Jahrbuch für Kritische Medizin 14

Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie

Argument

Das Argument-Konzept

Das Verlagsprogramm soll zur Entwicklung der theoretischen Kultur einer Linken beitragen, die sich in der Arbeiterbewegung und der kritischen Universität, den Kräften der Frauenbefreiung, der ökologischen Umgestaltung, der Kultur-von-unten und der Friedensbewegung verankert. Dabei orientieren wir uns am Ziel eines erneuerten sozialistischen Projekts, in dem diese Bewegungen sich aneinanderlagern.

Die Veröffentlichungen beziehen sich v.a. auf folgende Bereiche:

* Übergang zur elektronisch-automatischen Produktionsweise und entsprechender Lebensweisen; Entwicklung der Arbeit
* Bedingungen eines rot-grünen Projekts; Alternative Wirtschafts- und Umweltpolitik; Friedensforschung und -politik
* Feminismus; Frauengrundstudium
* Kritische Medizin; Kritische Psychologie
* Internationale Sozialismus-Diskussion; Weiterentwicklung des Marxismus
* Kultur(en); Ideologieforschung; Migration und neuer Rassismus
* Literatur im historischen Prozeß (LHP); Kritische Anglistik & Amerikanistik (Gulliver)

Der Verlag fördert die Volksuniversität und das alternative Radio. Er kooperiert mit Studentengruppen an vielen Orten. Er ist als alternatives Non-profit-Unternehmen organisiert und bildet zusammen mit Argument-Diskussions- und Rezensentengruppen ein Element der theoretischen Kultur.

Die wissenschaftliche Taschenbuchreihe *Argument-Sonderbände* mit ihren Unter-Reihen ist ein überregionaler Projekteverbund, dessen Redaktionen sich auf verschiedene Universitätsstädte verteilen. Wie bei einem Buchklub kann man AS-Bände auch billiger beziehen (z.B. im *Auswahl-Abo*: drei Bände nach Wahl aus der Jahresproduktion).

Die einzelnen Projekte werden verbunden über die Zeitschrift *Das Argument*. Sie ist die erste in der BRD, die neben der allgemeinen Redaktion eine autonome Frauenredaktion hat. Im *Argument* werden

* politische und methodische Diskussionen ausgetragen;
* Entwürfe und Ergebnisse aus den einzelnen Gebieten einer weiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht;
* mit Hilfe von Literaturberichten und einem beispiellosen Rezensionsteil Überblicke und Anschluß an die Forschung vermittelt;
* theoretische Entwicklungen auch aus andern Ländern kritisch und gemeinsam (=diskutierend) angeeignet, um die Erneuerung marxistischer Theorie zu fördern;
* Frauenforschungen entwickelt und aus andern Ländern zugänglich gemacht, die feministische Fragen und sozialistische Perspektive verbinden.

In der Reihe *Argument-Studienhefte* werden Materialien von und für Arbeitsgruppen veröffentlicht und Studientexte verfügbar gehalten.

Die *Edition Philosophie & Sozialwissenschaften* bringt Dissertationen und andere Forschungsarbeiten.

Die *Marxismus-Werkstatt* arbeitet an einem Wörterbuchprojekt, das der Erneuerung, Selbstkritik und Internationalisierung marxistischer Theorie dient und den Zugriff auf die Quellen verallgemeinern soll.

Argument-Verlag Berlin/Hamburg

Kritische Medizin im Argument

Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 14

Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie

mit Beiträgen von
Heinz-Harald Abholz, Dieter Borgers, Helmut Brand, Barbara Elkeles, Wilfried Karmaus, Hagen Kühn, Uwe Lenhardt, Jens-Uwe Niehoff, Andreas Reichelt, Hartmut Reiners, Warren J. Salmon, Rainer Stange, Irmgard Vogt, Volker Wanek, Walter Wuttke

Argument-Sonderband AS 186

Redaktion dieses Bandes: Dr.med. Heinz-Harald Abholz, Dr.med. Dieter Borgers, Dr.med. Christian Gaedt, Dr.med. Here Klosterhuis, Dr.rer.pol. Hagen Kühn, Dr.med. Andreas Reichelt, Dr.rer.pol. Rolf Rosenbrock, Dr.med. Franz Schafstedde, Dr.med. Udo Schagen

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

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

Die Existenz zweier Reihen stiftete Verwirrung unter den Lesern. Wir beschlossen daher, ab 1983 alle unsere Bände unter dem einheitlichen Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« erscheinen zu lassen. In dieser Reihe bringen wir pro Jahr einen *Themen-Band* heraus (wie z.B. AS 178 »Grenzen der Prävention« oder AS 141 »Technologie und Medizin«) sowie ein *Jahrbuch für kritische Medizin*. In jenem bemühen wir uns ebenfalls um eine Schwerpunktsetzung, wollen aber zugleich den Charakter eines Diskussionsforums erhalten, weshalb wir auch Aufsätze außerhalb des Schwerpunktes aufnehmen.

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

Alle Rechte vorbehalten.
©Argument-Verlag 1989
Argument-Verlagsbüro: Rentzelstraße 1, 2000 Hamburg 13, (040) 45 60 18
Argument-Redaktion: Onkel-Tom-Straße 64a, 1000 Berlin 37, (030) 813 50 24
Umschlaggestaltung Johannes Nawrath, Hamburg
PC-Texterfassung durch die Autoren/Autorinnen
Konvertierung: Fotosatz Barbara Steinhardt, West-Berlin
Druck: alfa Druck, Göttingen

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie
— Berlin ; Hamburg : Argument-Verl., 1989
(Das Argument : Argument-Sonderband ; AS 186)
(Jahrbuch für kritische Medizin ; 14)
ISBN 3-88619-186-9
NE: Das Argument / Argument-Sonderband; 2. GT

Inhalt

Editorial 5

Medizinische Versorgung und gesetzliche Krankenversicherung

Volker Wanek und Uwe Lenhardt
Dämmerung der Expertenmacht?
Krise der ambulanten Medizin 6

Heinz-Harald Abholz
Modell für ein rationales System ambulanter Versorgung ... 24

Hartmut Reiners
Selbstverwaltung zwischen Ideologie und Praxis 34

Helmut Brand
Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionalisierte Planung im Gesundheitswesen 46

Prävention und Alternativen

Dieter Borgers und Wilfried Karmaus
Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? 59

Jens-Uwe Niehoff
Gesundheitsschutz: eine politische Herausforderung 84

Hagen Kühn
Gesundheitsförderung und Interessenvertretung:
Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung .. 89

Warren J. Salmon
Zur Entwicklung der alternativen Medizin in den USA 106

Irmgard Vogt
Die Gesundheit der Frauen ist Frauensache:
Die Frauengesundheitsbewegung 123

Rainer Stange
Naturheilverfahren in der gesundheitspolitischen Diskussion . 135

Andreas Reichelt
The Final Audit — Zur Erosion wissenschaftlicher Grundlagen der Medizin am Beispiel der klinischen Autopsien 138

Standespolitik und Nationalsozialismus

Barbara Elkeles
Gesundheitsreform und Vernichtung — Bericht über ein Internationales Wissenschaftliches Symposium zur Medizin in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus 148

Walter Wuttke
Die Aufarbeitung der Medizin im »Dritten Reich« durch die deutsche Medizinhistoriographie 156

Über die Autorinnen und Autoren 176

Editorial

Das vorliegende Jahrbuch zur Gesundheitspolitik erscheint in einer Situation, in der die regierungsoffizielle Debatte über die Strukturen und v.a. die Kosten des Gesundheitswesens mit der Verabschiedung der Blüm'schen Gesundheitsreform zu einem vorläufigen Abschluß gekommen ist und in der gleichzeitig eine sich in weiten Teilen als außerparlamentarisch verstehende Gesundheitsbewegung ihre Dynamik verloren zu haben scheint.

Vor diesem Hintergrund fand im April dieses Jahres eine von der Redaktion 'Kritische Medizin' des Argument-Verlags und der Arbeitsgruppe 'Gesundheitswissenschaften' der Universität Bielefeld initiierte Arbeitstagung mit dem Titel 'Zukunft in der Gesundheitspolitik' in Bielefeld statt. Die dort gehaltenen Vorträge bilden das Kernstück dieses Bandes.

Die Zusammensetzung der Teilnehmer — zum allergrößten Teil selbst in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tätig — repräsentierte das breite Spektrum der sich in der Gesundheitsdebatte engagierenden Strömungen. Entsprechend des programmatischen Titels der Tagung fühlten sich jedoch alle der Notwendigkeit verpflichtet, neben einer Analyse des Status quo, gesundheitspolitische Konzepte zu erarbeiten, die zu den herrschenden neokonservativen Trends eine tragfähige Alternative darstellen. Selbstverwaltung vs Staatlichkeit, Subjektivität vs Standardisierung, Laienkompetenz vs Professionalisierung, das waren die Varianten, in denen sich das Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und Steuerung immer wieder zum Ausdruck brachte und zu dem jedes zukunftsweisende gesundheitspolitische Konzept Stellung nehmen muß.

Ergänzend zum Tagesthema enthält der Band zwei Beiträge zur Rolle der Medizin im Nationalsozialismus bzw. zur Art ihrer Aufarbeitung durch die deutsche Medizinhistoriographie, die sich nicht unmittelbar auf die aktuellen gesundheitspolitischen Themen beziehen, aber dazu beitragen können, die Entwicklung der Medizin auch und gerade im Nachkriegsdeutschland besser zu verstehen.

Volker Wanek und Uwe Lenhardt

Dämmerung der Expertenmacht?

Krise der ambulanten Medizin

Vorbemerkung

Wir werden in diesem Aufsatz begründen, warum die drastische Steigerung der Zahl ambulant tätiger Kassenärzte den wichtigsten Wandlungsfaktor für das gegenwärtige medizinische Versorgungssystem bildet.

Ferner werden wir zeigen, daß die gegenwärtig praktizierten Steuerungskonzepte zur Eindämmung der Arztzahlenentwicklung bzw. ihrer negativen medizinischen und ökonomischen Konsequenzen durch einen spezifischen Typ innerer Widersprüchlichkeit gekennzeichnet sind, bei dem die »Entschärfung« einer Seite des Problems die »Zuspitzung« einer anderen Problemdimension notwendig impliziert.

Bei der Analyse des sozialen Wandels im medizinischen Versorgungssystem gehen wir von der Unterscheidung zwischen sozialer Integration und Systemintegration aus, die David Lockwood entwickelt hat (Lockwood 1979). Für Lockwood liegt die Quelle sozialer Spannungen und möglichen Wandels eines sozialen Systems in einem »Mangel an Übereinstimmung« zwischen seiner vorherrschenden sozialen Organisationsform (von ihm auch als »institutionelle Ordnung« bezeichnet) und seiner materiellen Basis (»Satz materieller Bedingungen«). Angewandt auf das ambulante Versorgungssystem, können wir die folgenden drei Widerspruchskomplexe unterscheiden:

a) den Widerspruch zwischen Ressourcenzufuhr und Ausgabendynamik des Versorgungssystems;
b) den Widerspruch zwischen Technisierung der Medizin und den ständisch-privaten Eigentumsverhältnissen im ambulanten Sektor und schließlich
c) den Widerspruch zwischen der beruflichen Spezialisierung und der arztzentrierten Arbeitsorganisation.

Das Wachstum der Arztzahlen wirkt nicht nur als Katalysator bei der Verschärfung der auch bisher schon vorhandenen Systemwidersprüche, sondern führt auch zu einer Steigerung der sozialen Konflikte zwischen den Handelnden im Gesundheitswesen (soziale Desintegration):

a) die zunehmende Konkurrenz der Ärzte untereinander verschiebt die Machtbalance im Arzt-Patient-Verhältnis;

b) das Verhältnis der Kassenärzte zu ihren eigenen Interessenorganisationen (Kassenärztliche Vereinigung) wird konflikthafter;
c) die politische Einheitlichkeit der ärztlichen Profession löst sich tendenziell auf und
d) die standespolitische Veto-Macht der ärztlichen Interessenvertretung gegenüber dem Staat erleidet Einbußen.

Wie wir zeigen werden, hatten die bisher vom Staat ergriffenen Maßnahmen mit dem Ziel, die negativen Folgewirkungen wachsender Arztzahlen für die Integration des Systems aufzufangen oder zu kompensieren, auf sozialer Ebene oftmals desintegrative Konsequenzen. Systemintegration und soziale Integration standen zueinander im Widerspruch.

Prognose der Arztzahlenentwicklung

Zwei Umstände sind es insbesondere, die der Arztzahlenentwicklung bis zum Jahre 2000 ihre von vielen Seiten wahrgenommene Brisanz verleihen: erstens werden sich die Zuwächse im Vergleich zu früher deutlich erhöhen und zweitens wird die Inanspruchnahme durch die Versicherten in Zukunft mehr oder weniger stagnieren, wodurch sich beträchtliche Einbußen bei der Honorar- und Einkommensentwicklung absehen lassen. So erhöhte sich von 1970 bis 1984 die Zahl der Kassen- und Vertragsärzte (ohne die an der ambulanten Versorgung beteiligten und ermächtigten Ärzte in Krankenhäusern) von 46.302 auf 62.271 (+ 34,5 %) (KBV 1988, A7). Von 1985 bis zum Jahr 2000 wird nun ein Anstieg von 63.969 auf mindestens 100.500 (was einer Steigerung um 57,2 % entspricht) und höchstens 124.800 (was einer Steigerung um 95,2 % entspricht) erwartet (SVR 1987, 270). Die Unsicherheit über die künftige Entwicklung, die sich in der großen Differenz zwischen den beiden Prognosen ausdrückt, ergibt sich aus der Ungewißheit über die künftige Stellenentwicklung im Krankenhaus: Bei der ersten — niedrigeren — Schätzung wird angenommen, daß die Zahl der Krankenhausstellen um jährlich 2,5 % ansteigt und damit die Absorption eines großen Teils der neuapprobierten Ärzte (insgesamt ca. 200.000 bis zum Jahre 2000) im stationären Sektor ermöglicht. Die zweite — höhere — Schätzung geht von einem nur geringfügigen Stellenwachstum im Krankenhaus (+ 0,2 % p.a.) aus, wodurch ein größerer Teil der neuapprobierten Ärzte aufgrund des Weiterbildungsengpasses im Krankenhaus in die Niederlassung drängt.

Das hohe Wachstumstempo der Zahl der Kassenärzte bis zum Jahr 2000 wird im wesentlichen durch drei Faktoren erklärt. Erstens hat sich die Zahl der Medizinstudenten und der jährlichen Approbationen in den

letzten Jahren beträchtlich erhöht (8.100 Approbationen 1980 und 11.600 Approbationen 1986); zweitens werden die Krankenhäuser in Zukunft ihre Stellenpläne für Ärzte nicht mehr im bisherigen Umfang erweitern (Stichwort: Bettenabbau), und drittens werden immer weniger Kassenärzte aus Altersgründen ausscheiden, da der »Altersberg« der über 60-jährigen Ärzte inzwischen weitgehend abgebaut ist (SVR 1988, 38f.).

Wegen des Weiterbildungsengpasses im Krankenhaus (der durch die Einführung des Arztes im Praktikum — AiP — noch verschärft wird) wird bis zum Jahre 2000 die Zahl der Allgemein- und praktischen Ärzte stärker als die der Fachärzte zunehmen, was gegenüber dem bisherigen Verlauf eine veritable Trendumkehr bedeutet (SVR 1988, 37f.).

Bei geringfügig schrumpfender Zahl von Versicherten (und gleichzeitiger Verschiebung der Altersstruktur zugunsten höherer Altersgruppen) wird die Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen bis zum Jahr 2000 (d.h. die Zahl der Arztkontakte) voraussichtlich nur geringfügig um 3 % zunehmen (SVR 1987, 64). Diese Schätzung berücksichtigt nur die demographisch bedingte Veränderung der Inanspruchnahme; wie sich die von den Ärzten selbst induzierte Nachfrage (durch Überweisungen und Wiedereinbestellungen) entwickeln wird, kann kaum exakt prognostiziert werden. Aufgrund der dargestellten Diskrepanz zwischen personellem Angebot und absehbarer Nachfrage im ambulanten Sektor haben die Kassenärzte mit durchschnittlichen Umsatzrückgängen in einer Größenordnung zwischen 53 und 42 % zu rechnen (SVR 1987, 49).

Auswirkungen auf die Systemintegration

Der Anpassungsdruck, den eine drastische Vermehrung des Ärzteangebots auf das gesamte Gesundheitswesen ausübt, resultiert aus der zentralen Stellung des Kassenarztes in der medizinischen Arbeitsorganisation. »Die Tätigkeit aller übrigen Gesundheitsberufe in der ambulanten Versorgung ist (...) an ärztliche Verordnungen gebunden.« (SVR 1988, 82) Damit übt der Kassenarzt durch sein Verordnungsverhalten den entscheidenden Einfluß auf die Leistungs- und Kostenentwicklung des Gesamtsystems aus. Die Preissumme aller vom Kassenarzt veranlaßten Leistungen belief sich im Jahre 1985 auf das 3,7-fache des kassenärztlichen Honorarvolumens für selbsterbrachte ambulante Behandlung (73,0 Mrd. DM zu 19,7 Mrd. DM) (SVR 1988, 198). »Im Jahre 1985 entfielen auf 100 DM Ausgaben der GKV (für) ambulante Behandlung zusätzlich 84,50 DM für Arzneimittelausgaben, 33,10 DM für Heil- und

Hilfsmittel, 132,35 DM für Lohnfortzahlung, 32,45 DM für Krankengeld und 89,15 DM für stationäre Behandlungskosten.« (SVR 1988, 109)

Ressourcenzufuhr und Ausgabendynamik

Das gegenwärtig praktizierte Vergütungssystem in der kassenärztlichen Versorgung ist zweistufig. In der ersten Stufe vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die kassenärztliche Gesamtvergütung. (Maßgeblich für die Steigerung der Gesamtvergütung ist die Entwicklung der Grundlohnsumme.) In der zweiten Stufe verteilen die KVen das Honorar auf die ihnen angeschlossenen Kassenärzte gemäß den erbrachten ärztlichen Einzelleistungen: Grundlage für die Bewertung der Einzelleistungen ist der im Oktober 1987 reformierte Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), der sowohl für Ersatzkassenpatienten als auch Versicherte der RVO-Kassen gilt. Infolge der Zweistufigkeit des Honorierungs- bzw. Vergütungssystems ließ sich die Ausgabendynamik in der kassenärztlichen Versorgung gut unter Kontrolle halten.

Für den Zeitraum 1980-1986 liegen Angaben vor, die den Zusammenhang von Inanspruchnahme durch die Patienten, Leistungserbringung durch den Arzt und Honorarentwicklung gut veranschaulichen. Im angegebenen Zeitraum nahm die Zahl der Kassenärzte um 15,6 % zu, während die Zahl der GKV-Mitglieder um 1,9 %, die Zahl der Anspruchsberechtigten sogar um 8,7 % abnahm.

Tab. 1: Entwicklungstendenzen der kassenärztlichen Versorgung 1980-1986 (Veränderung in %)

	pro Arzt
GKV-Mitglieder	– 15,1
Anspruchsberechtigte (Mitglieder und mitversicherte Angehörige)	– 21,0
Erstinanspruchnahme (Originalscheine)	– 17,9
Fallzahl insgesamt (Original- und Überweisungsscheine)	– 11,9
Leistungsmenge (Punktzahl pro Arzt)	+ 3,0
Honorarvolumen	+ 10,1
	pro GKV Mitglied
Erstinanspruchnahme (Originalscheine)	– 3,3
Fallzahl insgesamt (Original- und Überweisungsscheine)	+ 3,9
Leistungsmenge (Punktzahl pro Mitglied)	+ 21,4
Honorarvolumen	+ 29,8

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach SVR 1988, 88

Aus der Tabelle geht gut hervor, daß der Rückgang der Primärinanspruchnahme pro Arzt durch eine intensivere Behandlung der Patienten mehr als ausgeglichen worden ist, so daß im Ergebnis das auf den einzelnen Arzt entfallende Honorarvolumen um 10 % gesteigert werden konnte. Die Zunahme der Behandlungsfälle insgesamt trotz rückläufiger Primärinanspruchnahme ist bedingt durch die hohe und wachsende Zahl von Überweisungen. Da die kassenärztliche Gesamtvergütung an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden ist, muß bei einer Mengenausweitung, die fast ebenso stark ist wie das Wachstum der Gesamtvergütung, der Preis jeder einzelnen Leistung (der Punktwert) in der Tendenz stagnieren (SVR 1988, 44; SVR 1989, 82). Bei stagnierendem Punktwert ist es für den einzelnen Arzt durchaus rational, zu versuchen, seine Einkommenserwartungen durch eine Ausweitung der Leistungsmenge zu realisieren. Daher wohnt dieser Entwicklung eine »perverse« Preis-Mengen-Dynamik inne: Da der Punktwert (als »Preis« ärztlicher Leistungen) nicht mit der allgemeinen Einkommensentwicklung Schritt hält, werden die Honorarerwartungen mittels Mengenausweitung befriedigt.

Obwohl die Grundlohnorientierung die kassenärztliche Honorarentwicklung gut unter Kontrolle hält, bietet sie keine Handhabe gegen ein ausuferndes Mengenwachstum. Auch betrifft sie nur die selbsterbrachten und nicht die vom Arzt veranlaßten Leistungen, deren Kosten sich auf das 3,7-fache des ärztlichen Honorars belaufen. In Zeiten verschärfter innerärztlicher Konkurrenz um Patienten wird daher eine Zunahme von medizinisch nicht indizierten »Gefälligkeitsleistungen« erwartet, deren Ausufern zu vermehrter Prüf- und Kontrolltätigkeit der KVen gegenüber ihren Mitgliedern führen muß.

Technisierung der Medizin und ständisch-private Eigentumsverhältnisse

Die Besonderheiten ständisch-privater Eigentumsverwertung (Verbot der Anstellung von Ärzten gegen Gehalt, Werbeverbot, Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung usw.) haben die Technisierung der ambulanten medizinischen Versorgung, die neben der Spezialisierungstendenz den dominierenden Grundzug in der Entwicklung der vergangenen beiden Jahrzehnte bildet, keineswegs behindert, ihr jedoch einen spezifisch »wildwüchsigen« Charakter verliehen: »Die Bundesrepublik Deutschland besitzt innerhalb der Europäischen Gemeinschaft, vermutlich sogar weltweit das dichteste medizinisch-technische Versorgungsangebot.« (Kirchberger 1986, 7) Infolge einzelärztlicher Investitionsfreiheit bei gleichzeitiger Möglichkeit zur Nachfrageinduzierung

ist die Technisierung der Medizin für die Krankenkassen und Beitragszahler ein außerordentlich kostspieliger Prozeß. Dafür spricht, daß alteingeführte Verfahren (z.B. Röntgendiagnostik) von neuen Verfahren (z.B. Ultraschall-Untersuchungen) nicht vollständig ersetzt werden, da die neuen Verfahren eine andere Qualität von Bildern und Informationen liefern (Parallelausstattung). Die scharfe Trennung des ambulanten vom stationären Sektor im Kassenarztrecht bedingt zudem eine Doppelausstattung in Arztpraxis und Krankenhaus. Auch wird mit zunehmendem Technikeinsatz der Personalbedarf nicht geringer, sondern steigt im Gegenteil an.

Anfang 1987 waren allein in der ambulanten Versorgung 244 Computertomographen, 507 Gamma-Kameras und 75 DSA-Geräte, mindestens 20 Kernspintomographen und 26 NMR-Geräte eingesetzt, deren Investitionskosten zwischen 1,2 (Gamma-Kamera) und 5,0 Mio. DM (NMR-Geräte) liegen. Von 1984-1987 hat sich die Zahl der Großgeräte beinahe verdoppelt (von 453 auf 879) (SVR 1988, 40; Kirchberger 1986, 10). Neben den Großgeräten mit ihren hohen Investitionskosten existierten in der ambulanten Versorgung 1985 noch mindestens 6.000 Ultraschall- und 12.000 Röntgengeräte. Wie Kirchberger ermittelt hat, verursacht jedes Ultraschallgerät durchschnittliche Kosten von 120.000 bis 180.000 DM jährlich bei den Krankenkassen (Kirchberger 1986, 11).

Die technischen Diagnoseleistungen sind der expansivste Posten im kassenärztlichen Leistungskatalog: so wuchsen die Röntgenleistungen im Zeitraum 1982 bis 1985 um 15,6 %, die Sonographieleistungen sogar um 100 % (SVR 1988, 40). Die ärztlichen Grundleistungen (Beratung, Besuche und Untersuchungen) sind dagegen im Zeitraum 1983 bis 1985 nur um 1 % gewachsen (Reiners 1987, 167). Die technischen Diagnoseleistungen repräsentieren 4 % aller kassenärztlichen Einzelleistungen, verursachen jedoch 15 % der Kosten für die ambulante Versorgung. Bereits von daher ist einsichtig, daß jede Strategie zur Begrenzung der negativen Folgen wachsender Arztzahlen am Technisierungsprozeß der ärztlichen Berufsausübung ansetzen muß. Wir verfügen zudem über harte Indizien, daß der Einsatz medizinischer Technik in der ärztlichen Sprechstunde sich sehr stark an den betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten der Geräteauslastung und -amortisation orientiert und nicht ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten beherrscht wird: so zeigen beispielsweise die kassenärztlichen Abrechnungen, »daß Internisten mit eigener Röntgeneinrichtung ein Vielfaches an Röntgenleistungen im Vergleich zu jenen Kollegen veranlassen, die Röntgenuntersuchungen als Auftragsleistung durchführen lassen.« (SVR 1988, 41) Der Zwang zur Auslastung der Praxiseinrichtung bildet die wesentliche

ökonomische Triebkraft des ärztlichen Leistungsgeschehens: im zweiten Jahr nach der Niederlassung steigt der Leistungsumfang bereits über den Durchschnitt aller Kassenärzte und erreicht im siebten Jahr (mit ca. 22 % Abweichung vom Durchschnitt) sein Maximum. Danach nähert sich das Leistungsvolumen wieder dem Durchschnitt aller Kassenärzte an und unterschreitet ihn nach dem siebzehnten Jahr, um danach bis auf 60 % des durchschnittlichen Leistungsvolumens (im 35. Jahr nach der Niederlassung) zurückzugehen (Kosanke 1987, 109.

Technische Leistungen sind i.d.R. delegationsfähig; bei ihnen ist die Relation von Arbeits(zeit)aufwand und Ertrag (Honorar) besonders günstig: Ein Hausbesuch (von ca. 20-30 Minuten Dauer) bringt auch nach dem neuen EBM ganausoviel wie ein EKG, das die Arzthelferin in ca. 5 Minuten anfertigt und das den Arzt im Regelfall nicht mehr als eine halbe Minute an Bewertungszeit kostet. Bei durchschnittlicher Gerätenutzung ist das EKG-Gerät nach eineinhalb bis zwei Jahren amortisiert und bringt nur noch reinen Verdienst. Diese Bewertungsrelationen sind auch ein wichtiger Grund dafür, warum in der BRD die Arzt-Patient-Kontaktzeiten mit durchschnittlich 4 Minuten sehr kurz sind (Abholz 1987a, 21f.).

Bisherige Steuerungsansätze im Bereich der Medizintechnik betreffen ausschließlich die Großgeräte: seit März 1986 gibt es für sie eine regionale Standortplanung der KVen. Hierdurch wurden allerdings oftmals lediglich bestehende Überversorgungen festgeschrieben (Kirchberger 1986, 14). Die Geräte mit geringeren Investitionskosten unterliegen in der Anschaffung bisher keinen Beschränkungen. Kirchberger macht darauf aufmerksam, daß insbesondere diese Gerätekategorie im Zuge wachsender Niederlassungszahlen kräftig anwachsen wird. Durch eine zunehmende Zahl von Fällen, die weiterer Abklärung bedürfen, und durch mehr falsch-positive Befunde (im Bereich der Sonographie wird von einer Rate von 12 % falsch-positiven Befunden ausgegangen) »wird sich die Tendenz zur Delegation der aufgetretenen Probleme an die Großtechnologie verstärken.« (Kirchberger 1986, 24)

Die Möglichkeit, im Zuge der EBM-Reform mittels ökonomischen Drucks eine Zentralisierung des medizinischen Technikeinsatzes herbeizuführen, wurde nicht genutzt. Der neue EBM hat zwar die Honorierung der Laborleistungen, die alle Ärzte erbringen können, um ca. 60 % abgesenkt — und damit der Zentralisierungsbewegung im Laborbereich einen kräftigen Schub erteilt (Großlabors und Laborgemeinschaften) —, jedoch die Bewertung technischer Leistungen in etwa unverändert gelassen. So stellt der Bewertungsmaßstab sicher, »daß möglichst jeder Arzt — auch der mit sehr niedriger Untersuchungs-

frequenz — die Untersuchung zumindest kostendeckend erbringen kann.« (Abholz 1987a, 22)

Mit dem in Zukunft zu erwartenden Wachstum der Arztzahlen im ambulanten Sektor werden die ständisch-privaten Eigentumsverhältnisse jedoch einer harten Belastungsprobe unterzogen. Die Praxisübernahme kostet den Arzt heute 229.000 DM durchschnittlich; die Neugründung sogar 259.000 DM. Um allein die laufenden Betriebsausgaben bestreiten und die Schuldendienstzahlungen leisten zu können, müssen mindestens 150.000 bis 200.000 DM Umsatz erwirtschaftet werden. Da somit jeder neue Arzt selbst bei bescheidenen Einkommensvorstellungen die GKV mindestens 200.000 bis 250.000 DM pro Jahr (nur an Honorar, ohne die veranlaßten Leistungen) kosten wird, werden seit einigen Jahren Reformvorschläge diskutiert, die — wie etwa die vermehrte Integration von Ärzten in Gemeinschaftspraxen und ihre Anstellung gegen Gehalt — auf die Etablierung patriarchalisch gefärbter Lohnarbeitsverhältnisse im ambulanten Sektor hinauslaufen (Brenner 1988; SVR 1988, 48).

Berufliche Spezialisierung und arztzentrierte Arbeitsorganisation

Die Struktur der kassenärztlichen Versorgung in der BRD ist durch einen rapiden Spezialisierungsprozeß gekennzeichnet, in dessen Verlauf der Anteil der niedergelassenen Fachärzte von 38,1 % (1961) auf 57,6 % im Jahre 1987 anstieg (Waller 1985, 74; KBV 1988, A9). Wie eine detaillierte Studie zeigt, war seit den 60er Jahren das Wachstum der Facharztzahlen im ambulanten Sektor vor allem in den technisch-apparativ orientierten Disziplinen besonders ausgeprägt, »während primärärztlich (z.B. Allgemeinmediziner/praktische Ärzte, Kinderärzte, Internisten, Frauenärzte) und/oder weitgehend auf kommunikative Arztleistungen orientierte Disziplinen nur langsamer wuchsen« (Priester und Deppe 1986, 14). Der ärztliche Spezialisierungsprozeß vollzog sich in der Bundesrepublik u.a. deswegen so rasch, weil die GKV-Patienten hierzulande *direkt* (d.h. ohne Überweisung durch den Hausarzt) einen Gebietsarzt aufsuchen können: dies tun heute bereits etwa die Hälfte aller Patienten (Arnold 1988, 102). Die Wahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt wird stark vom Bildungsstand und der Schichtzugehörigkeit beeinflußt, nicht hingegen vom subjektiven Gesundheitsbefinden (Infas 1980, 71, 112). Der steigende Facharztanteil ist ein wichtiger eigenständiger Erklärungsfaktor des dargestellten Technisierungsprozesses in der Medizin: Er »geht recht deutlich einher mit

— weniger Besuchen,
— mehr Sonderleistungen,
— mehr Laborleistungen,
— mehr Röntgenleistungen.« (WidO 1979, 88)

Primärinanspruchnahme von Fachärzten hat zur Folge, daß der Hausarzt in unserem System nicht mehr die ihm ursprünglich zugedachte Filter-, Verteiler- und Koordinationsfunktion zu erfüllen vermag. Weder laufen alle behandlungsrelevanten Informationen und diagnostischen Befunde bei ihm zusammen, noch trägt er die Letztverantwortung für die Durchführung der Behandlung. Selbst bei denjenigen Patienten, die vom Hausarzt in fachärztliche Behandlung überwiesen werden (ca. 19 % der in allgemeinärztlicher Behandlung befindlichen Patienten) (Waller 1985, 77), geschieht dies meist (in über 80 % der Fälle) ohne spezifizierte Angaben über den bisherigen Behandlungsverlauf und den Umfang der notwendigen Mitbehandlung (SVR 1988, 95).

Während somit die Zugangsregeln zum Gebietsarztsektor in der BRD überaus liberal sind, so daß es kaum gerechtfertigt erscheint, das innerärztliche Berufsfeld als arbeitsteilig strukturiert zu bezeichnen, ist der Zugang zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen für die Patienten außerordentlich restriktiv gestaltet. Neben dem Arzt gibt es keinen anderen Heilberuf, der direkt mit der GKV abrechnen könnte. Heilpraktiker sind generell von der GKV ausgeschlossen und nichtärztliche Psychotherapeuten (Diplompsychologen mit dreijähriger Zusatzausbildung) dürfen nur auf ärztliche Anordnung an der Behandlung von Kassenpatienten mitwirken. Nur ein Arzt, der selbst zur Psychotherapie berechtigt ist, darf einen solchen Behandlungsauftrag erteilen. Der Arzt muß die ersten Behandlungsleistungen selbst erbringen und der Kasse gegenüber die voraussichtliche Art und Dauer der Behandlung angeben.

Die einzige Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens, die außer den Ärzten selbständig und ohne fremde Anweisungen Gesundheitsleistungen erbringen kann, sind die Hebammen (Neubauer 1987, 189).

Welchem ökonomischen und beruflichen Schicksal die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in einer Zeit steigender Arztzahlen entgegengehen, hängt wesentlich davon ab, ob die von ihnen angebotenen Leistungen in einem komplementären oder substitutiven Verhältnis zu den ärztlichen Leistungen stehen. Da beispielsweise die psychotherapeutischen Leistungen auch von Ärzten erbracht werden können, muß den nichtärztlichen Psychotherapeuten eine schlechte Zukunftsprognose gestellt werden (Neubauer 1987, 213). Auch Logopäden, Beschäftigungs-

therapeuten, Krankengymnasten, medizinische Bademeister und Masseure werden einem Verdrängungswettbewerb ausgesetzt, bei dem die Ärzte die entsprechenden Leistungen entweder selbst erbringen werden oder durch angestelltes Hilfspersonal erbringen lassen (Neubauer 1987, 214). Das ärztliche Behandlungsmonopol, das aus dem Glauben an die eigene Allzuständigkeit seine Legitimation bezieht, wird bei wachsender Konkurrenz um Patienten immer stärker verteidigt. Statt zu einer Pluralität gleichberechtigter Gesundheitsberufe zu gelangen, wie sie vor eineinhalb Jahrzehnten Paul Lüth vorhergesehen hat (Lüth 1974, 394), wird die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Nichtärzten sogar zurückgenommen. Auf der anderen Seite haben die Berufe ohne Leistungsüberschneidungen mit den Ärzten (z.B. Hörgeräteakustiker) von einer steigenden Arztdichte keine Nachteile zu befürchten.

Doch nicht nur die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Nichtärzten wird mit steigender Arztdichte tendenziell reduziert, auch die innerärztliche »Arbeitsteilung« wird Modifikationen unterliegen. So »werden Patienten nicht zu einem anderen niedergelassenen Gebietsarzt (als einem potentiellen 'Konkurrenten') überwiesen, sondern statt dessen stationär ins Krankenhaus eingewiesen.« (SVR 1988, 86f.; vgl. auch SVR 1989, 83).

Dämmerung der Expertenmacht? — Innerärztliche Konkurrenz und ihre Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis

In der professionalisierungstheoretischen Literatur werden als unabdingbare Prärequisiten ärztlicher Autorität in der Beziehung zum Klienten in der Regel angeführt (Freidson 1975; Johnson 1972):

— Monopol der Heilkundeausübung;
— Kontrolle über akzessorische Hilfsmittel, die der Patient auch unabhängig vom Expertenrat für wertvoll hält und
— Beschränkung der Zahl der Professionsmitglieder sowie Kontrolle des Berufszugangs durch die professionelle Selbstverwaltung.

Vor allem dem zuletzt genannten Punkt kommt für die ärztliche Autorität ausschlaggebende Bedeutung zu: »Wenn nämlich die Zahl der Professionsmitglieder im Verhältnis zur Nachfrage klein ist und wenn die Klientel keine Organisationsbasis besitzt, dann haben die einzelnen praktizierenden Professionsmitglieder eine Position inne, die sie in die Lage versetzt, unangemessene Forderungen des Klienten zurückzuweisen, ohne sich damit ökonomischen oder politischen Ruin einzuhandeln.« (Freidson 1975, 84f.). Da das Bundesverfassungsgericht im Jahre 1960 mit seiner prinzipiellen Freigabe der kassenärztlichen Nieder-

lassung der Gesamtärzteschaft die Kontrolle des Berufszugangs entzogen hat, sind von den steigenden Kassenarztzahlen auch nachhaltige Veränderungen im Arzt-Patient-Verhältnis zu erwarten. Allerdings darf nicht vorschnell von der zunehmenden Arztdichte auf eine verbesserte, um psychosoziale Aspekte angereicherte und zuwendungsintensivere Behandlung geschlossen werden; das Honorierungssystem steht dem entgegen. Bei Fortbestehen der Einzelleistungsvergütung ist vielmehr von einer abermaligen Steigerung der Behandlungsintensität (insbesondere bei den delegationsfähigen technischen Leistungen) auszugehen und nicht von einer »stärkeren Beachtung psychosozialer Aspekte« (SVR 1988, 83). In Zukunft wird — wie der Sachverständigenrat befürchtet — die wachsende Konkurrenz die Ärzte geneigter machen, auf Patientenwünsche einzugehen und »Gefälligkeitsleistungen« zu erbringen (etwa bei der Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln, Medikamenten und Arbeitsunfähigkeit). Dies schwäche die »Notarfunktion« des Arztes gegenüber der Krankenkasse und führe zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsexpansion (SVR 1988, 86f.). Vor allem sieht der Sachverständigenrat die Disziplinar- und Kontrollfunktion des Kassenarztes bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit bedroht (SVR 1988, 110).

Veränderungen im Verhältnis der Ärzte zu ihren eigenen Interessenorganisationen

Die Kassenärztliche Vereinigungen wurden per Notverordnung des Reichspräsidenten 1931 als Speerspitze der Ärzte in ihrem Kampf gegen die Krankenkassen gegründet und vertreten bis heute die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (Tennstedt 1976, 402; Deppe 1987a, 26f.). Schon seit ihrer Gründung besitzen sie eine »eigenartige Doppelnatur«, nämlich »Verband zur privaten Interessenwahrnehmung einerseits und Zwangsvereinigung zur Erfüllung von Hoheitsaufgaben andererseits« zu sein (Geigant 1986, 315). Während bis in die Gegenwart der Interessenvertretungsaspekt in der Politik der KVen dominiert, wird sich in Zukunft der Kontrollaspekt immer stärker in den Vordergrund schieben. Aus Organisationen zur Vertretung von Mitgliederinteressen werden tendenziell Organisationen zur Kontrolle des Mitgliederverhaltens (Wiesenthal 1981), insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und Verordnungen. Der Bedeutungszuwachs administrativer Kontrollfunktionen auf Seiten der KVen provozierte den Hartmannbund-Vorsitzenden H. Bourmer sogar zur offenen Infragestellung des öffentlich-rechtlichen Organisations-

prinzips innerhalb der Ärzteschaft. Da sich die KBV immer mehr »als der verlängerte Arm des Gesetzgebers« und »Erfüllungsgehilfe der gesetzlichen Krankenversicherung« erweise, müsse davon ausgegangen werden, »daß es ein großer Fehler war, eine Selbstverwaltung mit einer körperschaftlichen Struktur aufzubauen.« (Interview in der Ärzte-Zeitung vom 30.08.1988) Die bis 1988 praktizierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen der KVen waren de facto »Durchschnittlichkeitsprüfungen« (SVR 1988, 120): Erst bei der Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um mehr als die Hälfte mußte der Arzt mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung rechnen. Bis vor kurzem waren hiervon nur sehr wenige Ärzte betroffen (pro Quartal zwischen 0,2 und 1 % der Ärzte) (Abholz 1987, 201). Inzwischen schreibt das Gesundheitsreformgesetz (GRG) zusätzlich die stichprobenartige Überprüfung bei 2 % der Kassenärzte pro Quartal vor und enthält erweiterte Kontrollbestimmungen für verordnete Leistungen, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Schäfer 1989). Die ausschließliche Orientierung am Durchschnitt aller Ärzte des betreffenden Fachgebiets ist zugunsten einer Orientierung an Richtgrößen aufgegeben worden, da mit der alten Regelung ein kollektiv unwirtschaftliches Verhalten der gesamten Fachgruppe weder identifiziert noch gesteuert werden konnte. Die Zukunft wird zeigen, ob die Wirtschaftlichkeitsprüfungen damit tatsächlich wirksamer gestaltet worden sind: bisher zumindest war — wie Abholz feststellt — ihr abschreckender Effekt minimal, und ihr finanzieller »Ertrag« (in Gestalt der Regreßzahlungen der Kassenärzte) deckte nicht einmal die Prüfkosten (Abholz 1987, 202).

Nachlassende politische Einheitlichkeit der ärztlichen Profession

Wachsender innerärztlicher Konkurrenzdruck bleibt nicht ohne Folgen für die berufsständische Solidarität der Ärzteschaft in der Politik. »Die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt läßt Interessendivergenzen, z.B. zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten oder zwischen etablierten Ärzten und Berufsanfängern, die bislang latent gehalten werden konnten, hervortreten.« (Cassebaum 1985, 18) So zeigte sich der Marburger Bund empört über die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, daß niederlassungswillige Ärzte auch nach der AiP-Phase noch eine mindestens dreijährige Vorbereitungszeit absolvieren sollen, bevor sie die Kassenzulassung erhalten (Der Deutsche Arzt 19/1987, 16; zur Position des Marburger Bundes vgl. zusammenfassend Schagen 1987). Und während Hartmannbund und Kassenärztliche Bundesvereinigung nichts dagegen einzuwenden haben, daß die Niederlassung für

»Quereinsteiger« aus dem Krankenhaus ab dem 55. Lebensjahr gesperrt wird, wehren sie sich vehement gegen eine verbindliche Altergrenze von 65 Jahren für etablierte Kassenärzte, die der NRW-Sozialminister Heinemann fordert. Einigkeit herrscht unter den Standesorganisationen nur darüber, daß unverzüglich der Zugang zum Medizinstudium durch Senkung der Zahl der Studienplätze reduziert werden müsse.

Mittel- und langfristig vielleicht bedeutsamer als diese »Familienstreitigkeiten« ist das Erstarken einer politischen Strömung innerhalb der Ärzteschaft, die mit den Formen und Inhalten ständischer Interessenvertretung gebrochen hat: gemeint sind die Listen Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, die sich seit 1976 an Kammerwahlen beteiligen und dabei beträchtliche Erfolge erzielen. »Die Listen erreichten bei ihrer Erstkandidatur Stimmenanteile zwischen 5 und 18 %, die sich bei den folgenden Wahlbeteiligungen erhöhten und inzwischen (Ende 1986) durchschnittlich um 15 % liegen.« (Deppe 1987a, 193) »Seit 1986 ist der Stimmenanteil der oppositionellen Listen in den Ärztekammern bundesweit sprunghaft angestiegen. In Nord-Württemberg und Hamburg erreichte sie 22, in München 27 und in Bremen 36,5 Prozent. Die Fraktion Gesundheit in West-Berlin erhielt sogar die Hälfte aller Delegiertensitze und stellt seit 1987 zum ersten Mal den Kammerpräsidenten.« (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte 1988, 12).

Einbußen an standespolitischer Veto-Macht

Ebenso, wie die intensivierte Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt zur politischen Desintegration beiträgt, fördert die politische Desintegration den Verfall standespolitischer Veto- und Verweigerungsmacht. Je mehr sich die politischen Energien auf innerständische Konflikte und Rivalitäten konzentrieren, um so geringer ist das professionspolitische Druckpotential, das gegenüber dem Staat und der Krankenversicherung mobilisiert werden kann. Bei ca. 7.000 bis 8.000 arbeitssuchenden Ärztinnen und Ärzten ist die Drohung mit dem Entzug der Kooperationsbereitschaft ohnehin ein stumpfes Schwert in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung. Da vor allem die Kassenärztliche Bundesvereinigung begriffen hat, daß sie auf staatliche Hilfe bei der Beschränkung der Arztzahlen im ambulanten Bereich und bei der Reduzierung der Studienplatzkapazitäten angewiesen ist, erlegt sie sich selbst seit nunmehr 12 Jahren honorarpolitische Zurückhaltung auf (Berg 1986, 49). Umgekehrt ist die Drohung mit der »Ärzteschwemme« die »Rute im Fenster« (Lehmbruch 1988, 27) der staatlichen Gesundheitspolitik, mittels derer die Duldung autonomiebeschränkender Wirtschaftlichkeitskontrollen erzwungen wird.

Das Verhältnis von System- und Sozialintegration und die Zukunft des ärztlichen Berufs

Wie in den vorangegangenen Abschnitten gezeigt werden konnte, führt die globale Ausgabenkontrolle in einer Zeit rasch wachsender Arztzahlen zu sozial desintegrativen Konsequenzen, indem der innerärztliche Konkurrenzkampf an Schärfe zunimmt und die professionelle ärztliche Autorität Einbußen erleidet. Um diese Konsequenzen unter Kontrolle halten zu können, wird von den KVen und den Verbänden der niedergelassenen Ärzte daher immer lautstärker nach quantitativen Beschränkungen des Berufszugangs gerufen *(Kontingentierungen)*. Die härteste und wirksamste Form der Kontingentierung besteht in *objektiven Zulassungssperren* (Verhältniszahlen Einwohner pro Arzt), die bis 1960 bestanden und vom Verfassungsgericht für unrechtmäßig erklärt worden sind.

Ein wichtiger Grund dafür, daß von der KBV und vom Hartmannbund bislang *keine* Forderungen nach objektiven Zulassungssperren erhoben worden sind, ist darin zu sehen, daß diese zu einer *politischen Spaltung* innerhalb der Gesamtärzteschaft (vor allem zwischen etablierten Kassenärzten und Krankenhausärzten) führen würden. Das 1987 in Kraft getretene Gesetz zu Verbesserung der Kassenärztlichen Bedarfsplanung, welches die Niederlassung in bestimmten »überversorgten« Regionen und für bestimmte Gebietsarztgruppen untersagt, beinhaltet zahlreiche Ausnahmebestimmungen, die seinen potentiellen Steuerungseffekt verwässern und voraussichtlich lediglich zu einer gleichmäßigeren Verteilung der niederlassungswilligen Ärzte führen werden:

- »Mindestens 90 v.H. aller kassenärztlichen Planungsbereiche (Stadt- und Landkreis) mit rd. 50 v.H. der Bevölkerung müssen für eine Niederlassung frei bleiben.« (Deppe 1987, 61)
- Die Zulassungssperren sind zeitlich auf drei Jahre befristet, können jedoch verlängert werden.
- Darüber hinaus können sich Fachgebietsärzte in einem für das betreffende Fachgebiet gesperrten Bezirk als »Arzt« ohne Gebietsbezeichnung niederlassen (SVR 1988, 87).
- Schließlich kann ein Arzt in einem gesperrten Bezirk dennoch zugelassen werden, wenn er in die Praxis eines bereits zugelassenen Kollegen zwecks »gemeinschaftlicher Berufsausübung« eintritt oder die Praxis eines ausgeschiedenen Kassenarztes übernimmt (Deppe 1987, 61).

Während somit die Forderung nach objektiven Zulassungssperren im Sinne von Verhältniszahlen hierzulande de facto nicht erhoben wird, da

sie die politische Kluft zwischen den beiden wichtigsten Arztgruppen vertiefen würde, erfolgt die Begrenzung des Berufszugangs hauptsächlich mittels *subjektiver Zulassungssperren* (AiP und kassenärztliche Vorbereitungszeit, möglicherweise Pflichtweiterbildung in Allgemeinmedizin), die jedoch unter bestimmten Bedingungen (bei unzureichender Zahl von Praktikumsplätzen) *in objektive Zulassungssperren umschlagen* (Geigant 1986, 320). Diese besitzen vom Standpunkt der etablierten Ärzte den Vorteil, daß die Trennlinie nicht innerhalb der Ärzteschaft, sondern zwischen dieser und dem akademischen Nachwuchs verläuft.

* * *

Angesichts der geschilderten Tendenzen fällt es nicht schwer, der Ärzteschaft insgesamt und ihrem niedergelassenen Teil im besonderen eine rasch fortschreitende *Deprofessionalisierung* zu bescheinigen (Geigant 1986, 309ff.). Wir verstehen unter Deprofessionalisierung einen langfristig wirksamen Prozeß des *Autonomieverlusts* auf mehreren Ebenen:

— Autonomieverlust gegenüber dem Staat: Vorboten dieser Entwicklung sind — so schwach und zaghaft sie sich heute auch ausnehmen mögen — der Abstimmungszwang bei der Großgeräteanschaffung zwischen KVen, Krankenhäusern und Krankenkassen (Einschränkung der Investitionsfreiheit), das oben angesprochene Bedarfsplanungsgesetz (Einschränkung der Niederlassungsfreiheit) sowie die Richtgrößen bei der Verordnung von Leistungen und Arbeitsunfähigkeit (Einschränkung der Therapiefreiheit).
— Autonomieverlust gegenüber der Krankenversicherung: Ein erster Ansatz in diesem Zusammenhang ist die obligatorische stichprobenartige Überprüfung des Leistungs- und Verordnungsvolumens bei insgesamt 8 % aller Kassenärzte pro Jahr, wie sie das GRG vorschreibt.
— Autonomieverlust gegenüber dem Klienten: Bedingt durch die verschärfte Konkurrenz werden die Ärzte in Zukunft stärker als bisher gezwungen sein, auf die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen (z.B. Angebot außergewöhnlicher Sprechstundenzeiten, Bereitwilligkeit für Hausbesuche und Bereitschaftsdienst sowie Übernahme bisher wenig geschätzter Tätigkeiten, etwa des Schulärztlichen Dienstes; vgl. Kosanke 1987, 102).

Diesen dreifachen Autonomieverlust werden die Kassenärzte nunmehr dadurch — zumindest teilweise — auszugleichen versuchen, indem sie ihre Vorherrschaft in der medizinischen Arbeitsteilung (ambulantes Behandlungsmonopol und Arztvorbehalt) stärker zur Geltung bringen und

die substitutiven Heilhilfsberufe einem Verdrängungswettbewerb aussetzen.

Schließlich ist absehbar, daß auch die klassische Form freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit in Einzelpraxis im Zuge wachsender Arztzahlen beträchtlichen Veränderungen ausgesetzt sein wird. Wie oben angesprochen, gelten die regional und fachgruppenspezifisch differenzierten Zulassungssperren nach dem Bedarfsplanungsgesetz nicht für Ärzte, die zwecks gemeinschaftlicher Berufsausübung in die Praxis eines Kollegen eintreten. Eine Chance zur Niederlassung in gesperrten Regionen besteht für jüngere Ärzte dann nur noch insoweit, als sie die Bedingungen des Seniors beim Abschluß eines Gemeinschaftsvertrages akzeptieren. Damit hätte sich gleichberechtigte Partnerschaft in wirtschaftliche Abhängigkeit verwandelt, die einem Anstellungsverhältnis sehr nahe kommt. Der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, G. Brenner, prognostiziert daher, daß künftig »die selbständige freiberufliche Tätigkeit für den Junior eher einen deklaratorischen als einen inhaltlichen Wert« habe und der Senior sich tendenziell in einen »Unternehmerarzt« verwandele, der »mehr seine dispositiven und weniger seine unmittelbar ärztlichen Fähigkeiten zur Leistungserstellung« einsetze (Brenner 1988, 18).

Literaturverzeichnis

Abholz, H.H., 1987: Wie lassen sich Leistungsanforderungen niedergelassener Ärzte steuern? In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft. Jb.1. Frankfurt/M., New York, 188-209

Abholz, H.H., 1987a: Was bringt die neue Gebührenordnung für Ärzte? In: Demokratisches Gesundheitswesen H. 11, 21f.

Arnold, M., 1988: Möglichkeiten der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. In: Das Krankenhaus H. 3, 98-103

Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Gutachten erstellt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. St. Augustin

Bollinger, H., und J. Hohl, 1981: Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. In: Soziale Welt H. 4, 440-464

Brenner, G., 1988: Wohin steuert die Arztpraxis? In: Arzt und Wirtschaft H. 9, 10-20

Bundesärztekammer (BÄK) 1987: Weiterbildungsordnung. In: Deutsches Ärzteblatt H. 36

v.d. Bussche, R., und H. Krähe, 1974: Zur Prognose des Ärztebedarfs in der BRD seit 1960. In: V. Volkholz u.a. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitssystems. Frankfurt/M., 341-367

Cassebaum, A., 1985: Crisis? What Crisis? Überlegungen zur Krise des Gesundheitswesens. In: Widersprüche H. 17, 7-23

Deppe, H.-U., 1978: Zur Soziologie des niedergelassenen Arztes. In: ders.: Medizinische Soziologie. Aspekte einer neuen Wissenschaft. Frankfurt/M., 213-234

Deppe, H.-U., 1987: Zulassungssperre: Ärzte in den Fesseln der Standespolitik. In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft. Jb.1. Frankfurt/M., New York, 37-67

Deppe, H.-U., 1987a: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.

Elsner, G., 1975: Medizinische Wissenschaft und ärztliche Tätigkeit. In: Gewerkschaften und Medizin 5: Entscheidung und Motivation zum Medizinstudium. Berlin-West, 83-119

Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« 1988: Zwischenbericht. BT-Drucksache 11/3267 v. 7.11.1988

Freidson, E., 1975: Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. Hrsg. u. übers. v. J.J. Rohde. München, Berlin, Wien

Geigant, F., 1986: Niederlassung in freier Praxis — Noch Gegenwart oder schon Vergangenheit? In: G. Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens. Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. 159). Berlin-West, 305-322

Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand 1987: Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bd.1. (= WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung 60) Köln

Institut für angewandte Sozialwissenschaft (Infas) 1980: Zur Entscheidungsstruktur der Arztwahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt. Hrsg. v. Bundesmin. f. Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Bd. 34. Bonn

Johnson, T.J., 1972: Professions and Power (Studies in Sociology Bd. 2. Hrsg. v.A. Giddens). London, Basingstoke

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1988: Grunddaten zur Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln

Kirchberger, St., 1986: Technischer Fortschritt in der Medizin. Strukturen der Kostenentwicklung — Strukturen der Leistungserbringung. In: Technologie und Medizin. Argument-Sonderband AS 141. Berlin-West, 7-28

Kosanke, B., 1987: Ärzteangebot und Arbeitsmarkt. In: L. Männer, G. Sieben (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 11). Gerlingen, 75-129

Krämer, W., 1989: Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Frankfurt/M.

Lehmbruch, G., 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die 'Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen'. Gesundheitsökonomische Beiträge Bd.1. Baden-Baden, 11-32

Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LdÄÄ) 1988: Aufruf zur Wahl der Delegierten-Versammlung der Landesärztekammer Hessen. Bad Homburg

Lockwood, D., 1979: Soziale Integration und Systemintegration. In: W. Zapf (Hrsg.): Theorien des sozialen Wandels. Königstein/Ts., 4. Aufl., 124-140

Lüth, P., 1974: Die Subkultur der Ärzte: am Beispiel ihrer Körperschaften und Verbände. In: V. Volkholz u.a. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitssystems. Frankfurt/M., 368-396

Naase, B., 1986: Abrechnungsskandale niedergelassener Ärzte. Entstehungsbedingungen und Bekämpfungsmöglichkeiten. In: Soziale Sicherheit H. 12, 369-374

Neubauer, G., 1987: Gesundheitsberufe vor den Toren der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: L. Männer, G. Sieben (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 11). Gerlingen, 179-237

Priester, K., und H.-U. Deppe, 1986: Materialien zur Entwicklung der Ärzteeinkommen. Arbeitspapiere aus der Abt. für Medizinische Soziologie 1986. Frankfurt/M.

Reiners, H., 1987: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte (WidO Materialien 30). Bonn

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 1989: Jahresgutachten 1989. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 1988: Jahresgutachten 1988. Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 1987: Jahresgutachten 1987. Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden

Schagen, U., 1987: Lobby gegen Nachwuchs. Bundesärztekammer und Marburger Bund erschweren den Zugang zum Arztberuf. In: Jahrbuch für kritische Medizin. Bd.12. Argument-Sonderband AS 146. Berlin-West, 74-91

Schäfer, F.-H., 1989: Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird effizienter gestaltet. In: Bundesarbeitsblatt H. 4, 50-53

Tennstedt, F., 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: M. Blohmke, u.a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd.III. Stuttgart, 385-492

Waller, H., 1985: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis für psychosoziale und pädagogische Berufe. Stuttgart

Wanek, V., 1989: Die Machtverteilung im Gesundheitswesen. In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt/M., New York, 190-221

Wiesenthal, H., 1981: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus. Frankfurt/M., New York

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO) 1979: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte. Hrsg. v. Bundesmin. für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Bd. 25. Bonn

Heinz-Harald Abholz

Modell für ein rationales System ambulanter Versorgung

I. *Der Hintergrund*

Vier typische und in ihrer Zahl beliebig ergänzbare Beispiele sollen als Problemaufriß dienen:

1. *Gesundheitsuntersuchungen nach dem Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG):* Im GRG ist eine zweijährlich durchzuführende sogenannte Gesundheitsuntersuchung vorgesehen. Es handelt sich dabei um eine Früherkennungsuntersuchung auf Gefäß- und Herzerkrankungen einschließlich ihrer Risikofaktoren sowie auf Nierenerkrankungen. Rationalität bei einem solchen Programm läßt sich nur schwerlich auffinden[1]: In einer Situation, in der es keine sinnvolle Frühbehandlung bei asymptomatischen Gefäßstenosen — in welchem Gefäßbereich auch immer — gibt, bleibt als »Erfolg« eines solchen Programmes nur die Beunruhigung des Patienten. Mann könnte argumentieren, daß der Erfolg darin zu sehen sei, Risikofaktoren für Arteriosklerose dann besser beeinflussen zu können, wenn die betroffenen Menschen schon um ihre Gefäßveränderungen wissen. Wie gering präventiv wirksam das Wissen um die Erkrankung ist, wissen wir aus Untersuchungen über die Effektivität von zum Beispiel Raucherentwöhnung bei *symtomatischen* Patienten, das heißt Patienten mit Herzinfarkt oder peripheren Durchblutungsstörungen: Selbst hier bei einer Symptomatik ist der Erfolg vernachlässigbar gering.
   Auch die Entdeckung von Fettstoffwechselstörungen oder eines frühen Stadiums von Diabetes mellitus erscheint bei genauerem Betrachten höchst problematisch. Ob die Behandlung geringer Abweichung des Zuckerstoffwechsels von medizinischem Nutzen im Sinne der Verminderung diabetischer Komplikationen ist, wäre erst noch zu belegen. Belegt ist hingegen, daß die Gefäßkomplikationen durch die hierzulande übliche Behandlung, nämlich die mit oralen Antidiabetika, eher gefördert statt vermindert werden.[2] Ein Erfolg einer frühzeitigen Behandlung von Hypercholesterinämien ist bisher nur für sehr deutliche Cholesterinwerterhöhungen belegt; wobei nachzutragen ist, daß die Kosten-Erfolgs-Relation äußerst ungünstig ist.[3] In einer Situation, in der es die pharmazeutische Industrie verstanden hat, schon die Behandlung von Cholesterinwerten über 200 mg % zu

propagieren, steht zu befürchten, daß auch in diesem »Niedrig-Cholesterin-Bereich« in Zukunft Behandlungen erfolgen werden. Und dies könnte massenhaft geschehen, denn etwa 75 % der Bevölkerung würden unter dieser Definition erhöhte Cholesterinwerte aufweisen.[4]

2. *PHI (Phosphohexose Isomerase)-Test:* Wissenschaftler der Universität Erlangen-Nürnberg propagieren den PHI-Test als preisgünstigen Tumormarker-Test, der es erlauben soll, in einer gesunden Bevölkerung eine generelle Früherkennung auf Karzinome durchzuführen.[5] Sensitivität und Spezifität des Tests sind — im Vergleich zu anderen Tumormarkern — recht gut, die Autoren stellen sich jedoch nicht der Problematik von prädiktiver Bedeutung dieses Tests bei der Anwendung in Normalpopulationen. Ohne hier näher darauf einzugehen, läßt sich festhalten, daß trotz der relativ guten Sensitivität und Spezifität die positive prädiktive Bedeutung dieses Testes extrem niedrig liegt (etwa bei 4 %). Bei einer weiten Anwendung des Testes kämen so massenhaft positive Befunde zustande, die dann nur sehr aufwendig — im Sinne des ganz überwiegenden Ausschlusses eines Karzinoms — abzuklären wären. Man stelle sich vor, dieser Test würde zu industrieller Reife entwickelt und — möglicherweise — sogar als Papierstreifentest den niedergelassenen Ärzten angeboten.[6]
3. Ein Neurologe verwendet in seiner Praxis zur Diagnostik und Verlaufsbeobachtung ein sehr aufwendiges und selbst in der Bundesrepublik bisher kaum benutztes Gerät, einen *Transkraniellen Doppler-Scan*. Für ganz wenige und sehr spezielle Fragestellungen kann dieses Gerät diagnostische Hilfe leisten; in einer ambulanten Praxis sind derartige Fragestellungen eine Rarität. Daß das Gerät dennoch routinemäßig Anwendung findet und vom Neurologen selbst als ideales Kontrollinstrument bei der Behandlung von Migräne angesehen wird, macht nur Kosten, Nutzen hat es mit Sicherheit nicht. Denn — das Beispiel aufnehmend — eine Migränetherapie wird sich immer an der Symptomatik, nicht an einem technischen Befund orientieren.
4. Von zahlreichen Ärzten wissen wir, daß sie mit Methoden arbeiten, die *naturwissenschaftlicher Medizin-Vorstellung recht fremd* sind. Sie berichten zum Beispiel darüber, daß paraartikuläre Injektionen mit Strophantin bei Rheumaerkrankungen mit größtem Erfolg eingesetzt werden können. Die Gabe von verschiedenen Zuckerlösungen, Extrakten aus Schweinemilzen etc. sollen selbst bei 58jährigen Patienten einen sehr positiven Einfluß auf deren Fettstoffwechsel haben, der — nebenbei bemerkt — regelmäßig kontrolliert wird. Als

naturwissenschaftlich orientierter Mediziner steht man ratlos daneben. Die Ebene rationaler Belege für therapeutische Prinzipien wird von derartigen Ärzten kaum betreten.

