Jahrbuch für Kritische Medizin 16

Das Risiko zu erkranken

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 16

Das Risiko, zu erkranken

mit Beiträgen von
Detlef Belau, Wolfgang Bichmann, Dieter Borgers, Matthias Güldner, Dieter Hampel, Henry Johns, Andreas Mielck, Gabriele Moser, Peter Müller, Jens-Uwe Niehoff, Richard Pawson, Frank Schneider, Wolfgang Weber

Argument-Sonderband AS 193

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

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Das *Jahrbuch für Kritische Medizin* ist ein Forum der Diskussion über den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die Orientierung auf eine soziale und humane Medizin führt zur Kritik am biomedizinischen Reduktionismus und zu Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention. Die wissenschaftliche Aufarbeitung dient der Beurteilung und Kritik von Gesundheitspolitik und Praxis im Gesundheitswesen.
Die Reihe begann 1970 als »Kritik der bürgerlichen Medizin«. Sie ist seither Plattform der um theoretische Fundierung bemühten Reformkräfte im Gesundheitswesen. Das Inhaltsverzeichnis der bis 1986 erschienenen ca. 40 Bände findet sich im »Jahrbuch für Kritische Medizin 12: Medizin, Moral und Markt« (Argument-Sonderband 146, Argument-Verlag, Hamburg 1987).
Jährlich erscheinen zwei Bände, jeweils im Frühjahr und im Herbst. Jeder Band enthält neben Aufsätzen zum titelgebenden Schwerpunkt auch freie und kleinere Beiträge.
Die Redaktion bittet um Zusendung von Manuskripten bzw. um Exposés (ca. 1-2 Seiten) beabsichtigter Beiträge. Redaktionsadresse: Dr. med. Udo Schagen, Freie Universität Berlin, Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin, Klingsorstraße 119, 1000 Berlin 45, Tel. 030/8300 9240. Ein Merkblatt zur formellen Manuskript- bzw. Diskettenerstellung kann bei der Redaktion angefordert werden.
Die Redaktion bittet darum, nach Möglichkeit die Reihe zu abonnieren (siehe letzte Seite). Jedes einzelne Jahrbuch ist über den Buchhandel erhältlich.

Alle Rechte vorbehalten.
©Argument-Verlag 1991
Verlag: Rentzelstraße 1, 2000 Hamburg 13, (040) 45 60 18
Redaktion: Onkel-Tom-Straße 64a, 1000 Berlin 37, (030) 813 50 24
Umschlag: Johannes Nawrath, Hamburg
PC-Texterfassung durch die Autoren/Autorinnen und den Verlag
Konvertierung: Fotosatz Barbara Steinhardt, Berlin
Druck: alfa Druck, Göttingen

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Das Risiko, zu erkranken /
mit Beitr. von Detlef Belau ... – Hamburg ; Berlin : Argument-Verl., 1991
(Jahrbuch für kritische Medizin ; 16)
(Argument-Sonderband ; AS 193)
(Kritische Medizin im Argument)
ISBN 3-88619-193-1
NE: Belau. Detlef: 1. GT: 2. GT

Editorial 4

Ergebnisse der Sozialepidemiologie

Richard Pawson
Gesundheit und materieller Wohlstand: Analyse von Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung Englands ... 6

Andreas Mielck
Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder) 35

Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider
Sozialepidemiologie in der DDR – Probleme und Fakten ... 53

Dieter Borgers
Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung 84

Wolfgang Bichmann, Dieter Hampel, Matthias Güldner und Wolfgang Weber
Die kranken Gesundheitssysteme in der Dritten Welt 102

Medizin und EDV

Henry Johns
Computerisierung des Krankenhauses: Stand, Trends, Folgen für die Krankenpflege – Bericht über eine empirische Studie 135

Peter Müller und Detlef Belau
Technik im Dienste des Äskulap? Soziologische und ethische Überlegungen zur Computerisierung in der Medizin 148

* * *

Gabriele Moser
Der Arzt im Kampf gegen »Begehrlichkeit und Rentensucht« im deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik 161

* * *

Über die Autorinnen und Autoren 184

Editorial

Der Titel des vorliegenden Bandes »Das Risiko, zu erkranken« läßt sich in zweifacher Hinsicht verstehen: Zum einen ist damit – auf der Ebene des Individuums – die Bedeutung von Krankheit in der jeweils besonderen biografischen Situation eines Menschen angesprochen. Dieser Aspekt von Krankheit und Gesundheit war bereits in früheren Heften der Reihe »Kritische Medizin« Thema (siehe z.B. die Argument-Sonderbände AS 162, Der ganze Mensch und die Medizin, 1989, und AS 182, Chronische Krankheiten: ohne Rezepte, 1990) und wird es weiterhin bleiben. Dazu erhoffen wir uns Exposés, Manuskripte, auch kürzere Texte und Anmerkungen etc. aus unserer Leserschaft.

Zum zweiten ist »Das Risiko, zu erkranken« aber zu verstehen als die sozialepidemiologische Fragestellung, wie die Erkrankungsrisiken und die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung auf die sozialen Gruppen einer Gesellschaft oder auch auf unterschiedliche Gesellschaften verteilt sind. Diese Sichtweise spielt in der jüngeren gesundheitspolitischen Diskussion in der BRD kaum eine Rolle.

So wurde beispielsweise die im Zuge des DDR-Anschlusses vielerorten verkündete Überlegenheit der (alt-)bundesdeutschen Verhältnisse auch in bezug auf Gesundheit und Krankheit behauptet. Als Beleg wurde auf die in den siebziger Jahren – zuungunsten der DDR – divergierende Entwicklung der Lebenserwartung in beiden deutschen Staaten verwiesen. Stolz wurde resümiert, »daß die vergangenen 40 Jahre einen großen und kontinuierlichen Zuwachs an Gesundheit für die bundesdeutsche Bevölkerung gebracht haben« (H. Hoffmeister, Die Gesundheit der Bundesbürger – 40 Jahre Fortschritt? in: Das Wissenschaftsjournal Forschung und Praxis der Ärzte Zeitung, Nr. 91 vom 15.11.89).

Ohne die in den letzten Jahrzehnten tatsächlich gestiegene Lebenserwartung in der BRD in Abrede zu stellen, wird bei dieser Argumentation doch übersehen, daß z.B. die ausgewiesene Lebenserwartung sich als statistischer Durchschnittswert bei durchaus unterschiedlicher gesundheitlicher Lage und daraus resultierend auch differenter Lebenserwartung einzelner sozialer Gruppen in der Bevölkerung ergibt.

Auch in der BRD sind sowohl das Risiko zu erkranken als auch die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung sozial sehr ungleich verteilt. Das Wort »Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben« ist keineswegs überlebten politischen und sozialen Verhältnissen des

19. Jahrhunderts zuzurechnen, sondern beschreibt durchaus gegenwärtige Realität.

Besondere Bedeutung erhalten die Ergebnisse der Sozialepidemiologie, die die großen Unterschiede in der Lebenserwartung von verschiedenen sozialen Gruppen beschreiben, wenn man sie mit den sich daneben eher gering darstellenden Effekten einer Lebensverlängerung durch rein kurativ-medizinische Interventionen vergleicht.

Weitere gesundheitspolitische Relevanz erhalten die Ergebnisse der Sozialepidemiologie, die die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod belegen, durch die in der BRD stattfindenden Bemühungen um den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Nur wenn die soziale Differenzierung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit und ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bei der Gesundheitsberichterstattung angemessen berücksichtigt wird, ist es möglich, eine erfolgversprechende praktisch-politische Ausrichtung von gesellschaftlicher Prävention und medizinischer Versorgung zu organisieren (siehe D. Borgers in diesem Band).

A. Mielck dokumentiert den sehr unentwickelten Stand bundesdeutscher sozialepidemiologischer Forschung. Besonders deutlich wird dies im Vergleich mit den Verhältnissen in Großbritannien. Hier besteht – das zeigt der Aufsatz von R. Pawson – eine lange Tradition sozialepidemiologischer Forschung, wobei deren Ergebnisse zudem in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion – auch innerhalb der Ärzteschaft – sehr wohl zur Kenntnis genommen werden.

J.-U. Niehoff und F. Schneider beschreiben Entwicklung und Ergebnisse der Sozialepidemiologie in der Ex-DDR. Sie verdeutlichen den Zusammenhang zwischen der Förderung oder Einschränkung sozialepidemiologischer Forschung und der Bereitschaft, ihre Ergebnisse zum Ausgangspunkt gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen zu machen.

W. Bichman et al. stellen die Entwicklung von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung in der 3. Welt am Beispiel Afrikas als eine dar, die kaum Hoffnung auf Verbesserung durch Hilfe von außen zuläßt. Diese Länder müssen selbst und in Abgrenzung von den Ländern der 1. Welt ihre Systeme der Gesundheitssicherung aufbauen. Nur punktuelle Hilfe aus der 1. Welt erscheint dabei noch sinnvoll.

In einem weiteren Schwerpunkt dieses Heftes wird die Diskussion um den Einfluß der modernen Informationstechnik auf die Entwicklung von medizinischer Tätigkeit und Krankenpflege wieder aufgenommen (vgl. Jahrbuch für Kritische Medizin 13, 1988).

Richard Pawson

Gesundheit und Materieller Wohlstand: Eine Analyse von Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung Englands

I. Einleitung

Der folgende Beitrag analysiert die Debatte über Ungleichheiten des Gesundheitszustandes in England. Er faßt die Ergebnisse von Untersuchungen der letzten Jahre zusammen, die den Zusammenhang von Gesundheitszustand und sozialer Lage betreffen. Unter anderem untersuchten diese Studien die Beziehungen zwischen dem Mortalitätsrisiko und sozialer Lage, Einkommen, Ernährung, Schicht und Wohnsituation. Der Black-Report[1], der im Jahr 1980 veröffentlicht wurde, benannte beträchtliche regionale Disparitäten im Gesundheitszustand der Bevölkerung und legte nahe, daß Unterschiede des Gesundheitszustandes in bezug auf die soziale Lage zunehmen[2]. Die Empfehlungen des Black-Reports wurden von der Regierung nicht umgesetzt, aber der Report initiierte eine intensive Debatte über Gesundheit und soziale Ungleichheiten. Es wurden in der Folge Forschungsvorhaben durchgeführt, um den Zusammenhang von Gesundheit und Armut weiter zu untersuchen. Der größte Teil dieser Untersuchungen wurde in der Veröffentlichung »The Health Divide« im Jahre 1987 analysiert[3]. In diesem Bericht wurden die Ergebnisse des Black-Reports bestätigt und erneut die Notwendigkeit einer gezielten Sozialpolitik betont, um die Armut zu beseitigen. Auch wurde gefordert, daß mehr Gewicht auf die Gesundheitsförderung statt auf die kurative Medizin zu legen sei. Zehn Jahre später scheint der Black-Report mehr ein Dokument des allgemeinen Konsenses als der Kontroverse. Kürzlich beklagte sich die medizinische Presse[4] über den mangelnden Fortschritt in dieser Frage und betonte, daß die Empfehlungen des Black-Reports immer noch von besonderer Relevanz sind.

Die auf internationaler Ebene durch die Weltgesundheitsorganisation begonnene Initiative »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«, welche sich besonders auf die Beseitigung von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes richtet, hatte in England wenig Einfluß. Die Healthy City-Bewegung versucht kommunale Ungleichheiten zu

beseitigen, aber sie wird ohne eine unterstützende nationale Politik wenig Einfluß auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung nehmen können.

II. Die verschiedenen Aspekte von Ungleichheit

Mortalität und berufliche Schicht

Ärmere soziale und berufliche Schichten (occupational classes) weisen durchgängig sowohl für Frauen als auch für Männer höhere Mortalitätsraten auf. In den Abbildungen (vgl. Abb. 1 u. 2 am Ende des Textes) zeigt sich ein steil ansteigender Gradient der standardisierten Mortalitätsrate (SMR) von Schicht 1 nach Schicht 5 (siehe Anmerkung 2 für die Erklärung des Schichtmodells). Die standardisierte Mortalitätsrate zeigt den Unterschied des Mortalitätsrisikos gegenüber dem Durchschnitt – eine SMR von unter 100 das entsprechend niedrigere, eine SMR von über 100 das entsprechend höhere Risiko. Männer im Alter von 20-64 Jahren in der Schicht 5 zeigen z.B. eine SMR von 165 und damit ein doppelt so hohes Risiko wie Männer der Schicht 1 mit einer SMR von 66[5]. Dieses Muster des Mortalitätsrisikos beginnt mit der Geburt und setzt sich bis ins hohe Alter fort. Die Säuglingssterblichkeit ist für untere Sozialschichten wesentlich höher. Bei Männern über 65 Jahren liegt das Mortalitätsrisiko im Vergleich von Schicht 5 und 1 um 50 % höher[6]. Diese Ungleichheiten können durch das folgende Beispiel verdeutlicht werden[7]: »Wenn die altersspezifischen Differenzen des Mortalitätsrisikos über alle Altersstufen addiert werden, bewirken sie einen Unterschied in der Lebenserwartung von Sozialschicht 1 zu 5, der 7 Jahre beträgt.« Die Lebenserwartung in höheren Sozialschichten ist somit wesentlich günstiger.

Viele andere Studien haben ähnliche oder noch größere Unterschiede des Mortalitätsrisikos aufgezeigt. Die Whitehall-Studie[8] beobachtete über ein Jahrzehnt eine Kohorte von Angehörigen des Öffentlichen Dienstes verschiedener Ausbildungs- und Gehaltsstufen. Die Mortalitätsrisiken von höchster und niedrigster Stufe unterschieden sich um 300 %. Die Mortalität war für alle Todesursachen in der untersten Stufe höher, mit Ausnahme urogenitaler Erkrankungen.

Neuere Forschungsergebnisse zeigen, daß solche Unterschiede auch noch innerhalb der Mittelklasse nachzuweisen sind: Personen mit Hauseigentum und zwei Autos – als Indikator für Wohlstand –

haben eine geringere Mortalität als solche mit einem Auto[9]. Dies betont erneut die Tatsache, daß die englische Gesellschaft in feinster Abstufung von oben nach unten aufgeteilt ist[10].

Säuglingssterblichkeit und soziale Schicht

Der Zusammenhang von niedriger Sozialschicht und höherer Säuglingssterblichkeit ist eindeutig. Die Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Säuglingssterblichkeit über die Schichten 1 bis 5. Höhere Sozialschichten weisen – konsistent über die Jahre – niedrigere Mortalitätsraten auf. Die Säuglingssterblichkeit in Familien mit Vätern, die ungelernte Arbeiter sind, war um 70 % höher als in Akademikerfamilien[11]. Die Höhe der Säuglingssterblichkeit eines Landes wird als guter Indikator des Lebensstandards und des Niveaus der Gesundheitsversorgung angesehen (vgl. Abb. 3 am Ende des Textes). England sank auf der europäischen Skala der Säuglingssterblichkeit zwischen 1966 und 1984 vom 7. auf den 9. Platz[12]. Schottland und Nordirland blieben jeweils auf dem 10. bzw. 11. Platz stehen. Die Ziffern für die perinatale Mortalität sehen im Vergleich zum anderen Europa schlecht aus. Außerdem sind die Unterschiede zwischen Regionen und sozialen Schichten in England größer[13]. Die Ungleichheit zwischen arm und reich in bezug auf die postneonatale Mortalität hat sich in den letzten Jahren vermindert – ein Punkt auf den später noch eingegangen wird.

Die häufigsten Todesursachen

Der beschriebene soziale Gradient der Mortalität beschränkt sich nicht auf ein oder zwei Krankheiten, sondern findet sich bei sehr verschiedenen Todesursachen. Marmot und Macdowell[14] belegten für die häufigsten Todesursachen (Lungenkrebs, ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Erkrankungen), daß Arbeiter ein beträchtlich höheres Risiko aufweisen als Angestellte. In der Altersgruppe von 20-54 Jahren ist zum Beispiel das Mortalitätsrisiko für Lungenkrebs bei Arbeitern doppelt so hoch wie bei Angestellten. In dieser Altersgruppe ist für alle drei genannten Todesursachen ein vorzeitiger Tod aufgrund dieser Krankheiten bei Arbeitern viel häufiger.

In einer Studie von Townsend[15] wurde die Mortalität für eine ganze Reihe von Krankheiten im Vergleich von Schicht 1 und 2 zu Schicht 4 und 5 untersucht. Bei Männern waren die Raten für 65 von 78 Krankheiten in Schicht 4 und 5 höher als in Schicht 1 und 2. Nur

für eine Todesursache war der gegenteilige Trend sichtbar, nämlich für das maligne Melanom, was möglicherweise auf Unterschiede in der Sonnenlicht-Exposition zurückzuführen ist. Bei Frauen waren für 62 von 82 Krankheiten die SMR's in Schicht 4 und 5 höher als in Schicht 1 und 2. Nur bei vier Todesursachen war der umgekehrte Trend sichtbar: beim malignen Melanom, beim Brustkrebs, beim Hirntumor sowie bei der chronischen Leukämie. Insofern ist es unsinnig in England von »Wohlstandskrankheiten« zu sprechen, da fast alle wichtigen Krankheiten bei Armen häufiger vorkommen als bei Reichen. »Der Zusammenhang von sozialer Deprivation und Krankheit ist universell ... er ist nicht auf wenige Krankheiten mit spezifischen beruflichen oder sozialen Faktoren beschränkt«[16].

Morbidität und berufliche Schicht

Ebenso wie die Mortalität ist für Menschen der unteren beruflichen Schichten auch das Krankheitsrisiko größer als bei Menschen der höheren Berufsschichten. Blaxter[17] argumentiert, daß Unterschiede in der Morbidität in einer Epoche mit hoher Lebenserwartung und Vorherrschen von degenerativen Erkrankungen wahrscheinlich einen wichtigeren Indikator sozialer Ungleichheit als die Mortalität darstellen. Die Allgemeine Haushaltsumfrage (General Household Survey), ein jährlich im Auftrag der Regierung durchgeführter Survey, enthält Informationen zum Gesundheitszustand der Befragten. Im Jahre 1987 zeigten die Antworten in den unteren Berufsschichten häufiger »einschränkende chronische Krankheit« als in den höheren Berufsschichten. Wenn man diese Morbiditätsraten nach Altersgruppen gliedert, zeigt sich, daß die Unterschiede in den mittleren Altersgruppen – zwischen 15 u. 45 Jahren – am größten sind. Dies bedeutet, daß sich der Gesundheitszustand von Menschen der unteren Berufsschichten schnell, nämlich schon in den mittleren Jahren verschlechtert. Dies wird in dem Buch »Health Divide« so formuliert: »Krankheiten zeigen sich früher oder später bei den meisten Menschen, aber je schlechter es jemandem geht, desto eher wird er von Krankheit erfaßt«[18]. So existieren viele Indikatoren eines schlechten Gesundheitszustandes, die alle einen konsistenten Zusammenhang mit den unteren Sozialschichten aufweisen: niedriges Geburtsgewicht, geringes Längenwachstum, Übergewicht und schlechte Überlebensraten bei bedrohlichen Krankheiten.

Mortalität und Morbidität im Vergleich von Männern und Frauen

Die Ursachen für Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sind nicht genau bekannt. Das Thema der Ungleichheit zwischen Männern und Frauen ist aber dennoch relevant für die allgemeine Debatte. Denn wenn Umweltfaktoren und soziale Ursachen dafür verantwortlich sind, ließen sich hieraus Hinweise für eine generelle Verbesserung der Lebenserwartung gewinnen. Es gibt eine längere Debatte darüber, ob diese Unterschiede biologisch und angeboren oder auf soziale Ursachen zurückzuführen sind. Einer der besten Hinweise, daß diese Unterschiede biologisch bedingt sein könnten, läßt sich aus der Tatsache ableiten, daß weibliche Kinder schon vor der Geburt eine bessere Überlebenschance haben. In manchen Ländern der Dritten Welt jedoch ist dieser Geschlechtsunterschied genau umgekehrt. In vielen dieser Gesellschaften übernehmen die Frauen die Mehrzahl der Arbeiten.

