankenkassen BDP: Bund Deutscher Psychologen BSHG: Bundessozialhilfegesetz BVG: Bundesverfassungsgericht

DGSP: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie DGVT: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

GwG: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie OTV: Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr

RVO: Reichsversicherungsordnung

Schwerpunkt III: Struktur der gesundheitlichen Versorgung und ihre Alternativen

Arbeitsgruppe III A: Probleme der kurativen Medizin

Johannes Siegrist: Zur Kritik patientenbezogenen Handelns im Krankenhaus

Meine einleitenden Bemerkungen zum Arbeitsthema dieser Gruppe möchteich in Form von acht Thesen vortragen, dieichjeweils anhand empirischer Befunde erläutere. Diese empirischen Befunde müssen selektiv bleiben, zum einen infolge der hier gegebenen Zeitbegrenzung, zum andern infolge real existierender Forschungslücken. Ich erlaube mir, vorrangig auf Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland einzugehen, und hier wiederum auf Arbeitsergebnisse, die unsere Arbeitsgruppe am Medizinsoziologischen Institut in Marburg in den letzten 5 Jahren erarbeitet hat. Unsere Arbeit stand von Anfang an nicht nur unter theoretischen, sondern auch unter gesundheitspolitischen Motiven. Das macht ihre Einseitigkeit, aber auch ihre Aktualität aus.

These 1:

Krankenhauspatienten werden in der Regel in einem Maße eingeengt und schematisch behandelt, das funktional für die Institution ist, das aber einer Mißachtung personaler Bedürfnisse gleichkommt.

Die institutionellen Einengungen oder "Vereinnahmungen" des Patienten lassen sich auf zwei Klassen von Ereignissen zurückführen: Zum einen auf organisatorische Maßnahmen, welche den Verhaltensspielraum der Patienten einschränken, zum andern auf bestimmte, im normalen Alltagsleben unübliche soziale Verhaltensweisen von seiten des Personals.

Zu den organisatorischen Maßnahmen rechnen wir den abrupten Rollenwechsel, den kollektiven Tagesablauf, die ständige Präsenz sowie die Kontaktbegrenzung. Unter den sozialen Normen und Kontaktmustern, welche, wie aus dem Verhalten des Personals zu schließen ist, der Patientenrolle zukommen, sind besonders die Informationsbegrenzung, die Unpersönlichkeit der Beziehungsform, sowie das hohe, gering geregelte Sanktionspotential zu nennen.

Abrupter Rollenwechsel: Die Aufnahme ins Krankenhaus markiert recht deutlich den Bruch mit der Alltagswelt des Patienten. Der Kranke erfährt durch Zuweisung eines für ihn vorbestimmten Ortes sowie durch umfangreiche Reglementierungen des Verhaltens die Übermacht einer Institution über seinen individuellen und sozialen Bewegungsspielraum. Die Aufgabe des Krankenhauses, auf alle möglichen Arten von Aufnahmesituationen vorbereitet zu sein, erschwert von vorn herein eine differenziert-individuelle Integration.

Kollektiver Tagesablauf: Personelle, räumliche und arbeitsorganisatorische Zwänge schließen eine Orientierung des Tagesablaufes an den Bedürfnissen des Patienten von vornherein weitgehend aus. Man denke etwa an die frühen Weckzeiten, die mit der Organisation des Waschdienstes verbunden sind. Ein weiteres Beispiel sind Routinemessungen zu Tageszeiten, in denen der Patient ungestörte Ruhephasen erwartet.

Ständige Präsenz: Dieser Aspekt der Patientenrolle bezieht sich zunächst auf die permanente Verfügbarkeit der Kranken. Dies impliziert eine ständige Bereitschaft, sich den Arbeits- und Zeitplanungen unterzuordnen, sowie häufige Transporte und extensive Wartezeiten zu erdulden. Ein solches Maß an Verfügbarkeit bedeutet darüber hinaus, daß Möglichkeiten der Privatisierung, des Rückzugs in die Intimsphäre nur sehr begrenzt vorhanden sind.

Kontaktbegrenzung: Sie wird einerseits durch den Liegezwang nahegelegt. Als eine Reihe von Gründen erweist sich die blockierte Mobilität des Patienten als nützlich für den Betrieb, selbst dort, wo sie antitherapeutische Effekte besitzt: Reduzierung der Störbarkeit des Arbeitsablaufes, ständige Erreichbarkeit, Verhinderung unerwünschter Kontakte. Andererseits wird die Begrenzung der Kontaktmöglichkeiten innerhalb, besonders aber auch außerhalb des Betriebes durch die Reglementierung von Besuchszeiten, die Begrenzung von Kommunikationsmedien praktiziert.

Informationsbegrenzung: Die mangelnde Orientierungsmöglichkeit von Patienten über ihre Behandlung, über Krankheitsursache, über Verlauf und Prognose, über betriebliche Regelungen, eigene Rechte und Beschwerdeinstanzen usf. sind nur zum geringen Teil unvermeidlich; hier handelt es sich in der Regel um geplante Informationsrestriktionen von seiten der Organisation. Über ihre Motive und ihre Folgen werden wir weiter unten ausführlicher sprechen.

Unpersönlichkeit der Beziehungsformen: Krankenhausarbeit ist prinzipiell durch das Dilemma zwischen Arbeitsroutine und individueller Zuwendung gekennzeichnet. Diese spitzt sich im Akutkrankenhaus unter den Bedingungen des Zeitdrucks, der personellen Unterbesetzung, der Arbeitsüberlastung, der hohen Fluktuation und der Schichtdienstregelung weiterhin zu.

Hohes, ungeregeltes Sanktionspotential: Die große Abhängigkeit des Patienten von Leistungen anderer erhöht gleichzeitig deren Einflußmöglichkeiten. Zur Sicherung der Verhaltenskonformität von Patienten können, teilweise in medizinische Maßnahmen gekeidet, vielfältige Sanktionen angedroht werden. Die meisten Sanktionsandrohungen spielen sich auf der informellen Ebene ab, sind also wenig geregelt. Begünstigt wird dies durch die Situation sozialer Isolierung der Patienten und deren durch Informationsrestriktion bedingte Orientierungsunsicherheit.

These 2:

Daß Patienten diese faktische Bedürfnismißachtung artikulieren, ist sehr unwahrscheinlich, da ihre starke Abhängigkeit nicht nur reale Sanktionsangst und Anpassungsdruck erzeugt, sondern da Patienten bereits mit einer erstaunlich hohen antizipatorischen Anpassungsbereitschaft ins Krankenhaus kommen.

Aus mindestens den folgenden Gründen sind zwischen Patienten und dem Krankenhauspersonal asymmetrische Beziehungen zu erwarten:

- 1. Patienten kommen in der Regel als Laien in eine professionelle Organisation, ihr Wissensdefizit und ihre weitgehende Inkompetenz schmälern ihre Initiativchancen.
- 2. In Situationen des Hilfesuchens, der physischen Behinderung, des Schmerz- und Angsterlebens ist die "Verhandlungsmacht" prinzipiell eingeschränkt, die Bereitschaft, unliebsame Zwänge zu akzeptieren wesentlich erhöht. Dies gilt besonders in einem Bereich, der in der gesellschaftlichen Werstruktur einen so zentralen Platz innehat, wie die Wiederherstellung von Gesundheit.
- 3. Unterschiedliche Rollen in der Organisation definieren ein

Abhängigkeitsgefälle zwischen den Mitgliedern der Institution einerseits, die im Zweifelsfall mit Sanktionsmacht ausgestattet sind, und denen, die diese Institution in Anspruch nehmen. Dieses Abhängigkeitsgefälle wird noch verstärkt durch die bereitsgenannte mangelnde Kontrolle über Ressourcen, insbesondere die begrenzte Orientierungssicherheit, ebenso durch das Dilemma unterschiedlicher Involvierung in gemeinsamen Situationen.

Nach unseren Untersuchungen an 235 Akutkrankenhauspatienten, die wir 1973 in Süddeutschland in Kreiskrankenhäusern befragt haben, gelangen wir zu folgendem Erbegnis; Patienten sind durchschnittlich extrem bereitwillig, auch ungünstige räumliche, soziale, medizinische Bedingungen des Krankenhausaufenthaltes stillschweigend zu akzeptieren. So empfinden nur 30% die frühen Weckzeiten als störend, nur 28% bemängeln, daß man in Anwesenheit Dritter über persönliche Dinge sprechen soll und nur 34% einer Teilgruppe geben lange Wartezeiten als Kritikpunkt an. Erst jeder 10. Patient hat sich während des Krankenhausaufenthaltes schon einmal beschwert. Weitere 20% räumen ein, daß es durchaus Anlässe zu Beschwerden gäbe, daß die aber bisher noch nicht aktiv geworden seien. Viele Patienten sind offenbar aus Angst vor mehr oder weniger spezifischen Sanktionen des Personals bereit. Störungen herunterzuspielen, sich zurückzuhalten und nicht durch Beschwerden aufzufallen.

Wie kann diese auffällige Diskrepanz zwischen den erfahrenen Zumutungen, Störungen, Beschneidungen oder Vereinnahmungen durch die Institution einerseits und der relativen Kritiklosigkeit der urteilenden Patienten andererseits erklärt werden?

Der ins Krankenhaus eingewiesene Patient bringt typischerweise Vorerfahrungen und Erwartungen, ein typisches Bild der Patientensituation mit, das sein Verhalten, insbesondere zu Beginn, wesentlich bestimmt. Eine hochwirksame Mischung aus antizipatorischer Anpassungsleistung, institutionellem Apasssungsdruck, sowie realer Sanktionsangst, scheint somit verantwortlich zu sein für die erstaunliche "Gutmütigkeit" der Patienten angesichts der geschilderten Zustände. Diskrepanzen zwischen objektiver Lageund deren subjektiven Aneignungen, zwischen institutionalisierten Zumutungen und korrespondierender Betroffenheit sind somit als Beleg einer weitgehand verinnerlichten Anpassungshaltung zu werten, eine Anpassungshaltung, welche korrigierende oder konkurrierende Initiativen und Bedürfnisartikulationen der Patienten gegenüber der Definitionsmacht der Organisation und ihrer Mitglieder nur in bescheidenem Umfang zur Entfaltung kommen läßt.

These 3: Diese faktische Bedürfnismißachtung zeigt sich am deutlichsten

und vielleicht am folgenreichsten im Bereich orientierender und anleitender Information durch Kommunikation: Krankenhauspatienten haben hohe, spezifische Informationsbedürfnisse. Sie weisen zugleich hohe faktische Informationsdefizite über Diagnose, Therapie und Prognose ihrer Erkrankung auf.

Kein Aspekt des Krankenhausaufenthaltes wird so häufig beklagt und so kritisch beurteilt, wie derjenige der mangelnden medizinischen Orientierung und Aufklärung der Patienten. Eine durchweg bestehende Diskrepanz zwischen Informationsbedürfnissen und faktischer Informiertheit von Patienten kann als gesicherter empirischer Tatbestand der Forschung in verschiedenen medizinischen Versorgungssystemen der Gegenwart, in Ost und West, betrachtet werden. In der BRD haben kontrollierte Befragungen an mehreren hundert Patiengezeigt, daß zwischen 75 und 92% der Befragten ein starkes spezifisches Informationsbedürfnis angeben. Dies gilt nich nur für Leichtkranke, sondern in erstaunlich hohem Maß auch für schwerund prognostisch ungünstig Erkrankte. Hier liegt der Prozentsatz. je nach Studie, zwischen 66 und 89%. Man mag diese letzteren Angaben bezweifeln. Weniger anzuzweifeln sind jedoch die Bedründungsmuster, die von Schwerkranken mitgeliefert weden: "Ich möcht' es wissen, damit ich mich danach richten kann." "Wenn ich alles weiß, ist es besser, weil es ruhiger macht." "Wenn ich im Unklaren bin, habe ich Angst, ich weiß nicht wieso, aber das ist so." "Ich möcht's schon wissen, damit ich das mit meinem Pachthof regeln kann, wenn es mit mir nicht mehr wird."

In einem merkwürdigen Kontrast zu dem so artikulierten Informationsbedürfnis steht die faktische Informiertheit. Nur knapp jeder zweite der von uns befragten 235 Patienten hat über seine Diagnoe ein einigermaßen klares Wissen, und über die therapeutischen Maßnahmen Weiß nur gut jeder dritte Bescheid. Das Wissen über Diagnose, aber auch über Therapie und Aufenthaltsdauer ist um so besser, je leichter der Patient erkrankt ist, je günstiger die Prognose seiner Erkrankung ist. Das heißt also: Eine zahlenmäßig bedeutsame Gruppe schwer- und/oder prognostisch ungünstig erkrankter Patienten besitzt trotz starker Betroffenheit und Unsicherheit geringe Chancen, medizinisch informiert zu weden.

These 4:

Informationsdefizite beziehen sich nicht nur auf die aktuelle Situation und auf den Hintergrund der Krankheit, sondern auch auf die poststationäre Phase. Ihre Folgen können sein: gestörte subjektive Befindlichkeit, postoperative Komplikationen, mangelnde Befolgung ärztlicher Verordnungen, psychosoziale Belastungen infolge ungenügender Rehabilitation, verbunden mit erhöhter Rezidivgefahr.

Während des Aufenthalts in Akutkrankenhäusern werden bei Stationsarztvisiten Themen wie "Der weitere Verlauf der Krankheit nach dem Krankenhausaufenthalt sowie berufliche und familiäre Aspekte der Rehabilitation" nur äußerst selten angeschnitten. Mehr als die Hälfte der von uns untersuchten Patienten sagten, diese Themen seien mit dem Arzt bisher noch nicht besprochen worden, obwohl sie ein solches Gespräch möchten. Untersucht man inhaltsanalytisch die Kommunikation, die während der Visiten vom Arzt zum Patienten erfolgt, so können nur 13,5% aller ärztlichen Initiativen dem Bereich "poststationäre Probleme" zugeordnet werden.

In einer Längsschnittstudie vom Beginn bis zum Ende der Hospitalisierung an 67 Patienten hat H.-H. Raspe aus unsere Arbeitsgruppe ermittelt, daß am Ende ihres Aufenthaltes 48% der Befragten angaben: über den möglichen weiteren Verlauf der Krankheit wurde nicht gesprochen. Insgesamt hatten knapp die Hälfte der untersuchten Patienten am Schluß ihres Krankenhausaufenthaltes noch ein hohes Informationsbedürfnis. Die Gruppe mit dem hohen Informationsbedürfnis zeigte auch eine signifikant schlechtere subjektive Befindlichkeit gegenüber derjenigen Gruppe, die sich gut informiert fühlte. Mit diesen Befunden können wir zwar nicht belegen, daß Krankenhausärzte ihre Patienten vor Entlassung tatsächlich zu wenig über die Probleme der Nachsorge informieren, wohl aber, daß Patienten sich mangelhaft informiert fühlen und daß dieser Zustand mit einer Befindlichkeitsbeeinträchtigung kovariiert.

Es gibt nun insbesondere im Bereich der Erforschung sogenannter Medikamentencompliance Ergebnisse, welche die ungünstigen Effekte von Aufklärungs- Beratungs- und Anweisungsdefiziten auf die Befolgungsraten belegen. In die gleiche Richtung weisen Studien, welche den Zusammenhang zwischen Informationsdefiziten und Rehabilitationsschwierigkeiten inclusive erhöhter Rezidivgefahr bei bestimmten Krankheitsbildern untersucht haben.

Erst wenn Ergebnisse dieser Art vorliegen, schließt sich der Kreis einer unbequemen Argumentation: die schroffte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor medizinischer Versorgung und der damit verbundene Mangel integrativer, koordinierender Leistungen führt zu Informations- und Verhaltensdefiziten bei Patientengruppen, deren Effekt im medizinischen Sinn kontraproduktiv ist.

These 5:

Eingeengte und schematische Behandlung von Krankenhauspatienten ist eine Folge struktureller Mängel und professioneller Ausbildungsdefizite.

Unter strukturellen Mängeln sind sowohl Personalknappheit infolge reduzierter Stellenpläne und infolge verstärkter Rationalisierungsmaßnahmen zu verstehen, als auch eine unzureichende

technische und räumliche Ausstattung der Arbeitsbereiche. Wir konnten in arbeitssoziologischen Untersuchungen zeigen, daß Qualität und Quantität der Zuwendung zum Patienten stark von diesen strukturellen Gegebenheiten der Arbeitsorganisation abhängt. Aus Zeitgründen kann ich diesen Punkthiernichtaussührlicher darstellen.

Professionelle Ausbildungsdefizite: Darunter ist zu verstehen eine einseitig naturwissenschaftlich-kurative Ausbildung, eine Ausblendung kognitiver, emotionaler und praktischer Kenntnisse, die sich auf die Lebenssituation und Interaktionsrealität von Patienten beziehen.

Die Bereitschaft, Patienten gemäß ihren Bedürfnissen zu informieren und ihnen auch psychotherapeutisch beizustehen, war in den von uns untersuchten Krankenhäusern bei denjenigen Ärzten wesentlich stärker ausgebildet, die psychosomatische Orientierungen oder sogar Ausbildungsprogramme sich angeeignet hatten, als bei den herkömmlich ausgebildeten Krankenhausärzten.

These 6:

Professionelle Ausbildungsdefizite im kommunikativen Bereich manifestieren sich zwischen Arzt und Patient in der Anwendung sogenannter Reduktionsstrategien, deren Funktion die Abwehr eigener Unsicherheit und Hilflosigkeit ist, sowie in einer völligen Ignorierung der therapeutischen Funktion von Sprache.

Reduktionsstrategien im Bereich interaktiver Leistungen werden von Arzten, darüber hinaus von Pflegern und Schwestern, dort eingesetzt, wo die eingeschliffenen, routinisierten Verhaltensweisen z.B. angesichts problematischer Situationen nicht mehr angemessen sind. Solche potentiellen Belastungssituationen, die zu Hilflosigkeit und Unsicherheit führen, werden mittels dieser Strategien ausgeblendet bzw. reduziert.

Am Beispiel der Initiative "Bitte um Information" von seiten schwerkranker und prognostisch infauster Patienten haben wir 4 Typen reaktiver Reduktionsstrategien bei Ärzten unterschieden, die wir asymmetrische Verbalhandlungen nennen:

- 1. Nichtbeachten, Überhören der Initiative durch den Arzt.
- 2. Themenwechsel oder Adressatenwechsel (z.B. Zweitarzt oder Schwester wird vom Arzt angesprochen, anstatt daß dieser dem Patienten eine Antwort gibt)
- 3. Beziehungskommentar (anstelle des Eingehens auf den Inhalt der Bitte um Information wird der Beziehungsaspekt der Initiative thematisiert)
- 4. Mitteilung funktionaler Unsicherheit durch den Arzt.

Wir fanden, daß Ärzte, die eine traditionelle, d.h. ausschließlich naturwissenschaftliche Ausbildung durchlaufen hatten und in Kreiskrankenhäusern arbeiteten, in 92% der Fälle in solchen Situationen mit asymmetrischen Verbalhandlungen regierten, während psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierte oder ausgebildete Internisten einer Modellstation nur noch in 55% aller Initiativen mit solchen Reduktionsstrategien umgingen.

These 7:

Diese professionellen Ausbildungsdefizite erschweren nicht nur den Abbau autoritativer Muster in der Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus. Sie verstärken darüber hinaus den ohnehin wachsenden Problemdruck, dem die Medizin heute durch die Zunahme umgebungsbedingter und verhaltensgebundener Erkrankungsrisiken ausgesetzt ist.

Eine vermehrte Berücksichtigung der lebensgeschichtlichen Situation des Patienten ergibt sich insbesondere durch die Schlüsselrolle, welche spezifische psychosoziale Risikozustände bei der Entwicklung chronisch degenerativer Erkrankungen spielen. Wenn auch hier viele Zusammenhänge wissenschaftlich noch nicht mit der wünschenwerten Eindeutigkeit abgesichert sind, so kann man doch sagen, daß die an Häufigkeit stark zunehmenden Todesursachen sämtlich durch Umweltfaktoren und Verhaltensformen bedingt sind, die mit dem gesellschaftlichen Entwicklungsstand zusammenhängen. Will die Medizin in diesem Bereich präventiv, diagnostisch, therapeutisch und rehabilitativ tätig sein, so muß sie auch in der Situation des hospitalisierten Patienten die Krankengeschichte zu einem wichtigen Anliegen machen. Dadurch würde auch der stationären Arzt-Patient-Beziehung ein Stück Sprachlosigkeit genommen, das sich heute nur noch mit Mühe hinter dem aufpolierten Fachjargon verstecken läßt.

These 8:

Reformstrategien müssen gleichzeitig auf drei Ebenen einsetzen:

- 1. Auf der strukturellen und arbeitsorganisatorischen Ebene des stationären Bereichs der Gesundheitsversorgung.
- 2. Auf der Ebene professioneller Ausbildung insbesondere von Arzten und Krankenpflegepersonen.
- 3. Auf der Ebene angemessener Interessenartikulationen der Patienten als Bürger.

Ich will hier aufgrund der begrenzten Zeit nur noch auf den dritten Punkt kurz eingehen: Die vorgelegten Befunde und thesenartigen Zusammenfassungen haben deutlich gemacht, daß es notwendig ist, Patienten verstärkt über ihre Rechte zu informieren und ihnen die Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie diese Rechte realisieren können. Patienten müssen lernen, selber aktiver und angstfreier mit der Hospitalisierungssituation umzugehen. Ein erster Schritt in diese Richtung kann die Verwendung von Informations-, Aufklärungs- und Anleitungsschriften sein, wie sie z.B. gegenwärtig vom Marburger

Bund und anderen Ärzteverbänden verbreitet werden.

Weitergehende Versuche, die Stellung des Patienten im Krankenhaus zu verbessern, führen zur Einrichtung eines Ombudsmannes im Krankenhaus, eines amtlichen Patientenvertreters oder zur Bildung funktionsfähiger innerorganisatorischer Beschwerdeinstanzen. Schließlich ist auch an die Errichtung externer Patientenverbände sowie an eine Stärkung der Entscheidungs- und Kontrollkompetenz von Krankenkassen zu denken.

Alle diese Neuerungen bleiben jedoch begrenzt wirksam, solange die gesellschaftliche Formung der Patientenrolle unberücksichtigt bleibt. Auch in diesem Vorfeld antizipatorischer Verinnerlichungsund Anpassungsleistungen müssen verstärkte Lernbemühungen einsetzen. Schließlich — und damit bin ich beim Ende — ist einem System der Organisation medizinischer Dienste Nachdruck zu verleihen, das sich an der Patientenkarriere orientiert und das die schroffe Trennung zwischen ambulantem-, stationärem- und Nachsorgesektor durch integrative Leistungen überwindet.

Constanze Jacobowski: Protokoll

Die wesentlichsten Kritikpunkte an unserem System kurativer Medizin lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Mit einem sehr hohen Aufwand wird wenig an Erfolg erzielt: Zunehmende Frühinvalidisierung, hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit, ein seit Mitte der 60iger Jahre anhaltender Trend des Rückganges der Lebenserwartung für einzelne Altersgruppen sind nur einige Indikatoren hierfür.

An der Krankheit wird verdient: Die überhohen Einkommen niedergelassener Arzte und die — auch im Vergleich zu anderen Industriebranchen — ungewöhnlich hohen Profite der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie zeigen dies in aller Deutlichkeit.

Es findet keine ausreichende koordinierende Planung im Gesundheitswesen statt: In der stationären Versorgung betreiben die verschiedenen Träger eine Krankenhausversorgung, die sowohl zu bestimmten Überangeboten (z.B. Intensivstationen) als auch Unterversorgung in verschiedenen Regionen führt. Im ambulanten Bereich gilt noch immer die Niederlassungsfreiheit, die die krassen Gegensätze zwischen unter- und "über"-versorgten Gebieten stabilisiert.

Es gibt keine ausreichende Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulanten Bereich: Die Versorgung des Patienten leidet hierunter erheblich, Doppeluntersuchungen sind die Folge.

Die technischen Leistungen werden zu Ungunsten der längerfristigen Betreuung und der Versorgung auf psychosozialer Ebene ausgebaut.

Das Krankenhaus ist "entmenschlicht": Der hohe technische Apparat hat sich isoliert entwickelt, die menschliche Betreuung hat zunehmend abgenommen.

Das System der einzeln, isoliert arbeitenden niedergelassenen Ärzte ist völlig unzureichend für die Anforderungen einer sich rasch entwickelnden Medizin.

Eine fehlende systematische Fortbildung – insbesondere der niedergelassenen Ärzte – führt zu einer qualitativ schlechten Versorgung.

Die Versorgung der Patienten bei den wichtigsten Volkserkrankungen erfolgt sträflich lückenhaft: Ein Beispiel hierfür ist, daß nur etwa 1/3 aller Hochdruckkranken eine ausreichende Blutdrucksenkung erfährt.

Bei den therapeutischen Ansätzen wird fast ausschließlich auf eine Pharmako-Therapie ausgerichtet, andere Verfahren — physikalische Therapie, Diät, Veränderungen der Lebensbedingungen und der Lebensführung, Psychotherapie, — finden nur sehr randständig Anwendung.

Ein hoher technischer Aufwand im Bereich der Diagnostik steht zumeist geringen therapeutischen Möglichkeiten gegenüber. Häufig wird vor Beginn einer aufwendigen Diagnostik nicht nach dem denkbaren therapeutischen Nutzen gefragt, d.h. die Diagnostik hat sich — nicht selten auf Kosten des Wohlbefindens des Patienten — verselbstständigt.

Der hohe Grad der Spezialisierung in der Medizin läßt den Patienten nicht mehr in seiner Ganzheit — insbesondere in seinen psychosozialen Beziehungen — im Vordergrund stehen. Dies hat für den Patienten zur Folge, daß teilweise unsinnige diagnostische und therapeutische Verfahren angewendet ewrden, die an den eigentlichen Problemen vorbeigehen.

Auf diesem Hintergrund bekannter und berechtigter Kritik begannen wir die Diskussion in der Arbeitsgruppe. Selbst in kritischen Analysen und Einschätzungen war es bisher üblich, organisatorische und ökonomische Bedingung der kurativen Medizin zum Kernpunkt der Untersuchung zu machen. Die inhaltliche Bestimmung und Ausrichtung der Medizin, die eine wesentliche Grundlage für Organisation und Ressourcen-Verteilung in der Medizin ist, wurde fast immer unhinterfragt gelassen. Dies aber sollte der Ausgangspunkt der Diskussion in der Arbeitsgruppe sein. Die Frage war also, ob die Möglichkeiten der modernen Medizin, auf Krankenheiten Einfluß zu nehmen, richtig eingeschätzt werden und ob die wissenschaftlichen, ökonomischen und organisatorischen Ressourcen entsprechend den tatsächlichen Möglichkeiten und Bedürfnissen eingesetzt werden.

So dürfte einleuchtend sein, daß die inhaltlichen Voraussetzun-

gen - z.B. die starke Betonung der kurativen Möglichkeiten der Medizin - ganz wesentlich die Entwicklung unserer medizinischen Versorgung bestimmt und zugleich als Rechtfertigung für diese Entwicklung herangezogen wird. Wenn es zum Beispiel richtig ist, daß eine wesentliche Zahl der Karzinome heilbar ist, dann sind auch ein großer technisch-apparativer Aufwand in Diagnostik und Therapie sowie erhebliche Eingriffe in das Wohlbefinden der Patienten gerechtfertigt. Wenn jahrzehntelange, auf Heilung ausgerichtete Karzinom-Forschung Erfolge im Sinne einer nennenswerten Verbesserung der Kuration zeigt, dann müßte auch der weitere Ausbau dieses wissenschaftlichen Bereiches gefordert werden. Wenn iedoch nur bei einer Minderzahl der Karzinome durch die genannte aufwendige Diagnostik und Therapie eine Lebensverlängerung bewirkt werden kann, so hat man kritisch zu fragen, ob der Ausbau des apparativ-technischen Bereiches dann noch gerechtfertigt ist. Gleiches gilt für die auf Kuration, nicht auf Prävention ausgerichtete Karzinom-Forschung, wenn sie zu keinen nennenswerten Erfolgen geführt haben sollte.

Betrachten wir das Selbstverständnis der modernen Medizin, so orientiert dieses sich wesentlich an dem Gedanken der Kuration. Dementsprechend sind auch die Schwerpunkte in Forschung, Organisation und Mittelverteilung gesetzt. Es wurde deshalb noch einmal vergegenwärtigt, welche kurativen Möglichkeiten für die wichtigsten Krankheiten gegeben sind. Eine Orientierung gibt die Krankheitsund Todesursachen-Statistik. An einigen Beispielen soll exemplarisch verdeutlicht werden, daß die Medizin eine weit geringere kurative Potenz bei den heute wichtigsten Krankenheiten hat, als allgemein angenommen wird. Eine ausführliche Darstellung kann hier natürlich nicht erfolgen. ¹

Nach der Todesursachenstatistik sind es folgende große Krankheitsgruppen, die bereits 60% aller Todesfälle ausmachen: Malignome (bösartige Geschwülste), koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt), Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall) und Lebererkrankungen.

Für den Herzinfarkt haben mehrere Untersuchungen der letzten Zeit nachgewiesen, daß die Bedeutung einer kurativen Therapie lange Zeit sehr überschätzt wurde. Beim unkomplizierten Infarkt scheint die Medizin keinen oder nur einen minimalen Nutzen bezüglich der Überlebenschance der Patienten zu haben. Auch die Koronarchirurgie (Verpflanzung von Herzkranzgefäßen) hat entgegen anfänglichen Erwartungen keine lebensverlängernden Erfolge, wohl aber Erfolge im Hinblick auf die Symptomlinderung. — Für den erst einmal eingetretenen Schlaganfall gibt es keine kurative Therapie. Ein Erfolg ist allenfalls durch die Beeinflussung von Risikofaktoren im Vorfeld der Erkrankung zu erwarten.

für die dritte der häufigsten Todesursachen scheint nach kritischen Analysen die kurative Medizin nur einen unwesentlichen Beitrag geleistet zu haben: Berücksichtigt man — bei entsprechenden Vergleichen — Alter der Patienten, Stadien der Erkrankung sowie Zeitpunkt der Erkennung des Karzinoms, so ist mit Ausnahme von Karzinomen im Kindesalter und dem Morbus Hodgkin kein nennenswerter Beitrag im Sinne einer Lebensverlängerung nachzuweisen. Nach Untersuchungen des National Cancer Institute sind die 5-Jahres-Überlebensraten für sämtliche Geschwülste in den letzten 25 Jahren nur um 2% auf 41% gestiegen. — Die chronischen Lebererkrankungen sind — bis auf eine verschwindend kleine Anzahl von medikamentös behandelbaren chronischen Entzündungen — durch medizinische Maßnahmen nicht beeinflußbar.

Selbst aber in Bereichen, in denen man eindeutig von Erfolgen ausgehen kann, so bei der Behandlung von bakteriellen Erkrankungen, muß eine Problematisierung des Erfolges vorgenommen werden. Zwar ist es z.B. sicher, daß heute die schwerste bakterielle Infektion — die Sepsis — mit Antibiotika erfolgreicher als vor Jahren zu behandeln ist. Gleichzeitig ist aber durch die Entwicklung der Medizin (häufiger Einsatz von Antibiotika, Ausweitung eingreifender Diagnostik) die Zahl der Sepsis-Infektionen deutlich angestiegen. So konnte nachgewiesen werden, daß damit die Zahl der Patienten, die an einer Sepsis versterben, heute in etwa gleich hoch ist wie vor 30 Jahren. Der individualmedizinische Erfolg muß also nicht mit einem volksgesundheitlichen Erfolg kurativer Medizin einhergehen.

So scheint sich das Ergebnis der midizinhistorischen Untersuchung von McKeown zu bestätigen, daß der Rückgang der Sterblichkeit über die letzten hundert Jahre nicht aufgrund medizinischer Interventionen im Sinne kurativer Erfolge, sondern aufgrund von Verbesserungen in sozialen Verhältnissen, in der Hygiene und Ernährung zustandegekommen sind. So zumindest muß man die Tatsache interpretieren, daß medizinisch effektive Maßnahmen gegen die ehemaligen Haupttodesursachen, die Infektionskrankheiten, erst zu einem Zeitpunkt zur Verfügung standen, als die Infektionskrankheiten alsvolksgesundheitliches Problem bereitszurückgedrängt waren und nur noch für einen Bruchteil aller Todesursachen verantwortlich waren. Dies war eben erst in den fünfziger Jahren mit der Einführung der Antibiotika der Fall.

Wenn man nun einmal die Todesursachen außer Acht läßt und sich den wichtigsten Krankheitsursachen zuwendet, so läßt sich eine ähnliche Aussage machen. Eine große Zahl der Fälle machen beispielsweise die Infektionen der Atmungsorgane aus, die in der Regel virusbedingt sind und kurativ überhaupt nicht, bestenfalls symptomatisch behandelbar sind. Eine andere große Gruppe stellen die Verdauungsbeschwerden dar. Diese sind in den meisten Fällen

funktionell bedingt und mit medizinischen Maßnahmen nur symptomatisch therapierbar. Die bakteriellen Darminfektionen heilen mit und ohne Therapie in der Regel in der gleichen Zeit ab. — bei den Krankheiten des rheumatischen Formenkreises handelt es sich vorwiegend um degenerative Schäden und Schäden durch funktionelle Überbelastung. Auch hier gibt es mit medizinischen Maßnahmen kaum ursächliche Einwirkungsmöglichkeiten, es können lediglich Beschwerden gelindert werden. ¹⁰

Als weiteres Beispiel für die Fehleinschätzung der kurativen Potenz der Medizin sei der milde Altersdiabetes genannt. Diese Form der Zukerkrankheit wird üblicherweise mit oral zu nehmenden Medikamenten (Antidiabetika) behandelt; dies geschieht unter der Vorstellung, daß eine gute Einstellung der Blutzuckerwerte Folgeerkrankungen an den Blutgefäßen verhindert oder hinauszögert. Kontrollierte klinische Untersuchungen haben jedoch gezeigt, daß dies wahrscheinlich nicht zutrifft. Es wird im Gegenteil eine höhere Sterblichkeit an den genannten Krankheiten unter diesen Medikamenten registriert. Möglicherweise spielen hier direkte Einflüsse der Medikamente auf den Fettstoffwechsel eine zentrale Rolle. 12

Anhand dieser Beispiele sollte exemplarisch verdeutlich werden, daß das herrschende Verständnis der Medizin, das von dem Grundsatz "diagnostizieren — therapien — kurieren" ausgeht, zumindest in vielen Fällen nicht den realen Möglichkeiten entspricht. Nicht jede medizinische Maßnahme, die vordergründig wirksam zu sein scheint, muß zu einem wirklichen kurativen Erfolg führen. Natürlich sollte damit nicht jedwede Heilungsmöglichkeit in Abrede gestellt werden. Als ein Gegenbeispiel sei die Unfallchirurgie genannt, in der sicherlich größere kurative Möglichkeiten gegeben sind.

Wenn aber die Medizin nicht in dem Maße heilend einwirken kann, wie allgemein angenommen wird, so muß man sich fragen, welche Aufgaben ihr dann eigentlich zukommen. Bei einigen der vorgenannten Beispiele klangen die Möglichkeiten schon an: einerseits die Prävention und andererseits die Betreuung. Unter Betreuung wird hier verstanden: die Symptomlinderung sowie die Verhütung von Verschlimmerung und Folgekrankheiten.

Das kurative Selbstverständnis der Medizin geht aber einher mit einer stark naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung der medizinischen Forschung und Praxis. Der Ausbau dieses Bereiches wird also durch die Kuration und ihre unhinterfragten Erfolge gerechtfertigt. Dies schlägt sich wiederum in der Praxis nieder: Die Vorstellung vom Heilen als spezifisch ärztliche Tätigkeit ist verbunden mit der Erwartung des aktiven Eingreifens des Arztes. Der Arzt, der seinem Patienten bei einer Grippe nur ein paar Tage Bettruhe verordnet, wird als schlechter Arzt angesehen. Derjenige, der Medikamente oder gar Spritzen gibt (was beides auf den Verlauf keiner-

für die dritte der häufigsten Todesursachen scheint nach kritischen Analysen die kurative Medizin nur einen unwesentlichen Beitrag geleistet zu haben: Berücksichtigt man — bei entsprechenden Vergleichen — Alter der Patienten, Stadien der Erkrankung sowie Zeitpunkt der Erkennung des Karzinoms, so ist mit Ausnahme von Karzinomen im Kindesalter und dem Morbus Hodgkin kein nennenswerter Beitrag im Sinne einer Lebensverlängerung nachzuweisen. Nach Untersuchungen des National Cancer Institute sind die 5-Jahres-Überlebensraten für sämtliche Geschwülste in den letzten 25 Jahren nur um 2% auf 41% gestiegen. — Die chronischen Lebererkrankungen sind — bis auf eine verschwindend kleine Anzahl von medikamentös behandelbaren chronischen Entzündungen — durch medizinische Maßnahmen nicht beeinflußbar.

Selbst aber in Bereichen, in denen man eindeutig von Erfolgen ausgehen kann, so bei der Behandlung von bakteriellen Erkrankungen, muß eine Problematisierung des Erfolges vorgenommen werden. Zwar ist es z.B. sicher, daß heute die schwerste bakterielle Infektion — die Sepsis — mit Antibiotika erfolgreicher als vor Jahren zu behandeln ist. Gleichzeitig ist aber durch die Entwicklung der Medizin (häufiger Einsatz von Antibiotika, Ausweitung eingreifender Diagnostik) die Zahl der Sepsis-Infektionen deutlich angestiegen. So konnte nachgewiesen werden, daß damit die Zahl der Patienten, die an einer Sepsis versterben, heute in etwa gleich hoch ist wie vor 30 Jahren. Der individualmedizinische Erfolg muß also nicht mit einem volksgesundheitlichen Erfolg kurativer Medizin einhergehen.

So scheint sich das Ergebnis der midizinhistorischen Untersuchung von McKeown zu bestätigen, daß der Rückgang der Sterblichkeit über die letzten hundert Jahre nicht aufgrund medizinischer Interventionen im Sinne kurativer Erfolge, sondern aufgrund von Verbesserungen in sozialen Verhältnissen, in der Hygiene und Ernährung zustandegekommen sind. So zumindest muß man die Tatsache interpretieren, daß medizinisch effektive Maßnahmen gegen die ehemaligen Haupttodesursachen, die Infektionskrankheiten, erst zu einem Zeitpunkt zur Verfügung standen, als die Infektionskrankheiten alsvolksgesundheitliches Problem bereitszurückgedrängt waren und nur noch für einen Bruchteil aller Todesursachen verantwortlich waren. Dies war eben erst in den fünfziger Jahren mit der Einführung der Antibiotika der Fall.

Wenn man nun einmal die Todesursachen außer Acht läßt und sich den wichtigsten Krankheitsursachen zuwendet, so läßt sich eine ähnliche Aussage machen. Eine große Zahl der Fälle machen beispielsweise die Insektionen der Atmungsorgane aus, die in der Regel virusbedingt sind und kurativ überhaupt nicht, bestenfalls symptomatisch behandelbar sind. Eine andere große Gruppe stellen die Verdauungsbeschwerden dar. Diese sind in den meisten Fällen

funktionell bedingt und mit medizinischen Maßnahmen nur symptomatisch therapierbar. Die bakteriellen Darminfektionen heilen mit und ohne Therapie in der Regel in der gleichen Zeit ab. — bei den Krankheiten des rheumatischen Formenkreises handelt es sich vorwiegend um degenerative Schäden und Schäden durch funktionelle Überbelastung. Auch hier gibt es mit medizinischen Maßnahmen kaum ursächliche Einwirkungsmöglichkeiten, es können lediglich Beschwerden gelindert werden. ¹⁰

Als weiteres Beispiel für die Fehleinschätzung der kurativen Potenz der Medizin sei der milde Altersdiabetes genannt. Diese Form der Zukerkrankheit wird üblicherweise mit oral zu nehmenden Medikamenten (Antidiabetika) behandelt; dies geschieht unter der Vorstellung, daß eine gute Einstellung der Blutzuckerwerte Folgeerkrankungen an den Blutgefäßen verhindert oder hinauszögert. Kontrollierte klinische Untersuchungen haben jedoch gezeigt, daß dies wahrscheinlich nicht zutrifft. Es wird im Gegenteil eine höhere Sterblichkeit an den genannten Krankheiten unter diesen Medikamenten registriert. Möglicherweise spielen hier direkte Einflüsse der Medikamente auf den Fettstoffwechsel eine zentrale Rolle. 12

Anhand dieser Beispiele sollte exemplarisch verdeutlich werden, daß das herrschende Verständnis der Medizin, das von dem Grundsatz "diagnostizieren — therapien — kurieren" ausgeht, zumindest in vielen Fällen nicht den realen Möglichkeiten entspricht. Nicht jede medizinische Maßnahme, die vordergründig wirksam zu sein scheint, muß zu einem wirklichen kurativen Erfolg führen. Natürlich sollte damit nicht jedwede Heilungsmöglichkeit in Abrede gestellt werden. Als ein Gegenbeispiel sei die Unfallchirurgie genannt, in der sicherlich größere kurative Möglichkeiten gegeben sind.

Wenn aber die Medizin nicht in dem Maße heilend einwirken kann, wie allgemein angenommen wird, so muß man sich fragen, welche Aufgaben ihr dann eigentlich zukommen. Bei einigen der vorgenannten Beispiele klangen die Möglichkeiten schon an: einerseits die Prävention und andererseits die Betreuung. Unter Betreuung wird hier verstanden: die Symptomlinderung sowie die Verhütung von Verschlimmerung und Folgekrankheiten.

Das kurative Selbstverständnis der Medizin geht aber einher mit einer stark naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung der medizinischen Forschung und Praxis. Der Ausbau dieses Bereiches wird also durch die Kuration und ihre unhinterfragten Erfolge gerechtfertigt. Dies schlägt sich wiederum in der Praxis nieder: Die Vorstellung vom Heilen als spezifisch ärztliche Tätigkeit ist verbunden mit der Erwartung des aktiven Eingreifens des Arztes. Der Arzt, der seinem Patienten bei einer Grippe nur ein paar Tage Bettruhe verordnet, wird als schlechter Arzt angesehen. Derjenige, der Medikamente oder gar Spritzen gibt (was beides auf den Verlauf keiner-

lei Einfluß nehmen kann, da es für diese Krankheit keine spezifische Therapie gibt), erringt die Achtung seiner Patienten. Auch im Denken des Arztes selbst ist "eigentlich medizinische" Tätigkeit nur die, die unmittelbares Eingreifen in Körperfunktionen mittels Medikamenten, Operationen, Strahlen oder anderer technischer Verfahren beinhaltet. Dieses auch interne Selbstverständnis der Medizin liefert die ideologische Grundlage für einen steten Ausbau der apparativ-technischen Verfahren mit hohem finanziellem Aufwand. Bei insgesamt beschränkten Finanzmitteln führt dies zu einer Zurückdrängung betreuender Leistungen wie Pflege, Aufklärung und Beratung.

Zusätzlich erfolgt im Rahmen dieser naturwissenschaftlich-technischen Orientierung eine Festlegung auf eine Endpunktbehandlung. Rechtzeitiges Erfassen risikogefährdeter Personen sowie die Einbeziehung psychischer und sozialer Faktoren in die Therapie spielen eine untergeordnete Rolle. Daß dadurch Behandlungschancen vertan werden, die vermutlich sogar einen echten kurativen Nutzen für den Patienten hätten, soll wiederum an einem Beispiel verdeutlicht werden: Der Bluthochdruck ist ein Leiden, das im Anfangsstadium meist keine subjektiven Beschwerden bereitet und von dem Betroffenen daher oft nicht bemerkt wird. Er korreliert aber bekanntlich mit einem erheblich vergrößerten Infarkt-, Niereninsuffizienz- und Schlaganfall-Risiko. Man weiß aus epidemiologischen Untersuchungen, daß nur etwa 40% der Hypertoniker über ihren Hochdruck überhaupt Bescheid wissen und daß nur etwa 15-25% ausreichend behandelt sind, 13 Wird bei einem Patienten ein Bluthochdruck festgestellt, so folgt meist eine aufwendige Diagnostik: Laboruntersuchungen, Nieren-Röntgen, Nierengefäß-Darstellung. Zweck dieser Diagnostik ist es, eine organische und damit möglicherweise operativ behebbare Ursache der Hypertonie festzustellen. Findet sich aber keine organische Ursache, so verliert der Patient an Interresse: Bei einer großen Zahl von Patienten wird nicht einmal eine Einstellung auf dieses oder jenes Medikament längerfristig durchgeführt. Faktoren der Lebensführung, der Ernährungsgewohnheiten, der beruflichen Belastung sowie der psychischen Konstellation, die bekanntermaßen einen nicht unerheblichen Einfluß auf das Blutdruckverhalten haben, spielen in der Aufgabenstellung der medizinischen Versorgung praktisch keine Rolle. Auch eine umfassende Aufklärung über die Risiken der Erkrankung sowie über Art und Wirkungsweise der Medikamente, die allein den Patienten in die Lage versetzen würden, seine (häufig nebenwirkungsreiche) Therapie verantwortlich mitzutragen, findet meist nicht statt. - Erst als Herzinfarkt- oder Niereninsuffizienz-Kranker wird dieser Patient wieder Gegenstand intensiver medizinischer Bemühungen.

An diesem Beispiel wird klar, daß Betreuungsfunktionen nicht

nur angenehmes und wünschenswertes Beiwerk der "eigentlichen medizinischen Behandlung" sind, sondern wesentliche Aufgabe der Medizin sein sollten. Ein medizinisches Versorgungs-System kann deshalb nicht nur an dem betriebenen technischen Aufwand und an dem Ausmaß des aktiven Eingreifens gemessen werden, sondern muß ganz zentral an der Erfüllung betreuender Funktionen bestimmt werden. Mit diesem Ansatz wurde in der Arbeitsgruppe die ambulante und stationäre Versorgung dann daraufhin untersucht, inwieweit sie den an sie gestellten Aufgaben gerecht wird.