Aus den genannten vier Beispielen, die den Alltag ambulanter Versorgung hierzulande bestens charakterisieren und durch unendlich weitere ergänzt werden können, lassen sich folgende Aspekte zusammenfassend festhalten:

1. Medizinische Wissenschaft, Industrie und einzelner Arzt haben für den ambulanten Bereich eine fast unendliche und kaum kontrollierte »Freiheit«, alles anzubieten, was der Gesundheit dienen könnte.
2. Der Beleg für einen medizinischen Nutzen muß nicht einmal in allen Fällen vorliegen; letzteres gilt insbesondere für den niedergelassen tätigen Arzt. Im Bereich der Wissenschaft wie auch der Industrie besteht ein Druck in Richtung des Nutzen-Nachweises. Dieser wird in der Regel nur als klinischer Nutzen und nur ausnahmsweise als klinisch-epidemiologischer Nutzen belegt.
3. Eng mit der Vernachlässigung von Klinischer Epidemiologie zusammenhängend ist das fast völlige Fehlen gesundheitsökonomischer Analysen zur Beurteilung des Nutzens medizinischer Maßnahmen. Derartige Analysen erst würden die Basis dafür bieten können, die verschiedensten angebotenen medizinischen Maßnahmen, Geräte und Konzepte miteinander vergleichbar zu machen. In dem heute existierenden System ist jedoch für derartige Überlegungen kein Raum: Es geht gar nicht um die Vergleichbarkeit und damit Entscheidung zwischen verschiedenen Maßnahmen für Gesundheit, sondern es geht momentan um die Freiheit, alle Maßnahmen einführen und praktizieren zu können.

Folgt man meiner Einschätzung, daß in sehr absehbarer Zeit nicht mehr alle denkbaren medizinischen Interventionen aufgrund ökonomischer Grenzen realisierbar sein werden, so kann es nur zwei Schlüsse geben: entweder wird Medizin wieder mehr als in den letzten 30 Jahren eine Frage des Geldes (diejenigen, die es sich leisten können, können es sich kaufen), oder die angebotenen medizinischen Interventionen bedürfen eines Systems rationaler Planung. Denn nur so scheint für die Gesamtheit der Bevölkerung unter möglichst optimaler Nutzung der Ressourcen eine sozial gleiche Versorgung aufrechtzuerhalten sein. Neben der ökonomischen Notwendigkeit für Planung besteht auch eine inhaltliche: Versteht man unter Gesundheit die Annäherung an körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, so muß man die Gesundheit auch dadurch bedroht sehen, daß eine Bevölkerung durch eine massive Medikalisierung in ihrer Gesundheit geschädigt wird. *Rationale Versorgung*

beinhaltet also sowohl den rationalen Umgang mit gesellschaftlichen Werten als auch eine Rationalität im Umgang mit den Gesundheitsinteressen des einzelnen. Wie kann ein Modell für eine derartig verstandene rationale ambulante Versorgung aussehen?

II. *Steuerungsansätze*

1. Die folgenden *Grundlagen für medizinische Interventionen* hätten *»Zulassungsbestimmungen«* zu unterliegen:
   a) *Ärzte* und andere *Gesundheitsberufe:* Hier ist an die Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung für Ärzte und bestimmte Arzt-Fachgruppen gedacht. Darüber hinaus geht es um die Prüfung der Zulassungsbedingungen sogenannter paramedizinischer Berufsgruppen wie Psychologen, Atemtherapeuten, Krankengymnasten etc. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß auch weitere psychologisch-therapeutische Ausrichtungen, die bisher für eine Behandlung über die gesetzlichen Krankenkassen nicht zugelassen sind, in Zukunft auch zugelassen werden könnten. Für einen Teil der Zulassungen im ärztlichen wie auch im sogenannten paramedizinischen Bereich bestehen schon heute Bestimmungen, die allerdings nur wenig effektiv 'genutzt' werden.
   b) Alle *Geräte*, die über eine Basisausstattung einer Praxis hinausgehen: Dies betrifft die sogenannten Großgeräte, jedoch auch die Geräte mittlerer Kostenstruktur wie Sonographiegeräte und Lungenfunktions-Meßgeräte.
   c) *Medikamante:* Neben der über das Bundesgesundheitsamt laufenden Medikamentenzulassung wäre vorstellbar, daß die gesetzlichen Krankenkassen Positivlisten schaffen, die auf eine gesonderte Quasi-Zulassung hinauslaufen.
   d) *Medizinische Interventions-Verfahren:* Auch neue diagnostische oder therapeutische Verfahrensweisen — wie zum Beispiel neue Methoden der Früherkennung, Behandlungsprinzipien bei Fettstoffwechselstörungen etc. — hätten einer Zulassung vor allgemeiner Übernahme in den Leistungsbereich der GKV zu unterliegen. Grundsätzlich existieren derartige Gremien zur Zulassung neuer Verfahren schon heute zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen. Entscheidungen dort basieren bisher jedoch im wesentlichen auf Vorentscheidungen der KBV, die nicht nur nach wissenschaftlichen und rationalen Aspekten erfolgen, sondern von Standes-Interessen geprägt sind.

2. Neben der Zulassung von Grundlagen medizinischer Interventionen erscheint für eine rationale ambulante Versorgung auch die sehr viel intensivere *Kontrolle medizinischen Handelns* notwendig. Neben den bisher bekannten Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit hätten — so auch im GRG gefordert — Qualitätskontrollen einen zentralen Platz. Mehrere grundsätzliche Ansätze sind hier vorstellbar:
   a) Für häufig vorkommende Erkrankungen könnten *Standard-Diagnostik- und Therapieabläufe* festgelegt werden. Anhand dieser Standards wäre die Qualität und Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns zu prüfen. Zum Beispiel könnte nach rationalen Kriterien festgelegt werden, wie eine Diagnostik bei Hochdruck oder Schwindel auszusehen hat, welche Untersuchungen nach Qualitätskriterien hier hineingehörten, welche nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien überflüssig wären. Bezüglich der Therapiekontrolle bei häufig vorkommenden Erkrankungen wie zum Beispiel Hochdruck, Diabetes etc. ließen sich ebenfalls rationale Programme entwickeln, die als Maßstab für die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit dienen könnten.
   b) Ärztliches Handeln könnte bezüglich *unnötiger Doppeluntersuchungen* oder der Anwendung *veralteter* diagnostischer oder therapeutischer *Maßnahmen* und Wege untersucht werden.[7] Hier würden die unter a) genannten rationalen Richtlinien für Diagnostik und Therapie benutzt werden, um veraltete diagnostische oder therapeutische Verfahren in der Handlung von Ärzten zu identifizieren. Doppeluntersuchungen wie zum Beispiel die bei Urologen sehr häufig durchgeführte Sonographie *und* Röntgenuntersuchungen des Nieren- und harnableitenden Systems würden damit in der Regel als unwirtschaftlich und — unter Qualitätsaspekten — unsinnig auffallen. Ähnliches gälte für die bei Orthopäden immer wieder angefertigten kurzfristigen Kontrollen der Wirbelsäule bei degenerativen Wirbelsäulenleiden.

Vorstellbar wird, daß bei einer nach rationalen Kriterien arbeitenden *Kontrolle der Zulassung* von Geräten, Ärzten, paramedizinischem Personal, Medikamenten und medizinischen Interventions-Verfahren einerseits und einer ebenso nach rationalen Kriterien ablaufenden *Kontrolle des Ablaufs* medizinischen Handelns in Diagnostik und Therapie andererseits ein rationales Versorgungssystem im ambulanten Bereich durchgesetzt werden kann.

III. *Steuerungs-Instanzen*

Zwei Fragen tauchen hier sofort auf: Wer bestimmt, was ein rationales Verfahren ist? Wer setzt das, was als rationale Versorgung definiert wird, durch?

Die Struktur unseres Gesundheitswesens berücksichtigend, bietet sich an, daß die Verwalter des von den Versicherten für ihre Gesundheit bezahlten Geldes, die Krankenkassen, sowohl das definieren, was rationale Versorgung ist, als auch dieses durchsetzen. Das GRG bietet hierzu einen Ansatz: In den zu schaffenden neuen Medizinischen Diensten könnte sich eine Institution kristallisieren, die die Krankenkasse in den angesprochenen Fragen berät. Hier könnte der medizinische Sachverstand konzentriert sein, der notwendig ist, um auf der Basis von klinisch-epidemiologischem und gesundheitsökonomischem Wissen Richtlinien zu entwerfen, die für Zulassung und Kontrolle ärztlichen Handelns von Bedeutung sind. Selbstverständlich wird ein Medizinischer Dienst nicht zu allen Fachfragen kompetent Antwort geben können. Er könnte jedoch in den Fragen, in denen er auf zusätzliches Fachwissen angewiesen ist, eine wissenschaftliche Gewinnung von Antworten organisieren (zum Beispiel Konsensuskonferenzen, Fachberater etc.).

Da in den Medizinischen Diensten die Krankenkassen zu einem einheitlichen Auftreten angehalten sind, würde dies auch zu einer Stärkung der Position der Krankenkassen gegenüber dem Verhandlungspartner beitragen. Was aufgrund der sachlichen Analyse als sinnvoll erscheint, könnte auf einer politischen Ebene auch eher durchgesetzt werden. So gesehen würden die Medizinischen Dienste — sicherlich in Erweiterung dessen, was der Gesetzgeber sich vorstellte — zu den zentralen Planungsstellen unseres Gesundheitswesens im ambulanten Bereich werden. Fällt momentan auf, daß die Krankenkassen durch ihr Konkurrieren untereinander zu machtlosen Verhandlungspartnern mit den Vertragspartnern — so KBV — werden, so wäre über die Arbeit eines Medizinischen Dienstes als zentrales Planungsinstrument aller Krankenkassen — regional oder überregional — auch ein Anwachsen der Macht der Krankenkassen absehbar.

Gelingt es nicht, eine Einheitlichkeit unter den Krankenkassen der KBV gegenüber zu erreichen, so könnte bestenfalls eine staatliche Institution Zulassungs- und Kontrollfunktionen — so wie oben beschrieben — übernehmen.[8] Diese Aufgabe aber der Ärzteschaft im Sinne der Selbstverwaltung zu übergeben, muß ohne Erfolg bleiben, selbst wenn man einmal — entgegen den realen politischen Bedingungen — annimmt,

daß die Krankenkassen nur noch Pauschalen für die ambulante Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen würden. In einem solchen Falle wäre es dann die Aufgabe der KBV oder der einzelnen lokalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Schwerpunktlegungen ambulanter medizinischer Versorgung über Zulassung und Kontrollen zu bestimmen. Mit Sicherheit würde dann jedoch das, was an medizinischer Ausrichtung und Schwerpunktlegung sich entwickelt, ganz wesentlich von den Machtstrukturen innerhalb der Ärzteschaft und zu einem kleineren Teil nur aufgrund medizinischer und gesundheitspolitischer Erfordernisse bestimmt werden. Übergeordnete Entscheidungen gesundheitspolitischer Schwerpunktlegungen würden zum Spielball innerärztlicher Partikularinteressen. Zum Beispiel würde die Frage, ob der Ausbau von Früherkennungsprogrammen auf der Basis sozialmedizinischer Schwerpunktlegung (Einbestell-Modell, gezieltes Ansprechen von Risikopopulationen) oder aufgrund medizinisch-technischer Erweiterung (zum Beispiel Kolposkopie, Sigmoidoskopie) von höherem Nutzen ist, wahrscheinlich von den »Medizin-Technikern« für sich entschieden. Ökonomisches Interesse und medizinische Ideologie würden stark in eine solche Richtung drängen.

Ein rationales Versorgungssystem, das Patienteninteresse und Finanzierbarkeit durch die Versicherten gleichsam im Auge hat, ist also grundsätzlich vorstellbar. Aber trennen uns von einer Realisierung eines solchen Systems nur die politischen Bedingungen, oder gibt es auch inhaltliche Einwände gegen ein derartiges System rationaler ambulanter Versorgung?

IV. *Steuerung versus Autonomie*

Zur Beantwortung, die hier mehr angerissen als ausführlich dargestellt werden kann, ist es hilfreich, sich den Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung, der insbesondere für den ambulanten Bereich unabdingbar erscheint, vor Augen zu halten: Es geht um die umfassende Betreuung aller Aspekte des Krankseins unter Beachtung der Lebensbedingungen des Patienten, seiner Vorstellung zu Krankheit und Gesundheit sowie seine Wünsche, am Behandlungsprozeß teilzunehmen oder sich in ihm passiv zu verhalten.[9] Wie an anderer Stelle ausgeführt, ist Ganzheitlichkeit im Versorgungsanspruch dann durch die »Gleichberechtigung« psychischer, sozialer und medizinischer Aspekte des Krankseins charakterisiert; darüber hinaus ist ein weiteres Charakteristikum die Subjektivität ärztlichen Handelns.[10] Die Vielfältigkeit des Krankseins, die Subjektivität ärztlichen Handelns bei der Betreuung von Kranken,

beides steht im Widerspruch zu einem wie oben skizzierten System rationaler ambulanter Versorgung. Ein solches System braucht rational begründbare und verallgemeinerbare Standards der Behandlung, an denen gesundheitspolitische Entscheidungen gefällt werden, medizinisches Handeln gemessen wird. Wenn ein solches rationales System von Versorgung durchgesetzt wird, so werden zahlreiche Aspekte ambulanter Versorgung, wie sie jetzt existieren, verschwinden müssen. Ein solches System wird dazu führen, daß nur noch die Verfahren gesundheitlicher Betreuung »zugelassen« werden, die allgemein verbindlich begründbar sind. Dies würde all die Vielfältigkeiten medizinischer Betreuung unmöglich machen, die aus einem ganzheitlichen Anspruch resultieren. Die Vielfältigkeit ganzheitlich getragener Versorgung würde auf die wenigen Standards rationaler Versorgung reduziert werden, und dies — wie ich meine — zum Schaden der Versorgten.

Welche Lösung läßt sich hier entwerfen, will man beide Ansprüche, den nach Ganzheitlichkeit und den nach einem rationalen Versorgungssystem, aufrechterhalten?

Die Antwort erscheint einfacher, als wahrscheinlich vermutet. Die oben skizzierte Kontrolle und Zulassung von Ärzten, Medikamenten, medizinischen Behandlungsverfahren und Geräten hätte sich auf eine übergeordnete Planung zu konzentrieren. Was medizinisch oder gesundheitspolitisch gewollt oder nicht gewollt ist, wäre so durchsetzbar. Für die *Kontrolle des konkreten ärztlichen Handelns*, bei dem sich ja der Anspruch von Ganzheitlichkeit realisieren soll, sind zwei Ansätze vorstellbar:

Ansatz 1: Für alle wesentlichen Krankheitsbilder oder diagnostischen Fragestellungen werden — wie oben dargestellt — Standards entwickelt, die als Basis für eine Prüfung der Ärzte nach Qualität und Wirtschaftlichkeit dienen. Für den US-amerikanischen Bereich sind derartige Standards schon heute zu einem großen Teil vorhanden.[11] Will man aber zugleich der Vielfältigkeit ambulanter Betreuungssituationen sowie der Subjektivität ärztlichen Handelns in diesem Bereich Rechnung tragen, so kann ein Standard nicht allein Beurteilungskriterium sein. Es wäre vorstellbar, daß für all die Betreuungssituationen, für die Standards aufstellbar sind, eine Abweichung in zum Beispiel etwa einem Drittel der Fälle toleriert wird. Darüber hinausgehende Häufigkeiten von Abweichungen bedürfen — ähnlich wie heute in der Wirtschaftlichkeitsprüfung — einer Kontrolle.[12] Es liegt auf der Hand, daß dieses Verfahren relativ aufwendig ist und auch nur zu einem Teil allen Ansprüchen nach Rationalität einerseits und Ganzheitlichkeit andererseits gerecht werden kann.

Ansatz 2: Nach diesem Vorschlag hätte sich ein System von Kontrolle rationaler ambulanter Versorgung allein auf die Bestimmung der Rahmenbedingungen zu konzentrieren (Kontrolle der Zulassungen). Für den gesamten Bereich der konkreten ärztlichen Tätigkeit in den Praxen würden alle prüfenden Verfahren entfallen. Ausgenommen sind hier Kunstfehler-Verfahren oder qualitätssichernde Maßnahmen. Die Ärzteschaft würde in eine Gruppe derjenigen unterteilt, die eine Basisversorgung betreiben (Allgemeinarzt, Internist, Kinderarzt, Neurologe, Hautarzt, Gynäkologe und Augenarzt). Für diese Ärzte gäbe es fachspezifische Fallpauschalen, die zudem noch besonders versorgungsintensive Patienten mit einem zusätzlichen Bonus berücksichtigen.[13] Was der einzelne Arzt dann mit dem Patienten medizinisch macht, bleibt ihm und dem Patienten überlassen. Hier gibt es die Möglichkeit der unterschiedlichsten Schwerpunktlegungen einer Praxis, die — bei Wahlfreiheit des Arztes durch den Patienten — auch zu einer Selektion bestimmter Patienten auf bestimmte Ärzte führen wird. Ist dem einzelnen Arzt der finanzielle Anreiz, mit möglichst viel Leistung möglichst viel Geld zu verdienen (das jetzige System der Einzelleistungs-Honorierung), genommen, so wird er sich eher als bisher auf das medizinisch sinnvoll Erscheinende konzentrieren. Die Vielfältigkeit, die sich aus dem Ganzheitlichkeitsanspruch ableitet, wäre so am ehesten gewährleistet. Aber auch ein solches System brauchte Korrektive. Diese sind in verstärkten Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie zum Beispiel über Qualitätszirkel, zu sehen.[12] Nicht zuletzt wird auch der Patient, um den ja mehrere Ärzte konkurrieren, mit zu entscheiden wissen, was für ihn eine »richtige« Behandlung ist.

Für die anderen Arztgruppen, die hier als Spezialisten angesprochen werden, wäre eine Arbeit nur per Überweisung und mit gezieltem Auftrag möglich. Gleiches gilt für die spezialisierten Internisten wie Nephrologen, Gastroenterologen etc. Für die spezialistisch tätigen Arztgruppen würde weiterhin ein System der Einzelleistungshonorierung mit ihren jetzigen Bedingungen existieren. Für diese Gruppe könnte — strenger als bisher — ein Prüfsystem nach rationalen Aspekten der Versorgung angesetzt werden.[13]

Die Lösung 1 erscheint dem Anspruch einer rationalen Versorgung näher, sie ist jedoch konstant in Gefahr, mit Rationalität nur dies zu meinen, was generalisierbar und mit einem Standard formulierbar ist. Zudem ist sie technisch sehr aufwendig. Die Lösung 2 erlaubt bei einem in sich rationalen Kriterien gehorchenden Grundsystem der Versorgung maximale Freiheit für Individualität bei Arzt und Patient. Sie beinhaltet allerdings die Gefahr des Verlustes von Rationalität in der jeweiligen

Versorgungssituation. Freie Arztwahl und Qualitätszirkel zur Qualitätssicherung sind Stichworte, die Wege aufzeigen, einer solchen Entwicklung vorzubeugen.

Anmerkungen

1 Detaillierter ist die Problematik dargestellt in: Abholz, H.-H.: Überlegungen zur »Gesundheitsuntersuchung« nach GRG, § 25. Internes Papier für den Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Berlin 1989, 13 Seiten; sowie in: Rose, St.D.: Screening tests of uncertain value. In: T.W. Hudson et al.: Clinical preventive medicine. Boston 1988

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

3 Himmelstein, D.U./S. Woolhandler: »Free care«, Cholestyramine, and health policy. New Engl.J.Med. 1984, 311: 1511-14

4 Tustall-Pedoe, H./W.C.S. Smith/R. Tavendale: How-often-that-high Graphs of serum cholesterol. Lancet 1989, I, 540-42

5 Baumann, M./K. Brand: PHI — Ein Tumormarker in der ärztlichen Praxis. Zeitschr. f. Allgemeinmed., 1989, 65: 631-633

6 Abholz, H.-H.: Biostatistische Bedenken gegen die Anwendung von Tumormarkern zur Karzinom-Früherkennung. Zeitschr. f. Allgemeinmed., 1989, 65: 634-636

7 Einen sehr guten Einblick in die Möglichkeiten bietet: Eiseman, B./LeRoy Stahlgren: Cost-effective surgical management. Philadelphia 1987

8 Wie lassen sich Leistungsanforderungen niedergelassener Ärzte steuern? In: Medizin und Gesellschaft — Jahrbuch 1. Frankfurt/M. 1987

9 Abholz, H.-H.: Was ist Allgemeinmedizin? — Ein Thesenpapier. Die Berliner Ärztekammer, 1988, 25: 459-65

10 Abholz, H.-H.: Problematische Auswirkungen von Ganzheitlichkeit in der Allgemeinmedizin. Argument Sonderband 162, »Der ganze Mensch und die Medizin«. Hamburg 1989, 120-147

11 Siehe dazu: Kühn, H.: Glanzvolle Ohnmacht — Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin. Argument Sonderband 162, »Der ganze Mensch und die Medizin«. Hamburg 1989, 111-128

12 Abholz, H.-H./D. Borgers/H.R. Dreykluft/B. Häussler/G. Kühn/W.F. Chräder/K.-L. Schulte: Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin. Die Berliner Ärztekammer, 1989, 26: 67-83

13 Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989. Baden-Baden 1989, dort insbes. Kap. A, I und B, II; sowie Abholz, H.-H.: Fallpauschale: Pro-Argumente gegen eine Honorierung nach Einzelleistung. Zeitschr.f. Allgemeinmed., 1989, 65: 407-411

Hartmut Reiners

Selbstverwaltung zwischen Ideologie und Praxis

Meine nachfolgende Untersuchung von Problemen der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basiert auf einer Mischung aus wissenschaftlicher Arbeit und praktischer Berufserfahrung. Ich kann zum einen auf Forschungsarbeiten zurückgreifen, deren praktisches Resultat ein vom DGB herausgegebenes, von Bernhard Braun und mir verfaßtes »Handbuch für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung« (Braun/Reiners 1988) ist. Zum zweiten kenne ich das Innenleben des GKV-Systems aus meiner Zeit als Referent beim Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen.

Meine im Laufe der Jahre gewonnenen Erkenntnisse über Defizite und Chancen der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich in drei Thesen zusammenfassen:

1. Angesichts der aktuellen Verfassung des GVK-Systems ist die »gemeinsame Selbstverwaltung« kein real existierender Zustand, sondern ein ideologisches Postulat. Das GKV-System[1] ist ein unter staatlicher Aufsicht stehender Dienstleistungsbereich, in dem die Krankenkassen mehr oder weniger nur die Funktion des Rechnungsführers bzw. Zahlmeisters haben. Die Krankenkassen verwalten zwar sich selbst, nicht aber — in gemeinsamer Verantwortung mit den Leistungserbringern — das medizinische Versorgungssystem.
2. Auf Basis des bestehenden gegliederten Systems der GKV läuft die Forderung nach einer Stärkung der Selbstverwaltung — wenn man sie wirklich ernst nimmt — auf eine weitere Entsolidarisierung der Versicherten hinaus. Bemühungen um eine verbesserte Arbeit der Versicherungsvertreter in den Selbstverwaltungsorganen können zwar begrenzte lokale Erfolge haben; sie werden aber ohne eine grundlegende Umgestaltung des GKV-Systems zur Sysiphusarbeit.
3. Daraus folgt, daß eine Reform der Selbstverwaltungsstrukturen nur dann Sinn macht, wenn sie mit einer Vereinheitlichung des Krankenversicherungssystems und dem Aufbau bzw. der Stärkung körperschaftlicher Verhandlungssysteme verbunden ist. Setzt man hingegen auf eine Förderung wettbewerblicher Elemente, machen sich die Selbstverwaltungsorgane als Steuerungsinstanzen tendenziell überflüssig. Der Markt nimmt ihnen dann die Entscheidungen ab.

Anmerkungen zur wissenschaftlichen Diskussion des Themas »Selbstverwaltung in der GKV«

Die gesundheitspolitische Diskussion der letzten Jahre wurde stark geprägt von der These, die Steuerungsprobleme und wirtschaftlichen Defizite im Gesundheitswesen ließen sich nur durch eine Stärkung wettbewerblicher, marktwirtschaftlicher Elemente lösen. Die Kritiker dieser These befanden sich nicht nur wegen der allgemeinen politischen »Wende«-Stimmung, die jedem noch so unsinnigen Deregulierungskonzept die Weihen einer sachgerechten Lösung verlieh, in der Defensive. Man hatte selbst die Diskussion über die angesichts veränderter Anforderungen erforderliche Reform der Strukturen der GKV völlig vernachlässigt. Es ist schon ein erstaunliches Phänomen, daß ein so bedeutender Dienstleistungssektor wie das Gesundheitswesen, wohin mehr als 10 % des Sozialprodukts fließen, in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften eher ein Randthema ist. Die Strukturen und Handlungsparameter des Gesundheitswesens sind für die Wissenschaft weitgehend eine »black box«.

Dies gilt um so mehr für das System der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl das Selbstverwaltungsprinzip eines der wesentlichen Charakteristika unseres Krankenversicherungssystems ist, hat der Wissenschaftsbetrieb dieses Thema nicht nur vernachlässigt, sondern faktisch ignoriert. Mitte der 70er Jahre hatte es kurzfristig den Anschein, als werde die Selbstverwaltungsidee zum Dreh- und Angelpunkt einer Neuorientierung in der (theoretischen) Sozialpolitik. Auf dem Soziologentag 1976 wurden Diskussionen zum Verhältnis von Sozialpolitik und Selbstverwaltung geführt, die auf einem sehr hohen Niveau standen (vgl. von Ferber/Kaufmann 1977). Zuvor hatte die Bundesregierung ein umfangreiches Gutachten über Bedeutung und Struktur der Selbstverwaltung in Auftrag gegeben (Bogs u.a. 1976), das aber ebenso konsequenzlos blieb wie die auch heute noch sehr lesenswerte WSI-Studie »Sozialpolitik und Selbstverwaltung« (WSI 1978).

Beide Studien belegen eindrucksvoll die Notwendigkeit einer Demokratisierung des Sozialstaats durch die Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips. Angesichts einer sich immer weiter differenzierenden Problemlage seien die zentralen, repräsentativen parlamentarischen Systeme — so die These — überfordert, wenn sie allein über die Verteilung so existenzwichtiger Güter wie Gesundheit zu entscheiden hätten. Die dem parlamentarischen System zur Verfügung stehenden Instrumente der Gesetzgebung und der Kontrolle des Staatsbudgets genügen nicht,

um eine an den sehr heterogenen Interessen und Bedürfnissen der Bürger orientierte Versorgung zu gewährleisten. Die Dienstleistungsfunktion des Sozialstaates finde erst in der Selbstverwaltung eine geeignete Organisationsform, um »die Bedürfnisse der Adressaten sozialstaatlicher Leistungen zu ermitteln, die Gruppenspezifität der Interessen zum Ausdruck zu bringen und bei der Durchführung sozialstaatlicher Aufgaben die Grundsätze der Modernisierung und der Effizienz zu verwirklichen« (von Ferber 1976, 46f.).

Die theoretische Brillanz, mit der das Selbstverwaltungsprinzip als Legitimationsgrundlage des Sozialstaats herausgearbeitet wurde, kann allerdings nicht über die zentrale Schwäche dieser Analysen hinwegtäuschen: Es fehlen entsprechend konsequente Defizitanalysen des Ist-Zustandes der Selbstverwaltung und daraus folgende Umsetzungskonzepte zur Erreichung der postulierten Selbstverwaltungsidee. Dieses Manko ist sicherlich nicht den Autoren der zitierten Studien anzulasten, die ihre Arbeiten eher als Initialzündung verstanden haben und nicht als komplette Problemlösung. Fakt ist jedoch, daß diese in theoretischer Hinsicht wegweisenden Untersuchungen ohne praktische Konsequenzen blieben. Die Diskussion blieb rein paradigmatisch, wenn sie denn überhaupt noch geführt wurde. Die für Sozialpolitiker frustrierende Entwicklung der sozialliberalen Koalition hatte u.a. den Effekt, daß sozial- und gesundheitspolitische Reformdiskussionen kaum noch stattfanden. Hinzu kommt ein realer Zustand der Selbstverwaltungsorgane, der die Forderung nach einer Stärkung ihrer Kompetenzen als abenteuerlich erscheinen läßt. Wenn man daher auch weiterhin dem Selbstverwaltungsprinzip das Wort redet, sollte man klarstellen, welche Defizite es im bestehenden Selbstverwaltungssystem zu überwinden gilt.

Defizite des bestehenden Selbstverwaltungssystems in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« benennt drei verschiedene Defizite der Selbstverwaltung (Enquete-Kommission 1988, 399):

— Die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungsorgane ist außerordentlich brüchig (Partizipationsdefizit).
— Das öffentliche Interesse, aber auch das Engagement von Verbänden, die die Interessen der Krankenversicherung vertreten sollen, ist wenig entwickelt (Interessendefizit).

— Eine zunehmende Verrechtlichung und Einflußnahme staatlicher Exekutive sowie die zersplitterte Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung schwächen die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung der Krankenkassen (Machtdefizit).

Diese Defizite stehen praktisch nicht nebeneinander, sondern haben eine bestimmte Reihenfolge. Das »Machtdefizit«, die relative Ohnmacht der Krankenkassen hat dazu geführt, daß für die Interessenverbände, die die Krankenkassen im wesentlichen interessieren können — d.h. in erster Linie die Gewerkschaften — , die Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen wenig attraktiv ist. So entsteht ein »Interessendefizit« aus dem »Machtdefizit«.

Das »Partizipationsdefizit« speist sich sowohl aus dem »Macht-« als auch aus dem »Interessendefizit«. Zum einen bewirkt das »Interessendefizit« einen von der Basis abgehobenen Arbeitsstil der Verbandsvertreter in den Selbstverwaltungsorganen. Da sich niemand für ihre Arbeit interessiert, verzichten die Selbstverwaltungsmitglieder auf die ja doch vergeblichen Versuche, ihre Probleme mit den Verbänden rückzukoppeln. Hinzu kommt, daß die Machtlosigkeit der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern und dem Staat nicht gerade dazu verleitet, sich in den Selbstverwaltungsorganen zu engagieren. Bleibt also festzuhalten, daß das zentrale Defizit der Selbstverwaltung in ihrer Ohnmacht liegt. Sie ist — unter den gegebenen Bedingungen — in der Tat nur eine »Verwaltung«, aber keine politisch gestaltende Organisation.

Die Machtdefizite der selbstverwalteten GKV lassen sich ihrerseits in externe und interne Defizite unterteilen. Die beiden zentralen externen Defizite befinden sich zum einen in den Beziehungen zu den Leistungserbringern, zum zweiten in den Beziehungen zum Staat bzw. Gesetzgeber. Die internen Defizite der Selbstverwaltung ergeben sich einerseits aus dem gegliederten System der GKV selbst, andererseits sind die Strukturen und die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane reformbedürftig.

Einer der zentralen Webfehler des GKV-Systems besteht in der organisatorischen Abschottung von Leistungserbringung und Finanzierung. Die Krankenkassen sorgen in Form von Beiträgen für die erforderlichen Finanzmittel; die Kassenärzte, Krankenhausträger usw. sind für die Qualität der medizinischen Behandlung verantwortlich. Durch diese Arbeitsteilung haben die Leistungserbringer zu wenig Anreiz, sich über die Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeit Gedanken zu machen, während die Krankenkassen keine weitergehenden Überlegungen über die Effektivität und Qualität der von ihnen finanzierten Leistungen

des Medizinsystems anstellen müssen. Es handelt sich quasi um ein System der organisierten Verantwortungslosigkeit, in dem von »gemeinsamer Selbstverwaltung« allenfalls in Teilen gesprochen werden kann.

In der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung gibt es zwar den gemeinsamen Sicherstellungsauftrag für Kassenärzte und Krankenkassen. Jedoch sind für dessen praktische Durchführung faktisch die Kassenärzte allein verantwortlich. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung verhandeln nur über Art und Höhe des Honorars; eine gemeinsame Angebotsplanung und Qualitätssicherung findet in verbindlicher Form nicht statt. Letzteres ist Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigung, die dadurch nicht nur eine enorme Machtposition erhält. Sie befindet sich als Standesorganisation zudem in einer schizophrenen Situation. Zum einen ist sie bei Honorarverhandlungen Interessenvertreter der Kassenärzte, tritt aber andererseits intern auch als Kontrollorgan gegenüber ihren Mitgliedern auf. Diese Schizophrenie ist vielen Kassenärzten offensichtlich nicht bewußt. Sie sehen in den Krankenkassen den »großen Bruder«, der sie bei jeder Gelegenheit kontrollieren will, während diese Rolle im Grunde eher die eigene Organisation, die Kassenärztliche Vereinigung, spielt. Die Abrechnungskontrolle ist alleinige Angelegenheit der KV. Die Krankenkassen interessiert das alles überhaupt nicht, zumal sie mit den Kassenärzten einen Vertrag in der Tasche haben, der auf den Einnahmetopf der Kassenärzte einen Deckel legt. Die Einnahmen der Kassenärzte steigen insgesamt im Rahmen der an den Grundlöhnen orientierten Einnahmen der Krankenkassen.

Auch in der stationären Versorgung gibt es keine gemeinsame Planung von Krankenhausträger und Krankenkassen. Die Krankenhausplanung ist — aus historisch gesehen durchaus guten Gründen — Sache der Bundesländer. Hier entsteht nur insofern eine Interessenvermengung, als die Länder zugleich auch Krankenhausträger sind, und als solche mit den Krankenkassen über Pflegesätze verhandeln. Die Krankenkassen selbst sind — trotz bestimmter Möglichkeiten, über die Pflegesatzverhandlungen einzugreifen — reine Zahlmeister, die mit der Planung und Investition im Krankenhausbereich nichts zu tun haben. Sie müssen die Folgekosten dieser staatlichen Angebotsplanung tragen, ohne auf die Planung selbst Einfluß nehmen zu können.

Während in der kassenärztlichen und der stationären Versorgung rudimentäre Formen gemeinsamer Selbstverwaltung durch Preisverhandlungssysteme gegeben sind, fehlen im Arzneimittelbereich jegliche vergleichbaren Mechanismen. Die Pharmaindustrie kann ihre Preise frei nach den hier stark beeinträchtigten Gesetzen von Angebot und

Nachfrage bestimmen. Wenn sich ein Präparat mit Patentschutz einmal durchgesetzt hat, d.h. von den Ärzten akzeptiert wird, spielt der Preis faktisch keine Rolle mehr. Die Krankenkassen müssen das bezahlen, was die Pharmahersteller verlangen. Daran ändert auch das mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführte Festbetragskonzept[2] nur wenig. Nach Lage der Dinge wird es wohl nur so kommen, daß Festbeträge in der Gruppe 1 (Generika) eingeführt werden, während in den Gruppen 2 und 3 wohl alles beim alten bleibt, was die Peisgestaltung angeht. Die Krankenkassen könnten somit nur maximal ein Drittel — das ist der generikafähige Anteil — des Marktes preislich beeinflussen. Sicherlich ist dies ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Zuständen, ein reformerischer Durchbruch ist es aber wohl kaum.

Neben der Ohnmacht der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern wird häufig auch die Ohnmacht der Krankenkassen gegenüber dem Staat beklagt. Der Gesetzgeber, so der Tenor dieser Kritik, zwinge das GKV-System in ein enges rechtliches Korsett, das kaum noch eigenständige Handlungsspielräume lasse. Diese starke Verrechtlichung mache die Kassen zu reinen Erfüllungsgehilfen des Staates.

Ich kann dieser These insoweit nicht folgen, als ich in der Verrechtlichung des Kassenhandelns eher einen Fortschritt sehe als eine bürokratische Gängelung. Abgesehen davon, daß jede sozialstaatliche Institution einen klaren rechtlichen Rahmen haben muß, auch wenn sie nach Selbstverwaltungsprinzipien strukturiert ist, ist eine starke Verrechtlichung in einem gegliederten System wie der GKV notwendig zur Wahrung des Solidarprinzips. Wenn nicht alle Kassen zu gleichem Leistungsangebot verpflichtet wären, und diese Leistungen nicht im SGB V (oder früher der RVO) festgeschrieben wären, wäre der Entsolidarisierungsprozeß innerhalb der GKV noch weiter fortgeschritten als er es ohnehin schon ist.

Ich sehe das Problem Staat-GKV weniger in einer übermäßigen Verrechtlichung als darin, daß der Staat bisweilen gerne Aufgaben an die GKV delegiert, um seine eigenen (Finanz-)Probleme zu lösen. Die seit 1977 periodisch erlassenen Kostendämpfungsgesetze bieten reichhaltiges Anschauungsmaterial für diese Politik des »Verschiebebahnhofs« (vgl. Berg 1986). So wurde z.B. mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz die Rentenversicherung, für die der Bund eine Finanzgarantie übernommen hat, entlastet, indem die von ihr zu leistenden Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner um ca. 12 Mrd. DM pro Jahr gesenkt wurden. Die GKV wurde hier quasi als »Nachtragshaushalt in Reserve« benutzt.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen steht den Leistungserbringern und dem Staat aber nicht nur aus den genannten strukturellen

Gründen so ohnmächtig gegenüber. Ihre interne Verfassung verhindert zusätzlich ein geschlossenes und wirkungsvolles Auftreten nach außen. Politisch werden vor allem die Ortskrankenkassen durch die zunehmende Entsolidarisierung des GKV-Systems geschwächt. In der GKV wirkt der fatale Mechanismus, daß sozial schwache Krankenkassen (niedrige Grundlohnsumme, hoher Altersdurchschnitt, viele mitversicherte Familienangehörige) besonders hohe Beitragssätze verlangen müssen, um die gesetzlich vorgegebenen Leistungsansprüche finanzieren zu können. Nachstehende Tabellen zeigen die enormen Unterschiede in der Höhe der Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen.

Es liegt auf der Hand, daß diese extremen Differenzen in der Wirtschaftskraft der Krankenkassen deutliche Konsequenzen für die Selbstverwaltungsorgane und deren Handlungsspielraum haben. Verantwortlich für die Disparitäten ist ein völlig überholtes, geradezu zunftmäßiges Mitgliedschaftsrecht, das sich am Beruf bzw. Status (Angestellte, Arbeiter) orientiert. Dadurch haben Kassen wie etwa die Techniker-Ersatzkasse oder die Schäbisch-Gemünder Ersatzkasse für Arbeiter die Möglichkeit, durch ihre Satzung den Mitgliederkreis nach Beruf so zu strukturieren, daß ein günstiger Beitragssatz dabei heraus kommt. Auch die Betriebskrankenkassen können sich dieser Technik des »Rosinenpickens« bedienen, während den Ortskrankenkassen als der Basiskasse der teure Rest der »schlechten Risiken« — wie es im Versicherungsdeutsch heißt — verbleibt.

Ohne eine Beseitigung dieser Verwerfung und der Realisierung des Solidarprinzips in der Organisationstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung wird es nie zu einer im Sinne einer *sozialen* Krankenversicherung funktionierenden Selbstverwaltung kommen. Statt dessen werden wir — wenn wir diese überfällige Reform nicht bekommen — einen weiteren Abbau des Solidarprinzips erleben, da unter den Bedingungen *dieser* gegliederten GKV die Selbstverwaltungsorgane nur ständische Interessen im Auge haben. Die Folge wird ein weiteres Fortschreiten von Versuchen sein, sich durch Gründung von Betriebskrankenkassen oder durch das Abschotten gegen Zuwanderung »schlechter Risiken« Privilegien und Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Mit einer sozialen Krankenversicherung hat das alles dann aber nichts mehr zu tun.

Konsequenzen für eine Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Meine Ausführungen sollten verdeutlicht haben, daß nur auf Basis einer Organisationsreform der GKV eine Reform der Strukturen der Selbst-

verwaltung denkbar und sinnvoll ist. Ich will damit nicht die im gewerkschaftlichen Bereich vorhandenen Ansätze zur Qualifizierung von Selbstverwaltern als völlig sinnlos bezeichnen. Im Gegenteil: Gerade in den Gewerkschaften muß das Bewußtsein für die Notwendigkeit gesundheitspolitischer Reformen gestärkt werden, damit die wenigen engagierten Selbstverwalter von ihrem Einzelkämpferdasein erlöst werden. Es wäre schon ein Fortschritt, wenn sich in den Gewerkschaften die Erkenntnis durchsetzen wollte, daß man im Sozialversicherungsbereich ein wichtiges Stück gesellschaftlicher Mitbestimmung zur Verfügung hat.

Dennoch, Reform der Selbstverwaltung heißt zunächst einmal Organisationsreform der GKV mit dem Ziel, die Unterschiede in den Risikostrukturen und damit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der verschiedenen Krankenkassenarten abzubauen. Im Zwischenbericht der Enquete-Kommission zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in dem letzten Jahresgutachten des Sachverständigenrates der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sind die Entwicklungslinien einer solchen Reform angegeben, die ich hier nur kurz skizzieren kann (vgl. Enquete-Kommission 1988, 442ff.; Sachverständigenrat 1989, 116ff.).

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Forderung nach einer freien Wahl der Krankenversicherung bei Kontrahierungszwang für alle. Versicherten. Demnach wäre jede Krankenkasse gezwungen, jeden Versicherungsberechtigten aufzunehmen, der dies wünscht. Dies stellt insofern einen radikalen Bruch mit dem gegenwärtigen System dar, als z.Zt. nur die Angestellten die Möglichkeit haben, zwischen der jeweils zuständigen Pflichtkasse (Orts-, Bertriebs-und Innungskrankenkasse sowie Knappschaft) und einer Angestellten-Ersatzkasse zu wählen. Arbeiter können — mit Ausnahme weniger Berufsgruppen, die eine Arbeiter-Ersatzkasse haben — die für sie zuständige Pflichtkasse nicht verlassen.

Ferner müssen für alle Kassenarten im Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht gleiche Rechtsgrundlagen gelten. Auch hier gibt es z.Zt. noch Unterschiede, die den Ersatzkassen Vorteile verschaffen (vgl. Enquete-Kommission 1988, 405ff.). Alle Krankenkassen sollen in Zukunft die gleichen, vom Gesetzgeber definierten Leistungen anzubieten haben. Satzungsmäßige bzw. Wahlleistungen soll es nur in einem sehr eng eingegrenzten Rahmen geben.

Würde man ein solches System der freien Wahl der Krankenkassen umstandslos einführen, hätte dies ein Ausbluten der Ortskrankenkassen in weiten Teilen Nord- und Westeuropas zur Folge. Hier liegen die

Beitragssätze der AOK zumeist über 14 %; sie wären mit den Ersatz- und Betriebskrankenkassen, die in der Regel einen weit niedrigeren Beitragssatz erheben, nicht konkurrenzfähig. Um einen solchen Zusammenbruch der AOK, der unweigerlich das gesamte GKV-System in schwere Turbulenzen stürzen würde, zu verhindern, müssen vor einer Einführung der Kassenwahlfreiheit gleiche Startchancen hergestellt werden. Es muß ein kassenartenübergreifender Risikoausgleich installiert werden, der die Grundlohnsumme, die Alters- und Geschlechtsstruktur der Krankenkassen betrifft.

Neben einer auf Ausgleich der Risiken abzielenden Organisationsreform der Krankenversicherung müssen die Beziehungen von Gesetzlicher Krankenversicherung, Leistungserbringern und Staat neu geregelt werden. Auch hier kann nur eine sehr grobe Skizze erfolgen, zumal die Diskussionsdefizite auf diesem Gebiet sehr groß sind. Ziel müßte die Schaffung regionaler Steuerungssysteme sein, die in gemeinsamer Verantwortung von Krankenkassen, Leistungserbringern sowie den Gebietskörperschaften die gesundheitliche Versorgung planen und lenken. Erste Schritte in dieser Richtung könnten wie folgt aussehen:

— Im Arzneimittelbereich werden direkte Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen eingeführt. Dafür ist ein vom GKV und Ärzten gemeinsam geführtes Arzneimittelinstitut erforderlich, das in Verhandlungen mit der Pharmaindustrie die verordnungsfähigen Medikamente nach Art und Preis festlegt. Hinzu kommen müßte eine gezielte Beratung von Ärzten und Patienten, wie sie in Anfängen von einigen Kassen bzw. Kassenverbänden bereits erfolgreich praktiziert wird.
— In der stationären Versorgung müssen die Krankenkassen in die Planung und Investitionsfinanzierung mit einbezogen werden. Hier hat die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung (1987) ein richtungsweisendes Modell entwickelt, das im Kern eine von Kassen und Krankenhausträgern gemeinsam verantwortlich geführte regionale Versorgung vorsieht.
— In der kassenärztlichen Versorgung muß der Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte in seiner bestehenden Form abgeschafft werden. Generell sollten derartige Sicherstellungsaufträge regionalen Körperschaften (Gesundheitskonferenzen) übertragen werden.

Im Rahmen einer solchen Neuordnung des gesamten GKV-Systems wären dann auch die Selbstverwaltungsstrukturen der Krankenkassen zu verändern. Eine solche Veränderung müßte in erster Linie aus einer Straffung der bestehenden Selbstverwaltungsorgane und deren Arbeit bestehen. In diese Richtung laufen auch die Vorschläge der Enquete-

Kommission zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Konzept sieht in etwa folgendes vor:

— Die bisher von der Vertreterversammlung und dem Vorstand wahrgenommenen Aufgaben in der Kontrolle der Geschäftspolitik der Krankenkasse wird von einer auf die Größe des bisherigen Vorstandes reduzierten Vertreterversammlung wahrgenommen. Die Funktion der Vertreterversammlung ähnelt dann der eines Aufsichtsrates einer Aktiengesellschaft.
— Die Geschäftsführung der Krankenkasse wird nicht mehr von nur einem Geschäftsführer wahrgenommen, sondern von einem hauptamtlichen Vorstand, dessen Größe sich nach der Mitgliederzahl der Krankenkasse richtet. Die Mitglieder des Vorstandes werden — wie z.B. kommunale Spitzenbeamte — auf Zeit gewählt.

Ein Problem, das noch intensiver Diskussion bedarf, betrifft die Zusammensetzung der Vertreterversammlung, genauer gesagt die Frage, ob dieses Gremium paritätisch aus Vertretern von Arbeitgebern und Versicherten zusammengesetzt sein soll oder nur aus Versichertenvertretern besteht. Im Prinzip ist es eine alte gewerkschaftliche Forderung, daß der Anteil der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger auf ein Drittel reduziert wird (eine bis 1953 geltende Regelung). Mittlerweile aber hat sich die Position der Gewerkschaft in dieser Frage geändert: Die volle Parität von Arbeitgebern und Versichertenvertretern wird befürwortet, da man die Arbeitgeber nicht aus der sozialen Verantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung entlassen will. Hier liegt in der Tat ein Paradox vor: Die Anwesenheit der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen stellt ein Stück Sozialisierung bzw. Vergesellschaftung unseres Gesundheitswesens dar. Würden die Selbstverwaltungsorgane nur aus Versichertenvertretern bestehen, läge die Vermutung nahe, daß dann kassenübergreifende Gesichtspunkte aus dem Gesichtsfeld der Selbstverwalter ausscheiden würden und man nur noch organisationsegoistische Ziele verfolgen würde. Die Anwesenheit von Gewerkschaften und Arbeitgebern in den Selbstverwaltungsorganen führt dagegen dazu, daß übergeordnete gesellschaftspolitische Gesichtspunkte zumindest mit in die Diskussion einfließen.

Ich habe hier zum Schluß in der gebotenen Kürze versucht, die Kernprobleme einer Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung und deren Selbstverwaltungsorgane zu skizzieren. Es besteht auf diesem Gebiet sicherlich nach wie vor noch Diskussions- und vor allem Informationsbedarf. Das Problem, dem wir uns z.Zt. gegenübersehen, besteht darin, daß die Reformdiskussion unter Experten erheblich

weiter fortgeschritten ist als in den politischen Institutionen. Ich habe in meiner Arbeit in der Enquete-Kommission, aber auch in meinem beruflichen Alltag die Erfahrung machen müssen, daß die Diskussion unter Sachverständigen eine Sache, die Umsetzung in politische Entscheidungen eine ganz andere Sache ist. Während sich unter Sachverständigen zumindest in groben Zügen ein Konsens über die Erfordernisse einer Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung abzeichnet, wird dieses Thema von Politikern nach wie vor gerne gemieden. Allerdings ist der Problemdruck in letzter Zeit derartig gestiegen, daß eine wie auch immer zusammengesetzte Bundesregierung sich um die Erarbeitung eines Konzepts zur Organisationsreform der GKV nicht länger herumdrücken kann. Hinzu kommt, daß das Interesse an Gesundheitspolitik in letzter Zeit stark gestiegen ist, was sicherlich auch ein Resultat des Gesundheits-Reformgesetzes und der damit zusammenhängenden öffentlichen Diskussionen ist. So hat denn dieses Gesetz wenigstens ein positives Ergebnis: Die Gesundheitspolitik ist vom Rand in die Mitte der politischen Diskussion gerückt. Dieses verstärkte Interesse der Öffentlichkeit an der Gesundheitspolitik sollten auch und gerade die im Gesundheitswesen engagierten Wissenschaftler nutzen.

Anmerkungen

1 Hierunter verstehe ich nicht nur die unmittelbare (Verwaltungs-)Organisation der Krankenkassen, sondern auch die damit zusammenhängenden bzw. von ihr finanzierten Strukturen der medizinischen Versorgung.

2 Dieses Konzept ist in § 35 SGB V kodifiziert worden. Danach bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, für welche Gruppe von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. Die Arzneimittel werden in drei Gruppen eingeteilt: Arzneimittel mit 1. den selben Wirkstoffen (Generika); 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen; 3. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen. — Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen dann gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- und Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest.

Literaturverzeichnis

Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1987 bis 1984. St. Augustin

Bogs, W., C. Ferber und Infas, 1976: Soziale Selbstverwaltung, Band 1: Aufgaben und Funktionen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Bonn

Braun, B., und H. Reiners, 1988: Handbuch für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Herausgegeben vom DGB-Bundesvorstand. Düsseldorf

Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung«, 1988: Zwischenbericht. Bundestagsdrucksache 11/3267 vom 7.11.1988

von Ferber, C., 1976: Soziale Selbstverwaltung — Fiktion oder Chance? In: Bogs u.a.

von Ferber, C., und F.X. Kaufmann (Hrsg.), 1977: Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 19/1977. Opladen

Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung, 1987: Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 20. Gerlingen

Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden

Tennstedt, F., 1976: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Soziale Selbstverwaltung Band 2. Bonn

WSI, 1978: Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. WSI-Studie Nr. 35. Köln

Helmut Brand

Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionalisierte Planung im Gesundheitswesen

Einleitung

Die Aufarbeitung von Daten über den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung hat im öffentlichen Gesundheitswesen eine lange Tradition. Mortalitätsdaten, die aus der Analyse von Totenscheinen gewonnen werden, waren der Beginn der jetzt 100jährigen Gesundheitsstatistik im modernen Sinne (Borgers 1980). Diese erste Gesundheitsstatistik wurde erweitert um Morbiditätsstatistiken, um die Berufskrankheitenstatistik, um Impfstatistiken usw. Während die Gesundheitsämter bzw. kommunale Dienststellen zunächst einen großen Anteil an dieser Entwicklung hatten, wurde das öffentliche Gesundheitswesen aufgrund seiner allgemeinen Aufgabenentwicklung auch auf dem Gebiet der Gesundheitsstatistik völlig an den Rand gedrängt. Die Gesundheitsberichte der Bundesländer des letzten Jahrzehntes, die auf den Statistiken der Gesundheitsämter beruhen, beschränken sich auf die traditionellen Aufgaben des Gesundheitsamtes, nämlich: Statistik meldepflichtiger Krankheiten, Impfstatistik, Schulgesundheitsuntersuchungen usw. Von einer Perspektive des gesamten Gesundheitswesens her haben diese wenigen Statistiken nur marginale Bedeutung. Von einer Statistik des Gesundheitswesens (gesundheitliche Risiken, Gesundheitsschutz, gesundheitliche Versorgung und gesundheitliche Lage der Bevölkerung) kann in Bezug darauf keine Rede sein.

Diese Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheitsstatistik und Gesundheitsberichterstattung im öffentlichen Gesundheitswesen geht damit parallel zum Rückgang und zur Marginalisierung von Aufgaben in anderen Bereichen. Wenn in den heutigen Gesundheitsberichten der Gesundheitsämter lediglich über die eigene Arbeit berichtet wird, so ist dies nicht mehr als jene Form von Jahresberichten, die jede Institution über ihre Tätigkeit verfaßt. Sie hat somit fast gar nichts mit der allgemeinen Aufgabenbestimmung, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu überwachen, zu tun. Im Zusammenhang mit der Reformdiskussion um das öffentliche Gesundheitswesen (z.B. in Baden-Württemberg [Zukunftsperspektiven 1989]) und die Bemühungen um eine »Gesundheitsberichterstattung« des Bundes und der Länder, steht die Aufgabe

einer neuen Konzeption für die Gesundheitsberichterstattung als eine der Hauptaufgaben der Gesundheitsamtes zur Diskussion.

Im folgenden wird zunächst — als »Lehrstück« — die Entwicklung kommunaler Gesundheitsberichte in Großbritannien beschrieben. In bezug auf die Epidemiologie und die Gesundheitsstatistik hat Großbritannien Vorbildfunktionen auch für die zukünftige europäische Entwicklung. Im Anschluß daran werden konzeptionelle Überlegungen zu einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe des Gesundheitsamtes vorgetragen, die in das Problem der Umsetzung von Berichterstattung münden und die Konzeption der regionalen Gesundheitskonferenz aufgreifen.

Kommunale Gesundheitsberichte in Großbritannien

Um zu zeigen, welche Bedeutung kommunale Gesundheitsberichte haben können, soll im folgenden die Situation in Großbritannien dargestellt werden. Zum besseren Verständnis der Ausführungen ist es wichtig zu betonen, daß in Großbritannien ein staatliches Gesundheitssystem existiert. Die Finanzierung erfolgt zu 83 % direkt aus der Staatskasse. 12 % stammen aus Versicherungsbeiträgen und 5 % von direkten Zahlungen der Patienten im Rahmen einer Selbstbeteiligung (Werte für 1984 aus: Levitt/Wall 1986). Die Verteilung der Geldmittel an die einzelnen »Regional Health Authorities« (den Gesundheitsministerien der bundesdeutschen Länder entsprechend) erfolgt über ein Budget, welches auf Grund verschiedener Aspekte festgesetzt wird. Neben Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht und z.B. Patientenwanderung zwischen Versorgungsgebieten gehen die standardisierten Mortalitätsraten (SMR)[1] der einzelnen Regionen in die Berechnung ein. Mit diesem Ansatz hat die »Resource Allocating Working Party«, welche sich mit der Entwicklung von Parametern zur Budgetverteilung beschäftigt, versucht, den Fluß der Geldmittel auch nach regionaler Bedürftigkeit zu steuern. Sie ging davon aus, daß sich ein schlechterer Gesundheitszustand auch in einer erhöhten Sterblichkeit nachweisen läßt. Bei der Weiterverteilung der Gelder an die einzelnen Distrikte mit ihren »District Health Authorities« (den Landkreisen entsprechend) werden wiederum häufig SMRs mitverwandt. Es ist deshalb verständlich, daß im Rahmen dieser staatlichen Organisation es notwendig ist, ein System flächendeckender Statistiken aufzustellen, da die aus ihnen extrahierten Informationen als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und zur Budgetverteilung dienen.

1974 wurde das Gesundheitssystem in Großbritannien neu strukturiert und das öffentliche Gesundheitswesen von der Kommunalverwaltung weg in die Verantwortung der Regional Health Authorities und die neugeschaffenen »Area Health Authorities« (ungefähr den Regierungsbezirken vergleichbar) verlegt. Gleichzeitig wurde der sogenannte »Medical Officer of Health« (MOH) abgeschafft, den man als Pendant zum bundesdeutschen Amtsarzt sehen konnte. Seine Aufgabe war die Organisation von dem, was in der BRD als »öffentliches Gesundheitswesen« bezeichnet wird.

Die Analyse »Patient First« in 1979 (DHSS 1979) schlug dann vor, das System zu vereinfachen, so daß die Verantwortung für den öffentlichen Gesundheitsdienst den District Health Authorities übertragen wurde. Diese haben nun den gesamten Gesundheitsbereich abzudecken. Es wurde vereinbart, in den District Health Authorities »Community Physicians« (Ärzte für öffentliches Gesundheitswesen) im Range eines »District Medical Officers« als Nachfolger für die MOH einzustellen, die vor allem die sozialmedizinischen Belange vertreten sollen, aber auch Managementfunktionen in dem Bereich der kurativen Medizin haben, wie z.B. beratende Funktion bei der Organisation des Krankenhauswesens. Damit wurden die Ärzte für öffentliches Gesundheitswesen in England voll in die Organisation des gesamten Gesundheitswesens integriert.

Eine Tradition der Erstellung kommunaler Gesundheitsberichte gab es in Großbritannien bis 1974. Zu den Aufgaben des von der Kommunalverwaltung angestellten »Medical Officer of Health« gehörte es, »sich über all die Belange zu informieren, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen können« und »einen Report über die Gesundheit zu erstellen und über all das, von dem er glaubt, daß es berichtenswert sei« (Ministry of Health 1959). Für seine Arbeit konnte er dabei auf eine Vielzahl von routinemäßig geführten und auch auf kommunaler Ebene auswertbaren Statistiken zurückgreifen.

Nach der Abschaffung des MOH 1974 wurden nur noch unregelmäßig kommunale Gesundheitsberichte verfaßt, was bei der mehrfachen Umstrukturierung des Gesundheitswesens mit entsprechender Neuverteilung der Aufgaben nicht verwundert. Eine neue Situation ergab sich 1988 mit dem Report »Public Health in England« (Acheson 1988), der sich mit der Zukunft des öffentlichen Gesundheitswesens in England beschäftigt. In ihm wird vorgeschlagen, erneut Gesundheitsberichte auf Distrikt- und Regionsebene wie vor 1974 zu erstellen, die die epidemiologischen Grundlagen für die gesundheitspolitischen Entscheidungen der jeweiligen Authorities legen sollen, und die Leistungen

des Gesundheitssystems in der jeweiligen Region widerspiegeln. Weiterhin sollen sie den Fortschritt bis zum Erreichen der gesetzten gesundheitspolitischen Ziele verfolgen. Damit sind solche Gesundheitsberichte keine statistische Übung, sondern erhalten gesundheitspolitische Bedeutung. Die jetzige Regierung in Großbritannien sieht darin einen vermehrten Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Form und Inhalt der Berichte wurden bis jetzt noch nicht explizit festgelegt, doch die ersten nach dem Acheson Report erschienenen Gesundheitsberichte von District Health Authorities wie z.B. aus Ealing und Hackney (Griffiths 1988; Briggs 1988) zeigen gewisse inhaltliche Gemeinsamkeiten:

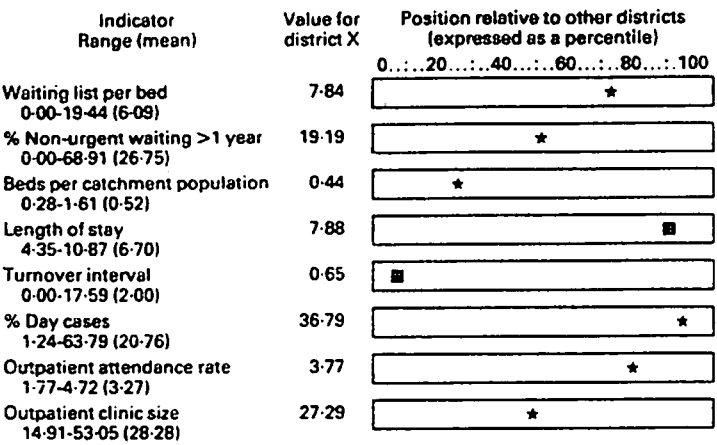
— Beschreibung der Demographie der Region
— Auflistung der Haupttodesursachen in der Bevölkerung
— Extrakapital für die Analyse der Säuglingssterblichkeit (z.B. nach Nationalität und sozialer Stellung der Eltern)
— Beschreibung der durch medizinische Intervention vermeidbaren Todesfälle (z.B. Tod an Morbus Hodgkin, Tuberkulose, Appendicitis. Zu der Theorie vermeidbarer Todesfälle siehe Charlton 1986; Ruttstein 1976)
— gesellschaftliche Faktoren (z.B. ehtnische Minderheiten, Wohnungsbedingungen, Arbeitslosigkeit)
— Beschreibung der Krankenhausleistungen (z.B. Wartezeit für Operationen, durchgeführte Eingriffe, Verweildauer)
— Kapitel über den Gesundheitszustand von: Kindern und Jugendlichen, Frauen, ethnischen Minderheiten, psychisch Kranken, Behinderten
— Kapitel für die Beschreibung spezieller Krankheiten (z.B. Infektionskrankheiten)
— Aufstellung von gesundheitspolitischen Zielen, die in nächster Zeit erreicht werden sollen

Einer der Hauptgründe, daß solch umfassende Berichte in Großbritannien erstellt werden können, hat seinen Ursprung in der günstigen Datenlage. So hält z.B. das »Office of Population Censuses and Surveys« (OPCS) Todesbescheinigungen bereit, die auch den Beruf des Verstorbenen beinhalten. Über dieses Merkmal wird in Großbritannien eine Einteilung in fünf soziale Klassen getätigt, so daß Sterblichkeit und soziale Stellung in Beziehung gesetzt werden können.