In England und Wales ist die Mortalität in allen Altersgruppen bei Männern höher als bei Frauen. Die Lebenserwartung von Frauen beträgt 77 Jahre und die von Männern 71 Jahre[19]. Die Verteilung auf die Todesursachen ist zwischen Männern und Frauen sehr unterschiedlich. Im Jahre 1985 waren z.B. in der Altersgruppe 1 bis 14 Jahre 40 % der Todesfälle bei Jungen auf Unfälle zurückzuführen, während es bei Mädchen nur 26 % waren. Im mittleren Lebensalter sind Herz-Kreislauferkrankungen die häufigste Todesursache bei Männern, während bei Frauen Krebs die häufigste Todesursache ist[20].

Die Morbidität ist bei Frauen im allgemeinen höher als bei Männern. Die Ergebnisse des General Household Survey von 1987 weisen entsprechend für Frauen höhere Krankheitsraten als für Männer auf. Dieser generelle Sachverhalt verdeckt jedoch das komplexere Verhältnis von Morbidität bei Frauen und Männern. In manchen Altersgruppen, z.B. zwischen 21 u. 25 Jahren, sind Frauen weniger häufig von schweren Krankheiten betroffen als Männer[21]. Dabei sind die Raten für Frauen in den einzelnen Berufsschichten sehr unterschiedlich. Die Berufstätigkeit von Frauen scheint einen von der Berufsschicht abhängigen unterschiedlichen Einfluß zu haben. Für Frauen aus der Mittelklasse mit Kindern ist eine »bezahlte Beschäftigung« mit geringer Morbidität verbunden, während für Frauen aus den Arbeiterschichten das Gegenteil der Fall ist[22].

Geisteskrankheiten sind bei Frauen häufiger als bei Männern und bei Frauen korreliert die Inzidenz mit absteigender Berufsschicht.

Brown und Harris[23] konnten zeigen, daß Arbeiterinnen dreimal häufiger unter Geisteskrankheiten litten als Akademikerinnen. Der Familienstand korreliert zusätzlich eng mit der Inzidenz von Geisteskrankheiten. Die mentale Gesundheit scheint bei verheirateten Männern am besten, gefolgt von der bei alleinstehenden Männern und Frauen, während verheiratete Frauen die höchste Rate an psychiatrischen Erkrankungen aufweisen[24]. Eine Schlußfolgerung aus diesen Ergebnissen könnte sein, daß die Heirat sich auf die Gesundheit von Frauen nachteilig auswirkt, aber für die Gesundheit von Männern günstig ist.

Der Gesundheitszustand ethnischer Minderheiten

Viele Krankheiten treten unter ethnischen Minoritäten in England häufiger auf. Z.B. gibt es unter asiatischen Kindern eine relativ hohe Inzidenz von Rachitis und eine extrem überproportionale Inzidenz von Hypertonie und Schlaganfall bei Menschen mit afrikanisch-karibischer Abstammung. Der Diabetes kommt häufiger bei Asiaten und Afro-Karibiern vor. Die Mortalität durch Gewalt und Unfälle ist bei allen ethnischen Minoritäten hoch, was aber zu einem nennenswerten Teil auf die soziale Position dieser Ausländer (Überproportional: Unterschicht) zurückzuführen ist.

Die Säuglingssterblichkeit ist bei ethnischen Minoritäten in der Regel höher als in der Allgemeinbevölkerung. Kinder von pakistanischen Müttern haben eine um 50 % erhöhte Säuglingssterblichkeit im Vergleich zu weißen Müttern. Auch bei Afro-Karibianern ist die Säuglingssterblichkeit weit höher als in der Allgemeinbevölkerung. Eine Reihe von Studien versuchten die Ursachen für diesen Sachverhalt herauszufinden. Untersuchungen in Bradford[25] zeigten folgende Risikofaktoren bei Schwangerschaften asiatischer Frauen: hohes Alter bei Geburt, höhere Parität, untere Sozialschicht, geringe Körpergröße der Mutter, geringe Teilnahme an Schwangerschaftsuntersuchungen und Konsanguinität (Heirat zwischen Vettern und Cousinen ersten Grades). Es besteht ein Mangel an verläßlichen Statistiken über ethnische Minoritäten, insbesondere von Personen ohne festen Wohnsitz. Dies ist ein großes Hindernis bei der Planung von Gesundheitsdiensten für sie. Die Volksbefragung von 1991 wird wichtige neue Informationen über diese Personengruppe bereitstellen, die für die Amtsärzte (Directors of Public Health) und Community Health Councils nützlich sein werden .

Regionale Unterschiede des Gesundheitszustands

Der Black-Report wies auf die regionalen Mortalitäts-Unterschiede in England hin und empfahl, daß Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sich zunächst auf die Regionen mit den höchsten Mortalitätsraten beziehen sollten. Die Mortalität variiert stark zwischen dem Norden und dem Süden des Landes. Townsend konnte zeigen[26], daß die altersstandardisierten Mortalitätsraten von Männern und verheirateten Frauen einen steilen Gradienten zwischen Südengland und Schottland aufweisen. Z.B. liegt die altersstandardisierte Rate in Central Clyside um 150 % über der von East Anglia. Auch für ischämische Herzerkrankungen zeigt die Mortalität einen starken Nord-Süd-Gradienten. Die standardisierten Mortalitätsraten für Männer im Alter von 15 bis 64 Jahren betragen in Manchester 148 und in South-West Surrey 59[27].

Wenn man zusätzlich die Mortalitätsraten einer Region nach Berufsschichten differenziert, finden sich wiederum große Ungleichheiten zwischen arm und reich. Extreme Unterschiede des Gesundheitszustandes finden sich innerhalb eng begrenzter Gebiete einer Region sowohl für den Norden als auch den Süden.Vergleiche ganzer Regionen (Verwaltungsbezirke) können so in die Irre führen, weil lokale Unterschiede auf Regionsebene nivelliert erscheinen können. Townsend fand[28], daß die »gesündesten« Regionen im Norden genauso gute Indikatoren aufwiesen wie die in und um Bristol (einer »wohlhabenden Gegend«). Townsend[29] zeigte auch, daß die größten Unterschiede des Gesundheitszustandes innerhalb einer Region in den Regionen mit den höchsten Mortalitätsraten zu finden sind: im Norden, in Wales, in Schottland und im Nord-Westen. Obwohl in diesen Regionen einige sehr reiche Bezirke liegen, wird ihr Gesamtbild durch etrem depravierte und arme Gebiete geprägt.

III. Nimmt das Gefälle im Gesundheitszustand zu?

Die vielleicht entscheidendste Aussage des Black-Reports bezog sich auf die Zunahme der Ungleichheit zwischen Berufsschicht 1 und 5 in der Zeit zwischen 1931 und 1971 (Black-Report, 1980, Tabelle 7). Diese Angaben werden im folgenden dargestellt und bis 1981 ergänzt:

Mortalität und Sozialschicht, 1931-1981 – Männer 15-64 Jahre, England und Wales

Berufsschicht	1931	1951	1961	1971	1981
1	90	86	76	77	66
2	94	92	81	81	76
3	97	101	100	104	103
4	102	104	103	114	116
5	111	118	127	121	166

Anmerkung: Die Zahlen bedeuten standardisierte Mortalitätsraten als Prozentangabe des nationalen Durchschnitts des jeweiligen Jahres.
Quelle: Black Report 1980, Tabelle 3.1, ergänzt in Wilkinson 1986.

Die obige Tabelle zeigt krasse Abweichungen vom Durchschnitt (=100) zwischen Schicht 1 und 5. Im Jahre 1981 war das Mortalitätsrisiko eines Mitgliedes von Berufsschicht 5 mehr als doppelt so hoch wie das in Berufsschicht 1. Man muß dabei beachten, daß während des gesamten Zeitraums die durchschnittlichen Mortalitätsraten insgesamt sanken, diejenigen in der Berufsschicht 1 jedoch am ausgeprägtesten. Diese Tatsache ist für die Zunahme des Mortalitätsgefälles zwischen den Schichten verantwortlich.

Zur Kritik der Hypothese des zunehmenden Mortalitätsgefälles

Die Schlußfolgerungen aus den genannten Daten des Black-Reports sind so weitreichend, daß es sich lohnt die Kritik an der Validität der Daten der obigen Tabelle und der Schlußfolgerungen, die im Black-Report gezogen wurden, zu diskutieren. Diese Debatte beinhaltet zwei Hauptaspekte.

Der erste Aspekt betrifft die Interpretation der Daten. Sir Douglas Black argumentierte, daß das zunehmende Gefälle zwischen arm und reich hauptsächlich auf die ungleichen sozialen Lebensbedingungen zurückzuführen sei. Hingegen interpretierten Stern[30] und vor ihm auch Illsey[31], daß der unterschiedliche Gesundheitszustand zwischen den sozialen Schichten dadurch zustande kommt, daß gesunde Menschen eher sozial aufsteigen, während bei Kranken eher der umgekehrte Effekt auftritt. Ihre Argumente implizieren, daß Menschen in der unteren Sozialschicht sind, weil sie krank sind und nicht umgekehrt. Der über die Beobachtungsjahre zunehmende Unterschied im Gesundheitszustand wäre genauso eine Folge zunehmender

sozialer Mobilität wie einer zunehmenden Ungleichheit in den sozialen Bedingungen. Es existieren einige Befunde, nach denen der Gesundheitszustand den sozialen Status beeinflußt. Z.B. hat eine schwere Krankheit in der Kindheit Einfluß auf die soziale Mobilität. Schwerkranke Jungen zeigten – unabhängig von ihrer sozialen Herkunft – ein stärkere Tendenz zu sozialem Abstieg im Alter[32]. Frauen mit überdurchschnittlicher Körpergröße konnten ihren sozialen Status eher durch Heirat verbessern als Frauen mit unterdurchschnittlicher Körpergröße[33].

Wilkinson konnte zeigen, daß solche Effekte jedoch relativ gering sind im Vergleich zur Bedeutung sozioökonomischer Faktoren[34]. Diese Position wird auch durch die Untersuchungen von Fox[35] unterstützt. Diese Arbeiten untersuchen die Frage, ob die in den Gesundheitsstatistiken nachzuweisenden Unterschiede durch die höhere Morbidität im Alter verursacht werden: Personen könnten einen sozialen Abstieg kurz vor der Pensionierung erfahren, wenn sie wegen Krankheit eine weniger anstrengende Tätigkeit aufnehmen müssen. Wenn dies für einen großen Teil der Bevölkerung relevant wäre, würde damit die Position unterstützt, daß der Gesundheitszustand die soziale Lage bestimmt. Die Argumentation des Black-Reports, daß die zunehmende Kluft in den Mortalitätsraten eine Folge gestiegener sozialer Ungleichheit ist, wäre damit entkräftet. Fox et al. schlußfolgern aus ihren Studien, daß der Anteil wegen Krankheit sozial absteigender Personen an der Bevölkerung nicht ausreicht, um die von Black dargestellten Daten relevant zu beeinflussen.

Das zweite Argument bezieht sich darauf, daß sich der relative Anteil der Berufsschichten von 1931 bis 1981 geändert hat und daß so Unvergleichbares verglichen wird. Der Anteil der Berufsschichten 4 und 5 sank in der Tat von 38 % auf 26 % der Gesamtbevölkerung und die Berufsschichten 1 und 2 erhöhten ihren Anteil von 14 % auf 23 %. Pamuk[36] zeigte, daß selbst bei Berücksichtigung dieser Veränderungen die Mortalitätsunterschiede im Vergleich von Schicht 1 und Schicht 5 zwischen 1951 und 1971 größer geworden sind.

Man kann auch argumentieren, daß es problematisch ist, die im Vergleich zu anderen Schichten immer kleiner werdende Schicht 5 in ihrer Mortalität mit Schichten, die einen weit größeren Anteil einnehmen, zu vergleichen. In einer kürzlich durchgeführten Studie hatte z.B. die Schicht 5 eine standardisierte Rate von 125, aber dennoch nur einen Anteil von 5 % an allen Todesfällen. Es wird ferner eingewendet, daß – solange eine Aufwärtsmobilität besteht – die

unteren Schichten einen höheren Anteil alter Menschen mit höherem Mortalitätsrisiko zurückbehalten. Goldblatt[37] zeigte jedoch, daß auch bei Verwendung anderer Schichtdefinitionen mit dann größeren Populationsanteilen die unteren Schichten weiterhin eine deutlich höhere Mortalität aufweisen. Männer, die in einer Mietwohnung leben und kein Auto besitzen, machen 21 % aller Todesfälle aus; die standardisierte Mortalitätsrate beträgt 123. Dies entspricht fast genau der Rate für die Berufsschicht 5 für das Jahr 1971.

Entwicklungen für wichtige Krankheiten

Marmot und Macdowell[38] zeigten, daß die Mortalitätsraten bei Angestellten über die letzten Jahrzehnte viel schneller sanken als bei Arbeitern. Für diese krankheitsbezogenen Todesursachen nahm deshalb die soziale Kluft zu. Die Abbildungen 4 und 5 (s.u.) zeigen die Raten für ausgewählte Todesursachen im Jahre 1970/72 und 1979/83. Die Raten benutzen 1970/72 als Basis der Berechnung und so zeigt sich der allgemeine Rückgang der Prävalenz zwischen 1970/72 und 1979/83. Es wird jedoch auch deutlich, daß die Kluft zwischen Arbeitern und Angestellten für einige Krankheiten zugenommen hat. In Abbildung 4 wird deutlich, daß in bezug auf den Herzinfarkt (CHD) der Abstand größer geworden ist. In Abbildung 5 zeigt sich der gleiche Effekt bei Frauen in bezug auf Lungenkrebs und Infarkt.

Rückgang der Säuglingssterblichkeit

Eine Ausnahme von dem allgemeinen Trend zunehmender gesundheitlicher Ungleichheit bildet die Säuglingssterblichkeit. In den 70er Jahren gab es eine allgemeine Senkung der Säuglingssterblichkeit. In der Zeit von 1971-1979 nahm die Kluft zwischen Schicht 1,2 einerseits und Schicht 4,5 andererseits ab. Dies ist durch eine dramatische Reduktion der postneonatalen Sterblichkeit (zwischen einem Monat und einem Jahr) in Schicht 5 zu erklären (siehe unten, Abb. 6). Seit 1979 ist die Kluft jedoch konstant geblieben[39]. Diese Entwicklung läßt die Frage stellen, warum sich davor überhaupt die Situation von Schicht 5 verbessert hat. Die Antwort auf diese Frage könnte erhebliche Konsequenzen für zukünftige Strategien zur Senkung der Säuglingssterblichkeit haben. Pharoah und Morris[40] vertraten die Position, daß insbesondere die Verringerung der Familiengröße in Schicht 5 ein entscheidender Erklärungsfaktor sei.

IV. Ursachen für die Unterschiede im Gesundheitszustand

Sowohl der Black-Report als auch der Bericht »The Health Divide« vertraten die Position, daß die Ungleichheiten der sozialen und ökonomischen Bedingungen primär für die Unterschiede im Gesundheitszustand verantwortlich sind.Dies ist kein neues, aber noch immer bedeutsames Argument. Denn es existiert ein sich selbst fortsetzender Zyklus von Armut: schlechte Ausbildung und eine benachteiligte Kindheit führen zu schlecht bezahlten und meist gesundheitsgefährdenden Berufen. Diese wiederum tragen zu einem schlechten Gesundheitszustand bei und haben somit negativen Einfluß auf Lebensbedingungen und Bildung in der nächsten Generation. Der Black-Report schlußfolgerte:

»Obwohl kulturelle und genetische Erklärungen von einiger Relevanz sind – die letzteren insbesondere für die frühe Kindheit – wird der größere Teil durch strukturell-materielle Ursachen bedingt.«

Der Bericht »The Health Divide« akzeptiert auch die Existenz eines Selektionseffektes, nach dem in einigen Fällen auch Krankheit zu schlechterer sozialer Lage führt, betonte jedoch, daß im großen und ganzen die Kausalität umgekehrt ist: Schlechte ökonomische Bedingungen führen zu einem schlechten Gesundheitszustand. Diese Aussage ist mit der von Crombie vergleichbar[41]; Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Sozialschichten sind primär eine Folge »... der Unfähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden. Der Hauptunterschied zwischen Sozialschichten ist ihre relative Fähigkeit, das Leben erfolgreich zu bewältigen – in anderen Worten: sich anzupassen. Diese Fähigkeit ist teilweise genetisch bedingt, teilweise eine Folge von Ausbildung, Erziehung in der Familie und kulturellen Einflüssen.«

Er meint, daß so zwischen Schicht 1 und Schicht 5 immer dieselben Unterschiede bestanden und wahrscheinlich auch in Zukunft bestehen werden. Diese vereinfachende und einseitige Sicht der Dinge kann jedoch nicht erklären, warum einige der Unterschiede zunehmen und andere abnehmen.

Welche Aspekte der Lebensbedingungen von Menschen unter schlechten sozialen Bedingungen sind nun für den schlechteren Gesundheitszustand verantwortlich? Es gibt genügen Evidenz dafür, daß gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in unteren Sozialschichten häufiger sind. Dies wird im folgenden darzustellen sein.

Rauchen

Obwohl der Anteil von Rauchern in allen Sozialschichten abgenommen hat, gibt es zwischen Schicht 1 und 5 immer noch große Unterschiede. Die Tabelle zeigt den Prozentsatz von Rauchern in jeder Schicht im Jahre 1972 und 1988.

Raucheranteile für Männer und Frauen nach sozialer Schicht

Schicht	1	2	3NM	3M	4	5	Gesamt
Männer							
1972	33	44	45	57	57	64	52 %
1988	16	26	25	39	40	43	33 %
Frauen							
1972	33	38	47	42	42	42	42 %
1988	17	26	27	35	37	39	30 %

Der relative Rückgang des Rauchens war in den höheren Berufsschichten am größten. Der Anteil von Rauchern in Schicht 1 halbierte sich zwischen 1972 und 1988, während der Anteil von Rauchern in Schicht 5 nur um ein Drittel zurückging.

Wilkinson[43] meint, daß einer der beiden Hauptgründe der zunehmenden Kluft im Gesundheitszustand in der Nachkriegsperiode die Verschiebung des Zigarettenkonsums in untere Sozialschichten ist. Die sozialspezifischen Trends für Lungenkrebs und ischämische Herzerkrankungen entsprechen denjenigen für Rauchen. Es gibt sicherlich starke Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit, Rauchen und Morbidität.

Ernährung

Der zweite Grund, den Wilkinson nennt, ist die Ernährung. Die Rationierung von Nahrungsmitteln während der Kriegszeit hatte eine extreme Gleichverteilung von Nahrungsmitteln zur Folge und übte einen großen Einfluß auf die Ernährung aus, die fast immer einen starken Einfluß auf den Gesundheitszustand hatte. Nach dieser Zeit der Rationierung begann sich die Ungleicheit des Gesundheitszustandes zu entwickeln. Es ist vielleicht eher richtig zu sagen, daß sich die Vorkriegs-Ungleichheit wiederherstellte. Diese beiden Faktoren haben nach Wilkinson einen tiefgreifenden Effekt auf die sozialspezifische Verteilung von Herzerkrankungen, Schlaganfall

und Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern. Krankheiten, deren Mortalitätsraten früher in Schicht 1 und 2 häufiger waren, zeigen nun einen umgekehrten Trend. Der Black-Report stellte die Tatsache in den Vordergrund, daß viele der sogenannten Zivilisationskrankheiten in der Nachkriegsperiode in den unteren Sozialschichten häufiger wurden. »Einige Krankheiten wie Lungenkrebs und Zwölffingerdarmgeschwür, die vor 40 oder 50 Jahren noch keinen sozialspezifischen Trend aufwiesen oder eine inverse Häufigkeitsverteilung zeigten, hatten dann in den 60er Jahren eine höhere Mortalitätsrate in Schicht 4 und 5 im Vergleich zu 1 und 2.«[44].

