PFLEGE UND MEDIZIN IM STREIT

Das Argument-Konzept

Das Verlagsprogramm soll der Entwicklung der theoretischen Kultur der Linken dienen. Wissenschaftliche Zuarbeit zu den sozialen Bewegungen: den Kräften der Arbeit, der Wissenschaft und der Kultur, der Frauenbefreiung, der Naturbewahrung und der Friedensbewegung. Zuarbeit zu einem sozialistischen Projekt, das diese Bewegungen aneinanderlagert.

Die wissenschaftliche Taschenbuchreihe **Argument-Sonderbände** stellt im Rahmen dieses allgemeinen Projekts einen Verbund spezieller Projekte dar. Die einzelnen Serien innerhalb der Reihe sind Medien der Forschung und Kommunikation spezifischer Praxisbereiche:

Gewerkschaftsfragen/Arbeitergeschichtsschreibung
Frauen-Forschung
Kultur-von-unten/Eisler/Brecht
* Literatur im historischen Prozeß
* Gulliver/Deutsch-Englische Jahrbücher
Ideologie-Theorie
* Kritische Psychologie
* Kritische Medizin
Automation und Qualifikation
Alternative Wirtschaftspolitik
Alternative Umweltpolitik
Theorie der Politik und der Parteien
Internationale Sozialismus-Diskussion.

Wie bei einem Buchklub kann man AS-Bände auch billiger beziehen, wenn man sich auf eine jährliche Mindestbestellung festlegt. Das **Auswahl-Abo** verpflichtet zur Abnahme von drei Bänden nach Wahl aus der Jahresproduktion. Man kann sich auch auf ein **Spezial-Abo** einer der mit Sternchen bezeichneten Serien beschränken. Schließlich gibt es das besonders preisgünstige **AS-Gesamt-Abo.** Jede dieser Abo-Arten berechtigt zum Bezug weiterer AS-Bände — auch aus früheren Jahrgängen — zum Abo-Preis.

Die einzelnen Projekte der **Argument-Sonderbände** werden verbunden über die Zeitschrift **Das Argument.** Sie dient der Entwicklung des allgemeinen Wissens- und Diskussionszusammenhangs.

Die Zeitschrift ist ein Forum
— in dem verbindende politische und methodische Diskussionen ausgetragen werden;
— in dem Exposés und Forschungsergebnisse aus den Spezialgebieten einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden;
— in dem Literaturübersichten und ein beispielloser Rezensionsteil helfen, Überblick zu gewinnen;
— in dem allgemeintheoretische Entwicklungen auch aus anderen Ländern kritisch und kollektiv (=diskutierend) angeeignet werden, damit permanente Erneuerung marxistischer Theorie stattfinden kann.

Zur Kontinuität der theoretischen Kultur der Linken trägt die Reihe **Argument-Studienhefte** bei. Hier werden Grundlagen- und Einführungstexte für Arbeitsgruppen verfügbar gehalten.

ARGUMENT-VERLAG BERLIN

o.k.

Jahrbuch für kritische Medizin 8

Pflege und Medizin im Streit

Mit Beiträgen von

Heinz-Harald Abholz, Claudia Bischoff,
Petra Botschafter-Leitner, Nguyen Duy Cuoeng,
Wolfgang Dissmann, Elisabeth Faeth,
Eberhard Göbel, Elsa Heindrichs,
Christian Hueck, Heiner Keupp, Marc Renaud,
Regine Rickmann, Udo Schagen, Bodo Scharf,
Rolf Schlömer, Alfred Schmidt, Birgit Seeger,
Siegbert Setsevits, Erich Standfest,
Thure von Uexküll u.a.

ARGUMENT-SONDERBAND AS 86

Redaktion dieses Bandes

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

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jahrbuch für kritische Medizin. — Berlin: Argument-Verlag
ISSN 0341-0943

Bd. 8. — Pflege und Medizin im Streit

Pflege und Medizin im Streit / mit Beitr. von Heinz-Harald Abholz ... — Berlin: Argument-Verlag, 1982.
(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd. 8)
(Das Argument : Argument-Sonderbd. ; AS 86)
ISBN 3-88619-086-2

NE: Abholz, Heinz-Harald (Mitverf.); Das Argument / Argument-Sonderband

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1982.
Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten.
Argument-Verlag: Redaktion: Altensteinstr. 48a, 1000 Berlin 33, Tel. 030/8314079;
Argument-Vertrieb: Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, Tel. 030/4619061
Satz: Barbara Steinhardt, Berlin. — Druck: alfa-druck, Göttingen. 1.-4. Tsd. 1982
ISSN 0341-0943
ISBN 3-88619-086-2

Inhalt

Appell Gesundheitswesen für den Frieden 5

Editorial: Organisierung zum Frieden 9

Schwerpunkt: Pflege

Claudia Bischoff
Krankenpflege als Frauenberuf 13

Das Verhältnis von Pflege und Medizin
— Ergebnisse einer Diskussion — 28

Petra Botschafter-Leitner
Patientenorientierung — Personalorientierung
— Ein Konflikt mit falschen Fronten — 38

Denise Couture, Marc Renaud, Louise-Hélène Trottier
Dequalifizierung oder Überqualifizierung in der Krankenpflege?
— Erfahrungen aus Quebec/Kanada — 42

Regine Rickmann, Birgit Seeger, Elisabeth Faeth
Praxisgemeinschaft aus nichtärztlicher Sicht
— Erfahrungen aus der Heerstraße Nord — 58

Gesundheitsschäden und Industrieinteressen

Christian Hueck und Elvira Moser
Tabakmultis (TTCs) und Gesundheitspolitik 64

Rolf Schlömer
Der Zahnarzt auf der Milka-Kuh?
— Zuckerindustrie und Zahnschäden — 84

Wolfgang Dissmann, Hans-Joachim Philipp, Norbert Schaub
Die Alkoholkrankheit — kein medizinisches Randproblem 90

Siegbert Setsevtis
Über eine Aufsichtsbehörde 98

* * *

Heinz-Harald Abholz und Elsa Heindrichs
Forschung in der Allgemeinmedizin
— Ein Beitrag zur inhaltlichen Bestimmung des Faches — 111

Thure von Uexküll
Approbationsordnung und Studienreform
— Erinnerungen an die Zukunft — 124

Eberhard Göbel und Uda Schagen
Gesundheitsbewegung wohin?..... 130

Heiner Keupp, Manfred Cramer, Eckhard Giese, Wolfgang Stark und Stephan Wolff
Psychologen auf der Suche nach einer neuen politischen Identität.. 139

Bodo Scharf, Alfred Schmidt, Erich Standfest
Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik
Zwischenbilanz und Perspektiven aus gewerkschaftlicher Sicht..... 147

Aufbau nach 30 Jahren Krieg
Interview mit Nguyen Cuoeng,
stellv. Gesundheitsminister der Sozialistischen Republik Vietnam.. 159

* * *

Barbara Nemitz
Was hat Gesundheit mit der Volksuni zu tun?..... 169

Aufruf zur Mitarbeit: Ambulante Medizin/Gruppenpraxis..... 171

Das Medizin-Abo..... 172

Über die Autoren..... 173

APPELL
Gesundheitswesen für den Frieden

Kein Notstandsgesetz
Keine Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall

Wir arbeiten in einem Beruf des Gesundheitswesens, in einem sozialen Beruf oder werden demnächst dort tätig sein. In unserem Beruf tragen wir eine besondere Verantwortung für den Schutz von Leben und Gesundheit der Menschen. Deshalb können und wollen wir nicht schweigen, wenn gegenwärtig umfassende Maßnahmen getroffen werden zur Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall.

Schon 1980 legte die Bundesregierung den Entwurf eines Notstandsgesetzes für das Gesundheitswesens vor, ein '**Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles** — Gesundheitssicherstellungsgesetz'. Dies ist ein Notstandsgesetz für den Kriegsfall, das den Rahmen bilden soll für entsprechende Maßnahmen auf Länderebene. In allen Bereichen des Gesundheitswesens werden Vorbereitungen dafür getroffen. Der erste Entwurf dieses Notstandsgesetzes macht das gesamte Ausmaß der geplanten Maßnahmen deutlich.
Er sieht vor:

- Die **Registrierungspflicht** aller im Gesundheitswesen und den angrenzenden sozialen Berufen Tätigen schon in Friedenszeiten. Erfaßt und überwacht werden mehrere Millionen Menschen: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Krankenschwestern, -pfleger und Krankengymnasten, technische Assistenten und Laboranten; alle Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Sanatorien, Arztpraxen, Untersuchungseinrichtungen und Sanitätsorganisationen einschl. all derer, die diese Berufe früher ausübten; das gesamte technische und Verwaltungspersonal. Schwesternhelferinnen und Pflegediensthelfer sollen als 'Personalreserve' dienen. Betroffen sind auch Zivildienstleistende und alle Beschäftigten sozialer Dienste. Per Rechtsverordnung kann der Kreis der Berufe beliebig erweitert werden.

- Die **Zwangsausbildung und Zwangsfortbildung** in Kriegsmedizin sowie die Durchführung entsprechender Übungen; Hauptbestandteil dieser Maßnahmen soll das 'Sichtungsverfahren' sein, das bei großen Massen von Verletzten eine Auswahl der zu behandelnden Personen vorsieht. Für den Kriegsfall be-

deutet dies immer die Gefahr einer Auswahl unter dem Gesichtspunkt der Kriegstauglichkeit.

- Die Aufstellung von **Einsatzplänen** für den Kriegsfall durch Behörden, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und andere Berufsvertretungen sowie Krankenhausleitungen.

- Die enge Zusammenarbeit zwischen zivilem Gesundheitswesen und dem Militär in allen Bereichen: bei Planungen, Übungen – und im Ernstfall.

- Die **Dienstverpflichtung** aller erfaßten Berufsgruppen für den Ernstfall.

- Die Einrichtung von 'Hilfskrankenhäusern' und den Aufbau von Materialdepots; im Kriegsfall können Schulen und Hotels zu 'Bettenhäusern' umfunktioniert werden. Alle vorbereitenden Maßnahmen sollen aus öffentlichen Mitteln des Bundes finanziert werden.

An der angestrebten Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall ändert sich auch nichts durch die Absicht, das Gesetz umzubenennen – etwa in ein 'Gesetz zur Verbesserung der Organisation des gesundheitlichen Zivilschutzes' – und Teile seiner bisherigen Inhalte der Ländergesetzgebung zu überlassen. Aufgrund des wachsenden Widerstandes gegen diese Gesetzesvorhaben sollen nämlich die bestehenden Gesetze der Länder über den zivilen Katastrophenschutz so erweitert werden, daß sie auch für den Kriegsfall angewendet werden können. Erklärtes Ziel dieser Gesetzesplanung ist es, schon in Friedenszeiten über einen forcierten Ausbau des zivilen Katastrophenschutzes den Übergang von 'Friedensaufgaben' zum Einsatz im Krieg 'möglichst gering' zu halten.

Im übrigen gibt es bereits gegenwärtig umfangreiche Vorbereitungen des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall:

- Sanitätsorganisationen bildeten mit finanzieller Unterstützung des Verteidigungs- und Innenministeriums bis heute weit mehr als 200 000 Frauen zu Schwesternhelferinnen aus.

- Ranghöchste Sanitätsoffiziere der Bundeswehr fordern im Rahmen des geplanten Notstandsgesetzes die Verpflichtung der Frauen für das Sanitäts- und Gesundheitswesen schon in Friedenszeiten.

- Ärztekammern führen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen in 'Katastrophenmedizin' unter Beteiligung und Anleitung von Stabsärzten der Bundeswehr durch. Gelehrt und geübt wird in erster Linie die 'Triage', ein Verfahren zur Auswahl der zu Behandelnden bei 'Massenanfällen' von Verletzten.

- Als begleitender gesetzlicher Schritt soll die 'Katastrophenmedizin' Pflichtbestandteil der ärztlichen Ausbildung werden. Mit der Einrichtung von Universitätslehrstühlen wird begonnen.

- Mit Rheinland-Pfalz hat das erste Bundesland ein ziviles Katastrophenschutzgesetz dieser Notstandsplanung angepaßt. Zwangsregistrierung, -fortbil-

dung und -übungen für alle im Gesundheitswesen Tätigen sind damit schon jetzt gesetzlich vorgeschrieben.

● Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat einen 'Einsatz- und Alarmplan' für die Krankenhäuser des Landes erarbeitet. Entsprechende Maßnahmen bis hin zur Einrichtung von Dekontaminations- und Patientensortierungsräumen sind vorgesehen. Jedes Krankenhaus muß einen Arzt als verantwortlichen 'Katastrophenschutzbeauftragten' benennen.

● Schon jetzt wurden über 200 Hilfskrankenhäuser mit mehr als 80 000 Betten für den Ernstfall eingerichtet.

● In einzelnen Städten und Krankenhäusern werden Einsatzpläne für den Ernstfall erstellt; häufig sind Bundeswehrangehörige maßgeblich an zivilen Katastrophenschutzübungen beteiligt.

Katastrophenschutz und medizinische Vorsorge für zivile Katastrophen sind zweifellos notwendig. Hierfür bestehen bereits ausreichende gesetzliche Regelungen. Es muß jedoch unter allen Umständen verhindert werden, daß die gesamte zivile Katastrophenmedizin zu militärischen Zwecken mißbraucht wird.

Eine verhängnisvolle psychologische Einstimmung auf den Krieg muß verhindert werden.

Alles spricht dafür, daß ein zukünftiger Krieg mit Atomwaffen und anderen Massenvernichtungsmitteln geführt wird. Schon das bestehende Atomwaffenpotential in Ost und West hat ein unvorstellbares Ausmaß angenommen. Gegenwärtig steigt die Gefahr eines atomaren Krieges zusätzlich sprunghaft an. Ursache dafür ist die geplante Stationierung neuer Mittelstreckenraketen und Marschflugkörper in der Bundesrepublik und anderen Ländern sowie die Entscheidung zur Produktion der Neutronenwaffe. Mit diesen Waffen bisher nicht gekannter Treffsicherheit soll ein auf Europa 'begrenzter' Atomkrieg vorstellbar werden.

Erst in diesem Zusammenhang wird die volle Tragweite eines Notstandsgesetzes für das Gesundheitswesen und aller übrigen Maßnahmen deutlich. Hierdurch soll der Eindruck erweckt werden, als sei medizinische Hilfe in einem solchen Krieg möglich. Dies stellt jedoch eine massive Täuschung der Bevölkerung und eine Selbsttäuschung der politisch Verantwortlichen dar.

In einem Atomkrieg wird es keine medizinische Hilfe geben. Millionen Menschen werden an den unmittelbaren und langfristigen Folgen atomarer Explosionen qualvoll zugrundegehen.

Die einzige Hilfe ist daher die Verhinderung eines solchen Krieges!

Deshalb sagen immer mehr Menschen – auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen – 'Nein' zu allen Planungen und Vorkehrungen für den Kriegsfall.

Deshalb drängen immer mehr Menschen auf Politik der Abrüstung und Entspannung und engagieren sich in der Friedensbewegung.

Mit unserer Unterschrift erklären wir:

- Wir sind nicht bereit, durch unsere Mitarbeit einen Krieg denkbar, führbar oder gewinnbar erscheinen zu lassen.
- Wir sind nicht bereit, uns in Kriegsmedizin aus- und fortbilden zu lassen oder diese zu lehren. Wir werden uns nicht an entsprechenden Vorbereitungen und Übungen beteiligen.
- Wir fordern die Bundesregierung auf, jegliche Planung für ein Notstandsgesetz im Gesundheitswesen und begleitende gesetzliche Maßnahmen aufzugeben.
- Wir fordern die Länderregierungen auf, jegliche Ausweitung der zivilen Katastrophenschutzgesetze für den Kriegsfall zu unterlassen.
- Wir fordern Behörden, Ärztekammern und andere Berufsvertretungen, Hilfsorganisationen und alle übrigen Institutionen auf, die Planung und Durchführung von Übungen und Maßnahmen einzustellen, die auf einen Krieg vorbereiten.
- Insbesondere fordern wir die Bundesregierung auf, die Zustimmung zur Stationierung von Pershing II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen und damit den Weg zu öffnen für einen umfassenden Abrüstungsprozeß in Ost und West mit dem Ziel eines atomwaffenfreien Europas.

Unterschrift

an „Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden"
c/o Dr. Middelhauve, Luetkensallee 41, 2 Hamburg 70

Für die Weiterverbreitung dieses Appells und dieser Informationen benötigen wir dringend Ihre Spende.
Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden, Deadner Bank, Hamburg, Konto-Nr. 4340 103 01, BLZ 200 800 00

Editorial: Organisierung zum Frieden

Eine »Organisierung zur Gesundheit«, so der Titel unseres letzten Jahrbuchs, ist nicht denkbar ohne den Einsatz, ohne die Organisierung für den Frieden. Diese Verbindung leisteten mit einer bis dahin unbekannt-breiten Unterstützung von über 2000 Ärzten im letzten Jahr die in mehreren überregionalen Tageszeitungen erschienenen Aufrufe »Ärzte warnen vor dem Atomkrieg«. Sie leiteten den am 19./20. September 1981 in Hamburg stattfindenden Kongreß »Die Überlebenden werden die Toten beneiden« ein (zwei Aufsätze zur Frage »Notstandsgesetzgebung im Gesundheitswesen« und zur Wirksamkeit der Katastrophenmedizin gegen den Atomtod sind im letzten Jahrbuch abgedruckt; weitere Kongreßmaterialien erschienen inzwischen im Verlag Pahl-Rugenstein, Köln 1982). Über 1600 Teilnehmer wurden gezählt. Diese für die deutsche Medizin angesichts ihrer kaum gebrochenen Nachkriegsentwicklung aus der faschistischen Vereinnahmung und ständischem Dünkel bereits seit langem nötige humanistische Orientierung rief sogleich jene Standesvertreter auf den Plan, von denen ärztliche Politik heute noch weitgehend bestimmt wird. Im Deutschen Ärzteblatt am 1.10.1981 (Heft 40) gab der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, J.F. Volrad Deneke, folgende Einschätzung unter der der Überschrift: »Ein Angriff auf die sittliche Substanz des Arzttums«:

»Unter der Devise 'Ärzte warnen vor dem Atomtod' wurde zu Lasten der Selbstverteidigungsbereitschaft in der NATO ganz offenkundig Propapanda zugunsten der vom sowjetischen Imperialismus militant gerüsteten sozialistischen Internationale betrieben. Ideologisch ambivalente Profilneurotiker und gewissenhafte Sektierer waren auch diesmal wieder bereit, an der ethischen Tarnkappe materialistischer Machtpolitik mitzustricken. (...) Die Parole 'Ärzte warnen vor dem Atomtod' unterstellt, daß es besondere ärztliche Gründe gäbe, gerade vor atomaren Energien zu warnen. Solche besonderen ärztlichen Gründe gibt es nicht. Die Schlagzeilen 'Ärzte warnen vor dem Verkehrstod' oder 'Ärzte warnen vor dem Knollenblätterpilz' haben keine geringere ethische Dimension. Die Zahl der Gefährdeten, Leidenden und Sterbenden ist für die Qualität des ärztlichen Auftrags ebenso irrelevant, wie die Ursachen der Gefährdung und Verletzung von Leib und Leben selbst es sind.«

Der Zynismus, die Gefahr eines Atomkriegs auch nur in die Nähe der Gefahren des Knollenblätterpilzes zu rücken, war aber selbst in den eigenen Reihen nicht mehr tragbar. Mehr als hundert, in der Mehrzahl empörte, Leserbriefe zwangen das Deutsche Ärzteblatt (Heft 46/81), Teile dieser Diskussion über sieben Seiten abzudrucken. Auch wenn der Autor sich in seinem »Schlußwort« nicht belehrt zeigte, auch wenn nun der Präsident der Bundesärztekammer selbst die Initiative in der Propaganda für eine Katastrophenmedizin ergriff (Heft 47/81), die Diskussion in der Ärzteschaft und weit darüber hinaus war nicht mehr aufzuhalten.

Auf dem zweiten Gesundheitstag in Hamburg (30.9. bis 4.10.1981) wurde die Friedensbewegung fast zum einzigen einigenden Band der über zehntausend aus den verschiedenen linken und alternativen politischen Gesundheitsgruppierungen und vielen nicht organisierten Teilnehmern. Die Öffentlichkeit hat diese, will man diesen Begriff verwenden, tatsächlich in der »sittlichen Substanz des Arzttums« fußende Bewegung sorgsam registriert und zunehmend positiv kommentiert (siehe folgende, auch in der Friedensarbeit verwendbare, Beispiele: H.M. Hanauske-Abel und G. Obermayr: Zivilisten haben keine Chance, in: Die Zeit v. 18.9.81; M. Wulf-Mathies,: Gesundheitsschutz im Verteidigungsfall oder Ist der Notstand planbar?, in: ötv-magazin märz 82; H.-E. Richter: Psychologische Wirkungen der Atomkriegsdrohung, in: Frankfurter Rundschau v. 22.4.82; U. Gottstein: Ärzte und Atomkrieg. Die Mediziner entdecken ihre Verantwortung, in: FAZ v. 6.5.82).

Regionale Ärztekammer-Listen haben Stellungnahmen verfaßt (Hessen) und die Veröffentlichung kritischer Aufsätze im regionalen Kammerblatt durchgesetzt (Berlin). Dezentrale und zentrale Friedensinitiativen mit zahlreichen öffentlichkeitswirksamen Aktionen sind entstanden. Um einen zweiten Kongreß »Ärzte warnen vor dem Atomkrieg« (wahrscheinlich im Frühjahr 1983 in München) vorzubereiten, gab es Treffen mit hunderten von Teilnehmern im Januar 82 in Berlin und Ende Mai 82 in München. Zur Vorbereitung der Teilnahme am 2. Kongreß der Internationalen Ärztebewegung »International Physicians for the Prevention of Nuclear War« (IPPNW) hat sich im Februar 82 eine »Sektion Bundesrepublik Deutschland der IPPNW« konstituiert; sie war mit mehreren Vertretern vom 3. bis 7.4.82 in Cambridge anwesend. Den »Appell Gesundheitswesen für den Frieden«, der die umfassendste Einschätzung auf der politischen Grundlage eines möglichst breiten Bündnisses gibt, haben wir auf den vorangehenden Seiten abgedruckt. Wir unterstützen ihn, wie die anderen Erklärungen, und bitten alle Leser, um ihre an die angegebene Adresse geschickte Unterschrift und um Spenden!

An dieser Stelle ein Wort zu den, aufgrund der schon erreichten Breite dieser Bewegung, vorhandenen unterschiedlichen Positionen in einigen Fragen: Brauchen wir vor allem *Ärzte*-Aktionen, weil diese mehr öffentliche Beachtung finden, *oder* mehr Aktionen aller im Gesundheitswesen Beschäftigten, um dem notwendigen Widerstand eine größere Breite und Kraft zu geben? Muß der Protest sich ausschließlich gegen eine »Kriegsmedizin« *oder* gegen die, derzeit von der Militärmedizin in Dienst genommene, »Katastrophenmedizin« generell richten? Beide Fragen scheinen uns für die gesamte Gesundheits-/Friedensbewegung angesichts der tatsächlich bestehenden Bedrohung eher von randständiger Bedeutung und nur im Hinblick auf einzelne Aktivitäten bzw. die Diskussion mit bestimmten noch zu gewinnenden Mitkämpfern auch verschieden beant-

wortbar zu sein. Worauf es ankommt, ist zunächst allein der wirksame Kampf gegen weitere Atomwaffen und weitere gesetzliche Maßnahmen, die der Militarisierung und Kontrolle der Gesundheitsarbeiter dienen (Informationen über Initiativen, Adressen u.a. über die Redaktion).

Das erste Mal (mit einer Ausnahme: Dorothy Hall im 2. Jahrbuch) seit dem Bestehen einer Medizinreihe im *Argument* erscheinen Aufsätze zum *Schwerpunkt Pflege.* Daß dies bisher nicht geschehen ist, liegt daran, daß Leser und Autoren ganz überwiegend Mediziner und Sozialwissenschaftler sind; nur ganz wenige Angehörige der Krankenpflegeberufe haben den einen oder anderen Artikel gelesen. Eine Zeitschrift, die die sozialen Bedingungen und Aspekte von Krankheit und Gesundheit thematisieren will, kann nicht an der Krankenpflege vorbeigehen. Zum einen ist die Diskussion im Pflegebereich so weit fortgeschritten, daß Arbeitsergebnisse als Aufsätze vorgelegt werden können. Zum anderen ist, auch durch unsere Beiträge, die Diskussion um die Grenzen der kurativ orientierten Medizin so weit entwickelt, daß der Blick frei geworden ist für den weiteren wichtigen Bereich gesundheitlicher Versorgung, den der Betreuung. Und diese liegt heute vorwiegend in der Hand der Pflegeberufe und — vielleicht — der Allgemeinärzte. Aus zwei Arbeitsrichtungen her hat sich also die Notwendigkeit einer näheren Analyse von Inhalten, Arbeitsmöglichkeiten und Behinderungen der Pflege ergeben: aus der Pflege, die die Inhalte ihrer Tätigkeit mehr als bisher reflektiert, und aus einer Medizinkritik, die die Orientierung der Medizin auf eine — im wesentlichen auf hochspezialisierten biomedizinischen Eingriffen beruhenden — Kuration als eine Fehlentwicklung und als eine Illusion darstellen konnte. Die hier gesammelten Aufsätze sollen zur Diskussion und zum Weiterschreiben, zu einem produktiven Streit um Pflege und Medizin anregen: wir warten auf Aufsatzangebote für die nächsten Bände.

Der Themenschwerpunkt *»Gesundheitsschäden und Industrieinteressen«* setzt eine Tradition von Aufsätzen des *Argument* fort. Neben diesen Schwerpunkten bleibt das Jahrbuch Forum für die Medizinkritik verschiedenster Themenbreiche. Besondere Bedeutung hat der Aufsatz *Thure von Uexküllls* für die Ausbildungsreformdiskussion der Ärzte. Der Autor war, nach dem wesentlich in den fünfziger Jahren von ihm beeinflußten Gießener Studienreformmodell, einer der Initiatoren für die dann erst mit der Approbationsordnung von 1970 beabsichtigten Studienreform. Weil, vornehmlich von Medizinprofessoren konservativer Couleur, heute nicht selten nach den alten Zuständen als Alternative und Allheilmittel zur heutigen Ausbildungsmisere gerufen wird, ist es notwendig, sich die Ausgangssituation vor Inkrafttreten der Apporobationsordnung deutlich zu machen.

Zum *Interview mit dem Vietnamesischen Gesundheitsminister* hätten wir gerne eine kurze und aktuelle Analyse der allgemeinen Situation des

Landes geliefert. Das ist uns nicht gelungen. Den Interessierten verweisen wir z.B. auf die entsprechenden Passagen in den Notizbüchern zur Ästhetik des Widerstands von Peter Weiss (Frankfurt 1981). Vietnam und das Parteiergreifen für ein Volk im dreißigjährigen Krieg gegen ihre Ausbeuter galt noch vor wenigen Jahren als Prüfstein bei der Verteidigung der Interessen der Vielen gegen die Wenigen auch in unserem Land. Solidarität ist hier wie in Lateinamerika weiter erforderlich. Zum Thema *Gesundheitspolitik und Basisversorgung in der Dritten Welt* ist parallel zu diesem Jahrbuch ein eigenes Studienheft mit Aufsätzen zur Situation dieser Länder, insbesondere in Afrika und Lateinamerika, erschienen (Argument-Studienheft 41, zu beziehen über unseren Vertrieb).

Die im letzten Editorial ausgesprochene Selbstkritik an der komplizierten Sprache vieler unserer Aufsätze hat nicht ausreichend auf Autoren und Bearbeiter gewirkt. Einzelne Aufsätze haben wenigstens ein erläuterndes Glossar, in dem die erklärte Bedeutung der Begriffe allerdings nur für den Zusammenhang des jeweiligen Aufsatzes gilt.

Zur Vereinheitlichung werden in Zukunft unsere Bände alle unter dem Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« zu abonnieren sein. Pro Jahr wird es einen Themen-Band (ehemals Reihe »Argumente für eine Soziale Medizin«) geben, wie z.B. »Prävention«, erschienen 1981. Außerdem, ebenfalls jährlich, wie bisher, ein Jahrbuch für kritische Medizin, in dem wir uns ebenfalls um Schwerpunktsetzung bemühen, gleichzeitig aber der Diskussionforum-Charakter erhalten bleiben soll und daher auch Aufsätze außerhalb der Schwerpunkte aufgenommen werden.

Abschließend bitten wir alle regelmäßigen und unregelmäßigen Leser, die beiden pro Jahr erscheinenden Medizinbände zu abonnieren (zu den Abo-Bedingungen siehe die hintere innere Umschlagseite). Dies erspart dem Leser Geld und hilft uns zur notwendigen Stabilität. Karte an den Vertrieb genügt!

wortbar zu sein. Worauf es ankommt, ist zunächst allein der wirksame Kampf gegen weitere Atomwaffen und weitere gesetzliche Maßnahmen, die der Militarisierung und Kontrolle der Gesundheitsarbeiter dienen (Informationen über Initiativen, Adressen u.a. über die Redaktion).

Das erste Mal (mit einer Ausnahme: Dorothy Hall im 2. Jahrbuch) seit dem Bestehen einer Medizinreihe im *Argument* erscheinen Aufsätze zum *Schwerpunkt Pflege.* Daß dies bisher nicht geschehen ist, liegt daran, daß Leser und Autoren ganz überwiegend Mediziner und Sozialwissenschaftler sind; nur ganz wenige Angehörige der Krankenpflegeberufe haben den einen oder anderen Artikel gelesen. Eine Zeitschrift, die die sozialen Bedingungen und Aspekte von Krankheit und Gesundheit thematisieren will, kann nicht an der Krankenpflege vorbeigehen. Zum einen ist die Diskussion im Pflegebereich so weit fortgeschritten, daß Arbeitsergebnisse als Aufsätze vorgelegt werden können. Zum anderen ist, auch durch unsere Beiträge, die Diskussion um die Grenzen der kurativ orientierten Medizin so weit entwickelt, daß der Blick frei geworden ist für den weiteren wichtigen Bereich gesundheitlicher Versorgung, den der Betreuung. Und diese liegt heute vorwiegend in der Hand der Pflegeberufe und — vielleicht — der Allgemeinärzte. Aus zwei Arbeitsrichtungen her hat sich also die Notwendigkeit einer näheren Analyse von Inhalten, Arbeitsmöglichkeiten und Behinderungen der Pflege ergeben: aus der Pflege, die die Inhalte ihrer Tätigkeit mehr als bisher reflektiert, und aus einer Medizinkritik, die die Orientierung der Medizin auf eine — im wesentlichen auf hochspezialisierten biomedizinischen Eingriffen beruhenden — Kuration als eine Fehlentwicklung und als eine Illusion darstellen konnte. Die hier gesammelten Aufsätze sollen zur Diskussion und zum Weiterschreiben, zu einem produktiven Streit um Pflege und Medizin anregen: wir warten auf Aufsatzangebote für die nächsten Bände.

Der Themenschwerpunkt »*Gesundheitsschäden und Industrieinteressen*« setzt eine Tradition von Aufsätzen des *Argument* fort. Neben diesen Schwerpunkten bleibt das Jahrbuch Forum für die Medizinkritik verschiedenster Themenbreiche. Besondere Bedeutung hat der Aufsatz *Thure von Uexküllls* für die Ausbildungsreformdiskussion der Ärzte. Der Autor war, nach dem wesentlich in den fünfziger Jahren von ihm beeinflußten Gießener Studienreformmodell, einer der Initiatoren für die dann erst mit der Approbationsordnung von 1970 beabsichtigten Studienreform. Weil, vornehmlich von Medizinprofessoren konservativer Couleur, heute nicht selten nach den alten Zuständen als Alternative und Allheilmittel zur heutigen Ausbildungsmisere gerufen wird, ist es notwendig, sich die Ausgangssituation vor Inkrafttreten der Apporobationsordnung deutlich zu machen.

Zum *Interview mit dem Vietnamesischen Gesundheitsminister* hätten wir gerne eine kurze und aktuelle Analyse der allgemeinen Situation des

Landes geliefert. Das ist uns nicht gelungen. Den Interessierten verweisen wir z.B. auf die entsprechenden Passagen in den Notizbüchern zur Ästhetik des Widerstands von Peter Weiss (Frankfurt 1981). Vietnam und das Parteiergreifen für ein Volk im dreißigjährigen Krieg gegen ihre Ausbeuter galt noch vor wenigen Jahren als Prüfstein bei der Verteidigung der Interessen der Vielen gegen die Wenigen auch in unserem Land. Solidarität ist hier wie in Lateinamerika weiter erforderlich. Zum Thema *Gesundheitspolitik und Basisversorgung in der Dritten Welt* ist parallel zu diesem Jahrbuch ein eigenes Studienheft mit Aufsätzen zur Situation dieser Länder, insbesondere in Afrika und Lateinamerika, erschienen (Argument-Studienheft 41, zu beziehen über unseren Vertrieb).

Die im letzten Editorial ausgesprochene Selbstkritik an der komplizierten Sprache vieler unserer Aufsätze hat nicht ausreichend auf Autoren und Bearbeiter gewirkt. Einzelne Aufsätze haben wenigstens ein erläuterndes Glossar, in dem die erklärte Bedeutung der Begriffe allerdings nur für den Zusammenhang des jeweiligen Aufsatzes gilt.

Zur Vereinheitlichung werden in Zukunft unsere Bände alle unter dem Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« zu abonnieren sein. Pro Jahr wird es einen Themen-Band (ehemals Reihe »Argumente für eine Soziale Medizin«) geben, wie z.B. »Prävention«, erschienen 1981. Außerdem, ebenfalls jährlich, wie bisher, ein Jahrbuch für kritische Medizin, in dem wir uns ebenfalls um Schwerpunktsetzung bemühen, gleichzeitig aber der Diskussionforum-Charakter erhalten bleiben soll und daher auch Aufsätze außerhalb der Schwerpunkte aufgenommen werden.

Abschließend bitten wir alle regelmäßigen und unregelmäßigen Leser, die beiden pro Jahr erscheinenden Medizinbände zu abonnieren (zu den Abo-Bedingungen siehe die hintere innere Umschlagseite). Dies erspart dem Leser Geld und hilft uns zur notwendigen Stabilität. Karte an den Vertrieb genügt!

Claudia Bischoff

Krankenpflege als Frauenberuf

Erst in den letzten Jahren hat die kritische Betrachtung der Krankenpflege als Frauenberuf an Bedeutung gewonnen, obwohl diesbezügliche Veröffentlichungen vorwiegend von berufsfremder Seite vorliegen (vgl. Ostner/ Beck-Gernsheim). Die Krankenpflege selbst zeigte bisher wenig Interesse an dieser — für sie zentralen — Thematik (immerhin wird der Beruf zu über 80% von Frauen ausgeübt), betrachtet man sich die Veröffentlichungen in der Fachpresse der Krankenpflege in den letzten Jahren.

Mit der auffallend konsequenten Aussparung dieser Problematik hat die Krankenpflege sich jedoch selbst in eine Sackgasse manövriert. Die stereotypen, endlosen Klagen in der Fachpresse über die Probleme der Krankenpflege — die mangelnde Eigenständigkeit, die Einflußlosigkeit der Krankenpflege im Krankenhaus, die geringe »Professionalität«, die Überlastung mit berufsfremden Tätigkeiten, die Ausrichtung an der Medizin, die Hilflosigkeit gegenüber den sich kontinuierlich verschlechternden Arbeitsbedingungen usw. — müssen unlösbar bleiben, stellt man hier nicht den Zusammenhang zur Frauenrolle her. Um es gleich vorwegzunehmen: ich bin nicht der Meinung, daß alle Probleme der Krankenpflege aus der Tatsache resultieren, daß diese ein Frauenberuf ist; noch meine ich, daß Frauen eine »Schuld« an den Zuständen in der Pflege trifft. Ich glaube aber, daß hier wichtige und bisher sehr vernachlässigte Zusammenhänge bestehen, die, wenn sie bewußt gemacht werden, zur Lösung einiger Probleme beitragen können.

Die Krankenpflege ist, wie kaum ein anderer Frauenberuf, mit dem Frau-Sein, der (bürgerlichen) Frauenrolle verbunden. Mit ihrer Illusion der persönlichen, menschlichen, »unberuflichen« Begegnung mit dem kranken Menschen entspricht sie in besonderer Weise dem weiblichen Sozialcharakter, unterstützt noch durch die Krankenpflegeideologie der selbstlosen dienenden Hilfe, die sich in der idealistischen Berufsmotivation (»helfen wollen«) und Berufsauffassung von Krankenschwestern widerspiegelt. Eine solche Berufsauffassung macht es aber schwer, wenn nicht unmöglich, eigene Interessen, Ansprüche und Bedürfnisse zu erkennen, zu formulieren und durchzusetzen.

Frauen haben aufgrund der ihnen gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle nicht in ausreichendem Maße gelernt, sich selbst und die eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen ernst zu nehmen, sich zu solidarisieren, sich durchzusetzen, zu kämpfen. Was sie gelernt haben — so die Fähigkeit, auf andere einzugehen, für andere da zu sein unter Zurückstellung eigener Bedürfnisse, sich persönlich für andere zu engagieren, Anteil zu nehmen, aber auch die Bereitschaft zu Unterordnung und Anpassung —,

wird im beruflichen System und hier besonders in Berufen wie der Krankenpflege, rigoros ausgenutzt. Die Krankenpflege ist ein Beruf, der auf diesen »weiblichen« Fähigkeiten beruht.

Die unter kapitalistischen Produktionsbedingungen zentralen beruflichen Eigenschaften — Durchsetzungsfähigkeit, Aggressivität, ein gewisses Maß an Egoismus, Kampf- und Wettbewerbsfähigkeit — gehören nicht zur weiblichen Rolle. Schlimmer noch — und das macht die Sache so schwierig —, wenn Frauen diese Eigenschaften entwickeln, werden sie von der Umwelt hart sanktioniert (»Mannweiber«, »Emanzen«).

Man muß sich also von der Vorstellung freimachen, die Frauenrolle sei bloße Ideologie und Frauen könnten sie ablegen, wenn sie nur wollten. Die Frauenrolle beruht auf der gesellschaftlichen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, in der Frauen auf Hausarbeit und Familie festgelegt sind. Und solange diese besteht, werden Frauen Eigenschaften und Fähigkeiten entwickeln, die sie für diese Arbeit und weniger für Berufstätigkeit qualifizieren. In der Krankenpflege ist immer beides aufgegriffen worden — die besonderen »weiblichen« Fähigkeiten, aber auch die Widerstandslosigkeit und Passivität von Frauen, wenn es um die Durchsetzung eigener Belange geht. Das macht die weibliche Arbeitskraft aber in besonderer Weise ausbeutbar.

Zum Verständnis des Verhältnisses Frau-Krankenpflege ist es notwendig, sowohl die Entstehung der bürgerlichen Frauenrolle als auch die Entwicklung der Krankenpflege zum Frauenberuf in ihren historischen Aspekten zu untersuchen. Erst auf diesem Hintergrund werden heutige Probleme verständlich. Wenn ich mich dabei im folgenden hauptsächlich auf die bürgerliche Frau beziehe, geschieht das, weil zum einen die neue Frauenrolle nur für die bürgerlichen Frauen — als Frauen der herrschenden Klasse — galt und zum anderen die Krankenpflege im 19. Jahrhundert zum Beruf für die bürgerliche Frau wurde.

1. Die Entstehung der bürgerlichen Frauenrolle

War bis zum Beginn der Neuzeit die Stellung der Frau in Familie und Gesellschaft durch die traditionelle Vorherrschaft des Mannes über die Frau bestimmt, so erhebt sich die Frage, warum die Frau mit dem Aufstieg des Bürgertums zur herrschenden Klasse erneut und diesmal scheinbar endgültig ins Hintertreffen geriet. Diese Tatsache bedarf immerhin der Erklärung; denn ausgehend von den naturrechtsphilosophischen Prinzipien der bürgerlichen Aufklärung und den Menschenrechtsforderungen der französischen Revolution wäre eine Gleichstellung der Frau mit dem Mann ebenfalls denkbar gewesen. Daß sich der Geschlechtergegensatz hingegen mit der Entwicklung des Kapitalismus wesentlich verschärft hat, wird nicht nur von der feministischen Wissenschaft behauptet (vgl. Richter, König, Gerhard). Die erneute Unterdrückung der Frau ist nur durch die

besonderen Lebensumstände zu erklären, in die die bürgerliche Gesellschaft durch die mit der Industrialisierung eingetretenen Veränderungen geriet und die eine Aktualisierung und Neuauflage des Patriarchalismus — diesmal in seiner bürgerlichen Variante — begünstigen.

Die Hausarbeit

Die Umwandlung der Frauen in eine auf unsichtbare Weise dienende Klasse war eine ökonomische Leistung ersten Ranges. Dienstboten für gesellschaftlich unterbewertete Arbeit standen einst nur einer Minderheit der vorindustriellen Bevölkerung zur Verfügung; die dienstbare Hausfrau steht jedoch heute auf ganz demokratische Weise fast der gesamten männlichen Bevölkerung zur Verfügung. (Galbraith, zit.n.: Bock/Duden)

Mit der Entwicklung kapitalistischer Produktionsverhältnisse im 19. Jahrhundert veränderten sich als Folge der Trennung von Produktion und Reproduktion auch die Reproduktionsverhältnisse. Eine neue gesellschaftliche geschlechtsspezifische Arbeitsteilung entstand. Neben der Lohnarbeit, die sich ab dem ersten Drittel des 19. Jahrhunderts als massenhafte Form von Arbeit durchzusetzen begann, entstand als ebenso neue Form von Arbeit die moderne Hausarbeit als unbezahlte Arbeit der Frau im Rahmen der bürgerlichen Familie unter der rechtlich fixierten, persönlichen Abhängigkeit vom Mann.

Lohnarbeit und Hausarbeit wurden zu zwei strukturell und qualitativ unterschiedlichen, sich aber wechselseitig bedingenden und ergänzenden Formen gesellschaftlicher Arbeit, die funktional voneinander abhängig sind, ideologisch aber völlig getrennt erscheinen. Trotzdem stehen beide Formen von Arbeit nicht gleichwertig nebeneinander. Lohnarbeit als gesellschaftlich organisierte, zeitmäßig begrenzte und bezahlte Arbeit ist die dominierende Form, Hausarbeit als nicht-warenproduzierende, isolierte, unsichtbare und »private« Arbeit ist »wertlos« (fehlender Tauschwert) und erscheint deshalb nicht als Arbeit. Dieses drückt sich in der Nicht-Bezahlung und gesellschaftlichen Minderbewertung auch deutlich aus.

Frauen hatten also die Hausarbeit zu übernehmen. Damit war aber gleichzeitig ein Verbot der außerhäuslichen Berufstätigkeit verbunden. So wurden Frauen gezwungen, ihre Arbeit an jemanden zu veräußern, der Zugang zum Markt/Lohn hattte — an den Mann, der mit seinem Lohn die Existenzsicherung der Familie übernehmen mußte. Frauen wurden damit in einem in vorindustrieller Zeit unbekanntem Maße ökonomisch abhängig vom Mann, der zum »Ernährer« avanciert war (Gerhard, Italienisches Kollektiv). »Arbeitsgegenstand« der Hausarbeit sind die menschlicen, nicht-aufschiebbaren, immer wiederkehrenden psychischen und physischen Bedürfnisse der Familienangehörigen (Ostner). Damit ist Hausarbeit im Gegensatz zur Lohnarbeit endlose, vielfältige, diffuse und ganzheitliche Arbeit, ohne Trennung von Arbeits- und Freizeit, Arbeit

rund um die Uhr, Arbeit für andere. Idealtypisch ist Hausarbeit somit als naturbezogen, bedürfnis- und gebrauchswertorientiert, Lohnarbeit als naturbeherrschend und tauschwertorientiert zu bezeichnen (Ostner/Beck-Gernsheim).

Der Befreiung des Mannes aus feudalistisch-persönlichen Abhängigkeitsverhältnissen ging also parallel die erneute Bindung der — zunächst nur bürgerlichen — Frau und ihres ganzen Daseins an die Familie. Beide Entwicklungen sind nicht zufällig in dieser Gleichzeitigkeit entstanden, sondern waren Folge der veränderten sozialen Verhältnisse. Welche Funktion hatte nun die Hausarbeit in der bürgerlichen Gesellschaft? Hierbei lassen sich sowohl ökonomische (1) als auch davon abhängige ideologische Aspekte unterscheiden, die beide Ausdruck der neuen bürgerlichen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung sind. Zum einen befreit die Frau mit ihrer unbezahlten Hausarbeit den Mann von seiner eigenen Reproduktionsarbeit. Der »doppelt freie Lohnarbeiter« (Marx) ist also eigentlich »dreifach frei«: nämlich auch frei von seiner eigenen Reproduktion. Nur auf diese Weise ist er in der Lage, seine Arbeitskraft dem Kapital voll zur Verfügung zu stellen (Beck-Gernsheim). Zum zweiten ist Hausarbeit vom Standpunkt des Kapitals aus die billigste und effektivste Art der Produktion der zukünftigen Arbeitskraft, der Kinder. Die Frau spart mit ihrer unbezahlten Arbeit also Lohn- und Infrastrukturkosten.

Unter den Bedingungen der konkurrenzorientierten, abstrakten, rationalen und entfremdeten Lohnarbeit müssen weiterhin menschliche Bedürfnisse, natürliche Lebensäußerungen, die Naturwüchsigkeit des Menschen aus der Produktion als mögliche Fehlerquellen verdrängt und abgespalten werden (Ostner/Beck-Gernsheim). In der Produktion zählt nicht der konkrete Mensch, sondern die abstrakte Arbeitskraft, die sich den vom Kapital gesetzten rationalen Bedingungen anzupassen hat. Da Menschen sich jedoch nur bedingt »rationalisieren« lassen, menschliche Natur sich nur zeitweise verdrängen läßt, mußte ein Bereich geschaffen werden, in dem der Naturbezug des Menschen (Mannes) wieder zugelassen ist, in dem die Spannungen und Frustrationen der Berufswelt ausgeglichen und die unmittelbaren Lebensbedürfnisse befriedigt werden können. Dieser Bereich ist die Familie, die auf der Arbeit der Frau beruht. So ist auch die Organisation der Familie/Hausarbeit als scheinbar »arbeitsfreiem«, nicht-rationalem, konkurrenzfreiem und nicht-entfremdetem Raum zu verstehen. Offensichtlich macht der Kapitalismus mit seiner fortschreitenden Rationalisierung immer weiterer Bereiche der Gesellschaft solche Rekonstruktionen nicht-rationaler Lebensräume notwendig, die deshalb auch nicht ohne weiteres als »rückständig« zu bezeichnen sind, denn sie sind ja erst als Reaktion auf die rationalisierte, berufliche Form von Arbeit entstanden (Ostner/Beck-Gernsheim).

Zum vierten bewirkte die Zersplitterung der bürgerlichen Welt in ein-

zelne Teilbereiche (Rosenbaum) und die Konkurrenzorientierung der Arbeitswelt eine zunehmend empfundene Dichotomisierung in »feindliche Außenwelt«, in der versachlichte, abstrakte Lohnarbeit verrichtet wurde, und in »gefühlvolle Familie«, die als Ort der Zuflucht und Erholung erschien, als Schutzraum und Enklave, in der das eigentliche Leben stattfinden sollte. Frauen wurden zuständig für den Gefühlsbereich, für Wärme, Zuwendung, selbstlose Liebe. Sie sollten ausgleichen, wiedergutmachen, was dem Mann in der Außenwelt an Schäden zugefügt wurde. Daher auch die Verbannung der Hausarbeit in den Bereich der Nicht-Arbeit. Arbeit hätte die Idylle vom gemütlichen Heim zerstört.

Ein weiterer Aspekt ist, daß Frauen mit ihrem Dasein in der abgeschirmten Familie die Einheitlichkeit, Geschlossenheit und Ganzheit des Lebens symbolisieren sollten, die mit der »alten Welt« verlorengegangen war. Ihre Aufgabe wurde es, dem Mann die »Natur« und »Harmonie« zu verkörpern, die er durch die fortschreitende Beherrschung der inneren und äußeren Natur, durch die Zersplittertheit des Lebens nicht mehr hatte und nicht mehr haben wollte (Scheffler). Auch aus diesem Grund wurde eine Berufstätigkeit der Frau abgelehnt: sie sollte nicht »einseitig« und spezialisiert werden, weil dieses die »Geschlossenheit« ihres Wesens zerstört hätte (Scheffler).

Der Rekurs auf die »Natur«[2], der bei der ideologischen und literarischen Betrachtung von »Frau« so häufig auftritt, repräsentiert dabei nicht nur die Sehnsucht nach dem nicht-entfremdeten Dasein, der verlorengegangenen Harmonie, sondern auch das Beständige, Unveränderliche, Statische, Bleibende in einer Welt, die sich immer schneller veränderte. Statisch war die mittelalterliche Welt gewesen und deren Werte sollte die Frau bewahren: Familie, Blutsverwandtschaft, Ehe, Treue, Liebe; Eigenschaften, die im Feudalismus der handwerklichen und bäuerlichen Familienwirtschaft entsprachen, im Kapitalismus aber ihre ökonomische Funktion verloren hatten. Hier haben sie aber die wichtige Funktion, Kontinuität zu sichern oder wenigstens zu symbolisieren. Die Frau soll gleich bleiben, damit sich alles andere ändern kann.

Hausarbeit ist also komplementär zur Lohnarbeit entstanden, als Reaktion auf die »... Abstraktheit, Kälte und Beziehungslosigkeit« (Ostner/Beck-Gernsheim) der Warenwelt, als »... Korrektur neuer ökonomischer Konkurrenzbedingungen und zugleich als Voraussetzung für die Reproduktion von Arbeitskraft ...« (Gerhard, 75). Hausarbeit ermöglicht und sichert die Akkumulationsbedingungen des Kapitals und ist unter kapitalistischen Produktionsbedingungen gesellschaftlich notwendige Arbeit. Frauen übernahmen ihre neue Rolle jedoch nicht freiwillig. Ihnen wurde jede Möglichkeit, sich außerhalb von Familie und Ehe zu betätigen, genommen: durch Verweigerung von Bildung, Ausbildung und Berufstätigkeit, durch besondere Rechtsverhältnisse (Familienrecht), durch eine ri-

gide Mädchenerziehung, durch eine nur für Frauen geltende »Sittlichkeit« und Moral, durch die Vormundschaft des Mannes und Vaters über Ehefrau und Tochter, durch Verbot der Öffentlichkeit. Eine wichtige Funktion hatten in dem Zusammenhang die bürgerlichen Weiblichkeitsideologien.

Die Weiblichkeitsideologien

Bürgerliche Weiblichkeitsideologien wurden seit Ende des 18. Jahrhunderts in unzähligen Variationen publiziert (Hausen, Gerhard). Nicht nur die bürgerlichen »Denker« (Kant, Fichte, Hegel) nahmen daran regen Anteil, indem sie pseudowissenschaftliche »Geschlechteranthropologien« beisteuerten, die die Unterdrückung der Frau — diesmal im bürgerlichen Sinn — rechtfertigten; auch die Wissenschaften — Philosophie, Psychologie, Pädagogik, medizinische Anthropologie usw. — trugen dazu bei, das »Wesen« der Geschlechter, und damit deren Trennung, immer schärfer herauszuarbeiten. Seit dieser Zeit erst wurde die schwache, zarte, von körperlicher Arbeit entlastete bürgerliche Frau zur Norm für alle Frauen.

Unter Weiblichkeitsideologie ist dabei ein Sammelbegriff für Aussagesysteme über Frauen zu verstehen, die nicht objektiv begründet und begründbar sind, sondern auf unbewiesenen und unbeweisbaren Annahmen beruhen. Sie unterliegen einem ständigen Wandlungsprozeß, sind aber im Kern immer gleich: Frauen werden als andersartige — und damit fast automatisch als minderwertige — Wesen, deren Maßstab der Mann ist, definiert und auf ihre »Bestimmung« als Hausfrau und Mutter festgelegt. Als Begründung dient die Fortpflanzungsfunktion der Frau, aus der ein vom Mann unterschiedener »Naturzweck«, sowie die Unterordnung der Frau unter den Mann abgeleitet wird. Die Gegensätzlichkeit der Geschlechter wurde dabei als apriorisches Verhältnis gesehen und — je nach Standpunkt — auf unveränderliche Naturgesetze bzw. die göttliche Schöpfungsordnung zurückgeführt. Dem unterschiedlichen Naturzweck entsprechend wurden beiden Geschlechtern auch unterschiedliche, aber komplementäre Eigenschaften, Fähigkeiten und Aufgaben zugeordnet. Diese sollten die Frau für den häuslichen, den Mann für den öffentlichen Bereich qualifizieren und sich in der Ehe »ergänzen«.

So wurden der Aktivität, Rationalität und dem Egoismus des Mannes die Passivität, Emotionalität, Selbstlosigkeit, Schwäche und Sanftheit der Frau gegenübergestellt, und beides sollte jeweils dem unterschiedlichen Wesen entsprechen. Vor allem die Forderung nach Selbstlosigkeit, nach Selbstverleugnung und Aufopferung, die Bestimmung der Frau »für-andere-zu-leben«, wurde zur zentralen Kategorie der bürgerlichen Frauenrolle. Die eigentümliche Leistung und das wesentlich Neue der bürgerlichen Weiblichkeitsideologien gegenüber vorbürgerlichen Aussagen über Frauen ist die psychische Dimension (Hausen). Die geforderten Eigen-

schaften und Fähigkeiten wurden als »Geschlechtsmerkmal« in die Frau hineinverlegt und von ihr verinnerlicht.

Die Ideologien hatten mehrere Funktionen zu erfüllen. Zum einen wurde das Ausbeutungs- und Unterdrückungsverhältnis, dem Frauen unterlagen, und der Arbeitscharakter der Hausarbeit verschleiert. Zum zweiten wurden Frauen mit ihrer Hilfe zu Repräsentantinnen und Symbolträgerinnen einer »heilen Welt« gemacht. Zum dritten gelang es dadurch, die bürgerliche Trennung von »Heim und Welt« und die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung als zeitloses, ewiges, von der Natur vorgegebenes Prinzip zu verklären und damit deren Widersprüchlichkeit zu verschleiern. Die Festlegung der Frau auf die Familie, ihre Unterordnung und Unterdrückung wurde zum strukturellen Bestandteil der bürgerlichen Gesellschaft und garantierte die Stabilisierung und Aufrechterhaltung der bürgerlichen Gesellschaftsordnung. Sie steht noch heute einer völligen Gleichberechtigung der Frau entgegen und damit der Weiterentwicklung der Gesellschaft.

Am Ende des langen Prozesses stand der »weibliche Sozialcharakter« als Produkt von Erziehung, Umwelt und Ideologie. Seine Haupteigenschaften sind Altruismus, Emotionalität, Selbstlosigkeit, Opferbereitschaft, Unterordnung, Anpassung, Abhängigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl. Was er nicht beinhaltet, ist Durchsetzungsfähigkeit, Konkurrenzorientierung, Ehrgeiz, Entschlossenheit, Aggressivität, emotionale Distanz — zentrale, für die Ausübung eines Berufs notwendige Eigenschaften. Damit wurden Frauen aber nicht nur unfähig zum Kampf, Wettbewerb und der Durchsetzung eigener Interessen, sondern auch wehrlos gegen Unterdrückung und Ausbeutung, oft unfähig, diese überhaupt zu erkennen.

Der Sozialcharakter ist jedoch weder Schicksal noch bloße Ideologie. Er hat seine »rationale Wurzel« und zieht seine Beständigkeit aus der Trennung von Lohnarbeit und Hausarbeit, die — als unterschiedlich strukturierte, aber ungleichwertige Bereiche — auch je unterschiedliche Fähigkeiten und Eigenschaften hervorbringen (Beck-Gernsheim). Die »weiblichen« Eigenschaften entspringen also aus dem Inhalt und der Form der Hausarbeit selbst, sie werden hier tagtäglich gebraucht und sind außerdem notwendig in einer von Konkurrenz und Tausch geprägten Welt. Solange Frauen Hausarbeit machen müssen, solange wird auch eine »Frauenrolle« notwendig sein.

Die Festlegung der Frauen auf die »private« Hausarbeit, auf die naturbezogene, unbezahlte, abhängige, minderbewertete Familienarbeit, hatte zur Folge, daß Frauen auch bei ihrer (Wieder-)Zulassung zum Arbeitsmarkt in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die minderbezahlten, geringgeschätzten Arbeiten zu übernehmen hatten oder solche, die sich wegen ihrer Naturbezogenheit nicht völlig verberuflichen lassen, also »hausarbeitsnahe Berufe« (Beck-Gernsheim) wie die Krankenpflege. Auch in

die Berufstätigkeit brachten Frauen ihre Fähigkeiten und Unfähigkeiten, ihr »hausarbeitsnahes Arbeitsvermögen« (Beck-Gernsheim) ein. Die berufliche Krankenpflege, die im 19. Jahrhundert zum Frauenberuf wurde, beruht auf den besonderen »weiblichen« Fähigkeiten, auf den Prinzipien von Frau-Sein und Frauenarbeit.

2. Die Entwicklung der Krankenpflege zum Frauenberuf

Vor der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Krankenpflege kein Frauenberuf. Niemand sprach von der »besonderen Eignung« der Frau zur Krankenpflege. Bis weit in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts galt die Krankenpflege — soweit sie nicht religiös ausgeübt wurde — als Beruf für die Unterschicht, und zwar für beide Geschlechter (Krünitz, Gedike).

Die Neuorganisation der Krankenpflege wurde im 19. Jahrhundert zum dringenden öffentlichen Anliegen. Dafür gab es Gründe: die therapeutischen Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin, die Entwicklung des Hospitals alter Prägung zur modernen Klinik und die durch die Industrialisierung geschaffenen Verhältnisse, die eine massenhafte Versorgung und Wiederherstellung der Arbeitskraft forderten, machten eine qualitative und quantitative Verbesserung der Pflege notwendig. Weder die religiöse Ordenspflege, noch das dem Proletariat entstammende Lohnwartpersonal[3] konnten diesen gestiegenen Anforderungen genügen. Eine Lösung mußte gefunden werden, und man fand sie: im riesigen ungenutzten Arbeitskräftepotential der ins Haus verbannten bürgerlichen Frau.

Eine viel erörterte Streitfrage, ob eher Männer oder eher Frauen zur Pflege geeignet wären, zog sich durch das gesamte 19. Jahrhundert. Sie wurde letztendlich zugunsten der Frauen »entschieden« (obwohl dem Mann ein bestimmter Platz in der Pflege nicht bestritten wurde), deren »besondere Eignung« zur Krankenpflege entdeckt wurde. Wichtig ist hierbei, daß sich die Bestrebungen eindeutig darauf richteten, die »gebildete«, also bürgerliche Frau für diesen Beruf zu gewinnen, die allein den gestiegenen Anforderungen an die Pflege genügen konnte.

Noch gab es jedoch einige Hindernisse auf dem Weg dahin. Die bürgerliche Frau war zu dieser Zeit vollkommen auf ihre häusliche Rolle festgelegt, die ihr jede außerhäusliche und für Geld verrichtete Arbeit verbot. Diese Hindernisse wurden recht erfolgreich aus dem Weg geschafft: zum einen, indem Krankenpflege ideologisch aufgewertet wurde als »heiliges und würdiges Geschäft«, für das »die Besten gerade gut genug sind« (Zimmermann, 72). Zum zweiten, indem ideologisch Krankenpflege und Frau-Sein gleichgesetzt, die »wesensmäßige« Übereinstimmung beider Bereiche betont und die Krankenpflege als einfache Ausweitung der Hausfrauen- und Mutterrolle dargestellt wurde. Zum dritten, indem bestimmte organisatorische Voraussetzungen — die Mutterhäuser[4] — geschaffen wurden, die, patriarchalisch-familial strukturiert, den Verhältnissen der

kleinbürgerlich-autoritären Familie entsprachen und jede Selbständigkeit und ökonomische Unabhängigkeit der arbeitenden Frauen verhinderten. Vehikel zu dieser recht beachtlichen »Leistung« waren die bürgerlichen Weiblichkeitsideologien, die — mit einigen christlich-humanitären Elementen gemischt — auf die Krankenpflege übertragen wurden.

Ideologien in der Krankenpflege

Aufallend ist, daß mit den Bestrebungen, bürgerliche Frauen hinzuzuziehen, auch eine massive ideologische Manipulation auftrat, vergleichbar der bei der Festlegung der Frauen auf Hausarbeit. Solange die Krankenpflege ein Beruf für die Unterschichten bzw. religiös legitimiert war, wurde keinerlei ideologische Verbrämung für notwendig erachtet. Das Lohnwartpersonal sollte einige wünschenswerte Eigenschaften haben — nüchtern, reinlich, bescheiden, verträglich (Gedike, 4) —, die aber durchaus vernünftig und dem Beruf angemessen waren.

Die »Eignung« der bürgerlichen Frau hingegen wurde mit ihrem »Geschlechtscharakter« begründet und ihr die Krankenpflege sozusagen als sekundäres Geschlechtsmerkmal angedient:

> Die Bestimmung des Weibes, die auf dem Gleichgewicht aller Kräfte beruht und die Aufopferung der allseitigen Bildung an die einseitige Ausbildung einzelner hervorragender Eigenschaften verbietet, kommt auch der Krankenpflege zugute, weil die Krankheit den ganzen Menschen ergreift, also auch die Pflege des Kranken von dieser Vollständigkeit der Humanität aus besorgt werden muß ... Diese Allseitigkeit der Krankensorge durch die Frau verbürgt aber noch ein anderer Zug ihres Seelenlebens, die Einheit des Gemüts, die zugleich die weibliche Kraft erhält ... Diese Allseitigkeit nach allen Richtungen des Bedarfs und diese Ausdauer, die die Krankenpflege erfordert, gibt aber das weibliche Gemüt ... So ist nach allen Anzeigen der Natur und des Berufs die weibliche Seele eine geborene Hospitalitin. (Buss, in: Sticker, 171)

Die Identität mit der bürgerlichen Frauenrolle ist nicht zu übersehen: Allseitigkeit, Aufopferung, Ganzheitlichkeit, Einheitlichkeit — wieder wird die Natur bemüht, um die Krankenpflege als natürliche, »angeborene« Eigenschaft der Frau darzustellen.

Bestimmte Elemente der Frauenrolle — so die Forderung nach Entsagung, Aufopferung, Selbstlosigkeit, Selbstverleugnung — entsprachen so vollkommen dem Idealbild der Krankenschwester, daß sie hier wie dort in den gleichen Formulierungen auftauchen. So ist die Frau als Krankenschwester

> ... dazu bestimmt, mit ihrer Person zurückzutreten, sich selbst zu vergessen, sich aufzuopfern für andere; ihr allein gebührt dafür auch die Palme der Selbstlosigkeit. Schon die Natur weist der Frau diese entsagungsvolle Stelle an, sie richtet des Weibes Denken und Trachten von allem Anfang an allein auf Selbstlosigkeit und Selbstvergessen. (Schneider, in: Die Krankenpflege, 1902, 92)

Andere Elemente der Frauenrolle — so die körperliche und geistige Schwäche der Frau — mußten ins Gegenteil verkehrt werden. So konnte ohne Widerspruch verkündet werden, daß die Frau auch körperlich zur Krankenpflege geeignet ist (Buss, a.a.O.), daß die angebliche Schwäche der Frau ein »Vorteil« sei (Schmidt), oder daß sie sogar dem Mann gegenüber eine körperliche Überlegenheit besitze (Schneider, a.a.O.). Selten lassen sich bürgerliche Widersprüche und die Funktionalisierung der Frau so eindeutig erfassen wie hier: die gleichen Weiblichkeitsideologien — die auch zeitlich parallel angewendet wurden — werden je nach Bedarf so gewendet, daß die Frau einmal körperlich und geistig zu zart und schwach ist, um außerhäuslich zu arbeiten, zum anderen aber zur Krankenpflege, einem der schwersten und anstrengendsten Berufe, geradezu geboren ist.

Die Ideologie entlarvt sich natürlich selbst als solche, da die Produktion der angeblich angeborenen Eigenschaften sorgfältig organisiert werden mußte. In der Familie durch eine rigide geschlechtsspezifische Erziehung, in der Krankenpflege durch eine »unbeugsame Berufserziehung« (Sticker, 34), durch »unablässige Arbeit an sich selbst« (Zimmermann, 16). Das Training zu Unterordnung und Selbstverleugnung wurde zum zentralen Bestandteil der Berufserziehung, wobei die erwünschte asketische Haltung noch gefördert wurde durch die Gewöhnung an die »schmutzigste und ekelhafteste« Arbeit, an die die Bürgerstöchter von ihrer Erziehung her nicht gewöhnt waren — im übrigen ein deutsches Spezifikum der Krankenpflege. Die Krankenschwester hatte sich vollkommen auf die Bedürfnisse des Patienten einzustellen, sie sollte nur für ihn da sein, für ihn denken, seine Wünsche erraten, sich selbst in ihrer »Freizeit« noch mit ihm beschäftigen. Eigene Bedürfnisse hat sie nicht zu haben, sich selbst gegenüber muß sie »hart« sein (Zimmermann, 46).

Die Berufserziehung und die als »Berufsethik« getarnten Weiblichkeitsideologien zielten darauf ab, aus der Schwester ein willfähriges, gehorsames, sich unterordnendes und damit leichter ausbeutbares Objekt zu machen, immer unter der Vorspiegelung des »Wohles des Patienten«.

Die ideologischen Forderungen waren in sich widersprüchlich und per se unerfüllbar. Das war den Zeitgenossen auch durchaus klar, gerade dadurch wurde es aber möglich, das Nicht-Erreichen als persönliches Versagen — und nicht als das der Bedingungen, unter denen Krankenpflege stattfand — zu interpretieren. Ständige Schuldgefühle, die die Folge sind, kontrollieren die Schwester aber besser als aller äußerer Zwang und machen sie bereit für jede Form von Ausbeutung, ohne daß sie das selbst zu erkennen vermag.

Die Ideologien in der Krankenpflege hatten vor allem zwei Funktionen zu erfüllen: zum einen sollten mit ihrer Hilfe Frauen für den Beruf gewonnen werden; dazu wurde gerade auf die anerzogene selbstlose und entsagende Mentalität der bürgerlichen Frau gezielt, was erfolgversprechender

war, als die positiven Aspekte der Krankenpflege herauszustellen — hat doch die Idee der Hingebung, der Aufopferung für andere etwas merkwürdig Anziehendes für den deformierten weiblichen Charakter. Zum anderen sollte — wie in der Hausarbeit — der Arbeitscharakter und das Ausbeutungsverhältnis in der Krankenpflege verschleiert werden, indem die »Würde und Heiligkeit« der in selbstloser Liebe verrichteten Krankenpflege betont wurde, für die jede Entlohnung »entwürdigend« gewesen wäre. Deshalb entlohnte man sie auch gar nicht erst, bzw. erst später.