Ferner wird in dieser Behörde auch das Nationale Krebsregister geführt, welches flächendeckend arbeitet, und es werden die Meldungen für das Register der angeborenen Mißbildungen verarbeitet.

1981 wurden die sogenannten »Performance Indicators« (Leistungsparameter) eingeführt. Diese werden routinemäßig erstellt und sollen

Grundlage für ein effektives Management des Nationalen Gesundheitsdienstes sein (Tabelle 1).



Vergleich ausgewählter »Performance Indicators« (Leistungsparameter) der chirurgischen Kliniken eines Distriktes mit den entsprechenden Durchschnittswerten aller anderen Distrikte in Großbritannien. — Ein Stern symbolisiert durchschnittliche, ein Kästchen auffällige Werte. Beispiel: »waiting list per bed« (Warteliste für stationäre Aufnahme bezogen auf verfügbare Betten). Der Stern gibt an, daß 75 % aller anderen chirurgischen Abteilungen eine kürzere Wartezeit haben.

Tabelle 1
Auswahl von verfügbaren »Performance Indicators« (Leistungsparametern) in Großbritannien (siehe auch Anmerkung 2)

1. Auf den gesamten Distrikt bezogene »Performance Indicators«:

— Patientenwanderung (Indikator für die Patientenwanderung in den Distrikt hinein uns aus dem Distrikt heraus)
— Größe der einzelnen Abteilungen in Krankenhäusern (gemessen an der Anzahl verfügbarer Betten)
— Anzahl der Patienten auf der Warteliste für medizinische Behandlungen bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— Anzahl der Patienten auf der Warteliste für medizinische Behandlungen bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung, bereinigt um die Patientenwanderung
— Anzahl der Patienten auf der Warteliste für medizinische Behandlungen bezogen auf die Anzahl verfügbarer Betten
— % nicht dringlicher Erkrankungen, bei denen die Patienten länger als ein Jahr auf eine Behandlung warten
— % dringlicher Erkrankungen, bei denen die Patienten länger als einen Monat warten

— Verfügbare Betten bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— Verfügbare Betten bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung, bereinigt um die Patientenwanderung
— Verweildauer
— Verweildauer inklusive ambulanter Behandlungen
— Zeitspanne, in der alle Betten einmal neu mit Patienten belegt worden sind
— % leere Betten
— Entlassungen und Todesfälle bezogen auf vorhandene Betten
— Entlassungen und Todesfälle bezogen auf vorhandene Betten inklusive ambulanter Behandlungen
— Entlassungen und Todesfälle bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— Entlassungen und Toedesfälle bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung inklusive ambulanter Behandlungen
— Entlassungen und Todesfälle bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung, bereinigt um die Patientenwanderung
— ambulante Behandlungen bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— % Anteil der ambulanten Behandlungen an den Entlassungen
— ambulante Behandlungen bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— Zahl der ambulanten Patienten bezogen auf die Zahl der stationären Patienten
— Zahl der ambulanten Patienten bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— Zahl der ambulanten Patienten, die nicht zu dem vereinbarten Termin erscheinen
— Zahl der behandelten ambulanten Patienten je Sprechstunde
— % Anteil neuer ambulanter Patienten in der Sprechstunde
— % Anteil neuer ambulanter Patienten in der Sprechstunde bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung
— % Anteil neuer ambulanter Patienten in der Sprechstunde bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung, bereinigt um die Patientenwanderung
— Zahl der ambulanten Patienten bezogen auf die Entlassungen
— Zahl der Sprechstunden bezogen auf verfügbare Betten

2. Auf den Distrikt bezogene sozio-ökonomische Faktoren

— % Einwohner über 65 Jahre
— % allein lebende Rentner
— % Kinder unter 5 Jahre
— % allein erziehende Eltern
— % ungelernte Arbeiter
— % Arbeitslose
— % Bevölkerungswanderung
— % ethnische Minderheiten
— % Wohnungen ohne eigenes Bad
— % Überbelegung von Wohnungen

3. Krankenhausbezogene »Performance Indicators«
(am Beispiel psychiatrischer Einrichtungen)

— Anzahl der verfügbaren Betten
— % Patienten über 65 Jahre
— Patienten je behandelnden Krankenhausarzt
— Patienten je Krankenschwester
— Patienten je Psychologen
— Veweildauer
— % Schwesternschüler
— % leere Betten
— Rückgang der Zahl der stationären Patienten im letzten Jahr
— Rückgang der Zahl der stationären Patienten in den letzten fünf Jahren
— % stationäre Patienten im Alter unter 16 Jahre
— % Todesfälle bezogen auf die Zahl der Entlassungen
— % Todesfälle bezogen auf die Zahl der stationären Patienten
— Zahl der stationären Patienten je Beschäftigungstherapeut
— % Patienten, die länger als ein Jahr stationär behandelt werden
— % Patienten, die länger als zwei Jahre stationär behandelt werden
— % Neuaufnahmen

Für jeden Distrikt werden diese Leistungsindikatoren nach demselben Verfahren berechnet, um so die einzelnen Regionen vergleichen zu können. Die Performance Indicators sind nicht unumstritten, insbesondere wenn sie, wie das Beispiel in Abbildung 1 zeigt, benutzt werden, um einzelne Distrikte mit dem Durchschnitt aller anderen zu vergleichen. 1987 ist das »Hospital Information System« angelaufen, welches über die Leistungen der Krankenhäuser nach einem definierten Datensatz ähnlich den bundesdeutschen Diagnosestatistiken berichtet, jedoch bevölkerungsbezogener ist. Ein weiterer Grund für die bessere Qualität der Berichterstattung in Großbritannien ist, daß die Local Health Authority Zugriff zu allen vorhandenen Daten hat. Es müßten z.B. keine Vereinbarungen mit Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden, damit das Gesundheitsamt überhaupt Daten erhält. Schließlich gibt es, bedingt durch die Tradition der Schulen für öffentliches Gesundheitswesen (School of Public Health), in Großbritannien mehr in Epidemiologie und Sozialmedizin ausgebildetes Personal, das solche Berichte erstellen kann.

Konzeptionelle Überlegungen für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung

Berichterstattung ist ein unverzichtbarer Bestandteil von Planung. Dies gilt sowohl im privatwirtschaftlichen Bereich als auch für öffentliche Institutionen. Für letztere wird Berichterstattung immer dann aktuell, wenn durch Druck ein vermehrter Regulierungsbedarf entsteht. Zu verfolgen war dies z.B. bei der Raumordnungsplanung, im Bereich des Wohnungswesens oder der Frage der Ernährung nach 1945. Im Gesundheitswesen ergab sich ein solcher Bedarf in den 70er Jahren durch erhebliche Kostensteigerungen der medizinischen Versorgung. Es entstand die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen«, deren Ziel eine Limitierung der Aufgaben war. Um die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung wissenschaftlich zu analysieren, hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen einen Sachverständigenrat zur Seite gestellt, der die Grundlagen einer medizinischen und ökonomischen Orientierung in der Form von Jahresgutachten erstellen soll. Bei den erstellten Berichten — die wegen ihres Inhaltes selbst schon als ein erster Versuch eines Gesundheitsberichtes auf Bundesebene gelten können — ist ein Trend weg von der fiscalpolitischen Betrachtung hin zu einer inhaltlich prioritären Gesundheitsplanung festzustellen. Es sollen nunmehr zuerst die Ziele erarbeitet werden, die durch das Gesundheitswesen erreicht werden sollen. Danach muß geprüft werden, welche Mittel hierfür notwendig sind, ob die vorhandenen ausreichen oder neue bereitgestellt werden müssen, oder ob die Zielvorgaben bei unzureichenden Ressourcen zu ändern sind. Diese geänderte Betrachtungsweise wirft vielfältige Probleme auf, da in der BRD die Entwicklung prioritärer Gesundheitsziele keine Tradition hat, ganz im Gegensatz zu England, wo immer mit einem limitierten Budget gearbeitet werden mußte. Dementsprechend sind Daten, aus denen diese Ziele abgeleitet werden können, nicht zusammengefaßt verfügbar, sondern in vielen Einzelberichten verteilt, falls überhaupt vorhanden. Der Sachverständigenrat fordert deshalb eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- und Landesebene. Dies wurde von der »Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung« und der »Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele« aufgegriffen. Für die Weiterentwicklung der Berichterstattung auf Landesebene ist die des Landesgesundheitsberichtes Nordrhein-Westfalen beispielhaft (Schräder 1987). Hier sind jetzt auch die ersten Pilotkapitel erschienen (Borgers 1988).

Gesundheitspolitik findet jedoch nicht nur auf Bundes- und Landes-

ebene statt. Auch die Kommunen leisten ihren Beitrag in der gesundheitlichen Versorgung. Für diesen Bereich wird zur Zeit jedoch keine systematische Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung betrieben. Dies steht im Widerspruch zu der Vorstellung, eine regionalisierte Planung im Gesundheitswesen zu realisieren (Dreßler 1988; Schräder 1986), um so flexibler auf lokale Bedürfnisse reagieren zu können. Danach sollte auf Bundesebene ein Orientierungsrahmen erarbeitet werden, in dem die gesundheitlichen Prioritäten und Ziele vorgegeben und Wege benannt werden, wie diese Ziele zu erreichen sind. Hierzu wird die Berichterstattung auf Bundes- und Landesebene genutzt werden. Im Rahmen von regionalen Gesundheitskonferenzen, an denen Krankenkassen, Leistungserbringer und Gebietskörperschaften beteiligt sind, soll dann die Umsetzung für die einzelnen Regionen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erfolgen.

Ein Jahresgesundheitsbericht neuen Typs

Von den Gesundheitsämtern werden zur Zeit Jahresgesundheitsberichte erstellt, in denen, wie schon in der Einleitung erläutert, über die Anzahl der von der Behörde durchgeführten Untersuchungen im Rahmen eines »Geschäftsberichtes« berichtet wird. Eine inhaltliche Aussage über die erbrachten Leistungen erfolgt meist nicht — mit teilweiser Ausnahme bei den schulärztlichen Untersuchungen. Vereinzelt haben Gesundheitsämter versucht, die Jahresgesundheitsberichte mit Ergänzungen zu versehen (Gesundheitsbericht der Stadt Essen 1988; Jahresgesundheitsbericht Berlin 1986) oder zusätzliche Einzelberichte zu speziellen Fragestellungen (Bielefelder Gesundheitsberichterstattung 1988) zu erstellen. Bei der Entwicklung einer Methodik ist jedoch zu beachten, daß der öffentliche Gesundheitsdienst nur einen Bruchteil des gesamten Gesundheitswesens ausmacht. Ein kommunaler Jahresgesundheitsbericht muß aber über alle Bereiche des Gesundheitswesens berichten, auch wenn sie außerhalb des Tätigkeitsfeldes des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen.

Themenauswahl für die kommunale Gesundheitsberichterstattung

Soll eine Berichterstattung einem umfassenden Anspruch genügen, so muß sie sich an den Themenblöcken
— gesundheitliche Lage
— gesundheitliche Risiken
— Gesundheitsschutz

— gesundheitliche Versorgung
— Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens

orientieren. — Bei der Beschreibung dieser Hauptthemen kann man für die Aspekte, bei denen keine regional unterschiedliche Ausprägung zu erwarten ist, auf die entsprechenden Angaben aus der Landes- oder Bundesberichterstattung verweisen. Als Beispiel sei die Zahl der Raucher in der Bevölkerung genannt, die sich nur unwesentlich zwischen verschiedenen Kommunen unterscheiden dürfte. Es sollte ferner berücksichtigt werden, ob im kommunalen Raum wirksame, machbare und konsensfähige Handlungsmöglichkeiten für eventuell notwendige Interventionen bestehen. Themen, bei denen aus der Analyse keine Konsequenzen für die Kommune gezogen werden können, sind nicht geeignet.

Zu jedem Thema sind geeignete Indikatoren zu suchen, die die gesundheitliche Lage zutreffend beschreiben. Dabei ist möglichst ein Hauptindikator zu finden, an dem sich die Situation exemplarisch darstellen läßt. Die Wichtigkeit eines Problems sollte die Reihenfolge auf der Themenliste bedingen. Dabei haben Mitarbeiter des Gesundheitsamtes einen Blickwinkel für die gesundheitliche Situation in der Kommune, der die Realität oft nicht korrekt widerspiegelt. Eine Methode der Generierung wichtiger und damit berichtenswerter Themen ist die Befragung lokaler Gesundheitsexperten. Dies können neben den professionellen Anbietern im Gesundheitswesen auch Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen und Patienten selbst sein. Eine solche Aktion ist einfach und preiswert durchzuführen.

Dabei werden Kommunalpolitiker die Themen vorschlagen, die ihnen als direkte Leitlinien für die Planung im Gesundheitswesen dienen können. Bei »Interessengruppen« wird mehr die Motivation der Partizipation in der Gestaltung des Gesundheitswesens vorherrschen. Das Gesundheitsamt wird mehr die systematische Analyse interessieren, um damit Defizite in der Versorgung aufzuzeigen.

Betrachtet man die Kommunen nicht isoliert, so kann sich über eine solche Befragung in mehreren Kreisen und Städten ein Spektrum lokal wichtiger Probleme ergeben, welches auch den entsprechenden Institutionen auf Landesebene brauchbare Informationen liefert.

Ressourcen

Bei der Beschreibung der ausgewählten Themen wird auf Daten von den unterschiedlichsten Institutionen innerhalb und außerhalb der Kreisverwaltung zurückgegriffen werden müssen. Daraus ergibt sich, daß ein

interdisziplinärer Ansatz für die Berichterstattung gewählt werden sollte.

Die Funktion des Amtsarztes sollte es dabei sein, die Rahmenbedingungen zu setzen. Er braucht dafür die Befähigung, ein solches Problem methodisch erarbeiten zu können. Die Erstellung des Berichtes selbst ist nicht an das Gesundheitsamt gebunden. So kann z.B. das Kapitel eines Gesundheitsberichtes über die gesundheitliche Situation von Jugendlichen durchaus vom Jugendamt nach Maßgabe des Amtsarztes erstellt werden. Der Aufbau einer eigenen Fachabteilung für die Jahresberichte ist bei einem solchen Vorgehen nicht notwendig.

Bei der Erarbeitung der gewählten Themen wird sich zeigen, daß die Datenlage in der BRD für diesen Bereich defizitär ist. Vielfach werden Daten nicht vorhanden sein, oder der Zugriff auf vorhandene Informationen ist nicht möglich (z.B. Krankenkassendaten). Auch bei vorhandenen Datenquellen ist zu prüfen, ob mit ihnen überhaupt eine Aussage gemacht werden kann. Dies gilt insbesondere für Verwaltungsdaten (z.B. Diagnosestatistik der Krankenhäuser), die meistens nicht genutzt werden können, da sie keine Rückschlüsse auf die Bevölkerung eines Kreisgebietes zulassen und damit keine epidemiologische Aussagekraft haben.

Neuerhebungen von Daten im Sinne von durchzuführenden Studien sollten bei der Erstellung von kommunalen Gesundheitsberichten nicht durchgeführt werden, da die Ressourcen knapp sind und Neuerhebungen vorhandene Kapazitäten zu sehr binden. Nur routinemäßig verfügbare Daten können zu einer kontinuierlichen Berichtsform führen.

Eine Verbesserung dieser Situation ist nur zu erreichen, wenn durch den Gesetzgeber entsprechende Möglichkeiten geschaffen werden. Es geht hierbei nicht um die Übermittlung personenbezogener Daten, sondern um die Erstellung bevölkerungsbezogener Daten, die eine Aussagekraft im kommunalen Raum haben und die schon vorhandenen Statistiken so zu erheben, daß sie zu einer Berichterstattung genutzt werden können. Die in letzter Zeit entwickelten Modelle der Meldepraxis und Meldekrankenkassen, die zu ausgewählten Krankheitsbildern Informationen zur Verfügung stellen, können als Anfang gesehen werden.

Umsetzung

Bei der Analyse der gewonnenen Informationen sollte als Leitsatz gelten, daß Berichterstattung »berichten« bedeutet und nicht die Präsentation von Statistiken. Daten sind zwar die Grundlage, aber erst durch ihre Interpretation werden sie mit Inhalt gefüllt. Dabei sollte diese sich

auf wissenschaftlich gesichertes Wissen und angewandtes Erfahrungswissen stützen.

Dies kann nur von Personen geleistet werden, die in der Lage sind, einem solchen Anspruch gerecht zu werden. In der Ausbildung der Amtsärzte sind diese Punkte zur Zeit nur teilweise berücksichtigt. Durch die Einführung von »Public Health« Studiengängen in der BRD könnte dieses Defizit jedoch in den nächsten Jahren ausgeglichen werden.

Man darf die Erwartungen in eine kommunale Gesundheitsberichterstattung nicht zu hoch setzen, da sie die Basis für politische Entscheidungen liefern kann, jedoch keinen Einfluß darauf hat, ob diese auch wirklich getroffen werden. Dies wird von Kommunalpolitikern getan, bei denen das Interesse an Gesundheitspolitik genauso wie deren fachliche Befähigung sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

Ausblick

Kommunale Gesundheitsberichte werden dann einen höheren Stellenwert erhalten, wenn die Bestrebungen für eine vermehrt regionalisierte Gesundheitsplanung verwirklicht werden. Die Weiterentwicklung von Bundes- und Landesberichten hat zu einer generellen Problematisierung dieses Bereiches geführt, so daß eine Verbesserung der Situation auf dieser Ebene zu erwarten ist. Eine Partizipation der kommunalen Berichtsform an dieser Entwicklung ist dann zu erwarten, wenn von der Basis, also den Gesundheitsämtern, weiterhin Vorarbeiten geleistet werden, die die Notwendigkeit von kommunalen Jahresgesundheitsberichten belegen. Damit bietet sich dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine Möglichkeit, aktiv das Gesundheitswesen mitzugestalten. Sollte dies nicht genutzt werden, wird er weiterhin in seiner Außenseiterrolle verharren.

Anmerkungen

1 Standardisierte Mortalitäts Raten (SMR) sind altersstandardisierte Sterbeziffern für beliebige Krankheiten, von denen die durchschnittliche nationale Sterblichkeit an dieser Erkrankung subtrahiert wurde. Die Angabe erfolgt in %-Zählen, wobei 100 % dem nationalen Durchschnitt, 110 % einer 10 % Erhöhung der Sterblichkeit gegenüber dem Mittelwert entsprechen.

2 In Großbritannien arbeiten Fachärzte meist nicht in freier Praxis, sondern sind Angestellte des Krankenhauses und halten auch im Krankenhaus selbst ihre Sprechstunden ab. Die Leistungen der Fachärzte werden deshalb bei den Krankenhausleistungen mitbeschrieben.

Literaturverzeichnis

Acheson, A., 1988: Public Health in England. The Report of the Committee of Inquiry into the future Development of the Public Health Function. London: HSMO

Bielefelder Gesundheitsberichterstattung 1988: Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei Bielefelder Schulanfänger/innen 1987 und 1988 im Kontext von Sozial- und Umweltdaten. Hrsg.: Stadt Bielefeld; Gesundheitsamt Bielefeld

Borgers, D., 1980: Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung. In: Argument-Sonderband AS 53, 135-152

Borgers, D., W.F. Schräder u. U. Laaser, 1988: Gesundheitsberichterstattung Band 2. Pilotkapitel; Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Institut für Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen

Briggs, P.W., 1988: Ealing 1988. A Picture of Health? London-Ealing: Ealing Health Authority

Charlton, J.R.H., u. R. Velez, 1986: Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. B Med J 292, 295-301

DHSS 1979: Department of Health and Social Security, Welsh Office. Patients First: Consultative Paper on the Structure and Management of the National Health Service in England and Wales. London: HSMO

Dreßler, R., u. H. Heinemann, 1988: Eckdaten eines sozialdemokratischen Konzepts zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Sozialdemokratische Partei Deutschlands. Bonn

Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung 1988: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. Hrsg: Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung Kiel: Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel

Gesler, W., 1986: The uses of spatial analysis in medical geography. Soc. Sci. Med. 23, 963-973

Gesundheitsbericht der Stadt Essen 1988. Hrsg.: Stadt Essen-Gesundheitsamt Essen. Stadt Essen

Griffiths, S., 1988: Health in Hackney. Ann.Rep. London: North East Thames Health Authority

Jahresgesundheitsbericht Berlin 1986. Hrsg.: Senator für Gesundheit und Soziales Berlin

Levitt, R., u. A. Wall, 1986: The Reorganised National Health Service. Beckenham

Ministry of Health, 1959: The Public Health Officers regulation 1959. London: HMSO (statutory Instrument 1959: No 962)

Müller, W., U. Laaser, E. Kröger u. G. Murza, 1988: Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes — Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. Öff. Gesundh.-Wes. 50, 303-312

Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele, 1987: Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Entscheidungsgrundlagen für eine realistische Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Köln

Ruttstein, D.D., W. Berenberg, T.C. Chalmers, C.G. Child, A.P. Fishmen u. E.B. Perrin, 1976: Measuring the quality of medical care. N Engl J Med 11, 582-8

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987. Jahresgutachten 1987. Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden, 24-27

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1988: Jahresgutachten 1988. Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden, 192-194

Schmacke, N., 1987: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. In: Argument-Sonderband AS 146, 122-145

Schräder, W.F., F. Diekmann, R. Neuhaus u. J. Rampelt, 1986: Kommunale Gesundheitsplanung. Stuttgart

Schräder, W.F., B. Häussler u. W. Hilke, 1987: Gesundheitsberichterstattung. Konzeption und statistische Materialien. Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen. Institut für Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen Bielefeld

Trojan, A., 1985: Ansätze zur Mitbestimmung in Gesundheits- und Sozialpolitik. In: WSI-Mitteilungen, H. 10, 621-630

Zukunftsperspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes, 1989: Bericht der Kommission. Hrsg: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg. Stuttgart

Dieter Borgers und Wilfried Karmaus

Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde?

Die folgenden Thesen zum Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit dienten zur Strukturierung einer Kontroverse zwischen D. Borgers und W. Karmaus bei der Tagung des Arguments »Aktuelle Gesundheitspolitik« am 15.-16.4.1989, Bielefeld. Die pointierte Gegenüberstellung der Argumentation diente der Vorbereitung der anschließenden Diskussion.

Thesen

1. Wir werden wegen einer wachsenden Belastung durch industriell hergestellte Schadstoffe zunehmend vergiftet.
2. Industriell hergestellte Chemikalien sind grundsätzlich anders zu bewerten als Naturstoffe.
3. Schadstoffe, die sich in biologischen Systemen anreichern, dürfen nicht produziert werden.
4. Biochemische Veränderungen sind hinreichende Hinweise für später mögliche Gesundheitsschädigungen.
5. Epidemiologische Studien sind für die Risikobewertung nicht geeignet, weil sich Effekte erst dann zeigen, wenn die Schäden schon eingetreten sind, was dem Vorsorgeprinzip widerspricht.
6. Der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung kann durch eine Verminderung der stofflichen Exposition wesentlich verbessert werden.
7. Durch gentechnische Eingriffe lassen sich Stoffe, die sich in der jetzigen Phase der industriellen Produktion als schädigend erwiesen haben, wieder abbauen. Soll heißen: Der Mensch bleibt auch in Zukunft Herr der Umwelt.
8. Wegen unspezifischer Wirkung, Langfristigkeit des Effektes und globaler Verbreitung von massenhaft produzierten Chemikalien dürfen solche mit Risiken nicht produziert werden.
9. Die empirischen Instrumente der Risikobewertung (Tierversuche usw.) müssen um Größenordnungen umfangreicher sein.
10. Wegen des geringen zusätzlichen Nutzens sollte die Stoffinnovation und Verbreitung stark reduziert werden.
11. Eine gesellschaftstheoretische Analyse, die sich auf eine zunehmende Risikoproduktion beruft, führt sich ad absurdum, wenn in Wirklichkeit Risiken immer geringer werden.

12. Ein zunehmender Ätiologismus führt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.
13. Risikobeurteilung kann nur, um dem Verfall administrativer Verantwortungsfähigkeit angemessen zu begegnen, in einem öffentlichen Prozeß unter Kontrolle von Gewerkschaften, Bürgerinitiativen und anderen Interessengruppen durchgeführt werden.

Dieter Borgers

Zu These 1:

Zu einer Beurteilung dieser These möchte ich die Problematik der chemischen Stoffe in drei Bereiche aufteilen:

1. Synthetisch hergestellte (künstliche) Stoffe.
2. In der Natur vorhandene Stoffe, die aus anderen Grundstoffen extrahiert und zu Produkten verarbeitet werden.
3. Die Förderung und industrielle Nutzung von fossilen Brennstoffen und Gesteinen (Öl, Kohle, Asbest usw.) oder deren unmittelbare Folgeprodukte (Benzin, Ölprodukte).

Die folgende Argumentation bezieht sich hauptsächlich auf synthetisch hergestellte Stoffe und Moleküle. Die durch Verwendung von fossilen Brennstoffen hervorgerufenen Folgen wie z.B. die langfristige Vernichtung der Atmosphäre ist kein Vergiftungsproblem im engeren Sinne. Die Vorstellung von der Vergiftung der Atmosphäre meint ja den Entzug der Lebensgrundlagen für Lebewesen auf der Erde. Eine Energieproduktion und ein Energieverbrauch der Industriestaaten, der das Innere der Erde (Kohle, Öl usw.) in einem Maße in die Luft abgibt, daß Leben nicht mehr möglich ist, beendet biologische Vorgänge jenseits von Vergiftung.

Zur begrifflichen Vorklärung zunächst noch zwei Bemerkungen zum Begriff Schadstoff und zum Begriff Vergiftung:

Schadstoff

Der Begriff Schadstoff ist zwar für das praktische Handeln und gesetzliche Regelungen zum Umgang mit Stoffen plausibel (Schadstoff im Sinne des Gesetzes sind ...); aber zur Erfassung des hier anstehenden Problems ist es besser, allgemein von Stoffen und ihren Eigenschaften auszugehen. Jeder Stoff (auch der noch so harmloseste) hat dabei unter bestimmten Bedingungen und bei bestimmten Anwendungen schädliche Wirkungen und ist in diesem Sinne ein Schadstoff. Gerade eine öko-

logische Betrachtungsweise legt ein solch umfassendes Verständnis nahe. Die Abwägung von Nutzen und Schaden muß bei Stoffen sehr differenziert vorgenommen werden, und zwar wegen der unendlichen Vielfalt von Stoffen, deren Wirkungen und ihrem praktischen Nutzen für Mensch, Tier und pflanzliche Vegetation.

Vergiftung

Da es hier um die menschliche Gesundheit geht, meint Vergiftung eine schädliche Wirkung auf den Organismus (im engeren oder weiteren Sinne). Demgegenüber ist der Begriff »Gesundheitlich belastet« ein heute häufig benutztes neutraleres Wort. Aus dieser Definition ergibt sich, daß das bloße Vorhandensein eines Stoffes im Körper nicht eine Vergiftung genannt werden darf. Da — wie schon ausgeführt — jeder Stoff schädliche Auswirkungen haben kann, wäre jede Stoffaufnahme schon eine Vergiftung. Die Befürchtung einer zunehmenden Vergiftung kommt vor allem aus der »normalen« Verbreitung der genannten Stoffe in Wasser, Boden und Luft bzw. in der Alltagswelt von Menschen (Wohnung, Alltagsgegenstände usw.). Es geht also nicht um Unglücksfälle oder mögliche falsche Anwendungen, sondern um das Vorhandensein dieser Stoffe in der normalen Lebenswelt.

Die massenhafte Produktion und Verbreitung von synthetischen Stoffen erfolgt seit ca. 30 bis 50 Jahren, vorwiegend durch die Chemie-Industrie (Kunststoffe, Pestizide, Arzneimittel, Lösungsmittel usw.). Zusätzlich müssen die Abfallprodukte der Produktion beachtet werden, die in die Luft, in den Boden, das Wasser oder auf Deponien gelangen und mit denen Menschen kurz-oder langfristig in Berührung kommen. Es bestände ja die Möglichkeit, daß diese irreversible Anhäufung von Milliarden von Tonnen Material zu einer schleichenden Vergiftung der Bevölkerung führen könnte, wenn sich darunter auch nur wenige Substanzen befänden, die schon in geringen Dosen eine Gesundheitsbeeinträchtigung hervorrufen. Im Mittelpunkt steht dabei nicht die unmittelbar beobachtbare Wirkung als Akutkrankheit, sondern langfristige Auswirkungen insbesondere Kanzerogenität, Mutagenität und Teratogenität. In bezug darauf ist nun festzustellen, daß es keine *zunehmende* Vergiftung der Bevölkerung gibt. Diese Aussage soll hier in ihrer Bedeutung begründet werden, obwohl ja

1. trotz Umweltpolitik (Katalysator, Rauchgasentschwefelung usw.) immer mehr chemische Substanzen in die Umwelt gelangen und
2. es in der Öffentlichkeit vermehrt Meldungen über Umweltgifte und Gesundheitsgefährdungen durch Chemikalien gibt.

Je länger die historischen Zeiträume werden, in denen synthetische Stoffe produziert wurden, und je weiter sich die Produktion solcher Stoffe mit Fabrikanlagen über die ganze Erde ausbreitet und je mehr Menschen sie täglich millionenfach benutzen, desto mehr werden ihre Moleküle sich in allen Medien (Boden, Wasser, biologische Gewebe usw.) finden lassen. Dies geschieht auch dann, wenn es für einzelne dieser Stoffe ein differenzierteres System von Grenzwerten gibt, die gesundheitlich unbedenkliche Konzentrationen in Luft, in Nahrungsmitteln, in der Muttermilch usw. festlegen. Dies ließe den Schluß zu, daß je mehr solche Stoffe produziert und je länger sie verbreitet werden, auf jeden Fall eine zunehmende Vergiftung stattfindet. Dies ist jedoch deshalb eine falsche Vorstellung, weil prinzipiell zwischen natürlichen Stoffen und synthetischen Molekülen kein toxikologischer Unterschied besteht. Wenn uns Millionen von verschiedenen natürlichen Stoffen umgeben und dazu heute eine geschätzte Zahl von 70.000 produzierten Chemmikalien kommt, so ist diese zusätzliche Stoffbelastung zunächst einmal ohne gesundheitliche Bedeutung, auch wenn diese Chemikalien alle ja prinzipiell schädliche Eigenschaften haben.

Da aber die Produktion von Chemikalien nicht in einer zufälligen Auswahl aus den Millionen und Milliarden chemischer Verbindungen besteht, sondern solche mit bestimmten Eigenschaften produziert werden, könnten jene mit großer Toxizität für den Menschen überwiegen. Falls diese sich dann über ökologische Kreisläufe in der Luft und im Wasser ansammeln und von Menschen aufgenommen werden, wäre eine zunehmende Vergiftung denkbar. Sie müßte sich in Vergiftungserscheinungen, z.B. vermehrten Krebskrankheiten in der Bevölkerung zeigen. Tatsächlich finden sich viele durch Chemikalien und andere industrielle Stoffe (z.B. Asbest) verursachte Krebsfälle. Deren Ursache ist die Vergiftung von Arbeitsplatz und Umwelt durch kanzerogene Substanzen. Die Belastung mit kanzerogenen Substanzen nimmt jedoch für einige Stoffe ab, während sie für andere durchaus zunimmt. Insgesamt gesehen läßt sich in bezug auf Krebs keine zunehmende Vergiftung der Bevölkerung feststellen. Die Gründe dafür liegen in der Komplexität des Zusammenhangs zwischen der Wirkung eines kanzerogenen Moleküls, welche z.B. im Tierversuch festgestellt wird, und der wirklichen Krebsentstehung beim Menschen. Das altersstandardisierte Krebsrisiko selbst nimmt z.B. für westeuropäische Länder im allgemeinen nicht zu, sondern es finden sich differenzierte Entwicklungen mit Abwärts- und Aufwärtstrends in spezifischen Gruppen.

Die Ablehnung der These einer zunehmenden Vergiftung der Bevölkerung widerspricht nicht einer Ausage, daß es viele zu beseitigende

Kanzerogene in der Umwelt gibt. Das bleibt eine wichtige Aufgabe von Gesundheits- und Umweltpolitik.

Zu These 2:

Natürlich sollte das, was der Mensch in der Natur an Stoffen vorfindet, anders beurteilt werden als das, was er selbst an neuen Substanzen in die Umwelt bringt. Diese andere Beurteilung schließt aber nicht aus, daß zur Bewertung einer Chemikalie durchaus die Eigenschaften entsprechender natürlicher Substanzen vergleichend herangezogen werden müssen. Es ist sogar so, daß erst auf dem Hintergrund des Wissens über die Wirkung natürlicher Moleküle das Potential einer synthetischen Substanz beurteilt werden kann. Die Natur enthält viele giftige Substanzen. Wenn man sie aus ihrem ökologischen Zusammenhang entfernt und für andere Zwecke nutzt, können sie sehr schädlich sein bis hin zur unmittelbaren Giftwirkung, oder sie können bei massenhafter Verbreitung über die Erde (z.B. fossile Brennstoffe) auch als harmlose Substanzen katastrophale Auswirkungen auf das Gleichgewicht der Atmosphäre und des Bodens haben. Der Vorteil bei der Beurteilung von Naturstoffen besteht darin, daß man ihre Wirkungen unter natürlichen Bedingungen studieren kann. Das heißt, man kann die verschiedenen Wirkungen schon in der Natur selbst beobachten. Für eine neue Chemikalie muß die Prüfung ihrer Eigenschaften deshalb viel gründlicher stattfinden.

Zu These 3:

Moleküle und Stoffe, die in kurzer Zeit (wenige Minuten oder Tage) abgebaut werden bzw. zu anderen Stoffen sich verändern, stellen ein für die Umwelt leicht handhabbares und beurteilbares Problem dar. Die größte Problematik entsteht durch solche Stoffe, die sich in biologischen Systemen anreichern und schwer abgebaut werden. Damit ist die Gefahr gegeben, daß selbst bei Aufgabe der Verbreitung des Stoffes eine über Jahre weiter zunehmende Konzentration möglich ist. Solche Substanzen finden sich dann über kurz oder lang auch in allen biologischen Medien (Fettgewebe, Blut, Muttermilch usw.). In bezug auf das Vorsorgeprinzip müssen solche Stoffe besonders kritisch betrachtet werden. Die Forderung, sie gar nicht zu produzieren, ist jedoch nicht angemessen. Da aber Anreicherung und Ablaufzeiten sehr verschieden sind, müßte auf Grundlage eines bestimmten Charakteristikums ein absolutes Urteil gefällt werden. Dies widerspricht dem allgemeinen Prinzip, daß

Stoffe grundsätzlich umfassend beurteilt werden müssen und ein einzelnes Charakteristikum nie entscheidend sein darf.

Zu These 4:

In einem naturphilosophischen Sinne macht jeder Stoff (und zwar schon ein einzelnes Molekül) eine Wirkung. Solche feinen Wirkungen sind zwar häufig schwierig zu erfassen, aber der Fortschritt der Labormethodik ermöglicht diese Analytik heute. Die Beantwortung der Frage, welche Wirkungen als Hinweise für Schädigungen betrachtet werden können, wird damit schwieriger. Auf den verschiedenen Ebenen der biologischen Organisation (DNS, Zellkern, Zelle, Organsysteme, biochemische Größen im Blut usw.) treten in Laborversuchen mit Stoffen Effekte auf. Nur auf dem Hintergrund eines umfassenden Wissens über Mechanismen, schädigende Auswirkungen und Krankheiten lassen sich solche Effekte interpretieren. An dieser Stelle läßt sich darüber nicht mehr sagen, als daß man sich mit der Bedeutung solcher Effekte auskennen muß. Es gibt selbstverständlich bestimmte biochemische Veränderungen (im Sinne von Früherkennung späterer Krankheiten und schädlicher Wirkungen auf die Gesundheit), die für die Risikobewertung sehr relevant sind. Nicht nur in experimentellen Anordnungen, sondern auch in epidemiologischen Studien (als Epidemiologie biochemischer Parameter) lassen sich Einflüsse von Umweltexpositionen zeigen. In komplexer Weise entspricht das Milieu intern dem Milieu extern und die Variation des Milieu extern variiert auch biochemische Parameter. In der Wirkungsforschung sind nur bestimmte biochemische Veränderungen als beginnende Schädigung zu deuten. Zusätzlich muß dann der quantitative Bereich festgelegt werden, bei dem eine Schädigung einsetzt.

Zu These 5:

Die Beurteilung der Charakteristika (Nutzen und schädliche Wirkungen) eines Stoffes geschieht durch die Toxikologie. Es werden Versuche mit Lebewesen (Viren, Bakterien, niederen Lebewesen, Säugetieren, Menschen) angestellt, um Auswirkungen auf die Biologie zu bewerten. Eine Ausrichtung dieser Forschung, die hier aber nicht im Vordergrund stehen soll, ist die Exposition gegenüber hohen Dosen, um für Unglücksfälle und den praktischen Umgang mit dem Stoff Festlegungen zu treffen. Am deutlichsten ist das Problem bei der Bewertung der Kanzerogenität eines Stoffes. Während starke unmittelbar toxische Wirkungen

in Tierversuchen und auch in Menschenversuchen gut darstellbar und bewertbar sind, ist die Frage bei Langzeitwirkungen oder sehr seltenen Wirkungen schwierig. Für die Kanzerogenitätsbewertung ist der übliche Zwei-Jahres-Tierversuch (Ratten, Hamster, Mäuse) zwar ein richtiges und praktikables Instrument, die meisten der heute bekannten Kanzerogene für den Menschen sind aber durch epidemiologische Untersuchungen von stark exponierten Personen (meistens Arbeitern in Industriebetrieben) herausgefunden worden, während die Tierversuche bei diesen kanzerogenen Substanzen schwierig zu bewerten waren. Einige der in Tierversuchen positiven Substanzen konnten dann auch in den epidemiologischen Studien als gesicherte Humankanzerogene nachgewiesen werden.

Da aber die Epidemiologie erst nach 20- bis 30jähriger Exposition an Menschen Ergebnisse zeigt, kann sie für die Frage der Zulassung einer Chemikalie nicht benutzt werden. Hier wird ein eindeutig positiver Tierversuch dazu führen, daß dieser Stoff nicht mehr zugelassen wird. Die Problematik liegt hier in der Bestimmung von »eindeutig«. Eindeutig ist ein Tierversuch dann, wenn ein bei dem Tier seltenes Organkarzinom sehr viel häufiger auftritt. Schwierig ist die Beurteilung dann, wenn bei den hohen Dosen in Tierversuchen die Tumorrate insgesamt leicht erhöht ist, ein Effekt, der ebenso durch unspezifische Wirkungen wie Überernährung der Tiere oder z.B. einseitige Ernährung auftreten kann. Die obige These ist richtig; allerdings sind Risikobewertungen aus Tiermodellen grundsätzlich mit Unsicherheiten behaftet, so daß epidemiologische Studien erst diese Unsicherheit in der tatsächlichen Benutzung durch Menschen beheben können. Seltene und unbekannte Effekte beim Menschen sind nicht voraussehbar, so daß erst die Anwendung bei vielen Tausenden von Personen solche seltenen Effekte zeigen kann. Auch Menschenversuche, die notwendig auf bestimmte wenige Personen beschränkt sein müssen, können diese seltenen Effekte nicht voraussagen.

Zu These 6:

Die Beantwortung dieser sehr allgemeinen These stößt in dieser Kürze auf große Schwierigkeiten. Wenn damit z.B. gemeint ist, daß der Gesundheitszustand der bundesrepublikanischen Bevölkerung wesentlich durch stoffliche Belastungen bestimmt wird, so ist dies falsch. Natürlich gibt es einzelne Stoffe, die in hohem Maße für bestimmte Personengruppen (z.B. an bestimmten Arbeitsplätzen) sehr schädigend wirken und die Gesundheit der dort Arbeitenden wesentlich beeinflussen (z.B.

Bergbau). Starke Raucher weisen z.B. auch eine starke Belastung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes auf. Die Schwierigkeit des Satzes läßt sich auch daran zeigen, daß z.B. in einem Land der Dritten Welt erst die Erhöhung der stofflichen Exposition (im Sinne von Industrialisierung) den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert. Historisch ist festzustellen, daß der Gesundheitszustand auf dem heutigen Niveau der Bundesrepublik sich hergestellt hat durch die Verbesserung der Gesamtheit der Lebensbedingungen (Wohnung, Nahrung, Minderung gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen, soziale Absicherung usw.). Wenn deshalb hier diese These verneint wird, so nur deshalb, um einem toxikologischen Konkretismus in bezug auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung vorzubeugen. Die Verminderung von stofflichen Gesundheitsrisiken durch Exposition gegenüber Substanzen muß selbstverständlich gemindert werden. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung kann aber im allgemeinen nicht als unmittelbare Folge von Stoffeinwirkungen betrachtet werden.

Zu These 7:

Theoretisch wäre es zwar möglich, Stoffe , die sich als schädigend erwiesen haben, durch gentechnische Veränderung von Bakterien usw. abzubauen. Dies ist jedoch momentan keine realistische Perspektive und kann in der Risikobewertung eines Stoffes auf keinen Fall berücksichtigt werden, um dann einen Stoff doch zuzulassen.

Zu These 8:

An anderer Stelle wurde schon gesagt, daß es Stoffe ohne Risiken und unerwünschte Effekte nicht gibt. Insofern ist die These in ihrer Absolutheit nicht haltbar. Es ist auch nicht möglich, einen Katalog von solchen Risiken festzulegen, nach denen dann eine Chemikalie nicht produziert werden sollte. Aufgrund der Vielfältigkeit von Wirkungen und Effekten muß immer eine Einzelprüfung vorgenommen werden. Im Konkreten geht es in der Regulierung eines Stoffes um das Anwendungsgebiet. Genauso wie ein Arzneimittel (das immer unerwünschte Wirkungen hat) erst durch nicht indikationsgerechte Anwendung (zu häufig, bei harmlosen Erkrankungen) zum Problem wird, so wird eine Chemikalie oft erst durch Ausweitung des Marktes zum Risiko. Als extremes Beispiel läßt sich hier die Verwendung von DDT anführen. Obwohl DDT wegen negativer Wirkungen auf das Ökosystem weltweit nicht mehr zugelassen ist, läßt sich die Anwendung in bedrohlichen Situationen rechtfertigen,

und einige Staaten haben dann bei solchen Ausnahmesituationen (Heuschreckenplage) DDT wiederverwendet.

Zu These 9:

Die Vorstellung, daß man das Problem gesundheitlicher Auswirkungen durch eine Vermehrung von Laborprüfungen und Tierversuchen vor dem In-Verkehr-bringen eines Stoffes endgültig lösen könne, ist illusionär. Auch für Tierversuche und Laborprüfungen gibt es eine Grenze, bei deren Überschreitung zwar immer neue Ergebnisse produziert werden, deren Bewertung jedoch um so schwieriger wird. Wenn eine These von umfangreicheren Versuchen vertreten wird, so sind diese mit einem Grenznutzen verbunden. Im einzelnen läßt sich natürlich über die technische Seite von Versuchen im einzelnen diskutieren. Da es sich bei der Frage der Nutzung und Zulassung eines Stoffes letztendlich um eine Risiko-Nutzen-Abwägung handelt, ist dann eher die Frage des Nutzens relevant. Wenn dieser kaum vorhanden ist, ist die Vermarktung eines Stoffes selbst mit geringen Risiken nicht sinnvoll und angemessen. In der Arzneimittelzulassung wird dieses Prinzip angewandt.

Zu These 10:

Der Schaden, welcher ein Stoff für Gesundheit und Umwelt anrichtet, kann nur auf dem Hintergrund seines Nutzens beurteilt werden. Ein lebenswichtiger oder lebensrettender Stoff wird einen anderen Stellenwert haben als eine Substanz, die lediglich zur Marktausweitung eingeführt wird, um z.B. dem Gegenstand einen angenehmeren Geruch zu verleihen. Bei einer konsequenten Handhabung von gesundheitsschützenden Zulassungsregeln dürfte er nicht zugelassen werden. Die hier durchscheinende Problematik einer Bedürfnisprüfung der Neuzulassung von Stoffen stößt aber an Schranken einer marktwirtschaftlich orientierten Gesetzgebung, die verfassungsrechtlich keine Bedürfnisprüfung kennt. Diese Bedürfnisprüfung findet verdeckt unter dem wissenschaftlichen Etikett der Nutzen-Risiko-Abwägung statt.

Zu These 11:

Diese führt zur ersten These zurück, bei der es um die Frage einer zunehmenden Vergiftung ging. Gemessen an den üblichen Parametern (z.B. Lebenserwartung) verbessert sich ja der Gesundheitszustand der Bevölkerung ständig. Er könnte sich bei geringeren Belastungen noch

schneller zum positiven hin entwickeln, aber unabhängig davon ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ja mit abnehmenden Risiken verbunden. Während so die wirklichen Gesundheitsschädigungen laufend abnehmen, gibt es auf der anderen Seite die Möglichkeit, daß potentielle Schädigungen (Risiken) zunehmen, die sich momentan noch nicht materialisiert haben, die aber ein zukünftiges Risiko darstellen. Wenn dieses Risiko potentiell lebensvernichtende Auswirkungen für ganze Populationen hat (Atomkraft, genetisch wirksame Substanzen), so können tatsächlich gesundheitliche Schäden abnehmen, während das Risiko ansteigt. Die durch weltweit zunehmende Energieerzeugung mit fossilen Brennstoffen bedrohte Atmosphäre ist sicher von enormer gesundheitlicher Bedeutung. Das politische Problem, welches hier entsteht, hat mit der wissenschaftlichen Seriosität eines wirklichen Effektes zu tun. Aus diesem Dilemma gibt es keinen Ausweg. Daß man möglichst vorsichtig sein sollte, ist eine Banalität, die aber in vielen Fällen nicht weiterhilft. Wenn etwa jemand behauptet, durch einen Stoff würde erst in der zehnten Generation jeder Mensch an Krebs erkranken, so kann man dies nur glauben oder nicht glauben.

Zu These 12:

Mit Ätiologismus ist hier eine Denkweise gemeint, die die Welt der Stoffe in solche mit schädlichen Eigenschaften und solche ohne schädliche Eigenschaften einteilen möchte. Z.B. ist der Satz: »Alle Gifte müssen verboten werden« ein toxikologischer Kinderglaube. Die Welt läßt sich nicht in gute und schlechte Stoffe einteilen. Der Begriff »Gift« hat keinen theoretischen Wert, auch wenn es für den praktischen Umgang manchmal nützlich ist, bestimmte Dinge als Gift zu bezeichnen. Ätiologismus ist eine Denkweise, die meint, durch Verbot aller Gifte ließe sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung wesentlich verbessern. In Wirklichkeit geht es jedoch um einen adäquaten Umgang mit Stoffen, die alle giftige Eigenschaften haben. Nur in manchen Fällen ist es sinnvoll, einen Stoff als absolutes Gift nicht in den Verkehr zu bringen.

Zu These 13:

Da es sich bei der Risiko-Nutzen-Bewertung im Kern nicht um eine wissenschaftliche Aufgabe im engeren Sinne handelt, sondern um eine politische Entscheidung, muß die Beurteilung eines Risikos nicht nur in dem genannten öffentlichen Prozeß stattfinden, sondern in bedeutenden Fällen im Parlament selbst. Dabei ist es die Aufgabe der Wissenschaft,

die Kenntnisse über Eigenschaften und Wirkungen von Stoffen zu beschreiben, um damit der Politik eine Möglichkeit der objektiven Beurteilung zu geben.

Literaturverzeichnis

Borgers, D., 1989: Was ist Kanzerogenität? In: ders.: Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft. Hamburg, 6-52

Borgers, D., u. K.W. Tietze (Hrsg.), 1980: Anwendungsgebiete epidemiologischer Methodik. SozEp-Berichte H.3

Capecchi, M.R., 1989: Altering the genome by homologous recombination. Science 244, 1288-1292

Curran, W.J., 1988: Cancer-causing substances in food, drugs, and cosmetics. The New England Journal of Medicine B.319, N.19, 1262-64

Dinkel, R., 1984: Sterblichkeit in Perioden- und Kohortenbetrachtung. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 10, H.4, 477-500

Dinkel, R.H., 1985: The seeming paradox of increasing mortality in a highly industrialized nation: the example of the Soviet Union. Population Studies 39, 87-97

Doll, R., 1988: Möglichkeiten der Prävention. In: Grenzen der Prävention. Argument-Sonderband AS 178. Hamburg, 6-30

Doll, R., 1981: Relevance of epidemiology to policies for the prevention of cancer. Journal of Occupational Medicine 23, 601-609

Feinstein, A.R., 1988: Scientific standards in epidemiologic studies of the menace of daily life. Science 242, 1257-63

Flesch-Janys, D., H. Neus u. M. Schümann, 1988: Umweltepidemiologie im Spannungsfeld von Politik und Wissenschaft. Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft f. Soz.med.

Friedrichs, U., 1989: Gentechnologie. Prädikative Medizin — EG-Programm weckt Hoffnungen und Ängste. Deutsches Ärzteblatt Bd.86, H.3, 57-58

Galloway, J.N., 1989: Atmospheric acidification: projections for the future. Ambio Bd.18, Nr.3, 161-166

Glasby, G.P., 1988: Entropy, pollution and environmental degradation. Ambio Bd.17, Nr.5, 330-335

Hansen, E.S., 1989: Cancer incidence in an occupational cohort exposed to bitumen fumes. Scand.J.Work. Environ. Health 15, 101-105

Hewstone, R.K., 1988: Toxikologie und Aspekte arbeitsbezogener Gesundheit in der Ölindustrie. In: W.J. Bartz (Hrsg.): Schmierstoffe und ihre Wirkung auf Gesundheit, Umwelt u. Wirtschaftl. Ehningen, 120-132b (Kontakt u. Studium Bd.242)

Johansen, H., R. Semenciw, H. Morrison, Y. Mao, P. Verdier, M.E. Smith, 1987: Important risk factors for death in adults: a 10-year follow-up. Canadian Medical Association Journal 136, 823-828

Krause, Ch., u. N. Englert, 1980: Zur gesundheitlichen Bewertung pentachlorphenolhaltiger Holzschutzmittel. Holz als Roh- und Werkstoff 38, 429-432

Kummer, R., u. N.J. van Sittert, 1986: Field studies on health effects from the application of two organophosphorus insecticide formulations by hand-held ulv to cotton. Toxicology Letters 33, 7-24

Landner, L., 1988: Hazardous chemicals in the environment — Some new approaches to advanced assessment. Ambio Bd.17, Nr.6, 360-366

Lindackers, K.H., 1987: Risiken neuer Technologien. ErgoMed 11, 58-67

Lindow, S.E., N.J. Panopoulos, u. B.L. McFarland, 1989: Genetic engineering of bacteria from managed and natural habitats. Science 244, 1300-1307

McClellan, R.O., 1986: Health effects of diesel exhaust: A case study in risk assessment. American Industrial Hygiene Association 47, 1-13

Moore, D., 1981: Gesundheitsindikatoren. Reichweite und Grenzen. Medizin Mensch Gesellschaft 6, 246-251

Mossman, B.R., u. J.B. Gee, 1989: Asbestos-related disease. New England Journal of Medicine 320, Nr.26, 1721-1730

Morman, C., 1988: EPA sets new policy on pesticide cancer risks. Science Bd.242, 366-367

Oerter, D., 1981: Krebs: Epidemie oder Naturkatastophe? In: Prävention. Gesundheit und Politik. Argument-Sonderband AS 64. West-Berlin, 137-157

Preliminary report: 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-p-dioxin exposure to humans — Seveso, Italy. Jama 261, No.6 1989, 831-832

Pursel, V.G., C.A. Pinkert, K.F. Miller, D.J. Bolt, R.G. Campbell u. R.D. Palmiter, 1989: Genetic engineering of livestock. Science 244, 1281-1288

Rao, K.D., u. B.A. Schwetz, 1982: Reproductive toxicity of environmental agents. Annual Reviews of Public Health 3, 1-27

Roberts, L., 1989: A corrosive fight over California's toxic law. Science 243, 306-309

Rosén, M., L. Nyström, St. Wall, 1985: Guidelines for regional mortality analysis: an epidemiological approach. International Journal of Epidemiology 14, 293-299

Severn, D.J., 1987: Exposure assessment. Environmental Science and Technology 21, No.12, 1159-63

Short, J.F. jr., 1984: The social fabric at risk: toward the social transformation of risk analysis. American Sociological Review 49, 711-725

Smith, P.G., u. A.J. Douglas, 1986: Mortality of workers at the Sellafield plant of British nuclear fuels. British Medical Journal 293, 845-854

Sors, A., 1980: Assessing the health risks of global pollution. Ambio Bd.9, Nr.2, 89-96

Stehr-Green, P.A., u. J.A. Lybarger, 1989: Exposure to toxic waste sites: An investigative approach. Public Health Reports 104, No.1, 71-74

United States: Cancer risk from domestic radon. Lancet 1989, 93

Vogel, F., 1989: Gentechnologie und die biologische Zukunft der Menschheit. Deutsches Ärzteblatt 86, H.17, 769-773

Wall, St., M. Rosén u. L. Nyström, 1985: The Swedish mortality pattern: a basis for health planning? International Journal of Epidemiology 14, 285-292

Wassermann, O., 1988: Wettlauf der Medizin mit der Umweltbelastung. Manuskript

Wassom, J.S., 1989: Genetic toxicology — A perspective. In: Dangerous properties of industrial materials Vol.1. New York, 19-35

Weill, H., u. J.M. Hughes, 1986: Asbestos as a public health risk: disease and policy. Annual Review of Public Health H.7, 171-192

Weinstein, M.C., 1983: Cost-effective priorities for cancer prevention. Science 221, 17-23

Wilfried Karmaus

Zu Thesen 1 bis 3:

Wenn von Schadstoffen gesprochen wird, so ist damit eine Untergruppe von Stoffen gemeint, die dadurch charakterisiert ist, daß sie der menschlichen Gesundheit einen Schaden zufügen kann. Im Prinzip können fast alle Stoffe der Gesundheit schaden. Hier wird das *Argument der Dosis, d.h. der Quantität* ins Feld geführt. Würden wir bspw. täglich pfundweise Kochsalz zu uns nehmen, so wäre dieser durchaus lebensnotwendige Stoff schädlich für unsere Gesundheit. Daß wir Kochsalz nicht als Schadstoff bezeichnen, hat jedoch zwei Gründe: einen verteilungstheoretischen und einen qualitativen. Zum *verteilungstheoretischen Argument:* Wir sind der Gefahr, täglich pfundweise Kochsalz zu uns zu nehmen, nicht ausgesetzt, weil wir einen solchen Unfug schon aus Überlebenswillen aufgeben würden. Wir können solchen Unfug auch aufgeben, weil Kochsalz »in der Natur/auf unserer Erde« so verteilt ist, daß es nur in ausgewählten Lagern bzw. in geringer Konzentration im Meer vorkommt. Sollten wir uns jedoch entschließen, alles Kochsalz gleich auf »unserer Erde« zu verteilen, dann würde dieser Stoff u.U. zu einem potentiellen Schadstoff werden. Unsere Kreativität und unser Überlebenswille würde dann Wege zu ersinnen haben, wie wir bspw. die Nahrung von großen Kochsalzmengen freihalten können. D.h. wir würden versuchen, eine Exposition gegenüber diesem Stoff möglichst gering zu halten. Zum *qualitativen Argument:* Kochsalz unterscheidet sich von Schadstoffen wie Asbest, Blei, Arsen, Benzpyren oder Dioxin noch im *unterschiedlichen Wirkungsspektrum* (der Toxizität). Kochsalz führt in den geringen, üblicherweise vorkommenden Konzentrationen nicht dazu, daß sich Zellen verändern, wachsen und Krebsgeschwüre bilden, daß die Erbinformation von Zellen mutiert wird oder daß der menschlichen Frucht ein Schaden zugeführt wird. Im pathologischen Wirkungsspektrum wird zwischen Schadstoffen unterschieden, für die eine Wirkungsschwelle existiert, die überschritten sein muß, um einen Schaden zu setzen wie bspw. Kohlenmonoxid in der Atemluft, und solchen, bei denen ein einziges Molekül ausreichen würde, bspw. eine Krebserkrankung hervorzurufen. Im ersten Fall können wir die »höchste annehmbare Tagesdosis« bestimmen. Im zweiten Fall ist politisch zu entscheiden, wieviele Erkrankte/Tote wir pro Jahr in Kauf nehmen wollen, wenn erlaubt wird, daß wir uns einem solchen Schadstoff aussetzen.

Ein Schadstoff zeichnet sich daher durch drei der o.g. Kriterien aus:

die Verteilung in der »Natur« (die mögliche Exposition), die aufgenommene Dosis und das Wirkungsspektrum. Ein viertes Kriterium ist die Bioakkumulation (s.u. These 3). Gifte sind definiert als Stoffe, die durch physikalische oder chemische Eigenschaften im Körper schädliche Wirkungen bzw. den Tod herbeiführen können. Wenn ich daher behaupte, daß wir zunehmend vergiftet werden, so ist aufzuzeigen, daß Stoffe mit einem schädlichen Wirkungsspektrum auf dieser Erde zunehmend so verteilt werden, daß wir keine Möglichkeit mehr finden, uns einer Aufnahme dieser Stoffe zu entziehen.

Bevor jedoch dazu Beispiele angeführt werden — und schon ein einziges Beispiel ist ein hinreichender Beleg —, soll auf die zweite These eingegangen werden: Warum sind industriell hergestellte Chemikalien anders zu bewerten als Naturstoffe? Dazu wird eine zeitliche Periodisierung der Produktion von Stoffen und der menschlichen Erfahrung im Umgang mit Schadstoffen vorgeschlagen (Übersicht 1). Dabei spielt die Latenzzeit eine erhebliche Rolle. Unter dieser Zeitspanne ist die Periode zu verstehen, die zwischen der Aufnahme eines Schadstoffes, bzw. der Exposition gegenüber einem Gesundheitsrisiko und der Entstehung bzw. der Entdeckung einer Schädigung liegt.

Die Unterscheidung von »Naturstoffen« und »industriell hergestellten Stoffen« ist auf der chemischen Argumentationsebene Unfug. Wenn wir jedoch die Erfahrungsebene von möglichen Schädigungen hinzunehmen, dann ist diese Unterscheidung von Bedeutung. Wir Menschen haben vielleicht zehntausend Jahre benötigt, um zu lernen, mit der Natur, d.h. den Nahrungs- und Genußmitteln, den Baustoffen, den Werkstoffen usw. umzugehen. Wir haben — *wegen der kurzfristigen Wirkung* — erfahren können, daß der Genuß einer Tollkirsche oder der Genuß von Fäkalien nachteilig sein kann. Wir verwenden viel Zeit, um diese Erfahrung unseren Kindern weiterzugeben. Wir haben die Einkellerung von Nahrung entwickelt, um Hunger im Winter zu vermeiden. Wir haben Kühlschränke entwickelt, um schimmlige Nahrung zu vermeiden. Wir haben gelernt, daß es ungünstig ist, auf oder neben Vulkanen sein Haus zu bauen. Die Erfahrung, daß bestimmte Lebensumstände schädlich für die Gesundheit sind, ist in unsere Lebenskultur — wenn auch z.T. von Kultur zu Kultur unterschiedlich — eingeflossen. Die industrielle Produktion von Stoffen ist dagegen von vier Gesichtspunkten gekennzeichnet, die eine solche Erfahrung und angemessene Verarbeitung ausschließen (Übersicht 1):

1. Die schädliche Wirkung bspw. von Arsen ist nicht mehr unmittelbar erfahrbar — es sei denn in sehr hohen Dosen —, weil die Einwirkung z.T. unbemerkt und die Schädigung daher unverbunden zur

Übersicht 1
Versuch einer Periodisierung von geschichtlichen Phasen mit unterschiedlicher Bedeutung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen

Phase	typische Gesundheitsrisiken	Latenzzeit der Risiken	intersubjektive Erfahrbarkeit	langfristige Folgewirkung in der »Natur
vorindustrielle Phase	Naturkatastrophen	kurz	ja	keine
	Hungersnöte	kurz	ja	keine
	Bakterien/ verdorbene Nahrung	kurz	ja	keine
	Gewalt	kurz	ja	keine
Industrialisierung und Verstädterung	Bakterien	kurz	ja	keine
	Staub	kurz	ja	keine
	Hunger	kurz	ja	keine
	Unfälle/Gewalt	kurz	ja	keine
»Primär Phase der Produktion von einfachen Schadstoffen«	Metalle wie Blei	kurz- bis mittelfristig	zum Teil	ja
	Arsen	kurz- bis mittelfristig	zum Teil	ja
	Luftverschmutzung	kurz- bis mittelfristig	ja	ja
»Sekundäre Phase der Produktion von Schadstoffen«	Pestizide	mittel- bis langfristig	(keine Ausn. Unfälle usw.)	Akumulation von Schadstoffen in biologischen Systemen (Nahrungskette, Meer usw.)
	Lösemittel	kurz- und langfristig	(keine bis leichte Wirk.)	
- halogen. Kohlenw.	Dioxine/ Furane	kurz- und langfristig	(keine bis unspezifische Wirkung)	
- Atomenergie				
- Gentechnol.	Benzpyr.	langfrstig	keine	nicht mehr beherrschbar
	mutierte Erbinf.	langfristig	keine	

Exposition steht (Übersicht 1). Denn wer denkt schon daran, daß u.U. die Fehlgeburt eines Kindes durch den Ausstoß von Arsen aus der benachbarten Kupferschmelze bedingt sein kann.