Die 50er Jahre bewirkten eine wichtige Veränderung des sozialspezifischen Zuckerkonsums, die Teil eines allgemeinen Trends zu verarbeiteten Nahrungsmitteln war. Verarbeitete Nahrungsmittel wurden billiger und zunehmend von weniger Wohlhabenden konsumiert.

Die höheren Einkommensgruppen ernährten sich weiterhin gesünder als die ärmeren Bevölkerungsschichten. Sie konsumierten mehr braunes und vollwertiges Brot, Fisch, Früchte und Gemüse und weniger Kartoffeln, Zucker, weißes Brot und Fette im Vergleich zu den unteren Schichten. Obwohl zwischen 1976 und 1984 alle Einkommensgruppen mehr vollwertiges Brot aßen und einen geringeren Verbrauch von ungesunden Fetten entwickelten, ging der Verbrauch von frischen Früchten und Gemüsen in den ärmsten Bevölkerungsschichten zurück. Dennoch gibt es Hinweise darauf, daß die ärmeren Bevölkerungsschichten auf Ernährungsberatung reagieren[45].

Körperliche Bewegung

Die Häufigkeit von körperlicher Betätigung in der Freizeit zeigt eine sozialspezifische Verteilung.

Körperliche Bewegung nach Sozialschicht

	Wandern in % (mehr als 3 km/Tag)	Schwimmen in %
Akademiker	30	18
Selbstständige	24	14
Höhere Angestellte	27	15
Angestellte	22	14
Facharbeiter	16	8
Angelernte Arbeiter	15	6
Ungelernte Arbeiter	13	5

Körperliche Betätigung ist in vielfältiger Weise mit dem Gesundheitszustand verbunden und hat wahrscheinlich einen protektiven Effekt in bezug auf ischämische Herzerkrankungen. Die sozialen Unterschiede hierbei entsprechen so den Unterschieden im Gesundheitszustand.

Wohnen und Gesundheit

Haus- oder Wohnungseigentum ist ein gutes Näherungsmaß für den Wohlstand einer Familie. Eigentümer haben im allgemeinen eine geringere Mortalität als Personen, die Mieter sind. Diese wiederum weisen eine geringere Mortalität auf als Personen in Sozialwohnungen.

Der gleiche Effekt zeigt sich in bezug auf den Autobesitz, denn auch dieser ist Näherungsmaß für den Wohlstand.

Mortalität von Männern (15-64) und Frauen (15-59) im Zeitraum 1971-81 nach Wohnverhältnis, Ausbildung und Autobesitz

Sozioökonomischer Indikator	Standardisierter Mortalitätsindex (SMR)	
Wohnverhältnis	Männer	Frauen
Eigentum	84	83
Mietwohnung	109	106
Sozialer Wohnungsbau	115	117
Bildung		
Diplom (Degree)	59	66
Anderer Abschluß (non-degree)	80	78
A-level (einfacher Schulabschluß)	91	80
Kein Abschluß	103	102
Autobesitz		
Ein oder zwei Autos	85	83
Kein Auto	121	135

Quelle: The Nations Health, 1988

Die Wohnsituation hat an sich schon einen wichtigen Einfluß auf den Gesundheitszustand. Viele Untersuchungen haben gezeigt, daß schlechte Wohnqualität einen negativen Effekt auf die Gesundheit hat. Eine Untersuchung in Liverpool konnte z.B. zeigen, daß schwer zu vermietende Wohnungen mit minimalem Standard zu infektiösen Erkrankungen, zu Lungenerkrankungen und zu psychischen Krankheiten beitrugen[46].

Obdachlosigkeit ist die extremste Form schlechter Wohnbedingungen. Die Folgen der unbemerkten Zunahme von Obdachlosigkeit speziell in London werden gerade erst publiziert. Neben den Obdachlosen auf den Straßen gibt es ungefähr 30000 Personen in vorübergehenden Unterkünften, davon allein zwei Drittel in London. Ein großer Teil dieser Menschen hat starke soziale und gesundheitliche Probleme und es gibt Studien, die zeigen, daß diese Menschen – insbesondere Kinder – einen schlechten Gesundheitszustand als Folge dieser Wohnbedingungen aufweisen; so konnte auch nachgewiesen werden, daß ihre Unfallhäufigkeit weit über dem Durchschnitt liegt[47].

Einkommensunterschiede und Gesundheit

Ein geringes Haushaltseinkommen steht in Zusammenhang mit schlechterem Wachstum bei Kindern, sowie schlechter Ernährung[48]. Es wurde schon erwähnt, daß ärmere Leute weniger Obst und frisches Gemüse essen und daß die billigeren Nahrungsmittel, die sie kaufen, einen höheren Zucker- und Fettgehalt haben. »Man findet häufig, daß Nahrungsmittel im Haushaltseinkommen als flexibles Instrument benutzt werden und wenn Geld knapp ist entsprechend angepaßt werden«[49].

Der Black-Report betonte hinsichtlich der Ungleichheiten im Gesundheitszustand die wachsende Kluft zwischen den Ärmsten und den Reichsten. Der Anteil der Bevölkerung in Armut oder an den Grenzen der Armut wuchs zwischen 1960 und 1977 ständig[50]. Die Armutsgrenze wird bei Einkommen bis zu 40 % über der Sozialhilfe angesetzt. Der Report stellt dies als den wesentlichen Grund für die Kluft im Gesundheitszustand dar. In gleicher Weise betonte ein ähnlicher Report der British Medical Association[51] die wachsende Anzahl von sehr armen Haushalten, inadäquate staatliche Unterstützung und die gesundheitlichen Folgen insbesondere bei Kindern.

Die Einkommensungleichheit stieg in den 80er Jahren an: Das Statistische Amt fand, daß das reale Wachstum des Einkommens zwischen 1981 und 1987 der ärmsten 10 % der Bevölkerung nur 50 % des nationalen Durchschnitts betrug[52]. Zwischen 1979 und 1985 stieg der Anteil von Personen mit Sozialhilfe von 12 auf 15 Millionen[53]. Der Black-Report betonte, daß Ungleichheit und Armut relative Begriffe seien, daß sie aber in einer zivilisierten Gesellschaft nicht akzeptabel seien.»Die Schichten 4 und 5 könnten mit der Zeit das gegenwärtige Niveau von Schicht 1 und 2 erreichen, aber zu diesem Zeitpunkt werden diese ihre Vorzugsposition noch ausgebaut haben«[54].

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Es gibt viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und physischer sowie psychischer Gesundheit aufzeigen. Dieser Einfluß bezieht sich sogar auf die Ehefrauen arbeitsloser Männer. Da Arbeitslosigkeit normalerweise mit Armut verbunden ist, erstaunen diese Befunde nicht. Mehrere Studien haben gezeigt, daß Arbeitslosigkeit mit höheren Raten von Suizid, Unfällen, Herzerkrankungen und Lungenkrebs verbunden ist. Eine Studie in Edinburgh fand, daß Menschen, die 3 bis 6 Monate arbeitslos waren, eine um das 11 fache höhere Suizidrate aufwiesen[55].

Die höheren Raten für Lungenkrebs und Herzerkrankungen können teilweise durch den höheren Anteil von Rauchern unter den Arbeitslosen erklärt werden[56]. Der General Household Survey von 1984 zeigte, daß bei Erwerbstätigen 36 % rauchten, währen unter den Arbeitslosen 61 % Raucher waren.

Wenn man den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit untersucht, sind Ursache und Wirkung nicht einfach zu unterscheiden. Was ausgesagt werden kann ist, daß Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit bewirken kann, während die Evidenz eines ursächlichen Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und physischer Gesundheit weniger überzeugend ist[57].

V. Ist der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) für alle Patienten gleichermaßen zugänglich?

Der Black-Report sagte folgendes: »Es ist schon seit längerer Zeit bekannt, daß es Unterschiede in der Zugänglichkeit des Nationalen Gesundheitsdienstes in armen und reichen Regionen gibt«[58]. Noyce et al belegten[59], daß die Ausgaben für das Gesundheitswesen in Regionen mit hohem Akademikeranteil größer und in Regionen mit höherem Anteil an Arbeitern geringer waren.

Das »Inverse Care Law«

In den frühen 70er Jahren schrieb J. Tudor Hart, ein in England sehr bekannter Allgemeinarzt im Lancet:

»In Regionen mit mehr Morbidität und höherer Mortalitätsrate müssen Allgemeinmediziner mehr arbeiten, es gibt längere Wartelisten, und es gibt mehr ineffektive Konsultationen als in den 'gesündesten' Regionen. Krankenhäuser haben dort mehr Konsultationen

mit weniger Personal und schlechterer Ausstattung durchzuführen, sie arbeiten in heruntergekommenen Gebäuden und es gibt immer wieder Betten- und Personalmangel. Diese Tendenz läßt sich im Begriff des Inverse – Care Law zusammenfassen: Die Verfügbarkeit medizinischer Dienste variiert umgekehrt zu den Bedürfnissen der Bevölkerung«[60].

In Zusammenhang hiermit steht die Tatsache, daß die Kosten für die Gesundheitsversorgung in ärmeren Regionen oft höher sind als in wohlhabenden Gegenden. Häufiger Personalwechsel und z.B. Dolmetscher für ethnische Minoritäten steigern die Ausgaben.

Im Jahre 1976 wurde die Ressource Allocation Working Party (RAWP) errichtet, um die Finanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes zwischen den Regionen gerechter zu gestalten. Es war beabsichtigt, neue Finanzierungsmittel in die besonders bedürftigen Regionen zu lenken. Dies geschah jedoch in einer Zeit von Kürzungen, so daß jede Umverteilung auf Kosten anderer Regionen ging. Die Verteilung der Mittel nach der RAWP-Formel bewirkte eine Angleichung der regionalen Disparitäten auf 10%. Nicht ganz unverständlich wurde diese Maßnahme dann auch unpopulär[61].

Die RAWP-Formel war weder für den Ausgleich von Disparitäten auf der lokalen Ebene gedacht noch für die Verminderung der Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung zwischen den Sozialschichten geeignet.

Man muß in Zukunft sehen, welche Folgen das neue Budgetsystem der Health Authorities haben wird. Wird das Gewichtungssystem genügend Ressourcen in depravierte Regionen lenken? Nach dem neuen System werden den Health Authorities Ressourcen auf einer gewichteten Pro-Kopf-Basis zugesprochen. Die Verteilung basiert primär auf der Bevölkerungszahl mit Erhöhungen für die Altersstruktur und die Höhe der standardisierten Mortalitätsraten. Es bleibt abzuwarten ob dies genügen wird, um den ärmeren nördlichen Regionen genügend Mittel bereitzustellen, auch wenn die Formel keinen »Deprivationsfaktor« enthält. Einige Health Authorities werden jedoch innerhalb ihrer Regionen einen »Deprivationsfaktor« zur Gewichtung einführen, um Ungleichheiten auszugleichen.

Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten

Mehrere Studien haben gezeigt, daß die lokale Verteilung von Arzt- und Zahnarztpraxen Mittelschicht-orientiert ist und, daß Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit mit Verkehrsmitteln ein wichtiges

Hindernis darstellen können. Der neue Zahnärzte-Vertrag wird große regionale Disparitäten erzeugen, wobei der Südosten am meisten verlieren wird. Es gibt auch viele Anzeichen dafür, daß die Nutzung von präventiven Diensten eine starke Schichtabhängigkeit aufweist. Durchgehend existieren höhere Teilnahmeraten für Akademiker in den Kindersprechstunden[62], bei Zahnärzten[63] und beim Cervix-Screening[64].

Das Paradox besteht darin, daß Menschen, die diese Dienste am nötigsten brauchen, sie nicht benutzen. So ist das Cervix-Krebs-Risiko in Schicht 4 und 5 deutlich höher als in Schicht 1 bis 3 NM. Die Struktur und Organisation der medizinischen Dienste beachtet die Bedürfnisse von benachteiligten Gruppen wenig. Um ein Beispiel zu geben: Termine in den Sprechstunden von Allgemeinärzten sind z.B. ohne Telefon häufig schwierig zu bekommen, Unterschichtsangehörige haben aber eben nicht immer ein Telefon[65].

Sprechstunden von Allgemeinmedizinern werden von Arbeitern häufiger in Anspruch genommen als von allen anderen Schichten. Ob die höhere Inanspruchrate bei Arbeitern auf ihre höhere Morbidität zurückzuführen ist, ist Gegenstand einer Diskussion. Collins und Klein[66] behaupten dies und sagen, daß der NHS insofern Gleichheit erzielt hat. In ähnlicher Weise argumentierte Crombie[67], daß Allgemeinärzte die zu geringe Inanspruchnahme medizinischer Dienste durch Schicht 5 über die überhöhte Inanspruchnahme in den Allgemeinpraxen kompensieren. Blaxter[68] argumentierte, daß Arbeiter häufiger schwerere Krankheiten haben und, daß daher die höhere Inanspruchnahme nicht als kompensatorisch anzusehen ist.

Ein anderes Feld der Diskussion berührt die Frage der Qualität ärztlicher Dienstleistungen in verschiedenen Sozialschichten. Es wird oft behauptet, daß eine Bevorzugung von Mittelklassepatienten existiert. Eine Untersuchung in Allgemeinpraxen fand[68], daß die Konsultationszeit bei sozial benachteiligten Gruppen kürzer ist und weniger Fragen gestellt werden. Frauen bekommen im Vergleich zu Männern in Arztpraxen weniger Erklärungen als beruhigende Worte.

VI. Politische Maßnahmen zur Reduzierung von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes

Die Vorschläge des Black-Reports

Der Black-Report beinhaltete neben einer umfassenden Analyse von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes auch ein Programm, wie diese zu beheben seien:

1. Günstigerere Lebensbedingungen für Kinder einschließlich staatlicher Förderungen
2. Förderung der Gesundheit von großen Teilen der Bevölkerung durch präventive und erzieherische Maßnahmen. Bereitstellung von mehr Mitteln für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
3. Minderung des Mortalitätsrisikos für Behinderte und Steigerung ihrer Lebensqualität in der Gemeinde und in Institutionen.
4. Reduzierung der Unterschiede in den materiellen Bedingungen am Arbeitsplatz, zu Hause und in den kommunalen Lebensverhältnissen.
5. Steigerung der Sozialhilfe und des Kindergeldes.
6. Spezifische Maßnahmen zur Senkung der Unfallhäufigkeit und des Rauchens.

Die höchste Priorität wies der Black-Report einer Beseitigung der Armut von Kindern und der materiellen Ungleichheit im allgemeinen zu. Ein durchgehendes Thema des Reports war der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, so daß die Schlußfolgerungen sehr weitreichend waren. Sir Douglas Black befürwortete eine stärkere redistributive Besteuerung, so daß die reichsten 30 % der Bevölkerung mehr zu den öffentlichen Haushalten beitragen sollten. Diese Aussagen waren ein Schlag in das Gesicht der Konservativen Regierung und so wurde der Bericht zurückgehalten. Ursprünglich stellte das Gesundheitsministerium nur 260 Exemplare des Berichtes her und der zuständige Staatssekretär Patrick Jenkin schrieb in seinem Vorwort, daß er in keiner Weise die Empfehlungen des Berichtes unterstützen werde.

Das Konzept für die Gesundheitsverbesserung im Black-Report basierte auf einer Förderung des allgemeinen Gesundheitszustandes über Maßnahmen des Public-Health. Aktionsprogramme der Bezirke sollten z.B. die Gesundheit von Mutter und Kind mit Priorität versehen. Schulgesundheitsprogramme und einige Screening-Aktivitäten waren weitere vorgeschlagene Ansätze. Der Report forderte ferner Gemeindedienste für alte Menschen und Behinderte.

Die 10 Regionen mit den höchsten Mortalitätsraten sollten durch besondere Programme gefördert werden. Die Autoren des Reports waren sich der begrenzten finanziellen Mittel für ein Programm bewußt, was die Forderung nach gezielten Maßnahmen erklärt. Trotzdem wurden die Forderungen von Patrick Jenkin gänzlich abgelehnt und zwar mit dem Argument, daß weder heute noch in der nächsten Zukunft ein solches Programm finanziell realistisch sei. Er zweifelte auch an der Effektivität des Programms indem er meinte, daß »wir seit dreißig Jahren mehr und mehr Geld für den NHS, ausgeben ohne daß dies den Gesundheitszustand der Bevölkerung sehr viel angehoben hat«[69].

Dieser Satz zeigt das Unverständnis für die Hauptaussage des Reports, nach der die Entwicklung der Gesundheitsdienste zur Prävention hin gehen sollte: Public-Health und nicht die kurative Medizin sollte gefördert werden[70].

Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000

Im Jahre 1978 betonte die WHO in der Erklärung von Alma Ata die Notwendigkeit einer Veränderung in Richtung Primärversorgung. Das Programm »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« wurde im Jahre 1981 initiiert – ein Programm, welches die Ungleichheiten auf internationaler Ebene reduzieren sollte und zwar unter vermehrter Beteiligung und Autonomie der Gemeinde sowie mit einem integrierten Konzept der Gewsundheitsförderung. Im Jahre 1985 publizierte die WHO Zielvorgaben für das Programm. Dies sollte den Mitgliedsländern helfen, eigene Zielsetzungen zur Verminderung von Ungleichheiten zu spezifizieren. Der Gesamtplan sieht eine Reduzierung der Ungleichheiten von 25 % vor – dies betrifft sowohl Unterschiede zwischen den Ländern als auch solche in einem Land.

England unterstützte die Ziele, hat aber bisher keine Maßnahmen unternommen, um sie zu erreichen. Eine kürzliche Untersuchung des Institutes für Health Services Management zeigte, daß der notwendige politische Wille fehlt und daß die Ressourcen die Gemeinde-Ebene nicht erreicht haben. So gibt es bisher keinen Fortschritt in dieser Sache. Erst weniger als 50 % der Health Authorities haben die Informationssysteme entwickelt, um die Erreichung der Zielsetzungen zu kontrollieren. Nur 28 % der District Health Authorities haben spezielle Mittel für die Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« bereitgestellt.

Es wurde auch eingewendet, daß die Strategie fehlgeleitet ist, wenn sie wirklich eine Beteiligung der Bevölkerung anstrebe. In einem Beitrag mit dem Titel »Wen meint die WHO« sagte Jane Jones, eine Gesundheitsarbeiterin[71], daß die Zielgruppe der Strategie eher Professionelle im Gesundheitswesen und Gesundheitspolitiker sind. Sie aber seien nicht diejenigen, die Interesse an einer wirklichen Beteiligung der Betroffenen auf Gemeinde-Ebene haben.

Gesunde Städte

Das Projekt »Gesunde Städte« ist ein Ableger der Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«. Die ursprüngliche Vorstellung der WHO bestand darin, daß einige Städte kooperieren sollten, um Modelle zu entwickeln und um dann die Erfahrungen weiterzugeben. Die Städte haben die Ziele der WHO übernommen und den lokalen Gegebenheiten angepaßt. Am Anfang waren 24 Städte in Europa beteiligt. Inzwischen haben diese jedoch jeweils nationale Netzwerke gebildet und neue Städte sind hinzugekommen. In Großbritannien sind Birmingham, Liverpool, Newcastle, Sheffield, Camden, Belfast und Glasgow beteiligt. Diese haben wiederum mit 40 anderen Städten ein Netzwerk gebildet. Die Begeisterung mit der die Städte sich beteiligt haben wird vielleicht dadurch erklärt, daß es auf dieser Ebene viele Arbeitsmöglichkeiten gibt und die lokalen Gesundheitsbehörden dabei relativ klare Verantwortlichkeiten haben.