Auch in der Krankenpflege machten die Ideologien die Frau unfähig, ihre Unterdrückung, Ausbeutung und Funktionalisierung als gesellschaftlich verursacht zu erkennenen, Frauen selbst akzeptierten diese als ihre soziale Rolle, als ihre »Natur«.

Die Ursachen der »Verweiblichung« der Krankenpflege

Die Krankenpflege konnte nicht nur deshalb »weiblich« werden, weil sie mit der bürgerlichen Frauenrolle — mit der zusammen die berufliche Krankenpflege entstanden ist — ideologisch übereinstimmte, sondern es gab noch weitere und sehr reale Gründe dafür. Drei Aspekte lassen sich unterscheiden:

a) Die Hausarbeitsnähe der Krankenpflege

Mit der Etablierung der Krankenpflege als Frauenberuf gelang es, wie mit der Hausarbeit, Frauen auf einen lebenswichtigen, aber unattraktiven und in der Realität geringgeschätzten Beruf festzulegen. Die Naturbezogenheit der Krankenpflege — ihr Umgang mit Menschen und menschlichen Grundbedürfnissen — ließ eine völlige »Verberuflichung« nicht zu. Hier liegt ein Grund für den hohen Frauenanteil in diesem Beruf, denn Frauen sind es, die in der naturbeherrschenden kapitalistischen Gesellschaft die naturbezogenen Bereiche zu übernehmen haben (Oster/Beck-Gernsheim, 69).

So fehlten der Krankenpflege auch wichtige Elemente von »Beruf«:

— sie war nicht-beruflich organisiert unter genossenschaftlichen Bedingungen;
— Krankenschwestern hatten keine freie Verfügung über ihre Arbeitskraft, sondern wurden per »Gestellungsvertrag« von den Mutterhäusern an die Krankenanstalten vermittelt;
— sie bekamen keinen Lohn, sondern Taschengeld und Unterhalt;
— es gab keine Trennung von Arbeits- und Freizeit;
— es wurden für die Ausübung des Berufes nicht nur berufliche Qualifikationen verlangt, sondern vor allem vor-berufliche, nicht-professionelle, persönliche Fähigkeiten, wie sie dem weiblichen hausarbeitsnahen, nicht-beruflichen Arbeitsvermögen entsprechen: der Einsatz der ganzen Person wurde gefordert.

Die Ähnlichkeit zur Hausarbeit zeigt sich auch in der Tätigkeit — hier wie

dort die Nähe zum Körper, zum ganzen Menschen und seinen unmittelbaren Bedürfnissen — und auch in der Art der Beziehungen: der Patient wird unmündig wie ein Kind gehalten, dem sich die Schwestern in »mütterlicher Liebe« (Sticker, 47) zuzuwenden hatten, während sie dem Arzt die »Hausfrauentugend des absoluten Gehorsams« (Ehrenreich, 45) schenkte. Die Krankenpflege war somit eigentlich auch noch kein Beruf, sondern nahm eine Mittlerrolle zwischen Hausarbeit und Beruf ein.

Mit der Suggestion eines scheinbar tauschfreien, »mitmenschlichen« Bereiches und scheinbar nicht-entfremdeter Beziehungen hatte die Krankenpflege eine ähnlich kompensatorische Funktion zu erfüllen, wie die Hausarbeit zur Lohnarbeit. Das läßt sich auch zeigen am Verhältnis Medizin-Krankenpflege.

b) Krankenpflege als Ergänzung der naturwissenschaftlichen Medizin

Obwohl von der Tätigkeit und dem Arbeitsgegenstand her gesehen — heilen, kranker Mensch — die Medizin eine naturbezogene Arbeit ist, versteht sie sich doch selbst als Prototyp der beruflich-professionellen, d.h. naturbeherrschenden Arbeit (Ostner/Beck-Gernsheim, 42).

Mit der »naturwissenschaftlichen Wende« der Medizin im 19. Jahrhundert und der damit verbundenen Übernahme naturwissenschaftlicher Denkweisen und Methoden war die Medizin zugleich gezwungen, die nicht-beherrschbaren Elemente menschlicher Existenz — und das heißt letztendlich das Subjekt Mensch — aus ihrer Betrachtungsweise zu verdrängen (Ostner/Beck-Gernsheim, 67). Damit signalisierte die Medizin aber zugleich auch ihre Grenzen: der Arbeitsgegenstand »Mensch« läßt sich nicht endgültig beherrschen, er ist unberechenbar und sperrt sich dagegen, indem er der Medizin den Erfolg verweigert.

Auf zweierlei Weise versucht die Medizin diesen Widerspruch zu lösen: zum einen, indem sie sich von nicht-beherrschbaren Elementen — Alter, Sterben, Tod — distanziert; zum anderen, indem sie den ganzheitlichen Menschen mit seinen naturgebundenen Bedürfnissen und Lebenszuständen an Hilfsberufe wie die Krankenpflege delegiert (Ostner/Beck-Gernsheim, 64).

Die Krankenpflege hat also innerhalb der Heilkunde die Aufgabe, die Objektivierung und Segmentierung des Kranken durch die naturwissenschaftliche Medizin mit ihrer ganzheitlichen Betrachtungs- und Arbeitsweise aufzuheben; sie soll die traditionellen »weiblichen« Werte der Mitmenschlichkeit, Wärme, Anteilnahme, Nähe garantieren, die die Medizin nicht hat und nicht haben will, ohne die aber ein Erfolg ihrer Arbeit nicht möglich ist.

Mit dieser Funktionalisierung im Sinne der Medizin wurde die Krankenpflege aber auch ganz konkret zum Hilfsberuf. Sie wurde um die Arbeitsabläufe und die Bedürfnisse der Medizin herumorganisiert. Kranken-

pflege wurde zur vor-, zu- und nachgeschalteten Arbeit, weibliche Zuarbeit zu der höherqualifizierteren Männerarbeit (Ostner, 224), hinter der sie aufräumt, der sie Hindernisse aus dem Weg räumt, der sie persönliche Dienstleistungen erbringt, der sie ihre Kompetenzen nicht streitig macht, der sie sich willig und unwiderruflich unterordnete.

c) Die Ausbeutbarkeit von Frauen in der Krankenpflege

Ein weiterer entscheidender Grund bei der Umwandlung der Krankenpflege in einen Frauenberuf ist die — in der Literatur vernachlässigte — ökonomische Seite. Die Krankenanstalten waren auch im 19. Jahrhundert aufgrund der staatlichen Vernachlässigung des Gesundheitssektors zu rigorosen Sparmaßnahmen gezwungen (Streiter, 20). Man muß sich dazu vor Augen führen, daß auch für die Krankenpflege Arbeitsbedingungen galten, wie sie für das Proletariat des Frühkapitalismus typisch waren. Überlange Arbeitszeiten — in der Krankenpflege noch vermehrt durch zusätzlich zu leistende Nachtwachen (auf diese Weise kamen ununterbrochene Arbeitszeiten von 36 Stunden und mehr zusammen) —, Urlaub und Freizeit nahezu unbekannt, ungenügende Kost und Unterbringung, unzureichende bis fehlende soziale Sicherung, überdurchschnittlich hohe Morbiditäts- und Mortalitätsraten — also extensive Ausnutzung der Arbeitskraft. Nach zehn Jahren war eine Schwester gewöhnlich invalide (Hecker, 12).

Dazu kam, daß der damaligen Krankenpflege, mit der heutigen verglichen, die Hilfsmittel fehlten. Ein anderes Krankheitsspektrum (Infektions-, Hunger-, Schmutz- und Mangelkrankheiten) machte sie körperlich sehr viel anstrengender als heute. Kein bürgerlicher Mann wäre (und war) unter diesen Umständen bereit gewesen, in diesem Beruf zu arbeiten. Auch die proletarischen Männer in der Pflege, die es ja gab, arbeiteten nicht ohne entsprechend höhere Löhne. Die bürgerliche Frau aber tat es, denn ihr war »Aufopferung« und »Entsagung« als weibliches Lebensziel hingestellt worden.

Die Krankenhausverwaltungen befanden sich tatsächlich in der Zwickmühle: ausreichend Personal mit ausreichendem Lohn hätte ihr Budget gesprengt. So gesehen, ist es kein Wunder, daß gerade von Seiten der Verwaltungen die so kostengünstige Auffassung von der Krankenpflege als »weiblicher Liebestätigkeit« vertreten wurde (Hecker, 3f.). Mit der weiblichen Pflege ließen sich große Einsparungen machen, Männer verteuerten die Pflege. Frauen bekamen etwa 10-20% weniger Lohn als Männer (Streiter, 96, 101). Die von den Kirchen organisierte weibliche Pflege war sogar für Unterhalt und ein winziges Taschengeld zu bekommen. Weiterhin sparten Schwestern Lohnkosten und Dienstkräfte, indem sie nicht nur die gesamten Haus- und Reinigungsarbeiten in den Krankenanstalten übernahmen, sondern auch die Instandhaltung und Herstellung von Ge-

brauchsgegenständen. Frauen waren außerdem aufgrund ihres Sozialcharakters und der Krankenpflegeideologie »ideale« kapitalistische Arbeitskräfte. An Unterordnung schon von Hause aus gewöhnt, lehnten sie sich nicht auf gegen die unmenschlichen Arbeitsbedingungen und übernahmen widerspruchslos jede Arbeit. Weiterhin ist zu bedenken, daß es sich bei der weiblichen Pflege um die damals bestmögliche Pflege handelte. Frauen hatten eine Berufsausbildung und waren auch mit Eigenschaften ausgestattet, die wenigstens minimale Menschlichkeit im Krankenhaus garantierten. Das kam den Krankenanstalten entgegen bei ihrem Versuch, auch die »besitzenden Schichten«, d.h. finanzkräftigen Patienten, ins Krankenhaus zu ziehen.

So läßt sich also zusammenfassend sagen: die berufliche Krankenpflege im 19. Jahrhundert wurde »weiblich«, weil Frauen aufgrund der ihnen gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle in physischer, psychischer und ökonomischer Hinsicht ausbeutbarer waren als Männer.

Wie ein roter Faden zog sich die Forderung nach »Aufopferung« im 19. Jahrhundert durch den gesamten weiblichen Lebenszusammenhang. Heute spricht niemand mehr von Aufopferung. Aber die Grundeinstellung des »für-andere-da-seins« unter Zurückstellung eigener Interessen, mit allen ihren Folgen, wird Frauen auch heute noch vermittelt, denn sie entspricht der gesellschaftlichen Realität, der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. Diese Einstellung und die auch heute noch vorhandenen, sie unterstützenden Krankenpflegeideologien — die im übrigen zur Zeit wieder aktualisiert werden — verhindern jedoch, daß Frauen für ihre eigenen Interessen, für die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen kämpfen. Sie macht es gleichzeitig immer wieder möglich, daß die Krankenpflege für fremde Interessen — so die der Ärzte im Krankenhaus — eingespannt werden kann; sie bewirkt auch heute noch, daß die Zustände in der Pflege als individuelles Versagen erscheinen; sie läßt es immer noch zu, daß unzumutbare Arbeitsbedingungen aufgrund der Sparpolitik ohne nennenswerten Widerstand durchgesetzt werden können.

Anmerkungen

1 Die ökonomische Funktion der Hausarbeit im Kapitalismus kann hier nur angedeutet werden. Vgl. dazu Joosten, 1980.

2 Zum Verhältnis Frau-Natur vgl. Ostner/Beck-Gernsheim und Bovenschen, 1979.

3 Die Lohnwärterinnen und -wärter kamen aus den »untersten Schichten« der Bevölkerung und übten die Krankenpflege bzw. krankenpflegerischen Hilfsdienste gegen Lohn aus. Dieses wurde im 19. Jahrhundert von der bürgerlichen Öffentlichkeit, die sich von der traditionellen Vorstellung der Krankenpflege als unbezahlter Liebestätigkeit nicht lösen wollte, heftig abgelehnt.

4 In der Literatur wird vor allem die »Schutzfunktion« des Mutterhauses in einer Zeit ohne staatliche soziale Sicherung betont. Diese Auffassung ist jedoch nicht stichhaltig, denn andere »Frauenberufe« erfolgten durchaus nicht unter genossenschaftlichen Bindungen. Z.B. wurde die Ausbildung zur Lehrerin oder Kindergärtnerin in der Kaiserswerther Diakonissenanstalt seminaristisch durchgeführt. Was hätte außerdem dagegen gesprochen, die Schwestern in der eigenen Familie zu lassen und ihr Arbeitsverhältnis als kapitalistisch »freies« zu gestalten? Für die Schwestern bedeutete das Mutterhaus eine verlängerte Abhängigkeit, Unterordnung und Unselbständigkeit, und die Vermutung liegt nahe, daß es hier eher um eine bessere Kontrolle und Verfügung über die weibliche Arbeitskraft ging.

Literaturverzeichnis

Beck-Gernsheim, E.: Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt, aspekte 1976
Bischoff, C.: Hausarbeit und Krankenpflege. Unveröff. Diplomarbeit, FU-Berlin, 1981
Bock, G./Duden, B.: Arbeit aus Liebe — Liebe als Arbeit«. In: Sommeruniversität für Frauen, Courage Verlag 1977
Bovenschen, S.: Die imaginierte Weiblichkeit. Suhrkamp 1979
Ehrenreich, E./English, D.: Hexen, Hebammen, Krankenschwestern. Frauenoffensive 1975
Gedicke, C.E.: Anleitung zur Krankenwartung. Berlin 1846
Gerhard, U.: Verhältnisse und Verhinderungen. Suhrkamp 1978
Hausen, K. in: Rosenbaum, H.: Seminar: Familie und Gesellschaftsstruktur. Suhrkamp 1978
Hecker, H.: Die Überarbeitung der Krankenpflegerin. Straßburg 1912
Italienisches Kollektiv: »... ausgebeutet sein«. München 1977
Joosten, A.: Mann, Marx spricht nicht über Hausarbeit. Berlin 1980
König, R.: Materialien zur Soziologie der Familie. Köln 1974
Krünitz, J.G.: Oeconomische Encyclopädie ... Teil 47, Brünn 1791
Ostner, I.: Beruf und Hausarbeit. Campus 1979
Ostner, I./Beck-Gernsheim, E.: Mitmenschlichkeit als Beruf. Campus 1979
Richter, H.E.: Der Gotteskomplex. Reinbek bei Hamburg 1979
Rosenbaum H.: Seminar: Familie und Gesellschaftstruktur. Suhrkamp 1978
Scheffler, K.: Die Frau und die Kunst. Berlin o.J., ca. 1920
Schmidt in: Sticker, 1960
Schneider, P. in: Die Krankenpflege 1902, 91
Sticker, A.: Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Stuttgart 1960
Streiter, G.: Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland. Jena 1924
Zimmermann, A.: Was heißt Schwester sein? Berlin 1911

Das Verhältnis von Pflege und Medizin

Ergebnisse einer Diskussion

Der folgende Beitrag ist die Zusammenfassung einer Diskussion, die von folgenden Schwestern geführt wurde: Heidi Appel, Hedi Françoise, Gerda Lux, Annette Schwarzenau, Maria Schrader, Karin Sorgenfrei. Von der Medizin-Redaktion des *Argument* nahmen teil: Heinz-Harald Abholz, Dieter Borgers, Udo Schagen. Die Schwestern kannten sich nur zum Teil untereinander. Sie arbeiten in der Klinik (Krankenpflegehelferin, Schwester, Oberschwester), in der Hauskrankenpflege und als Schulschwester. Alle teilnehmenden Schwestern sind überdurchschnittlich lange im Beruf (8 bis 20 Jahre) tätig, in städtischen Krankenhäusern der Akutversorgung, in Krankenhäusern für Chronisch Kranke und in der Universitätsklinik. Der Beitrag stellt den Versuch einer Diskussionszusammenfassung nach inhaltlich zusammengehörenden Komplexen dar. Er gibt nicht den spontanen Diskussionsverlauf wider. Zahlreiche weitere Fragen der Pflege blieben undiskutiert; der gesellschaftliche und politische Hintergrund der Entwicklung in der Pflege wurde nicht näher aufgearbeitet.

Krankenpflege und Medizin

Auf dem Hintergrund zahlreicher Beispiele wurde herausgearbeitet, daß Medizin und Krankenpflege nur zum Teil in Einklang zu bringen sind und immer häufiger sich ausschließende Versorgungsschwerpunkte darstellen. Das Beispiel der Schwester, die nicht mehr genug Zeit hat, den Patienten in Ruhe zu füttern oder zu betten, die nicht mehr mit ihm über seine Ängste im Zusammenhang mit der Krankheit sprechen kann, weil ihre Arbeitszeit für Hilfstätigkeiten bei medizinisch-technischen Eingriffen gebraucht wird, steht für viele. Schon im Vergleich zu den Verhältnissen vor 20 Jahren ist es so, daß Medizin die Krankenpflege zunehmend zurückgedrängt und in ihrer Bedeutung entwertet hat. Dies zeigt sich u.a. im Verständnis von Laien, aber auch dem der Pflegekräfte: Die Tätigkeiten, die der Medizin und insbesondere ihrer biotechnischen Anwendung sehr nahe sind — z.B. Intensivmedizin, Endoskopie und Anästhesie —, haben das höchste Berufs-Prestige und die höchste Bezahlung. Die eigentliche Pflege wird mit dem Jargon abgetan, daß man ja nicht nur »Töpfe schieben wolle«. Die in dieser Zuspitzung zu Tage tretende Mißachtung der Krankenpflege kam auch in der mangelnden Solidarität beim Berliner »Spritzenstreik« zum Ausdruck, als viele Schwestern das Spritzen als Prestigeobjekt ansahen. Genauso wie Krankenpflege mit »Töpfe schieben« abgetan werden kann, könnte andersherum Medizin als »Technokram« verkannt werden. Pflege verlangt vielleicht mehr Qualifikation und differenziertes Handeln als alles andere — man braucht zu dieser Sichtweise jedoch eine autonome Perspektive; schon in der Ausbildung fehlt diese. Ärzte dominieren im Lehrbetrieb — die eigentliche Krankenpflege führt ein Dasein am Rande.

Der Anteil der Pflegetätigkeit an der Gesamtarbeitszeit aller Schwestern nimmt zunehmend ab und wird durch die — auch für Schwestern attraktiven(?) — Tätigkeiten als Hilfsperson für den Arzt ersetzt. Um eine Wertung dieser Entwicklung vornehmen zu können, wurde die Bedeutung von Pflege und Medizin bei der Versorgung von Krankheit anhand zahlreicher Beispiele illustriert. Dabei ließ sich in der Diskussion herausarbeiten, daß Krankheit immer mindestens zwei Bedeutungsebenen für den Patienten hat. Gemeint ist die medizinische und die psycho-soziale Bedeutungsebene von Krankheit. In jedem Krankheitsgeschehen ist der Anteil dieser beiden Ebenen unterschiedlich. Für einen jungen Mann, der sich ein Bein gebrochen hat und — bei Nagelung — nach kurzem Krankenhausaufenthalt nach Hause geht, steht die medizinische Bedeutungsebene ('Reparatur') ganz im Vordergrund. Bei einem alten Menschen kann der Beinbruch als solcher zurücktreten. Er ist möglicherweise ganz existentiell von diesem Ereignis betroffen. Seine Gebrechlichkeit wird ihm voll bewußt. Diese Gebrechlichkeit ist sein wesentliches Gesundheitsproblem; diese kann von der Medizin nicht »geheilt« werden; nur eine Orientierung auf diese gebrechliche Lebenssituation hilft dem Patienten langfristig. Oder ein alter Patient ist durch die Erfahrung des Unfalles so ängstlich, daß er sich — trotz medizinisch erfolgreicher Therapie— nicht mehr zu gehen getraut. Für den im Beispiel vorgestellten Patienten bedeutet also ein Beinbruch viel mehr als auf der medizinischen Ebene sich widerspiegelt. Zahlreiche psychische und soziale Probleme gehören mit zu der Erkrankung: Krankheit ist mehr als eine Diagnose der Ärzte. Konzentriert sich die biotechnische Medizin auf die 'Reparatur' des gebrochenen Beines, so hat sich die Krankenpflege um dies zu kümmern: dem Patienten muß beim Gehen geholfen, er muß »gefüttert« werden, in Gesprächen muß er wieder Selbstvertrauen gewinnen und seine Ängste vor der Technik des operativen Eingriffes soll er in betreuenden Gesprächen verlieren. Für den jungen Patienten — im Beispiel — ist der Aspekt der Krankenpflege von nicht so herausragender Bedeutung, für den alten Patienten hingegen ist das Gebrechen als Problem bedeutsamer. Ohne Behandlung der Gebrechlichkeit folgt der nächste Unfall schnell. Beide Ebenen beinhalten Heilung.

Es kann schwierig werden, die beiden Ebenen in ihrer Wichtigkeit einzuschätzen. Nehmen z.B. die Beschwerden bei einem Patienten mit 'Rheuma' oder einem anderen mit Angina pectoris zu und muß er deswegen ins Krankenhaus, so ist sehr oft nicht sicher, ob hier ein vorwiegend organisches Geschehen zu der Verschlechterung geführt hat oder ob mit dem verstärktem Erleben der Krankheitssymptome der Patient — unbewußt — etwas anderes ausdrückt oder erreichen will: So könnte das 'Rheuma' mehr Beschwerden machen, weil er damit Zuwendung erreicht. Er könnte ins Krankenhaus flüchten, weil er zu Hause zu viele Schwierigkeiten hat etc. Eine Versorgung, die vorwiegend die medizinische Seite berücksich-

tigt, würde in den gewählten Beispielen dann an den eigentlichen Anliegen des Patienten vorbeigehen. Erst die Berücksichtigung der lebensrelevanten Anteile kann eine sinnvolle Versorgung ermöglichen. Ja, es könnten möglicherweise gefährdende diagnostische Eingriffe umgangen werden, wenn man begreift, daß sich zum Beispiel in der Zunahme der Angina pectoris nur Trauer und Verbitterung über familiäres Alleingelassen-Sein ausdrückt.

In der Praxis gesundheitlicher Versorgung kümmert sich die Krankenpflege häufig mehr als die vorherrschende Biomedizin um die lebensrelevanten Ebenen von Krankheit. Selbstverständlich ist die Aufteilung der Zuständigkeiten — Medizin für das Organische und Pflege für das »Andere« — in der Praxis nicht in so reiner Form vorhanden. Dennoch kann — trotz aller Aufnahme von Psychologie etc. in die Mediziner-Ausbildung — gerade in der Krankenhauspraxis von einer solchen Aufteilung ausgegangen werden. Es sind die Schwestern und Pfleger, nicht die Ärzte, die mit dem Patienten über häusliche Probleme, über seine Angst vor Eingriffen, sein Verständnis der Krankheit etc. sprechen. Auch der Patient denkt offenbar häufig, daß dies eher 'Randwerk' zur 'eigentlichen' Aufgabe des Arztes ist. Die Ausnahmen finden sich bei den Krankheitsbildern, bei denen 'nichts Organisches zu finden ist'. Hier wird der Arzt auch auf der »anderen« Bedeutungsebene einen Ansatz suchen — dann ist aber meist das Ende des Krankenhausaufenthaltes schon erreicht oder es wird der Psychiater eingeschaltet, da man dem Krankenhaus-Seelsorger nicht genug zutraut.

Geriatrie und Psychiatrie sind zwei Beispiel dafür, daß beide Bedeutungsebenen in ihrer Wichtigkeit auch akzeptiert werden. Bei den alten und hinfälligen Patienten hat selbst die Medizin ihre nur eingeschränkte Bedeutung akzeptiert: hier geht es häufig nicht mehr darum, alles, was »pathologisch« ist, weitergehend zu diagnostizieren und zu therapieren. Die Gesamtheit des Patienten und seine Möglichkeiten gelangen wieder eher ins Blickfeld. Die Wirklichkeit der Geriatrie ist jedoch nicht so, wie man aus dieser Tatsache schließen könnte. Denn mit Rückzug der Medizin aus diesem Bereich wird er auch vernachlässigt: Hier gibt es für die Versorgung am wenigsten Geld, hier arbeiten bei schlechtem Personalschlüssel überwiegend nur Hilfskräfte — und sind überfordert. Dies hat sicherlich nicht nur damit etwas zu tun, daß die Alten 'nichts mehr Wert' sind. Denn auf Akutstationen, in der Intensivmedizin etc. wird sehr wohl viel für ihre Versorgung ausgegeben. Erst wenn medizinisch 'nichts mehr zu machen' ist, dann kommt der obige Aspekt zum Tragen. Grundsätzlich aber wäre für die Geriatrie gut vorstellbar, daß die Pflege die zentrale Rolle spielen und Medizin als Hilfsfunktion nur hinzugezogen werden könnte. Die Ärzte könnten die 'Gäste' in der Geriatrie sein.

In der Psychiatrie hat ebenfalls eine Medizin, die sich vorwiegend auf

Medikamente und Eingriffe stützte, ihre Grenzen erkannt. Die psychosoziale Seite von Krankheitsentstehung und -verlauf wird weitaus mehr als anderswo akzeptiert. Dies führt zu einem vergleichsweise höheren Grad an Gleichberechtigung von Ärzten und anderen Berufsgruppen — selbst wenn hier real noch große Unterschiede vorhanden sind. Sie tut dies u.a. mit der Gegenüberstellung von Heilen und Helfen. Dabei wird — selbstverständlich — ersteres als wichtiger angesehen. Die Medizin hat immer das Heilen zum Anspruch gehabt. Die Krankenpflege war da bescheidener, für sie geht es um das Helfen. Die obigen Beispiele sollten deutlich gemacht haben, daß bei den Krankheiten jedoch die Dinge nicht so einfach aufzuteilen sind: was heißt bei einem umfassenden Krankheitsverständnis helfen und heilen? Wird nicht — z.B. bei einem psychisch Kranken — durch das Helfen wesentlich beim Heilen geholfen? Ist nicht das Heilenwollen — z.B. durch eine By-pass-Operation bei einem Patienten mit Angina pectoris — der falsche Weg, wenn die Beschwerden ganz wesentlich durch seelisches Leid ausgelöst werden? Man sieht, daß nur die Berücksichtigung der beiden Bedeutungsebenen zusammen sinnvolle Gesundheitsversorgung ermöglichen kann. Daraus resultieren zwei Lösungsmöglichkeiten: Entweder eine Berufsgruppe macht in desem Sinne eine umfassende Betreuung mit ausreichender Berücksichtigung beider Ebenen *oder* die beiden angesprochenen Berufsgruppen — Schwestern und Ärzte — müssen gleichberechtigter zusammenarbeiten können. Hierfür ist Voraussetzung, daß beide Seiten etwas von den Aufgaben der jeweiligen anderen Seite verstehen: Eine solche Aufgabenteilung ist also nur sinnvoll möglich, wenn nicht einseitige Spezialisten — Ärzte und Pflegeberufe — in einer solchen Zusammenarbeit stehen.

In den letzten Jahren mußte die Medizin zunehmend mehr akzeptieren, daß sie bei chronischen Krankheiten gar nicht oder nur in den seltensten Fällen wirklich heilen kann; d.h. zumindest in der theoretischen Aufarbeitung, noch nicht in der Praxis der Medizin, muß sie akzeptieren, daß ihr Anspruch, sich aufs Heilen zu konzentrieren, nicht einlösbar ist (dies gilt z.B. für die Mehrzahl der Krebs-Therapien, die Behandlung von Herzkranzgefäßerkerankungen, rheumatischen Erkrankungen, chronische Bronchitis etc.).

Wenn es auch bis heute die Medizin als Macht-Institution immer noch schafft, diese Erkenntnisse in den Hintergrund zu drängen und somit ihren Eingriffsbereich auszuweiten und den der Krankenpflege zurückzudrängen, so läßt sich dennoch die Möglichkeit der Entwicklung einer selbstbewußten Krankenpflege vorstellen: Könnte es nicht sein, daß sich die Patienten in ihrer Krankheit nicht verstanden sehen, weil man nur die Medizin-Ebene berücksichtigt? Könnte nicht die Erkenntnis, daß Medizin nur in den selteneren Fällen überhaupt heilen kann, zu einer Aufwertung des Helfens führen? Heute allerdings sind die Auswirkungen einer massi-

ven Propaganda der Medizin für ihre Leistungen noch bei den Patienten zu erleben. Viele glauben inzwischen daran, daß 'alles' medizinisch lösbar sei. Sie sind fasziniert von der Medizintechnik. Bei einem Teil der Patienten wird die Verdrängung anderer Probleme in körperliche Erkrankungen durch eine Medizin, die sich auf die organische Ebene konzentriert, bestärkt und somit als positiv erlebt. Die Abwertung der Pflege hat also auch im Bewußtsein vieler Patienten stattgefunden.

Die Vormacht der Medizin wird nicht nur in der Laienwelt ausgebaut, sie wird auch zunehmend mehr in der Ausbildung der Pflegeberufe stabilisiert. Der Unterricht wird durch Ärzte im wesentlichen bestimmt, hier werden Wertmaßstäbe vermittelt. Die Ergebnisse einer solchen Ausbildung lasen sich in der hohen Bewertung der medizinischen Seite ablesen. Eine selbstbewußte und auf Gleichberechtigung pochende Pflege-Ausbildung gibt es nicht. Vor 20 bis 30 Jahren war diese — z.B. in konfessionellen Schulen — noch eher als heute entwickelt, auch wenn durch die konfessionelle Bindung bestimmt.

2. Das Verhältnis von Krankenschwestern/-pflegern zu anderen Berufsgruppen

Schwestern/Ärzte

Eine vertrauensvolle und auf ein gemeinsames Ziel gerichtete, beide Seiten befriedigende Zusammenarbeit zwischen Schwestern/Pflegern und Ärzten/Ärztinnen gibt es in der Regel nicht. Dies ist übereinstimmende Erfahrung aller Schwestern und müßte, da als Phänomen vielfach beschrieben, alle potentiell Betroffenen, insbesondere die Patienten, zutiefst erschrecken. In der Mehrzahl der Akutstationen der Krankenhäuser sind Ärzte zu Anweisungen auffordernde Personen, die, über die Stationen huschend, erwarten, daß ihre Anordnungen von Schwestern ohne Rückfragen präzise durchgeführt werden. So wenig Zeit sich die meisten Ärzte in der ritualisierten Tätigkeit der Krankenvisite für ihre Patienten nehmen (können?), so wenig Zeit haben sie auch für eingehendere Gespräche mit Schwestern und Pflegern eingeplant. Es besteht der Eindruck, daß für die Ärzte die von ihnen verrichteten technischen Tätigkeiten (Operationen, Röntgenuntersuchungen, Endoskopien, Sonographien, Anordnung, Durchführung und Diskussion der Laboruntersuchungen etc.) erheblich größere Bedeutung haben und daher auch mit erheblich größerem Zeitaufwand eingeplant sind als die Sicherung täglichen Wohlbefindens der Patienten. Schwestern und Pfleger, die sich aufgrund ihrer besseren Kenntnis der Situation des Patienten mit solchen Fragestellungen an Ärzte wenden, möglicherweise sogar die Notwendigkeit ständig neuer, weitgehend belastender diagnostischer Eingriffe im Hinblick auf ihre Bedeutung

für die Therapie infrage stellen, werden kurz abgefertigt. Die (möglicherweise auch auf Unsicherheit zurückzuführende) überhebliche Verhaltensweise der auf den Stationen häufig wechselnden jungen Ärzte gegenüber erfahrenen Pflegekräften, der Anspruch, daß letztlich das Wohl des Patienten in erster Linie von der ärztlichen Kunst und den daraus abgeleiteten Anordnungen abzuleiten ist, hat auf die Dauer bei Schwestern und Pflegern zu folgenden Verhaltensweisen geführt: Resignation, Unzufriedenheit, Aussteigen aus dem Beruf und unterdrückter Haß auf die Ärzte, der dann möglicherweise in aggressiven Akten gegenüber Kollegen, Patienten oder ihren Angehörigen sich Ersatzobjekte sucht. Das Hauptproblem in diesem Verhältnis scheint zu sein, daß den Ärzten die mindestens gleichwertige, bei vielen Erkrankungen sogar den Vorrang beanspruchende Bedeutung der Pflege gegenüber ärztlichen Maßnahmen nicht bewußt ist. Da Ärzte am eigentlichen Pflegeprozeß praktisch niemals teilnehmen, ihr eigenes, achtwöchiges Krankenpflegepraktikum am Anfang des Studiums vergessen ist und ihnen Schwestern und Pfleger immer nur als ausführende Hilfsorgane entgegentreten, fehlen ihnen Kenntnis und Verständnis für diesen bedeutenden Bereich therapeutischen Handelns. Im Studium haben sie selbstverständlich nichts über die Bedeutung der Pflege gelernt.

Schwestern und Patienten

Einerseits in ihrer körperlichen und häufig auch seelischen Gebrechlichkeit extrem abhängig von den Pflegepersonen, sind Patienten andererseits durch das in der Öffentlichkeit auch heute noch falsche Bild der Medizin, die alles kann, in erster Linie auf den Arzt fixiert. Von ihm erhoffen sie endgültige Heilung. Während die vielfältigen Hilfen der Pflege als selbstverständlich und immer nur als unterstützend empfunden werden. Andererseits schafft der regelmäßigere Kontakt zu Schwestern und Pflegern doch bei weitem häufiger eine zwischenmenschliche Beziehung, die es erlaubt, mit dem Leiden häufig unmittelbare und für einen Genesungsprozeß mindestens genauso wichtige Probleme zutage zu fördern, wie sie in den meist zu kurzen Gesprächen mit dem Arzt festgestellt werden. Die Unkenntnis des Arbeitsablaufs in einem Stationsbetrieb, die Unkenntnis über die Probleme, die aus regelmäßiger Unterbesetzung aller Stationen mit qualifiziertem Personal entstehen und die damit einhergehende überdurchschnittliche Arbeitsbelastung der Schwestern und Pfleger sind mit Ursache für versteckte gegenseitige aggressive Verhaltensweisen. Zudem kann der Patient seine Unzufriedenheit eher auf die Schwestern als auf die Ärzte richten, weil letztere als Autorität erlebt werden.

Schwestern und Schwestern

Die weiter oben geschilderte Arbeitsteilung und die daraus erwachsene

Hierarchie setzt sich auch innerhalb des Pflegepersonals fort. »Leitende« Pflegetätigkeiten sind in einem Krankenhaus nicht solche einer besonders qualifizierten Pflege, sondern immer organisatorische und verwaltungstechnische (Oberin, Oberschwester, Stationsschwester). Tariflich höher bewertete Tätigkeiten sind nicht solche einer besonders starken Hinwendung zum Patienten, sondern solche einer hochspezialisierten, auf kleine technische Bereiche eingeschränkte Tätigkeiten (OP, Anaesthesie, Endoskopie, Assistenz, EKG etc.). Viele Probleme, die oben als solche zwischen Schwestern und Ärzten dargestellt wurden, finden sich innerhalb der Gruppe der Pflegekräfte wieder. Dabei wurde auch diskutiert, ob die Abgabe von Aufgaben, wie Reinigen der Nachttische und Betten, der Essensausteilung etc., im Sinne einer umfassenden Pflege sein kann. Zumindest erschien Pflege sinnvoller und umfassender zu leisten zu sein, wenn *eine* betreuende Schwester *alle* Tätigkeiten *am/mit dem* Patienten übernimmt. So erst könnte sich der Patient geborgen fühlen, hätte eine Bezugsperson. Zudem wird gerade bei der Verrichtung der 'alltäglichen Kleinarbeit' häufig viel mehr über wichtige Probleme zu reden möglich, als wenn dies in einem gezielten Gespräch zwischen Patient und Schwester erfolgen soll. Die Aufteilung pflegerischer Tätigkeiten — sei es innerhalb der Berufshierarchie oder innerhalb des Stationsablaufes — wurde daher als Moment angesehen, das dem eigentlichen Pflegeinhalt widerspricht. Daß Schwestern häufig zu Schreibarbeiten mißbraucht werden, ist ein weiteres Problem.

Schwestern und Verwaltung

Die Verwaltung eines Krankenhauses wird regelmäßig nicht als ein technisch und organisatorisch notwendiger Apparat angesehen, der der Gesamtzielsetzung des Krankenhauses dient, sondern als eine davon unabhängige und darüberstehende Macht, deren Hauptanliegen die Kontrolle des Pflegepersonals, das mögliche Einsparen von Stellen und die Durchsetzung der Wünsche der Ärzte ist. Dabei muß gesehen werden, daß *über* die Verwaltungen nur Interessen anderer Gruppierungen — Staat, Geräteindustrien, Ärzteschaft — verwirklicht werden. Diese wiederum fließen dann über letztlich immer staatliche Gesetze, Verordnungen etc. in das Krankenhaus ein.

Schwestern und andere Berufsgruppen

Wichtige, von der eigentlichen Pflege kaum trennbare Tätigkeiten werden inzwischen auch von eigens dafür spezialisierten Berufen durchgeführt. Dies gilt für große Teile der Tätigkeitsbereiche von Krankengymnasten, von Diätassistenten, Sozialarbeitern, ja auch von Seelsorgern. Atem- und Bewegungsübungen, Beratung bei der Ernährung, Hilfen bei Behördenkontakten, Gespräche über persönliche Nöte und Hoffnungen sind, so-

weit es sich nicht um ganz besondere Spezialkenntnisse erfordernde Dinge handelt, viel sinnvoller mit einer Kontaktperson, der Schwester/dem Pfleger zu führen. Die Kontakte mit den anderen Berufsgruppen sollten sich auf ganz spezielle Anforderungen begrenzen. Dies setzt allerdings voraus, daß zur Versorgung der Patienten mehr Schwestern vorhanden sind, die diese erweiterten Aufgaben übernehmen können. Unter den Gesichtspunkten des Sparens in der Gesundheitsversorgung wird es daher bei der Aufteilung der Pflegetätigkeiten bleiben und wahrscheinlich werden diese noch mehr als bisher aufgesplittert (vgl. Aufsatz von Couture u.a. in diesem Band).

Nach dem als ideal vorgestellten Konzept allerdings wäre die Schwester/der Pfleger das Zentrum für alle Aufgaben der Pflege. Von hier aus würden 'Spezialisten' (Diät, Sozialarbeit, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie etc.) nur bei besonderen Problemen herangezogen werden. Zahlenmäßig würden diese Berufsgruppen an Bedeutung verlieren, in den dann übrig bleibenden Arbeitstätigkeiten jedoch an Bedeutung gewinnen.

3. Perspektiven

In Bezug auf die Verwirklichung einer »neuen« Krankenpflege wurden auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen zwei Entwicklungen diskutiert: 1. Autonome Hauskrankenpflege und 2. Krankenpflegezentrierter Stationsbetrieb.

Autonome Hauskrankenpflege

Da die Situation in den Institutionen mit der Dominanz der Medizin oft kaum zu ändern ist, haben einige Schwestern dem Krankenhaus den Rücken gekehrt und versuchen (Beispiel Hauskrankenpflege in Berlin), einen autonomen Bereich zu organisieren. Da sie für diese Tätigkeit jedoch kaum ausgebildet sind, müssen erst mühsam eigene Erfahrungen gesammelt werden. Um nicht in die übliche miese und ausbeuterische Situation der Hauskrankenpflege zu geraten (kein Arbeitsvertrag), wurde ein Kollektiv organisiert. Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, erhalten so eine pflegerische und soziale Unterstützung. In Bezug auf die niedergelassenen Ärzte entsteht hier natürlich ein Konfliktfeld für eine Hauskrankenpflege, die nicht nur ärztliche Anweisungen ausführt. Die Inhalte hauspflegerischer Tätigkeit schließen die Anwendung medizinischer, technischer Methoden ein (z.B. Betreuung bei Dialyse, postoperative Pflege). Sie erweitern sich jedoch in Richtung einer Hilfe, die auch präventiv wirksam ist und die Medikalisierung sozialer Probleme vermeiden kann. Die meisten der in der Hauskrankenpflege nötigen Qualifikationen und Erfahrungen werden in der Ausbildung nicht vermittelt, und die oft spezialisierte Tätigkeit im Krankenhaus ist keine gute Vorbereitung. Eine adäquate Praxis muß erst — möglichst gemeinsam — erarbeitet werden.

Hauskrankenpflege wird jetzt in einigen Regionen ergänzt durch Sozialstationen. Das Zusammenfallen oder die Abgrenzung der Hauskrankenpflege von Sozialarbeit wurde nicht weiter problematisiert.

Krankenpflegezentrierter Stationsbetrieb

Die andere Entwicklung bezieht sich auf die Veränderung in Richtung eines krankenpflegezentrierten Stationsbetriebes, also mehr Autonomie in den Institutionen trotz der Widerstände durchzusetzen. Um solch eine Entwicklung voranzutreiben, müssen jedoch günstige Bedingungen vorhanden sein, z.B. räumt die Medizin am ehesten das Feld auf geriatrischen Stationen. Die Schwestern, welche solche Modelle durchsetzen wollen, müssen auch lange Erfahrungen und eine »Position« in der Institution haben, um sich durchsetzen zu können. Bei der üblichen kurzen Berufsdauer ist es kaum möglich, sich durchzusetzen.

Entscheidend ist auch die öffentliche Kritik an den Institutionen und Praktiken der Medizin. Hier hat in einigen Bereichen z.B. die Frauenbewegung einen Durchbruch erzielt, wie er sich in der Geburtshilfe niederschlägt. Ohne Widerhall und auch ein Fordern von Seiten des Patienten kann sich kaum etwas ändern; aber die Enttäuschung vieler Patienten über eine inadäquate Medizin nimmt zu. Ob die alternative Medizinbewegung für dieses Problem und damit eine autonome Krankenpflege in anderen medizinischen Fachgebieten auch bedeutsam sein wird, ist nicht so deutlich zu erkennen. Um für Modelle einer autonomen Krankenpflege Vorbilder zu finden, kann auf die psychiatrische Versorgung, die Geriatrie und die Gynäkologie zurückgegriffen werden. Perspektivisch läßt sich sagen, daß nur breite Aufklärungsarbeit und massiver Widerstand, der von Personal und potentiellen Patienten getragen wird, zu einer Änderung der Situation führen kann. Voraussetzung dafür wäre ein Prozeß der Bewußtwerdung in den den Köpfen des Pflegepersonals.

Psychiatrie

In keinem anderen medizinischen Fachgebiet hat sich die traditionelle Rollenverteilung von Schwester (Pflege) und Arzt (Heilen) so radikal verändert, wie in der neuen Psychiatrie, die sich in den letzten Jahren an wenigen Kliniken und vor allen Dingen als ambulante Sozialpsychiatrie durchsetzen konnte. Unter Aufgabe eines übersteigerten und realitätsfremden Heilungsanspruches des Arztes, wird der im Team praktizierte Umgang mit dem Patienten ganzheitlich und gleichberechtigt organisiert. Die psychiatrische Krankenschwester gewinnt — zumindest im Vergleich zu anderen Bereichen — dabei ganz neue Funktionen, die eine selbständige Behandlung einschließen können. In Bezug auf die Durchsetzung der Psychiatriereform war vor allem auch die theoretische Kritik an einem bestimmten Krankheitsmodell durch Ärzte selbst wichtig. Andererseits hat

die öffentliche Kritik in Bezug auf die Praktiken in den Anstalten eine große Rolle gespielt. Die Krankenpflege in der Psychiatrie (die ja auch einen Sonderstatus hat) hat diese Entwicklung aus sich heraus wenig beeinflußt. In der Praxis macht der gleichberechtigte Umgang mit den psychisch Kranken große Schwierigkeiten, so daß die Teamarbeit immer gefährdet ist. Die theoretische Einsicht hat nicht automatisch eine entsprechende Praxis zur Folge. Die Veränderung eingeschliffener und gesellschaftlich (repräsentiert durch die formale Hierarchie) festgelegter Machtverhältnisse muß immer erkämpft werden.

Geriatrie

Im geriatrischen Bereich hat die Krankenpflege schon immer eine wichtigere Rolle gespielt als sonst in der Medizin. Im Konfliktfall wird sich natürlich auch auf geriatrischen Stationen die Medizin vor der Pflege durchsetzen. Sie stößt hier jedoch schnell an die Grenzen ihres Krankheitsmodells, da man die vielen einzelnen »Krankheiten« und Gebrechen der älteren Menschen nicht jeweils durchdiagnostizieren und einzeln therapieren kann. Offensichtlich ist hier, daß eine allgemeine Pflege und Unterstützung wichtiger und heilsamer, ist, als die mit starken Nebenwirkungen behaftete Therapie von häufig fünf bis zehn Diagnosen. In der Geriatrie als medizinischem Fachgebiet ist dies auch teilweise anerkannt, obwohl sich in der Praxis immer etwas anderes durchzusetzen scheint. Da dieses Gebiet sich jedoch primär ärztlich als Facharztgebiet versteht, gerät es auch schnell an seine eigenen Grenzen. Die Krankenpflege hätte hier eher Priorität. Es wurde über die Erfahrung auf einer geriatrischen Station berichtet, wo solche krankenpflegezentrierten Behandlungsformen durchgesetzt werden konnten. Hier erweist sich, daß Schwestern, die in die übliche Richtung »professionell« orientiert sind, sich auf solchen Stationen nicht wohl und »fachlich« unterfordert fühlen. Dieses Gebiet muß von ihnen erst mühsam als interessant und Aufgabe entdeckt werden.

Gynäkologie

Die Frauenbewegung kritisiert von außen einige der im Zentrum gynäkologischer Tätigkeit stehenden Probleme scharf. Gegen ein technisch überzogenes Konzept (z.B. Geburtshilfe) stellt sie die Ganzheitlichkeit der biologischen und sozialen Determinanten. Die Hausgeburt mit einer Hebamme erweist sich für viele Geburten als gleich gut und sicher, wobei das Wohlbefinden eher höher zu sein scheint. Hier wird der Hebamme und der Frau selbst Kompetenz zugewiesen, die sich früher die Medizin anmaßte. Die Gynäkologie behandelt auch sogenannte Frauenleiden mit den medizinischen Mitteln und erweist sich hier vielfach als unwirksam oder auch iatrogen. Die Frauenbewegung kritisiert diese oft mit sexistischen Elementen behafteten naturwissenschaftlichen Konzepte und setzt eigene

Behandlungsformen dagegen. Sie hat alternative Einrichtungen geschaffen, z.B. Frauengesundheitszentren, Frauenhäuser, Abtreibungs- und Sterilisationsberatung, die jedoch unter massiven Existenzschwierigkeiten leiden. Die Entwicklung entsprechender Formen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems wäre Ziel einer erweiterten autonomen Krankenpflege. Die öffentlich wirksame Kritik der Frauenbewegung an der Gynäkologie und die Vorbilder der alternativen Modelle könnten auf den Stationen von Schwestern genutzt werden.

Petra Botschafter-Leitner

Patientenorientierung — Personalorientierung

Ein Konflikt mit falschen Fronten

Betrachtet man die aktuelle Situation in der Krankenpflege, so stößt man in den Diskussionen über die Probleme und Perspektiven immer wieder auf zwei Komplexe, die sich scheinbar unversöhnlich gegenüberstehen, die aber bei näherem Hinsehen Ausdruck eines spezifischen gesellschaftlichen Interesses an Aufgaben und Funktionen des Pflegeberufes sind.

Der eine Komplex beinhaltet die kontinuierliche Verschlechterung der Gesundheitsversorgung durch Personalmangel und Rationalisierung im Krankenhaus und die damit einhergehende physische und psychische Belastung des Pflegepersonals, die Berufsunzufriedenheit und Fluktuation in der Krankenpflege ständig steigen lassen.[1] Der andere Komplex betrifft die verstärkt geführte Diskussion innerhalb der Krankenpflege über mehr Menschlichkeit, mehr Zuwendung, kurz gesagt: über die Umsetzung einer patientengerechteren Pflege.[2]

Noch heute hält die Krankenpflege fest an ihrer idealistischen Berufsmotivation des dienenden Helfens, sowohl dem Patienten als auch dem Arzt gegenüber. So hat sie bis heute nicht realisiert, daß sie ganz bewußt von gesellschaftlich relevanten Kräften auf diese (Frauen-)Rolle festgelegt wurde und noch wird.

Ein solches Berufsverständnis macht es schwer, wenn nicht unmöglich, eigene Interessen zu erkennen, zu formulieren und durchzusetzen. Nicht von ungefähr ist der gewerkschaftliche Organisierungsgrad der weiblichen Krankenpflegekräfte sehr niedrig.

Nur so ist einigermaßen nachvollziehbar, warum die Krankenpflege unter den sich heute unaufhörlich verschlechternden Arbeitsbedingungen nicht auf die Barrikaden steigt, sondern unter ihrem schlechten Gewissen fast zusammenbricht und sich in Resignation zurückzieht. Die heutige Situation der Krankenpflege wird als individuelles Versagen empfunden,

Schuldgefühle sind die Folge — wie im 19. Jahrhundert. Erst in den letzten Jahren gibt es Krankenschwestern und -pfleger, die nicht mehr nur stillschweigend den Beruf verlassen, sondern aktiv versuchen, sich aus einer Situation des permanenten schlechten Gewissens zu befreien und mit Hilfe der Gewerkschaften erstmals eigene Bedürfnisse und Interessen zu formulieren. In dieser Situation — auf der einen Seite Verknappung der finanziellen Ressourcen und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, auf der anderen Seite langsames Erwachen aus einem jahrhundertelangen Traum — in dieser Situation wird plötzlich wieder nach mehr Menschlichkeit im Krankenhaus gerufen, davor gewarnt, daß der Patient hinter und unter Apparaten nicht mehr gesehen wird, ist das Schlagwort von der (Rück-)Orientierung auf den Patienten in aller Munde.

Wenn man die gesellschaftliche Stellung der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung kennt, so erstaunt es nicht, ja erscheint geradezu folgerichtig, daß dieser Ruf nach weniger Betriebsorientierung und mehr Patientenorientierung im Krankenhaus nur von der Krankenpflege ernsthaft aufgenommen wurde. Hier wird wieder einmal ganz deutlich, daß die Medizin die Krankenpflege braucht als schmückendes menschliches Beiwerk. Solange die Krankenpflege diese, ihr von der Medizin zugewiesene Funktion erfüllt, braucht sich diese nicht ernsthaft mit sozialwissenschaftlichen Aspekten des Krankheitsverständnisses auseinanderzusetzen. Unter diesem Gesichtspunkt trägt die Krankenpflege dazu bei, die ausschließlich naturwissenschaftliche Orientierung der Medizin mit allen ihren Folgen aufrechtzuerhalten.

Ohne im Einzelnen analysieren zu wollen, wie die Krankenpflege mit dem Vorwurf umgeht, der Patient stehe nicht (mehr) im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit, lassen sich zwei Ebenen der Diskussion unterscheiden. Einmal — und so hat es angefangen — wird in den Fachzeitschriften, also relativ abgehoben von den alltäglich am Krankenbett Stehenden, der Vorwurf angenommen und es werden die verschiedensten Modelle entwickelt, wie man dem Patienten (wieder) näherkommen könnte: Da wird die Funktionspflege verantwortlich gemacht und stattdessen die Gruppenpflege angepriesen; da wird die Trennung in Grund- und Behandlungspflege beklagt, zementiert durch die unterschiedliche Bezahlung — auch hier soll die Gruppenpflege Abhilfe schaffen; wir müssen die verschiedenen Stufen des Pflegeprozeses zur Anwendung bringen, sagen die einen, Krankenpflegeforschung fehlt, sagen die anderen. Einig sind sich alle, wenn es um die Benennung von Ausbildungsdefiziten geht: die Auszubildenden müssen mehr Kompetenzen im psychosozialen Bereich erlangen. Wenn man die verschiedenen Beiträge zur patientenorientierten Krankenpflege liest, hat man den der Eindruck, Gesprächsführung sei *das* Mittel, mit dem alle Probleme zu lösen sind. Konkretes Ergebnis dieser in Fachzeitschriften und auf Kongressen geführten Diskussion waren Modelle, die die patien-

tenorientierte Krankenpflege z.B. als Weiterbildungsmaßnahme, zum Thema hatten

Die zweite Ebene der Diskussion verläuft in den Krankenhäusern unter dem Pflegepersonal selbst. Hier wird weniger diskutiert, als vielmehr auf das reagiert, was in aller Munde ist: zunächst einmal wird der Vorwurf der Patientenferne angenommen. So weit, so gut. Die Ursachen allerdings werden, wieder in Fortsetzung alter Tradition, im persönlichen Versagen gesehen!

Wie schon vor hundert Jahren wird auch heute nicht thematisiert, daß eine Umsetzung von mehr Patientenorientierung scheitern muß, wenn nicht die Bedürfnisse des Krankenpflegepersonals mit in die Überlegungen einbezogen werden.

Die Krankenpflege muß lernen, daß es nicht nur legitim ist, eigene Bedürfnisse zu haben, sondern daß es im Sinne einer Patientenorientierung ist, diese Bedürfnisse zu artikulieren und auch gegen Widerstände durchzusetzen.

Die Krankenpflege muß auch lernen — aus ihrer eigenen konkreten Geschichte lernen — Forderungen wie sie heute mit der Patientenorientierung gestellt werden, zu hinterfragen, nach den Interessen, die dahinterstehen: Geht es wirklich um den Patienten? Wird nicht vielmehr der Patient als Hebel benutzt, dem Pflegepersonal individuelles Versagen und Schuldgefühle zu suggerieren — dies hat schon in der Vergangenheit hervorragend funktioniert!

Mit Krankenschwestern, die nur noch mit dem Gefühl über die Station gehen, den Patienten aus eigenem Unvermögen nicht optimal gepflegt zu haben, lassen sich Rationalisierungs-, Einsparungs- und Streichungsmaßnahmen auf der einen Seite, aber auch ärztliche Intressen an medizinischen Handlangerdiensten durch das Pflegepersonal auf der anderen Seite leichter durchsetzen als mit Krankenschwestern, die eigene Vorstellungen über ihre Bedürfnisse in der Krankenpflege haben und bereit sind, diese — vielleicht sogar mithilfe der Gewerkschaften — durchzusetzen.

Der zunächst als Widerspruch erscheinende Sachverhalt: auf der einen Seite Verknappung der Mittel, »Sparen« an allen Ecken und Enden, auf der anderen Seite der Ruf nach mehr Patientenorientierung ist also ein scheinbarer. In Wirklichkeit dokumentiert er das gesellschaftliche Desinteresse an einer eigenständigen, selbstbewußten und damit auch patientenorientierten Krankenpflege.

Die Krankenpflege kann noch weitere hundert Jahre über ihre Eigenständigkeit diskutieren, Modelle für eine Patientenorientierung entwickeln und die Unmenschlichkeit in den Krankenhäusern beklagen, es wird sich solange nichts an der konkreten Situation ändern, solange nicht die eigenen Interessen und Formen ihrer Durchsetzung zum selbstverständlichen Gegenstand von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie For-

schung in der Krankenpflege gemacht werden. Ebenso selbstverständlich muß dieser Gegenstand von Personen erforscht und gelehrt werden, die über eine entsprechende Ausbildung und Berufspraxis verfügen. Dies würde allerdings bedeuten, daß Möglichkeiten für Zusatzqualifikationen geschaffen werden, die es Krankenschwestern ermöglichen, ihre beruflichen Belange in Forschung und Lehre selbst zu vertreten.

Dies war der Anspruch des Modellstudienganges an der Freien Universität Berlin, wo Krankenschwestern und -pfleger in einem dreijährigen Studiengang zu Lehrern der Kranken- und Kinderkrankenpflege ausgebildet wurden. Gleichermaßen orientiert an den Bedürfnissen und Problemen des Patienten und des Pflegepersonals sollen nicht nur Lehrerqualifikationen vermittelt, sondern die gesellschaftlichen Bedingungen der Krankenpflege von ihren Anfängen bis heute analysiert werden.

Die Fragen nach gesetzlichen Regelungen, Berufsmotivation, Frauenrolle, Verhältnis zur Medizin, zum Arzt und zu den übrigen Berufsgruppen sowie zum Verhältnis des Pflegepersonals untereinander sollten helfen herauszufinden, warum die Krankenpflege nach wie vor nicht eigenständig ist und ob überhaupt jemand — die Krankenpflege eingeschlossen — ein Interesse an dieser eigenständigen Krankenpflege hat.

Umgekehrt formuliert, sollte der These nachgegangen werden, ob nicht Aspekte der Krankenpflege wie »frauliche Eigenschaften«, »Idealismus«, »Patientenorientierung« je nach den gesellschaftlichen Gegebenheiten bewußt eingesetzt wurden, um Interessen der Medizin und ihrer Vertreter sowie der Krankenhausträger durchzusetzen. Die Forderung nach mehr Patientenorientierung in der Krankenpflege unter gegebenen Bedingungen hat wenig mit einer verbesserten Versorgung des Patienten und gar nichts mit mehr Eigenständigkeit der Krankenpflege zu tun![3]

Anmerkungen

1 Trotz insgesamt gestiegener Zahl der beschäftigten Krankenschwestern und -pfleger, fehlen heute 28.000 Pflegekräfte. In dieser Zahl sind 15.000 zwar vorhandene, aber nicht besetzte Stellen miteinbezogen (für den ärztlichen Bereich handelt es sich um 20.000 Ärzte, die fehlen, einschließlich 6.000 vorhandener, aber nicht besetzter Stellen). — Da die insgesamt gewachsene Zahl an Pflegekräften oft als Argument benutzt wird, zu behaupten, die Situation im Pflegebereich habe sich nicht verschlechtert, soll kurz statistisch dargestellt werden, welche Entwicklungen diesem Zuwachs gegenübergestellt werden müssen, ehe man damit argumentieren kann. — Nimmt man das Jahr 1965 als Ausgangsbasis und betrachtet den Zeitraum bis 1978, ergibt sich folgendes Bild:
— 51.000 Pflegekräfte wurden zusätzlich benötigt, um die gestiegene Zahl der Patienten (über 3 Mill.) zu versorgen;
— 32.427 wurden benötigt, um die Arbeitszeitverkürzung (von 47 auf 40 Stunden) auszugleichen;

— 34.640 wurden gebraucht, um die Mehrarbeit durch die Verweildauerverkürzung (von 27,4 auf 20 Tage) zu bewältigen, dann bleiben noch
— 9.000 übrig für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in den Funktionsbereichen wie Anästhesie, OP usw.

Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft: Gegenwärtiger und künftiger Bedarf an Krankenpflegekräften — Krankenpflegeenquête. In: Das Krankenhaus, Zentralblatt des deutschen Krankenhauswesens, Heft 6 und 7, 1979; H.-W. Müller: Personalsituation im deutschen Krankenhaus: Vorschläge der DKG liegen auf dem Tisch! In: Das Krankenhaus, Heft 11, 1980, S.407ff. Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.): Fachserie 12 — Gesundheitswesen — Reihe 1: Ausgewählte Zahlen für des Gesundheitswesen, entsprechende Jge.

2 Zur Diskussion um die patientenorientierte Krankenpflege vgl. insbesondere: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Fachblatt für Kranken- und Kinderkrankenpflege; Demokratisches Gesundheitswesen, Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialberufe, Heft 5/81; Gesundheitsreport, Informationen der Gewerkschaft ÖTV, u.a. Nr. 2/82.

3 Zum Problem der »Eigenständigkeit« vgl.: A. Mergner, Die historische Entwicklung der staatlichen Krankenpflegeausbildung, unveröffentl. Diplomarbeit, Fachbereich Klinikum Steglitz, der Freien Universität Berlin, SS 1981.

Denise Couture, Marc Renaud, Louise-Hélène Trottier

Dequalifizierung oder Überqualifizierung in der Krankenpflege?

Erfahrungen aus Quebec/Kanada*

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens in der kanadischen Provinz Quebec haben in den letzen zehn Jahren eine auf der ganzen Welt wahrscheinlich beispiellose Umwälzung erfahren. Durch zahlreiche und tiefgreifende Eingriffe hat die (Provinz-)Regierung dabei versucht, im Rahmen der außerordentlich schnellen und weitgehenden Reorganisierung des gesamten Gesundheitssektors die Arbeitsteilung umzustrukturieren und eine Reihe von neuen sozialen Bewegungen und neuen sozialen Verhaltensweisen zu adaptieren bzw. zu kooptieren.[1]

* Die Verfasser sind dem DAAD (Denise Couture), dem Programm CAFIR (Marc Renaud) und dem kanadischen Ministerium für sozialen Wohlstand (Louise-Hélène Trottier) zu Dank verpflichtet, ohne deren Hilfe der vorliegende Aufsatz nicht hätte geschrieben werden können. Aus dem Französischen von Monique Kriescher-Fauchs. Ein Fremdwortverzeichnis befindet sich am Schluß dieses Aufsatzes.

Trotz aller Besonderheiten weist dieser Prozeß jedoch eine gewisse Verallgemeinerbarkeit auf. Anhand der Erfahrungen der letzten zehn Jahre und im begrenzten Rahmen dieser einen Provinz (Quebec hat nur sechs Millionen Einwohner), können u.U. Phänomene wie in einem Brennglas deutlich gemacht werden, die in anderem Zusammenhang nur langsamer und diffuser sichtbar geworden sind bzw. erst noch in Erscheinung treten werden.

Im vorliegenden Aufsatz geht es dabei um den Bereich der Krankenpflege, der eine recht widersprüchliche Entwicklung aufweist. Während breite Fraktionen der Pflegeberufe für eine umfassendere und wissenschaftlichere Betrachtungsweise der Pflegearbeit und damit für eine höhere gesellschaftliche Einschätzung dieser Aufgaben gekämpft haben und weiterhin kämpfen, scheint der immer stärker werdende Staatseinfluß mit seiner vor allem »produktivitätsorientierten« Rationalität im Gegensatz dazu eine gewisse Dequalifizierung der Pflegetätigkeit zur Folge zu haben.

Dies soll — nach einem kurzen historischen Überblick — anhand der Situation der Krankenschwestern und -pfleger dargestellt werden, die sich bei dem Versuch, ihre Arbeit aufzuwerten und im Ansehen zu steigern, plötzlich mit denjenigen konfrontiert finden, die ihre Aufgaben rationalisieren, neu aufteilen und systematisieren wollen.

Die sechziger Jahre:
Der Staat ersetzt den Markt als Mechanismus der Mittelverteilung

Bis ca. 1960 erfolgte die Entwicklung des Gesundheitswesens in Quebec fast ausschließlich in Abhängigkeit von den Marktverhältnissen, den Veränderungen der medizinischen Technologie und der wachsenden Behandlungsnachfrage der Bevölkerung.[2] Bestimmend waren die Interessen der auf diesem Gebiet tätigen Akteurgruppen, d.h. der Ärzte, der religiösen Gemeinschaften und der beteiligten Unternehmen (Versicherungen, Hersteller von Arzneimitteln und medizinischen Geräten). Der Staat beschränkte sich fast gänzlich auf die traditionellen Bereiche der öffentlichen Hygiene und der Psychiatrie. Die Ärzte, im Sozialprestige nur noch von den Priestern übertroffen, beherrschten unangefochten die Berufshierarchie. Die religiösen Gemeinschaften besaßen und verwalteten die wichtigsten Krankenhäuser, und in ihren Händen lag die volle Verantwortung für die Ausbildung der Krankenschwestern. Hinsichtlich der sozialen Beziehungen war der Gesundheitssektor einer der ruhigsten: die Militanz war sehr niedrig, gar inexistent. Es wäre die Ära des Gehorsams. Erst 1962 brach der erste Streik in die Welt des Krankenhauses. Ausgangspunkt und Hauptmotor einer Veränderung wurde zunächst die kanadische Bundesregierung durch ihre Programme der Neuverteilung der Kosten. Nachdem das (Bundes-)Parlament in Ottawa 1957 die Krankenhaus-Versicherung und 1966 die allgemeine Krankenversicherung verabschiedet hatte, folgte

die Gesetzgebung der Provinzen — in Quebec 1961 bzw. 1970. Durch diese umfassenden Programme wurde der Staat zum Hauptkostenträger in Sachen Gesundheitsversorgung, die Bevölkerung erlangte dadurch den unentgeltlichen Zugang zu allen stationären und ambulanten Diensten. Die wichtigste Schaltstelle für die Organisation der Versorgung wurden nach und nach die Provinzregierungen, die auch verfassungsmäßig für die Verwaltung des Gesundheitssektors zuständig sind.

Teils parallel zur Bedeutungszunahme des Staates, teils durch diese ausgelöst, erfolgte eine tiefgreifende Umstrukturierung der Teilung der Arbeit im Gesundheitswesen und der formalen Organisation der verschiedenen Berufsgruppen. Innerhalb von zehn Jahren wurde aus der alten Sozialordnung, in der Gehorsam, Ehrenamtlichkeit und Konsens die verbindliche Norm dargestellt hatten, eine politische Arena, in welcher rationale Wirtschaftssubjekte miteinander rivalisieren, um ihre jeweiligen Interessen zu verteidigen oder zu fördern. Jene Gruppen, die in der Vergangenheit die Mechanismen der Entscheidungsgewalt kontrolliert und aus ihrem Prestige sowie ihrer beträchtlichen Macht Vorteile gezogen hatten, traten ab — wie z.B. die Glaubensgemeinschaften und z.T. die Privatversicherungen — oder sie gaben sich zum Schutz vor befürchteten Staats-Eingriffen eine formelle Organisation — wie z.B. die Krankenhäuser oder die Fachärzte. Auch die Gruppen, die durch die staatlichen Interventionen Status, Ansehen Einkommen, Macht etc. zu gewinnen hatten, formierten sich: Es waren dies die Allgemeinärzte, die Krankenschwestern sowie andere Krankenhausberufe (z.B. Verwaltungsangestellte). Die französisch sprechenden Ärzte z.B., die im Gegensatz zu ihren englisch sprechenden Kollegen zuvor nie das Bedürfnis verspürt hatten, eine eigene pressure group ins Leben zu rufen, schlossen sich in Ärztegewerkschaften zusammen und zögerten bei gegebenem Anlaß auch keineswegs, die oft verschrienen Techniken des Arbeitskampfes zur Durchsetzung ihres Willens einzusetzen. Auch die Krankenschwestern begannen, sich aktiv in Gewerkschaften zu betätigen. Sie, wie auch die Physio- und Ergotherapeuten, die Diätassistenten und andere Berufsgruppen, die in den fünfziger und sechziger Jahren aus dem Boden schossen, streikten, und dies mehr als einmal — etwas, das sich in der Vergangenheit nie ereignet hatte. So erlebte die Konföderation der nationalen Gewerkschaften, eine Arbeitergewerkschaft, in dieser Phase den größten Zuwachs ihrer Geschichte, bei dem 40% ihrer etwa 100000 neuen Mitglieder aus dem Krankenhaussektor stammten.