2. Die industrielle Produktion von Stoffen hat sich seit 1945 etwa verzehnfacht. Es bleiben daher keine zehntausend Jahre Zeit, um Erfahrung und Kultur im Umgang mit industriellen Stoffen zu entwickeln (vgl. Alsen-Hinrichs et al. 1988).

3. Im Gegensatz zu Schadstoffen in der frühen Phase der Industrialisierung reichern sich neue Schadstoffe in biologischen Systemen wesentlich stärker an. Dies hat zur Folge, daß ein einmal produzierter und in der Umwelt verteilter Schadstoff wie ein Bumerang wieder zu uns zurückkehrt, jedoch in der Größenordnung eines Großraumflugzeuges. *Bioakkumulation* besagt, daß fettlösliche Substanzen wie polychlorierte Biphenyle, Dioxine usw., die in geringer Konzentration in der Umwelt vorkommen, in den Lebewesen um mehrere Zehnerpotenzen angereichert werden können (Geyer et al. 1987). So liegt die Bioakkumulation von Dioxinen bei Fischen etwa in der Größenordnung von 10000- bis 100000-fach. Beim Menschen etwa in der Größenordnung von 200-fach (Geyer et al. 1987). Letztes Glied in der Nahrungskette sind dann Säuglinge: Der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (1987) sieht bspw. bei der Belastung der Muttermilch mit Dioxinen — einer Gruppe von Substanzen, die karzinogen sind — die Grenzen der zumutbaren Belastung als überschritten an *(These 1)*. — Werden bspw. chlorierte Kohlenwasserstoffe den Rhein hinunter in die Nordsee geschickt, so kommen sie in der »frischen Nordseescholle« — die quasi wie ein Staubsauger auf dem Boden des Wattenmeeres lebt — angereichert zu uns auf den Tisch zurück. Der Ostseehering bspw. weist unter allen tierischen Nahrungsmitteln die höchste Verunreinigung im Fett mit polychlorierten Dibenzodioxinen auf. Was dann im Hering angereichert wurde, können wir als Menschen nochmals 200-fach konzentrieren.

4. Auch wenn Experten auf einige Folgen aufmerksam machen, so sind Teilaspekte überhaupt nicht mehr vorhersehbar. Es ist möglich, daß bspw. aus einem Forschungszentrum für Gentechnologie — natürlich wegen menschlichem Versagen — genetisch veränderte Bakterien/Viren freigesetzt werden, die nach einer leichten Mutation wie biologische Kampfstoffe zehntausende Menschen töten.

Dieser Versuch einer Periodisierung der Gefahren von Schadstoffen stützt die *Thesen 2 und 3:*

3. Schadstoffe, die sich in biologischen Systemen anreichern, dürfen nicht produziert werden.
2. Industriell hergestellte Chemikalien sind grundsätzlich anders zu bewerten als Naturstoffe.

Diese Thesen sind müssen noch weiter zugespitzt werden:

3a. Wegen der Unvorhersehbarkeit der Folgen einer möglichen Freisetzung von genetisch veränderten Bakterien und Viren sind jegliche weiteren Experimente damit zu verbieten.

Es sind nämlich nicht jene Atomkraftgegner, die uns zurück in die Steinzeit versetzen wollen, sondern es sind verantwortungslose Industrielle

und Wissenschaftler sowie unkritische Bürger, die unsere Natur in eine Kloake verwandeln und uns durch kleinste Unfälle steinzeitartige Bedingungen, wie sie etwa nach einem Atomunfall oder gentechnischen Unfall herrschen würden, bescheren können. Die Gefahr von nicht mehr kontrollierbaren Schäden wird durch das Unwissen, die Naivität und die Neigung einiger Politiker, auf technisches Blendwerk hereinzufallen, um ein Vielfaches verstärkt.

Zu Thesen 5 sowie 9, 11, 12 und 13:

Die Thesen 5 sowie 9, 11, 12 und 13 beziehen sich auf mögliche Folgewirkungen von Schadstoffen und unterschiedliche Ansätze der Identifizierung von Risiken. Sie sollen daher im Zusammenhang erörtert werden.

Ein grundlegendes Axiom der Epidemiologie besagt, daß Krankheiten nicht zufällig in menschlichen Populationen verteilt sind. Sie folgen Gradienten der Zeit, des Raumes, der Charakteristik von Personen und Gemeinden. Die Unterschiede sind Folge einer unterschiedlichen Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken[1] (Stallones 1980). Dieser Vorstellung folgend, können wir Gesundheitsrisiken von Schadstoffen durch eine Analyse der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur identifizieren und in ihrer Bedeutung quantifizieren. Dagegen wird ein wesentlicher Einwand ins Feld geführt: Epidemiologische Studien sind für die Risikobewertung nicht geeignet, weil sich Effekte erst dann zeigen, wenn die Schäden schon eingetreten sind, was dem Vorsorgeprinzip widerspricht *(These 5)*.

Dieser Einwand trifft insbesondere dann zu, wenn (a) die Gesundheitsrisiken (Schadstoffe) einem schnellen Wandel im Vorkommen in der industriellen Produktion unterliegen und (b) nur Krankheiten analysiert werden, die eine lange Latenzzeit haben. Betrachten wir bspw. den Krebsatlas der Bundesrepublik (Becker et al. 1984), dann fallen deutliche Überhäufigkeiten von Krebserkrankungen im Ruhrgebiet auf. Da das Ruhrgebiet einen erheblichen Wandel in der Industrie durchgemacht hat, können wir daraus nur schließen, daß vor 10 bis 30 Jahren im Ruhrgebiet bedeutsame Risiken zu finden waren. Daher stellt die Untersuchung von Krebserkrankungen keinen effektiven Weg dar, mögliche Schadstoffrisiken — dem Vorsorgeprinzip folgend — früh zu identifizieren. Der Umstand, daß Krebserkrankungen weiterhin eine große Bedeutung in der Ermittlung von Risiken haben, liegt jedoch darin, daß sie erstens sehr bedrohlich sind, zweitens daß sie Objekt von Rechtsstreitigkeiten in Berufskrankheitenverfahren sind und drittens daß viele

bekannte und hinsichtlich ihrer Wirkung strittige industrielle Schadstoffe auch in Zukunft eine Rolle spielen.

Die Kunst der ätiologischen Forschung in der Epidemiologie ist es jedoch, nach Erkrankungen mit kurzer Latenzzeit zu suchen, die geeignet sind, Schadstoffrisiken früh anzuzeigen (Bezug zu *These 4)*. Die Identifizierung von Krankheiten, die als Frühwarnsystem geeignet sind, hebt das Gegenargument des Vorsorgeprinzips nicht auf, nähert sich diesem jedoch tendenziell an.

Allergien und Asthma bronchiale sind chronische und u.U. schwerwiegende Erkrankungen. Die Prävalenz (der Bestand) dieser Leiden hat in letzten 30 Jahren erheblich zugenommen — ein Argument für eine zunehmende Vergiftung *(These 1)*. Etwa 15-30 Prozent der Bevölkerung sind erkrankt (Wütherich et al. 1986). Die Häufigkeit von Heuschnupfen und Rhinitis ist in den Städten zweimal so hoch wie auf dem Lande, obwohl sich die Pollen-Konzentration der Luft über die verschiedenen Regionen gleichmäßig verteilt (Weeke 1987). Es ist daher anzunehmen, daß Schadstoffe auszumachen sind, die häufiger in Städten vorkommen und Risiken für allergische Erkrankungen darstellen. Allergien haben zudem eine kurze Latenzzeit, so daß sie geeignet sind, Gefahren früh aufzuzeigen.

Ein kurze Latenzzeit von maximal ein bis zu zwei Jahren haben auch Veränderungen der menschlichen Fortpflanzung: Dazu zählen Unfruchtbarkeit bzw. verminderte Fruchtbarkeit, Fehlgeburten, Mißbildungen und verringertes Geburtsgewicht. Auch hier zeigt sich eine Zunahme in der Häufigkeit von Unfruchtbarkeit, besonders bei jüngeren Frauen. In der Literatur wird auf ein großes Ausmaß an Schadstoffwirkungen hingewiesen (Karmaus 1987). Gegen diese gesundheitlichen Folgewirkungen wird allerdings das Argument angeführt, daß sie nicht »seriös« bzw. ernsthaft genug seien, um eine Indikatorfunktion für Schadstoffe haben zu können (Argument einer geringen Aussagekraft). Dabei wird erstens übersehen, welches Leid mit Unfruchtbarkeit, Fehlgeburten und Mißbildungen verbunden ist. Zweitens, daß diese Endpunkte sehr valide bestimmt werden können. Und drittens, daß diese Endpunkte offensichtlich einen ätiologischen Zusammenhang mit Krebserkrankungen aufweisen (vgl. Tokuhata 1968).

Eine vierte Gruppe von Indikatoren für Schadstoffwirkungen stellen biochemische Veränderungen dar. Dabei handelt es sich um Parameter, die in zugänglichen Körpersäften (Blut, Urin usw.) ermittelt werden können. Dies sind z.B. Veränderungen von Indikatoren der Immunabwehr (Immunglobuline, Helfer- und Suppressorzellen), Veränderungen von Leberenzymen, Veränderungen von Stoffwechselprodukten,

Veränderungen von Hormonen usw. Während gegenüber Krebserkrankungen das Gegenargument des Vorsorgeprinzipes ins Feld geführt wird, gilt dieses Gegenargument gegen epidemiologische Ursachenforschung bei Betrachtung solcher Veränderungen kaum noch. Denn Wirkungen können zeitlich unmittelbar erfaßt werden und erlauben eine umfangreiche Vorsorge. Aber genau in dem Maß wie das »Argument des Vorsorgeprinzips« an Bedeutung verliert, gewinnt das »Argument einer geringen Aussagekraft« an Gewicht. Dies besagt: Blutchemische Veränderungen sind bedeutungslos, weil sie beliebig auftreten können und der Mensch sich an viele Veränderungen/Herausforderungen mit seinem Stoffwechsel anpaßt. So heißt es bspw. vom Bundesgesundheitsamt hinsichtlich der Bewertung von Pentachlorphenol: »Dabei wird eine Leberinduktion zwar als Effekt jedoch nicht ohne weiteres als gesundheitliche Schädigung angesehen.« (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1984). Gemeint sind damit bspw. Veränderungen der Leberenzyme bzw. der Sekretion von Galle, also Indikatoren, die im Krankenhaus bei Leberleiden zu Routine-Untersuchungen zählen.

Es tut sich also eine »ätiologische Zwickmühle« auf: Epidemiologische Forschung kommt zu spät, wenn sie bei Krebserkrankungen ansetzt. Sie kommt zu früh, wenn sie frühe blutchemische Wirkungen entdeckt. Das ätiologische Erklärungsmodell, was solchen Vorstellungen genügen würde, hätte zur Voraussetzung, daß die Giftwirkung zeitlich unmittelbar und mit maximaler Wirkung zum Erfolg, d.h. zum Tode, führt. Dieses Denkmodell ist einem modernen Verständnis von Krankheitsursachen nicht angemessen. Wir können bspw. nicht erwarten, daß Säuglinge unmittelbar nach dem »Genuß« von Muttermilch — kontaminiert mit Dioxinen — das maximal ungünstigste Ereignis erleiden. Unsere Kenntnis über Dioxine läßt uns jedoch einige Ereignisse im zukünftigen Leben des Menschen erahnen. Ich gehe daher davon aus, daß bspw. biochemische Veränderungen (und Fruchtschäden) hinreichende Hinweise für Gesundheitsschädigungen darstellen *(These 4)*. Allerdings sollte ihre prognostische Bedeutung — unabhängig von der notwendigen Regulierung des verursachenden Schadstoffes — geprüft werden.

Welche Erkenntnis eröffnet dagegen der Tierversuch (These 9)? Im Tierversuch können schädliche Wirkungen noch vor der industriellen Anwendung/Verbreitung von Schadstoffen ermittelt werden, also eine ideale Voraussetzung. Doch es existieren erhebliche Probleme hinsichtlich der Übertragbarkeit von Untersuchungsergebnissen bei Tieren auf den Menschen: 1. Die Tierversuche sind wegen der Logistik zeitlich begrenzt. Der Mensch ist u.U. über 70 Jahre exponiert. 2. Im Tierversuch

wird die geringste Dosis mit Schäden gesucht. Für den Menschen muß die geringste Dosis ohne Schäden gesetzt werden. 3. Für den Stoffwechsel ist nicht die Dosis pro Gewicht, sondern die Dosis pro Körperoberfläche relevant. 4. Im Tierversuch werden nur gesunde Tiere ausgewählt, aber auch kranke Menschen werden Schadstoffen ausgesetzt. In Übersicht 2 sind die Probleme und die dazu notwendigen Sicherheitsfaktoren gegenübergestellt wie sie von der US-amerikanischen Umweltbehörde empfohlen werden (Regulatory Toxicology and Pharmacology 1983).

Übersicht 2:
Tierexperimentelle Untersuchungsbedingungen und notwendige Sicherheitsfaktoren für die Übertragung auf den Menschen

Tierexperimentelle Bedingungen	Sicherheitsfaktor für die Übertragung auf den Menschen
Kurzzeit-Versuch der Exposition der Tiere	lange Exposition des Menschen: Sicherheitsfaktor: 10
Im Tierversuch: Ermittlung der geringsten Dosis mit Schäden	für den Menschen wird die Dosis ohne Gesundheitsschäden gesucht Sicherheitsfaktor: 1-10
Oberfläche der Tiere ist geringer, aber Dosis/Gewicht	große Körperoberfläche des Menschen: Sicherheitsfaktor: 10
Im Tierversuch: nur anfänglich gesunde Tiere	bei Menschen sind auch Kranke, Alte und Kinder zu schützen Sicherheitsfaktor: 10

Produkt aller Sicherheitsfaktoren: 1000 bis 10000

Bei der Übertragung von Ergebnissen aus Tierversuchen auf den Menschen muß also ein Produkt von Sicherheitsfaktoren zwischen 1 000 von 10000 berücksichtigt werden. Dies heißt, daß mit der Übertragbarkeit große Unsicherheiten verbunden sind, die die Bedeutung von Tierversuchen einschränken. Eine Ausdehnung von Tierversuchen in der Anzahl und in der Zeit — wie z.B. die Mega-Mouse-Study — ist nicht möglich, da die Tiere bei der Haltung in Käfigen vor Ablauf des Versuches sehr leicht an Infektionskrankheiten sterben *(These 9)*. Aufgrund ihrer Größe können daher im Tierversuch auch nur Eintrittswahrscheinlichkeiten von etwa 5 Prozent erfaßt werden (vgl. Rat von Sachverständigen für Umweltfragen 1987).

Auch dieser Gesichtspunkt hebt erstens noch einmal die Bedeutung hervor, die ein Nachweis von blutchemischen Veränderungen (Leberwerte, Blutbild usw.) unter realen Expositionsbedingungen des Menschen

für die Einschätzung von Schadstoffen hat *(These 5)*. So weist das »Interdisciplinary Panel on Carcinogenity« (1984) darauf hin, daß wegen ihrer zentralen Rolle in der Risiko-Beurteilung epidemiologische Studien unentbehrlich sind und eine substantielle Expansion verlangen. Dagegen möchte der deutsche Toxikologe und Vorsitzende der MAK-Werte-Kommission die Epidemiologen aushungern (Ärztezeitung 1988).

Bei *These 12* geht es um grundsätzliche Fragen des Forschungs- und Beurteilungsansatzes: Offensichtlich gibt es in der Forschung einen guten und einen schlechten Ansatz, hier genannt »Ätiologismus«. Ich sehe einen Gegensatz zwischen dem, was einige als übertriebene Ursachenforschung bezeichnen, und einer Tradition, die ich »Deskriptivismus« nennen möchte. Letztgenannte wurzelt in der preußisch-deutschen Tradition, Gesundheitstrends und -risiken aus der Medizinalstatistik ableiten zu wollen. Finden sich keine Veränderungen in der administrativen Statistik, so würden die Anhänger dieser Richtung schließen, daß keine relevanten Veränderungen der Erkrankungsrisiken vorliegen. Die Begrenztheit dieses Ansatzes soll im folgenden Szenario verdeutlicht werden: Gehen wir davon aus, daß in einer Bevölkerung von 60 Millionen etwa 30000 pro Jahr an Lungenkrebs sterben (5 auf 10000). Ca. 10 Prozent sollen berufsbedingt sein, also etwa 3 000 Lungenkrebstote. Nehmen wir jetzt an, daß in der Produktion ein neuer — wie Arbeitsmediziner und Toxikologen beschwichtigen — unbedenklicher Stoff eingeführt wird. Etwa 100000 Arbeiter sind exponiert. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, soll aufgrund dieses Schadstoffs in dieser Gruppe um das zehnfache zunehmen. D.h. es sterben nicht mehr 5, sondern 50 auf 10000 Personen bzw. 500 in der exponierten Gruppe pro Jahr. Zu der Gesamtzahl Lungenkrebsfälle kämen also 500 hinzu. In bezug auf 30000 Krebstote ist dies etwa eine Steigerung um ein Prozent. Dieses Beispiel zeigt, daß Ursachenforschung unerläßlich ist.

Zielgerichtete Ursachenforschung und Beschreibung von Trends in Gesundheitsberichten sind daher Instrumente, die sich gegenseitig ergänzen müssen. Dabei gibt es jedoch ein Problem: Wer setzt die Prioritäten in der Suche nach den Risiken? In den Vereinigten Staaten sind dafür Regeln festgelegt worden (Committee on the Institutional Means for Assessment of Risk to Public Health 1983). Zu diesen Regeln gehören Transparenz und wissenschaftliche Standards. Da in der Bundesrepublik Deutschland solche Entscheidungen nur hinter verschlossenen Türen durchgeführt werden (z.B. MAK-Kommission), ist hier die *13. These* bedeutsam: »Risiko-Beurteilung kann nur, um dem Verfall administrativer Verantwortungsfähigkeit angemessen zu begegnen, in einem

öffentlichen Prozeß unter Kontrolle von Gewerkschaften, Bürgerinitiativen und anderen Interessengruppen durchgeführt werden.« Gerade aus dem Bereich der Gewerkschaften liegen viele Hinweise auf Risiken vor (Konstanty 1986; Köhler/Zwingmann 1988). Erfahrungen aus Forschungsprojekten (Karmaus 1988) zeigen, daß es fruchtbare Wege der Kooperation von Wissenschaftlern und Bürgern gibt. Allein es fehlen in der Bundesrepublik Deutschland die Institutionen, die solche Hinweise aufnehmen und umsetzen könnten.

Welche gesellschaftliche Dominanz jedoch sollten solche Ansätze haben? Der *erste Teil von These 11* beschreibt die Gefahr, daß die Risiko-Beurteilung Grundlage einer gesellschaftstheoretischen Analyse wird. Welche Angst steckt dahinter angesichts der Tatsache, daß sich die strukturelle Verantwortungslosigkeit der Entscheidungsträger doch über alle Warnungen, die aus der Beurteilung von aktuellen Risiken und möglichen Technologiefolgen resultieren, hinwegsetzt (Böhret 1987) und Institutionen, die eine zunehmende Schadstoff-Vergiftung unserer Nation untersuchen könnten, nicht existieren?

Ich verstehe Risiko-Beurteilung als den Versuch, rationale Entscheidungsfindungen über potentielle Gefahren vorzunehmen. Risiko-Beurteilung ist kein Ersatz für Gesellschafts-Theorie, gleichwohl kann sie Bestandteil eines gesellschaftstheoretischen Ansatzes werden (Beck 1986). Da Risiko-Beurteilung und Risiko-Bewältigung zentrale Organisationsstrukturen einer Gesellschaft betreffen, sind auch gerade Soziologen und Politilogen um Rat gefragt.

Der zweite Teil von *These 12* thematisiert eine Wahrnehmung von Wirklichkeit: »Risiken werden immer geringer«. Bei dieser Aussage assoziiere ich einen Arbeiter, der mir sagt, daß das Arbeitsleben jetzt viel gesünder sei, weil doch die Arbeitswelt längst nicht mehr so schmutzig sei wie früher. D.h. die Form der Gesundheitsrisiken verändert sich über die Zeit. Mir fehlen Untersuchungen, die — alle Schadstoffe betreffend — eine Abnahme von Risiken feststellen. Größer wird jedoch mit Sicherheit das Risiko, daß durch kleinste Störfälle massive Schäden gesetzt werden können. Größer werden mit Sicherheit auch die Gefahren, die sich durch eine Bioakkumulation von Ultragiften ergeben (Übersicht 1).

Zu Thesen 6, 7, 8 und 10

These 6 und 8 (Expositions-Prophylaxe) und These 7 (Entwicklung der Produktivkräfte) stellen zwei Pole möglicher Konsequenzen dar. These 10 stellt generell den Nutzen weiterer Stoffinnovation in Frage.

In der Diskussion über die Bewältigung von Umweltrisiken erfährt zunehmend das Argument Erwähnung, daß die Gentechnologie einen Weg aus der Kloake eröffnet *(These 8:* Versöhnung von Natur und Mensch, frühzeitige/pränatale Diagnostik von Schäden, Beseitigung von Dioxinen durch neue Bakterien usw.). Dabei haben wir ein Modell vor Augen, das für »einfache Schadstoffe« gilt: Die Schäden, die insbesondere durch Industrialisierung/Verstädterung und die Produktion einfacher Schadstoffe gesetzt wurden (Übersicht 1) wie die Luftverschmutzung durch Stäube (Smog) und Blei, konnten später aufgrund einer »Weiterentwicklung der Produktivkräfte« vermindert werden. Dies Modell einer Veränderung oder eines Abbaus der Exposition gilt jedoch nicht mehr für Schadstoffe, die — einmal freigesetzt — uns nicht mehr unberührt lassen. Weitergehend ist dann die Vorstellung, daß die Menschheit bzw. die Lebewesen es im Laufe der Evolution verstanden haben, sich unterschiedlichsten ökologischen Bedingungen anzupassen (Darwinismus). Dieser Anpassung könnten wir nachhelfen: 1. Nur noch Arbeiter, die aufgrund einer Genomanalyse gegen Asbest, Arsen oder Dioxinen genetisch resistent sind, dürfen in diesen Bereichen arbeiten. 2. Wir lassen aufgrund einer weit entwickelten Reproduktionstechnologie nur noch Kinder das Licht der Welt erblicken, die aufgrund einer Genomanalyse ein nutzvolles Leben unter Schadstoffen versprechen (Toxiko-Darwinismus). 3. Es wird genetisches Material in die menschliche Erbsubstanz integriert, das verspricht, den neuen Menschen gegen Schadstoffe resistent zu machen. Befördert werden solche Vorstellungen — ohne die gesellschaftlichen Folgen zu benennen — durch ein Zusammenspiel von verantwortungslosen Wissenschaftlern und naiven Politikern, mit dem Ziel, diese Forschung — zum Schmuck der eigenen Hochschule — auszubauen. Die Reaktion von »Wissenschaftlern mit geistigem Horizont und Verantwortungsgefühl« ist entweder Panik oder Verleugnung. Da bisher jeglicher wissenschaftlicher Beleg für einen Erfolg der Forschung fehlt, kann in Zukunft nicht mit einem Beitrag zur Prävention von Krankheiten gerechnet werden. Im Gegenteil, gentechnologische Forschung erzeugt selbst erhebliche neue Gesundheitsrisiken. Wie müssen uns daher — weil weder in der Therapie noch in der Prävention »Wunderwaffen« existieren — auf effektive Maßnahmen ohne Hochtechnologie besinnen.

These 6 besagt, daß durch eine Exposition-Prophylaxe der Bevölkerung gegenüber Schadstoffen der Gesundheitszustand verbessert werden kann. Dies ist ohne Frage der Fall für Atemwegserkrankungen, Allergien, Schäden in der menschlichen Reproduktion und biochemischen Veränderungen. Bei Krebserkrankungen würde ich — wegen

der Natur der Krankheiten — keinen unmittelbaren Effekt erwarten. — Was ist unter Expositions-Prophylaxe zu verstehen? Zu denken ist an ein weites Spektrum von gesellschaftlichen Veränderungen, von denen hier nur ein Teil skizziert werden kann:

— Eine Veränderung der Städte (vgl. u.a. Hetzel 1980): kürzere Arbeitswege, Abbau des privaten Autoverkehrs und damit Verminderung der Gefährdung durch Abgase (insbesondere karzinogene Dieselabgase).
— Ausbau der Wind- und Sonnenenergie.
— Einstellung der Produktion aller Substanzen, die mit Dioxinen, Furanen und anderen Ultragiften kontaminiert sind. Zwischenzeitlich sind vergiftete Nahrungsmittel nur noch bedingt zu verbrauchen.
— Abbau der industriellen Produktion in der Landwirtschaft und in der Herstellung von Nahrungsmitteln mit dem Ziel, Pestizide und andere Schadstoffe in der Nahrung zu reduzieren.
— Ausbau des Arbeitsschutzes, da Schadstoffe, die in die Umwelt gehen und letztendlich alle betreffen (wie z.B. Asbest) in diesem Bereich am schnellsten identifiziert werden könnten.
— Einstellung der Stoffinnovation im Bereich der Luxusgüter-Industrie *(These 11):* Bspw. bei in der Kosmetikherstellung stehen Nutzen auf der einen und Gefahren und Leid (Tierversuche und Allergien) auf der anderen Seite in keinem vertretbaren Verhältnis mehr.

Solche Maßnahmen sind nur im Rahmen einer gesellschaftlichen Umgestaltung denkbar. Nicht jedoch diese notwendige Umgestaltung bringt uns ins Steinzeitalter zurück, sondern die Fortführung der Kloakisierung unserer Umwelt. Dies bedeutet nicht die Einstellung der industriellen Produktion, im Gegenteil. Aber unsere industrielle Kreativität sollte sich auf solche Bereiche konzentrieren, die keine weiteren Risiken setzen, sondern auch dem Gesundheitsschutz dienen (These 9). Sollten wir diese Entwicklung nicht einleiten, so werden die Reparaturkosten unserer Nation für Umwelt und Gesundheit ein Maß annehmen, das — wie das Beispiel der vermeidbaren Asbestschäden zeigt (Johnson et al. 1983) — so groß ist, daß wir es nicht mehr bewältigen können.

Anmerkung

1 Anders ausgedrückt, wenn in vielleicht 20 Jahren Schadstoffe wie Asbest und Dioxine in einer Population gleichverteilt sind, so werden wir auch keine Unterschiede in der Population mehr bei den Folgeerkrankungen finden können.

Literaturverzeichnis

Alsen-Hinrichs, C., O. Wassermann u. U.E. Simonis, 1988: Umwelttoxikologie. Aufgaben und Anforderungen. WZB-Papers. West-Berlin

Ärztezeitung, 1988: Ausgehungerte Epidemiologen. Montag, 27. Juni, 2

Beck, H., K. Eckardt, W. Kellert, W. Mathar u. Ch. Rühl, 1987: Levels of PCDF's and PCDD's in Samples of Human Origin and Food in the Federal Republic of Germany. Chemospher 16, 1977-1982

Beck, U., 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in die Moderne. Frankfurt/M.

Becker, N., R. Frentzel-Beyme u. G. Wagner, 1984: Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York

Böhret, C., 1987: Technikfolgen und Verantwortung in der Politik. Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. B 19-20, 3-14

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1984: Schreiben an das Hamburgische Oberverwaltungsgericht vom 25. Juni 1984

Committee on the Institutional Means for Assessment of Risks to Public Health, 1983: Risk Assessment in the Federal Government: Managing the Process. Washington, D.C.

Geyer, H., I. Scheumert u. F. Korte, 1987: Bioakkumulation von 2,3,7,-Tetrachlodibenzo-p-dioxin (TCDD) und anderer polychlorierter Dibenzo-p-dioxine (PCDD's) in aquatischen und terristischen Organismen sowie im Menschen. Verein Deutscher Ingenieure (Hg.): VDI-Berichte 634: Dioxin. Eine technische, analytische, ökologische und toxikologische Herausforderung. Düsseldorf

Hetzel, B., 1980: Health and Australian Society. Third Edition. Harmondsworth, Mddlesex

Interdisciplinary Panel on Carcinogenity, 1984: Criteria for Evidence of Chemical Carninogenity. Science 225, 682-687

Johnson, W.G., u. E. Heler, 1983: The Costs of Asbestos-associated Disease and Death. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 61, 177-194

Karmaus, W., 1987: Unfruchtbarkeit und Schäden der menschlichen Frucht durch Schadstoffe und andere Risiken am Arbeitsplatz. WSI-Mitteilungen 40, 171-178

Karmaus, W., 1988: Aus der Praxis eines Detektives. Forschung in der Arbeitswelt zur Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Medizin Soziologie 2, 22-36

Köhler, B., u. B. Zwingmann, 1988: Grenzwerte, Verbot, Innovationsprogramme — Risikobewertung und Schutzkonzepte gegenüber Schadstoffen. WSI-Mitteilungen 41, 58-69

Konstanty, R., 1986: Arbeitsumwelt und Lungenkrebs — eine Abschätzung des Risikos. Soziale Sicherheit, 80-83

Regulatory Toxicology Pharmacology, 1983, 3, 224

Rat von Sachverständigen für Umweltfragen, 1987: Umweltgutachten 1987. Stuttgart, Mainz

Stallones, R.A., 1980: To Advance Epidemiology. Ann Rev Public Health 1, 69-82

Tokuhata, G.K., 1968: Smoking in Relation to Infertility and Fetal Loss. Arch Environ Health 17, 353-359

Weeke, E.R., 1987: Epidemiology of hay fever and perennial allergic rhinitis. Monogr Allergy 21, 1

Wütherich, B., U.W. Schneyder, S.A. Henauer u. A. Heller, 1986: Häufigkeit der Pollinosis in der Schweiz. Schweiz med Wschr 116, 909

Jens-Uwe Niehoff

Gesundheitsschutz: eine politische Herausforderung

Gesundheitsschutz ist in der Diskussion. Deren Stichwörter sind Ökologie, Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften, Ganzheitlichkeit und health education, Risikofaktoren, Lebensstil, Lebensweise und Verhaltensweise, Ottawa Charta und Kostenexplosion, Medikalisierung und natürlich Gesundheitspolitik und Zukunft.

Sieht man von romantischen Attitüden ab, bewegen sich diese Diskussionen alle in konkreten und gemeinten gesellschaftlichen Realitäten — seien diese nun der »Markt« oder der »Plan«, seien es staatliche oder privatwirtschaftliche Gesundheitssysteme, seien es Gesellschaften mit oder ohne Sozialversicherungssysteme, ökonomisch entwickelte, nicht oder nur wenig entwickelte Staaten usw. Teilnahme an solchen Diskussionen zielt aber auf die eigenen Bedingungen und setzt sich somit der Gefährdung aus, unverständlich, oder was schlimmer wäre, mißverständlich zu bleiben. Von den Diskutanden ist also gefordert, sich darauf einzulassen, unterschiedliche gesellschaftliche Voraussetzungen und Bezüge zumindest noch zur Kenntnis zu nehmen.

Dieser Beitrag zur Diskussion formuliert zunächst zwei allgemeinere Thesen und versucht dann, vier Schlüsselprobleme der langfristigen Herausforderung »Gesundheitsschutz« in der DDR zu formulieren.

1. These

Gesundheitsschutz als ein Komplex von Zielen, Mitteln und Schwerpunkten zur Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung der Gesundheit ist stets von grundsätzlicher gesellschaftskonzeptioneller und -politischer Qualität. In ihm widerspiegeln sich die Auffassungen vom Menschen sowie die Gesundheitsvorstellungen und -erwartungen von politisch herrschenden Klassen.

Die Konsequenzen einer solchen These führen in viele Richtungen. Hier sei lediglich festgehalten, daß eine Analyse des Gesundheitsschutzes zwangsläufig auf eine Analyse gesellschaftspolitischer Konzeptionen zum Menschen und zur Gesundheit hinausläuft. Eine weitere Konsequenz besteht dann darin, daß tiefgreifende Änderungen in der Gesellschaftsstrategie eines Landes, also auch eines oder vieler Länder, die mit der Schaffung sozialistischer Lebensweisen befaßt sind (Art und Weise der Produktion und Verteilung ihrer Ergebnisse sind dann die

wichtigsten Definitionskriterien von Lebensweise), zugleich auf die Gestaltungsbedingungen, -erfordernisse und Inhalte des Gesundheitsschutzes zurückwirken.

Praktische Bedeutung gewinnt eine solche These auch in einem anderen Zusammenhang: Aufgaben und Möglichkeiten des Gesundheitsschutzes stehen in einem unauflöslichen Zusammenhang zur Struktur und zum Entwicklungsniveau nationaler Produktivkräfte. Wenn sich diese, wie etwa in der Gegenwart, teifgreifend und längerfristig ändern, hat das Rückwirkungen auf die sozialen Strukturen ebenso, wie auf die vorherrschenden Menschenbild- und Gesundheitskonzeptionen. Selbstverständlich wird dann die theoretische Bewältigung solcher, die sozialen Inhalte von Gesundheitsschutzprogrammen betreffenden Entwicklungen mitentscheidend für die Wirksamkeit gesundheitspolitischer Konzeptionen sein.

2. *These*

Künftige Notwendigkeiten im Gesundheitsschutz sind gesellschaftskonzeptionelle Herausforderungen, die heute vorzudenken und in die wirtschafts- und sozialpolitische Entwicklungsstrategie einzuordnen sind. Die unmittelbare Folgerung aus einer solchen These ist, daß effektiver Gesundheitsschutz Impulse für die Veränderung der Gesellschaft — ihrer Lebensformen, ihrer Produktions- und Verteilungssphäre oder ihrer materiellen und kommunikativen Austauschprozesse — setzt. Dieses Argument ist — zumindest partiell — symmetrisch, läßt sich also mit ganz brauchbarer Berechtigung umkehren: Einer Gesellschaft, die zu einer Weiterentwicklung ihrer gesellschaftskonzeptionellen Voraussetzungen, ihrer produktiven Grundlagen, ihrer Strukturen und Funktionsmechanismen, zur Lösung ihrer inneren Widersprüche nicht fähig ist, werden Bemühungen um eine Weiterentwicklung des Gesundheitsschutzes fast zwangsläufig mißlingen. — Soweit solche Thesen als Ausgangspunkte einer Analyse taugen, seien sie nachfolgend genutzt, um vier Schlüsselaufgaben für die Weiterentwicklung effektiver Gesundheitsschutzstrategien in der DDR zu benennen und zu erläutern:

1. *Die Stellung des Gesundheitsschutzes in der gesellschaftlichen Entwicklungskonzeption, insbesondere in der Sozialpolitik,* erheblich auszubauen, ist als ein erstes grundsätzliches Ziel zu formulieren. Theoretisch wie praktisch ist es von prinzipieller Bedeutung, den Gesundheitsschutz als Teil der Sozialpolitik und damit als einen Teil jener Politik(en) aufzufassen, die unmittelbar der Befriedigung elementarer menschlicher Bedürfnisse dienen. Das hat zwei Konsequenzen:

1. Gesundheitsschutz ist als elementares menschliches Bedürfnis, ähnlich solchen nach Bildung, Arbeit, Wohnen, Ernährung u.ä. adressiert.
2. Als soziale Bedürfnisse werden die Inhalte des Gesundheitsschutzes (gleichrangig auch seine Schwerpunkte und Methoden) von der sozialen Dynamik, den Prozessen der Strukturierung und Differenzierung von Bedürfnissen, bestimmt. Mehr noch: Die Ausgestaltung des Gesundheitsschutzes ist selbst Indikator und zugleich Quelle sozialer Entwicklung.

Eine solche Herausforderung ist von einigem politischen Gewicht, denn als Aspekt der Sozialpolitik ist der Gesundheitsschutz notwendig auch in die Ausformung verteilungspolitischer Mechanismen eingeordnet. Andererseits steht Gesundheitsschutz als ein elementares menschliches Recht jenseits von Verteilungsdiskussionen, wie etwa dem Leistungsprinzip u.ä. Dieses Problem, einerseits Gesundheitsschutz als menschliches Grundrecht zu sichern, andererseits sich differenzierenden Bedürfnissen entsprechen zu müssen, ist aus der Sicht des Autors weder theoretisch, konzeptionell noch strukturell ausreichend gelöst.

2. Effektiver Gesundheitsschutz setzt die Anerkennung gesamtgesellschaftlicher Verantwortung voraus. Diese Selbstverständlichkeit wird zum Problem, wenn die logische Konsequenz lautet, daß die Weiterführung des Gesundheitsschutzes auf eine Änderung der Strukturen und Mechanismen drängt, in denen sich gesamtgesellschaftliche Verantwortung gleichsam materialisiert. Allen entwickelten Gesellschaften ist gemeinsam, daß die jeweils politisch Herrschenden zur Durchsetzung ihrer politischen Interessen sich einen starken Staat geschaffen haben. Es geht an dieser Stelle nicht um eine Analyse politischer Interessen unterschiedlicher Staaten. Mit Nachdruck aber kann betont werden, daß die Übernahme und Ausformung eines mehr oder weniger großen Teils gesellschaftlicher Verantwortung durch den Staat, für den Gesundheitsschutz in einer nun schon als historisch zu bezeichnenden Dimension, den Schutz der Gesundheit vorangebracht hat. Gesamtgesellschaftlichkeit reduziert sich aber nicht auf Staatlichkeit oder die Balance der Aufgaben von Teilstrukturen des Staates. Gesamtgesellschaftlichkeit widerspiegelt sich vielmehr in der Balance der Verantwortung in der Gesellschaft — eine Frage, die somit die mittel- und längerfristigen Funktionen des Staates in sehr grundsätzlicher Weise betrifft. Es ist ein Leichtes an dieser Stelle nun Gesamtgesellschaftlichkeit aufzuzählen: die Rolle des Staates, der Gewerkschaften, der Betriebe und Produktionsgenossenschaften, der Parteien und gesellschaftlichen Organisationen, der Bürgerinitiativen oder des einzelnen im Gesundheitsschutz. Wesent-

licher aber ist, daß gesellschaftliche Entwicklung zwangsläufig die Balance solcher Teilverantwortungen und deren materielle Basis verändert. Mitwirken im Gesundheitsschutz ist in der gesellschaftskonzeptionellen Perspektive immer auch als Teil der sukzessiven Inbesitznahme des Staates durch die Bürger zu begreifen. Ein hohes Maß der »Verstaatlichung« einer Gesellschaft wird auf Dauer für einen zukunftsorientierten Gesundheitsschutz offenkundig ein Problem sein. Eigenverantwortung aber, die lediglich auf die Subjekte orientiert und soziale, Bildungs- und Berufsstrukturen nicht zur Kenntnis nimmt, wäre eher die restaurative Lösung des offenkundigen Problems der Balance von Staat und Gesellschaft im Gesundheitsschutz. Die hiervon im übrigen nicht betroffene generelle Einschätzung der wachsenden Bedeutung der Subjekte für die Dynamik der Gesellschaft gewinnt speziell auch in den Zusammenhängen der Gesundheit eine nahezu dramatische Bedeutung, wenn man sich vergegenwärtigt, daß (um im Klischee zu bleiben) der Raucher sich »lediglich« selbst schädigt, professionelle Fehlleistungen und Unverantwortlichkeiten aber ganze Territorien in hohem Maße gefährden können.

3. Gesundheitsschutz ist problembezogenes Handeln, das das Wissen über Wirkung von Umwelten auf die Gesundheit prognostisch und somit handlungsorientierend interpretiert. Problembezug von Wissen und die Struktur von Wissen- und Bedeutungsinhalten formieren somit Handlungsanforderungen eher als -alternativen. Ein hier entstehendes Potential von Konflikten ist nur lösbar bei hoher gesellschaftlicher Handlungskompetenz, die subjektiv nur durch Wissen, politisch nur im Konsens gesichert werden kann. (Konsens ist in diesem Zusammenhang politisch von höherer Qualität als mehrheitliche Beschlußfassung, aber das nur nebenher.) Öffentlichkeit (immerhin ein gesellschaftlicher Prozeß und keine dem Verschleiß preiszugebende Vokabel) ist sogesehen von zweierlei Bedeutung: Problemadresse/-bewertung und Perspektive im Gesundheitsschutz.

Berufliche, soziale und persönliche Kompetenz, Wissen und Alltagserfahrung sind ebenso Voraussetzungen des Gesundheitsschutzes, wie Identifikation und Handlungsbereitschaft: Gesundheitsschutz ist keine Ressortkompetenz, sondern öffentliche Angelegenheit — vor allem der Produzenten des gesellschaftlichen Reichtums, nicht sozialer Eliten (was und wer immer das sein mag oder will). Öffentlichkeit erweist sich dabei aber nicht allein als inhaltliches, sondern offensichtlich auch als methodisches, inclusive sprachliches Problem. Offenbar ist es leichter, die Inhalte von Öffentlichkeit zu entscheiden als diese Inhalte konkret zu adressieren. Zumindest das Spektrum der Inhalte ist groß, z.B.:

— gesundheitsrelevante Arbeitsplatzbelastungen,
— Schutz der natürlichen Umwelt,
— Einhaltung des Gesundheitsschutzrechts,
— individuelle gesundheitsgerechte Lebensgestaltung und deren gesellschaftlich-soziale Voraussetzung,
— der Umgang mit Kranken, Behinderten und Hilfebedürftigen u.v.a.m.

4. Probleme des Gesundheitsschutzes sind dort zu lösen, wo sie entstehen und gemeinsam von denen, die sie verursachen und erleiden, also in den konkreten Lebensräumen der Arbeitsumwelt, der Kommune, der natürlichen und sozialen Umwelt. Eine solche kommunalpolitische Orientierung für den Gesundheitsschutz führt notwendig auch zu einer Differenzierung der jeweiligen kommunalen Schwerpunkte im Gesundheitsschutz. Die Multiplikation verschiedener Aufgaben und die Dezentralisierung, d.h. »Kommunalisierung« der Schwerpunkte ist nur ein Aspekt. Bemerkenswerter ist etwas anderes, nämlich die wachsende Verantwortung kommunalpolitischer Kompetenz. Sie verbindet sich zwar mit dem Problem »Öffentlichkeit«, geht jedoch weiter. Kommunalpolitische Kompetenz im Gesundheitsschutz ist wohl nur am Rande zu »verwissenschaftlichen«, z.B. als risk assessment. Eine solche Kompetenz lebt aus der kommunalen Kommune, kurz aus den konkreten Formen der kommunalen Demokratie. Die Ausformung sozialistischer Demokratie (strukturell und materiell) wird so selbst zu einem Schlüsselmoment der Gesundheitsentwicklung.

Eine solche Aufzählung läßt sich natürlich auch auf einen Nenner bringen:

Gesundheitsschutz bedarf neuer Perspektiven. Eine besteht darin, die soziale Dimension von Gesundheit zu fördern. Gesundheit versteht sich hier nicht als Verwertungsindex von Muskelkraft, Tauglichkeit und Eignung, wohl aber als Oberbegriff für die Vielfältigkeit menschlicher »Zustände«, Gesunde, chronisch Kranke, Behinderte, Hilfebedürftige inclusive. Ein solches Fördern von Gesundheit erweist sich somit als eine sozialpolitische Strategie, deren Wirksamkeit von ihrem Stellenwert in der Gesellschaftskonzeption bestimmt wird.

Hagen Kühn

Gesundheitsförderung und Interessenvertretung

Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung*

Zur aktuellen Diskussion um die Gesundheitsförderung

Könnte man von den Titeln gesundheitswissenschaftlicher Publikationen, von den Themen der Kongresse, von Konzeptpapieren und Programmen, ja sogar vom Buchstaben des sogenannten Gesundheitsreformgesetzes (GRG) auf die gesellschaftliche Realität schließen, so drängte sich der starke Eindruck auf, die Bundesrepublik sei von einer Woge umfassender Anstrengungen zur Förderung der Gesundheit ihrer Bürger erfaßt.

Das Thema »Gesundheitsförderung« hat derzeit Konjunktur. Wenn der Alltag der Arbeiter und Angestellten, der Kinder, Jugendlichen und Rentner davon (noch?) weitgehend unberührt ist, so ist das dem Diskurs über die Gesundheitsförderung zwar nicht vorzuwerfen, auch wird er dadurch keineswegs irrelevant, aber seine spezifische Relevanz sollte in diesem Licht bewertet werden. Überhaupt ist ein wesentliches Kennzeichen dieses Diskurses ein sozialer, ökonomischer und politischer Indeterminismus. Es scheint, als betrachte man die Verhältnisse als ein weißes und leeres Blatt Papier und als ginge es in einer Art Ideenwettbewerb darum, dieses nun mit Begriffen, Konzepten und Modellen zu beschriften. Nur so ist es wahrscheinlich auch zu erklären, daß über den Erfolg auf diesem Feld der Meinungen und Medien, die Formulierungskünste von Gesundheitswissenschaftlern, der Marketing-Etat von Krankenkassenverbänden und die Gefälligkeit des Konzeptdesigns einen größeren Ausschlag zu geben scheint, als die Alltagspraxis der jeweiligen Akteure.

Es ist keine besondere Kunst, das weitere Schicksal solcher »idealistischen« Konzepte vorherzusagen. Beim Auftreffen auf die Realität haben ihre einzelnen Komponenten nur in dem Maße eine Überlebenschance, wie sie von den bestehenden Strukturen, Interessen und Machtkonstellationen möglichst rückstandsfrei assimiliert werden können. Das Charakteristische von Konzepten wie dem der »Risikofaktoren« oder

* Überarbeitete und erweiterte deutsche Fassung eines Referates, gehalten auf dem internationalen Symposium »Community Participation and Empowerment Strategies in Health Promotion« im Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld (5.-9.Juni 1989).

wie die gängige Praxis der »Gesundheitserziehung« ist ja gerade, daß sie diesen interessen- und machtkonformen Verdauungsprozeß bereits hinter sich haben. Ausgespart werden nicht nur die Verhältnisse, sondern auch das Verhalten soweit es sich auf die soziale Umwelt und deren Veränderungen bezieht, z.B. auf die Abwehr gesundheitsgefährdender Belastungen in der Arbeit oder im Wohngebiet. Nur über jenen Ausschnitt des Verhaltens, in dem das Individuum mit sich und seinen Konsumgütern allein ist, werden Lehren vom »richtigen Leben« erteilt.[1]

Die gegenwärtige Diskussion um das Thema Gesundheitsförderung ist allerdings noch offener und keineswegs darauf schon reduziert. Sie enthält viele Einsichten über Zusammenhänge von Gesundheit und Gesellschaft und es wird auch versucht, Schlußfolgerungen aus den Erfahrungen mit der bisherigen Medikalisierung von Krankheit zu ziehen. Wenn man einmal nicht die Praxis, sondern die Inhalte dieses Diskurses als Anhaltspunkt wählt, so dominieren folgende Gedanken, durch die ein Konzept zur Gesundheitsförderung sich sowohl vom traditionell medizinisch-technischen Krankenversorgungskonzept als auch von solchen der Gesundheitserziehung unterscheidet:

Das positiv definierte Ziel »Gesundheit« als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden soll verfolgt werden durch

— eine prinzipiell *präventive* Orientierung, die der Medizin ihren Vorrang streitig macht;
— Maßnahmen, die sich auf die *ganze Person* statt auf eine Krankheit beziehen;
— die Gestaltung gesundheitsförderlicher *Lebensbedingungen* als eine Voraussetzung gesünderer Lebensweisen und nicht zuletzt durch
— die Hilfe zur gesundheitsbezogenen *Aktionsfähigkeit* durch Selbsthilfe, soziale Netze und ähnliches mehr.

Diese Elemente von Gesundheitsförderung enthalten die Möglichkeit zur strategischen Richtungsänderung in der Gesundheitspolitik.

Nachdem sich entgültig herausgestellt hat, daß »Gesundheitsförderung« im sogenannten Gesundheitsreformgesetz verrechtlicht und in den gesetzlichen Krankenkassen institutionalisiert wird, scheint jetzt die zunächst unverbindliche Innovations- und Diskussionsphase um diesen Begriff weitgehend abgeschlossen und in ein verbindlicheres Stadium eingetreten zu sein.

Es sieht so aus, als werde nun ein weiteres Mal ein praktischer Beleg dafür geliefert, daß sich die Idee blamieren muß, wo sie dem Interesse nicht entspricht. Darauf deuten beispielsweise die Thesen zur Prävention hin, die 1988 vom Bundesverband der Ortskrankenkassen veröffentlicht

wurden. Sie sind gereinigt von allem, was den Status quo verletzen und Anstoß erregen könnte[2]:

Hier geht es ausschließlich um Konsumentenverhalten. Mit »Angeboten, die alle Menschen Vergnügen an ihrer Gesundheit empfinden und erleben lassen« zielt man die »Dinge« an, »die die Gesundheit direkt untergraben: Tabak, Alkohol, zu viel und zu ungesunde Kost« und »gesundheitliche Einflüsse der hochindustrialisierten Gesellschaft ... wie Streß, Bewegungsarmut, falsche Tagesrhythmen.« (These 2) Die in Wahrheit interessenbedingte Fixierung auf das Konsumverhalten der Versicherten wird 'positiv' als Resultat pragmatischer Überlegungen dargestellt: Zwar müsse Prävention »auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen zugleich ansetzen«, aber »um uns nicht zu verzetteln, konzentrieren wir uns auf das, was wir am besten können — die Beeinflussung des persönlichen Lebensstils unserer Mitglieder« (These 4). Nun könnte ja auch dieser persönliche Lebensstil dahingehend beeinflußt werden, daß die Mitglieder ermuntert und befähigt werden, ihre Rechte zur Abwehr gesundheitsschädigender Belastungen wahrzunehmen und ihnen zu helfen, nicht nur individuell, sondern auch kollektiv konflikt- und aktionsfähig zu werden. Die praxisbezogeneren »AOK-Handlungsschwerpunkte« (n. Bückel/Stein 1989) zur Realisierung der neuen Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§20 GRG) lassen noch deutlicher werden, daß man ausnahmslos Tugenden der Anpassung ins Auge gefaßt hat. Geplant sind vier »Bereiche«:

1. Ernährung und Gewichtsreduktion
2. Bewegung (im Sinne von Lauftreffs, »Trimming«, Gymnastikkursen usw.)
3. Streßvermeidung (i.S.v. Entspannungstraining usw.) sowie
4. Raucherentwöhnung.

Die Rechtfertigungen solcher Vorgehensweisen lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Zum einen die ideologisch- moralisierenden Versuche, den Machtunterlegenen in der Gesellschaft die 'Verantwortung' für Krise und Krankheit im doppelten Sinne von Schuld und von Verhaltenslast zuzuweisen. Auf diese konservative Strategie soll im weiteren nicht eingegangen werden (vgl. Kühn 1987). Zum anderen wird pragmatisch-realpolitisch argumentiert, zugunsten der politischen Durchsetzbarkeit müßten Abstriche in Kauf genommen werden. Dabei werden als Resultate stets 'kleine Schritte in die richtige Richtung' unterstellt. Gerade das ist aber zweifelhaft. Mit Blick auf die empirischen Erfahrungen, die über eine solcherart individualistisch verkürzte Gesundheitsförderung in den USA seit den 70er Jahren vorliegen, sind

erhebliche Zweifel angebracht, ob überhaupt gesundheitlich positive Effekte saldiert werden können. Kritische Studien zur Praxis zeigen:

1. Nachweise über tatsächliche positive gesundheitliche Wirkungen in der Bevölkerung sind bisher nicht erbracht worden (Reed 1985; Conrad 1987; Milio 1988);
2. Die Angebote werden überwiegend von speziell jenen sozialen Schichten in Anspruch genommen, deren Gesundheitsstatus am besten ist (Conrad 1987);
3. Die ideologischen Wirkungen sind doppelt negativ: die Opfer krankheitsverursachender Lebensverhältnisse werden beschuldigt und — als Kehrseite davon — passiviert und isoliert (Milio 1986).
4. In einer solchermaßen verengten Perspektive entsteht ferner eine Gesundheitsideologie, bei der »Gesundheit« von einem Ziel eigener Aktivitäten zur Ware wird, die man kaufen und verkaufen kann. Das Verhalten zur Gesundheit wird konsequent als ein simples Problem der richtigen Verbraucherentscheidung betrachtet (Minkler 1989).

Man wird allerdings der aktuellen Diskussion zur Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik nicht gerecht, wenn nicht hervorgehoben wird, daß sie keineswegs generell in dieser Weise vereinnahmt und angepaßt ist. Gerade im Bereich der Gesundheitswissenschaften sind auch Stimmen laut, die — unter dem Einfluß der Gesundheits- und Ökologiebewegung — die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Gestaltung der Umwelt-, Arbeits- und Freizeitbedingungen hervorheben. Dennoch ist es zu leicht gesagt, dieser Diskurs sei »ambivalent«. Ob sich nämlich tatsächlich auch das positive gesundheitspolitische Potential dieses Konzepts realisiert, muß erst noch entschieden werden.

Ein springender Punkt wird dabei sein, ob die 'idealistische' Struktur des Diskurses überwunden werden kann, d.h. ob einer gleichgültigen und widerstrebenden Realität weiterhin immer neue Konzepte entgegengehalten werden oder ob Konzepte auf der unvoreingenommenen Analyse aufbauen, die danach fragt, wo in der antagonistischen und partikularen Gesellschaft ein Interesse an gesundheitsbezogenen Veränderungen existiert, was die Subjekte daran hindert, handlungsmächtig zu werden und welchen Beitrag dazu Gesundheitsforschung und Gesundheitsbewegung leisten könnten.

In diesem Kontext komme ich nun auf die *Gewerkschaftsbewegung* zu sprechen. Sie macht in der eingangs angesprochenen Diskussion ein eher farbloses Bild. Meine These ist allerdings, daß dies anders wäre, wenn die Diskussion von Ideen, Konzepten, Symbolen und Modellen gewichtet werden könnte mit ihrer tatsächlichen Erfahrbarkeit für das Leben der Arbeiter, Angestellten und Rentner.

wurden. Sie sind gereinigt von allem, was den Status quo verletzen und Anstoß erregen könnte[2]:

Hier geht es ausschließlich um Konsumentenverhalten. Mit »Angeboten, die alle Menschen Vergnügen an ihrer Gesundheit empfinden und erleben lassen« zielt man die »Dinge« an, »die die Gesundheit direkt untergraben: Tabak, Alkohol, zu viel und zu ungesunde Kost« und »gesundheitliche Einflüsse der hochindustrialisierten Gesellschaft ... wie Streß, Bewegungsarmut, falsche Tagesrhythmen.« (These 2) Die in Wahrheit interessenbedingte Fixierung auf das Konsumverhalten der Versicherten wird 'positiv' als Resultat pragmatischer Überlegungen dargestellt: Zwar müsse Prävention »auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen zugleich ansetzen«, aber »um uns nicht zu verzetteln, konzentrieren wir uns auf das, was wir am besten können — die Beeinflussung des persönlichen Lebensstils unserer Mitglieder« (These 4). Nun könnte ja auch dieser persönliche Lebensstil dahingehend beeinflußt werden, daß die Mitglieder ermuntert und befähigt werden, ihre Rechte zur Abwehr gesundheitsschädigender Belastungen wahrzunehmen und ihnen zu helfen, nicht nur individuell, sondern auch kollektiv konflikt- und aktionsfähig zu werden. Die praxisbezogeneren »AOK-Handlungsschwerpunkte« (n. Bückel/Stein 1989) zur Realisierung der neuen Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§20 GRG) lassen noch deutlicher werden, daß man ausnahmslos Tugenden der Anpassung ins Auge gefaßt hat. Geplant sind vier »Bereiche«:

1. Ernährung und Gewichtsreduktion
2. Bewegung (im Sinne von Lauftreffs, »Trimming«, Gymnastikkursen usw.)
3. Streßvermeidung (i.S.v. Entspannungstraining usw.) sowie
4. Raucherentwöhnung.

Die Rechtfertigungen solcher Vorgehensweisen lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Zum einen die ideologisch- moralisierenden Versuche, den Machtunterlegenen in der Gesellschaft die 'Verantwortung' für Krise und Krankheit im doppelten Sinne von Schuld und von Verhaltenslast zuzuweisen. Auf diese konservative Strategie soll im weiteren nicht eingegangen werden (vgl. Kühn 1987). Zum anderen wird pragmatisch-realpolitisch argumentiert, zugunsten der politischen Durchsetzbarkeit müßten Abstriche in Kauf genommen werden. Dabei werden als Resultate stets 'kleine Schritte in die richtige Richtung' unterstellt. Gerade das ist aber zweifelhaft. Mit Blick auf die empirischen Erfahrungen, die über eine solcherart individualistisch verkürzte Gesundheitsförderung in den USA seit den 70er Jahren vorliegen, sind

erhebliche Zweifel angebracht, ob überhaupt gesundheitlich positive Effekte saldiert werden können. Kritische Studien zur Praxis zeigen:

1. Nachweise über tatsächliche positive gesundheitliche Wirkungen in der Bevölkerung sind bisher nicht erbracht worden (Reed 1985; Conrad 1987; Milio 1988);
2. Die Angebote werden überwiegend von speziell jenen sozialen Schichten in Anspruch genommen, deren Gesundheitsstatus am besten ist (Conrad 1987);
3. Die ideologischen Wirkungen sind doppelt negativ: die Opfer krankheitsverursachender Lebensverhältnisse werden beschuldigt und — als Kehrseite davon — passiviert und isoliert (Milio 1986).
4. In einer solchermaßen verengten Perspektive entsteht ferner eine Gesundheitsideologie, bei der »Gesundheit« von einem Ziel eigener Aktivitäten zur Ware wird, die man kaufen und verkaufen kann. Das Verhalten zur Gesundheit wird konsequent als ein simples Problem der richtigen Verbraucherentscheidung betrachtet (Minkler 1989).

Man wird allerdings der aktuellen Diskussion zur Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik nicht gerecht, wenn nicht hervorgehoben wird, daß sie keineswegs generell in dieser Weise vereinnahmt und angepaßt ist. Gerade im Bereich der Gesundheitswissenschaften sind auch Stimmen laut, die — unter dem Einfluß der Gesundheits- und Ökologiebewegung — die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Gestaltung der Umwelt-, Arbeits- und Freizeitbedingungen hervorheben. Dennoch ist es zu leicht gesagt, dieser Diskurs sei »ambivalent«. Ob sich nämlich tatsächlich auch das positive gesundheitspolitische Potential dieses Konzepts realisiert, muß erst noch entschieden werden.

Ein springender Punkt wird dabei sein, ob die 'idealistische' Struktur des Diskurses überwunden werden kann, d.h. ob einer gleichgültigen und widerstrebenden Realität weiterhin immer neue Konzepte entgegengehalten werden oder ob Konzepte auf der unvoreingenommenen Analyse aufbauen, die danach fragt, wo in der antagonistischen und partikularen Gesellschaft ein Interesse an gesundheitsbezogenen Veränderungen existiert, was die Subjekte daran hindert, handlungsmächtig zu werden und welchen Beitrag dazu Gesundheitsforschung und Gesundheitsbewegung leisten könnten.

In diesem Kontext komme ich nun auf die *Gewerkschaftsbewegung* zu sprechen. Sie macht in der eingangs angesprochenen Diskussion ein eher farbloses Bild. Meine These ist allerdings, daß dies anders wäre, wenn die Diskussion von Ideen, Konzepten, Symbolen und Modellen gewichtet werden könnte mit ihrer tatsächlichen Erfahrbarkeit für das Leben der Arbeiter, Angestellten und Rentner.