Aus der europäischen Perspektive sind die englischen Städte nicht gerade gut plaziert, um im Jahre 2000 die gesündesten zu sein. Fünf der sieben ökonomisch rückständigsten Städte sind in England[72]. Es gibt viele finanzielle Schwierigkeiten bei den Gesundheitsbehörden und die finanziellen Mittel für das Gesunde-Städte-Projekt sind sehr gering. In Sheffield und Liverpool sind jedoch Ziele formuliert worden und es wurden Gesundheitsförderungsprojekte initiiert.

Innerhalb der Gesunde-Städte-Initiative gibt es eine Diskussion über einen Ansatz »von oben nach unten« oder einen »von unten nach oben«. Das Community Health Council von Newcastle berichtete, daß das faszinierende dort sei, wie das Projekt auf Nachbarschaftsinitiativen beruht und nicht auf offizieller Stadtregierungs-Direktive. Dies hat zur Folge, daß zwischen Professionellen und Patienten sowie der Bevölkerung und verschiedenen Berufsgruppen eine Kooperation entstanden ist.

VII Was können die Community Health Councils tun?

Die Community Health Councils (CHC) sind administrativ bevollmächtigte »Öffentliche Gesundheitsämter« mit der Aufgabe der regionalen Public-Health-Arbeit. Sie können eine sehr nützliche Rolle in der Gesundheitsförderung und der Thematisierung von Public-Health-Aufgaben spielen. Sie bereiten Aktionen in der Gemeinde vor. Dies muß keine langfristige Aktion sein, sondern kann auch nur eine Starthilfe für lokale Gruppen sein. Beispiele dafür sind:

Manchester: Das Community Health Council initiierte 1985 ein Treffen der homosexuellen Szene. Dies hatte zur Folge, daß eine telefonische AIDS-Beratung eingerichtet wurde. Das Community Health Council organisierte eine Leitungsgruppe. Im Jahre 1986 wurde das Manchester AIDS-Forum unabhängig und erhielt finanzielle Mittel von 25000 Pfund durch das Regional Health Council.

Leeds: In Leeds initiierte das CHC ein Unterstützungsprojekt für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Durch Unterstützung des CHC erhielt das Projekt 50000 Pfund und konnte auch sicherstellen, daß die Klienten selbst das Projekt bestimmen konnten.

Im neuen System des Nationalen Gesundheitsdienstes werden die Community Health Councils ein wichtige Rolle haben. Ein wichtiger Aspekt wird dabei der jährliche Bericht des Directors of Public Health sein, der von den District Health Authorities benutzt wird, um Prioritäten zu setzen. Die Gesundheitsberichte sollen eine zusammenfassende Berichterstattung über die Gesundheit der Bevölkerung beinhalten, spezifische Gesundheitsprobleme identifizieren und Strategien zu deren Lösung vorschlagen. Wenn die Community Health Councils hier eine Einfluß ausüben wollen, müssen sie die Methoden kennen, mit denen der Bericht des Directors of Public Health arbeitet. Auch müssen die CHC eigene Forschungsprojekte durchführen. Beispiele hierfür sind:

Das CHC von Rhymney Valley (ein District mit hoher Armut) führte einen Survey über die Gesundheitsbedürfnisse älterer Menschen durch. Der Fragebogen untersuchte Bereiche wie Abhängigkeit, Behinderung, Wohnbedingungen. Es wurden auch die Dienstleistungen und ihre Mängel untersucht.

Das CHC von Süd Birmingham führte eine Untersuchung »Deprivation in Birmingham« durch, die mit Hilfe gesundheitlicher und sozialer Informationen ein Profil des Bezirkes liefert. Der Bericht enthält auch Indikatoren der relativen Ungleichheit auf lokaler Ebene.

Aus dem Englischen übersetzt von Dieter Borgers

Anmerkung des Übersetzers:

Aus bundesrepublikanischer Sicht ist anzumerken, daß der im Aufsatz skizzierte Forschungsstand sowie die Diskussion zum Thema im öffentlichen Bewußtsein Großbritanniens einen breiten Raum einnehmen. Dies gilt auch und nicht zuletzt für den Bereich medizinischer Öffentlichkeit: Alle großen Studien, die Diskussion der Thematik sowie der formulierte Protest gegen die Zurückhaltung von Ergebnissen der Medizinalstatistik durch die konservative Regierung, all dies ist im British Medical Journal, dem britischen »Ärzteblatt«, sowie im Lancet veröffentlicht.

Korrespondenzanschrift: Richard Pawson
Association of Community Health Councils for England and Wales, 30, Drayton Park, London N5 JPB

Anmerkungen und Literatur

1 Report of The Working Group An Inequalities in Health, erstmalig veröffentlicht durch das DHSS 1980. Bekannt als Black-Report, benannt nach dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe, Sir Douglas Black.
2 Die Begriffe soziale Schicht oder berufliche Schicht in dieser Arbeit bezieht sich auf das Schema des Registrar General, welches folgende Einteilung vornimmt: Class 1: Professional (Rechtsanwalt, Arzt etc); Class 2: Intermediate (Lehrer, Manager etc); Class 3NM: Skilled-non-manual (Sekräterin, Verkäufer etc); Class 3M: Skilled manual (Bergmann, Busfahrer etc); Class 4: Semi-skilled manual (Landarbeiter, Packer etc); Class 5: unskilled manual (Reinigungskraft,ungelernter Arbeiter)
3 Whitehead M., The Health Divide, Health Education Council, 1987.
4 Smith T., Poverty and Health in the 1900s, BMJ Ediitorial, 118-25/8/90 and Morris J.N., Inequalities in Health: ten years and little further on, The Lancet, 25/8/90, S.491.
5 Bane D., Davey Smith G. and Barley M., Social Class Differentials in Years of Potential Life Lost, BMJ, 1/9/90, S. 429.
6 op.cit, Inequalities in health, S. 230.
7 Wilkinson R.G. (Hrg.), Class and Health: Research and Longitudinal Data, 1986, Tavistock, S.1.
8 Rose G., Marmot M., Social Class and Coronary Heart Disease, BMJ,45,1981, S.13; Marmot M. et al., Inequalities in Death, Lancet,i,1984,S.1003.
9 Goldblatt P., Mortality and Altenative Social Classifications. In: Longitudinal Study, Mortality and Alternative Social Organisation, HMSO, 1990.
10 Smith GD., Batley M., Blane D., The Black Report: ten years on, BMJ, 18-25, August 1990, S.376.
11 OPCS, Mortality Statistics, Perinatal and Infant: Social and biological Factors for 1987, series DHHS, No 21, HMSO.
12 The Nation's Health, hrg. v. Smith A. und Jacobson B., King's Fund, London 1988, S. 23.
13 ibid, S. 24
14 Marmot M. und Macdowell M.E., Mortality Decline and Widening Social Inequalities, Lancet, ii, 1986, S. 274-6, zitiert in: Inequalities in Health, S. 231.
15 Townsend P, 1987, zitiert in: Inequalities in Health, 1987, S. 231

16 The Nation's Health, 1988, S.106.
17 Blaxter, M, A Comparison of Measures of Inequality in Morbidity, In: A.J. Fox (Hrg.), Inequalities in Health within Europe, 1988, zitiert in: Inequalities in Health, 1988, S. 244.
18 zitiert nach: Inequalities in Health, S. 233
19 zitiert nach: The Nation's Health, 1988, S.23.
20 Inequalities in Health,1988, S.243
21 ibid, S. 243
22 Fox,B et al., Health and Lifestyle Survey: Preliminary Report, Health Promotion Research Trust, 1987, zitiert nach: Inequalities in Health, 1988, S. 244.
23 zitiert nach: Inequalities in Health, 1988, S. 245.
24 Haavio-Manilla E, Inequalities in Health and Gender, Social Science and Medicine, 22 (2), S. 141-9, zitiert nach: Inequalities in Health, 1988, S. 245.
25 Lumb K M et al, Perinatal Mortality in Britisch Asians, Journal of Epidemiology and Community Health, Nr.35, 1981, S.106 und Gillies D et al, Analysis of Ethnic Influences on Stillbirths, Journal of Epidemiology and Community Health, Nr. 389, S.214.
26 Townsend P et al., Health and Deprivation: Inequality and the North, 1987, Croom Helm.
27 Health Education Authority, Mapping the Epidemic: Corronary Heart Disease, HEA, 1990.
28 Townsend P et al., Inequalities in Health for the Northern Region, Bristol University and and Northern Regional Health Authority, 1986.
29 op.cit., Illsley,1955
30 Stern J, Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differentials, Journal of Social Policy, 12,1983, S. 27
31 Illsley R, Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant Deaths, BMJ,2, 1955, S. 1520 und Illsley R, Occupational Class, Selection, and the Production of Inequalities, Quarterly Journal of Social Affairs, 2 (2), S.151.
32 Wadsworth M E J, Serious Illness in Childhood and its Association with Later Life achievement, in: R.G. Wilkinson (Hrg), Class and Health, 1986.
33 op. cit. Illsley, 1955.
34 op. cit., Wilkinson 1986, S. 34.
35 Fox A J et al., Social Class Differentials: Artefact, Selection or Life Circumstances, in: R.G. Wilkinson (Hrg), Class and Health, 1986
36 Pamuk E R, Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England und Wales, Population Studies, 39, 1985, S.17.
37 op.cit. Goldblatt, 1990.
38 op.cit. Marmot and Macdowell, 1986
39 op. cit. Inequalities in Health, 1988,S. 258.
40 op. cit., Inequalities in Health, 1988, S.258
41 ibid, S. 259.
42 Crombie D L, Social Class and Health Status: Inequality or Difference?, Royal College of General Practioners, Occasional Paper 25, 1984
43 op. cit., Wilkinson 1986, S. 15.
44 op.cit., Inequalities in Health, 1988, S.61

45 ibid., S.293
46 ibid., zitiert auf S. 298
47 SHAC, Bed and breakfast: Slum Housing in the 80ies., 1984.
48 op. cit., The Nations Health, S.116.
49 op. cit., Inequalities in Health, 1988, S.300
50 iid, S.108
51 Deprivation and Ill Health, British medical Association, Board of Science and Education Discussion Paper, 1987.
52 Government Statistical Service, Households Below Average Income – a Statistical Analysis 1981-1987, HMSO, 1990.
53 DHSS, Low Income Families, DHSS, 1988
54 op. cit., Inequalities in Health, S.109
55 Moser K. et al., Unemployment and Mortality in: Goldblatt P. Longitudinal Study: Mortality and Social Organisation, HSMO, 1990, S.81
56 op.cit., Inequalities in Health, 1988, S.239.
57 ibid., S. 241
58 ibid., S. 78
59 Noyce, Snaith and Trickey, 1974, zitiert nach: Inequalities in Health, 1988, S.78
60 Tudor Hart J, The Inverse Care Law, Lancet, i, 1971, S. 4o5.
61 Holland W W,The RAWP Review: Pious Hopes, Lancet, ii, S.1087.
62 Fisher m J et al. Patterns of Attendances at Developmental Assessment Clinics, Journal of the Royal College of General Practitioners, Schottland, 33,249, S.213.
63 Todd J E and Dodd T, Childrens Dental Health in the UK, 1983, OPCS/HSMO, 1985.
64 Marsh G N, and Channing D M, Deprivation and Ill Health in One General Practice, BMJ, 292, S. 1173.
65 op.cit., Deprivation and ill health, 1987, S.38.
66 Collins E and Klein R, Equity and the NHS: Self-reported Morbidity, Access and Primary Care, BMJ, 282, 1980, S.1111.
67 op. cit., Crombie D L, RCGP, 1984.
68 Cartwright and O'Brien, Social Class Variations in Health Care, in: The Sociology of the NHS, zitiert nach: Inequalities in Health, 1988, S.71.
69 zitiert in der Einleitung zu Inequalities in Health, 1988.
70 Illife S, Strong Medicine, Lawrence and Wishart 1988
71 Jones J., Community Development and Health Promotion: Who is WHO talking to? Radical Community Medicine, Sommer 1987.
72 Moore W, Healthy Cities: are they on the Horizon?, Health Service Journal, 74,4,1988, S.382.

Occupational Class and Mortality in Adults (Great Britain)

Abb. 1

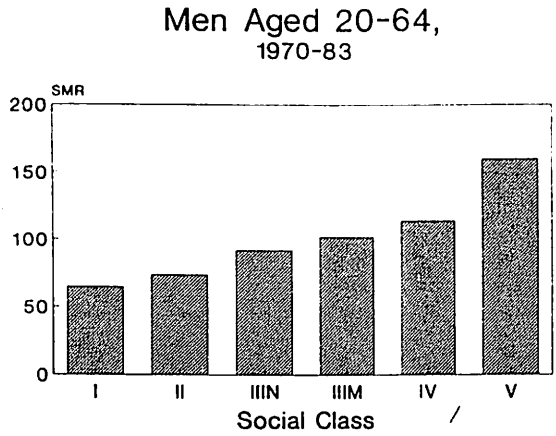
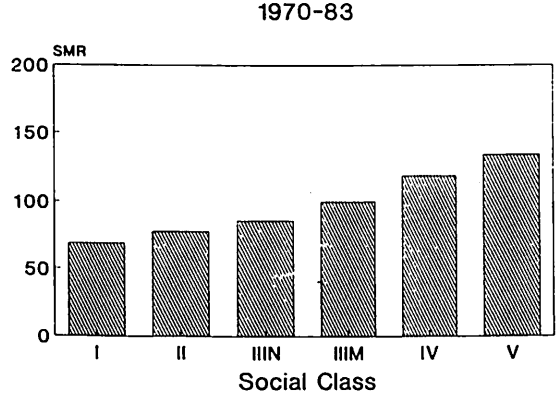


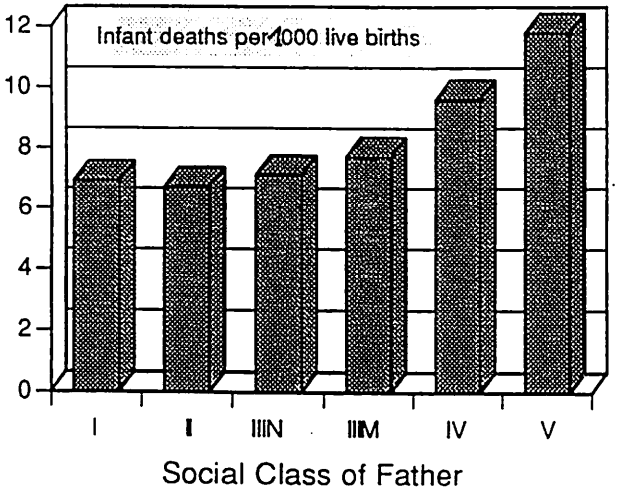
Abb. 2



Source: The Health Divide, 1987, p229

Abb. 3

Occupational Class and Mortality in Infants (Less Than One Year) 1987 England & Wales

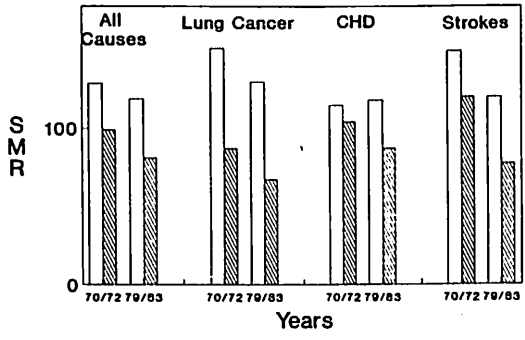


Source: OPCS Mortality Statistics: Perinatal and Infant; Social and Biological Factors 1987

SMR's for Select causes of death in Great Britain 1970-72 and 1979-83 for manual and non-manual groups

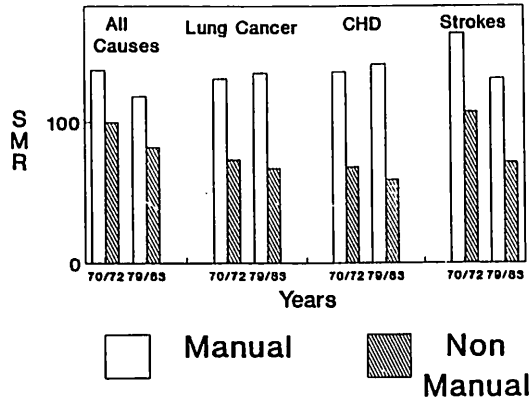
Men Aged 20-64

Abb. 4



Married women aged 20-64
classified by occupation of husband

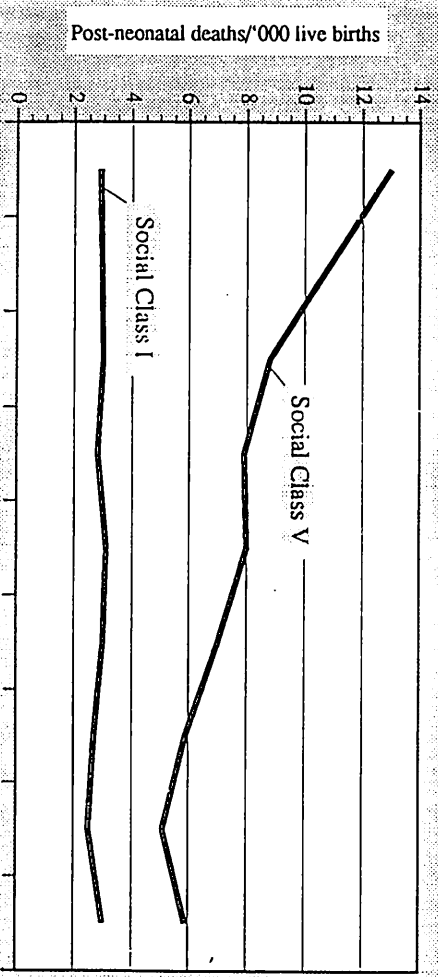
Abb. 5



Source: The Health Divide, 1987, p261

Abb. 6

Post-neonatal Mortality by Father's Social Class, England & Wales 1971-87



Sources: *The Health Divide, 1987: OPCS Mortality Statistics, Perinatal and Infant: Social and Biological Factors, 1987*

Andreas Mielck

Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder)

Bei der Analyse des Themas 'soziale Schicht und Krankheit' können drei aufeinander aufbauende Fragen unterschieden werden:

1. Gibt es im Gesundheitszustand und in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Unterschiede nach sozialer Schicht?
2. Warum gibt es diese Unterschiede?
3. Wie können diese Unterschiede verringert werden?

Die erste Frage bildet den Ausgangspunkt der Diskussion; ohne den empirischen Nachweis von Unterschieden sind die nachfolgenden zwei Fragen von relativ geringer Bedeutung. In einem zweiten Schritt müssen Hypothesen über die Ursachen der Ungleichheit entwickelt und empirisch überprüft werden, um schließlich die Unterschiede verringern zu können. Auch wenn diese Stufenfolge stark vereinfacht ist und eine Utopie ausdrückt, so kann sie doch als Richtschnur für Aufgaben und Probleme bei der Erforschung des Themas 'soziale Schicht und Krankheit' dienen.

In der Bundesrepublik ist der Weg bis zur Erfüllung dieser Utopie offenbar besonders weit. Bisher ist noch nicht einmal der ersten Frage viel Aufmerksamkeit gewidmet worden, und auch ein relativ vollständiger Überblick über vorliegende empirische Ergebnisse ist m.W. nicht vorhanden. Es erscheint daher besonders wichtig, den Stand der empirischen Forschung in den alten Ländern aufzuzeigen, um so den großen Forschungsbedarf verdeutlichen zu können, anderen Forschergruppen die Einarbeitung zu erleichtern, und um schließlich darauf hinweisen zu können, daß schon die derzeit vorliegenden sehr lückenhaften empirischen Ergebnisse auf erhebliche Unterschiede schließen lassen. Auf theoretische Modelle zur Erklärung von sozialen Ungleichheiten kann dagegen aus Platzgründen nur kurz eingegangen werden.