Stationäre Versorgung

Die Krankenhausmedizin ist überwiegend auf Kuration und die damit verbundene Diagnostik orientiert. Die gesundheitspolitischen Strategien der zunehmenden Liegezeitverkürzungen beinhalten eine weitere Entwicklung in dieser Richtung. Da Rationalisierung nur im technischen Bereich möglich ist, bedeuten die angestrebten Liegezeitverkürzungen, daß die Krankenhäuser mehr und mehr auf Diagnostik und technisch-therapeutische Behandlung zugeschnitten werden sollen. Für eine große Zahl der derzeit in den Krankenhäusern behandelten Patienten gilt aber, daß sie zwar intensiver pflegerischer und betreuender Maßnahmen bedürfen, daß aber — wie oben ausgeführt — eine wesentliche Abkürzung ihres Krankheitsverlaufes durch medizinische Maßnahmen nicht zu erwarten ist. Die beschriebene Entwicklung geht deshalb auf Kosten dieser Patienten, die entweder überhaupt nicht oder nicht ausreichend in den Krankenhäusern behandelt werden können.

Bereits in der Vergangenheit wurde der apparativ-technische Bereich im Krankenhaus enorm ausgedehnt und alles, was sich hier nicht unterordnen ließ, wurde vernachlässigt. Auch im internen Bewertungssystem des Krankenhauses wird dies deutlich: Die Arbeit des Pflegepersonals auf der Intensivstation oder in der Rettungsstelle wird nicht nur besser bezahlt, sondern sie ist auch mit höherem Prestige versehen als die mehr pflegerisch und betreuend bestimmte Tätigkeit auf der Normalstation. Derjenige Arzt, der bestimmte technische Untersuchungsverfahren beherrscht, ist höher angesehen als derjenige, der "nur" normale Stationsarbeit macht.

Wie verfehlt diese Orientierung einer rein naturwissenschaftlichtechnisch verstandenen Medizin ist, wenn man die Aufgabe der Medizin nicht nur im Heilen, sondern auch im Helfen sieht, soll an einigen typischen Beispielen gezeigt werden:

Beipielsweise wird ein Patient mit einem Schlaganfall im allgemeinen als nicht therapierbar angesehen, da es nach dem heutigen Stand des Wissens keine Operationen oder Medikamente gibt, die den Krankheitsverlauf nachweisbar verbessern. Der Grad der Wie-

derherstellung dieser Patienten hängt aber ganz wesentlich von betreuenden Maßnahmen ab: Lagerung und Dekubitusprophylaxe (Vorbeugen gegen Wundliegen durch häufiges Betten, Saubermachen, Umlagern und Heraussetzen), Krankengymnastik, Sprechtherapie, aber auch psychische Hilfen bei der Bewältigung seiner Krankheit. Eben diese Behandlungsverfahren stehen dem Patienten in der heutigen Krankenhausmedizin aber nur unvollkommen zu Verfügung. So ist das Pflegepersonal durch den gestiegenen Patientendurchlauf wie durch die Zunahme der Arbeit im Zusammenhang mit technischen Untersuchungen so beansprucht, daß weniger Zeit für die eigentliche Pflege bleibt. Fast überall sind die Stellen für Krankengymnasten so knapp, daß diese alle bedürftigen Patienten nicht ausreichend behandeln können. Logopäden (Sprachtherapeuten) gibt es so gut wie überhaupt nicht an den Krankenhäusern. Und für den Arzt schließlich ist der Schlaganfall-Patient einer, "bei dem man sowieso nichts machen kann", so daß er ihm nur einen geringen Teil seiner – durch andere Aufgaben beanspruchten – Zeit widmet.

Die Überbewertung der Technik führt aber auch zu vermeidbaren ärztlichen Fehlern: So ist es nicht ungewöhnlich, daß Patienten mit einem Herzklappenfehler zwar mittels Elektro-, Phono- und Ultraschallkardiogramm sowie Herzkatheter-Untersuchungen exakt diagnostiziert und in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden, zugleich aber eine ausreichende Aufklärung nicht stattfindet. Ein solcher Patient kann deshalb sein wochenlang bestehendes Fieber für eine verschleppte Grippe halten, während er in Wirklichkeit eine Herzinnenhaut-Entzündung bekommen hat. Dies ist eine nicht seltene, im schlimmsten Fall lebensbedrohliche Komplikation, sofern sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird. Mindestens ebenso wichtig wie alle technischen Untersuchungs-Verfahren wäre also für diese Patienten die ausführliche Aufklärung über mögliche Komplikationen und ihre Symptome, gerade aber dies — das Einfache — wird häufig versäumt.

Die Möglichkeiten betreuender und beratender Tätigkeiten hängen jedoch nicht nur von der inneren Einstellung, dem guten Willen und der entsprechenden Ausbildung der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte und Pflegepersonen ab, sondern auch wesentlich von der für solche Aufgaben zur Verfügung stehenden Zeit. Es soll hier deshalb auch ein Blick auf die Personalpolitik in den Krankenhäusern geworfen werden. Über die letzten Jahre hat die Zahl der das Krankenhaus durchlaufenden Patienten deutlich zugenommen. Die Zahl der Krankenhausärzte ist zwar auch gestiegen, jedoch — nach Untersuchungen von Frankfurter Personalräten — in etwa dem gleichen Ausmaß. ¹⁴ Die Zahl diagnostischer und kurativer Maßnahmen hat aber in den letzten Jahren sehr deutlich — bis zum Fünffachen — zugenommen. Hieraus ist zu schlußfolgern, daß bei gleicher Arzt-

Patienten-Relation und Zunahme der technisch-diagnostischen Leistungen zunehmend weniger Zeit für betreuende Funktionen geblieben ist.

So konnte von den Frankfurter Kollegen gezeigt werden, daß — setzt man eine 40-Stunden-Woche voraus — nach Abzug von Routine-Leistungen, administrativen Aufgaben, regelmäßigen Pflichtveranstaltungen sowie diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dem Arzt für die eigentliche Betreuung nur wenige Minuten pro Patient und Tag übrig bleiben.

Das Verhältnis von Pflegepersonen zu behandelten Patienten hat sich z.B. nach Erhebungen der Berliner ÖTV sogar noch verschlechtert: standen 1974 für 384 129 in den Krankenhäusern behandelte Patienten noch 20 127 Pflegekräfte zur Verfügung, so war das Verhältnis 1977 nur noch 19658 Pflegekräfte zu 403 800 Patienten (Patientenzahl um 5% gestiegen, Personal um 4% gesunken). Als Voraussetzung für eine Verbesserung der Patienten-Versorgung auch im Sinne beratender und betreuender Leistungen ergibt sich also die Notwendigkeit, den Stellenschlüssel im Krankenhaus zu verbessern. Mit moralischen Appellen an Ärzte und Schwestern, Aufklärungsbroschüren und Klinik-Funk für die Patienten ist noch nichts erreicht. Auch die Einstellung eines zusätzlichen Psychologen oder Sozialarbeiters bewirkt meist noch keine entscheidende Veränderung. Die Krankenhausmedizin muß ihre Schwerpunkte so setzen, daß das gesamte mit der Patientenversorgung betraute Personal ausreichend Zeit für die notwendige - psychische und soziale -Betreuung zu Verfügung hat.

Bei gesundheitspolitischen Forderungen ist also nicht nur auf die Verbesserung im apparativen und insbesondere personellen Bereich zu achten, sondern auch festzulegen, was inhaltlich im Bereich stationärer Versorgung geschehen bzw. sich verändern soll. So reicht es in Zukunft nicht mehr aus, die Forderungen auf den nur quantitativen Ausbau stationärer Versorgung zu beschränken. Die fragwürdig gewordenen Scherpunkte stationärer medizinischer Versorgung müssen gleichzeitig Anlaß zu inhaltlichen Veränderungen sein. Wird dies nicht berücksichtigt, könnte progressive Gesundheitspolitik zum Motor einer Entwicklung werden, die nicht am Nutzen für den Patienten, sondern am Nutzen der am Gesundheitsbereich verdienenden Industrien orientiert ist.

Ambulante Versorgung

Auch im ambulanten Bereich ist die naturwissenschaftlich-technische Überbetonung der Medizin allenthalben nachweisbar. Die ärztliche Gebührenordnung stabilisiert eine derartige Ausrichtung. Labormedizin und apparative Leistungen werden sehr hoch honoriert,

beratende Gespräche und ausführliche körperliche Untersuchungen werden unterbezahlt. Das führt einerseits zu der berüchtigten 3-Minuten-Medizin mit schnellen Entscheidungen für dieses oder jenes Medikament. Auf der anderen Seite ist die Führung einer auf Betreuung und ärztliches Gespräch sowie Beratung ausgerichteten Praxis finanziell nur tragbar, wenn gleichzeitig zahlreiche technische, oft als unsinnig empfundene Untersuchungen durchgeführt werden. Dabei zeigt bereits ein Blick auf die in der ambulanten Praxis am häufigsten vorkommenden Konsultationen, daß schwere, akut behandelbare Erkrankungen zu den Ausnahmen gehören. Leichtere Infektionen und funktionelle Störungen machen einen großen Teil der Behandlungsfälle aus. Eine medikamentöse Therapie kann hier häufig mehr schaden als nützen. Vielmehr käme es darauf an. durch Aufdeckung psychosozialer Verursachungsfaktoren sowie Aufklärung und Beratung auf die Ursachen dieser Beschwerden Einfluß zu nehmen. - Bei den chronischen Erkrankungen wie Rheuma, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit und Asthma bronchiale ist eine langfristige Betreuung notwendig. 15 Hierbei genügt es nicht, den Patienten auf bestimmte Medikamente einzustellen. Wie bekannt ist, nehmen nur etwa die Hälfte aller Patienten ihre Medikamente in der vom Arzt verordneten Weise ein. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte darin liegen, daß keine oder nur sehr vage Vorstellungen darüber bestehen, in welcher Art und worauf die Medikamente wirken. So nehmen beispielsweise Herzpatienten ihr Digitalis (ein Medikament, das nur bei kontinuierlicher Medikation wirkt) oft nur, wenn es ihnen akut in irgendiener Weise schlecht geht. Abgesehen davon, daß das betreffende Symptom häufig gar nicht auf das Herz zu beziehen ist, tritt bei einer solchen Einnahme wegen der Unterdosierung überhaupt keine Wirkung ein. Andere wiederum nehmen ihre Medikamente zwar regelmäßig, aber bei Unwohlsein einige Tabletten zusätzlich - was zu lebensgefährlichen Vergiftungen führen kann. Es ist deshalb dringend notwendig, den Patienten ausführlich und geduldig über alles, was in Zusammenhang mit seiner Krankheit steht, aufzuklären: Wie sich die Krankheit entwickeln kann und auf welche Anzeichen er selbst achten muß, ob und wie er seine Lebensweise darauf einstellen muß.

Zu den Mängeln im ambulanten Bereich gehört also neben der Tatsache, daß in unserem System ambulanter Medizin am Patienten und seiner Krankheit verdient werden kann, auch eine Fehlentwicklung mit Überbetonung diagnostischer und apparativer Maßnahmen und einer Vernachlässigung von Betreuungsfunktionen. Bei gesundheitspolitischen Forderungen ist — ähnlich wie für den stationären Bereich — mehr als bisher auf die inhaltliche Bestimmung dessen was an ambulanter Versorgung erfolgen soll, einzugehen.

Ursachen der Entwicklung

Fragt mannach den Ursachen der beschriebenen Schwerpunktsetzung in der Medizin, so stellt man fest, daß hier handfeste ökonomische Interessen im Hintergrund stehen. Mit der stark apparativ-technisch ausgerichteten kurativen Medizin einschließlich ihrer Diagnostik werden bekanntlich von Seiten der Geräte- und Pharma-Industrie hohe Gewinne gemacht. An Betreuung und Prävention hingegen läßt sich, da es sich zu großen Teilen um "Dienstleistungen" handelt, industriell wenig verdienen.

Schon auf der Ebene der medizinischen Wissenschaft werden die Weichen für die Schwerpunkte der medizinischen Versorgung gestellt. Die Finanzierung wissenschaftlicher Forschung erfolgt zu großen Teilen durch die medizinische Industrie. Ein Interesse dieser Unternehmen an Forschungsvorhaben ist aber naturgemäß immer nur da gegeben, wo ein unmittelbarer Nutzen für sie zu erwarten ist: nämlich verkäufliche Medikamente und Geräte zu entwickeln. So wird - häufig auch noch mit wissenschaftlich fragwürdigen Methoden - nur der unmittelbare Erfolg medikamentöser oder technischer Eingriffe bewiesen. Naturwissenschaftliche Grundlagenforschung sowie epidemiologische und sozialmedizinische Forschung und schließlich kontrollierte Studien zu Behandlungserfolgen an größeren Kollektiven bringen niemandem unmittelbaren Profit. Wo derartige Forschungen - beispielsweise von staatlichen Institutionen - dennoch betrieben werden, gehen ihre Ergebnisse in gesundheitspolitische Konzeptionen nicht ein.

Die gesundheitspolitischen Strategien des Staates stützen die einseitig auf Kuration ausgerichtete Entwicklung der Medizin. Das Eingeständnis der Begrenztheit kurativer Medizin würde nämlich präventive und betreuende Aufgaben in den Vordergrund stellen, was zu einer Kollision mit der Industrie wie auch mit der privatwirtschaftlichen Organisation medizinischer (insbesondere ambu-

lanter) Versorgung führen müßte.

Auch von Seiten der in der medizinischen Forschung tätigen Arzte ist eine Veränderung der wissenschaftlichen Orientierung nicht zu erwarten. Dem Profilierungs- und Veröffentlichungsdruck karrierebewußter Mediziner kommen kurzfristige, eng umschriebene

und finanziell abgesicherte Forschungsvorhaben entgegen.

Unter dem Zugzwang der "modernen wissenschaftlichen Medizin" erfolgt schließlich auch die Verteilung des insgesamt eingeschränkten Finanzvolumens. So werden an den Krankenhäusern zwar technische Ausstattung und Pharmaka-Therapie als scheinbar sachnotwendige Ausgaben problemlos getragen, auch gehen technische Leistungen wie Röntgen- oder Herzkatheter-Untersuchungen in den Stellenplan ein, jedoch werden Pflege- und Betreuungsfunk-

tionen im Stellenplan nicht ausreichend berücksichtigt. Auch in der ambulanten Medizin wird — gestützt durch die Struktur der ärztlichen Gebührenordnung, die technische Leistungen lohnender macht als betreuende — der technische Aufwand gefördert.

Nutznießer dieser aus Steuergeldern und Krankenkasseneinnahmen finanzierten Entwicklung ist eindeutig die medizinische Industrie. Die volksgesundheitliche Versorgung hat sich dadurch zumindest nicht entscheidend verbessert, in einigen Bereichen sogar wahrscheinlich verschlechtert.

Strukturfragen ambulanter Medizin

In einem weiteren Teil des in der Arbeitsgruppegeführten Gespräches wurden strukturelle Fragen vorwiegend der ambulanten Versorgung angesprochen. So wurde diskutiert, inwiefern die jetzige Aufteilung in Allgemeinmediziner und Fachärzte sowie die zunehmende Zahl von Fachärzten bei Verminderung der Allgemeinmediziner einen sinnvollen Entwicklungsweg darstellt. Man weiß einerseits, daß wenige, 20-30 Krankheiten, für die Mehrzahl aller Konsultationen in der ambulanten Medizin verantwortlich sind. Andererseits ist eine zunehmende Spezialisten zahlreiche Leistungen erbracht, die nicht unbedingt in den Aufgabenbereich eines "Spezialarztes" fallen müssen. So scheint es vielmehr sinnvoll, daß die gesamte ambulante Medizin von Allgemeinärzten (diese müßten eine solide internistische Ausbildung haben), Pädiatern und Gynäkologen sowie möglicherweise Psychiatern getragen wird und für die verbleibenden. eine spezielle Versorgung benötigenden Erkrankungen Spezialisten in kleinerer Zahl zur Verfügung stehen. Dabei wurde sowohl die Versorgung in Großbritannien als auch die in Holland als beispielgebend angesührt. Darüberhinaus konnte festgehalten werden, daß eine Konzentration auf die wichtigsten Erkrankungen in der Ausund Weiterbildung von entscheidender Bedeutung ist: Es ist für die Güte einer Versorgung wahrscheinlich sehr viel entscheidender, daß die wenigen häufigen Krankheiten in ihrer Diagnose, Therapie und ihrem Verlauf sehr gut vom Arzt gekannt werden, als daß eine unzureichende Kenntnis über alle nur möglichen Hunderte von Krankheiten besteht. Dies hat sich wahrscheinlich nicht so wesentlich in der Ausbildung, jedoch entscheidend in der Weiterbildung niederzuschlagen.

In der Diskussion um die Organisationsform in der ambulanten Medizin wurden nochmals die Nachteile der Einzelpraxis aufgezählt: Isolierte Arbeitsweise führt zur auch fachlichen Isolation; Problempatienten können nicht besprochen werden; eine kollegiale Fortbildung an den Problemen eines Patienten zum Nutzen von Patient und behandelndem Arzt findet nicht statt, da kein Kollege zum fachlichen Gespräch jederzeit da ist; ein Teil von Versorgungsangeboten (z.B. Diätassistentin, Krankengymnastik aber auch technische Einrichtungen) lassen sich in der Einzelpraxis nicht finanzieren, da nicht eine ausreichende Zahl zu versorgender Patienten vorhanden ist. In der Gruppenpraxis scheint in allen genannten Punkten eine Verbesserung der Versorgungsqualität möglich geworden zu sein - so wurde es zumindest bei der Darstellung aus der Arbeit solcher Praxen deutlich. Die Diskussion zeigte jedoch auch, daß eine Verbesserung der Versorgungsqualität in der Gruppenpraxis mit Sicherheit nicht wesentlich an den kurativen Funktionen zu bestimmen ist. Denn auch hier gilt, daß wesentlicher Aufgabenbereich gerade der ambulanten Medizin in der Betreuung liegt und somit Erfolge oder Mißerfolge eben auch an dieser Funktion zu hestimmen sind.

Zusammenfassend wurde betont, daß die Gruppenpraxis - einschließlich der zumeist stattfindenden psychosozialen Betreuung nur Modellcharakter haben kann. Eine solche Praxis unter den bei uns vorherrschenden juristischen und ökonomischen Bedingungen zu betreiben, bedeutet für die Beteiligten, sinanzielle Einbußen im Vergleich zum einzeln niedergelassenen Arzt - hinzunehmen, Dies aber erfordert einen Idealismus, der nicht Basis für eine massenweise Verbreitung dieser Praxisform sein kann. Eine Verbesserung ambulanter Versorgung wird also nur durch gesundheitspolitische Diskussion und die Auseinandersetzung in diesem Bereich vorantreiben, der Beginn einer Lawine von Veränderungen werden sie mit Sicherheit nicht sein.

Anmerkungen

Bei den Aussagen zur kurativen Potenz der Medizin sind zur weiteren Information nur deutschprachige Überblicksarbieten angegeben, aus denen dann auch Primärliteratur zu entnehmen ist.

Abholz, H.-H.: Medizinische Interventionen beim Myokardinfarkt. In: Jahrbuch für kristische Medizin, Bd. 3. Argument-Sonderband 27, 1978 S. 44-64

3 s.Fußn.2.

S.Kap.1 in Deppe, H.-U. (Hrsg.); Gesundheit, Staat und Gesellschaft, Stuttgart 1978

schart, Stuttgart 1970

Krokowski, E.: Befindet sich die kurative Krebstherapie in der Sackgasse? Dtsch.Med. Wschr. 104, 1979 S. 326—329

S. auch: Enstrom, J.E., D.F. Austin: Interpreting Cancer Survival Rates. Science, 195, 1977 S. 847—851

Finland, M.: Changing Ecology of Bacterial Infection as related to Antibacterial Therapy. J. Infect. Dis. 122, 1970 S. 419-423
McKeown, Th.: The Modern Rise of Population. London 1976
Abholz, H.-H.: Erfordernisse an die ambulante Medizin - Ableitander Landon Landon Landon

tungen aus klinisch-epidemiologischen Befunden. In: Argument-Sonderband 30, 1979, S. 100-119

S. Zusammenfassung in: Fuln 4

Cavert, G.D. et al.: Lancet 1978, II, 66-67

Pflanz, M.; Hypertonie — Epidemiologische Fragen der Datenerfassung. In: Bock, K.D.: Sozialmedizinische Probleme der Hypertonie in der BRD. Stuttgart 1978

pertonie in der BRD. Stuttgart 1978

Eine empirische Analyse (1970-77). In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 4, Argument-Sonderband 37, 1979
S.Fußn.10. dirt, E. et al.: Veranderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit -

psychosozialer Prävention Arbeitzgruppe III B: Ansätze sozialmedizinischer und

Illona Kickbusch: Medizinische Selbsthilfegruppen

litation besonders nahe. der medizin-soziologischen Diskussion über Prävention und Rehabiwo die wahren gesellschastlichen Probleme liegen. Letzteres liegt in len, was eine echte Selbsthilsegruppe ist, oder ihnen zu vermitteln, Kopt hat. Da drängt es sich auf, diesen Gruppen erläutern zu wol-Selbsthillegruppen nicht senem Ideal entsprechen, das man im Aktionssorscher ist es mitunter ärgerlich bis srustrierend, wenn die den Analyseversuche, und sür teilnehmende Beobachter oder manchmal auch ernüchternder als die meisten der bisher vorliegen-Bewegung am Horizont'. Die Realität ist widersprüchlicher und die anderen schon den Silberstreif einer neuen basis demokratischen Reprivatisierung staatlich zu erbringender Dienstleistungen, so sehen zum Thema vorherrschen: besürchten die einen die unzulässige setzte gesellschaftspolitische Standpunkte, die auch in der Literatur unter nicht direkt Betroffenen kreisen meist um zwei entgegengeheitsbewältigung bzw. der Tertiärprävention liegt. Solche Diskussion bereich dieser Gruppen bisher vornehmlich im Bereich der Krankforum über Selbsthilfegruppen werden lassen, obwohl der Wirkungs-Arbeitsgruppe "Prävention" füreinige Stunden zu einem Diskussions-Die Suche nach neuen gesundheitspolitischen Strategien hat die

troverse über Selbsthilfe und Selbstorganisation eingegangen, und Artikel bin ich ausführlicher auf die gesellschaftspolitische Kon-Wohlbekanntem, als durch soziale Phantasie aus. In einem anderen Kongresses in München zeichnete sich eher durch ein Beharren auf in manche Sackgasse gestührt und auch die Abschlussdiskussion des veränderung hat schon in der Diskussion um die Bürgerinitiativen Die wissenschaftliche Besserwisserei in Sachen Gesellschaftsschlage vor, das politische Potential von Selbsthilfegruppen im Rahmen einer Topographie des Protestes zu verstehen, anstatt als revolutionstheoretische Stolpersteine zu benutzen. Wir alle haben die neuen Formen "Politik zu machen" erst zu kurz (mit)erlebt, als daß ein abgeklärtes und abschliessendes Urteil möglich wäre² Dementsprechend habe ich versucht mit der nachfolgenden Untergliederung die Ambivalenz der neuen Formen von Selbsthilfezu betonen.

Typisierungen von Selbsthilfegruppen

In der amerikanischen Literature³ finden sich eine Vielzahl von Typisierungen von Selbsthilfegruppen, die sich vornehmlich auf unterschiedliche Gruppeninhalte beziehen. Die zwei am häuftigsten zitierten sind nicht sehr aussagekräftig: Killilea läßt ihre Leser mit einer Unterteilung in zwanzig verschiedene Typen etwas hilflosverwirrt zurück, Katz und Bender sind so unglücklich mit ihrer eigenen Einteilung, dass sie den Ausweichtyp "mixed forms" gleich miteinführen. Moeller (als bisher einziger deutscher Versuch) zeigt sich gegenüber einer Kategorisierung sehr skeptisch, entscheidet sich aber dann für eine Untergliederung der Gruppen nach ihren Hauptzielen:

- 1. Psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen
- 2. Medizinische Selbsthilfegruppen
- 3. Bewußtseinsverändernde Selbsthilfegruppen
- 4. Lebensgestaltende Selbsthilfegruppen
- 5. Arbeitsorientierte Selbsthilfegruppen
- 6. Lern- bzw. ausbildungsorientierte Selbsthilfegruppen
- 7. Bürgerinitiativen

Diese Einteilungen vermitteln zwar einen Eindruck von der Vielfalt der Selbsthilfegruppen, sagen aber nur wenig über ihre Beziehung zum gesellschaftlichen Umfeld aus. Was verbindet bzw. trennt die Gruppen über die Tatsache hinaus, daß sich die eine um medizinische, die andere um arbeitsbezogene Probleme gruppiert? Die verbindenden Gruppenmerkmale — und damit die Merkmale der "idealen" Selbsthilfegruppe — sind bisher mikro-soziologisch betrachtet worden. Als kennzeischnend gelten Merkmale wie:

Gleichrangigkeit der Mitglieder

persönliche Betroffenheit durch das jeweilige Problem

Freiwilligkeit der Teilnahme

Gegenseitigkeit der Hilfeleistung

Informalitat der Organisation

Die Gegenseitigkeit der Hilfeleistung wird als besonders entscheidendes Strukturmerkmal von Selbsthilfegruppen angesehen, weshalbeine Reihe von Autoren die Bezeichnung "mutual-aid-group" dem mißverständlichen "self-help-group" vorziehen. Worin diese

Gegenseitigkeit genau besteht und wie sie wirkt ist erst in Ansätzen empirisch untersucht worden⁴, und durchaus nicht so eindeutig. wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Sie hat zudem zu dem vorschnellen Schluss geführt, Gegenseitigkeit impliziere eine Abkehr von professionellen Dienstleistungen. Für Moeller ist in den Gruppen das Prinzip "jeder hilft sich selbst und damit den anderen" wirksam. für Gartner und Riessman⁵ hingegen das Helfer-Therapie-Prinzip", d.h. "demjenigen der hilft, wird selbst am meisten geholfen". Gartner und Riessman haben darüber hinaus versucht, die gegenseitige Hilfe in einen Rahmen zu setzen, der sich an der Dienstleistungstheorie orientiert. Sie gehen davon aus, daß der Erfolg einer personenbezogenen Dienstleistung (z.B. einer Anweisung des Arztes) wesentlich von der Mitwirkung des Betroffenen, also vom "Konsumentenbeitrag abhängt. Je mehr Mitwirkungsmöglichkeit, d.i. "Koproduktion" dem Konsumenten eingeräumt wird, umso konsumenten intensiver ist eine Dienstleistung, und desto höher sind die Aussichten auf einen Erfolg. Damit wird einerseits die Art und Weise der Produktion der Dienstleistung verändert und zugleich ihre Qualität wesentlich im Sinne der Konsumenten beeinflußt. Demzufolge ist die "Konsumentenintensität" in einer Selbsthilfegruppe besonders hoch, da die Mitglieder gleichzeitig Produzenten und Konsumenten der Dienst- und Hilfeleistungen sind. Deshalb so Gartner und Reissman - sind Selbsthilfegruppen besonders erfolgreich. Die Gegenseitigkeit der Hilfeleistung wird als Moment der Demokratisierung und Umorientierung der sozialen und medizinischen Dienste gewertet und führt zu dem (m. E. voreiligen) Schluß, daß die Selbsthilfegruppen eine Selbsthilfebewegung sind.

Gussow und Tracy schliesslich haben in einer vielbenutzen Unterscheidung zwei Typen von Selbsthilfegruppen benannt: Typ I ist die Organisation von Betroffenen zur gegenseitigen Hilfe in kleinen Gruppen, Typ II hingegen ist eine Interessenorganisation für bestimmte Problemgruppen, deren Mitgliedschaft nicht notwendig eine persönliche Betroffenheit erfordert (z.B. Deutsche Krebshilfe). Typ-II-Gruppen setzen sich häufig aus Mit-Betroffenen und Angehörigen zusammen, z.B. Eltern von behinderten Kindern⁶. Diese Unterscheidung ist sehr nützlich, wenn es um die Analyse historischer Veränderungen von Gruppen geht, z.B. der Entwicklung von den frühen Arbeiterselbsthilfevereinen und Selbsthilfekassen zur staatlich geregelten Zwangsversicherung und gewerkschaftlichen Interessenvertretung. Eine neuere Entwicklung ist, daß Typ-II-Organisationen beginnen Typ I einzurichten und nach anfänglicher Ablehnung zu unterstützen: so die Deutsche Krebshilfe, die nach einer langen Auseinandersetzung die Frauenselbsthilfe nach Krebs wieder unter ihre Fittiche genommen hat. Zu wessen Nutzen ist noch schwer abzuschätzen.

Neue Formen von Selbsthilfe: drei Typen

Ich habe in meinem kurzen Referat in der Arbeitsgruppe eine Dreiteilung der neuen Formen von Selbsthilfe vorgeschlagen, die sich als Tendenzbestimmung, nicht als harte Abgrenzung versteht. Sie basiert auf meinen Erfahrungen in Selbsthilfegruppen und der Auswertung vorliegender Analysen und Typisierungen, Mich interessiert besonders, in welchem Typ von Selbsthilfegruppe tatsächlich der Klienten- bzw. Patientenstatus aufgehoben wird und damit, in welchem Verhältnis die jeweiligen Gruppen zum medizinischen Versorgunssystem stehen. Skeptisch gemacht hat mich die verbale Bereitwilligkeit der Experten, die Leute "Selbsthilfe machen zu lassen", aber auch die Hierarchien innerhalb der Gruppen und die Auffassung vieler Gruppenmitglieder, daß es sich bei der Selbsthilfegruppe doch um eine Art Dienstleistungseinrichtung handelt, wo Rat und Informationen einzuholen sind, wo man sich aber nicht "einbringt". Eine Studie von Bond u.a. über amerikanische Koronargruppen illustriert im Detail die Optionen, die sich einer medizinischen Selbsthilfegruppe stellen.

Selbsthilfegruppen im System werden häufig von Professionellen initiiert und stehen dann weiterhin unter professioneller Kontrolle und Oberaufsicht — zumindest als Notanker, wenn die Betroffenen meinen, selbst nicht mehr zurecht zu kommen.

Nach diesem Prinzip arbeiten viele der psycho-therapeutischen Selbsthilfegruppen (vgl. Moeller) — Ziel ist die individuelle Heilung und damit der Austritt, wenn die Heilung erfolgt ist. Mitbestimmung und Teilhabe am Heilprozeß sind wichtige neue Momente dieser Therapieform, die davor liegenden Institutionen, Professionellen und Konzepte stehen aber nicht zur grundsätzlichen Debatte.

Der Übergang zu Selbsthilfegruppen neben dem medizinischen System ist teilweise fließend. Diese Gruppen verstehen sich vielfach als Ergänzungen zum medizinischen System und erbringen auf der Basis von Gegenseitigkeit Leistungen, die vom professionellen System nicht erbracht werden und/oder nicht geleistet werden. Solche Lücken im System haben mehrere Ursachen: die somatische Orientierung der westlichen Medizin, das neue Krankheitspanorama das mehr von chronischen als von akuten Leiden bestimmt ist, die Hilflosigkeit der Professionellen gegenüber Suchtkrankheiten u.a.m. Diese Selbsthilfegruppen sind meist sehr an professioneller Unterstützung interessiert und brauchen oft den Zugang durch Professionelle, um neue Mitglieder zu erreichen, z.B. Krankenhausbesuche bei Koronarpatienten oder krebsoperierten Frauen. Diese Gruppen haben oft die Tendenz (besonders wenn die traditionelle Medizin in ihrem Fall versagt hat), sich mit anthroposophischen und heilpraktischen Behandlungsformen auseinanderzusetzen. Auch Laien haben oft Schwierigkeiten Selbsthilfegruppen als gleichwertige Versorgungsinstanz anzusehen und brauchen Rückversicherung von einem Experten.

Der Klientenstatus bleibt in diesen beiden Typen von Gruppen grundsätzlich erhalten, der Konsensus mit dem professionellen System wird nur teilweise durchbrochen. Sicherlich bedeuten die Gruppen aber mehr Mitwirkung am eigenen Heilungsgeschehen und mehr Sicherheit im Umgang mit der eigenen Krankheit. In den USA sind aus diesen Gründen Selbsthilfegruppen-Kurse eingerichtet worden, deren Haupterfolg in der größeren Selbstständigkeit der Patienten gesehen wird⁸.

Probleme und Gefahren solcher Gruppen sind offensichtlich: Verschulung im Sinne der Professionellen (z.B. die Entwicklung der Frauenselbsthilfe nach Krebs, die jetzt auf Vorschlag und mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe Gruppenleiterinnen ausbildet); Erweiterung des "blaming the victim" Ansatzes durch Verstärkung der individuellen Verantwortung für Gesundheit und Krankheit; Rationalisierungsstrategie für überlastete Versorgungsbereiche, die dann insbesondere die sowieso schon schlechter Versorgten treffen würde (Selbsthilfe für die Armen, Professionelle für die Reichen); Fragmentierung medizinischer Probleme und Fragmentierung der medizinischen Versorgung (die Selbsthilfegruppen kümmern sich um die psycho-soziale Seite der somatischen Medizin).

Die Hoffnungen liegen ebenso klar auf der Hand: gemeinsam und gegenseitig wird in dieser Gesellschaft nur sehr wenig gemacht, die Lebenszusammenhänge sind extrem individualisierend. In den Gruppen wird ein Teil Selbstständigkeit wieder erlernt, werden Fähigkeiten neu- oder wiederentdeckt, bieten sich Aktionspotentiale an, die Isolierung durchbrechen. Vielleicht - so jene, die in den Selbsthilfegruppen Anzeichen einer sozialen Bewegung sehen werden hier neue Formen der vergesellschaftung erprobt, deren langfristige Wirksamkeit uns noch verborgen ist. Ivan Illich hofft auf das Durchbrechen der "Kultur der Abhängigkeit" und meint, daß der erste Schritt "eine skeptische, respektlose Einstellung der Bürger gegenüber den wissenschaftlichen Experten ist"9. (Übrigens sind auch wir damit gemeint!) Es gilt sich Lebensbereiche zurückzugewinnen, nicht im Sinne des "hilf dir selbst" der Konservativen, sondern des "hilf dir gegenseitig" eines self-help-socialism, wie Colin Greer es definiert hat. Und es gilt nicht nur Forderungen nach der Quantität gleichzeitig nicht aus dem Blick zu verlieren oder anders gesagt, über der These der Untermedikalisierung (mehr Dienste) die Fehlmedikalisierung (andere Dienste) nicht zuvergessen.

Selbsthilfegruppen gegen das System sind der Versuch autonome innovative Modelle der Selbsthilfe zu entwickeln, die sich insbesondere durch ihre kollektive Erbringung auszeichnen. Sie verstehen sich als Protest und Widerstand gegen ein die Interessen der Laien unterdrückendes medizinisches Versorgungssystem und versuchen, sich Wissen und Dienste als Laien wiederanzueignen.

Wiederaneignung impliziert nicht nur die Rückeroberung von Diensten in professioneller Hand, sondern auch von inzwischen verlorengegangenen oder als Quacksalberei abgetanen Kenntnissen der Volksmedizin. Die bisher größte volksmedizinische Bewegung dieser Art war die "popular health" Bewegung Ende des 19. Jahrhunderts in den USA, zum Teil auch die darauf folgende "birth control" Bewegung¹⁰. Heute finden wir alternative Versorgungssysteme und neue Formen der Gesundheitserziehung und aufklärung (die immer wieder den kollektiven Lernprozess betonen) hauptsächlich in den Gesundheitsgruppen der Neuen Frauenbewegung. Sie haben insbesondere in den USA eine große Verbreitung gefunden¹¹, aber auch in der Bundesrepublik von sich reden gemacht, z.B. das Feministische Frauengesundheitszentrum in Berlin. Von Dr. med. Ulrich Wolff ist diesen Gruppen bescheinigt worden "der Prototyp der aggressiv-destruktiv wirkenden Minderheiten" zu sein und sich in der Nähe des Terrorismus anzusiedeln¹². Die Reaktionären so scheint es, sehen den politischen Gehalt von Bewegungen mit Scharfsinn und kontern gleich mit harten Geschützen. Der Linken klingt das alles zu persönlich und neben-widersprüchlich. Was ist schon dabei, wenn Frauen sich unter Ausschluß von Professionellen eine neue Form der Dienstleistungserbringung ohne soziale Kontrolle aufzubauen versuchen? Es bedeutet immerhin den Versuch der Gegenseitigkeit, der Transparenz, der Hierarchielosigkeit, der Mitteilung von Erfahrung und Wissen. Die Gefahren - insbesondere die der Lagermentalität - müssen stets aufs Neue mitbedacht werden und führen zu steten Auseinandersetzungen in der Praxis. Insbesondere. wenn die Selbsthilfezentren unter der Hand doch nur zu gar nicht so anderen Dienstleistungsbetrieben und Beratungszentren werden.

Vielleicht sollten wir darauf achten, inwieweit sich in der Gesellschaft neue Prozesse abspielen, die wirmitunseremalten Instrumentarien und unserer alten Politik nicht mehr greifen können — vielleicht können wir von den Selbsthilfegruppen lernen, bevor wir sie zu Tode analysieren.

Anmerkungen

- Vincente Navarro: The Industrialization of Fetishism: A Critique of Ivan Illich. In: ders. Medicine under Capitalism. London 1976 S. 103-131
 Alan Gartner und Frank Riessman: Self Help in the Human
- Services. San Francisco 1977
 ² Ilona Kickbusch: Selbsthilfe im Gesundheitswesen: Autonomie

oder Partizipation. Ein Arbeitspapier. Erscheint demnächst in einem reader zur "Partizipation und Politik" im Verlag Otto

Schwartz, Göttingen 1978
Marie Killilea: Mutual Help Organisations: Interpretations in the Literature. In: George Caplan und dies. (Hrsg.): Support Systems and Mutual Help. New York 1976
Alfred Katz und Eugene Bender (Hrsg.): The Strength in Us. Self Help Groups in the Modern World. New York 1976 Michael Lukas Moeller: Selbsthilfegruppen. Reinbek bei Ham-

burg 1978 Elisabeth Redler: Laieninitiativen im Gesundheitswesen. In: Medizin - Mensch - Gesellschaft 4 1979 S. 8-13

Gary Bond u.a.: Mended Hearts: A Self Help Case Study. In: Social Policy Vol. 9, No. 4 1979

- 6 S. Tracy und Zachary Gussow: Self Help Health Groups. In: Journal of Applied Behavioral Sciences 12 1976 S. 381-396
- SK.W. Sehnert: A Course for Activated Patients. In: Social Policy Vol. 8, No. 3 1977 S. 40-46
- ⁹ Ivan Illich: Fortschrittsmythen, Reinbek bei Hamburg 1978 Linda Gordon: Woman's Body, Woman's Rights. Birth Control in America. Harmondsworth 1977

11 Sheryl Ruzek: The Women's Health Movement. New York 1978
12 im Deutschen Ärzteblatt Heft 7/1979

Schwerpunkt IV: Gesundheitsrisiken: Arbeitsplatz, Reproduktion, Umwelt

Arbeitsgruppe IV A: Gesundheit am Arbeitsplatz

Klaus Priester: Arbeitsbedingungen — Belastungsstruktur — Gesundheitsverschleiß. Einleitende Thesen

Die Analyse der Arbeitsbedingungen und -belastungen in der Bundesrepublik stößt auf eine Reihe von theoretischen und praktischen Hemmnissen. Praktische Probleme ergeben sich aus der über weite Strecken mangelhaften Datenlage auf diesem wichtigen Gebiet der Arbeits- und Sozialstatistik.

"Solange es in der Bundesrepublik zwar möglich ist, statistische Angaben über die Anzahl der allmonatlich eingelegten Bruteier und ausgeschlüpften Küken zu machen, solange man zwar den Veröffentlichungen der Statistischen Ämter die regelmäßigen Veränderungsraten des bundesdeutschen Obstbaumbestandes oder der beschrankten Bahnübergänge entnehmen kann, regelmäßige und verläßliche Erhebungen über den Umfang z.B. der Nacht- und Schichtarbeit sowie andere, die tatsächliche Qualität der Arbeitsbedingungen belegende Daten aber weitgehend fehlen, so lange wird man kaum zu vollständigen, empirisch abgesicherten Bestandsaufnahmen der Arbeitsbedingungen in der Bundesrepublik kommen und die Entwicklungen auf diesem Gebiet erfassen können." (Priester 1978a, S. 195f.)

Theoretische Probleme bestehen in der exakten Definition und Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes sowie in methodologischer Hinsicht. So abstrahieren die herrschende arbeitsmedizinische und arbeitswissenschaftliche Forschung weitgehend von den das Ensemble der Arbeitssituation (und damit direkt auch die Lebensbedingungen) bestimmenden gesellschaftlichen Verhältnissen, unter denen gearbeitet wird und aus denen sich wesentliche Determinanten der Arbeitsbedingungen herleiten. Konsequenze, die sich aus dem Charakter des kapitalistischen Produktionsprozesses als Arbeitsund Verwertungsprozeß ergeben, werden dabei nicht oder kaum berücksichtigt, ja in der Regel nicht einmal zur Kenntnis genommen.

Dagegen gehen materialistische, sich am marxistischen Gesellschaftsverständnis orientierende Ansätze davon aus, daß Aussagen über die Qualität und Entwicklung der Arbeitsbedingungen nur unter Berücksichtigung der Gesamtheit der Bedingungen und Verhältnisse getroffen werden können, unter denen die Lohnarbeiter (als weit überwiegendem Anteil der Erwerbstätigen) ihre Arbeitskraft anbieten, verkaufen, anwenden und verausgaben müssen. (Vgl. Mergner 1978b, S. 3f.) Als Arbeitsbelastungen werden dann diejenigen Belastungsmomente definiert, die im Zusammenhang mit der Lohnarbeiterexistenz selbst, an einzelnen Arbeitsplätzen sowie unter bestimmten, durch ökonomische und betriebspolitische Gegebenheiten und Maßnahmen beeinflußten Bedingungen auftreten. Wesentliche Belastungskomponenten ergeben sich dabei aus den Formen des Arbeitsvollzugs, Art und Höhe der körperlichen Arbeitsanforderungen, intellektuellen Anforderungen und Anforderungen an psychisch-nervliches Ertragen, den chemisch-physikalischen Umgebungseinflüssen, den aus der betrieblichen Organisation des Arbeitsprozesses folgenden Faktoren sowie schließlich der spezifisch kapitalistischen Existenzunsicherheit der Lohnarbeiter. (Vgl. Mergner 1978b, S. 11; Dähne/Priester 1978). Unter Berücksichtigung der sich aus diesen Problemen ergebenden Defizite auf dem Gebiet der Erforschung der Arbeitsbedingungen und der Belastungsstrukturen lassen sich - stark vergröbert - folgende Hauptrichtungen der Entwicklung von Arbeitsbedingungen und -belastungen in der Bundesrepublik ausmachen:

Belastende Formen des Arbeitsvollzugs, die sich z.B. aus der Fließband- und anderweitig taktabhängiger Arbeit in der Produktion

oder monotonieerzeugenden und -fördernden Tätigkeiten im Angestelltenbereich ergeben, haben zumindest nicht an Bedeutung verloren. Zwar ist die Zahl der Fließbandarbeiter mit rund 0,7 Mio. Personen relativ gering — und aus verschiedenen Gründen rückläufig — gleichzeitig stehen jedoch, gerade im Bereich der Büro- und Verwaltungsarbeit, infolge stärker forcierter Rationalisierungsmaßnahmen Arbeitszerlegung und -zergliederung bis ins Detail fast noch am Beginn ihrer Entwicklung. Für die Zukunst kann daher eine weitere Zunahme restriktiver Arbeitstätigkeiten prognostiziert werden.

Trotz der Weiterentwicklung der Produktivkräfte, der fortschreitenden Mechanisierung und Automatisierung von Arbeitsprozessen verliert die körperliche Schwer- und Schwerstarbeit im Produktionssektor nur langsam an Bedeutung. Zwischen 2 Mio. und fast 6 Mio. Erwerbstätige in der BRD gaben noch 1975 an, mit schwerem Werkzeug hantieren und schwere Lasten bewegen zu müssen bzw. bei ihrer Arbeit körperliche Anstrengungen ausgesetzt zu sein (Tabelle 1).

Kann trotzdem einerseits ein — zumindest tendenzieller — Bedeutungsverlust der schweren körperlichen Arbeit und der dynamisch-muskulären Belastungen prognostiziert werden, so nehmen mit fortschreitender Mechanisierung von Arbeitstätigkeiten fast durchgängig die mit statisch-muskulären Belastungen verbundenen Tätigkeiten zu. So gaben 1975 etwa 2,1 Mio. Erwerbstätige an, Arbeit in Zwangshaltung verrichten zu müssen (Tabelle 1).

Die psychischen und psychozialen Belastungen durch die Arbeit spielen eine empirisch nicht exakt abschätzbare, vermutlich aber große und zukünftig weiter wachsende Rolle im Belastungsspektrum. Einen Anhaltspunkt für die quantitative Bedeutung psychischer und psychosozialer Belastungen durch die Arbeit bieten die repräsentiven Daten der Volkholz-Studie. Danach geben 6,8 Mio. bis 10.9 Mio. Personen, das sind zwischen 25 und 42 Prozent aller Erwerbstätigen in der BRD (1975), an, durch die Arbeit "nervlich belastet" bzw. "gestreßt" zu werden oder Hektik und Zeitdruck als belastende Arbeitsbedingung zu empfinden. (Tabelle 1; vgl. auch Volkholz 1977, Meyer u.a. 1978). Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß diese Belastungstypen die Arbeitsbedingungen der Zukunft, gerade angesichts der Rationalisierungswelle im Verwaltungs- und Dienstleistungsbereich, wesentlich prägen werden, so daß sich - bei geringerer Abnahme der einseitigen physischen Belastungen durch den Arbeitsprozeß - insgesamt eine Belastungsverschärfung und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für große Teile der Beschäftigten ergeben wird.