Im folgenden frage ich zunächst an aktuellen Beispielen nach realen gewerkschaftlichen Bewegungen, die im Sinne der oben skizzierten immanenten Kriterien »Gesundheitsförderung« *sind*, ohne daß dies bislang so gesehen worden ist. Eine kurze Einschätzung von Veränderungsansätzen in der gewerkschaftlichen Gesundheitspolitik schließt sich an. Der Versuch, Kriterien dafür zu entwickeln, wie gesundheitswissenschaftliche Erkenntnis strukuriert sein müßte, um in diesem Kontext praktisch wirksam werden zu können wird abgeschlossen mit einer Überlegung zu einer arbeitsteiligen Kooperation zwischen Gesundheitswissenschaftlern und Gewerkschaften auf der Grundlage unterschiedlicher Interessenlagen.

Arbeitsverhältnis und Gesundheit

Das zentrale Problem für jedes Bemühen, Gesundheit in der Arbeit zu verbessern und Krankheit zu verhindern, ist die bewußte oder unbewußte *Angst um den Bestand des Arbeitsverhältnisses*, um den 'Arbeitsplatz'.

Ernst Fischer berichtet in seinen »Erinnerungen und Reflexionen« über den bewaffneten Widerstand der Wiener Arbeiter gegen den Austrofaschismus 1934: Nachdem die Arbeiter das Vertrauen in ihre Führung verloren hatten, kam der beabsichtigte Streik der Eisenbahn- und Energiearbeiter nicht mehr zustande, jedoch ging der bewaffnete Kampf weiter. »Nicht nur die Eisenbahnen, auch die meisten Betriebsarbeiter gingen wie sonst zur Arbeit. Mancher (sozialistische) Schutzbündler stand an seinem Arbeitsplatz und griff nach Arbeitsschluß zum Gewehr, um abends oder nachts am bewaffneten Widerstand teilzunehmen. Die Angst um den Arbeitsplatz war größer als die Angst vor dem Tod.« Diese Episode aus dem 'Laboratorium' unserer wechselvollen Geschichte beleuchtet das Verhältnis von Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheit deutlicher, als manche empirische Studie dies könnte.

Entscheidender noch als die Arbeitsbedingungen wird das Arbeitsverhältnis angesehen. Wenn immer die Beschäftigten den Eindruck haben, die gesundheitliche Sanierung ihrer Arbeit gefährde ihren Arbeitsplatz — und diesen Eindruck zu erzeugen und zu verstärken ist die zentrale Abwehrstrategie der Unternehmen — dann werden selbst Krankheit und Unfälle eher in Kauf genommen. Diese Haltung ist zunächst die subjektive Seite eines objektiven, für viele unausweichlichen Widerspruchs, der nicht vorschnell psychologisiert oder zum Phänomen der »Arbeitskultur« erklärt werden sollte (Guthke/Göbel 1989). Denn sie hat — wo die Angst eine reale Entsprechung hat — sogar eine

gewisse gesundheitsbezogene Folgerichtigkeit: Eine Vielzahl epidemiologischer Studien belegt nämlich die überdurchschnittliche Morbidität und Mortalität bei Arbeitslosen und ihren Ehepartnern (D'Arcy/Siddique 1985; Moser/Fox/Jones 1986; Brenner 1987; Forbes/McGregor 1987).

Gesundheitspolitische und ökologische Konzepte, die sich diesem Problem nicht ausdrücklich und praktisch stellen, sind von vornherein zum Scheitern verurteilt. Gesundheitsförderung in der Arbeit wird darum immer zwischen zwei Abgründen balancieren müssen: Auf der einen Seite die gesundheitliche Wirkungslosigkeit, die man sich mit der Konfliktvermeidung einhandelt, da die Arbeitsbedingungen unverändert bleiben, und auf der anderen Seite das Scheitern, weil die Konfliktfähigkeit für 'Gesundheit' angesichts des übermächtigen Arbeitsplatzarguments (und komplexer psychologischer Prozesse um Angst, Verdrängung, Projektion usw.) nicht erreicht werden kann.

Arbeitszeit und Gesundheit

Ein zweites Kernproblem von übergreifender Bedeutung ist das der Arbeitszeit. Die Ordnung der Zeit regelt alle gemeinsamen Aktivitäten der Menschen.

Es spricht weder für den gesellschaftlichen Realitätssinn der gegenwärtigen Gesundheitsbewegung noch für ihren Willen, über den Horizont der eigenen sozialen Schicht und 'Scene' hinauszuschauen, daß die enorme gesundheitliche Bedeutung der aktuellen gewerkschaftlichen Kämpfe um die Dauer und Struktur der Arbeitszeit kaum erkannt und noch weniger unterstützt wird. Das ist um so unverständlicher, als sich — wie oben skizziert — die Mehrzahl der progressiven Gesundheitsforscher und -aktivisten am WHO-Konzept der Gesundheitsförderung orientiert, das ausdrücklich auf Prozesse zielt, die »allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen.«

Hingegen werden in den Gewerkschaften (vor allem die IG Metall, IG Medien und Gewerkschaft Handel, Banken u. Versicherungen, HBV) die Zusammenhänge zwischen Arbeitszeit und Gesundheit vorrangig thematisiert: Zum einen sieht man einen unmittelbaren Zusammenhang: Kürzere Arbeitszeit, regelmäßige Freizeit an den Wochenenden und weniger Schichtarbeit wirken sich über die geringere Belastung und verbesserte Lebensqualität unmittelbar im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung aus. Zugleich kann diese Arbeitszeitpolitik über

die positive Beschäftigungswirkung gesundheitsförderlich wirken: Allein in der Metallindustrie hat die bisherige Verkürzung der Wochenarbeitszeit mehr als 200000 zusätzliche Arbeitsplätze nach sich gezogen. Das wirkt tendenziell dem Druck des Arbeitsmarktes entgegen, gesundheitliche Belastungen hinzunehmen, zu verdrängen oder zu bagatellisieren.

Gewerkschaftliche Arbeitszeitpolitik

Die Antwort auf die Frage nach dem derzeit im Sinne der Gesundheitsförderung relevantesten Engagement der (meisten) Gewerkschaften ist die *Arbeitszeitpolitik*.

Die Arbeitszeitpolitik wird im Zusammenspiel zwischen betrieblicher Mobilisierung, überbetrieblichen Kampagnen und Tarifabkommen auf Branchenebene entwickelt und zu realisieren versucht. Soweit es sich um die Wochenend-, Nacht- und Schichtarbeit handelt, haben wir es weitgehend mit Problemen zu tun, die den Gewerkschaften aufgenötigt worden sind: Die Bundesrepublik hat laut OECD mit 18 Prozent der Beschäftigten die Spitze bei der Schichtarbeit. Nach Angaben der ILO verrichten 13 Prozent der Beschäftigten Nachtarbeit (USA: 8,5). Nach einer aktuellen Erhebung der Institute ISO und Emnid ist der Anteil im Hotel- und Gaststättengewerbe mit 44 Prozent, in der chemischen Industrie mit 29 Prozent und in der Metallindustrie mit 20 Prozent noch höher (Süddt. Zeitg. v. 29.7.1989). In allen Industrienationen ist der Sonntag ein gesetzlich geschützter Ruhetag, und in der Bundesrepublik sehen sich die Gewerkschaften einem starken und zunehmenden Druck auf das freie Wochenende ausgesetzt.

Wöchentliche Arbeitszeit

Eine gewisse Sonderstellung nimmt der Kampf um die Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit ein. Die Gesundheit spielt hier bei der Mobilisierung und Legitimation nur die Rolle einer zusätzlichen Argumentation. Im Vordergrund stehen der Beschäftigungseffekt und die Solidarität mit den Arbeitslosen. In der Metallindustrie ist in den letzten vier Jahren die Arbeitszeit von 40 auf jetzt 37 Stunden reduziert worden.

Für die Einschätzung der weiteren Entwicklung sind zwei Haupthindernisse zu benennen: Das ist zum einen die starke Position der Arbeitgeber angesichts der Massenarbeitslosigkeit, die in anderen Industrieländern (USA, Großbritannien, Italien) zu einer noch größeren Schwächung der Gewerkschaften geführt hat. Zum anderen ist es die

verschlechterte Lohnquote für die abhängig Beschäftigten. Ihr Anteil am Sozialprodukt ist weiter rückläufig und ihre Belastung durch Sozialabbau nimmt zu. Das verschlechtert die Möglichkeiten der Gewerkschaften, von den unteren Einkommensbeziehern Unterstützung für die Kämpfe um kürzere Arbeitszeit zu bekommen, da man lieber höhere Löhne haben will. Jenseits der öffentlichen Debatten um den Lohnausgleich bei Arbeitszeitverkürzung bleibt es immer eine Entscheidung, ob man seine Kampfkraft und Konfliktfähigkeit in mehr Geld oder in weniger Zeit investiert. Derzeit stehen die Zeichen noch für weitere Arbeitszeitverkürzung.

2. *Wochenend-, Nacht- und Schichtarbeit*

Gemessen an ihren Zielen und an der allgemeinen Einschätzung zu Beginn der Arbeitszeitkampagne 1984 haben die Arbeitgeber eine Niederlage hinnehmen müssen. Um diese zu kompensieren, setzen sie auf die 'Flexibilisierung' der Arbeitszeit und betreten damit den engeren Bereich der gesundheitlich relevanten Arbeitsbedingungen. Von den in diesen Konflikt zunächst involvierten Gewerkschaften wird dies von vornherein auch als *Gesundheitsproblem* öffentlich thematisiert.

Es zeigt sich, daß die Gewerkschaften in einer Defensivposition sind. Aber dort, wo sie sich bisher dieser Herausforderung gestellt haben, resultierte aus dieser Defensive und der damit zusammenhängenden Mobilisierung ein Fortschritt. In der Druckindustrie wurde im März 1989 in einem Manteltarifvertrag nach mehrwöchigen Streiks die Fünf-Tage-Woche von Montag bis Freitag (bei klar umrissenen Ausnahmen) festgelegt und zusätzliche Rechte der Beschäftigten bei der Erhaltung ihrer Gesundheit (s.u.) erkämpft.

Die Gewerkschaft HBV konnte die gesetzlich vorgesehene Ausdehnung der Arbeitszeitflexibilität für das Verkaufspersonal nach wochenlangen Streiks tariflich blockieren.

Für die Metallindustrie stehen neue Verträge erst 1990 an. Die Unternehmer fordern mit Unterstützung der Regierungsparteien, eines Teils der SPD (Lafontaine) und der überwiegenden Zahl der Medien die »Flexibilisierung« der Arbeitszeit in das Wochenende. Im selben Jahr, in dem die Bundesrepublik den höchsten Handelsbilanzüberschuß ihrer Geschichte und den höchsten Exportumsatz der Welt realisiert, wird mit der internationalen Konkurrenz argumentiert. Die IG Metall stellt zwei Begründungen entgegen:

Erstens — Gesundheitsförderer herhören! — es geht ihr um den Schutz vor gesundheitlichen Verschlechterungen, und zweitens geht

es — damit zusammenhängend — darum, Dämme zu errichten gegen die weitere soziale Insolierung des einzelnen, die (wie die bisherigen Erfahrungen zeigen) mit der Zerstörung des einheitlichen Arbeitszeitgefüges einhergehen. Die Kommunikation in der Familie, Nachbarschaft und anderen kleinen sozialen 'Netzwerken', damit letztlich auch die Politikfähigkeit, hätte nach der Realisierung der Unternehmerforderungen noch schlechtere Bedingungen. Konzepte individualisierter Arbeitszeiten müßten nachweisen, daß sie diese Probleme nicht verschärfen.

Ein umfangreiches Aktionsprogramm der IG Metall bis zur Tarifauseinandersetzung 1990 ist schon jetzt angelaufen und wartet auf Unterstützung durch Gesundheitswissenschaftler.

3. Überstundenarbeit

Ein enormes Problem für die Gewerkschaften in den Reihen ihrer Mitglieder ist die — noch immer wachsende — Zahl der Überstunden. Warum — so ist zu fragen — kann sich die Ideologie der Risikofaktoren und des 'Fehlverhaltens' der Menschen in ihrer privaten Konsumsphäre fast ungehindert verbreiten, ohne daß in der Gesundheitsforschung wenigstens einmal die Bedingungen untersucht werden für das gesundheitsschädliche Verhalten in der Arbeit, für die Übernahme von Mehrarbeit, Nacht- und Schichtarbeit (auch wo sie nicht direkt erzwungen wird)? Es fehlt an fundierten Kenntnissen, auf deren Basis sinnvolle Gegenstrategien entwickelt werden können. 'Aufklärung' durch Hinweise auf die Gesundheitsschädlichkeit und den unsolidarischen Charakter nützen nichts. Notwendig wäre die Erforschung der objektiven und subjektiven Bedingungen für Verbesserungen.

Gesundheit im Betrieb

Welche Ansatzpunkte gibt es für eine umfassende, von der Gesundheitsförderung und Prävention bis zur medizinischen Versorgung bei Unfällen usw. reichende, *betriebliche Gesundheitspolitik*? Ein entscheidendes konzeptionelles Problem besteht darin, ob und wie das bestehende *Arbeitsschutzsystem* so weiterentwickelt werden kann, daß es eine dienende Funktion für die Gesundheit der Beschäftigten erfüllt und nicht länger ein Teilsystem der 'Bewirtschaftung von Menschen' bleibt.

Die institutionelle Realität ist geprägt von zwei Gesetzen: Erstens vom Arbeitssicherheitsgesetz von 1974, das u.a. für alle Betriebe den Einsatz von Sicherheitsexperten und Betriebsärzten sowie einige sozial-

partnerschaftliche Regulierungsformen vorschreibt. Zweitens gibt das Betriebsverfassungsgesetz den Betriebsräten relativ viele Mitbestimmungsmöglichkeiten. Allerdings gilt hier: je näher man den Kernbereichen der Unternehmensentscheidungen kommt (Investitionen, Produktplanung, Personalpolitik, Arbeitsorganisation usw.), desto unverbindlicher sind diese Rechte (Kühn 1982, 89).

Diese Disproportionalität der Einwirkungsmöglichkeiten durch die Interessenverwertung auf der Basis des Ungleichgewichts von Kapital und Arbeit stellt den Arbeitsschutz von vornherein auf eine sehr schiefe Ebene, die sich stark in Richtung zu den verhaltensbezogenen Maßnahmen neigt. Die Hochkonjunktur von 'Health Promotion' und 'Health Education' in den Konzernen der USA fällt nicht zufällig in die Zeit der Reaganschen Deregulierung, des Abbaus des Arbeitsschutzes und des Zerfalls der Gewerkschaftsmacht.

Zwar sieht die Realität des betrieblichen Arbeitsschutzes je nach Branche, Betriebsgröße und gewerkschaftlicher Präsenz verschieden aus, aber folgende generelle gesundheitspolitische Defizite lassen sich feststellen:

Schon bei der *Problemwahrnehmung* bleibt systematisch ein großer Teil der unmittelbar und mittelbar arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen unberücksichtigt. Dabei wirken das ökonomische Interesse des Unternehmens, der Reduktionismus der Experten und die rechtlichen Regelungen zusammen. Viele Sozialwissenschaftler übersehen, daß nicht nur die psychosozialen Belastungen der Arbeit ausgespart werden, sondern auch große und wesentliche Teile der mechanischen, physikalischen und chemischen Belastungen — insbesondere deren kombiniertes Auftreten in der konkreten Arbeitssituation.

Die dann tatsächlich durchgeführten *Maßnahmen* betreffen also nur einen Teil der Gesundheitsprobleme und sind zudem noch höchst einseitig gewichtet. Sie konzentrieren sich in viel höherem Maße auf das Arbeits*verhalten* als auf die Arbeitsbedingungen. Beispielsweise rangieren die Ausstattung mit persönlicher Körperschutzausrüstung und die damit verbundenen Kontrollen und Sanktionen weit vor der Ursachenbeseitigung. Wenn Gesundheitsförderung lediglich die Verhaltensorientierung um Aspekte des privaten Konsum- und Freizeitverhaltens erweitert, wird sie von den Gewerkschaften wohl kaum als Verbesserung betrachtet werden.

Ein gravierendes Problem ist der Mißbrauch des Arbeitsschutzes als rentabilitätsorientiertes Instrument der Personalpolitik. So untersuchen die Betriebsärzte häufiger die gesundheitliche Belastungsfähigkeit der Beschäftigten als die menschengerechte Gestaltung der Arbeit.

Gesundheitsrisiken werden dadurch noch zusätzlich zu Beschäftigungsrisiken.

Gewerkschaftliche Lernprozesse

Die gewerkschaftliche Diskussion um die Gesundheitspolitik hat sich durch die Erfahrungen seit den 70er Jahren verändert. 1988 legte eine Kommission beim Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes ein Konzept zur Reform des Gesundheitswesens vor, das geeignet ist, Maßstäbe zu setzen (Strukturkommission 1988). Man darf es zwar nicht als repräsentativ für das gesundheitspolitische Bewußtsein in den Gewerkschaften ansehen, aber es signalisiert die Richtung, in der Erfahrungen verarbeitet werden. Folgende allgemeine Prinzipien werden in konkrete Forderungen umgesetzt: Solidarität, Mitwirkung und Bürgernähe (durch Dezentralisierung und Integration), Vorsorge- und Patientenorientierung.

Für den Bereich von Arbeit und Gesundheit schätze ich die Richtung der gewerkschaftlichen Lernprozesse in der Zukunft folgendermaßen ein: Trotz der Tatsache, daß das Arbeitsrecht den professionellen *Experten* (besonders der Arbeitsmedizin) eine zentrale Rolle zuschreibt und von daher die Gewerkschaften auch auf sie angewiesen sind, ist heute die frühere Expertengläubigkeit nicht mehr unangetastet. Die jetzt 15jährige Erfahrung mit Betriebsärzten hat ernüchternd gewirkt. Auch die Hoffnung, der *Staat* würde von sich aus für die Gesundheit der Arbeitnehmer tätig werden, hat sich als trügerisch erwiesen. Der *politische Charakter* der Gesundheit wird heute deutlicher gesehen. Es zeigt sich, daß selbst bescheidene Fortschritte im Arbeitsschutz fast ausschließlich in solchen Betrieben erzielt werden, in denen die Beschäftigten gewerkschaftlich gut organisiert und konfliktfähig sind. Nur wo sie ihre Interessen generell wahrnehmen, wird auch Gesundheit als ein eigenständiges Interesse erkannt, das innerhalb der Kapital-Arbeit-Beziehung permanent gesichert und immer wieder neu durchgesetzt werden muß.

Eine weitere Einsicht wird sich bezüglich der *Kompetenz der Beschäftigten* für ihre eigene Gesundheit durchsetzen, wenngleich dies nicht mit der Ausschließlichkeit und mit mehr Skepsis geäußert wird wie in der alternativen Gesundheitsbewegung. Es geht vor allem um ein betroffenenorientiertes Gegengewicht zu den professionellen Experten im Betrieb (Kühn 1982, 110ff.; Rosenbrock 1982; Strukturkommission 1988, 46ff.).

Die Notwendigkeit von mehr Kompetenz der Betroffenen findet sich

nicht nur in Konzeptionen (wie denen der IG Metall und des DGB), sondern auch schon in der Praxis der Tarifkämpfe. So konnte die Gewerkschaft der Druckindustrie im März 1989 in dem bereits erwähnten Manteltarifvertrag die kollektiven und individuellen Rechte der Arbeitnehmer bei der Sicherung ihrer Gesundheit verbessern. Erreicht werden konnte u.a. die Verpflichtung des Unternehmens zur aktiven Information über Unfallgefahren und Belastungen, besonders über Gefahrstoffe, und ein individuelles Beschwerderecht gegenüber externen Stellen sowie das Verbot von Sanktionen seitens der Arbeitgeber (Zwingmann 1989).

Bewußter ist auch der Zusammenhang zwischen Arbeit, Gesundheit und *Ökologie* geworden. Die praktischen Konsequenzen gehen oft noch nicht über Programmatik und vereinzelte lokale Arbeitsgruppen hinaus, sie sind aber vorhanden. Ein Beispiel für betriebliche Umwelt-Arbeitskreise ist derjenige der IG-Metall-Vertrauensleute bei Krupp Stahl in Dillenburg (Rode 1989). Das Engagement richtet sich konkret auf die Beseitigung ökologischer Belastungen (FCKW, Asbest, Dioxine, Stickoxyde, Abfälle usw.), die oft zugleich Gesundheitsgefährdungen in der Arbeit sind. Verglichen mit anderen Formen der Ökologiebewegung gibt es hier zwei entscheidende Effektivitätsvorteile: Erstens können die Beschäftigten als Experten der Produktion die Gefährdungen am Ort ihrer Entstehung lokalisieren, und zweitens haben erfahrungsgemäß die guten ökologischen Argumente erst dann eine Chance, wenn sie mit dem politischen Gewicht einer selbstbewußten Interessenvertretung verbunden sind. Auch dieses Beispiel macht den artifiziellen Charakter von Typologisierungsversuchen deutlich, welche die sozialen Bewegungen nach »Macht«- und »Kultur«-Orientierung unterscheiden wollen, womit auch eine versteckte Bewertung transportiert wird (Raschke 1985). Eine neue »Kultur« der Gesundheit wird allenfalls in Gestalt einer vorübergehenden Aufbruchstimmung, als kommerziell verwertete Illusion oder als Habitus einer kleinen sozialen Gruppe (Salmon 1989) erreichbar sein, wenn sie nicht im Bereich der Produktion verankert ist. Und dort wird der enge Horizont einzelwirtschaftliche Verwertbarkeit nur durch veränderte Machtverhältnisse überschritten werden können.

Gesundheitswissenschaften, Ökologiebewegung und Gewerkschaften

Die Kritik an einer mangelnden Sensibilität und Enge gewerkschaftlicher Haltungen zur Gesundheit, wie sie von Gesundheitswissenschaftlern häufig geäußert wird, trifft zwar noch immer in vielen Aspekten zu. Aber meist erfüllt diese Kritik selbst nicht die Voraussetzungen, die

notwendig wären, damit sie als überzeugend angesehen werden und zu Veränderungen führen kann. Häufig werden Zusammenhänge und Werthaltungen, die für den Erfahrungsbereich von sozialen Mittelschichten durchaus zutreffend sein können, verallgemeinert und als Bewertungskriterium an gewerkschaftliche Politik und Arbeitnehmerverhalten in der Arbeitswelt angelegt. Die Kritik gibt oft keine oder nur unzureichende Antworten auf die Fragen, die sich gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik in der Arbeit unausweichlich stellen.

So wird der geringe Stellenwert, den die Gesundheit für viele Produktionsarbeiter im praktischen Alltag hat, meist als Problem fehlender Aufgeklärtheit gewertet, oder die Ursachen werden in der Psyche, der »Arbeitskultur« und/oder dem Stereotyp »Gewerkschaftsapparat« geortet (Guthke/Göbel 1989). Als Resultat einer umfangreichen Untersuchung konnten wir (d.i. Hauß/Rosenbrock/Kühn 1982) folgenden Zusammenhang aufzeigen: Je mehr eine Belegschaft durch ihre nicht gesundheitsspezifische Interessenpolitik den realen Gestaltungsraum erweitert, und je mehr sich damit auch Erfahrungen eigener Gestaltungsfähigkeit bei den Beschäftigten entwickeln (z.B. durch Erfolge des Betriebsrats), desto eher thematisieren sie auch Probleme von Arbeit und Gesundheit. Umgekehrt stellte ich in meiner persönlichen Erfahrung in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit fest, daß viele Arbeiterinnen und Arbeiter ihre restriktiven Arbeitsbedingungen ohne reale Aussicht auf die Veränderung ihrer Situation individuell überhaupt nicht ertragen könnten, wenn sie ihrer Gesundheit gegenüber eine größere Sensibilität entwickeln würden. Die individuelle »Selbsterfahrung und -erforschung«, die Guthke und Göbel außerhalb des Betriebes anempfehlen, würde aber *in der Arbeit* allenfalls dann produktiv für die Gesundheit, wo ihre Entfaltung durch solidarisches politisches Verhalten geschützt und ermutigt wird. Vor der unkritischen Übertragung von Erfahrungen mittelschichtspezifischen Gesundheitsverhaltens auf die Welt der Produktionsbetriebe ist zu warnen.

Nicht nur die Arbeitnehmer unter restriktiven Bedingungen, sondern auch die Gewerkschaftsorganisationen insgesamt haben Schwierigkeiten, Probleme, für die man keine Bewältigungschance sieht, überhaupt wahrzunehmen. Exemplarisch ist hierfür die Taubheit gegenüber der von Sozialwissenschaftlern vorgebrachten Kritik an der prinzipiellen Funktionsweise des Arbeitsschutzsystems mit seiner extremen Verrechtlichung, dem Prinzip der Grenzwerte für die Belastungen, der problemdefinierenden und -selektierenden Macht der Experten usw. Diese Kritik wird aber so lange kein Gehör finden, solange sie nicht zugleich den spezifischen Handlungsdruck der Gewerkschaften einbezieht:

Fraglos ist das Regelungssystem angesichts der heutigen und künftigen Arbeitswelt eine Sackgasse; eine betriebliche Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinn ist damit kaum möglich. Aber es muß täglich angewendet und ausgebaut werden, weil es die einzigen handhabbaren Instrumente bietet gegen das tägliche Asbest, den täglichen Lärm usw., solange die errichteten Dämme gegen den Verschleiß der Arbeitskraft nicht durch Besseres ersetzt worden sind. Mehr noch: durch den EG-Binnenmarkt 1992 sind die bundesdeutschen Gewerkschaften gezwungen, dieses systematisch falsche und immanent unzureichende System zu verteidigen; sie werden es gegen jede Kritik in Schutz nehmen, da alle anderen europäischen Regelungen zu teilweise erheblichen Verschlechterungen führen würden. Gefragt wäre also ein implementierbares Alternativmodell und Übergangskonzepte, die den erreichten Standard absichern können.

Überhaupt scheint es ein typischer Mangel vieler Alternativkonzepte zu sein, daß sie die Notwendigkeit gering achten, daß jeweils Erreichte in seiner Substanz zu sichern. Aus ähnlichen Gründen ist es auch höchst unsensibel, wenn die Kritik im Sinne von mehr Prävention und Gesundheitsförderung mit medizinnihilistischen Argumentationen vorgebracht wird. Welche Resonanz versprechen sich alternative Gesundheitswissenschaftler davon in einer Situation, in der die Gewerkschaften das Recht der ArbeiternehmerInnen verteidigen müssen, medizinisch ohne Rücksicht auf das persönliche Einkommen versorgt zu werden?

Eine weitere Hauptschwierigkeit der Gewerkschaften, der Gesundheit ein stärkeres Gewicht zu verleihen, liegt in ihren enormen Kapazitätsproblemen. Der permanente alltägliche Druck auf Beschäftigung, Löhne, Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen absorbiert die Gewerkschaftsorganisation und die betrieblichen Interessenvertretungen fast völlig. Konzeptionelle Arbeit bleibt die Ausnahme und ist auf die Unterstützung durch gewerkschaftsnahe kritische Wissenschaftler angewiesen. Die gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand wäre als Beispiel zu nennen. Aber die Möglichkeiten der *Kooperation zwischen Gesundheitswissenschaftlern und Gewerkschaften* sind weitgehend unausgeschöpft. Sie erforderten *beiderseitiges* Umdenken.

Unterstellt man einmal, daß die meisten kritischen Gesundheitswissenschaftler eher der Ökologiebewegung nahestehen, und denkt in diesem Zusammenhang an Kooperationsmöglichkeiten, so kann man zunächst eine eher ironische Feststellung machen: Während gerade die aktiven und engagierten Gewerkschaftsfunktionäre einen großen Teil ihrer früheren Vorurteile gegenüber kritischen Intellektuellen und der

Ökologiebewegung überwunden haben und sich auch an deren Aktionen beteiligen, scheint man sich dort inzwischen selbst genug zu sein. Ich wundere mich häufig über die stereotype Oberflächlichkeit gegenüber der Gewerkschaftsbewegung, die man bei sonst klugen Köpfen antreffen kann. Ein Beispiel dafür ist die Unkenntnis des Ausmaßes und der Bedeutung der gegenwärtigen Arbeitszeitkämpfe für die Gesundheit und Lebensqualität der Mehrheit der Bevölkerung. Ich führe dies nicht zuletzt auf *real unterschiedliche Interessenlagen* zurück. Eine Kooperation zwischen ökologisch orientierten Gesundheitswissenschaftlern und Gewerkschaften scheint mir aber nur möglich zu sein, wenn das Wesen dieser Unterschiede begriffen wird:

Die neuen sozialen Bewegungen wie die Ökologie- und Friedensbewegung, denen sich wohl die meisten kritischen Gesundheitswissenschaftler nahe fühlen, werden dominiert durch Angehörige einer sozialen Schicht, die sich durch ein überdurchschnittliches Bildungsniveau und eine meist komfortable individuelle materielle Reproduktion auszeichnet. Ihr konnten als erstes und am deutlichsten solche globalen Probleme in den Blick kommen wie Umwelt, Rüstung, Dritte Welt usw. (Knobloch 1987). Bemerkenswert ist nun, daß sowohl diese Themen als auch der Ort der Konflikte *außerhalb der eigenen Berufsarbeit* liegen. Ein Teil der Radikalität dieser themenbezogenen Bewegungen verdankt sich dem Umstand, daß das Engagement im Maße der Distanz vom eigenen Arbeitsplatz die materielle Reproduktionsgrundlage ihrer Teilnehmer nicht gefährdet. (Man denke im Vergleich dazu an die Haltung der Beschäftigten von Atomkraftwerken oder Rüstungsbetrieben.)

Das hat seinen Preis. Die nicht geringen Erfolge der neuen Bewegungen finden meist auf dem Gebiet der Meinungen und Medien statt, während die Bereiche der Produktion und Herrschaft, welche die Probleme erzeugen und perpetuieren, fast unberührt geblieben sind. Die *Umgehung der Berufsarbeit als Konfliktfeld* und die Art des Erfolges verstärken wiederum die Neigung, sich mit Lösungsangeboten in der Sphäre des Privatverhaltens und des Konsums zu begnügen (Bio-Lebensmittel, Jutetaschen, Nicaragua-Kaffee, Therapien usw.). Es berühren sich hier Tendenzen in der Gesundheitsbewegung mit den eingangs angeführten, ganz anders bedingten Entwicklungen der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen.

Die Gewerkschaftsbewegung auf der anderen Seite hat es meist mit Problemen zu tun, die die Menschen unmittelbar am Ort ihrer individuellen materiellen Reproduktionssicherung treffen und zugleich auch dort verursacht sind. Damit ist freilich das zentrale *Hemmnis* für die Mobilisierung angesprochen. Sicher liegt hier auch ein Grund für die

Scheu vor den neuen Bewegungen. Man sieht sich in den Gewerkschaften existentiell angewiesen auf große Mitgliederzahlen, Mehrheiten und solidarisches Kollektivverhalten und meint, sich am Ort dieser Auseinandersetzungen deren Radikalität und Individualismus nicht erlauben zu können. (Übrigens meinen das die Teilnehmer der sozialen Bewegungen an ihrem eigenen Arbeitsplatz auch.)

Zugleich liegt aber auch eine große *Chance* darin, daß die gewerkschaftlichen Kämpfe im Zentrum von Produktion und Herrschaft stattfinden. Ohne deren Veränderung sind auch die gesundheitlichen und ökologischen Perspektiven düster. Eine bewußte, gegenseitig kritische und selbstkritische Kooperation würde sowohl die Gewerkschaften in den Konflikten um die Arbeits- und Lebensbedingungen stärken als auch die Gesundheits- und Ökologiebewegung dichter an die zentralen Verursachungsbereiche heranführen.

Anmerkungen

1 In ihrer materialreichen historischen Darstellung der Gesundheitspolitik in Preußen von 1770 bis 1880 zeigt Ute Frevert (1984) sehr eindrucksvoll, wie und in welchem Maße es sich bei den medizinischen und hygienischen Verhaltensregeln gegenüber der Bevölkerung um maskierte Herrschafts- und Gewinninteressen handelt.

2 Meine Kritik soll nicht wertend gegenüber der Institution AOK verstanden werden, besonders weil gerade die Ortskrankenkassen gezwungen sind, unter unfairen Bedingungen um die Gunst von Versicherten zu konkurrieren. Sie meinen, dies nur durch ausgeprägte Pflege eines positiven »Image« durch »Marketing« erreichen zu können. Eine unvermeidliche Eigenschaft von Veränderungen ist es aber, daß es potentielle Verlierer gibt und somit Konflikte unvermeidlich sind. Darum sind auf Veränderungen von Verhältnissen und Bedingungen gerichtete Strategien mit »Marketing« unvereinbar. Außerdem sorgt die Struktur der paritätischen Selbstverwaltung dafür, daß Eingriffe in Arbeit und Umwelt unterbleiben. Diese Gründe mögen es der Bundesregierung leicht gemacht haben, Gesundheitsförderung und Prävention zur Aufgabe der Krankenkassen zu machen.

Literaturverzeichnis

Brenner, H.M., 1987: Economic Instability, Unemployment Rates, Behavioral Risks, and Mortality Rates in Scotland, 1952-1983. In: International Journal of Health Services Vol. 17, 3, 475ff.

Brückel, S., und R. Klein, 1989: Gesundheitsreform und Prävention. In: Die Ortskrankenkasse 10- 11, 290ff.

D'Arcy, C., und C.M. Siddique, 1985: Unemployment and Health: An Analysis of 'Canada Health Suvey' Data. In: International Journal of Health Services, Vol.15, 4, 609ff.

Conrad, P., 1987: Wellness in the Work Place: Potentials and Pitfalls of Worksite Health Promotion. In: The Milbank Quarterly, Vol.65, 2, 255ff.

Frevert, U., 1984: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen

Fischer, E., 1987: Erinnerungen und Reflexionen. Frankfurt/M. (2.Aufl.)

Forbes, J.F., und A. McGregor: Male Unemployment and Cause-Specific Mortality in Postwar Scotland. In: International Journal of Health Services, Vol.17, 2, 233ff.

Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, 1988: Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bd.II: Vorschläge zur Strukturreform. Köln

Guthke, B., und E. Göbel, 1989: Gesundheit — ein Stiefkind der Arbeitskultur. In: Der ganze Mensch und die Medizin. Argument-Sonderband 162. Hamburg

Hauß, F. (Hg.), 1982: Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik. Frankfurt, New York

Knobloch, C., 1987: Über die erweiterte Reproduktion der Individuen. In: Düsseldorfer Debatte 6-7

Kühn, H., 1982: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenpolitik der Beschäftigten. Frankfurt, New York

Kühn, H., 1987: Die rationalisierte Ethik: Zur Moralisierung von Krise und Krankheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin. Bd.12. Medizin, Moral und Markt. Argument-Sonderband 146. Berlin/West

Milio, N., 1986: Promoting Health through Public Policy. Ottawa

Milio, N., 1988: The Profitization of Health Promotion. In: International Journal of Health Services. Vol.18, No.4

Minkler, M., 1989: Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. In: Health Education Quarterly, Vol.16, 1, 17ff.

Moser, K.A., A.J. Fox, D.R. Jones, 1986: Unemployment and Mortality in the OPCS Longitudinal Study. In: Wilkinson, R.G. (ed.): Class and Health. London, New York, 75ff.

Raschke, J., 1985: Soziale Bewegungen. Ein historisch-systematischer Grundriß. Frankfurt/M.

Reed, R., 1985: Health Promotion Services: Evaluation and Impact Study. Blue Cross Blue Shiled. Indianapolis

Rode, J., 1989: Öko-Krupp? In: Der Gewerkschafter, 37.Jg., 7, 36f.

Rosenbrock, R., 1982: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt, New York

Salmon, W.J., 1989: Zur Entwicklung der alternativen Medizin in den USA. In diesem Band

Weltgesundheitsorganisation, 1985: Einzelziele für 'Gesundheit 2000'

Zwingmann, B., 1989: Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durch neue Arbeitnehmerrechte. Tarifvertrag der Druckindustrie hat Pionierfunktion. In: Soziale Sicherheit 5, 135ff.

Warren J. Salmon

Zur Entwicklung der alternativen Medizin in den USA*

Einleitung

Wie in anderen Staaten so gab es auch in den USA schon lange Subkulturen einer alternativen und komplementären Medizin. Die folgende kurze Beschreibung gibt einen Überblick dieser Entwicklung (Salmon 1984).

Bevor durch Einflußnahme der Carnegie- und Rockefeller-Stiftung ein Monopol für die heutige naturwissenschaftliche Medizin durch den berühmten Flexner Report (1910) (Brown 1981; Berliner 1985) geschaffen wurde, gab es im Amerika des 19. Jahrhunderts mehrere konkurrierende Sekten in der Medizin: Allopathie (die sich in ihre »wissenschaftliche« Form entwickelte), Homöopathie (nach dem deutschen Begründer Samuel Hahnemann), eine naturheilkundlich orientierte medizinische Ausrichtung, ein Eklektizismus verschiedener Aspekte und später die Osteopathie, eine nur in den USA vorhandene Ausrichtung. Der Begriff Arzt wurde für eine heterogene Mixtur von in der Gemeinde tätigen Therapeuten benutzt. Sie alle hatten nur ein begrenztes Wissen über Gesundheit und Krankheit und waren selbst unsicher in der Benutzung von Methoden und Therapien, von denen wir heute viele als gefährlich oder ohne Wirkung ansehen.

Später gab es dann eine Entwicklung, die von Medizinsoziologen als »abweichende« Praktiker bezeichnet wurden — von Chiropraktikern bis zu christlichen Heilern. Während aber erstere trotz heftigen Widerstands der naturwissenschaftlichen Mediziner durch verschiedene Gesetze und Zulassungsverfahren in einzelnen Staaten der USA eine öffentliche Legitimität erlangen konnten, blieben die letzteren außerhalb des medizinischen Feldes, vor allem wegen der religiösen Grundlagen ihrer Lehre (Caplan 1984). Von Zeit zu Zeit gab es populistische Gesundheitsbewegungen, die jedoch in bezug auf die praktische Medizin marginal blieben. Erwähnenswert sind die in den Jahren um 1820 populär

* Anmerkung der Redaktion: Im Band »Alternative Medizin« (AS 77, 1983) veröffentlichten wir einen Bericht des Autors über die »Bewegung für eine ganzheitliche Gesundheit in den USA«, den er auf dem Gesundheitstag 1981 gegeben hatte. Hier nun sein Resümee acht Jahre später. Die Übersetzung erledigten D. Borgers, H. Kühn und U. Schagen.

gewordene Gesundheitsbewegung, ebenso wie die in ethnischen Minderheiten oder bei Frauen immer wieder mehr und weniger verbreitete Unterstützung von Hebammen und anderen Volksheilern (Ehrenreich und English 1978).

Im Zusammenhang mit diesen Richtungen muß betont werden, daß »normale« Ärzte für einen Großteil der Bevölkerung, nämlich die Armen, Landbewohner, die städtische Arbeiterklasse und für viele Immigranten in den USA gar nicht vorhanden waren. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts praktizierten die Ärzte in kleineren Gemeinden in der Weise, daß sie Patienten, die nicht bezahlen konnten, entweder umsonst oder für geringere Kosten behandelten. In den größeren Städten entlang der Ost- und Westküste wurden von den lokalen Behörden Ambulatorien als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens eingerichtet, um die übertragbaren Krankheiten in den Griff zu bekommen. In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts wurden diese Asyle und Pesthäuser der Armen und Immigranten qualitativ und quantitativ ausgebaut, und zwar im Zusammenhang mit dem Wachstum des überwiegend von Religionsgemeinschaften gegründeten Krankenhaustyps (Rosen 1958).

Es entwickelte sich in dieser Zeit auch eine Anzahl von Subkulturen im Sinne der Naturheilkunde und einer Heilkräutermedizin. Die Therapie mit Heilkräutern war weit verbreitet, und Methoden der Selbstbehandlung waren die Basis, auf der Heilkundige in der Gemeinde aufbauten. Der Einfluß von Therapiesystemen auf der ganzen Erde wurde durch die Immigration wirksam und umfaßte auch die indianische Tradition des Heilens. Viele dieser Praktiken und therapeutischen Möglichkeiten wurden in letzter Zeit wieder entdeckt (Kaslof 1978; LaPatra 1978; Hastings, Fadiman und Gordon 1980; Salmon 1984a). Über Plausibilitätsargumente hinaus wurde die Effektivität dieser Methoden empirisch bewiesen; wenn sie nicht wirkten, hörten die Leute auf, sie zu benutzen. Oft starben Menschen an posttraumatischen Infektionen oder Kinder wurden Opfer von Infektionskrankheiten. Dies machte die Beurteilung von Behandlungsmethoden schwierig. Es gab natürlich auch jene Praktiker im Sinne von Handlungsreisenden mit »Schlangenöl«-Zubereitungen. Aus diesen Kreisen haben sich einige der heutigen multinationalen pharmazeutischen Unternehmen entwickelt wie zum Beispiel Smith, Kline und French, Merck, Sharp und Dohme, Eli Lilly usw.

Das heutige US-Gesundheitssystem und die Alternativmedizin

Genau wie andere Gesundheitsbewegungen entwickelte sich die Alternativmedizin als eine Gegenkraft zur schulmedizinischen Versorgung. Inwieweit die Alternativmedizinbewegung zu einem breiteren Verständnis von Gesundheit beitrug, muß erst noch untersucht werden. Man kann den in den letzten Jahren erfolgten Zulauf zur »ganzheitlichen Gesundheitsbewegung« (Holistic Health Movement) in den USA nicht verstehen ohne Bezug zur medizinischen Versorgung im amerikanischen Gesundheitssystem. Im Zusammenhang mit dessen Krise in den letzten beiden Jahrzehnten haben einige Wissenschaftler behauptet, daß das neue Wachstum von alternativen Heilmethoden wenigstens teilweise auf Defizite des Paradigmas der akademischen wissenschaftlichen Medizin zurückzuführen sei (Carlson 1975).

In den Vereinigten Staaten haben sich monumentale institutionelle Strukturen einer im technischen Sinne weit entwickelten Medizin herausgebildet. 544 Milliarden Dollar wurden 1988 für das Gesundheitswesen ausgegeben; dies sind 12 % des Bruttosozialproduktes. Pro Einwohner sind dies 2.000 Dollar pro Jahr (Schreiber und Poullier 1988). Das liegt damit höher als in jedem anderen vergleichbaren Staat (Francis 1988). Dabei haben noch nicht einmal alle Menschen an diesem technischen Instrumentarium Anteil, das sich in den großen und bürokratisierten medizinischen Institutionen entwickelt hat. Heute sind 20-25 % der Bevölkerung nicht in der Lage, für ihre eigene Gesundheitsversorgung zu bezahlen (Salmon 1988). Sieben Millionen Menschen sind in diesem hauptsächlich krankenhausorientierten Gesundheitssystem tätig. Der »medizinisch-industrielle Komplex« zieht außerordentliche Profite aus seinen Investitionen in die modernen dignostischen und kurativen Einrichtungen, die sich im amerikanischen Kapitalismus entwickelt haben (McKinlay 1984; Navarro 1985; Salmon 1989). Auf der anderen Seite wird wenig Geld für das öffentliche Gesundheitswesen und Prävention ausgegeben (Salmon 1989a).

Das System der Gesundheitsversorgung in den USA hat zwei wesentliche Kennzeichen:

1. eine mangelhafte Versorgung der Nicht- oder Wenigversicherten, der Armen, der Behinderten und der alten Menschen, eine abnehmende Zahl öffentlicher Krankenhäuser sowie ein Rückgang bestimmter öffentlicher Krankenhäuser und öffentlich finanzierter ambulanter Dienste;

2. eine rasante Entwicklung privater Hospitalketten und der diese in ihren Methoden nachahmenden multiinstitutionellen sog. »not-for-

profit«-Anbieter, die schwerpunktmäßig nur die besser versicherten Mittelklassepatienten und leichter Kranke versorgen. Hier läßt sich ein entsprechender Profit realisieren (Whiteis und Salmon 1987). Diese Profitorientierung hat neben administrativer Bürokratisierung (Woolhandler und Himmelstein 1985) zur Kostenexplosion geführt. Innerhalb dieses Kontextes sind dann erhebliche Zweifel aufgekommen, ob die »geheiligte« Arzt-Patient-Beziehung noch in alter Weise existiert (Relman 1988).

Die Kostendämpfung (Cost Containment) wurde zum Leitmotiv aller Kostenträger der medizinischen Versorgung. Das betrifft insbesondere die Regierung, die die Versorgung der nach den Sozialprogrammen Anspruchsberechtigten zu bezahlen hat und die Privatindustrie, soweit sie ihre Beschäftigten privat krankenversichert. Die Inflationsrate im Gesundheitswesen war in den Jahren 1970 und 1980 zweistellig, obwohl verschiedenste legislative Maßnahmen durch Regulierungen und »mehr Wettbewerb« die Kosten zu dämpfen versuchten. Zusätzliche Maßnahmen schränkten die Zahl der Sozialhilfeempfänger ein und verstärkten die hohe Selbstbeteiligung für die alten Menschen im Medicare-Programm und für die gesamte arbeitende Bevölkerung. Die jetzt im Vordergrund stehenden Maßnahmen betreffen vor allem die Kontrolle und Regulierung der klinischen Entscheidungen der Ärzte. Diese Maßnahmen beinhalten weitgehende Implikationen in bezug auf die professionelle ärztliche Autonomie (White, Salmon und Feinglass 1989; Feinglass und Salmon 1989).

Wenn diese hohen Kosten für die Nation und für jedes Individuum eine bessere Gesundheit hervorbringen würden, könnte man die ganze Entwicklung positiv beurteilen. Die gesundheitliche Lage hat sich aber nur wenig verbessert und sicher nicht durch diese gesteigerten Ausgaben für medizinische Versorgung. Zum Beispiel ist die Säuglingssterblichkeit, die als sensitiver Indikator der sozialen Lage angesehen wird, in den USA hoch und liegt an 17. Stelle in der Welt, weit höher als in anderen Nationen, die nicht so reich sind wie die USA. Die Unterschiede zwischen Weißen und Schwarzen sind in den letzten Jahren in bezug auf wichtige Krankheiten angestiegen und die Lebenserwartung für schwarze Amerikaner hat sich zwei Jahre lang hintereinander gesenkt (Public Health Service 1989). Die Ineffektivität moderner medizinischer Eingriffe, insbesondere der endpunktorientierten kurativen Medizin, wird nicht mehr in Frage gestellt (Powles 1973; Illich 1976; Carlson 1975a); neuere Studien zeigen, daß der Gesundheitszustand der Amerikaner vielleicht sogar in bezug auf einige meßbare Indikatoren sinkt (McKinlay, McKinlay und Beaglehole 1989).

All diese Faktoren (steigende Kosten, höhere Inanspruchnahmebarrieren, Ineffektivität) haben die Entwicklung alternativer und komplementärer Therapien gefördert, und zwar in dem Maße, wie die Menschen durch das konventionelle medizinische System und ihre Behandlungsmethoden enttäuscht waren (Berliner 1984; Berliner und Salmon 1980). In diesem Sinne ist es wichtig, die weit verbreiteten Gefühle gegenüber der Alternativmedizin zu untersuchen. Zusätzlich muß berücksichtigt werden, wie sie die Grenzen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aufzeigt.

Aufstieg und Fall der Alternativmedizin

Die Inanspruchnahme alternativer Angebote und eine große Zahl alternativer Therapien kann nicht länger als ein vorübergehendes Phänomen angesehen werden, geschweige denn als unbedeutender Teil der Subkultur in westlichen Industriestaaten (Taylor 1984). In mehreren Ländern hat ein großer Teil der Bevölkerung Kontakt mit der Alternativmedizin und anderen oppositionellen Therapiemethoden (Abholz et al. 1983). Der ökonomische Erfolg vieler alternativer Praktiken ist neben den politischen Erfolgen und Fortschritten in bezug auf Anerkennung, Zulassung und Vergütung ein partieller Beweis dafür (Salmon und Berliner 1980). Diese alten und neuen Methoden des Heilens sind ganz gewiß zu einem Bestandteil in der Wiederaneignung der Gesundheit in Teilen der Bevölkerung geworden.

Vor zehn Jahren glaubte ich, daß die Zunahme einer Gegentendenz, die sich auf die Forderung nach Gesundheit konzentriert, analytische Aufmerksamkeit verdiente. Zu beobachten war eine Art Wiederaufleben von Heilkünsten, die sich in unterschiedlichen ganzheitlichen Gesundheitsmethoden (holistic health practices) nicht nur als amerikanisches Phänomen, sondern in ganz Westeuropa herausbildeten. Diese auf Ganzheit gerichtete Gesundheitsbewegung, wenn man sie einmal so bezeichnen möchte, schien zahlreiche Aspekte zu umfassen: humanistische, transpersonale und Para-Psychologie, verschiedene Medizinen, Pflanzenheilkunde, Ernährungstherapie, Yoga, Meditation, Massage, asiatische Kampfsportarten und andere alternative Systeme der Medizin aus der ganzen Welt. Ich glaubte damals, daß Menschen, die sich von diesen Formen der Medizin angezogen fühlten, in der Lage sein müßten, sich mit der Frauenbewegung, der Umweltbewegung und der Gesundheitsbewegung zusammen zu tun für soziale Veränderungen und für eine Umkehr in der Gesundheitspolitik. Ich fühlte mich ermutigt durch die Diskussion fundamentaler Fragen über den Sinn menschlicher

Existenz in unserer gegenwärtigen Gesellschaft und Kultur und sah hierin Chancen für den Dialog mit politisch progressiven Gruppierungen (Salmon 1984c).

Aber im Gegensatz zu meinen Hoffnungen löste sich die ganzheitliche Gesundheitsbewegung Anfang der achtziger Jahre ziemlich schnell in Subkulturen auf, die unterschiedliche sektiererische therapeutische Traditionen pflegten. Ganz anders als die feministische Gesundheitstradition, die tatsächlich Merkmale einer sozialen Bewegung und eine konkrete und zielgerichtete Praxis aufrechterhielt, wurden die auf »ganzheitliche Gesundheit« gerichteten Aktivitäten mehr zu einem Marktplatz verschiedener Gruppierungen, die nur noch sehr allgemeine Glaubenssätze gemeinsam hatten. In einer solchen diffusen Situation fehlte eine Organisation, die über alle Gruppierungen hinweg die unterschiedlichen Vorstellungen hätte verknüpfen können. Die gemeinsame Opposition gegen die herrschende Schulmedizin genügte nicht, um alle miteinander konkurrierenden Theorieansätze und Vorstellungen zusammenzuhalten. Seit dem Höhepunkt Ende der siebziger Jahre hat die Massenbewegung deutlich abgenommen. Große Versammlungen Tausender bei Konferenzen der »Association of Holistic Health« in Südkalifornien oder der »Whole Life Expos« im ganzen Land konnten auf die Dauer nicht aufrechterhalten werden. Auch die abnehmende Medienpräsenz zeigte an, daß dieses Thema nicht mehr im Trend lag. Die Gesundheitsbewegung hatte das Konsumentenverhalten beeinflußt und die Forderung nach Gesundheit neu ins Bewußtsein gerückt, nachwirkende Effekte finden sich noch in der theoretischen Diskussion (Capra 1982; Dossey 1983; Foss und Rothenberg 1988).

Trotz alledem sind die Amerikaner auch weiterhin mit Gesundheit beschäftigt, obwohl dieser Begriff für jeden einzelnen etwas Unterschiedliches bedeutet. Sehr viele verlassen sich nicht mehr allein auf konventionelle therapeutische und diagnostische Methoden, sondern haben ihre Gesundheit in irgendeiner konsumierenden Form in die eigenen Hände genommen.

So gibt es zum Beispiel einen Fitneß-Wahn in den USA. Über 30 Millionen Menschen joggen regelmäßig, »trainieren« in Fitneß-Centern oder gar mit eigenen Ausrüstungen zu Hause in der Vorstellung, ein perfekter geformter Körper sei in der Lage, Gesundheit zu sichern und das Leben zu verlängern. Auch die Einhaltung von Ernährungs- und Diätvorschriften ist Teil des nationalen Strebens. Vitamine, auf natürliche Weise produzierte Lebensmittel, die Reduktion von Salz, Zucker und Fett bei gleichzeitiger Erhöhung des Faser-(Ballast-)Anteils in der Ernährung haben das Eßverhalten verändert, und zwar als Teil eines

sozio-kulturellen Trends und nicht nur, weil die herkömmlichen Vertreter der Gesundheitsberufe die Meinung vertreten, es handele sich um gesundheitsbewußtes Verhalten. Ein breites Spektrum von Körpertherapien begleiten das Interesse an asiatischen Kampfsportarten und herkömmlichen Sportarten, zwar nicht für jeden, aber doch für bedeutende Teile der Bevölkerung.

Über diesen Körpernarzißmus (Lasch 1978) hinaus gibt es noch eine Reihe von weiteren Möglichkeiten, obwohl auch diese normalerweise sehr viel Geld kosten. Hier verweise ich zum Beispiel auf eine Verbindung verschiedener therapeutischer Modalitäten, die Bewußtsein und Geist gesunden und stärken sollen (Berkeley Holistic Health Center 1978; Flynn 1980). Es scheint allerdings ein nicht so ausgeprägtes Streben für spirituelle Erneuerung zu geben, als für reines Körpertraining. Aber trotzdem können verschiedene Variationen dessen gekauft werden, was Robb Burlage von der Columbia University einmal »instant carma« genannt hat, wenn man nur genau genug unter den Waren für Gesundheit und »Superconsciousness« sucht, die auf dem Gesundheitsmarkt angeboten werden.

Die erwähnten Therapie- und Praxisformen stellen keinen durchdachten inhaltlich verknüpften Rahmen für eine Klassifikation dar, sondern lassen sich nur zusammenfassen, weil ihre Anhänger alle das Konzept von Ganzheitlichkeit (holism) vertreten. Diese Gruppierungen haben praktisch alle unorthodoxen Orientierungen auf Körper, Bewußtsein und Geist vereinnahmt, obwohl sie nicht alle notwendigerweise sich an alle Teile der so definierten ganzen Person richten (Berliner und Salmon 1980). Trotz hunderter vorliegender Bücher fehlt nach wie vor ein neues Paradigma der Ganzheitsmedizin (holistic health), um auf theoretischer Ebene mit der wissenschaftlichen Medizin konkurrieren zu können (Foss und Rothenberg 1988).

Einschätzung der Entwicklung der alternativen Medizin der USA

Die Definition und Klassifizierung des Spektrums alternativer Methoden wurde Gegenstand des akademischen Interesses einer Reihe von Kommentatoren. Nach meiner Meinung rangieren die etablierten alternativen Systeme über dem Potpourri der in Eile für die wissenschaftliche Diskussion innerhalb der Paradigmendebatte neu geformten Therapien (Carlson 1975). Daten über die Anzahl der die einzelnen Methoden Ausübenden und Konsumierenden, ihre tatsächliche soziale Bedeutung, standen niemals zur Verfügung und müssen von der Forschung erst noch geliefert werden. Praktisch alle als alternativ klassifizierten

Praktiken und Therapien müssen andere als ihre Vertreter und Jünger erst noch von ihrer Wirksamkeit überzeugen. Aber es scheint, als ob hier für bestimmte Therapieformen, die ein wissenschaftliches Interesse auf sich ziehen, ein Wandel begonnen hat. Es müssen wichtige Fragen gestellt werden im Zusammenhang mit einer Analyse der jeweiligen besonderen Zu- und Abnahme ihrer Verbreitung. Bezogen auf die US-amerikanische Gegenwart ist zu fragen, wie dominierende Vorstellungen über Gesundheit sich verändern und zur Umstrukturierung der westlichen Gesundheitssysteme beitragen (Salmon 1984c).

Auch nach Abflauen der massenhaften Beteiligung an der holistischen Bewegung sollten deren soziale Inhalte weiter verfolgt werden. Die zahlreichen riesigen Konferenzen, Haufen von Büchern und die Ganzheitszentren verloren ihre Liebhaber, aber es gibt sie noch, und ein einigermaßen großer, gebildeter Bevölkerungsanteil wird weiterhin mit ihnen vertraut bleiben. Bestimmte Therapien und Praxisformen sind sowohl kulturell als auch in die Medizin integriert worden. Die Konsumentenbewegung hat zahlreiche alternative Produkte aufgenommen und eine Reihe von früher kaum in Betracht gezogenen Produkten können heute leicht gekauft werden. Die medizinischen Berufsgruppen haben mit sensibleren Pflege- und Rehabilitationsprogrammen für den Körper reagiert, wie wir sie heute in der Krankenhausversorgung für Krebspatienten, in Geburtszentren, in Programmen zur Streßreduktion, in Zentren für Patienten mit chronischen Schmerzen, in Akupunkturangeboten und weiteren Programmen beobachten können. Vielleicht hat das ganzheitsmedizinische Denken dazu beigetragen, die konventionelle medizinische Betrachtungsweise um einige nicht somatische Faktoren zu erweitern (Engle 1988).

Ein kleiner Stamm des »New-Age«-Denkens verbleibt als Avantgarde eines kontinuierlichen Lebensstils und philosophischen Strebens am Rand der US-Kultur. Einer sehr heterogenen, aber konstant großen Bevölkerungsgruppe im ganzen Land dienen zahlreiche Zeitschriften, wie etwa *New Age*, *East-West Journal*, *Whole Life Times*, *Mother Earth News*, *Pathways*, *Yoga Journal*, *Anti Reader*, *Medical Self Care*, *New Options* und andere. Die meisten von diesen konkurrieren nicht um die gleiche Leserschaft wie Robert Rodales *Prevention Magazine*, das zum Reader's Digest der Gesundheit geworden ist und das der Vitaminindustrie dazu verhilft, etwa drei Milliarden Dollar pro Jahr von den Amerikanern einzusammeln.

Nach der Auflistung dieser Zeitschriften würde ich das, was von der holistischen Bewegung geblieben ist, weniger als eine feste Anhängerschaft bezeichnen, sondern eher als einen Markt für Amerikaner, die

sich auf andersartige Weise um ihre Gesundheit kümmern. Von den Anzeigenkunden dieser Zeitschriften (die jetzt aus der großen Industrie kommen) bis zu den Kleinhändlern, die ihre Waren auf den Konferenzen feilbieten, gibt es ein breites Angebot, das zur Perfektionierung der individuellen Gesundheit beitragen will, für Kunden, die offensichtlich mit einigen Aspekten der konventionellen Medizin unzufrieden sind.

Verallgemeinernd möchte ich über die diesen Kreisen angehörenden Leute sagen, daß sie sich etwa in folgendem gleichen: Sie stehen oft im Gegensatz oder außerhalb der modernen Medizin; sie bevorzugen volkstümliche Formen des Heilens und legen Wert auf sogenannte »natürliche« Heilweisen; sie vermeiden Medikamente und chemische Manipulationen der konventionellen Art und vertrauen ohne weiteres sogenannten »gesünderen« Lebensmitteln und anderen Substanzen zur Erreichung therapeutischen Erfolges; ganz allgemein glauben und fühlen sie eine engere Beziehung zwischen Psychologie und Ökologie, und sie tun sich zusammen zu Aktivitäten für Hausgeburten oder Nahrungsmittelkäufergemeinschaften bis hin zu Anti-Atomenergieprotesten. Manche vertreten metaphysische Vorstellungen über ihr individuelles Leben und ihren Platz im Universum.

Durch die generelle Desillusionierung über die technische Medizin, ihre hohen Kosten, ihre Grenzen und ihre Gefahren, behalten für viele die vielfältigen alternativen oder komplementären Praktiken ihren Reiz, und für viele Patienten besteht vielleicht sogar ein Sog dorthin. Um mehr Leute aus dem normalen medizinischen Versorgungssystem anzuziehen, wird von bestimmten Verfechtern der Chiropraktik, der Homöopathie, der Akupunktur, des Bio-Feedback, der Naturopathie und anderer ein evangelistischer Glaubenseifer an den Tag gelegt. Oft werden diese unterschiedlichen Therapien, über übliche Verkaufsstrategien für Hilfsmittel bei Krankheiten hinausgehend, mit Konzepten vertreten, die nicht selten einem religiösen Ruf, einer neuen Glaubensgemeinschaft beizutreten, ähneln. In letzter Zeit ist diese Art allerdings glücklicherweise etwas säkularisiert worden. Vielleicht unterstützen solche starken Glaubenshaltungen selbst die Therapie und befördern Verbesserungen des Gesundheitszustands.

Zum größten Teil setzen sich die Anhänger der verschiedenen holistisch sich nennenden Gesundheitspraktiken aus den Mittelklassen zusammen, die es vorziehen, lieber außerhalb der üblichen medizinischen Institutionen nach Hilfe zu suchen als sich für deren Veränderungen einzusetzen. Die meisten von ihnen stellen sich selbst aus den zahlreichen Angeboten eklektizistisch etwas zusammen und benutzen sie als zusätzliche unterstützende oder ergänzende Therapien und nicht als Ersatz für

die ärztliche Versorgung. In einer Reihe von konventionellen Behandlungsverfahren haben Ärzte im Rahmen des normalen Gesundheitswesens ausgesuchte alternative Therapien in ihre Verfahrensweise aufgenommen. Auch kann bereits von einiger akademischer ernsthafter Erforschung zu den therapeutischen Ergebnissen uralter und neu entwickelter Verfahrensweisen gesprochen werden. Es ist interessant festzustellen, wie auf dem konkurrierenden Gesundheitsmarkt heute philosophische Anleihen aufgenommen werden. Zynisch könnten diese Beispiele als Teil einer neuen Sensibilität bei den Praktikern betrachtet werden, wenn man einmal von der Tatsache absieht, daß sie den Absatzmarkt für neue Gesundheitsprodukte erweitern sollen.