Die Begriff 'soziale Schicht' wird zumeist mit Hilfe von drei Variablen operationalisiert: Schulbildung, Beruf und Einkommen. Auch der Begriff 'Krankheit' muß konkretisiert werden, die folgenden vier Variablen können die wesentlichen Problembereiche erfassen: Mortalität, Morbidität, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Gesundheitsrisiken. Aus der Schnittmenge der Variablen für soziale Schicht einerseits und Krankheit andererseits

ergibt sich somit ein Raster für die Suche nach empirischen und theoretischen Diskussionsbeiträgen. Eine Einbeziehung weiterer Dimensionen potentieller Ungleichheit in Gesundheit und Gesundheitsversorgung (z.B. nach Staatszugehörigkeit) wäre wünschenswert, würde jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

Historischer Abriß der Diskussion

Die umfangreichste deutschsprachige Sammlung von empirischen Arbeiten stammt bemerkenswerterweise aus dem Jahre 1913 (Mosse & Tugendreich 1981). Auf knapp 900 Seiten wird in 20 Beiträgen eine Fülle von empirischen und theoretischen Analysen zur Frage der 'sozialen Ätiologie und sozialen Therapie von Krankheiten' vorgestellt. So werden z.B. bei Tuberkulose, Nervenkrankheiten und Alkoholismus Unterschiede nach Beruf und Schulbildung beschrieben. Die Diskussion wird ergänzt durch Beiträge über die Einflüsse von Ernährung und von Wohn- und Arbeitsbedingungen; d.h von den oben genannten Fragen wird nicht nur die erste, sondern auch die dritte angesprochen.

In der Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) begann eine verstärkte Diskussion des Themas 'soziale Schicht und Krankheit' erst Mitte der 70er Jahre. In einem Projekt unter der Leitung von E. Jahn wurden Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Lindau aus dem Jahr 1975 ausgewertet. Im Vordergrund standen dabei Vergleiche von Arztkontakten, ärztlichen Leistungen, Arzneimittel-Verordnungen, Inanspruchnahmen von Früherkennungsuntersuchungen und Arbeitsunfähigkeitsfällen nach sozioökonomischem Status (z.B. ungelernter Arbeiter, Facharbeiter, einfacher Angestellter, qualifizierter Angestellter).

Ungefähr zur gleichen Zeit wurde von H. Abholz ein Buch herausgegeben, welches häufig als Standardwerk der Sozialepidemiologie in der Bundesrepublik angesehen wird (Abholz 1976a). Der damalige Forschungsstand in der Bundesrepublik wird dadurch verdeutlicht, daß von den insgesamt 13 Beiträgen nur vier empirische aus der Bundesrepublik stammen. Auch der Herausgeber weist auf dieses Dilemma ausdrücklich hin: »Für die BRD und Westberlin sind nur einige, im Vergleich zu den englischen und amerikanischen Untersuchungen in Umfang und Methodik weniger entwickelte Arbeiten vorhanden. Dies ist darin begründet, daß in der BRD keine ausreichende Gesundheits- und Sozialstatistik geführt wird und sozialmedizinische Forschung weiterhin vernachlässigt wird« (Abholz 1976b, S. 15)

Schichtenspezifische Versorgungsprobleme standen erstmals zu Beginn der 80er Jahre im Zentrum eines größeren Symposiums (Hauß et al. 1981). Viele namhafte Wissenschaftler aus der Bundesrepublik und Vertreter des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) nahmen an diesem Symposium teil. Es wurde auch der Entwurf des Forschungsschwerpunkts 'Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen' vorgestellt, in welchem in der Folgezeit einige Projekte gefördert wurden (BMA 1987, BMA 1990). Dennoch war mit dem Symposium der Höhepunkt der Diskussion erreicht; in den 80er Jahren nahm das Interesse am Thema 'soziale Schicht und Krankheit' erheblich ab.

In jüngerer Zeit ist jedoch eine Wiederbelebung zu beobachten. So hatte die gemeinsame Jahrestagung der beiden Sektionen Sozialpolitik und Medizinsoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Mai 1989 'Strukturen und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung' zum Thema (Buhr et al. 1989 und 1990). In dem Endbericht der Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Wichtigkeit von schichtenspezifischen Analysen ausdrücklich hervorgehoben (Enquete-Kommission 1990). Auch der vorliegende Argument-Band könnte dazu beitragen, daß in den 90er Jahren Frage der Schichtenabhängigkeit von Krankheit und Krankheitsversorgung wieder stärker in den Mittelpunkt rücken.

Stand der empirischen Forschung

Eine Übersicht über den empirischen und theoretischen Forschungsstand zum Thema 'soziale Schicht und Krankheit' in der Bundesrepublik ist bereits in einigen Publikationen vorhanden (Braun & Reiners 1986, Enquete-Kommission 1990, Gerhardt & Kirchgässler 1986, Hauß et al. 1981, Kirchgässler 1990, Lüschen et al. 1989, Mielck 1991a, Oppolzer 1986, Siegrist 1989, Weber 1987). Eine relativ vollständige und systematische Auflistung der empirischen Arbeiten fehlt jedoch bisher. Im folgenden wird versucht, mit Hilfe der Variablen Schulbildung, Beruf und Einkommen einerseits und Mortalität, Morbidität, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Gesundheitsrisiken andererseits eine derartige Liste zu erstellen. Diese Liste soll nicht zuletzt dem Ziel dienen, anderen Forschergruppen die Einarbeitung zu erleichtern.

Eine systematische Übersicht der empirischen Untersuchungen aus der BRD zeigt die Tabelle 1 (s.u.). Die Kreuze in Tabelle 1 symbolisieren die empirischen Zusammenhänge, die in den Arbeiten untersucht werden. Das Kreuz in der ersten Zeile besagt, daß z.B. in der Studie von Abholz (1974) empirische Angaben zu Mortalitätsunterschieden nach 'Stellung im Beruf' enthalten sind. Wenn vergleichbare Auswertungen der gleichen Studie vorliegen, wurde die jüngere Publikation ausgewählt. Wenn Morbidität oder Gesundheitsrisiken im Laufe eines Arztkontakts festgestellt werden, sind die Grenzen zwischen diesen Rubriken und der Inanspruchnahme fließend. In diesem Fall wird die Studien bei Morbidität oder Gesundheitsrisiken eingeordnet, da hier unter Inanspruchnahme vor allem die Anzahl von Arztkontakte, Verordnungen und Vorsorgeuntersuchungen verstanden wird.

Einige ausgewählte Ergebnisse sollen den empirischen Forschungsstand exemplarisch verdeutlichen. Neumann und Liedermann (1981) analysierten die Todesfälle von deutschen Männern zwischen 30 und 70 Jahren in Stuttgart aus dem Jahr 1976; in allen Altersgruppen war die Gesamtmortalität in den unteren sozialen Schicht am höchsten und in den oberen sozialen Schicht am niedrigsten. In der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre wurden z.B. pro 100.000 Personen der gleichen Altersgruppe bei einfachen Beamten/Angestellten und angelernten Arbeitern 152 Todesfälle und bei leitenden Beamten/Angestellten und freien Akademikern nur 78 Todesfälle beobachtet (in der Altersgruppe 65 bis 70 Jahren waren es z.B. entsprechend 4.163 und 2.719 Todesfälle). In mehreren Studien wurden die Stadtbezirke von West-Berlin miteinander verglichen in bezug auf Mortalitätsdaten aus den Jahren 1969 bis 1976 und Tuberkulose-Inzidenzdaten aus den Jahren 1971 bis 1973 (Abholz 1973, Abholz 1974, Abholz 1976c, Borgers 1980). Die Ergebnisse zeigen, daß die Stadtbezirke mit einem hohen Arbeiteranteil (Kreuzberg, Wedding, Tiergarten, Neukölln) überdurchschnittlich hohe Werte bei der Säuglingssterblichkeit, bei Todesfällen durch Herzkreislaufkrankheiten und Krankheiten der Atmungsorgane und bei der Tuberkulose-Inzidenz aufweisen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Keil und Backsmann (1975), indem sie die Stadtgebiete in Hannover nach dem Anteil der Personen mit Volksschulabschluß als dem höchsten Schulabschluß unterscheiden: In den Stadtgebieten mit geringem Bildungsniveau war die Mortalität überdurchschnittlich hoch.

In einer Auswertung der Daten des nationalen Gesundheitssurveys konnte gezeigt werden, daß mit abnehmender sozialer Schicht (Index

aus Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen nach Scheuch (1970] der eigene subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand sowohl bei Männern als auch bei Frauen schlechter wird; so gaben z.B. in der Oberschicht ca. 55 % und in der Unterschicht ca. 29 % an, mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden zu sein (Enquete-Kommission 1988). Auch bei einer Messung der sozialen Schicht mit Hilfe von Schulbildung oder beruflicher Stellung (z.B. Arbeiter, Angestellte) und bei einer Betrachtung von speziellen Krankheiten (z.B. Krankheiten des Kreislaufsystems oder der Verdauungsorgane, Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe) zeigt sich der Zusammenhang von zunehmender subjektiver Morbidität mit abnehmender sozialer Schicht (Hoeltz et al. 1990). Andere Auswertungen ergeben, daß auch die Gesundheitsrisiken eine vergleichbare Verteilung aufweisen: In der unteren sozialen Schicht sind Rauchen, Hypercholesterinämie, Übergewicht und Bluthochdruck zumeist mehr verbreitet als in der oberen sozialen Schicht (Enquete-Kommission 1988, Helmert et al. 1989, Hoeltz et al. 1990).

Auch bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zeigen sich ähnliche Unterschiede nach sozialer Schicht. Mit den Daten der AOK Lindau aus dem Jahr 1975 konnte gezeigt werden, daß ungelernte Arbeiter eher Allgemeinärzte und Facharbeiter eher Fachärzte aufsuchen (Grünauer et al. 1979). Mit den Daten des Nationalen Gesundheitssurveys wurde ein ähnliches Ergebnis gefunden: Die Anzahl der Besuche bei Fachärzten nimmt mit abnehmender Schulbildung ebenfalls ab; in den letzten 4 Wochen gingen z.B. 22,2 % der Frauen mit Abitur und 14,1 % der Frauen mit Volks- oder Hauptschulbildung zum Frauenarzt (Hoeltz et al. 1990). Eine Befragung von 6.151 Wöchnerinnen Mitte der 70er Jahre in Erlangen ergab, daß Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt mit abnehmender sozialer Schicht seltener wahrgenommen werden. Entsprechend wurde die Meinung, daß während der Schwangerschaft ein Arztbesuch nur bei Beschwerden notwendig sei, von Frauen mit Volksschulbildung erheblich häufiger vertreten als von Frauen mit höherer Schulbildung (Pauli 1978). Collatz et al. (1979) befragten Eltern von allen Kindern, die im Stadtgebiet von Düsseldorf im ersten Quartal 1976 ein Jahr alt wurden; die Teilnahme an dem Krankheits-Früherkennungsprogramm für Kinder (U 1 bis U 8) war in der untersten sozialen Schicht am geringsten; so betrug z.B. die Teilnahme bei U3 (3. bis 6. Lebenswoche) 84,9 % in der Oberschicht und 45,2 % in der unteren Unterschicht.

Die ausgewählten Ergebnisse und die Vielzahl der aufgeführten

Studien in Tabelle 1 können zu dem Schluß verleiten, daß der empirische Forschungsstand in der Bundesrepublik sehr gut ist und ein eindeutiges Bild der Schichtenabhängigkeit vermittelt. Beides ist jedoch falsch. So sind auch durchaus widersprüchliche Ergebnisse vorhanden. Die Auswertungen der Daten des Nationalen Gesundheitssurveys haben beispielsweise ergeben, daß die subjektive Morbidität mit schlechterer Schulbildung zunehmen (z.B. bei Krankheiten des Kreislaufsystems) oder gleichbleiben kann (z.B. bei Krankheiten der Atmungsorgane). In einer Analyse der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen mit Daten einer repräsentativen bundesweiten Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 1987 wurde festgestellt, daß bei Männern und nicht-berufstätigen Frauen die Teilnahme mit schlechterer Schulbildung eher zunimmt und bei berufstätigen Frauen eher abnimmt (Mielck & Brenner 1991).

Die Aussagefähigkeit der Ergebnisse wird auch durch konzeptionelle und methodische Probleme eingeschränkt. Viele Studien umfassen nur sehr wenige Personen und beziehen sich nur auf einen Zeitpunkt in einer kleinen Region. Validität und Reliabilität der ausgewählten Variablen werden nur in Ausnahmefällen kritisch diskutiert. Zum Teil sind die Studien schon relativ alt; neuere vergleichbare Studien, die eine Analyse der zeitlichen Veränderung von Unterschieden nach sozialen Schichten ermöglichen würden, sind kaum vorhanden. Einige Studien vergleichen Regionen miteinander (z.B. Abholz 1973, Abholz 1974, Abholz 1976c, Borgers 1980, Brenner et al. 1991, Keil & Backsmann 1975), diese ökologischen Studien erlauben keinen direkten Schluß auf Unterschiede zwischen Personen. In anderen Studien (z.B. Becker & Linke 1987, Linke 1984) fehlt die Kontrolle der Altersverteilung; da nicht nur die Mortalität altersabhängig ist, sondern auch die Altersstruktur in verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich sein kann, sind diese Ergebnisse kaum zu interpretieren. Allgemein lassen sich nur wenige empirische Analysen finden, in denen mögliche Confounder diskutiert und die Auswahl der in die Analyse aufgenommenen Confounder begründet werden. Viele Studien sind rein deskriptiv und beinhalten keine multivariaten Auswertungen. Dies bedeutet auch, daß Hypothesen über mögliche Ursachen von schichtenabhängigen Unterschieden nicht in multivariaten Modellen getestet werden. Zudem fehlt eine Diskussion von möglichen Verzerrungen (biases), wie z.B., ob bei Befragungen das Antwortverhalten von der sozialen Schicht abhängig sein kann.

Ein weiteres Problem wird durch die in vielen Studien getroffene

Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten deutlich, so z.B. auch bei der Analyse der Frührenten (u.a. Enquete-Kommission 1990, Oppolzer 1986). Da sich die Trennschärfe diese Eingruppierung heute zunehmend verwischt, bleibt unklar, welche Arbeitsverhältnisse mit diesen Begriffen erfaßt werden. Allgemein fällt auf, daß die Wahl einer bestimmten Operationalisierung von 'sozialer Schicht' selten inhaltlich begründet und mit anderen möglichen verglichen wird. Auch der unterschiedliche Aussagegehalt der verschiedenen Operationalisierungen (Einkommen, Schulbildung, Beruf, Index) wird nicht diskutiert.

Diese Mängel und Probleme dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die empirischen Studien auf eine erhebliche Ungleichverteilung von Mortalität, Morbidität, Inanspruchnahme und Gesundheitsrisiken zu Lasten der unteren sozialen Schichten hinweisen. Notwendig sind jedoch mehr 'methodisch saubere' empirische Untersuchungen, in denen potentielle Confounder und 'effect modifier' (d.h. Variablen die Unterschiede erklären oder in deren Ausprägungen die Unterschiede verschieden groß sind) einbezogen werden. Das Ausmaß von schichtenspezifischen Unterschieden kann abhängen von Merkmalen wie Geschlecht, Alter und Wohnort. Relevant für den Gesundheitszustand ist nicht die soziale Schicht per se, es sind die mit der sozialen Schicht einhergehenden Lebensbedingungen (z.B. Arbeits- und Wohnbedingungen, Freizeit- und Ernährungsverhalten) und die Kontakte mit dem gesundheitlichen Versorgungssystems. Diese vielfältigen Zusammenhänge müssen in deskriptiven und multivariaten empirischen Studien erforscht werden, um praktikable Interventionsvorschläge zur Verringerung der Ungleichheiten entwickeln zu können.

Stand der theoretischen Forschung

Die Mängel in der empirischen Forschung korrespondieren mit dem bisher ungenügenden theoretischen Forschungsstand. Die theoretische Diskussion konzentriert sich auf Fragen der Verwendbarkeit und der Operationalisierung des Schichtbegriffs, des Konflikts zwischen Verhalten- und Verhältnisprävention, der Belastungen und Handlungsspielräume am Arbeitsplatz, des Arzt-Patient-Verhältnisses, und auf den Konflikt zwischen dem Risikofaktoren- und dem Lebensweisen-Konzept (Brucks et al. 1987, Enquete-Kommission 1990, Jahn 1981, Kirchberger 1981, Maschewsky 1984, Scharf 1978, Siegrist 1990).

Ohne die Diskussion im Einzelnen darstellen zu können, sollen hier lediglich einige zentrale Positionen kurz beschrieben werden. Die Bedeutung der Arbeitswelt für die Entstehung von Krankheitsunterschieden zwischen sozialen Schichten wird z.B. von B. Scharf betont (Scharf 1978). In seinem Überblick über den Forschungsstand formuliert er mehrere Thesen, die wie folgt zusammengefaßt werden können: (1) Für abhängig Beschäftige, vor allem für Arbeiter, und ihre Familien existieren aufgrund ihrer »restriktiven Lebenslage bzw. Arbeits- und außerbetrieblichen Lebensverhältnisse nach wie vor eklatante Gesundheitsrisiken und -defiziten sowie gesundheitliche Versorgungsdefizite«. (2) Besonders extrem sind die Gesundheitsbelastungen z.B. für »Schwer- und Schwerstarbeiter, jugendliche und weibliche Un- und Angelernte, dequalifizierte Facharbeiter und mittlere Angestellte, ältere Arbeitnehmer, Langfrist-Arbeitslose«. (3) »Die Möglichkeiten der Reproduktion der verschlissenen Arbeitskraft« werden durch die Arbeitsbedingungen begrenzt, so daß sich »gerade für die Arbeiterschichten kumulativ wachsende Gesundheitsrisiken und -defizite« ergeben. (4) »Die restriktive Lebenslage und die Ungleichheit der Gesundheitschancen erhalten sich in der Regel über den gesamten Lebenslauf des Betroffenen und werden von der Eltern- auf die Kindergeneration weitergegeben«.

Die Vorteile des Lebensweisen- gegenüber dem Risikofaktoren-Konzept lassen sich wie folgt zusammenfassen: Das Risikofaktoren-Modell konzentriert sich auf die verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken wie z.B. Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum und Bewegungsmangel. Implizit ist die Auffassung enthalten, daß ein schlechter Gesundheitszustand häufig selber verschuldet ist, und daß durch Aufklärung das gesundheitsgefährdende Verhalten korrigiert werden kann; damit steht dieses Konzept dem Ansatz der Verhaltensprävention nahe. Demgegenüber vertritt das Lebensweisen-Konzept die Position, daß gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen auch aus den Lebensbedingungen resultieren und daß daher durch Aufklärung allein nur wenig erreicht werden kann; damit steht dieses Konzept dem Ansatz der Verhältnisprävention nahe (Enquete-Kommission 1990, Maschewsky 1984, Scharf 1978).

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß eine umfassende Theorie zur Erklärung von schichtenabhängiger Mortalität und Morbidität zumindest im deutschsprachigen Raum bisher noch nicht vorhanden ist. Viele Erklärungsansätze bestehen überwiegend aus Hypothesen, die bisher kaum operationalisiert und empirisch überprüft werden

konnten. Als relativ gesichert kann jedoch gelten, daß belastende und restriktive Arbeitsbedingungen eine Gesundheitsgefährdung vor allem bei Arbeitern (und hier wiederum vor allem bei an- und ungelernten Arbeitern) darstellen (Friczewski 1988, Hradil 1987, Oppolzer 1986, Scharf 1978, Siegrist et al. 1990). Unklar ist jedoch, wie wichtig Arbeitsbedingungen zur Erklärung von schichtenabhängigen Unterschieden sind, und wie groß der Einfluß von anderen potentiellen Ursachen ist.