Die genannten Belastungen werden verstärkt durch die negativen Einflüsse einer nicht menschengerecht gestalteten Arbeitsumgebung in den Betrieben.

Neben der Gestaltung der Arbeitsmaschinen und -geräte selbst

spielen die klimatischen, optischen und akustischen Arbeitsumgebungseinflüsse eine wichtige Rolle als Belastungsfaktoren. Dabei kommt den Faktoren Lärm, Hitzearbeit, Arbeit in freien und offenen Hallen, Zugluft, Staub, Nässe, Rütteln/Vibrieren, Gestank/ giftige Gase. Beleuchtung und Kältearbeit große quantitative Bedeutung zu. (Tabelle 1, vgl. auch Volkholz 1977, Meyer u.a. 1978). Allerdings scheint es, daß im Verlauf von Rationalisierungsmaßnahmen Arbeitsplätze, die derartige Belastungen aufweisen, zumindest teilweise verschwinden. Gaben 1972 noch 20 Prozent der Erwerbstätigen insgesamt "Schmutz, Staub, schlechte Luft" als belastendes Arbeitsplatzmerkmal an, so betrug der Anteil der hiervon Betroffenenen 1975 nur noch 17 Prozent. Ebenso gesunken sind im gleichen Zeitraum die Betroffenheitsraten von "Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Kälte (1972: 19 Prozent, 1975: 16 Prozent). Dies mag u.a. darauf zurückzuführen sein, daß zunehmend alte Produktionsanlagen, -maschinen und -geräte durch neue, heutigen arbeitshygienischen und ergonomischen Ansprüchen eher genügende ersetzt werden, kleine und schlechter ausgerüstete Betriebe infolge des Drucks der monopolistischen Konkurrenz schließen müssen usw.

Belastungssteigernd wirken ebenfalls arbeitsorganisatorische Regelungen, insbesondere die der betrieblichen Personal- und Leistungspolitik dienende Anwendung von Arbeits- und Leistungsbewertungs- sowie Leistungslohnsystemen in Produktion, Büros und im Dienstleistungsbereich (z.B. im Einzelhandel). Hier ist ein stetiger Übergang vom Zeitlohn zu verschiedenen Leistungslohnformen zu beobachten, der sich auch zukünftig fortsetzen wird. (Vgl. Schmiede/Schudlich 1976)

Restriktive Arbeitszeitregelungen, die Ausweitung von Nachtund Schichtarbiet und eine immer stärker sich durchsetzende rigide Arbeitszeit- und Personaleinsatzplanung in den Betrieben (z.B. in Kaufhäusern) tragen ebenfalls zur Erhöhung der Arbeitsbelastungen bei. Anzumerken ist, daß die regelmäßige 40-Stunden-Arbeitswoche der voll beschäftigten Erwerbstätigen in der BRD bis heute eher die Ausnahme als die Regel darstellt: Mindestens 4 Mio. Erwerbstätige arbeiten sogar normalerweise 45 und mehr Stunden wöchentlich. (Tabelle 1)

Hinzu kommt, daß sich in den siebziger Jahren gegenüber vorangegangenen Perioden die rückläufige Entwicklung der wöchentlichen Arbeitszeit offenbar verlangsamt hat. Seit 1975 gar stagniert die tarifliche Wochenarbeitszeit im Durchschnitt der abhängig Beschäftigten mit wenigen Ausnahmen in einzelnen Bereichen. Diese Arbeitszeitnormen werden jedoch — auch in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und rückläufiger Konjunktur — durch Mehrarbeitsstunden noch überschritten: "Nach wie vor werden wöchentlich im

Durchschnitt 2-2,5 Überstunden pro Arbeitnehmer abgeleistet (bei Männern erheblich mehr als bei Frauen). Damit haben Überstunden keineswegs nur die Funktion eines flexiblen Arbeitszeitpuffers zum Auffangen von sporadischen Arbeitsspitzen, sondern ein Überstundensockel von rd. 2 Stunden ist zum Bestandteil der Regelarbeitszeit geworden." (Memorandum '79, S. 76f.)

Länger gewordene Arbeitswege und aus arbeitsmedizinischer Sicht unzureichende Urlaubsregelungen verringern für einen Großteil der abhängig Beschäftigten die tatsächlich frei verfügbare, nicht arbeitsgebundene Zeit und tragen damit nicht unwesentlich zur Gefährdung der Reproduktion der Arbeitskraft bei.

Daß es sich bei diesen Defiziten in der Arbeitszeitgestaltung nicht nur um objektiv die Belastungssituation verschärfende Momente handelt, sondern darüber hinaus auch um Komponenten der Arbeitsbedingungen, die subjektiv, d.h. von den Betroffenen selbst als belastend empfunden werden, zeigen die empirischen Daten: 6 Mio. abhängig Beschäftigte geben an, nicht genügend Zeit für Familie und Freizeit zu haben, und fast 7 Mio. abhängig Beschäftigte halten ihre gegenwärtige Arbeitszeit für zu lang (Tab. 1).

Nicht nur zu lange Arbeitszeiten, Nacht- und Schicht-, Sonn-, Feiertags- und Wochenendarbeit können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Betroffenen fürhen, sondern ebenfalls die erzwungene Nicht-Arbeit. Das Risiko der Arbeitslosigkeit gehört für die übergroße Mehrheit der Erwerbstätigen im Kapitalismus zu ihren Existenzbedingungen als Lohnarbeiter und muß daher in die Betrachtung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen und -belastungen einfließen. Die Betroffenheit von Arbeitslosigkeit ist in der Bundesrepublik ein Belastungsmoment, dem weitaus mehr Bedeutung zukommt, als die Zahl von augenblicklich rund 1 Mio, registrierten Arbeitslosen vermuten läßt. Zum einen ist die Zahl der tatsächlich Arbeitslosen weitaus höher; sie lag 1978 einschließlich der "Stillen Reserve" und der seit 1973 abgewanderten Ausländer bei ca. 2,1 Mio, Personen. (IMSF 1979, S. 9). Zum anderen ist bekannt, daß bis 1977 etwa 5,8 Mio. Beschäftigte mindestens einmal von einer längeren Arbeitslosigkeit betroffen waren, Etwa 4 Mio. Beschäftigte geben an, zwischen 1970 und 1977 mindestens einmal ihren Arbeitsplatz verloren zu haben (Noll 1978; IMSF 1979, S. 9f.; Tab. 1).

Die Bedeutung und Verbreitung psychosozialer Belastungen als Folge von Arbeitslosigkeit ist daher mit Sicherheit höher anzusetzen als sich dies aus der Zahl der aktuell von Arbeitslosigkeit Betroffenen ablesen läßt. (Vgl. Schindler 1979a; Schindler 1979b.)

Aus den skizzierten Entwicklungstendenzen kann nicht abgeleitet werden, daß die Arbeitsbedingungen durchgängig und für alle Gruppen der abhängig Beschäftigten grundlegend verbessert worden sind. Vielmehr kann demgegenüber allenfalls von einer Verlagerung von Belastungen, also einer tendenziellen Abnahme bestimmter körperlicher bei gleichzeitiger, wahrscheinlich stärkerer Zunahme psychischer und psychosozialer Belastungen, gesprochen werden. Als Indiz für die gewachsene und weiter wachsende Bedeutung psychischer Belastungen durch den kapitalistischen Arbeits- und Verwertungsprozeß können die in verschiedenen empirischen Untersuchungen gewonnenen Daten über die Entwicklung der "nervlichen Belastung" und des "Streß" — jeweils von großen Erwerbstätigengruppen zwischen fast 25 und mehr als 40 Prozent als Belastungen genannt — angesehen werden (Tab. 1; vgl. auch Volkholz 1977, Meyer u.a. 1978).

Die genannten Einzelbelastungen treten in der Regel nicht isoliert, sondern gebündelt, miteinander verflochten und sich gegenseitig verstärkend auf. Insofern sind Angaben über die quantitative Verteilung und Entwicklung einzelner Belastungskomponenten für die Einschätzung der Gesamtbelastungssituation der Betroffenen nur beschränkt aussagekräftig. Sie müssen ergänzt werden durch Angaben über die Häufigkeit von Mehrfachbelastungen an bestimmten Arbeitsplätzen, in bestimmten Branchen und der Gesamtwirtschaft. Hierzu liegen mit der Veröffentlichung von Volkholz erstmals repräsentative Daten für alle Erwerbstätigengruppen in der Bundesrepublik vor. (Vgl. Volkholz 1977, Kaiser/Reiners/Volkholz O.J.). Danach gaben von rund 26 Mio. Erwerbstätigen 31 Prozent keine Belastung, 15 Prozent eine Belastung, 33 Prozent zwei bis vier Belastungen, 21 Prozent fünf und mehr Belastungen an.

Die dort angeführten Daten vermögen freilich lediglich die gegenwärtige Belastungssituation verschiedener Erwerbstätigengruppen zu beschreiben bzw. kurzfristige Entwicklungstrends zu skizziere. Mittel- und langfristige Entwicklungstendenzen der durch den kapitalistischen Arbeits- und Verwertungsprozeß verursachten Gesamtarbeitsbelastung können diese Daten, die Ergebnis einer Momentaufnahme sind, allerdings nicht verdeutlichen. Auch können diese Angaben über Mehrfachbelastungen nicht die sich aus dem längerfristigen Zusammenwirken, den gegenseitigen Verflechtungen und Verstärkung einzelner Belastungsfaktoren ergebende "neue Quantität der Belastung des einzelnen im Arbeitsprozeß" (Mergner 1978b, S. 11), nämlich die Gesamtbelastung und ihre Entwicklung über längere Zeitläuse hinweg, auszudrücken. Hierfür ist es notwendig, spezielle, in unterschiedlichem Maße aussagekräftige Indikatoren für die Gesamtbelastung zu betrachten, wie z.B. Krankenhaus-, Arbeitsunfall-, Berufskrankheits- und Frühinvaliditätsziffern.

Am Beispiel der Entwicklung der Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik soll dies im folgenden thesenhaft skizziert werden. (Vgl. hierzu ausführlicher Priester 1978a, 1978b.) Zwar scheint die lang-

fristige Entwicklung der Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik darauf hinzuweisen, daß - nach einem rapiden Anstieg der angezeigten Arbeitsunfälle bis 1961 - seit dem Beginn der sechziger Jahre ein starker Rückgang der Unfallentwicklung eingesetzt hat; allerdings bezieht sich diese Tendenz nur auf die Zahl der angezeigten Arbeitsunfälle (die Zahl der sich tatsächlich ereignenden Unfälle liegt nachgewiesenermaßen höher) und auch nur auf die absoluten Zahlen. Bezieht man die Zahl der Arbeitsunfälle auf die geleistete Arbeitszeit, so relativiert sich der Unfallrückgang bereits beträchtlich. Zudem zeigt sich, daß in einigen Bereichen (Landwirtschaft, Teile der Industrie usw.) langfristig sogar relative Steigerungsraten festzustellen sind bzw. die Zahl der Arbeitsunfälle bezogen auf die geleistete Arbeitszeit stagniert. Berechnungen haben ergeben, daß der Unfallrückgang seit dem Beginn der sechziger Jahre vor allem auf strukturelle Veränderungen, weniger oder gar nicht auf verbesserte Unfallverhütung und Gesundheitsschutz im Betrieb, zurückzuführen sind. Dabei stehen folgende Faktoren im Vordergrund:

Veränderungen der Wirtschaftsstruktur: Der Anteil der Erwerbsstätigen in besonders unfallträchtigen Bereichen (Land- und Forst wirtschaft, produzierendes Gewerbe) nimmt ab, während die Erwerbstätigenanteile in weniger unfallgefährdeten Sektoren (Dienstleistungen, öffentlicher Dienst) zunehmen.

Veränderung des Arbeitsvolumens: Nach Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) ist die jahresdurchschnittliche Arbeitszeit je Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft zwischen 1960 und 1975 um ca. 16 Prozent gesunken. Gleichzeitig nahm die Zahl der Erwerbstätigen um 3 Prozent ab. Das Arbeitsvolumen sank um insgesamt ca. 18 Prozent. Diese Veränderungen im zeitlichen Umfang der Beschäftigung kommen in der Vollarbeiter-Berechnung der amtlichen Statistik nicht vollständig zum Tragen.

Veränderungen in der Struktur der Erwerbstätigen: Zwischen 1961 und 1976 vollzogen sich in der Bundesrepublik gravierende Veränderungen in der Erwerbstätigenstruktur, deren hervorstechendes Merkmal der Rückgang des Anteils der Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen und der gleichzeitige Anstieg des Anteils der abhängig Beschäftigten ist. Hinzu kommt, daß innerhalb der Gruppe der Abhängigen der Arbeiteranteil sank, während der Anteil der Angestellten und Beamten anstieg. Da diese unterschiedlichen Beschäftigtengruppen auch unterschiedlich hohen Gefährdungen bei der Arbeit ausgesetzt sind und eine Tendenz zur Verringerung gefährlicher Tätigkeiten besteht, liegt auch in diesen sozialstrukturellen Veränderungen ein Grund für den Unfallrückgang.

Nicht alle diese Veränderungen lassen sich hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Unfallgeschehen eindeutig quantifizieren.

Allerdings zeigen entsprechende Berechnungen für die Jahre 1967 und 1975, daß der Rückgang der Zahl der angezeigten Arbeitsunfälle vollständig auf diese objektiven strukturellen Veränderungen zurückgeführt werden kann. Die Entwicklung der angezeigten Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik vermag demnach "humaner" gewordene Arbeitsbedingungen und aufgrund betrieblicher Arbeitssicherheitsmaßnahmen gesunkene Belastungen kaum auszudrücken. Die Arbeitsunfallentwicklung ist als Indikator für die Entwicklung der Gesamtarbeitsbelastung nur bedingt tauglich: zu ungenau ist die methodische Basis der amtlichen Daten, als daß sie gültige Detailentwicklungen verdeutlichen könnten. Dennoch kann aus der Analyse der Arbeitsunfallentwicklung festgehalten werden (Tab. 2):

Seit 1949 haben sich in der Bundesrepublik mehr als 65 Mio. Arbeitsunfälle ereignet, die auch angezeigt wurden. Berücksichtigt man eine Dunkelziffer von 30 bis 50 Prozent nicht angezeigter Arbeitsunfälle, dann dürfte die Gesamtzahl der Arbeitsunfälle an die 100-Millionen-Grenze heranreichen. Hierzu sind allerdings noch die Arbeitswegeunfälle und anerkannten Fälle von Berufskrankheiten zu addieren, will man einen groben Überblick über das Ausmaß arbeitsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen insgesamt erhalten.

Mehr als 3 Mio. Erwerbstätige erlitten seit 1949 so schwere Gesundheitsschäden durch die Arbeit, daß sie vorübergehend oder auf Dauer teilweise oder völlig erwerbsgemindert wurden.

Weit über 200 000 dürfte die Zahl der dem kapitalistischen Verwertungsprozeß in der Bundesrepublik zum Opfer gefallenen Menschen hinausreichen, wenn man die mit Sicherheit zu niedrige Zahl für die tödlichen Opfer von Berufskrankheiten berücksichtigt. Diese Zahl der Todesopfer infolge von Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten entspricht in der Größenordnung der Einwohnerzahl solcher westdeutscher Großstädte wie Kassel, Krefeld, Hagen, Lübeck oder Saarbrücken.

Aus den vorliegenden statistischen Daten läßt sich eine Verminderung der Gesamtbelastung empirisch abgesichert nur bedingt und keinesfalls durchgängig für alle Gruppen von Erwerbstätigen feststellen. Weitere Forschungen auf diesem Gebiet sind notwendig, um Gesundheitspolitikernund gewerkschaftlichen Praktikerngesichertes Material über bisherige und zukünftige Entwicklungstendenzen der Arbeitsbedingungen und -belastungen sowie der durch sie hervorgerufenen gesundheitlichen Beanspruchungen und Schädigungen liefern zu können. Derartige Forschungsvorhaben sollten in größerem Ausmaß als bisher im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung "Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens" durchgeführt, d.h. auch staatlich gefördert werden. Dabei muß es in erster Linie darum gehen, abweichend von den traditionellen Methoden

der arbeitsmedizinischen Forschung, in größerem Ausmaß empirische Untersuchungen über die realen betrieblichen Arbeits- und außerbetrieblichen Lebensverhältnisse der abhängig Beschäftigten unter Einbeziehung der unmittelbar Betroffenen als "betriebliche Experten" für Arbeitsbedingungen und -belastungen durchzuführen.

Solche Forschungsvorhaben können notwendigerweise nicht Auftragsforschung für die private Industrie sein und müssen u.a. dazu dienen, herrschenden Auffassungen in Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaften, Arbeitspsychologie und Arbeits- und Industriesoziologie durch fundierte Forschungsergebnisse entgegenzuwirken.

Bei der Forschungsarbeit sind die Erfahrungen auch der Gewerkschaften einzubeziehen; gewerkschaftliche Experten müssen stärker als bisher an der Durchführung derartiger Untersuchungen beteiligt werden. Nur so kann der weiteren Instrumentalisierung insbesondere arbeitsmedizinischer und arbeitswissenschaftlicher Forschungen durch das Kapital zumindest teilweise entgegengewirkt werden. Auf diesem Wege kann auch die von zahlreichen fortschrittlichen Wissenschaftlern und den Gewerkschaften angestrebte Kooperation von Wissenschaftlern, Gewerkschaften und betrieblichen Interessenvertretungen der abhängig Beschäftigten vorangetrieben werden. Wissenschaftliche Forschungsergebnisse, gerade im arbeitsmedizinischen, medizin- und industriesoziologischen sowie arbeitswissenschaftlichen Bereich, müssen aber auch in der betrieblichen und gesellschaftlichen Praxis umgesetzt werden. Bisherige Erfahrungen, u.a. auch solcher Forschungsprojekte, die im Rahmen des staatlichen "Humanisierungs"-Programms durchgeführt wurden, zeigen, daß Ergebnisse, die der Verbesserung der Lage der abhängig Beschäftigten dienen könnten, nur sehr verhalten (wenn überhaupt) in die betriebliche Arbeitsgestaltungs- und Arbeitssicherheitspraxis oder in gesetzgeberische Entscheidungen einfließen, (Vgl. Priester 1977, S. 134ff.; Dähne/Pickshaus/Priester 1977, S. 173f.) Diese bisherige Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit des gewerkschaftllichen Kampfes um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, um tatsächliche "Humanisierung der Arbeit". Er muß wichtiger Bestandteil der Gewerkschaftspolitik der nächsten Jahre sein, die letzten Endes - dies haben u.a. die Streiks der IG Metall und IG Druck und Papier gegen die negativen Auswirkungen einer Rationalisierungsstrategie im Interesse des Kapitals und für die Arbeitszeitverkürzung in den letzten jahren gezeigt - nur gegen die kapitalistischen Profitinteressen, d.h. in der kämpferischen Auseinandersetzung mit dem Kapital durchgesetzt werden können.

Tabelle 1:

Ausmaß der gesundheitlichen Gefährdung der Arbeitskraft durch den Arbeitsprozeß in der Bundesrepublik in den siebziger Jahren¹

Art der Beeinträchtigung, Belastung oder Gefährdung	Betroffene Erwerbs- tätige (Mio.)
Fließbandarbeit (1972) ²	0,7
repetitive Teilarbeit (1970) ³	1,9
körperliche Anstrengung (1975) ⁴	5,7
*schwere Lasten bewegen (1975) ⁵	3,6
*monotone Arbeit (1975)6	6,1
*konzentrierte Beobachtung (1975) ⁷	3,9
Hektik, Zeitdruck (1975)4	8,8
nervliche Belastung (1975)4	10,9
Streß (1975)	6,8
*Akkordarbeit (1975)°	1,7
leistungsabhängige Entlohnung	
insgesamt (1972) ¹⁰	2,6
*Lärm (1975) ⁵	6,0
darunter: durch Lärm am Arbeits-	
platz gesundheitlich stark	
gefährdet ¹¹	0,7-3,0
*große Hitze (1975)12	4,6
*Arbeit im Freien oder in offener	
Halle (1975) ^s	4,4
*Zugluft oder starke Temperatur-	
schwankungen (1975) ^s	4,3
*Nässe (1975) ⁵	2,9
*Kälte (1975) ¹³	0,9
*Staub (1975) ⁵	4,0
*Gestank, giftige Gase (1975) ⁵	1,7
*Arbeit in Zwangshaltung (1975) ¹⁴	2,1
*Arbeit mit schwerem Werkzeug	
(1975) ^s	2,0
*Rütteln, Vibrieren (1975)13	1,8
*schlechte Beleuchtung (1975)5	1,5
*grelles Licht 1975) ⁵	1,2
wöchentliche Arbeitszeit von 45 Std.	
oder mehr (1977) ¹⁶	4,1
*Schichtarbeit (1975) ¹⁷	5,8
*Nachtarbeit (1975) ¹⁸	mind.2,3
Sonn- und Feiertagsarbeit (1975)19	4,8
nie Freizeit am Wochenende	
(1972)20	0,5
Arbeitszeit zu lang (1977) ²¹	6,7

weniger als 5 Wochen Jahresur-	
laub (1978) ²²	8,9
darunter: weniger als 4 Wochen ²² nur einmal im Jahr Urlaub (1972/	1,6
73)23	9,7
kein Jahresurlaub (1972/73) ²³	3,2
Arbeitsweg von einer Stunde oder	
mehr (1970) ²⁴	5,0
darunter: zwei Stunden oder mehr ²⁴	1,1
nicht genügend Zeit für Familie und	
Freizeit (1972/73) ²⁵	6,0
psychosoziale Belastungen aufgrund	
Arbeitslosigkeit (1978) ²⁶	mind. 0,7
Kinderarbeit ²⁷	mind. 0,3
Unfallgefahr (1975) ²⁸	3,4
Arbeitsunfälle (1976)29	2,4
angezeigte Arbeitsunfälle (1977) ³⁰	1,8
angezeigte Wegeunfälle (1977)31	0,2
arbeitsbedingte Erkrankungen	•
$(1972)^{32}$	2,4
angezeigte Berufskrankheiten	
$(1977)^{33}$	0,05
durchschnittl. jährl. Zugang an	
Frühinvaliden ³⁴	0,2
eine oder mehr Arbeitsbelastun-	
gen (1975) ³⁵	17,9
darunter: 3 und mehr Belastungen	,
(überdurchschnittlich Belastete)35	10,6
6 und mehr Belastungen ³⁵	3,9
411 6 1 .1 1 4 1 1/4	
Oberforderung bei der Arbeit (1972/73)36	

Anmerkungen und Quellen zu Tabelle 1:

Aktualisierte und ergänzte Fassung der entsprechenden Übersicht bei Priester (1978a, S. 212ff.) — Die Zahlenangaben beziehen sich in der Regel auf alle Erwerbstätigen, schließen also Selbständige und mithelfende Familienangehörige ein. Ausnahmen hiervon sind besonders gekennzeichnet.

² Nur voll berufstätige Arbeiter. — Berechnet nach Mollwo/Holz-

bauer 1976, S. 34; Dahne/Priester 1978, S. 22.

Nur Industricarbeiter. — Geschätzt auf der Basis der Daten von Kern/Schumann (1970, Bd. II, S. 128f.), denen zufolge 29,1 Prozent der in ihrer Untersuchung erfaßten Industriearbeiter repetitive Teilarbeiten verrichten. 1970 gab es in der Bundesrepublik ca. 6.47 Mio. beschäftigte Industriearbeiter (IMSF 1973, S. 167), von denen 30 Prozent (= ca. 1,9 Mio.) als repetitive Teilarbeiter angenommen werden. Die Zahl der Beschäftigten, die kurzzyklische Arbeitsverrichtungen leisten müssen und von anderweitig restriktiven Arbeitsbedingungen betroffen sind, dürfte wesentlich höher liegen.

⁴ Betroffene Berufstätige (= Erwerbstätige). — Berechnet nach den Angaben in Tabelle 2 auf der Basis von 25,96 Mio. Erwerbs-

stätigen 1975 (BMAS o.J. (1978), S. 13).

Infas-Repräsentativerhebungen, Bundesgebiet ohne West-Berlin, Juli/August 1975; abgedruckt bei Meyer/Thiele/Volkholz 1978, S. 101 und 191f.

⁶ Quelle s. 5. Monotonie: Immer wieder den gleichen Arbeitsgang

möglichst schnell durchführen.

Quelle s. 5. Konzentrierte Beobachtung: Ununterbrochen und konzentriert auf den gleichen Vorgang blicken und beobachten.
 Quelle s. 5. Streß: Die Arbeit muß unter großem Zeitdruck

durchgeführt werden.

Quelle s. 5. Das Statistische Bundesamt (1976, S. 31) weist für 1972 rund 1,2 Mio. Akkordarbeiter nach, allerdings fast aus-

schließlich aus dem Produzierenden Gewerbe.

Erfaßt sind fast ausschließlich Arbeiter des Produzierenden Gewerbes, die im Leistungslohn (Prämienlohn, Akkord) und als "Mischlöhner" (Beschäftigte, die sowohl im Zeit- als auch im Leistungslohn arbeiten) arbeiten. (Berechnet nach Statistisches Bundesamt 1976, S. 31.) Im Gegensatz zur Verfahrensweise des Statistischen Bundesamtes wurden hier allerdings — richtig — die Prämienlöhner den Leistungslöhnern zugerechnet.

Die Angaben beruhen auf Schätzungen verschiedener Institutionen. — Siehe dazu ÖTV-Magazin 4/1976, S. 25; Klosterkötter

1974, S. 181.

¹² Quelle s. 5. Hettinger (1975, S. 13) schätzt die Zahl der (dauernd) durch Hitze belasteten Erwerbstätigen in der Bundesrepublik

auf ca. 200 000 Personen.

¹³ Quelle s. 5. Hettinger (1975, S. 13) schätzt die Zahl der kontinuierlich durch extreme Kälte belasteten Erwerbstätigen auf ca. 2 000, die der sporadisch durch Kälte belasteten Personen auf ca. 20 000.

Quelle s. 5. Arbeit in Zwangshaltung: In Zwangslage arbeiten, d.h. lang anhaltendes oder häufiges Durchstehen anstrengender Körperhaltungen (bücken, knien, liegen, über Kopf arbieten).
 Quelle s. 5. Rütteln, Vibrieren; Den ganzen Tag die Vibration

und das Rütteln von Werkzeugen oder Maschinen ertragen müssen.

Normalerweise geleistete Wichenarbeitsstunden der Erwerbstätigen; Ergebnisse des Mikrozensus, April 1977. Quelle: Statisti-

sches Bundesamt 1978, S. 96.

¹⁷ Quelle s. 5. Erheblich geringere Schichtarbeiterzahlen werden in einer "Vorauswertung der gemeinsamen Stichprobe über Arbeitskräfte der EG, Verordnung des Rates (EG) Nr. 2640 vom 15. Oktober 1974 durch das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften Luxemburg" (abgedruckt bei Volkholz 1977, S. A181) angegeben: Danach wurden lediglich rund 3,9 Mio. Personen ermittelt, die angaben, Schichtarbeit zu leisten, unter ihnen 3,2 Mio. Personen regelmäßig.

¹⁸ Quelle s. 5. Erheblich höhere Nachtarbeiterzahlen ergeben sich aus der erwähnten EG-Stichprobe (siehe Anmerkung 17): Danach erklärten 3.1 Mio. Personen, zwischen 22 Uhr und 8 Uhr zu arbeiten, unter ihnen 1,3 Mio. regelmäßig (Volkholz 1977,

19 Nach Ergebnissen der EG-Stichprobe (vgl. Anmerkung 17); rund 2,2 Mio. Personen gaben an, regelmäßig an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten. (Volkholz 1977, S. A184). zu arbeiten. (Volkholz 1977, S. A184). Wirtschaft und Statistik 6/1974, S. 423f.

21 Nur deutsche abhängig Beschäftigte. Im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenbefragung vom Sommer 1977 wurden 2 002 der Bundesrepublik und Westberlin in Privathaushalten wohnende Deutsche ab 18 Jahren u.a. gefragt: "Entspricht der Umfang Ihrer gegenwärtigen Arbeitszeit Ihren Wünschen, oder würden Sie lieber mehr oder weniger arbeiten, wenn sich das an Ihrem Arbeitsplatz einrichten ließe?" – 30 Prozent der befragten abhängig Beschäftigten gaben an, lieber weniger arbeiten zu wollen. (Noll 1978, S. 409) Bezogen auf eine Grundgesamtheit von 22,45 Mio. abhängig Beschäftigten 1977 (BMAS o.J. (1978), S. 13) ergibt dies die Zahl von rund 6,7 Mio. abhängig Beschäftigten, denen ihre gegenwärtige Arbeitszeit zu lang ist.

²² Mindestzahl für die abhängig Beschäftigten. — Berechnet nach Clasen 1979, S. 10. Clasen erfaßt in seiner Auswertung tarifvertragliche Regelungen für rund 17,5 Mio. Beschäftigte in der Bundesrepublik (ohne Beamte, Soldaten und Richter). Danach hatten zum 31. Dezember 1978 noch 9 Prozent aller erfaßten abhängig Beschäftigten einen tarifvertraglichen Urlaubsanspruch von 3 bis unter 4 Wochen, weitere 42 Prozent einen Anspruch

auf 4 bis unter 5 Wochen Tarifurlaub.

Berechnet nach Bunz/Jansen/Schacht 1973, S. 172 (Tabelle 6.01). - Danach gaben 36 Prozent der Berufstätigen an, nur einmal im Jahr Urlaub zu nehmen; 12 Prozent gaben an, keinen Urlaub zu haben. Interessant ist, daß bei denen, die ihren Urlaub in einem Stück nehmen, die Angehörigen "freier Berufe" und die Selbständigen unter dem Durchschnitt aller Berufstätigen liegen (19 Prozent) während insbesondere Facharbeiter (41 Prozent) sowie un- und angelernte Arbeiter (45 Prozent) weit darüber liegen. Dagegen wird der Prozentsatz derer, die angeben, keinen Urlaub zu haben, von den Selbständigen und Freiberuflern (52 Prozent) verzerrt; nur 4 Prozent der Angestellten und Beamten, 3 Prozent der Facharbeiter sowie 6 Prozent der an- und ungelernten Arbeiter geben dagegen an, keinen Urlaub zu haben.

²⁴ Berechnet auf der Basis von 14,5 Mio. abhängig erwerbstätigen Männern und 7,4 Mio. abhängig erwerbstätigen Frauen 1970 (BMAS o.J. (1978), S. 13) nach den Angaben der Volks- und Berufszählung 1970 des Statistischen Bundesamtes (vgl. Maase

1976, S. 37).

²⁵ Nur abhängig Erwerbstätige. - Hochgerechnet auf der Basis von Ergebnissen einer Infas-Repräsentativbefragung, bei der 26 Prozent der befragten abhängig Erwerbstätigen angaben, nicht genügend Zeit für Familie und Freizeit zu haben. (Volkholz 1977, S. A197) – Es wurde von einer Zahl der abhängig Beschäftigten von 23,0 Mio. Personen (1973) ausgegangen (BMAS o.J. (1977), S. 17)

26 Geschätzt auf der Basis von 1,0 Mio. registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 1978 (IMSF 1979, S. 9) nach den Ergebnissen einer Untersuchung des Instituts für Arbeits markt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesanstalt für Arbeit über finanzielle und psychosoziale Belastungen während der Arbeitslosigkeit (1975), die ergab, daß bis zu fast drei Viertel der Befragten (repräsentative Gruppe von deutschen Arbeitslosen über 19 Jahre) in irgendeiner Weise durch die Arbeitslosigkeit psychosozialen Belastungen ausgesetzt waren. (Brinkmann 1976, S. 408)—Allerdings handelt es sich bei der hier angegebenen Zahl von 0,7 Mio. Belasteten um eine aktuelle Mindestzahl. Berücksichtigt man, daß allein zwischen 1970 und 1977 rund 4 Mio. Beschäftigte mindestens einmal ihren Arbeitsplatz verloren haben (Noll 1978. S. 414; IMSF 1979, S. 9f.), dann wird deutlich, daß das Ausmaß der durch Arbeitslosigkeit verursachten psychosozialen Belastungen weitaus größer ist. Mindestzahlen nach Stark-von der Haar 1979, S. 261.

²⁸ Betroffene Berufstätige (= Erwerbstätige). Berechnet wie in Anmerkung 4.

Hochgerechnet nach den Daten der Mikrozensus-Zusatzbefragung vom Mai 1976 (siehe Wirtschaft und Statistik 2/1978, S. 125ff.;

zum Verfahren vgl. Priester 1978b, S. 133f.).

30 Bei den Unfallversicherungsträgern, angezeigte meldepflichtige Ar beitsunfälle. Sie lagen 1976 bei 1,83 Mio., 1977 bei 1,81 Mio. (Vgl. Unfallverhütungsbericht 1978, S. 46).

Angezeigte meldepflichtige Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeit; ihre genaue Zahl ist 186 432. (Vgl. Unfallverhütungs-

bericht 1978, S. 46)

³² Frage: "Haben Sie oder hatten Sie – abgesehen von Unfällen in den letzten Jahren irgendwelche ernsteren Krankheiten, die auf Ihre berufliche Tätigkeit zurückzuführen sind?" - 9 Prozent der befragten Berufstätigen einer Infas-Repräsentativerhebung bejahten diese Frage. (Vgl. Volkholz 1977, S. A 162) - Die absolute Zahl wurde auf der Basis von 26,9 Mio. Erwerbstätigen 1972 berechnet (BMAS o.J. (1978), S. 13).

33 1977 wurden bei den Unfallversicherungsträgern 48 189 Fälle von Berufskrankheiten angezeigt. (Unfallverhütungsbericht 1978,

S. 46)

Dähne/Priester 1978, S. 113.

35 Einbezogen wurden nur die in dieser Tabelle mit einem Stern (*) gekennzeichneten Belastungsfaktoren. Errechnet auf der Basis von 25,96 Mio. Erwerbstätigen 1975 (BMAS o.J. (1978), S. 13)

nach Meyer u.a. 1978.

36 Infas-Repräsentativerhebung, August 1972-März 1973. - 14 Prozent der befragten abhängig Beschäftigten gaben an, bei der Arbeit überfordert zu werden. (Vgl. Volkholz 1977, S. A161) – Überdurchschnittliche Überforderungshäufigkeiten zeigen sich bei gehobenen Angestellten, sowie an- und ungelernten Arbeitern sowie über 35jährigen Beschäftigten. Stark unterdurchschnittliche Überforderungshäufigkeiten zeigen sich bei Beamten und bei Beschäftigten bis 34 Jahre. (Zu den Einzeldaten vgl. Bunz/ Jansen/Schacht 1973, S. 156, Tabelle 5.07).

Tabelle 2:

Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten in der Bundesrepublik 1949 bis 1978¹

	Arbeits- unfälle	Wege- unfälle	Berufs- krankheiten	Summe
angezeigte Fälle darunter: erstmals ent- schädigte Fälle ohne Todes-		6.460.079	1.070.508	72.730.449
fälle² Tote	2.462.159 145.824	408.343 47.101	214.528 8.555 ³	3.085.030 201.480

Anmerkungen und Quellen zu Tabelle 2

Aktualisierte und berichtigte Fassung der entsprechenden Übersicht bei Dähne/Priester (1978, S. 116). Dort sind in Tabelle 52 zu hohe Zahlen für die angezeigten Arbeitsunfälle (versehentlich wurden Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten addiert und als "Arbeitsunfälle" ausgegeben) und zu niedrige Schätzzahlen für die entschädigten Berufskrankheiten angegeben.

² Als "erstmals entschädigte" Fälle gelten solche, die zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 Prozent oder zum

Tod führen.

³ Diese amtliche Zahl ist mit Sicherheit zu niedrig, da in ihr nur die Fälle enthalten sind, in denen der Tod als Folge einer anerkannten Berufskrankheit eintritt, ohne daß vorher bereits eine Entschädigung aufgrund einer teilweisen oder völligen Erwerbsminderung gezahlt worden ist. Stirbt z.B. ein Versicherter fünf Jahre nachdem eine Berufskrankheit angezeigt und erstmals entschädigt worden ist, so erscheint er nicht in der Statistik über Berufskrankheiten mit tödlichem Ausgang, sondern lediglich unter den erstmals entschädigten Fällen. Von gewerkschaftlicher Seite wird in diesem Zusammenhang betont: "Die offizielle Todesstatistik über Berufskrankheiten muß als untaugliches Mittel zur Widerspiegelung der tatsächlichen Verhältnisse bezeichnet werden." (Konstanty 1978, S. 634) — Der Bundesarbeitsminister weist gar darauf hin, daß z.B. im Jahr 1974 im Bereich der Bergbau-Berufsgenossenschaft der Tod von 2021 Versicherten durch eine Berufskrankheit (hauptsächlich Silikose) wesentlich mitverursacht worden sei. Dagegen weist die offizielle Statistik für 1974 für die Bergbau-Berufsgenossenschaft nur 89 Berufskrankheiten mit tödlichem Ausgang, die auch entschädigt wurden, aus, und für alle Unfallversicherungsträger zusammen ergibt sich eine Zahl der Berufskrankheiten mit tödlichem Ausgang von 201. (Unfallverhütungsbericht '76, S. 37 und 204) - Berücksichtigt man, daß damit bereits bei nur einem von insgesamt 74 Unfallversicherungsträgern eine Dunkelziffer in Höhe des Zehnfachen des amtlichen Wertes nachgewiesen werden konnte — bei anderen Unfallversicherungsträgern ist dies in dieser Form aus methodischen Gründen nicht möglich

-, dann wird ersichtlich, daß die Zahl von 8 386 in keiner Weise auch nur annähernd den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen kann.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach Unfallverhütungsbericht 1978, S. 104, 105, 108; BMAS o.J. (1977), S. 109f.; Wagner/Zerlett 1978, E 1, S. 1; Bundesarbeitsblatt 11/1979, S. 110f.

Literaturverzeichnis

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMAS): Arbeitsund Sozialstatistik. Hauptergebnisse 1977. O.O. (Bonn), o.J. (1977) (zit. BMAS o.J. (1977))

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMAS): Arbeitsund Sozialstatistik. Hauptergebnisse 1978. O.O. (Bonn), o.J.

(1978) (zit. BMAS o.J. (1978))

Brinkman, Chr.: Finanzielle und psycho-soziale Belastungen während der Arbeitslosigkeit. In: Mitteilungen aus der Arbeits-

markt- und Berufsforschung 4/1076

Bunz, A.R./R. Jansen/K. Schacht: Qualität des Arbeitslebens. Soziale kennziffern zu Arbeitszufriedenheit und Berufschancen. Bonn 1973

Clasen, L.: Arbeitsbedingungen '78. In: Bundesarbeitsblatt 3/1979 Dähne, E./K. Pickshaus/K. Priester: Thesen zum politischen Stellenwert der "Humanisierungs"-Debatte für die Gewerkschaftspolitik in der Bundesrepublick. In: Humanisierung der Lohnarbeit? Der Kampf um die Arbeitsbedingungen. Argument-Sonderband 14. Berlin (West) 1977, S. 166-175

Dähne, E./K. Priester: Arbeitsbedingungen und gewerkschaftlicher Kampf. Materialien zur Entwicklung der Arbeitsbedingungen und zur Diskussion um die "Humanisierung der Arbeit" in der Bundesrepublik. IMSF-Informationsbericht 20. Frankfurt/M.

1978

Hettinger, Th.: Belastung des Menschen am Hitzearbeitsplatz. In:

Betriebsärztliches 1/1975

IMSF (Institut für marxistische Studien und Forschung): Klassenund Sozialstruktur der BRD 1950 bis 1970. Teil II: Sozialstatische Analyse. Frankfurt/M. 1973 (zit. IMSF 1973)

IMSF: (Hrsg.): Informationen zur Wirtschaftsentwicklung und

Lage der Arbeiterklasse 1/1979 (zit. IMSF 1979)
Kaiser, S./H. Reiners/V. Volkholz: Hauptergebnisse der Bremer Untersuchung: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. (Hrsg.: Arbeiterkammer Bremen). O.O. (Bremen), o.J. (1978/79)

Kern, H./M. Schumann: Industriearbeit und Arbeiterbewußtsein. 2

Bände. Frankfurt/M. 1970

Klosterkötter, W.: Lärmeinwirkungen und ihre Bedeutung für die Aufstellung von Immissionsrichtwerten. In: Arbeitsmedizin -Sozialmedizin - Präventivmedizin 9/1974

Konstanty, R.: Kampf gegen arbeitsbedingte Erkrankungen - eine gewerkschaftliche Aufgabe. In: Die Quelle 11/1978, S. 634-635 Maase, K.: Arbeitszeit - Freizeit - Freizeitpolitik. IMSF-Informa-

tionsbericht 27. Frankfurt/M. 1976

Memorandum '79: Vorrang für Vollbeschäftigung - Alternativen

der Wirtschaftspolitik. Köln 1979

Mergner, U.: Tendenzen der Belastungsentwicklung in der industriellen Arbeitswelt. In: Medizinsoziologische Mitteilungen 3/1978

(zit. Mergner 1978a)

Mergner, U.: Indikatoren zur Veränderung der Arbeitsbedingungen in der BRD. In: Zur Vermittlung von Institutioneller Reform und gesellschaftlicher Krise. Diskussionsbeiträge für das 4. Wuppertaler Wirtschaftswissenschaftliche Kolloquium (WWK). Arbeitspapiere des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaften der Gesamthochschuule Wuppertal, Nr. 27. Wuppertal 1978, S. 1-26 (zit. Mergner 1978b) Meyer. S./W. Thiele/V. Volkholz: Gesundheitsversorgung. Daten

des Gesundheitssystems der BRD. Hamburg 1978

Mollwo, I./I. Holzbauer: Frauen und Arbeitsmarkt. Nürnberg 1976 Noll, H.-H. Die individuelle Betroffenheit und subjektive Wahrnehmung von Beschäftigungsproblemen. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4/1978

Priester, K.: "Humanisierung der Arbeit" und Kapitalverwertungsinteresse. In: Humanisierung der Lohnarbeit? Argument-Sonderband 14. Berlin (West) 1977, S. 130-155 (zit. Priester 1977)

Priester, K.: Entwicklungstendenzen der Arbeitsbedingungen und -belastungen in der Bundesrepublik. In: Marxistische Studien. Jahrbuch des IMSF. Bd. I. Frankfurt/M. 1978, S. 192-225 (zit. Priester 1978a)

Priester, K.: Zur Entwicklung der Arbeitsunfälle in der Bundes-republik. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3. Argument-Sonderband 27. Berlin (West) 1978, S. 131-151 (zit. Priester 1978b)

Schindler, H.: Folgen der Arbeitslosigkeit. In: Marxistische Blätter

1/1979 (zit. Schindler 1979a)

Schindler, H.: Politisches Bewußtsein und psychische Folgen der Arbeitslosigkeit. In: Blätter für deutsche und internationale Politik 5/1979 (zit. Schindler 1979b)

Schmiede, R./E. Schudlich: Die Entwicklung der Leistungsent-

lohnung in Deutschland. Frankfurt/M. 1976

Stark-von der Haar, E.: Über 300 000 arbeitende Kinder in der

Bundesrepublik. In: Demokratische Erziehung 3/1979

Statistisches Bundesamt: Fachserie M, Reihe 17: Gehalts- und Lohnstrukturerhebungen. 1: Gewerbliche Wirtschaft und Dienstleistungsbereich, Arbeiterverdienste 1972. Stuttgart — Mainz 1976

Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1978 fur die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart - Mainz 1978

Unfallverhütungsbericht '76. Bonn 1976

Unfallverhätungsbericht. Bundestagsdrucksache 8/2328, 29.11. 1978. Bonn 1978

Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Bonn 1977

Wagner, R./G. Zerlett: Berufskrankheiten in der Berufskrankheiten-Verordnung, 6. Aufl. Stuttgart 1978 (Loseblattsammlung)

Friedrich Hauß, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik

- 1. Betrieblicher Arbeitsschutz ist Teil der gesellschaftlichen Gesundheits- und Sozialpolitik. Dadurch ist er in seiner Ausrichtung (kurativ versus primärpräventiv), seinem Umfang (welche Betriebe sind betroffen? Welche Ressourcen werden eingesetzt?) und seiner Durchsetzung (wo und wie wird Arbeitsschutz praktiziert?) abhängig von mehreren Bedingungsgefügen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, Bestimmend wirken vor allem:
- die allgemeine Wirtschaftsentwicklung, die z.B. in der gegenwärtigen Krise die Durchsetzungschancen kostenaufwendiger Arbeitsschutzmaßnahmen in den Betrieben senkt.
- Die "politische Konjunktur", die mit der ökonomischen nicht kongruent zu sein braucht. So entstand berspielsweise das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) in seinen wesentlichen Zügen in der Reformphase um 1969, während seine Kodifizierung und Implementierung in die Phase restriktiver politischer Maßnahmen nach 1973/1974 fiel.
- Das spezifische gesundheitspolitische Kräfteverhältnis, d.h. das Kräfteverhältnis zwischen den am Gesundheitswesen unmittelbar interessierten und von ihm abhängigen Gruppen (Ärzte, pharmazeutische Industrie, Krankenhäuser, Gewerkschaften etc.). Dieses ist zwar einerseits selbst eine Funktion der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung sowie der politischen Konjunktur, entwickelt aber andererseits eine eigene Dynamik, deren Anteil an einzelnen gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen jeweils gesondert erklärt werden kann.
- Schließlich bestimmt im Betrieb und auf gesamtgesellschaftlicher Ebene der vorherrschende Konfliktregulierungsmechanismus zwischen Arbeit und Kapital (z.B. das Vorherrschen sozialpartnerschaftlicher Konfliktregulierungsroutinen) die Praxis von gesundheitspolitischen Maßnahmen wie dem Arbeitsschutz.
- 2. Als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik ist Arbeitsschutz zugleich Bestandteil der betrieblichen Austausch- und Konfliktprozesse. Diese Tatsache verweist auf den Widerspruch zwischen der betrieblichen Zielsetzung einer optimalen Verwertung der menschlichen Arbeitskraft und dem Interesse der Arbeitenden auf Erhaltung ihrer Gesundheit und damit ihrer Reproduktionsfähigkeit. Das Kräfteverhältnis der von diesem Widerspruch betroffenen Parteien ist entscheidender für die Herausbildung des betrieblichen Arbeitsschutzes als dessen Anbindung an Formen, Vorschriften und Gesetze.