Die siebziger Jahre: Die bürokratische Rationalität im Einsatz

Während der sechziger Jahre erfuhr der Gesundheitssektor von Quebec tiefgreifende Veränderungen. Indem die Provinzregierung zum Hauptkostenträger der Gesundheitsleistungen wurde, erwarb sie die Möglichkeit, massiv und sogar in autoritärer Weise zu intervenieren, um die traditionel-

le Sozialordnung im Gesundheitswesen umzumodeln. Die betroffenen Berufs- und institutionellen Gruppen entwickelten für ihren Teil — in diesem Vorhaben von der Regierung unterstützt — die Fähigkeit, ihre Grupeninteressen zu vertreten. Im Jahre 1970 kam in Quebec die liberale Partei an die Regierung. Mit einem sozialdemokratischen Programm und sehr hochgesteckten Zielen wurde von ihr eine tiefgreifende Reform der Institutionen des Gesundheitswesens in Angriff genommen. Neben einem rationelleren und ökonomisch effizienteren Mitteleinsatz sollte diese Reform eine substantielle Umgestaltung der medizinischen Praxis, der Pflegeorganisation und der Machtverhältnisse in diesen Bereichen bewirken. Mit der Schaffung multidisziplinärer Gesundheitsteams (Ärzte, Krankenschwestern, Gemeinde- und Sozialarbeiter etc.) in Einrichtungen »vor Ort«[3] wurde auf die Entwicklung einer Ganzheitsmedizin gesetzt, die nicht allein auf den kranken Patienten ausgerichtet ist, sondern soziale Faktoren wie Armut und Allgemeinzustand des Milieus einbezieht, die für das Kranksein prädisponieren. Zudem sollten die Machtstruktur verändert, die Entscheidungsmacht des Gesundheitsministeriums dezentralisiert und auf die einzelnen Regionen verlegt sowie mannigfaltige Formen der Partizipation der Benutzer und Mitarbeiter an der Kontrolle der sie betreffenden Organisationen begünstigt werden. Die Novellierung des »Gesetzes über die Gesundheitsberufe« schließlich sollte die Beziehungen zwischen den Berufsgruppen sog. fachlich Ausgebildeter — damit sind diejenigen gemeint, die nach einer Fach- oder Hochschulausbildung eine unmittelbare Verantwortung gegenüber dem Patienten haben — klären, systematisieren und, wenn nötig, neu strukturieren. In diesem Zusammenhang wurden alle Berufsgruppen gezwungen, organisatorisch zwischen der Vertretung ihrer eigenen Interessen und dem Schutz der Allgemeinheit zu unterscheiden. Für ersteres sind die Berufs-Gewerkschaften und-verbände für letzteres Korporationen bzw. Kammern (Standesorganisationen) zuständig. In diesem Rahmen mußte jede Berufsgruppe mit der größtmöglichen Genauigkeit ihr eigenes Berufspraxisfeld sowie die daraus resultierenden Berufshandlungen definieren, wodurch Spannungen zwischen Ärzten und Krankenschwestern, zwischen Krankenschwestern und Krankenpflegehelferinnen oder zwischen Fachärzten für Physiotherapie und Physiotherapeuten etc. vermieden werden sollten.

Die Umsetzung dieser vom Parlament verabschiedeten Grundsätze führte zu beträchtlichen Enttäuschungen. Die Logik der sozialen Entwicklung, die der Reform ursprünglich zugrundegelegen und viele Gruppen mobilisiert hatte, trat langsam gegenüber der Logik ökonomischer Rentabilität und ökonomischer Sachzwänge in den Hintergrund. Während mit der Reform noch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und eine größere Gerechtigkeit im Umverteilungsprozeß erreicht werden sollte, wurden nunmehr Ziele wie Kostenkontrolle, Wachstumsbe-

grenzung des medizinisch-stationären Apparates etc. vorrangig. Die drei wichtigsten durch die Reform realisierten Änderungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Reform hat zu einer Umschichtung der Machtverhältnisse unter den Eliten im Gesundheitssektor geführt. Die »bürokratischen Rationalisierer« im Staate definieren nunmehr die meisten Spielregeln, nicht mehr die »Berufsmonopolisten«. Dies bedeutet, daß inzwischen zahlreiche parallele Dienste beseitigt und moderne Verwaltungstechniken angewandt werden. Außerdem kam es zu einer Verteilung der Krankenhausbetten entsprechend der regionalen Einwohnerzahlen. Das Ergebnis ist eindrucksvoll. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, ist in Kanada (und dies gilt auch für die Provinz Quebec) gelungen, das Anwachsen der Gesundheitskosten in außergewöhnlicher Weise einzudämmen.

Tab. 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttosozialprodukts in 9 Industrieländern, 1960 - 1976

	1960	1965	1970	1976
Australien	5,0	5,2	5,6	7,7
Bundesrepublik Deutschland	4,4	5,2	6,1	9,7**
Finnland	4,2	5,2	5,9	7,2
Frankreich	5,0	5,9	6,6	8,2
Großbritannien	3,8	3,9	4,9	5,8
Kanada	5,6	6,1	7,1	7,1
Niederlande	4,4*	5,0	6,3	8,5
Schweden	3,5	5,8	7,5	8,7**
USA	5,3	5,9	7,2	8,7
Länderdurchschnitt	4,6	5,4	6,4	8,0

* 1962
** 1975

Quelle: Simanis, J.G., J.R. Coleman/ Health care expenditures in nine industrialized countries, 1960 - 1976. In: Social Security Bulletin 43 (1980)1, 3-8

2. Diese Rationalisierungslogik wird ihrerseits sehr schnell von der Rentabilitätslogik überholt. Jeder Dienst soll bei gleichen Leistungen weniger kosten oder bei gleichen Kosten mehr Leistungen hervorbringen. In der gegenwärtigen ökonomischen Krise dominiert dabei die Rentabilitätslogik zum Schaden, wie viele behaupten, der Arbeitszufriedenheit in den Pflegeberufen und der Humanisierung der Pflege.

3. Schließlich hat diese Form zur Etablierung einer neuen Gesundheitsmoral geführt. Diese besagt, daß die Individuen verpflichtet sind, sich gesund zu halten und eine Inanspruchnahme der Dienste zu vermeiden. Die Prävention bei den individuellen Risikofaktoren (Tabak, Alkohol, Ernährung etc.) wird zur herrschenden Ideologie. Die Zuständigkeit in diesem

Bereich liegt bei den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, darunter den Krankenschwestern, die sich als die neuen Vorkämpfer der Prävention verstehen.

Insgesamt haben die zahlreichen staatlichen Interventionen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu wichtigen Änderungen geführt. Diese haben jedoch keinen gemeinsamen Bezugspunkt mehr mit dem gesellschaftlichen Vorhaben, aufgrund dessen die Reform eine in dieser Breite seltene Volksunterstützung aufzuweisen hatte.

Die Entwicklung auf dem Gebiet der Krankenpflege ist innerhalb dieses Rahmens — wichtige Änderungen einerseits, wachsende Enttäuschung über die Reform andererseits — zu begreifen.

Die autonome Bewegung der Krankenschwestern: Für eine Pflege ohne Arzt

Die Krankenschwestern in Quebec versuchen seit mehr als 20 Jahren, durch Kämpfe sowohl auf der Ebene der Gewerkschaften als auch der Standesorganisationen ihre Unabhängigkeit zu erweitern. Die Originalität dieser Bewegung liegt in der Verlagerung der Legitimationsquellen für die Krankenpflegearbeit: Nachdem die Krankenschwestern in den sechziger Jahren »Berufung« und »Aufopferung« gegen gewerkschaftliche Forderungen eingetauscht haben, versuchen sie nunmehr, sich der ärztlichen Bevormundung zu entledigen, indem sie ihre Arbeit an eigenständigen Zielen pflegerischer Versorgung und nicht mehr an ärztlich-therapeutischer Logik orientieren.[4]

a) Die Befreiung vom Joch der Glaubensgemeinschaften (die sechziger Jahre)

Die Krankenschwestern haben sich von der Bindung an die Glaubensgemeinschaften befreit, indem sie einerseits ihre gewerkschaftlich militante Haltung steigerten und andererseits die Ausbildungsstätten wechselten. Zur Zeit der Bevormundung durch die Glaubensgemeinschaften wurden die Aufstiegschancen nicht religiös gebundener Krankenschwestern durch ihre Treue zu den Ordensschwestern, ihre Zustimmung zur katholischen Moral und ihren Eifer in der Zusammenarbeit mit Vertretern des ärztlichen Berufes definiert. Als der Staat 1961 Arbeitgeber des Krankenhauspersonals wurde, eröffnete er damit Möglichkeiten für Veränderungen in Beförderungskriterien, Gehältern und Arbeitsbedingungen. Dank der gewerkschaftlichen Kämpfe wurden objektivere Kriterien wie Dienstalter und Erfahrung aufgestellt, und die Krankenschwestern konnten ihre Gehälter und Arbeitsbedingungen merklich aufbessern. Wie schon erwähnt, bezog sich die Abhängigkeit von den Religionsgemeinschaften auch auf die Ausbildung. Diese wurde in Schulen geboten, die den Orden gehörten und an ihre Krankenhäuser angeschlossen waren. Die Schülerinnen arbei-

teten dort nahezu umsonst. Ende der sechziger Jahre wurden diese Schulen geschlossen. Die Krankenschwesterausbildung wurde von Fachschulen in Form einer dreijährigen Ausbildungszeit (nach 12 Jahren Schulzeit) übernommen.

b) Zunahme der ärztlichen Herrschaft über die Pflege: Die Krankenschwestern gehen auf die Universität

Mit der Vermehrung der ärztlichen Fachdisziplinen, der Verbesserung der Diagnostik- und Behandlungstechniken (Röntgenologie, Chirurgie, Chemotherapie usw.) sowie der Zunahme und Differenzierung des Krankenhauspersonals beinhaltet die Pflegetätigkeit immer weniger »häusliche« Aufgaben und wird mehr und mehr technisiert und spezialisiert. Handlungen, welche die Ärzte entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und seiner technologischen Anwendung an die Krankenschwestern delegieren, liefern diesen die ersten nützlichen Argumente, um die Notwendigkeit einer wissenschaftlicheren Ausbildung auf Hochschulebene zu begründen. Mit der Argumentation, ihre wissenschaftlichen Kenntnisse und ihre Allgemeinbildung ausweiten zu müssen, setzen sich die Krankenschwestern durch, so daß ab Ende der fünziger Jahre an Universitäten in Quebec Krankenpflegefakultäten gegründet werden.

Dennoch führt die Vermehrung dieser technischen und spezialisierten Handlungen zunächst zu einer beträchtlichen Zunahme der ärztlichen Herrschaft über die Pflege. Sie werden unter (direkter oder indirekter) ärztlicher Kontrolle ausgeführt und fallen in die Zuständigkeit der ärztlichen Behandlungslogik und nicht des Pflegeprozesses. Diese Zunahme der ärztlichen Herrschaft bringt in den siebziger Jahren die Krankenschwestern zu einer von der medizinischen Wissenschaft autonomen Bewegung zusammen.

c) Modelle der Pflegetätigkeit (die siebziger Jahre)

Die Krankenschwestern in Quebec sind seit mehr als zehn Jahren in einer autonomen Bewegung mobilisiert, deren Ziel es ist, ihren besonderen Beitrag innerhalb des Teams der Gesundheitsberufe näher zu bestimmen. Ohne die Wichtigkeit jener Aufgaben und Funktionen zu bestreiten, die sie in direkter Abhängigkeit vom Arzt erfüllen, wollen sie zur Vergrößerung ihrer Autonomie die Anerkennung der sozialen und gesundheitlichen Wichtigkeit derjenigen Handlungen durchsetzen, die von Rezepten und Ärzteanordnung *unabhängig* sind. Zudem bestehen sie darauf, daß sie nicht nur Technikerinnen sind, daß ihre Arbeit sich nicht darin erschöpft, ärztliche Verordnungen (Verbinden, Spritzen, Messen von Vitalfunktionen, Verteilen von Medikamenten etc.) auszuführen, und daß ihre Arbeit vor allem nicht darauf beschränkt ist, Pflege im rein bio-physiologischen Sinne angedeihen zu lassen.

Vielmehr behaupten sie mit Nachdruck, daß ihre Tätigkeit auch wesentlich psycho-soziale Komponenten beinhaltet und bestimmen somit aus ihrem helfenden Verhältnis gegenüber dem Patienten sowie aus ihren bedürfnis-ergründenden, erzieherischen und informationsspendenden Funktionen für ihre Klientel das »Epizentrum« ihrer autonomen Tätigkeiten. Die unverwechselbare Besonderheit ihrer Tätigkeit befindet sich, so meinen sie, just an den Schnittstellen von technischen und fachlichen Aufgaben, von Behandlung und Pflege, wo Biologisches und Psychosoziales zusammenlaufen bzw. ineinanderübergehen. Das schnelle und kontinuierliche Aufspüren von Komplikationen, der mündliche oder schriftliche Bericht über den Krankheitsverlauf, die Ersteinschätzung über die Schwere eines Falles oder die Ergründung von Patientenbedürfnissen sollen nicht mehr im Hinblick auf eine Entlastung des Arztes oder eine *ärztliche Verschreibung* erfolgen. Vielmehr geht es bei der Arbeit der Krankenschwestern um die Ergründung und Identifizierung der Bedürfnisse der Patienten nach *pflegerischer Versorgung*.

Diese autonome Bewegung der Schwestern ist in der Folge der Reform des Gesundheitssektors angelaufen, die durch die Schaffung der Nachbarschaftszentren[3] und durch ein Konzept der ganzheitlichen Medizin charakterisiert ist. Den Krankenschwestern war die Gelegenheit geboten, den allgemein-medizinischen Charakter (im Sinne einer Grundversorgung) ihres Berufes zur Geltung zu bringen. Die allgemeinen Kenntnisse, über die die Krankenschwestern verfügen, betreffen sowohl das Biologische als auch das Psychologische als auch das Soziale. Sämtliche Aufgaben und Funktionen, die von ihnen wahrgenommen werden, waren insofern wichtige Trümpfe in dieser Auseinandersetzung. Die Krankenschwestern — als eine Art Allgemeinpraktikerinnen — halten der zersplitterten und technisierten Problembearbeitung durch die Ärzte, die sich nur für die Krankheit und nicht für die Individuen in ihrem Gesamtzusammenhang von Leben und Arbeit interessieren, ihre Befähigung entgegen, umfassende und menschliche Versorgung anzubieten.

Durch diese allgemein-medizinische Betonung ihres Berufes haben sich aber die Krankenschwestern die meisten Berufsgruppen im Gesundheitssektor zu Gegnern gemacht. Ihre vielseitigen Aufgaben, verbunden mit ihrem Wunsch, umfassende Versorgung für die Patienten zu leisten, haben Berufskämpfe hervorgerufen, in deren Verlauf Pflegehelferinnen, Diätassistentinnen, Physiotherapeuten, Inhalotherapeuten, Apotheker, Psychologen und Sozialarbeiter die Krankenschwestern beschuldigen, in ihre jeweiligen Praxisfelder einzudringen. Diese Berufskämpfe wurden durch die Novellierung des »Gesetzes über die Gesundheitsberufe« und das Aufkommen eines neuen Gesundheitsbewußtseins in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre verschärft. Die neue Gesundheitsmoral, die den Leistungsempfängern auferlegt, für sich selbst zu sorgen, indem sie ihnen die Ver-

antwortung für die Erhaltung und die Besserung ihrer Gesundheit zurückgibt, gestattet den Krankenschwestern, die Wichtigkeit ihrer Erziehungsaufgaben und ihrer Helferrolle, durch die sie stimulieren, motivieren und zur Selbsthilfe anregen können, zur Geltung zu bringen. Der dieser Entwicklung zugrundeliegende Einstellungswandel in Bezug auf die Gesundheit wurde durch Hinterfragen des Nutzens medizinischer Technologie sowie durch eine gleichwertige Berücksichtigung von sozialen, umweltbedingten und biologischen Ursachen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit ausgelöst. Derartige Argumentationen mußten den Wert jener Tätigkeiten des Krankenpflegepersonals erschüttern, die an kurative ärztliche Behandlungen gebunden sind. Zugleich wurde dadurch die Möglichkeit eröffnet, die arztunabhängigen Pflege-Handlungen aufzuwerten und damit eine größere Autonomie gegenüber der ärztlichen Wissenschaft zu erlangen.

Die Bewegung, Autonomie gegenüber der ärztlichen Wissenschaft zu gewinnen, wurde von den universitären und ständischen Fraktionen der Krankenschwestern weitgehend unterstützt. Die Krankenschwestern versuchten dabei, sich von der ärztlichen Wissenschaft dadurch zu befreien, daß sie ihre Handlungen und Aufgaben präzisierten, um sie in ein Pflegemodell[5] reintegrieren zu können. Dieser Kampf erreichte seine ganze Schärfe anläßlich der Neuordnung des Gesetzes über die Gesundheitsberufe (1973). Die in der Provinz Quebec tätigen ca. 46000 Krankenschwestern genießen zwar seit 1946, als sie das Ausübungsmonopol[6] erlangten, eine legalen, demjenigen des ärztlichen Berufs vergleichbaren Status. Aber erst 1973 haben sie (als die ersten in der Welt) eine Definition des Krankenpflegeberufs durchgesetzt: »Die Ausübung des Berufes der Krankenschwester oder des Krankenpflegers wird durch jede Handlung begründet, die zum Ziel hat, Gesundheitsbedürfnisse von Menschen festzustellen, zu Diagnostikmethoden beizusteuern, Krankenpflege zu leisten und zu kontrollieren, wenn diese Handlung im Rahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation durchgeführt wird oder aufgrund ärztlicher Verordnung im Rahmen von pflegerischer Versorgung erfolgt.«

Vor dem Hintergrund dieses beruflichen Sieges und angesichts der Verpflichtung, die Allgemeinheit durch Sicherstellung der Qualität der pflegerischen Versorgung zu schützen, begannen die Standesorganisationen des Krankenpflegepersonals, die einzelnen Elemente der Krankenpflegeausübung in verschiedenen Tätigkeitsfelder zu spezifizieren und zu konkretisieren.[7] Mit diesem Schritt schloß sich die Standesorganisation einer kurz zuvor in Nordamerika entstandenen Bewegung an, die versuchte, die Handlungen der Krankenschwestern einzeln aufzuführen, um ihnen so eine wissenschaftliche und von der medizinischen Wissenschaft unabhängige Basis zu geben. Mit dem Siegel der Wissenschaftlichkeit und einem von

der Universität definierten Wissensbestand soll die ärztliche Vorherrschaft beendet werden, die die Pflegekräfte in einer abhängigen Stellung hält und ihnen eine nur mittelbare Beziehung zu wissenschaftlichen Kenntnissen zugesteht. Die universitäre und wissenschaftliche Anerkennung erscheint ihnen dabei so wichtig, daß sie sogar fordern, daß Krankenpflegeausbildung ausschließlich Sache der Universitäten wird. Der Ausgang dieser Auseinandersetzung ist noch offen, jedoch hat das Vorhaben der Krankenschwestern, sich vom ärztlichen Joch zu lösen, inzwischen einer Logik den Weg bereitet, die sich mit der staatlichen Rationalisierungslogik in Übereinstimmung befindet.

Das staatliche Rationalisierungskonzept und die Dequalifizierung der Krankenpflegetätigkeit

Den größten Teil der Krankenhauskosten bilden die Gehälter des Krankenhauspersonals, dessen zahlenmäßige größte Gruppe das Pflegepersonal ist. Die Verwaltung ist deshalb zwangsläufig an jedem Versuch interessiert, dessen Ergebnis zu einer Kostensenkung bei diesem Posten führen könnte. Im folgenden wollen wir auf zwei solcher Versuche eingehen: Zum einen auf das Modell »Planifizierung der Krankenhauspflege-Ressourcen«, zum anderen auf die Förderung bestimmter Formen der Arbeitsorganisation. Diesen Spar-Projekten der Verwaltung kommen im Fall der Provinz Quebec gesetzliche Vorschriften mit Maßregelungscharakter entgegen, die, obwohl zu anderen Zwecken konzipiert, auch auf die Qualifikation der Krankenpflegearbeit einen Einfluß haben können. In diesem Zusammenhang werden wir die Delegierung der ärztlichen und pflegerischen Handlungen an andere Beschäftigtengruppen untersuchen.

Der ständische Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger der Provinz Quebec hat dabei vor allem gegen den Gesetzentwurf mobilisiert, da durch ihn die Bemühungen um eine Sicherung der Autonomie der Krankenpflegeberufe wieder in Frage gestellt wurden. Die Gewerkschaften der Krankenschwestern und Krankenpfleger haben sich dagegen primär mit allen Versuchen auseinandergesetzt, die einen unmittelbaren Einfluß auf die Bedingungen ihrer täglichen Arbeit haben.

a) Planifizierung der Krankenpflegeressourcen

Die Planifizierung der Krankenpflegeressourcen, Ausgabe 1980, zerlegt die Tätigkeit der Krankenschwester in 214 verschiedene Positionen von Pflegehandlungen. Für jede Position ist eine Durchschnittszeit festgelegt, überprüft und für gültig erklärt. Z.B. soll das Geben der Flasche oder des Breis an einen Säugling zehn Minuten beanspruchen, ein therapeutischer Austausch mit dem Patienten bei gleichzeitiger Pflege 45 Minuten usw. Die einzelne Schwester ermittelt bei Arbeitsbeginn, welche Tätigkeiten ausgeführt werden müssen, um innerhalb der nächsten 24 Stunden die

Pflegebedürfnisse der Patienten zu erfüllen. Ihre Angaben werden von der Oberschwester bestätigt bzw. korrigiert, die auf diese Weise auch mit relativ harten Daten Anforderungen nach zusätzlichem Personal begründen kann. Das Modell strebt eine rationellere Verwendung menschlicher Ressourcen an.

Das Modell »Planifizierung der Krankenpflegeressourcen« wurde zum größten Teil von einem Ingenieur mit der Unterstützung von Krankenschwestern entwickelt. Es existiert seit 1974 und wurde zuerst in der Kinderkrankenpflege angewendet. Später wurde es für die Pflege von Erwachsenen im Akutkrankenhaus weiterentwickelt und dann auf die psychiatrische Pflege und Langzeitpflege außerhalb des Krankenhauses (z.B. Zentren für alte und chronisch Kranke) erweitert. Allerdings fehlt bei dieser Ausführung die Zuordnung der zu erfüllenden Aufgaben zu spezifischen Berufsgruppen. Diese letzte Ausdehnung ist von allen Gewerkschaften des Krankenpflegepersonals mit Erfolg boykottiert worden (1980).

Die Opposition gegen das Modell der »Planifizierung«, das auf einer von Zimmerschwestern und -pflegern vorgenommenen Einschätzung der Patientenbedürfnisse beruht, formierte sich auf der Basis der Ablehnung seiner eventuellen (d.h. nicht aktuellen) Konsequenzen für die Krankenpflegearbeit. Die Gewerkschaften prangerten die latente »Taylorisierung« des Modells an: Sie stellten Vergleiche zwischen der Organisation der Industriearbeit (z.B. Montageband) und diesem Modell an, welches die Tätigkeit der Schwestern in ihre einfachsten Grundelemente zerlegt, die dann einzeln mit der Stoppuhr gemessen werden können. Ihrer Meinung nach eröffnet das Modell in einer Periode haushaltsmäßiger Beschränkungen Perspektiven der Rentabilisierung in der Krankenpflegearbeit. Es könne nicht verhindert werden, daß die Verwaltung Teile der Aufgaben aus der Tätigkeitsliste herausgreift, um sie weniger qualifizierten Berufsgruppen anzuvertrauen, oder z.B. den Zeiteinheitswert, der jeder Handlung zugrundeliegt, von fünf auf vier Minuten zu kürzen. Die Nachfrage nach zusätzlichem Personal könne auch dadurch eingeschränkt werden, daß jeder Krankenschwester eine größere Arbeitsmenge zugeordnet werde.

Der ständische Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, der sich selbst zur Aufgabe gesetzt hatte, die Pflegetätigkeiten zu präzisieren, bezog keine eindeutige Stellung hinsichtlich des Planifizierungsmodells. Er wies jedoch darauf hin, daß die Ausübung des Krankenpflegeberufes sich nicht auf die durch das Modell aufgelisteten Positionen beschränken lasse. Zudem bestand er darauf, daß Administration und Anwendung des Modells in den Händen der Krankenschwestern belassen werden: Allein die Zimmerschwestern dürfen demzufolge die Patientenbedürfnisse einschätzen und nur die Oberschwester darf den Bedarf an Krankenpflegepersonal ermitteln.

b) Andere Formen der Arbeitsorganisation

Die Gewerkschaften stellten eine Verbindung zwischen der Anwendung des Planifizierungsmodells und dem Anwachsen gewisser Formen der Arbeitsorganisation fest. So wurde in einem Universitätsklinikum, in dem das Modell seit einigen Jahren angewendet wurde, eine Verringerung der Anzahl der Basisteams in den Pflegeeinheiten und eine Zunahmne der Springerteams und der Verfügbarkeitslisten[8] beobachtet. In den Augen der Gewerkschaften ist die »mobile« Krankenschwester bedroht, zu einer »Verteilungsmaschine für Bäder, Verbände und Behandlungen« zu werden, was in den Augen der Verwaltung wohl einen (Kosten-)Vorteil darstellt. Für die betroffenen Krankenschwestern bedeutet die mobile Verwendung eine Degradierung sowie eine Verschlechterung ihrer Arbeitssituation. Die Gewerkschaften sind bemüht, sich dem vermehrten Einsatz von Springerteams und Verfügbarkeitslisten zu widersetzen. Sie fordern u.a. die Einrichtung und Ausschreibung planmäßiger Stellen. Erfolge bei solchen Bemühungen scheinen aber lediglich Zwischenstationen eines langen Weges zu bilden, auf dem sich die Verwaltung um immer neue Mittel bemüht, mit denen sie die Arbeitskräfte des Pflegebereichs zur Mobilität zwingen kann.

c) Die Reglementierung der Berufshandlungen

Die Überarbeitung der Gesetze über die Gesundheitsfachberufe gewährt einerseits den verschiedenen Beschäftigtengruppen Praxisfeldder mit »Exklusivrechten«, andererseits zwingt sie die Gruppen zur Benennung derjenigen Handlungen ihrer Berufspraxis, die unter bestimmten Umständen und spezifischen Bedingungen auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen ausgeführt werden können. Der Gesetzgeber hat diesen Zwang vorgesehen, um der Definition der Praxisfelder, die infolge von Veränderungen technologischer oder sonstiger Art Modifikationen unterliegen können, eine gewisse Flexibilität zu geben. Der Entwurf des Gesetzgebers sollte auch die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen existierenden oder neu entstehenden Berufsgruppen unterstützen. Im übrigen kommt es oft vor, daß durch die oben erwähnte Delegierung neue Praxismöglichkeiten nachträglich sanktioniert werden, die unter dem Druck der Umstände längst entstanden sind, bevor sie auch de jure gestattet werden. Die zeitlich jüngste Entwicklung bei der offiziellen Delegierung ärztlicher und pflegerischer Handlungen machte 1979 Schlagzeilen. Die Berufsverbände der Ärzte und der Krankenschwestern und -pfleger waren dabei die Hauptakteure. Gemäß der Festlegung wurden 16 pflegerische Handlungen durch die Kammer der Krankenschwestern und Krankenpfleger an die Krankenpflegehilfen delegiert. 41 ärztliche Handlungen wurden an die Krankenschwestern abgegeben[9], 4 ärztliche Handlungen gingen an Medizintechniker und 25 ärztliche Handlungen an die Inhalotherapeuten.

Trotz der lobenswerten Ziele, welche vom Gesetzgeber mit der Regelung der Delegation von Berufs-Handlungen verfolgt werden, stellt sie tatsächlich einen weiteren Ansatz zur Dequalifizierung der Pflegetätigkeit dar, weil den Krankenpflege*helferinnen* dadurch ebenfalls gestattet wurde, an der Ausführung der an die Schwestern delegierten ärztlichen Handlungen teilzuhaben. Die Kammer der Krankenschwestern und Krankenpfleger widersetzte sich diesem Ansinnen.

Die Opposition der Schwestern-Kammer gegen diese Art von Delegierung ärztlicher Handlung wurde von manchen wie ein Monopolisierungsversuch bzw. eine elitäre Bemühung wahrgenommen, um eine Statusunterscheidung zwischen Schwestern und Pflegehelferinnen aufrechtzuerhalten. In berufssoziologischen Begriffen: Die Schwestern-Kammer verteidigte ein Terrain, das in sehr großer Abhängigkeit von den ärztlichen Verrichtungen steht, gegen Angriffe aus einer niedrigeren Gruppe in der Hierarchie, die aber von den Ärzten geleitet und dirigiert wird. Die Ärzte kamen so in die paradoxe Situation, zur Professionalisierung einer zwei Stufen tiefer stehenden Beschäftigtengruppe beizutragen. Die Ärztekammer rettete damit ihre Vormachtstellung, daß sie die Forderungen der ihr unmittelbar folgenden Berufsgruppe (Krankenschwester und Krankenpfleger) beiseite schob.

Die Frage der Delegierung ärztlicher Handlungen kann auch, und zwar grundsätzlicher, unter dem Gesichtspunkt der Proletarisierung von Facharbeit untersucht werden. Daß (vormals) ärztliche Handlungen durch Krankenpflegehelferinnen durchgeführt werden können und dürfen, bedeutet soviel wie eine Dequalifizierung der Krankenschwesternarbeit. Im Rahmen haushaltsmäßiger Einschränkungen kann das Vorhandensein einer solchen Regelung den in den Augen der Verwaltung »einfachen« ökonomischen Lösungen Tür und Tor öffnen. Indem eine immer größer werdende Anzahl von Leistungen durch weniger qualifiziertes Personal (dessen Ausbildung auch weniger lange dauert[10]) erbracht wird, kann diese Art der Delegierung zur Vernichtung von Krankenschwester-Planstellen führen und den Ersatz von Krankenschwestern durch weniger qualifizierte Arbeitskräfte einleiten. Welchen Einfluß diese Tendenz langfristig auf die Qualität der Pflege und das Wohlergehen der Patienten haben mag, ist leider unbekannt.

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Säkularisierung, Elitenwechsel, massive Einmischung des Staates zuerst in der Eigenschaft als Hauptkostenträger — die Organisation der Gesundheitsdienste rationalisierend —, dann als Verwalter — eine Produktivitätserhöhung anvisierend —: Dies sind einige Merkmale, die den Wandel des Gesundheitswesens in Quebec während der letzten 20 Jahre charakterisieren.

Diese Umstellungen haben sowohl auf die Leistungsempfänger als auch auf die Dienstleister eingewirkt. Wir haben den Fall eines pflegenden Berufes, der Krankenschwestern, untersucht. Dieser Berufsstand war bestrebt, eine Anzahl von Praxisfeldern zu besetzen, die durch die Reform freigemacht bzw. neu geschaffen wurden. Er hat sich durch die Art der benutzten Mittel zur Erweiterung seines Tätigkeitsbereiches und seiner Autonomie in die Gefahrenzone bürokratischer Rationalisierungspläne begeben. Im aktuellen Kontext der ökonomischen Krise könnten die Angriffe des Staates und seines Verwaltungsapparates, deren Folge die Dequalifizierung der Krankenpflegearbeit sind, noch größere Ausmaße annehmen. Diese Angriffe finden übrigens Unterstützung in den — vor allem Mitte der siebziger Jahre aktiven — Verbraucherbewegungen, die sich gegen das zum System aufgebaute Expertentum auflehnen und eine Entprofessionalisierung der Betreuung fordern.

Teile der Krankenschwestern reagieren auf die zahlreichen Angriffe, die in ihren Augen die Proletarisierung des Berufes durch Entzug der Kontrolle über Inhalt, Formen und Arbeitswerkzeuge zur Konsequenz haben, mit der Forderung nach höherer Qualifikation der Pflegearbeitskräfte. Eine solche Forderung läßt zum einen eine tiefe Spaltung innerhalb des Berufsfeldes selbst erkennen und verweist zum anderen auf die Vertiefung der Kluft zwischen Ausführungs- und Leitungs- bzw. Kontrollfunktionen in der Krankenpflegearbeit. Auf der einen Seite stehen jene Krankenschwestern, die weiterhin beim Patienten, unter oft wenig aufwertenden Bedingungen, ihrem Beruf nachgehen; auf der anderen Seite diejenigen, die sich auf Organisations-, Programmmierungs- und Evaluationsaufgaben zurückziehen. Bei den letzteren wird das erwähnte Rationalisierungsprojekt auf wenig Widerstand stoßen, und bei den anderen wird es umso leichter durchsetzbar sien, als sie von der eigenen Berufsgruppe mehr oder weniger im Stich gelassen werden.

Indem der Staat in das soziale Gefüge des Gesundheitsbereichs führend eingriff, hat er einen Prozeß in Gang gesetzt, dessen Ergebnisse schwer abzuschätzen sind. Die Proletarisierung der Krankenpflegetätigkeit scheint jedoch eines dieser Ergebnisse zu sein.

Fremdwortverzeichnis

adaptieren: anpassen
autonom, Autonomie: unabhängig
de jure: nach dem Gesetz, auf gesetzlicher Basis
delegieren, Delegation: Zuweisung, Abgabe von Aufgaben an z.B. andere Berufsgruppen
dominieren: vorherrschen, beherrschen
effizient: kostengünstig
Epizentrum: bei einem Erdbeben das Zentrum, wo die Erschütterungswellen zuerst die Oberfläche erreichen

Evaluation: Bewertung, Bestimmung des Wertes
Flexibilität: Beweglichkeit
Fraktion: interessengebundene Gruppierung innerhalb einer Berufsgruppe, eines Verbandes, Partei etc.
Intervention: Eingriff
Konsens: Übereinstimmung aufgrund aus- oder unausgesprochener gemeinsamer Akzeptierung bestimmter Grundsätze
kooptieren: wörtlich: hinzuziehen. Dabei ist der Hinzuziehende der allein aktive Teil dieses Prozesses
latent: versteckt innewohnend
Modifikation: Veränderung bei Beibehaltung grundsätzlicher Eigenschaften
Partizipation: Teilnahme an Entscheidungsprozessen
Planifizierung: staatliche Planung ohne eindeutige Zwangsmaßnahmen; die Planungsrealisierung wird über z.B. Anreize, normative Bestimmungen erwirkt
pressure group: Interessengruppe zum Zwecke der Durchsetzung von Gruppeninteressen
Rationalität: Vernunft, vernünftige Denkweise; dabei kann die Vernunft auch auf einer eingeengten Basis stehen: z.B. können nur ganz bestimmte Grundsätze des Denkens als bedeutend akzpetiert werden (z.B. rein wirtschaftliche)
reintegrieren: wiedereingliedern
Ressourcen: zur Verfügung stehende Mittel oder Menschen-, Berufsgruppen
Säkularisierung: Verweltlichung
sanktionieren, Sanktion: rechtfertigen, Rechtfertigung
substantiell: grundsätzlich
Taylorisierung: nach dem arbeitswissenschaftlichen Ansatz von Taylor wird die Arbeit in zahlreiche Einzelschritte zerlegt; zudem erfolgt eine strikte Trennung von Planung, Durchführung und Kontrolle im Arbeitsprozeß; das System dient der Produktivitätssteigerung; diese ist *einziges* Ziel

Anmerkungen

1 Über Einzelheiten staatlicher Interventionen siehe M. Renaud: Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique. In: Bozzini, L., M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias: Médecine et société. Les années 80. Montreal 1980, 513-550.

2 Während es 1932 in den Krankenhäusern der Provinz Quebec pro 1000 Einwohner 37,4 Aufnahmen gab, steigerten sich diese 1955 auf 99,1 und 1970 auf 123,3. Fanden 1948 nur 41,2% der Geburten im Krankenhaus statt, so waren es 1962 schon 95%. Parallel dazu erhöhte sich die Zahl der im Gesundheitswesen Tätigen beträchtlich: 2,6% aller Arbeitskräfte in 1931, 5,2% in 1961 und 6% in 1971. Stellten 1931 die Ärzte weniger als 1 pro 1000 Beschäftigte dar, so stieg dieses Verhältnis 1961 auf 1,2 und 1976 auf 1,8. Die Zahl der Krankenschwestern und Krankenpfleger wie auch des übrigen paramedizinischen Personals nahm in ähnlichen Größenverhältnissen zu.

3 CLSC: Centres locaux de services communautaires, öffentlich finanzierte Nachbarschaftszentren in der Gemeinde bzw. im Stadtteil mit allgemeinen sozialen, kommunalen und gesundheitlichen Aufgabenstellungen.

4 Die Analyse der autonomen Krankenschwesterbewegung in der Provinz Quebec stützt sich auf die Magisterarbeit von Louise-Hélène Trottier, Institut für Soziologie der Universität Montreal, 1982.

5 Seit einem Jahrzehnt mehren sich solche Modelle in den USA, die immer mehr auch in der Provinz Quebec zur Anwendung kommen. Die bekanntesten und auch am häufigsten eingesetzten Modelle sind durch folgende Literatur belegt: E. Adam, *Etre infirmière,* Montréal, HRW, 1979, 102p.; V. Henderson, *Basic Principles of Nursing Care,* New York, published for International Council of Nurses by Karger, 1969, 54p.; I. King, *Toward a Theory of Nursing,* New York, Toronto, Wiley, 1971, 132p.; M. Levine, *Renewal for Nursing,* Philadelphia, F.A. Davis, 1971, 204p.; D. Orem, *Nursing: Concepts of Practice,* N.Y., Mtl., McGraw Hill, 1980, 232p.; M. Rogers, *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing,* Philadelphia, F.A. Davis, 1970, 144p.; C.Roy, *Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model,* New Jersey, Prentice Hall, 1981, 299p.

6 Das alleinige Ausübungsrecht gewährt ein doppeltes Monopol: Zum einen das Monopol des Berufstitels, zum anderen das Monopol auf Handlungen und Tätigkeiten, die als zum Ausübungsfeld eines Berufes zugehörig anerkannt werden.

7 Zu diesem Vorstoß der Standesorganisation des Krankenpflegepersonals vgl. u.a. folgende Veröffentlichungen und Dokumente: *Le nursing en santé communautaire* (1974), *Le nursing et la tuberculose au Québec* (1975), *Nursing en soins prolongés* (1976), *Nursing en santé mentale* (1978), *Nursing dans les Clsc* (1978).

8 Das Basisteam ist die Gesamtheit der festen Stellen, die einer Krankenhausabteilung oder einer Pflegeeinheit zugewiesen ist. Die Krankenschwestern, die solche Stellen innehaben, können nur schwerlich auf einer anderen Stelle oder in einer anderen Abteilung eingesetzt werden. Das Springerteam besteht hingegen aus Krankenschwestern, denen die Arbeitsstelle und das Einkommen sicher sind, aber keine Planstelle in den Pflegeeinheiten oder den Abteilungen zugewiesen worden ist. Sie stellen hiernach mobile Ressourcen dar, die tagtäglich anderen Aufgaben zugeführt werden können. Das Springerteam ist konzipiert worden, um den Mangel an festem Personal infolge Krankheit oder Urlaub zu beheben. Die Verfügbarkeitsliste schließlich umfaßt Krankenschwestern ohne Arbeitsplatzsicherheit, die auf Anfrage bereitstehen.

9 Beispiele für ärztliche Handlungen, die an die Krankenschwestern delegiert wurden, sind: Leitung psychiatrischer Gespräche mit dem Leistungsempfänger oder seiner Familie als Beitrag zur Diagnostik und der Therapie; Hämodialyse der akuten oder chronischen Niereninsuffizienz.

10 Die letzen drei Jahre der normalen 12jährigen Schulzeit.

Regine Rickmann, Birgit Seeger, Elisabeth Faeth

Praxisgemeinschaft aus nichtärztlicher Sicht

Erfahrungen aus der Heerstraße Nord

Als wir mit unserer Arbeit in der Praxisgemeinschaft Heerstr. Nord begannen, bestand diese bereits ca. 2 1/2 Jahre. Wir, das sind 2 Krankengymnastinnen und 1 Medizinisch-technische Assistentin. Die Praxis hatte am 1.1.1978 mit 4 Ärzten und 13 Nicht-Ärzten/Mitarbeitern begonnen. Im Laufe der 2 Jahre hatte sich die Gesamtzahl der Praxismitglieder verdoppelt: 9 Ärzte, 8 Arzthelferinnen (davon 3 Krankenschwestern); 4 Arzthelfer-Lehrlinge, 2 Medizinisch-technische Assistentinnen, 3 Krankengymnastinnen, 1 Büroangestellte, 4 Mitarbeiter für die Anmeldung. Fachrichtungen: praktischer Arzt, Internist, Kinderarzt, Frauenarzt, Neurologe, Labor und Krankengymnastik. Der Bereich Psychotherapie war inzwischen weitgehend weggefallen (von 3 1/2 auf 2 halbe psychotherapeutische Kräfte reduziert). Genaueres über die Praxisgemeinschaft vgl. Argument-Sonderband AS 30. — Leider hat sich für diesen Bericht über die Erfahrung nach nunmehr 4jährigem Bestehen der Gruppenpraxis über ihre derzeitige Situation auch, nachdem wir unsere Absicht in der Praxis besprochen hatten, keine Arzthelferin bereiterklärt, mitzuarbeiten. Informationen über die Situation vor unserem Eintritt in die Praxis haben wir von der jetzt noch tätigen Buchhalterin.

Zuvor hatten wir nur die Schulmedizin kennengelernt, in der die Menschen möglichst schnell wieder funktionsfähig gemacht werden sollen, ohne daß auf sonstige Ursachen von Erkrankungen (z.B. soziales Umfeld) eingegangen wird. Während unserer Arbeit im Krankenhaus und durch unsere eigenen Erfahrungen als Patienten war uns klar geworden, daß der Patient völlig unzureichend über seine Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wird, so daß er über seinen Körper nicht mitbestimmen kann.

Gemäß dem Konzept der Praxisgemeinschaft (vgl. Argument-Sonderband AS 30) hatten wir gehofft, dort eine andere Medizin erfahren und erlernen zu können: den Patienten nicht mehr auf seine Krankheit zu beschränken ('der Meniskus'), sondern mit ihm als gleichberechtigtem Menschen und der Gruppe (Ärzte wie Mitarbeiter) zusammen an seiner Gesundheit zu arbeiten. Ein wichtiger Grund für uns, in der Praxis mitzuarbeiten, war außerdem die Aussicht, daß dort die Hierarchie abgeschafft sein würde und ein gleichberechtigtes Miteinanderumgehen möglich wäre.

Bei Arbeitsbeginn hatten wir jedoch schnell den Eindruck, in eine Art Bürgerkrieg geraten zu sein. Auf der einen Seite die Ärzte, auf der anderen die Mitarbeiter, wobei die Krankengymnastinnen, die Medizinisch-technischen Assistentinnen und die Buchhalterin in einer etwas unklaren

Situation 'dazwischen',standen. Die unterschiedliche Bezahlung (entsprechend dem BAT) hatte uns gezeigt, daß schon auf der finanziellen Ebene die Hierarchie nicht aufgehoben war. In abgemilderter Form hat uns die Situation an ein Krankenhaus erinnert. Auch die Kommunikation untereinander beschränkte sich oft auf Fachliches, d.h. es gab Gespräche über die Patienten, nicht aber über uns selbst und unsere internen Probleme.

Im Einzelnen: Ärzte und Mitarbeiter sprechen über Patienten, nicht aber über sich selbst und ihre Probleme untereinander. Medizinisch-technische Assistentinnen und Krankengymnastinnen sprechen über Privates, nicht über Fachliches (haben fachlich nichts miteinander zu tun), diese Mitarbeiter haben noch den besten Kontakt zueinander. Fast kein Kontakt besteht zwischen Krankengymnastinnen und Arzthelferinnen. Die Frontbildung Ärzte-Mitarbeiter machte es beispielsweise auch unmöglich, daß ausführlich über die Angst der Ärzte vor der Abhängigkeit von den Mitarbeitern gesprochen wurde (s.u.); diese Frage ist bis heute ungeklärt, da alle diesem Thema auszuweichen scheinen. — Zentrale Probleme der Gruppenpraxis lassen sich auf finanzielle zurückführen:

Die Finanzkrise

Zum Zeitpunkt des Beginns unserer Mitarbeit hatte sich gerade herausgestellt, daß sich ein großer Schuldenberg angesammelt hatte und die Praxis kurz vor dem Konkurs stand. Keiner konnte (und kann bis heute nicht) sich so recht erklären, wie es dazu hatte kommen können, denn alle waren in ihrer Arbeit immer genügend ausgelastet gewesen.

Eine Ursache war sicherlich die schlechte Organisation des Betriebes. Die Praxissituation war sowohl für die Ärzte als auch für die Mitarbeiter neu gewesen. Die Ärzte hatten Schwierigkeiten mit ihrer Rolle (Arbeitgeber? Kollektiv?) und für die Mitarbeiter war selbständiges, eigenverantwortliches Arbeiten ungewohnt. Die betriebliche Organisation war als lästig und unwichtig empfunden worden (Delegierung der Finanzfragen an Steuerberater). Jeder hatte sich in seinem Bereich voll ausgelastet gefühlt und die anfängliche Euphorie (großes Interesse an der Praxis von außen und Patientenzulauf, 'wir sind eine ganz andere Praxis', 'machen eine andere Medizin') hatte dazu verleitet, 'alles laufen zu lassen'. Auftauchende Probleme wurden auf die Arbeitsüberlastung zurückgeführt und mit Personalerweiterung 'gelöst'.

Das Ausbrechen der Finanzkrise legte unterschwellig bestehende Schwierigkeiten zwischen Ärzten und Mitarbeitern offen: Die Mitarbeiter boten eine finanzielle Unterstützung in Form eines Kredites an unter der Bedingung, die Mitbestimmung auf den finanziellen Bereich auszudehnen. Vorher konnte die Vollversammlung über Arbeitszeit, Arbeitsmethoden und über Arbeitsgebiet entscheiden — allerdings innerhalb eines von den Gesellschaftern (= Ärzten) gesteckten finanziellen Rahmens.

Die Ärzte schreckten vor weiteren Krediten und der dadurch entstehenden Abhängigkeit von den Mitarbeitern zurück und lehnten das Angebot ab. Stattdessen führten sie Sparmaßnahmen in Form von Stundenkürzungen bei den Arzthelferinnen und den Mitarbeitern in der zentralen Anmeldung durch. Das bedeutete Gehaltskürzungen bei gleicher Arbeit in kürzerer Zeit. Die Bereiche der Mitarbeiter, die ihre Arbeit weitgehend selbständig verrichteten (im Gegensatz zu den Arzthelferinnen, die direkt vom Arzt abhängig sind, z.B. Unterschrift auf Rezept), waren davon nicht betroffen. Zwar kürzten auch die Ärzte ihre eigenen Gehälter um 25%, übergaben diese Beträge jedoch als Kredit an die Praxis. Sobald diese saniert sein würde, würden sie sich das Geld zurückbezahlen.

Zwei Fronten

Aus dieser Situation entstand der offene Bruch zwischen Ärzten und Nicht-Ärzten. Die Ärzte traten den Mitarbeitern gegenüber als eine einheitliche Gruppe auf. In der Folge dieses Konfliktes sprachen die Praxismitglieder der zwei Fronten kaum mehr miteinander. Die Vollversammlung, die bis dahin wöchentlich getagt hatte, fand nun nur noch alle 4 Wochen statt. Es bildeten sich eine Mitarbeiterversammlung, eine Gesellschafter(=Ärzte)-Versammlung und ein sog. 'Arbeitsausschuß', der zwischen beiden Gruppen vermitteln sollte, heraus.

Diese Aufspaltung in zwei Gruppen und Versammlungen war von Seiten der Mitarbeiter gefordert worden, in der Hoffnung, auf diese Weise die Zersplitterung innerhalb der Mitarbeiter aufheben zu können. Sie erhofften sich durch die Aufspaltung klare Verhältnisse, die Möglichkeit, sich untereinander als Gruppe erleben und ihr Selbstbewußtsein stärken zu können. Denn in der Vollversammlung hatten die meisten von ihnen kaum gewagt, über ihre Interessen zu sprechen. Diese Angst war auf die Größe der Vollversammlung und die Anwesenheit der Ärzte zurückgeführt worden. Eine solche einheitliche Gruppe der Mitarbeiter zur Darlegung und Durchsetzung ihrer Interessen ist jedoch bis heute nicht entstanden. Dazu sind wohl auch die Motivationen derer, die gegenwärtig mitarbeiten, zu verschieden.

Die meisten der engagierten Mitarbeiter aus der Anfangszeit der Praxis waren inzwischen ausgeschieden. Sie hatten keine Möglichkeit mehr gesehen, ihre Wünsche und Vorstellungen über ein Gruppenpraxis hier verwirklichen zu können. Die Arzthelferinnen konnten hier nicht aus ihrer herkömmlichen Arbeitsweise herauskommen, da die von ihnen entwickelten Vorschläge, wie z.B. die Einrichtung einer von ihnen zu betreuenden Diabetikergruppe, Bluthochdruckberatung, Hausbesuche, entweder behindert oder von ihnen selbst mit zuwenig Nachdruck angegangen worden waren.

Oft waren neue Mitarbeiter unter Zeitdruck eingestellt worden; ein Ge-

spräch über das Konzept der Gemeinschaftspraxis hatte kaum oder nicht stattgefunden. So war dann für einige Neue die Nähe zur Wohnung und eine relativ günstige Arbeitszeit Hauptgrund für ihre Mitarbeit. Daraus ergaben sich viele Teilzeitbeschäftigungen, die eine Verständigung innerhalb des eigenen Arbeitsbereiches und auch der Gesamtgruppe noch erschwerten. Dies hat schließlich zu einer Situation geführt, in der die Gruppe der Mitarbeiter sich aus Personen unterschiedlicher Interessen und Motivationen in Bezug auf das Konzept der Praxis zusammensetzt.

Gegenüber den Ärzten, die einheitlich als Gruppe auftreten, sind die Mitarbeiter unter sich nochmals zersplittert, nochmals in zwei 'Klassen' geteilt: die Mitarbeiter, die noch Vorstellungen von einer besseren Zusammenarbeit innerhalb der Praxis haben und diejenigen, die ihre Rolle in der Gruppe kritiklos übernehmen.

Zersplitterung

Die Arbeit der Arzthelferinnen kann nicht auf dem Krankenschein belegt werden; sie erscheinen daher in der Bilanz der Praxis nur als Kostenfaktor. Hatte es anfangs noch politische Ansprüche für ihre Tätigkeit, über das herkömmliche Berufsbild hinausgehend, gegeben (Gruppenarbeit mit Diabetikern, Hausbesuche etc.), so wurden diese Freiräume mit der Finanzkrise zusammengestrichen. Die notwendige Reduzierung der Schulden und Unkosten setzte bei ihnen an, ihre Arbeit wurde durch Kürzung der Stunden intensiviert. Die Arzthelferinnen waren zwar empört über die Stundenkürzung, bestätigten jedoch die Ärzte in ihrer Meinung über die bisherige 'Ineffektivität' ihrer Arbeit, indem sie keine konkreten Vorschläge, was in der gestrichenen Zeit hätte gemacht werden können, anbrachten.

Verschont von dieser Rationalisierung blieben die Krankengymnastinnen und die Medizinisch-technischen Assistentinnen. Ihre Arbeit kann über Krankenschein abgerechnet werden, sie 'bringen sozusagen Geld ein' im Gegensatz zu den Arzthelferinnen. Ihnen wurde daher eher noch ein gewisser Freiraum belassen, der (entsprechend den Ansprüchen der Praxis) bessere Arbeit zuläßt (mehr Zeit und Eingehen auf den Patienten).

Noch bessere Abrechnungsmöglichkeiten (mehr Geld von den Kassen) hätten wir Krankengymnastinnen, wenn wir uns selbständig machen würden. Die Gesellschafter sind wiederholt mit dieser Bitte an uns herangetreten. Wir haben uns jedoch bisher dagegen ausgesprochen, da ein solcher Schritt unsere Sonderstellung innerhalb der Mitarbeiter nur noch verstärken würde (Medizinisch-technische Assistenten können nicht selbständig werden). Dies hatten die Erfahrungen einer, früher hier tätigen, selbständigen Krankengymnastin und die Diskussion um eine zweite, die sich hatte selbständig machen wollen, gezeigt: daß sie weder von den Ärzten als vollwertige Gesellschafterinnen anerkannt worden waren, während sie sich

zugleich von den anderen Mitarbeitern entfernt hatten. Daher schrecken wir Krankengymnastinnen vor diesem Schritt zurück. Dies als Resultat der schon verfahrenen Gruppensituation: die Solidarität unter den Mitarbeitern ist uns z.Zt. wichtiger als die ökonomischen Interessen der Gesamtpraxis.

Spätestens die Finanzkrise machte deutlich, daß die medizinische Arbeit und die damit zusammenhängenden politischen Vorstellungen letztlich von ökonomischen Faktoren diktiert werden. Der Zwang, Geld heranzuschaffen, war ungeheuer groß geworden und daran hatten zunehmend die Ideen zur Verbesserung der Lage des Patienten (nicht nur freundlichere Umgehensweise, sondern auch Zusammenarbeit mit dem Patienten, so daß dieser die Eigenverantwortung wiedergewinnt) gelitten.

Aber wo ist der Patient geblieben?

Darüber wird in der Gruppenpraxis wenig gesprochen. Das macht jeder weitgehend mit sich selber aus. Höchstens in einzelnen Gesprächen wird über besonders problematische Patienten geredet ('wie kommst Du mit dem zurecht?'). Eine gemeinsame Balint-Gruppe (Ärzte sind in einer Balint-Gruppe) war nicht zustandegekommen (und wäre ohnedies zu groß geworden — auch die inzwischen erreichte Größe der Praxis schafft eigene Probleme). Ansätze zu einer Balint-Gruppe der Mitarbeiter waren im Sande verlaufen, nicht zuletzt aufgrund verschiedener Motivationen und unterschiedlichen Engagements unter den Mitarbeitern. Eine Reihe von Mitarbeitern 'fand keine Zeit' dafür, da sie aus familiären Gründen möglichst schnell nach Hause mußten.

Ansonsten haben wir aus vielen Gesprächen untereinander den Eindruck (leider nur aus Gesprächen und nicht aus praktischer Zusammenarbeit), daß die meisten sich mit den Patienten intensiver auseinandersetzen als im Krankenhaus, offener sind für Kritik von Patienten, Behandlungsmethoden erklären und sich mit den Problemen der Patienten beschäftigen. So gibt es jetzt auch eine Diabetikergruppe, verantwortet allerdings von den Medizinisch-technischen Assistentinnen, da diese sich mit mehr Nachdruck dafür eingesetzt haben. Inzwischen zeichnen sich Ansätze zur Verbesserung der Situation der Gesamtgruppe ab. Nach einer langen Phase der Resignation versuchen einige, über die Fronten hinweg miteinander zu reden. Sie treffen sich auch außerhalb der offiziellen Plenen zu Gesprächen, in denen anhand von konkreten Beispielen über die Gründe der Frontenbildung gesprochen wird. Neben dem Resultat, daß die Fronten nicht mehr so sehr aufeinanderprallen und die Atmosphäre freundlicher und gesprächsbereiter ist, werden jetzt neue Mitarbeiter mit mehr Sorgfalt in Bezug auf ihre Motivationen und ihr Engagement für das Konzept der Praxis ausgesucht. Diese Gesprächsbereitschaft ist auch für uns ein wichtiger Grund, in der Praxis zu bleiben. Sie gibt Anlaß zu der Hoffnung, daß

ein Ausweg aus der verfahrenen Situation möglich ist, so daß eine Gruppenpraxis entsteht, in der miteinander gearbeitet wird und nicht jeder mehr oder weniger für sich allein. Dies und die Möglichkeit zu selbständigem Arbeiten sind in der momentanen Situation wichtige Aspekte, die uns die Arbeit in der Praxisgemeinschaft noch immer positiver als in anderen Praxen oder im Krankenhaus sehen lassen.

Wir haben uns nach einigen Wochen den Artikel noch einmal durchgelesen, und uns fiel auf, daß der Optimismus zum Schluß ziemlich losgelöst vom übrigen Text steht. Dies ist nur so zu erklären, daß uns zur Zeit nur die Hoffnung bleibt, zu den ursprünglichen Ideen der Praxis zurückzukehren.

Literatur zu Gruppenpraxen
aus der Medizin-Reihe des Argument

Rainer v. Waechter und Peter Kastner, Praxisgemeinschaft Heerstraße-Nord — Planung und erste Erfahrungen. In: Argumente für eine Soziale Medizin (VIII). Argument-Sonderband 30. Berlin/West 1979.

Konrad Tidow, Gesundheitszentrum Gropiusstadt — Allgemeinmedizin in einer Gruppenpraxis. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 6. Argument-Sonderband 53. Berlin/West 1980.

Harald Skroblies, Schwierigkeiten der Gesundheitszentren in System der ambulanten Versorgung. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 7. Argument-Sonderband 73. Berlin/West 1981.

Christian Hueck und Elvira Moser

Tabakmultis (TTCs*) und Gesundheitspolitik

Man muß erkennen, daß die Tabakindustrie ein entscheidendes Hindernis für eine Politik der Kontrolle des Rauchens darstellt. Ein Beispiel dafür ist die Weigerung der Industrie, die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens anzuerkennen. Die gemeinsame Ansicht aller Experten besteht darin, daß kein relevanter Fortschritt erzielt werden kann, ohne daß die Regierungen gewillt sind, die Interessen der Volksgesundheit vor die Interessen der Tabakindustrie zu stellen und im Falle eines staatlichen Tabakmonopols entsprechend zu handeln. Das unverantwortliche Verhalten des internationalen Tabakkapitals mit den massiven Promotions- und Werbestrategien ist nach Meinung dieses Komitees die direkte Ursache einer großen Zahl unnötiger Todesfälle. Das Komitee drückt seine besondere Sorge über den expansiven Kurs der Tabakindustrie in der Dritten Welt aus. (Report of the WHO Expert Committee on Smoking Control. WHO, Technical Report Series 636, Genf 1979)

Die deutsche Zigarettenindustrie vertritt die Meinung, daß es keinen validen weltweiten wissenschaftlichen Beweis über irgendeine Verbindung von Krankheiten und Rauchen gibt. Diese Ansicht erkennt zur gleichen Zeit an, daß der Mißbrauch einiger Genußmittel (unter ihnen Tabak) schädliche Effekte bei einzelnen Menschen haben kann. (Dr. H. König, Geschäftsführer des Verbandes der Zigarettenindustrie, in: View from the top, World Tobacco, Oktober 1980, S.59)

1. Rauchen und Gesundheit

Die WHO stellte 1975 in ihrem Report »Smoking and its effects on health« (WHO 1975) fest, daß durch keine andere Einzelmaßnahme im Gesundheitswesen mehr Menschenleben gerettet werden könnten, als durch eine deutliche Senkung des Zigarettenkonsums. Im Durchschnitt verkürzt der Raucher mit jeder Zigarette seine Lebenserwartung um 5 1/2 Minuten. Ca. 25.000 Todesfälle pro Jahr vor dem 65. Lebensjahr sind z.B. in England auf das Rauchen zurückzuführen (Royal College of Physicans 1977). Die wichtigsten Fakten zur Beeinträchtigung der Volksgesundheit sind:

— Hauptursache für die ca. 25.000 Lungenkrebs-Todesfälle pro Jahr in der BRD (Schmidt 1973).
— Raucher haben ein 5-10fach höheres Risiko für Mund- und Kehlkopfkrebs; Blasen-, Nieren- und Pankreastumoren treten bei Rauchern häufiger auf (Surgeon General 1979).
— Rauchen ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Hirninfarkt usw), die führende Todesursache in der Bundesrepublik.

* Transnational Tobacco Conglomerates (British American Tobacco Company, Philip Morris, Reynolds) Unctad = United Nations Commission for Trade and Development-Terminologie.

— Wichtigste Ursache für ca. 10.000 Beinamputationen pro Jahr (periphere Verschlußkrankheit).
— Wesentlichster Grund für vorzeitige Invalidität und Tod wegen chronischer Bronchitis.
— Mitursache für perinatale Mortalität und Mißbildung des Föten.

Die volksgesundheitliche Belastung durch einen Durchschnittsverbrauch von ca. 3.000 Zigaretten pro Jahr und erwachsenen Bundesbürger ab 14 Jahren machen die Senkung des Zigarettenkonsums zu einer der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitspolitik. Aber auch der klinisch tätige Arzt hat täglich in der Krankenbehandlung mit dem Raucherproblem zu tun. Ohne Aufgabe des Rauchens sind für viele Patienten alle medizinischen Maßnahmen ohne längerfristigen Erfolg. Z.B. wird die Prognose nach Infarkt bei Rauchern hauptsächlich durch die Reduktion und Aufgabe des Rauchens bestimmt (Wilhelmsson 1975). Alle anderen Maßnahmen sind bei weiterrauchenden Patienten weitgehend sinnlos. Wichtigste Maßnahmen bei Infekten der Luftwege (der häufigste Konsultationsgrund in der ambulanten Versorgung) ist die Aufgabe des Rauchens. Die Prognose der chronischen Bronchitis wird fast auschließlich durch diese Noxe bestimmt. Ärztliche Maßnahmen bei weiterrauchenden Patienten haben keinen Effekt auf den Krankheitsverlauf. Über die besondere volksgesundheitliche Bedeutung des Rauchens wurde in den letzten 20 Jahren (seit Beginn der Debatte Rauchen und Gesundheit in den 60er Jahren) schon so viel geschrieben, daß viele Ärzte das Thema zu langweilig finden, um sich im Alltag zum Nutzen ihrer Patienten damit zu beschäftigen.

2. Staat und Tabakindustrie

Von der allgemeinen wirtschaftlichen Rezession ist die Tabakindustrie nicht betroffen. Diese profitiert im Gegenteil von der Krise und erreichte 1981 einen Nachkriegsrekord in der Bundesrepublik von 150 Md. Zigaretten (130 Md. Fabrikzigaretten, 15 Md. selbstgedrehte und 5 Md. durch persönliche Einfuhr [Der Verbraucher 1981]). Nach einem Jahrzehnt der Stagnation beginnen die 80er Jahre für die Zigarettenindustrie wieder aussichtsreich. Die Gesundheitspolitik steht dieser Entwicklung zunehmend ratlos und resigniert gegenüber, da sie durch ihre bisherigen Maßnahmen (freiwillige Werbebeschränkung der Industrie, Gesundheitserziehung) kaum Erfolge aufzeigen kann.

In ihren Forderungen nach Reduktion des Rauchens wird der Gesundheitspolitik jedoch in der Budgetkrise des Staates scheinbar regelmäßig von den Finanzministern unter die Arme gegriffen. Diese seit einem Jahrhundert geübte Praxis führt jetzt dazu, daß zur Sanierung des Bundeshaushaltes der Preis pro Packung ab Juni 1982 auf 4 DM erhöht wird (3 DM Steueranteil). Diese im Sinne einer administrativen Steuerung (Abholz 1981) zu begrüßende Maßnahme ist jedoch langfristig wirkungslos,

wenn sie nicht eingebettet ist in eine Gesamtstrategie zur Reduktion des Rauchens, wie sie die Weltgesundheitsorganisation ihren Mitgliedsstaaten empfiehlt (WHO 1979). Diese Politik soll auf allen Ebenen eingreifen und ist in der Bundesrepublik im Vergleich z.B. zu England und Finnland kaum verwirklicht (Marks 1982, Moerloose 1977).

Die Gesundheitspolitik trifft mit ihren Maßnahmen auf die ökonomischen Interessen der Tabakindustrie, welche international operiert und zudem als Steuerquelle in einem besonderen Verhältnis zur zentralen Staatsfunktion steht (Kaprio 1975). In der Bundesrepublik betragen die Einnahmen des Staates über den Tabak nächstens ca. 15 Md. DM. Diese »dienende« Rolle der Industrie gegenüber dem Staat und seinen Budgetproblemen macht sie relativ immun gegen frontale Angriffe aus dem Staatsapparat. Die Gesundheitsminister stehen in vielen Ländern eher auf verlorenem Posten. Dies geht so weit, daß am 23.7.1981 der brasilianische Finanzminister die dringende Aufforderung an die Tabkakindustrie richtete, mehr zu produzieren und wenn möglich, die Umsätze zu verdoppeln. Die Tabaksteuer macht in Brasilien 12,7% aller Steuern aus. Der Marktführer in Brasilien (BAT) kündigte daraufhin an, seinen Werbeetat zu erhöhen. Aber auch für Regierungen in Europa ist es in der Krise einfacher die Erhöhung von Tabaksteuern als andere Maßnahmen durchzusetzen. Auch für sozialdemokratische Regierungen, die den Abbau von Sozialstaatsfunktionen aufgrund ihrer Legitimationsbasis (Gewerkschaften) schwierig durchsetzen können, ist die Erhöhung der Genußmittelsteuern ein willkommener Ausweg. Die Steuererhöhung muß dabei jedoch so bemessen sein, daß der Rückgang des Konsums (die Tabakindustrie rechnet mit einem kurzfristigen Rückgang von 15% durch die Steuererhöhung am 1. Juni 1982) nicht so stark wird, daß das Steueraufkommen insgesamt sinkt. Insofern sind die von den Finanzministern durchgeführten Preiserhöhungen keine administrative Steuerung zur Senkung des Konsums, sondern quantitativ genau so bemessen, daß der Konsum nicht wesentlich zurückgeht und langfristig sich wieder dem Ausgangslimit nähert.

Als ein Industriezweig mit langer Erfahrung im Umgang mit Staatsagenturen (auf die Frage, was die wichtigste Eigenschaft für einen Tabakmanager wäre, meinte der Reemtsma-Vorsitzende, dies sei Sensibilität) vermeidet die Industrie in der Bundesrepublik grobe Methoden der Bestechung und Infiltrationen von Staatsagenturen, wie sie in den Ländern der Dritten Welt — aber nicht nur dort — üblich sind (Unctad 1978). In der Weimarer Republik und im Übergang zum Faschismus spielte dies in Deutschland auch eine besondere Rolle, wie Pritzkoleit (1964) in seiner Untersuchung nachweisen konnte.

Der Staat tritt den Multis der Zigarettenindustrie nur auf nationaler Ebene gegenüber. Die jeweiligen Länderfilialen repräsentieren dabei die nationale Zigarettenindustrie; die Orientierung der Multis ist jedoch nicht

national, sondern global, so daß gewissermaßen jeder nationale Teilmarkt an der Peripherie des Geschäftes liegt (und nicht nur die Länder der Dritten Welt), da der Anteil jeweils eines Landes am Gesamtumsatz marginal ist, so daß der Verlust des Marktes in einem Land (z.B. durch Einführung eines Tabakmonopols) leicht kompensiert werden kann. Natürlich existieren bestimmte Geschäftsschwerpunkte in den Metropolen, wobei die BRD als stärkste europäische Wirtschaftsmacht auch für die Zigarettenindustrie besondere Bedeutung hat. Diese internationale Orientierung bewirkt auch, daß formal einige Geschäftszentralen (z.B. Rothmans in Luxemburg) in Steueroasen verlegt werden. In diese Länder wird dann durch geschickte Käufe und Verkäufe der nationalen Firmen untereinander der Gewinn verlagert.