Forschungsbedarf

Zur Behebung der empirischen und theoretischen Mängel bedarf es einer Neuorientierung und besseren Kooperation von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen; gefordert sind vor allem Soziologie, medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Epidemiologie. Die Erforschung von sozialen Ungleichheiten ist auch in der Bundesrepublik eine Domäne der Soziologie (Bader & Benschop 1989, Berger & Hradil 1990, Bolte & Hradil 1988, Franz et al. 1986, Geißler 1987, Giesen & Haferkamp 1987); Unterschiede von Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach sozialer Schicht wurden jedoch bisher kaum diskutiert. Die medizinische Soziologie widmet sich dem Grenzbereich zwischen Soziologie und Medizin. »Ziel dieser Analysen ist ein besseres Verständnis der sozialen Einflüsse auf die Erhaltung der Gesundheit, auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten sowie ein besseres Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Maßnahmen und ihrer Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft« (Siegrist 1988, S. 1).

Auch die Sozialmedizin arbeitet in dem Grenzbereich zwischen Soziologie und Medizin, betont dabei aber mehr die medizinischen Aspekte (Blohmke et al. 1976, Schäfer & Blohmke 1978). Die Analyse von schichtenabhängigen Unterschieden wurde hier jedoch genauso vernachlässigt wie bei der medizinischen Soziologie. M. Pflanz schreibt in der Einleitung der Neuauflage des Werkes von Mosse und Tugendreich im Jahr 1981: »Wir sollten unsere heutige Sozialmedizin daraufhin analysieren, was sie eigentlich besser macht als die sozialhygienischen Väter vor drei Generationen. Dann stellten wir fest, daß unsere heutige Sozialmedizin, wiederentstanden lange Jahre nach dem 2. Weltkrieg, noch längst nicht wieder den Stand des Wissens und vor allem des Ansetzens an soziale Probleme erreicht hat, der damals selbstverständlich war« (Mosse & Tugendreich 1981).

Die Epidemiologie, deren Etablierung in der Bundesrepublik erst in den letzen Jahren begann, konzentriert sich auf Methodik, Durchführung und Analyse von empirischen Studien im Gesundheitsbereich. Obwohl die Erforschung von schichtenabhängigen Unterschieden dem Arbeitsbereich von allen vier Disziplinen zugeordnet werden kann, haben sie sich dieser Aufgabe bisher kaum zugewandt. Notwendig erscheint eine Kooperation dieser Disziplinen: Soziologie könnte sich dabei gemeinsam mit der medizinischen Soziologie auf die theoretischen, Sozialmedizin auf die medizinischen und Epidemiologie auf die methodischen Fragen konzentrieren. Die bloße Einbeziehung von Variablen wie Schulbildung in deskriptive Statistiken ist nicht ausreichend. Erforderlich sind Untersuchungen, in denen theoretisch fundierte Hypothesen über Ausmaß und Ursachen von schichtenabhängigen Unterschieden mit Hilfe von multivariaten empirischen Methoden analysiert werden. Dabei sollten keine 'Weltmodelle' überprüft werden, sondern einige spezielle Hypothesen, die Aussagen über die relative Wichtigkeit von verschiedenen potentiellen Ursachen erlauben. Eine derartige 'Sozialepidemiologie' ist notwendig, um wissenschaftlich begründbare Interventionsvorschlägen zur Verringerung von Ungleichheiten entwickeln zu können.

Es wäre selbstverständlich falsch, die bisherigen Mängel nur der Wissenschaft anzulasten. Auch die politischen Entscheidungsträger müssen sich fragen lassen, warum sie diese Forschungsrichtung in der Vergangenheit nicht stärker gefördert haben. Daher soll am Ende dieses Beitrags die Forderung stehen, daß sozialepidemiologische Studien bei der Verteilung der Forschungsgelder in Zukunft stärker berücksichtigt werden.

Korrespondenzanschrift:
Dr. A. Mielck
GSF-medis, Ingolstädter Landstr. 1, W-8042 Neuherberg

Literaturverzeichnis

Abholz, Heinz H., 1973: Einige Daten zur Beziehung von Tuberkulosehäufigkeit und sozialer Lage – Am Beispiel Westberlin. In: Das Argument 78, 52-55

Abholz, Heinz H., 1974: Gesundheitsstand und soziale Lage. Daten aus Westberlin. In: Argumente Sonderband 4, 206-230

Abholz, Heinz H. (Hg.), 1976a: Krankheit und soziale Lage – Befunde der Sozialepidemiologie. Campus Verlag, Frankfurt/New York

Abholz, Heinz H., 1976b: Einleitung des Herausgebers: Fragestellung und Methode der Sozialepidemiologie. In: Abholz (Hg.), a.a.O. 1976a, 7-18

Abholz, Heinz H., 1976c: Sozialepidemiologische Befunde anhand der Westberliner Statistik. In: Abholz (Hg.), a.a.O. 1976a, 171-186

Albrecht-Richter, Jutta, und Wilhelm Thiele, 1984: Prävention bei Schwangeren und Säuglingen – Analyse des Zusammenhangs von Inanspruchnahme und sozialer Lage mit GKV-Daten. Bd. 12 der Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, TU Berlin

Angermeyer, Matthias C. (ed.), 1987: From Social Class to Social Stress. New Developments in Psychiatric Epidemiology. Springer Verlag, Berlin

Asam, W, und KD Henke, 1982: Verfahren zur Umbasierung individuumsbezogener in haushaltsbezogene Nutzungsdaten. Empirische Verteilungsanalyse und Modellrechnungen für den Realtransferbereich Gesundheit. Schriften zum Bericht der Transfer-Enquete-Kommission 'Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland', Band 3-Teilband 3, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Bader, Veit M., und Albert Benschop (Hg.), 1989: Ungleichheiten. Protheorie sozialer Ungleichheit und kollektiven Handelns. Leske & Budrich, Opladen

Badura, Bernhard, et al., 1987: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Springer Verlag, Berlin

Becker, Bernd, und Wilfried Linke, 1987: Socio-economic differential mortality of employes subject to social security and mortality by causes of death and social class. Vortrag auf der European Population Conference 1987, Jyväskylä (Finland), June 11-16 1987 (zitiert nach: Ritz, Hans-Günther, a.a.O.

Berger, Peter A., und Stefan Hradil (Hg.), 1990: Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Soziale Welt Sonderband 7. Verlag Otto Schwartz & Co., Göttingen

Blohmke, Maria, et al., 1975: Soziale Faktoren und Krankheit bei Arbeitnehmern. Eine epidemiologische Studie. In: Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin Band 53, Gentner Verlag, Stuttgart

Blohmke, Maria, et al. (Hg.), 1976: Handbuch der Sozialmedizin (in drei Bänden). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (Hg.), 1987: Lebenslage und gesundheitliche Versorgung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Band 155, Bonn

BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (Hg.), 1990: Gesundheitliche Versorgung: Inanspruchnahme und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Band 201, Bonn

Bolm-Audorff, Ulrich, und Johannes Siegrist, 1983: Occupational morbidity data and myocardial infarction. A case-reference study in West Germany. In: J. occ. med. 25, 367-371

Bolte, Karl M., und Stefan Hradil, 1988: Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland. Leske & Budrich, Opladen

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

Borgers, Dieter, und Renate Menzel, 1984: Wer raucht am meisten? Eine Analyse des Zigarettenkonsums in der Bundesrepublik Deutschland nach Berufen – Anhaltspunkte für präventive Strategien. In: Münch. med. Wschr. 126, 1092-96

Borowski, Barbara, und Klaus Preiser, 1990: Kontinuität der Bluthochdruck-Behandlung und ihre Bedingungen bei unterschiedlichen beruflichen Statusgruppen. In: BMA (Hg.), a.a.O., 187-198

Braun, Bernhard, und Hartmut Reiners, 1986: Ungleiche Verteilung gesundheitlicher Risiken und Chancen. In: Franz et al., a.a.O., 151-169

Brennecke, Ralph, 1981: Einkommensarmut und Gesundheit sowie Gesundheitsversorgung. In: Hauser, Richard, Helga Cremer-Schäfer, und Udo Nouvertné (Hg.): Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und sozialpolitische Perspektiven. Campus Verlag, Frankfurt/M., 150-166

Brennecke, Ralph, 1985: Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Januar 1981. In: Hauser, Richard, und Bernhard Engel (Hg.): Soziale Sicherung und Einkommensverteilung. Empirische Analysen für die Bundesrepublik Deutschland. Campus Verlag, Frankfurt/M., 289-353

Brenner, Hermann, Andreas Mielck, und Roland Klein, 1991: The role of socioeconomic factors in survival of patients with colorectal cancer in Saarland/W-Germany. In: J. Clin. Epid. 1991 (im Druck)

Brucks, Ursula, Erdmann v. Salisch, und Wulf-Bodo Wahl, 1987: Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten. In: BMA (Hg.), a.a.O., 155-179

Buhr, Petra, et al. (Hg.), 1989 und 1990: Strukturen und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Sozialreform 1989 (Heft 11/12) und 1990 (Heft 3/4)

Bundesregierung, 1973: Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der Krankenkassen sowie den zusätzlich von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen als Vorsorgehilfe. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/454, Bonn

Collatz, Jürgen, P. Malzahn, und E. Schmidt, 1979: Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppe? In: Öff. Gesundh.-Wesen 41(4): 173-190

Collatz, Jürgen, et al., 1983: Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen. Verlag Urban und Schwarzenberg, München

Cooper, B., und U. Sosna, 1983: Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. In: Nervenarzt 54, 239-249

Dilling, Horst, und Siegfried Weyerer, 1987: Social Class and Mental Disorders: Results from the Upper Bavarian Studies. In: Angermeyer (Hg.), a.a.O., 46-63

Enquete-Kommission, 1988: 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung', Zwischenbericht, Drucksache 11/3267, Bonn

Enquete-Kommission, 1990: 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung', Endbericht, Drucksache 11/6380, Bonn

Franz, Hans-Werner, Wilfried Kruse, und Hans-Günter Rolff (Hg.), 1986: Neue alte Ungleichheiten. Berichte zur sozialen Lage in der Bundesrepublik. Westdeutscher Verlag, Opladen

Friczewski, Franz, 1988: Sozialökologie des Herzinfarkts. Untersuchungen zur Pathologie industrieller Arbeit. Sigma-Verlag Rainer Bohn, Berlin

Garbe, Claus, 1990: Schichtspezifische Arztwahl und Unterschiede in der medizinischen Behandlung am Beispiel der Psoriasis. In: BMA (Hg.), a.a.O., 173-186

Garrett-Bleek, N., B. Hamacher, und K. Preiser K, 1976: Arbeit und Gesundheit. Analyse einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung. In: Abholz (Hg.), a.a.O., 132-159

Geißler, Rainer, (Hg.), 1987: Soziale Schichtung und Lebenschancen in der Bundesrepublik. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Gerhardt, Uta, und K.U. Kirchgässler, 1986: The Federal Republic of Germany. In: Illsley, R., and P.-G. Svensson: The health burden of social inequities. Country profiles from 20 member states of the European region of the World Health Organisation. Copenhagen. World Health Organisation Regional Office for Europe, 49-60

Giesen, Bernhard, und Hans Haferkamp (Hg.), 1987: Soziologie der sozialen Ungleichheit. Westdeutscher Verlag, Opladen

Grünauer, Fritz, et al., 1979: Untersuchungen zur Schichtenspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der sozialen Krankenversicherung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 21, Bonn

Härtel, Ursula, 1985: Soziale Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens. Ergebnisse und Folgerungen aus der Münchner Blutdruckstudie. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz

Härtel, Ursula, und Ulrich Keil, 1986: Psychosoziale Faktoren und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Laufende Studien und erste Ergebnisse im MONICA-Projekt Augsburg der WHO. In: Fortschr. Med. 104: 943-947

Härtel, Ursula, Jutta Stieber, und Ulrich Keil, 1988: Social Relations and Smoking Behavior: Results from the First MONICA Survey Augsburg. In: Sozial- und Präventivmedizin 33: 27-31

Härtel, Ursula, and L. Chambless, 1989: Occupational position and type A behavior: results from the first MONICA survey, Augsburg FRG. In: Soc. Sci. Med. 29(12): 1367-1372

Hauß, Friedrich, Frieder Naschold, und Rolf Rosenbrock, 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 55, Bonn

Helmert, Uwe, und Eberhard Greiser, 1988: Soziale Schicht und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten – Resultate der regionalen DHP-Gesundheitssurveys. In: Sozial- und Präventivmedizin 33: 233-240

Helmert, Uwe, et al., 1989: Social Class and risk factors for coronary heart disease in the Federal Republic of Germany. Results of the baseline survey of the German Cardiovascular Prevention Study (GCP). In: Journal of Epidemiology and Community Health 43: 37-42

Henke, Klaus D., 1981: Zur Verteilungstheoretischen Analyse der Einnahmen und Ausgabenströme im Gesundheitswesen. In: Hauß et al., a.a.O., 311-320

Hoeltz, Jürgen, Cornelia Borman, und Ernst Schroeder, 1990: Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (2 Bände). Infratest Gesundheitsforschung (Eigenverlag), München

Hradil, Stefan, 1987: Soziale Schichtung und Arbeitssituation. In: Geißler (Hg.), a.a.O., 25-49

Infratest Gesundheitsforschung, 1983: Analyse der Bedingungen des Angebots und der Nachfrage nach Maßnahmen der sekundären Prävention im Bereich der bösartigen Neubildungen. Zusammenfassung der Ergebnisse, (Eigenverlag), München

Jahn, Erwin, 1981: Zur Verwendbarkeit des Schichtbegriffs in der Gesundheitsforschung. In: Hauß et al., a.a.O., 285-295

Keil, Ulrich, und Ellen Backsmann, 1975: Soziale Faktoren und Mortalität in einer Großstadt der BRD. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 10(1), 4-9

Kern, Klaus Dieter, 1989: Gesundheit und Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 1986. In: Wirtschaft und Statistik 2: 104-108

Kirchberger, Stefan, 1981: Zur theoretischen Adäquanz des Schichtkonzepts für die Untersuchung von Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen. In: Hauß et al., a.a.O., 296-302

Kirchgässler, K.-U., 1990: Health and social inequalities in the Federal Republic of Germany. In: Soc. Sci. Med. 31(3), 249-256

Kirschner, Wolf, 1981: Bemerkungen zur empirischen Überprüfung der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Leistungen am Beispiel der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hauß et al., a.a.O., 260-275

Klusmann, Dietrich, und Matthias C. Angermeyer, 1987: Urban ecology and psychiatric admission rates: Results from a study in the city of Hamburg. In: Angermeyer (ed.), a.a.O., 16-45

Krampitz, D., R. Fehr, und W. Kahlke, 1986: Einflußgrößen für Aspekte des Gesundheitsverhaltens. Ergebnisse einer Querschnittsstudie an Einwohnern Hamburgs. In: Öff. Gesundh.-Wes. 48, 112-115 (Teil I) und 201-204 (Teil II)

Lehr, Ursula, Reinhard Schmitz-Scherzer, und Ernst J. Zimmermann, 1987: Vergleiche von Überlebenden und Verstorbenen der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). In: Lehr, Ursula, und Hans Thomae (Hg.): Formen seelischen Alterns, Enke Verlag, Stuttgart, 228-249

Lemke, Peter, Freddy Pfirrmann, und Volker Schumann, 1987: Bewohnernahe Präventionsangebote durch Krankenkassen in Gemeinden und Stadtteilen. In: BMA (Hg.), a.a.O., 7-29

Linke, Wilfried, 1984: Sozio-ökonomische Unterschiede der Sterblichkeit: Methoden und Ergebnisse. In: Putz, Friedrich, und Karl Schwarz (Hg.): Neuere Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung. Selbstverlag der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft e.V., Wiesbaden, 145-164

Lüschen, Günther, William C. Cockerham, und Gerhard Kunz G (eds.), 1989: Health and Illness in America and Germany. Gesundheit und Krankheit in der BRD und den USA. R. Oldenbourg Verlag, München

Maschewsky, Werner, 1984: Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung. In: Argument-Sonderband AS 119: 21-42

Mielck, Andreas, 1985: Kind – Gesundheit – Stadt. Gesundheitliche Belastungen des Kindes durch die städtische Umwelt – am Beispiel Hamburg, Verlag Peter Lang, Frankfurt/M

Mielck, Andreas, 1991a: Gesundheitsberichterstattung zur schichtspezifischen Morbidität und Mortalität in der Bundesrepublik. Gesundheitsberichterstattung und Public Health (Proceedings der 26. Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGSMP), Springer Verlag, Berlin (im Druck)

Mielck, Andreas, 1991b: Schichtzugehörigkeit und HIV/AIDS. In: Ermann, Michael, und Bruno Waldvogel (Hg.): HIV-Infizierte und ihr Umfeld. Ergebnisse aus psychosozialer Forschung und Praxis, Springer Verlag, Berlin (im Druck)

Mielck, Andreas, und Hermann Brenner, 1991: Schulbildung und Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozial- und Präventivmedizin (im Druck)

Möhlmann, Harald, und Pia Zollmann, 1988: Gesundheitslage und -versorgung. In: Krupp, Hans-Jürgen, und Jürgen Schupp (Hg.): Lebenslagen im Wandel: Daten 1987, Campus Verlag, Frankfurt, 203-230

Mosse, Max, und Gustav Tugendreich (Hg.), 1981: Krankheit und soziale Lage. Berlin 1913. Ungekürzte Neuausgabe (herausgegeben von Jürgen Cromm), WiSo-Med Verlag, Göttingen

Neumann, G., und A. Liedermann, 1981: Mortalität und Sozialschicht. In: Bundesgesundheitsblatt 24(11), 173-181

Oppolzer, Alfred, 1986: Wenn Du arm bist, muß Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. VSA-Verlag, Hamburg

Pauli, Herbert K, 1978: Die Bedeutung sozialer Faktoren für Gesundheits- und Vorsorgeverhalten der Frau. In: Hamburger Ärzteblatt 32: 99-108

Petri, Horst, 1979: Soziale Schicht und psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoek und Rupprecht, Göttingen

Pfaff, Anita B., et al., 1990: Verteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Vertikale Umverteilung ... In: BMA (Hg.), a.a.O., 11-87

Ritz, Hans-Günther, 1989: Soziale Ungleichheit vor Tod in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsschwerpunkt Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik der Universität Bremen, Eigenverlag, Bremen

Rütten, Alfred, 1989: Statuskristallisation und psychischer Streß. In: Lüschen et al. (eds.), a.a.O., 97-104

Schaefer, Hans, und Maria Blohmke, 1978: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Schardt, Thomas, 1986: Arbeiterleben und gesundheitliche Versorgung. Zur Theorie und Praxis sozialer Ungleichheit in der Bundesrepublik. Springer Verlag, Berlin

Scharf, Bodo, 1978: Die Ungleichheit der Gesundheitschancen im Sozialstaat. Überlegungen zur Schichtspezifität von Gesundheitsrisiken und Versorgungsdisparitäten im Gesundheitswesen. In: WSI-Mitteilungen 31(5), 252-261

Schepers, Josef, und Gert Wagner, 1989: Soziale Differenzen der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland – Neue empirische Analysen – In: Zeitschrift für Sozialreform 35(11/12), 670-682

Scheuch, Erwin K., 1970: Sozialprestige und soziale Schichtung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 5: 62-103

Schlange, Hildburg, et al., 1975: Frühkindliche Hirnschädigung und soziale Klasse. In: Monatsschrift der Kinderheilkunde 123: 72-76

Selbmann, Hans-Konrad, et al., 1977: Münchner Perinatal-Studie 1975. Deutscher Ärzteverlag, Köln-Lövenich

Siegrist, Johannes, und Hans Bertram, 1970: Schichtspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens. In: Soz. Welt, 206-218