Die Schulmedizin hat sich gegenüber der Konkurrenz durch verschiedene alternative Praktiker ziemlich blasiert verhalten. Während des gesamten Jahrzehnts gab es immer wieder Berichte über Quacksalberei und ungeprüfte Therapie und warnende Kommentare im »öffentlichen Interesse« gegen solche »anti-medizinischen« Praktiken. Diese Art der Betrachtung hat offenbar nachgelassen, obwohl die Claude Tepper-Hearings im Kongreß im Jahre 1987 die Diskussion wieder angefeuert haben. Die Therapien der Gesundheitsbewegung haben dem ärztlichen Stand nur wenig Kopfschmerzen bereitet, insbesondere verglichen mit den neuen privatwirtschaftlich betriebenen Versorgungssystemen und den Prämien der Kunstfehlerversicherungen. Trotzdem bleiben die Fronten des Kampfes um die tatsächlichen Marktanteile und unterschiedlichen Konzeptionen für einen späteren Zeitpunkt vorbereitet.

Die »New Age«-Bewegung und Entwicklungen zur »grünen Politik«

Von den politischen Potentialen her betrachtet, sind Bewußtsein und Aktivitäten innerhalb der »New Age«-Kreise in eine Richtung gegangen, die man als eine US-amerikanische Variante von »grüner Politik« bezeichnen kann. Natürlich sind nicht alle davon betroffen. Meine eigenen Untersuchungen darüber sind veraltet. Deshalb beschränke ich mich darauf, die besonderen Kennzeichen herauszuarbeiten, die wichtigsten Ereignisse aufzuführen und die Einflüsse der verschiedenen organisatorischen Einzelelemente zu skizzieren.

Der »New Age«-Bewegung geht es durchgängig um individuelle Gesundheit, Ökologie, Atomkraft, Frieden und um die Dezentralisierung der Wirtschaft. Ein wieder aufgekommendes Thema ist das »Ende des Lebens (auf unserem fragilen Planeten) und der Beginn des Überlebens«. Gemeint ist damit die Umkehr zu einem einfacheren und anderen Leben und Denken. Für die Wiederherstellung einer ausgeglichenen

Ökologie mißt man besondere Bedeutung der Umwertung persönlicher und weltkultureller Werte bei.

Spretnak und Capra (1984) setzen sich dafür ein, in den USA eine Bewegung zu schaffen, die der grünen Bewegung in Westdeutschland entspricht. Sie drängen auf ein breites Programm für neue Formen des kreativen Mitgestaltens und der gesellschaftlichen Veränderung. Auf unserer Seite des Atlantiks gab es in diesen Kreisen eine breite Diskussion um ihr Buch »Grüne Politik«. Viele, die ein solches »New Age«-Denken teilen, haben in ihrem Streben nach einer post-industriellen Gesellschaft eine große Scheu vor der traditionellen Unterscheidung zwischen »rechts« und »links«. Es überwiegt ein alles übersteigendes Streben, in allem, was mit Politik zusammenhängt, nicht-sektiererisch zu sein. Neben einigem Anti-Intellektualismus gibt es bei bestimmten Führern einen starken Anti-Marxismus, der sich wahrscheinlich vergangenen Erfahrungen mit linkem Sektierertum verdankt. Überhaupt wird unter vielen »New Age«-Leuten die Attitüde des »Nichtideologischen« gepflegt. Trotzdem bleibt es für solche Verbindungen von Menschen so verschiedener Ideologien und politischen Traditionen nicht gerade leicht, auf einen gemeinsamen Nenner in der praktischen Politik zu kommen.

In dieser amerikanischen Subkulturszene gibt es eine sehr merkwürdige Kombination von wirtschaftsliberalen Lösungen im Sinne freien Unternehmertums, das nun für höhere soziale Zwecke modifiziert werden soll. Das führt zu enormen Widersprüchlichkeiten in den Diskussionen über alternative Energiequellen, kooperative Arbeit, den Verbrauch begrenzter Ressourcen und bioregionaler Planung. Die ökonomischen Wurzeln gehen, so vermute ich, zurück auf die individualistischen und anarchistischen Momente in der Vergangenheit bestimmter tonangebender Leute. Die Haltung des Unternehmers dominiert, angefangen bei Ernährung, Gymnastikprogrammen und Gesundheitsprodukten bis hin zum Verkauf von handwerklich produzierten Kleidern, Möbeln, Schmuck und anderen, in Kleinproduktion hergestellten Erzeugnissen für ein gutes und natürliches Leben. Und im Windschatten dieser Kleinproduktion operiert die Werbeindustrie für Nahrung, Vitamine oder Kräutertee mit Millionen-Dollarbudgets.

Die Nachwirkungen der holistischen Gesundheitsbewegung und auch diese gegenwärtigen grünen »New Age«-Strömungen werden aller Wahrscheinlichkeit nach *keine* tiefgehende Debatte über die Grundlagen der akademischen Medizin provozieren, ebensowenig wie sie das medizinische Establishment dazu bringen können, ihr Paradigma auch nur zu reflektieren, was nach Kuhns Vorstellungen ja eine Voraussetzung

für dessen Veränderung ist (Kuhn 1962). Auch der Diskussion um die »Neue Physik« wird unter den Intellektuellen nur periphere Bedeutung zukommen. Hier bedarf es schon weiteren politischen Drucks, um mit der Zeit größere Wirkung zu erzielen (Salmon 1984a).

Das Problem der Definition von Gesundheit

Der Begriff von Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für das Verständnis, die Bewertung und die Weiterentwicklung eines jeden medizinischen Systems. Er ist unerläßlich, wenn man die Grundrisse der Gesundheitspolitik festlegen und die Ziele und Inhalte der Institutionen bestimmen will, gleichgültig ob sie nun konventionell sein sollen, alternativ oder komplementär. Von besonderer Bedeutung ist das für den Anspruch einer kulturellen Umwälzung, der die akademische Medizin in Frage stellt und zwar nicht nur ihrer Form, sondern auch dem Inhalt nach und der alles verändern will, von der klinischen Routine bis zu den fundamentalen Prinzipien.

Die meisten Gesundheitsdefinitionen in der akademischen Medizin beruhen auf der Annahme, daß sie, wie Krankheit, einfach im Körper angesiedelt ist, und daß ein Mensch sie unabhängig von seinem sozialen Leben oder äußeren Kräften erfährt. Diese Vorstellung setzt sich auch in der Praxis fort, obwohl doch Gesundheit in der Beziehung zur externen Realität und durch objektive Ereignisse geschaffen und erhalten wird; es gibt eine innige Verbindung zwischen der persönlichen Erfahrung von Gesundheit und der ganzen Komplexität der unmittelbaren Familie, den sozialen Netzen, der Wohngemeinde, der Sozialstruktur und der ökologischen Verhältnisse. Während nun aber die medizinischen Praktiker durchaus zu der Erkenntnis kommen können, daß diese immer wieder sichtbaren und erlebten Ereignisse und Beziehungen zur persönlichen Realität werden, behaupten die neuen Denker, dies habe weit höheres auf sich (Bohm 1980; Dossey 1983). Manche der modernen Geist-Sucher bringen nun wieder etwas hervor, was schon vor Jahrhunderten Mystiker und andere religiöse Denker als eine kosmische Verbindung zum inneren Ich bezeichnet haben. Merkwürdigerweise wird nun gerade diese Sichtweise mit Diskussionen um den Gesundheitsbegriff verknüpft, und so gibt es Erwägungen in Richtung auf das, was frühere Kulturen und Zivilisationen als eine spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit lange vor der westlichen Biomedizin angesehen hatten (Sobel 1979).

Die akademische Medizin legt ihr Hauptaugenmerk auf die Krankheitssymptome und geht immer dann von einem gesunden Zustand aus,

wenn die Resultate eingehender klinischer Untersuchungen im Bereich des Normalen liegen (Toulmin 1975). Diese enge klinische Sichtweise der Biomedizin betrachtet bei weitem nicht immer das Krankheitsverhalten als so bedeutend (Engel 1977), was heute ein Hauptkritikpunkt ist. Die Haltung der westlichen Biomedizin wird wegen der mechanischen Weise kritisiert, mit der sie an die Reparatur der menschlichen Maschine herangeht (Renaud 1975), und dies noch eher nach den Erfordernissen der kapitalistischen Industrieproduktion als nach denen einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung. Eine erweiterte Perspektive der Medizin liegt in einer multikausalen Sicht auf Krankheit. Hiernach entscheidet die biologische oder sonstig beschaffene Resistenz darüber, wie die individuellen Kämpfe gegen die spezifischen Krankheitsfaktoren, seien es nun Strahlen, chemische Stoffe oder Mikroorganismen, ausgefochten werden.

Viele der grundsätzlichen Überlegungen, die vom holistischen Denken angeregt worden sind, werden auch weiterhin für Kritik an der gegenwärtigen, im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft dominierenden akademischen Medizin sorgen. Größere Schwierigkeiten jedoch werden ihr mehr von den Leuten erwachsen, die die breiteren Zusammenhänge zur externen sozialen Realität des Individuums erkennen und zu einem gesellschaftlichen Verständnis von Gesundheit kommen.

Politische Implikationen der individualistischen Gesundheitsvorstellung

Viele der extrem individualistischen und auf persönliche Verantwortung ausgerichteten Momente der holistischen Gesundheitsideologie stehen nicht ganz so zufällig im Gleichklang mit den Versuchen von Regierung und großem Kapital, die früheren politischen Fortschritte in Richtung auf eine *soziale Verantwortung* rückgängig zu machen. Diese öffentlichen und privaten Finanzierungsträger für die medizinische Versorgung von sozial Anspruchsberechtigten und Arbeitnehmern setzen alles daran, die Abhängigkeiten von der professionellen Medizin zu lockern, um den Anstieg ihrer Gesundheitsausgaben zu reduzieren (Berliner und Salmon 1980). Für Leute, die gerne aus eigener Tasche neukreierte Dienste bezahlen, entstehen weder dem Staat noch den Unternehmern Kosten für institutionell garantierte Leistungen. In dem Maße, in dem die breite Öffentlichkeit glaubt, ihre Gesundheitsprobleme hingen hauptsächlich mit ihrem perönlichen Verhalten zusammen, werden die Forderungen, Krankenversorgung und Gesundheitsschutz als fundamentales Menschenrecht anzusehen, unterminiert. Das ist in der gegen-

wärtigen Periode wirtschaftlichen Rückgangs in der Tat bereits der Fall (Kelman 1975).

In einem Klima laufender finanzieller Kürzungen scheint es nur logisch, wenn die Kranken als »Ursache« ihres Gesundheitszustandes zum Sündenbock gestempelt werden. Man muß keineswegs den Beitrag der Individuen für ihre eigene Anfälligkeit bestreiten, aber es sollte doch leicht zu verstehen sein, daß solche Prämissen es der konservativen Regierung ermöglichen, die Kürzungen notwendiger Leistungen für die politisch weniger mächtigen Gruppen zu rechtfertigen. Mehr noch, diese Prämissen unterstützen Strategien, mit denen die Unternehmen von der Verursachung sozialer, arbeitsbedingter und ökologischer Gesundheitsprobleme freigesprochen werden. Die Lebensstil-Ideologie, mit ihrer Beschuldigung der Opfer, versucht, gerade diejenigen für ihre äußere Zwangslage zur Rechenschaft zu ziehen, die unglücklicherweise nicht die Macht haben, sie zu verändern (Minkler 1983).

Die Vielfältigkeit und Vieldeutigkeit des Gesundheitsbegriffs hat zu einer eher zunehmenden Anzahl von Meinungen geführt, mit denen die Menschen ihre Gesundheitserfahrungen interpretieren. Zwar ist das verbreitete Gesundheitsinteresse viel zu differenziert, um es präzise und vollständig erfassen zu können, aber es ist weiterhin stark geprägt von den — bereits erwähnten — kulturellen und politisch-ökonomischen Verhältnissen.

Zusammenfassung

Wenn es um die Gesundheit ging, war das Paradigma der akademischen Medizin über ein halbes Jahrhundert unangefochten. In den letzten zwei Jahrzehnten wurde diese Vorrangstellung in anschwellender Heftigkeit herausgefordert. Allerdings konnten ihre Anhänger und Nutznießer ihren Platz bisher trotz wachsender öffentlicher Ernüchterung behaupten.

Die holistische Gesundheitsbewegung in den Vereinigten Staaten wurde zum Katalysator für die weit verbreitete Abneigung gegen die Fehlentwicklungen der herrschenden Medizin. Die Öffentlichkeit fühlt in zunehmendem Maße, daß ihre tiefergehenden Bedürfnisse nach Gesundheit und Heilung durch die immer mehr kommerzialisierte Kultur der dominierenden Medizin entfremdet werden. Das Aufkommen der holistischen Bewegung versprach nun eine Rückkehr zu einfacheren Formen, in denen die zwischenmenschlichen Beziehungen als Schlüssel für die Hilfe bei der Genesung von Krankheiten angesehen werden und in denen außerdem eine Reihe neuer Möglichkeiten von Therapie-

ansätzen und Selbsthilfepraktiken angeboten wurden. Die Wiederentdeckung jahrhundertealter Heiltraditionen und andere Elemente neuen Denkens haben auch philosophisch zu den Diskussionen um die Definition und die Bedeutungen von Gesundheit beigetragen, die über die Beschränkungen der westlichen Biomedizin hinausweisen.

Leider ist aber die holistische Gesundheitsbewegung in den USA niemals darüber hinausgekommen, ein Markt für diejenigen zu sein, die mit der konventionellen Medizin unzufrieden sind. Ihre charismatischen Sprecher der 70er Jahre waren als Unternehmer wesentlich wirksamer denn als politische Organisatoren. Ob es zu einem Wiederaufleben dieser früheren Massenbeteiligung kommen wird oder ob Strömungen der »grünen Politik« in größerem Ausmaß Fuß fassen können, kann derzeit noch nicht gesagt werden.

Im Rahmen eines wissenschaftlicheren Strebens in Richtung auf eine »Wissenschaft von der Gesundheit« (Lafaille 1989) könnten die Beiträge dieser amerikanischen Erfahrung von Nutzen sein.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H., et al. (Hrsg.), 1983: Alternative Medizin. Argument-Sonderband AS 77. West-Berlin

Berkeley Holistic Health Center, 1978: The Holistic Health Handbook. Berkeley

Berliner, H.S., 1985: A System of Scientific Medicine. New York

Berliner, H.S., 1984: Scientific medicine since Flexner. In: J.W. Salmon (Hrsg.): Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives. New York, London

Berliner, H.S., u. J.W. Salmon, 1980: The holistic alternative to scientific medicine: History and analysis. International Journal of Health Services 10, 133-147

Bohm, D., 1980: Wholeness and The Implicate Order. London

Brown, E.R., 1979: Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America. Berkeley

Caplan, R.L., 1984: Chiropractic. In: J.W. Salmon (Hrsg.): Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives. New York, London

Capra, F., 1982: The Turning Point. Science, Society, and the Rising Culture. New York

Carlson, R.J., 1975: The End of Medicine. New York

Carlson, R.J. (Hrsg.), 1975a: The Frontiers of Science and Medicine. Chicago

Dossey, L., 1983: Space, Time, and Medicine. Boulder

Engel, G., 1977: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science 196, 129-136

Engel, G., 1988: Foreword. In: L. Foss, K. Rothenberg: The Second Medical Revolution: From Biomedicine to Infomedicine. Boston

Ehrenreich, B., u. D. English, 1978: For Her Own Good. New York

Feinglass, J., u. J.W. Salmon, 1989: Corporatization and the use of medical management information systems: Increasing the clinical productivity of physicians. International Journal of Health Services

Flynn, P.A.R., 1980b: The Healing Continuum: Journeys in the Philosophy of Holistic Health. Bowie, MD

Foss, L., u. K. Rothenberg, 1988: The Second Medical Revolution: From Biomedicine to Infomedicine. Boston

Francis, S., 1988: U.S. Industrial Outlook, 1988. Washington, DC

Hastings, A.C., J. Fadiman u. J.S. Gordon, 1980: Health for the Whole Person. Boulder, Colorado

Himmelstein, D., u. S. Woolhandler, 1986: Cost without benefit: Administrative waste in US health care. New England Journal of Medicine 314, 441-445

Illich, I., 1975: Medical Nemesis. New York

Kaslof, L.J., 1979: Holistic Dimensions in Healing. New York

Kelman, S., 1975: The social nature of the definition problem in health. International Journal of Health Services 5, 625-642

Kuhn, T.S., 1970: The Structure of Scientific Revolutions. Chicago

Lafaille, R., 1989: Towards the foundation of a science of health: Possibilities, challenges, and pitfalls. Paper presented at the Symposium on Foundations of A Science of Health. Brüssel

Lasch, C., 1978: The Culture of Narcissism. New York

LaPatra, J., 1978: Healing. New York

Lister, J., 1983: Current Controversy on Alternative Medicine. The New England Journal of Medicine 309, 1524-1527

McKinlay, J.B., 1984: Issues in the Political Economy of Medical Care. New York, London

McKinlay, J.B., u. S. McKinlay, 1977: The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 55, 405-428

McKinlay, J.B., S. McKinlay u. R. Beaglehole, 1989: A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. International Journal of Health Services 19, 181-208

Minkler, M., 1983: Blaming the aged victim: The politics of scapegoating in times of fiscal conservatism. International Journal of Health Services 13, 155-168

Navarro, V., 1976: Medicine Under Capitalism. New York

Navarro, V., 1982: The crisis of the international capitalist order and its implications for the welfare state. International Journal of Health Services 12(2), 172

Navarro, V., 1982: Where is the popular mandate? The New England Journal of Medicine 307(24), 1516-517

Orthodox Medicine, Humanistic Medicine, and Holistic Health (1979-1982). Series of articles in the Western Journal of Medicine, beginning 131, 463-465

Powles, J., 1973: On the Limitations of Modern Medicine. Science, Medicine and Man 1, 1-30

Public Health Service, 1989: Health, United States, 1988. Washington, DC

Relman, A.S., 1979: Sounding Board: Holistic Medicine. The New England Journal of Medicine 300, 312-313

Relman, A.S., 1988: The New England Journal of Medicine

Renaud, M., 1975: On the structural constraints of state intervention in health. International Journal of Health Services 5(4), 559-71

Rosen, G., 1958: A History of Public Health. New York

Salmon, J.W. (Hrsg.), 1989: The corporate transformation of health care (Policy, Politics, Health and Medicine Series). Amityville, N.Y.

Salmon, J.W., 1989a: Dilemmas in studying social change vs. individual change in health promotion: Considerations from political economy. Health Promotion: An International Journal 4(1), 47-52

Salmon, J.W., 1988: The uninsured and the underinsured: What can we do? The Internist: Health Policy in Practice 29(4), 8-13

Salmon, J.W., 1984a: Introduction. In: J.W. Salmon (Hrsg.): Alternative medicines: Popular and policy perspectives. New York, London

Salmon, J.W., 1984b: Defining health and reorganizing medicine. In: J.W. Salmon (Hrsg.): Alternative medicines: Popular and policy perspectives. New York, London

Salmon, J.W., 1984c: Organizing medical care for profit. In: B. McKinlay (Hrsg.): Issues in the political economy of medical care. New York, London

Salmon, J.W., u. H.S. Berliner, 1982: Self-Care: Boot Straps or Hangman's Noose? Health and Medicine: Journal of the Health and Medicine Policy Research Group 1, 5-11

Salmon, J.W., u. H.S. Berliner, 1980: Health policy implications from the holistic health movement. Journal of Health Politics, Policy and Law 5(3), 536-553

Shryock, R., 1936: The Development of Modern Medicine. Philadelphia

Smith, T., 1983: Alternative Medicine. British Medical Journal 287, 307-308

Sobel, D.S., 1979: Ways of Health. New York

Spretnak, C., u. F. Capra, 1984: Green Politics

Taylor, R.C.R., 1984: Alternative medicine and the medical encounter in Britain and the United States. In: J.W. Salmon (Hrsg.): Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives. New York, London

Toulin, S., 1975: Concepts of function and mechanism in medicine and medical science. In: H. Engelhardt, S. Spicker (Hrsg.): Evaluation and Explanation in the Biosciences. Boston

Waitzkin, H., 1978: A Marxist View of Medical Care. Annals of Internal Medicine 89, 264-278

Waitzkin, H., 1983: The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care. New York

White, W.D., J.W. Salmon u. J. Feinglass, 1989: Alterations in the agency relationship and implications for the medical profession. International Journal of Health Services

Whiteis, D., u. J.W. Salmon, 1987: The proprietarization of health care and the underdevelopment of the public sector. International Journal of Health Services 17(1), 47-64

Irmgard Vogt

Die Gesundheit der Frauen ist Frauensache

Die Frauengesundheitsbewegung

1. *Rahmenbedingungen*

Wie immer man sich dem Thema Gesundheit/Krankheit annähert, Frauen haben sich darauf von jeher anders eingelassen als Männer: sie sind es, die über Jahrhunderte hin die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Angehörigen übernommen haben, und sie sind es heute, denen der Arzt die Pflege der Kranken und der Genesenden überträgt. Zur Familienarbeit gehört ganz selbstverständlich die Gesundheitsarbeit dazu, und diese beschränkt sich bei weitem nicht auf die Pflege der Kranken, sondern sie umfaßt eben auch die Gesundheitsförderung (Mechanic 1986; Vogt 1985) als Voraussetzung für die Gesundheitserhaltung, um die es letztlich allen geht. Im Alltag sind Frauen noch immer die Gesundheitsexpertinnen und diese Position macht ihnen auch niemand ernstlich streitig[1].

Es ist wohl dieser eher unverstellte Zugang, den viele Frauen zu ihrem Körper und den verschiedenen Zuständen von Gesundheit und Krankheit haben, der die Frauengesundheitsbewegung befördert hat, nachdem sie im Zuge der Politisierung von Frauen überhaupt erst einmal entstanden war[2]. Das schließt allerdings nicht aus, daß auch viele Frauen Berührungsängste gegenüber ihrem eigenen Körper haben und sich schwertun im unverkrampften Umgang mit diesem. Im Vergleich jedenfalls mit Männern ganz allgemein und mit vielen Ärzten im besonderen sind den meisten Frauen Körperfunktionen und Körpersprache vertrauter als diesen[3].

Beim Blick zurück zu den Anfängen lassen sich allerdings zwei Entwicklungen ausmachen, die zunächst einmal eher parallel nebeneinander herlaufen, und die sich erst langsam auf einander zu bewegen und miteinander vermischen. Die Rede ist einerseits von der klassischen Frauengesundheitsbewegung, die ein breites Spektrum abdeckt von eher unpolitischen Selbsthilfegruppen in allen möglichen Bereichen des Gesundheitswesens bis hin zu hochpolitischen Vereinigungen wie den Frauengesundheitszentren, und andererseits von der Frauenhausbewegung. Spricht man über die Frauengesundheitsbewegung, wird die Frauenhausbewegung fast nie erwähnt. Tatsächlich spielten im Selbstverständnis der Frauenhausbewegung gesundheitliche Aspekte lange

Zeit nur eine untergeordnete Rolle, wenn es darum ging, geschlagenen und mißhandelten Frauen Hilfe anzubieten. In der Praxis war das jedoch von Anfang an anders, denn die psychischen und physischen Folgen der Mißhandlungen verlangten nach professioneller Behandlung. Kurz, die Frauen und ihre Kinder waren gesundheitlich besonders belastet und mußten dementsprechend gepflegt werden. Dieser Aspekt ist in der Frauenhausbewegung wenig diskutiert worden, woraus aber nicht der Schluß zu ziehen ist, daß Gesundheitsprobleme nicht berücksichtigt worden sind.

In den letzten Jahren haben sich jedoch Veränderungen angebahnt, denn die Frauengesundheitszentren haben mit ihren ambulanten Angeboten für mißhandelte Mädchen und Frauen die Probleme der Frauenhausbewegung aufgegriffen und sozusagen in eine andere Szene verlagert. Diese Angebote reichen von Selbsthilfegruppen bis zur klassischen Therapie, von der Einübung des Widerstands gegenüber Unzumutbarem bis hin zu Selbstverteidigungskursen[4]. Die Frauenhausbewegung hat also in den Frauengesundheitszentren eine durchaus zeitgemäße Fortsetzung gefunden, wobei mit der Transformation der Institutionen auch Transformationen der Inhalte einhergehen: die Gesundheitsarbeit der Frauengesundheitszentren unterscheidet sich von der der Frauenhausbewegung, aber beide verfolgen ein gemeinsames Ziel. Beiden geht es darum, die Emanzipation der Frauen voranzutreiben, sie ihrer Identität zu versichern und ihnen zu helfen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

2. *»Das Persönliche ist politisch«*

Frauenarbeit, das haben die letzten 20 Jahre gezeigt, ist immer auch politische Arbeit. Für den Gesundheitsbereich gilt diese Feststellung ebenso wie für andere Bereiche, die auf den ersten Blick mehr mit Politik verknüpft zu sein scheinen wie z.B. die Frauenarbeit. Wie vordergründig solche Einordnungen sind, hat sich für viele Frauen in der Auseinandersetzung mit dem Abtreibungsparagraphen (§ 218) gezeigt, dessen Änderung politisch erstritten werden mußte. Jüngste Entwicklungen zeigen, daß mit der Liberalisierung des § 218 in den 70er Jahren der Kampf noch lange nicht gewonnen ist[5]. Ganz im Gegenteil gibt es immer neue Versuche, die Liberalisierung aufzuheben oder sie doch möglichst so zu erschweren, daß Abtreibungen bei ungewollten Schwangerschaften nahzu unmöglich werden.

Frauen, die für ihre Rechte um Selbstbestimmung streiten, wenn sie schwanger geworden sind, erfahren am eigenen Leibe, daß »das

Persönliche politisch ist«. Diese Erfahrung einigt die Frauengesundheitsbewegung mit der Frauenhausbewegung, denn alle Frauen, die sich auf der einen oder anderen Seite engagieren, lernen nur zu schnell, daß all das hochpolitisch aufgeladen ist, was man sie gelehrt hat als »Privaten Bereich« zu respektieren und aus der Wahrnehmung auszugrenzen. Neben Schwangerschaft und Abtreibung gehören dazu auch Gewalttätigkeiten und Mißhandlungen von Frauen in der Ehe und in Freundschaften, Gewalttätigkeiten und Vergewaltigungen von Kindern in der Familie und ganz allgemein strukturelle Gewalt gegen Frauen in allen Lebens- und Arbeitsbereichen. So theoretisch der Begriff der strukturellen Gewalt auch immer ist (vgl. Galtung 1972), die Auswirkungen davon können Frauen oft genug ganz real feststellen und wahrnehmen: am zerschundenen Körper können sie ablesen, welche Gewalt ihnen angetan worden ist, vorausgesetzt, Frau und Mann trauen ihren eigenen Augen. Wie man aus einer Reihe von Studien inzwischen weiß, werden die eigenen Anschauungen dann nicht ernstgenommen, wenn sie von der herrschenden Ideologie allzuweit entfernt liegen, was bis heute für die Folgen von Gewalthandlungen gegen Mädchen und Frauen gilt[6].

So gesehen wundert es nicht, daß Frauen ihre eigene Gesundheit in die Hand genommen und sich auf ganz neue Weise auf ihren Körper eingelassen haben. Selbstuntersuchungen kamen auf, und alternative Verhütungsmethoden zur in den 70er Jahren gängigen Anti-Baby-Pille wurden gesucht. Frauen nahmen aktiv an Selbsterfahrungskursen teil, wobei sich die Selbsterfahrung gleichermaßen auf den Körper und seine Fuktionen bezog wie auf subjektive Erlebnisse und Erfahrungen im Umgang mit anderen und in der Auseinandersetzung mit Institutionen, Bürokratien und den Mächtigen schlechthin. Frauen eigneten sich ihre eigene Gesundheit wieder an und diesmal nicht als Hilfsdienerin des Arztes, sondern als eigenverantwortliche Subjekte. Die Frauengesundheitsbewegung nahm langsam Gestalt an und konstituierte sich in vielen kleinen Gruppen an den wunderlichsten Orten. Inzwischen hat sie sich fast schon etabliert. Sie hat ihre Kristallisationspunkte u.a. in den Frauengesundheitszentren, auf die sie aber nicht beschränkt ist. Frauen treffen sich an allen möglichen Orten und oft unter erschwerten Bedingungen, um etwas für ihre Gesundheit zu tun, um sich auszutauschen und Erfahrungen weiterzugeben, und um sich Trost und Hilfe zu spenden, wenn sie von chronischen Krankheiten geplagt sind usw. Die Frauengesundheitsbewegung ist längst ein höchst lebendiger Tausendfüßler geworden, der gleichzeitig nach allen möglichen Richtungen auseinanderstrebt.

Wie das Bild des Tausenfüßlers schon andeutet, kennt die Frauen-

gesundheitsbewegung kein methodisches Paradigma, dem sie sich verschrieben hat. Ganz im Gegenteil sind alle methodischen Ansätze in der Arbeit von Frauen mit Frauen erlaubt und erwünscht, sofern sie nur erfolgversprechend sind und die Autonomie der Frauen stärken. Daher findet man in den Frauengesundheitszentren ein buntscheckiges Angebot vor, das den Mondtanz ebenso einschließt wie Massagekurse, Meditationstrainings, Methoden der Körperdiagnostik und vieles andere mehr. Ganzheitliche Vorstellungen von Gesundheit mischen sich mit traditionellen Verfahren und Techniken der klassischen Medizin. Die Widersprüche, die sich da unter einem Dach vereinen, sind groß. Gemeinsam ist all diesen Angeboten jedoch das Bemühen darum, die Frauen als Subjekte in den Prozeß der Diagnostik und der Therapie wiedereinzusetzen, ihre Eigenverantwortung zu stärken und ihnen Mut zu machen, nach unorthodoxen Lösungen für ihre Gesundheitsprobleme zu suchen. Gemeinsam ist ihnen aber auch das Bemühen darum, hierarchische Strukturen abzubauen und sie durch Gruppenarbeit zu ersetzen. Jedenfalls kennen Frauengesundheitszentren keine bürokratisch festgeschriebenen hierarchischen Strukturen, was allerdings Statusprobleme und -auseinandersetzungen nicht ausschließt.

Wenn Frauen sich für ihre Gesundheit engagieren, dann haben sie vieles im Sinn, und längst nicht alles davon ist politisch. Viele Frauenselbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich verstehen sich als unpolitische Gruppen, in denen sich Interessierte und Betroffene zusammenfinden. Politische Stellungnahmen und Positionen sind bei ihnen verpönt; wer sie dennoch einbringt, muß mit Ausschluß rechnen. Hierher gehören Gruppen, die sich der Körperarbeit verschrieben haben und Gruppen für chronisch kranke Frauen (insbesondere Krebskranke) usw. Aber die Abschottung eines vermeintlich privaten Bereichs Gesundheit vom politischen Umfeld gelingt nur wenigen Gruppen auf die Dauer. Oft genug sind es äußere Anlässe, die die Gruppen politisieren, wie etwa der Entzug der ohnehin meist spärlichen finanziellen Mittel zugunsten etablierter Verbände oder professioneller Hilfe. So trägt die Gesellschaft ein gerüttelt Maß dazu bei, das Bewußtsein der Frauen dafür zu schärfen, daß »das Persönliche politisch ist«.

3. *Kontexte*

Die Ansätze der Frauengesundheitsbewegung können vorerst nicht darüber hinwegtäuschen, daß ihre Bemühungen sich ganz am Rande der Medizinszene abspielen, die beherrscht wird von Ärzten, also den sprichwörtlichen »Halbgöttern in Weiß«. Daran hat sich in der letzten

Zeit nichts geändert, selbst nachdem auf den weißen Westen der Mediziner immer mehr Sudelflecken aufgetaucht sind. Das Prestige der Zunft hat daran nicht ernsthaft Schaden genommen. Nach herrschender Meinung sind die Ärzte nicht nur zuständig für die Behandlung von Krankheiten, sondern auch für die Gesundheit unbeschadet der Feststellung von Kesel (1989), daß »Ärzte in der Regel nichts von Gesundheit« verstehen, zumal sie dafür auch nicht ausgebildet werden. Der Anspruch der Mediziner als alleinige Experten auch auf dem Sektor der Gesundheitsvorsorge und -förderung wird noch einmal unterstrichen durch die gerade eben durchgesetzte Gesundheitsreform, die den Krankenkassen die Aufgabe zuschiebt, Präventionsprogramme für alle zu entwickeln. Die Krankenkassen, das liegt in der Natur des Systems, ziehen die Mediziner zu diesen Aufgaben heran, denen sie ganz einfach näher stehen als jeder anderen Berufsgruppe.

Mediziner und in ihrem Gefolge Psychologen gehen in ihren zentralen Paradigmata von einfachen Modellen aus. Sie unterstellen nämlich, daß es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt im Zusammenhang mit Krankheitsprozessen und deren Behandlung. In der Medizin wie in der Psychologie ist das Modell, der Einfachheit halber und auch aus Tradition, männlich. Besonderheiten etwa im Verlauf bestimmter Erkrankungen bei Frauen werden interpretiert als Abweichungen vom männlichen Modell; sie signalisieren einmal mehr die Fehlerhaftigkeit und Unzulänglichkeit des weiblichen Geschlechts im Vergleich zum männlichen. Eine eigenständige Bedeutung, die der gründlichen Untersuchung bedarf, wird den Krankheitsverläufen der Frauen nicht zugebilligt. Ausnahmen bestätigen hier eher die Regel. Sie werden nicht zum Anlaß genommen für grundsätzliche Änderungen der Denkschablonen[7].

Wollen sich Frauen und Männer als MedizinerInnen und als PsychologInnen qualifizieren, müssen sie sich auf dieses rigide Denksystem einlassen, denn männliche Denkstrukturen dominieren die Ausbildungsgänge an allen deutschen Hochschulen. Dem Drill, mit dem man dort auf die Medizin und die Psychologie vorbereitet wird, kann man sich weder einfach entziehen noch widersetzen. Frauen werden in diesem System mindestens ebenso rigoros zurechtgeschliffen wie Männer, wahrscheinlich aber noch härter als diese, gilt es doch, ihnen ein für allemal klarzumachen, daß das männliche Paradigma unter allen Umständen auch für Frauen stimmt — wenn man von den Reproduktionsleistungen absieht, die wiederum als Spezialfall abgehandelt werden. Tatsächlich haben die meisten MedizinerInnen und PsychologInnen am Ende ihrer Ausbildung vergessen oder verdrängt, daß Frauen und

Männer verschieden sind und daß man gut daran tut, dies im pflegerischen Umgang mit ihnen in Rechnung zu stellen.

Konsequenterweise bestimmt denn auch nicht das Geschlecht allein darüber, ob Frauen sich zur Frauengesundheitsbewegung zuordnen oder nicht. Es sind andere Erfahrungen, die Frauen schließlich dazu bringen, Abstand von vielen verstaubten schulmedizinischen »Weisheiten« zu nehmen und sich statt dessen noch einmal ganz von neuem auf die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen einzulassen (vgl. Jansen und Nemitz 1986).

Daraus folgt, daß Frauen im Interesse ihrer eigenen Gesundheit (und wohl auch der ihrer Kinder und Lieben) eine Ausbildung in Medizin und Psychologie einfordern müssen, die die Geschlechtsunterschiede ernstnimmt und sie sowohl in der Theorie wie in der Praxis berücksichtigt. Frauen und Männer müssen lernen, daß Frauen auf Krankheiten anders reagieren als Männer, daß folglich Krankheitsprozesse bei ihnen anders verlaufen als bei Männern und daß sie über andere Bewältigungsstrategien verfügen als diese. Komplementär dazu verhält es sich mit dem Verständnis der Frauen von Gesundheit, das sich ebenfalls gründlich von dem der Männer unterscheidet. Das kann aber nur gelingen, wenn die Frauen aktiv in die Gesundheitsfürsorge einbezogen werden, wenn man sie als Subjekte bei der Diagnose und der Therapie ihres Gesundheitszustandes berücksichtigt.

Mit der neu entfachten Debatte über Gesundheitsförderung wird es nötig sein, daß sich die Frauengesundheitsbewegung ganz gezielt einmischt in Förderpläne und Präventionsprogramme, damit die von ihr propagierte Neuorientierung im Gesundheitswesen nicht einfach untergeht im Geschrei der etablierten Verbände, die sich anschicken, ihre Einflußbereiche auszudehnen und ihren Besitzstand zu mehren. Wie gewohnt, gehen sie dabei nicht zimperlich vor. Die Frauengesundheitsbewegung muß sich also gut vorsehen, wenn sie sich auf eine solche Intervention einläßt.

4. *Geschlechtsdifferenz und Gesundheit*

Die Frauengesundheitsbewegung muß sich aber auch einmischen in die alte und immer wieder neue Diskussion über das Verhältnis von Biologie und Gesellschaft. Neuerdings gibt es ja wieder starke Bestrebungen dazu, die Geschlechtsdifferenzen im Biologischen zu verankern und die gesellschaftlichen Unterschiede als Neben- oder Folgeprodukt der Biologie zu interpretieren. Kurz, die alte These vom »physiologischen Schwachsinn des Weibes« (Moebius 1907) feiert fröhliche Urständ

in einer Zeit, die ohnehin dazu tendiert, genetische Erklärungen allen anderen vorzuziehen, seien sie nun psychologisch, soziologisch oder ökologisch. Gelingt es endlich, Geschlechtsdifferenzen auf genetische Unterschiede in der Ausstattung nicht nur des Reproduktionsbereiches zu reduzieren oder doch wenigstens auf die Ausdifferenzierung des Gehirns, das zu diesem Zweck heute wieder vermessen und gewogen wird, braucht man sich endlich nicht mehr mit der These der Frauenbewegung auseinanderzusetzen, daß wir »nicht als Frau zur Welt« kommen, sondern dazu gemacht werden[8].

Wie verhält es sich aber nun tatsächlich mit der Gesundheit, wenn man mit den Geschlechtsdifferenzen ernst macht? Nimmt man an, daß soziale Erfahrungen im Prozeß der Vergesellschaftung von Frauen eine ebenso gewichtige Bedeutung haben wie die genetische Ausstattung, dann folgt daraus notwendig, daß die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in geschlechtsspezifische Körper- und Gesellschaftskonzepte eingebettet sind. In der Interaktion von Sozialem und biologischen Prozessen müssen sich dann typisch weibliche und männliche Konstrukte von Gesundheit und Krankheit herausbilden, die eben nicht ineinander aufgehen, sondern die die Geschlechter voneinander trennen.

Über die männlichen Konstrukte wissen wir einiges, über die weiblichen vorerst noch so gut wie nichts[9]. Noch immer geht die Medizinsoziologie davon aus, daß die Geschlechtsdifferenzen im Gesundheitsbereich eher unwesentlich sind und also vernachlässigt werden können. Das läßt sich auch ablesen an der Wissenschaftsförderung, über die Projekte favorisiert werden, die den Krankheitsprozessen bei Männern nachgehen (z.B. bei Herz-Kreislauferkrankungen) oder solchen, die geschlechtsneutral zu sein scheinen (z.B. chronische Schmerzen), nicht aber typischen Erkrankungen bei Frauen. So wird suggeriert, daß die Geschlechtsdifferenzen letztlich marginal seien und daß man sie durchaus zu Recht vernachlässige. — Diese Harmonie wird am Ende nur durch die Mortalitätsstatistik gestört, die ausweist, daß Frauen in der BRD nicht nur länger leben als Männer (im Durchschnitt rund 5 Jahre), sondern daß sie auch an anderen Erkrankungen sterben als diese. So gesehen kommt dem Geschlecht im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit eine viel gewichtigere Rolle zu, als das bisher in der Medizin und den einschlägigen Sozialwissenschaften zur Kenntnis genommen worden ist. Die Frauengesundheitsbewegung kann also mit gutem Grund einfordern, daß auch in der Forschung die Gewichte neu zu verteilen sind, und zwar zugunsten der Frauen.

Allerdings darf man dabei nicht in den Fehler verfallen, einer »weiblichen Medizin« das Wort zu reden. Welche fatalen Auswirkungen eine

solcherart biologistische Medizin hat, hat der Nationalsozialismus ganz unverhüllt gezeigt, als man versuchte, mit aller Gewalt eine »deutsche Medizin« zu schaffen. Bis heute ist die Medizin damit beschäftigt, ihre eigene Vergangenheit unter dem Nationalsozialismus aufzuarbeiten[10].

Wenn hier den Geschlechtsdifferenzen das Wort geredet wird, dann heißt das, daß man Abstand nehmen muß vom heute gültigen männlichen Modell in der Medizin. Diese ist aber nicht im Schnellverfahren zu ersetzen durch ein einheitliches weibliches Modell, womit ja nichts an Differenziertheit gewonnen wäre. Ganz im Gegenteil bedarf es eines neuen Modells, das die Interaktion von Gesellschaft und Biologie in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt und daraus Folgerungen ableitet für die geschlechtsspezifischen Körper- und Gesundheitskonzepte.

5. *Gesundheit im Machbarkeitsrausch*

Manche Gruppen und Fraktionen der Frauengesundheitsbewegung teilen mit der Medizin den Glauben an die fast unbegrenzte Machbarkeit von Gesundheit. Anders als Ärzte setzen diese Frauen jedoch nicht darauf, die Gesundheit mit technischen Mitteln herstellen zu können, sondern durch das »richtige Leben«, d.h. ein Leben im Einklang mit dem Körper, den Mitmenschen und der Umwelt[11]. Nicht zufällig steht die Forderung nach einem irgendwie ganzheitlich gearteten Körper- und Gesundheitskonzept an erster Stelle dieser Liste, denn nirgendwo sonst lassen sich normative Forderungen an einen »gesundheitsgerechten Lebensstil« leichter aufstellen als auf der individuellen Ebene. Für ein harmonisches Zusammenleben mit den Mitmenschen und der Umwelt bedarf es dagegen ganz anderer Voraussetzungen als nur den eigenen guten Willen, und daran scheitern bislang alle Selbsthilfegruppen, die sich vorgenommen haben, ihren Frieden sowohl mit der Gesellschaft wie mit der Umwelt zu machen. Weder lassen sich gesellschaftliche Strukturen auf der individuellen Ebene nach eigenem Gutdünken verändern noch die Umweltprobleme, die sich mit der fortschreitenden Industrialisierung immer weiter verschärfen. So bleibt nur der Rückgriff auf das eigene Leben, das gleichsam im Dienste der Gesundheit entpolitisiert wird, denn die Suche nach dem »richtigen Leben« geht zusammen mit dem Rückzug aus der politischen Welt in die Innerlichkeit mit Hilfe der Magie und der Esoterik.

Sieht man einmal davon ab, daß die Gesundheit des Individuums mindestens in demselben Maße von den sozialökologischen Bedingungen abhängig ist wie vom eigenen Lebensstil und unterstellt man, daß die individuelle Lebensweise von zentraler Bedeutung für die Gesundheit ist,

dann sitzt man noch immer einem Trugschluß auf, wenn man glaubt, diese beliebig steuern zu können. Zwar gaukeln psychosomatische Theorien und Erklärungen uns manchmal vor, daß es allein am individuellen Lebensstil liegen soll, ob man gesund bleibt oder krank wird, aber so einfach liegen die Dinge nicht. Ganz offenbar sind manche Individuen anfälliger für Krankheitsprozesse als andere, und dies ist eben nicht nur die Folge ihres individuellen Lebensstils, sondern hängt von einem Faktorengeflecht ab, das weder die Medizin noch eine andere Wissenschaft bislang zu erklären imstande ist. Wie immer man sich das Leben einrichtet, es bleiben Gefährdungen übrig, die man mit einem »gesundheitsgerechten Lebensstil« nicht manipulieren kann. Die Wiedereinsetzung des Subjekts als erste und wichtigste Instanz, die über den je eigenen Zustand zu befinden hat, macht das Subjekt nicht zum allmächtigen Wesen, sondern läßt es ebenso fragil und gefährdet zurück wie es die Medizin schon immer tut.

Mit der Frage nach dem Sinn von Leiden, Krankheit und Tod muß sich die Frauengesundheitsbewegung in Zukunft sehr viel nachhaltiger auseinandersetzen, als das bisher der Fall war. Das wird schon deshalb notwendig sein, damit die Frauen nicht auf Dauer dem Machbarkeitsrausch unterliegen, der heute die Gesundheitsdiskussion durchzieht.

Anmerkungen

1 Historische Studien belegen, mit wieviel Gewalt sich Männer im Gesundheitsbereich als Ärzte und Hygieniker gegen die Frauen durchgesetzt haben. Einzelheiten findet man u.a. bei Fischer-Homberger 1984, 1988; Frevert 1982; Huerkamp 1985; Labisch 1989; Metz 1988. Diese Auseinandersetzung wird auch heute noch geführt, wenngleich sich die Mittel und Methoden geändert haben, was man z.B. an den derzeit diskutierten Konzepten zur Gesundheitsförderung studieren kann (vgl. Gesunde Städte 1988; Stark und Hildebrandt 1989). Männer prägen also die Gesundheitsarbeit der Frauen, sie lassen diese aber ohne Widerspruch die Arbeit machen, in die sie sich letztlich nicht einmischen. Arbeitsteilung ist nicht angestrebt, lediglich die Sicherung männlicher Machtpositionen.

2 Eine Vorreiterrolle in dieser Entwicklung haben US-amerikanische und englische Frauen übernommen, die schon zu Beginn der 70er Jahre Selbstuntersuchungen gefordert und Selbsthilfegruppen für betroffene Frauen eingerichtet haben; vgl. dazu Boston Women's Health Book Collective 1973 (deutsch: Unser Körper — Unser Leben 1980; kritisch dazu Haug et al. 1988); Lewin und Olesen 1985.

3 Die größere Sensibilität von vielen Frauen für Körperprozesse und ihr Verständnis über den Zusammenhang mit der jeweiligen Lebenswelt der Betroffenen kennt man aus dem Alltag. Die Forschung hat sich bislang kaum um diese Phänomene gekümmert. Das liegt wohl auch daran, daß sich die Interpretationen der

Körpervorgänge der weiblichen Laien mit denjenigen der gewöhnlich männlichen Professionellen sehr häufig nicht decken, was zu vielfältigen Mißverständnissen Anlaß gibt; siehe z.B. v. Ferber 1978; Phillips und Segal 1968.

4 Auf die stürmische Entwicklung, die die Frauenhausbewegung in den letzten 15 Jahren durchlaufen hat, kann hier nicht eingegangen werden, vgl. dazu Lösch-Sieveking 1987. Ebensowenig kann die Arbeit der Frauengesundheitszentren ausführlich dargestellt werden, die ja weit mehr Bereiche umfaßt als den der Prävention und Therapie von Mißhandlungen; vgl. dazu Laudan 1987; Mebes 1989.

5 Ich erinnere hier an den Prozeß gegen den Arzt Horst Theissen in Memmingen in den Jahren 1988/89 sowie die Verhöre und Verurteilungen vieler seiner Patientinnen. Auf die Pressekampagnen, die diesen Prozeß begleitet haben (u.a. im Stern) reagieren die Staatsanwaltschaften in allen Bundesländern derzeit mit Vorermittlungen, die gegebenenfalls auch zu Anklageerhebungen führen können. Es ist davon auszugehen, daß weitere Verfahren wie in Memmingen in anderen Teilen der BRD stattfinden werden.

6 Wie man aus einer Reihe von Studien mittlerweile weiß, wollen z.B. Ärzte von Gewalt gegen Frauen und sexuellen Mißhandlungen nichts wissen. Vielmehr übernehmen Ärzte mit Vorliebe die Erklärungen der geschundenen Mädchen und Frauen, die von Stürzen und Unfällen berichten; vgl. dazu Kurz und Stark 1988; Stark et al. 1979; Trube-Becker 1982, 1987.

7 Als Ausnahmen etablieren sich langsam die Suchtkrankheiten, von denen manche Mediziner heute behaupten, daß die biologischen Geschlechtsunterschiede zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen führen sollen; vgl. u.a. Teschke 1989. Allerdings mischen sich hier oft Werturteile mit klinischen Beobachtungen, und es ist nicht immer leicht, Befunde von Vorurteilen zu trennen.

8 Die von der Europäischen Gemeinschaft angeleierte Genomforschung wird wohl ein Lehrstück sein darüber, wie man mit medizinischer Forschung Geschlechtsdifferenzen auf die Biologie reduziert. Konträr dazu: Beauvoir 1968; Birke 1986; Scheu 1977.

9 Ansätze zu einer Frauengesundheitsforschung findet man u.a. bei Franke 1989; Franke und Jost 1985; Jansen und Nemitz 1986; Kluitmann 1989; Schmidt 1989; Vogt 1985, 1987.

10 Aus der Fülle der Publikationen, die zum Thema Medizin im Nationalsozialismus in den letzten fünf Jahren erschienen sind, können hier nur einige wenige genannt werden: Bock 1986; Klee 1983; Richarz 1987; Schmuhl 1987.

11 Vgl. dazu die Kontroverse zwischen Gerhardt/Friedrich und Badura/v. Ferber 1985.

Literaturverzeichnis

Badura, B., u. C.v. Ferber, 1985: Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs »Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens«. In: Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4, 128-144

Beauvoir, S. de, 1968: Das andere Geschlecht. Reinbek

Birke, L., 1986: Women, Feminism and Biology. New York

Bock, G., 1986: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Opladen

Boston Women's Health Book Collective, 1973: Our Bodies — Ourselves. New York

Ferber, C. von, 1978: Der kranke Mensch in der Gesellschaft. Reinbek

Fischer-Homberger, E., 1984: Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. Bern

Fischer-Homberger, E., 1988: Medizin vor Gericht. Darmstadt

Franke, A., 1989: Frauen-Gesundheitsforschung in der Psychologie. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 21, 5-18

Franke, A., u. I. Jost (Hrsg.), 1985: Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen. Tübingen

Frevert, U., 1982: Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert — Zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses. In: A. Kuhn u. J. Rüsen (Hrsg.): Frauen in der Geschichte II. Düsseldorf, 177-210

Galtung, J., 1972: Eine strukturelle Theorie des Imperialismus. In: D. Senghaas (Hrsg.): Imperialismus und strukturelle Gewalt. Frankfurt/M., 29-104

Gerhardt, U., u. H. Friedrich, 1985: Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. In: Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4, 107-127

Gesunde Städte. Das »Healthy Cities« Projekt der Weltgesundheitsorganisation, 1988: Düsseldorf

Haug, F. (Hrsg.), 1988: Frauenformen 2. Sexualisierung der Körper. Argument-Sonderband AS 90. West-Berlin

Huerkamp, C., 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen

Jansen, B., u. B. Nemitz, 1986: Frauenleid und Frauenleiden. Zur Pathologisierung von Frauenkörpern. In: F. Haug u. K. Hauser (Hrsg.): Der Widerspenstigen Lähmung. Kritische Psychologie der Frauen. Bd.2. Argument-Sonderband AS 130. West-Berlin, 41-76

Kesel, R., 1989: Gesundheitspolitik aus der Sicht von Gesundheitsläden und Initiativen. In: Kongreß »Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung«. West-Berlin

Klee, E., 1983: Euthanasie im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«. Frankfurt/M.

Kluitmann, A., 1989: Klagemänner, Klageweiber. In: Psychologie Heute Special, 22ff.

Kurz, D., u. E. Stark, 1988: Not-So-Benign Neglect: The Medical Response to Battering. In: K. Yllö u. M. Bograd (Hrsg.): Feminist Perspectives on Wife Abuse. London

Labisch, A., 1986: »Hygiene ist Moral — Moral ist Hygiene«. Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin. In: C. Sachsse u. F. Tennstedt (Hrsg.): Soziale Sicherheit und Soziale Disziplinierung. Frankfurt/M., 265-285

Laudan, B., 1987: Sexueller Kindesmißbrauch. Entwicklung und Arbeit des Selbsthilfeprojektes »Wildwasser«. In: Arbeitskreis »Sexuelle Gewalt«: Gewaltverhältnisse. Frankfurt/M.

Lewin, E., u. V.L. Olesen, 1985: Women, Health and Healing. Towards a New Perspective. London

Lösch-Sieveking, G., 1987: Frauenbewegung und sozialpolitisches Engagement — ein neues Ehrenamt? In: I. Ridder-Melchers (Hrsg.): Erst war ich selbstlos — jetzt geh ich selbst los. Düsseldorf, 69-86

Mebes, M., 1989: Sexueller Mißbrauch in der frühen Kindheit/ Sucht als Überlebensstrategie. In: J. Brakhoff (Hrsg.): Sucht und Prostitution. Freiburg

Mechanic, D., 1986: From Advocacy to Allocation. New York

Metz, K.H., 1988: Industrialisierung und Sozialpolitik. Göttingen

Phillips, D.L., u. B.E. Segal, 1969: Sexual Status and Psychiatric Symptoms. In: American Sociological Review 34, 548-572

Richarz, B., 1987: Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Göttingen

Scheu, U., 1977: Wir werden nicht als Mädchen geboren — wir werden dazu gemacht. Frankfurt/M.

Schmidt, R., 1989: Feministische Ansätze in der Gesundheitsdiskussion. In: Kongreß »Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung«. West-Berlin

Schmuhl, H.-W., 1987: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Göttingen

Stark, E., A. Flitcraft u. W. Frazier, 1979: Medicine and Patriarchal Violence: The Social Construction of a »Private« Event. In: International Journal of Health Services 9, 461-493

Stark, W., u. H. Hildebrandt, 1989: Versuche partizipativer Prävention auf kommunaler Ebene — das »Healthy Cities«-Projekt der WHO. In: W. Stark (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention. Freiburg

Teschke, R., 1989: Alkoholwirkungen im menschlichen Organismus. In: S. Scheerer, I. Vogt (Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt/M.

Trube-Becker, E., 1982: Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern. Heidelberg

Trube-Becker, E., 1987: Epidemiologie der Alkoholkrankheit, speziell bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: F. Majewski (Hrsg.): Die Alkoholembryopathie. Frankfurt/M., 23-31

Vogt, I., 1983: Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. In: Leviathan 2, 11, 161-199

Vogt, I., 1985: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Frauen und Mädchen. Opladen

Vogt, I., 1987: Vernachlässigt die Psychologie die Gesundheitsbedürfnisse der Frauen? In: B. Rommelspacher (Hrsg.): Weibliche Beziehungsmuster. Frankfurt/M., 102-109

Rainer Stange

Naturheilverfahren in der gesundheitspolitischen Diskussion

Gesundheitspolitische Diskussionen sind in den Kreisen naturheilkundlich orientierter Ärzte und anderer therapeutischer Berufsgruppen leider nur selten anzutreffen. Zwar gibt es eine Reihe ständischer Organisationen, etwa den Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V. als wohl größter, doch scheint deren Selbstverständnis sich eher auf die Wahrnehmung von Partikularinteressen zu beschränken. Dies erscheint nicht verwunderlich, da naturheilkundlich orientierte Therapeuten sich in nahezu allen Berufsgruppen — mit Ausnahme etwa der Heilpraktiker — in einer Minderheit befinden und demzufolge eher ein Arrangement in Nischen der gesundheitlichen Versorgung suchen bzw. verteidigen, als den Blick für übergeordnete gesundheitspolitische Belange freizugeben.

Dabei ließe sich aus den beanspruchten Wirkprinzipien der naturheilkundlichen Therapien bereits eine Basis für wichtige gesundheitspolitische Standpunkte ableiten:

— Sie beanspruchen in der Regel, nicht direktiv pathologische Befunde anzugehen, sondern z.B. durch Reiztherapien die Selbstregulationskräfte im Körper anzusprechen. Dabei können durchaus verschiedene Therapieformen gleichzeitig ein Ziel verfolgen, etwa Ernährungs- und Phytotherapie. Kooperation ist also eine Grundvoraussetzung in der unmittelbaren therapeutischen Situation. Dies schließt Zusammenarbeit verschiedener therapeutischer Berufsgruppen ebenso ein, wie die Anerkennung von beispielsweise Selbsthilfeorganisationen.
— Jenseits der Befunde an erkrankten Organen ist der Gesamtorganismus Ziel der therapeutischen Intervention. Dementsprechend müßten sich unterschiedliche Konzepte in den Phasen der Konfrontation des Patienten mit der Gesundheitspolitik, also etwa Prävention, Akuttherapie, Rehabilitation, besser aufeinander abstimmen lassen, als dies die bei uns konzeptuell vorherrschende, am erkrankten Organ orientierte Medizin zu leisten vermag.

Die sich daraus ableitenden grundsätzlichen Forderungen sind eine weitgehende Dezentralisierung der Gesundheitsdienste, die freie Koexistenz unterschiedlicher therapeutischer Ansätze sowie die freie Wahl des Therapeuten durch den sozialversicherten Patienten.

Doch orientieren wir uns nicht an Wunschvorstellungen, sondern an der praktizierten Realität in den Naturheilverfahren, so fallen einige Hindernisse ins Auge:

— 'Natur' als heilende, vorbeugende oder rehabilitierende therapeutische Instanz erfährt in einem unter anderen als den bekannten naturwissenschaftlich-medizinischen Konzepten reduktionistischen Ansatz eine Ausschließlichkeit, die insbesondere den Blick auf soziale Realitäten verstellt. Der erkrankte Organismus hat sich durch seinen Sachwalter, einen einsichtigen Verstand, an andere Milieubedingungen zu adaptieren, als die ihn krankmachenden. Die Wahl des Milieus ist in den Vorstellungen mancher Kollegen der Einsicht des Patienten freigestellt. Daß indes die meisten Arbeitsplätze einen sinnvollen Rhythmus von Belastung und Entspannung nicht zulassen, die Versorgung mit vollwertigen Nahrungsmitteln weiß Gott nicht jederzeit und überall gewährleistet ist, regelmäßige physiotherapeutische Eigenaktivität im Alltag berufstätiger Eltern nicht ohne Weiteres unterzubringen ist, leuchtet manchem naturheilkundlich engagierten Arzt nicht ein.
— Die breite und kritische Erforschung der zahlreichen, hier zur Diskussion stehenden Methoden, wird von vielen ihrer Vertreter nicht gewünscht. Kontrollierte Studien werden kurzerhand von vornherein als undurchführbar oder ethisch abzulehnen eingestuft.

Doch in der gesundheitspolitischen Diskussion der Gegenwart bestimmt die Kostenfrage und nicht die nach Konzepten den Ton. Sie hat leider die besten Chancen, dies auch in der näheren Zukunft tun zu können. Für Naturheilverfahren ergeben sich gegenläufige Effekte:

— Durch sparsameren Einsatz von Medizintechnik und Medikamenten entstehen im Behandlungsfall weniger Kosten.
— Der personelle Einsatz dürfte größer sein, sowohl auf ärztlicher Seite als auch bei anderen therapeutischen Berufsgruppen, insbesondere KrankengymnastInnen, ErnährungsberaterInnen etc.
— Viele naturheilkundliche Verfahren beanspruchen eine präventive Wirkung, die zudem auf der Eigeninitiative des Patienten aufbaut. Dies dürfte sich kostengünstig auswirken.

Insgesamt leiten einige Vertreter naturheilkundlicher Therapien daraus den Schluß ab, daß ihr breiterer Einsatz im Endeffekt kostendämpfend wirke. Dies ist m.E. ebenso unbewiesen, wie es für die offensive Forderung nach Einbeziehung dieser Therapien ins System der Regelversorgung unnötig ist.

Die Richtung, in der über die Kostenfrage die gesundheitspolitischen Themen derzeit bei uns gelenkt werden, verstellt den Blick für die

Mechanismen, nach denen unser Gesundheitssystem von seinen Konsumenten in Anspruch genommen wird. Falls es überhaupt eine Kostensteigerung gibt (das Zauberwort der Explosion gehört nunmehr endgültig in die Klamottenkiste der Kostendämpfer und sollte in unserer Diskussion nicht gebraucht werden), so lassen sich gute Gründe für ihre Entstehung benennen:

— Es gibt zweifellos auch im Rahmen der 'konventionellen' Medizin therapeutische Fortschritte, die ganz schlicht finanziert werden müssen (die Beweglichkeit vieler alter Menschen ist beispielsweise durch Hüftgelenkprothesen heute besser als noch vor zwanzig Jahren).
— Falls es bei einigen Krankheiten die Tendenz zu zunehmender Morbidität gibt — und dies erscheint z.B. für Allergien wahrscheinlich —, so erfordern die zwangsläufig sich anschließenden Therapien auch auf selbem Versorgungsniveau entsprechend mehr Kosten.
— Wir beobachten eine subtile Verlagerung sozialer Probleme ins Gesundheitswesen. Alte Menschen können in ihren elementarsten Bedürfnissen nicht mehr von Angehörigen versorgt werden und liegen monatelang in Akutkrankenhäusern. Die skrupellose Vermarktung zahlreicher Drogen führt zu einem Anstieg der Abhängigkeit in einer sozial desintegrierten Schicht von Jugendlichen mit allen daraus resultierenden Behandlungsfolgen.

Ehe der Einfluß von realen therapeutischen Fortschritten sowie die bequeme Abwälzung sozialer Probleme auf das Gesundheitswesen nicht ausreichend untersucht sind, halte ich als naturheilkundlich orientierter Arzt jede Defensive in der Kostendiskussion für unangebracht.

Zweifellos könnte eine verstärkte Inanspruchnahme naturheilkundlicher Therapien durch die Sozialversicherten zumindest vorübergehend zu einer Kostensteigerung führen, da sie zumindest im ambulanten Bereich sicherlich parallel konventionell orientierte Ärzte konsultieren würden. Über langfristige Effekte ist m.E. jede Aussage derzeit verfrüht, da reale empirische Erfahrungen mit großen Zahlen an Sozialversicherten fehlen.