In der Bundesrepublik ist Berlin wegen seiner Steuer- und Investitionspräferenzen nach dem Kriege zum Zentrum der Zigarettenindustrie geworden. Den in der »freien« Welt (nicht umsonst mit Schwerpunkten in Süd-Afrika, Westdeutschland, USA und England) operierenden Multis stehen die sozialistischen Länder sowie die Länder mit staatlichem Tabakmonopol gegenüber (z.B. Italien, Österreich, Frankreich, Japan, Spanien, Portugal). Die Multis können in diesen Ländern nicht direkt operieren, sondern ihre Interessen müssen auf andere Weise wahrgenommen werden. Auch diese Länder sind jedoch wegen zunehmender internationaler Kommunikation (Reisen, Fernsehen, Filme) der »Welt der Peter Styvesant« enorm ausgesetzt. Italien ist das Exempel dafür, daß auch ein Tabakmonopol nur einen relativen Schutz gegen diese Welt bietet. Ein Drittel der italienischen Zigaretten (vor allen Dingen die Weltmarken der Multis wie Marlboro, Peter Stuyvesant, Camel) werden nach Italien geschmuggelt (Unctad 1978) und ausländische Marken trotz höheren Preises gegenüber den Marken des staatlichen Tabakmonopols gekauft. Auch sozialistische Länder haben mit den Multis diverse Kooperationsabkommen geschlossen (Produktion und Lizenzen, z.B. Tabakfabrik von Reynolds in China und gemeinsam betriebene Unternehmen von Philip Morris in Bulgarien und Ungarn). Die aus der DDR in großem Ausmaß nach West-Berlin geschmuggelten Zigaretten werden von der DDR unter Lizenz hergestellt und bringen harte Devisen auch für die Multis über einen etwas unbequemen Umweg für den Käufer (Der Spiegel Nr., 31, 19878).

Die bemerkenswerteste Eigenschaft des jetzt 100 Jahre alten Tabakkapitals (auch mit einer persönlich oder auch familiär sich fortsetzenden Tradition) ist die Flexibilität der Strategien auf der Grundlage einer globalen Orientierung. Wer eine Droge produziert und weltweit mit ihr handelt, muß tief mit den Widersprüchen, Mythen und Bedüfnissen von menschlichen Gesellschaften vertraut sein und sich als »Helfer« für Staat und Individuum erweisen, damit er diese Widersprüche überlebt. Auch Werbeverbote sind nur ein relativer Schutz, was sichtbar wird, wenn man die Strate-

gien der Industrie in den Ländern mit Werbeverbot ansieht (siehe Beitrag in World Tobacco [1979]: Selling Cigarettes after Advertising is Outlawed). Die Multis sind keine universellen Drahtzieher, die die Menschheit zum Rauchen verführen. Die in ihnen weltweit organisierte und gezielt eingesetzte Macht greift jedoch in nicht zu unterschätzender Weise in die Ausrichtung menschlicher Grundbedürfnisse ein, so daß die Zigarette zum Inbegriff eines erstrebenswerten Entwicklungswegs und individuellen Lebens wird. Der »Dealer« ist nie die Ursache, aber er ist der notwendige Vermittler. Er ist jeweils so mächtig, wie die Gesellschaft ihn frei agieren läßt, und kennt alle Schwächen, Tricks, Bedürfnisse und Abwehrreaktionen. Im Fall der Zigarettenindustrie hat er die Form einer weltweiten Industrie angenommen, die als multinationales Unternehmen die entwickelteste Spezies und ökonomische Form des Kapitalismus darstellt. Im Rahmen der Strategien der Tabakfirmen stellt der Staat einen wesentlichen Bereich dar; andererseits läßt sich eine vor allem ideologische Praxis des Tabakkapitals auch auf anderen Ebenen der Vergesellschaftung finden. Die Stichworte sind hier: Kunst und Ästhetik, Sport, Gewerkschaften, Medien, Caritas, Wissenschaft, Freizeit usw. Auf die für die Gesundheitspolitik unmittelbar wichtige Rolle von Medizin und Wissenschaft wird im Folgenden eingegangen.

3. Gesundheit, Wissenschaft und Tabakmultis

Die Aufklärung des Zusammenhanges von Krankheiten (insbesondere Lungenkrebs) und Rauchen war im Wesentlichen mit der Veröffentlichung des Surgeon General Report (»Smoking and Health«) im Jahre 1964 beendet. Die Erkenntnisse basierten auf experimentellen, klinischen und epidemiologischen Studien, wobei die letzteren (z.B. die großen Studien von Doll, Horn usw.) ein wichtiges Glied in der kausalen Beweisführung schlossen. Bis heute wird jedoch von der Zigarettenindustrie ein Zusammenhang geleugnet. Die Verneinung der Gesundheitsschädlichkeit nimmt dabei unterschiedliche Formen an. Sie reicht von einer Anerkennung gewisser Effekte über den blanken Zynismus (siehe Zitat von König) bis zur subjektiv ehrlichen Meinung von Leuten in der Industrie, dies sei alles eine große Verschwörung von puritanischen Gesundheitsfanatikern.

Die wissenschaftliche Debatte — gemessen am internationalen Forschungsaufwand — hat jedoch seit 1964 erst richtig begonnen. Monatlich werden ca. 200 Arbeiten über das Thema »Rauchen und Gesundheit« veröffentlicht (bisher ca. 30.000) und die für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen müssen sich jeweils mit neuen wissenschaftlichen Kontroversen und Scheinkontroversen auseinandersetzen. Gespeist wird diese Aktivität vor allem durch die Tabakmultis und die von ihnen installierten Institute

und Forschungsagenturen. Diese Forschung hat für die Tabakindustrie drei wesentliche Aspekte:

1. Die Suche nach der »eigentlichen« schädlichen Substanz im Tabakrauch und damit verbunden die Entwicklung einer »less harmful cigarette« (Produktmodifikation).
2. Das »am Leben erhalten« der Debatte »Rauchen und Gesundheit«, so daß immer wieder Zweifel genährt werden, ob Rauchen nun wirklich gesundheitsschädlich sei.
3. Die Einbeziehung des Forschungsestablishments eines Landes (besonders der Medizin) im Sinne von 1. und 2., damit eine aktive Gesundheitspolitik gegen das Rauchen gebremst wird.

Entscheidend für die nationale Gesundheitspolitik ist die Tatsache, daß die Tabakmultis ihre Forschungsressourcen koordiniert und massiv einsetzen, so daß die unabhängige Forschung sich dagegen winzig ausnimmt. Die Debatte wird zusätzlich auf Gebieten geführt, die nur noch mit Millionenbeträgen zu bestreiten sind. Hier soll nicht bestritten werden, daß auf dem Gebiet Rauchen und Gesundheit offene wissenschaftliche Fragen existieren. Es wäre jedoch naiv, zu glauben, hier würde wertfrei den für die Volksgesundheit relevanten Fragen nachgegangen. Statt dessen überwiegen sekundäre Ziele strategischer Art, wie sie eben genannt worden sind. Die Forschungstitel zeigen recht genau, um welche Richtung es dabei geht. Z.B. gab das US-Tabakinstitut 1979 sechs Mio. Dollar für Forschung aus in die »genetische Anfälligkeit gegen Blasenkrebs« und in die »biochemische Disposition gegenüber chronischen Lungenerkrankungen«. Hiermit wird vom Problem der äußeren Verursachung abgelenkt und die Biologie als möglicher Schuldiger zu identifizieren versucht.

Die Entwicklung einer weniger schädlichen Zigarette ist selbstverständlich das sozial nützlichste Ziel der Zigarettenindustrie im Kampf um ihr Überleben. Die Entwicklung ist so weit gediehen, daß Zigaretten heute häufig mehr chemische Produkte als Tabakprodukte darstellen. Die Filterzigarette hat durch Reduktion von Teer und Nikotin das Rauchen weniger gesundheitsschädlich gemacht. Sekundäreffekte (wie veränderte Inhalation, Erhöhung anderer schädlicher Substanzen, z.B. Kohlenmonoxyd) begrenzen jedoch ihre Wirksamkeit. Für junge amerikanische Frauen, die den Prototyp der Leichtraucherin darstellen, haben sich die Lungenkrebsraten auch extrem erhöht. Die künstliche Zigarette (aus Zellulose und Geschmacksstoffen) ist nach dem Scheitern des Experiments in England wieder in die Ferne gerückt, da die Risiken dieses Massenexperiments zu groß zu sein scheinen, und erst bei der Anwendung in der Bevölkerung mögliche Schäden bemerkt werden (World Tobacco 1978).

Die Wirksamkeit der Strategie zur Weiterführung einer im Wesentlichen abgeschlossenen Kontroverse kann an der Meinungsbildung besonders unter Medizinern und Wissenschaftlern in der Bundesrepublik beob-

achtet werden. Während in England und in den USA bis auf Einzelgänger wie Eysenk (1968) und Burch (1977) niemand mehr an eine konstitutionelle Hypothese glaubt (die besagt, daß nicht Rauchen Lungenkrebs verursacht, sondern Raucher genetisch anfälliger für Lungenkrebs sind), trifft man in der Bundesrepublik bei vielen Medizinern und Wissenschaftlern auf die Meinung, daß die eigentliche Ursache des Lungenkrebses eher noch nicht gefunden sei. Der Zweifel an der wissenschaftlichen Beweisführung führt dann zur Lähmung einer Gesundheitspolitik, die immer neu in Scheinauseinandersetzungen hineingezogen wird, um nicht aktiv einzugreifen.

In der Bundesrepublik geschieht die Einbeziehung des medizinischen Forschungsestablishements über einen Forschungsrat »Rauchen und Gesundheit«. Dieser wurde 1975 gegründet und mit ca. 50 Mio. DM ausgestattet, nachdem sich ein eigenes Forschungsinstitut der Industrie nicht bewährt hatte, da alle Experimente nur negative Effekte des Rauchens aufzeigten. 1. und 2. Vorsitzender dieses sogenanten Forschungsrates »Rauchen und Gesundheit« sind Prof. Dr. D. Schmähl, Direktor am Deutschen Krebsforschungszentrum und Prof. Dr. G. Schettler, Universität Heidelberg.

Um bestimmte Kontroversen im Sinne der Industrie zu steuern, werden in medizinischen Zeitschriften gleich ganze Themenschwerpunkte »gekauft« (z.B. in der renommierten Münchener Medizinischen Wochenschrift über das Passivrauchen). Auch sind medizinische Gesellschaften jeweils dankbar, wenn Tagungen von der Zigarettenindustrie finanziert werden (z.B. Tagung der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin vom 31.3.-1.4.1977 über Passivrauchen). Vom Verband der Zigarettenindustrie wurde das »negative« Ergebnis dieser Tagung in Bezug auf die Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens unverzüglich im Sinne der Industrie in der Brüsseler Debatte um Maßnahmen der EG gegen das Rauchen verwendet (König 1979). Welche Haltung in dieser Frage angemessen ist, soll an einem Beispiel aus England veranschaulicht werden. Als sich herausstellte, daß ein kürzlich gegründetes Institut für Arbeitsmedizin in England auch von der Zigarettenindustrie wesentlich finanziert wurde, schrieb das British Medical Journal — die Autorität der englischen Medizinkultur — in einem Editorial, daß das BMJ dieses Institut auffordert, solche Verbindung im Interesse der Volksgesundheit aufzugeben.

4. Das internationale Tabakkapital

Zigarettenrauchen selbst ist eng mit der ökonomischen Geschichte des Tabaks verbunden und hat längst die früheren Gewohnheiten wie Schnupfen, Pfeifen oder Priemen ersetzt (Kneist 1981). Erst in der Form der Zigarette, deren Siegeszug um die Jahrhundertwende begann und in den Schützengräben der beiden Weltkriege vollendet wurde, nahm das Rau-

chen seine enorme Gesundheitsschädlichkeit an. Die industrielle Massenproduktion (auf der Grundlage der Zigarettenmaschine) veränderte das Rauchen von einem mäßig genossenen Freizeitvergnügen zu einem den zunehmenden Arbeitsstreß kontinuierlich begleitenden Suchtmittel. Macht in den USA z.B. um 1900 der Anteil der Zigaretten am Tabakkonsum 34% aus, so betrug dieser Anteil Mitte der 70er Jahre 90% (Unctad 1978). Weltweit wurden 1978 4.200 Md. Zigaretten abgesetzt aus ca. 5 Mio. Tonnen Tabak (Winkler 1980). Dabei verschlingen die Zigaretten 65% der Tabakernte. Der Zigarettenverbrauch pro Kopf lag zwischen 1960 und 1964 in der Welt bei 1.154 Zigaretten und wird 1985 auf 1.770 pro Jahr geschätzt. Der höchste Pro-Kopf-Konsum in den USA beträgt 4.000 Zigaretten. Die Zigarettenindustrie geht davon aus, daß wegen der Gesundheitsargumente der Konsum in Ländern wie England, USA und BRD nicht gesteigert werden kann. Es geht im Gegenteil in diesen Ländern darum, ein Absinken zu vermeiden durch Einbeziehung neuer Konsumenten (Frauen, Jugendliche). Im weltweiten Maßstab sind daher die Länder der Dritten Welt der einzig mögliche Wachstumsbereich. Diese liegen heute in etwa beim Verbrauch in Europa um 1900 und befinden sich im Mittelpunkt der Strategien des internationalen Tabakkapitals (Wickström 1979).

Über die Hälfte des Rohtabaks kommt aus der Dritten Welt. Ein Hektar kultivierbarer Boden ergibt ungefähr eine Tonne Tabak im Weltdurchschnitt, ca. 70% des Bodens liegt in den subtropischen Zonen. Bestimmt also die Dritte Welt überwiegend Anbau und Ernte des Tabaks, so liegt die ökonomische Macht dieser Pflanzen in den Händen einiger Multis, wie eine Anlayse des UNCTAD (UN-Conference on Trade and Development) 1978 ergab. Die Welt der Tabakwirtschaft wird beherrscht von multinationalen Unternehmen (Transnational Tobacco Conglomerates). Ihre Macht beruht auf vier speziellen Bedingungen: Eine weitgehend automatisierte Technologie, Marketing, Finanzkapital sowie vertikale und horizontale Konzentration (Clairmonte 1978).

Die Multis

Drei Multis (BAT, Philip Morris, Reynolds) teilen sich das weltweite Tabakgeschäft (The World Directory of Multinational Enterprises 1981). Diese sind wiederum untereinander durch diverse Lizenz- und Produktionsabkommen verflochten, so daß eine Zigarettenmarke in unterschiedlichen Ländern von jeweils anderen Firmen produziert wird. Daneben existieren einige kleinere, auch international operierende Firmen, zu denen z.B. Reemtsma (BRD), American Brands Incorporated oder Gulf und Western (Zigarren) gehören. Die Tabakindustrie ist im weltweiten Maßstab eine der Industrien mit der höchsten Konzentration, vergleichbar den sieben Unternehmen im Ölgeschäft (»Sieben Schwestern«). Die drei Fir-

Internationales Tabakkapital

	BAT British American Tobacco Company	PM Philip Morris Inc. (incl. Rothmans/Rembrandt Group)	R.J. Reynolds Ind. Inc.	Gesamt
Zigarettenmarken	mehr als 300	mehr als 200	140	640
Zigarettenherstellung in Lizenzfabriken	53	25	—	
Zigarettenverkauf über Lizenzfirmen in Ländern	14	—	—	
Zigarettenherstellung in Fabriken	120	mehr als 100	50	270
Zigarettenherstellung in Ländern	53	55	20	
Anzahl der produzierten Zigaretten	600 Mrd.	586 Mrd.	222 Mrd.	1,4 Bio.
Anteil am Zigarettenweltmarkt ohne soz. Länder u. Staatsmonopole (in %)	35	33	16	84
Gesamtumsatz 1979 in DM	35 Mrd.	35 Mrd.	25 Mrd.	9 5 Mrd.
Tabakumsatz in % vom Gesamtumsatz	66	89	69	

Konzentration

	VERTIKAL	HORIZONTAL	Übernahme von Firmen in der BRD/Berlin	Marktanteil 1981 in der BRD/Berlin in %	Umsatz 1981 in der BRD/Berlin einschl. Tabaksteuer ohne MwSt. (DM)
BAT	1) Rohtabakexport: Export Leaf Tobacco C. 2) Zigarettenmaschinen: Molins machine Co. 3) Papier/-verpackung: u.a. Mardon Packaging Int.	4) Einzel- u. Großhandelsgeschäfte/Warenhäuser: u.a. Horten (BRD), Saks Fifth Gimbel Brothers 5) Kosmetische Artikel: u.a. Yardley, Juvena 6) Finanzierungsgeschäfte 7) Nahrungsmittel	Sonntag Cigarettenfabrik (Simon-Arzt) Kyriazi-Berlin-AG Lizenz für Gitanes und Gauloises	27,5	4,15 Mrd.
PM	1) Rohtabakexport: Tobacco Exporters International Ltd. 2) Verpackung/Papier: Plainwell Paper Co., Koch Label	3) Nahrungsmittel 4) Chemie: u.a. Polymer Ind. Inc. 5) Getränkemarkt: Miller Brewing Co. (25 % US Bier-Markt), Carling O'Keefe Ltd., Seven Up 6) Textilfabrikation 7) Immobiliengeschäfte: u.a. Mission Viejo Co. 8) Kohle- und Goldgruben	Brinkmann AG	31,2	5,26 Mrd.
Reynolds	1) Transport: u.a. Sea Land Service 2) Petroleum: u.a. Aminoil 3) Alumiumprodukte/ Verpackung	4) Nahrungsmittel 5) Getränkemarkt: Del Monte Corp.	Haus Neuerburg	9,8 %	1,6 Mrd.
Gesamt				68,5	11 Mrd.

men teilen sich 35% der Weltproduktion, wobei sich ihr Anteil auf 48% erhöht, wenn man die sozialistischen Länder ausnimmt und auf 84%, wenn zusätzlich die Tabak-Staatsmonopole nicht mitgerechnet werden. Ihr wirklicher Anteil liegt aber viel höher, denn zwischen den Staatsmonopolen, den sozialistischen Ländern und dem internationalen Tabakkapital existieren diverse Formen der Zusammenarbeit (Tobacco Reporter 1981). Z.B. werden die Marken der Staatsmonopole oft in anderen Ländern von den Multis vertrieben und umgekehrt, so daß auch dort der Marktanteil der Multis nicht zu unterschätzen ist.

British American Tobacco Company (BAT)

Der führende Tabakmulti (British American Tobacco Company) entstand 1902, um nach einer langen Fehde den Weltmarkt in einem gemeinsamen Unternehmen von amerikanischem und englischem Tabakkapital zu betreiben. BAT (das Unternehmen tritt in den meisten Ländern unter anderem Namen auf) ist mit seinen 300 Zigarettenmarken Marktführer in 36 Ländern und betreibt 120 Tabakfabriken in 53 Ländern. 150.000 Beschäftigte erwirtschaften einen Umsatz von ca. 35 Md. DM (1980), der zu 66% im Tabakgeschäft gemacht wird (600 Md. produzierte Zigaretten). Die international organisierte vertikale Konzentration (von der Samenproduktion über Rohtabakhandel, Papierherstellung, Zigarettenmaschinen, Einzelhandelsketten) ermöglicht Rationalisierung in großem Stil. Die so erwirtschafteten Profite werden seit Beginn der Gesundheitsdebatte auch außerhalb des Tabakgeschäftes angelegt, um das Risiko des Unternehmens zu streuen. Die Konzentration und Zentralisation des Geschäftsbetriebes sowie die Aufteilung der Welt in Einflußsphären verläuft in der Tabakindustrie getreu dem Muster anderer Multis (Öl, Pharma-, Elektroartikel). Der erste Aufsichtsratsvorsitzende von ATC (American Tobacco Company), G.B. Duke, sagte schon um die Jahrhundertwende den Trend voraus: »Wenn John D. Rockefeller machen kann, was er mit Öl tut, warum soll ich nicht das gleiche mit Tabak machen?« (Clairmonte 1978)

Philip Morris (inclusive Rothmans)

Am 26.5.1981 erwarb die Philip Morris Inc. für fast 1 Md. DM 50% der Anteile der Rothmans Tobacco Holding. Mit dieser größten Übernahmeaktion im Tabakgeschäft liegt Philip Morris in der Größenordnung mit BAT gleich. Reynolds Inc., die lange Verkaufsverhandlungen mit Rothmans geführt hatte, tritt damit hinter diese beiden Giganten im Tabakgeschäft zurück. Ca. 25 Md. DM beträgt der Umsatz allein im Tabakgeschäft bei einem Gesamtumsatz von jetzt 35 Md. DM (1980). Zu den bisherigen 160 Zigarettenmarken, die in 24 Ländern selbst hergestellt und in weiteren 25 Ländern unter Lizenz produziert werden, addieren sich mit Rothmans weitere 30 Zigarettenfabriken. Die Zigarettenproduktion er-

reicht damit fast 600 Md. (Rothmans 1980: 157 Md.; Philip Morris: 429 Md.) Philip Morris ist vielleicht neben IBM (und den Ölmultis) eines der profitträchtigsten Multis überhaupt. Seit 20 Jahren werden jährlich höhere Dividende gezahlt. Der Markterfolg beruht vor allem auf dem Siegeszug der Marlboro um die Welt, so daß innerhalb von wenigen Jahren durch Aufkäufe jeweils in Milliardenhöhe (z.B. Miller-Brewing Comp.: 25% des US-Biermarktes; 7-Up-Comp.) die jetzige Größenordnung erreicht wurde.

Gegen diesen internationalen Konzentrationsprozeß sind die nationalen Kartellbehörden fast machtlos, ähnlich den nationalen Gesundheitsbehörden, die ihre Interessen kaum gegen weltweit operierende Industrien durchsetzen können. Da durch den Zusammenschluß in der BRD Reemtsma, BAT und Philip Morris einen Marktanteil von 90% erreichen, untersagte das Bundeskartellamt (Beschluß v. 24.2.1982) diesen Zusammenschluß, wobei jetzt die Rechtmäßigkeit in einem Gerichtsverfahren geklärt wird. Von der Industrie wird dabei vorgetragen, daß der Beschluß gegen anerkannte Grundsätze des Völkerrechtes verstoße, da dem Bundeskartellamt die Jurisdiktion gegenüber Rothmans International fehle. Die südafrikanische Regierung (Sitz von Rothmans) ließ in dieser Sache von ihrem Botschafter dem Auswärtigen Amt ein Schreiben übergeben, in dem dagegen protestiert wird, und zwar im Namen des völkerrechtlichen Einmischungsverbotes, daß hier von einer Bundesbehörde südafrikanische Aktionäre in ihrer Kapitalverwertung eingeschränkt würden.

Reynolds

Als Ausdruck der neuen Machtstrukturen in ihrem Wirtschaftsimperium wurde die Reynolds Tobacco Co. zu einer Tochtergesellschaft umgewandelt und eine neue Holding Gesellschaft, R.J. Reynolds Industries, gegründet. Die Umgliederung des Imperiums ergab sich einmal durch die Internationalisierung des Tabakverkaufs, Aufkäufe von zahlreichen ausländischen Tabakgesellschaften, zum anderen durch die vertikale und horizontale Konzentration. Diese vollzieht sich in einem bei allen Multis ähnlichen Ablauf. In einer vertikalen Linie werden Industrien aufgekauft, die im weiteren Sinne zum Tabakgeschäft gehören, wie die Tabakmaschinen und Verpackungsindustrie, Schiffstransport und Rohtabakhandel und -verarbeitung. Die horizontale Linie umfaßt die Ausbreitung in Gesellschaften der Nahrungsmittel- und Genußmittelindustrie. In idealer Weise lassen sich hier die in der Tabakindustrie gesammelten Marketing-Strategien, die weitgehend automatisierte Technologie sowie die Verteilersysteme auf den Konsumsektor übertragen. Bei Reynolds ist der Anteil des Tabaks am Gesamtumsatz (25 Mrd. DM) auf 60% zurückgegangen. Der außeramerikanische Tabakmarkt wurde in der R.J. Reynolds Tobacco Co. International zusammengefaßt. 30% des US-Zigarettenmarktes be-

herrschte Reynolds mit den Marken Winston, Salem und Camel. Das Unternehmen besitzt Tabakfabriken in 20 Ländern und verkauft Zigaretten in 140 Staaten.

Die vertikale Integration betrifft: Verpackungsindustrie mit der Herstellung von Alu- und Spezialfolien, Schiffstransportmarkt mit Übernahme des weltgrößten Unternehmens, der Sea-Land-Service-Corp. (Erfinder des Container-Systems), und schließlich Erschließung von Rohstoffmärkten, um den Ölbedarf für die Flotte zu sichern: Ankauf 1970 der Aminoil mit Ölfeldern zwischen Kuwait und Saudiarabien und Raffinerien und weltweite Beteiligung an der Suche nach neuen Ölvorräten. Zwischen 1973 und 1974 stiegen die Gewinne aus dem Ölgeschäft von 10 auf 31%. Schrittmacher für die horizontale Aufgliederung in den Nahrungsmittel- und Getränkemarkt war 1978 die Übernahme des Weltriesen im Agro-Business, Del Monte, der z.B. den Welt-Bananenmarkt kontrolliert.

Die Tatsache, daß der Weltmarkt für Tabak heute von drei multinationalen Unternehmen kontrolliert wird, neben denen noch vor 50 Jahren in jedem Nationalstaat Tausende von kleinen Zigarettenbetrieben existierten, beruht in der allgemeinen Logik kapitalistischer Konzentration (Gewinnmaximierung durch Rationalisierung) auf vier speziellen Gründen in der Zigarettenindustrie.

Technologie und Prouktionsfortschritt

Mußten Zigaretten bis um die Jahrhundertwende noch manuell produziert werden, so revolutionierte die Einführung der Zigarettenmaschine (ähnlich wie der mechanische Webstuhl 50 Jahre zuvor die Textilindustrie) die Produktion von der Manufaktur zum jetzigen Weltunternehmen. Die erste Tabakmaschine der Firma Bonsack produzierte an einem Tag das Quantum von 488 Facharbeitern und ihr Ausstoß lag bei 200 Zigaretten pro Minute (Israel 1980). Über die nächsten Jahrzehnte brachte der technologische Fortschritt diese Zahl auf 7.000 Zigaretten pro Minute (1981), so daß die Weltproduktion theoretisch von 2.000 Maschinen bewältigt werden kann. Eine Produktionseinheit in einer Tabakfabrik (vom Einfüllen des geschnittenen Rohtabaks bis zur verpackten Zigarettenstange) mit vier Zigarettenmaschinen und drei Verpackungsmaschinen wird in modernen Zigarettenfabriken von 15 Arbeitern bedient, wobei die Gruppen um das beste Produktionsergebnis konkurrieren (World Tobacco 1979).

Der Weltmarkt für Zigarettenmaschienn wird von drei Firmen beherrscht (Molins, Hauni, AMF). Molins, eine Tochter von BAT, ist Weltmarktführer. Nicht nur die maschinelle Tabakverarbeitung hat sich durch die Technologie verändert, der Tabak selbst ist heute in der Folge der Gesundheitsdebatte zum Brennpunkt der Forschung geworden. Hat es bereits 1950 Innovationen mit der Einführung der Filterzigaretten gegeben (wobei 1/4 Tabak gespart wurde, sich die Zigaretten aber verteuerten), ist

zur gleichen Zeit ein neuer Tabaktyp in den Laboratorien der Chemiekonzerne entwickelt worden: »Rekonstituierter Tabak«, verbunden mit dem Namen Kimberley-Clark und Givaudan. Ähnlich wie bei Toilettenpapier (oder den Kleenex-Tüchern von Kimberley-Clark) wird der Tabak mit Wasser zu einem Brei verarbeitet, homogenisiert, dann nach Trennung der fasrigen und wässrigen Bestandteile wieder zu einer Art »Papier« zusammengefügt. Givaudan, Tochter der Hoffmann La Roche AG, liefert die Geschmacks- und Geruchschemie, die dem homogenisierten Tabak in einem zweiten Prozeß zugeführt werden. Da dieses Tabakprodukt beim Verbrennen einen niedrigeren Teergehalt und weniger »aktive« krebserzeugende Stoffe haben soll, wird es von den Tabakmultis als die »Gesundheitszigarette« angepriesen. Ist hier schon eine Verbindung zwischen Tabak- und Chemieindustrie erkennbar, wird die Zusammenarbeit bei der Entwicklung von neuen Rauchmaterialien (Substitute) noch deutlicher. 1957 wurde in den USA durch die Celanese Corp. ein Supplement erfunden auf der Basis von Zellulose (von dieser Firma stammt auch die Zellulose-Azetat-Filtertechnologie). Dieses ist nikotinfrei und hat einen um 1/3 bis 1/7 geringeren Kondensatgehalt als Tabak. Ein weiterer Stoff, der nicht auf Zellulosebasis beruht, ist Polystrep. BRD's Chemiegigant Bayer hat ebenfalls mit der Fa. Reemtsma ein Zellulose-Substitut entwickelt. Die Forschung der TTC's (80 Mio. US Dollar) wurde auch von den chemischen auf natürliche Ersatzstoffe ausgedehnt. Experimentiert wurde mit Kohl, Tomatenblättern, Spinat, Hortensien, Kakaobohnen, Kopfsalat oder Getreide (Unctad 1978).

Die verstärkte Nachfrage nach den Niedrigteer-Zigaretten hat die Marketing-Strategien der Multis dahingehend beeinflußt, daß riesige Summen für Werbung aufgebracht wurden, um neue Marktanteile zu sichern. Die zwei führenden US-Multis (PM und RE) verkaufen schon jetzt die meisten Zigaretten mit einem niedrigeren Teergehalt.

Marketing

Die Zigarette ist wie kein anderes Produkt ein Objekt der Warenästhetik, und ihr biologischer Gebrauchswert ist in der modernen ultraleichten Zigarette (die nichts mehr enthält außer verbrannter Luft) ersetzt durch das Image, welches der Raucher mit ihr »inhalieren« kann (Haug 1980). Das In-die-Welt-Setzen dieses Image ist zum kritischsten Bereich dieses Industriezweiges geworden. Da z.B. in der Bundesrepublik 50% der Zigaretten über Automaten abgesetzt werden, die ja nur 10 Marken enthalten können, verlangt die Durchsetzung einer neuen Marke, daß sie in diesen Distributionsmechanismus hineingelangt. Für die neue Marke »West« von Reemtsma wurden schon im ersten Jahr zu diesem Zweck 50 Mio. DM aufgewandt (Der Spiegel 1982). 20% des jährlichen Umsatzes der Zigarettenindustrie in der Bundesrepublik, fast eine Milliarde DM, werden für

Marketing-Strategien ausgegeben. Gegen diese Bewußtseinsstrategien wirken die Plakataktionen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als lächerliche Gegenmaßnahme, die die Industrie wenig stört. Die Globalisierung der Imagekreation auf dem Weltmarkt ist nur den Multis möglich und geschieht in der Dritten Welt im Fahrwasser eines gesellschaftlichen Entwicklungsmodells, das den Ländern entspricht, aus denen dieses Image stammt (Cowboy, Trucker, Manager und Covergirl).

Finanzkapital

Ihre jetzige Wirtschaftsmacht erreichten die TTC's nicht ausschließlich aus den Gewinnen ihres Tabakgeschäftes. Die personelle und historische Verknüpfung von Tabakmultis und Großbanken, von Industrie und Finanzkapital, macht sichtbar, über welche nationalen und internationalen Kanäle die Multis verfügen: Der Direktor der Westminster Bank ist Aufsichtsratsvorsitzender von BAT; Vorsitzender der Deutschen Bank und Mitsubishi finden sich im Internationalen Beratungsausschuß von R.J. Reynolds wieder. Nur so ist zu verstehen, daß Reynolds z.B. für 1 Md. US-Dollar in kurzer Zeit mehrere Gesellschaften erwerben konnte. Eigner und Mitglied des Vorstandes der Rothmans International ist Ed. L. de Rothschild. Die Verbindung zwischen Reemtsma und der Deutschen Bank hat eine 40jährige Tradition. Bei Philip Morris machte 1971 der Anteil von Banken am Stammkapital 25% aus (Unctad 1978).

Konzentration

Der Konzentrationsprozeß hat sich in zwei verschiedene Richtungen vollzogen: 1. Vertikal unter zunehmender Einbeziehung von für die Produktion notwendigen Industrien (Zigarettenmaschinen, Papierfabriken, Kartonfabriken, Aluminiumindustrie, Transport, Werbeagenturen, landwirtschaftliche Geräte- und Samenherstellung, Automaten, Einzelhandelsketten); 2. Horizontal seit der Aufkauf von kleinen Zigarettenfirmen mangels Masse nicht mehr möglich ist und die Bedrohung der Profite durch die Debatte über die Gesundheitsschädlichkeit der Zigarette eine Diversifikation ratsam erscheinen ließ. Die Tabakindustrie kauft sich vorwiegend in die ihr verwandten Bereiche des Nahrungs- und Genußmittelsektors ein, vor allem in den Alkohol- und Getränkebereich, sowie Imageindustrien und Kosmetika. Diese für die Gesundheit relevanten Konsum- und Lebensbereiche geraten damit zunehmend unter den Einfluß international operierender Kapitale (z.B. auch Nestlé-Trockenmilch, die jetzt einem WHO-Code unterworfen wurde).

Das Eindringen in andere Branchen bewirkt, daß globale Handelssphären geschaffen werden, in denen selbst die Tabakindustrie nur marginale Bedeutung hat. Während 1973 der Umsatz der TTC's zur Hälfte aus dem Nicht-Tabakgeschäft erwirtschaftet wurde, war dieser Anteil Ende der

50er Jahre noch verschwindend klein. Gleichzeitig sicherte man sich mit der Diversifikation für zukünftige Einbrüche im Zigarettenmarkt ab. Durch vertikale und horizontale Expansion spiegelt die Tabakindustrie nahezu das gesamte Spektrum einer modernen Industrie wider mit ihren Transportunternehmen, Rohstofflieferanten, Einzel- und Supermarktketten. Selbst für Insider wird es immer komplexer und schwieriger, den Markt zu analysieren, wenn die Multis, wie z.B. Gulf und Western, sich in acht verschiedene Industriezweige mit 170 Untereinheiten aufgliedern (Clairmonte 1978). Die individuelle Konsumption des gesellschaftlichen Reichtums gerät so weiter in den Bereich global operierender Kapitale im Nahrungs- und Genußmittelbereich. Bei steigendem Alkohol-, Tabak- und sonstigem negativem Nahrungsmittelkonsum (Soft-Drinks, Süßigkeiten, Fast-Food) geschieht die individuelle Konsumption des gesellschaftlichen Reichtums zunehmend in gesundheitsschädigender Weise unter Zurückdrängung gesundheitlich positiverer Konsumptionsformen.

5. Tabakkapital in der Bundesrepublik Deutschland

Die Bundesrepublik ist der größte Einzelmarkt in West-Europa und noch vor Großbritannien das bedeutendste Herstellungsland von Zigaretten. Während noch 1907 mehr als 1.000 Betriebe (750 davon mit weniger als 5 Arbeitern) produzierten, existieren heute nur noch 25 Zigarettenfabriken. Die vier führenden Unternehmen (4 Multis plus Reemtsma) haben einen Marktanteil von 99%, Philip Morris — inclusive Rothmans — 31%, BAT 28% und Reynolds 10% [Handelsblatt 1981]). Bereits vor dem ersten Weltkrieg geriet Deutschland in die Interessensphären des englischen und amerikanischen Tabakkapitals. Als deutsches Kapital blieb allein die Firma Reemtsma übrig. Diese Firma, gegründet von Johann B. Reemtsma (1857-1925) begann mit der Zigarettenfabrik Dixi und produzierte 1921 360 Millionen Zigaretten, was damals einen Anteil von 1,5% an der Gesamtproduktion ausmachte. In einem Konkurrenz- und Konzernkampf erreichten vor allem die Söhne (Hermann und Philipp F. Reemtsma), daß das Unternehmen in der Weimarer Zeit eine Monopolstellung am deutschen Markt mit ca. 90% der deutschen Produktion bekam. Nur durch personelle Verbindungen zum Staats- und Finanzapparat gelang es dem Unternehmen liquidierte Firmen zu übernehmen und ihren Einfluß auf ausländische Rohtabaklieferanten (Caland, Amsterdam) sowie andere Produktionszweige (Kartonagefabrik Muskau) auszudehnen. Riesige Bestechungsgelder waren schließlich notwendig, dieses Imperium ungeschoren über die »antimonopolistische« Politik der SA in der Hitlerdiktatur zu bringen. P.F. Reemtsma zahlte an Göring etwa 12 Millionen Reichsmark, damit Röhm seine Verstaatlichungsvorstellungen von der Firma fallen ließ. Im 2. Weltkrieg wurden im Zuge der militärischen Expansionen neue Tabakunternehmen in Bulgarien, Polen und in der CSSR übernommen.

Die Gewinne aus diesem okkupierten Besitz flossen in andere Industriezweige, so daß sich 1944 bereits ein Zigarettenunternehmen abzeichnet mit den Kennzeichen heutiger moderner Industriebetriebe mit folgenden Interessen: Hochseefischerei, Schiffsverkehr (u.a. Hapag, Deutsche Ostafrikalinie), Gruben- und Bergbauunternehmen, Bauereien, Deutsche Bank, Textil- und Holzfabriken. Trotz vorübergehender Verhaftung von Philipp Reemtsma nach dem 2. Weltkrieg ist Reemtsma heute führender Zigaretten- und Brauereikonzern in der BRD (Pritzkoleit 1964). 1979 verkaufte der Alleinerbe Jan Reemtsma für 370 Mio. DM das Unternehmen in den Mehrheitsbesitz der Kaffeefirma Tschibo. 1981 lag der Umsatz des Reemtsma-Konzerns bei 6 Md. DM mit einem Absatz von ca. 40 Md. Zigaretten (Marktanteil 30%). In Argentinien unterhält Reemtsma eine gemeinsame Gesellschaft mit Philip Morris.

Der Zigarettenexport fließt vor allem in Länder mit einem Tabakstaatsmonopol wie z.B. Italien und Frankreich. Eingeleitet wurde dieser Erfolg mit geschickten Fusionierungen wie der von Reynolds mit Haus Neuerburg 1960 für den Preis von 40 Mio. DM, der Rothmans-Gruppe mit der Brinkmann-Christinus-Gruppe sowie mit der Übernahme der Sonntag-Cigarettenfabrik und Kyriazi-Berlin durch BAT. BAT verfügt neben seinen internationalen Diversifikationen in der BRD über ihre Holding-Gesellschaft Inversa über folgende Firmen: Bodenbelagfabrik Pegulan, Warenhauskonzern Horten, Kosmetikfirmen Yardley und Juvena und diverse Gastronomiebetriebe und Weingeschäfte. Allen Multis gemeinsam ist eine werbewirksame Diversifikation, die schwankende Raucher bei der Stange halten soll. Schallplatten, Graphik-Editionen, touristische Programme (Marlboro-Abenteuer-Reisen), Bild-Atlanten, Naturmagazine, Freizeitkleidung, Modeartikel, Straßenkarten und Musikfestivals sorgen sich um die Raucher.

Neben München und Hamburg ist Berlin heute das Zentrum der Zigarettenproduktion. 1952 wurden in Berlin 168 Mio. Zigaretten gefertigt. 1960 trug die Stadt zu 26% zur westdeutschen Zigarettenproduktion bei, 1981 zu 50% (70 Md. Zigaretten).

6. Dritte Welt und Tabakmultis

Die Tabakmärkte Westeuropa und Nordamerika stagnieren seit ca. 10 Jahren auf dem Niveau von 3-4.000 gerauchten Zigaretten pro Einwohner. Aufgrund der Gesundheitsargumente und wegen einer auch ereichten Schallmauer orientieren die Multis ihre globalen Strategien auf die Dritte Welt, deren Märkte aufgrund der Bevölkerungsexplosion und des niedrigen Ausgangsniveaus (z.B. Indien: 200 Zigaretten pro Kopf 1972) noch unerschöpflich sind. Die besondere Bedeutung des Tabaks für die Dritte Welt ergibt sich jedoch aufgrund der Tatsache, daß der Rohtabak im Wesentlichen von dort in die Industrieländer exportiert wird. 55% der Welt-

exporte stammen aus der Dritten Welt, während 85% der Importe in die EG, USA, Japan, Kanada und UdSSR gehen (Unctad 1978). Die Zunahme des Tabakverbrauchs betrug z.B. in Afrika seit 1970 33% (von 0,3 auf 0,4 kg pro Einwohner), während in Nord-Amerika im gleichen Zeitraum der Konsum bei 3 kg pro Einwohner stagnierte (Muller 1978). Diese Zunahme geht einher mit dem Ersetzen traditioneller weniger gesundheitsschädlicher Rauchgewohnheiten (z.B. Wasserpfeife oder sogenannte »Beedies«, die nicht inhaliert werden), durch die Fabrikzigarette, welche inhaliert und während der Arbeit kontinuierlich geraucht werden kann.

Unabhängig von der unmittelbaren Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens geht es in der Dritten Welt vor allem um die Frage, ob der Tabakanbau bei dem vorhandenen Problem der Nahrungsmittelknappheit überhaupt eine sinnvolle Entwicklung der Landwirtschaft und der industriellen Produktion darstellt. In einem Land, welches unter Hunger leidet, ist die Vergeudung landwirtschaftlicher Ressourcen für die Tabakproduktion schwer zu rechtfertigen (Feder 1981). Daß in vielen Ländern der Dritten Welt trotzdem Tabakanbau forciert wird, liegt an der guten Exportfähigkeit. Der Tabak bringt Devisen und ein häufig besseres Einkommen für den Bauern als der Anbau von Nahrungsmitteln, die auf lokalen Märkten verkauft werden.

Die Multis entwickeln den Tabakanbau gezielt in bestimmten Ländern, die ihnen wirtschaftlich und politisch »sicher« genug sind. Trotz der Sanktionen erreichte z.B. der rhodesische Tabak (Hauptexportland in Afrika) sicher seine Kunden (World Tobacco 1981). Neben dem jetzigen Zimbabwe sind in Afrika Malawi, Sambia und Kenia wichtigste Produzenten. BAT, dessen Produktion in Tansania nationalisiert wurde, entwickelt seine Produktion jetzt in Kenia. Das Vorgehen der Multis in den Ländern der Dritten Welt umfaßt alle Ebenen, die einem global operierenden Unternehmen zur Verfügung stehen, angefangen von direkter Bestechung (der Präsident von Reynolds hat zugegeben, zwischen 1970 und 1975 19 Mio. US-Dollar an Bestechungsgeldern verteilt zu haben [Unctad 1978]) über Entwicklungsprogramme für die Bauern bis zu den Marketing-Strategien, die auch dem letzten Farmer klarmachen, daß »Marlboro« den Fortschritt dieses Landes bedeutet (Wickström 1979).

Die Entwicklung des Tabakanbaus in einer Provinz der Dritten Welt geschieht durch umfassende landwirtschaftliche Entwicklungsprogramme der Multis. Aus politischen Gründen verzichten sie auf Anbau in Form von Plantagen im eigenen Besitz, sondern machen sich Kleinbauern zu ihrem Werkzeug. Diese werden dann in langfristigen Programmen zu effizienten Tabakbauern ausgebildet. Der Multi stellt dabei alle notwendigen Mittel zur Verfügung: Darlehen, Saatgut, Düngemittel, Pestizide, wöchentliche Visiten eines Beraters usw. Diese Tabakregion ist dann meistens nach ca. 10 bis 20 Jahren zu einer »Wohlstandsinsel« geworden, deren

Prokopfeinkommen und Konsumgüterausstattung (die Multis erwähnen meistens die Zahl der Autos und Fernsehgeräte pro Einwohner in ihren Broschüren für die Regierungen) weit über dem Landesdurchschnitt liegt (The Economist 1981). Dies ist die »Erfolgsstory« der Tabakmultis für die Dritte Welt, deren Magie viele Regierungen erliegen. Sie läßt aber außer acht, daß für das gesamte Land eher negative Effekte überwiegen. Da die Infrastruktur der Tabakproduktion in der internationalen Arbeitsteilung der Multis liegt (z.B. Papier, Düngemittel, Maschinen usw.), profitiert die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung des Landes von dieser abgetrennten Produktionsweise kaum. Andere negative Effekte sind z.B.: Fruchtbarer Boden wird der Nahrungsmittelproduktion entzogen, das Trocknen des Rohtabaks (ca. 2 Wochen lang) mit Holzfeuern bewirkt einen Raubbau an dem schon sehr prekären Baumbestand der meisten Länder (Die Tabakzeitung 1978). Ohne diesen Raubbau sind die Profite aufgrund der hohen Energiepreise viel geringer. Die hohe Automatisierung der Zigarettenindustrie schafft auch wenig Arbeitsplätze und in der Landwirtschaft hauptsächlich Saisonarbeit.

Schlußbetrachtung

Um die weltweite Epidemie des Zigarettenrauchens einzudämmen, muß der Einfluß des internationalen Tabakkapitals zurückgedrängt werden (Ramström 1979). Seine Zentren liegen in den Metropolen der kapitalistischen Welt. Ohne eine Politik in diesen Ländern im eigenen Interesse der Volksgesundheit, ohne Export von Gesundheitsrisiken, z.B. durch Schaffung staatlicher Tabakmonopole, wie sie in Japan und Frankreich schon existieren, sind Fortschritte schwierig zu erzielen. Internationale Organisationen müssen durch Vereinbarungen dafür sorgen, daß das Tabakkapital sich nicht in Fluchtregionen zurückzieht (z.B. in die schon jetzt bevorzugten Länder wie Brasilien und Argentinien). Wie aus den Erfahrungen mit anderen Drogen (Heroin) bekannt, sind diesen Maßnahmen natürlich Grenzen gesetzt. Die Ursache des Rauchens liegt tiefer als in der Tatsache des Vorhandenseins eines übermächtigen Dealers; aber es gilt auch: Je mächtiger der Dealer, desto abhängiger der Konsument und die Gesellschaft.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus, Argumente für eine soziale Medizin (IX). Argument-Sonderband AS 64, Berlin 1981.

Burch, P.R.J.: Rauchen und Krebs, Walter Rau Verlag, Düsseldorf 1977

Clairmonte, F.F.: World Tobacco: A study in conglomerate structures, Journal of World Trade Law, 1978, 23-38.

Clairmonte, F.F.: The seven smoking sisters, Development Forum, November-December 1978

Der Spiegel, Nr. 31/1978, DDR/Schmuggel
Der Spiegel, Nr. 3/1982, 50-51, Zigaretten, Sitzt fest
Der Verbraucher, R 3/24, 1981
Die Tabakzeitung 88/31 (1978) 2, Gefährdet Blauer Dunst die Wälder der dritten Welt?
Eysenck, H.J.: Rauchen, Gesundheit und Persönlichkeit, Walter Rau Verlag, Düsseldorf 1968
Feder, E.: The Deterioration of the Food Situation in the third world and the capitalist system, Int. 3. of Health Services 11, 247-262, 1981
Fletcher, Ch., R. Peto, C. Tinker, F.E. Speizer: The natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford 1976
Haug, W.F.: Warenästhetik und kapitalistische Massenkultur (I), Argument-Verlag, Berlin 1980
Israel, M.: Wages and working hours in the tobacco industry, Tobacco Journal International, April 1980, 359-360
Kaprio, L.: Some economic aspects of the tobacco industry, Proceedings of the 3. World Converence on Smoking and Health, Vol II, 1975
Kneist, W.: Rauchen oder Gesundheit — ein kulturhistorischer Vergleich, Z. ges. Hyg. 27, 477-480, 1981
König, H.: Brief an die Komission der Europäischen Gemeinschaft, in: Agence Européen d'Informations, European Tobacco Policy, Brüssel 1979
Marks, L.: Policies and postures in smoking control, British Medical Journal, 284, 391-398, 1982
Moerloose, J.: Legislative action to combat smoking around the world, WHO Chronicle 31, 362-372, 1977
Muller, M.: Tobacco and the Third World: Tomorrow's epidemic? London, War on Want, 1978
Pritzkoleit, K.: Auf einer Woge von Gold, Knaur, München 1964
Ramström, L.M.: The Smoking Epidemic, a matter of world-wide concern, 4th World Converence on Smoking and Health, Stockholm 1979
Royal College of Physicans: Smoking or health, London 1977
Schmidt, F.: »Aktiv-Rauchen« und »Passiv-Rauchen« als schwerwiegende bronchiale Noxe, Münch. med. Wschr. 115, 1173-1178, 1973
Surgeon General: Smoking and Health, NSDHEW 1979
The Economist intelligence Unit Ltd.: Leaf Tobacco, London 1981
The World Directory of Multinational Enterprises, London 1981
Tobacco Reporter: April 1981, 13th Edition, Interconnecting interests of major tobacco manufacturers
UNCTAD: Marketing and distribution of tobacco, UNO, Genf 1978, DTD/B/C.1/205
Wickström, B.: Cigarette marketing in the Third World, Universität Göteborg, 1979
Wilhelmsson, C., J.A. Vedin, D. Elmfeldt et.a.: Smoking and myocardial infarction, Lancet, i, 415, 1975
WHO: Smoking and its effects on health, Technical Report Series Nr. 568, 1975
WHO: Controlling the Smoking Epidemic, Technical Report Series 636, Geneva 1979
WHO Chronicle 33: 94-97 (1979), Tobacco smoking n the world
Winkler, H. in: Die Neue, 15.7.1980
World Tobacco, Oktober 1978, 97-101, Why the synthetic blend experiment failed
World Tobacco, Juli 1979, 79-83, Selling cigarettes after advertising is outlawed (A)
World Tobacco, Oktober 1979, 84-88, How BAT makes work worth while at Macon
World Tobacco, 1981, April, S.98

Rolf Schlömer*

Der Zahnarzt auf der Milka-Kuh?

Zuckerindustrie und Zahnschäden

In dem folgenden Beitrag beleuchtet die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin das Verhältnis zwischen zahnmedizinischen Institutionen und Verbänden einerseits und der Zucker- und Süßwarenindustrie andererseits. Dabei wird deutlich, daß der Volksseuche Zahnkaries eine Präventionsstrategie entgegengesetzt werden soll, die den Interessen der Zahnärzteschaft und der Zuckerindustrie gleichermaßen Rechnung trägt. Kernstück dieses Interessenausgleiches auf Kosten der zahnkranken Bevölkerung ist die gemeinsam betriebene Propaganda einer »Selbstverschuldungslegende«: Die Zähne werden kariös, weil keine ausreichende Mundhygiene und Fluoridierung betrieben wird. So wird die Forderung der Zahnärzteschaft nach einer von den Krankenkassen zu finanzierenden Indvidualprophylaxe in den Praxen untermauert, während andererseits der Zucker- und Süßwarenkonsum aus der Schußlinie herausgehalten wird.

Die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin kommentiert in diesem Beitrag auch einen Brief des umstrittenen damaligen Vorsitzenden des Landesverbandes Nordrhein im Freien Verband der Deutschen Zahnärzte, Eduard Knellecken. Die standespolitischen Thesen Knelleckens werden von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin abgelehnt und bekämpft. Dennoch scheint es uns angebracht, anhand der von Knellecken veröffentlichten internen Vorgänge die Zusammenarbeit zwischen Zahnärzteschaft und Zuckerindustrie darzustellen.

Die Kariesprophylaxe steht auf drei Säulen: Der zuckerarmen Ernährung, der richtigen Mundhygiene und der Fluoridierung. So jedenfalls lehren es (noch) die deutschen Universitäten und verkünden es die Prophylaxe-Lehrmeister aus der Schweiz. Wer aber die Aktivitäten der zahnärztlichen Standesorganisationen in der Bundesrepublik beobachtet, muß seit längerem feststellen, daß eine der Säulen unter die Spitzhacke gekommen ist: Der Zahnkiller Zucker wird totgeschwiegen. Umsomehr wird die Werbetrommel für Fluor gerührt und das Zähneputzen wird zur wichtigsten Übung der Nation erhoben.

Aktuelle Hintergrundinformation zu dieser Entwicklung hat die Öffentlichkeit dem Grabenkrieg zwischen den Zahnarzt-Funktionären zu verdanken. Nach kurzer Kampfpause hat Eduard Knellecken seine inter-

* Mitglied der Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin. Der Aufsatz ist eine überarbeitete Fassung aus: Der Artikulator, Nr. 8, März 1982.

nen Widersacher erneut angegangen. Interessantes kam ans Licht, als er einen Brief, gerichtet an Dr. O. Bruker, seinen langjährigen Gefährten im Streit gegen die Zuckerindustrie, an die nordrheinischen Zahnärzte verschickte. In diesem Brief ging es um einen Kooperationsvertrag der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung (KZV) Nordrhein mit der Zuckerindustrie und um die Karriere des Friedrich Römer, der vom Werbemann der Zuckerindustrie zum einflußreichen Prophylaxe-Funktionär in zahnmedizinischen Organisationen und Gremien aufgestiegen ist.

Kooperationsvertrag zwischen Zucker und Zahn?

In den Zahnärztlichen Mitteilungen (20/80) berichtete Hartlmaier unter der Überschrift »Vor neuem Zuckerkrieg?«, daß sich Vertreter des Verbandes Deutscher Zahnärzte »ein Herz faßten« und mehrere Gespräche mit Repräsentanten des Zuckergewerbes führten. Hartlmaier deutete Vereinbarungen in Sachen beidseitiger Öffentlichkeitsarbeit an, ohne diese jedoch näher zu erläutern. Knellecken holte dies jetzt genüßlich nach, indem er am Beispiel der KZV Nordrhein Passagen aus dem o.g. Vertrag mit der Zuckerindustrie veröffentlichte (siehe weiter unten »Dokument«). Lesenswerte Abschnitte enthielt auch der Vertragsentwurf, aus dem die Handschrift der Zuckerleute noch deutlicher herauszulesen ist. Was im Vorentwurf nicht zu halten war, wurde laut Knellecken Bestandteil mündlicher Vereinbarungen. Darin soll sich die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung verpflichtet haben,

a) im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit alle Hinweise auf die allgemein schädigende Wirkung des Zuckers zu unterlassen,
b) ihre Aufklärungsarbeit auf Zahnhygiene zu konzentrieren und
c) weder den Zahnärzten noch der Presse oder der Öffentlichkeit irgendwelche Mitteilungen über den mit der Wirtschaftsvereinigung Zucker abgeschlossenen Kooperationsvertrag zu machen.

Nicht weniger interessant als die Veröffentlichung des Vertragstextes sind Knelleckens Recherchen über Friedrich Römer. Römer wird als einflußreicher Werbemann der Zuckerindustrie beschrieben, dessen Karriere mit detaillierten Angaben belegt wird. Danach sei Römer jahrelang Mitarbeiter der Werbeagentur Thompson in Frankfurt gewesen, der wichtigsten Werbeagentur der Zucker- und Süßwarenindustrie. Thompson gründete, laut Knellecken, vermutlich auch den »Verein für Zahnhygiene«, dessen Vorsitzender Friedrich Römer wurde. Geschäftssitz und Geschäftsräume hatte dieser Verein in den Räumen der Werbeagentur Thompson. Eine spätere Gründung der Zuckerwerber war der »Informationskreis Mundhygiene und Ernährung« (IME), der heute bei Zahnärzte-Verbänden und Universitäten bestens eingeführt ist.

Auf Römers Initiative wurde 1969 ein Ausschuß zur Koordinierung der Zahngesundheitserziehung gegründet, der neben dem BDZ und dem Deut-

schen Ausschuß für Jugendzahnpflege auch von Römers »Verein f. Zahnhygiene e.V.« getragen wurde. Erst unter dem Druck von Knelleckens Aktivitäten während dessen KZB-Amtszeit habe Römer formell bei Thompson gekündigt und sei mit seinem Verein aus den Räumen der Zucker-Werbeagentur nach Darmstadt umgezogen. Höhepunkt in Knelleckens Römer-Bibliographie: Auf einer Tagung des Planungsstabes für Öffentlichkeitsarbeit des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ) wurde ihm Römer als persönlicher Berater von Dr. Sebastian vorgestellt. Sebastian war damals Vorsitzender des Planungsstabes und ist heute Präsident des BDZ.

Nicht erwähnt hat Knellecken den weiteren Aufstieg Römers in der Landeszahnärztekammer Hessen. Diese kürte ihn zum Leiter der »Pressestelle der Hessischen Zahnärzte«, die unter der gleichen Anschrift wie Römers »Verein für Zahnhygiene« in Darmstadt firmiert. Neben der Aufgabe, durch Verbindungen zur Presse eine »sachlich einwandfreie und möglichst zahnarztfreundliche Berichterstattung zu erreichen«, sieht Römer die Aufgaben der Pressestelle natürlich auch darin, »(die) Patienten über die wichtigsten Verhaltensregeln zur Vorbeugung gegen Zahnerkrankungen aufzuklären«. Ebenfalls bleibt bei Knellecken unerwähnt, daß Römer sich auch um höhere wissenschaftliche Weihen bemüht. Er ist einer der Schriftleiter der Zeitschrift »Kariesprophylaxe«, die mit ihrer Artikelauswahl ziemlich eindeutig auf der Propylaxe-Linie der Zucker- und Süßwarenindustrie und deren Sprachrohr »Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten« (IME) liegt.

Kooperation oder Komplizenschaft?

Kooperationsvertrag zwischen Zuckerindustrie und einer Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung, ein Mann aus der Zuckerwerbung in zahnärztlichen Gremien und zahnmedizinischen Organisationen, eine offensive Zuckerverharmlosungs-Kampagen des IME mit Unterstützung der Wissenschaft und Verbände — worum geht es eigentlich dabei? Die Interessen der Zucker- und Süßwarenindustrie sind klar: 1981 wurden an über 300.000 Verkaufsstellen Süßigkeiten im Wert von über DM 11 Mrd. vertrieben. Diesen Umsatz gilt es zu steigern, obwohl die BRD in der EG bereits die Spitzenposition im Zuckerverbrauch hält. Schon jetzt verzehrt der Durchschnittsbürger mehr als die doppelte Menge an Fabrikzucker pro Tag und Jahr, wie sie die Ernährungswissenschaftler im ersten »Ernährungsbericht« 1969 der Bundesregierung für gesundheitlich noch unbedenklich bezeichnet hatten: nämlich 60g am Tag.

Es gilt aber nicht nur riesige Umsätze zu verteidigen, sondern auch satte Zuwachsraten zu sichern. Dies ist Sache der Werbung, die zweigleisig vorgeht: Da gibt es einmal die in vielen Fällen nahezu kriminelle Produktwerbung für Süßigkeiten, die unter stillschweigender Billigung des Gesund-

heitsministeriums mit der Unwissenheit und Unbefangenheit vor allem der Kinder manipuliert. Zum anderen sind es notwendige Public-Relations Aktionen, die auf das Lager der potentiellen Zuckergegner abgestimmt sind. Darunter sind auch Aktionen einzuordnen, wie der Vertrag mit einer Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung, Gründung von Mundhygiene-Organisationen oder auch die von Knellecken aufgedeckte süßlich-klebrige Karriere des Friedrich Römer.

Inhaltlich zielen diese Aktionen der Süßwaren-Industrie darauf ab, zu verhindern, daß Zucker und Süßigkeiten in der Öffentlichkeit als zahnschädigend dargestellt werden. Da die zahnschädigende Wirkung jedoch gründlich untersucht und unumstößlich erwiesen ist, mußte die Zuckerindustrie eine besondere, hauseigene Kariesätiologie entwickeln: Zahnkaries wird nicht etwa durch Zucker verusacht, sondern dadurch, daß die Leute die Zuckerreste nach dem Verzehr nicht gleich mit der Zahnbürste beseitigen. Und weiter besagt die Logik der Zuckerindustrie: Zahnkaries könnte durch den Zucker erst gar nicht entstehen, wäre das Trinkwasser endlich fluoridiert und der Zahnschmelz widerstandsfähiger.

Diese Perversion des Präventions-Gedanken ist durchgängig herauslesbar aus den Informationsblättern, die vom IME den Zahnärzten zur Patientenaufklärung angeboten werden. Hinweise auf Ernährung sind dort entweder auf der letzten Seite untergebracht oder es wird im Nebensatz nebulös vom »Nahrungszucker« gesprochen, der am Zahn haften bleibt. Der Laie wird mit dem »wissenschaftlichen Experiment« beruhigt, daß »ein völlig belagfreier Zahn durch Zucker ... nicht geschädigt werden kann«. Daß »völlig belagfreie« Zähne nur in Reagenzgläsern existieren und nicht in Mundhöhlen, wird natürlich verschwiegen.

Was das IME in einer »Standortbestimmung auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis« über den Zucker herausgefunden hat, sollten besonders die Wissenschaftler aus der Schweiz und der BRD lesen, die das Zuckerinstitut »IME« durch ihre Unterstützung in zahnärztlichen Kreisen erst salonfähig gemacht haben.

Die Frage »Welche Rolle spielen Zucker und zuckerhaltige Speisen für die Entstehung von Karies?« wird dort abschließend folgendermaßen beantwortet:

»Bedeutsam sind auch folgende Faktoren: Zuckerhaltige Lebensmittel, die gleichzeitig Fett enthalten (z.B. Schokolade, fetthaltige Backwaren, Milchspeiseeis, Marmelade auf Butterbrot), haben einen gewissen Schutzeffekt, da an den Zähnen und zuckerhaltigen Speisestückchen ein schützender Fettfilm entsteht. — Zuckerhaltige Getränke spülen ihren Zucker buchstäblich 'mit sich selbst weg.'«

Es ist gewiß unverdächtig, wenn eine konservative Berufsgruppe wie die Zahnärzte wohlwollend bis ermunternd den Aktivitäten eines Industriezweiges gegenübersteht. Aber wenn sich angesichts einer Zucker- und

Süßwarenwerbung, die auf verbotenen und einseitig aufgearbeiteten Informationen basiert und mit wissenschaftlichen Erkenntnissen manipuliert, eine »Kooperation« zwischen Zucker- und Süßwarenindustrie und gesetzlichen Instituten der Zahnärzteschaft entwickelt, ist das Betrug an der Gesundheit der Bevölkerung. Mit derartiger Komplizenschaft ist ein neues Stadium im Verfall der zahnärztlichen Berufsethik erreicht.

Es ist erklärte Politik des Freien Verbandes, die Mundhygiene »abrechnungsfähig« zu machen und damit über die Individualprophylaxe in den Praxen die Kassen kingeln zu lassen. Dieser — vorerst allerdings gescheiterte — Zugriff auf weitere Versichertengelder erforderte eine leicht »frisierte« Prophylaxe-Strategie, die Mundhygiene und Fluoridierung in den Vordergrund stellt und die ursachenorientierte Aufklärung der Bevölkerung in den Hintergrund rückt. Streitereien oder gar Prozesse mit der Zukker- und Süßwarenindustrie lenken da nur den Blick ab vom Goldesel Mundhygiene und stören die standespolitischen Schachzüge. — Für die Versicherten in der BRD hat es katastrophale Folgen, wenn sich Zuckerindustrie und Zahnärzteschaft auf den gemeinsamen Nenner »Mundhygiene und Fluor« einigen. Regelmäßige Mundhygiene und Fluoridierung sind zwar unerläßliche Bestandteile der Kariesprophylaxe, jedoch würde sich wenig an der Kariesstatistik ändern, wenn nicht die Zahl der zuckerhaltigen Zwischenspeisen reduziert wird. Alle seriösen Wissenschaftler sehen darin die Hauptursache für den Zahnverfall und sind sich einig in der Feststellung, daß es ohne Zucker auch keine Karies gibt. Erreicht werden soll dies nicht durch die Einführung einer spartanischen Lebensweise, sondern durch Aufklärung und Erziehung zum gesundheitserhaltenden Umgang mit Süßigkeiten. Voraussetzung ist der Kampf gegen die Werbemethoden und Infiltrationspraktiken der Zucker- und Süßwarenindustrie. Um diese Aufklärung zu verhindern und Riesenumsätze zu sichern, hat die Zucker- und Süßwarenindustrie alle Register gezogen. Dies überrascht nicht, denkt man beispielsweise an die Werbung der Zigaretten- oder Spirituosenindustrie, oder an Methoden der Beruhigungstee-Hersteller. Seltenheitswert hat jedoch eine so offene Allianz zwischen denen, die sich durch die Verursachung einer Krankheit bereichern und denen, die nicht nur an der Beseitigung der Zahnschäden verdienen, sondern in der Öffentlichkeit noch als Vorkämpfer der Kariesprophylaxe angesehen werden.

Wir wollen nicht hoffen, daß ein Mann aus der Zigarettenwerbung die Öffentlichkeitsarbeit der hessischen Ärzte über den Lungenkrebs macht. Wir können uns auch noch schlecht vorstellen, daß den Schnapfsfabrikanten ein Deal mit den Internisten gelingt. Stimmen aber Knelleckens Behauptungen über Friedrich Römer und die Absprachen zwischen Zuckerindustrie und der KZV Nordrhein, dann ist die Aufsichtsbehörde gefordert, die Vereinbarkeit solcher Absprachen mit dem gesetzlichen Auftrag der zahnärztlichen Körperschaften zu überprüfen.

Dokument

Vereinbarung zwischen der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, vertreten durch den Vorstand, und der Wirtschaftsvereinigung Zucker

Präambel:
Im Interesse einer sachlichen Aufklärung der Bevölkerung zur Verhinderung von Zahnerkrankungen sind die Parteien übereingekommen, in Zukunft soweit als möglich zusammenzuarbeiten. Insbesondere werden die Parteien in der Öffentlichkeit gegenseitige Angriffe vermeiden. In diesem Sinne und zur Beendigung des Rechtsstreites 7 K 3482/78 Verwaltungsgericht Düsseldorf wird folgendes vereinbart:

1. Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf wird durch Vergleich der Parteien beendet. Die Kosten werden gegeneinander aufgehoben.
2. Die KZV-Nordrhein wird ihre Aussagen in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt machen. Soweit es Zahnerkrankungen betrifft, wird die KZV — sofern und soweit in diesem Zusammenhang Zucker angesprochen ist — ihre Öffentlichkeitsarbeit in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt betreiben, wobei der Aspekt unzureichender Zahnpflege berücksichtigt wird.
3. Die Wirtschaftsvereinigung Zucker wird ihre Aussagen in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt machen.
4. Die Parteien kommen überein, sich mindestens einmal jährlich zu treffen, um einen Gedankenaustausch über die beidseitigen Werbe- bzw. PR-Maßnahmen durchzuführen. Bei dieser Gelegenheit werden die Parteien prüfen, ob und inwieweit eine gemeinsame Arbeit im Interesse der Zahngesundheit durchführbar ist.