Siegrist, Johannes, et al., 1982: The social context of active distress in patients with early myocardial infarction. In: Soc. Sci. Med. 16: 443-453

Siegrist, Johannes, 1984: Threat to social status and cardiovascular risk. In: Psychotherapy and Psychosomatics 42: 90-96

Siegrist, Johannes, 1988: Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

Siegrist, Johannes, 1989: Steps towards explaining social differentials in morbidity: the case of West Germany. In: Fox, John (ed): Health Inequalities in European countries. Gower Publ., London, 353-371

Siegrist, Johannes, et. al., 1990: Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. In: Soc. Sci. Med. 31(10), 1127-1134

Statistisches Bundesamt (Hg.), 1963: Beruf und Todesursachen. Ergebnisse einer Sonderauszählung 1955. Sonderbeitrag in der Fachserie A (Bevölkerung und Kultur), Reihe 7 (Gesundheitswesen), Verlag Kohlhammer, Stuttgart

Thiele, Wilhelm, 1981: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Literaturüberblick. In: Hauß et al., a.a.O., 133-175

Trotnow, S., und HK Pauli, 1976: Gibt es soziale Unterschiede zwischen Frauen mit bösartigen und Frauen mit gutartigen Brusttumoren? In: Abholz (Hg.), a.a.O., 187-191

Weber, Ingbert, 1987: Soziale Schichtung und Gesundheit. In: Geißler (Hg.), a.a.O., 162-182

Weyerer, Siegfried, und Horst Dilling, 1987: Employment and Mental Health. Results from the Upper Bavarian Field Study. In: Angermeyer (ed.), a.a.O., 247-263

Tabelle 1: Empirische Studien aus der Bundesrepublik (alte Länder)

		Soziale Schicht			
		Sch[1]	Ber[2]	Ein[3]	Ind[4]
Mortalität	Abholz 1974		X		
	Becker & Linke 1987		X		
	Borgers 1980		X		
	Brenner et al. 1991				X
	Collatz et al. 1983	X	X		
	Keil & Backsmann 1975	X			
	Lehr et al. 1987	X		X	
	Linke 1984		X		
	Neumann & Liedermann 1981		X		
	Ritz 1989		X		
	Schepers & Wagner 1989	X	X		
	Statistisches Bundesamt 1963		X		

		Soziale Schicht			
		Sch[1]	Ber[2]	Ein[3]	Ind[4]
Morbidität	Abholz 1973		X		
	Abholz 1974		X		
	Badura 1987		X		
	Blohmke et al. 1975		X		
	Bolm-Audorff & Siegrist 1983		X		
	Borowski & Preiser 1990		X		
	Brennecke 1981			X	
	Cooper & Sosna 1983				X
	Dilling & Weyerer 1987		X		
	Enquete-Kommission 1988				X
	Garbe 1990		X		
	Garrett-Bleek et al. 1976		X		
	Grünauer et al. 1979		X		
	Hoeltz et al. 1990	X	X		
	Kern 1989		X		
	Mielck 1985		X		
	Mielck 1991a	X			
	Möhlmann & Zollmann 1988		X		
	Pauli 1978				X
	Petri 1979		X		
	Pfaff et al. 1990	X	X	X	
	Schlange et al. 1975		X		
	Selbmann et al. 1977		X		
	Siegrist 1984		X		
	Trotnow & Pauli 1976				X
	Weyerer & Dilling 1987		X		
Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	Albrecht-R. & Thiele 1984		X		
	Asam & Henke 1982		X	X	
	Borowski & Preiser 1990		X		
	Brennecke 1981			X	
	Brennecke 1985		X		
	Bundesregierung 1973		X		
	Collatz et al. 1979	X			X

Gesundheitsrisiken										Soziale Schicht			
										Sch[1]	Ber[2]	Ein[3]	Ind[4]
									Collatz et al. 1983	X	X		
									Garbe 1990		X		
									Grünauer et al. 1979		X		
									Härtel 1985	X	X		
									Henke 1981		X	X	
									Hoeltz et al. 1990	X	X		
									Infratest 1983		X	X	
									Kirschner 1981	X	X	X	
									Klusmann & Angermeyer 1987		X	X	
									Lemke et al. 1987	X	X		
									Mielck 1991b	X			
									Mielck & Brenner 1991	X			
									Möhlmann & Zollmann 1988		X		
									Pauli 1978	X			X
									Pfaff et al. 1990	X	X	X	
									Schardt 1986		X		
									Siegrist & Bertram 1970		X		
									Thiele 1981		X	X	
A	B	C	D	E	F	G	H	I					
			X						Borgers & Menzel 1984		X		
	X	X	X	X			X	X	Enquete-Kommission 1988				X
X	X	X	X				X		Härtel & Keil 1986	X			
			X						Härtel et al. 1988	X			
						X			Härtel & Chambless 1989		X		
	X	X	X				X		Helmert & Greiser 1988				X
	X	X	X	X		X	X		Helmert et al. 1989				X
X			X	X			X	X	Hoeltz et al. 1990	X	X		
			X	X				X	Krampitz et al. 1986		X		
					X				Rütten 1989	X	X	X	
					X				Siegrist et al. 1982		X		
				X					Siegrist 1984		X		

A = Alkoholkonsum, B = Hypercholesterinämie, C = Hypertonie, D = Rauchen, E = sportliche Inaktivität, F = Stress, G = Typ A Verhalten, H = Übergewicht, I = ungesunde Ernährung

[1] Schulbildung (oder Index aus Schul- und beruflicher Bildung)
[2] Stellung im Beruf (z.B. Arbeiter, Angestellte)
[3] Einkommen
[4] Index (zumeist aus Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen nach Scheuch 1970)

Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider

Sozialepidemiologie in der DDR Probleme und Fakten

A. Einführung

Unbeschadet des Verlöschens ihrer physischen Existenz erscheint es dringender denn je, die DDR als Gegenstand der Analytik zu thematisieren. Was sie selbst nie vermochte, nämlich sich distanziert und kritisch wahrzunehmen, droht unter dem Druck politischer Denunziationen und einer existentiellen Krise, die – zumindest im Moment noch – sehr viel mehr eine psychologische denn eine materielle ist – erneut zu unterbleiben. Die Definitionsgewalt für das, was dieses Land war, liegt längst so selbstverständlich im Westteil Deutschlands, so weitgehend bei Massenmedien und parteipolitischen Interessen, daß neuerlich der Analyse kein Raum zu bleiben scheint. Wir wollen dennoch versuchen, über eine Facette der Geschichte der DDR zu schreiben.

Die Gesundheitsverhältnisse der Menschen sind ein Teil ihrer sozialen Realität und in den Erwartungen an die Gesundheit konzeptualisieren sich Entwürfe für das Leben. Das gilt für den einzelnen in seinen verschiedenen Altersphasen, für soziale Gruppen oder für ganze Gesellschaften – sicherlich nicht für Nationalitäten, was angesichts allgemeiner Deutschtaumelei und Überschriften wie »die Gesundheit der Nation« vielleicht angemerkt werden darf. Gesundheit ist folglich – eine Feststellung, die seit mindestens 100 Jahren trivial ist – ein empfindlicher Indikator für Veränderungen in den sozialen Wirklichkeiten bzw. für jene sozialen Prozesse, die diese Wirklichkeiten hervorgebracht haben. Das gilt auch in der Umkehrung: in der Konzeptualisierung von Gesundheit spiegeln sich die gesellschaftspolitischen Entwürfe der Zeit, in der Dynamik dieser Konzepte spiegelt sich die Struktur und die Dynamik der Wertorientierungen in einer Gesellschaft. Politiker wissen dies sehr genau, und die Reaktion der Politik auf eine soziale Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ist so gesehen immer auch ein Zugang zum Verständnis politischer Prozesse.

Sozialmedizin mischt sich – eben weil sie soziale Prozesse wahrnimmt – politisch ein. Dabei hat sie es regelmäßig schwer: mit der Politik und mit sich selbst.

Die Interpretation sozialepidemiologischer Befunde bereitet in der Regel theoretische Probleme, die häufig unzureichend bedacht werden. So gibt es z.B. keinerlei plausible Argumentation nach der die Gleich- oder Zufallsverteiltheit von Gesundheit und Krankheit der »natürliche Normalzustand« oder gar ein gesundheitspolitisches Ziel wäre. Sozialepidemiologie problematisiert die Differenziertheit von Gesundheitsverhältnissen nicht schlechthin, sondern tut dies unter dem speziellen Blickwinkel der sozialen Ungleichheit der Menschen. Die Definition sozialer Ungleichheit, nicht die von Unterschieden, wird so zum theoretischen Angelpunkt und praktischen Spannungsfeld der Sozialepidemiologie. Insofern sind deren Befunde auch nicht primär Indikatoren für eine imaginäre Volksgesundheit, sondern Indikatoren für soziale Strukturen und deren Dynamik. Hier ist nun unbedingt anzumerken, daß eine Bevölkerung, die per definitionem im wesentlichen aus den »Klassen der Arbeiter und Bauern« besteht, in ihrer sozialen Struktur schwerlich zu hinterfragen ist. Eine Lohnpolitik zum Beispiel, die sich daran orientiert, Einkommensunterschiede möglichst zu minimieren, bzw. einen wachsenden »Lohn«anteil über Subventionen zu realisieren, verhindert selbstverständlich auch, über das Merkmal »Einkommen« bestehende soziale Differenzierungen, etwa in den Bedürfnisstrukturen oder in der Lebensweise, indizieren zu können. Analoge Anmerkungen ließen sich zu anderen sozialen Indikatoren machen. Hieraus erklärt sich im übrigen, warum die Frage nach geeigneten Indikatoren für die Ermittlung sozialspezifischer Gesundheitsprobleme immer wieder neu gestellt wurde.

Die Typologie sozialepidemiologischer Fragen ist schnell benannt:

1. Für welche Schichten lassen sich welche Gesundheitsverhältnisse beschreiben?
2. Welche lebensumweltlichen Bedingungen erzeugen die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Menschen?
3. Welche Produktions- und Verteilungsgegebenheiten sowie politischen Bedingungen definieren die Verfügungsgewalt der Menschen über sich und über ihre Gesundheit?
4. Welche historischen und sozialen Umstände entscheiden über den sozialen Inhalt und den Stellenwert der Gesundheit im Gefüge der Gesamtheit sozialer Wertorientierungen?

Schon diese wenigen Fragen sind brisant genug. Sie orientieren zunächst darauf, daß jede Gesellschaft und jede Zeit gerade jene Gesundheitsverhältnisse hat, die sie sich leisten kann, aber auch

darauf, daß sich hinter jedem »Durchschnitt« eine Struktur verbirgt, wobei hinter gleichen Durchschnitten sehr unterschiedliche Strukturen, bzw. hinter unterschiedlichen Durchschnitten durchaus ähnliche Strukturen stehen können.

Sozialepidemiologie muß auf diesem Hintergrund unausweichlich zu der These kommen, daß Prävention sozialen Wandel verlangt. An der Bereitschaft sich auf diesen einzulassen, entscheidet sich auch die politische Haltung zur Sozialepidemiologie. Zumindest scheint es naheliegend, Prävention dadurch zu orientieren, daß soziale Unterschiede benannt und überwunden werden. Prävention heißt hier Verhältnisprävention und ist auf die Minimierung sozialer Ungleichheit aus. Das aber ist nur die halbe Wahrheit, denn Progress bedeutet immer und zugleich auch Differenzierung. Wir verfügen hier über keine andere Möglichkeit theoretischen Zugangs als die, daß gesundheitliche Fortschritte auch (qualitativ) neue soziale Differenzierungen bewirken. Diesem ständigen Wandel des Entstehens und Überwindens sozialer Unterschiede in den Gesundheitsverhältnissen, korrespondiert nichts anderes als der soziale Wandel selbst. Der nüchternen Beschreibung einer solchen Objektivität ist hinzuzusetzen, daß sie auch subjektiv wahrgenommen wird und über den »Umweg« sozialer Spannungen – nämlich über die Bewertung von Differenzierungen als Ungerechtigkeiten – Gegenstand politischer Programmatik wird. Wer, wie auch immer, soziale Spannungen und Interessen aus der Prävention ausblenden möchte, vermeidet die Chance zur Prävention. Hier öffnet sich der Zugang zu einer generellen Kritik der Präventionspolitik der DDR, dem wir an dieser Stelle jedoch nicht folgen werden. Gesundheitlicher Fortschritt bedeutet also immer auch, daß sich die gesundheitlichen Problemlagen verändern, auf die (zunächst) die Forschung mit veränderten Methoden und theoretischen Konzeptionen, dann aber auch die Gesundheits- und Sozialpolitik reagieren müssen. Nur wenn beides gegeben ist, kann in unserem Verständnis die Sozialepidemiologie eine lebendige und kreative Wissenschaft sein, ein Anspruch der immerhin weiter greift als möglichst vielfältige Untersuchungsroutinen zu erfinden und zu implementieren. Im Rahmen einer (DDR)geschichtlichen Bearbeitung der Sozialepidemiologie wird dies künftig noch näher auszuführen sein.

Was heißt/hieß das für die DDR? Der Impuls für sozialen Ausgleich hat nach dem Kriege fraglos für gesundheitliche Besserungen viel gebracht. Die Änderungen in den sozialen Strukturen und Bedürfnissen, auch in den gesundheitsbezogenen, wurden jedoch

zunehmend verdrängt, weil sozialer Wandel nicht mehr gewollt/gekonnt wurde, weil die Handlungsfähigkeit verloren ging: Stagnation wurde Ursache und Folge vieler sozialepidemiologisch beschreibbarer Problemlagen. Über die Gesundheit, vor allem via Medizininalstatistik, gab es mehr Informationen als in der BRD. Politisch schwierig war es aber immer, diejenigen zu benennen, über die diese Daten Auskunft gaben. Dies aber ist eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialepidemiologie: Sie informiert nicht primär über Gesundheit, sondern über die jeweils spezifischen gesundheitlichen Problemlagen von Menschen. Wenn in klinisch-epidemiologischen Sichtweisen der Mensch rasch auf eine Maßzahl für das Körpergewicht oder auf die Eigenschaft, Raucher zu sein, reduziert wird, will Sozialepidemiologie die Wirklichkeit dieses Menschen – und das heißt zwangsläufig seine soziale Wirklichkeit – abbilden. Also: Sozialepidemiologie ist dann leistungsfähig, wenn wir aus ihr – zumindest als Holzschnitt – Sozialgeschichte rekonstruieren können. Das gelingt für die DDR nicht. Es existieren nur Bruchstücke eines Mosaiks, wenn auch recht zahlreiche, die Sozialgeschichte der Gesundheit läßt sich aus ihr nicht rekonstruieren. Das ist nur eine Feststellung und kein sonderlicher Kritikpunkt, denn in dieser Beziehung war die DDR stets in bester Gesellschaft. Daß hier mehr vorzuweisen war als in der BRD, ist kaum ein Maßstab. Es war auf alle Fälle weniger als z.B. in Schweden oder in Großbritannien.

Das Ziel des Beitrags ist bescheidener als die Einführung vermuten lassen könnte. Es soll hier lediglich der Versuch unternommen werden, ausgewählte Aspekte gesundheitlicher Entwicklungsprozesse an Beispielen zu illustrieren. Für diesen Versuch bitten wir für drei Bemerkungen um Verständnis:

1. Die Bundesregierung fördert derzeit einige Projekte zur »Bestandsaufnahme« der Gesundheit Ost. Da die entsprechenden Datenbestände in den Besitz des Bundes übernommen wurden, ist der freie Zugang zu den Daten heute zumindest so schwer wie in der Vergangenheit. Diesen Projekten wollen und können wir keine Konkurrenz sein.

2. Um unsere Thesen zu illustrieren, sind wir den leichtesten Weg gegangen und haben im wesentlichen auf publizierte Angaben zurückgegriffen sowie auf Untersuchungen aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität, dem früheren Institut für Sozialhygiene. Wir sind davon überzeugt, daß die anderen Universitätsinstitute über analoge Materialien verfügen, die allerdings nur mit nennenswertem Aufwand hätten recherchiert

werden können. Diese Untersuchungen reflektieren Problemlagen, die mit wechselnden Gewichtungen in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder bedeutsam waren. Diesen Kontext jeweils zu vermitteln, vermögen wir im Rahmen dieses Aufsatzes nicht. Anzumerken ist natürlich auch, daß die Definitionskompetenz für das was dringliche (verhältnis-)präventive Probleme sind, nur begrenzt bei der Wissenschaft und hier wiederum nur begrenzt bei den sozialepidemiologischen Studien der Sozialhygiene lagen.

3. Nach sorgfältiger Überlegung haben wir uns entschlossen, mit Zitaten sehr zurückhaltend umzugehen, da wir nicht annehmen können, daß die Erinnerung an ehedem selbstverständliche Identifikationen mit der DDR in Zeiten politischer Säuberungen und Bedrohungen sonderlich geschätzt wird.

B. Fakten

Wenn nachfolgend einige Beispiele für die sozialepidemiologische Forschung angegeben werden sollen, so stellt sich zunächst die Frage nach der thematischen Auswahl. Aus der Fülle der Untersuchungen haben wir nach Belegen für die soziale Verschiedenartigkeit von Gesundheitsproblemen gesucht. Angemerkt sei, daß es sich hierbei nicht nur um einen winzigen Ausschnitt aus der Arbeit eines Instituts handelt, sondern um einen noch sehr viel bescheideneren aus der Arbeit der insgesamt neun universitären Institute für Sozialhygiene in der ehemaligen DDR. Wir konzentrieren uns auf Angaben zur Lebenserwartung, zur Suizidsterblichkeit, zur Sozialspezifik von Wachstums- und Entwicklungsprozessen und zur gesundheitlichen Belastung von Frauen.

Die Anfänge sozialepidemiologischer Forschung datieren auf das Ende der 40er Jahre. Nach Wiedererrichtung des Berliner Lehrstuhls für Sozialhygiene unter Alfred Beyer lag das Augenmerk zunächst auf einer deskriptiven Darstellung der Gesundheitsverhältnisse in Ostdeutschland (z.B. Wellmann 1951, Berthold 1951). Seit dem Ende der fünfziger Jahre finden sich in wachsender Zahl auch analytische Darstellungen. Vorrangig folgende vier thematischen Orientierungen lassen sich aus den sozialepidemiologischen Arbeitsbereichen belegen:

- Zeitreihenanalytik zur Veränderung der Gesundheitsverhältnisse in der DDR,
- Vergleichende Studien zu den Gesundheitsverhältnissen in den beiden deutschen Staaten,

- Studien zur sozialen Differenziertheit der Gesundheitsverhältnisse, besonders inbezug auf Wachstums-, Reifungs- und Alterungsprozesse (Akzelerationsforschung) und inbezug auf die Morbidität,
- Studien zu besonderen lebensumweltlichen Gesundheitsgefährdungen vor allem im Problembereich Frau und Arbeitstätigkeit.

Versucht man aus den verfügbaren Mosaiksteinen ein Bild zu formen und weiße Flecken mit Interpretationen zu kolorieren, läßt sich folgendes Bild skizzieren:

Die Lebenserwartung stieg nach dem Kriege rasch wieder an. Dies war vor allem durch die Bewältigung gravierender Probleme in der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie bei der Tuberkulose zu erklären. Bemerkenswert ist, daß die mittlere Lebenserwartung in der DDR schneller stieg und günstigere Werte erreichte als in der Bundesrepublik, denn insbesondere der Nordosten des deutschen Territoriums hatte auch schon in der Vorkriegszeit die niedrigere Lebenserwartung. Erst seit Mitte der 70er Jahre werden die Lebenserwartungswerte für die Bundesrepublik besser als jene der DDR. Formal läßt sich die Ursache durch den Übergang der DDR-Werte in die Stagnation beschreiben. Die seither entstehende Schere (vor allem für die Männer) spiegelt Abbildung 1. Da die Säuglingssterblichkeit (Abbildung 2) weiter sank und in der BRD erst seit den frühen achtziger Jahren geringfügig besser wurde als in der DDR, war eine öffentliche Auseinandersetzung über die Ursachen der stagnierenden Lebenserwartung dringlich geboten.