Diese Tatsache erhellt die große Varianz der betrieblichen Arbeitsschutzpraxis: Betriebe mit vergleichbaren Verwertungsbedingungen, Belastungsstrukturen sowie Produktionsformen weisen höchst

unterschiedliche Formen der Arbeitsschutzpraxis auf, so daß davon auszugehen ist, daß der logische Zusammenhang von Belastungsstruktur und Arbeitsschutzmaßnahmen in der Praxis oft eher locker ist. Die Ausprägung der Arbeitsschutzmaßnahmen ist im Alltag keine direkte Funktion betrieblicher Belastungen. Ein Arbeitsschutz, der sich tatsächlich an den vorfindlichen Belastungen orientiert, ist nur gegen eine Vielzahl von betrieblichen Faktoren durchzusetzen.

3. Durch die weitgehende Übertragung der Normierung von Einzelvorschriften des Arbeitsschutzes auf die Berufsgenossenschaften (BGs) sowie eine höchst unzureichende Kontrollpraxis der BG's und Gewerbeaufsichtsämter kommt es durchgängig zu einer Verkürzung des Arbeitsschutzes:

Die staatliche Rahmengesetzgebung (ASiG) werd hauptsächlich von den Unfallversicherungsträgern durch Verabschiedung von sogenannten Unfallverhütungsvorschriften (UVVn) ausgefüllt. Die Funktion der Berufsgenossenschaften als Unfallversicherungsträger bringt es mit sich, daß die Normierung des Arbeitsschutzes zunächst fast ausschließlich iene Elemente der betrieblichen Gesundheitsgefährdung betrifft, von denen möglicherweise eine Unfallgefährdung oder aber Gesundheitsgefährdung ausgehen könnte, die zu einer der 55 anerkannten Berufskrankheiten führen könnten. So wichtig diese Normierung ist, so wenig wird sie den im Betrieb auftretenden gesundheitsgefährdenden Faktoren gerecht. Ausgespart bleibt der größte Teil der Risikofaktoren, nämlich solche, die als Mehrfachbelastung auftreten, hohe Latenzzeiten aufweisen und deren Einfluß auf die Gesundheit auch nicht oder nur in Einzelfällen durch "gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse" nachzuweisen sind. Nur dann nämlich, wenn diesem letzten - von Arbeitgeberseite häufig exzessiv genutzten - Kriterium genügt wird, lassen sich arbeitnehmerorientierte Arbeitsschutzmaßnahmen legitimieren bzw. sogar erzwingen. Das naturwissenschaftlich und monokausal orienterte Instrumentarium der Arbeitswissenschaften erlaubt hingegen nur in den wenigsten Fällen den Nachweis einer Kausalität zwischen Beanspruchung und Risikofaktoren. Es versagt vollständig dort, wo komplexe soziale Zusammenhänge von gesundheitsschädigenden Faktoren und Beanspruchung zu erhellen sind.

4. Entsprechend dem vorherrschenden medizinischen Paradigma verläuft die ohnehin unzureichende Ausbildung der Betriebsärzte. Auch nachdem an die Stelle eines 14tägigen Lehrganges, der sogenannten "Schnellbleiche", der in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des ASiG zu der Berechtigung verhalf, als Betriebsarzt tätig zu werden, die Verpflichtung getreten ist, einen dreimonatigen Kurs zu absolvieren, ist das Qualifikationsniveau der Betriebsärzte weiterhin unzureichend: Denn zum einen haben die Ärzte mit der 14-Tage-"Ausbildung" fünf Jahre Zeit, ihren Dreimonatslehrgang

nachzuholen, und zum anderen wird auch die Qualität dieses Kurses durchgängig angezweifelt. So stehen derzeit ca. 8000 Mediziner mit der formalen Berechtigung als Betriebsärzte zur Verfügung, und es steht zu befürchten, daß diese Ärzte langfristig die Stellen für die nur langsam nachwachsenden "Fachärzte für Arbeitsmedizin" mit mehrjähriger Zusatzausbildung blockieren. Diese Tendenz wird allerdings dadurch abgeschwächt, daß sich unter den kurz-ausgebildeten Ärzten ein relativ hoher Anteil älterer Mediziner befindet.

Mangelndes Wissen auf Seiten der Ärzte und der Belegschaften, fehlende Mitbestimmung und Kontrolle über die Tätigkeit der Betriebsärzte durch die Organe der Belegschaft sowie das traditionelle medizinische Handlungswissen der Ärzte, die kurativ, höchstens sekundärpräventiv orientiert sind und deshalb die betriebliche Gesundheitsgefährdung nicht präventiv in den Griff bekommen können, stellen weitere Einengungen der betrieblichen Arbeitsschutzpraxis dar.

Schließlich ist auch die Kontrollpraxis der Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht an diesen Normen orientiert. Zudem muß die Effizienz dieser Kontrollmaßnahmen bezweifelt werden. Es wurden Fälle bekannt, in denen Arbeitnehmerngekündigt wurde, weil sie die Gewerbeaufsicht oder die Berufsgenossenschaften zur Kontrolle ihrer Ansicht nach besonders risikoreicher Arbeitsbedingungen gerufen hatten. Die ausführliche Bekanntmachung dieser Urteile kann dazu führen, daß die Kontrollorgane in Zukunft noch weniger angerufen werden.

5. Auf das Problem der Organisation und Integration der professionellen Arbeitsschutz-Akteure verweisen weitere Faktoren: Die Einsatzzeiten von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten sind von der Zugehörigkeit des jeweiligen Betriebes zu einer der 35 Berufsgenossenschaften ahängig. Dies führt zu teilweise krassen Unterschieden bei den Einsatzzeiten für Betriebe mit vergleichbarer Belastungs- und Produktionsstruktur. Es zeigt sich hierin die Unsicherheit bei der Bemessung der Einsatzzeiten, für die es an empirisch abgesicherten Entscheidungskriterien fehlt. Letztlich ist die Festlegung der Einsatzzeiten eine politische Entscheidung, an der die Arbeitnehmervertretung in den Selbstverwaltungsorganen der Berufsgenossenschaften nicht unbeteiligt ist. Auf die Festlegung der maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationswerte (MAK), mit denen die zulässige Höchstexposition für Schadstoffe festgelegt werden, und die von "neutralen" Expertengremien festgelegt werden, haben die Arbeitnehmer und ihre Vertretungen dagegen keinerlei Einfluß.

In einzelnen Fällen führen Unterschiede zwischen den BG's zu Ausnahmeregelungen hauptsächlich für große Betriebe mit hohem Beitragsaufkommen. Mit der Drohung, die Unfallversicherung zu wechseln, alls die bisherige Berufsgenossenschaft keine Ausnahmeregelung für die Einsatzzeit trifft, stellen solche Betriebe die Berufsgenossenschaften vor die Entscheidung, entweder einen "Kunden" zu verlieren oder lieber ein Auge zuzudrücken.

Zu Disparitäten bei den Einsatzzeiten führt auch die starre Abhängigkeit der Einsatzzeiten von der Beschäftigtenzahl. In kleinen Betrieben mit wenigen Beschäftigten können so bestimmte Aufgaben (z.B. Dokumentation, Unfallrecherchen etc.) gar nicht wahrgenommen werden, da sie die ganze Einsatzzeit der Arzte und Sicherheitsfachkräfte absorbieren würden. Hier wäre ein Aufschlag für Kleinbetriebe, wie ihn einige Berufsgenossenschaften auch praktizieren, als Regel notwendig.

6. Als problematisch hat sich auch die Etablierung eines Anbietermarktes arbeitsmedizinischer Leistungen erwiesen. Diese Leistungen werden von Anbietern erbracht, die untereinander in Konkurenz stehen. Man unterscheidet:

betriebsärztliche Zentren, die von verschiedenen Trägern (BG's, TÜV, Unternehmerverbände und private Träger) unterhalten werden. Diese Zentren bieten ihre arbeitsmedizinische Leistung zu festen Stundensätzen den Unternehmern an.

Praktizierende Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Arbeitsmedizin, die als "Arzt um die Ecke" Unternehmen in ihrer näheren Umgebung ihre Leistung anbieten. Diese nicht immer zu Unrecht als "Schweigegeldempfänger" bezeichneten Ärzte bieten ihre Leistungen meist zu weit günstigeren Sätzen an als die Zentren. Die Leistungsbreite dieser Anbierter variert jedoch beträchtlich. Sie reicht vom Standard der Zentren bis zur Nicht-Wahrnehmung der Aufgaben auf Wunsch der Betriebe.

Angestellte Betriebsärzte finden sich hauptsächlich in Großbetrieben mit mehr als 3.000 Beschäftigten. Hier gibt es keine empirisch abgesicherten Aussagen über das Leistungsspektrum. Es wird jedoch vermutet, daß in diesen Fällen ein hoher Stand kurativer und sekundär-präventiver Medizin praktiziert wird, jedoch primär-präventive Maßnahmen ebenfalls weigehend unterbleiben.

Die Form der Anbieterkonkurrenz kommt dem Bedürfnis der Betriebe nach hoher Flexibilität entgegen, das aus den unterschiedlichen Einsatzzeiten in den Betrieben resultiert.

Auf der anderen Seite führt sie jedoch dazu, daß Konkurrenzverhältnisse zwischen den einzelnen Anbieterarten und innerhalb der Anbietergruppen auftreten, wobei als Mittel der Konkurrenz nicht nur der Preis eingesetzt wird, sondern vor allem die Kompatibilität der angebotenen Leistungen mit den Wünschen der nachfragenden Unternehmer. Auch dieser Sachverhalt führt zu deutlichen Unterschieden des betrieblichen Arbeitsschutzes.

Eine Monopolstellung des Angebotes an arbeitsmedizinischen

Leistungen beim Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst, wie sie noch im Referentenentwurf zum ASiG vorgesehen war, hätte diesen Zustand verhindert. Dieser sinnvolle Vorschlag wurde jedoch nicht in das Gesetz aufgenommen.

7. Schließlich führt die de facto- Anbindung der Arbeitsschutz-Professionals an die Unternehmerseite im Betrieb zu mangelhaft ausgebildeten Mitbestimmungsmöglichkeiten der Belegschaft, was die Frage der Anleitung und interessengebundenen Tätigkeit der Arzte und Sicherheitsfachkräfte betrifft.

In diesem Zusammenhang ist die Politik der ärztlichen Standesvertreter kurz zu streisen. So hestig sie sich nämlich ansangs gegen eine Kodisizierung der arbeitsmedizinischen Tätigkeit in einem Gesetz wandten, weil dadurch die neutrale Position der Ärzte gefährdet sei, so sehr unterließen sie alles, den Betriebsärzten tatsächlich eine relativ unabhängig Position zu verschafsen. Es gibt im Gesetz keinen besonderen Kündigungsschutz für Betriebsärzte, sie sind allein dem Unternehmer verantwortlich und rechenschastspslichtig. Aufgrund des gesundheitspolitischen Krästeverhältnisses in der BRD stand eine an sich logische Integration der Betriebsmediziner in das öfsentliche Gesundheitswesen nie ernsthast zur Debatte.

Das Verhalten der Ärzteverbände vor der Verabschiedung des ASiG entspricht exakt der Linie, der auch die Unternehmerverbände folgten: Zunächst Ablehnung jeder gesetzlichen Regelung unter Verweis auf die Vorteile "freiwilliger, betriebsnaher" Regelungen, schließlich zögernde Einwilligung gekoppelt mit dem erfolgreichen Versuch, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte fest an den Unternehmer zu binden. Am Rande sei nur darauf hingewiesen, daß es unter dieser Konstellation nicht die Ausnahme ist, wenn Betriebsärzte unter Verletzung des Arztgeheimnisses Informationen über den Gesundheitszustand von Arbeitsnehmern an die Personalabteilung weitergeben.

Auf diese Weise ist ein Gesetz zustande gekommen, das einen sehr hohen Anspruch formuliert – z.B. wurde erstmals der über die Berufskrankheiten weit hinausgehende Begriff der "arbeitsbedingten Erkrankung" aufgenommen –, andererseits aber die Durchsetzungs-Mechanismen für einen arbeitnehmerorientierten Arbeitsschutz extrem schwach instrumentiert.

8. Nicht nur dieser Tatsache ist es geschuldet, daß die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes nicht in jedem Fall zu positiv einzuschätzenden Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigen führt. Beispiele zeigen, daß die Wirkung von Arbeitsschutzmaßnahmen durchaus positiv sein kann, oft auch keinerlei Effekt hat und sich nicht selten gegen die Interessen der Beschäftigten wendet.

Der Beurteilungsmaßstab kann dafür freilich nicht auf betriebli-

cher Ebene angesiedelt werden, vielmehr verlangt eine realistische Bewertung von Arbeitsschutzmaßnahmen die Beurteilung ihrer Auswirkungen auf die Entwicklung der Volksgesundheit.

Dies gilt in besonderem Maße für Einstellungsuntersuchungen mit dem Ziel der Personalselektion. Zwar gehören sie nach dem ASiG eindeutig nicht zu den Aufgaben der Betriebsärzte, werden aber in aller Regel innerhalb der Einsatzzeiten von ihnen durchgeführt: sie führen dazu, daß die eingestellten Arbeitnehmer höher belastet werden können und ihre Beanspruchung wächst. Dadurch steigt zwar die Produktivität im Betrieb, die Probleme werden dabei jedoch in das gesellschaftliche System der Sozialversicherung verlagert bzw. individualisiert, indem die wegen Leistungsminderung nicht Eingestellten und die wegen der erhöhten Belastung vorzeitig auf dem Produktionsprozeß Ausscheidenden tendenziell eine Problemgruppe mit der doppelten Stigmatisierung von Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung bilden.

9. Wie relevant derartige Fehlentwicklungen im Arbeitsschutz werden, ist nicht zuletzt abhängig von der Art und Weise, in der Betriebe den Arbeitsschutz praktizieren. Es lassen sich hierzu einige typische systematisierbare Verhaltensweisen erkennen:

Nicht-Durchführung des Arbeitsschutzes: Seit der §13 des ASiG, der eine Meldepflicht der durchgeführten Arbeitsschutzmaßnahmen für die Unternehmen vorsah, auf Druck der Arbeitgeberverbände ersatzlos aus dem Gesetz gestrichten wurde, ist die Kontrolle der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzauslagen allein durch die unzureichend ausgestatteten Gewerbeaussichtsämter und Berussgenossenschasten möglich. Gemessen an den Kosten, die selbst mittlere Betriebe für Arbeitsschutzmaßnahmen auswenden müssen, sind die Ordnungsstrasen, salls sie überhaupt verhängt werden, überaus milde. Zwar wird die Praxis der Nicht-Durchsührung in Zukunst abnehmen, es steht aber zu besürchten, daß sie durch Taktiken der formalen Durchsührung ersetzt wird:

Diese Praxis ist bereits jetzt hauptsächlich in mittleren und Kleinbetrieben verbreitet. Je kürzer nämlich der betriebswirtschaftliche Planungshorizont ist, und je unterentwickelter das betriebliche Rechnungswesen gehandhabt wird, desto weniger ist die von den Unternehmerverbänden verbreitete und aus den USA importierte Parole: "Ein Dollar für Arbeitsschutz = Zwei Dollar Gewinn" kostenund nutzenmäßig nachvollziehbar. Die hier erwähnten Betriebe verfahren in der Regel nach dem Prinzip der Kostenminimierung beim Arbeitsschutz, was zu dessen praktischer Nicht-Durchführung oder Reduzierung auf Untersuchungen führen kann, präventive Maßnahmen aber regelmäßig ausschließt.

Große Betriebe mit entwickeltem Rechnungswesen, funktionaler Einsatzpolitik und langfristigem Planungshorizont entwickeln ren-

tabilitätsorientierte Arbeitsschutzsysteme. Je nach den betrieblichen Anforderungen und Problemlagen werden entweder Teilbereiche des Arbeitsschutzes in ihrem Umfang ausgedehnt oder eingeschränkt. Dies schließt nicht nur personalpräventive, also zumeist selektive Maßnahmen ein, sondern durchaus auch Maßnahmen der Primärprävention. Die Varianz der Arbietsschutzpraxis in diesen Betrieben ist jedoch groß. Sie ist teilweise zu erklären durch die regionale Arbeitsmarktstruktur, durch die Zusammensetzung der Belegschaft (Ausländeranteil, Kern- und Randbelegschaft etc.), durch Produktionsart und nicht zuletzt durch das Engagement von Betriebsrat und Belegschaft für die gesundheitlichen Interessen der Beschäftigten.

Einige wenige Betriebe finden sich, in denen Arbeitsschutz arbeitnehmerorientiert gestaltet werden konnte. Betriebe, in denen dies der Fall ist, verfügen über starke Belegschaftsvertretungen, die Arbeitsschutzpolitik als Teil der betrieblichen Interessenpolitik sehen und durchsetzen. Diese Beispiele verweisen zugleich auf zwei weitere Probleme, die zum Schluß angeführt werden sollen.

10. Interessenkoinzidenz und Durchsetzungsdefizite: Auch gewerkschaftliche Forderungen nach Ausbau des betrieblichen Arbeitsschutzsystems beziehen sich oft auf eine scheinbare Plausibilität: Es sei vernünftig, wenn die Unternehmen Arbeitsschutzmaßnahmen einführten oder ausbauten, denn schließlich liege dies ohnehin im "wohlverstandenen Eigeninteresse". Abgeleitet wird aus dieser Argumentation die Existenz von Feldern gemeinsamer Interessen von Arbeit und Kapital in Sachen Arbeitsschutz.

Diese Annahme ist ökonomisch nur sehr eingeschränkt haltbar und betriebspolitisch überwiegen die negativen Folgen den scheinbaren faktischen Nutzen: Das grundsätzliche Interesse der Betriebe an der Arbeitskraft ist deren Verwertung und nicht ihr Schutz. Schutzmaßnahmen werden nur dann realisiert, wenn die tatsächlichen oder antizipierten ökonomischen und politischen Kosten des Nicht-Schutzes höherveranschlagt werden als die, die zur Realisierung von Arbeitsschutzmaßnahmen notwendig sind. Diese Kostenkalküle werden selten bilanziert, wechseln mit dem Marktbedingungen, sie werden auch nicht immer rational und systematisch vollzogen, gehören aber zu dem Entscheidungsspielraum von Unternehmen, der es meistens gestattet, die betrieblichen Verwertungsinteressen durchzusetzen. Insofern von Interessenidentität zu sprechen, ist also nicht gerechtfertigt, wenngleich eine Koinzidenz von Interessen an bestimmten Arbeitsschutzmaßnahmen durchaus existiert.

Ein Teil der notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen ist im Rahmen dieser Interessenkoinzidenz mit Hilfe der vorherrschenden sozialpartnerschaftlichen Konfliktregulierungsroutinen durchzusetzen. Diese Konfliktregulierungsstrategien versagen jedoch dort, wo Reproduktionsinteressen der Belegschaft den Verwertungsinteressen entgegenstehen und deshalb keine Interessenkoinzidenz zustande kommt. Entsprechend muß in solchen Fällen auch jede partnerschaftlich orientierte Lösungsstrategie versagen.

Der Forderung nach einer stärkeren Gewichtung der gesundheitsbezogenen Reproduktionsinteressen von Belegschaften zur Durchsetzung arbeitnehmerorientierter Arbeitsschutzmaßnahmen stehen jedoch eine Reihe gegenläufiger Tendenzen entgegen.

11. Belegschaftshandeln und Arbeitsschutz: Hier soll nur auf zwei Forderungen eingegangen werden, bei deren Realsierung die Arbeitsschutzpraxis in der BRD ihrem eigentlichen Ziel, der Verhütung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken, näher gebracht werden kann.

Zunächst steht der Durchsetzung gesundheitsbezogener Reproduktionserfordernisse die immer noch vorhandene Politik der monetären Kompensation von Erschwerung und Belastung entgegen (Erschwerniszulagen, Schmutzzulagen etc.). Das allgemeine Lohnniveau der Arbeiter und Angestellten gestattet es dem Einzelnen meist nicht, auf zusätzliche Bezahlung zu verzichten, wobei der damit verbundene Gesundheitsverschleiß oft bewußt in Kauf genommen wird. Alle Appelle an die Steigerung des Gesundheitsbewußtseins und an die Wahrnehmung der Kompetenz für die Unversehrtheit der eigenen Person bleiben idealistisch, weil sie verkennen, daß die Reproduktion der Arbeiter und Angestellten dem Wert und damit dem Preis der Arbeitskraft unterworfen ist und alle denkbaren, gebrauchswertorientierten Argumentationen an der Realität im Supermarkt scheitern müssen. Insofern hätte sich auch eine gewerkschaftliche Strategie, deren Ziel die unversehrte Integrität der Person darstellt, zunächst nicht auf Maßnahmen individueller Wahrnehmungskompetenz von Belastung und Beanspruchung zu orientieren, sondern es gilt zunächst die erwähnte Kompensation von Erschwernis und Belastung durch Lohnanteile zu überwinden. Hierzu ist so viel argumentative und politische Durchsetzungskraft innerhalb der Gewerkschaften erforderlich, daß weitergehende Strategien und Anforderungen zwar denkbar sind, Anstöße liefern können, aber auch dazu führen können, daß die naheliegenden Aufgaben nicht wahrgenommen werden. Es hat sich überdies in der Praxis gezeigt, daß überall dort, wo erschwerniskompensierende Leistungen qua Betriebsvereinbarungen gesichert werden konnten, sich die Belegschaft eher bereit findet, intensiver für Maßnahmen des Arbeitsschutzes einzutreten.

Neben diesem eher prinzipiellen Aspekt erfordert ein auf Abbau von Belastung orientierter Arbeitsschutz jedoch auch durchsetzungspolitische Überlegungen. Es hat sich gezeigt, daß das Interesse der Beschäftiigten an der Thematisierung von Arbeitsschutzanforderungen wächst, wenn sie hierzu über eigene, ausschließlich ihren Interessen dienende Institutionen verfügen. Dies verweist auf den Aspekt der "Kompetenz der Betroffenen" und müßte zu strategischen, organisatorischen Überlegungen führen. Es wird vermutet, daß ein großer Teil der tatsächlich vorhandenen oder auch nur der wahrgenommenen Arbeitsbelastungen deshalb nicht als Arbeitsschutzproblem thematisiert wird, weil das betriebliche Arbeitsschutzsystem sich als relativ abgehobenes System von und für Spezialisten darstellt und eine Meldung von Anforderungen durch die Belegschaft nicht vorgesehen ist. Dabei zeigen Erfahrungen z.B. aus Schweden, welche positive gesundheitspolitische Funktion die Einbeziehung der Belegschaftskompetenz in das professionelle Arbeitsschutzsystem haben kann. Damit soll nicht einem unreflektierten Anti-Professionalismus das Wort geredet werden. Es geht vielmehr darum, professionelles Fachwissen für die Arbeitenden anwendbar zu machen, die als Betroffene die Belastungen der Arbeitssituation unmittelbar erfahren und von daher auch beurteilen können.

Bernd Güther: Gewerkschaftliche und wissenschaftliche Aufgaben zum Schutz der Arbeitskraft

1. Gesundheitspolitische Aktivitäten aus demokratischer Sicht zielen auf ein zentrales Interesse abhängig Beschäftigter: Auf das Interesse lebenslanger Reproduzierbarkeit ihres Arbeitsvermögens, dessen Erhaltung und Bereicherung Grundlage der Persönlichkeitsentwicklung ist.

Nach Mickler et al. bleiben die "Reproduktionsmöglichkeiten des Arbeiters erhalten, wenn

- "keine Gefährdung der Arbeitskraft durch organische Schädigungen eintritt...
- keine starken Ermüdungs- und Erschöpfungszustände bzw. organische Beschwerden nach Abschulß der täglichen Arbeit auftreten...
 keine Beeinträchtigung des gesellschaftlichen Verhaltens in der außerbetrieblichen Lebenssphäre eintritt..."

Daß diese alltäglichen und auf die Lebenszeit gleichermaßen gerichteten gesundheitlichen, psychischen, sozialen und politischen Reproduktionsinteressen vielfach gefährdet werden zeigen die Zahlen über Frühverrentung, Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle, chronische Schädigungen durch die "neuen Volkskrankheiten" sowie die sinkende Lebenserwartung. Frührentner leben zudem mit einem doppelten Risiko: Nicht nur werden sie unfreiwillig aus dem Arbeitsprozeß herausgerissen, sie sterben auch früher als diejenigen Versicherten, die ein normales Altersruhegeld beziehen.²

Es bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Beweise, daß die lebenszeitlichen Reproduktionsinteressen der Lohnabhägnigen auf vielfache Weise verletzt werden.

2. Aufgabe gewerkschaftlich organisierter oder an prinzipiellen Gewerkschaftszielen orientierter demokratischer Wissenschaftler wäre, jene Ansätze wissenschaftlich funderiter Gesundheitspolitik zum Schutz und zur Förderung der Arbeitskraft (auch als Ware) herauszufiltern, die einer kollektiven Einflußnahme zugänglich sind. Dabei ist eine gewisse Frustration unter den in den Projekten zur "Humanisierung der Arbeit" tätigen Wissenschaftlern ebenso wie in den Gewerkschaften unverkennbar. Sie ist begründet durch die Tatsache, daß, wie es das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des DGB formulierte, das HdA-Programm ein Forschungs-, aber kein Realisierungsprogramm ist.

Vieles bleibt in den Schubläden der Ministerien oder wird der interessierten (insbesondere gewerkschaftlichen) Öffentlichkeit nur in schwer zugänglicher oder unverdaulicher Form präsentiert. Veränderungen oder Verbesserungen von Arbeitsbedingungen werden selten oder in unzureichender Form vorgeschlagen.

Betriebe, aber auch (sicher des öfteren berechtigterweise) Gewerkschaften und Betriebsräte, erschweren den Zugang zum Forschungsgegenstand getreu der Devise "no admittance except on business". Forschungskollektive sind unzureichend interdisziplinär ausgestattet (Arbeitswissenschaftler ohne Soziologen, Psychologen und Soziologen ohne Mediziner) bzw. gehen mit differenten einzelwissenschaftlichen und politischen Grund- und Zielvorstellungen vor etc.

- 3. Mehrere Bezugsebenen wissenschaftspolitischen Handelns sind denkbar:
- 1. Kooperation mit Gewerkschaften, gewerkschaftlichen Vertrauensleuten und Betriebsräten
- 2. Gesundheitspolitische Forderungen an den Staat als Gesetzgeber und Forschungsfinanzier
- 3. Gewerkschaftliche Orientierung von und Kooperation mit Wissenschaftlern, die in Humanisierungsprojekten tätig sind oder in der Forschung oder in den Betrieben mit arbeitsmedizinischen, ergonomischen, arbeitspsychologischen oder -soziologischen Fragestellungen beschäftigt sind

Die Ebenen der Absicherung von Reproduktionsinteressen:

- 1. Außerrechtliche gewerkschaftliche Machtpositionen, die es der Kapitalseite nicht ohne Folgen ermöglichen, den Verschleiß der Arbeitskräfte über ein tolerables Maß zu extensivieren oder zu intensivieren
- 2. Tarifvertragliche Normierung von Arbeitsbedingungen (wobei nicht nur den Manteltarifverträgen, sondern auch den jährlichen Tarifverträgen wachsende Bedeutung zukommen sollte)
- 3. Verschärfte Sanktionsmaßnahmen bei Nichtbeachtung oder Nichteinhaltung gesetzlicher Bestimmungen

- 4. Stärkere gewerkschaftliche und demokratisch-wissenschaftliche Einflußnahme auf Organe der Selbstverwaltung und paritätische Kommissionen etc.
- 5. Öffentlicher Druck zur Kodifizierung neuer arbeitsorientierter "gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnissee" im Betriebsverfassungsgesetz u.ä.
- 6. Einwirkung auf den Gesetzgeber zur beschleunigten Verabschiedung wichtiger Schutzgesetze und -verordnungen bei demokratischer Effizienzkontrolle im Sinne der abhängig Beschäftigten bzw. Änderung bestehender Gesetze.
- 4. Daß viele Gesetze. Verordnungen und Richtlinien zum Schutz der Arbeitskraft vor Unfall, Tod oder frühzeitigem Verschleiß entweder unzulänglich sind oder aber nicht eingehalten werden, wissen leider nicht einmal alle Betroffenen. In einem Betriebsratsgremium ist es vielfach Usus, den "letzten Mann" mit den Arbeitssicherheitsaufgaben zu betreuen. Daß die Exposition an extrem belastenden Arbeitsplätzen mit Lohnzuschlägen "kompensiert" wird, akzeptieren immer noch viele Betriebsräte und gewerkschaftlich Verantwortliche mit Rücksicht auf die kurzsichtigen Wünsche mancher Kollegen. Daß die heutigen Arbeitsbewertungs- und Lohnfindungssysteme den Abbau körperlicher Arbeitsbelastungen mit Lohnreduzierung bestrafen, kann auch nicht umstandslos das Interesse an der Verbesserung bestimmter Arbeitsbedingungen wecken. Problemlösungsstrategien anzubieten, ist also gar nicht so einfach. Andererseits ist das Bewußtsein für gefährdende Arbeitsverhältnisse in den Belegschaften geschärft worden, was die massenhafte Teilnahme an der Umfrageaktion der IGM Nordbaden-Nordwürttemberg beweist.3 5. Der potentielle Einfluß der Gewerkschaften und der ihnen Argumentationshilfen anbietenden Wissenschaftler ist in bestimmten Bereichen nicht gering zu verangschlagen, da die Ausführungsbestimmungen von Verordnungen nicht mehr vom Gesetzgeber detailliert vorgegeben werden, sondern z.B. den Berufsgenossenschaften (z.B. für Unfallverhütungsvorschriften), dem Deutschen Institut für Normung (DIN) oder der Vereinigung Deutscher Ingenieure (VDI) obliegt.

Hier sitzen entweder Gewerkschaftsvertreter in den Gremien oder aber es gibt die Möglichkeit, Einspruch gegen bestimmte Vorlagen zu erheben.

Die periodische Kontrolle der Einhaltung von Arbeitsschutzgesetzen (Maschinenschutzgesetz, Gesetz über gefährliche Arbeitsstoffe, Arbeitssicherheitsgesetz) kann den betrieblichen und gewerkschaftlichen Organen der Interessenvertretung nicht abgenommen werden, zumal die personelle Ausstattung von Gewerbeaufsichtsämtern zu wünschen übrig läßt.

Wie bereits in der Arbeitsgruppe erörtert, ist besonders dringlich

die Zusammenarbeit von Betriebsrat und Betriebsarzt. Hier gibt es von gewerkschaftlicher Seite ungeachtet fehlender Mitsprache und Mitbestimmung viele Anknüpfungspunkte. Daß in vielen Betrieben der Betriebsarzt nur zeitweise und dann meist nicht vor Ort in Aktion tritt, scheint (allerdings abhängig von der Betriebsgröße) trotz des neuen Gesetzes über Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte immer noch übliche Praxis zu sein. Ein Betriebsarzt wäre aber zumindest darauf zu verpflichten, in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat eine Dokumentation über betriebliche Gefährdungsstellen zu erarbeiten und ggf. Präventionsmaßnahmen vorzuschlagen.

Fortschrittliche Mediziner fänden hier ein lohnendes Arbeitsfeld. Neben der Kontrolle der Einhaltung von Gesetzen, Verordnungen und tarifvertraglichen Vereinbarungen ist als flankierende Maßnahme die Forderung nach schärferen Sanktionen bei Nichtbeachtung oder Verletzung von Gesetzen etc. nötig. Solange Konventionalstrafen billiger als die Kosten für die Veränderung betrieblicher Arbeitsbedingungen veranschlagt werden können, wird es keine

entscheidenden Verbesserungen geben.

6. Eine weitere Möglichkeit wäre, mit Hilfe fortschrittlicher Wissenschaftler (innerhalb und außerhalb der Betriebe) gewerkschaftliche Gegeninformationssysteme aufzubauen, die zum Ziel haben sollten: a) Registrierung aller, auch und gerade auch der leichteren Arbeitsunfälle, die nicht der Meldepflicht unterliegen, b) Registrierung von häufig auftretenden Erkrankungen an bestimmten Arbeitsplätzen oder Abteilungen, c) Identifizierung von Arbeitsplätzen mit Mehrfachbelastungen, d) Sammlung von Erfahrungen, Klagen, somatischen oder psychischen Beschwerden von Beschäftigten. Solange es keine betriebsbezogenen Gesundheitsregister und keine der Öffentlichkeit zugängliche Meldepflicht über die Höhe des Krankenstandes, die Arten der Krankheiten und ihre Verteilung nach Belastungsschwerpunkten gibt, muß deren Registrierung Aufgabe einer demokratischen Gegenöffentlichkeit bleiben.

Mittels eines derartigen Verfahrens könnte der arbeitsmedizinischen, -psychologischen und -soziologischen Forschung Material geliefert werden, das es ihr evtl. erleichtert, die Ursachen chronischer Krankheiten (Magen-Darm, Herz-Kreislauf) in betrieblichen

Verschleißbedingungen zu finden.

7. Eine weitere Möglichkeit gewerkschaftlicher und wissenschaftlicher Einflußnahme auf die Wahrung der Reproduktionsinteressen der Lohnabhängigen ist die Forderung nach Neuformulierung bestehender Gesetze, Verordnungen etc.; der Kampf um die inhaltlich konkrete Auslegung gesetzlicher Regelungen oder die Forderung, neue wirksame zusätzliche Gesetze su erlassen.

Nehmen wir als Beispiel die Maximalen Arbeitsplatzkonzentrationen von Schadstoffen (MAK-Werte): Zentrales Problem hierbei ist die Festlegung der Toleranzgrenzen. Sie werden aus tierexperimentellen Untersuchungen und aus Erfahrungswerten gewonnen. Darüber hinaus wird die Schädlichkeitsschwelle eines jeden MAKwertes isoliert, d.h. unabhängig von anderen, im realen Arbeitsprozeß oft kombiniert auftretenden Schadstoffen bestimmt.

Wenn aber ein mit vermeintlich objektiven Meßmethoden identifizierbarer Grenzwert für chemische Schadstoffe nicht die reale Gesamtbelastung des Arbeiters erfaßt, kann die Einhaltung der gültigen MAK-Werte durachaus zu - versicherungsrechtlich nicht abgegoltenen – arbeitsbedingten Erkrankungen führen. Daß aus rein ökonomischen Gründen auch andere schädigende Faktoren (Staub bezüglich der Begünstigung einer chronischen Bronchitis. Lärm hinsichtlich extraauraler Beeinträchtigungen) nicht einklagbar sind, erleichtert nicht gerade den Kampf für weitergehende umfassende Maßnahmen zum Schutz der Arbeitskraft. Dennoch wird künftig das Ringen um eine arbeitsorientierte Auslegung der "gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse" an Bedeutung zunehmen. Hierbei geht es zum einen um einigermaßen eindeutig beweisbare ergonomische Tatbestände, zum anderen aber um die künftige rechtliche Normierung von z.T. heute noch wissenschaftlich kontrovers diskutierten Ergebnissen der Arbeitsbelastungsforschung. Ein Beispiel ist die mittlerweile in zahlreichen arbeitsmedizinischen Untersuchungen nachgewiesene gesundheitsschädliche Wirkung von Schichtarbeit. Gerade an diesem Beispiel wird aber auch die Problematik und Komplexität der Konkretisierung "gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse" sichtbar, denn hier wirken auch sozial- und arbeitsmarktpolitische Aspekte mit. Eine andere Frage wäre auch, ob nicht der Kampf um Arbeitszeitverkürzungen mehr gesundheitlichen Nutzen bringen kann.

Für die in der "Humanisierungs"-Forschung Tätigen bleibt ein breites Spektrum von Fragen offen, die sie in stärkerer Kooperation untereinander und in Zusammenarbeit mit interessierten Organen der Gewerkschaften zu beantworten versuchen sollten.

Anmerkungen

O. Mickler, E. Dittrich, U. Neumann: Technik, Arbeitsorganisation und Arbeit. Eine empirische Untersuchung in der automatisierten Produktion. Frankfurt 1976, S. 391

W. Karmaus, V. Müller, G. Schienstock: Streß in der Arbeitswelt. Köln 1979, S. 194f

^{&#}x27;Industriegewerkschaft Metall (Bezirksleitung Stuttgart) (Hrsg.): Werktage müssen menschlicher werden! Stuttgart 1979

Arbeitsgruppe IV B: Gesundheit und Krankheit im Reproduktionsbereich

Marianne Rodenstein: Thesen zur Untersuchung der Gesundheitsgefährdung durch Wohnbedingungen

Bei der bisherigen Beschäftigung mit diesem Thema in präventiver Absicht haben jeweils unterschiedliche Aspekte der Gesundheitsgefährdung im Vordergrund gestanden. Im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren die Wohnbedingungen unter hygienischen Gesichtspunkten für die Bekämpfung von Infektionsherden von Bedeutung. Die eigentliche Ursache für diese Art der Gesundheitsgefährdung war das soziale Elend breiter Schichten der Bevölkerung. 1 Mit der Verbesserung der sozialen Lage verlor dieser Gesichtspunkt an Bedeutung. Im Zuge des einfallslosen Trabantenstadtbaus und der Sanierung alter Stadtteile in den 60er und 70er Jahren beginnt in der Bundesrepublik die Diskussion um die psychischen Auswirkungen der bebauten Umwelt. Diese Debatte hatte ihre Stoßrichtung vor allem in der Kritik der Architektur und Stadtplanung, denen die Vernachlässigung psychohygienischer Gesichtspunkte vorgeworfen wurde.² Auch hier kommt den Wohnbedingungen keine ursächliche Wirkung für die Ausbildung psychischer Störungen zu. doch werden ihnen Verstärkungswirkungen zugeschrieben. Heute sind Wohnbedingungen vor allem unter dem Gesichtspunkt der damit verbundenen Lärmbelästigung und Luftverschmutzung in der gesundheitspolitischen Debatte. Während sich diese Problematik im medizinisch- naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell bearbeiten läßt, nach dem-vereinfacht gesagt-Krankheiten durch das Zusammentreffen pathogener Umweltreize und einer individuellen Disposition entstehen, soll mit den folgenden Überlegungen die soziale Bedeutung von Wohnbedingungen, ihr Stellenwert für den Lebenszusammenhang von Familien und die daraus resultierenden Konsequenzen für die physische und psychische Gesundheit im Mittelpunkt stehen. Mit diesem Ansatz soll zugleich auf die Mängel wohnmedizinischer Untersuchungen hingewiesen werden, in denen die zahlreichen zwischen Wohnbedingungen und individuellem Krankheitsfall intervenierenden sozialen und ökonomischen Variablen kaum ausreichend in Betracht gezogen werden.

Es folgen nun einige Thesen, aus denen die mit den Wohnbedingungen verbundenen unterschiedlichen Aspekte der Gesundheitsgefährdung hervorgehen.³

1. Der Lohnabhängige hat seine Existenz und die seiner Familie durch den Verkauf seiner Arbeitskraft zu sichern. Mit der Verausgabung der Arbeitskraft unter bestimmten Arbeitsbedingungen ist

ieweils ein typischer langfristiger Abbau der Gesundheit, in vie len Fällen verschärft durch Berufskrankheiten oder Arbeitsunfälle gegeben. Aus den jeweiligen Arbeitsbedingungen folgen bestimmte Anforderungen, die an die Regenerationsbedingungen nach Feierabend zu stellen sind. Die Wohnbedingungen sind unter diesem Gesichtspunkt von Interesse, weil die Wohnung selbst wie die Wohnumwelt für die Regeneration der physischen und psychischen Energien Daten setzt, Welche Möglichkeiten der Entspannung, der Ruhe, der aktiven Erholung man am Feierabend hat, ist abhängig von der Lage, Struktur und Infrastrukturausstattung des Viertels. aber auch von der Art und Größe der Wohnung. Von der Enge der Wohnung und der Art der Wohnumwelt hängt es ab, wie stark das Familienleben aufeinander abgestimmt und organisiert werden muß. wenn die Erholungs- und Reproduktionsfunktion erfüllt werden soll und dabei so wenig als möglich gegenseitige Behinderungen, Konflikte und Reibereien auftauchen sollen. Es ist zu vermuten, daß je enger die Wohnung ist und je weniger soziale Kontaktmöglichkeiten die Wohnumwelt bietet, desto eher Konflikte, unbefriedigte Bedürfnisse und Unzufriedenheiten das Familienleben prägen. so daß möglicherweise auch die wichtige Funktion der Familie hinsichtlich der emotionalen Verarbeitung der Probleme aus dem Arbeitsbereich im Mitleidenschaft gezogen wird.

- 2. Da die meisten Vorstellungen von Selbstverwirklichung im Beruf wie im Privatleben, nach Verbesserung der Lebenschancen kaum anders als durch den erhöhten Einsatz der Arbeitskraft zustande kommen, ist nun in bezug auf die Wohnbedingungen zu fragen, inwieweit sie ausschlaggebend für die Selbstinstrumentalisierung der Arbeitskraft sind, inwieweit also der Wunsch nach einem eigenen Haus, einer größeren Wohnung dazu führt, daß der Einsatz der Arbeitskraft über das normal erforderliche Maß hinaus erhöht wird und damit eine Beeinträchtigung der Gesundheit hingenommen wird.
 3. Mit dieser Frage hängt eng zusammen, wie sehr die Wohnung als Heim der Familie selbstwertstabilisierende Funktion hat. Negative gesundheitliche Effekte sind wahrscheinlich, wenn Mietprobleme, Streitereien mit dem Vermieter, zur Unsicherheit der Wohnsituation und damit zur Destabilisierung des Selbstwertgefühls beitragen.
- 4. Wohnbedingungen sind außerdem von gesundheitlicher Bedeutung, weil sich mit ihnen unterschiedliche Chancen zur Knüpfung von sozialen Netzen gegenseitiger Hilfeleistungen verbinden, deren positive Funktion für die Verarbeitung von psychischen Problemen unbestritten ist.
- 5. Kumulative gesundheitliche Belastungseffekte lassen sich denken, wenn die vertrauten Wohnbedingungen, mit denen sich meist auch jeweils typische Lebensstile ausgeprägt haben, unfreiwillig sei es aus Gründen beruflicher Mobilität, sei es aus Sanierungsgründen —

sich verändern und erhebliche Anpassungsleistungen an eine neue Lebenssituation vollbracht werden müssen. Die Life-event-Forschung weist auf die streßhaften Folgen solcher Veränderungen hin.

Will man also die gesundheitliche Gefährdung durch bestimmte Wohnbedingungen untersuchen, so sind nicht nur der Lärm und die Luftverschmutzung der Wohnumwelt zu beachten, sondern es ist auch zu fragen.

- inwieweit die Regeneration der Arbeitskraft durch die Wohnbe-

dingungen beeinträchtigt ist.

- ob die aktuellen oder gewünschten Wohnbedingungen Einfluß auf die Selbstinstrumentalisierung der Arbeitskraft haben.

- ob die Wohnbedingungen zur Stabilisierung oder eher zur Destabi-

lisierung des Selbstwertgefühls beitragen.

- ob die Wohnbedingungen den Aufbau und die Inspruchnahme von sozialen Kontakten begünstigen oder nicht.

- ob eine unfreiwillige Veränderung der Wohnbedingungen bisher vorgekommen ist oder ob eine solche Veränderung zu erwarten ist.

Anmerkungen

Vgl. R. Virchow, Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epedemie, in: H.-U. Deppe, M. Regus (Hrsg), Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Frankfurt 1975 C. Mühlich-v. Staden, W. Mühlich, Primäre Prävention in Wohnungs-

bau und Stadtplanung, Bundestagsdrucksache 7/4200 1973 Zur Ableitung und Begründung dieser Thesen vgl. M. Rodenstein, Gesundheitsrelevante Belastungsdimensionen — Überlegungen zu einem Präventionsforschungsansatz, Preprint Internationales Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin 1979

Henning Bau: Wohnen und Gesundheit - ein Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung

Der Einfluß der Arbeitsbedingungen auf die Entstehung von Krankheiten ist seit längerem Gegenstand der Forschung im Gesundheitswesen. Dagegen hat das Forschungsinteresse an Zusammenhängen zwischen den außerbetrieblichen Lebensbedingungen und der Gesundheit erst in letzter Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Mit diesem Aufsatz werden in stark zusammengefaßter Form die Ergebnisse einer Forschungs-Dokumentation¹ über einen wichtigen Teilbereich der Reproduktionssphäre zur Diskussion gestellt.

Der Schwerpunkt der empirischen Arbeiten bezieht sich auf Fragen nach gesundheitlichen Belastungen, Beanspruchungen und Gefährdungen (51 Arbeiten). Von den einzelnen Belastungsfaktoren ist der Einfluß der bau- bzw. wohnungshygienischen und der ökologischen Wohnbedingungen (Grandjean/Gilgen 1973², Wanner et

al. 1977³, Mueller/Baettig 1977⁴ etc.) am weitesten und differenziertesten erforscht. Untersuchungen über andere Belastungsfaktoren (z.B. im Haushalt verwendete Schadstoffe, Hausarbeit oder Wohnumwelt) und über das Zusammenwirken verschiedener Belastungen sind dagegen seltener vertreten (Holma/Winding 1977⁵, Grandjean 1975⁶).