Vertragsentwurf der Zuckerindustrie

1. Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf wird durch Vergleich der Parteien beendet: Die Frage der Kostenlast wird vorläufig offengelassen.
2. Die KZV-Nordrhein unterläßt im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit Aussagen, die bei dem medizinischen Laien den Eindruck erwecken könnte, daß der Verzehr des Zuckers die Entstehung von allgemeinen Körperschäden und/oder Krankheiten verursacht. Soweit es Zahnerkrankungen betrifft, wird die KZV — sofern und soweit in diesem Zusammenhang der Zucker angesprochen ist — ihre Öffentlichkeitsarbeit in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt betreiben, wobei der Aspekt der unzureichenden Zahnpflege besonders berücksichtigt wird.
3. Die Wirtschaftsvereinigung Zucker wird auch in Zukunft jegliche extrem unsachlichen Werbeaussagen für Zucker unterlassen. Sie wird ihre Aussagen in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Kenntnisse der medizinischen Fachwelt machen.
4. Die Parteien kommen überein, sich mindestens einmal jährlich zu treffen, um einen Gedankenaustausch über die beiderseitigen Werbe- bzw. PR-Maßnahmen durchzuführen. Bei dieser Gelegenheit werden die Parteien prüfen, ob und inwieweit eine gemeinsame Arbeit im Interesse der Zahngesundheit durchführbar ist.

Wolfgang Dissmann, Hans-Joachim Philipp, Norbert Schaub

Die Alkoholkrankheit — kein medizinisches Randproblem

1. Größenordnung des Problems

Die Alkoholkrankheit mit all ihren Folgeerscheinungen ist heute ein alltägliches Problem für Ärzte und alle anderen im medizinischen und sozialen Bereich Tätigen.

In den Vereinigten Staaten wurde die Zahl chronisch Alkoholkranker schon 1978 mit über 10 Millionen angegeben. Alkoholismus ist dort das drittgrößte Gesundheitsproblem, das das Leben von über 40 Millionen Familienmitgliedern berührt.[1] In Großstädten westlicher Industriestaaten stellt heute die Lebercirrhose die dritthäufigste Todesursache bei Menschen zwischen 25 und 65 Jahren dar.[1] Von Brescard wurde mitgeteilt, daß in Frankreich die Hälfte aller Krankenhausbetten zur Versorgung alkoholkranker Patienten gebraucht wird und daß 40% der Gesamtausgaben für Gesundheit hierfür aufgewendet werden müssen.[2] Untersuchungen in Manchester[3] und Edinburgh[4] ergaben, daß 30% der Patienten normaler internistischer Stationen an Krankheiten leiden, die durch Alkohol verursacht, wesentlich mitverursacht bzw. verschlimmert worden sind. Für die Bundesrepublik Deutschland hat sich ergeben, daß wahrscheinlich 1,8 Millionen Konsumenten bereits behandlungsbedürftig alkoholkrank sind.[5]

Im Städtischen Krankenhaus Am Urban in Berlin-Kreuzberg lag der Anteil alkoholkranker Patienten und solcher Patienten, deren Leiden durch Alkohol erheblich mitverursacht worden ist, auf der internistischen Intensivstation in den letzten Jahren bei 10% mit deutlichem Trend einer kontinuierlichen Zunahme.[6]

2. Alkoholismus — Eine Krankheit?

Jährlich suchen Tausende von Menschen in der Bundesrepublik Deutschland einen Arzt, ein Krankenhaus oder eine andere medizinische Institution auf, weil sie durch Alkohol »krank« geworden snd. Menschen fühlen sich schlecht, beobachten eine Anormalität ihres Körpers, sehen sich nicht in der Lage, ihre täglichen Aufgaben zu erfüllen, zur Arbeit zu gehen, zu essen und zu trinken, zu schlafen, morgens aufzustehen, die Wohnung zu verlassen und begeben sich deshalb in die Rolle des Patienten. Wenn jemand Blut erbricht, wenn ein anderer eine Gelbsucht entwickelt, sich vor Bauchschmerzen krümmt, weiße Mäuse über die Bettdecke huschen sieht, wenn ihm wegen Herzjagens schwindlig wird, zweifelt niemand daran, daß hier eine »Krankheit« vorliegt, die ärztlicher Hilfe bedarf. Wenn aber ein anderer sich ganz wohl fühlt, jeden Abnd in seiner Stammkneipe fünf

Bier und fünf Schnäpse trinkt, dann trinkt man höchstens mit oder zuckt vielleicht verächtlich mit den Schultern, einen Arzt ruft man jedenfalls nicht herbei.

In unserer Gesellschaft, die Alkohol als Droge seit langem akzeptiert, ihn offen zum Verkauf anbietet, in der nicht wenige Menschen in Zusammenhang mit der Produktion, Verteilung und dem Konsum von Alkohol ihren Lebensunterhalt verdienen, gibt es ein Kontinuum von Menschen mit unterschiedlichen Trinkgewohnheiten, die von der totalen Abstinenz über gelegentlichen Konsum bis zum exzessiven »Spiegeltrinken« von drei, vier oder mehr Flaschen Schnaps täglich reichen. Als fundamentale »Läsion« durch Alkoholismus gilt ein wiederholter, inkonstanter, nicht immer vorhersehbarer Kontrollverlust beim Trinken, der ernste Störungen organischer, psychischer und sozialer Funktionen verursachen kann.

Seit E. Jellinek im Jahre 1960 sein Buch »The Disease Concept of Alcoholism« schrieb, gibt es eine anhaltende Diskussion über dieses Krankheitskonzept. Es wird dagegen v.a. angeführt, die Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit verführe den Alkoholiker dazu, sein Trinkverhalten zu entschuldigen und deshalb fortzusetzen, auf Kosten der Solidargemeinschaft seinem Laster zu frönen und die Verantwortung für sein schlechtes Leben anderen aufzubürden. Formen sekundären Krankheitsgewinns, die eine Lösung des individuellen Problems erschweren oder unmöglich machen, werden aufgelistet: Krankengeld, Rente, Vermeidung von Streßsituationen z.B. bei der Arbeit, Erfüllung von Abhängigkeitswünschen, Sucht nach Gesundheitsversorgung, Manipulation sozialer Beziehungen usw., eine Schwächung der Selbstheilungskräfte wird postuliert. Auf der anderen Seite wird gesagt, die medizinischen Institutionen seien überfordert, gesellschaftliche Fehlentwicklungen wie den steigenden Alkoholkonsum bei uns zu korrigieren bzw. reparieren, ja, die »Medikalisierung«, die Überantwortung des Problems an die Medizin, verhindere geradezu eine gesellschaftliche, politische Anstrengung zur Überwindung des Problems. Sicher ist, daß Investitionen im medizinischen Bereich, Anstrengungen von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Psychologen allein das Problem nicht lösen können. Nicht umsonst verbreitet sich bei den genannten Berufsgruppen im Umgang mit Alkoholikern häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit, eine Atmosphäre der Aggression, Entmutigung, Demoralisierung. Obwohl auf der anderen Seite viele Alkoholiker trotz ihrer Leiden den Weg zum Arzt, zu einer medizinischen oder sozialen Institution scheuen und bis zum »es geht nicht mehr« aufschieben, ist genauso sicher, daß ein erheblicher Teil der in medizinischen Institutionen geleisteten Arbeit heute bereits für Alkoholiker verwandt wird. Insofern ist die theoretische Diskussion, ob Alkoholismus eine Krankheit sei oder nicht, sicher von grundsätzlicher Bedeutung und in mancher Hinsicht klärend für die Aufgabenstellung medizinischer Institutionen im Rahmen ge-

sellschaftlicher Arbeitsteilung, an den praktischen Problemen geht sie jedoch vorbei.

Die meisten Alkoholkranken suchen Hilfe beim Arzt, ohne ihren Alkoholkonsum als das wesentliche Problem anzusprechen, nicht wenige sogar in Unkenntnis der Zusammenhänge zwischen ihrem Leiden und ihren Trinkgewohnheiten. Praktisch sinnvoll erscheint, jedem Alkoholiker, der medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, so zu begegnen, als ob er krank sei. Dieses Konzept erlaubt dem Arzt, vertraute, diagnostische und therapeutische Techniken anzuwenden und ermöglicht erst eine fruchtbare Beziehung zwischen Arzt und Patient. Nur auf dieser Ebene lassen sich die oft erheblichen diagnostischen Probleme überwinden, nur so können effektive Therapieansätze jenseits von Moralisieren und therapeutischem Nihilismus verwirklicht werden.

Aus der Sicht des Patienten legitimiert ihn dieses Konzept, ärztliche Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Aus der Sicht der Gesellschaft legitimiert es die Bereitstellung von finanziellen und personellen Mitteln für hilfesuchende Patienten, bevor eine Lebercirrhose oder ein Delirium tremens oder ähnliches auftreten, ebenso die Bereitstellung von Mitteln zur Prävention.

3. Alkoholkranke in klinischer Praxis

Die derzeitige Problematik im Umgang mit alkoholkranken Patienten soll im Folgenden anhand von einigen Beispielen dargestellt werden.

1. Der noch beruflich erfolgreiche 48jährige Herr A. wird infolge einer Lungenentzündung stationär aufgenommen. Am 2. oder 3. Tage entwickelt der Patient Alkoholentzugssymptome, die den Krankheitsverlauf vorübergehend erheblich komplizieren. Gespräche mit Angehörigen oder dem behandelnden Hausarzt (sofern diese vom Krankenhausarzt überhaupt geführt werden) kommen zu dem Ergebnis, daß Herr A. kein richtiger Alkoholiker sei. Er sei außerordentlich kontaktfreudig und unterhaltsam. Spezifische Gespräche über die Alkoholproblematik werden abgelehnt.

2. Der 31jährige Herr B. leidet seit einigen Tagen unter zunehmenden Oberbauchbeschwerden, die mit Übelkeit und Erbrechen einhergehen. Eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme war in den letzten 24 Stunden fast unmöglich geworden. Aus der Anamnese geht vor, daß Herr B. wegen entsprechender Symptome in den letzten Jahren bereits mehrfach stationär behandelt wurde. In den Arztbriefen der verschiedenen Krankenhäuser werden folgende Diagnosen aufgeführt: Magengeschwürsleiden, erosive Gastritis, Leberparenchymschaden, Hepatopathie, Verdacht auf Pankreatitis. Darüber hinaus wurde Herr B. in den letzten 3 Jahren dreimal stationär wegen Traumata behandelt (Comotio, Rippenfrakturen, Oberarmfraktur). Im Verlauf der jetzigen stationären Behandlung fällt eine Polyneurophatie auf, die erstmals den Verdacht auf eine Alkoholkrankheit lenkt. Nach etwa 3 Wochen hat sich der Zustand des Pat. deutlich gebessert: er fühlt sich so wohl wie seit Monaten nicht mehr. Die Entlassung erfolgt mit der

ernsten Ermahnung, keinen Alkohol mehr zu trinken oder wenigstens den Konsum stark einzuschränken. Der Vorschlag, das Suchtproblem auf einer entsprechenden psychiatrischen Station behandeln zu lassen, wird von Herrn B. mit den Worten abgelehnt, er kenne jetzt sein Problem und würde damit allein fertig. Schon 4 Wochen später wird dieser Patient als akuter Notfall mit einer hämorrhagisch-nekrotisierenden Pankreatitis erneut stationär aufgenommen. Herr B. wird noch am gleichen Tag operiert. Komplizierend kommt es in den nächsten Tagen zu einer ausgeprägten Pneumonie und zu akutem Nierenversagen. Trotz aufwendiger Intensivmaßnahmen (Beatmung, Hämodialyse) verstirbt Herr B. 10 Tage später. Gespräche mit der Ehefrau — während der akuten Phase zum ersten Mal geführt — ergeben, daß Herr B. seit über 10 Jahren einen erheblichen Alkoholabusus betreibt und bereits eine Woche nach der letzten Entlassung seine alten Trinkgewohnheiten wieder aufgenommen hat.

3. Der 50jährige Herr C. wird wegen einer bedrohlichen gastrointestinalen Blutung aufgenommen, als deren Ursache sich eine Oesophagusvarizenblutung herausstellt. Nachdem das akute Krankheitsbild beherrscht werden konnte, ergeben weiterführende Untersuchungen folgendes Bild: Herr C. leidet an einer Lebercirrhose mit ausgeprägter portaler Hypertension, die zu einer Varizenbildung des Stadiums 3/4 geführt hat. Unter sehr sorgfältiger und kritischer Berücksichtigung aller Befunde, die selbstverständlich Untersuchungen wie Laparaskopie, Oesophagogastroskopie, Splenoportographie und eine detaillierte Laboratoriumsdiagnostik einschließen, wird mit dem Patienten und seiner Ehefrau über die zugrundeliegende Erkrankung und die Schwere der Komplikationen ausführlich gesprochen. Therapeutisch wird die Durchführung einer sogenannten portocavalen Shunt-Operation dringend empfohlen, der der Patient zustimmt. Das Problem »Alkohol« wird nicht einmal angesprochen. (Im Jahre 1979 wurde auf dem deutsch-österreichischen Kongreß für Intensivmedizin das Thema Oesophagusvarizenblutung in Vorträgen und Diskussionen etwa 1 1/2 Stunden behandelt. Das Wort »Alkohol« wurde nicht einmal erwähnt. Der Anteil von Varizenblutungen auf dem Boden einer alkoholtoxischen Lebercirrhose beträgt heute in westlichen Industrienationen über 90%.)

4. Frau D., eine 38jährige Hausfrau, konsultiert ihren Hausarzt wegen Unruhezuständen, Angstgefühlen und Schlafstörungen. Sie sei beunruhigt über den zunehmenden Alkoholmißbrauch, der ihr diese Zustände erleichtere. Der Hausarzt verordnet ihr Valium und weist eindringlich darauf hin, den Alkoholabusus einzuschränken.

5. Rettungsstelle — 1. Hilfe an einem Sonnabend 23 Uhr: Mit Herrn E., der als Angestellter beim Senator für Inneres beschäftigt ist und seit 3 Stunden unter heftigen Nierenkoliken leidet, wird etwa gleichzeitig mit der Feuerwehr Herr F. in alkoholischem Rauschzustand aufgenommen. Es ist der 18. Patient an diesem Sonnabend, der mit entsprechendem Krankheitsbild aufgenommen werden muß, und für Herrn F. ist es die 4. stationäre Aufnahme in diesem Monat. Er wirkt wie fast alle anderen äußerlich völlig verwahrlost, mit von Erbrochenem stark verschmutzter Kleidung, eingenäßt und eingekotet. Es gelingt nur mühsam, den lautstark schimpfenden, aggressiven Herrn F. zu versorgen. Gegen 3 Uhr wird Herr E., der nach schmerzlindernder Injektion zur Ruhe gekommen war, durch Herrn F. aufgeweckt, der polternd in sein Zimmer eingedrungen ist und unge-

schickt seine Kleidung durchwühlt, auf der Suche nach Zigaretten. Der über dieses Vorkommnis verständlicherweise empörte Herr E. ruft nach Schwestern und diensthabendem Arzt und kündigt Konsequenzen durch eine massive Beschwerde bei ärztlichem Direktor und der Ärztekammer an. Am Sonntag um 8 Uhr haben alle 18 chronisch Alkoholkranken vom Samstag die Rettungsstelle verlassen, nur 5, die während der späten Nacht- und frühen Morgenstunden eingeliefert wurden, müssen noch überwacht werden.

Diese Beispiele sollen die tägliche Praxis im Umgang mit chronisch Alkoholkranken veranschaulichen und auch die üblichen Fehler aufzeigen, die durch die behandelnden Ärzte gemacht werden. Von Clark[7] wurden mehrere Gründe angegeben, die für das Fehlverhalten verantwortlich gemacht werden:

1. An erster Stelle steht eine Unkenntnis über die vielschichtige Symptomatologie, die durch einen chronischen Alkoholismus hervorgerufen wird. Medizinische Erfahrungen insbesondere der letzten Jahre lassen den Schluß zu, daß es kaum ein internistisches Krankheitsbild gibt, bei dem Alkohol nicht eine wesentliche Rolle als ätiologischer Faktor spielen kann. Alkoholfolgekrankheiten werden in der Praxis den im wesentlichen naturwissenschaftlich fundierten Konzepten der heutigen Medizin gemäß diagnostiziert und behandelt. Die medikamentöse oder operative Behandlung ist ausgerichtet auf das aktuelle Leiden; das Suchtverhalten selbst als wesentlich krankmachender Faktor ist in der Regel kein Gegenstand ärztlicher Intervention.

2. Der zweite Grund liegt in einer resignierenden Einstellung des Arztes gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen, die seiner Meinung nach willentlich Selbstzerstörungstendenzen zeigen. Dies führt zu einer ärztlichen Haltung, die in Hoffnungslosigkeit und Frustration besteht.

3. Der dritte Grund ergibt sich aus Kontaktproblemen zwischen Arzt und Patient. Alkoholkranke wirken häufig ängstlich, labil, verantwortungslos, unzuverlässig, reizbar, aggressiv — Eigenschaften, die bei vielen behandelnden Ärzten zu wenig Hilfsbereitschaft führen. Es entwickelt sich im Gespräch Arzt/Patient oft eine negative, emotionsgeladene Atmosphäre, die es selbst dem engagierten Arzt unmöglich macht, eine vertrauensvolle, wirksame Kommunikation aufzubauen.

4. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Hausärzte (Allgemeinmediziner/Internisten) und Krankenhausärzte verschiedenster Fachrichtungen sehen sich heute einer Vielzahl von Problemen bei der Diagnosestellung der Alkoholkrankheit gegenüber. Der ätiologische Zusammenhang wird häufig nicht erkannt, da die überwiegende Mehrzahl der Patienten nicht wegen ihres Alkoholmißbrauchs, sondern wegen ihrer zahlreichen psychischen, psychosozialen und somatischen Beschwerden den Hausarzt aufsuchen bzw. in einem Krankenhaus aufge-

nommen werden. Die Diagnose »offensichtlicher« Fälle wird dabei kaum Schwierigkeiten bieten: ein Patient mit Entzugssymptomen bis hin zum Delirium tremens trinkt unkontrolliert und ist alkoholkrank. Ein Patient, der nüchtern wirkt, aber einen hohen Blutalkoholspiegel hat, ist alkoholtolerant und somit alkoholkrank. Weiterer Beweise der Alkoholkrankheit bedarf es bei derartigen Konstellationen nicht mehr.

Die Mehrzahl der Diagnosen wird sich aber nur mit Schwierigkeiten stellen lassen. Zuächst müssen erst einmal Verdachtsmomente in Gestalt typischer Laborparameter oder anamnestischer Hinweise vorliegen, die der behandelnde Arzt dann auch in einer bestimmten Richtung zusammenfaßt. Er muß an das mögliche Vorliegen einer Alkoholkrankheit überhaupt erst denken. Eine genaue Anamneseerhebung, eine körperliche Untersuchung, sowie der Einsatz technischer Hilfsmittel bei der Abklärung somatischer Leiden sind hier unumstritten.

Darüber hinaus bedarf es aber einer gezielten ärztlichen Strategie, um die Alkholkrankheit mit ihren wiederholten Kontrollverlusten und all ihren Folgen für den Patienten und seine Umgebung aufzudecken.[8] Der Arzt muß mit viel Geduld und Einfühlungsvermögen dem Patienten das Gefühl eines echten Engagements für seine Probleme geben. Nur so wird er den Zugang zu Patienten finden, die häufig durch Tendenzen der emotionalen Isolation, ein reduziertes Selbstwertgefühl, eine geringe Selbsteinschätzung bis hin zum »Versager« charakterisiert sind. Häufig suchen die Patienten ihren Hausarzt erst auf, wenn ein genügend großer Leidensdruck infolge ihres somatischen Leidens besteht. Der Aufarbeitung ihres Suchtproblems werden sie Widerstand entgegensetzen. Die öffentliche Diskriminierung der Alkoholkrankheit erschwert die Diagnosefindung erheblich.

5. Behandlungsprobleme

Traditionell wird die Behandlung der Alkoholkrankheit heute fast ausschließlich von psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Bei der großen Zahl Alkoholkranker bedeutet dies, daß erstens überhaupt nur eine kleine Minderheit dieser Patienten behandelt wird und daß zweitens diese Behandlung einsetzt zu einem Zeitpunkt, wo bereits erhebliche körperliche, psychische und soziale Schäden aufgetreten sind, die zum Teil irreversibel geworden sind. Die angebotenen Behandlungsprogramme sind darüber hinaus langwierig und erheblich kostenintensiv. Auf Grund der heute vorliegenden Forschungsergebnisse muß zudem bezweifelt werden, daß dieser Aufwand zwangsläufig zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Der englische Psychiater Edwards zieht aus diesen Überlegungen den Schluß, daß die Behandlungskonzepte generell weniger intensiv und aufwendig sein sollten als bisher üblich. Es sei möglicherweise humaner und effektiver, mit geringerem Aufwand mehr Patienten zu behandeln. Zitate: »It

could be considerably more humane, and cost-effective, to redeploy present services so as to offer much less intensive help to many more people ...« — »...individual patients and their families should certainly be offered help which is personal to their needs, but the median intensity of intervention should be set very much lower than has become popular.«[9]

Aus der beschriebenen Situation ergibt sich, daß heute zur Betreuung Alkoholkranker in verstärktem Maße praktische Ärzte, Ärzte der Allgemeinmedizin und Internisten herangezogen werden müssen. Können sie eine derartige Behandlung übernehmen? In den Studiengängen der hiesigen medizinischen Fakultäten taucht die Beschäftigung mit der Alkoholkrankheit, wenn überhaupt, nur ganz vereinzelt auf. Es gibt heute für den Medizinstudenten keine umfassende Wissensvermittlung auf dem Gebiet des Alkoholismus — im Gegensatz zu anderen westlichen Industrienationen. Erwähnt sei z.B. das Projekt »Cork« der Kroc Foundation an der Dartmouth Medical School, Hanover, N.H. in den U.S.A.[8] Seit 1977 gibt es für die dortigen Studenten ein studienbegleitendes Curriculum über den Alkoholismus, das mittlerweile an vielen Universitäten übernommen worden ist. Während des gesamten Studiums wird der Wissensstand immer wieder überprüft, wobei anfangs sogar die persönliche Einstellung des Studenten selbst zum Alkoholismus Gegenstand der Befragung ist.

»Emphasis is put on integrating the subject of alcohol into existing courses at the medical school, because alcoholics and alcoholism have an impact on virtually all medicine's areas of concern from the kidney to the brain to the personality.«[8] Der deutsche Student aber verläßt die Universität ohne wesentliche Kenntnisse der vielschichtigen Probleme der Alkoholkrankheit.

Ein weiteres Problem wird sich für den behandelnden Arzt in der bestehenden Gebührenordnung ergeben. Nachdem bisher Dargestellten wird es sich um eine sehr patientenorientierte und zeitaufwendige Behandlung handeln müssen, die in den bisherigen Abrechnungsziffern keine entsprechende Korrelation findet. In der technisch orientierten Medizin mit ihrer Betonung entsprechender Leistungen ist die Gesprächsbereitschaft und -fähigkeit verkümmert, die Zeit dazu nicht vorhanden.

Seit der Veröffentlichung der erwähnten Studie von Edwards und Mitarbeitern im Jahre 1977 über »treatment« und »advice« alkoholkranker Patienten wird mehr und mehr davon ausgegangen, daß die Behandlungskonzepte für diese Patienten im allgemeinen weniger kosten- und personalintensiv sein sollten als bisher.[9]

Im Beobachtungszeitraum dieser Studie wurde die »treatment«-Gruppe nach den herkömmlichen Strategien der Psychiatrie behandelt. In der »advice«-Gruppe wurde zunächst mit dem Patienten allein, später dann auch mit seiner Ehefrau zusammen ein Gespräch über alle Aspekte seiner Krankheit geführt. Umfassende Erhebungen zur Einschätzung des Sucht-

problems, der Auswirkungen, seiner möglichen Verursachung und die Festsetzung des Behandlungsplanes waren hier enthalten. Edwards und Mitarbeiter sind der Meinung, daß solche ganz detaillierten Gespräche selbst schon einen erheblichen therapeutischen Wert haben.

Zum ersten Mal seit längerer Zeit ist die Mehrzahl der Patienten gezwungen, sich mit ihrer Krankheit zu beschäftigen. Die aktive Beteiligung des Patienten an der Rekonstruktion seiner Krankheit, der Folgen seines Trinkens, konfrontieren ihn mit einem Bild, das er vorher nicht gesehen hat oder nicht sehen wollte. In einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr wurden diese Patienten dann weitgehend sich selbst überlassen. Der Vergleich beider Gruppen ergab danach anhand verschiedener Parameter keinen Unterschied im Behandlungsergebnis.

Es bietet sich an, Behandlungsprogramme wie sie von Edwards und Mitarbeitern in ihrer »advice«-Gruppe entwickelt wurden, als Basis einer allgemein-ärztlichen Behandlung von alkoholkranken Patienten zu übernehmen. Nur mit solchen, nicht kostenintensiven Konzepten erscheint es möglich, der großen und zunehmenden Zahl von alkoholkranken Patienten ein medizinisches Behandlungsangebot zu machen. Voraussetzung hierfür aber ist, daß sich die Ärzte für die Behandlung der Alkoholkrankheit zuständig fühlen und eine entsprechende Kompetenz wie in anderen Bereichen der Medizin erwerben.

Anmerkungen

1 *Lieber, Ch.S.:* Pathogenesis and early diagnosis of alcoholic liver injury. New Engl. J.Med. 298 (1978), 888
2 *Brescard, M.:* Revue d'Alcoolisme 15 (1969), 81
3 *Jariwalle, A.G., et. al.:* Alcohol and acute medical admissions to hospital. Health Trends 11 (1979), 95
4 *Holt, S., et. al.:* Alcohol and the emergency service patient. Brit.Med.J. 281 (1980), 638
5 Alkoholismus — Eine Information für Ärzte. Hrsg. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren Nov. 80, Köln
6 *Krause-Dietering, B.:* Die Bedeutung alkoholbedingter Erkrankungen auf einer internistischen Intensivstation. Inauguraldiss. FU Berlin, 1981
7 *Clark, William D.:* Alcoholism: Blocks to Diagnosis and Treatment. Am.J.Med. 71 (1981), 275
8 Learning about alcoholism: a »must« for physicians. J.Am.med.Ass. 245 (1981), 1005
9 *Edwards. G. et. al.:* Alcoholism: a controlled trial of »treatment« and »advice« J.Stud.Alc. 38 (1977), 1004

Siegbert Setsevits*

Über eine Aufsichtsbehörde

Wenn jemand *die Aufsicht führt*, ist der deutsche Bürger beruhigt: die Überwachung gefährlicher Tätigkeiten ist gewährleistet. Hab und Gut, Leib und Leben sind beschützt. Wenn es sich bei dem Aufsichtsführenden gar um eine Behörde handelt, ist alles im Lot. Wie aber, wenn eine Aufsichtsbehörde Diener zweier Herrn sein *will?* Wie, wenn sie nicht nur dem Sicherheitsbedürfnis des Bürgers Rechnung tragen möchte, sondern auch dem Wunsch der Beaufsichtigten nach Schutz *vor* jenem Bedürfnis? Wie, wenn diese Behörde ihre Mitarbeiter noch dazu vorzugsweise aus den Reihen der zu Beaufsichtigenden rekrutiert? Wie, wenn einige dieser Mitarbeiter sowohl zum Lager der Beaufsichtigenden als auch zu dem der Beaufsichtigten gehören? Die Fragen sind nicht erfunden. Die Verhältnisse beim *Bundesgesundheitsamt* und seiner *Wächtertätigkeit* auf dem Arzneimittelsektor fordern dazu heraus.

I

Das *Aufsichtskonzept* des Arzneimittelinstituts beim Bundesgesundheitsamt (BGA) hat dessen Leiter im Jahre 1976 in einer Hochglanzbroschüre des Amtes erläutert.[1] Die Zulassungsbehörde sei, schreibt er, »mit der Problematik konfrontiert, einerseits unerträgliche Gesundheitsrisiken von der Bevölkerung abzuwehren, andererseits aber nicht durch bürokratische Erschwernis des Verfahrens, Entscheidungsfurcht und übertriebenes Streben nach 'Absicherung' notwendigen therapeutischen Fortschritt zu behindern«. Düsteren *Prophezeiungen* der pharmazeutischen Industrie wird damit *derselbe Rang* zuerkannt wie dem Sicherheitsinteresse des Publikums. Zwar gibt der Verfasser nicht an, daß er sich im zweiten Teil des Zitats eine Darstellung der Industrie zueigen macht. Die jedem Branchenkundigen erkennbare Übereinstimmung selbst in der Diktion[2] verrät es jedoch. An anderer Stelle[3] fügt derselbe Herr vieldeutig hinzu, das in *erster* Linie an wissenschaftlichen Kriterien orientierte Institut sei *gezwungen*, »auch wirtschaftliche Überlegungen in seine Entscheidungen miteinzubeziehen«, zumal »wirtschaftliche Zwänge ... immer stärker auch auf wissenschaftliche an sich mögliche Alternativen« durchschlügen. Schlußfolgernd prophezeit er, das Institut werde *scheitern*, »wenn es sich nicht als Koordinator und Katalysator versteht, der auf die Zusammenarbeit mit den Herstellern und den Wissenschaftlern aus Klinik und Praxis angewiesen ist.« *Koordinatoren* wie *Katalysatoren* sind *Kontaktmittler. Wächter* kann man sie schwerlich nennen.

* Seit 1979 als Rechtsanwalt für die Geschädigtenseite im *Duogynon*-Fall tätig. Der Beitrag beruht auf Erfahrungen mit der beschriebenen Institution.

Dieses Konzept hat Folgen. Wer auf Kooperation bedacht ist, verliert an *Deutlichkeit* der Sprache; bei der Beschreibung von Sachverhalten ist Rücksicht zu nehmen. Folgerichtig mußte z.B. im *Contergan*-Prozeß von einem ehemals verantwortlichen Mitarbeiter eingeräumt werden, daß die Verdächtigung des Präparates infolge sprachlicher Zugeständnisse bei der Abfassung einer gutachtlichen Äußerung des BGA zunächst nicht ernst genug genommen wurde. Rückblickend habe er »den Endruck, daß das Gutachten nicht scharf genug formuliert worden« sei.[4] Folge derselben Rücksichtnahme ist es, daß Mitarbeiter-Veröffentlichungen zu kontroversen medizinischen Themen nicht erkennen lassen dürfen, wo der Verfasser arbeitet. Wer auf Kooperation bedacht ist, wird zudem, wenn irgend möglich, sofort wirkende Zwangsmaßnahmen durch geduldiges 'Verhandeln' hinter verschlossenen Türen ersetzen. Auf diesem Wege wurde beispielsweise die Zurückziehung der *Duogynon*-Präparate durch die Firma *Schering* erreicht.[5] Wer kooperieren will, muß mitunter auf die Durchsetzung seiner eigenen Meinung auch ganz verzichten. So gesehen nimmt es nicht wunder, daß sich das BGA im *Duogynon*-Fall von einer als *zu undeutlich* empfundenen Ärztemitteilung des Herstellers *auf Anfrage* zwar distanzierte[6], Maßnahmen zur Umsetzung seines Standpunktes in die Praxis aber nicht ergriff. Wer kooperiert, trägt Streit selbst dann nicht bis zum Ende aus, wenn ein Gericht ihm Recht gegeben hat. Das erklärt, warum sich das BGA im *Clofibrat*-Fall trotz vollauf bestätigter Rechtsposition[7] mit den Herstellern verglich und für den Steuerzahler auch noch die Hälfte der Prozeßkosten übernahm.[8] Wer kooperiert, geht zwangsläufig Kompromisse ein; wer Kompromisse schließt, tut manchmal auch etwas, was er eigentlich nicht tun dürfte. So könnte z.B. erklärt werden, warum das BGA im *Duogynon*-Fall mit dem Hersteller die Versendung von 'Rote-Hand-Briefen' als *Informationsmaßnahme* vereinbarte und lobpries, obwohl es die *Unwirksamkeit* dieses Informationssystems kennt.[9] Wer kooperiert und koordiniert ist, wie aus alledem folgt, Partner und Freund. Der *Spiegel* nennt das Bundesgesundheitsamt kurzerhand *industriefreundlich.*[10]

Die Industrie dankt selbstverständlich. Materiell z.B. dadurch, daß sie in hoher Auflage Kooperationsversprechen an die Behörde verschenkt und dieser gleichzeitig den Zugang zu bestimmten Marktdaten versperrt.[11] Dem Leiter des Arzneimittelinstituts widmet sie ein wohlwollendes Zeitungsprotrait mit Foto, in dem anerkannt wird, unter seiner Leitung sei das Institut *bemüht,* sich seiner »verantwortungsvollen Aufgabe nicht per Dekret zu entledigen, sondern sich im wissenschaftlichen Dialog auf einen möglichst breiten Konsens zu verständigen«.[12] Gerne bestätigen Industrie und die mit ihr kooperierenden ärztlichen Standesfunktionäre dem BGA darüber hinaus die *Wirksamkeit* seiner *Wächtertätigkeit.* Die Behauptung, diese könne mit derjenigen der amerikanischen FDA verglichen

werden[13], ließ ein renommierter Pharmakologe freilich nur als »eine besondere Form schwarzen Humors« durchgehen.[14] In der internen Diskussion mit Mitarbeitern hob die Leitung eines Berliner Pharmaunternehmens hingegen eine andere Eigenschaft hervor: »Daß Behörden im Ausland gelegentlich ... ängstlicher reagieren als das deutsche Bundesgesundheitsamt ist eine Tatsache, die die deutschen Ärzte erfreut — nicht nur die Hersteller pharmazeutischer Spezialitäten — und ausländische Ärzte sehr verärgert.«[15] Dem BGA wird also zugutegehalten, daß es weniger *Risikoangst* zeige als andere Gesundheitsbehörden, während das Landgericht Aachen derselben Behörde noch im *Contergan*-Fall vorwarf, ihr Verhalten sei »von einer gewissen Unentschlossenheit und allzu großem Zögern geprägt« gewesen.[16] Dessen ungeachtet wird das BGA sogar zu einer der *tonangebenden* Gesundheitsbehörden der Welt befördert — wenn sich seine Haltung, wie im Falle *Lenotan*, mit derjenigen der Industrie deckt.[17] Andernfalls wird ihm, wie im Fall *Clofibrat*, ebenso unverzüglich bescheinigt, daß es »weltweites Kopfschütteln ... auch bei den Amtskollegen der Gesundheitsbehörden anderer Länder ausgelöst« habe.[18] Die Kompetenz ist wieder da, wenn man sich mit dem Amt gegen Bestrebungen, das Arzneimittelgesetz zu novellieren, verbünden kann. Dankbar verbreitet die Industrie deshalb die Lobpreisung der geltenden Gesetzesfassung durch den Justitiar des Amtes[19] und zitiert denselben Herrn auch mit der Bemerkung: das BGA verfolge mit Unruhe »ein unbekümmertes Rufen nach neuen und strengen Rechtsvorschriften für aktuelle gesundheitliche Risiken« und sei der Meinung, daß dies ganz einfach aufhören müsse.[20] Mit Mitarbeitern des BGA, die kritischer als der langjährige Justitiar sind oder zu sein scheinen, gehen Industrie und die mit ihr kooperierenden Ärzte und Politiker freilich weniger pfleglich um. Die Kampagne, die im Jahre 1976 gegen den damaligen BGA-Präsidenten *Fülgraff* im Bundestag inszeniert wurde, ist ein Beispiel hierfür. Dem SPD-Mitglied *Füllgraff* war von dem sozialdemokratischen Bundestagsabgeordneten Fiebig ignoranterweise vorgeworfen worden, bestimmte seiner Vorstellungen würden in letzter Konsequenz »eine Änderung der Gesellschaftsordnung in der Richtung einer leninistischen Umprägung zur Folge haben«.[21] Der CDU-Abgeordnete und spätere Bundespräsident *Carstens* griff diese Äußerung in der Haushaltsdebatte des Bundestages auf und machte sie sich zueigen. Nur Tage später fragte einer seiner Fraktionskollegen die Bundesregierung, ob sie »den Vorwurf, der derzeitige Präsident des Bundesgesundheitsamtes *sei* ein *Leninist*«(!), *bestätige*.[22] Diese verwies darauf, daß eine derartige Behauptung gar nicht aufgestellt worden war[22], mußte dieselbe Feststellung aber Tage später nochmals wiederholen: derselbe Abgeordnete hatte ihr die scheinheilige Frage vorgelegt, was sie zum Schutz eines Beamten zu tun gedenke, »dem berechtigterweise nachgesagt wird, seine Forderungen hätten eine Änderung der Gesellschaftsordnung in der Rich-

tung einer leninistischen Umprägung(!) zur Folge«.[23] Ein anderes Mal wurden *Fülgraff* und der Leiter der Abteilung V des Arzneimittelinstituts, *Schönhöfer*, zur Zielscheibe gemacht. Diesen wurde nicht nur die Idee *öffentlicher* Sachverständigenanhörungen zugeschrieben. Beide galten auch als verantowrtlich für die erstmalige Umsetzung dieser Idee im Rahmen des Zulassungsverfahrens für *Prostaglandin*-Präparate. Das eine war der Industrie so herzlich zuwider wie das andere. Zudem mußte sie erleben, daß sich die Verbraucheröffentlichkeit in Gestalt einer Frauengruppe bei der Anhörung ungebeten zu Wort meldete. Darauf reagierte eines der Sprachrohre der Industrie mit einem Artikel unter der Überschrift: »Trübe Aussichten für die Arzneitherapie/Anhörung vorm BGA — Fast ein Happening«.[24] Der Autor empört sich zunächst darüber, daß diese Veranstaltung ausgerechnet in der »traditionellen Stätte der Berliner Ärztebälle« stattfand. »Daß die gesetzliche 'Anhörung' nicht in einem chaotischen Happening endete«, heißt es dann weiter, sei »weniger der Autorität des BGA-Präsidenten, als dem Langmut der Sachverständigen zu danken«. Der Abteilungsleiter *Schönhöfer* wird sogar als »ein nach Statur und Stimme leicht als etwas weltfremder Wissenschaftler zu verkennender Pharmakologe« verspottet, der »im Umgang mit den Sachverständigen ... artig und höflich wie ein Musterschüler von Eton, Cambridge oder Oxford« sei. Wieder ein anders Mal wurden *Fülgraff* und *Schönhöfer* gar zu Mitgliedern einer geheimnisvollen 'Viererbande', d.h. einer Feindin der Industrie, ernannt: »Zumindest einem Ondit zufolge, das im Bundesfachverband der Heilmittelindustrie umgeht, spielt in diesem Amt (dem BGA; d.Verf.) eine dubiose 'Viererbande' nach ideologisierten Riten ihren Zulassungs-Skat oder ihren Verbots-Tarrock. Wie immer das 'Karteln' jedoch ausgeht — die Pharma-Industrie kommt für alle Spielschulden auf.«[25]

II

Die Behörde wehrt sich gegen verbale Entgleisungen gelegentlich dadurch, daß sie sich bei der Industrie über »die wieder einmal härtere Gangart, den rauheren Ton in der unmittelbar und mittelbar von Ihnen abhängigen Presse« *beklagt*.[26] Manche Mitarbeiter versuchen darüber hinaus, auf mehr oder weniger listige Weise auch an den tatsächlichen Gepflogenheiten der Industrie etwas zu ändern. Eine generelle Haltungsänderung der Behörde ist hingegen nicht feststellbar. Anfang 1981 bekräftigte der damalige Justitiar die skizzierte Linie des Amtes sogar noch einmal, indem er sich ausdrücklich gegen eine »spirituelle(?) Konfrontationstaktik« aussprach.[27] Die Partnerschafts*ideologie* soll also tabu bleiben, obgleich Bundesgesundheitsamt wie Reichsgesundheitsamt (RGA) mit dieser kontinuierlich mehr schlechte als gute Erfahrungen gemacht haben. Hier sei beispielhaft erwähnt, daß schon das RGA häufiger zu der Frage Stellung

zu nehmen hatte, »ob nicht die Schaffung einer amtlichen Arzneimittelprüfungsstelle sich empfehle«.[28] Typischerweise endete die Beratung darüber jedoch jedesmal, wie ein Bericht lakonisch mitteilt, mit der Feststellung, daß »eine amtliche Qualifizierung neuer Arzneimittel und die Bekanntgabe amtlicher Urteile über solche Erzeugnisse nicht zweckmäßig sei«.[28] Beispiele für den gegenteiligen Schluß[29] wurden ignoriert. Freilich: jedesmal hatte die Beratung »unter Teilnahme von Vertretern der Interessentenkreise« stattgefunden![30] Anfang der dreißiger Jahre gerieten Industrie und Industrielobbyisten über einen Entwurf des RGA für ein reichseinheitliches Arzneimittelgesetz ganz außer Rand und Band. Die Behörden wurden mit Eingaben bombardiert, und in der industrieorientierten Fach- und Laienpresse setzte eine beispiellose Verrufskampagne ein.[31] Völlig zu Recht schrieb die Pressestelle des Deutschen Apothekervereins: »Von allen Seiten, die darauf bedacht sind, die Bevölkerung vor Arzneimittelwucher und Arzneimittelschwindel zu schützen, wird der Arzneimittelgesetzentwurf ... als Weg zur Beseitigung der augenblicklichen Mißstände begrüßt. Bekämpft wird er von denen, die ein Interesse daran haben, daß die jetzige unvollkommene Regelung aufrechterhalten bleibt und die Volksgesundheit zum Spielball wirtschaftlicher Interessen gemacht wird.«[32] Die Gegenseite war jedoch stärker und vor allem lautstärker. Die Behörde sah sich genötigt, in verschiedenen Veröffentlichungen ihrer Mitarbeiter die Gemüter zu beruhigen. Darin wurde »unter anderem festgestellt, daß dieser Entwurf nur eine vom Reichsgesundheitsamt ausgearbeitete 'Beratungsgrundlage' darstelle, daß mit den interessierten Berufskreisen noch verhandelt würde, und daß überhaupt den Behörden Absichten unterschoben würden, welche dort in Wirklichkeit gar nicht« bestünden.[33] Die Industrie setzte eine Überarbeitung des Entwurfs durch, war aber auch mit der geänderten Fassung nicht zufrieden. Noch kurz vor Hitler hieß es deshalb im Geschäftsbericht des Pharma-Verbandes: »In den Verhandlungen, die anfangs März im Reichsgesundheits-Amt stattgefunden haben, hat der Vorsitzende des Verbandes, Herr Dr. Jacobsohn, die Stellungnahme des Verbandes nochmals bekanntgegeben: '*Vor allem Einschränkung der zu weitgehenden Vollmachten an die Behörden.*'«[34] Die Diskussion brauchte bekanntlich nicht zu Ende geführt werden. Der Entwurf wurde nicht Gesetz. Noch demaskierender erscheinen mir die Klagen, die zwischen 1933 und 1945 aus dem RGA kamen. Obwohl der damalige Präsident, *Reiter,* ein zuverlässiger 'Parteigenosse' war[35], konnte in einer 1939 gedruckten amtlichen Broschüre gleich mehrmals Kritik an der Pharmaindustrie geübt werden.[36] Ein Mitarbeiter[37] beklagte ausdrücklich, daß die Behörde auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens weder selbständig entscheiden könne noch jene weitgehenden »Vollmachten zur Abstellung von Mißständen« besitze, die sie bei der Regelung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln habe. Vielmehr müsse sie sich »darauf be-

Wer wird, wer kann schon gegen einen Kollegen *rücksichtslos* vorgehen, wenn der einen Fehler gemacht hat? Wer wird gar in aller *Öffentlichkeit* gegen diesen Kollegen Stellung nehmen? Bevor es dazu kommt, bescheidet man sich erst lange Zeit mit Kopfschütteln und Kritik hinter vorgehaltener Hand.

Garanten im *engeren* Sinne sind hingegen jene Mitarbeiter des Amtes, die sich nicht zwischen den Lagern entscheiden können oder wollen. Wieviele solcher Mitarbeiter das BGA hat, kann nicht gesagt werden. Beispiele dafür lieferte bis vor kurzem die für »experimentelle und klinische Pharmakologie« zuständige Abteilung IV des Arzneimittelinstituts. Dem erst im Frühjahr 1982 ausgeschiedenen *Abteilungsleiter* genügte es offenbar nicht, Direktor und Professor zu sein. Auch scheint er zeitlich nicht über die Maßen mit seiner beruflichen Tätigkeit ausgefüllt gewesen zu sein. Also wurde er *Teilhaber.* Mit anderen gründete er im Dezember 1979 die *Gesellschaft für Arzneimittelprüfung mbH* (GfA) in Berlin.[46] Vor derselben Situation muß auch ein ihm dienstlich untergebener *Referatsleiter,* ebenfalls Direktor und Professor, gestanden haben. Also wurde auch er Teilhaber der GfA. Zwar scheint er sich zum Zeitpunkt der Gesellschaftsgründung noch irgendwie unschlüssig gewesen zu sein, so daß erst einmal ein dritter Gesellschafter für ihn treuhänderisch einen Geschäftsanteil verwaltete. Im Juni 1980 ließ er sich diesen Anteil dann aber doch übertragen. Anscheinend genügte ihm das aber nicht. Denn nur Tage später übernahm er zusätzlich einen Anteil am Geschäftskapital der Firma *IDEA — Gesellschaft zur Prüfung von Lebens- und Arzneimitteln mbH* in Berlin.[47] Aus dem BGA schied er jedoch erst kurz vor seiner Ernennung zum Geschäftsführer der GfA aus. Solange sie selbst es mochten, konnten mithin zwei Beamte des Arzneimittelinstituts zugleich Unternehmer in der Arzneimittelbranche sein.[48] Noch merkwürdiger mutet das Einverständnis beider mit der Satzung der GfA an. In deren §3 heißt es nämlich, »Universitäten und Behörden oder entsprechende Interessenverbände oder von diesen juristischen Personen beauftragte natürliche Personen« könnten »nicht Gesellschafter der Gesellschaft werden. Jede Verbindung eines Gesellschafters zu den ... genannten juristischen und natürlichen Personen« sei »mit den Zielen der Gesellschaft unvereinbar, soweit sie den Verdacht der wirtschaftlichen Abhängigkeit zu begründen geeignet« sei. Man wird fragen dürfen: was wäre denn so schädlich an einer (theoretisch denkbaren) Beteiligung von Universitäten oder Behörden wie z.B. dem BGA? Leiden diese an einer ansteckenden Krankheit? Und weshalb soll denn die witschaftliche Abhängigkeit von einer Universität oder Behörde *geschäftsschädigend* sein? Würde die Firma dadurch in den Augen ihrer Kunden unseriös? Würde das Kundenvertrauen schwinden, und wieso eigentlich? Oder ist die Firma ein Geheimbund wie die Mafia oder der Ku-Klux-Klan? Welches Verhältnis müssen Beamte, die eine derartige Ausschlußklausel

unterschreiben, zu Behörden und Universitäten haben? Sie selbst hätten nach dem Wortlaut der zitierten Bestimmung sogar sofort den Dienst quittieren müssen. Dem beugte die Satzung an anderer Stelle dann zwar vor. Dieser Umstand wirft aber eine weitere Frage auf: *wieso* konnte die Firma *sicher* sein, daß die beiden beamteten Gesellschafter nicht *irgendwann versucht* sein könnten, ihr Wissen dem BGA nutzbar zu machen bzw. dessen Interessen über diejenigen des Unternehmens zu stellen? Noch rätselhafter wird die Angelegenheit dadurch, daß §3 der Satzung ausdrücklich auch »Pharmazeutische Unternehmen« als Gesellschafter ausschließt und zugleich festlegt, Gesellschafter *sollten* nur »kompetente Wissenschaftler und Fachkräfte auf dem Gebiet der experimentellen und klinischen Pharmakologie« sein. Man sucht sich die Gesellschafter also aus. Geld scheint keine Rolle zu spielen — man nimmt es nicht von jedem. Wer aber kann sich so etwas in einer Zeit des knappen Geldes schon leisten? *Vermögende* Gesellschafter können dies, gewiß. Sind aber die ursprünglich nur sieben Gesellschafter der GfA so vermögend? Eine derartige Gemeinsamkeit läßt sich nicht feststellen, wohl aber eine andere. Zumindestens bei der Mehrzahl besteht diese Gemeinsamkeit in Verbindungen zur *Schering AG*. Die ursprünglich beamteten Gesellschafter kommen jedenfalls von dorther; einer davon schied erst Ende der siebziger Jahre als Abteilungsleiter im Fachbereich Klinische Forschung der *Schering AG* aus, um in das BGA einzutreten. Der langjährige Alleingeschäftsführer war noch in den siebziger Jahren im Zentralen Vorstandssekretariat der *Schering AG* beschäftigt. Die einzige weibliche Gesellschafterin arbeitet in untergeordneter Stellung noch immer dort, während der Leiter der Abteilung Automation und Energietechnik seinen Geschäftsanteil verkaufte, bevor er 1981 für den Sprecherausschuß der leitenden Angestellten von *Schering* kandidierte. Die Schlußfolgerungen, die man aus alledem ziehen *kann*, liegen auf der Hand.[49]

IV

Im Bundesgesundheitsministerium, der Aufsichtsbehörde für das BGA, wird man dererlei nach meiner Erfahrung gelassen zur Kenntnis nehmen. Im Prinzip sind die geschilderter Verhältnisse dem Ministerium natürlich bekannt. Traditionsgemäß haben Verbraucherbedürfnisse dort jedoch denselben Stellenwert wie beim BGA. Die Verhaltensweise des Ministeriums war deshalb im Grunde genommen schon ebenso oft der parlamentarischen und außerparlamentarischen Kritik ausgesetzt wie diejenige des BGA. Ein Beispiel hierfür ist die Kritik am Informationsverhalten des Ministeriums im Fall *Menocil*. Ein Bundestagsabgeordneter fragte den damaligen Parlamentarischen Staatssekretär und jetzigen Bundesarbeitsminister *Westphal:* sind »Sie nicht der Meinung, daß Ihre erste Antwort in der früheren Fragestunde sehr oberflächlich war, da dieses Mittel bereits im

Ausland zurückgezogen wurde? Was unternimmt die Bundesregierung, wenn ihr bekannt wird — oder muß sie das nicht beachten? —, daß im Ausland Arzneimittel zurückgezogen werden, um dann ebenfalls aktiv zu werden und nicht hier in der Fragestunde zu erklären, ihr sei nichts bekannt?«[50] Die Kritik fruchtete nichts. Der Gefragte wich einer direkten Antwort aus, und anhand der Plenarprotokolle des Bundestages läßt sich nachweisen, daß sein Amtsnachfolger *Zander* das gerügte Verhalten im Fall *Duogynon* weitgehend wiederholte. Noch deutlicher wurde Prof. Dr. med. *Wolters*, bis zum Herbst 1980 beamteter Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium. Der Rüge unzureichender Information der Öffentlichkeit im sogenannten Östrogen-Skandal hielt er entgegen: es sei die Frage, »ob ich bloß, weil ich Gesetzesverstöße festgestellt habe, jedesmal gleich die Öffentlichkeit alarmiere, unter Umständen um den Preis, daß bestimmte Reizworte ... einen Eindruck ... hervorrufen, der ... über das Maß der tatsächlichen Gefährdung weit hinausgeht«.[51] Diese Äußerung gab eine grundsätzliche Einstellung des Ministeriums gegenüber Verbraucherinteressen zu unmißverständlich wieder. *Wolters* mußte gehen, fand aber *sogleich* ein neues Tätigkeitsfeld: mutmaßlich wegen seines langjährigen grundsatztreuen Einsatzes für den Verbraucher nahm ihn eine große chemisch-pharmazeutische Firma in ihre Reihen auf. Sein Amtsnachfolger *Fülgraff* gewährleistet jedoch Kontinuität. Unter seiner Leitung widersetzte sich die Bundesrepublik dem Vorschlag der skandinavischen Staaten, die Arzneimittelkontrolle supranational zu institutionalisieren. Und unter seiner Leitung verwarf das Ministerium erst unlängst auch den Antrag des BGA, *metamizolhaltige* Präparate unter Rezeptpflicht zu stellen.[52]

Anmerkungen

1 *Schnieders*, in: BGA — 100 Jahre Forschung für die Gesundheit, 1976, S.165.

2 Man vergleiche das Zitat im Text z.B. mit einer Formulierung des früheren BGA-Präsidenten *Fülgraff*. In dem Aufsatz 'Wie sicher sind Arzneimittel?' (Bundesgesundheitsblatt 1978, S.177/180) erwähnt dieser »die Unkenrufe der Industrie, das Bemühen um Sicherheit hemme die Forschung und Innovation und verhindere den therapeutischen Fortschritt«.

3 *Schnieders*, a.a.O., S.165.

4 Aussage des ehemaligen Direktors im BGA, Prof. Kärber, am 134. Verhandlungstag (24.6.1969); *Wenzel* und *Wenzel*, Der Contergan-Prozeß, Protokollauszüge, Bd.III, S.187.

5 Dies geschah im Frühjahr 1981. Da der Fall — für eine breitere Öffentlichkeit — seit 1978 'lief', brauchte das BGA genau genommen mehr als zwei Jahre, um den Hersteller zur Zurückziehung zu bewegen.

6 Der Justitiar distanzierte sich von der — mit dem BGA nicht einmal informatorisch abgesprochenen — Mitteilung der *Schering AG* mit Schreiben vom 3.8.1979.

7 Der vom BGA zunächst ausgesprochene Zulassungswiderruf(!) war durch Beschluß des VG Berlin vom 15.1.1979 = JA 79, 386 als vorläufige Maßnahme vollauf bestätigt worden.

8 Ziffer IV des öffentlich-rechtlichen Vertrages zwischen den Herstellern und dem BGA vom 17.3.1980; vgl. *Pro Pharma Inform* Nr. 5/80, S.30/31. Zum Dank für das Entgegenkommen des BGA wird in *Medikament & Meinung*, dem Organ des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, über die amtlichen Auflagen für den Beipackzettel und die angeblich erwartete 'Rehabilitierung' des *Clofibrat* geklagt: »Eine lange Liste von Gegenanzeigen und Nebenwirkungen mehren den Schauder ... Welcher Arzt ... wird seinem Patienten guten Gewissens noch eines dieser Präparate mit solchen Packungsinformationen verordnen? (...) Nein, meine Herren in Berlin, Sie haben Clofibrat nicht rehabilitiert; Sie konterkarieren vielmehr die Revision Ihres voreilig gefällten 'Schuldspruchs'. Ganz bewußt?« — *Medikament & Meinung* vom 15.8.1979.

9 Einer dem BGA bekannten Untersuchung zufolge lassen eta 60% der *Adressaten* solcher Briefe diese ungelesen in den Papierkorb wandern. Dies anerkennt — mit kollegialer Untertreibung — auch der Geschäftsführer der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, *Kimbel:* »Wir müssen uns damit abfinden, daß die Information des Arztes auf dem Postwege durch die zahllosen Werbeaussendungen praktisch blockiert ist. Selbst ein Roter-Hand-Brief wird heute nicht mehr von allen Ärzten gelesen.« Vgl. *K.H. Kimbel,* Arzneimittelinformationen aus der Sicht der Ärzteschaft, in: *Kleinsorge/Steichele (Hrsg.),* Arzneimittelinformation und Patientenaufklärung, 1981, S.42-48.

10 Spiegel Nr. 34/1977, S.147.

11 Die Industrie verhinderte ein Daten-'Abonnement' des BGA beim Institut für medizinische Statistik, das für sie arbeitet. Darüber beklagte sich BGA-Präsident *Fülgraff* u.a. auf einem *Schering*-Symposion; vgl. *Medical Tribune* Nr. 32 vom 12.8.1977, S.24/27.

12 *Medikament & Meinung* vom 15.11.1978, S.6, über Prof. Bernhard *Schnieders.*

13 So das Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, *J. Stockhausen,* auf einem Empfang des Deutschen Ärzteverlages anläßlich des Internistenkongresses in Wiesbaden am 15.4.1969. Damals war das BGA hinsichtlich der Arzneimittel eine bloße 'Registrierstelle'.

14 So der Pharmakologe *H. Herken,* in: Klinische Wochenschrift 48 (1970), S.954. Mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1976 am 1.1.1978 hat das BGA zwar an Kompetenzen gewonnen. Der Vergleich mit der FDA hinkt aber noch immer so sehr, daß *Herkens* Formulierung auch weiterhin gültig ist.

15 Im Zusammenhang mit dem *Duogynon*-Fall (1978).

16 Beschluß vom 18.12.1970, S.67 (MPS-Sonderdruck).

17 Zur Unterstützung des Herstellers von *Lenotan,* der Firma *Merrell,* verfaßte das BGA sogar einen offenen Brief, in dem es die Illustrierte *Quick* aufforderte, ihre präparatskritische Berichterstattung zu »überprüfen«. Dazu *Medikament & Meinung* vom 16.7.1980, S.5: »Das BGA sieht sich in seiner Einschätzung bestätigt, daß von diesem Präparat kein besonderes Risiko ausgeht. Die gleiche Auffassung vertreten die anderen tonangebenden Gesundheitsbehörden des Auslandes.« Wenige Zeit nachdem in der Tagespresse die 'Entwarnung' des BGA (»Keine Mißbildungen durch Lenotan«) erschienen war, meldeten dieselben Blätter »FDA warnt vor Lenotan«.

18 *Medikament & Meinung* vom 15.8.1979, S.1.

19 In einem an die Redaktion des *Arzneimittelbrief* gerichteten Beschwerdeschreiben des Geschäftsführers des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, *Scholl,* vom 23.8.1976 heißt es u.a.: »Falsch ist ... auch die ... Vermutung, das Bundesgesundheitsamt werde das neue Arzneimittelgesetz als verfehlt bezeichnen. Das Gegenteil ist richtig, wie Sie dem in Kopie anliegenden Auszug aus einem Referat von Herrn Regierungsdirektor *Lewandowski* vom Bundesgesundheitsamt entnehmen können ...«; zitiert nach *pharma aktuell* Nr. 56 vom 23.12.1976.

20 *Lewandowski,* zitiert nach *Medikament & Meinung* vom 19.1.1981, S.3.

21 Plenarprotokoll des Bundestages, 7. Wahlperiode, 240. Sitzung, 11.5.1976, S.16806.

22 Bundestags-Drucksache 7/5188, Frage A 24, und Plenarprotokoll der 244. Sitzung vom 19.5.1976, S.17274.
23 Bundestags-Drucksache 7/5263, Frage A 32, und Plenarprotokoll der 246. Sitzung vom 2.6.1976, S.17499.
24 *Medical Tribune* Nr. 51 vom 19.12.1980.
25 *Girstenbrey*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* Nr. 50/80.
26 *Fülgraff*, Arzneimittelgesetz — Anspruch und Wirklichkeit, Vortrag vor der Hauptversammlung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie am 23.5.1980 = *pharma dialog* Nr. 65 (Oktober 1980), S.4.
27 *Lewandowski*, zitiert nach *Medikament & Meinung* vom 19.1.1981, S.3. Der Berichterstatter nahm die zitierten Äußerungen zum Anlaß für eine Schlußfolgerung: »Derzeit wird aus Berlin offensichtlich signalisiert, daß man der gegenseitigen Pflege des jeweiligen Feindbildes müde sei und eine gesunde Mitte zwischen 'Partnership approach' und 'Advocacy approach' ansteuere.«
28 Das Reichsgesundheitsamt 1876-1926, Festschrift, hrsg. vom Reichsgesundheitsamt aus Anlaß seines fünfzigjährigen Bestehens, Berlin 1926, S.71/72.
29 Vgl. etwa die Warnung des Rats der Stadt Leipzig vor *Wako-Antigrippin* (1919) oder die Warnung des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vor *Monapiol* (Reichsgesundheitsblatt 1926, S.647).
30 Wie Fußnote 28. Der Plural (»Interessentenkreise«) verschleiert. Ein anderes Beispiel der Politik jener 'Interessentenkreise' erwähnt *Radant*, Fall 6/Ausgewählte Dokumente und Urteil des IG-Farben-Prozesses, 1970, S.21: *Heinrich Hörlein*, Vorstandsmitglied der *I.G. Farbenindustrie AG*, »verhinderte als Mitglied des *Reichsgesundheitsrates*, daß die Inlandpreise für Diphterieserum gemäß dem Antrag eines anderen Herstellers um 50% gesenkt wurden«.
31 Die Überschriften einiger Artikel sind bezeichnend genug: 'Statt Tatsachen — neue Paragraphen!' *(Handel und Industrie* v. 7.2.31), 'Ein Polizeigesetz für beachtliche Teile der Industrie' *(Seifensieder-Zeitung* Nr. 4/31), 'Gegen die Vernichtung der pharmazeutischen Industrie' *(Bayerische Industrie* v. 1.3.31), 'Ein gefährlicher Gesetzesentwurf' *(Kieler Neueste Nachrichten* v. 24.3.31), 'Gefahren eines Rahmenentwurfes mit Blanko-Vollmachten' *(Kölnische Zeitung* v. 8.3.31), 'Das Arzneimittelgesetz, neue Möglichkeiten für volksfeindliche Gutachter' *(Hamburger Echo* v. 18.3.31), 'Das darf nicht Gesetz werden' *(Nürnberger Zeitung* v. 22.4.31), 'Das Arzneimittelgesetz, ein Ausdruck der Sozialisierungsbestrebungen unserer Zeit' *(Werbung in der Medizin* 1931, S.375), 'Der Arzneimittel-Gesetzentwurf, seine volkswirtschaftlichen Gefahren und die Notwendigkeit einer energischen Gegensteuerung' *(Die Anzeige* v. März 1932), 'Eine starke Einheitsfront gegen den Gesetzentwurf' *(Drogisten-Zeitung* v. 8.3.32), 'Die teuere Arznei-Behörde' *(Süddeutsche Sonntagspost* v. 24.4.32), 'Die Abwehrfront der Gegner des Arzneimittelgesetzes ist nach wie vor geschlossen ... Fort mit den Ermächtigungen' *(Drogisten-Zeitung* v.1.7.32), 'Gegen Staatssozialismus und Planwirtschaft auch im Arzneiwesen' *(Drogisten-Fachblatt* v. 1.7.32) etc.
32 Zitiert nach *Werbung in der Medizin* 1931, S,69.
33 Zitiert nach *Werbung in der Medizin* 1931, S.70.
34 Zitiert nach *Werbung in der Medizin* 1932, S.319; Hervorh. im Original des Zitats.
35 Prof. *Hans Reiter*, geb. 26.2.1881, 1932 mecklenburgischer Landtagsabgeordneter der NSDAP, Juli 1933 Präsident des RGA (bis 1945), Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit bei der Reichsleitung der NSDAP, Vorstandsmitglied der Kriminalbiologischen Gesellschaft, 1939 Silbernes Treudienst-Ehrenzeichen etc. Im Nürnberger Ärzteprozeß *Zeuge*.
36 *Hans Reiter*, Das Reichsgesundheitsamt 1933-1939, Sechs Jahre nationalsozialistische Führung, Berlin 1939.
37 *Linz, in: Das Reichsgesundheitsamt (Fußnote 36), S.349.*
38 *Kräber*, in: Das Reichsgesundheitsamt (Fußnote 36), S.344.
39 *Kräber*, a.a.O., S.343.

40 Abdruck in: Das Reichsgesundheitsamt (Fußnote 36), S.196-201.
41 *Reiter* a.a.O. (Fußnote 36), S.200.
42 *Reiter*, a.a.O. (Fußnote 36), S.201.
43 Vgl. *Reiter*, Biologisches Denken und pharmazeutische Industrie, in: *Ziel und Weg* 1935, S.164/165. Dort spricht er noch von einer pharmazeutischen Industrie, die »im deutschen Volk ihr Unwesen treibt, und die Gutgläubigkeit deutscher Volksgenossen zu einer unsauberen Bereicherung ausnützen zu können glaubt«. Dieser werde man »heute schon die bestimmte Versicherung geben können, daß ihre Lebensdauer nur noch eine beschränkte sein dürfte«.
44 *Kräber*, in: Tätigkeitsbericht des BGA für 1962/63, S.29.
45 *Lewandowski*, in: Tätigkeitsbericht des BGA für 1977, S.29.
46 Handelsregister beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg 92 HRG 16 251. Als Gegenstand des Unternehmens ist angegeben: »Die Prüfung und Entwicklung von Substanzen, Methoden, Verfahren und Geräten sowie Ausbildung und Beratung im Bereich der experimentellen und klinischen Arzneimittelforschung im In- und Ausland«.
47 Handelsregister beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg 92 HRB 11 660 *(IDEA* steht für *International Drug Experts Associates). Nahe* lag diese Beteiligung allerdings: Postanschrift von *GfA* und *IDEA* sind identisch, ein Teil der Telefonnummern und der Geschäftsführer ebenso. Zur *IDEA* vgl. im übrigen bereits *Rosenbrock/Abholz*, Klinische Pharmaforschung und Verbrechen, in: *Jahrbuch für kritische Medizin 6* (1980), S.153/158.
48 In — personell — anderem Zusammenhang hatte der damalige BGA-Präsident *Fülgraff* noch am 18.12.1979 besorgt darauf aufmerksam gemacht, daß das Amt bei den Gehältern für Wissenschaftlern weder mit der Industrie noch mit den Universitäten konkurrieren könne, zumal BGA-Mitarbeiter sich kein Zubrot durch Gutachten für die Industrie verdienen könnten. Wörtlich fügte er hinzu: »Nur, kann man das zur Regel machen, daß man sagt: Im BGA können nur noch Wissenschaftler tätig sein, die auf Karriere, Freiraum und Einkommen verzichten?« Vgl. *Medikament & Meinung* vom 19.1.1981, S.3.
49 Die Firma *Schering* legt Wert auf die Feststellung, sie sei es nicht gewesen, die die GfA *gegründet habe. Auch könne Schering*-Mitarbeitern nicht verwehrt werden, sich selbständig zu machen. Im übrigen habe nur die IDEA, nicht aber die GfA, Aufträge von *Schering* erhalten.
50 Vgl. Plenarprotokoll der 124. Sitzung vom 14.5.1971 (6. WP, S.7189).
51 Zitiert nach *Tagesspiegel* (Berlin) vom 24.10.1980, S.22.
52 Abzuwägen waren dabei mindestens 73 letale Verdachtsfälle mit den wirtschaftlichen Interessen der Hersteller bzw. Verwender von *Metamizol* — wie z.B. der Firma *Hoechst (Novalgin).* Zugunsten der freien Verkäuflichkeit entschied das Ministerium aufgrund der Empfehlung eines Sachverständigengremiums. Mitglieder dieses Gremiums waren u.a. ein Tierarzt, ein Heilpraktiker und ein Vertreter des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie.