Andreas Reichelt

The Final Audit

Zur Erosion wissenschaftlicher Grundlagen der Medizin am Beispiel der klinischen Autopsien

Sinkende Autopsiefrequenzen in USA und BRD bei unveränderter Rechtslage

In den 50er und 60er Jahren warben US-amerikanische Kliniken um Patienten, Ärzte und Studenten mit ihrer hohen Frequenz an Autopsien, die im Landesdurchschnitt 50 %, in einzelnen Institutionen 75 % und mehr betrug (Hill und Anderson 1988). Ein Vorgehen, das heute in den USA, viel mehr aber noch in der Bundesrepublik völlig unvorstellbar ist, sieht sich doch die klinisch-wissenschaftliche Obduktion mittlerweile im Gegensatz zur gerichtlich oder gesundheitsamtlich angeordneten Sektion zunehmend heftigeren Widerständen gegenüber. So sank die Autopsiefrequenz von im Krankenhaus verstorbenen Patienten in den USA von ca. 50 % im Jahre 1960 auf etwa 13 % im Jahre 1988 (Lundberg 1988), in der Bundesrepublik betrug die Autopsierate schon 1980 nur noch 9-10 % (Volkenandt 1989).

Dabei ähneln sich die Entwicklungen in den USA und der BRD bei aller Verschiedenheit in der Struktur des Gesundheitswesens und der diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen so sehr, daß es naheliegt, die Ursachen dafür in gleichartigen gesellschaftlichen Prozessen zu suchen.

Die rechtliche Situation in beiden Ländern hat sich in den letzten 20 bis 30 Jahren nicht verändert: in den USA besteht eine in den einzelnen Bundesstaaten unterschiedlich rigide Zustimmungsregelung (d.h. es muß die Einwilligung der Angehörigen zur Autopsie eingeholt werden); in der BRD und Westberlin existiert keine explizite gesetzliche Regelung für klinische Obduktionen, es finden die allgemeinen Rechtsgrundsätze Anwendung. In diesem Rahmen wird regional unterschiedlich nach der Zustimmungsregelung oder aber nach der Widerspruchsregelung (die Angehörigen müssen innerhalb einer bestimmten Frist aktiv von sich aus Einspruch erheben) verfahren, wobei die Zustimmungsregelung aufgrund einer uneinheitlichen Rechtsprechung und der daraus resultierenden Rechtsunsicherheit sowie dem hier behandelten Trend folgend immer mehr das Übergewicht gewinnt (vgl. Brugger und Kühn 1979).

Diagnostische Technologien und klinische Einstellung zur Autopsie

Da sich die gesetzlichen Grundlagen im Zeitraum des Abfallens der Autopsiefrequenzen nicht geändert haben, erscheint eine Untersuchung derjenigen Instanz sinnvoll, die den meisten Einfluß auf die Autopsiefrequenz hat; dies ist der Stationsarzt bzw. die Stationsärztin. Von ihrem Engagement hängt es unter den Bedingungen einer Zustimmungsregelung ab, ob die Angehörigen von der Notwendigkeit einer Obduktion überzeugt werden können. Sieht man von objektiven Faktoren des Arbeitsablaufs wie Streß, Schichtwechsel und damit verbundene mangelnde Kenntnis des Patienten etc. ab, so spielt die Einstellung der Kliniker zur Obduktion die wichtigste Rolle. Hill und Anderson (1988) zitieren eine Befragung von 72 Klinikern in Schottland nach der Ursache für die sinkende Autopsiefrequenz: 59 % gaben ein gewachsenes Vertrauen in die Treffsicherheit klinischer Diagnosen an; ein fast gleich hoher Prozentsatz machte einen Einstellungswandel gegenüber der Autopsie, insbesondere bei jüngeren Kollegen geltend. Auch andere Autoren konstatieren bei Klinikern zunehmend die Auffassung, Autopsien seien heute angesichts der neueren bildgebenden Verfahren und verfeinerter laborchemischer Methoden obsolet, allenfalls bei »klinisch interessanten« Fällen wünschenswert (Friederici 1988; Thomas und Jungmann 1985).

Ganz im Gegensatz zu dieser Auffassung steht die Arbeit von Goldman et al. (1983), die den Einfluß der neuen diagnostischen Technologien auf die Rate klinisch relevanter Diskrepanzen zwischen prämortalen und postmortalen Diagnosen untersuchten: Dabei wurden die diskrepanten Diagnosen in vier Klassen eingeteilt, wobei die Klasse I entweder das Hauptleiden oder das unmittelbar zum Tode führende Leiden umfaßt, dessen korrekte Diagnose das Leben des Patienten verlängert hätte und Klasse II Hauptleiden umfaßt, deren Diagnose jedoch keinen lebenserhaltenden Effekt gehabt hätte. Unter Anwendung dieser Klassifikation wurden die diskrepanten Diagnosen an einem Bostoner Krankenhaus zu drei Zeitpunkten, die jeweils verschiedenen Entwicklungsabschnitten diagnostischer Möglichkeiten entsprechen, untersucht.

Diskrepante Diagnosen	1959-1960	1969-1970	1979-1980
Klasse I	8 %	12 %	11 %
Klasse II	14 %	11 %	10 %
Insgesamt	22 %	23 %	21 %

(Goldman et al. 1983)

Dabei wurde im Verlauf von 30 Jahren kein signifikantes Absinken der Rate von Fehldiagnosen festgestellt. Anderson (1984) wertete nach dem Goldman-Schema 13 Studien von insgesamt über 8.000 Obduktionen aus und kam zu einer durchschnittlichen Rate von Fehldiagnosen der Klasse I von 10,05 %. Thomas und Jungmann (1985) fanden in ihrer Untersuchung von 477 Obduktionsfällen 6 % falsche (d.h. Grunderkrankungen, Begleiterkrankungen und Todesursache wurden nicht erkannt) und 8 % unzureichende Diagnosen (Grundleiden oder wesentliche Begleiterkrankungen wurden nicht richtig diagnostiziert); beispielsweise blieben 53 % der durch Obduktion nachgewiesenen Tuberkulosen klinisch unerkannt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich das Argument, die diagnostischen Technologien machten die Autopsie überflüssig, als eine technikgläubige Selbsttäuschung dar. Man kann sich weiterhin fragen, ob die mit 10 % trotz aller technischen Fortschritte über Jahrzehnte hin konstante Rate an Fehldiagnosen eine Art »Schallmauer« diagnostischer Treffsicherheit darstellt (Thomas und Jungmann 1985) oder ob bei diagnostischen Verfahren mit einer Treffsicherheit von 90 % und darüber — eingedenk der Tatsache, daß die Befunde von Menschen und nicht von Maschinen erstellt werden — nicht zwangsläufig ein Mehr an falsch positiven und falsch negativen Befunden entsteht, deren Überbewertung möglicherweise, unter Vernachlässigung anamnestisch oder mit traditionellen Methoden erhobener Befunde, vermehrt zu Fehlschlüssen führt (Hill und Anderson 1988).

Einflüsse auf Art und Rate der Fehldiagnosen

Das Panorama der Fehldiagnosen hat sich in jüngster Zeit gegenüber der »vortechnologischen« Ära einerseits bedingt geändert, dies betrifft vor allem die Infektionen: Die Einführung immunsupressiver Therapien begünstigt das Angehen von Infektionen, maskiert gleichzeitig deren klinisches Erscheinungsbild und erweitert das Erregerspektrum um die opportunistischen Mikroorganismen. Andererseits wird das Gesamtbild der am häufigsten fehldiagnostizierten Erkrankungen weiterhin von keineswegs exotischen und neuartigen Krankheitsbildern bestimmt: Neben der Lungenembolie (an erster Stelle) finden sich Peritonitis, Myokardinfarkt, Aortenruptur, intestinale Durchblutungsstörungen usw. (Battle 1987, zitiert nach Hill und Anderson 1988). Die relative Begrenztheit dieser Versuche, fehldiagnostizierte Krankheitsbilder statistisch zu erfassen, wird deutlich, wenn man berücksichtigt, welchen Einfluß die Zusammensetzung der obduzierten Patientenpopulation auf

eine solche Statistik haben muß; in der Gruppe der Obduzierten finden sich überwiegend Patienten mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (d.h. z.B. in den USA überwiegend Schwarze) und überwiegend Männer, die Autopsierate fällt ab dem 50. Lebensjahr zum Greisenalter hin steil ab (Hill und Anderson 1988; Brunner und Schilling 1984). Da die Rate an fehldiagnostizierten Krankheitsbildern der Klasse I (nach Goldman) positiv mit dem weiblichen Geschlecht (weiblich zu männlich wie 1,2:1) und mit dem Lebensalter (Überlagerung mehrerer Krankheitsbilder durch Multimorbidität und oftmals maskierter Symptomatik) korrelliert, ist somit ein gewichtiger Einfluß der »stummen« Selektion der zu Obduzierenden auf jede derartige Statistik gegeben (vgl. Battle 1987; Hill und Anderson 1988; Brunner und Schilling 1984).

Auswirkungen selektiver Obduktionen auf Statistik und Epidemiologie

Wenn sich staatliche Gesundheitspolitik auch nicht oder nur unzureichend nach der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik richten mag, so tut sie es wenigstens dem Anspruch nach, und es sind diese Statistiken, die in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung wichtige Argumente liefern. Jede epidemiologische Forschung, die auf schon jetzt nur noch begrenzt aussagefähige Statistiken angewiesen ist, wird bei einem weiteren Absinken der Obduktionsfrequenz zu einer Karikatur ihrer selbst. Folgte man dem Vorschlag, die gegenwärtige, »stumme«, relativ naturwüchsig sich vollziehende Selektion des obduzierten Patientenkollektivs um eine zusätzliche bewußte Selektion »interessanter Fälle« zu ergänzen, würde der Aussagewert der klinischen Autopsie für die Epidemiologie gegen Null tendieren. Das heutige, zu einem nicht unbedeutenden Teil auf Autopsiestatistiken basierende medizinische Lehrbuchwissen geht zum Beispiel davon aus, daß die Inzidenz der Sarkoidose bei Schwarzen in den USA wesentlich größer ist als bei Weißen (Harrison's 1987), und daß die Häufigkeit des Magenkarzinoms im Abnehmen begriffen ist (Remmele 1984). Becker (1986) stellte die Frage, ob die statistisch nachweisbare Abnahme der Häufigkeit des Magenkarzinoms möglicherweise mit der gleichzeitigen Abnahme der Obduktionsfrequenz zusammenhängt. Und was ist von der Lehrmeinung über die Sarkoidose zu halten, wenn man weiß, daß die Autopsiefrequenz der Schwarzen deutlich höher als die der Weißen liegt (Hill und Anderson 1988)?

Die Praxis der Pathologie und das Bild der Kliniker vom Pathologen

Nach den großen Erfolgen der autoptischen Pathologie im 19. Jahrhundert, mit denen ein Großteil des wissenschaftlichen Fundaments der Medizin gelegt wurde, trat mit der stürmischen Entwicklung der Histologie seit Anfang des 20. Jahrhunderts und insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg die Autopsie in den Hintergrund. Die Bioptik (»surgical pathology«) und die Forschung zuerst mittels Elektronenmikroskopie, später mittels Immunhistochemie, d.h. auf zellulärer und molekularer Ebene, rückte immer stärker in den Mittelpunkt der Tätigkeit der Pathologen, hier waren die Gebiete, auf denen sich wissenschaftliche Karrieren aufbauen ließen. Währenddessen änderte sich bis heute an der autoptischen Methode seit Virchows und Rokitanskys Zeiten nichts Prinzipielles; zwar gehören bakteriologische und virologische Untersuchungen bei der Autopsie schon weitgehend zum Standard, doch werden andere, z.B. immunhistochemische Untersuchungen nur in Ausnahmefällen herangezogen. Die so entstandene wissenschaftliche Totwasserzone der autoptischen Pathologie, in der Karrieren schlecht möglich sind, zieht in der Regel nicht gerade vorwärtstreibende und veränderungswillige Persönlichkeiten an. Dies erklärt die vielerorts noch üblichen, sich kulinarischer Vergleiche oder eines Vokabulars aus dem Bereich der Gemüse und Feldfrüchte bedienenden, in der Manier des 19. Jahrhunderts langatmig-deskriptiv abgefaßten Obduktionsprotokolle, die oft nicht explizit auf die klinischen Fragestellungen eingehen und so nicht gerade das Interesse des Klinikers erregen.

Das schwindende Interesse an der Autopsie selbst bei Pathologen drückt sich am sinnfälligsten darin aus, daß die leitenden pathologischen Chefärzte entweder gar nicht mehr oder kaum noch am Obduktionsbetrieb teilnehmen und die Obduktionen weitgehend den Berufsanfängern überlassen werden (Hill und Anderson 1988). Paradoxerweise obduziert ein Pathologe um so weniger, je mehr Obduktionserfahrung er hat. Bei einer Umfrage unter 205 internistischen und chirurgischen Chefärzten (Hill und Anderson 1988) gaben 114 (56 %) als Hauptkritikpunkt an der Obduktionstätigkeit das zu späte Eintreffen der Sektionsprotokolle auf der Station an. Dieser Kritikpunkt trifft sicher auch auf hiesige Verhältnisse zu.

So ist das Bild der Kliniker vom Pathologen das eines mit veralteten Methoden arbeitenden, oft schwerfällig und nicht präzise auf aktuelle klinische Fragestellungen eingehenden Arztes, und immer noch durch die fast ausschließliche Assoziation der pathologischen Tätigkeit auf den Umgang mit Leichen negativ besetzt. Die Pathologen wiederum

versuchen den negativ besetzten Umgang mit Leichen durch das Herausstellen der vermeintlich allein zukunftsträchtigen Bioptik verblassen zu lassen, ohne an der gegenwärtigen Situation der Sektionspathologie etwas grundlegend zu ändern. Beide Haltungen sind einer Weiterentwicklung und damit einer Wiederherstellung der Attraktivität der Sektionspathologie nicht förderlich und tragen nicht zu einem fruchtbaren Dialog zwischen Klinik und Pathologie bei, wie er auf eindrucksvolle Weise jede Woche in den im New England Journal of Medicine abgedruckten klinisch-pathologischen Konferenzen des Massachusetts General Hospital praktiziert wird.

Exkurs: Nachrichten aus dem Inneren des Landes

Schließlich unterliegen auch Ärzte — offenbar weitgehend unabhängig von ihrer sonstigen politischen Orientierung — in starkem Maße dem Einfluß des gerade vorherrschenden ideologischen Trends, in diesem Fall einer zunehmend virulenter werdenden irrationalen Autopsiefeindlichkeit in der Öffentlichkeit. Dieses Phänomen steht offenbar in Zusammenhang mit der immer extremeren Tabuisierung des Todes, bei fortschreitender Auflösung der Familienstruktur mit der Exterritorialisierung des Todes in die Altenheime und Krankenhäuser (vgl. Ariès 1982) und einem zunehmenden Jugend-, Kraft- und Gesundheitskult.

Aufgrund der in der BRD und Westberlin fehlenden Sektionsgesetzgebung kommt es immer wieder im Zusammenhang mit Obduktionen zu »Skandalen«, in denen deutlich wird, wie der Stellenwert der klinischen Obduktion in der Öffentlichkeit und insbesondere der Ärztlichen Öffentlichkeit bewertet wird.

Mehr oder minder zufälliger Schauplatz der Szene ist Berlin (West) im Frühjahr '88: in einem Institut für Pathologie wird die Leiche einer türkischen Frau obduziert und später zur Bestattung in die Türkei überführt; dort soll nach islamischem Ritus eine Leichenwaschung vorgenommen werden, bevor das Totengebet gesprochen wird. Bei dieser Gelegenheit registrieren die offenbar uninformierten Angehörigen — es handelt sich um eine Ganzkörperwaschung, die Transportzeit der Leiche (möglicherweise ohne Kühlung) muß in Rechnung gestellt werden — Spuren der Obduktion, die nach islamischen Grundsätzen nicht prinzipiell verwerflich ist. Nichtsdestotrotz sind die Angehörigen verständlicherweise verstört.

Der Vorfall gelangt in die Presse, wie in ähnlichen Fällen zuvor auch; eine neue Rollenverteilung ergibt sich jedoch dadurch, daß im Pressechor jetzt auch die *taz* Stellung bezieht und mit der »Fraktion Gesund-

heit« eine jüngere Ärztegeneration den Kammervorstand mitstellt. — In fast gleichlautender Diktion skandalisierten Springers *BZ* und die *taz* den Vorfall, wobei beide Presseerzeugnisse sich unter Mobilisierung der eigenen Zerstückelungsängste und der ihrer unaufgeklärten Leserschaft zum Anwalt der betroffenen Angehörigen machten. Keine Rolle in der Berichterstattung spielten der Sinn und die Funktion klinisch-wissenschaftlicher Obduktionen und die im vorliegenden Fall bestehende Rechtslage, d.h. das zutage getretene eigentliche Problem wurde erst gar nicht verhandelt, sondern in einer Art Reflexverhalten dorthin zurückverbannt, wo es herkam: in den Keller (tatsächlich befinden sich viele, v.a. ältere Sektionssäle im Kellergeschoß). Ein Vorgang aus dem Kapitel Abwehr und Verdrängung.

Von so massiv vorgetragenem gesunden Volksempfinden aufgescheucht, sah sich die Ärztekammer Berlin — anders als ihre altkonservativen Vorgänger, die sich wohl eher bedeckt gehalten hätten — am 25.3.88 zu einer Erklärung veranlaßt. Darin wird korrekt konstatiert, daß bei fehlender ausdrücklicher Regelung klinischer Sektionen die allgemeinen Rechtsgrundsätze gelten. Letztere sind aber auf das Gebiet der klinischen Sektionen nur bedingt sinnvoll anwendbar und deshalb juristisch äußerst umstritten. Zu den umstrittenen Punkten gehören hauptsächlich die *rechtliche Stellung des Leichnams* (ist der Leichnam eine Sache, an der Eigentumsrechte geltend gemacht werden können? Ist er ein sogenannter Rückstand der Persönlichkeit, an dem Persönlichkeitsrechte geltend gemacht werden können? Steht die Leiche außerhalb des Rechtssystems, genießt also keinen Rechtsschutz?) und das *Fortbestehen des Persönlichkeitsrechts nach dem Tode* (wird das Persönlichkeitsrecht nach dem Tode eingeschränkt oder erlischt es ganz? Kann man — da das Persönlichkeitsrecht weder übertragbar noch vererbbar ist — von einem Obhuts- oder Treuhänderverhältnis der Angehörigen gegenüber dem fraglich existenten Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen sprechen?).

Diese doch elementaren rechtlichen Widersprüche werden in der Erklärung der Ärztekammer Berlin rigoros nach einer Seite hin aufgelöst: »Danach *reicht der Persönlichkeitsschutz auch über den Tod hinaus*, so daß die Integrität der Leiche zu wahren ist. Sektion oder Transplantatentnahme sind danach nur zulässig, wenn hierzu die Einwilligung des Berechtigten vorliegt ... Hat sich der Verstorbene — wie in der Mehrzahl der Fälle — nicht geäußert, so ist die Einwilligung der Angehörigen erforderlich. Sie werden als die *Treuhänder des über den Tod hinaus wirkenden Persönlichkeitsrechts des Verstorbenen* angesehen.«

Soviel Eindeutiges wird vorausgeschickt, ehe man erklärt:

»Umstritten ist die Frage, ob die Angehörigen ausdrücklich zustimmen müssen (sogen. Zustimmungslösung) oder ob ihre Einwilligung unterstellt wird, wenn sie nicht innerhalb kurzer Zeit widersprechen (sogen. Widerspruchslösung).«

Tatsächlich gelten zum Zeitpunkt der Erklärung die »Zustimmungslösung« lediglich für die Freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser, für die Universitätskliniken und städtischen Krankenhäuser in Berlin(West) jedoch die »Widerspruchsregelung«. Die Ärztekammer Berlin ist in ihrer Erklärung

»der Auffassung, daß der sogenannten Zustimmungslösung der Vorzug vor der Widerspruchslösung zu geben ist.«

und fordert die Krankenhäuser, in denen die »Widerspruchslösung« praktiziert wird, auf, dieselbe zugunsten der Zustimmungslösung aufzugeben. Auch diesem zweiten Schritt liegt eine einseitige Auflösung sich widersprechender rechtlicher Bestimmungen zugrunde, die unter den herrschenden Umständen zu einer sich obduktionsfeindlich auswirkenden Regelung führen muß.

Die Pressekampagne sowie die Erklärung der Ärztekammer Berlin hatte denn auch ein — vorübergehendes? — deutliches Absinken der Sektionsfrequenz zur Folge; eine Folge, die von der Ärztekammer Berlin durchaus einkalkuliert war:

»Sie (die Ärztekammer; d.V.) sieht auch die Gefahr, daß bei Einführung der Zustimmungslösung kurzfristig die Zahlen der Sektionen zurückgehen können.«

Zur Beruhigung etwaiger kritischer Stimmen werden Vorschläge gemacht, denen man auch bei wohlwollender Beurteilung lediglich die Qualität salvatorischer Formeln zubilligen kann:

»Die Ärztekammer Berlin ist sich dessen bewußt, daß ein hoher Anteil von Sektionen zur Qualitätssicherung der ärztlichen Diagnostik und Therapie unentbehrlich ist ... Einer solchen Entwicklung (der Senkung der Sektionsfrequenz; d.V.) muß durch intensive Gespräche mit den Angehörigen begegnet werden können. Der hierfür erforderliche Einsatz von Arbeitszeit ist bei der Gestaltung der Stellenpläne in den Krankenhäusern zu berücksichtigen. Die Ärztekammer Berlin wird selbst im Rahmen ihrer Fortbildungsaufgaben dafür sorgen, daß Ärzte zu diesen Gesprächen besser befähigt sind.

Darüber hinaus ist eine öffentliche Aufklärung darüber notwendig, daß Sektionen zur Qualitätssicherung medizinischer Arbeit und zur Fortentwicklung von Wissenschaft und Forschung unverzichtbar sind. Allgemeines Verständnis und allgemeine Zustimmung zu Sektionen müssen im öffentlichen Bewußtsein verankert werden.«

Bei Ausklammerung der angedeuteten, nach allen Seiten hin problematischen rechtlichen Fragen und alleiniger Berücksichtigung der konkreten Umstände (allgemeine Unaufgeklärtheit der Bevölkerung über Sinn und Verlauf einer Sektion; extreme Tabuisierung des Todes; Psychische Situation der Angehörigen und des behandelnden Arztes), unter denen

die Zustimmung der Angehörigen zur Sektion eingeholt werden muß, erweist sich das unterschwellig vorgetragene demokratische Pathos der Ärztekammererklärung als hohl:

»An dieser Stelle muß jedoch einmal ausdrücklich festgestellt werden, in welch unangenehmer und menschlich peinlicher Situation sich der Arzt befindet, auf dessen Station der Patient verstorben ist und er sich im ungünstigsten Moment, nämlich unmittelbar, nachdem die Angehörigen mit der Todesnachricht konfrontiert wurden, mit der Frage um Einwilligung in eine Sektion an sie wenden muß. Meist sind die Angehörigen in diesem Zustand psychisch gar nicht in der Lage, sich objektiv mit der Obduktionsfrage auseinanderzusetzen. Andererseits ist der Arzt aber gezwungen, diese Frage so schnell wie möglich an die Angehörigen zu richten, da er kaum eine zweite Möglichkeit zu einem derartigen Gespräch findet, zumal spätestens am folgenden Tag die Leiche von einem Bestattungsinstitut bereits aus dem Pathologischen Institut abgeholt wird. Überdies nimmt die Aussagefähigkeit der Ergebnisse der Obduktion mit zunehmender »Leichenliegezeit« rasch ab. Viele Untersuchungen sind dann nicht mehr möglich, bzw. ihre Ergebnisse werden durch einsetzende autolytische Vorgänge wertlos oder zumindest in ihrer Aussagefähigkeit stark eingeschränkt.« (Brugger und Kühn 1979)

Lediglich die Einführung der Zustimmungsregelung ohne Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen zu fordern, heißt, den Stationsarzt immer wieder in die geschilderte Situation zu bringen und die Autopsierate weiterhin niedrig zu halten oder zu senken.

Die meisten Angehörigen sind bei den herrschenden Vorurteilen in dieser belastenden Situation überfordert, eine rationale Entscheidung zu treffen; Untersuchungen zeigen zudem, daß außerhalb dieser akuten Belastung eine Zustimmung zur Autopsie viel eher erfolgen würde. In Österreich, unter den Bedingungen eines sehr obduktionsfreundlichen Gesetzes wird die Autopsie in der Bevölkerung als ein relativ normaler Vorgang empfunden und erreicht Akzeptanzwerte von ca. 80 % (Hill und Anderson 1988).

Eine hohe Rate möglichst randomisierter und nicht selektierter Autopsien ist die Voraussetzung für eine vernünftige medizinische Ausbildung, für eine aussagefähige Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik, für die Aufdeckung neuer Krankheitsbilder (AIDS, Legionellose) und der Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien und nicht zuletzt für die Entwicklung einer Qualitätskontrolle in der Medizin; letzteres spielt in den USA gegenwärtig die Hauptrolle in der Argumentation für eine Erhöhung der Autopsiefrequenz (Friederici 1988; Lundberg 1988; Hill und Anderson 1988).

All dies sollte nicht einer defensiven und opportunistischen Haltung dem sogenannten Zeitgeist gegenüber geopfert werden. Die Obduktion sollte gerade von sich als ganzheitlich begreifenden Medizinern als

Ergänzung der klinischen Untersuchung gesehen werden, ohne die der »Fall« nicht abgeschlossen ist: the final audit.

Literaturverzeichnis

Anderson, R.E., 1984: The autopsy as an instrument of quality assessment: classification of premortem and postmortem diagnostic discrepancies. Arch Pathol Lab Med 108:490-93

Ariès, P., 1982: Geschichte des Todes. München

Battle, R.M., et al., 1987: Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. The Journal of the American Medical Association 258:339-44

Becker, V., 1986: Die klinische Obduktion. Not und Notwendigkeit. Erlangen

Brugger, C.M., und H. Kühn, 1979: Die Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht. Stuttgart

Brunner, P., und A. Schilling, 1984: Zur Epidemiologie der Sektionsverweigerung. Pathologe 5:235-37

Erklärung der Ärztekammer Berlin vom 25.3.1988: Zur Zulässigkeit klinischer Sektionen und zur Entnahme von Organen, Organteilen und Gewebeteilen zum Zwecke der Transplantation. Mitteilungsblatt der Berliner Ärztekammer 5:296-300

Friederici, H.H.R., 1988: Reflections on the postmortem audit. The Journal of the American Medical Association 260 (23):3461-65

Goldman, L., et al., 1983: The value of the autopsy in three medical eras. The New England Journal of Medicine 308:1000-05

Harrison's Principles of Internal Medicine. Braunwald, E., et al. (Eds.). Eleventh Edition, Vol. 2, New York 1987

Hill, R.B., und R.E. Anderson, 1988: The Autopsy-Medical practice and public policy. Boston

Lundberg, G.D., 1988: Now is the time to emphasize the autopsy in quality assurance. The Journal of the American Medical Association 260 (23):3488

Remmele, W. (Hrsg.), 1984: Pathologie. Ein Lehr- und Nachschlagewerk. Bd.2. Berlin, Heidelberg

Thomas, C., und D. Jungmann, 1985: Die klinische Obduktion. Eine Gegenüberstellung der klinischen Diagnosen und der Obduktionsbefunde. Die Medizinische Welt 36:684-87

Volkenandt, M., 1989: Die klinisch-wissenschaftliche Obduktion in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift 114:561-66

Barbara Elkeles

Gesundheitsreform und Vernichtung

Bericht über ein Internationales Wissenschaftliches Symposium zur Medizin in der Weimarer Republik und im NS*

Vom 17. bis 19. Mai 1989 veranstaltete die Ärztekammer Berlin unter Schirmherrschaft der Bundesärztekammer ein internationales wissenschaftliches Symposium zum Thema Medizin im Nationalsozialismus. Schon zum 92. Deutschen Ärztetag war eine Ausstellung zum Thema »Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945« vorbereitet worden.[1] Daß die Bundesärztekammer die Schirmherrschaft über das Symposium übernahm, ist besonders erfreulich. Nachdem das Deutsche Ärzteblatt in den vergangenen Monaten seine Spalten für eine Reihe von Beiträgen zu der Thematik geöffnet hat, kann dies als ein Zeichen gewertet werden, daß die lange Zeit ruhende Auseinandersetzung des ärztlichen Standes mit der nationalsozialistischen Vergangenheit fortgesetzt werden soll.[2] Freilich zeigte sich auch in den Reaktionen auf die Begrüßungsansprache von Bundesärztekammerpräsident Dr. Carsten Vilmar, daß die Auffassungen über die Stellung der deutschen Ärzteschaft zu diesem Teil ihrer Geschichte nach wie vor unterschiedlich sind.

Die Frage nach der Verantwortlichkeit der medizinischen Wissenschaft und der Ärzteschaft für die nationalsozialistischen Verbrechen wurde auf dem Symposium von den Wissenschaftlern aus Polen, Israel, Kanada, den USA, der Bundesrepublik und West-Berlin immer wieder gestellt.

Daß die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit sehr zögerlich verlief, war der Vorwurf, den Dr. Walter Wuttke aus Ulm der deutschen Ärzteschaft, aber auch der deutschen Medizingeschichtsschreibung machte. Sein Vortrag kann in diesem Heft nachgelesen werden. Dr. Götz Aly aus Berlin sprach über »Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik als Endlösung der sozialen Frage«: Hinter der Ökonomisierung des Menschen, die in der Ermordung der psychisch Kranken ihre furchtbare Realisierung fand, standen militärische Ziele. Die Massensterilisationen an jüdischen Häftlingen in den Konzentrationslagern waren Gesundheitsreform und Vernichtung Teil einer bevölkerungspolitischen Neuordnung Europas, die unter anderem die Deportation von 40.000 polnischen Bürgern mittels Fußmärschen vorsah. Die Überlebenden

* Erweiterte Fassung eines Berichts in *Berliner Ärzte* 7/1989, 421-423

sollten an der Fortpflanzung gehindert werden. Im freiwerdenden Raum sollten Deutsche siedeln, wie es Himmler 1942 direkt vorschlug: Man müsse die anderen totschlagen, um an ihre Äcker zu kommen. Die Verbesserung der sozialen und ökonomischen Struktur in Deutschland sollte also durch die Liquidierung der östlichen und jüdischen Bevölkerung ermöglicht werden.

Auch vor 1933 gab es Ärzte, die auf die Gefahren derartiger Ideologien aufmerksam machten und den Arzt an seine gesundheitspolitischen Aufgaben im Interesse der Menschheit mahnten. Der sozialdemokratische Reichstagsabgeordnete Julius Moses, der neben seinem Reichstagsmandat eine Kassenpraxis führte, setzte sich kämpferisch für ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, für eine soziale »Lohn- und Wohnpolitik« sowie eine Reform des §218 ein, wie Dr. Daniel Nadav aus Tel Aviv erläuterte.[3] Vor allem in der von ihm seit 1924 redigierten Zeitschrift »Der Kassenarzt« machte Moses auf die furchtbaren gesundheitlichen und psychosozialen Folgen der Arbeitslosigkeit insbesondere für proletarische Kinder aufmerksam, kämpfte gegen »Klassenmedizin« und »Experimentierwut« an Proletariern und erklärte 1932 den »Kampf gegen das Dritte Reich« als »Kampf für die Volksgesundheit«.[4] Er versuchte die Ärzte seiner Zeit aus ihrer unpolitischen Haltung aufzurütteln, indem er sie aufforderte, mahnend und warnend gegen die Unzulänglichkeiten und den Abbau des Sozialsystems einzutreten. Sein programmatischer Satz, den Nadav auch als Vortragstitel gewählt hatte, lautete »Der Arzt muß politisch sprechen lernen«.

Moses gehörte auch zu den Ärzten der verschiedensten politischen und weltanschaulichen Strömungen, die sich gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens einsetzten. Dr. Thomas Ruprecht aus Freiburg wies insbesondere auf den Leiter des Berliner Hufelandkrankenhauses Felix Boenheim hin, der 1932 einen Aufruf an die Ärzte gegen die Aufrüstung richtete und einen internationalen Ärztekongreß gegen den Krieg vorbereitete.

Prof.Dr. Michael Kater aus Toronto sprach über »Die Krise der Ärzte und der Medizin im 'Dritten Reich'«. Sie lag in einer Symbiose von Rationalem und Irrationalem, einer Brutalisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, einem Bruch des hippokratischen Grundsatzes des »nil nocere«. Die daraus konsultierende Vertrauenskrise dauerte über das Ende der nationalsozialistischen Herrschaft hinaus, da viele Ärzte unter ihr ihre Prägung erhalten hatten.

Prof.Dr. Werner Kümmel aus Mainz zeigte in seinem Vortrag »Antisemitismus in der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert« auf, daß die in-

der nationalsozialistischen Propaganda benutzten antisemitischen Parolen schon seit Ende des 19. Jahrhunderts vorhanden waren. Während sich Kampagnen gegen jüdische Ärzte vom Mittelalter an bis weit ins 19. Jahrhundert nur gegen einzelne Konkurrenten richteten, entstand gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine antisemitische Strömung, die von einem Kampf gegen alles Moderne geprägt war. Jüdischen Ärzten wurde die Schuld an verhaßten neuen, »widernatürlichen« Entwicklungen der Medizin gegeben: Sie galten als schuld an der zunehmenden Spezialisierung, die zu einer »Aufspaltung der Heilbehandlung« und einer »Entseelung« der Medizin führe, und am vielen Ärzten verhaßten Krankenkassenwesen. Ihre »Gewinnsucht« schade dem Ansehen der Ärzteschaft. Ihr Materialismus führe zu den ablehnenswerten Neuentwicklungen der Heilkunde: vor allem zu einem hemmungslosen Experimentieren an Tier und Mensch. So galt die Entwicklung der Serumtherapie als »typisch jüdische« Erfindung. Zudem wurde jüdischen Ärzten der Vorwurf der sexuellen Unzuverlässigkeit gegenüber ihren Patientinnen gemacht.[5]

Offener Antisemitismus war jedoch eher selten. Erst mit der Machtergreifung erreichte er dann seine größten Ausmaße. In der letzten Phase wendete er sich auch gegen jüdische Patienten. Schon 1933 sollten ärztliche Hilfeleistungen für jüdische Patienten eingeschränkt werden. Ihren Gipfel erreichten derartige Maßnahmen in der Erklärung einer westdeutschen Ärztekammer im Jahre 1942, daß bei Juden ein sofortiges ärztliches Eingreifen zu unterbleiben habe, es sei denn, es drohe durch ihre Erkrankung Gefahr für die deutsche Bevölkerung!

Wie die Ausschaltung jüdischer Kollegen und die Gleichschaltung im einzelnen ablief, erläuterte Dr. Thomas Lennert aus Berlin am Beispiel der Berliner Kinderheilkunde im Jahre 1933.

Lange vor 1933 war in Deutschland auch die Rassenhygiene etabliert. Ihre frühen Vertreter waren politisch heterogen. Sie suchten eine Lösung gesellschaftlicher Probleme mit medizinischen Strategien. Ihr Ziel war anfangs vor allem eine positive Eugenik: Die Tüchtigsten und gesellschaftlich und sozial Leistungsfähigsten sollten gefördert werden. Eine negative Eugenik spielte noch keine Rolle. Dr. Sheyla Weiss aus Potsdam/USA wies in ihrem Vortrag »Die Rassenhygiene-Bewegung in Deutschland seit der Jahrhundertwende« besonders darauf hin, daß die aus dem Bildungsbürgertum stammenden Propagatoren damit die Eigenschaften ihrer eigenen Klasse reproduzieren wollten.[6] Sie sahen durch das Industrieproletariat, durch Alkoholismus, Prostitution und Geisteskrankheiten den Staat bedroht. »Tüchtigkeit« wurde gleichbedeutend mit gesellschaftlicher und sozialer Leistungsfähigkeit definiert

und damit indirekt mit der Klassenzugehörigkeit gleichgesetzt. Dabei spielte in der Argumentation der frühen Rassenhygieniker die »nordisch-germanische« Rasse noch keine Rolle. Der 1905 gegründeten Internationalen Gesellschaft für Rassenhygiene, die ab 1916 zur Deutschen Gesellschaft gleichen Namens wurde, gehörten Angehörige aller Parteien und Konfessionen an, sie mußten nach den Statuten nur weiß und »tüchtig« sein. In beiden Gesellschaften gaben die Bildungsbürger und unter ihnen die Gruppe der Mediziner den Ton an. Sie konnten sich die Zukunft Westeuropas ohne gebildete Mittelklasse nicht vorstellen.

Eine Kontinuität rassenhygienischen und eugenischen Gedankenguts vom 19. Jahrhundert bis nach 1945 stellten dann Dr. Anna Bergmann und Annegret Ehmann in ihrem Vortrag »Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik« heraus.[7] Das Fortwirken derartiger Anschauungen stand auch einer adäquaten Aufarbeitung der Geschichte dieser in Berlin-Dahlem angesiedelten Institution entgegen. Ludger Wess aus Hamburg referierte anschließend über »Die naturwissenschaftliche Genetik und die Eugenik in den 30er und 40er Jahren«, wobei er ebenfalls auf erstaunliche Kontinuitäten hinwies.

Prof.Dr. Alfons Labisch aus Kassel erläuterte in seinem Vortrag »Hitlers Gesundheitsbegriff und die Gestaltung des Gesundheitswesens im Dritten Reich«, wie sich vor allem im 1926 geschriebenen zweiten Teil von »Mein Kampf« Hitlers gesundheitspolitische Ziele unter dem Einfluß der zeitgenössischen Eugenik herausbildeten. Sein Ziel war die Erneuerung der deutschen Rasse durch einen hohen »Volks-« bzw. »Rassenwert«. Sie sollte die Züchtung eines rassegesunden, rassetüchtigen Volkskörpers erreichen durch »rassische Entmischung«, Reinigung von den »jüdischen Volksparasiten«, durch Ausschluß Minderwertiger von der Fortpflanzung und eine Förderung der arischen Fortpflanzung. Dieses ursprünglich auf einen Zeitraum von 600 Jahren berechnete Konzept fand seinen Niederschlag in der bis 1940 erfolgten Gesundheitsgesetzgebung des Dritten Reiches. Die Medizin wurde damit zur offiziellen Institution für die Definition und Exekution der biologistischen Ideologien. Ihr Handlungsspielraum war gering, da die Universalität der ärztlichen Hilfeleistung aufgehoben wurde: Sie sollte sich auf die Arier und die Gesunden beschränken. Selbst ohne die Verbrechen an den Ausgesonderten wird so die NS-Gesundheitspolitik zu einer grauenhaften Utopie, die auf einem wissenschaftlichen, technokratischen und bürokratischen System aufbauen konnte.

Daß die ärztliche Standespolitik für die nationalsozialistische Ideologie ausgesprochen anfällig war, erklärte Dr. Michael Hubenstorf aus Berlin aus ihrem lange bestehenden Hang zur Staatsfixiertheit, zu

Autoritarismus, Antisemitismus, Antifeminismus und Militarismus. Die Ärzte fühlten sich durch das Proletariat bedroht. Unter der Überschrift »Mythos und Wirklichkeit ärztlicher Standespolitik« wies Hubenstorf darauf hin, daß auch heute wieder Tendenzen spürbar seien, die eigene Standesgeschichte umzuschreiben und neue Mythen zu produzieren.

Immer wieder ist gefragt worden, wieweit »die ärztliche 'Normal'-tätigkeit im Dritten Reich« von den ideologischen und politischen Veränderungen geprägt wurde. Prof.Dr. Fridolf Kudlien aus Kiel stellte dar, daß der ärztliche Alltag in Praxis und nichtpsychiatrischen Krankenhäusern, soweit sich dies aus den spärlichen Quellen rekonstruieren läßt, relativ normal weiterlief. Ärzte nahmen die neue Rangordnung der Arztpflichten nach den Kriterien sozialdarwinistischer Selektion offenbar kaum an. Nationalsozialistische Ärzte wurden von der Bevölkerung nicht akzeptiert, sie galten als fachlich inkompetent. Der befürchtete Vertrauensschwund in die Ärzteschaft führte punktuell sogar zu einem Einlenken der offiziellen Stellen. Häufig unterliefen Ärzte offenbar das System, indem sie sich an die radikale Gesundschreibepraxis und die nach Kriegsbeginn einsetzenden restriktiven Arzneimittel- und Lebensmittelzuteilungen nicht hielten. Sie übernahmen damit nicht die geforderte Haltung, chronisch Kranke und Schwache ohne Rücksicht auf deren Gesundheit auf Leistungsfähigkeit zu trainieren.

Diese politisch passive Haltung der Ärzte kann jedoch nicht als »Widerstand« gedeutet werden. Sie wirkte im Gegenteil systemstabilisierend, indem sie half, Unruhe in der Bevölkerung zu vermeiden. Damit machte sie erst die nationalsozialistischen Verbrechen möglich. Wenn sich Ärzte gegen Einmischungen des Staates wehrten, so war dies allein eine standespolitische, nicht jedoch eine politische Opposition.

Wie stark die Eingriffe des Staates dennoch an einigen Stellen des Gesundheitswesens waren, erläuterte Dr. Ulrich Knödler aus Stuttgart in seinem Vortrag »Der Kranke und sein Kontrolleur — Der vertrauensärztliche Dienst im Krieg«. Durch das Einsetzen eines Sonderbeauftragten und Leistungsprämien an die Vertrauensärzte gelang es, den infolge der schlechten Ernährungslage und der Überarbeitung hohen Krankenstand drastisch zu drücken.

Auch in der Wehrmacht kam es zu Konflikten zwischen vorgesetzten Stellen und praktisch tätigen Chirurgen. Wie Prof.Dr. Johanna Bleker aus Berlin in ihrem Vortrag »Die Krankensichtung in der deutschen Wehrmachtsmedizin im Zweiten Weltkrieg« darstellte, unterliefen sie z.T. direkt Befehle, die ihnen eine Sofortversorgung von Verletzten mit Bauchschüssen verboten. Zur Begründung dieser Anordnung waren

sogar Statistiken gefälscht worden: Eine Arbeit aus dem ersten Weltkrieg zeigte, daß die Überlebensrate bei operativ versorgten Fällen bei 40-50 % lag, bei unversorgten nur bei 8 %. Zitiert wurde jedoch in den Richtlinien nur die infauste Prognose der nicht Operierten.

Mehrere Beiträge befaßten sich mit dem Problem der nationalsozialistischen Menschenexperimente. Dr. Helena Kubica von der Gedenkstätte Oswiecim (Auschwitz) in Polen berichtete über Josef Mengeles anthropologische Forschungen an 350 jüdischen Kindern im Lager Auschwitz-Birkenau. Finanziert wurden seine Forschungen vom Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem. Einige Opfer wurden schließlich mit Phenol-Injektionen ins Herz getötet, um sie anschließend sezieren zu können.

Andere Ärzte hatten, wie Brigitte Leyendecker und Prof.Dr. Burghard Klapp aus Berlin in ihrem Vortrag: »Kriegswichtige Hepatitisforschung — Die Gruppe um Kurt Gutzeit« herausarbeiteten, größere Gewissenskonflikte.[8] Dies galt etwa für den Internisten Arnold Dohmen, der sich zu experimentellen Hepatitisübertragungen und Leberpunktionen an inhaftierten jüdischen Kindern erst auf den Druck seines Chefs, Prof. Gutzeit, und unter Rückzug auf militärische Gehorsamsstrukturen entschließen konnte. Andere Hepatitisexperimente geschahen an psychiatrischen Patienten und englischen Kriegsgefangenen.

Das bis heute problematische Verhältnis zwischen Wissenschaft und Humanität wurde aus dem Vortrag von Prof.Dr. Michael Thaler aus San Francisco über den »Konflikt um die Verleihung des Eppinger Preises« deutlich. Der Wiener Leberforscher, in dessen Namen der Preis seit Jahren verliehen wurde, war an den Experimenten zur Trinkbarmachung von Meerwasser im Konzentrationslager Dachau beteiligt. Hierbei wurden mittels Durstversuchen an inhaftierten Sinti und Roma zwei konkurrierende Verfahren gegeneinander geprüft. Zur Anklage vor dem Nürnberger Tribunal kam es infolge des Suizids des Wissenschaftlers im Jahre 1946 nicht. Obwohl seine Beteiligung an den Menschenversuchen seit den Nürnberger Prozessen bekannt war, wurde der Preis jahrelang in seinem Namen zur Erinnerung an seine wissenschaftlichen Verdienste verliehen. Dafür hatte sich besonders sein früherer Mitarbeiter Hans Popper eingesetzt, der selbst Wien noch buchstäblich im letzten Augenblick verlassen konnte, während seine Schwestern in Auschwitz ums Leben kamen. Popper hatte sämtliche Erinnerungen an Eppingers NS-Vergangenheit ignoriert, ihn gleichsam als zweiten »wissenschaftlichen« Vater verehrt. Dabei kennzeichnete er wie andere Mitarbeiter und Patienten Eppinger als kalt, skrupellos und roh. Erst

1984 wurde der Preis gestoppt, als ein Wissenschaftler darauf hinwies, daß seine Fortsetzung die Unterordnung ethischer und humaner Werte unter die der Wissenschaft bedeuten würde.[9]

Andere nationalsozialistische Wissenschaftler konnten ihre Forschungen jahrelang in den USA unter dem Schutz des CIA in der Armee an Soldaten fortsetzen. Unter Umgehung der Einwanderungsbestimmungen waren sie, so die Journalistin Linda Hunt aus Washington D.C. in ihrem Vortrag »The CIA/Army coverup of Nazi scientists' psychochemical experimentation on American soldiers under Operation Paperclip 1947-1970«, in die USA eingeschleust worden. Experimente mit LSD verunsicherten die nicht eingeweihten Versuchspersonen und führten mindestens zu einem Todesfall. Nervengase hatten erhebliche Gesundheitsstörungen zur Folge.

Dr. Christian Pross aus Berlin sprach über »Die Hintergründe im Nürnberger Ärzteprozeß«. Auch hier wurden die Verbrechen bald relativiert. Angeklagte wie medizinische Sachverständige schoben die Schuld soweit wie möglich auf den bereits toten SS-Arzt Rascher, obwohl die Beteiligung anderer Forscher evident war. Auch ein Leitartikel des British Medical Journal unterschied schon während des Prozesses zwischen den ernsthaften und gebildeten Wissenschaftlern, für die man Verständnis haben müsse und den Scharlatanen und Sadisten, die es zu verurteilen gelte. Die grundsätzliche Frage nach der Moral der Wissenschaft wurde nur ungenügend gestellt.

Prof.Dr. Josef Bogusz aus Krakau hat sich seit Jahrzehnten für eine Aufarbeitung der nationalsozialistischen Verbrechen, aber auch für eine Verständigung mit Deutschland eingesetzt. Er wies in seinem Schlußvortrag auf die Bedeutung der Ethikkommissionen hin, um inhumane Menschenexperimente in Zukunft zu verhindern. Prof.Dr. Eduard Seidler aus Freiburg sprach über »Ethische Konsequenzen aus der Medizin im Nationalsozialismus«. In der NS-Medizin wurde mit beispielloser Rücksichtslosigkeit der alten, seit der Antike immer wieder gedachten Utopie von der Verbesserbarkeit des Menschen nachgejagt. Das Glück des Menschen sollte nach den rassehygienischen Phantasien an der Fortpflanzung festgemacht werden. Nur die Gesunden sollten sich fortpflanzen, »Ausschuß« sollte einfach verworfen werden. Auch heute stehen wir, so Seidler, vor der Frage, ob uns Menschsein in jeder Form schützens-oder ertragenswert erscheint. Die Medizin müsse sich fragen, wie sie zu dem Anspruch stehe, für immer weniger, dafür aber gesunde Kinder zu sorgen.

Insofern muß das Problem der Medizin im Nationalsozialismus auch heute die Ärzteschaft interessieren. Die Aufarbeitung kann nur in·

gemeinsamer Arbeit durch Ärzte und Wissenschaftler erfolgen. Darauf wies Dr. Helmut Becker von der Ärztekammer Berlin in seinem Schlußwort hin.

Manuskript fertiggestellt im Juli 1989

Adresse der Autorin:
Dr.med. Barbara Elkeles
Abteilung Geschichte der Medizin
Medizinische Hochschule Hannover
Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61

Anmerkungen

1 Der Ausstellungskatalog enthält neben den Exponaten auch eine Reihe Aufsätze: Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945. Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989 (= Reihe Deutsche Vergangenheit Band 34).

2 Erfreulicherweise liegen die Aufsätze jetzt gesammelt vor: Johanna Bleker und Norbert Jachertz: Medizin im Dritten Reich. Köln 1989.

3 Zu Julius Moses vgl. auch zwei Beiträge in dem in Anm. 2 genannten Ausstellungskatalog: Susanne Hahn: Revolution der Heilkunst — Ausweg aus der Krise? Julius Moses (1868-1942) zur Rolle der Medizin in der Gesundheitspolitik der Weimarer Republik, 71-99; Daniel Nadav: Julius Moses und Alfred Grotjahn. Das Verhalten zweier sozialdemokratischer Ärzte zu Fragen der Eugenik und Bevölkerungspolitik, 143-152. Hingewiesen sei auch auf: Daniel Nadav: Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland. Gerlingen 1985.

4 Vgl. Julius Moses: Der Kampf gegen das »Dritte Reich« — ein Kampf für die Volksgesundheit! In: Der Kassenarzt 9/1932, 1-4; wiederabgedruckt in dem unter Anm. 2 zitierten Ausstellungskatalog, 223-231.

5 Vgl. zu den Vorwürfen etwa: Josef Lewy: Antisemitismus und Medizin. In: Im Deutschen Reich. Zeitschrift des Centralvereins deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens. 5/1899, 1-19.

6 Eine ausführliche Darstellung findet sich ebenfalls in dem Ausstellungskatalog (vgl. Anm. 2): Sheyla Weiss: Die rassenhygienische Bewegung in Deutschland 1904-1933, 153-173. Hingewiesen sei auch auf das Buch der Autorin: »Race Hygiene and National Efficiency: The Eugenics of Wilhelm Schallmeyer«. Berkeley, Los Angeles 1987.

7 Ausführliche Darstellung im Ausstellungskatalog (vgl. Anm. 2): Anna Bergmann, Gabriele Czarnowski, Annegret Ehmann: Menschen als Objekte humangenetischer Forschung und Politik im 20. Jahrhundert. Zur Geschichte des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem (1927-1945), 121-142.

8 Auch diese neuen Forschungsergebnisse können auf S. 261-293 des Katalogs (vgl. Anm. 2) nachgelesen werden: Brigitte Leyendecker und Burghard F. Klapp: Deutsche Hepatitisforschung im Zweiten Weltkrieg.

9 Vgl. Howard M. Spiro: Eppinger of Vienna: Scientist and Villain? In: J. Clin. Gastroenterol. 6/1984, 493-497.

Walter Wuttke

Die Aufarbeitung der Medizin im »Dritten Reich« durch die deutsche Medizinhistoriographie*

Das Grundgesetz war keine drei Monate alt, als, wie die Jüdische »Allgemeine« am 15.9.1949 schrieb, der »erste« Verfassungsbruch zu melden war und weltweit diskutiert wurde; er traf die Juden.

Ausgelöst hatten die Diskussion um den bundesdeutschen Antisemitismus die Vorgänge anläßlich der Berufung Herbert Lewins zum Direktor der Offenbacher Frauenklinik.

Gegen die Wahl des jüdischen Arztes war der Vertreter der Offenbacher Ärzteschaft im Gemeinderat, der sein negatives Votum so begründete: Lewin sei »ein echter Volljude mit allen Vorzügen und Nachteilen. Er ist ein intelligenter, kluger und schlauer Mann, der eine unbändige Expansionskraft besitzt. Die Art« seiner »Persönlichkeit (...) mit« ihrem »umfangreichen Wissen und Können« eigne »sich nicht für die einfache, vornehm-bescheidene Gediegenheit der Abwicklung der ärztlichen Tätigkeit im Stadtkrankenhaus Offenbach«[1].

Abgelehnt wurde Lewin auch von Ärzten und Krankenschwestern des Offenbacher Krankenhauses sowie von einem der drei gynäkologischen Gutachter, der Lewin die fachliche Qualifikation absprach, gleichwohl riet, ihn zu berufen, weil er »wieder einmal« mit »befreundeten Kollegen« im Ausland »über Fachfragen« diskutieren wolle. Das sei ihm und seinen Kollegen nur möglich, wenn der Magistrat »Herrn Dr. Lewin« wähle (Dirks 1950b, 241).

Vierzig Jahre später ist im *Deutschen Ärzteblatt* (DÄB) zu lesen, daß in der Weimarer Republik »Juden — vornehmlich aus dem Osten« die medizinischen Studienplätze »usurpiert« gehabt hätten (Hennig 1988); den Juden seien unverdiente Vorteile zugekommen (vgl. Güttich 1988a); sie seien »arrogant und aggressiv« gewesen und hätten »sich als die Herren in Berlin« gefühlt (Piepenbrink 1989). Das Eingeständnis ärztlicher Mitschuld an den NS-Verbrechen wird als »Unterwerfungserklärung an das Judentum« (E.P. Koch 1989) denunziert.

* Überarbeitete Fassung des Vortrags auf dem Internationalen Wissenschaftlichen Symposion der Ärztekammer Berlin »Medizin in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus«, Berlin 17. bis 19. Mai 1989. Wir danken dem Veranstalter für die Genehmigung zum Vorabdruck. Die Ergebnisse des Symposions werden vom Veranstalter gesammelt herausgegeben und erscheinen voraussichtlich 1990.

Es sind Leserbriefschreiber, die sich so äußern — »nur« Leserbriefschreiber, möchte man zur Begrenzung des Skandals vielleicht betonen.

Die Leserbriefe sind Teil einer breiten Diskussion im Deutschen Ärzteblatt über Fragen der nationalsozialistischen Medizin. Sie können nicht isoliert diskutiert werden von dem Bemühen, die lange Zeit beiseite geschobene Geschichte der NS-Medizin ausführlich darzustellen und zu erörtern. Ansätze dazu lassen sich schon seit einigen Jahren feststellen, aber erst mit der Serie »Medizin im Nationalsozialismus« (vgl. Bleker/Jachertz) öffnete sich die Zeitschrift der Bundesärztekammer der fachlichen Diskussion in ihrer ganzen Breite, insoweit alles in allem in durchaus vorbildlicher Weise.

Als Reaktion auf die Serie wurden bis Anfang April 43 Leserbriefe veröffentlicht. 6 Briefe waren antisemitisch und 14 Zuschriften kritisierten die Serie mit Argumenten, die für das revisionistische Geschichtsverständnis der bundesdeutschen Alten und Neuen Rechten typisch sind. Diese Reaktionen bestätigen zunächst nur, was sich auch sonst nachweisen läßt, daß nämlich offener Rassismus, völkisch-nationales Denken und andere ideologische Elemente des Rechtsradikalismus auch in der bundesdeutschen Ärzteschaft auf der Tagesordnung stehen (vgl. Wuttke 1988), wobei der hohe Anteil der so denkenden Ärzte unter denen, die sich im DÄB zu Wort meldeten, keine Rückschlüsse auf ihre organisatorische Stärke und ihren politisch-ideologischen Einfluß zuläßt. Die sind zwar quantitativ und vor allem qualitativ nicht unbedeutend, addieren sich aber natürlich nicht zu einer Zahl von über 40 %. Dazu kommt, daß die antisemitischen Leserbriefe im Rahmen der laufenden Diskussion, wie ich meine, angemessen, kritisiert wurden.

Unter den Kritikern fehlen allerdings die Schriftleitung des DÄB und der Präsident der Bundesärztekammer, die sich in die Diskussion einschalteten und glaubten, die Debatte als neutrale Schiedsrichter kommentieren zu sollen, ein Vorhaben, das sie nicht durchhielten und sich nicht hätten vornehmen dürfen[2].

So erklärte die Schriftleitung den Verdener Chirurgen Hennig, der die antisemitische Leserbriefkampagne eröffnet hatte und dafür kritisiert worden war, für den, der angegriffen worden war, und gaben ihm deswegen ein, wie sich Gott sei Dank herausstellte, allerdings doch nur vorläufiges »Schlußwort« (Jachertz 1989a), in dem er seine Thesen wiederholen durfte (Hennig 1989). Angegriffen worden waren danach also nicht die Juden von den Antisemiten.

Diese Sichtweise, die sich weigert, im Antisemitismus eine Bedrohung der Juden zu sehen, und von daher auf ihn zu antworten, bestimmt auch die Stellungnahme, die Karsten Vilmar in der Angelegenheit

abgegeben hat. Auch er findet kein Wort zur Verteidigung der jüdischen Ärzte und kein Wort der Kritik an seinen antisemitischen Kollegen, denen er im Gegenteil auch noch bestätigt, daß mit ihren Zuschriften keine »wirklich (...) antisemitisch-rassistische Leserbrief-Kampagne im Deutschen Ärzteblatt« stattgefunden habe (Vilmar 1989). Ausführlich kritisiert werden allerdings diejenigen, die von ihm mehr erwarten, als ein Hinwegsehen über den ärztlichen Antisemitismus, der bei Vilmar unter der Kategorie »Meinungsvielfalt« notiert (ebd.; Jachertz 1989b). Das ist, vom Ärztetag bestätigt (Klemperer 1989, 27), die alte gleichgültige Haltung, die die ärztlichen Spitzenverbände vor 1933 offiziell nach außen hin einnahmen und mit der sie die Judenfeindschaft großziehen halfen.

Ich würde meine Kritik gerne einschränken, wenn sie nicht durch ein weiteres Beispiel bestätigt würde, das die gleichen Strukturen erkennen läßt und von den selben Akteuren handelt. Ich meine Vilmars Interview, in dem er sich mit Hanauske-Abel auseinandergesetzt hat[3]. Wenn dort von der Tragik[4] der Berufsverbote und Judenverfolgung die Rede ist, den Juden daran also die gleiche Schuld zugemessen wird wie ihren Gegnern, so scheint das kein pathetischer Versprecher zu sein. Diese Sprache ergibt sich vielmehr aus einer Sichtweise, die den Juden oder die Zahl der jüdischen Ärzte in gleicher Weise als ein Extrem betrachtet wie den Antisemitismus und zu beidem in gleicher Distanz steht, was eben auch bedeutet, daß die Frage nach der angemessenen Haltung gegenüber Äußerungen antisemitischen Denkens zu einem Problem des Meinungspluralismus erklärt wird.

Das Interview legt aber mehr Unbedachtes bloß. Die Art, wie Hanauske-Abel einleitend wie in einem Steckbrief ausgeschrieben wird, umtriebig, im Ausland von Arbeitsplatz zu Arbeitsplatz wechselnd, »offenbar« erst hier, dann »vermutlich« dort (Vilmar 1987, A-1185), erinnert an das antisemitische Klischee vom »ewigen Juden«.

Der Fall Lewin und der Fall DÄB markieren einen Rahmen, in dem sich die Geschichte der politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Medizin im Dritten Reich betrachten läßt. Nimmt man diese beiden Eckdaten, dann hat sich wenig verändert. Die Forschung wurde zwar umfangreicher, das Wissen differenzierter und allgemeiner; es gibt andere Symbole für die politische Kultur der Ärzteschaft, sie drücken nicht mehr die Kontinuität ärztlichen Denkens aus, sondern kritisches Nachdenken, wie die, freilich von außen kommende, Umbenennung der Haedenkampstraße in Herbert-Lewin-Straße zeigt (Jäckle 1988, 37f.). Aber ein Konsens über Selbstverständlichkeiten scheint nicht erreicht worden zu sein.

Die Frage, die sich stellt, ist nicht, ob sich die bundesdeutsche Ärzteschaft vom Nationalsozialismus distanziert hat. Daran gibt es keinen Zweifel.

Zu fragen ist vielmehr nach der inneren Struktur der Diskussion um die NS-Medizin. Sie ist von der historischen Forschung und ihren wissenschaftlichen Maßstäben bestimmt, ohne auf diese eine Seite reduziert werden zu können. Über die Entwicklung einer fachhistorischen Auseinandersetzung hinaus, sie eher moderierend als ihr folgend, war die Debatte immer auch von der Frage bestimmt, wieweit und mit welchem Grad von Verbindlichkeit die Beschäftigung mit der NS-Medizin zwischen lernendem Die-Sache-sich-angelegen-sein-lassen einerseits und postfaschistischem Scham-Design andererseits die Binnenmoral der Ärzteschaft tangiert. Ob und welche Maßstäbe sie für die Medizin herausbilden kann und setzen darf.

Die vielfältigen Abweisungen, die die Historiographie zur NS-Medizin erfahren hat und, bei aller Bereitschaft sie zu unterstützen, immer noch erfährt, haben hier eine ihrer Hauptursachen. Es sind, was auch der letzte Ärztetag wieder bestätigt hat, die Fragen nach den Konsequenzen, wie die, ob der SS-Arzt Hans Joachim Sewering die Bundesärztekammer im Ausland vertreten kann (vgl. Klemperer 1989, 27), die vielfach jene merkwürdige, ja gespenstische Neutralität geschaffen haben, der die Beschäftigung mit der NS-Medizin beinahe ebenso verdächtig ist wie diese Medizin selber. Die Abweisungen haben natürlich noch andere Gründe, z.B. in den autoritären Standesverhältnissen und ihren Moralvorstellungen, in denen der Täterschutz vor der Erinnerung an die Opfer der NS-Medizin rangiert; sie liegen aber auch in den gesellschaftlichen Verhältnissen, die der Beschäftigung mit der NS-Medizin enge Grenzen gesetzt haben.