Über Fragen, welche Belastungsfaktoren des Wohnbereichs zu welchen Beanspruchungen bzw. Erkrankungen führen, liegen nur wenige Arbeiten vor: psychische Erkrankungen (Gehmacher et al. 1973⁷), Erkrankungen der Atmungsorgane (Reichel/Ulmer 1970⁸), Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (Hehl/Nüssel 1973⁹). Probleme der Unfallgefährdung im Hausbereich werden seit Anfang der 70er Jahre in einer Anzahl Untersuchungen aufgegriffen (Compes/Kompart 1971¹⁰, Hadjimanolis/Seiler 1973¹¹, Werner et al. 1973¹² etc.).

Die komplexeste Fragestellung in dem Forschungsfeld "Wohnen-Gesundheit", nämlich Zusammenhänge zwischen Arbeitsbereich, Wohnbereich und Gesundheit, ist am wenigsten erforscht. Lediglich zwei Arbeiten Befassen sich mit dieser Thematik: die auf eine theoretische Ableitung und Aufbereitung der Zusammenhänge zwischen Produktion, Reproduktion und Gesundheit ausgerichtete Studie von Berndt/Rinderspacher/Rodenstein 1978¹³ und die vom Bundesgesundheitsamt durchgeführte, zur Zeit noch laufende Untersuchung über Belastungsfaktoren im Arbeits-, Freizeit- und Wohnbereich (bga 1977¹⁴).

Über die Wohnverhältnisse ausgewählter Bevölkerungsgruppen liegen mehrere Arbeiten vor (Dittrich 1972¹⁵, Green et al. 1975¹⁶ etc.), empirische Forschungsarbeiten über Zusammenhänge zwischen gesundheitlich belastenden Wohnbedingungen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen stellen dagegen eher eine Ausnahme dar (Piperek 1970¹⁷, Ineichen/Hooper 1974¹⁸).

Bei den auf die Problemlösung ausgerichtenen Arbeiten überwie-

Bei den auf die Problemlösung ausgerichtenen Arbeiten überwiegen Beiträge, die entsprechende Anforderungen und Ziele formulieren (u.a. Richlefs 1977¹⁹, Schmidt 1972²⁰); Untersuchungen über die Wirkung gezielter Maßnahmen bleiben bislang auf die Problematik der Reduktion von Lärmbelastungen beschränkt (Batelle-Institut 1974²¹, Bm BAU 1974²²).

Arbeiten über methodische Probleme der Erforschung des Wohnen-Gesundheits-Zusammenhanges sind in dem vorliegenden Material kaum enthalten. Hinweise auf methodische Einzelheiten sind jedoch in den epidemiologischen Arbeiten aufzufinden (u.a. Gehmacher et al. 1973²³, Grandjean 1975²⁴). Im allgemeineren Zusammenhang werden Probleme der Indikatorenbildung behandelt (Lipscomb 1977²⁵, Torrance 1976²⁶, Zapf 1974²⁷, Zapf 1975²⁸).

Anmerkungen

¹ Das vollständige Manuskript ist zu beziehen über Henning Bau, Cosimaplatz 4, 1000 Berlin 41

² Grandjean, E.; Gilgen, A.; Umwelthygiene in der Raumplanung,

Thun 1973

³ Wanner, H.U. et al.; Die Belästigung der Anwohner verkehrs-reicher Straßen durch Lärm und Luftverunreinigung; in: Soz. und Präv. Med. 1977 H.22, S. 108–115

Mueller, R.; Baettig, K.; Der Einfluß von Fluglärm auf die An-

wohner des Flughafen Zürich-Kloten; in: Soz.- und Präv. Med.

1977 H. 32, S. 191-192 Holma, B.; Windung, O.; Housing, hygiene and health. A study in old residential areas in Copenhagen; in: Soz. und Präv. Med.

1977 H. 32, S. 86–93

6 Grandjean, E. et al.; Der Einfluß von Wohnverhältnissen in Neubauwohnungen auf das physische und psychische Wohlbefinden der Bewohner; Eidgenössiche Technische Hochschule Zürich, Zürich 1975

Gehmacher et al.; Zusammenhänge zwischen psychischer Ge-

sundheit und Wohnbedingungen, Wien 1973

Reichel, G.; Ulmer, W.T.; Einfluß der Einkommens- und Wohnverhältnisse auf die Häufigkeit unspezifischer Atemwegserkrankungen; in: Internationales Archiv für Arbeitsmedizin 1970 H. 27, S. 184-195

Hehl, Fr.; Nüssel, E.; Wohn- und Verkehrsdichte in Bezug auf das Auftreten von Herzinfarkt; Universität Heidelberg, Heidel-

berg 1973

¹⁰ Compes, R.; Kompart, J.; Dokumentation zum Unfallgeschehen im Haushalt und der Freizeit; in: Forschungsberichte der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung Nr. 30 1971

11 Hadjimanolis, Ev.; Seiler, G.; Unfälle im Hausbereich; in: For-

schungsberichte der ... Nr. 104 1973
Werner, E. et al.; Repräsentativbefragung zum Unfallgeschehen im Haus und in der Freizeit; in: Forschungsberichte der . . . Nr. 110 1973

Berndt, H.; Rinderspacher, J.; Rodenstein, M.; Belastungssituation und Bewältigungsstrukturen im Reproduktionsbereich, Manuskript, Internationales Institut für Vergleichende Gesellschafts-forschung am Wissenschaftszentrum Berlin 1978

14 Bundesgesundheitsamt; Einflüsse auf die Gesundheit aus dem Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereich; in: programmbudget '77,

Berlin 1977

 Dittrich, G.G.; Wohnen alter Menschen; Stuttgart 1972
 Green, R.F. et al.; Housing for the Disabled; a follow-up study; in: Arch. phys. Med. 1974 H. 55, S. 447-449

17 Piperek, M.; Wohnumwelt und seelische Verwahrlosung von

Stadtkindern; in: Wohnmedizin 1970 H. 9, S. 46-49

¹⁸ Ineichen, B.; Hooper, D.; Wives' mental health and children's behavior problems in contrasting residential areas; in: Soc. Sci. Med. 1974 H. 8, S. 369-374

19 Richlefs, E.; Forderungen an den Wohnungs- und Städtebau aus der Sicht des Mediziners; in: Forum-Städte-Hygiene 1977 H. 6,

S. 174-176

20 Schmidt, A.; Verminderung des Umweltlärms auf Straßen und

in Wohnungen: Deutscher Arbeitsring für Lärmbekämpfung,

DAL-Tagung Stuttgart 1972

1 Batelle-Institut e. V. Frankfurt; Geräuscheinwirkung des Stra-Benverkehrs auf Kliniken, Schulen und Wohngebiete; Maßnahmen

zur Geräuschminderung; Frankfurt/M. 1974

22 Bundesministerium für Städtebau und Wohnungswesen; Schallschützende Bauteile für städtebauliche Maßnahmen gegen Verkehrs und Fluglärm; in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Städtebau und Wohnungswesen Nr. 20 1974

23 Gehmacher 1973; a. a. o.

- ²⁴ Grandjean 1975; a. a. o. ²⁵ Lipscomb J.; Health Status Indexes; in Hlth. Serv. Res. 1977 H. 1, S. 67-71
- Torrance, G.W.; Health Status Index Models: A unified mathematical view; in: Management Science 1976 H. 9, S. 990-1001
- Zapf, W.; Soziale Indikatoren I; Frankfurt/M. 1974
 Zapf, W.; Soziale Indikatoren III; Frankfurt/M. 1975

Lerke Gravenhorst: Wohnungssituation und Familienbeziehungen - einige Beobachtungen aus einer Untersuchung über sozial benachteiligte Familien

I

Die Untersuchung, aus der ich einige Beobachtungen berichten möchte, hat den Erziehungsalltag von sozial benachteiligten Eltern mit kleinen Kindern zum Thema. Das ist der allgemeine Zusammenhang, in dem die Wohnungssituation zum Gegenstand der Gespräche mit den Eltern wurde. Meine Kollegen und ich haben mit 34 Eltern von kleinen Kindern gesprochen, die zum größten Teil in einer neuen Trabantenstadt Münchens leben: einige wenige leben in einem älteren Münchner Industrieviertel. Die Familien haben ihre Wohnungen über den freien Markt, häufiger noch über einen öffentlichen Arbeitgeber, als Werkswohnung oder über des Wohnungsamt bekommen. Die Wohnungen haben im allgemeinen zwei bis drei Zimmer, in ganz wenigen Fällen vier Zimmer und sind entsprechend etwa 40 bis 80 m2 groß. Im Durchschnitt handelt es sich für die Familien um beengte Wohnverhältnisse, da sie in kleinen 2-Zimmer-Wohnungen mit drei bis vier und in 3-Zimmer-Wohnungen mit vier bis sechs Personen wohnen. Die Kinder sind meistens klein, mindestens eines ist unter drei Jahre alt. Nur etwa 1/4 der Familien unserer Untersuchung erleben ihre Wohnungssituation als besonders problematisch, während etwa - zum Vergleich - 3/4 die Beziehungen zwischen Frau und Mann als großes Problem sehen. Daraus sollte frau/man nun nicht schließen, daß die Wohnverhältnisse nur für den kleineren Teil der Familien belastend wären. Eher kann aus dieser Beobachtung gefolgert werden, daß die meisten dieser Familien sich mit der Wohnsituation arrangiert haben, da sie an ihr sowieso nicht viel ändern können, während sie z.B. unterstellen,

daß die persönlichen Beziehungen noch zur Disposition stehen und deshalb überhaupt noch zum Problem werden können. So sagt Herr Fr.:

"Ich bin froh, was ich jetzt hab, hab zwei gesunde Kinder, hab eine Frau, die ist nicht dumm und gar nichts und wir reden uns nicht drein, hab meine Wohnung, hab ein Dach übern Kopf — ne, ich habs früher schon viel schlechter gehabt, manche, die kriegen's ja nie satt im ganzen Leben, was die so alles wollen (...)"

Es liegt aber auch auf der Hand, daß die Wohnungsgröße als solche - gemessen in Zimmerzahl und Quatratmetern - keine eindeutige Auswirkung auf die Familiensitution hat; die Auswirkungen kann man nur richtig einschätzen, wenn man die Bedeutung einer Wohnung für Angehörige eines bestimmten sozio-kulturellen Miljeus kennt. Allgemein gilt für die von uns untersuchte Gruppe von Familien, daß die eigene Wohnung einen wichtigen Raum für Autonomie und eigene Leistung verkörpert. Eine Wohnung ist also gefühlsmäßig hoch besetzt. Gleichzeitig sind für dieses Gruppe von Familien Vorstellungen wirksam, wie eine "richtige" Wohnung aussieht, und diese Vorstellungen werden mit relativer Starrheit verfolgt. Ein Wohnzimmer ist ein Wohnzimmer und für einen bestimmten Zweck da, und ein Schlafzimmer ist ein Schlafzimmer und eben auch für einen bestimmten Zweck da. Entsprechend sieht es mit dem Kinderzimmer aus. D.h. eine Wohnung, die rein von der Größe her (im Verhältnis zur Zahl der Familienmitglieder) als beengt gelten muß, wird noch einmal doppelt eng, wenn die Funktionen von Zimmern oder Wohnbereichen kulturell (realtiv) normiert sind. Die kulturelle Normierung aber gehört zu der Realität der Familien, die frau/man nicht einfach übergehen kann.

Die Größe und Anlage der Wohnungen im Verein mit dem subkulturell normierten Gebrauch, den die Familien meist von den Wohnungen machen, erlaubt in der Mehrzahl der Fälle nicht, daß die Wohnungen helfen, auftauchende Probleme besser angehen zu können; im Gegenteil, sie verschärfen die Probleme noch. Die meisten Familien unserer Untersuchung müssen unabhängig von der Wohnsitutation bereits außerordenliche Anstrengungen machen, damit sie materiell und psychisch 'funktionieren'. Wenn ein Baustein in diesem prekären System ausfällt, dann ist damit eine Katastrophe in Gang gesetzt. (Was passiert, wenn die Mutter außer Haus arbeiten gehen muß? Wenn jemand in der Familien krank wird? Wenn eine größere Anschaffung fällig ist? usw.) Die Funktion der Wohnverhältnisse in dem prekär balancierten System Familie soll im Folgenden deutlich gemacht werden.

H

Zunächst machen es die Wohnverhältnisse ungeheuer schwierig, auf die individuellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Familienmitglieder Rücksicht zu nehmen. Entsprechend kostet es außergewöhnliche Anstrengungen, wenn es doch geschehen soll. Die Wohnung gilt zwar als der Privatraum der Familie, aber die einzelnen Familienmitglieder haben kaum ihren individuellen Privatraum; am ehesten gibt es noch einen Platz für die Kinder, der für die Eltern tabu ist. aber weniger einen Platz für die Eltern, der für die Kinder tabu ist. Damit individuelle Bedürfnisse und Notwendigkeiten überhaupt zur Geltung kommen, muß die Familie häufig die Leistung eines Rangierbahnhofs übernehmen - als Form, den Alltag zu organisieren, kostet das Nerven! Z.B. müßten im Grunde alle Familienmitglieder. um sich nicht gegenseitig zu stören, nach einem gemeinsamen Fahrplan leben: Wenn eine/r schlafen möchte oder muß, müssen alle anderen ruhig sein. Wenn einer laut sein möchte oder muß, müssen alle anderen zumindest wach sein. So einen gemeinsamen Fahrplan aber gibt es selten oder überhaupt nicht. Die erwerbstätigen Familienmitglieder haben einen anderen Tagesablauf und andere Bedürfnisse als die nichterwerbstätigen; die Kinder einen anderen als die Erwachsenen. Einige Beispiele: Familie H.:

M: Montag früh ist es am schlimmsten. Finde mein Zeug nicht.

F: "Dann bin ich schon wieder auf 300. Wenn ich zur C. reingehe, wo der Schrank steht, dann ist die wach. Die geht dann am liebsten den G. aufwecken und dann ist schon die ganze Familie wach. Jetzt habe ich ihn wenigstens so weit, daß wir die Klamotten vorher herrichten." (...) "Wenn mein Mann ausdem Haus ist, sind meistens die Kinder auch schon munter. Ich wache furchtbar schlecht auf Bin in der frühe meitens grantig... Auf alle Fälle muß ich meistens noch zu den Kindern und sie beschwichtigen, sie sollen doch noch ein bißchen weiterschlafen. Aber wenn ich dann das fünfte Mal hintergelaufen, dann ist so etwas auch zuviel und ich stehe gern auf."

Das Arrangement der Familienmitglieder unter den Bedingungen zu kleiner Wohnungen wird noch viel komplizierter, wenn jemand in der Familie Schichtarbeit machen muß. Einen gemeinsamen Fahrplan kann es nicht geben; irgendwie müssen die Kinder ruhig gehalten werden, damit der Vater zu seinem Schlaf kommt. Das ist doppelt wichtig, da Spät- und Nachtschichten sowieso schon Zeiten großer nervlicher Anspannung sind. Herr Fr. kommentiert:

"In der Nachtschicht da werde ich meine Frau und meine Kinder wieder drangsalieren. Da geht's aber los, gell, ich möchte kein Sonnenlicht und kein Kindergeschrei, Nachtschicht, da bin ich immer wütend!" Frau Fr. sucht dann mit dem jüngsten Sohn, der noch nicht in den Kindergarten geht, nach einem Ausweg; das heißt buchstäblich nach einem Weg aus der Wohnung:

"Ja, wenn's schöns Wetter ist, dann geh ich halt ins Gartenhäusl nüber".

Und wenn es eben nicht Schönes Wetter ist, dann ist der Konflikt zwischen den Eheleuten fast schon vorprogrammiert:

M:"(...) Wenn ich sagen wir Spätschicht und, dann möcht ich in der früh ausschlafen. Dann wenns mir zu laut wird, oder wenn, sagen wir wenn der Ch. in die Schule geht, und der B. ist auch schon vor dem auf, dann laß ich einen Schrei los. Dann brüll ich wie ein Blöder brüll ich da. (...) Dann is o.k. (lacht). Dann ist Totenstille.

M: "Meine Frau, die hat Nerven wie Drahtseile." F: "Ja, die hat Nerven wie Drahtseile." (leise)

M:"Und bla bla bla bla, und dann ruhig, dann schreits

noch lauter, so geht's den ganzen Tag."
F: "Ja, ich muß ja sagen, die solln ruhig sein, damit du schlafen kannst."

Anders als für die Fr.s gibt es für die B.s noch nicht einmal ein Gartenhäuschen bei schönem Wetter:

F: "Ja, vormittags ist das schlimmste, da denk ich mir schon manchmal des schaff ich jetzt nimmer lang. Weil man weiß nicht, was man die Kinder den ganzen Vormittag... wie man die beschäftigen soll. Des ist manchmal schlimm. Du mußt so viel Ideen haben, daß sie sich in der Küche aufhalten können. Also ich habe schon ... (?) lassen, ich hab schon alles rausgefunden. Dann hab ich wieder drei Scheren hergerichtet, dann hab ich wieder jedes schneiden lassen. Das ist eben das, weil Kinder nicht lang was machen, gell. Also du mußt da eine jede halbe Stunde 20 Minuten mußt dir wieder was anderes einfallen lassen. Du kannst ja net sagen, jetzt bleibts hocken, des macht dir gleich gar keins (...)."

IF: Das ist schon eine sehr schwierige Situation.

F: "Ja, da fragst dich schon manchmal, wie langst das noch durchhälst.... Und ich muß ja kochen und auch noch des und des, wenn ich nicht kochen bräuchte vormittags, da wär ich doch mit drunten am Spielplatz, da würd mir des nix ausmachen. Aber er will ja ein Mittagessen auch. Und das kannst net (...)."

In der Familie H.; von der schon ausführlich die Rede war, gibt es eine Reihe von Problemen. Den Mann belastet z.B. die Situation am Arbeitsplatz. Das hat sich auf seinen Umgang mit den Kindern so ausgewirkt, daß er sie im wahrsten Sinne des Wortes 'ruhigstellen' wollte. In den Worten von Frau H.:

"Früher wollte mein Mann (die Kinder, L.G.), sogar schon

um sechs Uhr ins Bett bringen. Das geht nicht mehr. Die Kinder haben ihn einfach aufgeregt."

Die Kinder müssen also künstlich ruhig gehalten werden. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, daß in einer größeren Wohnung die Eltern gelassener mit den Kindern umgehen können. Der älteste Sohn der H's. ist ein sogenanntes eintwicklungsgestörtes Kind. Er braucht ungeheuer viel Bewegung und Auslauf, aber wo gibt es das in einer kleinen Wohnung? Frau H. möchte ihm gerecht werden, und leidet sehr darunter, daß sie es nicht kann. Sie schildert die Situation:

F: "Als Kind war ich furchtbar, wenigstens so temperamentmäßig. Furchtbar. Und ich denk, beim G., warum, warum hat er so viel von mir geerbt. Das stört mich oft so. Weil wer dann in der Wohnung auch — wenn du so beengst wohnst, da fehlt dann natürlich so viel, gell! Also furchtbar, und er entschuldigt sich dann 100 mal. Und dann macht er mich so wahnsinnig närrisch!"

Die Wochenenden wachsen sich häufig zu Familienkatastrophen aus — das Wochenende birgt die Hoffnung auf Gemeinsamkeit und Abwechslung und Erholung. Die Hoffnung aber zerrinnt, wenn, wie so häufig, das Geld für einen Ausflug fehlt und das Wetter schlecht ist — dann ist die Familie der Wohnung ausgeliefert, deren Enge das Miteinander zu Konflikt und Enttäuschung werden läßt. Die H's. stehen hier wieder für viele andere:

F: "Ich sag ja, es gibt schon Situationen, wo'st wirklich einfach nimmer weißt, wie du's lösen sollst. Grad den Kindern gegenüber, du willst ihnen ja gerecht werden! Und ich will ja keinen benachteiligen und das ist nicht immer leicht. Grad die Wochenenden, wo wir alle beieinand sind und dann, wenn wir nichts unternehmen können bei dem Wetter, das ist furchtbar. Was machst jetzt, wenn du nicht Baden gehen kannst? Ich sage Ihnen, das geht alles ins Geld, wir können doch nicht bloß vorm Haus sein!"

Und an einer anderen Stelle:

F: "(...) dann will ich einfach nicht, daß es hell wird. Dann will ich's dämmrig hier drinnen, die Sonne regt mich auf. Wenn die Sonne scheint und wir sind hier drinnen, das regt mich auf, dann muß ich's dämmrig machen. Mein Mann will da nichts unternehmen. Das letzte Geld, das kostet Benzin und wenn man dann wohin fährt, das kostet auch was. Dann bleiben wir daheim."

Den Kindern innerhalb der Wohnung gerecht zu werden ist doppelt schwer, wenn ihre Bedürfnisse so entgegengesetzte sind (oder zumindest von den Eltern so wahrgenommen werden) wie in dieser Familie. Frau H. kommentiert die Situation zwischen Tochter und ältestem Sohn:

"Er darf in ihr Zimmer nicht hinein. Das hat sie extra gekriegt, weil sie ganz andere Spielsachen hat, ganz andere Interessen wie Buben. Am Wochenende bei schlechtem Wetter, den ganzen Tag auf kleinem Raum! Die müssen sich ja auf die Nerven gehen!"

Die H's. haben versucht, etwas Abhilfe zu schaffen, indem sie die Tochter ganztägig in den Kindergarten gehen lassen. Aber diese Lösung ist auch keine, denn nun haben sie die begründete Sorge, daß die Kleine überfordert ist und der Grund für "Verhaltensstörungen" wie beim ältesten Kind gelegt wird. Manche Eltern, so auch die H's., schränken ihre eigenen Bedürfnisse nach Privatraum im Interesse der Kinder ein. Einige tauschen die sogenannten Kinder- und Elternschlafzimmer, um den Kindern mehr Platz zu geben. Aber diese Lösung hat bei den H's. auch nicht mehr ausgereicht. Die Eltern schlafen im Wohnzimmer, damit die drei Kinder die anderen beiden — kleinen — Räume zur Verfügung haben. Kollisionen zwischen Kinder- und Elternbedürfnissen sind unvermeidlich, denn das Wohnzimmer ist natürlich auch der notwendige Gemeinschaftsraum.

F: "Der Kleine (...) hat verstanden, daß das Wohnzimmer nicht ihm gehört, daß sie die Spielsachen wegräumen müssen, daß ihnen die Kinderzimmer gehören. Und ich hab ihm erklärt, daß wir die Räume den Kindern gegeben haben und daß wir so wenig Wohnraum haben, daß vorne keine Spielsachen drinnen sind. Wenn vielleicht einmal ein paar Bausteine auf dem Boden sind, müssen sie sie aufräumen, daß der Raum jetzt uns gehört. Zum Fernsehen können sie ihn gemeinsam benutzen, aber sonst ist es unser Raum. Und die Zimmer dahinten gehören ihnen. Das habe ich ihnen erklärt und das muß ich ihnen erklären. Ich kann nicht sagen, die ganze Wohnung gehört Euch, stellt sie auf den Kopf, das geht das einfach nicht. Freilich, im Fernsehen, da sagen sie wieder bei "Kinder, Kinder" und so Erziehungssachen, wenn man sich die Filme anschaut, da haben Eltern die Wohnzimmer ihren Kindern gegeben und die Schlafzimmer, damit sie sich austoben können, und den Balkon und die Küche auch noch. Ja, da möcht ich mal wissen, wie es da ehrlich zugeht. Da darf ich jedes Jahr eine neue Wohnungseinrichtung kaufen und die habe ich ehrlich nicht."

Die H's. versuchen also unter den gegebenen materiellen und kulturellen Bedingungen den unterschiedlichen Interessen dennoch gerecht zu werden. Sie tun das eigentlich auf bewundernswerte Weise, Daß aber z.B. die Beziehungen von Frau und Mann untereinander darunter leiden, wird in den Gesprächen mit uns zwar nicht deutlich ausgesprochen, muß aber als sehr wahrscheinlich gelten. Wie sind z.B. befriedigende intime Beziehungen zu erwarten, wenn die Frau auf der Wohnzimmercouch, der Mann auf einer Matratze schläft, die tagsüber zu einem Sitz zusammengeklappt wird? Dieselbe Frage muß bei der Familie P. stellen. Sie wohnen zu viert in einer kleinen 2-Zimmer-Wohnung. Der Mann muß morgens um vier Uhr aufstehen, die Frau und die beiden Kinder etwa um halb sieben. Das ist einer der Gründe, weshalb er im Wohnzimmer auf einem Klappbett und sie mit den beiden Kindern im Schlafzimmer schläft. Das heißt auch, in dieser Familie hat weder jemand einen richtigen Platz für sich, noch gibt es einen wirklichen Gemeinschaftsraum. Noch werden die Reibungsflächen dadurch gemindert, daß alle früh schlafen gehen - der Mann zwischen acht und neun Uhr, die Frau zwischen neun und zehn Uhr. Aber lange wird des eben nicht mehr gehen, weil der Sohn inzwischen 13 Jahre alt ist und dringend sein eigenes Zimmer braucht, wenn er nicht auf der Straße landen soll - ganz abgesehen von der Hypothek, die er aus den bisherigen Wohnverhältnissen aufgeladen bekommen hat, nämlich mit der Mutter im Ehebett zu schlafen

M: "Dann ist es natürlich schlecht, wenn ein Besuch kommt oder irgendjemand kommt und der muß sich ja buchstäblich ruhig verhalten, oder muß runter gehen nachher, weil er ja kein eigenes Zimmer hat. Er kommt rein und will Fernsehen schauen . . ."

F: "Eine Küche haben wir ja auch noch."

M: "Eine Küche haben wir auch, ja einen Kühlschrank aufmachen!" (Das ist das einzige, was er dort kann, L.G.)

Die bisherigen Beschreibungen sollten dokumentieren, wie sehr die bloße Alltagsroutine von den Wohnverhältnissen her für diese Gruppe der Familien oft zu einem problematischen und immer wieder Konflikt entzündenden Ablauf wird. Es ist leicht, sich auszumalen, wie in darüber hinausgehenden Belastungs- und Krisensituationen die Wohnungsverhältnisse dazu führen, solche Situationen noch mehr zu verschlimmern oder Lösungen zu blockieren. Herr P. z.B. hatte kurze Zeit nach unseren Gesprächen einen schweren Arbeitsunfall und mußte ihn monatelang zu Hause noch auskurieren (doppelter Beckenbruch). Die Wohnungssituation der Familie ist gerade beschrieben. Wie sollten die Bedürfnisse des Kranken und des Rests der Familie dort auf einen irgendwie annehmbaren Nenner zu bringen sein?

Ш

Für die Familien unserer Untersuchung ist es typisch, daß sie mit sehr wenig Hilfe und Unterstützung von außen rechnen können. In den wenigen Fäälen, wo sie im Prinzip auf eine solche Hilfe zurückgriefen können, macht die Wohnsituation solche Hilfe fast oder völlig unmöglich. In der Familie U. leidet die junge Frau unter monatelangen schweren Depressionen, die sie nur dann in Schach halten kann, wenn die Mutter zu Besuch kommt. Die Mutter aber müß auf dem engen Flur kampieren — langfristig gewiß eine unzumutbare Situation.

Frau Fr. ist in einem allgemeinen Erschöpfungszustand und bräuchte auch wegen eines angebrochenen Rückenwirbels dringend eine Kur. Jemand müßte in der Zeit ihre Familie versorgen. Sie könnte eine Familienpslegerein in Anspruch nehmen. Diese aber mäßte in der Zeit auch wirklich mit der Familie leben . . . und wo sollte sie schlasen? Etwa, so fragt Frau Fr., bei ihrem Mann im Ehebett?

Umgekehrt machen die beschränkten Wohnverhältnisse es den Familien selbst unmöglich, anderen, denen sie gern zu Hilfe kommen würden, auch wirklich zu helfen. So würde Frau H. gern ihre 14-jährige Schwester bei sich aufnehmen, um sie vor der Straße oder dem Heim zu bewahren. Aber die Eltern schlafen ja schon selbst im Wohnzimmer...

Um zusammenzufassen: Die Wohnverhältnisse selbst schaffen nicht die zentralen Problemlagen für die Familien, wirken aber kumulativ zu anderen und lähmen deren Bewältigung. So tragen für viele Familien die beengten Wohnverhältnisse entscheidend mit dazu bei, daß der Familienalltag sich nur unter ständiger Anspannung bewältigen läßt. Und zusätzlich zu all den Rückzugstendenzen, die diese Gruppe von Familien sowieso aufweist, katapultieren die Wohnverhältnisse die Familien noch einmal mehr aus einem sozialen Netz heraus, in dem sie von anderen Unterstützung erhalten und selbst andere unterstützen könnten.

Anmerkungen

Die Untersuchung "Erziehungsalltag in der Unterschicht — Problemsicht und Problemverarbeitung von sozial benachteiligten Familien mit kleinen Kindern" wird am Deutschen Jugendinstitut München von Klaus Wahl, Greta Tüllmann, Michael-Sebastian Honig und mir im Auftrag des BMJFG durchgeführt.

Die Zitate entstammen den Protokollen (Wort- oder inhaltsorientierte Protokolle) der Untersuchungsgespräche mit den Eltern. Die kursiv gesetzten Ausdrücke machen auf besondere

Gefühlslagen der Eltern aufmerksam.

Jin den Protokollen bezeichnen die Buchstaben F, M und I die Frau, den Mann und den (die) Interviewer(in). Andere Anfangsbuchstaben stehen für Eigennamen von Familienmitgliedern oder für Familiennamen. Gerrit Confurius: Zur Konzeption von Wohnumwelt und Gesundheit in Begriffen sozialen Handelns

Umweltbedingungen werden im Zusammenhang mit sozialen Strukturen erlebt. Abgesehen von naturwissenschaftlich-medizinisch nachweisbaren extremen Umweltbelastungen kann man daher nicht von einem direkten Einfluß von Umweltbedingungen auf die gesundheitliche Verfassung ausgehen. Auch nicht davon, daß das Individuum einzeln und passiv äußerlichen Einflußfaktoren ausgesetzt ist. Die Individuen müssen vielmehr als intentional handelnde Wesen anerkannt werden, die sich in permanenter Auseinandersetzung mit ihrer sozialen und räumlichen Umwelt befinden. Raumqualitäten werden gesundheitlich erst dadurch relevant, daß sie die im Rahmen der jeweiligen Interaktionsstrukturen zu lösenden Lebensprobleme derart anwachsen lassen, daß die Verarbeitungskapazitäten (soziale Kompetenzen und soziale Ressourcen) nicht mehr ausreichen.

Die dominanten Lebensprobleme werden am Arbeitsplatz geschaffen, und die Arbeitsverhältnisse bestimmen auch primär die Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Sie sind der Schlüssel für die soziale Stellung und das Selbstwertgefühl, Bedingung für die Konsumkrast und die Gesundheit. Als Inbegriff des "Reproduktionsbereichs" bietet aber das Wohnen die Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit durch die tägliche Reproduktion der Arbeitskraft und durch die emotionale Reproduktion im Familienleben. Für die Erfüllung dieser Funktionen ungünstige Wohnbedingungen können zur Überforderung im Arbeitsbereich beitragen und die Bewältigung der Probleme, die am Arbeitsplatz oder durch Arbeitslosigkeit entstehen, erschweren. Für nicht-berufstätige Frauen sind die Wohnung und die Wohnumwelt der Arbeitsplatz, und auch berufstätige Frauen sind gemäß dem Rollenbild weitgehend für die familiale Reproduktion verantwortlich. Für Kinder bedeutet die Wohnung die "Welt" überhaupt. Unabhängig vom Arbeitsplatz müssen sich die Wohnbedingungen auch messen lassen an einem Sollwert, der für einen positiven Gesundheitsbegriff bedeutsam ist, nämlich an der Möglichkeit, Erfahrungen des Zusammenlebens durch freie Verfügung über gebaute Umwelt machen zu können.

Um zu klären, auf welche Weise nun die Wohnumwelt den unterstellten Einfluß ausüben kann, wird von Seiten der soziologischen Handlungstheorie der Vorschlag gemacht, zum einen Gesundheit und Krankheit als Ergebnisse sozialer Prozesse der Lebensbewältigung zu verstehen. und zum andern die Interaktionsstrukturen der Bewohner in ihrer gruppenspezifischen und schichtspezifischen Ausprägung als Vermittlungs instanz zwischen baulichen Strukturen und Gesundheit zu berücksichtigen. Gesundheit und bauliche

Strukturen lassen sich so auf einundderselben analytischen Ebene ansiedeln, auf der sozialen Handelns. Von diesem Ansatz lassen sich mehrere Thesen ableiten:

- Über die Angemessenheit von Wohnungen und Wohnumwelt läßt sich nicht unabhängig von den gewohnten Interaktionsstrukturen der Bewohner entscheiden.
- Wohnumweltstrukturen und Interaktionsstrukturen fördern bzw. blokieren einander gegenseitig.
- Kinder können durch Wohnbedingungen, die den Interaktionsstrukturen der Familie nicht angemessen sind, um die Möglichkeit einer angstfreien und erfolgreichen Teilnahme an der familialen Interaktion und damit um sozialisatorische Entwicklungschancen gebracht werden.
- Sanierungsbedingte Umsetzung ist primär unter dem Gesichtspunkt der Zerstörung sozialer Beziehungsnetze zu problematisieren, an deren Aufbau die Betroffenen lange gearbeitet haben und die zu einer Art von "Besitz" geworden sind, der besonders für diejenigen von unschätzbarem Wert ist, für die er neben der eigenen Arbeitskraft der einzige Besitz ist.
- Bei der "Umsetzung" in eine Neubausiedlung ist zu fragen, wieweit deren Struktur einem Neuaufbau äquivalenter Beziehungsnetze entgegenkommt bzw. widersteht.
- Krankheitsverlauf und Genesungschancen sind abhängig von einer Kontinuität in den gewohnten Interaktionsstrukturen.

Die Organisation der Interaktionsstrukturen umfaßt außerdem die Interaktion zwischen Individuen und räumlich-dinglichen Gegebenheiten. Die Ausbildung der Fähigkeit, Raum körperlich in Besitz zu nehmen und affektiv zu besetzen, hängt ab von den Möglichkeiten der aktiven und explorativen, angstfreien Auseinandersetzung mit dem Raum. Nach Mitscherlich entsteht "Heimat" nur über die tätige Aneignung des vorher "Unheimlichen". Analog zur kognitiven, moralischen und sprachlichen Dimension von Bildungsprozessen und in Verschränkung mit ihnen läßt sich auch eine Entwicklungslogik von Stufen der Raumkompetenz annehmen, deren Defizite auch Einschränkungen der Interaktionsfähigkeit begründen. Daran lassen sich weitere Thesen anschließen:

- Die Entwicklung der Fähigkeit zur Aneignung und Gestaltung räumlicher Strukturen nach den eigenen Bedürfnissen spielt in der Persönlichkeitsentwicklung für die Ausbildung interaktiver Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen eine erhebliche Rolle.
- Den Bewohnern eines Hauses und eines Viertels müssen institutionell und architektonisch Möglichkeiten eingeräumt werden, sich aktiv mit den Strukturen ihrer Wohnungen und Wohnumwelt auseinanderzusetzen. Je weniger die Umwelt diese Aneignung zuläßt (durch Straßenverkehr, Nutzungsverbote, mietrechtliche Entmündi-

gungen, die Perfektheit des Beton), desto weniger kann sich soziales Leben in ihr entfalten und Eigenverantwortung für ihre Erhaltung entwickeln. Je spärlicher Raumstrukturen mit sozialen Beziehungsnetzen überzogen werden, desto segmentierter und undifferenzierter wird die Wohnumwelt als lebensweltlich-sinnhafter Bereich erlebt.

Zu einer bewohnbaren Lebenswelt wird ein Stück Umwelt erst dann, wenn man mit ihren Orten etwas verbinden kann: Erlebnisse, Begegnungen, veränderte Erfahrungen, auch von sich selbst. Wenn sie eine Geschichte bekommt, die mit der eigenen Biographie vermittelt ist, als Geschichte ihrer Aneignung, die man mit anderen Bewohnern teilt. Die Wohnumwelt bleibt aber sinnlose, undifferenzierte und bedrohliche Außenwelt, die man meiden möchte, wenn in ihr Handlungen nur als Programme ablaufen und kaum Anlaß für Unvorhergesehenes und Nicht-Programmgemäßes werden können. In ihrer Architekturkritik haben Berndt/Lorenzer/Horn aus den Trabantenstädten ein Planungskonzept herausgelesen, das an der möglichst reibungslosen Abwicklung isolierter Handlungsvollzüge interessiert ist.

In den sogenannten Trabantenstädten lassen sich wenig und nur sehr undifferenzierte Lebensbedürfnisse im Nahbereich der Wohnumwelt befriedigen. Im überschaubaren Umfeld der eigenen Wohnung ist so gut wie nichts vorhanden als wiederum Wohnungen und ihre Verbindungswege, endlose Flure und riesige Parkplätze. Kinder haben wenig Möglichkeiten zu spielen, keine Möglichkeit, Erwachsenen bei der Arbeit zuzusehen und sie in ihre Phantasie umzusetzen. Eltern haben über die Lifte hinweg keinen Sichtkontakt zu ihren Kindern, wenn diese die Wohnung verlassen möchten, und durch die kleinkarierten Grundrisse nicht einmal in der eigenen Wohnung. Die Alten, die "aus dem Produktionsprozeß ausgegliedert" sind, haben tatsächlich keine Betätigungsmöglichkeiten mehr, wie etwa Gärten, Reparaturen et, und sie haben auch nichts zu beobachten, wenn sie sich aus ihrem Fenster im 12. Stock lehnen. Der von H.P. Bahrdt und anderen als Bedingungung städtischer Öffentlichkeit emphatisch gepriesene "Markt" gibt bei allen ideologierkritischen Vorbehalten doch Hinweise auf Minimalbedingungen städtischen Lebens. Dazu gehören ein differenziertes Milieu, nicht nur eindimensionale und festgelegte Nutzung und Kristallisationspunkte sozialen Lebens. In Trabantenstädten sind Kneipen meistens leer. Die Möglichkeiten der Mitgestaltung der Wohnbedingungen sind auch bei gemeinnützigen Bauträgern gleich Null. Im Unterschied zu Altbauvierteln bieten sie auch keine nutzungsunspezifischen Räume oder Strukturen, die durch eine von der ursprünglichen Widmung abweichende Nutzung luxuriösen Charakter gewinnen.

Von den Aneignungsmöglichkeiten im Sinne der gewohnten Interaktionsstrukturen hängt ab, wieweit der Wohnraum subjektiv

auf die Privatwohnung beschränkt erlebt wird bzw. wieweit er Bereiche der Wohnum welt ein bezieht - als System konzentrischer Kreise mit abnehmender Vertrautheit oder als Netz vertrauter Wege mit Inseln sozialer Sicherheit. In jenen Trabantensiedlungen wird die gesellschaftlich ohnehin prämierte und sozialpolitisch erwünschte Atomisierung der Individuen und Kleinfamilien gleichsam zementiert. Betroffenheiten können kaum als gemeinsame Probleme erfahren und kommunikabel gemacht werden. In identitätskritischen Situationen erfahren sich die Einzelnen schnell auf sich selbst zurückgeworfen und müssen die Familie als Bollwerk gegen die Außenwelt emotional überstrapazieren. Ohne die Chance, in den persönlichen Problemen wie z.B. Arbeitslosigkeit oder Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder der Mietwohnung, vor Eheproblemen usw. das Gemeinsame zu erkennen und einen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation, der Wohnsituation und der psychischen Befindlichkeit zu sehen, können die Betreffenden sich kaum von Selbstzuschreibungen von Schuld und dem Gefühl persönlichen Versagens entlasten. Isolierung und Entfremdung suchen nicht selten blinden Ausdruck in Krankheitssymptomen. Alte Leute sterben hier bekanntlich schneller. Nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene zeigen Erscheinungen von "Hospitalisierung". Jugendlichen bleibt durch mangelnden Bewegungsraum häufig nur der Ausweg in die "gestaltende" Aktivität scheinbar "sinnlosen Vandalismus". Die Beschränkung der sinnhaften Besetzung des Raumes auf die eigene Privatwohnung zwingt ihre Bewohner zu aufwendigen Kompensationen dieses Mangels. Die kompensatorische ideologische Überfrachtung der Privatsphäre und emotionale Überforderung der Familie macht ihrerseits wiederum eine Neutralisierung der Abhängikeit untereinander und von der Wohnung notwendig. Die dabei relevante Abhängigkeit von Ressourcen zur Neutralisierung wie Freunde und Freizeitgestaltung an anderen Orten ist mit weiten Wegen und der Verfügung über Verkehrsmittel verbunden. Diese Abhängigkeit begründet wegen des hohen finanziellen und zeitlichen Aufwands wiederum ein prekäres Gleichgewicht, das durch Arbeitslosigkeit und finanzielle Engpässe extrem leicht bedrohbar ist. Solange dieses Gleichgewicht gewahrt ist, mag vielen die erzwungene Mobilität als Gewinn und Fähigkeit erscheinen. Störungen treffen sie entsprechend unvorbereitet. Diese Serie von Folgeproblemen inadäquater Verarbeitungsweisen konstituieren eine Art Wohn-Syndrom, das wegen des hohen Konsumaufwands das Bruttosozialprodukt zwar steigern hilft, für den Einzelnen aber vor allem mit Kosten und Risiken verbunden ist. Der Preis. den die Gesellschaft für das Verschenken der Wohnumwelt als sozialer Ressource zu zahlen hat, ist bei einer Orientierung am Bruttosozialprodukt nicht zu ermessen. Auch die "Wohnsoziologie" hat es

bisher nicht vermocht, hinter die erzwungene Zufriedenheit der Bewohnermit ihren Wohnbedingungen zu blicken. Die "Satisfaktionsforschung" erfährt eigentlich nichts anderes, als den Umstand, daß Menschen in der Lage sind, noch den unzumutbarsten Umständen einen gewissen Sinn abzugewinnen, daß sich niemand gern als "Betroffener" sieht und daß man sich gegen die mit der Erfahrung der tatsächlichen eigenen Ohnmacht verbundene narzißtische Kränkung vorbeugend abzusichern versteht. Eine hier weiterführende sozialpsychologische Verknüpfung von Verhaltensweisen und Abwehrmechanismen hätte die räumliche Dimension beider Momente stärker zu belichten. "Segmentierung" als Abwehrmechanismus könnte durch weitere ergänzt werden. Räumliche Strukturen der Wohnumwelt können angesehen werden als bei der Organisation sozialen Handelns intervenierende Variable. Wenn man soziales Handeln versteht als Resultante aus reaktiven Zwängen und sinnvoller Interaktion zwischen adaptiven Verhalten, bei dem man sich Strukturen vorgeben läßt, auf dem einen Ende einer Skala und "kommunikativem Handeln", das sich im Sinn von Habermas an gemeinsam als vernünftig anerkannten Normen orientiert. am anderen Ende, dann lassen sich Qualitäten der Wohnumwelt charakterisieren nach dem Maß, in dem sie soziales Handeln in der einen oder anderen Richtung verstärken. Sie provozieren entweder zweckrationales Handeln und die Reduktion auf zweckbestimmte Programme oder erweisen sich als Substrat von Spontanität, sozialen Verhaltensformen und von Prozessen der Konstitution kollektiver Identitäten wie Gruppen. Nachbarschaften etc. und in letzter Instanz der Gesellschaft.

Alexa Franke: Einige Überlegungen und Daten zu den Auswirkungen der Lage und Bauweise der Ruhr-Universität Bochum (RUB) und den Wohnbedingungen der Studenten auf die psychische Situation der Studierenden

Kurzbeschreibung der RUB

An der RUB studieren derzeit ca. 23,000 Studenten. Die Universität wurde vor 13 Jahren gegründet, sie liegt als Campus-Universität ca. 7 km außerhalb des Stadtkerns. Sie besteht aus 14 identisch aussehenden Hochhäusern und einem Zentralbereich mit Mensa, Universitätsbibliothek und Audi max. Die Universität war geplant als Standortuniversität für das Ruhrgebiet, und sie sollte insbesondere Kindern aus Arbeiterfamilien die Möglichkeit geben, zu studieren.

Gegenüber der Universität, das heißt nur durch eine Straße von ihr getrennt und über eine Brücke erreichbar, liegt das Wohngebiet

Querenburg/Hustadt, eine Neubauansiedlung für Studierende und Angehörige der Universität. Hier liegt auch die überwiegende Zahl der Studentenwohnheime.

Wir führten im WS 1975/76 eine Fragebogenuntersuchung bei insgesamt 1.000 Studenten durch, mit der wir Zusammenhänge untersuchen wollten zwischen verschiedenen Faktoren des Lebens und Studierens an der RUB und der psychischen Situation. Ausgangspunkt zur Planung einer solchen Untersuchung waren

- Statistiken der Beratungsstelle der Universität, nach denen die Zahl der Ratsuchenden mit allen Arten von psychischen Störungen ständig anwächst. (Im Jahre 1978 nahmen insgesamt 11.511 Personen Kontakt mit der Stelle auf; in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle handelte es sich lediglich um Informationsvermittlung, in 515 Fällen jedoch fand eine Therapie statt.)
- eine Untersuchung von Sorgatz & Sorgatz (1977), in der sich gezeigt hatte, daß bei Studenten, die sich an die Beratungsstelle wenden, hohe korrelative Zusammenhänge bestehen zwischen Leistungsproblematik und sogenannter "persönlicher Problematik" auf der einen und Kontaktproblemen während des täglichen Aufenthaltes an der Uni auf der anderen Seite.
- den alarmierenden Zahlen über Suizide und Suizidversuche an der RUB (leider besteht derzeit keine auch nur annährend exakte Aufstellung der tatsächlichen Suizidrate; eine vom Rektorat der Universität zu diesem Zweck eingesetzte Fachkommission scheiterte, da die notwendigen Informationen von städtischen und polizeilichen Behörden nicht erhältlich waren.)