Heinz-Harald Abholz und Elsa Heindrichs

Forschung in der Allgemeinmedizin*

Ein Beitrag zur inhaltlichen Bestimmung des Faches

Mit dem folgenden Beitrag soll zu zwei Aspekten der Diskussion um die Bedeutung des Faches Allgemeinmedizin Stellung genommen werden: Einmal soll durch die Darstellung von Forschungsfragen der Allgemeinmedizin auf die Notwendigkeit eines *akademischen Faches* Allgemeinmedizin verwiesen werden. Zum anderen soll mit Hilfe von Forschungsfragen und Forschungsergebnissen aus der Allgemeinmedizin eine inhaltliche Bestimmung des Faches in seiner *Eigenständigkeit* und *Spezifität* vorgenommen werden.

Im folgenden Katalog von Forschungsbereichen sollen einige beispielhaft charakterisierende Forschungsfragen benannt und zum Teil durch realisierte Forschungsprojekte illustriert werden. Schon an dieser Stelle kann festgestellt werden, daß die Forschung in der Allgemeinmedizin bisher in der Bundesrepublik sehr wenig entwickelt ist. Daher wird es sich vorwiegend um Illustrationen aus dem englischsprachigen Raum handeln. Aber auch dort gibt es zu zahlreichen Forschungsfragen keinerlei realisierte Projekte, so daß es häufig allein bei der Benennung von Fragen bleiben muß.

1. Beschreibung des Arbeitsgebietes Allgemeinmedizin

Als erster im deutschsprachigen Raum hat Braun (1968) eine statistische Erfassung seiner Behandlungsfälle sowie der Verläufe und Versorgungsintensitäten vorgelegt. Andere Autoren (z.B. Göpel, 1980) haben hier ergänzt und bestätigt: Ganz wenige Diagnosen oder Symptome definieren den überwiegenden Anteil der Behandlungsanlässe in der Allgemeinpraxis. Dabei handelt es sich recht häufig im Symptomkomplexe bzw. Beschwerdebilder, die nicht in der klassischen Medizin definiert sind. Als Beispiel seien genannt: Abgeschlagenheit, Magen-Darm-Beschwerden ohne körperlichen Befund, Ziehen in den Beinen. Für die Klinik so wichtige Erkrankungen wie Herzinfarkt (8-mal pro Jahr), Schlaganfall (5-mal pro Jahr) und Carcinome (5-mal pro Jahr) kommen sehr selten als Behandlungsfälle in der Allgemeinpraxis vor. Hingegen führen Probleme, die sich aus der Armut der Patienten, der Arbeitslosigkeit oder ihrem hohen Alter ergeben, zu hunderten von Vorstellungen beim Hausarzt (Fry, 1977). Der Allgemeinarzt steht einer so bedrohlichen Situation wie dem »akuten Abdomen« nur zwei- bis dreimal pro Jahr gegenüber (Fry, 1979). Hingegen führen Kriminalitätsdelikte in der Familie im Durchschnitt zu 11 ärztli-

* Ein Fremdwortverzeichnis befindet sich am Schluß des Aufsatzes.

chen Konsultationen pro Jahr (Fry, 1977). Aus derartigen beschreibenden Statistiken ergeben sich zahlreiche Schlußfolgerungen für die Schwerpunktlegung in Ausbildung, Diagnostik und Therapie in der Allgemeinmedizin (Abholz, 1979).

Mit zu diesem Komplex von Forschungsfragen gehört die Untersuchung des qualitativen als auch quantitativen Aufwandes von gesundheitlicher Betreuung. Mit welchem Aufwand wird diagnostiziert, welche Zeiten der Zuwendung zum Patienten mit welchen Leistungen werden erbracht? In welchem Verhältnis stehen psychosoziale Betreuung, Gesundheitsaufklärung, Früherkennung, medizinisch-kurative Versorgung und administrativer Aufwand zueinander?

2. Institutionelle Untersuchungen

Forschungsfragen zur institutionellen Seite der Allgemeinmedizin lassen sich aufgliedern in: a) Probleme der inner-institutionellen Arbeitsbedingungen und b) Probleme der institutionellen Funktionsweise innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Zum erstgenannten Fragenkomplex können z.B. Untersuchungen über die Arbeitsteilung innerhalb der Allgemeinmedizin als Beispiel dienen. Welche Aufgaben nehmen Arzthelferinnen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Ärzte in der Betreuung des ambulanten Patienten ein? So hat z.B. eine Studie von Allgemeinpraktikern in Großbritannien (Bowling, 1981) gezeigt, daß in den Praxen sehr unterschiedlich die Tätigkeiten auf Schwestern und Ärzte verteilt sind. In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, daß eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Schwestern vorhanden war, die relativ viele sogenannte ärztliche Tätigkeiten übernehmen konnten. In einer anderen Studie aus den USA (Spitzer, 1974) ließ sich zeigen, daß Krankenschwestern in der Hauskrankenpflege ohne Qualitätsverlust ganz wesentliche Betreuungsbereiche voll übernehmen können. Dabei wurde eine eigenverantwortliche Betreuung durch die Schwester allein durchgeführt; nur in Problemfällen wurde der Arzt hinzugezogen. Ähnliche Erfahrungen wurden in anderen Modellversuchen bei der Betreuung von Hochdruckpatienten und Patienten mit Diabetes (Komaroff, 1974) sowie der Allgemeinversorgung (Spector, 1975) gemacht.

Aus derartigen Untersuchungen ergibt sich die weitergehende Frage, ob mit Übernahme der sogenannten ärztlichen Tätigkeit durch andere medizinische Berufsgruppen die soziale Distanz zwischen Behandelndem und Behandeltem verringert wird. Dies könnte von erheblicher Bedeutung sein, wenn dadurch der Patient eine aktivere Einstellung zu der Betreuung seiner Erkrankung bekommt. Gewissermaßen nach dem Gedankengang, »was die Schwester kann, das kann ich doch auch selbst übernehmen«, könnte sich so eine Aktivierung des Patienten entwickeln. Gerade bei den chronischen Erkrankungen ist die passive Einstellung, nach der sich der

Patient vom Arzt die Therapie geben läßt, für den Therapieerfolg selbst hinderlich. Entsprechende Untersuchungen zu einer derartigen Fragestellung liegen nicht vor.

Durch die Übernahme von Aufgaben durch andere Berufsgruppen könnte so die Qualität der Versorgung verbessert werden. So gibt es für die Arbeit von Psychologen in der ambulanten Versorgung positive Beispiele: durch Einbeziehung von Psychologen können der Medikamentenkonsum bei z.B. Schmerzzuständen, Diabetes mellitus, vielen Befindlichkeitsstörungen etc. gesenkt und dahinter stehenden Probleme adäquater angegangen werden (Kowalski, 1981). Aus der Erfahrung der Sozialarbeit lassen sich ähnliche positive Schlüsse für die Qualitätsverbesserung in der Versorgung ableiten (Huntington, 1981).

Als Beispiel für Untersuchungen zur institutionellen Funktionsweise innerhalb des Versorgungssystems sei hier die Arbeit von Hannay (1978) genannt. Diese Studie weist auf, welche Unterschiede in der Schulbildung, dem sozialen Stand, dem Wissensstand etc., die Benutzung von ärztlichen Versorgungseinrichtungen im ambulanten Bereich beeinflußen. Aus ihr ist z.B. zu entnehmen, daß gleiche Symptome sozial unterschiedlich als sozialfürsorgerische oder medizinische Probleme verstanden werden. Daraus resultieren unterschiedliche Inanspruchnahmefrequenzen von sozialfürsorgerischen oder ärztlichen Institutionen durch die unterschiedlichen sozialen Schichten.

Eine ganz andere Fragestellung zum gleichen Fragenkomplex wäre die, inwiefern die vom Spezialisten des Krankenhauses eingenommene Behandlungsposition vom Allgemeinarzt, der den Patienten in ganz anderen Bezügen kennt, geteilt werden kann. Interessant wäre auch, wie gleiche Symptome institutionell unterschiedlich interpretiert und versorgt werden. Kommt z.B. ein Patient mit »Schmerzen im Brustraum« in die Ambulanz eines Krankenhauses, so wird er üblicherweise mit einer Vielzahl von technischen Untersuchungen konfrontiert. Bei der gleichen Symptomatik, aber dem Aufsuchen eines ihm bekannten Hausarztes, wird ein ganz anderes Programm an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden. Hierbei werden Gespräche über Auslösemechanismen, die Bedeutung der Symptomatik für den Patienten etc. unter Umständen im Vordergrund stehen.

Eine weitere Frage wäre die der Abhängigkeit ärztlicher Leistung von ärztlicher Schwerpunktlegung und Praxisausstattung. So konnte z.B. gezeigt werden, daß die Finanzierung der Versorgung einen Einfluß auf Aufwand und Güte der Versorgung hat. Renaud (1980) fand, daß die Versorgung von Patienten mit Kopfschmerzen häufiger inadäquat war, wenn die behandelnden Ärzte privat niedergelassen waren und nicht staatlich angestellt praktizierten. Beim Ländervergleich zwischen England und Frankreich zeigte sich, daß in Frankreich häufiger technische Untersuchungen

veranlaßt, mehr Medikamente verschrieben werden und häufiger wieder bestellt wird als dies in England der Fall ist. Dort ist hingegen das Patienten-Arzt-Gespräch länger und häufiger. Es wird vermutet, daß diese Unterschiede auf Grund unterschiedlicher Honorierungssysteme der Ärzte zustande kommen (Porter, 1980). Selbst die Arztdichte hat einen nicht unwesentlichen Einfluß auf das Leistungsvolumen und die Art der Leistung praktizierender Ärzte (siehe Borchert, 1979).

3. Arzt-Patienten-Interaktionen

Es geht hier um die Frage, inwiefern in verbaler oder non-verbaler Kommunikation zwischen Arzt und Patient etwas über Krankheit und Leid mitgeteilt wird und inwiefern hier Mißverständnisse auftreten. Einen Überblick über derartige Probleme gibt z.B. der Sammelband von Bennett (1976) sowie die bekannteste detaillierte Studie zum Thema von Byrne und Long (1976). Die zuletzt genannten Autoren haben zahlreiche Arzt-Patienten-Konsultationen mit dem Tonband festgehalten und dann analysiert. Wichtigstes Ergebnis war, daß Patienten häufig psychosoziale Probleme nur vermittelt über körperliche Symptome darzustellen in der Lage sind. Derartige »eigentliche« Anliegen werden häufig in einem Nebensatz, zumeist am Schluß der Konsultation untergebracht. Teilweise erfolgt durch die Patienten selbst eine Interpretation ihrer körperlichen Beschwerden, die jedoch nur zum Teil von den Ärzten verstanden wird. Auch konnte gezeigt werden, daß mit ganz bestimmten Mechanismen Ärzte bestimmten Fragen des Gespräches aus dem Wege gehen und immer wieder auf die Ebene einer eng medizinischen Interpretation zurückführen. In diesem Zusammenhang ergibt sich auch die Frage, ob vom Patienten z.B. bestimmte Symptome — meist wahrscheinlich unbewußt — erfunden bzw. verstärkt erlebt werden, um hierüber Zuwendung durch den Arzt zu bekommen. Auf einer empirisch-deskriptiven Ebene ist dies von z.B. Fitton und Acheson (1979) untersucht worden. Balint (1977) liefert sehr illustrative und beeindruckende Fallbeispiele zu diesem Thema.

Schließlich wären sprach-soziologische Untersuchungsansätze von erheblichem Wert, in denen die unterschiedliche Bedeutung identischer Worte in den verschiedenen Sozialschichten untersucht werden müßte. Ist es z.B. nicht so, daß in den unteren Sozialschichten »Schmerz« viel weitergefaßt für die verschiedensten Zustände von Unwohlsein in einer undifferenzierten Weise verwendet wird? Ohne Kenntnis derartiger Phänomene müßte es dann bei einem Teil der Konsultationen mit Unterschichtpatienten zu Fehlinterpretationen kommen. Ähnliche Fragen lassen sich beliebig ergänzen.

4. Die Bedeutung von Krankheit

Gerade unter Einbeziehung von psychischen und sozialen Bedingungen des Patienten ergeben sich Fragen nach der Bedeutung einzelner Krankheitsepisoden. Handelt es sich beim Auftreten einer Erkankung um eine »zufällige« Episode? Jegliche Erkankung kann auf zwei Ebenen gesehen werden: auf einer *biologischen* und auf einer *psycho-sozialen* Bedeutungsebene. Mit der biologischen Bedeutungsebene beschäftigt sich die Medizin im engeren Sinne. Die psycho-soziale Ebene ist von erheblicher Bedeutung in der Allgemeinmedizin: die Krankheit kann Schutzfunktion im Sinne der »Flucht in die Krankheit« haben, sie kann als organische Erkrankung seelischen Konfliktzustände stabilisieren helfen (Beck, 1981). Schließlich gibt es zahlreiche Hinweise, daß — insbesondere bei chronischen Krankheiten — der Erkrankung rituelle Bedeutung zukommt: es wird über sie eine konstante Zuwendung gewonnen (vergleiche Mishler, 1981, Dingwall, 1976). Sowohl in der konkreten Behandlungssituation als auch systematisiert im Sinne eines Forschungsprojektes ist zu prüfen, wie verschiedene Krankheitsepisoden bei unterschiedlichen Patienten den beiden genannten Bedeutungsebenen — medizinisch und psycho-sozial — zuzuordnen sind. Erst ein Verstehen auf diesen beiden Ebenen erlaubt ein Verstehen von Krankheit und ein adäquates Reagieren. So läßt sich z.B. ein »Rheumatiker« nur schwer therapieren, wenn eine erheblich psycho-soziale Bedeutung der Krankheit vorhanden ist und somit an dieser Krankheit »festgehalten« wird.

In dem genannten Zusammenhang müßten auch Phänomene der Multimorbidität gesehen werden (Moehr, 1977). Wie sind die Patienten zu charakterisieren, die eine auffällige Häufung von Beschwerden oder Erkrankungen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder immer wieder, sich zeitlich abwechselnd, aufweisen? Ist eine derartige Häufung medizinisch plausibel zu erklären oder müssen hier nicht psycho-soziale Bedeutungszusammenhänge aufgezeigt werden?

Auch nach den Entstehungsbedingungen der für die ambulante Medizin so typischen Beschwerdekomplexe wie »Ziehen in den Beinen«, »Abgeschlagenheit« oder »Schwindelgefühl« ist zu fragen. Welchen Anteil haben hier organische und welchen psycho-soziale Ursachen? Gibt es Störungen des Wohlbefindens, bei denen kein organisches Substrat nachweisbar ist und bei denen auch psychische Ursachen höchst unplausibel sind? Liegt dies an einer nicht tief genug gehenden psycho-sozialen Anamnese oder an der Nichtnachweisbarkeit organischer Ursachen auf Grund der »Grobheit« medizinischer Diagnostik? Hilfreich zur Klärung derartiger Fragen könnten Beobachtungen des längerfristigen Verlaufs derartiger Beschwerden sein.

5. Langzeitverlauf von Erkrankungen und Störungen

Gedacht ist hier an Untersuchungen zum Langzeitverlauf von klassischen Krankheitsbildern sowie auch von Krankheitsbildern bzw. Beschwerdekomplexen, die nicht in der klassischen Medizin definierbar sind. Bisher sind derartige Langzeitstudien vorwiegend an Patientenpopulationen von Kliniken durchgeführt worden. Dabei handelt es sich auf Grund der sachlichen Gegebenheiten immer um eine Selektion von Patienten mit besonders schwerem Verlauf. Die relativ ungünstigen Angaben über den Verlauf bie akuter Glomerulonephritis zum Beispiel würden bei einer Untersuchung ambulanter Patienten revidierungsbedürftig sein. Zu vermuten ist, daß ein nicht unerheblicher Teil von Patienten im ambulanten Bereich kurzfristig Glomerulonephritiden durchmacht, die auf Grund ihrer geringen Symptomatik und des gleichzeitig kurzfristigen Verlaufs nicht erkannt werden und so in entsprechenden Klinikuntersuchungen gar nicht auftauchen können. Die sehr viel günstigere Prognose des Lupus erythematodes in Studien mit ambulanten Patienten — im Vergleich zu Klinikstudien — gibt hier ein Beispiel (Wallace, 1981). Fry (1979) konnte bei der Analyse seiner Praxisfälle über 25 Jahre nachweisen, daß der Großteil von Syndromen wie »Kreuzschmerzen«, »Bauchschmerzen«, »Kopfweh«, »Abgeschlagenheit« etc. einen harmlosen Verlauf nahmen. Dabei war nur in wenigen Fällen überhaupt eine naturwissenschaftlich-medizinische Diagnose zu stellen. Andere Autoren zeigten, daß etwa 40% aller allgemeinmedizinischen Konsultationen ohne einen Zweitkontakt bleiben, weil die Erkrankungen — ohne eigentliche diagnostische Einordnung — sich selbst limitierend verlaufen (Thomas, 1974).

Für Beschwerdekomplexe, die nicht klassischen Krankheitsbildern zugeordnet werden können, wie z.B. »häufige Übelkeit«, »funktionelle Oberbauchbeschwerden«, wäre der Langzeitverlauf von besonderem Interesse: Stellen derartige Beschwerden Vorstufen von organisch faßbaren Krankheiten dar oder sind dies Beschwerdebilder, die ganz unabhängig von klassischen Krankheiten existieren? Würde die erste Vermutung stimmen, so würden Patienten mit funktionellen Oberbauchbeschwerden im weiteren Verlauf gehäuft Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre bekommen. Trifft die zweite Erklärung zu, so wären diese Phänomene völlig unabhängig voneinander. Wie verhält es sich mit Patienten, die gehäuft Kopfschmerzen oder Schwindel haben, handelt es sich um Symptome in einer Krise oder den Beginn einer längerfristigen Beschwerdesymptomatik? Wie sind die beiden angenommenen Patientengruppen zu charakterisieren, welche individuellen und sozialen Bedingungen beeinflussen die angenommenen unterschiedlichen Verläufe?

6. Diagnostischer Gang in der Allgemeinmedizin

Hier sind Untersuchungen angesprochen, welche die diagnostische Vorgehensweise bezüglich Effektivität und Zumutbarkeit für den Patienten untersuchen. Zu nennen sind zum Beispiel Untersuchungen zum Nutzen von diagnostischen Maßnahmen bei Hochdruckpatienten. So haben entsprechende Studien gezeigt, daß bei einem nicht ausgewähltem Patientenkollektiv ein sehr hoher Aufwand zur Erkennung sekundärer Hypertonieformen betrieben werden muß. So kostet z.B. die Entdeckung und Therapie (Operation) eines Hochdruckes bei Nierenarterienstenose etwa 100.000 DM pro Patient (Atkinson, 1974; Gellmann, 1971). Wollte man eine solche Diagnostik für alle Hochdruckpatienten der USA durchführen, so würden damit etwa 10% der gesamten Gesundheitskosten gebunden (McNeil, 1975). Derartige Untersuchungen sind auf einer ganz anderen Ebene als die rein medizinischen Studien zur diagnostischen Wertigkeit eines Verfahrens angesiedelt. Bei den letztgenannten Untersuchungen geht es um Fragen von Sensitivität und Spezifität sowie individuellem Risiko bei der Diagnostik. Bei der erstgenannten Fragestellung, die besonders im ambulanten Bereich von Bedeutung ist, geht es um die Frage volksgesundheitlichen Nutzens. Auch die Analyse über die Wichtigkeit verschiedener Informationen bei der Diagnosestellung gehört mit zu diesem Forschungskomplex: für den ambulanten Bereich wurde immer wieder nachgewiesen, daß Angaben zur Anamnese, die Kenntnis des sozialen Hintergrundes sowie die Einschätzung der Persönlichkeit des Patienten von entscheidender Bedeutung sind und häufig eine weitaus höhere Treffsicherheit als technische Untersuchungen haben (Hampton, 1975).

7. Qualität der Versorgung

Ähnlich wie im klinischen Bereich können in der Allgemeinmedizin Qualitätskontrollen ärztlicher Tätigkeit vorgenommen werden. Anders als jedoch in den klinischen Fächern muß zusätzlich zu den medizinischen Referenzpunkten der Güte der Versorgung noch der Bereich pyscho-sozialer Betreuung mit in die Beurteilung aufgenommen werden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: vorstellbar ist, daß die von der Schulmedizin vorgeschlagene Vorgehensweise bei Patienten mit Hochdruck in der Allgemeinmedizin in dieser strengen Weise nicht durchführbar ist, weil sie wahrscheinlich im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Patienten steht. Schwere Nebenwirkungen sowie erst im Alltag als hinderlich sich erweisende geringere Nebenwirkungen führen zu einer Einschränkung der Lebensqualität und verringern somit die Compliance der Patienten. Von diesen Problemen wissen die Hausärzte mehr als die Kliniker. Will man nun die Qualität der Versorgung untersuchen, so müssen derartige Aspekte berücksichtigt werden. Senftleben (1980) hat in seiner Studie über die

Qualität der Hochdruck-Versorgung einmal strenge schulmedizinische Maßstäbe angelegt und zum anderen über ein peer-review (Beurteilung durch gleichgestellte Ärzte) eine Beurteilung durchgeführt. Beim erstgenannten Ansatz war nur ein vernachlässigbarer Anteil der Ärzte in die Kategorie »ausreichende Betreuung« eingestuft worden; beim letztgenannten Ansatz waren es etwa die Hälfte. Einen Überblick über derartige Studien zur Qualität der Versorgung geben McLachlan (1976) und Green (1976).

8. Nutzenermittlungen im Sinne der klinischen Epidemiologie

Geht es in der klinischen Medizin darum, unter *optimalen* Bedingungen die Wirksamkeit eines Medikamentes oder eines Behandlungsprinzips zu prüfen, so ist in der Allgemeinmedizin gerade die Frage des Nutzens eines Behandlungsprinzipes unter den *normalen* Gegebenheiten der Versorgung zentrale Fragestellung. Will man z.B. in einer klinischen Untersuchung die Wirksamkeit einer Marcumarisierung zur Vorbeugung eines Re-Infarktes prüfen, so muß alles darauf ausgerichtet sein, daß die teilnehmenden Patienten ihre Medikamente regelmäßig und in einer ausreichenden Dosierung mit entsprechend häufigen Laborkontrollen einnehmen. Die optimale medikamentöse Behandlung ist also Voraussetzung. Bei einer derartigen Untersuchung kann man dann am Schluß festhalten, ob die Substanz den gewünschten Effekt hat oder nicht. In einer allgemeinmedizinischen Fragestellung jedoch steht vielmehr die Frage nach der Durchführbarkeit eines derartigen Prinzips im Vordergrund. Wenn z.B. auch heute gesagt werden kann, daß die konsequente und gut kontrollierte Marcumarisierung von Nutzen ist (Vries, 1980), so ist damit noch nichts über den Nutzen einer derartigen Behandlung in der Routineversorgung ausgesagt. Eine Routineversorgung, die sich bei uns z.B. durch seltene Gerinnungs-Kontrollen und eine unzureichende Medikamenteneinnahme auszeichnet, führt möglicherweise zu einem ganz anderen Effekt: unerwünschte Nebenwirkungen und verminderte Wirkung auf Grund unzureichender Dosierung führen möglicherweise zu einem negativen Effekt. Ein anderes Beispiel stellt die Untersuchung des Nutzens von Früherkennungsuntersuchungen dar: wenn es unter optimalen Bedingungen gelungen ist, für bestimmte Früherkennungsuntersuchungen einen Nutzen nachzuweisen (Abholz, 1977), so ist damit noch lange nicht belegt, daß dies in der Normalversorgung wirklich ebenso von Nutzen ist. So konnten D'Souza und Mitarbeiter (1976) zeigen, daß unter den Bedingungen allgemeinärztlicher Versorgung in Großbritannien Früherkennungsuntersuchungen auf Hochdruck zwar effektiv im Sinne des Erkennens sind, bei Langzeitverfolgung der entsprechenden Patienten sich jedoch herausstellte, daß die Behandlungsintensität und -qualität für die im Früherkennungsprogramm entdeckten Patienten nicht besser als in der Vergleichspopulation ohne derartige Früherkennungsprogramme war.

Ganze Behandlungskonzepte können ebenfalls im Sinne der Nutzenermittlung Forschungsgegenstand sein. Die berühmte Untersuchung von Mather und Mitarbeitern (1976) zum Nutzen intensivmedizinischer Betreuung von Patienten mit unkompliziertem Herzinfarkt ist ein Beispiel. In dieser Studie konnte gezeigt werden, daß insbesondere im höheren Lebensalter die hausärztliche Betreuung von höherem Wert als die Einweisung in ein Krankenhaus mit Intensivabteilung zu sein scheint. Ähnliche Untersuchungen — ebenfalls in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten — haben Dellipiani (1977) und Hill (1978) mit entsprechenden Ergebnissen vorgelegt.

Untersuchungen über den längerfristigen Nutzen von Behandlungen bei chronischen Erkrankungen sind überhaupt nur im ambulanten Bereich durchführbar. Selbstverständlich können diese auch von klinischen Zentren geleitet werden, die Bearbeitung eines solchen Themas durch im ambulanten Bereich tätige Ärzte bietet sich jedoch an — besonders, wenn man die oben genannten Ausführungen zur Ermittlung des Nutzens unter den Bedingungen einer »normalen« Versorgung mit aufnehmen will. Die bekannte UGDP-Studie zum Nutzen der Therapie bei Altersdiabetes ist ein Beispiel hierfür: über 7 1/2 Jahre wurden Patienten mit Placebo, oralen Antidiabetika und Insulin bezüglich des klinischen Verlaufs der Erkrankung nachverfolgt. Das Ergebnis einer höheren Morbidität und Mortalität in der mit oralen Antidiabetika behandelten Gruppe stand im Widerspruch zu den klinischen Erwartungen (UGDP 1976).

Auch Untersuchungen zum sogenannten Compliance-Verhalten sowie über längerfristig erst auftretende Nebenwirkungen sind hier zu nennen. Die zuverlässigsten Auskünfte zu diesen beiden Komplexen erhält man, wenn man die Patienten unter ihren normalen Lebensbedingungen untersucht — und dies ist nicht die Klinik. So dürften z.B. Nebenwirkungen von Antihypertensiva, wie Impotenz oder auffällige Müdigkeit, während des Klinikaufenthaltes noch zu tolerieren sein, unter den normalen Lebensbedingungen sind sie es nicht mehr.

9. Epidemiologie nicht-infektiöser Erkrankungen

Hier sind Untersuchungen angesprochen, die nach dem klassischen Muster der Epidemiologie die Verteilung von Krankheit nach verschiedenen Gesichtspunkten untersuchen. Für die Allgemeinmedizin sind z.B. die Arbeiten von Logan (1952) sowie die der englischen Gesundheitsbehörde (Hicks, 1976) zu nennen. In diesen Studien wurde nach dem Gesichtspunkt regionaler und sozialer Zugehörigkeit der Patienten die Häufigkeit von Kranheitsepisoden bestimmt. Rückschlüsse bezüglich der Krankheitsverursachung und zum -verlauf ließen sich ableiten. Zu denken ist in diesem Zusammenhang auch an detaillierte Studien, die den Einfluß von Umweltfaktoren, wie z.B. Luftverschmutzung, Lärm und Konsumverhal-

ten etc. auf die Morbidität untersuchen. Wenn derartige Studien im Rahmen der Allgemeinpraxis durchgeführt werden, sind möglicherweise sehr viel mehr detaillierte Daten zu den konkreten Lebensbedingungen der Unterschichten zu erheben, als dies bei den üblichen Auswertungen administrativer Gesundheitsstatistik möglich ist.

Ein Fazit

Deutlich geworden sein sollte, daß die Allgemeinmedizin einen eigenständigen Forschungsbereich darstellt, der — unter Zuhilfenahme anderer Disziplinen — spezifische Fragen in spezifischer Weise anzugehen hat. Die Übernahme klinischer Erkenntnisse kann nicht unvermittelt erfolgen. Selbst sehr ähnlich erscheinende Fragen, wie z.B. die nach dem Nutzen einer Behandlung, müssen für die Klinik und den ambulanten Bereich ganz anders angegangen und beantwortet werden — wie das Beispiel der Marcumarisierung zeigte. Durch die Forschungsfragen gespiegelt sollte jedoch auch deutlich werden, was die Spezifität und den Inhalt von Allgemeinmedizin ausmacht.

Es wurde durch die Tatsache, daß kaum bundesrepublikanische Arbeiten als Beleg genannt werden konnten, auf große Forschungsdefizite verwiesen. Es bleibt zu prüfen, ob in der Praxis der Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik zumindestens von den spezifischen Inhalten des Faches Kenntnis genommen wird. Zeichnet sich also die Praxis der Allgemeinmedizin durch die spezifischen Momente ihres Faches aus, oder ist sie die »blinde« Anwendung von Einzelfächern geblieben? Wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Fragestellung existieren nicht. Man ist also auf den Eindruck angewiesen und dieser läßt eher vermuten, daß Allgemeinmedizin in ihrer praktischen Anwendung ebenfalls unterentwickelt geblieben ist.

Bei der Betrachtung dessen, was in den Fachzeitschriften der Allgemeinmedizin hierzulande publiziert wird, ergibt sich ein ähnliches Bild: die Durchsicht des Jahrgangs 1980 der Zeitschriften »Der Praktische Arzt« und der »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« ergibt, daß nur 6% der Artikel in »Der Praktische Arzt« und 8% der Artikel in »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« entweder Forschungsprojekten oder Reflexionen über allgemeinmedizinische Tätigkeit im Speziellen gewidmet sind. In der »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« ist der überwiegende Anteil (74%) der Artikel Fragen der Fortbildung gewidmet; hierbei fällt auf, daß diese wenig auf die spezifischen Probleme der Allgemeinmedizin ausgerichtet sind. In »Der Praktische Arzt« liegt der Schwerpunkt auf Artikeln über Standespolitik (64% der Artikel).

Anders sieht das Bild bei den großen allgemeinmedizinischen Zeitschriften aus Großbritannien aus: Im »Practioner« sind 12% der Artikel Fragen allgemeinmedizinischer Forschung und der Reflexion allgemeinmedi-

zinischer Tätigkeit gewidmet. 74% der Artikel sind spezifisch auf die Allgemeinmedizin ausgerichtete Artikel der Fortbildung. Im »Journal of the Royal College of General Practioners« sind sogar 61% der Artikel Arbeiten aus der allgemeinmedizinischen Forschung und Reflexion über die Tätigkeit in der Allgemeinmedizin.

Was nun kann diese unterschiedliche Entwicklung der Allgemeinmedizin in Großbritannien (Morrell, 1977) und in der Bundesrepublik erklären? Gehen wir einmal — vernünftigerweise — davon aus, daß dies nicht nur eine Frage der Mentalität ist, so liegt der Schluß nahe, daß die Organisation des Gesundheitswesens und somit die Arbeitsbedingungen der Allgemeinpraktiker ganz wesentlichen Einfluß auf diese unterschiedliche Entwicklung genommen haben. Zum einen dürfte hierzu beigetragen haben, daß die Allgemeinmediziner im Vergleich zum Spezialisten in Großbritannien historisch schon immer eine eigenständigere Position hatten (Tudor Hart, 1974). Auch dürfte ein staatliches Gesundheitswesen Forschungsprojekte allgemeinmedizinischer Natur sehr viel eher fördern, als dies bei uns der Fall ist: Überlegungen der Effektivität und des Nutzens dessen, was für viel Geld im ambulanten Bereich getan wird, finden in einem staatlichen Gesundheitswesen sicherlich eher ein Interesse. Hiervon kann ausgegangen werden, da partikulare Interessen am Verdienen an der Krankheit sich in einem staatlichen Gesundheitswesen sehr viel weniger als bei uns verwirklichen können. Zum Schutz vor derartigen Partikularinteressen aber kann Forschung über Nutzen und Effektivität allgemeinmedizinischer Tätigkeiten dienen.

Schließlich dürfte auch eine wesentliche Rolle spielen, daß der Allgemeinmediziner in Großbritannien nur in einem sehr beschränkten Maße das eigene Einkommen durch seine Tätigkeit variieren kann. Die Zahl der Behandlungsfälle ist nach oben limitiert, eine Kopf-Pauschale — anstelle unseres Einzelleistungssystems — verhindert, daß möglichst viel »aus dem Patienten herausgeholt wird«. So verdienen alle Allgemeinmediziner relativ gleich, ein Ansporn zum Mehrverdienen durch mehr Leistungserbringung — wem sie auch immer dient — entfällt weitgehend. Unter diesen Bedingungen scheint dem Allgemeinmediziner in Großbritannien eine größere Möglichkeit gegeben zu sein, sein Interesse am eigenen Fach zu entwickeln und so auch Forschung zu betreiben.

Fremdwortverzeichnis

Compliance: Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme bzw. der Befolgung ärztlicher Anordnungen

Hypertonie, sekundäre: Es gibt die Hochdruckerkrankung mit einer anderen Krankheit (z.B. Nierenerkrankung) als Ursache; man spricht dann von sekundärer Hypertonie. Die Mehrzahl der Hochdruckfälle hat aber keine andere Erkrankung im Hintergrund; man spricht von primärer Hypertonie.

Marcumar: Medikament zur Verringerung der Blutgerinnung

Sensivität und Spezifität: Bei diagnostischen Verfahren wird die 'Empfindlichkeit' (Sensivität) der Methode von der 'Zuverlässigkeit' (Spezifität) unterschieden. Erstere bezeichnet, wie verläßlich die Untersuchungsmethode die gesuchte Krankheit finden läßt. Zweitere bezeichnet die Zuverlässigkeit einer gefundenen Diagnose auf der Grundlage der eingesetzten Diagnostik.

Syndrom: Beschwerdebild mit mehreren Symptomen, das nicht einer eng definierten Erkrankung zuzuordnen ist.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen am Beispiel des Lungen-, Brustdrüsen und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, Argument-Sonderband 17, Berlin 1977

Abholz, H.-H.: Erfordernisse an die ambulante Medizin — Ableitungen aus klinisch-epidemiologischen Befunden. Argumente für eine Soziale Medizin, Bd. 8, Argument-Sonderband 30, 1979, S.100-120

Atkinson, A. und R. Kellett: Value of intravenous urography in investigating hypertension. J. Roy. Coll. Gen. Pract. 1974, 8: S.175-178

Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 1964, 5. Aufl., Stuttgart 1980

Balint, E. und J.S. Norell: Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt/M. 1977

Beck, D.: Krankheit als Selbstheilung. Frankfurt/M. 1981

Benett, A.E. (Ed.): Communication between doctors and patients. Oxford 1976

Borchert, G.: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang und Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumen und der Arztdichte. Bundesminister für Arbeit und Soziales, Gesundheitsforschung, Bd.25, Bonn 1980

Bowling, A.: Delegation in General Practice — A study of doctors and nurses. London 1981

Braun, R.N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München 1970

Byrne, P.S. und B.E.L. Long: Doctors talking to patients. HMSO, London 1976

Dellipiani, A.W. et al: Teeside Corobary Survey. Brit. Heart J. 1977, 39: 1172-78

Dingwall, R.: Aspects of illness. London 1976

Fitton, F. und H.W.K. Acheson: Doctor/patient relationship. HMSO, London 1979

Fry, J.: The content of practice. in: Trends in general practice. The Royal College of General Practitioners, London 1977

Fry, J.: Common diseases — Their nature, incidence and care. 2nd Ed. Lancaster 1979

Fry, J.: Primary care. London 1980

Gellmann, D.: The price of progress: technology and the cost of medical care. Canad. Med. Ass. J. 1971, 104: 401-5

Göpel, H.G.: Fallverteilung in der Allgemeinmedizin. in: Hamm 1980

Green, R.: Assuring quality in medical care. Cambridge, Mass. 1976

Häussler, S.: Die Versorgung der Bevölkerung durch praktische Ärzte. Ärzteblatt Baden-Württemberg. 1969, 24:291

Hamm, H.: Allgemeinmedizin — Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. Stuttgart 1979 (2. Aufl.)

Hamm, H. (Hrsg.): Allgemeinmedizin — Familienmedizin. Stuttgart 1980

Hampton, J.R. et al: Relative contribution of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Brit. Med. J. 1975, 2, 486-89

Hannay, D.R.: The symptom iceberg — A study of community health. London 1979

Hicks, R.: Primary health care. HMSO, London 1976, dort: Kap. 3-9

Hill, J.D, et al: A randomized trial of home versus hospital management of patients with suspected myocardial infarction. Lancet 1978, i, 837-41

Huntington, J.: Social work and General Medical Practice. London 1981

Komaroff, A.L. et al: Protocols for physican assistants. New. Engl. J. Med. 1974, 290: 307-12

Kowalski, R.: Klinische Psychologen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Erfahrungen und Entwicklungen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens. Jahrb. Krit. Med., Bd. 7, Argument-Sonderband 73, Berlin 1981

Mather, H.G. et al: Acute myocardial infarction: home and hospital treatment. Brit. Med. J. 1976, 1, 925-29

McLachlan, G. (ed.): A question of quality. Oxford 1976

McNeil, B. et al: Cost-effectiveness in hypertensive renovascular disease. New Engl. J. Med. 1975, 293: 216-21

Mishler, E.G. et al (Hrsg.): Social contexts of health, illness and patient care. New York 1981

Moehr, J.R. und K.D. Haehn (Hrsg.): Verden-Studie — Strukturanlyse allgemeinmedizinischer Praxen. Köln 1977

Morrell, D.C.: Die Bedeutung einer wissenschaftlichen Abteilung für Allgemeinmedizin in Großbritannien. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, Argument-Sonderband 17, 1977, S.94-102

Porter, A.M.W. und G.M.T. Porter: Anglo-french contrast in medical practice. Brit. Med. J. 1980, i, 1109-1112

Renaud, M. et al: Practice settings and prescribing profiles. Amer. J. Publ. Hlth. 1980, 70: 1068-73

Schagen, U.: Ambulante medizinische Versorgung. in: Deppe, H.-U.: Vernachlässigte Gesundheit — Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat und Gesellschaft in der BRD. Köln 1980

D'Souza, M.F. et al: A long-term controlled trial of screening for hypertension in general practice. Lancet 1976, i, 1228-31

Spector, R. et al: Medical care by nurses in an internal clinic. J. Amer. Med. Ass. 1975, 232: 1234-37

Spitzer, W.O. et al.: The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. New Engl. J. Med. 1974, 290: 251-56

Thomas, K.B.: Temporarily dependent patient in general practice. Brit. Med. J. 1974, 1, 625-26

Tudor Hart, J.: Von Quacksalbern zum staatlichen Gesundheitsdienst. Geschichte der ambulanten Versorgung in England. Argumente für eine Soziale Medizin, Bd. 5, Argument-Sonderband 4, 1974, S.164-187

UGDP: Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. III. Clinical implications. J. Amer. Med. Ass. 1971, 218: 1400-1410

Vries, de, W. A. et al: A double-blind trial to assess long term oral anticoagulant therapy in elderly patients after myocardial infarction. Lancet 1980, ii, 989-91

Wadworth, M.E.J., W.J.H. Butterfield und R. Blaney: Health and sickness — The choice of treatment. London 1971

Wallace, D.J. et al: Systemic Lupus erythematosus — survival patterns. J. Amer. Med. Ass. 1981, 245: 934-38

Thure von Uexküll

Approbationsordnung und Studienreform

Erinnerung an die Zukunft

1. Die Approbationsordnung als Sündenbock

Wer die Urteile westdeutscher Hochschullehrer über die Approbationsordnung liest, erhält den Eindruck, daß der medizinischen Ausbildung kein schlimmerer Schlag hätte versetzt werden können als durch den Erlaß dieser Regelung. Die Approbationsordnung als Sündenbock für die Misere unserer Medizinerausbildung entlastet die Hochschullehrer von aller Schuld an den betrüblichen Verhältnissen.

Aber wie liegen die Dinge wirklich? Was waren die Gründe, die damals zu der Neuordnung führten? Wie sahen die Ziele aus, was wurde erreicht, was nicht und woran liegen die Mißerfolge? Ohne eine sachliche Darstellung der geschichtlichen Entwicklung, ohne Analyse der Situation vor dem Erlaß der Approbationsordnung kann man die komplexen Probleme der Gegenwart nicht verstehen. Die folgende Darstellung will dafür einen Beitrag leisten.

2. Die beiden Grundübel unserer Medizinerausbildung

Das Medizinstudium in Deutschland leidet an zwei Grundübeln, die beide mit einer Überschätzung des Staates als Ordnungsfaktor in der Berufsausbildung zusammenhängen:

1. Das Medizinstudium wird zentral durch eine staatlich erlassene Ausbildungsordnung geregelt, die als eingleisiges Steuerungsinstrument ohne Rückkoppelung funktioniert. Novellierungen sind nur sehr schwer und nur durch Änderung eines Bundesgesetzes möglich.

2. Die Entwicklung der Medizin als Wissenschaft ist mit dem medizinischen Unterricht gekoppelt. Nur Fächer, die an der Studentenausbildung teilnehmen, werden mit Kliniken, Instituten, Stellen und Geldmitteln ausgestattet. Diese Regelung mag Ende des vorigen und Anfang dieses Jahr-

hunderts sinnvoll gewesen sein. Mit der immer rascheren Entwicklung der Medizin und der immer weitergehenden Aufteilung der großen Fächer in Spezialdisziplinen wurde diese Koppelung für den Unterricht zunehmend verhängnisvoll. Eine Reform der medizinischen Fakultäten, die unter dem Aspekt des Entwicklungsstandes der Medizin dringend erforderlich, aber nur über die Einführung neuer Studienfächer möglich ist, gerät immer mehr in Widerspruch zu den Bedürfnissen einer qualifizierten ärztlichen Ausbildung. Statt ein Basiswissen und -können zu vermitteln und Spezialkenntnisse der Weiterbildung nach dem Staatsexamen zu überlassen, müssen — um die Existenzberechtigung der neuen Fächer zu dokumentieren — überfüllte Studienpläne in Kauf genommen werden.

3. Die Situation vor Erlaß der Approbationsordnung

3.1. Der Unterricht

In der »Bestallungsordnung für Ärzte«, die noch aus den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts stammte, waren diese beiden Übelstände zementiert. Die Bestallungsordnung war Organ einer zentral gelenkten medizinischen Ausbildung und ein Machtverteilungsinstrument. — Sie erteilte den Lehrauftrag nicht an medizinische Fakultäten, sondern an Fächer, denen sie mit der Angabe der Stundenzahlen vorschrieb, welche Vorlesungen und Kurse wöchentlich gehalten werden mußten. Die Fakultäten waren für den Unterricht nicht zuständig und daher auch nicht an ihm interessiert. Didaktik, Unterrichtsplanung, Curriculum-Forschung waren unbekannte Begriffe. Die Lehre hatte kein Prestige. Der Aufstieg für den Nachwuchs war einseitig an Bewährung in der Forschung gebunden. Bewährung im Unterricht zählte nicht. Die Stundenpläne wurden von einer Dekanatssekretärin nach telefonischer Rückfrage bei den Fachvertretern zusammengestellt. Ich habe vor dem Erlaß der Approbationsordnung keine einzige Fakultätssitzung erlebt, in der über Unterrichtsfragen gesprochen wurde.

Dabei waren die Studienpläne schon damals überfüllt, unkoordiniert und mit Wissensstoff belastet, der nicht in die Ausbildung gehörte. Auf der anderen Seite fehlten ganze Gebiete, die für die Berufsausübung wichtig sind. Zwei Beispiele mögen das illustrieren:

Als Ausbildungsziel nannte die Bestallungsordnung den praktischen Arzt. An den medizinischen Fakultäten wurden die Studenten von 21 Spezialisten, aber von keinem praktischen Arzt unterrichtet. Jeder Spezialist lehrte den Stoff, der ihm für sein Fach wichtig schien, ohne Kenntnis von dem, was in den Nachbarfächern gelehrt wurde. Die Interpretation des heterogenen Wissens blieb den Studenten überlassen. Das Ergebnis war, daß nach übereinstimmender Bekundung niedergelassener Praktiker etwa 10 Jahre nach dem Staatexamen nötig waren, um als Autodidakt die für die Ausübung des Berufes als praktischer Arzt erforderliche Sachkenntnis

und Sicherheit zu erwerben. (Heidelberger Gespräche, Schriftenreihe des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte, Köln 1964).

Das andere Beispiel: An den medizinischen Fakultäten gab es keinen Unterricht in medizinischer Psychologie. Die Bestallungsordnung schrieb vor, daß medizinische Psychologie von dem Physiologen geprüft werden sollte.

3.2. Die Prüfungen

Der bundeseinheitliche Lehrplan regelte zwar, welche Fächer am Unterricht beteiligt waren und die Zahl der von ihnen abzuhaltenden Vorlesungen und Kurse. Er regelte aber nicht das in der Prüfung nachzuweisende Wissen und Können. Jeder einzelne Fachvertreter bestimmte allein, was er lehrte und was er prüfte. Im Examen prüfte er darüber hinaus seine eigenen didaktischen Fähigkeiten. — Die Studenten, die den Besuch der Lehrveranstaltungen durch Testate nachzuweisen hatten, wurden in Unmündigkeit gehalten. Sie lernten nicht für das Examen, sondern für den jeweiligen Ordinarius und dessen Vorlieben, oder, wie man es nannte, seinen Mätzchenkatalog.

Die bundeseinheitliche Form des Studiums war durch diese Regelung lediglich Fassade.

4. Die Situation der Medizin als Wissenschaft

Durch die schwerfällige Prozedur zur Einführung einer neuen Disziplin, die jedesmal eine Änderung des Bundesgesetzes erforderte und durch den zähen Widerstand der etablierten Fächer gegen jede Änderung der bestehenden Verhältnisse, war die Entwicklung der Medizin als Wissenschaft weitgehend blockiert. *Steudel* hat errechnet, daß die Innovationszeit, d.h. die Zeit, die von der ersten Forderung nach der Zulassung eines neuen Faches bis zu der entsprechenden Änderung der Bestallungsordnung verging, im Durchschnitt 30 Jahre betrug (Dissertation, Kiel 1973).

1956 waren zwei Referentenentwürfe des Bundesgesundheitsministeriums, welche die Zulassung der Röntgenologie als selbständiges Lehr- und Prüfungsfach vorsahen, am Widerstand der Inneren Medizin und Chirurgie gescheitert. Diese Situation schuf im Ministerium die Bereitschaft für eine grundlegende Änderung der Ausbildungsregelung.

5. Die Aufgaben für eine Neuordnung der medizinischen Ausbildung

Für den Gesetzgeber war die Beseitigung der folgenden Mängel vordringlich

1. Die Ausbildungszeit war zu lang. Sie sollte von 8 auf 6 Jahre verkürzt werden. Diese Regelung war auch durch die Notwendigkeit einer Anpassung an die anderen europäischen Länder geboten.

2. Die Ausbildung war nicht effektiv und berufsfremd. Unter dem

Zwang, immer neue Fächer am Unterricht zu beteiligen, war zunächst die Studienzeit verlängert worden. Als das nicht mehr ausreichte, hatte man den praktischen Unterricht aus dem Studium entfernt und in eine Medizinalassistentenzeit nach dem Staatsexamen verlegt. So lernten die Studenten bis zum Staatsexamen theoretisches Wissen ohne Praxisbezug, das nach dem Examen rasch vergessen war. Danach lernten sie dann Praxis ohne Theorie

Das Ziel war daher, Praxis und Theorie in Form eines Unterrichts in kleinen Gruppen am Krankenbett wieder zusammenzuführen. Dafür sollte das Gewicht der großen Vorlesungen reduziert werden, deren Stoff zum größten Teil aus Lehrbüchern angeeignet werden kann. Die Erfindung der Buchdruckerkunst sollte auf diese Weise auch für die Medizinerausbildung genutzt werden.

3. Die Ausbildung war einseitig naturwissenschaftlich. Ein Unterricht in Verhaltenswissenschaften fehlte vollständig. Das Ziel war daher die Einführung der entsprechenden Gebiete in den Medizinunterricht.

4. Die fehlende Koordination zwischen den verschiedenen Fächern sollte durch Einführung eines problemorientierten anstelle des bisherigen fachorienten Unterrichts erreicht werden.

Die Verwirklichung all dieser Ziele hätte die Beseitigung der beiden Grundübel zur Voraussetzung gehabt. Das war jedoch, zum Teil aus formaljuristischen Gründen nicht möglich. So konnten nur Umwege und Kompromisse Regelungen erreichen, welche die Übelstände milderten. Zwei dieser Regelungen sind besonders bedeutsam:

1. Der schwerfällige Steuerungsmechanismus, der zentralen Studienregelung sollte durch den Einbau eines Rückkoppelungssystems anpassungsfähiger werden.
2. Die enge Verknüpfung von Entwicklung der Medizin und Unterrichtsgestaltung sollte durch eine Trennung von Fachinteressen und Lehrauftrag gelockert werden.

Zu 1: Rückkoppelung setzt Erfolgskriterien und Messung voraus. Der Erfolg einer Studienordnung kann kurzfristig nur durch Examina gemessen werden. Das Ziel war daher der Umbau der Bestallungsordnung aus einem Unterrichtsprogramm in eine Examensordnung: Das im Examen nachzuweisende Wissen und Können sollte definiert werden und an die Stelle des Nachweises der Teilnahme an vorgeschriebene Unterrichtsveranstaltungen treten.

Objektive schriftliche Examina sollten die mündlichen Wissensprüfungen ersetzen. Für Prüfungen in den Fertigkeiten waren anfangs mündliche Examina durch eine Bundeskommission ins Auge gefaßt worden. Dieser Plan wurde fallengelassen und durch mündliche Prüfungen nach den Praktika (»Scheinprüfungen«) ersetzt.

Zu 2: Der Lehrauftrag sollte nicht mehr an Fächer, sondern an die Fa-

kultäten gegeben werden. Sie sollten die Aufgaben erhalten, Curricula zu entwickeln, die optimal geeignet sind, das definierte Examenswissen und Können zu vermitteln.

Das Ziel dieser Regelungen war einmal, den Fakultäten — wie in den angelsächsischen Ländern — die Unterrichtsentwicklung als zentrale Aufgabe zuzuweisen, um damit das Prestige der Lehre zu erhöhen; zum anderen sollte den Studenten die Möglichkeit gegeben werden, Selbstverantwortung für ihre Ausbildung zu übernehmen. Sie sollten lernen können, wie man lernt, z.B. durch freiwillige Kontrollen ihres Wissensstandes im Vergleich mit den definierten Examenszielen.

6. Die Approbationsordnung als Versuch, diese Ziele in Realität umzusetzen

Ich will von den Änderungen, welche die Approbationsordnung schließlich brachte, nur die wichtigsten und umstrittensten nennen: Das zentrale Prüfungsinstitut in Mainz und die schriftlichen Examina nach dem Multiple-choice-Verfahren. Beide Regelungen stellten ein völliges Novum dar. Das Mainzer Institut hat zwei Aufgaben von zentraler Wichtigkeit:

1. Die Definition des Examenswissens in Form von »Gegenstandskatalogen«, die es vermeiden, den Stoff bestimmten Fächern zuzuteilen.

2. Die Vorbereitung und Auswertung der schriftlichen Prüfungen. Sie sollte nach dem Muster des Institute of medical examiner in Philadelphia erfolgen, das die Prüfungen für fast alle medical schools in den USA herstellt. Zu diesem Zweck werden Hochschullehrer der Medizinischen Fakultäten beauftragt, Examensfragen herzustellen, die den hohen Anforderungen entsprechen, die an gute Multiple-choice-Fragen zu stellen sind. Sie werden darin von Fachleuten für Statistik- und Prüfungswesen des Instituts unterstützt.

Diese Regelung schafft eine neue Situation, von der drei Punkte hervorzuheben sind:

1. Der Gesetzgeber hat die Verantwortung für die Definition der Qualifikation als Arzt praktisch an die Fakultäten delegiert, deren Vertreter die Gegenstandskataloge bearbeiten. Damit ist die Möglichkeit einer Rückkoppelung in die Ausbildungsordnung aufgenommen; denn jetzt können die in den Gegenstandskatalogen definierten Ausbildungsziele jederzeit aufgrund einer Überprüfung ihrer Eignung für die Berufsausübung geändert werden.

2. Bei entsprechender Einsicht der Länderminister könnte jetzt auch der Machtanspruch der Fächer zugunsten einer ausgeglichenen und nicht überfrachteten Ausbildung neutralisiert werden.

3. Die bundeseinheitlichen objektiven Examina prüfen nicht nur die Studenten, sondern auch die didaktischen Leistungen der Hochschullehrer und der Fakultäten. Sie prüfen letztenendes auch die Leistungen der

Hochschullehrer, welche die Examensfragen konstruiert haben. Damit wird die Notwendigkeit für Hochschuldidaktik, Curriculum- und Examensforschung offensichtlich, und damit könnte auch das Prestige der Lehre gehoben werden.

Alle drei Punkte enthalten jedoch genügend Zündstoff, um die teilweise erbitterten Kritiken an dem Institut und der neuen Prüfungsregelung zu erklären. Hier wäre eine sachliche Diskussion der Möglichkeiten und Defizite der neuen Regelung und ihrer Konsequenzen dringend nötig.

Dabei wäre unter anderem zu klären, woher der Widerstand gegen eine Hochschuldidaktik kommt, die doch letztenendes nur die für jede Wissenschaft selbstverständliche Aufgabe übernimmt, die eigenen Methoden kritisch zu überprüfen. Woher kommt der Widerstand gegen die Ausweitung dieser Aufgabe auch auf die Lehre? Die teilweise berechtigten Kritiken an den überfrachteten Gegenstandskatalogen und an schlechten Prüfungsfragen fallen zu einem erheblichen Teil auf die Kritiker zurück; denn sowohl die Gegenstandskataloge wie die Prüfungsfragen werden nicht von dem Mainzer Institut, sondern von den Hochschullehrern gemacht, die als Experten von dem Institut berufen werden.

Die Defizite der Approbationsordnung liegen, abgesehen von der Tatsache, daß die Bewertungen der Prüfungen durch formalistische Vorschriften zu sehr eingeengt ist, auf anderen Ebenen. Sie betreffen vor allem die folgenden Punkte:

1. Die Einteilung des Studienganges in vier Abschnitte (Physikum, Staatsexamen 1, 2 und 3) erschwert eine longitudinale Integration und behält die Trennung in eine naturwissenschaftliche und eine klinische Ausbildung bei.

2. Die Forderungen nach Integration des Lehrstoffes und nach einem problemorientierten Unterricht haben nur deklamatorischen Wert.

3. Das gleiche gilt für die Forderung eines Unterrichts in kleinen Gruppen, deren Zahl nicht festgelegt ist.

7. Die Situation nach dem Erlaß der Approbationsordnung

Einen der wenigen sachlichen Artikel zu diesem Thema schrieb *Bochnik* in der FAZ am 12.10.1981:

»Die Reform der ärztlichen Ausbildung ... war überfällig wegen unzureichender praktischer Ausbildung und wegen thematischer Lücken ... Das Ergebnis dieser Reform, die heute gültige Approbationsordnung, gerät (abgesehen vom Prüfungswesen) recht gut, und man hätte mit ihr (wie mit anderen modernen Reformmodellen) gute Ärzte heranbilden können ... Die praxisorientierte Reform von 1970 bekam jedoch keine Bewährungschance. Ihr bestes Stück, der Kleingruppenunterricht, wurde vom Massenstudium erdrückt, weil rund drei Mal mehr Studenten in die Universitätskliniken geschickt wurden, deren Ausbildungskapazitäten eher rückläufig sind.«

Ein anderer Grund für den bisherigen Mißerfolg der mit der Approbationsordnung gegebenen Reformansätze ist das Unverständnis der Länderminister. Sie haben nicht begriffen, daß eine moderne ärztliche Ausbildung ein hohes Maß an Flexibilität und Verantwortung der Fakultäten für die Entwicklung geeigneter Curricula erfordert. Versuche, die Fakultäten auch personell für die neuen Aufgaben einer Curriculumplanung und -erprobung auszurüsten, sind fast überall gescheitert. Der Versuch einer Entkoppelung von Unterricht- und Fachinteressen ist ebenfalls nicht gelungen, da die Ministerien nach wie vor die Existenzberechtigung eines Faches von der Beteiligung am Unterricht abhängig machen. Die verzweifelten Kämpfe im Mainzer Institut um eine prozentuale Beteiligung kleiner Fächer an Prüfungsfragen sind das Resultat.

Aber auch nur wenige Hochschullehrer haben bisher die Chance und die Verantwortung begriffen, die ihnen mit der neuen Approbationsordnung zugefallen sind. Sie haben wenig oder nichts dazu beigetragen, die Fakultäten für ihre neuen Aufgaben vorzubereiten. Große Studentenzahlen dienen mancherorts als willkommenes Argument, um bereits eingeführte Reformen des Unterrichts wieder abzubauen und so möglichst rasch wieder zu dem Zustand zurückzukehren, der vor dem Erlaß der Approbationsordnung herrschte.

Eberhard Göbel und Udo Schagen

Gesundheitsbewegung wohin?

Vorbemerkung: Der folgende Aufsatz ist eine subjektiv formulierte Stellungnahme zum Problem der »zwei Bewegungen« im Gesundheitsbereich. Er soll nicht Ersatz für die weitergehende Analyse sein, sondern Eröffnung einer Diskussion.

Die neue Gesundheitsbewegung

Auch der zweite und, wie es scheint, vorläufig letzte überregionale Gesundheitstag, im Herbst 1981 in Hamburg, wurde mit mehr als 10000 Teilnehmern zum Ausdruck einer neuen Gesundheitsbewegung. In ihr kommt die Unzufriedenheit mit dem bestehenden System der Versorgung, der Wunsch nach mehr Einfluß des Einzelnen auf seine Gesundheit und der Wunsch nach einem sinnvollen Arbeitsplatz im Bereich Gesundheit zum Ausdruck, der sowohl dem professionellen Helfer ein eigenverantwortlich gestaltetes Betätigungsfeld gibt als auch den kranken oder um Rat suchenden Menschen als Subjekt präventiven therapeutischen Handelns begreift.

Der zweite Gesundheitstag hat zu der Frage, wie der schon auf dem ersten Gesundheitstag angelegte Konflikt zwischen der Gesundheitsbewegung aus der Zeit der Studentenbewegung der 60er Jahre und der alternativen Gesundheitsbewegung der 80er Jahre fruchtbar und aktivierend für die Durchsetzung solcher Interessen nutzbar gemacht oder aufgehoben werden kann, leider keine neuen Ansätze gebracht: Im folgenden wird deshalb die Ausgangssituation beider Bewegungen dargestellt, um möglicherweise zur Entwicklung einer gemeinsamen Perspektive beizutragen.

Die Initiatoren des ersten Berliner Gesundheitstages, eine Gruppe von Ärzten und »sonstigen« Gesundheitsarbeitern, haben den Berliner Gesundheitsladen auch deshalb gegründet, um eine kollektive und produktive Verarbeitung der allgemeinen Frustration und Resignation zu organisieren. Sie reagierten damit auf die erlebte Vergeblichkeit eines jahrelangen politisch-sozialen Engagements für eine progressive Reformpolitik im Gesundheitswesen. Ziel dieser Initiative war es, sich zu neuen gesundheitspolitischen Konzepten durchzuringen, und zwar ohne Rücksicht auf Tabus, die die Arbeit in den verschiedenen politischen und sozialen Organisationen und Institutionen häufig bestimmt hatten. Sie waren bereit, die binnenlinke Verbissenheit, die die Kultur und Politik in der ersten Hälfte der 70er Jahre bestimmt hatte, zu überwinden, um mit der Besinnung auf die eigenen Kräfte einen Neuanfang zu wagen und haben 1980 mit dem ersten Gesundheitstag in Berlin versucht, die vielen versprengten, z.T. resignierten und privatisierten Gesundheitsarbeiter mit (immer noch) linken Ansprüchen wieder an einem Tisch bzw. unter ein Dach zu bringen, um Erfahrungen auszutauschen, sich gegenseitig Mut zu machen, Perspektiven von bereits praktizierten alternativen Projekten zu erörtern und einander kennenzulernen.

Schon auf dem ersten Gesundheitstag (vgl. auch den Kongreßbericht in »Das Argument« 124, 1980), aber mehr noch auf dem zweiten haben sich über derart motivierte Gesundheitsarbeiter hinaus eine Menge Betroffener eingefunden, die — häufig ohne reflektiert politische Motivation — etwas für ihre Gesundheit, ihren Körper und ihr persönliches Wohlbefinden tun bzw. wissen wollten und begonnen hatten, sich als Opfer oder als Betroffene der herrschenden Gesundheitsordnung zu organisieren, um in kleinen Zirkeln und Kollektiven ihre Probleme selber in die Hand zu nehmen, ihre Psyche und Körperlichkeit gegen das normierende und inkompetent machende Medizinsystem zu verteidigen. Auf beiden Gesundheitstagen hofften sie, Leidensgenossen, Gleichgesinnte zu treffen, Anregungen und Erfahrungen auszutauschen und Rat sowie Hilfestellung von vertrauenswürdigen Fachleuten einzuholen.

Dieses Bedürfnis kommt unserer Auffassung nach aus einem allgemeinen Unbehagen an der »normalen« Lebensweise: wir müssen im Alltag belastende Situationen »aushalten« — wie entspannen wir uns?; die Nah-

rung ist vergiftet — wie können wir uns richtig ernähren?; die Zähne gehen kaputt — was können wir dagegen tun?! Die Aufzählung solcher Probleme ließe sich fortsetzen. Es bleibt aber für die Betroffenen das Problem, wie man an Informationen zur Verbesserung der eigenen Lebensgestaltung kommt, ohne einer zerstörenden »Wissenschaft« auf den Leim zu gehen. Von der Mehrheit der Gesundheitstagbesucher werden aber nicht nur die heutige medizinische Wissenschaft, sondern auch die Ideologien von alternativen Wunderheilern, von Gurus, von Anthroposophen, von Homöopathen abgelehnt. Ihre praktischen Methoden interessieren aber, weil sie etwas anbieten, was jeder für sich gebrauchen kann. Auf dem Gesundheitstag konnten Repräsentanten dieser verschiedenen Strömungen aufgesucht werden, ohne sich verbindlich auf deren Ideologien einlassen zu müssen. Viele Gesundheitstagbesucher sind nur aus diesem Grund, also nicht mit einer beruflichen oder politischen Frage zum Gesundheitstag gekommen, ein weiterer Hinweis dafür, daß sie »nur« nach einer persönlichen Gesundheitsperspektive für sich suchen.

Schließlich ist der Gesundheitstag zu einem Treffpunkt für diejenigen geworden, die bereits in den verschiedenen Lebensbereichen damit begonnen haben, den status quo der herrschenden Verhältnisse von sich aus zu verändern — durch die Entwicklung neuer Lebenspraxen. So waren auch viele Teilnehmer aus der Friedensbewegung, der Frauenbewegung, der Ökologiebewegung, der Instandbesetzerszene wie auch aus der Anti-AKW-Bewegung auf dem Gesundheitstag vertreten. Viele von ihnen sind gewerkschaftlich organisiert und in den Kämpfen der Gewerkschaft aktiv.

Zahlreiche Sozialisten im Gesundheitsbereich, besonders die aktiv in Gewerkschaften und Parteien organisierten, haben beträchtliche Schwierigkeiten, diese neue(n) Bewegung(en) zu verstehen, sich mit ihnen produktiv auseinanderzusetzen. Als Anregung zu diesem, nach unserer Auffassung notwendigen Lernprozeß, einige vorläufige und normative Thesen:

Die geäußerten Bedürfnisse, Ansprüche, Werte müssen ernstgenommen werden, wir dürfen nicht mit einem verächtlichen oder hilflosen Lächeln darüber hinweggehen, sondern diese vielmehr verstehen lernen als Versuch, sich nicht nur zu verweigern, aus der übrigen Gesellschaft »auszuklinken«, sondern dabei zugleich eine positive Gegenkultur von unten aufzubauen, als Versuch, Menschlichkeit, Wärme, Solidarität, Vertrauen bereits hier und heute zu praktizieren, sich nicht mehr damit abfinden zu wollen, die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse auf irgendeinen Sanktnimmerleinstag, kurz nach der Weltrevolution zu verlegen.

Ernstnehmen heißt nicht einfach zu überlegen, wie wir das Potential, das offensichtlich eine *praktische* Negation der herrschenden Gesellschaftsordnung durch gelebte Utopien/Alternativen versucht, für eine ge-

samtgesellschaftliche, sprich sozialistische Perspektive der Gesellschaftsordnung gewinnen können. — Es bedeutet vor allem zu fragen, ob die in so vielfältigen Formen artikulierten Bedürfnisse und Ansprüche berechtigt, d.h. verallgemeinerbar sind.

Falls wir zum Ergebnis kommen sollten, daß da nicht nur ein paar gesellschaftlich marginale »Spinner/Utopisten« (vgl. Deutsches Ärzteblatt 78, Heft 46, 1981, S.2205) am Werk sind, denen die revolutionäre Geduld abgeht und die daher »schon auf Erden das Himmelreich errichten« wollen, falls wir zum Resultat kommen sollten, daß die neuen Ansprüche und Bedürfnisse was mit dem »neuen Menschen« zu tun haben, den wir uns alle wünschen; kurz: falls wir meinen, daß die neuen Tugenden/Bedürfnisse nicht nur mit einer sozialistischen Gesellschaft (nicht un-)vereinbar, sondern für sie erst recht notwendig sind, dann müssen wir uns von dieser Bewegung produktiv verunsichern lassen, müssen das Bedürfnis nach Selbsttätigkeit, nach kollektiver und subjektiver Aneignung von Körperlichkeit und Gesundheitswissen als Fragen an unsere bisherige Gesundheitspolitik, müssen unsere Forderungen daraufhin durchleuchten, wie in ihnen die neuen Bedürfnisse »aufgehoben« sind — und zwar in dem Sinne, daß ihrer Befriedigung Freiräume gewährt werden, die nicht den Charakter von Spielwiesen »zum Austoben« haben, vielmehr müssen diese Räume konstitutiv sein für ein Gesundheitssystem, das den Bedürfnissen aller besser dient. Dies ist nicht mißzuverstehen als Institutionalisierung des Antiinstitutionalismus, was auf eine Verwaltung/Vergewaltigung der Bewegung hinauslaufen und das Ende ihrer Dynamik bedeuten würde.