Dies jedenfalls scheint mir die Quintessenz der Beschäftigung mit der NS-Medizin in der Bundesrepublik zu sein, die sich darum auch nicht als reine Fachgeschichte darstellen läßt.

Die Auseinandersetzung durchlief eine erste Phase in den Jahren bis etwa 1949. Sie ist durch restaurative Tendenzen geprägt; nicht einmal der Antisemitismus wird innerhalb der Ärzteschaft überwunden.

Charakteristisch für die ersten Jahre nach der Befreiung vom Faschismus waren aber auch Betroffenheit und Entsetzen unter Ärzten über die medizinischen Verbrechen. Die Ablehnung des Antisemitismus durch die Ärztekammern ist in dieser Zeit unzweideutig, wie ihre Erklärung »zu den Offenbacher Vorfällen« zeigt (Frankfurter Rundschau, 23.9.49).

Ärzteschaft und Öffentlichkeit wurden mit den Tatsachen der Menschenversuche in den Konzentrationslagern und der Vernichtung

»lebensunwerten Lebens« konfrontiert. Es erschienen erste, auch heute noch wichtige Veröffentlichungen zum Thema NS-Medizin, z.B. von Viktor v. Weizsäcker (1947/48) und Werner Leibbrand (1946), oder die beiden ersten Auflagen der Dokumentation von A. Mitscherlich u. F. Mielke (1947 u. 1949) sowie das Buch »Die Tötung Geisteskranker in Deutschland« von Alice Platen-Hallermund (1948). Beide Veröffentlichungen stammen aus der »Deutschen Ärztekommission«, die im Auftrag der »Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern« den Nürnberger Ärzteprozeß beobachtete. Gerhard Schmidt schloß sein Manuskript über Eglfing-Haar ab, »zu früh«, um einen Verleger zu finden; es verschwand auch im Umlauf der Hamburger Medizinischen Fakultät, als er damit seine Dozentur nachholen wollte, aber schon im November 1945 sprach er im Rundfunk über die bayerische Tötungsanstalt (Schmidt 1983, 158).

In der Konfrontation mit den Fakten, die nicht nur von den Gerichten und Entnazifizierungsbehörden erzwungen wurde, sondern auch aus einer noch nicht verdrängten Erfahrung heraus von vielen Ärzten gesucht wurde, entwickelte sich über eine bloße Darstellung der Tätergeschichte hinaus auch eine Debatte über die Ursachen der NS-Medizin. Verantwortlich gemacht wurden »die Vermassung der Menschen« (Rein 1945/46, 8), die naturwissenschaftlich-technische Tradition der Medizin, ihr Rationalismus und Materialismus, medizinisches Zweckdenken (F. Koch 1947; de Rudder 1946; Weizsäcker 1947/48; Volk u. Gesundheit 1982, 12f.), aber zum Beispiel auch der deutsche Militarismus, so in der »Entschließung der Westdeutschen Ärztekammern zum Nürnberger Ärzteprozeß« aus dem Jahr 1947 (Schlögell 1947, 49). Wie immer man zu den Einzelergebnissen dieser Beiträge steht, sie legten ein Fundament, auf dem sich eine historische Forschung hätte entwickeln können.

Die Entschließung der Ärztekammern zum Nürnberger Prozeß zeigt aber auch, daß die Ärzte bemüht waren, in der Ursachenforschung ihre ständischen und ökonomischen Interessen nicht preiszugeben; sie bildeten in der Regel die Grenze der Rechenschaftslegung.

Die Rolle der Ärzte im NS wird quantitativ und qualitativ auf eine »kleine Schar« einer »negative(n) Auslese« reduziert (Schlögell 1947, 49).

In Fortsetzung von Denkmustern, die wesentlich zur Selbstgleichschaltung der Ärzte mit dem Nationalsozialismus beigetragen hatten, wird z.B. die Sozialversicherung als totalitäre Institution diffamiert (ebd.; F. Koch 1947, 11; Mielke 1948, 62).

An professoralen Interessen scheiterte der Versuch, die Medizinischen Fakultäten zu einer Erklärung zum Nürnberger Ärzteprozeß zu

bewegen. Die Freiburger Fakultät lehnte einen solchen Schritt z.B. mit folgender Begründung ab: »Die, die jetzt diese Erklärung abgeben, waren doch die Erzieher, Lehrer und Chefs derjenigen, die sich in so schwere Schuld verstrickt haben.« Eine Diskussion könne dazu führen, daß nun die Hochschulen und »Professoren« für die Taten ihrer Schüler zur Rechenschaft gezogen würden. Da man diese Diskussion nicht lenken könne, solle man nicht aufstören, »was besser in Ruhe gelassen wird« (Volk u. Gesundheit 1982, 10f.).

Noch gröber geht der Physiologe Rein mit Mitscherlich um, dem er vorwirft, mit seinem Buch vornehmlich Perverse und »Dekadente (...)« bedient zu haben, die es »mit Wollust als Nachtlektüre verschlingen« würden (Mitscherlich/Mielke 1949, 280).

Typisch ist auch der Artikel, mit dem 1946 das Württembergische Ärzteblatt eröffnet wurde. An erster Stelle werden unter den Schäden die materiellen Verluste der Ärzte erwähnt, danach erst wird (im Rahmen des hier skizzierten Deutungsmusters) der Opfer der NS-Medizin gedacht (Koebner 1946).

Man kann also nicht sagen, daß schon in diesen Jahren die NS-Medizin zu den Akten gelegt werden konnte, und die Ärzte einfach zur Tagesordnung übergingen. Die Fülle der publizierten Fakten war mit Verschweigen nicht zu bewältigen. Sie verlangte nach einer Deutung, die auf eine »Entsorgung« der Vergangenheit hinauslief, ohne daß dies von allen Beteiligten gewünscht wurde. Die Diskussion war heftig und voll persönlicher Angriffe auf diejenigen, die sich für sie einsetzten. Aber es gab eine Auseinandersetzung, die zu beenden, einen gewissen Aufwand erforderlich machte.

Mit der Veröffentlichung der Dokumentation »Wissenschaft ohne Menschlichkeit« durch die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern im März 1949 begann das Beschweigen der Vergangenheit. Das Buch — auch im Kontext der damaligen zeitgeschichtlichen Literatur eine der wichtigsten Arbeiten — wurde zum kollektiven Persilschein abgewertet, der die Ärzteschaft der Notwendigkeit enthob, die Auseinandersetzung mit der NS-Medizin weiterzuführen; teilweise ist das auch heute noch so[5].

Die jetzt beginnende 2. Phase der Auseinandersetzung mit der NS-Medizin dauerte, von wichtigen, noch zu nennenden Ausnahmen abgesehen, bis etwa Mitte der 70er Jahre.

Dazu möchte ich 3 Anmerkungen machen:

1. Zunächst ist festzuhalten, daß die Möglichkeiten, sich über die NS-Medizin zu informieren, zunehmen, wenn sich davon im medizinischen und standespolitischen Schrifttum auch kaum Reflexe finden.

Zu den Publikationen der späten vierziger Jahre kommen z.B. Veröffentlichungen polnischer Ärzte, die seit 1961 detailliert über die Medizin in Auschwitz informieren; eine 5-bändige Auswahl ihrer Arbeiten erscheint 1969/70 auch in deutscher Übersetzung, wenn auch an abgelegenem Ort (Internationales Auschwitz Komitee 1969 u. 1970; vgl. Die Auschwitz-Hefte 1987).

Ein großer Teil der zugänglichen Informationen wird über die Presse an die Öffentlichkeit vermittelt. Es begründet sich der kritische medizinhistorische Journalismus, der die Erforschung der NS-Medizin bis heute mit wichtigen Beiträgen gefördert hat und durch seine Öffentlichkeitswirksamkeit absichern half.

1968 erscheint von Karl Kaul, der die DDR in mehreren bundesdeutschen NS-Prozessen vertrat, ein Buch über die »Ärzte in Auschwitz« (Kaul 1968), 1971 sein Kriminalroman »Dr. Sawade macht Karriere« (Kaul 1971) und 1973, im Anschluß an den Frankfurter »Euthanasie«-Prozeß, eine Untersuchung über die Vernichtung »lebensunwerten Lebens« (Kaul 1973). In der DDR werden zahlreiche Forschungsarbeiten zu verschiedenen Aspekten der NS-Medizin veröffentlicht.

Was die Wirksamkeit dieser Veröffentlichungen beschränkte, ist nicht ihr wissenschaftlicher Wert, der, positiv wie negativ, diskutabel gewesen wäre und der historischen Wahrheit allemal näher kam, als das weitgehende Schweigen der professionellen Geschichtsschreibung in und auch außerhalb der Medizin. Sie werden nicht rezipiert, weil sie von den falschen Leuten geschrieben wurden, von Opfern, Widerstandskämpfern, Kommunisten, ärztlichen Außenseitern, Journalisten. Manches, was heute »entdeckt« wird, steht schon in Veröffentlichungen der 50er und 60er Jahre, die in einer zweiten Geschichte des Vergessens vergessen wurden.

Aber selbst in der Medizin war das Schweigen nicht ohne Ausnahmen. Es gibt autobiographische Annäherungsversuche an das Thema, meist apologetischer Natur. Die Standespresse ist z.B. genötigt, zu aktuellen Skandalen unumgängliche Kommentare abzugeben. Die *Ärztlichen Mitteilungen* veröffentlichen 1961 aber auch Bittners Anmerkungen zum Fall Heyde/Sawade (Bittner 196la) sowie, wohl nicht ganz ohne Nebenabsichten, seine Untersuchung über den ärztlichen Widerstand (Bittner 1961b). Vor allem in der Psychiatrie findet die Debatte der späten 40er Jahre eine Fortsetzung, sie stellt sich aber erst mit Dörners Aufsatz »Nationalsozialismus und Lebensvernichtung« aus dem Jahr 1967 neuen Fragen (Dörner 1967). Etwas später begannen die Medizinhistoriker F. Kudlien und G. Mann ihre Forschungen zur NS-Medizin bzw. ihren Vorläufern.

Im übrigen gehörte die Medizingeschichte, die im Nationalsozialismus als ideologische Hilfskraft gefördert worden war und sich so auch angeboten hatte, zum Kartell des Beschweigens, wenn sie mit dem »Fall Berg« auch ins Gerede kam[6]. Ihre Rolle wird exemplarisch am Modell der Mainzer Akademie der Wissenschaften deutlich, deren Gründungsmitglieder u.a. Paul Diepgen und O. v. Verschuer waren. Während die Max Planck Gesellschaft es abgelehnt hatte, Verschuer zum Mitglied zu wählen (Müller-Hill 1987, 9), half die Mainzer Akademie ihm, aus den »Inventarbeständen« seines alten Instituts eine »Forschungsstelle« zu schaffen, an der »einige der durch die Katastrophe unterbrochenen Forschungsarbeiten wieder aufgenommen und fortgeführt werden« konnten (Akademie 1950, 38). Das geschah unter den Augen des führenden westdeutschen Medizinhistorikers. Später unterstützte die Akademie dann die Forschungen der Mainzer Medizinhistoriker zur Geschichte des Biologismus und der Rassenhygiene, die ich in diesem Zusammenhang auch überhaupt nicht kritisiere. Aber die Reihenfolge ist bemerkenswert:

Erst — bei allen Brüchen — das Weitermachen, und danach die Reflektion über eine Geschichte, die in die »Katastrophe« geführt hatte.

Das führt zur 2. Anmerkung.

2. Das Beschweigen der Vergangenheit hatte also auch den Sinn, solche Strukturen oder Elemente der Medizin aus der Diskussion zu halten, die durch den Nationalsozialismus zwar kompromittiert worden waren, die aber nicht aufgegeben werden sollten. Ein Beispiel wäre das Kassenarztrecht, das die politische Marginalisierung der Patienten im Gesundheitswesen zugunsten ärzteständischer Interessen besiegelt hat. Ein anderes Beispiel ist die Rehabilitierung und Reinstitutionalisierung der Rassenhygiene oder Eugenik, die Anfang der 70er Jahre mit der Errichtung der ersten Genetischen Beratungsstelle und der Reform des § 218 erfolgreich abgeschlossen werden konnte[7].

Benno Müller-Hill hat seine historischen Forschungen in dem Satz zusammengefaßt, daß der »Aufstieg der Genetik durch einen gigantischen Prozeß der Unterdrückung ihrer Geschichte charakterisiert« sei (Müller-Hill 1987, 3). Nicht nur bei Müller-Hill finden sich viele Belege dafür, daß die Geschichte der nationalsozialistischen Rassenpolitik unter Humangenetikern und Anthropologen auch in den ersten 25 Jahren nach dem Krieg nicht verdrängt, sondern gegenwärtig war, aber als störend und uneigentlich behandelt wurde (Müller-Hill 1987; Weingart/Kroll/Bayerts 1988, 562-684). Ihr historischer Sprecher in dieser Zeit war nicht der »Außenseiter« Saller, sondern Nachtsheim, der, durchaus kritisch gegenüber der NS-Rassenpolitik, die Geschichte der

Genetik daran aber vorbeizuführen versucht hat und unter Genetikern und Anthropologen auch Nachfolger gefunden hat (z.B. Becker 1988; G. Koch 1982; Schwidetzky 1982, 92-99).

Im übrigen scheint sich dieses Problem dadurch gelöst zu haben, daß die Humangenetik nicht mehr Rassenpolitik treibt und seit 1969 ihre theoretischen und ethischen Probleme im Schatten der Vergangenheit diskutiert, wie Weingart, Kroll und Bayerts in ihrer »Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland« schreiben (669): »Eine Renaissance der Rassenhygiene und Rassenpolitik nach dem Muster der Vorkriegszeit« halten sie für »so wenig wahrscheinlich wie die Widerrufung der Quantenmechanik« (672).

Aber auch ihre rassistische Tradition ist der Humangenetik geblieben. Das Beipiel dafür ist nicht nur Heinrich Schade (Thomann 1985). In dem dreibändigen »Handbuch zur Deutschen Nation«, in dem die Neue Rechte ihre Grundüberzeugungen zusammengetragen hat, erschien 1988 auch ein Beitrag des Genetikers Tiemo Grimm, der in Würzburg die Arbeitsgruppe »Genetische Beratung und Medizinische Genetik« leitet (Grimm 1988). Für sich gelesen, vertritt der Aufsatz das neue individuelle, medizinisch-beratende humangenetische Paradigma. Publizistisch-organisatorisch ist er aber eingebettet in Germanismus und Antisemitismus (Eichler 1987), in ein Geschichtsverständnis, das »die deutschen Verbrechen seinerzeit in keine(r) Relation zu den Untaten anderer« sieht (Schickel 1986, 238), oder in eine sozialbiologische Bevölkerungstheorie, die u.a. behauptet, daß die Ausländer »die Deutschen« ausgebären würden (Hepp 1987, 476). Für das Handbuch gibt es eine historische Parallele in dem vom Kyffhäuser-Bund und dem Verein Deutscher Studenten 1926 herausgegebenen Sammelwerk »Deutsche Politik«. Dort schrieb Verschuer die Artikel über »Rasse« (1926a) und »Rassenhygiene« (1926b).

3. Der restaurative und erst, nachdem Fakten geschaffen worden waren, kritische Umgang mit NS-Medizin in den 50er und 60er Jahren hatte zur Folge, daß viele Menschen, die unter dieser Medizin gelitten hatten, nämlich die nicht-jüdischen Opfer des Rassismus, bei der Wiedergutmachung »vergessen« wurden, wobei dieses Vergessen, dem sie anheimfielen, kein schlichtes Aus-der-Erinnerung-Geraten war. Sie wurden vielmehr ein zweites Mal geopfert. Zum einen, weil die Weigerung, die ärztlichen Täter zu sehen, folgerichtig dazu führte, daß es auch keine Opfer ihrer Taten gab. Wo Menschen dennoch Verfolgungsleiden geltend machten, wurden sie vielfach als Neurotiker diffamiert (Eissler 1963; Pross 1988). Vor allem wurden sie aber der alt-neuen eugenisch-genetischen Moral geopfert. Ihre Interessen mußten zurück-

stehen, weil die wissenschaftlichen Prinzipien und Denkmuster, unter denen sie im Nationalsozialismus gelitten hatten, im Grundsatz gerettet werden sollten.

Das zeigt sich mit besonderer Deutlichkeit am Beispiel eines juristischen Gutachtens über die Frage der Wiedergutmachung für die Opfer der nationalsozialistischen Zwangssterilisierungen aus dem Jahr 1961, das der Innenausschuß des Bundestages auch wieder den Materialien seiner letzten Anhörung über diese Frage beigelegt hat.

Das Gutachten hält eine Wiedergutmachung u.a. deswegen für unangebracht, weil man »nicht ausschließen« könne, »daß« aufgrund der zivilen Nutzung der Kernkraft »auch ohne Atombombenkrieg noch in diesem Jahrhundert eine Situation eintritt, die den Gesetzgeber vor die Notwendigkeit stellt, die Weitergabe entarteten Erbguts mit rigorosen Mitteln zu verhindern«. Eine Wiedergutmachung würde den »eugenischen Gedanken treffen« und weltweit desavouieren, was mit Blick auf mögliche Notwendigkeiten »mißlich« wäre[8].

Was den Zwangssterilisierten genommen wurde, kam im Rahmen der gegen sie gewendeten Argumentation der Humangenetik nicht nur ideell zugute; so wurde Verschuer in Münster »großzügig und verständnisvoll durch das ehemalige Bundesministerium für Atomenergie unterstützt« (G. Koch 1982, 252).

Seit Mitte/Ende der 70er Jahre hat sich das Verhältnis der Medizin zu ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit grundlegend geändert. Die Literatur ist heute kaum noch zu überschauen[9], sie ist thematisch weit gefächert und folgt recht unterschiedlichen Forschungsansätzen. Ebenso differenziert sind die Perspektiven des neuen historischen Engagements, das fachspezifische und professionelle Grenzen vielfältig überschritten hat, nicht zum Schaden, sondern zum Nutzen der wissenschaftlichen Qualität der neuen Forschungen. Vieles davon ist »graue« Literatur, lokal gebunden, unansehnlich, schuf aber Öffentlichkeit quer durch die Republik und stellte Fragen, wie das z.B. Paul Wulf mit seinen Postern über die Zwangssterilisierungen tat, deren Opfer er geworden war (Wulf 1987; Krieg 1984).

Der Journalist Ernst Klee schrieb das Grundlagenwerk über die »Euthanasie«-Aktionen, mit vielen neuen, gründlich recherchierten Informationen (Klee 1983). Historiker, und nicht Medizinhistoriker, legten die bislang wichtigsten Untersuchungen über die Gesundheitsämter (Labisch/Tennstedt 1985), die Zwangssterilisierungen (Bock 1986), die Gesamtzusammenhänge der rassistischen Einzelelemente (Schmuhl 1987), die Bedeutung der jüdischen Ärzte für die deutsche Medizin (Leibfried/Tennstedt 1979) vor. Die erste umfassende Ausstellung

über die NS-Medizin, die in der BRD von über 100000 Besuchern gesehen wurde, wurde von einer interdisziplinären Studentengruppe am Tübinger Institut für Empirische Kulturwissenschaft erarbeitet (Volk & Gesundheit 1982; Wolff 1986). Die Reemtsma-Stiftung stellte mit ihrer Forschungsförderung sicher, daß eine Vielzahl neuer Quellen erschlossen und neue Fragen diskutiert werden konnten.

Der gewissermaßen von außen an die Medizin herangetragenen Entwicklung entsprachen neue Entwicklungen, die aus der Medizin selbst kamen, zunächst aus ihrer Subkultur, von Medizinstudenten und jüngeren Ärzten, die 1980 den 1. Gesundheitstag in Berlin organisierten, auf dem das Thema der tabuisierten Vergangenheit zentraler Schwerpunkt war[10]. Seitdem hat sich das Interesse der Ärzteschaft an dem Thema bis hinein in die Kammern erweitert. Es sind nicht nur Medizinhistoriker, die daran arbeiten, sondern Ärzte verschiedener Fachrichtungen; es sind nicht nur hauptberufliche Wissenschaftler, sondern auch niedergelassene Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger.

Analog zu Entwicklungen außerhalb der Medizin entstand so auch innerhalb der Medizin ein in der Zusammensetzung einzigartiges Diskussionsforum, das am historischen Beispiel ethische und theoretische Fragen der Medizin erörtert. — Das neue historische Bewußtsein blieb nicht ohne Wirkungen auf den Medizinbetrieb. Von ihm beeinflußt entwickelte sich in den Ärztekammern eine standespolitische Opposition, die sich um eine Demokratisierung der festgefahrenen medizinischen Institutionen bemüht. Die deutsche Sektion der IPPNW orientiert sich mit ihrer Weigerung, daß Ärzte in Kriegsplanungen einbezogen werden, an den Erfahrungen mit der NS-Medizin, wie das unmittelbar nach dem Krieg (ich hatte das schon erwähnt) auch die Ärztekammern taten. Mit am wichtigsten scheint mir zu sein, daß aus der Beschäftigung mit der NS-Medizin heraus die Frage der Wiedergutmachung für die »vergessenen« Opfer noch einmal gestellt wurde. Die Intitiative war nicht sehr erfolgreich; sie endete wieder mit einer beschämenden Härtefonds-Regelung. Aber daß sich bundesdeutsche Ärzte, übrigens auch der Deutsche Ärztetag 1986, demonstrativ für die verpönten Opfer der nationalsozialistischen Medizin einsetzten, bleibt festzuhalten (Dörner 1985/86). Dies gilt auch für die Einsprüche gegen die fahrlässige »Sterbehilfe«-Debatte und gegen die Versuche, die unfreiwillige Sterilisierung behinderter Menschen einzuführen[11].

Der wissenschaftliche Ertrag der neuen Forschungen ist, nicht zuletzt dank der internationalen Beiträge, groß und kann hier nicht im Detail dargestellt werden. Ich will mich auf die Skizzierung einiger eher kontroverser Diskussionslinien beschränken:

1. In den Darstellungen der Geschichte von Eugenik, Rassenhygiene und Rassenpolitik stehen totalitarismustheoretische, professionsgeschichtliche, sozialhistorische und psychopathologische Deutungsansätze noch weitgehend unvermittelt nebeneinander. Neben dem sicherlich richtigen Hinweis auf vielfältige Ursachen für die Entwicklung der Rassenhygiene und die Herausbildung ihres quer durch die politischen Lager geltenden, aber eben nicht in gleicher Weise gültigen, paradigmatischen Charakters, sind Fragen offen geblieben, die vor allem die im historischen Ablauf zutage tretenden Akzente betreffen:

Welche Rolle spielen ökonomische Faktoren bei der Durchsetzung rassenpolitischer Forderungen und bei der Verknüpfung der verschiedenen rassistischen Argumentationslinien, in denen sie ein, wenn nicht das, durchgehende gemeinsame Leitthema bilden?

Welche Rolle spielt bei der Durchsetzung des Rassismus seine Verknüpfung mit dem Antisozialismus?

Wie realistisch waren die Alternativen zur Rassenhygiene?

Welche Bedeutung hat die Kritik am Rassismus, die einer systematischen Darstellung bedürfte?

2. Unbeantwortet scheint mir die Frage nach dem Charakter der »Gleichschaltung« der Ärzteschaft zu sein:

Kam sie »über Nacht« (Jachertz 1983)?

»Beugten sich« die Funktionäre von Hartmannbund und Ärztevereinsbund »dem massivem Druck« des NSDÄB (Lilienthal 1985, 111)?

Entwickelten sich die Ärzte eher passiv und unabsichtlich in den Faschismus hinein?

Oder trieben sie eine aktive Bündnispolitik im Rahmen der von der DNVP, der Ärzte-Partei der Weimarer Republik, verfolgten Politik der »Harzburger Front«? (Kater 1986, 160)

3. Unbeantwortet ist die Frage nach dem Gesamtsystem der NS-Medizin und nach der Zuordnung einzelner Elemente von der alltäglichen Medizin bis hin zur Vernichtung. Was der Faschismus aus dem Erbe, das er übernahm, eklektisch aufsammelte, wird kaum nach seinen funktionalen Zusammenhängen untersucht, sondern die Frage nach diesen Zusammenhängen wird als Versuch »interessierte(r) Kreise« diskutiert, Dinge »'in die braune Ecke'« (A. Haug 1986, 228) zu stellen, in die sie angeblich nicht gehörten. Das betrifft vor allem die Diskussion über den naturwissenschaftlich-technischen, schulmedizinischen Charakter der NS-Medizin, in der meistens übersehen wird, daß, wenn der Nationalsozialismus an der Schulmedizin auch festhielt, ihn nicht dies im historischen Kontext charakterisiert und heraushebt, sondern die »Gleichschaltung« der widersprüchlichen Elemente der Heilkultur. Daß

dies, bei allen verbliebenen Kontroversen, die destruktive Kraft der NS-Medizin nicht geschwächt, sondern, indem sie die Widersprüche im Rahmen der politischen und ökonomischen Zielvorgaben integrierte, gestärkt hat, bestätigt ein Blick auf die Ideologien, in denen sich das Subjekt des Nazi-Arztes herausgebildet hat. Das sind Priester, Künstler, Soldat, Führer, Richter — Leitbilder also, die nicht aus der naturwissenschaftlich-technischen Moderne, sondern eher aus ihrer Gegentradition genommen sind, aber ärztliches Verfügungsrecht über Leben und Tod ausdrücken und seine Tätigkeit mit anderen Institutionen staatlicher Gewaltausübung verflechten.

Bei der Erklärung der NS-Medizin wird die Rolle der Ärzte, entsprechend ihrem traditionellen Selbstverständnis als Hauptakteure in der Medizin, überschätzt. Fragen nach den ökonomischen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen kommen dabei zu kurz; sie gelten als »links-ideologisch« (Kater 1987a, 301).

Der Diskussion liegt eine Theorie der Medizin zugrunde, in der ihre verschiedenen Aufgaben, die sie neben dem »Heilen« wahrzunehmen hat, kaum vorkommen. Schon vor 1933 ist die Medizin eine der zentralen Sozialisationsagenturen, wie W.F. Haug in seiner lesenswerten Untersuchung über die »Faschisierung des bürgerlichen Subjekts« gezeigt hat (W.F. Haug 1986). Sie ist ein ökonomisches Verteilungssystem und, für die deutsche Entwicklung besonders wichtig, geradezu eine national-chauvinistische Institution, die nach dem verlorenen 1. Weltkrieg die nationalen Wunden heilen helfen sollte, wie das Beispiel der Gesolei zeigt (Wuttke 1982, 282).

Erst wenn man dies mitbedenkt, läßt sich der Zusammenhang von Heilen und Vernichten in der NS-Medizin erklären. Es gab nämlich kein plötzliches Umschlagen vom Heilen zum Vernichten und auch keine Umorientierung der Ärzte, sondern zunächst einmal die Radikalisierung und Neuverteilung der Akzente einer für die moderne Medizin überhaupt typischen Struktur. Das hat niemand deutlicher gesehen als V.v. Weizsäcker; er hat daraus aber, wie viele andere Ärzte, die falschen Konsequenzen gezogen[12].

Die Diskussion wird nicht immer offen geführt. Manches läuft über Zensur ab (vgl. Anm. 6) oder Plagiate, denen man wohl auch Zensurabsichten unterstellen darf[13].

Es ist nicht sicher, ob Wissenschaftsbetrieb und ärztliche Standesführung bereit sind, sich mit einer Entwicklung produktiv auseinanderzusetzen, die sich ihrer professionellen Kontrolle weitgehend entzogen hat und deshalb so außerordentlich erfolgreich wurde. Es gibt Anzeichen dafür, daß das nicht der Fall ist[14]. Anstatt in eine wissenschaftliche

Diskussion der unterschiedlichen Forschungsansätze und -perspektiven einzutreten, werden die in diesem Lande traditionell geächteten politischen Positionen als unwissenschaftlich oder ideologisch verbrämt (Kater 1987a, 301) aussortiert, also nicht etwa die neonazistischen, völkischen und apologetischen Beiträge, sondern zum Beispiel das »linksorientierte (...) psychiatrische (...) Gruppenmilieu mit seinen Ritualen moralischer Selbstergriffenheit«, so Dirk Blasius 1987 auf dem Kolloquium »Medizin im Nationalsozialimus« des »Instituts für Zeitgeschichte« (Medizin 1988, 55f.). Die Kritik trifft also eine Gruppe von Ärzten und ärztlichen Mitarbeitern, die sich um die Erforschung der NS-Medizin große Verdienste erworben hat und dabei keineswegs in »moralischer Selbstergriffenheit« erstarrte, sondern aus ihrer historischen Arbeit praktische Konsequenzen zog.

Man kann über die letzten 10 bis 15 Jahre historischer Forschung zur NS-Medizin nicht reden, ohne darauf hinzuweisen, daß sich parallell dazu in neuer Form wieder so etwas wie eine rechtsradikale Medizin formiert, deren organisatorische Strukturen noch relativ unausgeprägt zu sein scheinen, die aber z.B. bei der Verbreitung apologetischer Literatur Gewicht hat, mehr noch in der seit etwa 10 Jahren wieder aufgebrochenen Debatte über das »sterbende«, von Ausländern »bedrohte« deutsche Volk (Wuttke 1988).

Der erste, dem es gelang, rechtsradikale Ärzte über das Thema »Vergangenheitsbewältigung« im größeren Umfang zu organisieren, war der Münchener Verleger G. Frey. Die Forderung der von ihm 1979 gegründeten »Volksbewegung für Generalamnestie (VOGA)«, einen »Schlußstrich unter die pharisäerhafte einseitige Vergangenheitsbewältigung« zu ziehen, wurde von über 220 Ärzten aus der BRD und aus Österreich unterstützt, wobei dies nur das Ergebnis der Auszählung von 3 Unterzeichnerlisten ist[15].

Einige der VOGA-Ärzte sind bekannte Funktionäre neonazistischer Organisationen. Andere haben z.B. 1985 den ausländerfeindlichen »Aufruf der 50.000« unterstützt, dessen Erstunterzeichnerfassung zu 23 % von Ärzten und Zahnärzten unterschrieben wurde[16].

Unter dem VOGA-Aufruf steht auch der Name von Helmut Güttich, Oberstabsarzt d.R. der Luftwaffe a.D. und bis zu seiner Emeritierung apl. Professor für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in München. Vom ihm stammt einer der eingangs erwähnten antisemitischen Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt (Güttich 1988a), Ausdruck eines geschlossenen rechtsradikalen, den Nationalsozialismus verharmlosenden (Güttich 1988b) Weltbildes, in organisiertem rechtsradikalen Zusammenhang. Neben dem Antisemitismus vertritt Güttich eine auf Dachau bezogene

Variante der »Auschwitz-Lüge« (Güttich 1988c); es gibt bei ihm aber auch wieder »vernichtungspolitische« Überlegungen. In einem Vortrag über »AIDS«, den er 1987 vor dem »Schutzbund für das Deutsche Volk« gehalten hat, fordert er beispielsweise die »Kasernierung« AIDS-Positiver »in geschlossenen Ortschaften«, »Einreisetests, natürlich besonders für Asylanten« und für »AIDS-Kranke wahlweise Euthanasie« (Güttich 1988d, 44; vgl. S.18).

Der »Schutzbund für das Deutsche Volk« hat vor allem unter Akademikern geworben und bei ihnen Unterstützung gefunden. Zu den Medizinern, die sich bei ihm umsahen, gehört der Ulmer Neurologe Hans Helmut Kornhuber, der mit seinen differenzierten ausländerfeindlichen, vor allem gegen die Türken gerichteten Thesen dort allerdings buchstäblich niedergeschrien wurde (vgl. Wuttke 1988, Nr.18, 7). Aber auch was er zur Bevölkerungspolitik zu sagen hat, gehört zum neuen völkischen Diskurs, der aus dem »Schatten der Geschichte« herausgetreten ist. Für Kornhuber ist bundesdeutsche Bevölkerungspolitik »Wiedergutmachungspflicht am europäischen Freiheitsverlust«, der sich »durch Aussterben zu entziehen«, »die Deutschen am wenigsten das Recht« hätten. »Auf wen könnten die osteuropäischen Völker ihre Freiheitshoffnung richten, wenn die Deutschen aussterben?« (Kornhuber 1985, 12) Das ist — »westlich« geläutert — eine Fortschreibung der alten, auch von Ärzten geschriebenen Geschichte des deutschen Rassismus seit der Kaiserzeit, mit unveränderten Perspektiven.

Die Forschung hat diesen Aspekt des ärztlichen Umgangs mit der nationalsozialistischen Vergangenheit erst teilweise in den Blick genommen. Sie sollte ihm die gleiche Aufmerksamkeit widmen wie der Vorgeschichte der NS-Medizin. Angesichts der neuen Qualität des ärztlichen Rechtsradikalismus sollte auch die Bundesärztekammer mehr tun, als über Tagungen wie diese die »Schirmherrschaft« zu übernehmen.

Anmerkungen

1 Magistrat der Stadt Offenbach, Rekonstruiertes Protokoll über die Magistratssitzung vom 1. September 1949, Bl.13. Eine Abschrift befindet sich im Nachlaß Lewin, der z.Zt. vom Verfasser bearbeitet wird. Zu Lewin und zum »Fall Offenbach« vgl. Dirks 1950a; Wuttke 1986.

2 Zur Kritik am DÄB und an der Bundesärztekammer siehe auch Arbeitskreis 1989, sowie Thom/Schröter 1989.

3 Eine ausführliche Dokumentation dazu ist erschienen in: Rundbrief 1987; vgl. Tragbare Umdeutung 1989.

4 Vgl. Vilmar 1987, A-1195. Die Zwischenüberschrift für den Abschnitt, in dem Vilmar sich zum Antisemitismus äußert, lautet: »Tragische 'Entjudung' des ganzen Volkes«.

5 Vgl. das »Vorwort der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern« zu Mitscherlich/Mielke 1949, V-VIII. Über das »seltsame Schicksal dieses Buches« und Mitscherlichs Kritik an dem Vorwort siehe z.B. Mitscherlich/Mielke 1960, 13-15. Vgl. Ruprecht 1989, 54f.

6 Vgl. Nabielek 1985; Wuttke 1980, 114; der ursprünglich wesentlich umfangreichere Abschnitt mußte eingestrichen werden, u.a. weil es sich nach Ansicht der Herausgeber »bei der Geschichte der Medizin um eine zu periphere Fragestellung im Hinblick auf die Gesamtproblematik der Medizin im Nationalsozialismus« handle, »als daß sie allgemeineres Interesse verdiente« (Brief von G. Baader an den Verfasser v. 11.7.80, Bl.2). Zum »Fall Berg« vgl. Innerer Abkehricht 1964.

7 Zu den Humangenetischen Beratungsstellen vgl. Weß 1986; Schmidt-Bott 1987. Zu den eugenischen Forderungen im Zusammenhang mit der Diskussion um die Reform des § 218 siehe als Einführung die einschlägigen Strafrechtskommentare; das Thema bedürfte einer ausführlichen Untersuchung. Viele Hinweise dazu auch im neofaschistischen Schrifttum, z.B. in: Neue Anthropologie 1 (1972/73), Novemberheft 1972, 13. Zum Zusammenhang von genetischer Beratung und Abtreibung vgl. Stackelberg 1983, 52f.

8 Ernst-Walter Hanack, Kurzgutachten zur Frage einer Entschädigung von Personen, die auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933 sterilisiert worden sind. 12. Dezember 1961. In: Deutscher Bundestag, Innenausschuß, Stenographisches Protokoll über die 7. Sitzung des Innenausschusses am Mittwoch, dem 24. Juni 1987, 189f. Hanack war zu der Anhörung am 24.6.87 eingeladen worden, verzichtete aber auf die Teilnahme, da er »nicht sachverständig« sei (a.a.O., 185). — »Man sollte mehr vorwärts blicken, statt immer wieder rückwärts«, ist auch Nachtsheims Empfehlung bei der historischen und medizinisch-praktischen Einordnung des GzVeN, das nach seiner Meinung »keine Naziideologie enthielt« (Nachtsheim 1962, 1640).

9 Eine umfassende Bibliographie wird z.Zt. vom Verfasser erarbeitet. Nicht-themenspezifische bibliographische Zusammenstellungen in: Wuttke 1980a, 401-413; Medizin 1988, 91-110. Zu den erschienenen und geplanten Dissertationen aus den Medizinhistorischen Instituten vgl. Fichtner 1981 u. 1987. Kritische Übersichten zum Forschungsstand bei: Kater 1987a und 1987b; Thom 1985; Thom/Spaar 1985.

10 Die Beiträge sind veröffentlicht in: Baader/Schultz 1980. Mit M.O. Bruker und H. Mommsen beteiligten sich am Berliner Gesundheitstag aber auch zwei der prominentesten, auch in rechtsradikalen Kreisen operierenden Ärzte; vgl. Wuttke 1988, Nr.15, 8 u. Nr.16, 8; Bollmer 1988; Coelle 1985, 118-123.

11 Vgl. die Dokumentation und die Kommentare in: Demokratisches Gesundheitswesen 1988, Nr.7/8, 27-33; ferner Wunder 1989.

12 Zur Diskussion über Weizsäcker vgl. Wuttke 1980b, und die Kritik an diesem Beitrag in: Baader/Schultz 1980, 139-144; ferner Roth 1986.

13 Die Anm. 11 bei Schultz 1980, 199, ist, mit Ausnahme der Umwandlung des Wortes »Pädiater« in »Kinderarzt« abgeschrieben aus einem Manuskript, das der Verfasser dem »forum für Medizin und Gesundheitspolitik« auf Bitten von Schultz zur Verfügung gestellt hat. Ogbleich der Abdruck mehrfach zugesagt worden war, unterblieb die Veröffentlichung aus nicht näher präzisierten Bedenken. — Die Hinweise auf J.Streicher bei A. Haug 1985, 281, Anm. 35, stammen, teilweise wörtlich, aus Wuttke 1980a, 390f. — Die Bemerkungen zur Vorgeschichte der

Heilkräuterplantage im KZ Dachau bei Sigel 1988, 164f., stammen aus Wuttke 1980b, 116. Sigel zitiert diesen Aufsatz, aber nicht für den Zusammenhang, wo er ihn, teilweise wörtlich, ausschreibt. Abgeschrieben bei Wuttke 1980a, 393, sind Sigels Bemerkungen auf S. 170 zu E. Zederbauer.

14 Exemplarisch dafür: Mann 1988; Vilmar 1987.

15 Der Aufruf »An alle Deutschen«, aus dessen Vorspann das Zitat stammt, erschien z.B. in: Deutscher Anzeiger, 18.1.80; 1.2.80; 2.5.80. Die dort publizierten Namenlisten wurden hier ausgewertet. Zur »Sozialstruktur der VOGA-Unterstützer« s.a. Dudek/Jaschke 1981, 239f.

16 Die Erstunterzeichnerfassung enthält insgesamt 194 Namen, darunter 44 Ärzte und Zahnärzte sowie 3 Tierärzte, 2 Apotheker, 1 Heilpraktiker, 1 Krankenschwester: Aufruf der Fünfzigtausend: Ausländerstopp jetzt! In: Deutsche Zukunft (1985?), Dokumentationsstelle für unkonventionelle Literatur der Bibliothek für Zeitgeschichte, Stuttgart, DZ 641.

Literaturverzeichnis

Akademie der Wissenschaften und der Literatur: Jahrbuch 1950. Mainz

Arbeitskreis »Faschismus in München«, 1989: Antisemitismus. Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt. In: Dr.med. Mabuse 59, 14f.

Die Auschwitz-Hefte. Bd.1-2. Weinheim, Basel 1987

G. Baader u. U. Schultz (Hrsg.), 1980: Medizin und Nationalsozialismus. Berlin

P.E. Becker, 1988: Zur Geschichte der Rassenhygiene. Wege ins Dritte Reich. Stuttgart, New York

G. Bittner, 1961a: Der Fall Heyde oder die falsch verstandene Kollegialität. In: Ärztliche Mitteilungen 46, 1711-1717

ders., 1961b: Der deutsche Widerstand gegen Hitler. In: Ärztliche Mitteilungen 46, 1529-1535

J. Bleker u. N. Jachertz, 1989: Medizin im Nationalsozialismus. Köln

G. Bock, 1986: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Opladen

J. Bollmer, 1988: Enthüllungen über den Ernährungspapst. Buxtehude

E. Cölle, 1985: Lebensgespräche. Zwischenbilanz eines 75-jährigen »Jetzt und Hier« zum 75. Geburtstag von Dr.med. M.O. Bruker. Stuttgart

W. Dirks, 1950a: Der Fall Offenbach. In: Frankfurter Hefte 5, 32-40

ders., 1950b: Die Gutachten für und wider Dr. Lewin. In: Frankfurter Hefte 5, 240-242

K. Dörner, 1967: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. In: Vierteljahrshefte f. Zeitgeschichte 15, 120-151

ders. (Hrsg.), 1985 u. 1986: Gestern minderwertig — Heute gleichwertig? Folgen der Gütersloher Resolution. Bd.1 u. 2. Gütersloh

P. Dudek u. H.G. Jaschke, 1981: Die Deutsche National-Zeitung. München

R.W. Eichler, 1987: Deutsche Kunst in modernistischem Umfeld. In: Handbuch zur Deutschen Nation. Bd.2. Tübingen, Zürich, Paris, 241-271

K.R. Eissler, 1963: Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? In: Psyche 17, 241-291

G. Fichtner, 1981a: Laufende wissenschaftshistorische Dissertationen. Nr.1. Tübingen

ders., 1981b: Index wissenschaftshistorischer Dissertationen. Nr.1: 1970-1980. Tübingen

ders., 1986 u. 1987: Index wissenschaftshistorischer Dissertationen. Nr.2: 1981-1986. Laufende wissenschaftshistorische Dissertationen. Nr.2. Tübingen

T. Grimm, 1988: Humangenetik und Gesellschaft. In: Handbuch zur Deutschen Nation. Bd.3. Tübingen, Zürich, Paris, 129-152

H. Güttich, 1988a: Leserbrief. In: DÄB 85, Heft 41, B-1946

ders., 1988b: Zwei Generationen erlebter deutscher Medizingeschichte. In: Deutsche Annalen 17, 144-170
ders., 1988c: Antigermanismus. Eine Streitschrift zu Dachau und zum »Auschwitz-Gesetz«. Hrsg. v. G. Sudholt. 2. Aufl. Berg
ders., 1988d: AIDS. Eine Seuche verändert die Welt. o.O.
A. Haug, 1985: Der Lehrstuhl für biologische Medizin in Jena. In: F. Kudlien: Ärzte im Nationalsozialismus. Köln, 130-138; 279-281
ders., 1986: »Für Homöopathie und Volk«. In: Allgemeine Homöopathische Zeitung 231, 228-236
W.F. Haug, 1986: Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts. Berlin
R. Hennig, 1988: Leserbrief. In: DÄB 85, Heft 40
ders., 1989: Leserbrief. In: DÄB 86, Heft 5, B-172
R. Hepp, 1987: Die Endlösung der Deutschen Frage. In: Handbuch zur Deutschen Nation. Bd.2. Tübingen, Zürich, Paris, 433-500
Innerer Abkehricht. Medizinhistoriker machen Geschichten. In: euro med 4 (1964), 555-558
Internationales Auschwitz Komitee, 1969: Unmenschliche Medizin. Anthologie Bd.I, 1-2. Warschau
dass., 1970: In der Hölle retteten sie die Würde des Menschen. Anthologie Bd.II, 1-3. Warschau
N. Jachertz, 1983: Die neuen Herren kamen über Nacht. Vor 50 Jahren: Gleichschaltung im Deutschen Ärzteblatt (II). In: DÄB 80, Heft 27/28, Ausg.B, 23-26
ders., 1989a: NS-Zeit. (Redaktionelle Vorbemerkung). In: DÄB 86, Heft 5, B-169
ders., 1989b: Vergangenheits»bewältigung« in der Nußschale. In: DÄB 86, Heft 13, B-643
R. Jäckle, 1988: Schicksale jüdischer und »staatsfeindlicher« Ärztinnen und Ärzte nach 1933 in München. München
M.H. Kater, 1986: The Nazi Physicians' League of 1929. Causes and Consequences. In: Th. Childers (Hrsg.): The Formation of the Nazi Constituency 1919-1933. London, Sydney, 147-181
ders., 1987a: Medizin und Mediziner im Dritten Reich. Eine Bestandsaufnahme. In: Historische Zeitschrift 244, 299-352
ders., 1987b: The Burden of the Past: Problems of a Modern Historiography of Physicians and Medicine in Nazi Germany. In: German Studies Review 10, 31-56
F.K. Kaul, 1968: Ärzte in Auschwitz. Berlin (DDR)
ders., 1971: Dr. Sawade macht Karriere. Frankfurt/M.
ders., 1973: Nazimordaktion T4 — Die Psychiatrie im Strudel von T4. Berlin (DDR)
E. Klee, 1983: »Euthanasie« im NS-Staat. Frankfurt/M.
D. Klemperer, 1989: Nichts gelernt. Bericht vom 92. Deutschen Ärztetag. In: Dr.med. Mabuse 60, 27f.
E.P. Koch, 1989: Leserbrief. In: DÄB 86, Heft 15, B-746
F. Koch, 1947: Zum Nürnberger Ärzteprozeß. In: Südwestdeutsches Ärzteblatt 2, 10f.
G. Koch, 1982: Inhaltsreiche Jahre eines Humangenetikers. Erlangen
F. Koebner, 1946: Zu neuem Beginn! In: Württembergisches Ärzteblatt 1, 1f.
H.H. Kornhuber, 1985: Gesundheit, Familie, Arbeit. In: MUT 216, 11-17
R. Krieg, 1984: »Die nicht vorhersehbare Spätentwicklung des Paul W.«. In: K.H. Roth (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung. Berlin, 10-29
A. Labisch u. F. Tennstedt, 1985: Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3. Juli 1934. Düsseldorf
W. Leibbrand (Hrsg.), 1946: Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Nürnberg
St. Leibfried u. F. Tennstedt, 1979: Berufsverbote und Sozialpolitik. Bremen (Arbeitspapiere des Forschungsschwerpunktes Reproduktionskrisen, soziale Bewegungen und Sozialpolitik, Nr.2)
G. Lilienthal, 1985: Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (1929-1943/1945): Wege zur Gleichschaltung und Führung der deutschen Ärzteschaft. In: F. Kudlien: Ärzte im Nationalsozialismus. Köln, 105-121; 269-278
G. Mann, 1988: Medizin im Dritten Reich und das Problem der Vergangenheitsbewältigung. In: Hessisches Ärzteblatt, 112-120

Medizin im Nationalsozialismus. München 1988 (Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte)
F. Mielke, 1948: Bericht über den 51. Deutschen Ärztetag. In: Südwestdeutsches Ärzteblatt 3, 61-64
A. Mitscherlich u. F. Mielke, 1947: Das Diktat der Menschenverachtung. Heidelberg
dies., 1949: Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Heidelberg
dies., 1978: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt/M.
B. Müller-Hill, 1987: Genetics after Auschwitz. In: Holocaust and Genocide Studies 2, Nr.1, 3-20
R. Nabielek, 1985: Anmerkungen zu Paul Diepgens Selbsteinschätzung seiner Tätigkeit an der Berliner Universität während des NS-Regimes. In: Z. gesamte Hyg. 31, 309-314
H. Nachtsheim, 1962: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aus dem Jahre 1933 in heutiger Sicht. In: Ärztliche Mitteilungen 47, 1640-1644
H. Piepenbrink, 1989: Leserbrief. In: DÄB 86, Heft 5, B-172
A. Platen-Hallermund, 1948: Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Frankfurt/M.
Chr. Pross, 1988: Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt/M.
H. Rein, 1945/46: »Entnazifizierung« und Wissenschaft. In: Göttinger Universitäts-Zeitung 1, 6-9
K.H. Roth, 1986: Psychosomatische Medizin und »Euthanasie«: Der Fall Viktor von Weizsäcker. In: 1999 H.1, 65-99
B. de Rudder, 1946: Besinnung auf die Grenzen des Rationalen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 71, 2-4
Rundbrief Ärzte warnen vor dem Atomkrieg. Sondernummer, November 1987
Th. Ruprecht, 1989: Medizin im Nationalsozialismus. Entdämonisierung. In: Demokratisches Gesundheitswesen Nr.7/8, 54f.
A. Schickel, 1986: Schwierigkeiten mit der Zeitgeschichte. In: Handbuch zur Deutschen Nation. Bd.1. Tübingen, Zürich, Paris, 223-261
R. Schlögell, 1947: Entschließung der Westdeutschen Ärztekammern zum Nürnberger Ärzteprozeß. In: Hippokrates 1, 49
G. Schmidt, 1983: Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Frankfurt/M.
R. Schmidt-Bott, 1987: Humangenetische Beratung: Der Fall Stoeckenius. In: F.Hansen u. R.Kollek: Gen-Technologie. Die neue soziale Waffe. 2. Aufl. Hamburg, 73-83
H.-W. Schmuhl, 1987: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Göttingen
U. Schultz, 1980: Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens. In: Baader/Schultz, 184-201
I. Schwidetzky, 1982: Die institutionelle Entwicklung der Anthropologie. In: I.Spiegel-Rösing u. I.Schwidetzky: Maus und Schlange. Untersuchungen zur Lage der deutschen Anthropologie. München, Wien, 75-101
R. Sigel, 1988: Heilkräuterkulturen im KZ. Die Plantage in Dachau. In: Dachauer Hefte 4, Heft 4, 164-173
H.-H. Freiherr v. Stackelberg, 1983: Probleme der Erfolgskontrolle präventivmedizinischer Programme — dargestellt am Beispiel einer Effektivitäts- und Effizienzanalyse genetischer Beratung. Zusammenfassung. In: Der Bundesminister für Arbeit u. Sozialordnung (Hrsg.): Wissenschaftlicher Preis Gesundheitsökonomie 1981 und 1982. Kurzfassungen der ausgezeichneten Arbeiten. Bonn, 48-67
A. Thom, 1985: Das Schicksal der Medizin in der Zeit der faschistischen Diktatur in Deutschland — Ergebnisse und Probleme bisheriger historischer Analysen und Wertungen. In: A.Thom u. H.Spaar (Hrsg.): Medizin im Faschismus. Berlin (DDR), 35-46
A. Thom u. S. Schröter, 1989: Droht uns die Vergangenheit wiederzubegegnen? Zum Antisemitismus im »Deutschen Ärzteblatt«. In: humanitas 29, Nr.10, 9
A. Thom u. H. Spaar, 1985: Bedeutsame neue Trends und Ergebnisse der Forschungsarbeit zur Stellung der Medizin im faschistischen Herrschaftssystem in Deutschland von 1933-1945 und ihre Folgewirkungen. In: A.Thom u. H.Spaar (Hrsg.): Medizin im Faschismus. Berlin (DDR), 11-31

K.-D. Thomann, 1985: Die zwei Karrieren des Prof. Verschuer. In: Frankfurter Rundschau v. 20.5.
Tragbare Umdeutung. Hanauske-Abel gegen Vilmar. In: Demokratisches Gesundheitswesen 1989, Nr.7/8, 34
O. Freiherr v. Verschuer, 1926: Rasse. In: Deutsche Politik. Ein völkisches Handbuch. 1. Teil. Frankfurt/M.
ders., 1926: Rassenhygiene. In: Deutsche Politik. Ein völkisches Handbuch. 15. Teil. Frankfurt/M.
K. Vilmar, 1987: Die »Vergangenheitsbewältigung« darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren. In: DÄB 84, Heft 18, B-847 bis B-850; B-856 bis B-859
ders., 1989: »Keine antisemitische Leserbrief-Kampagne«. In: Ärztezeitung v. 3.4., 31
Volk und Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Tübingen 1982
P. Weingart, J. Kroll u. K. Bayertz, 1988: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt/M.
V. v. Weizsäcker, 1947/48: »Euthanasie« und Menschenversuche. In: Psyche 1, 86-102
L. Weß, 1986: Aktuelle Programme der Humangenetik. Moderne Methoden — altbekannte Ziele. In: Dokumentationsstelle zur NS-Sozialpolitik. Mitteilungen 2, Heft 11/12, 5-47
E. Wolff, 1986: Gesundheitsdiktat und medikaler Alltag. Zu Inhalt und Rezeption der Wanderausstellung »Volk & Gesundheit — Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus«. In: Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung N.F. 19, 197-206
P. Wulf, 1984: »Zwangssterilisiert«. Biographische Notizen. In: K.H. Roth (Hrsg): Erfassung zur Vernichtung. Berlin, 7-9
M. Wunder, 1989: Zwangssterilisation. Neues Gesetz verabschiedet. In: Dr.med. Mabuse 59, 50f.
W. Wuttke(-Groneberg), 1980a: Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch. Tübingen
ders., 1980b: Von Heidelberg nach Dachau. In: Baader/Schultz, 113-138
ders., 1982: »Kraft im Schlagen, Kraft im Ertragen«. Medizinische Reformbewegung und Krise der Schulmedizin in der Weimarer Republik. In: H.Cancik (Hrsg.): Religions- und Geistesgeschichte der Weimarer Republik. Düsseldorf, 277-300
ders., 1986: Das Schicksal jüdischer Ärzte in Deutschland. Herbert Lewin. In: Demokratisches Gesundheitswesen Nr.7/8, 42-45
ders., 1988: Neues — altes Denken in der bundesdeutschen Medizin. Über Rechtsradikalismus in der bundesdeutschen Medizin. Teil I-VI. In: blick nach rechts 5, Nr.15, 5-8; Nr.16, 8-9; Nr.17, 8-9; Nr.18, 7-8; Nr.19, 8-9; Nr.20, 6-8

Über die Autorinnen und Autoren

Abholz, Heinz-Harald, geb. 1945, Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der FU-Berlin, langjährige Arbeit auf dem Gebiet der Epidemiologie, insbesondere der Klinischen Epidemiologie. Seit 1970 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift *Das Argument*.

Borgers, Dieter, geb. 1947, Dr. med., Arzt und Epidemiologe, ehem. Leiter des Fachgebietes Umweltepidemiologie im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Leiter der Abteilung Epidemiologie im IDIS, Bielefeld, Lehrauftrag für Sozialmedizin an der FU Berlin. Arbeitsgebiete: Umweltmedizin, Medizinalstatistik chronischer Krankheiten, Strukturforschung im Gesundheitswesen.

Brand, Helmut, Dr. med., Studium der Medizin in Düsseldorf und Zürich. Nach mehrjähriger Krankenhaustätigkeit Master of Science in Community Medicine an der London School of Hygiene. Zur Zeit als Arzt an dem Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke (Leiter: Dr. med. B. Lingesleben).

Elkeles, Barbara, geb. 1954, Dr. med., Internistin, Hochschulassistentin an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Geschichte der Medizin; Arbeitsschwerpunkte: Geschichte des medizinischen Menschenexperiments, Geschichte des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Karmaus, Wilfried, Dr. med., geb. 1949, Arzt, Studium der Soziologie und Medizin, Hochschulassistent in der Medizinischen Soziologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf, Hamburg; 1.8.85-31.7.86 Chapel Hill, USA. Arbeitsgebiete: Epidemiologie, Streß- und Copingforschung, degenerative rheumatische Erkrankungen, Medikamentenkonsum, Schadstoffe und menschliche Fortpflanzung.

Kühn, Hagen, geb. 1943, Dr. rer. pol., Wissenschaftszentrum Berlin. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik, Mitarbeit in der Memorandumgruppe »Alternative Wirtschaftspolitik«.

Lenhardt, Uwe, geb. 1960, Dipl.-Pol., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Medizinische Soziologie des Universitäts-Klinikums Frankfurt, Zeitschriftenveröffentlichungen zur Präventionsarbeit von Krankenkassen und zu sozial- und gesundheitspolitischen Aspekten des EG-Binnenmarktes. Arbeitsgebiete: Sozial- und Gesundheitspolitik, Gesundheitssysteme in Westeuropa. Mitglied in ÖTV und BdWi.

Niehoff, Jens-Uwe, geb. 1947, Dozent, Dr. sc. med., Hygiene-Institut der Humboldt-Universität zu Berlin, Medizinstudium 1966-1972, Facharzt für Sozialhygiene 1978, Hochschuldozent 1985; wiss. Abeitsgebiete: medizinsoziologische Themen, Arbeiten zum Risikofaktorenkonzept und zur Methodologie der Epidemiologie und der Sozialhygiene, analytische und prognostische Arbeiten zur Morbidität und Mortalität, Modellierung von Einflüssen auf die Morbidität, Studien zum Gesundheitsschutz und zu gesundheitspolitischen Themen.

Reichelt, Andreas, geb. 1953, Arzt, wiss. Mitarbeiter am Institut für Pathologie des Klinikums Charlottenburg der FU Berlin; seit 1984 Mitglied der Redaktionskommission »Medizin« der Zeitschrift *Das Argument*.

Reiners, Hartmut, geb. 1945, Diplom-Volkswirt, Referent für Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik und der gesetzlichen Krankenversicherung im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Nordrhein-Westfalen, Sachverständiger in der Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsgebiete: Gesundheitsökonomie, Strukturprobleme der GKV.

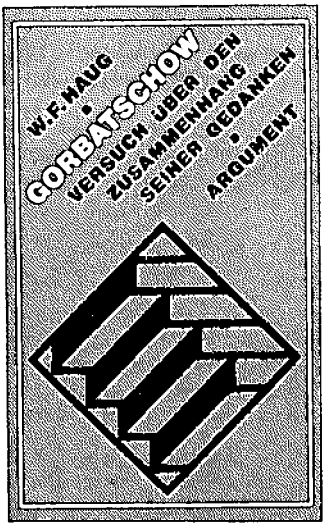
Salmon, Warren J., geb. 1947; PH.D., Associate Professor am Hahnemann Medical College and Hospital in Philadelphia, P.A., USA. Arbeitsgebiete: Politik und Struktur im Gesundheitswesen der USA, Gesundheitsbewegungen.

Stange, Rainer, geb. 1949, Diplomphysiker und Arzt; Naturheilkundliche Abteilung des Krankenhauses Moabit; Arbeitsschwerpunkt: Naturheilkundliche Medizin.

Vogt, Irmgard, geb. 1941, Psychologin und Soziologin, Privat-Dozentin am Fb. Gesellschaftswissenschaften der Uni Frankfurt. Arbeitsgebiete: Alkohol- und Medikamentenkonsum/abusus und Drogenpolitik, Frauengesundheitsforschung, ehrenamtliche Arbeit von Frauen.

Wanek, Volker, geb. 1960, Dipl.-Soz., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Medizinische Soziologie des Universitäts-Klinikums Frankfurt, Veröffentlichungen in Zeitschriften und Sammelbänden zu Fragen der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems. Arbeitsgebiete: Sozial- und Gesundheitspolitik, Struktur des Gesundheitssystems. Mitglied in ÖTV und BdWi.

Perestrojka — Aktualität der Revolution



Wolfgang Fritz Haug

Gorbatschow

Versuch über den Zusammenhang seiner Gedanken

480 S., br. DM 34,—, Ln. DM 44,—

In diesem Buch findet man die erste umfassende Darstellung der Theorie der Perestrojka, analysiert wird eine in Gedanken erfaßte Praxis. Dabei geht W.F. Haug in wahrhaft grundlegender Weise auf den Vordenker dieser Praxis ein: Anhand von über fünfzig Reden, Berichten und Diskussionsbeiträgen von Gorbatschow (nicht zu vergessen sein aufsehenerregendes Buch) wird der Denkprozeß rekonstruiert, die theoretische Umwälzung als integrales Moment der politisch-praktischen aufgewiesen.

Der Titel (eine Anspielung auf Lukács' 1924 erschienenes Buch über Lenin) deutet die Kontinuitätslinie an, die Haug von 1917 zur Perestrojka zieht. Er benennt zugleich aber auch die Differenzen, die sich aus der historischen Situation ergeben. Auch ist Gorbatschow für Haug kein genialer Einzelgänger, sondern der Exponent einer vielschichtigen politischen Kultur, an deren Freisetzung er allerdings führenden Anteil hat. Was die Perestrojka für die Erneuerung des Marxismus (nicht nur) in der UdSSR bedeuten kann, ist die zentrale Fragestellung des Buches.

»... die bisher fundierteste Studie zum Perestrojka-Projekt ...«
(WOZ, Zürich)

»... getragen von sprachkräftigem Enthusiasmus über das nicht erwartete fundamental Neue ... Ein geistreiches Werk, weithin glänzend formuliert.«
(Badische Zeitung)

»Haug wendet sich ... gegen die im Westen verbreitete Ansicht, Gorbatschows Politik sei nichts anderes als pragmatische, kurzatmige Realpolitik.« *(Deutschlandfunk)*

»Haug unternimmt es, das Perestrojka-Projekt aus über 100 Reden und Schriften Gorbatschows, seiner Mitdenker und Gegner im In- und Ausland als gigantisches Umbau-Unternehmen in seine Komponenten zu zerlegen.«
(die tageszeitung)

Argument

Rentzelstraße 1 2000 Hamburg 13