RUB und Hustadt unter städtebaulichen Aspekten

Laut Spille (1975) gibt es drei Hauptsünden heutiger Stadtplanung, die eine Therapiebedürftigkeit geradezu produzieren:

- 1. "Homogenisierung der Stadtteile", das heißt Besiedlung einer Stadtregion mit vorwiegend einer Sozialschicht. Spille spricht vom "Insulaner-Dasein", das zu einer Verarmung der sozialen Anregungen und zur gesellschaftlichen Isolation führt.
- 2. "Funktionalisierung des Städtebaus", das heißt eine einseitige Unterordnung des Städtebaus unter die Interessen der Industrieansiedlung und des Straßenbaus. So entstehen Quartiere, in denen es Schulkinder gibt, aber keine Schulen, und Käufer, aber kein Kleingewerbe und ähnliches.
- 3. "Produktion von baulichen Endprodukten", die, was ihre Wahrnehmung angeht, redundant und, was ihre Besitzergreifung angeht, unveränderbar sind (es sei denn durch Totalabriß).

Ich werde im folgenden zeigen, wodurch bei der RUB und Hustadt diese drei Sünden begangen worden sind:

Homogenisierung:

Diese ist bei einer Campus-Universität notwendigerweise gegeben, da der Campus selbst ausschließlich von Mitgliedern und Angestellten der Universität bevölkert wird. Gleiches gilt für die Hustadt: Sie wurde explizit als Wohnstadt für Universitätsangehörige — die dort auch einen Mietzuschuß aus Landesmitteln erhalten — errichtet. Bei Studentenwohnheimen erübrigt es sich nahezu, auf diesen Punkt einzugehen: Hier ist die Wohnberechtigung an die Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe Student direkt gekoppelt.

Funktionalisierung:

Sie zeigt sich bereits im Standort der RUB. Als solcher kam im Ruhrgebiet nur ein großes freies Gelände in Betracht, da wegen der Dichte der Besiedlung und der Festschreibung der Funktionen in der Region eine Integration in das vorhandene Sozialgefüge nicht möglich war.

Für den Campus selbst wurde die Bauform gewählt, die für den Betrieb "Wissenschaft" bzw. "Universität" am funktionellsten ist: Ästhetische und kommunikative Aspekte wurden eindeutig hintangestellt. So entstanden Gebäude, die a) alle gleich aussehen und in denen, b) die Funktionen sämtlicher Räume klar definiert sind. Hörsäle, Seminarräume, Arbeitsgruppenräume, Bibliotheken, Büroräume. Je nach den spezifischen Bedürfnissen einzelner Wissenschaftsbereiche gibt es zusätzliche Räume, die jedoch ebenfalls rein funktionsgebunden sind und die im Prinzip dem gleichen Bauraster unterliegen.

Der Standort der Hustadt weist ihr direkt ihre Funktion zu: Sie ist Schlafstadt für die Universitätsangehörigen. Auch hier ist die überwiegende Wohnform das Hochhaus, die Bebäude sind im Prinzip mit den Universitätsgebäuden austauschbar. Sie unterscheiden sich vornehmlich dadurch, daß die Räume der Universität den Funktionsbereich "Wissenschaft", die Räume in den Hustadtgebäuden den Funktionsbereich "Wohnen/Schlafen" abbilden. In bezug auf die Studentenwohnheime ist der Zusammenhang auch hier evident.

Produktion von baulichen Endprodukten:

Die RUB wurde in Fertigbauweise errichtet, alle Räume sind einschließlich der Möblierung uniform und austauschbar. Veränderung ist allein möglich durch Farbe, die allerdings auch dann nicht über die Struktur des Gebäudes hinwegsehen hilft. Da die Wände aus unverputztem Mauerwerk bestehen, ist die Backsteinarchitektur auch

bei Farbanstrich noch sichtbar und überlagert die Farbe. Eigene Möblierung ist wegen Feuergefahr untersagt.

Wenig veränderbar sind auch die Wohnbereiche in der Hustadt, was besonders in den Wohnheimen deutlich wird. Die Wohneinheiten sind völlig identisch aufgeteilt und eingerichtet, Bauelemente wie Einbauschränke, Einbauregale, Einbauküche lassen keine Veränderung zu. Und selbst die sogenannten Naßzellen bestehen aus Plastikendprodukten, in denen jeder Kleiderhaken seinen angestammten Platz hat.

Einige Untersuchungsergebnisse

Wir gingen bei unserer Untersuchung nicht davon aus, daß psychische Störungen deterministisch durch die Wohnsituation bedingt sind. Unseres Erachtens kommt vielmehr der Architektur und Wohnumwelt in dem komplexen Bedingungsgefüge von Wohnen und Psyche eine Kanalisierungsfunktion zu, die psychische und soziale Vorgäge fördern oder abschwächen kann. Oder, wie von Vertretern der "environment psychology" angenommen wird, es ist nicht die physikalische Umwelt allein, die ein bestimmtes Verhalten schafft, sondern das Verhalten basiert auf dem Zusammenspiel dieser physikalischen Umwelt und ihrem subjektiven Erleben durch den einzelnen Betroffenen. Dabei allerdings strukturiert die physikalische Umwelt bereits in gewisser Weise bestimmte Verhaltens- und Erlebensweisen vor, was wir jederzeit eindrücklich zum Beispiel im Wartezimmer eines Arztes beobachten können. (Vgl. Herlyn 1970; Lantermann 1974; Proshansky 1970)

Diesen Grundannahm en folgend, wurden sowohl Variablen der objektiven Wohnqualität (z.B. Ausstattung, Lage, Belagsdichte) wie auch der subjektiven Verarbeitung (Wohnzufriedenheit) erhoben und simultan verrechnet. Eine eingehende Darstellung der Methodik würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen: Grob gesagt, wurden 13 faktorenanalytisch gewonnene psychische Dimensionen in Zusammenhang gesetzt mit dem sogenannten "Wohnqualitätsindex" und dem "Wohnzufriedenheitsindex". Der Wohnqualitätsindex war aus zehn Einzelvariablen zusammengefaßt. Der Wohnzufriedenheitsindex wurde aus zwei Komponenten errechnet: zum einen aus der Inkongruenz zwischen tatsächlicher Wohnart, Wohngegend, Entfernung zur Uni; zum anderen aus der direkt geäußerten Zufriedenheit mit der Wohnung, Insgesamt gingen in die Verrechnung des Wohnzufriedenheitsindex 29 Variablen ein. Die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Maßen wurden mit Hilfe der Konfigurationsfrequenzanalyse und Linkage-Analyse berechnet. Da die Untersuchungsergebnisse sehr vielfältig und komplex waren, sollen hier nur einige Trends aufgezeigt werden.

Aufgeschlüsselt nach den Wohngebieten, wohnten 54% der untersuchten Studenten in anderen Ruhrgebietsstädten, 19% in der Innenstadtvon Bochum, 17% in der Hustadt und 8% in ländlichen Bezirken. Die Wünsche in bezug auf das Wohngebiet wiesen eine deutlich andere Verteilung auf: In anderen Ruhrgebietsstädten wollen 44% leben, in der Innenstadt 15%, im Unicenter 8% und in ländlichen Bezirken 32%. Dennoch war das direkt geäußerte Ausmaß an Zufriedenheit mit der Wohnsituation erstaunlich hoch: 34% waren "sehr". 44% "ziemlich" zufrieden.

Dem starken Wunsch nach Wohnen im ländlichen Gebiet steht — gleichsam als Rechtfertigung dafür, daß es sich hier nicht nur um Städters Traum handelt — gegenüber, daß deutlich geringere Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychischen Problembereichen und dieser Wohngegend festgestellt wurden. Das Ergebnis muß allerdings wegen der geringen Besetzung der Kategorie "Wohnen auf dem Lande" sehr vorläufig interpretiert werden.

Nicht bestätigt wurde die Annahme, daß das Insulanerleben in der Hustadt zu einem besonders hohen Ausmaß an psychischen Störungen führt. In bezug auf die Wohnart sind folgende Ergebnisse aufschlußreich:

Die Wohnzufriedenheit ist am geringsten bei Wohnheimbewohnern, am höchsten bei Studenten, die allein oder mit Partner in einer eignen Wohnung leben. Bei den in der eigenen Wohnung lebenden Studenten zeigte sich insgesamt auch ein deutlich geringeres Ausmaß an psychischen Problemen. Dies ist sicherlich nicht allein darauf zurückzuführen, daß Wohnen in der eigenen Wohnung ein größeres Maß an Individualität erlaubt, das Ergebnis sollte aber doch als wichtiges Indiz gewertet werden. Bei Bewohnern von Wohnheimen zeigten sich insbesondere signifikant höhere Selbstbehauptungsschwierigkeiten und psychosomatische Störungen. Demgegenüber wiesen Bewohner von Wohngemeinschaften signifikant höhere Ausmaße an Neurotizismus. Unzufriedenheit mit sich selbst. Kontaktstörungen. Selbstbehauptungsschwierigkeiten und sexuellen Problemen auf. Auch dieses Ergebnis kann vorläufig nichteindeutig erklärt werden, es ist jedoch durchaus denkbar, daß Studenten in Wohngemeinschaften durch die größere Möglichkeit zu Kontakten und intensiven persönlichen Gesprächen in stärkerem Maße für die eigene psychische Situation sensibilisiert sind.

In bezug auf die Kontakte waren die Ergebnisse insgesamt überraschend: 35% der Befragten hatten keinen, 22% "kaum" Kontakte zu anderen Mietern. Es bestand jedoch auch offenbar nicht der Wunsch, solche Kontakte zu intensivieren: 58% aller Befragten äußerten kein Interesse an mehr Mieterkontakt, nur 15% kreuzten die Kategorie "ja" an. Darüber hinaus konnten wir weder feststellen, daß intensive Mieterkontakte den Zusammenhang zwischen hoher

Wohnqualität, hoher Wohnzufriedenheit und niedrigem Ausmaß an psychischer Symptomatik verstärkten, noch, daß überhaupt Zusammenhänge bestehen zwischen Mieterkontakten. Wohnqualität und Wohnzufriedenheit.

Insgesamt unterstützten unsere Ergebnisse auch in ihrer Vorläufigkeit weitgehend die Grundannahmen der environment psychology: Während die Ergebnisse in bezug auf Zusammenhänge zwischen den untersuchten Wohnqualitätsvariablen und psychische Störungen wenig ergiebig und zum Teil auch widersprüchlich waren, ergab sich eine Reihe klarer und plausibler Zusammenhänge zwischen Wohnindex und psychischen Störungen bei gleichzeitiger Betrachtung der Variablen Wohnzufriedenheit. Es zeigten sich niedrige Ausprägungen diverser Symptomkombinationen bei hoher Wohnqualität und hoher Wohnzufriedenheit; war die Wohnqualität niedrig und wurde sie auch als niedrig erlebt, so ergaben sich hohe Ausprägungen an psychischer Symptomatik, Hohe Wohnqualität, die nicht als solche wahrgenommen wurde, ging demgegenüber nicht mit einem guten psychischen Befinden einher (ähnliche Ergebnisse s. bei Korte 1971). Die Ghettosituation jedenfalls in der Hustadt allein wirkt sich nicht sehr destruktiv aus - zumindest nicht destruktiver als die zwei "alternativen" Wohnformen, in denen die meisten anderen Studenten leben:

- soziale Isolation in der Innenstadt (Studenten in der Innenstadt hatten das geringste Ausmaß an Mieterkontakten).

- soziale Isolation gegenüber den Mitstudenten bei gewisser Integration in den häuslichen Bekannten- und Familienkreis bei Wohnen außerhalb Bochums

Anmerkungen

Herlyn, U.: Wohnen im Hochhaus - Eine empirische Studie an ausgewählten Hochhäusern der Städte München, Stuttgart, Hamburg und Wolfsburg. Stuttgart 1970

Korte, H.: Soziologie der Stadt. München 1974

Proshansky, H.M. & Ittelson, W.H.: Environment Psychology: Man and his physical setting. New York 1970
Sorgatz, G. & Sorgatz, H.: Entwicklung einer Exploarationshilfe für

studentische Beratungsstellen. Ztschr. Exp. Angew. Psychol., 1977, 42, S. 97-106

Studienbüro der Ruhr-Universität Bochum, 11. Tätigkeitsbericht. Bochum, 1978 Spille, R.: Mieter planen mit. Frankfurt 1975

Wunder, M.: Die Wohnsituation der RUB-Studenten und ihre psychischen Folgen. Diplomarbeit Bochum, 1977

Marianne Rodenstein, Gerrit Confurius, Marianne Heinemann, Helmut Holzmüller: Protokoll

Der relativ weite Problembereich, der in diesem Arbeitskreis angesprochen war, wurde bereits in der Vorbereitungsphase eingeengt. Der Reproduktionsbereich sollte nicht — wie es auch denkbar gewessen wäre- unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Versorgung, sondern als Verursachungsbereich von Gesundheitsgefährdungen bzw. Krankheiten diskutiert werden, wobei sich alle Beiträge auf das Thema Wohnen und Gesundheit beziehen sollten.

Bei den Arbeitskreisteilnehmern bestand übereinstimmend die Auffassung, daß Wohnbedingungen nicht per se Gesundheitsschädigungen bzw. Krankheiten hervorrufen, wie dies manche Untersuchungen aus dem Bereich der Wohnmedizin suggerieren, wenn etwa die Stockwerkshöhen ähnlich wie biologische oder chemische Noxen behandelt werden und ein direkter Zusammenhang zwischen Stockwerkshöhe und physischen oder psychischen Erkrankungen hergestellt wird. Es wurde daher als Aufgabe des Arbeitskreises ange-sehen, sich näher mit den vermittelnden Prozessen zu befassen, über die Wohnbedingungen erst gesundheitsrelevant werden.

Im Zusammenhang mit den einzelnen Beiträgen wurden neben der Frage der Untersuchung des Zusammenhangs von Wohnen und Gesundheit auch die Frage der Primärprävention auf diesem Gebiet angesprochen. Der Arbeitskreis kam dabei zu folgenden Ergebnissen:

- 1. Der Zusammenhang von Wohnen und Gesundheit muß bei dem derzeitigen Wissensstand mit qualitativen Untersuchungsmethoden bearbeitet werden.
- 2. Diese Forschung muß sich auf jeweils spezifische Lebenslagen beziehen, denn Wohnbedingungen sind nicht per se, sondern nur vor dem Hintergrund lebenslagenspezifischer Probleme und Bewältigungsmöglichkeiten in ihrer Gesundheitsrelevanz zu erkennen.
- 3. Die spezifischen Fragestellungen für Untersuchungen, die der Entwicklung von Primärpräventionsmaßnahmen dienen, könnten aus der praktischen Erfahrung der Beratungsstellen in den Stadtteilen gewonnen werden, wenn sich dort das Interesse auch auf die Lebenswelt der Klientel erstreckt.
- 4. Ergebnisse solcher Forschungen müßten einerseits an die Betroffenen zurückvermittelt werden, um Selbsthilfeaktivitäten in Gang zu setzen; andererseits sollten sie auch in die Ausbildung von Planern und Architekten eingehen.
- 5. Ein aktuelles Problem, für das unter der Perspektive der Verhinderung von Gesundheitsgefährdungen dringend neue Lösungen gefunden werden müssen, ist die derzeitige Praxis der Sanierung, die die Veränderung von Wohnbedingungen und damit meist auch der sozialen Lebenswelt zur Folge hat.

Schwerpunkt V: Forschungspolitik und Gesundheitsaufklärung in Dienste der Betroffenen

Arbeitsgruppe V B: Analyse der Forschungsprogramme der Bundesministerien für Jugend, Familie und Gesundheit und für Forschung und Technologie und die Strategien staatlicher Gesundheitspolitik

Volker Ronge: Zur Funktion von Gesundheitsforschungspolitik

I

Der Staat in einer kapitalistischen Gesellschaft¹ handelt vorwiegend substitutiv und reaktiv; er tendiert dazu, inaktiv zu bleiben, weil Aktivität allzu oft fiskalische und legitimatorische Kosten, häufig in vorweg unabsehbarer Höhe, hat, Entsprechend bedarf es schon massiven Anstoßes, um den Staat zum Handeln-oder zur Veränderung seines eingefahrenen Handelns-zu bewegen. Staatliche Aktivität beginnt regelmäßig "kurz vor zwölf", d.h., sachlich gesehen, erst bei eingetretener Krise. Sie bezweckt dann die Behebung der Krise. stellt Krisenmanagement dar. Das Krisenmanagement erhält seine Bedingungen durch die Spezifik der ihm vorgebenen Krise sowie dadurch, daß der Staat einer kapitalistischen Gesellschaft als Träger des Krisenmanagements weder mehr tun kann noch will, als die vorliegende Krise zu "beheben" - wobei unter "beheben" auch das Verschieben von Problemen in andere Lebensbereiche oder das Abschieben in die Latenz zu verstehen ist (beides kann sogar fast als die Regel angesehen werden). Schließlich wird die staatliche Handlungslogik nicht allein durch Problem-, sondern auch durch Selbstbezug, d.h. durch interne und externe Stabilisierungs-sowie Legitimationserfordernisse, bestimmt.

Ich stelle diese allgemeine Charakteristik des kapitalistischen Staates, die Andeutung seiner Funktion, seiner Handlungsrationalität, seiner Handlungsmöglichkeiten, thetisch an den Anfang, weil jeder Entwurf von Handlungsstrategien, welche den Staat beteiligen, funktionalisieren oder tangieren, diese allgemeinen Bedingungen staatlicher Aktivität zu berücksichtigen hat, will er realistisch sein.

Weder soll damit behauptet werden, daß sich historisch nichts "bewegt", noch daß es sinnlos wäre, im Hinblick auf die ohnehin erfolgende "Bewegung" reformpolitische Forderungen zu artikulieren und diese an (ebenfalls keineswegs geleugnete) reformpolitische Initiativen von gesellschaftlichen "Kräften" oder zumindest an den guten Willen von Politikern und Administratoren anzuknüpfen. Es

sei nur eindringlich davor gewarnt, Forderungen losgelöst davon zu formulieren und zu erheben, daß jede einzelne "policy", also auch Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschungspolitik, ihre Bedingungen durch die Staatstätigkeit insgesamt — also die Funktionen des Staates, seine Kompetenzen, seine Ressourcen, seine Kapazitäten, seine Handlungslogik (jeweils in ihren Möglichkeiten und Grenzen) — gesetzt bekommt.

H

Ich habe hier nicht zur Gesundheitspolitik insgesamt, sondern speziell zur Gesundheitsforschungspolitik zu sprechen. Das Bedingungsgefüge, das sich schon der Gesundheitspolitik mitteilt, wird damit noch weiter verengt. Wir müssen nun nämlich spezielle Funktionen, Kompetenzen, Ressourcen und Rationalität der Forschungspolitik—in einem strengen, wohl überlegten Sinne—"berücksichtigen"².

Das Selbstverständnis dieser Arbeitsgruppe wird durch die Vorstellung — weicher formuliert: die Hypothese — einer "zunehmenden staatlichen Organisierung der Forschungspolitik im Gesundheitsbereich" zum Zwecke "aktiver sozial- und gesundheits-

her Interventionen" geprägt. Ich möchte zu diesem Selbst-

Fixpotalese, daß wir zur Zeit eine zunehmende staatliche graatserung der Forschungspolitik im Gesundheitsbereich "erle", erscheint mir zweifelhaft. Sie wird abgeleitet daraus, daß in gster Zeit im Bereich von Forschung und Administration überaupt und erstmalig von Gesundheitsforschungspolitik die Rede ist und auf dieses Thema bezogen eine Reihe politischer Außerungen erfolgt sind, in deren Kern das "Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981" steht, welches 1978 publiziert wurde und in einem "Diskussionsentwurf" von 1976 einen Vorläufer hatte.

Statt aber von einem derartigen politischen Programm stracks auf die soziale Realität zu schließen, muß man zunächst fragen, welche Funktion ein Program in der Politik hat. Man sieht einem Programm leider nicht unmittelbar an, ob es

- zukünftiges Handeln "programmiert", d.h. Steuerungsfunktion hat, oder

- Aktivität nur suggeriert, d.h. Legitimationsfunktion hat.

Wir sind als Sozialwissenschaftler in der unangenehmen Lage, daß wir politische Programme in der Regel nicht an von diesen selbst unabhängigen empirischen Informationen messen Können. Was wir über die Politik wissen, erfahren wir allein oder doch vorwiegend von dieser. Weil wir aber generell wissen, daß Politik nicht nur aus problembezogenem Handeln besteht, sondern auch aus dessen Legitimation³ — die auch noch und gerade Inaktivität "abdecken" muß

-, sollten wir gegenüber den Informationen, insbesondere Selbstdefinitionen, aus politischen Programmen skeptisch sein.

Wir erleben seit Ende der sechziger Jahre in der BRD in allen Politikbereichen eine Programmflut. Es gibt nahezu keinen Politikbereich mehr, für den inzwischen nicht die gesetzliche Verpflichtung besteht, regelmäßig Berichte und Programme zu erstellen und zu publizieren. Über alle möglichen Probleme werden heute Enqueten angefertigt. Eine ganze Reihe von Problemen oder Sozialsektoren unterliegt einer institutionalisierten Dauerbeobachtung und berichterstattung. Aus dieser Berichts- und Programmflut folgt aber mitnichten eine entsprechende Vermehrung oder Verdichtung an politischer Aktivität. Fast ist die gegenteilige Vermutung plausibel: Berichts- und Programmflut kaschieren verminderte Aktivität³⁸ — wobei hinter der Aktivitätsverminderung selbstverständlich bewegende Kräfte, darunter nicht zuletzt auch Mittelknappheit, stehen.

Für die Forschungspolitik insgesamt scheint mir jedenfalls die These nicht abwegig zu sein, daß zunehmendes Ausmaß und zunehmende Differenzierung der Problematik nicht die Begleiterscheinung vermehrter und differenzierter Politikanstrengungen bilden, sondern eher im umgekehrten Verhältnis dazu stehen. Ich nehme an, daß dies für die Gesundheitsforschung nicht nur ebenso, sondern sogar im besonderen Maße, gilt.

2. Ich habe eingangs behauptet, staatliches Handeln sei nichts als "Krisenmanagement". Darin liegt gar keine negative Bewertung. Denn ebenso wie die Krise "produktiv" wirken und ausgehen kann, so Kar n Krisenmanagement Fortschritt bringen, Reform darstellen. Dies zu betonen ist wichtig gegen die verbreitete Vorstellung, daßman zwischen reaktiver und progressiver Politik analytisch differenzieren könne: Reaktives Handeln kann durchaus in der Sache progressiv sein. Und da ich hinsichtlich des Staates im Kapitalismus von geradezu struktureller Reaktivität ausgehe, kann ich mir inhaltliche Progressivität überhaupt nur als einen von mehreren — nämlich den positiv zu bewertenden —, mittels Krisenmanagement (und mithilfe weiterer sozialer "Kräfte") zustandegebrachten, Ausgang aus der Krise vorstellen.

Mit diesem der Staatstheorie entstammenden Hinweis auf staatliche Reaktivität möchte ich auch einer — wohl aus einer problematischen organisationstheoretischen Analogie resultierenden — Fehlinterpretation vorbeugen: Wenn hinter neuformulierter Gesundheitspolitik und dem Beginn von Gesundheitsforschungspolitik der Zweck "aktiver sozial- und gesundheitspolitischer Interventionen" vermutet wird, so darf das nicht so verstanden werden, als wären die politischen Instanzen interventionistisch aus Passion. Reform- oder reaktionspolitischer Überschwang politischer Agenturen bildet, so weit ich sehe, eine seltene historische Ausnahme. 4

Wenn die Politik sich des Gesundheitswesens annimmt, wenn tatsächlich zu diesem Zweck spezielle Forschungsförderung anläuft, dann liegen vielmehr mit Sicherheit krisenhafte Probleme schon zutage.

Man braucht diese Probleme ja auch nicht mit der Lupe zu suchen. Freilich ergibt sich aus der Problemflut noch keineswegs, welche Probleme die politischen Instanzen speziell perzipieren und anvisieren. Um deren wirklich gemeinte Probleme — aus einer Sammlung aller möglichen Probleme, mit welcher die Politik legitimationswirksam ihr Problembewußtsein zu demonstrieren versucht — herauszufiltern, ist die erwähnte Idee einer Aktivitätshemmung des Staates⁵ hilfreich.

Wie die privat-kapitalistische Ökonomie, so stellt sich nämlich auch das Gesundheitswesen zunächst als relativ autonomer, selbstregulierter Sozialbereich dar, als, mit anderen Worten, vor-staatlich. Die für das Gesundheitswesen typische Versicherungsstruktur ist ja nicht-staatlicher, privatrechtlicher Natur. Aus der Perspektive des aktivitätsgehemmten Staates sind nicht Krisenphänomene im Gesundheitswesen interessant, sondern nur, oder doch vorwiegend, solche des Gesundheitswesens—und, d.h., Probleme der Selbststeuerung der Gesamtsphäre. Das Krisenmanagement des Staates, inklusive entsprechender Forschungspolitik, wird sich deshalb folgerichtig vorwiegend auf diese Selbststeuerung richten und versuchen, sie wieder herzustellen. 6

Liest man mit dieser Hypothese das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesriegerung, so muß von den darin gleichgewichtig genannten drei großen Forschungs- und Forschungsförderungsfeldern, nämlich

- der Gesundheitsforschung
- der Krankheitsforschung und
- der Strukturforschung,

das letzte als das zentrale erscheinen. Strukturforschung ist, in der offiziellen Formulierung, "Forschung zur strukturellen Verbesserung des Gesundheitswesens". Mit Hilfe dieser Forschung geht es um die Refunktionalisierung derjenigen (erschütterten) Strukturen, die für die Selbstregulierung des Gesundheitswesens (oder -systems) sorgen, damit der Staat sich aus diesem sozialen Bereich möglichst schnell wieder zurückziehen kann, der ihm, bei Dauerregulierung, nur ungewollte Kosten und Legitimationslasten aufbürden würde. Um welche Probleme im einzelnen es bei der Strukturforschung für das Gesundheitswesen geht, bezeichnet das entsprechende Förderungsprogramm mehr oder minder deutlich:

[&]quot;— der starke Kostenanstieg und die damit verbundene volkswirtschaftliche Belastung.

⁻ unzulängliche Zusammenarbeit und unzweckmäßige Auf-

gabenverteilung in verschiedenen Bereichen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

- organisatorische Mängel und unrationelle Betriebsabläufe

in den Versorgungseinrichtungen,
— eine unzureichende Umsetzung des Fortschritts in Medizin und Technik in die Praxis der gesundheitlichen Versorgung. ein nicht bedarfsgerechtes Lesitungsangebot.

Auch die ins Auge gefaßten konkreten Forschungsfelder des Bundes-Gesundheitsforschungsprogrammes sind aufschlußreich. Es handelt sich dahei um:

"1. Forschung zur Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitseinrichtungen

2. Forschung zur Organisation und Funktionserfüllung der gesetzlichen Krankenversicherung 3. Forschung zur Planung der Versorgungsstrukturen im Ge-

sundheitswesen

4. Forschung zur Verbesserung des gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumentariums"

Die gesundheitsforschungspolitische Perspektive ist demnach genau dieselbe, die schon zuvor in der Gesundheitspolitik zu einer Reihe von Strukturgesetzen für das Gesundheitswesen (Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz) sowie zur - das Entlastungsinteresse des Staates klar ausdrückenden - Institutionalisierung einer Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (§405a RVO) geführt hat.

Bundeskanzler Schmidt hat m.E. keine Verschleierung andersartiger Absichten der Bundesregierung betrieben, als er noch kurz vor der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes die Selbstverwaltung der Krankenkassen sowie die autonome Aushandlung von Preisen und Leistungen zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden in den Vordergrund hob:

"... abwegig ist der Vorwurf, dieses Kostendämpfungsgesetz bringe eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Das Gegenteil davon ist wahr; denn das Gesetz will, daß die Beteiligten in sehr weitgehender Selbstverantwortung die einzelnen Probleme lösen, weil sie dazu nach unserer Auffassung sehr viel besser in der Lage sind, als irgendeine staatliche Ministerialbürokratie..."

Ш

Ich möchte hieran die vielleicht ketzerische Bemerkung anschließen, daß m.E. diese nicht einfach als "betriebswirtschaftlich" charakterisierbare Reorganisation des Gesundheitswesens mit staatlicher Hilfe, für die der Staat seinerseits auch auf wissenschaftliche Beratung zurückgreift, sprich: Forschungsförderungsmittel einsetzt, sowohl ein legitimer wie, was die Finanzen angeht, überfälliger Zweck ist. Die Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel hatte in ihrem Schlußbericht völlig zu Recht konstatiert:

"Die Anforderungen, die sich aus dem Ziel der umfassenden Gesundheitssicherung ergeben, können nur im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten erfüllt werden. Hierzu ist festzustellen, daß bereits jetzt die finanzielle Belastung durch Gesundheitsleistungen ein erhebliches Ausmaß erreicht hat." 10

Mir kommt es hier nur darauf an, daraus die Mahnung abzuleiten, sich auch Gedanken über die Legitimität und Erforderlichkeit eines organisatorisch wie kostenmäßig "rationalen" Gesundheitswesens zu machen. Es wäre fatal, wenn die auf dieser Tagung erhobenen Postulate inhaltlich-medizinischer Natur die erwähnten institutionellen, "politik-logischen" und fiskalischen Rahmenbedingungen einfach ignorieren würden. Diese sind jedenfalls zu berücksichtigen; wenn man sie dennoch zwar nicht ignoriert, aber doch überwinden möchte, dann darf das weder pauschal geschehen, noch darf es unbegründet bleiben.

"Kein Bereich der Gesellschaft, auch nicht das Gesundheitswesen, darf sich verselbständigen und seine Kosten autonom festsetzen wollen. Niemand darf sich aus dem Gesamtzusammenhang des Verteilungsgefüges lösen."

Der Gesundheits(forschungs)politiker kommt nicht darum herum zu lernen, was beispielsweise — und mit erheblichen Widerständen — auch dem Umweltpolitiker klargemacht werden mußte, nämlich die Abstimmung mit anderen gesellschaftlichen Interessen und politischen Zielsetzungen: 12

"daß eine Abwägung zwischen dem Wünschbaren und dem Finanzierbaren in allen Lebensbereichen . . . stattfinden muß. Dies bedeutet keine Festschreibung des Status quo, sondem 'nur' eine Begründungspflicht, warum man für einen Bereich — und damit zwangsläufig zu Lasten anderer Bereiche innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens — die Inanspruchnahme von mehr gesamtwirtschaftlichen Ressourcen für erforderlich hält." 13

Es gehört nämlich nicht viel dazu, Forderungen zu erheben. Das gilt auch für solche zugunsten anderer — was zwar moralischer ist, aber ebensowenig schwierig. Die wissenschaftliche Autorität, die ohnehin zweifelhaft ist, sollte nicht durch die bloße Artikulation von Forderungen verschlissen werden. Forderungen müssen vielmehr, wie berechtigt und dringlich sie auch seien oder erscheinen mögen, "eingepaßt" werden: in soziale Handlungsstrukturen, wozu die Möglichkeiten und Grenzen staatlichen Handelns im Kapitalismus zählen, wie in den Komplex aller politischen Forderungen. Die

wissenschaftliche Leistung kann sich allein darauf beziehen. Die Aufgabe ist nicht, Forderungen zu erheben, sondern zu zeigen, wie die Forderungen, die man selbst aufstellt oder andere erheben, unter Berücksichtigung des sozialen Handlungsraumes und unter Abwägung mit allen anderen Forderungen Befriedigung finden können. Man muß, mit anderen Worten, "issue-vergleichend" argumentieren.

Ich scheue mich nicht, konkret zu werden. In der offiziellen Ankündigungsschrift dieser Tagung steht als Programm zu lesen, daß "die gegenwärtige Situation der gesundheitlichen Versorgung unter dem Gesichtspunkt der bedürfnisorientierten Bedarfsanalyse" neu durchdacht werden solle. Und weiter:

"Mit dieser Aufgabenstellung sind die für die Formulierung gesundheitspolitischer Forderungen entscheidenden Fragen verknüpft: In welchen Bereichen kann eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch eine Ausweitung der Leistung, eine Vermehrung des Personals, eine Vergrößerung der Institution und Zunahme von Investitionen erreicht werden?"

Damit jedermann klar wird, was damit gemeint ist, wird auch gleich die Gegenposition benannt, der gegenüber man sich profilieren will: eine Diskussion nämlich, die "unter dem Gesichtspunkt einer restriktiven Kosten- und Verteilungsdiskussion und unter Vernachlässigung der notwendigen qualitativen Veränderungen des Gesundheitswesens" geführt wird.

Ich möchte eindringlich davor warnen, derartige Forderungen unter konsequenter Ignorierung von existenten Knappheiten, seien sie allgemein-sozialer oder systemspezifischer Natur, aufzustellen. Die "praktische" Irrelevanz ist in diesen Forderungen eingebaut! Eine wissenschaftliche Beratung, die über Handlungsressourcen und restriktionen der Beratungsadressaten, hier der staatlichen Politik, wie über andere Bedürfnisse und Interessen großzügig hinwegsieht, stellt bestenfalls Selbstbefriedigung dar. Ein emphatisches Selbstverständnis — die Autorität wissenschaftlicher Kompetenz — hilft darüber ebensowenig hinweg wie ein emphatischer Praxisbezug — die Zusammenarbeit mit, beispielsweise, den Gewerkschaften.

Anmerkungen

Hierzu aus einer Unmenge möglicher Literaturhinweise nur drei aus unterschiedlichen Kontexten stammende: N. Luhmann, Politische Verfassungen im Kontext des Gesellschaftssystems, in: Der Staat 1973 S. 1ff. (Teil I) und S. 165ff. (Teil II). be 167f.; W. Semmler, Private Produktion und öffentlicher Sektor, in: V. Brandes et al. (Hrsg.), Handbuch 5: Staat, Frankfurt/Köln 1977, S. 277ff.; V. Hauff, Unternehmen und Staat als Partner bei der Bewältigung von Zukunftsaufgaben, in: Bulletin des BPA 1979, S. 213ff.

² Auf die nicht abwegige Möblichkeit, daß die Gesundheitsforschungspolitik als Kompensierung einer fehlenden Gesundheitspolitik fungiert, sei hier nicht weiter eingegangen.

Vgl. N. Luhmann, Legitimation durch Verfahren, Neuwied/ Berlin 1969; M. Edelman, Politik als Ritual, Frankfurt 1976 V. Ronge, Forschungspolitik als Strukturpolitik, Münche

1977, S. 130ff.

a Die folgende Pressemeldung bedarf wohl keines Kommentars: "Unter dem Motto 'Forschung für den Bürger' hat Bundesforschungsminister Volker Hauff eine neue Aufklärungsaktion gestartet, die deutlich machen soll, daß die Forschungspolitik gerade auch auf die konkrete Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen vieler Bürger zielt. In einer Startauflage von 50 000 Exemplaren werden in einer Informatinsmappe 76 Forschungsprojekte und -ergebnisse aus 'bürgernahen' Bereichen, wie Verkehr, Arbeitswelt, Gesundheit und Umwelt vorgestellt." (SZ v. 8.2.1979, S. 8).

Die Übernahme der Bundesregierung durch die SPD am Ende

der sechziger Jahre bildet wohl einen derartigen Fall.

Andere Autoren sprechen von der "verfassungsrechtlichen und politischen Selbstbeschränkung des demokratischen Verfassungsstaates": F.W. Scharpf et al., Politikverflechtung, Kronberg 1976, S. 15. Hauff unterstellt die "Forderung nach der Subsidiarität staatlicher Maßnahmen": aaO (Anm. 1), S. 215. Vgl. zur Subsidiarität auch R. Herzog, Allgemeine Staatslehre,

Frankfurt 1971, S. 147ff.

Die "Zurückhaltung" des "intervenierenden" Staates ist im Fall der Gesundheitspolitik zwar auch aus komplexitäts- und informationstheoretischen Gründen verständlich, aber doch vorwiegend durch die Absicht motiviert, nicht in (Dauer-)Konflikte zwischen sozialen Gruppen einbezogen zu werden und die Last der Konfliktlösung übernehmen zu müssen. Würde man formal-organisations-theoretischer argumentieren, so würden viele weitere Fälle in den Blick kommen, in denen die staatlichen Instanzen sich eher darauf beschränken, institutionelle Interaktionen für andere herzustellen oder zu fördern, d.h. also zu vermitteln, als sich selbst zum Teil bzw. Partner der Interaktion zu machen (vgl. auch die "prozedurale Steuerung" bei C. Offe, Berufsbildungsreform, Frankfurt 1975, S. 264ff.). Es sei nur ein Beispiel aus dem Bereich der Forschungspolitik erwähnt. D. Mowery und N. Rosenberg (The influence of market demand upon innovation: a critical review of some recent empirical studies, in: Research Policy 1979. S. 102ff.-149-) empfehlen dem Staat die folgende innovationspolitische Strategie: "intelligent policies must be directed at institutional aspects of the innovation process, working to encourage the interaction of users and producers, as well as the iterative interaction between more basic and applied research enterprises. (...) More generally, policies directed toward increasing both the frequency and the intimacy of interactions among these separate participant groups may prove to be particularly rewarding." (Hervorhebungen

von mir; VR)
BMFT (Hrsg.), Program der Bundesregierung zur Förderung
von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit

1978 bis 1981, Bonn 1978, S. 32.

Ebd., S. 39. Der BMFT-Leistungsplan "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" für die Planperiode 1978—1982 (Bonn 1978) hat, in typischer Verschleierungsmanier, eine andere Gliederung gewählt, in der "Struktursorschung" nicht mehr eigens erscheint, sondern in andersartigen Teilprogam-men "untertaucht." Diese Tatsache macht eine Finanzistatistische Validierung meiner These unmöglich. Es sei aber wenigstens ein Indiz erwähnt: Wenn man die Projektförderung zugrundelegt (die Zurechnung der sog. institutionellen Förderung zu einzelnen Politikprogrammen ist ohnehin problematisch), so entfällt der absolut größte Förderbetrag im Planjahr 1979 auf die "Entwicklung von Technologien zur Verminderung der Patienten belastung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Aktivität 06.02.02). Hierin äußert sich deutlich der finanzpolitische Entlastungsversuch. (Abgesehen davon könnte diese Förderung von Technologie natürlich auch subventionspolitisch interpretiert werden, worauf ich aber hier nicht abstelle.)

H. Schmidt, Beitrag zur Konsolidierung der Kosten im Gesundheitswesen, in: Bulletin des BPA 1977, S. 679ff. (681). Zum Funktionieren der Konzertierten Aktion siehe etwa SZ v.

16.3.79, S. 25 sowie v. 4.3.80, S. 17. Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Schlußgutachten, Ms. 1976, Kapitel XI, Tz. 55. Siehe auch Schmidt. aaO (Anm 9).

11 Schmidt, aaO (Anm. 9), S. 680. 12

Vgl. G. Hartkopf, Möglichkeiten und Grenzen der Umweltpolitik, in: Bulletin des BPA 1979, S. 309ff.

13 H. Ehrenberg, Zwischen Wünschbarem und Finanzierbarem, in: Das Parlament v. 21.4.1979, S. 1.

Rainer Hohlfeld und Ernst von Kardorff: Gesundheitsforschung -Reform oder Legitimation? Ein Protokoll

Vorwort

Als Diskussionsgrundlage hatten wir für die Teilnehmer ein Strukturierungspapier vorbereitet, das vier Themenkomplexe umfasste:

- I. Strategien staatlicher Forschungspolitik im Gesundheitswesen
- II. Institutionelle Randbedingungen für die Forschung im Gesundheitswesen
- III. Strukturanlayse und Kritik staatlicher Forschungsprogramme im Gesundheitswesen
- IV. Institutionelle und organisatorische Perspektiven einer kritischen Gesundheitsforschung

Bei der Darstellung haben wir uns an diesen analytischen Rahmen gehalten, in den wir die einzelnen Argumente der Diskussion einbezogen haben.

Einleitung: Ziele und Fragestellungen

Ziel der Arbeitsgruppe sollte eine erste Analyse und Einschätzung der staatlichen Forschungspolitik im Gesundheitswesen sein. Wir wollten dabei der Frage nachgehen, in welchem Masse aufgrund reformpolitischer Ansätze Handlungsspielräume für demokratische Reformen, d.h. politische Ziele, die durch öffentliche und nichtprivate Interessen bestimmt werden, in diesen Programmen identifiziert werden können. Auf diesem Hintergrund sollten sich Optionen für Ziele, Inhalte und Organisationsformen einer demokratisch orientierten Gesundheitsforschung entwickeln lassen.

An diese Überlegungen liessen sich u.a. folgende Fragestellungen anschliessen, die in den einzelnen Gliederungspunkten unter unterschiedlichen Perspektiven immer wieder aufgegriffen werden.

- 1. Bedeutung der Forschung für die Gesundheitspolitik (Transfer; Chancen der politischen und sachlichen Durchsetzbarkeit; Qualität der Forschung in Relation zu den angetrebten Zielen)
- 2. Was bedeutet die staatliche Förderung für die Gesundheitsforschung selbst (für ihre institutionellen Bedingungen wie für ihre inhaltlichen Konzeptionen. Paradigmata usw.)?
- 3. Was bedeutet die Gesundheitsforschung für die Gesundheitsforscher, die sich gesellschaftskritisch verstehen? Hier ist die Selbstreflexion der Gesundheitsforscher angesprochen.
- 4. Wie verändert wenn überhaupt die Forschung den Prozess der politischen Entscheidungsfindung? In diesem Zusammenhang wird die grundlegende Frage nach Zielen und Einflußmöglichkeiten einer kritischen Wissenschaftspolitik relevant.
- 5. Wie muss eine Gesundheitsforschung von ihrer Organisation, wie von ihren Konzpten her beschaffen sein, damit sie einen realen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, der von den Bedürfnissen der Betroffenen ausgeht, leisten kann?

Hinter diesen Fragestellungen kommt auch eine dem traditionellen Autonomieverständnis von Wissenschaft entgegengesetzte Position einer inhaltlich politisierten Wissenschaft, d.h. die Methoden und Gegenstände der Forschung selbst unter gesellschaftlichen Bedingungen und Zielsetzungen aufgreifenden Wissenschaft, zum Ausdruck.

I. Staatliche Forschungspolitik im Gesundheitswesen der BRD

Die Diskussion sollte zeigen, welcher politische Stellenwert dem staatlichen Engagement in der Gesundheitsforschung und in der Gesundheitspolitik zukomme: ob es sich

- um eine gegenüber privater und partikularer Interessenverfolgung demokratischere Gestaltung des Gesundheitswesens,

handele.

— um Versuche des Staates, sich möglichst durch die Strategie einer Reorganisation des privaten und halbstaatlichen Versorgungsbereichs gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen zu entziehen oder — um eine staatlich vermittelte Durchsetzung von Kapitel- (vor allem Pharma- und medizinisch-technische Industrie) und ständischen Interessen

In diesen allgemeinen Rahmen war die Frage nach der Rolle der Forschungspolitik im Gesundheitswesen eingebettet: wer macht mit welchen Interessen Gesundheitspolitik durch/mit Forschungspolitik? Welchen Stellenwert nimmt die Förderung der Forschungspolitik in Bezug auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein?

Der These, daß der Staat im Spätkapitalismus zunehmend in Bereiche interveniere, die bislang einer "privaten Politik" (Verbände, Interessengruppen, Kartelle) und einer quasi naturwüchsigen gesellschaftlichen Entwicklung überlassen waren, und in der Folge dadurch immer mehr gesellschaftliche Subsysteme institutionell und inhaltlich in Politikprozesse einbezogen worden seien, wurde zumindest für den Gesundheitsbereich - die empirisch untermauerte Beobachtung entgegengehalten, daß der Staat an der Gesundheitspolitik bisher noch kaum beteiligt sei; mit dem Programm "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" scheine sich hier ein Wandel anzukündigen. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Politikschwäche des Bundesministeriums für Jugend Familie und Gesundheit (BMJFG) und des Bundesgesundheitsamtes (BGA) verwiesen. Inwieweit die Forschungsprogramme ein aktives Engagement des Staates in der Zukunkt in Bereichen des Gesundheitswesens erwarten ließen, blieb dabei noch offen. Volker Ronge versuchte in seinem Referat mit einer Analyse der staatlichen Handlungsstrategien darauf eine Antwort zu geben.

Die von Ronge formulierte Selbstregulierungsthese (vgl. Ronge, in diesem Band) wurde in der Diskussion in bezug auf das Gesundheitswesen relativiert. So wurde etwa die "konzertierte Aktion" im Gesundheitswesen als Beispiel für ein staatliches Engagement angeführt; dort, so wurde argumentiert, zeige sich der zentralistische Zugriff des Staates im Interesse der großen Konzerne (als der eigentlichen Kostenverursacher). Nur auf dem Hintergrund einer Klärung des realen Interessenfeldes, das hinter den staatlichen Bemühungen sichtbar werde, könne Ausmaß und Richtung der regulierenden Eingriffe bestimmt werden. Die konzertierte Aktion habe hier klar gezeigt, daß ihre Funktion in der Durchsetzung durchgreifender Sparmaßnahmen auf Kosten der Sozialversicherten bestehe, daß die staatliche Planung also gezielt und immer umfassender als Instrument zur Realisierung von mächtigen Partikularinteressen eingesetzt wer-

de. Dieser Analyse wurde entgegenehalten, daß Planung kein spezifisches Charakteristikum westkapitalistischer Gesellschaften sei. Eine zunehmende staatliche Planung lasse sich darüberhinaus auch empirisch nicht nachweisen. Am Beispiel der "konzertierten Aktion" im Gesundheitswesen werde auch nicht so sehr staatliche Eigenaktivität sichtbar, als vielmehr der Versuch der Funktionalisierung der Partikularinteressen der beteiligten Gruppen. Darin drücke sich die schon erwähnte Tendenz zur Zentrierung staatlichen Handelns auf Strukturpolitik aus. Dem widerspreche auch die Dreiteilung im Forschungs- und Entwicklungsprogramm (Gesundheits-, Krankheits-, Strukturforschung) nicht, da weder die Kosten nach den drei Bereichen aufgeschlüsselt seien, noch sich der Wirkungsgrad der Maßnahmen in den drei Bereichen anhand der Forschungskosten ermitteln lasse.