Gesundheitsbewegung der siebziger Jahre

Die in der Studentenbewegung Ende der sechziger Jahre politisierten Medizinstudenten und Ärzte und mit ihnen viele Krankenschwestern und andere Arbeiter und Angestellte im Gesundheitsbereich hatten vor allem dies gelernt: eine Gesellschaft und damit auch ein Gesundheitswesen, deren innerer Zusammenhang diktiert ist von der Maximierung der Profite, vom Gesetz des Kapitals, wird und kann Formen des Lebens, in denen menschliche Fähigkeiten sich ungestört entfalten können, immer weniger Raum bieten und auch ein Leben in Gesundheit nicht zulassen. Staatliche Formen einer solchen Gesellschaft und die ihr eigenen Strukturen der Gesundheitsversorgung ändern sich auch nicht von selbst. Um sie zu verändern, reichen einzelne nicht aus. Viele müssen gemeinsam handeln. Das bedarf der Organisierung, bedarf der Organisation. Voraussetzung für die Umwälzung einer das Leben immer weiter einengenden Wirtschaftsform und damit der Möglichkeiten, gesund zu bleiben oder es wieder zu werden, Voraussetzung für ein Handeln mit sozialistischer Perspektive war die Organisierung in der Vertretung aller Arbeitenden, in den Gewerkschaften — für einige auch in sozialistischen und kommunistischen Partei-

en. Im Gesundheitsbereich, wie auch in anderen traditionell nicht gewerkschaftlich ausgerichteten Berufsfeldern, folgte ein bis heute stetig anwachsender Zustrom junger »Gesundheitsarbeiter« in die Gewerkschaft ÖTV. Anfangs und noch Mitte der siebziger Jahre fand er in den Großstädten der Studentenbewegung oft sprunghaft und mit nicht unerheblichen Belastungen für die gewerkschaftspolitische Diskussion statt: Formen studentischen Streits, an den Universitäten in den Auseinandersetzungen vor allem mit und zwischen den sogenannten K-Gruppen um die »richtige Linie« massenhaft geübt, wiederholten sich in der Gewerkschaft. Mitgliederversammlungen des Bundes gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV Berlin etwa, in den sechziger Jahren Honoratiorensitzungen vornehmlich einiger weniger organisierter Amtsärzte, gerieten in wenigen Jahren zu stürmischen Versammlungen hunderter von jungen Krankenhausärzten, die geübt in der Handhabung von Geschäftsordnungs- und Abstimmungsverfahren mit immer nur knappen Mehrheiten zwar »großsprecherische« Resolutionen verabschiedeten, sich gegenseitig aber von solidarischem Handeln abhielten bzw. sich gegenseitig blockierten. Die sich ansammelnde Wut über die geringere Wirkung solcher Beschlüsse entlud sich meist über den hauptamtlichen Funktionären, denen — oft gut begründet — nachgewiesen werden konnte, daß ihnen die Treue zur sozialdemokratischen und reformistischen Gewerkschaftsführung wichtiger war als selbst ein Versuch zur Umsetzung umbequemer Beschlüsse der sich nicht taktisch verhaltenden Gewerkschaftsbasis in den Krankenhäusern und den Fachgruppen aus dem Gesundheitsbereich. Trotz allen Streits, gemeinsam war allen neuen Gewerkschaftsmitgliedern, daß nur ihr gemeinsames Handeln im Betrieb, in ihrem Krankenhaus und nur das gemeinsame Handeln der gesamten Organisation, die Strukturen des Gesundheitsversorgungssystems so würden verändern können, daß aus ihm mehr Kräfte zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit freigesetzt werden könnten. Gewerkschaftliche Tätigkeit, Kampf für mehr Mitbestimmung am Arbeitsplatz, die Forderung, alle Arbeiter und Angestellten müßten sich für ihre ureigensten Gesundheitsbedürfnisse stark machen und sich einsetzen, waren die Synonyme für etwas, das in der heutigen Gesundheitsbewegung Selbstorganisation und Selbsthilfe heißen kann. Ein wichtiger Unterschied: die damaligen Begriffe enthielten die Erkenntnis, daß nichts, kein Reformschritt, allgemein und für alle gesichert werden kann, wenn hinter ihm nicht die Kraft der gesamten Bewegung steht und wenn er daher nicht die diesem Staat auch adäquate geronnene Form der Absicherung durch Rechtsnorm und Anspruch findet. Auf einen weiteren inhaltlichen Unterschied der damaligen und heutigen Begriffe kommen wir weiter unten noch zurück. Ausdruck des verstärkten Engagements kritischer Mitglieder aus dem Gesundheitswesen wurde das gesundheitspolitische Programm des DGB von 1972, das im wesentlichen noch auf eine Maximierung ge-

sundheitlicher Einrichtungen, allerdings vor allem mit dem Ziel der leichteren Zugänglichkeit auch für sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten, ausgerichtet war. Einen wichtigen Schritt weiter gingen die Perspektiven zur Gesundheitspolitik der ÖTV aus dem Jahre 1977: hier wurde die Forderung nach Selbstverwaltung und Selbstorganisation der Versicherten deutlich in Gegensatz zu einer Verstaatlichung mit ungewisser Verfügungsgewalt gestellt.

Schon bald, bereis in der ersten Hälfte der siebziger Jahre, wurden neben den Gewerkschaften auch andere Organisationsformen kritischer Gesundheitsarbeiter notwendig, um für besondere Teilgebiete der Gesundheitsreformdiskussion Foren zu schaffen. Ein Beispiel ist die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die neben und zeitlich parallel zur Arbeit an der im Auftrag der Bundesregierung von einem Expertengremium zusammengestellten Psychiatrie-Enquête entstand: die in der psychiatrischen Versorgung am auffälligsten sichtbaren Mängel und Versorgungslücken führten zu einer zahlen- und einflußmäßig schnell wachsenden Organisierung. Die DGSP gab sich bei der Namensgebung in Anlehnung an herkömmliche wissenschaftliche Gesellschaften eher konservativ, unterschied sich von diesen aber schon radikal durch die gleichberechtigte Mitgliedschaft aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Anfangs stand eine Ausweitung und Vervollständigung des Netzes psychiatrischer Versorgung im Zentrum der Forderungen, später war die DGSP die erste Institution, die sichtbar aus italienischen Erfahrungen lernte und Zweifel an der eigenen Kompetenz, der All-Kompetenz der Professionellen gegenüber den Laien zu formulieren suchte. Weitere Beispiele für notwendige Organisationsformen außerhalb der Gewerkschaften sind etwa die Listenverbindungen progressiver Ärztegruppen für die Ärztekammerwahlen. Innerhalb der Gewerkschaften nahmen die Frustrationserscheinungen der Kräfte mit sozialistischer Perspektive und daraus abgeleiteten Forderungen für das Gesundheitswesen zu. Einerseits mußten sie erkennen, daß die Mehrheit der in der Gewerkschaft Organisierten nicht so leicht, wie erhofft, für neue inhaltliche Forderungen zur Gesundheit zu gewinnen waren. Traditionell an den Lohnkämpfen orientiert, im wesentlichen an direkten und konkreten Verbesserungen ihres eigenen Arbeitsplatzes interessiert, begegneten Arbeiter- und Angestelltengruppen, die im Durchschnitt weit niedrigere Einkommen aufzuweisen hatten, den Forderungen der jungen Ärzte, die sich plötzlich mit ihnen solidarisierten, mit Mißtrauen. Möglicherweise auf ein ähnlich tief sitzendes, wenn auch ganz anderes, Vorurteil stießen aktive Krankenschwestern — was verstanden Frauen schon vom gewerkschaftlichen Kampf? Trotz stetig steigenden Organisationsgrades im Gesundheitsbereich waren aber Prozentsätze von etwa 20 aller Beschäftigten in Krankenhäusern nach wie vor eher die Ausnahme. Gegenüber traditionell mit Organisationsgraden von 70, 80 und

90% vertretenen Bereichen in der ÖTV, wie etwa den städtischen Versorgungs- und Verkehrsbetrieben, blieb dies eine schwache Ausgangsbasis. Sie reichte nicht, um dem Kollegen aus anderen Organisationsbereichen von der Notwendigkeit inhaltlicher Diskussion über die eigene Gesundheit und die Schritte, sie durch ihn und für ihn zu sichern, zu überzeugen. Diese Schwierigkeit muß auch mit den Möglichkeiten innergewerkschaftlicher Diskussion insgesamt zusammenhängen. Sie steht in Gegensatz zum Ergebnis aller Meinungsumfragen, in denen das Interesse an Gesundheit stets an erster Stelle steht.

Ein anderer Grund für die mangelnde Durchsetzung der neuen Positionen für eine Veränderung des Gesundheitsbereichs lag in der beruflichen Lage von Ärzten und Krankenschwestern selbst begründet: der Teil des westdeutschen Gesundheitswesens, in dem die ÖTV die Ärzte organisiert, im wesentlichen die Krankenhäuser, ist für die meisten Ärzte nur berufliche Durchgangsposition. Die Hälfte aller berufstätigen Ärzte und wahrscheinlich mehr als 3/4 der über 35jährigen ist im privat organisierten System selbständig niedergelassener Praxisinhaber tätig. Nur für die Spitze der Krankenhaushierarchie, die Chef- und einige Funktionsärzte, gibt es dort Lebenszeitpositionen — und in diese Position gelangen aktive Gewerkschafter nur selten. Die Folge dieser Situation und der damit zusammenhängenden Tatsache, daß der junge Arzt sich während der zweiten Hälfte der im Durchschnitt fünf bis acht Jahre währenden Krankenhauszeit verstärkt seiner beruflichen Qualifikation widmen muß, ist eine nachlassende bzw. nur noch unregelmäßige gewerkschaftliche Aktivität. Dies ist ebenfalls geeignet, bestehende Voruteile in der Gewerkschaftsfunktionärs-Hierarchie, aber auch bei anderen aktiven Gewerkschaftern zu bestätigen.

Ähnliche Probleme gelten für Krankenschwestern. Von vielen jungen Frauen wird der Beruf immer noch als eine Übergangsstation zum zunächst erstrebenswert erscheinenden, vom beruflichen Streß nicht so eingeengten, Dasein als Hausfrau und Mutter angesehen. Später wird er als Teilzeittätigkeit, in jedem Fall aber neben der nicht genügend gesellschaftliche — und männliche — Unterstützung erfahrenden und erhebliche Belastungen mit sich bringenden Hausfrauentätigkeit ausgeübt. Beides schränkt die Möglichkeiten kontinuierlichen gewerkschaftlichen Engagements erheblich ein.

Sowohl die Schwierigkeiten, sich innerhalb der Gewerkschaften durchzusetzen, als auch die objektiv nur kurze Zeit bestehende Möglichkeit, in der Organisation aktiv zu sein, führten mit den ausbleibenden Erfolgen bei vielen zur Resignation, bei anderen sogar zu einer letztlich gewerkschaftsfeindlichen Haltung, die sich durch Erscheinungen verfestigter Bürokratie und Hierarchie, politisch einseitiger Ausrichtung an den reformistischen Zielsetzungen der rechten Sozialdemokratie, wenn nicht gar an

offenbar werdenden Formen echten Bonzentums (Neue Heimat-Skandal) bestätigt fand. Es fehlte aber auch eine neue Solidarkultur innerhalb der Gewerkschaft, die das Persönliche als Element einer linken Politik als selbstverständlich ansah.

Autonomie und Organisation

So ist es kein Wunder, wenn sich in den letzten Jahren eine starke Gesundheitsbewegung, beeinflußt und teilweise identisch mit den Frauen- und den Öko-Bewegungen, außerhalb, neben und teilweise sogar gegen die Gewerkschaftsbewegung gebildet hat. Ihre Ausgangspunkte der Kritik am Gesundheitswesen sind häufig ähnliche, wie die der gewerkschaftlich orientierten Gesundheitsbewegung zehn Jahre früher: Lücken in der Versorgung und Betreuung unter- bzw. nicht-versorgter Bevölkerungsteile. Häufig sind es auch entgegengesetzte: die Ursache von Unmündigkeit der Patienten, mindestens ein Hindernis zu ihrer Überwindung, wird in der ständigen Bereitschaft medizinischer Institutionen gesehen, dem Patienten eigene Entscheidungen abzunehmen, ihn »zu versorgen«, ihn aus einer totalen Versorgungskontinuität und damit der Kontrolle nicht herauszulassen.

Ihre Vorgehensweise ist daher radikal anders: sie setzt auf die direkte Mithilfe und Selbstaktivierung der Betroffenen, sie will direkt die Mündigkeit des Einzelnen erreichen, nicht erst über die Befreiung aus ökonomischer Abhängigkeit, sie will sofortige, individuelle Aktion gemeinsam in kleinen Gruppen, sie ist eher gegen die Experten, die Professionellen, gerichtet und mißtraut deren Rat aus schlechter Erfahrung. Diese ihre Vorteile sind gleichzeitig die Nachteile und Gefährdungen der neuen Bewegung: weil sie auf die Selbstinitiative, auf die Mündigkeit des Individuums setzt und übersieht, daß die Möglichkeiten der Entfaltung, die individuelle Kompetenz nicht in allen Schichten in gleicher Weise vorhanden sind, bleibt sie in Gefahr, Positives nur für Mittelschicht-Angehörige auf Dauer anbieten zu können. Weil sie auf sofort durch Kleingruppen umsetzbare Verbesserungen gerichtet ist, schafft sie möglicherweise Inseln der Gesundheit für wenige, die den vielen aber umso unerreichbarer scheinen müssen. Das von den Selbsthilfe-Gruppen Erreichte wird sofort erreicht, kann Modell sein, ist aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht für alle erreichbar.

Schon aus der oben dargestellten Situation, daß große Teile in unserem Gesundheitssystem heute als privat organisierte Kleinbetriebe für direkte gewerkschaftliche Einwirkung schwer zugänglich sind, ergibt sich die Notwendigkeit politischer Aktivtiät für autonome Gruppen. Dies gilt für den größten Teil des nichtstationären Bereichs, den Bereich gesundheitlicher Grundbedürfnisse. Auch im stationären Bereich, dort, wo die persönlichkeitszerstörende Kraft der Routineabläufe, z.B. im Großkrankenhaus

nicht durch gewerkschaftlich Organisierte aufgegriffen und in Frage gestellt wird, sind auf die Durchsetzung menschlicher Grundbedürfnisse gerichtete Initiativen notwendig. Viele dieser Gesundheitsinitiativen unterscheiden sich von herkömmlichen Bürgerinitiativen nicht nur durch den Inhalt ihrer Hauptforderungen, sondern auch qualitativ durch die Breite ihrer Zielsetzung: während Bürgerinitiativen traditionell ein breites politisches Spektrum auf ein einzelnes gemeinsames Ziel, das kurzfristig erreichbar ist, hin organisieren, gilt für die meisten Gesundheitsinitiativen mehr: einmal organisieren sie fast ausschließlich Personen, die dem bestehenden Gesellschaftssystem grundsätzlich kritisch gegenüberstehen, zum anderen ist nicht nur ein kurzfristig erreichbares Ziel, sondern die Gesundheit als menschliches Grundbedürfnis insgesamt Gegenstand ihrer Aktivität. Diese Gesundheit wollen sie nicht nur für sich selbst, an ihrem eigenen Arbeitsplatz im Gesundheitssystem, sondern vor allem für andere, die zu ihnen kommenden Patienten, durchsetzen. Dabei ist für sie Gesundheit als Grundbedürfnis nicht trennbar von anderen Grundbedürfnissen wie der Freiheit des Einzelnen von Ausbeutung und dem Wissen von der Abhängigkeit biologischer Vorgänge im eigenen Körper vom Leben in der Gesellschaft. — Ein Entweder/Oder in der Frage gewerkschaftliche Organisation/unorganisierte Gesundheitsinitiativen kann es daher für uns nicht geben. Die Diskussion um das, was für mehr Gesundheit getan werden muß, das politische Handeln im Gesundheitsbereich, sind zu wenig entwickelt, als daß auf nur eine Aktivität verzichtet werden könnte.

Bei der Suche nach weiterführenden Antworten auf die Frage, wohin entwickelt sich die Gesundheitsbewegung, mußten wir feststellen, daß die Hereinnahme der theoretischen Diskussionen der Studentenbewegung in die Medizin bis heute wenig erkennbare Früchte getragen hat. Die Beschäftigung mit der Dialektik der Natur, der Bedeutung der Arbeit für die Entwicklung des Menschen hat der wissenschaftlichen Diskussion in anderen Disziplinen, z.B. der Psychologie (Kritische Psychologie), der Ökonomie (marxistische Wirtschaftstheorie und Bildungsökonomie), der Soziologie (marxistische Gesellschaftstheorie) und den Philologen bedeutende Impulse gegeben. In der Medizin bleibt dagegen heute zu fragen:

— Welche Veränderungen haben linke Mediziner/Ärzte seit der Studentenbewegung der 60er Jahre in der Medizin bzw. in den klassischen Fächern der Medizin erreicht?
— Welche Angebote können diese Mediziner Menschen machen, die heute dem normalen Medizinbetrieb mißtrauen und die ein positives Wissen über ihre Krankheiten und über ihren Körper haben wollen?
— Welche Impulse aus dieser Richtung sind vom »normalen« Medizin- und Wissenschaftsbetrieb aufgenommen worden?
— Welche Gebiete der traditionellen Medizin sind eigentlich unberührt geblieben? Warum?

— Wie wird der Entwicklungsstand in den einzelnen Disziplinen beurteilt?

Mit der Bearbeitung dieser und ähnlicher Fragen könnten neue und weiterführende Antworten auch für die Führung der politischen Diskussion, für die Beantwortung taktischer und strategischer Fragen der Gesundheitsbewegung selbst gefunden werden.

Heiner Keupp, Manfred Cramer, Eckhard Giese,
Wolfgang Stark und Stephan Wolff

Psychologen auf der Suche nach einer neuen politischen Identität*

Gemeindepsychologische Perspektiven

— so der programmatische Titel — wollte dieser Kongreß eröffnen. Was ist das eigentlich für ein Anspruch? Für die Medien setzte er sich ebenso wenig in präzise Vorstellungen um, wie für die meisten Teilnehmer. Die zwei Überschriften, die »Der Tagesspiegel« über seine Berichterstattung setzte, bringen die Widersprüchlichkeit dieses Kongresses sehr gut zum Ausdruck: »Psychologen entdecken die Gemeinde« und »Selbstkritische Fragen auf dem 2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie« (21. Februar 1982). Der Anspruch des Kongresses zielte auf die Politisierung einer Profession, jedoch nicht im Sinne jener ritualisierten Bekenntnisse zu einer programmatischen Fortschrittlichkeit, sondern im Sinne einer »inneren Politisierung«, die auf das eigene professionelle Selbstverständnis zielt.

Das Thema »gemeindepsychologische Perspektiven« steht hier für den Versuch, die Funktion und reale Form psychosozialer Praxis in einer Gesellschaft vom Typus der BRD zu reflektieren. Es signalisiert den Bruch mit einem therapeutischen Technizismus, der in dem kompetenten Experten die Garantie für eine richtige und verantwortungsvolle Praxis sieht. Es steht für die Bereitschaft, sich über den Zusammenhang von persönlichen Krisen und Leidenszuständen und gesellschaftlichen Entwicklungen mehr Klarheit zu verschaffen. Und schließlich steht dieses Thema für das wachsende Bewußtsein, daß die aktuellen politischen Entwicklungen (Abbau des Sozialstaates, Aufrüstungspolitk oder Gesundheitssicherstellungs-

* Überlegungen zum 2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie. 14.-19. Februar 1982 in Berlin. Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.

gesetz) das eigene Berufsfeld direkt betreffen und zu einer politischen Auseinandersetzung zwingen.

Psychotherapiekongresse mit öffentlichkeitswirksamem Zuschnitt (wie etwa die Lindauer Therapiewochen) haben neuerdings ihre politische Renomierveranstaltung, bei der durchaus selbstkritisch angesprochen wird, daß man sich als Spezialisten für Ängste bislang zu wenig mit der wachsenden Angst vor dem Atomkrieg auseinandergesetzt habe oder sich zu wenig der Ängste der Jugend angenommen hätte. Ein Nachmittag mit einem solchen Thema und ein publikumswirksamer Referent garantieren eine gute Presse, die dem Berufsstand politische Sensibilität und Verantwortlichkeit attestiert. Das therapeutische Spezialprogramm läuft allerdings davon unberührt ab — wie gehabt.

Gesundheitspolitischer Suchprozeß

Dem Berliner Kongreß hatte keine geschickt operierende Kongreßdramaturgie zu einer eindrucksvollen politischen Manifestation verhelfen können. Er verlief als berufs- und gesundheitspolitischer Suchprozeß ab, an dem sich noch nicht einmal die Mehrheit der Referenten und Teilnehmer aktiv beteiligen wollten. Insofern bestand der etwas größere Teil dieses Kongresses aus Symposien, Referaten und Workshops, die sich mit spezifischen klinisch-therapeutischen Problemstellungen beschäftigten. In diesem Trend kam sicherlich einerseits das Interesse vieler Teilnehmer zum Ausdruck, bei einem solchen Kongreß in erster Linie etwas für ihre fachliche Weiterbildung zu tun. Andererseits drückt er auch aus, daß der Prozeß der »inneren Politisierung« viel weniger positive Identifikationen bietet. Er fordert eine selbstkritische Reflexion, die gelegentlich Züge von Destruktivität annimmt, er vollzieht sich als Öffnung zu anderen Disziplinen (vor allem Soziologie, Politologie und Ökonomie), deren Denkweisen befremdlich abstrakt erscheinen, er zielt auf die Herausarbeitung spezifischer Grundhaltungen, die nicht identisch sind mit der Fähigkeit, in konkreten Situationen auf ein bewährtes Handlungsrepertoire zurückgreifen zu können.

Wie kam es dazu, daß sich die zwei größten Psychotherapieverbände der Bundesrepublik (sie vereinigen immerhin zusammen 13000 Psychologen) dazu entschlossen haben, sich auf die Suche nach den »gemeindepsychologischen Perspektiven« zu machen, einen mühsamen Suchprozeß einzuleiten, dessen Resultate so wenige kalkulierbar waren? In der »Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie« und in der »Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie« hat sich die große Mehrheit der Psychologen organisiert, die außer ihrem Diplom und einigen Fort- und Weiterbildungszertifikaten nur den guten Willen mitbringen, klinisch-psychologisch arbeiten zu wollen. Sie besitzen nicht das Privileg der über Delegation möglichen Kassenzulassung und sie streben in ihrer Mehrheit

dieses Privileg auch nicht an. Das drückt sich auch in den gesundheitspolitischen Optionen der beiden Verbände aus. Sie haben in den letzten zehn Jahren konsequent eine Professionalisierung nach dem Vorbild der Ärzte abgelehnt, sie haben sich gegen das Prinzip der freien Niederlassung ausgesprochen und sie haben jetzt auch in Berlin wieder ihre Ablehnung von »Psychotherapie auf Krankenschein« bekräftigt. Aus diesem Grunde haben sie auch gemeinsam mit den Gewerkschaften und der »Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie« den Entwurf zu einem Psychologengesetz abgelehnt und als Alternative konkrete Vorschläge für eine sinnvolle Planung und Regelung des ambulanten psychosozialen Bereichs vorgelegt.

Therapieverbände, Alternativbewegung und Politisierung

In den beiden Therapieverbänden konzentriert sich das Resultat der Vervielfachung von Psychologen, die sich in der letzten Dekade vollzogen hat, sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in der Problemzusammenballung, die in einer Berufsgruppe stattfinden muß, die in ihrer beruflichen Identität und in ihrer institutionellen Etablierung noch so ungesichert ist. Im Unterschied zu den Therapieverbänden, die über selbst gesetzte Zulassungsbarrieren dafür sorgen können, daß die gesicherten Reproduktionsfelder (etwa bei den Kassen) nicht durch zu viel Konkurrenz gefährdet werden, halten die beiden Psychologenverbände die Mitgliedschaft absolut offen. Sie werden dadurch zu Szenen, in denen sich die Krisenhaftigkeit des Berufs und die sie auslösenden und verstärkenden Krisen der Gesellschaft abbilden. Gesellschaftliche Krisen zeichnen in keinem andern Bereich beruflicher Tätigkeit ihre Spuren so zwangsläufig ein wie in das Handlungsfeld und die Motivationsbasis psychosozialer Praxis. Die den Berliner Kongreß veranstaltenden Verbände sind von ihrer verbandlichen und Mitgliederstruktur her die Institutionen, in denen sich der krisenbedingte Problemdruck zeigt und die zugleich Medien der Problembearbeitung sind. Dies war auch die Hauptfunktion des Berliner Kongresses. Er sollte der Reformulierung psychosozialer Praxis und Berufsidentität, die sich real in den verschiedensten Variationen vollzieht, neue Impulse vermitteln. Er sollte durch die Einbeziehung von Vertretern aus Disziplinen, die sich mit Sozialpolitik, Ökonomie des Wohlfahrtsstaates und Berufsfeldforschung beschäftigen, die Informations- und Reflexionsmöglichkeiten verbreitern. Und er sollte durch die Diskussion mit ausländischen Kollegen aus Holland und Italien Perspektiven vermitteln, die über diejenigen Sichtweisen und Lösungswege hinausweisen, die der bundesrepublikanische Diskurs hervorgebracht hat. Im dem Anliegen hatte der Kongreß viele Berührungspunkte zu den Gesundheitstagen, von denen sicherlich auch einige Teilnehmer geprägt waren. Zugleich war der Teilnehmerkreis weniger durch die Alternativbewegung geprägt. Die Diskussion war stark be-

stimmt von Praktiken aus den verschiedensten institutionellen Feldern und von Leuten aus den Hochschulen.

Bei etwa 3000 Teilnehmern und über 400 Referenten war es kaum zu erwarten, daß sich der Kongreß als konsistenter und gemeinsamer Reflexionsprozeß vollziehen konnte. Er wurde von vielen Teilnehmern als unübersichtlich, chaotisch und zerrissen wahrgenommen. Aber er hatte doch seine wahrnehmbare innere Struktur. Fast allen Kongreßbeobachtern ist aufgefallen, daß er im Grunde in zwei verschiedene Kongresse zerfallen ist, die kaum Verbindungen hatten. Der eine hatte sich der »gemeindepsychologischen Perspektiven« angenommen und sich vor allem auf sozialpolitische Themen und auf Möglichkeiten der Erforschung von Lebenswelten konzentriert.

Das eher größere Teilnehmerfeld zog es allerdings zu klinisch-therapeutischen Themen. Hier konnte man dann auch Themenblöcke finden, die problemlos auf einen beliebig anderen Kongreß für Klinische Psychologie hätten verlegt werden können. Hier sucht und fand eine vor allem von den Hochschulen her kommende Gruppe von klinischen Psychologen ihr Profilierungsfeld (auch in der Form wie die Referate abgezogen wurden). Sicherlich hat es in diesem Kongreßteil auch Veranstaltungen gegeben, die für Praktiker einen hohen Gebrauchswert hatten.

Es bleibt die Frage, warum sich der Kongreß nur halbherzig auf sein Thema eingelassen hat und sein Anspruch deshalb auch nicht als voll eingelöst gelten kann. Eine Antwort darauf wird die konkreten Realisierungsbedingungen für das programmatische Vorhaben des Kongresses genauer zu beleuchten haben. Uns scheinen die folgenden Bedingungen wichtig zu sein:

1. Schon die Gesundheitstage taten sich schwer, die verschiedenen Strömungen der Gesundheitsbewegung in einen gemeinsamen Diskurs einzubinden, obwohl ihre Rekrutierungsbasis wahrscheinlich politisch mehr Gemeinsamkeiten hat, als das für die Teilnehmer dieses Kongresses gelten kann. Für die stark vertretene universitäre klinische Psychologie war von vornherein keine Bereitschaft zu unterstellen, sich die Themenstellung anzueignen. Für sie war dieser Kongreß ein gutes Forum, das man nutzen wollte (in einer Kongreßumfrage äußerte sich ein Teilnehmer: »Gekommen bin ich eigentlich nur, als ich gesehen habe, daß es nicht nur um Gemeindepsychologie ging«). Teilnehmer dieser Orientierung haben die gemeindepsychologische Problemstellung entweder ignoriert — und das ließ das Programm problemlos zu — oder empfanden sie auch als Zumutung.

2. Der Kongreß hat sich inhaltlich mit der Krise des Wohlfahrtsstaates auseinandergesetzt und sicherlich dabei auch einige wichtige Einsichten erarbeiten und vermitteln können. Zugleich hat diese Krise viele Teilnehmer nach Berlin getrieben und den Kongreß immer wieder praktisch eingeholt. Für viele war der Hauptgrund für ihre Kongreßteilnahme die Stellensuche

oder die Suche nach Orientierungen im professionellen Revier, dessen Trends ja sehr schnell in neue Anforderungen auf dem angespannten Arbeitsmarkt umschlagen. Da die Krise als drängendes Reproduktionsproblem tagtäglich spürbar ist, sinkt auch die Motivation, sich mit deren Einschätzung noch tagelang zu konfrontieren. Gerade der »gemeindepsychologische Teil« des Kongresses war in seiner als professionskritisch wahrgenommenen Grundhaltung sicherlich nicht sehr ermutigend für Leute, die auf Stellensuche sind. Wer gehofft hatte, daß die »gemeindepsychologischen Perspektiven« ein neues Berufsrevier für Psychologen eröffnen würden, der mußte schon durch den Kongreßführer enttäuscht werden, der die »Gemeindebeglückung« durch Psychologen sehr kritisch thematisiert hat.

3. Die »innere Politisierung« einer Profession ist nicht identisch mit einer fortschrittlichen politischen Option. Für den Frieden, gegen den Abbau von Sozialleistungen und für die Schaffunng einer menschenwürdigen Umwelt zu votieren, ist eine Sache, die Konsequenzen solcher programmatischer Positionen für die eigene berufliche Identität zu reflektieren ist eine andere, eine wesentlich schwierigere Sache (typisch hierfür ist vielleicht die Äußerung einer Teilnehmerin: »Ich hab mir das Eröffnungsreferat angehört und dann wußte ich, daß hier die politische Richtung stimmt und dann habe ich meinen Körpertherapie-Workshop gemacht, der für mich persönlich wichtig ist!«).

Eine äußerliche Verbindung von Politik und Psychologie war lange Zeit die Linie programmatischer Forschrittlichkeit, die von Psychologenverbänden auch standhaft gehalten wurde. Ihre inneren Vermittlungen aufzuspüren und das zugleich auch noch auf dem Hintergrund und unter Bezug auf die aktuelle Krise zu leisten, war sicherlich nicht auf Anhieb möglich. (Ein Teilnehmer: »Die meisten Teilnehmer und auch Referenten sind bei diesem Thema noch verunsichert, das dies auf einem sehr komplexen Niveau zwischen Psychologie und Politik abläuft«.) Dazu kam, daß sich der durchschnittliche theoretisch-analytische Vorsprung der einbezogenen sozialwissenschaftlichen Experten nicht ohne weiteres auf die Erfahrungsebene psychosozialer Praktiker beziehen ließ. Das aber ist die Voraussetzung dafür, daß sich eigene Erfahrungen und sozialwissenschaftliche Analysen zu neuen Haltungen synthetisieren lassen. Abgesehen davon, daß es wichtig und positiv war, daß dieser Kongreß einen Suchprozeß eingeleitet und eine neue Form von Politisierung unter Psychologen angestoßen hat, bleiben einige Einsichten festzuhalten, die sich im sozialpolitischen Schwerpunkt gewinnen ließen. Die Beiträge der Ökonomen verhalfen zu der Einschätzung, daß es keine zwingenden ökonomischen Sachgesetzlichkeiten gibt, die in einer gesellschaftlichen Situation wie gegenwärtig einen Abbau von Sozialleistungen notwendig machen. Es ist allein eine politische Entscheidung, die möglich ist in einer ideologischen Grundströ-

mung und Atmosphäre, die soziale Leistungen in ein Assoziationsfeld von Überversorgung bringen (z.B. Hängematte, soziales Netz, Wohlfahrt). Daß in Zeiten knapper werdender öffentlicher Ressourcen am ehesten dort Abstriche gemacht werden, wo am wenigsten gesellschaftliche Macht zu erwarten ist, erklärt zudem, warum auch kostensparende Strukturreformen im gesellschaftspolitischen Feld nicht durchsetzbar sind. Es ist gerade im psychosozialen Bereich der gegenteilige Trend zu beobachten: Er wird real nach konservativen Vorstellungen neu strukturiert mit der Stärkung der ärztlichen Position, der Gefährdung ambulanter, multiprofessionell zusammengesetzter Teams und mit der Tendenz, die Psychologen ganz auf den privaten Psychomarkt zu drücken, was für die Mehrheit der Psychologen zur beruflichen Deklassierung führen wird. Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt im Schneidungsfeld von Sozialpolitik und gemeindebezogener psychosozialer Arbeit bezog sich auf die Einschätzung kommunaler Sozialpolitik. Deren »Entdeckung« durch die gesundheits- und sozialpolitische Reformbewegung steht in einem bemerkenswerten Kontrast zu dem immer wieder behaupteten Kompetenzen- und Ressourcenverlust der kommunalen politischen Ebene. Die kommunalpolitische Politikrunde, die auf dem Kongreß zu einer Diskussion eingeladen worden war, übertraf sich in dem Beklagen über die schwindenden Einfluß- und Gestaltungsmöglichkeiten der kommunalen Ebene. Die einzige Ausnahme bildete der Vertreter der Berliner AL, der zugleich bewies, wie viel politisch auf der kommunalen Ebene doch geht, wenn dafür eine Basis da ist.

Italienische und holländische Impulse

Wegen ihres besonderen Gewichts wollen wir das Auftreten der beiden starken Gruppen aus Italien und Holland besonders einschätzen. Es war der erste deutsche Psychologenkongreß, bei dem sich der ausländische Einfluß nicht als US-amerikanische Dominanz realisierte. Es wurde von vielen Teilnehmern als Befreiung erlebt, die eigene Kompetenz und Berufsrolle nicht auf dem Umweg über amerikanische Referenzen bestimmen zu müssen. Darin drückt sich sowenig wie in der Abrüstungsdiskussion ein Antiamerikanismus aus, sondern die lange ersehnte Abkoppelung von der Zuchtrute des in der Psychologie so übermächtigen Positivismus, der in der BRD unter Verweis auf die angloamerikanische Wissenschaftsszene hochgehalten wird.

Zwischen niederländischen und deutschen Berufspraktikern und Forschern gibt es seit dem Nationalsozialismus praktisch keine Kontakte mehr. Stattdessen entwickelten sich die Kulturen auseinander, ergaben sich neue Orientierungen. Für Kollegen aus NRW ist Holland vielleicht für einen Kurzurlaub interessant, die kulturellen Schranken sind jedoch sehr hoch.

Ganz im Gegensatz zur italienischen oder US-amerikanischen psychosozialen Szene interessierte die niederländische kaum. Es gibt bisher keine einzige Veröffentlichung und ein auch nur sehr fragmentarisches Wissen. Bekannt ist bei uns vielleicht, daß »man in Holland leicht abtreiben kann«, daß »man hier sehr viel für Behinderte macht«, daß die Drogenszene liberaler gehandhabt wird oder daß Foudraine aus den Niederlanden kommt. Dieses reichlich fragmentarische Wissen konnte man in Berlin zum ersten Mal erweitern, weil hier neben italienischen vor allem niederländische Kollegen eingeladen wurden.

Der bei uns unbekannte Initiator der sozialpsychiatrischen Bewegung in Holland, Cornelis Trimbos aus Rotterdam hielt das Eröffnungsreferat des Kongresses in Form einer nachdenklichen, politischen Rede über die Krise des Wohlfahrtsstaates. Elf andere — in den Niederlanden bekannte — Soziologen, Psychiater und Psychologen gaben einen Überblick über die niederländische psychosoziale Landschaft, die viele Gemeinsamkeiten mit der BRD, aber auch grundlegende Unterschiede aufweist.

Die in den letzten Jahren dort durchgeführte Strukturierung des psychosozialen Bereiches, die Versicherung und Verrechtlichung psychosozialer Arbeit sind wie der unvergleichbare Ausbau des ambulanten Bereiches niederländische Besonderheiten, die in Berlin vorrangig diskutiert wurden.

»Ist in Holland die Welt in Ordnung?« Wurde uns hier etwas vorgemacht?« »Haben die keine Probleme?« »der Friede in Holland« — in solchen und ähnlichen Bemerkungen wurde das große Interesse aber auch Skepsis (»wollen wir wirklich so einen Versorgungsstaat?«) an den niederländischen Beiträgen deutlich. Ihre Bedeutung und Wirkung kann so zusammengefaßt werden: Die wesentlichen Forderungen zu Neuordnungen des psychosozialen und psychiatrischen Bereiches sind dort durchgesetzt. Damit werden jedoch neue Probleme sichtbar. Umgekehrt strampeln wir uns hier reichlich ergebnislos an Problemen ab (= wie dem Monopol der niedergelassenen Nervenärzte), die in Holland überhaupt nicht bekannt sind. Deswegen haben wir hier eine vergleichsweise stärker politisierte Szene (die Niederländer nur schwer verstehen können).

Die Einladung einer 14-köpfigen italienischen Referentengruppe aus Triest, Genua, Arezzo, Reggio-Emilia und Bologna war folgendermaßen motiviert:

— der Aufbau einer gemeindenahen, nicht-ausgrenzenden psychosozialen Versorgung und der Verzicht auf die psychiatrischen Anstalten ist nach wie vor in Italien am weitesten fortgeschritten;
— der italienische Diskurs enthält Elemente, die in der fortschrittlichen Psychologendiskussion in der Bundesrepublik kaum enthalten sind, wobei hier besonders die Kontinuität von professioneller Arbeit und Politik interessiert, die den italienischen Ansatz auszeichnet.

In den insgesamt zehn Referaten wurde ein Panorama der italienischen Psychiatriereform Anfang der 80er Jahre ausgebreitet. Es wurden Referate zu Themen wie Prävention; Arbeitsmodell der neuen Psychiatrie; Psychiatrie und Politik ; sozialpolitische Aspekte der Psychiatriereform; Probleme der Reform in der Großstadt u.a.m. gehalten. Die den ganzen Kongreß durchziehende Teilung in einerseits einen therapieorientierten und andererseits einen 'versorgungskritischen', sozialpolitisch ausgerichteten Schwerpunkt, schlug gerade auch bei der Organisation der italienischen Teilnahme am Kongreß durch: es war bei der Vorbereitung kaum gelungen, italienische Referenten in klinisch orientierten Themenblocks unterzubringen.

Was die Wirkung der durchweg originell und engagiert abgefaßten italienischen Beiträge auf das insgesamt stark desintegrierte Kongreßgeschehen betrifft, so ließen sich folgende Beobachtungen machen:

1. Die meisten Referate lösten trotz ihrer teilweise hohen sprachlichen und gedanklichen Komplexität rege Diskussionen und starkes Interesse aus.

2. Enthusiasmus oder eo ipso-Zustimmung zu den italienischen Beiträgen war nicht das vorherrschende Rezeptionsmuster (wie sie etwa das Auftreten Basaglias auf dem Gesundheitstag in Berlin begleitete), eher ein abwartendes, nachdenkliches Interesse. Während ein Teil der bundesrepublikanischen Hochschullehrerfraktion die italienische Position augenscheinlich als Bedrohung ihrer Professionalität als klinische Psychologen erlebte, ist bei wohlwollend interessierten Kennern der Psychiatrieszene eine entmystifizierte, nüchternere Einschätzung den hitzigen Debatten der Basaglia-Ära gefolgt. Dem trugen auch die Kongreßbeiträge Rechnung: Der Diskurs ist facettenreicher geworden, es handelt sich um eine Auseinandersetzung mit Problemen des Arbeitsalltags der psychiatrischen Dienste, der neuen Probleme nach der Schließung der Anstalten.

Wenn insgesamt der Eindruck besteht, daß die Italiener den Kongreß vergleichsweise etwas schwächer geprägt haben als die fast gleichstarke niederländische Gruppe, so liegt das sicher nicht am Engagement der italienischen Referenten. Eher war die Sprachbarriere ein hemmender Faktor. Schließlich ist anzumerken, daß der italienische Diskurs gemeinde*psychiatrisch* akzentuiert ist, sodaß die Italiener das ansonsten völlig fehlende progressive ärztliche Element auf einem Psychologenkongreß darstellten.

Innerhalb der Italienergruppe gab es intensive Diskussionen über die Einschätzung des Auftretens und der eigenen Rolle. Gegenüber einer Tendenz, eine italienische Avantgardeposition für sich zu reklamieren (die 'Musterschülerrolle' ist den Italienern oftmals bereitwillig eingeräumt worden), erstarkte im Laufe des Kongresses eine Position, die die Aufgabe im Anstöße geben und Infragestellen sah. Schließlich zogen manche Referenten als eine Erfahrung eines so stark 'technokratisch/professionell'

orientierten Kongresses den Schluß, daß es in Zukunft vermehrt wichtig sei, Beiträge zu klassischen klinischen Themenfeldern, wie etwa der Schizophrenie aus der Perspektive der demokratischen Psychiatrie zu leisten. Die Teilnahme am Kongreß hat der italienischen Gruppe Diskussionen und Begegnungen gebracht, die von dieser für wichtig und wertvoll gehalten wurden und Momente der Frustration und Desorientierung (die auch zeitweilig viele deutsche Teilnehmer und Referenten überkamen) wettmachten.

Die Diskussion mit den niederländischen und italienischen Kollegen hat einerseits deutlich gemacht, welche gesundheitspolitischen Reformen im psychosozialen Bereich in der Bundesrepublik (vor allem im Ausbau des ambulanten Bereiches) zwingend notwendig sind. Andererseits läßt diese spezifische Rückständigkeit in der Bundesrepublik manche der auch bei diesem Kongreß abgelaufenen Diskussionen als absurd erscheinen, da sie sich eigentlich real erst stellen, wenn die Entwicklung etwa das Niveau von Holland oder Italien erreicht hat. Im Rahmen dieses Kongresses hatten solche eher irrealen Diskussionen zumindest den positiven Effekt, daß die »gemeindepsychologischen Perspektiven« nicht zu psychologisierenden Beglückungsphantasien verkamen.

Bodo Scharf, Alfred Schmidt, Erich Standfest

Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Zwischenbilanz und Perspektiven aus gewerkschaftlicher Sicht

1. Zu einigen Rahmenbedingungen der Sozialpolitik

Durch die Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen seit 1977 gelang es, die Leistungsausgaben der Krankenversicherung den Beitragseinnahmen vorübergehend anzunähern. Dadurch stabilisierte sich der durchschnittliche Beitragssatz bei etwa 11,4 v.H. (1980). Im Gefolge der »Kostenexplosion« war der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 v.H.(1970) auf 11,29 v.H. (1976), d.h. um fast 40 v.H. gestiegen. Seit 1980 vollzog sich jedoch die Ausgabenentwicklung mit 8,6 v.H. je Mitglied wieder stärker, als die Entwicklung der Einnahmen (5,5 v.H. je Mitglied). Der Ausgabenüberhang bei den Krankenkassen betrug 1980 also etwa 1,4 Mrd. DM, so daß der durchschnittliche Beitragssatz in 1981 auf ca. 11,8 v.H. steigen mußte. Dabei streuten allerdings die Beitragssätze einzelner Krankenkassen zwischen 7 v.H. und 15 v.H.! Die einzelnen Versichertengemeinschaften wurden demnach offensichtlich von dieser erneuten Kostenexpansion ungleich betroffen. Bei heute etwa gleichem Leistungsstandard ist diese Schwankungsbreite der Beitragssätze ein Hinweis auf gravie-

rende, dem systemtragenden Solidaritätsgedanken widersprechende Belastungsungerechtigkeiten. Der sich im Jahr 1980 abzeichnende Ausgabentrend setzte sich — wenn auch auf einem niedrigeren Niveau — im Jahre 1981 fort. Die Leistungsausgaben je Mitglied stiegen um 5,9 v.H., die entsprechenden Einnahmen hingegen nur um 4,8 v.H.; ein Ausgabenüberhang von 1,1 v.H. oder rund 1 Mrd. DM führte demzufolge in 1981 zu einer weiteren Erhöhung des Beitragssatzniveaus um etwa 0,1 Beitragspunkte auf rund 11,8 v.H. und lag zum 1.1.1982 bei 11,97 v.H. Gleichzeitig sind jedoch auch andere Systeme kollektiver Daseinsvorsorge in Finanzierungsschwierigkeiten geraten.

Diese Finanzierungsschwierigkeiten signalisieren, daß auch im Bereich der Gesundheitspolitik und Sozialen Krankenversicherung veränderte Rahmenbedingungen der Sozialpolitik wirksam werden. Verschiedene Anzeichen sprechen nämlich dafür, daß auch mittelfristig aufgrund eng bleibender Verteilungsspielräume die Finanzierung der Sozialleistungen einige Probleme mit sich bringen wird, wie allgemein ungünstigere wirtschaftliche Wachstumsaussichten, eine vor allem energiepolitisch motivierte Umverteilung des Sozialproduktes zu Lasten konsumptiver, daher auch der Sozialausgaben und eine erheblich stärkere konjunkturstützende und wachstumsfördernde Ausrichtung der öffentlichen Haushalte. Daraus könnte sich eine zweifache Einschränkung der sozialen Haushalte ergeben, nämlich durch eine geringeres Wachstum ebenso wie durch eine notwendigerweise sich verändernde Verwendungsstruktur des Sozialproduktes. — Derart eingeschränkte Sozialhaushalte treffen jedoch auf einen voraussichtlich wachsenden Sozialbedarf. Ein erhöhter Finanzbedarf an die Arbeitslosenversicherung und die Arbeitsmarktpolitik, die Rentenversicherung (zunehmende Frühverrentung) und Sozialhilfe wird sich z.B. infolge voraussichtlich verschärfter Massenarbeitslosigkeit ergeben; Technologieentwicklung und Rationalisierungsprozesse werden eher das Arbeitsvermögen zunehmend gefährden, z.B. den Gesundheitsverschleiß beschleunigen.

Kostensteuerung wird daher ein beherrschendes sozialpolitisches Problem bleiben. Die Politik könnte allerdings aufgrund dieser Tendenzen ihre Aufgaben einseitig als *Kostenkontrolle* interpretieren und damit angesichts eher wachsender Risiken (und damit auch steigendem Bedarf) und tradierter Versorgungsmängel und -lücken sozialpolitischen Rückschritt betreiben. Das kürzlich verabschiedete Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) verdeutlicht diese Gefahr eindringlich. Sinnvolle Ansätze zur Beseitigung kostentreibender Strukturmängel, wie die Schaffung einer Arzneimittel-Positivliste und die Errichtung eines produzentenunabhängigen Arzneimittel-Informationsinstitutes, scheiterten. Verschärfte Selbstbeteiligungsregelungen und Leistungsvoraussetzungen, die vorgeblich ausufernde Anspruchsmentalität zügeln, mißbräuchliche Inanspruchnahme

der Leistungen unterbinden und die Neigung zur eigennützigen Ausbeutung der Solidargemeinschaft durch die Versicherten austreiben sollen, wurden als vermeintlich wirksamste Kostenkontrollinstrumente bestätigt. Koalitionszwänge vermögen dieses Scheitern allein nicht zu erklären; offensichtlich scheint auch das bisher handlungsleitende Kostendämpfungskonzept einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik selbst in seiner Konstruktion für solche einseitigen, die Kostenproblematik individualisierenden Interpretationen zugänglich zu sein. Es wird daher darauf ankommen, daß Kostendämpfungskonzept um Elemente einer *»leistungssteuernden Strukturpolitik«* (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981) zu erweitern.

2. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik — ein Konzept freiwillig-unfreiwilliger Partnerschaft

Erste Anstöße in Richtung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gingen vom DGB und der BDA aus. Angesichts eines wachsenden Kostendrucks und steigender Beitragssätze, appellierten sie 1976 gemeinsam an die Selbstverwaltung der Sozialen Krankenversicherung, alle Möglichkeiten der finanziellen Konsolidierung im Interesse einer Beitragsstabilität auszuschöpfen. Insbesondere sollten die Ausgabenzuwächse für die kassen(zahn)ärztliche Versorgung, die Krankenhausbehandlung sowie die Arzneimittelversorgung an der Einnahmenentwicklung orientiert, die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt erhöht und bei der Leistungserbringung die Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit strenger als bisher beachtet werden. In dieser schwierigen Kostensituation wuchs wohl auch die Einsicht der organisierten Ärzteschaft, daß über die Finanzkraft der Sozialen Krankenversicherung auf Dauer hinaustreibende Ausgabenzuwächse die Beitragszahler überfordern, das selbstverwaltete System der Sozialen Krankenversicherung erschüttern, die bestehenden Strukturen vor allem der kassenärztlichen Versorgung und deren tragende Philosophie der Freiberuflichkeit ernsthaft infrage stellen könnten. Man ahnte wohl auch, daß Beitragserhöhungen die Schere zwischen den Einkommen der Beitragszahler und den Einkommen der Leistungsanbieter, wie der Ärzte und Zahnärzte, weiter öffnen würden und sich somit die verteilungspolitische Frage mit aller Schärfe stellen müßte. Die organisierte Ärzteschaft war daher bereit, gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Empfehlung abzugeben, nach der sich die Ausgabenentwicklung in der ambulanten Versorgung für die Jahre 1976 und 1977 an der voraussichtlichen Einnahmenentwicklung orientieren sollte. Der Kern dieser gemeinsamen Empfehlung war nicht nur eine Begrenzung der *Preis-*, sondern auch der *Mengen*entwicklung ärztlicher Leistungen; die Gesamtausgaben für die ambulante Versorgung sollten also insgesamt beschränkt und ein einkommensmotiviertes Ausweichen in die Leistungsausweitung

verhindert werden. Beide Initiativen ließen bereits den Grundtenor der Kostendämpfungsphilosophie und das Grundmuster der folgenden Kostendämpfungsgesetze erkennen. Kern der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist die *Globalsteuerung*. Zwei zentrale Aspekte kennzeichnen sie:

Durch entsprechende *Empfehlungen über Veränderungsraten* sollen die verschiedenen *(globalen) Ausgabenblöcke* der sozialen Krankenversicherung, wie die Gesamtvergütungen und Arzneimittelausgaben, entsprechend der volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, der Einkommensentwicklung der Versicherten und der Einnahmenentwicklung der Krankenkassen gesteuert werden. Da die empfohlenen Veränderungsraten sowohl die Preis- wie auch die Mengenkomponente der Leistungsausgaben umfassen, wird im Prinzip ein Ausweichen des Arztes in die Fallzahl und/oder in den Fallwert mit dem Ziel, die eigenen Einkommens- bzw. Verteilungsvorstellungen trotz Preisbeschränkungen zu realisieren, verhindert. Dem Honorartopf ist ein Deckel aufgesetzt. Die Verteilung des Honorarkuchens auf die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte bleibt der kassenärztlichen Selbstverwaltung überlassen.

Da die Globalsteuerung nur das Ausgabenvolumen, die Entwicklung des Ausgabenniveaus beeinflussen kann, bedarf es der *Feinsteuerung*. Durch diese soll das individuelle ärztliche Leistungs- und Verordnungsverhalten so motiviert werden, daß es im Einklang mit dem Globalziel steht. Transparenzlisten sollen z.B. dem Arzt die komplexen Arzneimittelmärkte durchsichtig machen. Er soll den pharmakologisch-therapeutischen Nutzen und die Preiswürdigkeit durch Vergleich zwischen gleichwirksamen Arzneimitteln beurteilen können; ein GKV-Arzneimittelindex liefert ihm als Frühwarnsystem alle für sein Verordnungsverhalten relevanten Informationen über Preis-, Mengen- und Strukturveränderungen der Arzneimittelausgaben. Wirtschaftlichkeitsappelle gehören ebenso in diesen Instrumentenkasten des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) wie die gezielte Einzelprüfung ärztlichen Leistungsverhaltens und verschärfte Einzelregresse. Da die Sanktionsmechanismen zur Verhaltenssteuerung nur schwach entwickelt sind, gehören Seelenmassage und Psychologie (moral suasion) zu den wichtigsten Instrumenten der Globalsteuerung.

Dieses Konzept der Globalsteuerung kann jedoch nur funktionieren, wenn die für die Ausgabenentwicklung Verantwortlichen in die Pflicht der Kostensteuerung genommen werden und zwischen diesen ein austariertes Machtgleichgewicht, d.h. »Waffenparität« besteht. Daher sah das KVKG ursprünglich vor, die 1976 auf freiwilliger Basis getroffene bundeseinheitliche Empfehlungsvereinbarung der Vertragspartner unter Einschluß der Ersatzkassen auf eine verbindliche gesetzliche Grundlage zu stellen. Eine von der organisierten Ärzteschaft und der Bundestagsopposition als Alternative zum Kostendämpfungsgesetz — in Anlehnung an das Vorbild aus

der Wirtschaftspolitik — ins Spiel gebrachte *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (KAG) wurde dann im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens dem Regelungsmechanismus der Bundesempfehlungsvereinbarung vorgeschaltet.

Das KVKG wie das am 1.1.1977 in Kraft getretene Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) haben wohl die Position der Krankenkassen und ihre Selbstverwaltungen durchaus verbessert — diesem Ziel dienten die Bundesempfehlungsvereinbarungen, die Verlagerung der Vertragshoheit auf die Landesverbandsebene oder das Postulat einer gemeinsamen Verantwortung für die kassenärztliche Bedarfsplanung —, ein Machtgleichgewicht und die Waffenparität konnten sie jedoch nicht vollständig herstellen. Die Stärkung der Kassenposition durch das KVWG und KVKG reichten jedoch offensichtlich aus, um das abgestufte System der Globalsteuerung durch die Konzertierte Aktion, die Bundesempfehlungvereinbarungen und die Gesamtverträge einigermaßen funktionsfähig zu machen. Darin liegt wohl auch ein wichtiger Grund dafür, daß sich die KAG zum bisher wichtigsten Steuerungsinstrument der Kostendämpfung entwickeln konnte. Obwohl dieses 16-köpfige Koordinations- und Abstimmungsgremium der »an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten« nicht direkt intervenieren und steuern kann, sind die dort erarbeiteten Orientierungsdaten und Empfehlungen bisher weitgehend bei den gesundheitspolitischen Akteuren handlungsleitend wirksam geworden. Die Philosophie der Globalsteuerung und der Konzertierten Aktion haben sich offensichtlich zumindest bis 1980 bei der Steuerung der Ausgaben für die kassenärztliche Versorgung und für Arzneimittel einigermaßen bewährt. Ihre Entwicklung stand in etwa im Einklang mit der Grundlohnsumme und der Finanzkraft der Krankenkassen. Dafür gibt es zwei wichtige Erklärungsgründe:

Zum einen die *Öffentlichkeit* der KAG. Sie erzeugte einen gewissen Druck zu einer sachlicheren und argumentativeren Diskussion der dort anstehenden gesundheitspolitischen Probleme, machte Entscheidungsprozesse allgemein etwas durchschaubarer, förderte die Einsicht in die Verantwortung für das Gesamtsystem und wirkte somit auch disziplinierend bei der praktischen Umsetzung gemeinsam gefundener und getragener Leitlinien.

Zum anderen kam die Konzertierte Aktion immer dann zu Empfehlungen, wenn in ihrem Vorfeld die wesentlich Beteiligten in zahlreichen Gesprächen und Abstimmungsbemühungen diese erfolgreich vorbereitet hatten. Es zeigt sich, daß die KAG als eine staatlich organisierte, auf Konsensus angelegte Veranstaltung ohne formalisierte Entscheidungskompetenz und Sanktionsgewalt auf eine *effektive, problembereinigende Vorarbeit der Selbstverwaltung der Sozialen Krankenversicherung* angewiesen ist. Neben der Öffentlichkeit der KAG ist daher eine arbeitsfähige, starke

Selbstverwaltung die wichtigste Funktionsbedingung der Konzertierten Aktion; es muß nicht nur Machtgleichgewicht und Waffenparität zwischen den an der Gesundheitssicherung der Bevölkerung wesentlich Beteiligten, sondern auch zwischen Selbstverwaltung und Staat herrschen.

3. Konzertierte Aktion und Globalsteuerung: Ihre Mängel

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Steuerungsinstrumentarium des Kostendämpfungsgesetzes von 1977 zeigen allerdings, daß die Konzertierte Aktion ein sehr sensibles und daher störanfälliges Instrument ist. Die Funktionsfähigkeit und Wirksamkeit der Konzertierten Aktion gründen der Idee und der gesetzlichen Konstruktion nach letztendlich auf der Bereitschaft der Beteiligten zur Verantwortung für das *Gesamt*system und ihrer Konsensus- und Kompromißfähigkeit zumindest in den wesentlichen Fragen des Gesundheitssystems. Darin liegen zugleich die Stärken und Schwächen der Konzertierten Aktion.

Gemeinsam getragene Entscheidungen der KAG haben größere Durchsetzungschancen. Jedoch ist auch die Versuchung groß, daß Beteiligte in wechselnder Folge ihr Eigeninteresse in das Gewand grundsätzlicher und existenzieller Fragen des Gesundheitssystems kleiden; es besteht die Möglichkeit, das Eigeninteresse berührende Sachverhalte der Regelungskompetenz der KAG mit der Begründung ihrer Nichtzuständigkeit überhaupt zu entziehen. Partikularen Interessen kann mit Austrittsdrohungen Nachdruck verliehen werden. Die Konzertierte Aktion ist daher stets existenziell gefährdet; zwangsläufig besteht damit die Neigung, im Konfliktfall zur Überlebensstrategie der Problemausklammerung und der Selbstbeschränkung auf einen Minimalkonsensus zurückzugreifen. Die KAG scheint daher in der Beantwortung von Strukturfragen und der Initiierung von Strukturmaßnahmen weniger erfolgreich gewesen zu sein als bei ihren Empfehlungen über die Ausgabenentwicklung — über Deklamationen zur Prävention, zur Humanität der Patientenversorgung ist sie offensichtlich nicht hinausgelangt. Der Konstruktion einer auf Freiwilligkeit begründeten Konzertierten Aktion ist jedoch nicht nur die Neigung zur Problemausklammerung immanent, sie tendiert auch zur systematischen Ausklammerung von Interessen. Sie ist zunächst eine Veranstaltung verbandsmäßig organisierter, konfliktfähiger Interessen. Bedürfnisse und Interessen von Gruppen, die nicht Mitglied der KAG sind, laufen Gefahr, durch den Filter der KAG, damit von den Bargaining- und Verteilungsprozessen im Gesundheitswesen überhaupt ausgeblendet zu werden. Die Frage stellt sich, ob sich die durch die KAG repräsentierten Interessen mit den Gesundheitsinteressen der Bevölkerung decken. Nichtorganisierte, nichtkonfliktfähige Interessen, wie z.B. die Interessen psychisch Kranker und Pflegebedürftiger oder nicht-ärztlicher Berufe, haben allenfalls dann eine Chance, wenn sie in einem Mitglied der KAG einen Anwalt finden. Hier

stellt sich eine wichtige Aufgabe der Gewerkschaften. — Gefahren drohen der KAG auch dadurch, daß ihre Empfehlungen über Ausgabenbegrenzungen durch die konkrete Honorarpolitik der Vertragspartner unterlaufen werden. So hob der Sündenfall des Staates wider seine eigene Deckeltheorie Ende 1978 die Konzertierte Aktion beinahe aus den Angeln: Er nahm die Vertragsabschlüsse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Ersatzkassen ohne nennenswerten Widerstand hin, obgleich lediglich die Honorarhöhe festgelegt wurde. Der Ausweitung der ärztlichen Leistungen wurde mit einer losen Überprüfungsabsicht, der »Dernbacher Erklärung«, weitgehend freier Lauf gelassen.

Darüber hinaus ist die Funktionsfähigkeit der Konzertierten Aktion und der abgestuften Globalsteuerung dadurch gestört, daß nicht alle Ausgabenbereiche einbezogen sind, das Feinsteuerungsinstrumentarium zuwenig entwickelt ist oder gar völlig fehlt und das Machtgleichgewicht durch Sonderrechte einzelner Kassenarten nicht vollständig ist.

Die Ausgabenentwicklung lief gerade in den Leistungsbereichen aus dem Ruder der Grundlohnentwicklung, die nicht oder nur unzureichend in das System der Globalsteuerung insbesondere in die KAG einbezogen worden waren.

Obgleich z.B. die Ausgaben für Krankenhauspflege etwa 30% des Krankenversicherungsbudgets beanspruchen, blieb der stationäre Bereich aus dem System der Globalsteuerung und der KAG ausgeklammert. Die letzte Novelle des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes verpflichtete wohl die KAG zur Abgabe von Empfehlungen über die Veränderung der Gesamtausgaben der Sozialen Krankenversicherung für Krankenhauspflege, vermochte jedoch die strukturellen Widersprüche zwischen Selbstkosten-Deckungsprinzip und einnahmeorientierter Ausgabenpolitik nicht zu lösen. Dafür wäre es erforderlich gewesen, der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Krankenhäuser die Bedarfsplanungs- und Kostensteuerungsinstrumente an die Hand zu geben, die es ihnen ermöglicht hätten, die Selbstkosten eines wirtschaftlichen und leistungsfähigen Krankenhauses so zu gestalten, daß sie in ihrer Summe in Einklang mit den Empfehlungen, also mit den Budgetzielen stehen; alternativ müßte man über eine grundlegende Änderung des Finanzierungssystem des Krankenhaussektors nachdenken.

Wirkungslos blieb — um ein weiteres Beispiel zu nennen — der Arzneimittelhöchstbetrag. Diesem Regelungssystem fehlt ein wirksamer Sanktionsmechanismus, der bei Überschreiten des Höchstbetrages unverzüglich greift. Die Bemühungen um mehr Transparenz der Arzneimittelmärkte mündete in einen Wirrwarrr von Transparenzlisten. Der Ausbau eines funktionsfähigen Feinsteuerungsinstrumentariums in Richtung einer Positivliste und eins produzentenunabhängigen Arzneimittel-Informationsinstitutes im Rahmen des KVEG scheiterten. Auf die Präzisierung eines für

das Konzept der Globalsteuerung so zentralen Begriffes wie der Gesamtvergütung im Sinne einer unzweideutigen Verpflichtung auch zu Mengenbegrenzungen wurde für die Zusage einer Verlängerung der Honorarverträge der Kassenärzte bis Ende 1982 verzichtet. Die Tatsache, daß die Ersatzkassen auch nach Inkrafttreten des KVEG nicht im gleichen Maße wie die RVO-Kassen in das Vergütungssystem des Kassenarztrechtes einbezogen sind, bleibt ein gravierender Mangel des Globalsteuerungssystems. Lediglich der Bereich der Heil- und Hilfsmittel konnte in das Konzept der einnahmenorietierten Ausgabenpolitik und die Konzertierte Aktion einbezogen werden.

4. Kostendämpfungspolitik — ein begrenztes Steuerungsinstrument

Das abgestufte System der Globalsteuerung ist von der Reichweite und der Zielsetzung her ein in sich selbst begrenztes Instrumentarium. Mit diesem werden lediglich kurzfristig (1-Jahres-Zeitraum) das Ausgabenvolumen, bestimmte Globalgrößen (Gesamtvergütungen, Arzneimittelhöchstbeträge) nach bestimmten Kriterien und Vorgaben (wie Entwicklung der Grundlohnsumme, der Praxiskosten usw.) gesteuert. Ziel ist es, durch eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem im Gleichgewicht zu halten. Eine geschlossene Konzeption und ein entsprechend ausgefeiltes Instrumentarium, mit dem kostentreibende Strukturmängel in den Griff zu bekommen wären und mit dem die Ausgabenstruktur und auch die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteuert werden könnten, fehlen im Kostendämpfungsgesetz. Darüber hinaus ist das System der Globalsteuerung einseitig auf das Wirtschaftlichkeitsziel ausgerichtet. Es müßte in ein Planungs- und Steuerungsmodell eingebaut werden, in dem Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit, Qualität zumindest gleichrangige Ziele sind, denen auch die Strukturen und die Finanzierungsmodalitäten des Gesundheitssystems entsprechen.

Nun dürfte ein weitgehender Konsens darüber bestehen, daß ein Widerspruch zwischen dem Prinzip der kollektiven Zwangsfinanzierung mit grundsätzlich bedarfswirtschaftlicher Orientierung und der weitgehend privatwirtschaftlichen Organisation der Leistungserbringung existiert: »Ein Solidarausgleich zur Finanzierung monopoloider Profite ist eine Provokation« (Th. Thiemeyer, 1977). Dieser Widerspruch manifestiert sich nicht nur als säkulare Ausgabenexpansion, sondern auch als Fehlsteuerung des Leistungsangebotes in Richtung einer Überversorgung wie einer übermäßigen Arzneitherapie oder überflüssiger Laborleistungen.

Es kann aber vermutet werden, daß durch den Druck der globalen Kostendämpfung niedergelassene Ärzte Ausweichstrategien wie Maßnahmen der Praxisrationalisierung ergreifen, um traditionelle Einkommenserwartungen zu erfüllen (A. Holler, 1981). Praxisrationalisierung kann aber die

Überwälzung des Kostendrucks auf die Beschäftigten, z.B. in Form von Personalabbau und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen ebenso bedeuten, wie das Abschieben aufwandsintensiver, abrechnungstechnisch suboptimaler »Problemfälle« z.B. in nachgeordnete Versorgungsstufen.

Berücksichtigt man zudem, daß in einem vermutlich zunehmenden Ausmaß psycho-soziale, zu einem nicht geringen Teil auch nur soziale Faktoren, einen Arztbesuch auslösen, so dürfte deutlich werden, daß zwischen Bedürfnissen und ökonomisch motivierter Angebotsstruktur eine erhebliche Diskrepanz besteht, die durch solche Ausweichstrategien verstärkt wird. Dies könnte dazu führen, daß die Tendenz zur Versorgung und Bearbeitung solcher Leiden außerhalb des professionellen ambulanten Systems zunimmt, was Überlegungen nach organisatorischen Veränderungen und einer Umlenkung finanzieller Ressourcen erforderlich macht.

Das Fehlen von Instrumenten einer Qualitätssteuerung machte sich in den vergangenen Jahren gerade auch bei den Heil- und Hilfsmitteln als Kostenexpansion bemerkbar (vgl. R. Saekel, 1981). Bis zur Verabschiedung des KVEG konnten die Anbieter ihre Leistungen von den Preisen wie von den Mengen her relativ ungehindert ausweiten. Eine sinnvolle, d.h. am gesundheitlichen Nutzen orientierte Mengensteuerung setzt jedoch Mechanismen voraus, die es den Kassen und auch den Ärzten ermöglichen, den therapeutischen Nutzen von Leistungen und Produkten zu beurteilen.

Aufgrund dieser Überlegungen kann man vermuten, daß die globale einnahmenorientierte Ausgabenpolitik die Fehlsteuerung im Gesundheitswesen eher verstärkt, da der Kostendruck durch die dominanten Anbieter überwälzt werden kann. Es ist daher notwendig, daß das Kostendämpfungskonzept weiterentwickelt und in eine verstärkt betriebene Politik zur Veränderung der Strukturen integriert wird. Dies bedeutet gegenüber der bisherigen Politik eine Verlagerung der Prioritäten.

5. Ansatzpunkte für Strukturreformen im Gesundheitswesen

»Die Grenzen des Wachstums personenbezogener Dienste — das ist eine einfach auszusprechende, aber nicht einfach einzulösende Forderung — sollten zuallererst in ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit liegen, d.h. in der Qualität des ihnen zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Wissens und im Nutzen und der Qualität der von ihnen angebotenen Leistungen.« (B. Badura, 1979) Die folgenden beiden Probleme in diesem Bereich der durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanzierten gesundheitlichen Dienstleistungen mit einer Größenordnung von immerhin etwa 80 Mrd. DM im Jahre 1980 müssen vorrangig im Auge behalten werden:

— Der Widerspruch von kollektiver Zwangsfinanzierung und profitgesteuertem Leistungsangebot, was sowohl die Kostenexpansion als auch die Fehlsteuerung bewirkt;

— die Zunahme von Risiken, die sich einer bloß professionellen Bearbeitung zum großen Teil entziehen und die in die dominierende, kurativ orientierte Versorgungsstruktur nicht »passen«. Dabei handelt es sich vor allem um chronische Leiden und Zustände, sowie um solche mit psychosozialem Ursachenhintergrund. Sie erfordern in erster Linie präventive Maßnahmen sowie Pflege und Betreuungsleistungen (vgl. H. Abholz, 1980). Charakteristisch ist weiterhin, daß soziale und psychische Faktoren (vermittelt über informelle Unterstüzungssysteme wie die Familie) auch eine wesentliche Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen.

Aus diesen Bemerkungen folgt für die gesundheitliche Versorgung zweierlei. Es kommt *zum einen* darauf an, die *Schwerpunkte* der Problembearbeitung in der gesundheitlichen Versorgung in Richtung *Prävention, psychosozialer Versorgung sowie Pflege- und Betreuungsleistungen* zu verschieben. Dies bedetuet auch eine Verlagerung der Finanzmittel und steht somit teilweise quer zur gegenwärtig betriebenen Kostendämpfungspolitik, die eine schnelle, unkomplizierte Diagnose und Therapie im ambulanten Bereich (Laborleistungen und Arzneitherapie) provoziert, durch Arbeitsintensivierung (Kostendruck) etwa im stationären Sektor Betreuungs- und Pflegedienste verkommen läßt. Aus gewerkschaftlicher Sicht müßte hier konzeptionell das geleistet werden, was man als *gebrauchswert-orientierte Sozialpolitik* bezeichnen kann: Das partielle gemeinsame Interesse von Patienten (an humaner Krankenversorgung) und Beschäftigten (z.B. an befriedigender Arbeit) zu nutzen, um ein sozialpolitisches Produkt — personelle Dienstleistungen — mit hohem Gebrauchswert (d.h. Qualität für Benutzer und Hersteller) zu erzeugen. Darüber hinaus muß versucht werden, professionelles und Laiensystem zu verknüpfen, da ganzheitliche Gesundheitsversorgung beide Elemente enthält. Über dazu *brauchbare Organisationsformen* scheint sich, wenn auch unter abweichenden Benennungen, im Prinzip ein Konsens in der wissenschaftlichen Diskussion abzuzeichnen — dezentrale, gemeindenahe Versorgungsformen, in denen die verschiedenen Institutionen kooperieren und die eine hohes Maß an demokratischer Beteiligung enthalten (vgl. WSI-Studie Nr. 35; P. Gross, 1980; F. Hegner, 1980; R. Thorbecke, 1980). Es käme darauf an, diese Aufgaben und Strukturen solcher bedarfswirtschaftlicher »Dienstleistungsgenossenschaften« präziser zu bestimmen, um die strukturpolitische Richtung auch im Alltagsgeschäft nicht aus dem Auge zu verlieren. Die Diskussion um das Organisationskonzept »Arbeitsgemeinschaften« (vgl. DGB-Vorstellungen zur Organisationsstruktur der Sozialversicherung), sowie die Vorstellung über eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung und über interdisziplinäre Teamkonzepte in der psychosozialen Versorgung (vgl. B. Scharf, 1981) passen in diese Richtung.

Zum anderen könnte durch die beschriebenen Aktivitäten ein Teil der

gesundheitlichen und sozialen Versorgung nach bedarfswirtschaftlichen Kriterien organisiert werden. Flankierend dazu muß die *Kostendämpfungspolitik weiter entwickelt* werden. *Ziel* sollte es sein, die Kostenexpansion zu Lasten der Gewinne der Pharmaindustrie, der Einkommen der niedergelassenen Ärzte und anderer »freier« Leistungsanbieter zu stoppen, um so eine *Umschichtung der Finanzmittel* zu ermöglichen. Gleichzeitig muß versucht werden, auch in diesem Bereich stärker bedarfswirtschaftliche Prinzipien durchzusetzen. Die aus dem gegenwärtigen Honorierungssystem resultierenden Zwänge werden vor allem dort deutlich, wo versucht wird, vom Prinzip der »Abrechnungsoptimierung« abzuweichen und eine stärkere patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu praktizieren (vgl. die Praxisberichte über neue Modelle ambulanter gesundheitlicher Versorgung, in: psycho-sozial, Heft 1/81).

Mit diesen Vorschlägen sind Elemente einer offensiven sozialpolitischen Strategie angesichts schwieriger werdender Verteilungsbedingungen und -kämpfe beschrieben. Sie stellen eine Alternative zu defensiven Positionen dar, die Leistungseinschränkungen und Beitragserhöhungen innerhalb für tolerierbar erachteter Grenzen halten möchten.

6. Weiterentwicklung der Kostendämpfung: Voraussetzung und Flankierung für Strukturreformen

Wie an einigen Überlegungen gezeigt wurde, führt die globale Kostendämpfungspolitik teilweise zu eine Verschärfung der Fehlsteuerung im Gesundheitswesen. Kostendämpfung und mittelfristig angelegte Strukturpolitik bedingen jedoch einander. Allerdings müßte das Instrumentarium der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik stärker an strukturpolitischen Zielen ausgerichtet werden:

Der *Krankenhausbereich* muß in die Kostendämpfungsbemühungen auf der Grundlage einer Stärkung der Selbstverwaltung sowohl der Krankenkassen als auch der Krankenhäuser einbezogen werden. Dazu müssen auch von den Selbstverwaltungen inhaltliche Vorstellungen — etwa zur Krankenhausbedarfsplanung, zur Sicherung einer wirtschaftlichen und humanen Krankenversorgung — eingebracht werden. Damit wäre ein erster Ansatz gefunden, über Interessengegensätze (zwischen Kassen als Zahler und Krankenhäusern als Anbieter) hinweg, Kooperationsbeziehungen zu institutionalisieren, die das gemeinsame Interesse an einem qualitativ hochwertigen »Produkt« fördern können. Ergänzend müßten die inneren Strukturen der Krankenhäuser verändert werden (Abbau der Hierachie, Institutionalisierung der Mitbestimmung der Beschäftigten), um dem Interesse der Beschäftigten an besseren Arbeitsbedingungen gerecht zu werden.

Im *Arzneimittelbereich* könnten mehrere Milliarden DM jährlich — nach Expertenmeinung etwa 30-40 v.H. der Gesamtaufwendungen — ein-

gespart werden, ohne daß die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährdet würde. Voraussetzung dazu wäre eine erhöhte Therapie- und Preistransparenz, eine Marktstärkung der Kassen sowie eine herstellerunabhängige wissenschaftliche Überprüfung der therapeutischen Eigenschaften als eine Bedingung für die Marktzulassung von Arneimitteln. Die Vorschläge einer Arzneimittel-Positivliste und eines wissenschaftlichen Arzneimittel-Informationsinstitutes in der Trägerschaft der Spitzenorganisationen der Krankenkassen und der Kassenärzte liegen nach wie vor auf dem Tisch.

Das durchschnittliche *Bruttoeinkommen der niedergelassenen Ärzte* und Zahnärzte dürfte etwa das Sieben- bis Neunfache (je nach unterschiedlichen Berechnungen) des Durchschnittseinkommens der Arbeitnehmer betragen. An einem theoretischen Beispiel sei das Sparpotential deutlich gemacht: Würde man dieses Verhältnis halbieren, könnten die Krankenkassen insgesamt etwa 5-7 Mrd. DM jährlich einsparen, wobei das durchschnittliche Bruttoeinkommen der Ärzte immer noch über 100.000 DM liegen würde. Mit der Benennung dieser Größenordnung soll darauf aufmerksam gemacht werden, wo im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der *Honorarpolitik,* insbesondere in Verbindung mit der erheblich wachsenden Zahl von Ärzten, ebenfalls Sparmöglichkeiten liegen, ohne das Leistungsspektrum einzuschränken.

Ähnliche Sparpotentiale lassen sich im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ohne Absenkung des Leistungsstandards ausschöpfen. Das KVEG hat mit seinen Maßnahmen erste wichtige Schritte in diese Richtung getan, indem z.B. der *zahnärztliche Vergütungsanteil* an den Ausgaben für Zahnersatz zur Sachleistung gemacht wurde, womit dieser in die Gesamtvergütungsregelung des Kassenarztrechtes einbezogen und eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitskontrolle möglich wird. Bemerkenswert ist der gesetzliche Auftrag an die Krankenkassen und Zahnärzte, gemeinsam Leistungsstandards für Zahnersatz zu entwickeln und den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen zu überarbeiten mit dem Ziel eines größeren Anreizes für Zahnprophylaxe und -frühbehandlung.

Diese Beispiele zeigen, daß im Gesundheitswesen auf der Anbieterseite erhebliche Einsparmöglichkeiten ohne Erhöhung der gesundheitlichen Risiken vorhanden sind, die eine Kostendämpfungspolitik rechtfertigen, welche für bestimmte Ausgabenbereiche mindestens ein »Nullwachstum«, eher aber noch abnehmende Raten durchzusetzen versucht.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: H.U. Deppe (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit. Köln 1980

Badura, B.: Bedürfnisstruktur, politisches System und die Grenzen des Wachstums medizinischer Dienste und Leistungen, Diskussionsbeitrag Nr. 3/1979, Konstanz.
Gross, P.: Reißt das soziale Netz? in: Wachstum immer mehr. Frankfurt 1980
Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn 1981
Hegner, F.: Sozialpolitik in den achtziger Jahren: Suche nach dem Mittelweg zwischen Bürokratie und Selbsthilfe, in: Die Krankenversicherung, Heft 11/1980, S.276ff.
Holler, A.: Erfolg unterbrochen, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 1/1981, S.23ff.
Saeckel, R.: Ersatz im Blickfeld, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 1/1981, S.31ff.
Scharf, B.: Irren ist menschlich, in: Soziale Sicherheit, Heft 5/1981, S.129ff., Heft 6/1981, S.161ff.
Standfest, E. (Projektl.): Sozialpolitik und Selbstverwaltung — zur Demokratisierung des Sozialstaates, WSI-Studie Nr. 35, Köln 1978
Thorbecke, R.: Inanspruchnahme medizinischer Institutionen beim Auftreten morbider Episoden, in: Schönbäck, W., (Hrsg.), Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt, München u.a. 1980
Thiemeyer, Th.: Irrwege der Gesundheitsökonomik, in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 2, Argument-Sonderband AS 27, Berlin 1977

Aufbau nach 30 Jahren Krieg

Interview mit Nguyen Cuoeng, stellvertretender Gesundheitsminister der Sozialistischen Republik Vietnam*

Wir möchten mit einer persönlichen Frage beginnen: Können Sie uns Ihre eigene Entwicklung schildern?

Ich nahm schon als Schüler an der revolutionären Studentenbewegung teil, als die Augustrevolution[1] kam, an der revolutionären Erhebung und anschließend am antikolonialen Kampf der Resitance gegen die Franzosen. Nach den Genfer Vereinbarungen des Jahres 1954[2] bin ich nach Nordvietnam gegangen. Dort habe ich im Gesundheitswesen gearbeitet und als Professor für Pharmazie unterrichtet. Später leitete ich dann die Planungsabteilung des Gesundheitsministeriums. Während der letzten 5

* Das Interview wurde während der von der *International Group for the Advanced Study of the Political Economy of Health* vom 26. Juli bis 2. August 1981 in San Miguel Regla/Mexico abgehaltenen *Conference on Industrialization, Dependency and Health* in französischer Sprache durchgeführt. Gesprächspartner waren Dieter Borgers, Julia Wiesinger-Borgers, Christian Hueck und Klaus Priester. Übersetzung, Überarbeitung, Erläuterungen und Zwischenüberschriften durch die Interviewer.

Jahre des Kampfes gegen die Amerikaner nahm ich im Süden am Widerstand teil. Nach der Befreiung wurde ich zum stellvertretenden Gesundheitsminister ernannt, und ich bin gleichzeitig Direktor der Medizinischen Dienste von Ho-Chi-Minh-Stadt (früher Saigon).

Krankheiten als Folge des Krieges

Wir möchten mit diesem Interview dem am vietnamesischen Gesundheitswesen interessierten Publikum in der Bundesrepublik Deutschland einen kurzen Überblick über die gegenwärtigen Hauptprobleme in der Gesundheitsversorgung Ihres Landes geben. Uns interessiert zunächst, wodurch das augenblickliche Krankheitsspektrum in Vietnam geprägt ist, nachdem der Krieg gegen die USA vorbei und das Land wiedervereinigt ist. Welches sind die wichtigsten und häufigsten Krankheiten, mit denen sich das Gesundheitswesen beschäftigen muß?

Obwohl wir in den letzten Jahren schon viel unternommen haben, bleibt doch noch viel zu tun. An erster Stelle sind — besonders verbreitet im Süden des Landes — die übertragbaren Infektionskrankheiten zu nennen, z.B. Cholera, Pest, das hämorrhagische Fieber. Wir konnten zwar Epidemien als Massenphänomene zurückdrängen, aber es gibt noch viele Einzelfälle. Zweitens sind die »sozialen Krankheiten« als Folge der Kolonialisation und eines langen Krieges zu nennen. Drittens der endemische Kropf in den Bergregionen Vietnams. Dann sind da andere Krankheiten als Folge des Krieges, z.B. die Geschlechtskrankheiten — vor allen Dingen im Süden des Landes — und auch Rauschgiftprobleme. Aber wir finden zunehmend auch die Krankheiten der Industrienationen, z.B. den Krebs und die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Deren Zahl ist noch nicht so groß, aber sie gewinnen an Bedeutung.

Gibt es Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten?

Ein großes Problem auf dem Land und auch in der Stadt ist die Hygiene, in den Städten vor allen Dingen auch die Lebensmittelhygiene, die Hygiene am Arbeitsplatz. Man muß die Hygiene so entwickeln, daß sich die Epidemien nicht weiter ausbreiten. Auf dem Lande gibt es vor allem das Problem der Beseitigung der Fäkalien sowie die Wasserversorgung.

Welche Gesundheitsfolgen des Krieges sind heute noch von Bedeutung, z.B. die Invaliden als Folge der chemischen Verseuchung? Gibt es für diese Art von Problemen eine spezielle medizinische Versorgung?

Wie ich Ihnen schon gesagt habe, gibt es hier große Probleme. Die Invaliden, die ja im Kriege nicht richtig versorgt werden konnten, müssen jetzt erst die notwendige Hilfe und medizinische Versorgung erhalten. Zum anderen sind es auch die Geschlechtskrankheiten als Folge des Krieges und der Prostitution. Man muß die Prostitution zurückdrängen und gleichzeitig die Kranken behandeln. Außerdem sind es die Probleme des Rauschgiftkonsums; wir müssen jetzt ca. 100.000 Personen behandeln,

die mit Drogen zu tun hatten. Und vielleicht die schwersten Folgen: die chemische Verseuchung, die vor allen Dingen Leberkrebs und Mißbildungen bei den Neugeborenen hervorruft. Dies ist ein aktuelles Problem, aber auch ein Problem für die Zukunft.

Wie groß ist nun die Zahl der Invaliden und der anderen Fälle? Wir möchten uns davon eine Vorstellung machen.

Ich weiß z.B. nicht die genaue Zahl der Geschlechtskrankheiten, aber man schätzt, daß es in der Region um das frühere Saigon allein mehr als 100.000 Prostituierte gab. An Rauschgiftsüchtigen hat man damals mehr als 200.000 Personen geschätzt.

Nach dem 2. Weltkrieg hatte man in der Bundesrepublik Deutschland einen speziellen medizinischen Dienst für Invaliden eingerichtet. Gibt es so etwas auch jetzt in Vietnam?

Wir haben ein eigenes Ministerium für die Invaliden, Soldaten und Kämpfer. Im Gesundheitsministerium haben wir eine spezielle Abteilung für die Geschlechtskrankheiten, genauso wie für die Drogenkranken.

Wo kommen heute die Drogen her?

Sie kommen über die Grenze, und trotz der Restriktionen gibt es einen schwarzen Markt. Die Drogen kommen aus anderen Ländern, mit Schiffen oder über die Grenze von Thailand. Das Hauptproblem sind die alten Drogensüchtigen, es gibt auch einige neue Fälle, aber deren Zahl ist gering.

Man konnte in den internationalen medizinischen Zeitschriften einiges über das Problem der chemischen Verseuchung, ihre Analyse und Behandlung, lesen. Man kann sich vorstellen, daß diese Analysen sehr viel labortechnischen Aufwand verlangen. Gibt es eine internationale Kooperation auf diesem Gebiet?

Man braucht für diese schwierigen Analysen sehr viel moderne Apparate. Wir beginnen erst jetzt mithilfe einiger befreundeter Länder. Wir haben auch einen nationalen Plan für dieses Problem. Wir appellieren an die Länder mit entsprechenden Ressourcen, weil dies nicht nur ein Problem Vietnams, sondern ein internationales Problem ist.

Bekommen Sie Unterstützung von den Vereinigten Staaten in dieser Angelegenheit?

Soweit ich das beurteilen kann, haben die Vereinigten Staaten nichts unternommen. Es gibt in den USA Ersatzansprüche von den Familien der Piloten, auch von Seiten der Arbeiter, die die Chemikalien hergestellt haben. Es gibt amerikanische Wissenschaftler, die bei uns forschen und leben wollen, aber sie wurden von ihrer Regierung daran gehindert.

Wir haben gehört, daß es in einigen Regionen besondere Probleme wegen Jodmangels und — als Folge davon — Kretinismus gibt. Dies ist ein Problem, das auch in einigen Regionen der Bundesrepublik und in Europa existiert. Was unternehmen Sie dagegen?

Nein, es gibt das Problem des Kretinismus nicht. Es gibt einen Jodmangel in der Nahrung der Bevölkerung in den Bergregionen. Es gibt den endemischen Kropf, und wir benutzen jodiertes Salz, um präventiv einzugreifen. Es gibt auch Probleme wie z.B. den Mongolismus, vielleicht als Folge der chemischen Kriegsführung. Es gibt jedenfalls viel mehr Fälle als früher.

Wie wird diese Jodierung des Salzes vorgenommen, wenn man sich z.B. vorstellt, daß die Leute ihr Salz selbst herstellen?

Das Salz, welches in den Salinen hergestellt wird, wird der gesamten Bevölkerung zugeteilt. Nur in den Bergregionen wird das Salz jodiert. Wir haben da eine spezielle Anlage, um das Salz zu jodieren.

Müssen die Leute das Salz bezahlen?

Das jodierte Salz wird in den Läden verkauft.

Sie haben von den übertragbaren Krankheiten gesprochen. Welche Impfungen wenden Sie routinemäßig bei der gesamten Bevölkerung an?

Wir benutzen die Choleravakzine, obwohl es in einigen Regionen schon lange keine Cholera mehr gibt. Dies dient zur Vorbeugung, und wir haben es systematisch im ganzen Lande gemacht, für Kinder und Erwachsene. Dann haben wir gegen Typhus geimpft und bei Kindern die Polioschluckimpfung durchgeführt, dann die BCG-Impfung und auch Impfungen gegen Diphterie.

Stellen Sie die Impfstoffe selbst her oder werden sie importiert?

Die meisten Impfstoffe werden von uns selbst hergestellt, z.B. gegen Cholera, Typhus und die Kinderlähmung, aber es gibt auch einige Stoffe, von denen wir nicht genug selbst herstellen können, z.B. Antitetanusvakzine.

Zu einem anderen Problemkomplex. Wir haben einiges über die Psychiatrie in Vietnam erfahren, z.B. aus den Büchern von Erich Wulff.[3] *Gibt es viele psychische Defekte als Folgen des Krieges? Wie stark sind sie verbreitet? Wie werden ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung seit Kriegsende organisiert?*

Ja, es gibt viele psychische Krankheiten. Wir haben in den letzten Jahren Erhebungen durchgeführt, nach denen 12% der Bevölkerung als psychisch krank gelten. Man hat mir aber erzählt, daß in den westlichen Ländern dieser Prozentsatz noch höher, nämlich bei 20 bis 25% liegt. Während der Krieges hatten wir noch viel mehr psychisch Kranke; denken Sie nur an die psychische Anspannung in der Kriegssituation. Jetzt hat mit der Beruhigung die Rate der psychisch Erkrankten abgenommen. Wir wollen nicht bei dieser Ziffer bleiben und legen Wert auf Prävention. Für die Behandlung haben wir Betten und Hospitäler. Dies sind spezielle psychiatrische Krankenhäuser. Aber es gibt auch psychiatrische Betten in den normalen Krankenhäusern. Diese Betten genügen jedoch nicht, und wir haben auch ein ambulantes System mit Tageskliniken. Die Kranken kom-

men während des Tages in die Klinik und nachts gehen sie zum Schlafen nach Hause. Wir behandeln auch ambulant zu Hause. Man muß jetzt die sozialen Beziehungen in den Familien und in der Gesellschaft, die als Folge des Krieges gelitten haben, wieder aufbauen, um psychische Erkrankungen zu verhüten.

Zum Problem Geburtenregelung: Wie ist die Entwicklung der Geburtenrate und wie sieht die Schwangerschaftsbetreuung aus? Können Sie uns etwas zur Säuglings- und Müttersterblichkeit sagen? Wird eine Geburtenregelung praktiziert?

Wir legen besonderen Wert auf die Versorgung von Mutter und Kind. Wir haben in jedem Dorf eine Betreuungsstation für die Schwangeren. Hier können wir die normalen Geburten durchführen. Wir haben zwar Hebammen, die jedoch nicht in der Antisepsis ausgebildet sind, und wir versuchen deshalb, diese in solchen Techniken fortzubilden, da die Zahl der von uns ausgebildeten Hebammen sehr gering ist. Die Fälle von Tetanus der Umbilikalgefäße sind in letzter Zeit zurückgegangen, aber sie sind noch im Süden und in den Bergregionen zu finden. Wir benutzen die BCG-Impfung bei den Kindern und unterrichten die Frauen über die Entwicklung des Kindes. Die Säuglingssterblichkeit liegt bei 34 auf 1000 Geburten. Die Müttersterblichkeit liegt ungefähr bei 1 auf 1000. Zur Geburtenkontrolle: Seit langem versuchen wir, durch Geburtenkontrolle die Geburtenrate zu senken. Die Methoden der Geburtenregelung sind jedoch nicht für alle anwendbar, z.B. für die Landbevölkerung und die Minoritäten. So wird für die Bevölkerungsminderheiten eine aktive Bevölkerungspolitik im Sinne der Erhöhung der Geburtenraten betrieben. Unter dem alten Regime wurden die gesundheitlichen Bedürfnisse der Minderheiten sehr vernachlässigt, so daß die Mortalität sehr hoch war und diese Bevölkerung dezimiert wurde. Wir betreiben nun eine entgegengesetzte Politik!

Welche Methoden werden nun in den Städten für die Geburtenkontrolle angewandt?

Wir verwenden alle Methoden, aber die häufigste ist die Spirale.

»Traditionelle« und »westliche« Medizin

Bei Ihren Ausführungen zur Geburtenentwicklung denken wir u.a. — aufgrund bei uns geführter kontroverser Diskussionen — an das, was man auch mit »traditioneller Medizin« umschreiben kann, also etwa Akupunktur und Kräutermedizin bzw. naturheilkundliche Verfahren. Wie wird in Vietnam die Verbindung von traditioneller und moderner Medizin hergestellt und welche Probleme treten dabei in der medizinischen Praxis auf?

Sie wissen vielleicht, daß wir vor der Kolonisierung durch die Franzosen im 19. Jahrhundert unsere eigene, traditionelle Medizin und Pharmakologie hatten, die die Kranken versorgte. Nach Ankunft der Franzosen wur-

de die moderne westliche Medizin bei uns eingeführt. Die traditionelle Medizin wurde offiziell vernachlässigt, aber sie existierte weiter in den Gebräuchen der Bevölkerung; sogar in den Städten, wo die westliche Medizin am stärksten vertreten war. Z.B. haben wir eine traditionelle Methode zur Behandlung der Grippe. Wir behandeln dabei den Rücken durch Kratzen mit einem Geldstück und Tigerbalsam. Entlang der Wirbelsäule erscheinen bei dieser Behandlung rötliche Flecken. Und sofort ist das Fieber verschwunden. Diese Methode wird bei Intellektuellen und sogar bei Ärzten angewandt, die etwa ihren Nachbarn bitten, doch ihren Rücken einzureiben.

Jetzt versuchen wir, mit naturwissenschaftlichen Methoden dieses Phänomen zu erklären. Wir bereiten auch einen Trank, dessen Dämpfe eingeatmet werden und mit dessen Kräutersud der Kranke behandelt wird. Die beiden Arten von Medizin (westlich und traditionell) werden nebeneinander angewandt. Unsere Politik besteht darin, keine von beiden zu unterdrücken oder zu bevorzugen. Wir müssen beide fördern und integrieren; aber dies ist weder eine Integration der traditionellen in die westliche Medizin, noch eine umgekehrte Integration, sondern dies ist eine Kombination, so daß wir vielleicht in 10 bis 20 Jahren eine originäre vietnamesische Medizin entwickelt haben werden. Man muß auf der einen Seite alle traditionellen Methoden benutzen; die meisten dieser Medikamente beruhen auf pflanzlichen Wirkstoffen, die traditionelle Medizin kennt keine chemischen Produkte. Wir müssen andererseits den traditionellen Ärzten moderne Ärzte an die Seite stellen. Diese müssen das Vertrauen der traditionellen Ärzte gewinnen.

Gibt es ein Mißtrauen auf Seiten der modernen Ärzte gegenüber der traditionellen Medizin?

Es gibt Mißtrauen auf beiden Seiten. Die traditionellen Ärzte wollen ihr Wissen häufig nicht weitergeben, man muß ihr Vertrauen gewinnen. Auf der anderen Seite glauben die meisten westlich ausgebildeten Mediziner nicht an die traditionellen Methoden. Man muß bei diesen Problemen sehr viel Geduld von Seiten der modernen Medizin haben.

Welche Rolle spielt die traditionelle Medizin in der ärztlichen Ausbildung?

An der Universität unterrichtet man beide Arten von Wissen. Die Studenten sollen dann die traditionellen Methoden wissenschaftlich absichern.

Wie werden die Mediziner bezahlt; sind sie Staatsangestellte? Wie ist das mit den traditionellen Medizinern, werden sie auch vom Staat bezahlt?

Ja, es gibt viele traditionelle Mediziner, die vom Staat bezahlt werden. Dies sind ungefähr 10% aller Mediziner.

Wie ist die medizinische Ausbildung auf dem Universitätsniveau überhaupt organisiert? Wie sind die Fortbildungsmöglichkeiten später?

Wir hatten eine Fakultät für Medizin und Pharmazie in Ho-Chi-Minh-Stadt und eine für Medizin und Pharmazie in Hanoi sowie eine gemischte Fakultät in Huë — in der Mitte des Landes. Jetzt haben wir 10 universitäre Zentren. Wir haben eine reguläre Ausbildung für die Mediziner von 6 Jahren und für die Pharmazeuten von 5 Jahren. Voraussetzung dafür ist das Abitur. Weiter haben wir eine verkürzte Ausbildung, die sich an eine achtjährige Schulausbildung anschließt. Diese Ausbildung dauert 2 bis 3 Jahre und stellt eine zweite Ebene dar, die wir »2. Niveau« nennen. Nach einigen Jahren praktischer Arbeit gehen sie an die Universität zurück, um sich weiter ausbilden zu lassen.

Probleme der medizinischen Versorgung

Gibt es im Moment einen Mangel an Medizinern?

Ja, es gibt einen schrecklichen Mangel an Medizinern. Das Arzt-Einwohner-Verhältnis beträgt 1 Arzt auf 3900 Einwohner. In anderen Ländern ist dieses Verhältnis 1 zu 500. Die Zahl ist wichtig, aber noch wichtiger ist eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte auf Stadt und Land. In einigen Ländern gibt es zwar viele Ärzte, aber diese sind alle in den Städten, und auf dem Land ist doch keiner.

Welche Rolle spielen die sozialistischen Länder für die Ausbildung von Medizinern?

Wir hatten vor einigen Jahren Professoren der Medizin z.B. aus der Sowjetunion und der DDR eingeladen, um an unseren Fakultäten zu unterrichten. Aber jetzt sind es wieder fast ausschließlich vietnamesische Professoren. Wir haben einige Medizinstudenten in befreundete Länder geschickt. Dies sind jedoch sehr wenige, und wir schicken jetzt hauptsächlich Leute für die nachuniversitäre Spezialisierung ins Ausland.

Einige Fragen zu den Einrichtungen des Gesundheitswesen. Welche Rolle spielen z.B. die Kirchen in der medizinischen Versorgung?

Früher spielten sie eine Rolle, jetzt aber nicht mehr. Unter dem alten Regime gab es viele Einrichtungen, die von den Kirchen betrieben wurden. Die medizinische Versorgung ist jetzt Aufgabe des Staates und soll für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen da sein.

Wie können Sie jetzt die von den Amerikanern vor dem Krieg im Süden ausgebauten Einrichtungen und medizinische Technologie nutzen?

Die Amerikaner haben viele medizinische Einrichtungen geschaffen, die aber fast ausschließlich auf Ho-Chi-Minh-Stadt konzentriert waren, das alte Saigon. In den Provinzen gab es kaum Einrichtungen, da dort ja der Krieg stattfand. — Es gibt in Ho-Chi-Minh-Stadt einige Hospitäler, aber die Ausrüstung ist nicht sehr modern. Es gibt einige modernere Geräte, aber nicht wie in anderen Ländern. Die Amerikaner hatten wohl keine Hoffnung auf eine Zukunft in Vietnam. Nach der Befreiung haben wir natürlich diese Dinge übernommen, sowohl das Personal als auch die

Krankenhäuser und die Sanitäts-Stationen, jedoch mit einem Unterschied: Es gibt keine private Praxis mehr. In Bezug auf die Primärversorgung gab es praktisch nichts, und wir sind jetzt dabei, ein Netz bis in das letzte Dorf aufzubauen.

Gibt es Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen dem Norden und dem Süden, und wie werden diese Probleme gelöst?

Es gibt einen großen Unterschied zwischen dem Norden und dem Süden. Zum einen in der Konzeption der Gesundheitsversorgung: Im Süden Vietnams waren die Einrichtungen des Gesundheitswesens auf die großen Städte konzentriert. Das Land war fast ganz ohne Versorgung. Zum zweiten wurde der Schwerpunkt auf die kurative Behandlung gelegt und die Prävention ganz vernachlässigt. Der Unterschied zwischen Norden und Süden ist immer noch riesig. Wir haben nach der Befreiung ein Schwerpunktprogramm für den Süden entwickelt; dieses Programm war für 5 Jahre bestimmt und sollte die Unterschiede zwischen den beiden Teilen des Landes verringern. Wir haben schon viel erreicht. Wir hoffen, in 3 bis 4 Jahren die Situation normalisiert zu haben.

Welches sind die am häufigsten gebrauchten Medikamente? Es gibt ja eine Liste der Weltgesundheitsorganisation über Basismedikamente. Welche Medikamente dieser Liste fehlen und welche sind genügend vorhanden?

Wir haben auch eine Klassifikation für die Medikamente. Eine Gruppe sind die »üblichen Medikamente«, welche für die gesamte Bevölkerung überall zur Verfügung stehen müssen — z.B. Kopfschmerztabletten, Medikamente für Magen- und Darmerkrankungen (Durchfall). Wir importieren aber auch Medikamente und benutzen auch pflanzliche Heilmittel — z.B. haben wir pflanzliche Pillen gegen die Grippe, und statt für die Diarrhoe ein Mittel zu importieren, haben wir traditionelle Mittel auf Pflanzenbasis. Wir legen Kulturen an, um dann Pillen herzustellen. Wir extrahieren die Wirkstoffe und erforschen auch die Wirkungsmechanismen. Woran es uns mangelt, das sind Antibiotika, da wir keine Fabriken zur Herstellung von Antibiotika haben. Diese müssen wir importieren. Wir müssen z.B. auch die Anaesthetika importieren, auch einige Schmerzmedikamente.

Gibt es auf diesem Gebiet eine Zusammenarbeit mit westlichen Ländern?

Ja, es gibt Kooperationsformen. Z.B. haben wir zwei Übereinkommen mit französischen Firmen getroffen, mit *Roussel* und mit *Rhône Poulenc*. Wir haben sogenannte gemischte Gesellschaften gegründet: auf der einen Seite diese Firmen, auf der anderen Seite der vietnamesische Staat. Diese Firmen hatten Fabriken in Ho-Chi-Minh-Stadt. Wir haben dieselbe Situation mit *Hoechst*. Wir haben an *Hoechst* eine Anfrage gerichtet, jedoch noch keine Antwort bekommen. *Hoechst* hatte ein Laboratorium in Ho-

Chi-Minh-Stadt, das wir übernommen haben. Wir möchten mit *Hoechst* wieder zusammenarbeiten.

Wie steht es mit internationaler Unterstützung für Vietnam auf diesen Gebieten?

Alle sozialistischen Länder unterstützen uns in jeder Hinsicht und besonders in Bezug auf die medizinischen Probleme. Zwischen Vietnam und den sozialistischen Ländern gibt es Kooperationsprojekte. Mit den anderen Ländern beginnt es; z.B. haben wir mit Algerien ein Kooperationsabkommen abgeschlossen. Wir streben solche Kooperationen mit anderen Ländern an. Es gibt auch Organisationen in den verschiedenen Ländern, die uns mit Medikamenten und Geräten versorgen. Es gibt da auch Kooperationsprojekte, z.B. gibt es französische und holländische Ärzte, es gibt Hilfe aus Schweden. Früher gab es auch Hilfe aus der Bundesrepublik Deutschland. Aber die Hilfe der nichtsozialistischen Länder ist in den letzten Jahren zurückgegangen aufgrund des Drucks aus den USA. Aber wir denken, daß sich die Lage klären wird. Die Weltgesundheitsorganisation und die UNICEF haben Stationen in unserem Land. Sie helfen uns. Die UNICEF z.B. hat uns Zement für die sanitären Bauten zur Verfügung gestellt, auch die WHO.

Gibt es eine Planung im Gesundheitswesen, und welches sind die nächsten Ziele dieses Plans?

Seit 20 Jahren wird bei uns geplant. Jetzt konzentrieren wir uns auf 5 Prinzipien: *Das erste Prinzip* ist die Hygiene und Prophylaxe. Dies Programm ist so angelegt, daß die epidemischen Infektionskrankheiten und »sozialen Erkrankungen« (z.B. Geschlechtskrankheiten) und Süchte zurückgedrängt werden. *Das zweite Prinzip* ist eine effektive kurative Behandlung in den Hospitälern. Wir haben nur wenige Betten und konzentrieren uns deshalb auch auf die Hausbehandlung. *Drittens:* die Arbeit in Bezug auf Kinder und Mütter. *Viertens:* die Versorgung mit Medikamenten. Wir müssen eine pharmazeutische Industrie aufbauen und die Arzneimittel so verteilen, daß überall im Land die Basismedikamente vorhanden sind. *Und Fünftens:* die Organisation der Primärversorgung.

Eine letzte Frage: In welcher Form können die Freunde Vietnams in der Bundesrepublik am besten solidarische Hilfe leisten, und welche Hilfe könnte die Regierung der Bundesrepublik Deutschland erbringen?

Ich glaube, daß die wertvollste Hilfe die materielle Unterstützung zum Aufbau einer sanitären Infrastruktur in unserem Lande ist. Daran fehlt es uns, weil der Krieg viel zerstört hat und wir bisher noch keine Möglichkeiten hatten, vieles wieder aufzubauen. Wenn man nach Vietnam kommt, sieht man, daß viele Krankenhäuser aus Stroh gebaut sind. Wir konnten bisher noch nicht viel machen, da ungefähr 400 Hospitäler von den Amerikanern bombardiert worden waren. Dann brauchen wir auch Medikamente, insbesondere Antibiotika. Wichtiger als uns Ampullen zu schicken

ist es, die Rohstoffe zu haben, denn wir haben Fabriken, die die Weiterverarbeitung und Abfüllung vornehmen können. Wir brauchen auch Stipendien für die nachuniversitäre Ausbildung und Spezialisierung. Was die Regierung der Bundesrepublik anbetrifft, so hoffen wir, daß die Entwicklungshilfe weiter ausgebaut wird. Z.B. wäre der Aufbau einer Fabrik zur Herstellung von Antibiotika für uns sehr wichtig. Man könnte Geld sammeln für den Aufbau einer Fabrik. Wir brauchen auch Brillen für die kurzsichtigen Kinder. Wir brauchen auch Gläser, die Brillen können wir dann selbst herstellen.

Sie sehen — ich konnte das alles hier nur kurz umreißen, vor welch' riesigen Problemen wir stehen.

Anmerkungen

1 In der von Japan okkupierten französischen Kolonie Indochina hatten sich im Frühjahr 1945 die Spannungen zwischen Kolonialverwaltung und Besatzungstruppen verschärft. Am 9. März 1945 inszenierte das japanische Militärkommando einen Staatsstreich in Vietnam, erlärte das französische Protektorat für aufgehoben und proklamierte einen »unabhängigen« vietnamesischen Staat mit dem letzten vietnamesischen Kaiser Bao Dai als Staatschef. Die militärischen Befreiungsaktionen der vietnamesischen Volksbefreiungstruppen richteten sich nunmehr konzentriert gegen die Okkupanten. Im April 1945 errichteten sie eine revolutionäre Verwaltung in Teilen des Landes, im Juni wurde im Norden die »Befreite Zone Viet Bac« gebildet. Unter dem Eindruck des schnellen Zusmmenbruchs der militärischen Positionen Japans in Südostasien (Befreiung Burmas, Kriegseintritt der Sowjetunion in Fernost) kam es im August 1945 in zentral-und nordvietnamesischen Provinzen zu Aufständen; innerhalb weniger Tage breitete sich der Volksaufstand über ganz Vietnam aus. Am 2. September proklamierte Ho Chi Minh in Hanoi die Unabhängigkeit Vietnams und die Bildung der Demokratischen Republik Vietnam. (Vgl. dazu R. Wünsche/D. Weidemann: Vietnam, Laos und Kampuchea. Berlin/DDR 1977, S.31ff.)

2 Vom 26. April bis 21. Juli 1954 fand in Genf eine Konferenz zu Fragen der Wiederherstellung des Friedens in Indochina statt. Ihr vorausgegangen waren seit 1945 bewaffnete Interventionen Frankreichs und der sich abzeichnende Sieg der vietnamesischen Volksarmee über die französische Kolonialarmee bei Dien Bien Phu im März/Mai 1954. Im Ergebnis der Genfer Konferenz wurde die Souveränität der indochinesischen Staaten völkerrechtlich unterstrichen und jegliche ausländische Einmischung abgelehnt. (Vgl. Wünsche/Weidemann, a.a.O., S.81ff., 91ff., bes. 98ff.)

3 Siehe dazu Georg W. Alsheimer (= Erich Wulff): Eine Reise nach Vietnam. Frankfurt/M. 1979.

Vietnam braucht weiter unsere Solidarität und Hilfe. Spenden für den Wiederaufbau Vietnams können überwiesen werden an die »Hilfsaktion Vientma e.V.«, Bismarckstraße 33, 4000 Düsseldorf 1, Postscheckkonto Essen, Konto 900 40 — 430.

Barbara Nemitz*

Was hat Gesundheit mit der Volksuni zu tun?

Bericht vom Gesundheitsressort auf der 3. Westberliner Volksuni, Pfingsten 1982

1. Perspektive: Gesundheit gegen Unterdrückung wenden

Was wollten wir, als wir in diesem Jahr erstmals auch Gesundheit auf die Volksuni holten mit Veranstaltungen zu: Krankenpflege als Frauenberuf, Rauchen und Tabakmultis, Datenschutz und epidemiologische Forschung, Depressionen von Frauen, Volkskrankheit Krebs, »Krankfeiern«, Sozialstaatskritiken von links und alternativ-medizinischen Modellen in Berlin? Am letzten Gesundheitstag 1981 in Hamburg wurde hauptsächlich kritisiert, daß jede Strömung unter sich bleiben konnte, weil es keine Struktur gab, welche die Auseinandersetzung organisierte. Eine Lösung aus diesem Dilemma sollen die künftigen kleineren regionalen Gesundheitstage bieten. Gesundheit auf der Volksuni ist ein erster Schritt in diese Richtung, zugleich der Versuch, Gesundheit ganz bewußt mit den verschiedenen sozialen Bewegungen, mit linker Theorie und mit der sozialistischen Perspektive zu verknüpfen. Spontan könnte man meinen, dies sei überflüssig. Denn wer für Gesundheit ist, der scheint schon auf Seiten der Befreiung zu stehen: für einen gesunden Körper sein, heißt, gegen Umweltverschmutzung, gegen Arbeitshetze, gegen atomare Bedrohung und gegen vergiftete Lebensmittel aufzutreten — heißt auch, an einer neuen Sinnlichkeit zu arbeiten, damit wir überhaupt »das Stöhnen des Körpers« (Carpentier) unter unserer falschen Lebensweise spüren. Anzunehmen, daß Gesundheit an sich die Befreiungsperspektive in sich trüge, scheint uns jedoch naiv. Die Gesundheitstage haben auch gezeigt, daß Gesundheit sehr unterschiedlich artikuliert und verknüpft werden kann und nicht automatisch Fortschritt verspricht: es gibt eine neue »Gesundheitstümelei«, die den alten Geburtstagswünschen — Hauptsache, Du bist gesund! — ähnelt. Solche »Hauptsachensätze« erklären unausgesprochen andere Fragen zu Nebensachen (Hauptsache gesund in die Atomkatastrophe — witzelte ein Volksuni-Teilnehmer), und sie tun so, als sei der Weg zu dieser Hauptsache egal. Unserer Ansicht nach kommt es aber gerade darauf an, sich über das Verhältnis der verschiedenen Befreiungsziele zueinander und den Weg dorthin zu verständigen.

2. Das Problem: Spontane Gesundheitsvorstellungen können die Unterdrückten spalten

In der Veranstaltung des »Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit« (BILAG) ging es um das Thema »Krankfeiern«. Nach offizieller Gewerkschaftsmeinung gibt es so etwas nicht, aber die Kollegen in den Betrieben sind heimlich offenbar anderer Meinung. Sie haben Vorstellungen davon, wann einer »wirklich« krank ist und wann nicht, wie lange man bei welchen Beschwerden »gerechterweise« fehlen darf, welche Gesundheitsschäden mit der Arbeit zusammenhängen und welche »Privatsache« sind etc. Diese eigenen Definitionen sind eine Mischung aus *Kritik* an der medizinischen Praxis und *Zustimmung* zu der normativen und individualisierenden Krankheitsdefinition der Sozialversicherung. Unter

* Leitet zusammen mit Dieter Borgers das Gesundheitsressort der Volksuni

dem Druck der ökonomischen Krise und der personellen Unterbesetzung an den Arbeitsplätzen spalten diese Gesundheitsvorstellungen die Belegschaft: Das sogenannte Krankfeiern trennt Deutsche, die etwas »aushalten« von »faulenzenden« Ausländern, »harte« Männer von »schwachen« Frauen, Alte mit »Pflichtgefühl« von Jungen ohne »Arbeitsmoral« etc. Am verhängnisvollsten für eine betriebliche Gewerkschaftspolitik von unten ist vielleicht die Vorstellung, die ein Gewerkschafter als den Haupttraum am Arbeitsplatz kritisierte: der Traum vom Feierabend, vom Urlaub und von der Rente. Erst dort sei Gesundheit zu finden. Solche Träume schlössen aber jede Perspektive von Gesundheit *in* der Arbeit aus!

3. Statt einer »Hände-weg-Politik« für eine konkrete Politik der »Umartikulation«

Die Frage »womit ist Gesundheit verknüpft?« fordert gleichzeitig zu einem Umbau, einer Neuverknüpfung, einer Umartikulation auf. Greiser führte in seinem Vortrag »Ökologisch-epidemiologische Forschung braucht personenbezogene Daten!« vor, wie eine unheilige Allianz von Ärzten und Industrie die Befürchtungen der Bevölkerung vor einem Mißbrauch der Daten in Dienst nimmt und damit eine aufklärerische Forschung — die auf personenbezogene großen Datensammlungen angewiesen ist — über Krankheitsursachen durch Umweltverschmutzung, Schadstoffe am Arbeitsplatz oder Arzneimittel verhindert. Fürchtet die Industrie als Ergebnis solcher Forschungen bestimmte Produktionsbeschränkungen, so die Ärzteschaft anscheinend eine Durchleuchtung ihres therapeutischen Vorgehens. Daten machen nämlich nicht nur den Bürger durchsichtig, sondern auch die, die an ihm handeln. Greiser rief daher indirekt zu einer Umgruppierung dieses aufklärungsfeindlichen Blocks um den Datenschutz auf. An seine Stelle müsse eine fortschrittliche Allianz aus Verbrauchern (die von Krankheiten unklarer Ursache betroffen sind) und Ärzten, die die Ursachen erforschen wollen, treten. Statt einer abstrakten »Hände-weg-vom-Datenschutz«-Forderung schlug er eine konkrete Datenschutzpolitik vor: z.B. könne verlangt werden, daß jeder, der mit personenbezogenen Daten forschen will, zuvor die Relevanz seines Projektes öffentlich erläutert und dies breit diskutiert werden muß. Die langweilige und falsche Gretchenfrage »Wie hältst Du's mit dem Datenschutz — dafür oder dagegen?«, an der sich die Geister des Fortschritts und der Reaktion scheiden sollen (es aber nicht tun), wäre also in Überlegungen darüber zu verwandeln, was wir alles am Problem der personenbezogenen Daten aufrollen wollen und welches neue Bündnis sich dabei herstellen ließe.

Gegen die falschen Gretchenfragen war auch der Vortrag von Krätke »Dieser Sozialstaat ist der unsere nicht?!« gebaut. Er ging aus von der Ratlosigkeit der Linken gegenüber dem Sozialstaatsabbau in der gegenwärtigen Krise. Ihr Dilemma und Unbehagen besteht darin, etwas verteidigen zu müssen, an dem sie gleichzeitig Kritik üben. Um aus der lähmenden Frage »Wie hältst Du's mit dem Sozialstaat — dafür oder dagegen?« herauszukommen, lieferte Krätke historisches Material zu dem von Anfang an problematischen Verhältnis der Arbeiterbewegung gegenüber der Sozialversicherung. Im Zentrum seines Vortrags stand E.P. Thompsons Begriff der »moralischen Ökonomie der unteren Volksklassen«. Damit sind die konkreten Vorstellungen des Volkes von dem, was eine »anständige« Wohnung, ein »guter« Preis, ein »gerechter« Lohn, ein »menschenwürdiges« Leben, eine Krankheit und die dafür »notwendige« medizinische Hilfe etc. ist, gemeint. Krätke schlug vor, in der Diskussion um den Sozialstaat zu fragen, wie

heute von links auf die staatliche Definitionsmacht Einfluß genommen werden kann, so daß nicht nur um die quantitativen Größen gestritten wird und die Sozialversicherung weiterhin nur für Erlittenes entschädigt, individualisiert und zudem die Lohndidfferenzierung verstärkt, sondern statt dessen präventiv und vereinheitlichend wirkt. Damit hat Krätke die Gretchenfrage umgebaut, so daß nicht mehr Sozialversicherung oder Selbsthilfe als Gegensätze lähmen, sondern die Frage nach einer konkreten qualitativen Politik um den Sozialstaat gestellt werden kann.

Aufruf zur Mitarbeit:

Schwerpunktheft: Ambulante Medizin/Gruppenpraxis

Neben den Jahrbüchern für Kritische Medizin erscheint jährlich ein Schwerpunktheft über jeweils nur einen Themenbereich. 1981 war dies der Band 'Prävention' (AS 64) und Ende 1982 wird es 'Alternative Medizin' (AS 77) sein. Die Medizin-Redaktion plant für 1983 ein Schwerpunktheft über 'Ambulante Medizin/Gruppenpraxis': 1. Struktur und Organisation ambulanter Versorgung: Analysen über das System ambulanter Versorgung mit seinen Behinderungen für eine adäquate Versorgung: Zugangserschwernisse regional, sozial, krankheitsspezifisch. Steuerung einer Technik-orientierten Medizin mit Vernachlässigung der psychosozialen Betreuung auf der Basis des gültigen Honorierungssystems (Einzelleistungen, Technik-Betonung). Welche Rolle spielen nicht-ärztliche Berufsgruppen und welche Rolle könnten sie bekommen? Verteidigung von Standespositionen zum Nachteil der Versorgung. — 2. Erfahrungen mit alternativen Organisationsformen (Gruppenpraxis etc.): Erfahrungen aus der BRD und dem Ausland. Welche unterschiedlichen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern haben welche Auswirkungen auf die Verwirklichungsmöglichkeiten von Gruppenpraxis-Modellen? Stellt die Gruppenpraxis eine gesundheitspolitische Perspektive für die ambulante Versorgung dar oder muß sie eine 'exotische' Praxisform für einzelne bleiben? — 3. Inhalt der Basisversorgung: Spezifische Betreuungsprobleme, die sich aus einem umfassenden Krankheitsverständnis ergeben, das die bio-medizinische und psycho-soziale Ebene von Krankheit berücksichtigt. Unterschiede einer Medizin des Krankenhauses zu der ambulanter Versorgung. — 4. Gesundheitspolitische Überlegungen: Die politische Debatte über die Organisationsformen ambulanter Versorgung ist wegen des Niederlassungsmonopols der KV-Ärzte sehr machtbesetzt und deshalb in vieler Hinsicht blockiert. Vorschläge zur politischen, gesetzlichen und institutionellen Durchsetzbarkeit von alternativen Versorgungsmodellen müssen erarbeitet werden. — 5. Ausbildung: Aus der Kenntnis der Anforderungen in der ambulanten Medizin müssen Konsequenzen für Inhalt und Form der Ausbildung für Ärzte gezogen werden, die diese 'Basisversorgung' tragen sollen.

Liebe Autoren/Autorinnen, liebe Leser/innen, bitte schickt uns ein Exposée zum Themenschwerpunkt bis Ende November 1982 zu. Es soll Umfang, thesenartigen Themenaufriß und die geplanten Hauptaussagen des Beitrages enthalten.
Mit der Hoffnung auf viele Angebote: Die Medizin-Redaktion

Medizin im Argument — wer es kennt, wird Abonnent

Jährlich produzieren wir zwei Bände 'Medizin im Argument' (ein Jahrbuch für Kritische Medizin und ein Schwerpunktheft zu einem Thema). Obgleich der Absatz unserer Bände — verglichen mit anderen einschlägigen Fachzeitschriften — recht erfolgreich ist, möchten wir ihn doch deutlich verbessern. Dazu sehen wir folgenden Ansatzpunkt: Immer wieder hören wir auch von engagierten Lesern, daß sie unsere jeweiligen Neuerscheinungen nicht kennen, weil sie ihnen nirgendwo begegnet sind. Immer noch handeln konventionelle Medizin-Buchhandlungen die *Argument*-Bände allenfalls unter der Ladentheke. Linke Buchhandlungen präsentieren die Bände auch nicht gerade an exponierter Stelle, da ihnen Medizin reichlich spezialisiert vorkommt. Die Folge: Unsere Bände befinden sich rein buchhändlerisch gesehen zwischen allen Stühlen, wo sie naturgemäß leicht übersehen werden.

Dagegen hilft ein Abonnement!

Das Abonnement bietet neben dem Vorteil vollständiger und pünktlicher Belieferung auch noch den Vorteil, daß die Bände billiger werden. Siehe Angebot hintere innere Umschlagseite.

Ein Abonnement hilft auch uns!

Wie alle kritischen Zeitschriften bewegt sich auch das *Argument* dauernd am Rande der materiellen Machbarkeit. Da ist natürlich ein solider Abonnenten-Stamm ein Faktor, der eine gewisse Stabilität und Berechenbarkeit in die finanziellen Planungen bringt.

Wir schlagen deshalb vor: Jeder Leser wird Abonnent und wirbt noch mindestens einen weiteren Abonnenten hinzu. Das klingt zwar zunächst etwas unbescheiden, aber: haben wir eine Alternative? Na also.

Medizin Abonnement (2 Bände pro Jahr: Jahrbuch für Kritische Medizin und ein Band mit Themenschwerpunkt). Postkarte an den Argument-Vertrieb genügt!

Über die Autoren

Abholz, Heinz-Harald, geb. 1945; Dr.med., Internist und Lehrbeauftragter für Sozialmedizin an der FU Berlin. Wiss.Ass. an der Medizinischen Klinik des Klinikum Steglitz, FU Berlin. Arbeitsgebiete: Sozialpsychiatrie (früher), Epidemiologie und klinische Epidemiologie. Seit 1970 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift *Das Argument.*

Bischoff, Claudia, geb. 1943; Dipl.-Pädagogin, Krankenschwester, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Modellversuch »Lehrkräfte für Medizinalfachberufe« an der Freien Universität Berlin

Botschafter-Leitner, Petra, geb. 1943; Dipl.-Soziologin, Krankenschwester, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Modellversuch »Lehrkräfte für Medizinalfachberufe an der Freien Universität Berlin

Couture, Denise, geb. 1950; Dipl.-Soziologin. M.A. (Toronto). Forschungsassistentin in der Soziologie-Abteilung an der Universität Montréal; Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Medizinsoziologie, Berufe, Arbeitsteilung und Einrichtungen im Gesundheitswesen. Artikel über CLSC in Quebec.

Cramer, Manfred, geb. 1949; Prof.Dr., tätig an der Fachhochschule München im Bereich Sozialpädagogik. Arbeitsschwerpunkte: Probleme der psychosozialen Berufspraxis, der Institutionalisierung und Professionalisierung.

Dissmann, Wolfgang, geb. 1932; Prof.Dr.med., I. Innere Abteilung des Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin-Kreuzberg.

Faeth, Elisabeth, geb. 1953; früher als med.techn. Assistentin im öffentlichen Dienst (AOK), dann in der freien Wirtschaft (APB, Ärztliche Praxisgemeinschaft Berlin). Seit 2 Jahren in der Praxis.

Giese, Eckhard, geb. 1953; Dipl.-Psych., arbeitet an einer Dissertation zur italienischen Psychiatrie, hat eine zweijährige Praktikums- und Forschungstätigkeit in Arezzo und Genua hinter sich.

Göbel, Eberhard, Dr.rer.pol., Angestellter an der FU Berlin. Arbeitsgebiete: Medizinsoziologie, Automationsmedizin. Mitglied in ÖTV und Deutsche Gesellschaft f. Med. Soziologie.

Heindrichs, Elsa, geb. 1949; Ausbildung und Berufstätigkeit als Dekorateurin. Seit 1976 Studium der Medizin. Arbeitet an einer empirischen Studie zur Versorgungsqualität in der Allgemeinmedizin (Dissertation). Mitglied im Sozialistischen Frauenbund.

Hueck, Christian, geb. 1947; Dr.med., Assistenzarzt am Krankenhaus Moabit in Berlin.

Keupp, Heiner, geb. 1943; Prof.Dr., arbeitet am Institut für Psychologie an der Universität München. Arbeitsschwerpunkte: Psychiatriereform, Gemeindepsychologie, Devianzforschung.

Moser, Elvira, geb. 1949; Studium der Pädagogik und Soziologie an der Universität Freiburg. Z.Zt. Studienaufenthalt in Peru.

Philipp, Hans-Joachim, geb. 1945; Dr.med., I. Innere Abteilung des Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin-Kreuzberg.

Renaud, Marc, geb. 1946; Ph.D. Madison, Wisconsin; Soziologe, Prof. an der Universität Montréal seit 1975; Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Sozial- und Gesundheitspolitik, Berufe im Gesundheitswesen, Staatstheorie. Mitglied verschiedener Zeitschrifts-Redaktionen (z.B. International Journal of Health Services). Mitverfasser: Medecine et société: Les années 80. Ed. coopératives Albert-St-Martin, Montréal 1981.

Rickmann, Regine, geb. 1957; Krankengymnastin. Nach 1 Jahr Krankenhauserfahrung jetzt seit 2 Jahren in der Praxisgemeinschaft tätig.

Schagen, Udo, geb. 1939; Dr.med., Leiter der Abteilung Medizin in der Universitätsverwaltung der FU Berlin. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Aus- und Weiterbildung medizinischer Berufe, Struktur- und Entwicklungsfragen des Gesundheitswesens, insbesondere der Hochschulmedizin; Modellversuche »Praktisches Studienjahr im Medizinstudium« und »Entwicklung eines dreijährigen Studiengangs für Lehrkräfte von Medizinalfachberufen«. Seit 1970 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift *Das Argument.*

Scharf, Bodo, geb. 1944; Dr.rer.pol., Leiter des Referates »Allgemeine Gesundheitspolitik und Soziale Krankenversicherung« beim DGB-Bundesvorstand in Düsseldorf.

Schaub, Norbert, geb. 1945; Dr.med., 1. Innere Abteilung des Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin-Kreuzberg.

Schlömer, Rolf, 1967-1972 Studium der Zahnheilkunde in Mainz, 1972 Approbation als Zahnarzt, 1973 Promotion, 1973-76 als Entwicklungshelfer Zahnarzt in Malaysia, 1977-81 wiss. Mitarbeiter und Ausbildung zum Zahnarzt für Kieferorthopädie am Zahnärztl. Univ.Institut in Frankfurt, seit 1981 niedergelassener Kieferorthopäde in Darmstadt, Mitglied der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin.

Schmidt, Alfred, geb. 1939; Dipl.-Volksw., Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand in Düsseldorf.

Seeger, Birgit, geb. 1957; Krankengymnastin. Nach 1 Jahr Krankenhauserfahrung seit 1 1/2 Jahren in der Praxisgemeinschaft.

Setsevits, Siegbert, geb. 1945; rechtswissenschaftliches und publizistisches Studium FU Berlin, Zeitschriftenveröffentlichungen, seit 1977 Rechtsanwalt in Berlin.

Standfest, Erich, geb. 1943; Dr.soz.wiss.; wiss. Referent im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) des DGB in Düsseldorf.

Stark, Wolfgang, geb. 1954; Dipl.-Psych., arbeitete an einem Therapieforschungsprojekt am Max-Planck-Institut für Psychiatrie mit, gegenwärtig Promotionsprojekt über Primäre Prävention psychischer Störungen.

Trottier, Louise-Hélène, geb. 1950; Dipl.-Soziologin (M.Sc.O.Mtl.); Forschungsassistentin in der Präventiv- und Sozialmedizinabteilung an der Universität Montréal. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Berufe und Einrichtungen im Gesundheitswesen.

Uexküll, Thure von, geb. 1908; Dr.med., emeritierter Professor der Inneren Medizin und Psychosomatik. 1955-1966 Direktor der Medizinischen Universitätspoliklinik in Gießen. 1967-1976 Gründungsrektor und Mitglied des Vorstandes am Zentrum für Innere Medizin der Universität Ulm. Veröffentlichungen: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, München 1981.

Wolff, Stephan, geb. 1947; Dr., Dipl.-Psych., Dipl.-Soz.; arbeitet an der Auswertung eines Projekts über Sozialpädagogik und Sozialverwaltung. Weitere Arbeitsschwerpunkte: Studien zur Ethnomethodologie und Sozialpsychiatrie.

Zeitung im Gesundheitswesen

Dr. med. Mabuse

Seit 1976 erscheinen viermal jährlich in der Zeitung "Dr. med. Mabuse" Berichte über:

- AUSBILDUNGS- UND ARBEITSBEDINGUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN
- ALTERNATIVE PROJEKTE UND BEHANDLUNGSMETHODEN
- MEDIZIN IN DER DRITTEN WELT
- GEWERKSCHAFTSPOLITIK
- FRAUEN UND GESUNDHEIT
- MEDIZINGESCHICHTE UND STANDESIDEOLOGIE
- ÖKOLOGIE

- GESUNDHEITSVERSORGUNG IN KNAST UND BUNDESWEHR
- MEDIZINISCHE FOLGEN DES ATOMKRIEGES
- ÖKONOMISCHE VERTEILUNGSKÄMPFE IM KRANKHEITSWESEN

aber auch PERSÖNLICHE ERFAHRUNGSBERICHTE, KLEINANZEIGEN, KURZMELDUNGEN, BUCHBESPRECHUNGEN, SATIRE . . . . . .

WIE UND WO GIBT'S DEN DR. MED. MABUSE?

Der Mabuse erscheint vierteljährlich und ist über die lokalen Redaktionen, in allen besseren Buchläden und im Abonnement erhältlich.

Ich bestelle ein Jahresabonnement des Dr. med Mabuse

Zum Preis von 12,– DM
Zum Förderpreis von 25,– DM

Dr. med. Mabuse
Postfach 700 747
6000 Frankfurt 70

---

dg – das ist die fortschrittliche Zweimonatszeitschrift im Gesundheitswesen

dg – wird von engagierten Krankenschwestern, Ärzten, Sozialmedizinern, Psychologen und Publizisten herausgegeben;

dg – wird von einer Redaktion gemacht, der die verschiedensten Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich angehören;

dg – Redakteure und Herausgeber schreiben nebenberuflich für die Zeitschrift, unentgeltlich, unabhängig, mit ihren Erfahrungen aus der täglichen Arbeit;

dg – ist nicht parteigebunden aber parteilich: der arbeitende Mensch steht im Mittelpunkt. Gesellschaftspolitische Probleme werden aus medizinischer Sicht beurteilt, medizinische Probleme auf ihre politischen Hintergründe hin untersucht;

dg – Themen behandeln Versorge (umwelt- und sozialpolitische, psychische, medizinische), Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, medizinische Versorgung von Randgruppen, aber auch Patientenrecht, Aus- und Weiterbildung sowie Gesundheitsversorgung international;

dg – schreibt gegen Standesdünkel und Hierarchie, gegen profitgesteuerte Privilegienmedizin, gegen verkrustete Gesundheitsbürokraten; für Hilfe zur Selbsthilfe, für Gleichberechtigung der Gesundheitsberufe und innerhalb der Berufsgruppen, für industrieunabhängige Weiterbildung und Forschung!

dg – erscheint sechsmal im Jahr, in den ungeraden Monaten

dg – wird nicht von der Pharmaindustrie bezahlt, sondern von seinen Abonnenten

dg – das sind 6 mal 44 Seiten Information und Meinung für 27,– DM im Jahr (incl. Porto und Versand)

dg – das ist

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Heftschwerpunkte

Heft 1: Katastrophenmedizin und Gesundheitssicherstellungsgesetz

Heft 2: Sozialabbau und Kostendämpfung

Heft 3: Aus- und Weiterbildung

Heft 4: Gesundheitsversorgung International

Heft 5: Alternative Medizin

Heft 6: Alte Menschen – ausgedient und abgeschoben

PRV: Vertag + Vertrieb: Pahl-Rugenstein
Gottesweg 54, 5000 Köln 51

ARGUMENT-SONDERBÄNDE (AS)
Die Taschenbuch-Reihe im ARGUMENT-Verlag

AS 1/1 Argument-Reprint 1-17
AS 1/2 Argument-Reprint 18-21
AS 2 Gewerkschaftsbewegung in Westeuropa
AS 4 Soziale Medizin V: Entwicklung u. Struktur des Gesundheitswesens
AS 5 Hanns Eisler
AS 6 Zur Theorie des Monopols/Staat und Monopole I
AS 7 Projekt Automation und Qualifikation I: Automation in der BRD
AS 8 Jahrbuch für kritische Medizin 1
AS 9 Gulliver 1, Deutsch-Englische Jahrbücher
AS 10 Massen/Medien/Politik
AS 11 Brechts Tui-Kritik
AS 12 Soziale Medizin VII: Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen
AS 13 Kritik der Frankreichforschung. Handbuch
AS 14 Humanisierung der Lohnarbeit? Zum Kampf um die Arbeitsbedingungen
AS 15 Kritische Psychologie II
AS 16 Probleme der materialistischen Staatstheorie/Staat und Monopole II
AS 17 Jahrbuch für kritische Medizin 2
AS 19 Projekt Automation und Qualifikation II: Entwicklung der Arbeit
AS 20 Argument-Register 1970—1976 und Autorenregister 1959-1976
AS 21 Schule und Erziehung VI: Reformpädagogik und Berufspädagogik
AS 22 Gulliver 3: USA im Jahre 201
AS 23 Massen/Kultur/Politik
AS 24 Angewandte Musik 20er Jahre
AS 25/26 Habermas - Darstellung und Kritik seiner Theorie, v. B. Tuschling
AS 27 Jahrbuch für kritische Medizin 3
AS 28 Forum Kritische Psychologie 3
AS 29 Gulliver 4: Die roten 30er Jahre
AS 30 Soziale Medizin VIII
AS 31 Projekt Automation und Qualifikation III: Theorien über Automationsarbeit
AS 32 Gesellschaftsformationen in der Geschichte
AS 33 Gulliver 5: Englisch/Unterrichts- und Studienreform
AS 34 Forum Kritische Psychologie 4
AS 35 Alternative Wirtschaftspolitik 1: Methodische Grundlagen
AS 36 Stamokap-Theorie/Staat und Monopole III
AS 37 Jahrbuch für kritische Medizin 4
AS 38 Schule und Erziehung VII: 30 Jahre Bildungspolitik
AS 39 Gulliver 6: Shakespeare inmitten der Revolutionen
AS 40 PIT: Theorien über Ideologie
AS 41 Forum Kritische Psychologie 5
AS 42 Musik 50er Jahre
AS 43 Projekt Automation und Qualifikation IV: Automationsarbeit: Empirie 1
AS 44 Eurokommunismus und marxistische Theorie der Politik
AS 45 Frauenformen. Alltagsgeschichten und Theorie weiblicher Sozialisation
AS 46 Gulliver 7: Literatur und Politik in Irland. Sean O'Casey
AS 47 Materialistische Kulturtheorie und Alltagskultur
AS 48 Jahrbuch für kritische Medizin 5: BdWi-Gesundheitstagung 1979
AS 49 Forum Kritische Psychologie 6: Handlungsstrukturtheorie
AS 50 Aktualisierung Brechts
AS 51 Sozialliberalismus oder rechter Populismus?
AS 52 Alternative Wirtschaftspolitik 2: Probleme der Durchsetzung
AS 53 Jahrbuch für Kritische Medizin 6
AS 54 Materialistische Wissenschaftsgeschichte: Evolutionstheorie
AS 55 Projekt Automation und Qualifikation V: Automationsarbeit, Empirie 2
AS 56 Alternative Umweltpolitik