Die Selbstregulationsthese erscheint trotzdem im Gesundheitsbereich gebrochen. Es zeige sich an vielen Beispielen, daß es gegenläufige Tendenzen gebe, so daß man von einer Doppelstruktur (planende Eingriffe und staatliche Versuche zu einer Reorganisation des privaten Sektors) sprechen könne. Dabei muß auch berücksichtigt werden, daß es in vielen Fällen gesetzgeberischer Aktivität im Bereich des Gesundheitswesens nur um das staatliche Nachvollziehen bereits praktisch zwischen den Interessengruppen ausgehandelter Veränderungen geht. Das berührt die Selbstregulationshypothese insofern als der Staat auf die Resultate der 'privaten Politik' (Verbände, Standesorganisationen, etc.) oft nur mit geringem Spielraum reagieren kann, wenn er nicht durch grundlegende Strukturveränderungen heilige Kühe, wie z.B. die Niederlassungsfreiheit der Arzte, das Sicherstellungsmonopol u.a., schlachten will. Auf diesem Hintergrund gewinnt die Selbstregulationsthese an Plausibilität, da der Staat den mit solchen Eingriffen verbundenen politischen, finanziellen und sozialen Folgelasten entgehen will. Unter dieser Perspektive erscheint auch die intensive Förderung der Gesundheitsforschung in einem anderen Licht: das Verhältnis von Gesundheitspolitik und Forschungspolitik wird nun teilweise als substitutiv interpretierbar. Letztere scheine zunehmen die Defizite der Gesundheitspolitik zudecken zu müssen: so wird sie tendenziell zum Ersatz für eine fehlende bzw. unzureichend inhaltlich bestimmte Gesundheitspolitik Diese Überbetonung der Forschung erscheint dabei selbst als Ergebnis innerstaatlicher Legitimationsprobleme. Damit taucht die Frage auf, ob und wieweit es - vermittelt über die Programmflut - tatsächlich zu einer durch Forschung initiierten Strukturveränderung im Gesundheitswesen kommen kann und über welche wissenschaftspolitisch begründbaren Strategien an welchen Ansatzpunkten und mit welchen Inhalten realistische Chancen zu einer Reform bestehen. Dazu bedarf es zunächst einer Analyse der institutionellen Rahmendebingungen unter denen sich Gesundheitspolitik und - forschung vollziehen.

II. Institutionelle Rahmenbdingungen für die Forschung im Gesundheitswesen

1. Zeitgeschichtlicher Ausgangspunkt

In der BRD existiert keine verantwortliche Instanz für eine Gesundheitsplanung zum Wohl der Gesamtbevölkerung. Die Entwicklung des Gesundheitswesens liegt in den Händen einer Vielzahl von staatlichen, halbstaatlichen und privaten Institutionen, die sich z.T. heftig bekämpfen und gegebenenfalls zur Durchsetzung von Partikularinteressen die merkwürdigsten Koalitionen eingehen; der Leidtragende dieser Entwicklung ist letztendlich der Patient und — last not least — der Steuerzahler und der Sozial- und Krankenversicherte.

2. Die gegenwärtige Situation der Forschung im Gesundheitsbereich

- a) Die Gesundheitspolitik in der BRD geht an vielen Sachproblemen vorbei. Sie hat sich bisher weitgehend in unfruchtbaren Ideologie-Diskussionen einerseits und Finanzakrobatik andererseits erschöpft:
- Die Diskussion der ökonomischen Interessen hat sich bisher vor allem an dem gesamtwirtschaftlich gesehen nicht zentralen Posten der Honorarforderungen der Ärzte festgemacht, anstatt an den Folgen systematischer Fehler der Ärzte, z.B. dem Anstieg der Pharmakosten, anzusetzen;
- Renten- und Unfallversicherung sind nicht vorwiegend unter dem Aspekt ihre Verhältnisses zum Staatshaushalt, sondern unter dem Aspekt "Verursacherprinzip" versus "Solidaritätsprinzip" zu diskutieren:
- Gesundheitspolitik ist bisher nicht systematisch in die Sozialpolitik einbezogen worden;
- Das Verhältnis der RVO-Bestimmungen zur Rechtsprechungspraxis muß thematisiert werden;
- Kostenproblematik als Folge einer möglichen Auflösung des medizinischen Krankheitsmodells ist bisher kaum diskutiert worden;
- Verkehrs- und Umweltprobleme sind bisher noch kaum unter gesundheitspolitischen Aspekten aufgenommen worden.
- b) Die organisierte Ärzteschaft hat ihre gesellschaftliche Verantwortung, gemessen an ihrem ethischen Anspruch, ihrer Fachkompetenz und ihrer politischen Machtstellung nur unzureichen wahrgenommen:
- nachdem inzwischen 60% der Arzte eine Facharztausbildung haben, erfüllen sie immer weniger die versorgungsrelevante Hausarztfunktion:

- die Ärzteschaft tritt zwar sehr effektiv als pressure-group auf, verfolgt aber keine erkennbare Sozialpolitikstrategie;
- Aus- und Weiterbildung werden nur sehr unzureichend betrieben.
 c) Interessen-, Berufs- und Verbandspolitik verhindert die einvernehmliche Artikulation gesundheitspolitischer Forderungen. Als ein besonders markantes Beispiel kann hier die Auseinandersetzung um das geplante Gesetz zur Schaffung des nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gelten.

3. Die Organisation der Forschungspolitik im Gesundheitswesen

Die de-jure und de-facto Ressortgliederung des Bundes hat lange Zeit eine problembezogene Programmplanung und Forschungsfinanzierung im Gesundheitsbereich verhindert. Bei einer empirischen Analyse der Gesundheitsplanung ist davon auszugehen, daß es kein eigentliches Gesundheitsministerium gibt, da die Verantwortung für die Mittelvergabe im Gesundheitsbereich nicht beim BMIFG liegt. Bei der Verteilung von Haushaltsmitteln für die Forschung dominiert z.B. das BMFT, dessen Prioritäten nicht im Gesundheitsbereich liegen (Datenverarbeitung, Kerntechnologie, etc.); in Fragen derarbeitsplatzbezogenen Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung sowie im Bereich der Versorgungspolitik ist die Abteilung V. im Bundesarbeitsministerium die entscheidende Instanz. An dieser Ressortaufsplitterung zeigen sich auch die Folgen der praktisch ungeklärten Frage, ob Gesundheitspolitik als Teil der Sozialpolitik gelten oder überhaupt als eigenes Ressort bestehen sollte. Ein resultat der zersplitterten Ressortforschung ist, daß sich im Vakuum zwischen administrativer Inkompetenz und akademischem Spezialistentum eine Gruppe von wissenschaftlichen Grenzgängern etabliert hat, die angesichts des Kompetenzgerangels der Politik eine besonders große Chance des Einflusses auf die Forschungspolitik haben, indem sie Projektmittel untereinander aufteilen, in informellen Vorgesprächen ihre Domänen sichern, spezifische Instituts- und sonstige Partikularinteressen vertreten, Zieldefinitionen nach politischen Konjunkturen und wissenschaftlichen Moden vorgeben usw. Die Tendenz der Gesundheitsadministration Spezialisten statt Verwaltungsgeneralisten in die Forschungsplanung zu berufen, verstärkt diese Entwicklung, die zu einer einseitigen Durchsetzung von Fachegoismen führt.

Als ein zusammenfassendes Ergebnis aus der Analyse der institutionellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsforschung läßt sich folgendes formulieren:

Wesentliche Probleme im Gesundheitswesen sind Ergebnis von Informationsmängeln der beteiligten Interessengruppen und Instanzen.
Ein weiterer struktureller Mangel liegt in den unterschiedlichen

Zuständigkeiten und langen Planungszeiträumen, denen die aktuellen Entwicklungen davonlaufen.

- Durch eine wenig praxisbezogene, unkoordinierte und wenig interdiziplinäre Forschung, sowie durch eine wenig versorgungsbezogene Forschung sind bei einigen Proiekten erhebliche Fehlinvestitionen entstanden.
- An vielen Beispielen läßt sich deutlich sehen, daß es keine institutionellen Mittel zur Behebung einer fehlgesteuerten Forschungsentwicklung gibt.

Bei den Überlegungen zu einer Planung der Gesundheitsforschung muß deshalb auch immer bedacht werden, daß die strukturelle Ähnlichkeit administrativer Rationalität einerseits und technologischer Rationalität (Effizienz) andererseits zur Selektion bestimmter Fragestellungen und zu einer einseitigen Kumulation technokratischer Lösungsvorschläge beitragen kann. Dabei zeigt sich, wie sehr gerade die technokratische Medizinauffassung mit den Steuerungsund Kontrollinteressen der Administration verzahnt ist und in einem Prozeß wechselseitiger Verstärkung gesundheitspolitische Zielsetzungen zunehmend zu beeinflussen tendiert.

III. Strukturanalyse und Kritik staatlicher Forschungsprogramme im Gesundheitswesen

Im Folgenden haben wir versucht, die unterschiedlichen Einschätzungen der staatlichen Forschungsprogramme und bereits laufender Projekte im Gesundheitswesen auf dem Hintergrund unserer Beurteilungsdimension "Veränderung(Reform)" vs. "Krisenmanagement (Reaktive und regulative Strategien)" darzustellen. Um einzelne Aspekte der Forschungsprogramme entweder der Veränderungspersektive oder dem Krisenmanagement zuordnen zu können, haben wir uns an folgenden Kriterien orientiert:

VS.

vs.

VS.

Veränderungsperspektive

- zielgruppenspezifische Maßnahmen
- vorrangige Entwicklung prä-ventiver Strategien
- neue Strukturen für neue Aufgaben
- kausale Modelle
- umwelt- und milieubezogene Ansätze

VS.

(Gießkannenprinzip) vorrangiger Ausbau kurativer und rehabilitativer Strategien Nichtantasten der bestehenden Strukturen und Versuche ihrer Einbindung in neue Aufgaben

unspezifische Maßnahmen

Krisenmanagement

symptomorientierte Modelle individuumszentrierte Ansätze

Um die Qualität staatlicher Interventionen in den Forschungsbereich in ihren Auswirkungen auf tatsächliche Verbesserungen im Gesundheitswesen untersuchen zu können, haben wir uns zwei sowohl von der Entstehung, der Zielsetzung, dem Umfang und der Art staatlicher Intervention, sowie den absehbaren Folgen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung her unterschiedliche Projekte herausgegriffen: die "Psychiatrieenquête" und das Programm "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit."

Da die Psychiatriereform (über die Erstellung der Enquete 1969—1975 bis zur Stellungnahme der Bundesregierung im Februar 1979) zu einem zumindest administrativen Abschluß der Planung gelangt ist, läßt sich hier besonders gut der Prozeß der politischen Transformation wissenschaftlich begründeter Reformvorschläge im Verlauf der politischen Konjunkturen der Reform, der Einfluß einzelner Interessengruppen und die administrative Umformung studieren, während sich das Programm "Forschung und Entwicklung" besonders gut zur Extrapolation der Intentionen und Trends der allgemeinen sozial- und gesundheitspolitischen Strategien eignet.

a) Die Psychiatrieenquête

Die Psychiatrieenquête stammt aus einer Zeit als die Forschungsrolle des Staates noch wenig diskutiert war und die systematische Nutzung wissenschaftlicher Forschung für Prozesse der Politikberatung in der BRD noch in den Anfängen steckte.

Unter forschungspolitischen Gesichtspunkten repräsentiert sie ein Modell wissenschaftlicher Politikberatung, das auf Initiative einer empörten und engagierten Laienöffentlichkeit, einer von den Zuständen, den Arbeitsmöglichkeiten und den Versorgungsleistungen der Psychiatrie negativ betroffenen Gruppe von Professionellen und einer über den internationalen Rückstand der deutschen Psychiatrie besorgten Gruppe von Wissenschaftlern zustandegekommen ist. Dem Engagement einiger Politiker und Interessengruppen ist es in der Phase der Reformeuphorie der sozialliberalen Koalition 1969-1971 gelungen, die Enquête über die Lage der Psychiatrie als Voraussetzung für einen Reformprozeß anzuregen. Die Bundesregierung reagierte auf diesen Druck der politischen Öffentlichkeit und von einem Teil der sozialpsychiatrisch engagierten Community; begünstigt wurde diese Entwicklung durch einen leicht herstellbaren Konsensus aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Gruppen angesichts der so offensichtlich desolaten Versorgungslage im Psychiatriebereich (überalterte und überfüllte Kliniken, Fehlen ambulanter, präventiver und rehabilitativer, sowie komplementärer Diense, etc.).

Die Intention der Psychiatrieenquête läßt sich neben der umfassenden Bestandsaufnahme der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung durch die Ausarbeitung von Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versor-

gung beschreiben. Ihre Kernaussagen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Vorschläge zur Humanisierung der psychiatrischen Großkliniken, Verkleinerung dieser Einrichtungen, Aufbau psychiatrischer Abteilungen und Fachambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern, Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, Ausbau rehabilitativer Einrichtungen, Schaffung einer ambulanten Versorgung.

Als eine übergreisende Perspektive der psychiatrischen Versorgung wurden die Prinzipien einer gemeindenahen und bedarssdeckenden Versorgung formuliert (Ausbau komplementärer Dienste, Aufbau von leicht erreichbaren sozialpsychiatrischen Diensten, von psychozoialen Kontaktstellen) und Modelle zur Koordination der Versorgung vorgeschlagen. Daneben wurde eine Verbesserung der rechtlichen Lage der psychisch Kranken gesordert (z.B. Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken).

Obwohl die Psychiatrieenquete ihrem Charakter nach im Unterschied zum Programm "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" kein spezifisches Forschungsprogramm darstellt finden sich auch einige Aussagen zur Forschung. Sie beschränken sich jedoch vorwiegend auf Probleme der Forschungsorganisation (Interdisziplinarität, Nachwuchsförderung, Mittelerhöhung und Koordination der Forschung). Daneben werden einige inhaltliche Schwerpunkte künftiger Forschung benannt (Stärkung der angewandten Forschung, verstärkte Versorgungsforschung, d.h. vor allem Epidemiologie, gezielte Effizienzforschung, d.h. hier Therapieforschung und Evaluation von institutionellen Versorgungsalternativen). die die Chance zu einer Veränderung des bestehenden Forschungsfeldes und des Versorgungsbereiches selbst bieten. Bevor man hier jedoch zu solchen Einschätzungen gelangt, muß man den weiteren politischen Verlauf der rhetorisch so betitelten Psychiatriereform verfolgen. Anders als das Programm "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" ist die Enquête nicht mit einem Planungsinstrument oder gar mit einem Aktionsprogramm zu verwechseln. Trotzdem haben seit dem Abschlußbericht der Enquêtekommission fast alle Bundesländer - in deren Kompetenz die Psychiatrie fällt - eigene Psychiatriepläne entwickelt und eine Reihe von Umorganisationen vorallem auf der Ebene von neuen Ressortgliederungen, rechtlichen und institutionellen Ergänzungen (z.B. Unterbringungsgesetze) vorgenommen bzw. eingeleitet. Die Bundesregierung hat einige Modellvorhaben gefördert und eine Planungsstudie über die Höhe der bei einer Reform nach den Enquête Vorstellungen zu erwartenden Kosten erstellen lassen. Von einer eigens dafür geschaffenen Bund-Länder-Kommission sind Empfehlungen zur Verwirklichung der Reform ausgesprochen worden; an diesen Empfehlungen waren auch die verschiedenen Verbände (ärztliche Standesorganisationen, Therapieverbände und ganz maßgeblich die großen Träger der freien Wohlfahrtspflege) beteiligt. Den vorläufigen Abschluß des administrativen Planungsprozesses der Psychiatriereform bildet die "Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie und der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung" vom 13.2.79. Mit dieser Stellungnahme, die auf einem mit den Ländern einerseits und den Verbänden andererseits vorab ausgehandelten Kompromiß beruht und die Politikschwäche des BMJFG deutlich zeigt, wird zur amtlich verkündeten Gewißheit, was die vorläufige Bemerkung der Bundesregierung unter dem Abschlußbericht der Sachverständigenkommission im Jahre 1975 erahnen ließ: daß die Bundesregierung die Studie begrüße (im Grundsatz!), aber der Durchführung der dort vorgeschlagenen Reformvorhaben skeptisch gegenüberstehe, da die Kosten zu hoch angesetzt seien, die Reform nur in sehr langfristigen Zeiträumen realisierbar sei, und schließlich eine bedarfsgerechte Versorgung wie sie in dem Bericht gefordert ist, politisch nicht zu verwirklichen sei (vor allem, was Ausdehnung von Gruppen von Anspruchsberechtigten angehe).

An der regierungsamtlichen Stellungnahme wird deutlich, von welchen Parametern die konkrete Durchsetzung der Reform bestimmt wird und welche legitmatorische Rolle die wissenschaftliche Enquête bei der politischen Umsetzung letztlich spielt (vgl. die These von Ronge in diesem Band). Hier zeigt sich auch eine Parallellität zu dem 'magischen' Kriteriumsviereck des Programms "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit": Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit und — als erfahrungsgemäß politisch variabelste Größe — Bedarfsgerechtigkeit.

Im einzelnen lassen sich Änzeichen für eine Inaktivität des Staates im Reformbereich, und auf Länderebene Tendenzen des Abschiebens von Versorgungsaufgaben (z.B. an die großen Wohlfahrtsverbände; Stichwort: Privatisierung) konstatieren, sowie Versuche der Reorganisation der vorherrschenden Versorgungsstrukturen und ihre Ausrichtung auf neue Aufgaben und eine Tendenz zur Abwälzung von Versorgungsansprüchen auf die Versicherten erkennen und an folgenden Punkten der "Stellungnahme" ablessen:

- (a) Festhalten am somatischen Krankheitsbegriff für psychische Störungen, das hat zwei Folgen:
- Beibehaltung der Medizinerdominanz
- Abwehr berechtiger Versorgungsansprüche seelich Leidender sofern ihr Zustand nicht unter das Etikett 'Krankheit' im Sinne der RVO fällt.
- (b) Der niedergelassenen Nervenarzt wird als gemeindenaheste Institution zur Leitprofession für die psychosoziale Versorgung erklärt. Hier bleibt das Privileg der freien Niederlassung unangetastet,

obwohl einige Studien gezeigt haben, daß eine bestimmte Gruppe psychisch Hilfsbedürftiger, vor allem Unterschicht-patienten, nicht von den niedergelassenen Nervenärzten versorgt werden. Die Möglichkeiten einer öffentlichen ambulanten Versorgung, die nicht individuumsbezogen, sondern milieuorientiert ist, die nicht reaktiv vorgeht, sondern sich um primäre Prävention bemüht, wurden in der Psychiatrie-'reform' politisch verschenkt.

- (c) Schwerpunkte der Forschungsförderung in der "Stellungnahme":

 Entwicklung von diagnostischen Instrumenten, um die Klienten differenzierten treatments zuweisen zu können; hier zeigt sich das Konzpet einer institutionenorientierten Forschung, die nicht den Betroffenen, sondern seine möglichst eindeutige Zuordnungsmöglichkeit für Prozeduren Krisenmanagements in den Mittelpunkt stellt.
- Prospektive Studien über den Langzeitverlauf von psychischen Krankheiten; diese Forschung wird eindeutig von der traditionellen psychiatrischen Community gestützt; sie konzentriert sich einseitig auf die psychiatrische Vorstellung von angeborenen psychischen Krankheiten, die in Verläufen, Phasen, Schüben auftreten. Für die praktische Umsetzung kann dies die Entwicklung von billigen und effektiven Institutionen bedeuten, die die Krankheitskarrieren "begleiten".

Zusammenfassend ergibt sich folgendes eher desillusionierende Bild: (1) Die forschungspolitisch wichtigste Hypothese, die sich aus den politischen Folgen der Psychiatrieenquête ergibt, besagt, daß der sozialpsychiatrische Reformdiskurs (die von Praktikern und Wissenschaftlern entwickelten, z.T. an ausländischen Erfahrungen gewonnenen Reformvorschläge zur Verbesserung der Versorgung) im Verlauf der praktischen Umsetzung in einen administrativen Diskurs zur effektiven und ökonomischen Krisenbewältigung im Psychiatriebereich transformiert worden ist. Diese Transformation, bei der sich die Empfehlungen z.T. in ihr Gegenteil verkehrt bzw. ihren Reformgehalt verloren haben, macht eine erneute Diskussion über die (wissenschafts-)politische Rolle wissenschaftlicher Enquêten nötig (v.a. hinsichtlich der Zusammensetzung der Gutachter und bezüglich der Zielperspektiven wissenschaftlicher Politikberatung, vg. Teil IV.).

(2) Trotz vieler Aktivitäten, die durch die Enquete angeregt wurden — besonders auf kommunaler Ebene — ist die Qualität dieser Veränderungen eher im Sinne einer *Umorganisation* ausgefallen;

(3) Die Reform wird ohne die Betroffenen durchgeführt; das zeigt sich u.a. an der klaren Expertenorientiertheit, dem Übergewicht der Mediziner und vor allem der etablierten Hochschulpsychiatrie; in den meisten Fällen werden noch nicht einmal Berufspraktiker, die die Reform tragen sollen in die Planungsprozesse einbezogen, von Klienten und interessierten Laien einmal ganz zu schweigen.

- (4) Effizienz- und kostenorientierte Zielkriterien im Sinne einer Minimalbedarfsdeckung überlagern und verdrängen die wissenschaftspolitischen Reformvorstellungen. Diese Kritik zielt nicht auf eine Ablehnung einer kostenbewußten Planung, sondern auf die Kriterien, die sich an administrativer Rationalität, quantitativen Erfolgsmaßstäben und reaktiven Strategien ausrichten, statt sich auf eine primäre Prävention im unmittelbaren sozialen Umfeld zu konzentrieren.
- b) Das Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978–1981

Das 1979 veröffentlichete Programm der Bundesregierung passt in eine Reihe von Forschungsprogrammen der sozialliberalen Koalition (Umweltbundesprogramm, Humanisierung der Arbeitswelt). In diesem Forschungsprogramm werden die forschungspolitischen Aktivitäten von drei Ministerien über alls Ressortgrenzen hinweg zusammengefaßt. Es ist ein Programm "von oben" unter der Federführung eines starken Ministeriums: des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT).

Das Programm ist ein reines Forschungs- und Entwicklungsprogramm; es ist nicht eingebettet in ein gesundheitspolitisches Maßnahmeprogramm. Es ist ein Wissenschafts- und Technologieplan für das Gesundheitswesen. Es soll den Forschungsbereich abdecken, der von den anderen öffentlichen Forschungsorganisationen wie Max-Planck-Gesellschaft und Deutsche Forschungsgemeinschaft — den Organisationen der Grundlagenforschung — nicht abgedeckt wird. Das Programm soll vornehmlich den Transfer des Wissens aus den Disziplinen der Grundlagenforschung in die Praxisbereiche fördern. Es wird als ein Instrument verstanden, welches die bei gesundheitspolitischen Problemen auftauchenden Wissenslücken mit Hilfe von Forschung und Technologie schließen soll.

1. Die Programminhalte

Das Programm ist unterteilt in die Bereiche Gesundheitsforschung (allgemeine Gesundheitssicherung und Prävention), Krankheitsforschung (Erforschung des Gesamtverlaufs von Krankheiten von der Entstehung bis zur Rehabilitation, vor allem der modernen Massenerkrankungen) und die Erforschung des Gesundheitssystems (Strukturforschung, Bedingungen für strukturelle Verbesserungen des Gesundheitswesens).

Der Gesundheitsforschung wird ein besonderes Gewicht eingeräumt. In ihr soll es hauptsächlich um Untersuchungen gehen, die explizit von einer multikausalen Verursachung ausgehen und kumulative Effekte und Risikofaktoren berücksichtigen, die bei einer gerin-

gen Konzentration eine Langzeitwirkung entsalten können. Von den Umweltsaktoren werden besonders die sozialen Faktoren des Produktions- und Reproduktionsbereiches (Arbeit, Wohnverhältnisse, Schule, Familie) unterstrichen, aber auch betont, daß das Gesundheitsverhalten des Individuums maßgeblich an der Entstehung von Krankheiten beteiligt ist. Um die Risikofaktoren identifizieren und in ihrer Wirkung analysieren zu können, müßten jedoch erst einmal bessere Voraussetzungen in der Methodologie der Umweltanalytik und Epidemiologie geschaffen werden.

Die Hauptziele des Programmbereichs Krankheitsforschung sind die Erforschung der Phasen des Behandlungsverlaufes bei den wichtigsten Zivilisationskrankheiten, um auf dieser Basis sogenannte Behandlungswegweiser von der Diagnose bis zur Rehabilitation ausarbeiten zu können. Die neuesten Forschungsergebnisse sollen zur Ausarbeitung neuer Diagnose- und Therapietechnologien verwendet werden, um damit den wissenschaftlichen Fortschritt so schnell wie möglich an den Patienten zu bringen. Primärer Gesichtspunkt der Gliederung der Programmziele in der Krankheitsforschung ist die gesundheitspolitische Bedeutung von Krankheiten. Die Feststellung der gesundheitspolitischen Bedeutung von Krankheiten für eine bedarfsgerechte Prioritätensetzung in der Krankheitsforschung erfolgt mit Hilfe von Krankheitsindikatoren wie Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheit, Frühmortalität und -invalidität und der volkswirtschaftlichen Auswirkung von Behandlungskosten.

Im Bereich der Gesundheitssystemforschung werden Forschungsprobleme identifiziert, die mit der Struktur des Gesundheitssystems selbst zusammenhängen. Ziel dieser Forschung ist die Bestimmung der für Versorgungslücken und Funktionsmängel des Gesundheitswesens verantwortlichen Faktoren und die Entwicklung von wissenschaftlich begründeten Lösungsansätzen zur Beseitigung dieser Probleme. Als Ziele einer Gesundheitssystemforschung werden genannt:

— Chancengleichheit: Hier geht es um das Problem der Herstellung einer Gleichverteilung der Gesundheitsleistungen. Unabhängig von Region, sozialer Gruppe, Arbeits- und Wohnbereich, Versicherungsträger und individuellem Verhalten soll jeder Bürger den chancengleichen Zugang zu allen Angeboten unseres Gesundheitswesens erhalten. Forschungsschwerpunkte sind dann hauptsächlich die Untersuchung der Faktoren, die das Gesundheitsverhalten bestimmter Sozialgruppen gegenüber den Versorgungseinrichtungen bestimmen.

- Leistungsfähigkeit: Hier sollen Probleme untersucht werden, die mit der institutionellen und organisatorischen Struktur des Gesundheitswesens zusammenhängen. Es soll untersucht werden, wie die rationelle interne Organisation von Gesundheitsdiensten und Krankenhäusern sowie die Kooperation zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen und Einrichtungen verbessert werden kann, wie Effizienz von Prämien und Steuerungssystemen gesteigert werden kann und wie der Behandlungsablauf koordiniert werden kann. — Bedarfsgerechtigkeit: Hier liegen die Probleme in überbedarfsgerechten Leistungen einerseits und in der Unterversorgung andererseits. Die Forschung soll die Datenbasis für Planungsinstrumente liefern, mit deren Hilfe die Diskrepanz zwischen Versorgungsangebot und Bedarf verringert werden soll.

- Wirtschaftlichkeit: Hier soll untersucht werden, mit welchen Prämien und Anreizen das wirtschaftliche Verhalten der Leistungserbringer und -empfänger verbessert werden kann und wie eine unrationelle Organisation und unessektive Verwaltung durch Planung, Steuerung und Rationalisierung wirtschaftlicher gemacht werden kann.
- Finanzierbarkeit: Hier liegt das Problem darin, daß sich der Kostenanstieg im Gesundheitswesen disproportional zum Wachstum des Volkseinkommens verhält. Hier sollen vor allen Dingen die Verteilungsmuster der Kosten im Gesundheitswesen untersucht werden.
- 2. Die Transformation gesundheitspolitischer Ziele im Forschungsprogramm der Bundesregierung

Das Programm spiegelt in seinen drei Bereichen das ganze Spektrum von reformpolitischen Ansätzen im Bereich der Prävention über technokratische und damit BMFT-spezifische Ansätze in der Krankheitsforschung bis hin zu substitutiven legitimatorischen und kriseninterventionistischen Strategien wider.

In den Zielen im Bereich der Gesundheitsforschung werden Modelle der Entstehung von Krankheit zugrundegelegt, die die bisherige einseitige medizinische Interpretation ausweiten, Konzepte, die die Gesamtheit aller Faktoren bei der Krankheitsentstehung - also auch soziale und psychische - berücksichtigen, werden anvisiert. Schon im Programm selbst wird allerdings nicht verschwiegen, daß die Ausgangslage für eine solche Forschung - nämlich genügend verläßliche Daten - desolat ist. Durch eine überwiegend kurative, auf den einzelnen Patienten ausgerichtete Medizin ist der Blick auf die Risikofaktoren und deren Zusammenwirkung verstellt worden. In der Diskussion wurde deutlich herausgestellt, daß für eine solche Datenerhebung von blossen Korrelationsforschungen und zweifelhaften Erklärungsmustern, wie z.B. Risikopersönlichkeiten abgegangen werden muß und epidemiologische Systematiken entwickelt werden müssen. Notwendig ist eine lebensweltbezogene, qualitative und interventionsbezogene Epidemiologie, die ihren Ausgang nicht Symptomklassifikationen nach medizinischen Krankheitsmodellen nimmt, sondern sich an komplexen Verursachungszusammenhängen orientiert. Auch müssen die epidemiologischen Studien stärker auf das Vorfeld und das Umfeld konzentriert werden in dem Momente für die Krankheitserklärung liegen. Die Frage der Prävention ist nicht allein im Aufgabenbereich der medizinischen Versorgung und bei den Ärzten angesiedelt. Präventive gesundheitspolitische Zielvorstellungen müssen auch in anderen sozialen Bereichen Beachtung finden. Im Programm jedoch fehlt eine Verbindung zur Sozialpolitik, das kurativ zentrierte Versorgungsmonopol der niedergelassenen Ärzte wird nicht zum Thema. Im Programm erfolgt eine starke Konzentration auf das Gesundheitsverhalten des Individuums und auf die sozialen Faktoren, die dieses Verhalten bedingen.

In der Krankheitsforschung soll die Strategie verfolgt werden, daß die Innovationen, Diagnose und Therapie auf einer theoretischen Basis erfolgen. Hier schlägt am stärksten die Technologietradition des BMFT durch, obwohl im Programmrahmen selbst vor einer Übertechnisierung der Medizin gewarnt wird. Die Fixierung auf rein theoretische und technologische Lösungen verstellt den Blick für die institutionellen sozialen und psychischen Faktoren, die an der Krankheitsentstehung beteiligt sind.

In der Gesundheitssystemforschung liegen reformpolitische Ansätze mit Veränderungspotentialen in der Herstellung der Chancengleichheit und der Bedarfsgerechtigkeit der Versogungsstruktur. Aber auch hier ist eine bestimmte Tendenz zu erkennen, das Individuum in seinem Verhalten für die Unausgeglichenheit verantwortlich zu machen. Neben der offensichtlichen Krisenintervention in den Bereichen Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit soll die Forschung dazu dienen, die problematisch -da ineffizient und unverhältnismäßig teuer gewordenen privaten Strategien der Versicherungs- und Versorgungsträger durch neue Anreizsysteme, Planung und Rationalisierung wieder ins Lot zu bringen. Damit soll langfristig die gestörte Selbstregulation des Versorgungssystems wieder sichergestellt werden.

Auf der nächsten Ebene der Konkretisierung und Umsetzung des Rahmenprogramms in Forschungsaktivitäten (Aktionsprogramm und Projekte) wird über Prioritätensetzung und Ressourcenallokation entschieden, welche Teile des Programms reine Rhetorik bleiben, welche Bereiche realisiert werden, und wo die Deifizite liegen und wie von da her die politische Funktion des Gesamtprogramms einzuschätzen ist. Die These, daß das Programm im wesentlichen auf die Gesundheitssystemforschung zugeschnitten ist und die anderen Teile nur einen rein legitimatorischen Charakter haben (vgl. Teil I), müßte über eine Analyse der einzelnen finanzierten Forschungsvorhaben und ihrer Zuordnung zu den Programmzielen abgesichert werden. Neben methodischen Schwierigkeiten einer solchen Analyse

ist das Programm noch nicht weit genug realisiert, um hier eindeutige Schlußfolgerungen ziehen bzw. Tendenzen erkennen zu können.

Bei dem Schritt der Umsetzung der Programmziele in die Planung und Durchführung von Projekten muß die im Programm intendierte Forschung in die bestehende Forschungslandschaft integriert werden. Dabei besteht das Problem darin, daß die verschiedenen wissenschaftlichen Fachgemeinschaften das Interesse haben, in diesen Planungs- und Beratungsprozessen ihre eigenen Forschungsaktivitäten (Hobby-horses) fortzuschreiben und sich nur an solchen Aktivitäten zu beteiligen, die mit ihren akademischen Karrieren vereinbar sind. Aber nicht nur wissenschaftliche Fachgemeinschaften sind an diesen Prozessen beteiligt. An dieser Nachtstelle zwischen Wissenschaft un Politik bilden sich bestimmte "Hybridgemeinschaften" — eine aus ministeriellen Experten, Wissenschaftsverwaltern und Wissenschaftseliten zusammengesetzte Wissenschaftslobby — die in einer Grauzone nichtöffentlicher Diskurse über Problemdefinitionen und Forschungsprogramme verhandeln (vgl. Teil II).

Für die Ausarbeitung kombinierter Behandlungsschemata und für den Transfer der Ergebnisse der Grundlagenforschung in die klinische Praxis ist ein multidisziplinärer Typ von Forschung unerlässlich. Die disziplinären Denktraditionen und Einstellungen immunisieren die Wissenschaftler für erweiterte und alternative Perspektiven in der medizinischen Forschung und zementieren ein kurativ orientertes Krankheitsmodell. Umso wichtiger ist in solchen Bereichen eine starke Politik, die nicht blind den Experten-Meinungen und Eigeninteressen der Wissenschaft oder der Wissenschaftslobby ausgesetzt ist, denn eine konsequente Präventionsorientierung in der Gesundheitsforschung kann nur gegen das medizinische Wissenschaftsestablishment durchgesetzt werden.

- c) Eine zusammenfassende Einschätzung der Forschungspolitik im Gesundheitswesen führt zu folgenden vorläufigen Ergebnissen:
- 1. Bislang wurden Forschungsmittel häufig reziprok zum Forschungsbedarf ausgegeben; der Forschungsbedarf wurde in weiten Bereichen losgelöst vom Versorgungsbedarf der Bevölkerung definiert. Eine integrierte Berücksichtigung objektiver und subjektiver Momente der Versorgungslage wurde bislang kaum vorgenommen. Darüber hinaus fehlte bislang eine schwerpunktmäßige und systematische Konzentration auf die modernen Massenerkrankungen. Mit dem Programm "Forschung und Entwicklung im Dienst der Gesundheit" wird der Versuch unternommen, diese Defizite abzutragen. Inwieweit dies angesichts der genannten institutionellen Rahmenbedingungen und der innerwissenschaftlichen Konzeptvorstel-

lungen gelingen wird, bleibt abzuwarten. Ein genaues Verfolgen, welche Projekte tatsächlich realisiert werden, wird hier notwendig sein.

- 2. Konzepte zur Prävention sind erst in Ansätzen vorhanden und was`sozialpolitisch äußerst folgenreich ist auf individuelle Verhaltensprävention hin ausgerichtet. In dieser Tendenz verschränken sich die strategischen Interessen der offiziellen Gesundheitspolitik (individuelle Verantwortlichkeit des Patienten) mit traditionellen medizinischen Ansätzen und sozialtechnologischen Konzepten der Psychologie. Der ärztliche Blick und Ökonomie der medizinischen Sprache bestimmen weithin die Inhalte und Methoden der Gesundheitsforschung.
- 3. Mangelnde Interdisziplinarität einerseits und ihre Auswirkungen verstärkend das Gewicht des medizinischen Establishments verhindern bislang grundlegend veränderte Analyseperspektiven und tiefgreifende Reformen.
- 4. Bei der Formulierung von Fragestellungen und Lösungsvorschlägen werden die Betroffenen (die Sozial- und Krankenversicherten, Laien, Patienten etc.) nicht berücksichtigt. Die Expertenrolle wird fraglos akzeptiert und steuert den Prozess der Forschung und Gesundheitsplanung in hochselektiver- und keineswegs versorgungsbezogener Weise.
- 5. Hinter der Programmrhetorik scheinen die harten Grenzen der politischen "Sachzwanglogik" hervor. Eine bestimmte Breite und inhaltliche Diffusität der Programme scheint selbst von strategischem Wert zu sein: damit nicht aus den zu erwartenden Ergebnissen einer sinnvoll koordinierten und ursachenorienterten Forschung einklagbare Forderungen an die politischen Instanzen erwachsen. Das derzeit beobachtbare Übergewicht der Forschungspolitik über die Gesundheitspolitik läßt sich in weiten Bereichen als Ausdruk innerstaatlicher Legitimationsprobleme begreifen.

V. Konturen eines alternativen Konzeptes in der Gesundheitsforschung

a) Inhaltliche Umorientierungen

Die Diskussion der Gesundheitsforschung in der Bundesrepublik mit der Perspektive in der Entwicklung und Stabilisierung von Reformkonzepten bzw. von Alternativen, die auf die Wahrnehmung öffentlicher und nicht auf die Wahrnehmung privater Interessen ausgerichtet ist, hat gezeigt, daß eine solche Perspektive Schritt für Schritt erarbeitet werden muß. Die Analyse der vorliegenden Forschungsaktivitäten und Programme erlaubt eine Identifikation von Problemen und Defiziten, die an Präzisierung und genauer Defi-

nition jedoch wiederum von weiteren Forschungen abhängen. Dabei können sich die Konzept und Problemsichten ändern. Die Ausarbeitung eines Konzeptes demokratischer Gesundheitsforschung ist damit selbst ein Prozess, der auch von der Entwicklung der Gesundheitforschung selbst abhängt und einer ständigen Evaluierung und Diskussion bedarf. Einen archimedischen Punkt, von dem her man die Ziele einer demokratischen Gesundheitsforschung deduzieren könnte, gibt es nicht. Trotz dieser Schwierigkeiten zu bestimmen, worin die Rolle der Forschung besteht und wie ein alternatives Konzept letztlich aussehen soll, wird dennoch deutlich, wogegen wir uns absetzen und was wir anzielen: wir setzen uns ab vom kurativen, auf die Pathologie konzentrierten Blick des Arztes, der sich gegenüber seinen Patienten autoritär verhält und die Krankheit und deren Ursachen nur am Individuum festmacht. Dieses kurative medizinische Modell wird durch die sozialen und institutionellen Strukturen der medizinischen Versorgung zementiert (freie Niederlassung und Krankenhaus). Demgegenüber streben wir eine Strategie an, die um den präventiven Aspekt ergänzt wird, wobei Krankheit nicht als isoliertes, sondern als integriertes und ganzheitliches Phänomen konzipiert wird. Die Praxis des "Gesundheitsarbeiters" ist auf Aufklärung, Mündigkeit, Interaktion und Konsensus gerichtet; sie beschränkt sich nicht auf den Bereich der medizinischen Versorgung; sie ist sozialpolitische Praxis.

b) Institutionelle und organisatorische Perspektiven einer demokratischen Gesundheitsforschung

1. Ein verändertes Rollenverständnis demokratischer Wissenschaftler bildet die Voraussetzung für jegliche demokratische Gesundheitsforschung. Das traditionelle Rollenverständnis wird durch das Normensystem der wissenschaftlichen Fachgemeinschaft geprägt. Danach ist es die Aufgabe des Wissenschaftlers, in dem institutionell und kognitiv autonomen Unternehmen "Forschung" innerwissenschaftlich definierte Probleme zu lösen. Jeder Bezug auf externe Probleme ist für dieses Unternehmen dysfunktional. Wissenschaftler, die in bestimmten Organisationen arbeiten, deren Selbstverständnis durch die Bearbeitung praktischer und technischer Probleme gekennzeichnet ist, haben dagegen ein instrumentelles Verhältnis zu ihrer Forschung entwickelt. Die "Politisierung" ihrer Forschung besteht in der rein technokratischen Problemlösung; diese Forscher haben ihre "autonome" Rolle durch eine reine Dienstleistungsrolle ersetzt.

Die Rolle, die das Selbstverständnis demokratischer Gesundheitsforscher, demokratischer Wissenschaftler definieren soll muß davon ausgehen, daß wir uns der handlungsentlastenden Funktion von

Forschung verweigern und unsere Forschung nicht mit der Parole "Forschung um der Forschung willen" legitimieren. Eine auch über das instrumentalistische Verständnis hinausgehende Rolle wäre gekennzeichnet durch eine kritische Reflexion der politischen Zielvorgaben und Definitionen (Zielkritik) im Hinblick auf das Verhältnis privater/öffentlicher Interessen und Probleme und die ständige Überprüfung und Evaluierung der Probleme ihrer Bearbeitung in einem praktischen Diskurs zwischen Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit.

Wir müssen einen Begriff von unserer wissenschaftlichen Arbeit entwickeln, dem die politische Rolle nicht nur äußerlich bleibt: die Probleme der Gesellschaft und der Betroffenen sind die Zielvorgabe für die Selektion und Konstitution der Gegenstände unserer Forschung; die Adressaten unserer Ergebnisse sind der Bürger, der Nachbar, der Kollege, der Gefährdete; der Adressat unserer Ergebnisse ist nicht das Kommittee, welches die Nobelpreise vergibt. Die Wahrnehmung einer solchen Rolle verlangt auch, daß wir unser Selbstverständnis, als Wissenschaftler hinterfragen: wir können nicht immer nur den Strategien einer Problemlösung durch Verwissenschaftlichung das Wort reden, wir müssen eine kritische Distanz gegenüber Forschungaufgaben einnehmen, die rein legitimatorischen Charakter besitzen und wir müssen gegenüber unseren Methoden und Konzepten und deren Grenzen ein angemessenes Maß von Selbstkritik aufbringen.

- 2. Ausgangsbasis für eine alternative Forschung ist die kritische Bestandsaufnahme. Das, was wir mit unserer Fachtagung versucht haben, muß fester Bestadteil unserer Arbeit werden: wir müssen die laufenden Forschungsprojekte (auch unsere eigenen) kritisch verfolgen, um staatliche Programme einschätzen und auf Defizite hinweisen zu können, um die Zielvorgaben zu überprüfen und die Problemdefinitionen zu hinterfragen, um Bewertungskriterien, für das was eine demokratische Gesundheitsforschung sein kann zu entwickeln und um unsere eigenen Perspektiven zu konkretisieren. In bestimmten Fällen wird es bei der öffentlichen Diskussion um gesundheitspolitische Konzepte und Politikstrategien nötig sein, den herrschenden wissenschatlichen Auffassungen eine Gegenexpertise, ein Alternativgutachten entgegenzustellen. Erst auf der Basis einer solchen Analyse wird es möglich werden, die Handlungsspielräume für kritische Gesundheitsforscher einzuschätzen und damit unsere Rolle neu zu bestimmen.
- 3. Durch unser wissenschaftspolitisches Engagement müssen wir dazu beitragen, daß unsere veränderten Problemsichten, die Wahrnehmung neuer Problemlagen, alternative und ergänzende Konzepte und unsere Vorstellungen von demokratisch veränderten Organisationsformen in den wissenschaftspolitischen Diskurs eingebracht

werden: in der öffentlichen Diskussion um gesundheitspolitische Ziele, in politischen Beratungsprozessen bei der "issue"-bildung, bei der Problemselektion und -definition, in der Mitarbeit bei institutionellen Reformvorhaben.

- 4. Um eine bedürfnisbezogene Gesundheitspolitik, die nicht stellvertretend über die Köpfe der Betroffenen hinweggeht, zu entwickeln muß bereits in der Forschung der Versuch eines permanenten Diskurses mit den Betroffenen gemacht werden. Wissenschaftler können hier auf dem Wege einer Aufklärung ein Bewußtsein von Veränderbarkeit schaffen und einen Reflexionsprozeß im sozialen Feld selbst initiieren, wie etwa am Beispiel der Werksärzte in einigen französichen Bergwerken deutlich geworden ist. In diese Diskussionen an der Basis müssen dabei nicht nur die Patienten, Klienten, Hilfsbedürftigen einbezogen werden, sondern genauso die Berufspraktiker, die Verwaltungsfachleute und Planer, da sie es sind, die die institutionellen Reformprozesse mittragen müssen.
- 5. Zur Durchsetzung von institutionellen Alternativen: Wenn im Rahmen der Reform der staatlichen Gesundheits- und Sozialpolitik Prozesse der Institutionalisierung auf harte Grenzmarkierungen stoßen, müssen wir an examplarischen Punkten die Organisation selbst in die Hand nehmen: durch Einrichtung von demokratischen Versorgungseinrichtungen im Stadtteil, durch politisches Engagement in der regionalen Gesundheitsversorgungspolitik und durch begleitende und verändernde Forschungen. Die Realisierung solcher Pilotmodelle in einer Art Gegenpolitik von der Basis her trägt neben einer Problemsensibilisierung auch zu einem verstärkten Druck auf die offizielle Politik bei, verschärft an bestimmten Stellen Legitimationsprobleme und kann somit initiierend für globalere Reformanstrengungen werden.

Abschlußresolution der gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi

Auf der Gesundheitspolitischen Fachtagung des Bundes demokratischer Wissenschaftler wurde die Situation des Gesundheitswesens der Bundesrepublik untersucht und die Frage nach den Notwendigkeiten der Gesundheitssicherung der 80er Jahre aufgeworfen. Im Vorgergrund standen die Forderungen nach Ergänzung des zu verbessernden Systems der kurativen Krankenversorgung durch Maßnahmen der präventiven Gesundheitssicherung und die Forderungen nach der Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit. Integraler Bestandteil des Rechts auf Gesundheit ist das Recht auf Arbeit und auf eine gesunde Umwelt.

Da die kurative Medizin nur bei einem geringen, bisher immer

überschätzten Anteil von Erkrankungen wirklich heilend oder den Krankheitsverlauf aufhaltend wirksam ist, muß eine stärkere Förderung der Hauptaufgaben der Medizin, der Betreuung (Symptomlinderung und psychosoziale Betreuung) erfolgen.

Im Gefolge der Kostendämpfungspolitik der späten 70er Jahre droht das Gesundheitswesen erneut in eine ernste Krise zu geraten. Die kurative Medizin, der Kernbereich der Krankenversorgung, ist von strukturellen Widersprüchen, Mißständen und Mängeln gefährdet.

Rationalisierungsmaßnahmen haben zur Stillegung von Krankenstationen und Krankenhäusern, zu zunehmender Arbeitshetze ud unbezahlten Überstunden der in den Krankenhäusern Tätigen geführt. Wir wenden uns dagegen, weil dadurch der humane Charakter der Krankenversorgung gefährdet wird. Im Krankenhaus, wie überhaupt im Gesundheitswesen, darf es keine Arbeitshetze und keinen Übermüdungsstreß geben. Wir warnen davor im Interesse der Bedürfnisse und Rechte der Patienten, die im Mittelpunkt aller Strukturveranderungen zu stehen haben, und fordern den Abbau unbezahlter Überstunden und die Begrenzung der Nacht- und Wochenenddienste entsprechend den Bestimmungen der Arbeitszeitordnung. Im Gegensatz zur heute zu konstatierenden Tendenz fordern wir eine Vermehrung der Planstellen im Krankenhaus, um so die notwendige psychosoziale Betreuung der Patienten zu gewährleisten.

Wir treten für den verstärkten Ausbau öffentlicher, d.h. nichtprivatwirtschaftlicher Einrichtungen der ambulanten Versorgung ein. Für den bestehenden Bereich fordern wir eine Umorientierung der Gebührenordnung, die eine Abgeltung primär-präventiver Leistungen beinhaltet und die Interessen der niedergelassenen Ärzte so orientiert, daß die ihre Pflicht zur psychosozialen Betreuung nicht vernahclässigen.

In Ablehnung des vorgelegten Gesetzenwurfs zur Psychotherapie fordern wir strukturierende Maßnahmen, die im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit kontextnahe, d.h. arbeitssituations- und gemeindebezogene Lösungen ermöglichen. Die Etablierung neuer privatwirtschaftlicher Institutionen wie z.B. niedergelassener Psychologenpraxen wird abgelehnt.

Bereits in der Ausbildung zu den Heilberufen muß eine stärkere Orientierung auf die volksgesundheitlich wichtigen Erkrankungen und auf betreuende und präventive Maßnahmen der Medizin erfolgen.

Pharma- und Geräteindustrie dürsen nicht weiter ihren interessengebundenen Einsluß auf Forschung und Fortbildung der Heilberuse haben. Vielmehr muß eine systematische regelmäßige Weiterbildung in Bezug auf die volksgesundheitlich wichtigsten Erkrankungen angeboten und zur Pflicht gemacht werden.

Neben der mangelhaften Ausbildung muß auch der Zustand der Forschung und Forschungsförderung kritisiert werden. Obwohl in den letzten Jahren verstärkt Mittel für die Gesundheitsforschung bereitgestellt wurden, reichen diese Investitionen bei weitem nicht aus. Wie die Mißerfolge der nur quantitativ und technologisch orienterten Forschung der letzten Jahre geseigt haben, wäre allerdings eine bloße Ausweitung der finanziellen Ressourcen fragwürdig. Grundlegend geht es vielmehr um die Verwirklichung einer anderen Art von Forschung, die ursachen- und problembezogen an der Lebenssituation der Betroffenen ansetzt. Eine solche Forschung setzt eine Transparenz der Forschungsförderung und die Institutionalisierung einer kritischen Gegenöffentlichkeit zur etablierten Wissenschaftsadministration voraus.

Gesundheitspolitik erschöpft sich nicht in Verbesserungen der Struktur des Gesundheitswesens, sondern betrifft alle Bereiche von Gesellschaftspolitik. In diesem Zusammenhang wenden wir uns gegen die zunehmende Gefährdung der Gesundheit in Umwelt und Arbeitswelt durch Luft-, Wasser- und Nahrungsverseuchung. Bekannte Beispiele in jüngster Zeit sind die Katastrophen der Milchverseuchung in Hessen und die gefährliche Atemluftverseuchung Kontrollen des Schadstoffauswurfs und der Schadstoffablagerungen der Großindustrie und die Entschädigung der Betroffenen nach dem Verursacherprinzip.

Auch Stadtplanung muß sich vermehrt der Erkenntnis stellen, daß Fehlentwicklungen zur ernsthaften und teilweise irreversiblen Gesundheitsstörung führen. Wir fordern daher Einbeziehung volksgesundheitlicher Gesichtspunkte in Raum- und Regionalplanung.

Im Gesundheitswesen selbst kann, wie die Contergan-Katastrophe gezeigt hat, der Einfluß der chemisch-pharmazeutischen Großindustrie auf das wichtigste Instrument der kurativen Medizin, das Medikament, zu gefährlichen Entwicklungen führen.

Auch das zweite Arzneimittelgesetz hat an diesen Gefahren nichts geändert. Wir treten dafür ein, daß Arzneimittelforschung und Produktion vermehrt unter öffentliche und wissenschaftliche Kontrolle gestellt werden.

Das Gleiche gilt für die friedliche Verwendung der Kernenergie, für die nach unserer Auffassung die bisherigen Schutzvorkehrungen nicht ausreichen, um den Gefahren nuklearer Verseuchung und genetischer Schädigung vorzubeugen. Wenn das aber so ist, müssen wir im Interesse der Gesundheitssicherung fordern, daß mit der Errichtung von Kernkraftwerken solange gewartet wird, bis die wissenschaftlich und technisch möglichen Schutzvorkehrungen auch wirklich so zur Anwendung gebracht werden können, daß nicht wie heute nahezu wöchentlich neue Einzelheiten über Betriebsunfälle in Kernkraftwerken die Unzulänglichkeit der

bisherigen Schutzvorkehrungen beweisen.

In der Arbeitswelt häufen sich die Gefahren für die Gesundheit durch Streß, Arbeitshetze und Arbeitsverdichtung im Gefolge von Rationalisierungsmaßnahmen. Nach unserer Auffassung darf nur rationalisiert werden, wo dies zu einer Erleichterung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen und nicht zu zusätzlichen Gesundheitsgefahren und Arbeitsplatzverlusten fürht. Deshalb unterstützen wir die Forderung der Gewerkschaften nach Einführung der 35-Stundenwoche bei vollem Lohnausgleich. Tarifrechtlich abgesicherte Schonarbeitsplätze für Behinderte müssen vermehrt eingerichtet werden.

Die Arbeitslosigkeit, die neue Formen vor allem psychischer Gesundheitsgefährdung mit sich bringt, muß durch einen umfangreichen Katalog von Maßnahmen bekämpt werden. Wir fordern den Abbau von Nacht-, Schicht- und Akkordarbeit, einen längeren Jahresurlaub und eine Erleichterung des Zugangs zu präventiven Kuren für die gesunden Arbeitnehmer vor allem in den industriellen Bereichen, wo schwere physische Arbeit geleistet werden muß.

Die geplante 5. Novelle der Arbeitsförderungsgesetzes wälzt einseitig die Belastungen auf die Arbeitnehmer ab. Der Verschlechterung der Arbeits- und Lebensbedingungen durch eine Krankheit und Gesundheit individualisierende Sozialpolitik kann nur durch eine präventive Orientierung der Gesundheitspolitik entgegengewirkt werden.

Frühinvalidität und vorzeitige Vergreisung treten in der Bundesrepublik viel zu häufig auf. Auch daraus leiten wir unsere Forderung zur Humanisierung der Arbeit ab und ergänzen sie durch die Forderung nach Herabsetzung des Rentenalters nach dem Vorbild westeuropäischer Nachbarländer.

Diejenigen Bereiche des Gesundheitswesens, in denen präventive Aufgaben der Gesundheitssicherung im Vordergrund stehen, müssen ausgebaut und teilweise erst neu geschaffen werden. Die mangelhafte Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Planstellen und die unzureichende werksärztliche Versorgung gehören dazu. Wenn der Betriebsarzt im Sinne der Gesundheitssicherung der Belegschaft erfolgreich tätig werden soll, so benötigt er weitergehende Vollmachten, um bei Gefahr für die Gesundheit der Belegschaft selbst bis zur Stillegung der Gefahrenquellen tätig werden zu können. Zugleich braucht er mehr Mitbestimmung in der Produktionsplanung mit einem Vetorecht gegenüber nachweislich gesundheitsgefährdenden Vorhaben. Auch die staatliche Kontrolle über die Gewerbeaufsichtsämter ist zu verbessern. Dies ist nur möglich durch ihre Ausstattung mit mehr Personal und die Erweiterung ihrer Kompetenzen.

Das sind die Voraussetzungen, um die viel zu hohe Zahl der ver-

stämmelnden Arbeitsunfälle, die zunehmenden Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen wirksam zu bekämpfen.

Eine wichtige Voraussetzung für eine wissenschaftlich geplante vorbeugende Gesundheitssicherung ist die qualitative Verbesserung der Sozialstatistiken, wie z.B. der Arbeitslosigkeits-, Morbiditätsund Mortalitätsstatistiken, weil sich über sie die Schwerpunkte der heutigen und der zukünftigen Gesundheitsgefährdung am sichersten erkennen lassen,

Im Internationalen Jahre des Kindes ist es an der Zeit, auf die hohe Gesundheitsgefährdung der Kinder in der Bundesrepublik hinzuweisen. Die Säuglingssterblichkeit muß wenigstens auf das Niveau, wie es in den 5 führenden vergleichbaren Ländern erreicht ist, herabgesenkt werden. Die hohe Zahl der Kinder- und Jugendselbstmorde sowie die wachsende psychische Deprivation und der erschreckende Drogenmißbrauch von Jugendlichen sind ein empfindlicher Indikator für die Vernachlässigung der sozialen Rechte des Kindes. Wir fordern deshalb vermehrte soziale Einrichtungen wie Krippen, Kindergärten und kleine Klassen in den Schulen.

Gesundheitssicherung für die 80-er Jahre heißt für uns, auch gegen die Anwendung von Kernwaffen und sonstigen Massenvernichtungswaffen Stellung zu nehmen. Wir befürworten die gleichgewichtige Abrüstung in Ost und West, fordern die Bundesregierung auf, diesen Prozeß nicht zu bremsen, sondern die Rolle eines Initiators zugunsten von Abrüstungsmaßnahmen einzunehmen. Erster Schritt dazu könnte die Verweigerung der Einführung der Neutronenbombe und ähnlicher Waffensysteme in der Bundesrepublik sein. Wir werden nicht müde darauf hinzuweisen, daß die Ausgaben für Rüstung Kapitalvernichtung in gewaltigem Ausmaß darstellen, durch die anderen gesellschaftlichen Bereichen, so z.B. der Gesundheitssicherung, permanent Ressourcen entzogen werden.

In Übereinstimmung mit den gewerkschaftlichen Forderungen, wie sie z.B. in der Perspektiven zur Gesundheitspolitik der Gewerkschaft ÖTV vom September 1977 niedergelegt sind, appellieren wir an die Öffentlichkeit, sich nicht mit den Hinweisen auf die Kosten von der Notwendigkeit besserer Gesundheitssicherung ablenken zu lassen. Die Gesundheit ist ein zu hohes Gut, als daß gemäß dem Auf und Ab von Konjunktur und Krisenerscheinungen in der Wirtschaft damit nach finanz konomischem Kalkül umgesprungen werden dürfte. Der materielle Reichtum der Bundesrepublik erlaubt und ermöglicht mehr materielle Mittel für die Verhütung von Krankheiten und mehr Einsatz für die Verbesserung der Lebenserwartung und die Gesundheitslage der Bevölkerung, zumal sich auf lange Sicht Maßnahmen in diese Richtung durch Senkung der Krankheitsfolgelasten auch bezahlt machen werden. Zunehmend setzt sich auch in unserem Lande die Einsicht durch, daß Gesundheit die

wichtigste Voraussetzung für alle sozialen Aktivitäten ist. Die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit ist engverknüpft mit dem Ausbau von Demokratie und Mitbestimmung. Wir bekräftigen deshalb unser Eintreten für den Ausbau der demokratischen Rechte der arbeitenden Bevölkerung und für den demokratischen Fortschritt in unserem Land.

Die Resolution wurde von den Teilnehmern der Tagung mit Mehrheit angenommen. Gegenstimmen kamen vor allem von Vertretern der gastgebenden Münchner BdWi-Sektion. Um die Gründe hierfür transparent zu machen, wird im folgenden eine Stellungnahme dieser Gruppe, die inzwischen aus dem Verband augetreten ist, abgedruckt.

Autorengruppe der BdWi-Sektion Munchen Einige Anmerkungen zum Verlauf der Gesundheitspolitischen Fachtagung

Anläßlich der Kontroverse um die Resolution halten wir es für notwendig, unsere Position noch einmal schriftlich darzulegen. An der Resolution wurden unterschiedliche Einschätzungen zu den Zielen der Fachtagung deutlich. Bevor wir also konkret auf die Resolution eingehen, müssen wir unsere Intention der Fachtagung erläutern.

I. Zu den Zielen der Fachtagung

Wir haben die Aufgabe der gesundheitspolitischen Fachtagung in der Diskussion, Entwicklung und Formulierung wissenschaftspolitischer und wissenschaftlicher Analysen, Konzepte und Forderungen für ein verändertes — versorgungsbezogenes und demokratische kontrolliertes — Gesundheitswesen gesehen. Daß wir dabei nicht voraussetzungslos vorgehen würden, verstand sich von selbst. Innerhalb des linken Diskussionsspektrums in der BRD konnten wir dabei zum einen fortführend und in Form einer kritischen Weiterentwicklung an den Marburger Kongreß von 1973 anknüpfen und uns auf die gewerkschaftlichen Thesen zur Gesundheitspolitik beziehen, wie sie von der ÖTV in ihrem gesundheitspolitischen Programm von 1977 vorgelegt worden sind. Für die politische Konkretisierung der Arbeit der Fachtagung erschien uns das Ansetzen

an den Problemen, die sich aus der täglichen Berufspraxis und den Anforderungen, Routinen und Schwierigkeiten des gesundheitspolitischen Arbeitsfeldes ergeben, als besonders wichtig und vielversprechend. Aus diesem zuletzt genannten Punkt ergab sich für unsere Konzpetion der gesundheitspolitischen Fachtagung die Absicht, durch das Einbringen der spezifischen wissenschaftlichen Fachkompetenz der BdWi-Mitglieder zu einer gegenstandsbezogenen Politisierung der einzelnen gesundheitspolitisch relevanten Arbeitsbereiche (der Arbeit in den Institutionen, der Anwendung und Entwicklung theoretischer Modelle, des beruflichen Selbstverständnisses) beizutragen. Nur auf diesem Wege, so glauben wir, läßt sich auch das politisch-strategische Gewicht des BdWi im gesundheitspolitischen Reformprozeß begreifen.

Für die konkrete Arbeit der Fachtagung ergaben sich für uns aus diesen Überlegungen folgende methodische und thematische Schwerpunktsetzungen:

— aus den Schwierigkeiten Reforminhalte in die Praxis umzusetzen und aus der Erfahrung, daß sinnvolle Reformpostulate aus der Praxis selbst entwickelt werden müssen, wenn allgemeine Reformprogramme und politische Planungen nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweggehen oder negative Nebenwirkungen hervorbringen sollen, ergab sich die Begründung für eine Selbstverständnisdiskussion über Richtung und Inhalte von Reformforderungen, u.a. die Differenzierung bloß quantitativer Forderungen nach Ausweitung der Versorgung. Kurz: die theoriepolitische Argumentation sollte aus der Reflexion der Probleme und Bedürfnisse der Praxis selbst entwickelt werden.

— Analyse und Kritik der dominanten staatlichen Gesundheitspolitik bestehender Versorgungseinrichtungen und vorherrschender Forschungsansätze mit Hilfe veränderter wissenschaftlicher und forschungspolitischer Sichtweisen. Das beinhaltete auch, daß die Themen der Arbeitsgruppen sich nicht ausschließlich an der öffentlichaktuellen gesundheitspolitischen Diskussion orientieren könnten, sondern sich schwerpunktmäßig auf strukturelle Vorgaben der gesundheitspolitischen Praxis zentrierten, z.B. auf Struktur, Auswirkungen, Nebenfolgen des Leistungsangebots. Dadurch sollte die Fachtagung auch die Möglichkeit bieten, die Ungleichzeitigkeiten und Widersprüchlichkeiten, Divergenzen und zeitlich auseinandergezogenen Perspektivierungen zwischen öffentlichen und wissenschaftlichen Thematisierungen des Gesundhsitswesens kritisch aufzunehmen.

Ganz allgemein war unser Ziel für die Fachtagung, über die angedeuteten Perspektiven eine Diskussion anzuregen, vor allem die versorgungspolitische Notwendigkeit auch veränderter wissenschaftlicher Perspektiven deutlich zu machen: z.B. die Schwerpunktverlagerung von der Krankheitsforschung zur Gesundheitsforschung und eine erneute Thematisierung der Gesundheitssystemforschung unter dem politisch-organisatorischen Aspekt der Selbstverwaltung und dem versorgungsbezogenen Aspekt der Möglichkeiten einer Institutionalisierung primär-präventiver Aktivitäten (vgl. auch unser Einleitungsreferat).

In diesem Kontext verliert auch die Rede von 'unpräzisen' und 'unklaren' Alternativen ihre Spitze. Auch die unterstützenswerte Forderung nach mehr Mitbestimmung und Demokratie, die wir voll teilen, garantiert allein noch keine verbesserte Versorgung; sie schafft die organisatorischen und institutionellen Voraussetzungen dazu. Gleichzeitig ist es aber für all im Gesundheitswesen Beschäftigten und für die Wissenschaftler notwendig in einen Prozeß der Selbstreflexion einzutreten, eigene Forderungen angesichts neuer Entwicklungen neu zu reflektieren, offene Fragen auch offen zu diskutieren. In Differenzierung zu Mausbachs Einleitungsreferat, das die politische Funktion der Wissenschaft und des BdWi einseitig in der unbefragten Stützung gesellschaftlicher Reformbewegungen sieht, glauben wir, daß deren Forderungen zunächst selbst auch Gegenstand kritischer Reflexion sein müssen. Nur so sind auch Selbstkorrekturen und Lemprozesse innerhalb des Demokratisierungsprozesses selbst denkbar. Nur so kann auch verhindert werden. daß Wissenschaft zum bloßen Instrument gesellschaftlicher Planungen wird, gesellschaftlichen Entwicklungen nur sozialtechnisch hinterherläuft und so leicht in den Zirkel des Reagierens gerät oder bloß monoton dieselben Forderungen über Jahre hinweg wiederholt ohne sich über mögliche unerwünschte Folgewirkungen und neuere Entwicklungen Rechenschaft abzulegen.

Die Intention der Fachtagung, eine Verständigung über gesundheitspolitische Ziele herbeizuführen, beinhaltet wesentlich, die Rolle des wissenschaftlichen Experten infragezustellen. Das Verhältnis des Wissenschaftlers zur Politik besteht unserer Meinung nach weder darin, der "demokratischen Bewegung" nachzubeten und diese wissenschaftlich zu legitimieren, noch in einer nur moralischen Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft; vielmehr ist für uns die Rolle des Experten in dieser Gesellschaft vielfach fragwürdig geworden. Eine Verantwortung der Wissenschaft gegenüber der Gesellschaft ist weder durch Moralismen noch durch Weltanschauung begründbar.

Wenn wir sage, daß die Rolle des Experten zu überdenken ist, lehnen wir gleichzeitig entschieden den Abbau von Stellen in der Gesundheitsversorgung ab. Denn mit einer qualitativen Umstrukturierung der Gesundheitsleistungen kann nicht die Reduktion von Leistungen gemeint sein, sondern eine Neuordnung der Kooperation der an der Versorgung beteiligten Berufgruppen.

Die Auseinandersetzung mit der Expertenrolle unfaßt notwendig

184 Autorengruppe

die Reflexion auf die Produktion wissenschaftlichen Wissens und dessen Anwendung in den Institutionen der Gesundheitsversorgung. Funktionen und Folgen wissenschaftlichen Handelns unterliegen in hohem Maße politischen Bestimmungen, so daß eine rein moralische Stellung des Wissenschaftlers leicht in Gefahr gerät, ohne vernünftige Begründungen zu sein und damit ohne Handlungsperspektive. So z.B. im Verhältnis zu gesellschaftlichen Bürgerbewegungen im Kontext der Energiepolitik, wenn es die Frage für oder wider die Kernenergie zu entscheiden gilt oder wenn alternative Energieformen zur Diskussion stehen. Die Position, die Problematik der Anwendung der Kernenergie auf die Frage der Sicherheitsbestimmungen für Kernkraftwerke zu reduzieren (vgl. Resolution), sehen wir als einen Ausdruck einer folgenreichen wertsreien und damit unpolitischen Sichtweise wissenschaftlichen Fortschritts, in dem der wissenschaftliche Experte nur noch ausführendes Organ einer linearen Fortschrittsentwicklung sein soll. Nur eine Reflexion auf die Grundlagen dieses wissenschaftlichen Fortschritts legt aber Ziele politischen Handelns offen, die den Beteiligten plausibel gemacht werden können und politisch verallgemeinerbar sind.

Derselbe Wissenschaftschaftler, der z.B. in den Institutionen der Sozialversicherung die Krankheit nach einseitigen professionsinternen Konventionen definiert (z.B. nach rein organmedizinischen Gesichtspunkten), verliert als Vertreter einer strukturelle Reform des Gesundheitswesens für uns an Glaubwürdigkeit. Fortschrittsgläubigkeit im Hinblick auf die Technologisierung der Gesundheitsversorgung und die damit verbendene Spezialisierung medizinischen Wissens mit der Folge einer Parzellierung der Krankheit in einzelne Symptome, muß eben zwangsläufig den Blick auf die Bedingungen dieser Technologie verstellen.

Unsere Position in der gegenwärtigen Diskussion um eine Reform des Gesundheitswesens läßt sich charakterisieren als wissenschaftliche Gegenexpertise (Memorandum).

Unter Gegenexpertise verstehen wir situationsbezogene Stellungnahmen und problembezogene Analysen, die ein qualitatives Votum für bestimmte Reformziele implizieren. Dies kann bei der Reform der psychosozialen Versorgung bedeuten, ein Votum gegen die geplante freie Niederlassung von Psychologen für gemeindenahe ambulante Zentren, die psychologische, medizinische und soziale Aspekte integrieren. Gegenexpertise bedeutet z.B. auf die Gefahr hinzuweisen, daß eine Ausweitung professioneller Hilfen für psychisch Kranke auch eine Verstärkung sozialer Kontrolle bedeuten kann (vgl. Erich Wulffs Thesen in der Podiumsdiskussion). Denn mehr Versorgung heißt für den psychisch Kranken potentiell mehr Kontrolle seitens administrativer Instanzen z.B. durch systematische Datenersasung und deren Weitergabe an soziale

Dienste, durch mehr Abhängigkeit von institutionellen Maßnehmen und professionellen Hilfen.

Gegenexpertise soll mehr sein als nur wissenschaftliche Analyse und Kritik bestehender Strukturen und Entwicklungen der Gesundheitsversorgung; sie schließt zum einen den Bezug auf die Berufspraxis ein, ohne deren Politisierung eine Reformperspektive inhaltsleer bleiben muß, zum anderen verlangt die wissenschaftspolitische Strategie der Gegenexpertise die Zusammenarbeit mit Reformgruppen in Bürgerinitiativen und den Gewerkschaften. Gerade die Psychiatriereform in der BRD (im Unterschied zu Italien) zeigt, wie wenig aussichtsreich Reformvorstellungen sind ohne eine entsprechende Politisierung der Praktiker und ohne eine betroffenenbezogene öffentlichkeitsarbeit.

An zwei Beispielen soll unsere Intention der Fachtagung verdeutlicht werden.

Welche Bedeutung gerade einer kritischen Reflexion der Wissenschaft slebst zukommt, wurde u.a. exemplarisch an der Arbeitsgruppe Forschungspolitik sichtbar: Obwohl nicht zuletzt durch das umfangreiche Förderungsprogramm der Bundesregierung 'Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit' eine längst überfällige und immer noch unzureichende Mittelzuweisung erfolgt, wird dadurch allein weder eine qualitativ bessere Forschung. noch automatisch eine innerwissenschaftliche Weiterentwicklung oder auch eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erreicht. Damit dies aber geschehen kann, ist gerade auf einer gesundheitspolitischen Fachtagung über inhaltliche Probleme der Forschung selbst, über ihre Transparentmachung und demokratische Kontrolle, sowie über eine nach wissenschaftlichen und sozialpolitischen Gesichtspunkten selegierte Schwerpunktsetzung der Forschungsthemen zu diskutieren. Innerhalb der an gesundheitspolitischen Reformen arbeitenden Gruppe von Wissenschaftlern hätte hier der BdWi auch eine koordinierende Aufgabe; er könnte einen Diskurs unter Wissenschaftlern anregen, an dessen Ende die Organisierung einer alternativen Gesundheitsforschung stehen könnte.

Eine Blankoforderung nach mehr Mitteln für die gesundheitspolitische Forschung, wie wir sie bei der Verabschiedung der
Resolution nur noch in letzter Minute verhindern konnten, unterläuft das wissenschaftskritische Potential des BdWi; innerhalb unserer Arbeitsgruppe konnten wir an einigen Beispielen vom Bund
geförderter Großforschung gerade zeigen, daß es sich oftmals nur
darum handelt, durch teure langwierige und inhaltlich wie methodisch problematische Projekte drängende Reformen hinauszuzögern
bzw. in der Tendenz sogar Gesundheitspolitik durch Gesundheitsforschung zu ersetzen. (Vgl. hierzu den Arbeitsbericht der Gruppe

VB). An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Reflexion der wissenschaftlichen Forschung selbst im Hinblick auf ihre politischen Nebenwirkungen und Folgeprobleme vor allen Pauschalforderungen nach mehr Forschung zu stehen hat.

Am Beispiel der Arbeitsgruppe Arbeitslosigkeit/Rehabilitation kann das Problem der Experten verdeutlicht werden.

Wir gingen in der Diskussion von der Fragestellung aus, wie der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit in einer gesundheitspolitischen Reformdiskussion aufzunehmen ist. Dabei erschien uns neben der Problematik 'Arbeitslosigkeit als krankheitsverursachender Faktor' ein in der gesundheitspolitischen Diskussion vernachlässigter Bereich wichtig zu sein, nämlich die institutionelle Definition von Krankheit seitens der Arbeits- und Sozialverwaltung. Ärzte etc., d.h. uns ging es um die Frage, wie Krankheit zur Aussteuerung aus dem Arbeitsmarkt instrumentalisiert wird. Der Effekt der Umdefinition von Arbeitslosigkeit in Krankheit und umgekehrt läßt sich in den Arbeitsmarkt-Statistiken nachweisen und setzt sich institutionell als innerbetriebliche Umsetzung (Umsetzung auf einen beschützten Arbeitsplatz) durch. Mit der Konstatierung dieses Effekts behaupten wir nicht, daß der hohe Krankenstand, der durch die Arbeitsmarktlage offenbar wird, schlichtweg manipuliert wird, sondern wir wollen auf die Tatsache aufmerksam machen, daß sich hier ein institutioneller Definitionsprozeß einschleicht, der eine Instrumentalisierung der Gesundheitspolitik für sozialpolitische Opportunitäten bedeutet, und daß an dieser Definition Experten (Mediziner, Psychologen, Juristen) mitwirken, um deren Selbstverständnis und Praxis es uns eigentlich gehen müßte.

Die Tatsache dieser Umdefinition von Arbeitslosigkeit und Krankheit ist gesundheitspolitisch folgenreich. Denn berucksichtigt man den Aspekt des Arbeitsmarktes z.B. bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, so läßt sich nachweisen, daß Rehabilitation z.B. in einer Behindertenwerkstatt langfristig keine Integration in den Arbeitsmarkt bedeuten kann. Eine gesundheitspolitische Forderung nach mehr Rehabilitation oder gar nach einem Ausbau der Gesundheitsleistungen spezifisch für Arbeitslose würde u.U. diese Tendenz verstärken.

Dieses Beispiel zeigt die Perspektive institutionenkritischer Analysen auf und soll auf die Rolle der Professionellen an den Institutionen, die am Prozeß der Ausgrenzung und Umdefinition von Arbeitslosen in Kranke beteiligt sind, verweisen.

II. Zur Resolution

Von unserer Intention der Fachtagung aus gesehen war eine abschließende Resolution überslüssig. Denn eine kritische Auseinandersetzung mit unserem eigenen Standpunkt über gesundheitspolitische Ziele, die in die Politik des BdWi einmünden können, ist nicht in den politischen Rundumschlag einer Resolution übersetzbar.

Unsere Kritik an der Resolution bezieht sich aber nicht nur auf die Ferne zu den Arbeitsgruppenergebnissen, sondern auch auf den in der Resolution zum Ausdruck kommenden Politikstil und die inhaltliche Gewichtung gesundheitspolitischer Ziele und Forderungen. Zum Politikstil: Die Resolution war fertig nach München mitgebracht worden und dann mit partiellen Arbeitsgruppeninhalten gespickt worden, obwohl in der Vorbereitung mit dem Bundesvorstand in Tübingen beschlossen worden war, keine Abschlußresolution zu verabschieden, sondern Thesen der Arbeitsgruppen.

Die in die Resolution aufgenommenen Ergebnisse der Arbeitsgruppen stellten dann auch einen zwanghaften Versuch dar, die Diskussion in politische Forderungen zu pressen, die einen möglichst breiten Konsens erwarten ließen. Daß dieser Konsens nicht vorhanden war, zeigte nicht nur die abschließende Plenumsdiskussion — die übrigens durch die Diskussion über die Resolution blockiert wurde — sondern auch das Auseinanderfallen der Diskussion in den Arbeitsgruppen und dem politischen Resumee aus dieser Diskussion. Dafür ein Beispiel:

In der Resolution wird im Hinblick auf das Therapeutengesetz die freie Niederlassung von Psychologen abgelehnt, in der Arbeitsgruppe Professionalisierung ging die Diskussion von der Kritik am Therapeutengesetz aus, und es wurden andere Formen der politischen Durchsetzung gesucht, mit denen eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung erreicht werden kann. (z.B. die Bedeutung des psychosozialen Ausschusses.) Während also die Arbeitsgruppe beim Therapeutengesetz anfing, wird in die Resolution die Frage der Niederlassung als Ergebnis eingebracht.

Zum Inhalt der Resolution:

Uns erscheint der Artikel "Von einer 'linken Alternative' keine Spur" (Deutsches Ärzteblatt Nr. 10) für die Interpretationsmöglichkeit einer solchen Resolution charakteristisch zu sein. Dort faßt Walter Burkart die gesundheitspolitische Fachtagung des BdWi so zusammen, daß die 'Linke' inzwischen von einer Alternative zum bestehenden Gesundheitssystem (z.B. freie Niederlassung vs. Ambulatorien) abgerückt und zu realistischeren Forderungen nach einer "Vermehrung von Planstellen" und einer "Umorientierung der Gebührenordnung" (vgl. Resolution) gekommen sei. In dieser Kritik wird deutlich, wie mißverständlich politische Forderungen sind, die nicht aus einer Strukturanalyse und -kritik hervorgehen eröffnen. Und in der Tat enthält die Resolution nur spärliche Hin-

weise auf Alternativen zum bestehenden Gesundheitswesen. Der Katalog von Forderungen, angefangen bei der Vermehrung der Planstellen bis zur Krankheitsverursachung, bewegt sich im Rahmen der bestehenden Grundstruktur der medizinischen Versorgung, auf deren Lücken man mit Verbesserungsvorschlägen zielt. Daran ändern auch die Andeutungen auf eine präventive Orientierung nichts. Gerade das Hineinragen der Gesellschaftspolitik in die Gesundheitspolitik z.B. im Zusammenhang Arbeitswelt/Gesundheit macht es u.E. notwendig, Bestandskritik und Entwicklung von Alternativen gleichermaßen zu betreiben. Anderenfalls bleiben wir Krankheitsdefinitionen mit der Konsequenz einer rein kurativen Orientierung verhaftet. Von der auf dem Marburger Kongreß 1973 vorgetragenen Kritik an der ärztlichen Standespolitik ist kaum noch etwas übrig geblieben.

Die deplacierte Abschlußresolution, die weder in einer breiten Öffentlichkeit, noch bei gesundheitspolitisch relevanten politischen Instanzen oder auch in der Fachwelt auf besondere Resonanz stieß, ist unserer Meinung nach auch Symptom für einen bedenklichen und letztlich selbstzerstörerischen Politikstil, der auch im BdWi vielfach zu beobachten ist. In fataler Weise kopiert er — freilich mit anderen Vorzeichen — die Politikrhetorik staatlicher Instanzen und beschränkt sich häufig auf taktisch abwägende Stellungnahmen. Nach innen im Verhältnis zu den eigenen Mitgliedern schlägt sich diese Form der Politik als Formierung und taktisches Ausblancieren von Äußerungen nieder und nähert sich damit dem(schlechten) Stil von Parteipolitik. Im Einzelnen läßt sich dies an folgenden Punkten belegen:

1. Die politischen Forderungen haben häufig einen zu hohen Abstraktionsgrad; sie bleiben rein programmatisch und unterlaufen damit die mit der wissenschaftlichen Kompetenz gesetze Spezifität und Differenzierung von Forderungen. so hat z.B. das Postulat nach Einbeziehung volksgesundheitlicher Gesichtspunkte in der Raum- und Regionalplanung nur dann eine Verwirklichungschance, wenn es nicht unspezifisch an die Öffentlichkeit getragen wird, sondern an spezifische Adressaten, die mögliche Träger dieser Forderungen sein könnten, gerichtet ist, wenn sie in einzelnen Aspekten operationalisiert ist und in politische Handlungsstrategien und spezifische Projekte umgesetzt werden kann.

Zugleich mit dem hohen Abstraktionsgrad wird die politisch gewünschte Durschsetzbarkeit unterlaufen: Auf der Ebene der Außenwahrnehmung kontrastieren die BdWi-Forderungen mit den Leitlinien der etablierten Politik "rein politisch" und können damit im politischen Diskurs aufgrund der vorhandenen Machtverhältnisse pauschal zurückgewiesen werden; auf der Ebene der konkreten Implementierung führt diese Art von Forderungen dazu, daß an die

laufenden Politikprozesse nur flickwerkartig kleine Verbesserungen oder Abmilderungen 'angehängt' werden können. Für letzteres kann die Forderung nach staatlicher Kontrolle der Gewerbeaufsichtsämter als Beispiel gelten: eine Erhöhung von deren Personal und Kompetenzen mag zwar in Einzelfällen tatsächlich zur Behebung der krassesten Mißstände beitragen. Gleichwohl setzt die Forderung am falschen Ende an: eine staatliche Aufsicht hat in einer einseitig wachstumsorientierten Ökonomie kein gesteigertes Interesse an harten Kontrollen.

An diesem Beispiel wird auch noch ein Weiteres sichtbar: der Abstraktheit von programmatischen Forderungen entspricht an vielen Stellen ein unvermittelter Konkretismus einzelner Forderungen, die nach dem Gießkannenprinzip und ohne eine systematische Vermittlung untereinander an die Öffentlichkeit gebracht werden.

Der überhöhte Abstraktionsgrad (wie er sich in der gesundheitspolitischen Resolution etwa in der Bezugnahme auf das 'Jahr des Kindes' ausdrückt) dient bestenfalls dazu, Strohfeuer zu entfachen; man läuft Gefahr, der administrativen Politikrhetorik auf den Leim zu gehen. Darin drückt sich eine für den BdWi unangemessene Ignorierung der tatsächlichen Politikverläufe aus. Schließlich besteht bei solchen Forderungen die Gefahr, über konkrete gesellschaftliche Problemlagen vereinnahmend hinwegzugehen, was dem BdWi den nicht völlig unberechtigten Vorwurf des politischen Syndikalismus einer Stellvertreterpolitik einbringt. Diese Tendenz kommt z.B. in der sozialpolitisch, wie für das konkrete Lebensschicksal der Betroffenen zumindest zwiespältigen Forderung nach Schonarbeitsplätzen für Behinderte zum Ausdruck.

- 2. Durch den Versuch, z.B. auch in der Resolution der gesundheitspolitischen Fachtagung eine breite Palette politisch zunächst nicht unmittelbar zusammenhängender Forderungen in einem überbreiten Konsens zusammenzubringen, wird erstens nach außen hin die Annahme vieler konkreter Forderungen für eine Verbesserung des Gesundheitswesens erschwert; zweitens wird durch die resultathafte Präsentation einer Einheitlickheit von Forderungen und Lösungen der kritische Gehalt einer wissenschaftspolitischen Diskussion unterschlagen, so als könnte über die Richtigkeit oder Angemessenheit von wissenschaftspolitischen Diskussionen einfach per Mehrheitsbeschluß befunden werden. Mit diesem Verfahren werden nicht nur die Möglichkeiten einer offenen Auseinandersetzung über offene Probleme abgeschnitten, sondern auch die Chancen der Durchsetzung wissenschaftlich begründeter Reformschritte geschmälert.
- 3. Eng mit dem vorausgegangenen Punkt verknüpft ist das Verhältnis von Politiknähe und sozialer Brisanz der Forderungen: Forderungen, die politisch brisant und von sozialen Bewegungen (z.B.

190 Autorengruppe

Bürgerinitiativen) getragen sind, werden häufig aus taktischen Überlegungen einer Vorausanpassung und eines Gleichklangs mit der fingierten 'demokratische Bewegung' verwässert. So war es z.B. nicht möglich, in die Resolution der gesundheitspolitischen Fachtagung eine Forderung nach dem Stop der Kernenergiepolitik als entscheidendem gesundheitsgefährdendem Risiko durchzusetzen; einer Forderung, hinter der in der Bundesrepublik eine immer breiter werdende Bürgerbewegung steht. Andere (richtige) Forderungen, z.B. nach einem allgemeinen Rüstungsstop oder dem Verbot der Neutronenwaffe, die trotz eines vermutlich hohen Konsenses geringe Chancen der Durchsetzung heben, wurden mit großem Pathos aufgenommen. Darin drückt sich eine spezifische Selektivität von Themen aus, die haarscharf an den Möglichkeiten und konkreten Aufgabenbestimmungen des BdWi als wissenschaftspolitischer Organisation vorbeigehen; mit diesem oft gewählten Typus von Themen betritt der BdWi die Bühne der 'großen' Politik und versucht - vergeblich - im Chor der großen Diplomatie mitzusingen. Jene Bereiche, in denen (neben den auch wichtigen, aber für den BdWi nicht primären tagespolitischen und weltpolitischen Problemen) konkrete soziale Veränderungen und Einflußnahmen einer wissenschaftspolitischen Organisation möglich sind, bleiben eher am Rande. Eine Folge davon ist daß die Intentionen aktueller Bürgerbewegungen (z.B. Ökologie, Energie etc.), die aus dem Politikverständnis des BdWi weitgehend herausfallen, nicht unterstützt werden und der Verband auch darüber an Glaubwürdigkeit verliert.

Ganz besonders problematisch erscheint uns schließlich jene advokatorische Ausrichtung der Forderungen an den kapitalistischen Staat als Adressaten. Damit übernimmt der BdWi tendenziell die Rolle eines Schattenkabinetts, dessen richtige Politik nur noch durchgesetzt zu werden braucht, um gesellschaftlich Mißstände friktionslos zu beseitigen.

Zu den Autoren:

Constanze Jakobowski, Arztin, Kaiserdamm 6,1000 Berlin-West 19 Henning Bau, Soziologe, Cosimaplatz 4, 1000 Berlin-West 41

Rik van den Bussche, Mediziner, Daimlerstr. 6, 2000 Hamburg-Altona

Gerrit Confurius, Soziologe, Vohrburgerstr. 10, 8000 München 21 Hans-Ullrich Deppe, Mediziner, Zentrum für die psychosozialen Grundlagen der Medizin, Theodor-Stern Kai 7, 6000 Frankfurt-

Alexa Franke, Psychologin, Psychologisches Institut d.Ruhr-Universität Bochum, Postfach 102148, 4630 Bochum

Lerke Gravenhorst, Soziologin, Deutsches Jugendinstitut, Saarstr.

7,8000 München 40

Bernd Güther, Soziologe, Schwigerstr. 8, 8000 München 5 Friedrich Hauß, Soziologe, Levetzovstr. 20, 1000 Berlin 21

Rainer Hohlfeld, Biologe, Wiesenschaftsforscher, Max-Planck-Institut zur Erforschung der Lebensbedingungen, Riemerschmidstr. 7, 8130 Starnberg

Ilona Kickbusch, Politologin, Gottlieberstr. 40a, 7750 Konstanz

Hagen Kühn, Volkswirt, Kluckstr. 38, 1000 Berlin-West 30 Hans Mausbach, Mediziner, Gerhart-Hauptmann-Ring 410, 6000 Frankfurt-Main

Klaus Priester, Soziologe, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt-Main 90 Volker Ronge, Politologe, Max-Planck-Institut zur Erforschung der

Lebensbedingungen, Riemerschmidstr. 7, 8130 Starnberg Rolf Rosenbrock, Volkswirt, Wissenschaftszentrum Berlin, Stein-

platz 2, 1000 Berlin-West 12

Johannes Siegrist, Medizin-Soziologe, Institut für Medizinische Soziologie der Universität Marburg, Robert-Koch-Str. 3550 Marburg

Klaus-Dieter Thomann, Arzt, Praunheimer Weg 84, 6000 Frankfurt-

Main 50

Mitglieder des gesundheitspolitischen Arbeitskreises der Sektion München im BdWi:

Tim Guldiman, Volkswirt, Max-Planck-Institut zur Erforschung der Lebensbedingungen, Riemerschmidstr. 7, 8130 Starnberg

Uwe Hild, Arzt, Caracciolastr. 7, 8000 München 40

Ernst v. Kardorff, Soziologe, Psychologe, Hohenzollernstr. 110/II, 8000 München 40

Heinrich Keupp, Psychologe, Institut für Psychologie d. Universität München, Kaulbachstr. 93, 8000 München 40

Gabrielle Meyer, Arztin, Elisabethstr. 39, 8000 München 40

Elke Portugall, Soziologin, Wörthstr. 1, 8000 München 80 Barbara Riedmüller, Soziologin, Agnesstr. 62, 8000 München 40 Marianne Rodenstein, Soziologin, Duisburgerstr. 17, 1000 Berlin 15 Cornelia Schwartz, Psychologin, Aberlestr. 52, 8000 München 70

HAIN'

Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens in der BRD

Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin. Band 13 1980. 516 Seiten, kt. DM 86,-

Der Autor legt eine umfassende, fachübergreifende Analyse des Gesundheitswesens anhand der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik vor, die den Gegenstand unter medizinsoziologischen, volksund betriebswirtschaftlichen und historisch-empirischen Gesichtspunkten behandelt. Theoretische Zusammehänge werden nicht nur "als solche" dargelegt, sondern finden in der Analyse der bundesdeutschen Entwicklung, wo sie zugleich auch relativiert werden, Anwendung.

Verlagsgruppe Athenäum · Hain · Scriptor · Hanstein Postfach 1220, D-6240 Königstein/Ts.

SOZIALE. MEDIZIN

INFORMATION • KRITIK • ALTERNATIVEN

MAGAZIN DER SGSG.

Die SOZIALE MEDIZIN beleuchtet verschiedenste Bereiche der Medizin und Gesundheitspolitik aus kritischer Sicht. Die Einflüsse der Industrie- und Standesinteressen in der Medizin werden dargestellt. Die SOZIALE MEDIZIN bezieht Stellung für eine Gesundheitsversorgung und Krankemversicherung, welche die medizinische Betreung ökonomisch schwächerer Schichten verbessert und eine soziale Finanzierung ermöglicht. Neue Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung werden propagiert: gemeinschaftliche und koordinierte Formen in der ambulanten Medizin (Gesundheitszentren/Gemeinschaftspraxen), Vorsorgemedizin, Arbeitsmedizin. Die SOZIALE MEDIZIN versucht eine breite Leserschaft anzusprechen. Denn: Ein soziales Gesundheitswesen ist eine gemeinschaftliche, demokratische Aufgabe.

Abonnement (8 Nummern im Jahr / 176 Seiten) SFr. 16,--

Bestellung und gratis Probenummern: SOZIALE MEDIZIN Magazin der SGSG Postfach 2105 4000 Basel 1 / Schweiz