Die dem internationalen Trend folgende Orientierung auf individuelle Gesundheitsgefährdungen machte eine Auseinandersetzung um die Ursachen der Stagnation der Lebenserwartung quasi unmöglich. Vornehmlich in den Altersgruppen ab etwa 50 Jahren konnten keine Lebenserwartungsgewinne (Abbildung 3) mehr beobachtet werden (Wiesner 1990). Bemerkenswert war in diesem Zusammenhang die deutliche territoriale Verschiedenheit der Sterblichkeiten in der DDR mit dem schon vor dem Krieg bestehenden Nord-Süd-Gefälle. Regelmäßig hatten die Nordbezirke – vor allem wiederum bei Männern – erheblich niedrigere Lebenserwartungen als die Südbezirke. Der ehemalige Bezirk Dresden war beständig der »Spitzenreiter« (Tabelle 1) und der Bezirk Neubrandenburg das «Schlußlicht«. Das gesundheitspolitische Ziel eines Ausgleichs der Lebensverhältnisse zwischen ländlichen und industrialisierten Gebieten konnte also nie erreicht werden, partiell wurde die Schere sogar größer.

Tabelle 1:
Lebenserwartung für ausgewählte Lebensalter nach Bezirken, 1980/85 und 1986/89

		Männer		Frauen	
		Dresden	Neubrandenburg	Dresden	Neubrandenburg
e_0	1963/64	69.55	68.07	74.18	73.86
	1980/85	70.52	67.80	75.95	74.74
	1986/89	70.95	68.00	76.80	75.50
e_{15}	1963/64	56.94	56.29	61.26	61.07
	1980/85	56.68	54.19	61.87	60.75
	1986/89	56.98	53.87	62.60	61.36
e_{45}	1963/64	29.11	28.55	32.71	32.47
	1980/85	28.56	26.83	32.92	31.85
	1986/89	28.88	26.55	33.64	32.33
e_{65}	1963/64	13.74	13.66	15.86	15.67
	1980/85	12.85	11.97	15.59	14.89
	1986/89	13.16	12.13	16.18	15.27

Quelle: Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung (1990), Berlin

Ein weiterer thematischer Schwerpunkt waren die Gewichte und die Körperlängen Neugeborener, da diese empfindlich auf lebensumweltliche Veränderungen reagieren und die hohe Säuglingssterblichkeit ohnehin eine Auseinandersetzung mit diesen Problemen forderte.

Soziale Unterschiede in den Geburtsgewichten, wie sie von Koch dokumentiert wurden, waren der Ausgangspunkt solcher Studien (Koch 1956) (Abbildung 4). Augenfällig ist hierbei die günstige Situation der Bauernkinder. Eine zeitliche Darstellung für den besonders empfindlichen Indikator Geburtsgewicht vermag dies zu erklären. Offensichtlich war in einer Periode wirtschaftlicher Desorganisation und von Versorgungsnöten die Nähe zum Nahrungsmittelproduzenten ein glücklicher Umstand. Erst in den fünfziger Jahren stellen sich »normale« Verhältnisse ein. Interessant ist in dieser Arbeit auch ein mit besseren Lebensbedingungen begründeter Hinweis auf höhere Gewichte und Längen Neugeborener bei in

der sowjetischen Besatzungszone lebenden sowjetischen sowie sowjetisch-deutschen Elternpaaren. Eine ähnliche Untersuchung aus dem Jahre 1969 von Janietz kommt zu analogen Ergebnissen. Die durchschnittliche Gewichtsdifferenz zwischen Neugeborenen mit Herkunft aus sozial benachteiligten und begünstigten Schichten (eingeschätzt nach dem Bildungsgrad der Eltern) beträgt immerhin 100 g, der Längenunterschied 6 mm. Das ist aber bereits weniger als nach 1945. Mit den inzwischen verfeinerten Untersuchungsmethoden wurde der Einfluß von Gebäralter und Erstgebäralter der Mutter, der Anzahl vorausgegangener Geburten, von Frühgeburten und der Körpergröße der Eltern herausgesiebt, was zu einer Verringerung der gemessenen Differenzen, nicht aber zu deren Eliminierung führte. Im übrigen wirkt ja der »Faktor« soziale Lage nicht als solcher unmittelbar, sondern u.a. über die Determinierung der Verteilung der genannten Einflußfaktoren.

Zu Größe und Gewicht gibt es eine Vielzahl von Arbeiten. Das hängt unseres Erachtens mit folgenden drei Gründen zusammen.

Erstens sind beide Merkmale jederzeit und einfach meß- und vergleichbar, sie widerspiegeln quantifizierbar und in verständlicher Weise die körperliche Entwicklung von Menschen. Zweitens nahmen Untersuchungen zur sog. Akzeleration, die als ein Ausdruck sozialer Optimierungsprozesse aufgefaßt wurde, einen breiten Raum in der sozialhygienischen Forschungspalette ein. Gerade hier gelten Körperhöhe und -gewicht als klassische Parameter. (Da sich, von sporadischen Ausnahmen abgesehen, in der BRD eine systematische Akzelerationsforschung nicht entwickelt hat, sei hier für das Verständnis folgendes angemerkt: Akzelerationsforschung befaßt sich mit der sozialen und lebensumweltlichen Modifikation grundlegender ontogentischer Prozesse, wie z.B. Wachstum, Reifung und Alterung. In Kenntnis dieser Zusammenhänge können in der Umkehrung entsprechende Akzelerationsphänomene auch als Indikatoren für soziale und lebensumweltliche Veränderungen genutzt werden. Wie Untersuchungen zeigten, handelt es sich hier um einen Optimierungsprozeß bei der Ausnutzung der biologischen Möglichkeiten des Menschen. Der Begriff Akzeleration ist in diesem weiterfassenden Sinne eigentlich irreführend, denn das bekannte Phänomen der Verlangsamung des biologischen Alterns ist dann natürlich auch ein Optimierungsphänomen, welches mit jenem Begriff dann allerdings denkbar schlecht bezeichnet ist.) Drittens galt in jener Zeit des Aufbaus und der Neuorientierung das Hauptaugenmerk der 'heranwachsenden' Jugend. Hierzu sei noch bemerkt, daß der sich

entwickelnde Kinder- und Jugendgesundheitsschutz von der stark normativ ausgerichteten sowjetischen Hygiene des Kinder- und Jugendalters deutlicher als andere Präventionsbereiche beeinflußt wurde.

Bei einer Untersuchung Berliner Studenten und Studentinnen fand Schwenzer 1959, daß jüngere Jahrgänge eine größere Körperhöhe aufweisen als ältere, jedoch leichter sind. Das erklärt sich daraus, daß jenseits von 18 Altersjahren kaum noch Längenwachstum zu erwarten ist, vor allem aber wurde hier deutlich, daß die aufeinanderfolgenden Geburtsjahrgänge auch nacheinander von den schrittweisen Veränderungen in den Lebensbedingungen profitierten. Die Abbildung 5 zeigt auch, daß das Körpergewicht (auf Populationsebene) schneller auf soziale Veränderungen reagiert als die Körperhöhe. Während nur die Arbeiterkinder jüngerer Jahrgänge größer als ihre Mitstudenten aus Angestelltenfamilien waren, wird ihr Gewichtsvorteil in allen Altersklassen evident. Es finden sich auf dem Hintergrund heutiger Problemwahrnehmungen übrigens auch amüsante Feststellungen: »Auch bei Frauen fand sich das günstige Ergebnis, daß lediglich 37,4 % untergewichtig waren«, was eigentlich nur beweist, daß man auch eine vom modernen Risikoverständnis verschiedene Art der Interpretation von Verteilungen vornehmen kann.

Arbeiten von Niebsch (1960) und Firnstein (1969) weisen den ungünstigen Einfluß von Betreuungseinrichtungen, in denen Kleinkinder die ganze Woche oder gar ständig untergebracht sind (Wochen- und Dauerheime), auf deren Entwicklung nach. In einer 3-Jahres-Längsschnittstudie vom Beginn der sechziger Jahre werden zur Beurteilung vor allem auch Kriterien zur Bewertung der psychischen Entwicklung wie Bewegungsreaktionen, Sprechreaktionen sowie Spielverhalten (nach Schmidt-Kolmer) herangezogen. Gleichzeitig wird aber auch ermittelt, daß die Tagesstätte als Ergänzung zur familialen Betreuung zumindest keinen negativen Einfluß auf die kindliche Entwicklung ausübt.

Krankemann (1962) fand Kindergartenkinder mit einem schlechten Allgemeinzustand gehäuft unter sozial ungünstigen Bedingungen, soziale Unterschiede hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit sowie überstandener Kinderkrankheiten konnten jedoch nicht festgestellt werden.

Der vieldiskutierte Einfluß der Berufstätigkeit der Mutter auf die Gesundheit des Kindes war Untersuchungsgegenstand einiger Studien (z.B. Rademacher 1958, Zeigau 1969), ungünstige Auswirkungen

konnten generell nicht nachgewiesen werden, wohl aber bei alleinstehenden Müttern.

Bei einer Beurteilung des Gesundheitszustandes von Lernanfängern (Effenberger 1980) erwiesen sich Kinder aus unvollständigen Familien (Halbwaisen sowie Kinder lediger und geschiedener Mütter) hinsichtlich der Einschätzung der Schulfähigkeit benachteiligt gegenüber solchen aus vollständigen Familien (Abbildung 6). Wie deutlich sich dabei 'Expertenurteile' voneinander unterscheiden zeigt Abbildung 7.

In der praktischen Umsetzung wurde eine enge Zusammenarbeit zwischen Jugendgesundheitsschutz und Pädagogen angestrebt, um die Belastbarkeit der Kinder aus verschiedenen Gesichtswinkeln heraus einzuschätzen. Ein vorgenommener Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen anhand dokumentierter Organbefunde leidet zwar an geringen Fallzahlen (Abbildung 8), auffallend ist aber dennoch ein deutlich größerer chirurgischer Behandlungsbedarf (an Tonsillitiden, Phimosen, Hernien sowie Hodenretentionen) bei Kindern aus unvollständigen Familien.

Inwieweit schulische Eignung und Leistungen in geeigneter Weise die geistige Kindesentwicklung darstellen, wird keineswegs einhellig diskutiert. Unbestreitbar bleibt jedoch, daß sie die Fähigkeit, aktiv am Leben in der (Leistungs)gesellschaft teilzunehmen, mitentscheidend determinieren und dokumentieren. Bei Knaben und Mädchen aus dem Erzgebirge wurden Abhängigkeiten der Schulleistungen von sozialen Merkmalen gefunden (Kühne 1968, Kühne 1969). Gleiches gilt auch für den puberalen Entwicklungsstand im Sinne eines Anwachsens der individuellen Variationsbreite bei zunehmendem sozialen Status. Dieser Befund scheint ohnehin generalisierbar und ist auch theoretisch gut zu erklären: soziale Entwicklung führt nicht notwendig zur Homogenisierung, sondern zur Zunahme der Variabilität, zur Ausprägung der Verschiedenartigkeit, sie ist gleichsam eine Bedingung für die Ausdifferenzierung von Individualitäten.

In der Hochzeit der DDR-Sozialepidemiologie Ende der sechziger Jahre wurde eine zunehmend differenzierte Betrachtung des Begriffs »Soziales Milieu« angestrebt. Dazu gehören Versuche einer Zusammenführung sozialer Merkmale wie Wohnverhältnisse, Familienverhältnisse und berufliche Tätigkeit (Schorr 1965) ebenso wie die faktorenanalytische Bestimmung sozio-kultureller Familientypen. Naaser (1967) fand auf letzterem Wege drei Typen, die sich hinsichtlich Wohneinrichtung, Bücherbestand, Prioritäten bei der

Anschaffung teurer Konsumgüter, Familienmilieu, Umgang mit den Kindern, Freizeitgestaltung, Eßgewohnheiten u.ä.m. stark unterscheiden.

Dem Gedanken Rechnung tragend, daß schulische Probleme nicht nur Indikator für eine wenig harmonische Entwicklung auf Grund sozialer Benachteiligung, sondern auch als soziale Folgeerscheinung von Erkrankung betrachtet werden kann, führte Dahlfeld 1958 eine Nachuntersuchung von an Poliomyelitis erkrankten Kindern durch. Erwartungsgemäß gelingt die Integration in den Alltag um so besser, je erfolgreicher medizinische und rehabilitative Behandlung verliefen (Tabelle 2).

Tabelle 2:
Durchschnittlicher Schulausfall bei an Poliomyelitis erkrankten Kindern

Schulausfall durch	[Monat je Kind]			
verspätete Einschulung	0,75	2,3	1,5	15
Nachsorgebehandlung	0,25	6	11,6	15
Sitzenbleiben	1,5	1,6	2,1	—
Teilnahme am Turnen	88,6 %	60,6 %	24,2 %	0 %
Grad der Behinderung	geheilt	leicht	mittel	schwer

Quelle: nach Dahlfeld 1958

Mit der Schaffung eines eigenständigen Instituts für Kinder- und Jugendgesundheitsschutz, daß neben der Forschung die Funktion einer direkten Anleitung der Praxis hatte, wurde das Thema kindliche Entwicklung und Gesundheit im Profil der universitären Lehr- und Forschungseinrichtung tendenziell randständig.

Unter der Vielzahl der Arbeiten zum Wechselverhältnis von Arbeitswelt und Gesundheit befaßt sich ein auffallend großer Anteil mit der Arbeitsunfähigkeit. Das hat verschiedene Gründe. Zum einen führte die Sozialversicherung der Gewerkschaften aus rechtlichen Gründen eine umfangreiche Statistik zu diesem Thema, zum anderen ebbte in der DDR der Meinungsstreit, ob denn nun Arbeitsunfähigkeit mit Drückebergerei gleichzusetzen sei oder nicht, und welche Aufgabe denn den Ärzten bei der Senkung des Krankenstandes zuzuweisen wäre, nie ab. Diesen Streit konnten auch einschlägige Studien wie z.B. die von Scholz (z.B. 1983) nicht beenden. Sie belegen, daß das Gros des Krankenstandes (nämlich etwa 50 %)

von nur etwa 10 % der Beschäftigten verursacht worden, von Personen, die unter anderen sozialgesetzgeberischen Rahmenbedingungen vermutlich nicht in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden hätten. Die Höhe des Krankenstandes war mithin von den großzügigen arbeitsrechtlichen Bedingungen abhängig, was der »Verschuldensdiskussion« ein wichtiges Argument entgegensetzte. Daneben standen Untersuchungen zu betrieblichen und sozialen Faktoren, die die Arbeits(un)fähigkeit determinieren. Trautmann (1959) untersuchte den Einfluß des Lebensalters, der Betriebs- und Berufsjahre, des Schweregrads körperlicher Arbeit, der Berufsqualifikation, Art und Länge des Arbeitsweges, des Familienstandes und Arbeitseinkommens auf die Arbeitsunfähigkeitshäufigkeit (Abbildungen 9,10,11). Es zeigt sich, daß der gewichtigste Faktor die Schwere der Arbeit ist, und daß das Einkommen und die Dauer der Betriebszugehörigkeit (das eine als Determinante, das andere als Indikator von Arbeitszufriedenheit) sich günstig auf die Arbeitsfähigkeit, respektive den Gesundheitszustand, auswirken. Wohlgemerkt – Gesundheit steht hier nicht für Arbeitsfähigkeit, sondern für Lebensqualität. Es ist auch charakteristisch, daß lange Betriebszugehörigkeit mit kurzen Fehlzeiten einhergeht und nicht umgekehrt. Ein beschwerlicher Arbeitsweg wird erst im fortgeschrittenen Alter ein Grund, bei Krankheit doch eher zu Hause zu bleiben. Die Mehrbelastung durch Kinder macht sich erwartungsgemäß für Frauen bemerkbar.

Untersucht man wie Balcke (1969) Problemkreise, die hinter erhöhter Arbeitsunfähigkeit stehen, so kristallisieren sich bei den Männern betriebliche (Zufriedenheit, Kontakte, qualifikationsgerechte Arbeit, Verantwortung) bei den Frauen dagegen häusliche Belastungen heraus. Wiesner (1969) fand für diese Art von Belastungen der Frau folgende Rangfolge:

- mangelnde Mithilfe der Familie im Haushalt
- mangelnde Haushalttechnik
- mangelnde Schulleistungen der Kinder
- mangelndes Dienstleistungsangebot.

Gerade die Doppelbeanspruchung der Frauen wurde in der Öffentlichkeit stark diskutiert und also auch von der Wissenschaft reflektiert (Seraphin 1967, Lolies 1970). Bei einem Vergleich von Schichtarbeiterinnen mit Arbeiterinnen, die nur in einer Schicht arbeiten, zeigten sich in Bezug auf vegetative Beschwerden und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems kaum Unterschiede, wohl aber bei den übrigen Diagnosegruppen mit einem Gipfel vierfacher Erkrankungshäufigkeit für gynäkologische Beschwerden. Die ungünstigere

Verteilungskurve für Doppelschichtarbeiterinnen bei der durchschnittlichen Krankheitshäufigkeit realisiert sich dabei vorwiegend über die jüngeren Frauen (unter 45 Jahre) (Abbildungen 12,13).

Der starke Anstieg der Frauenleiden bei ungünstigen Arbeitsbedingungen fordert eine Beschäftigung mit Unterschieden beim Schwangerschaftsverlauf geradezu heraus. Hieke (1969) stellte die Schädigungsgefahr am Arbeitsplatz für Schwangere unterschiedlicher Profession und die ihnen zugestandenen Schonarbeitsplätze gegenüber und fand die unbefriedigendsten Verhältnisse bei den Land- und Forstarbeiterinnen (Abbildung 14). Sie sind überdies in der Regel zusätzlich mit einem großen Haushalt und eigener Landwirtschaft belastet, nur etwa 29 % von ihnen beanspruchten ihren Schwangerenurlaub. Die Folge ist eine große Zahl von Klinikaufenthalten und Schwangerschaftskomplikationen. Nach den Auszubildenden (mit einem geringem Durchschnittsalter) fällt auf sie der größte Teil an Frühgeborenen und geburtshilflichen Komplikationen (Abbildung 15).

Das Thema Arbeit und Gesundheit hat sich im Verlauf der Geschichte der DDR mit dem Ausbau der Arbeitshygiene/-medizin immer stärker eigenständig professionalisiert und deshalb dann schließlich auch dazu geführt, daß das soziale Thema Arbeit in der Sozialhygiene immer weniger bearbeitet wurde. (Problematisch wurde diese Entwicklung, weil dies den theoretsichen Bezug der Sozialhygiene erheblich verkürzte und weil mit dem schrittweisen Wandel der Arbietshygiene zu einer Arbeitsmedizin ein wichtiges Gegenstandsfeld geschwächt wurde.

In ähnlicher Weise führte die Thematisierung gesundheitlicher Belastungen der Frau zur Herausbildung eigenständiger Forschungsgruppen, zumeist in struktureller Einheit mit gynäkologischen Einrichtungen.

Die soziale Differenziertheit der Geburtsgewichte bis in die Gegenwart konnte Schott (1985) nachweisen. Dabei beobachtet er zusätzlich Tendenzen einer weiteren Ausdifferenzierung (Abbildung 16).

Die klassische Erfahrung der Sozialspezifik von Gesundheitsproblemen ließ sich auch für die sog. chronischen Krankheiten, z.B. die des Herz- und Kreislaufsystems belegen. Dies zeigt z.B. eine 1968 begonnene Studie (Mißlitz 1983) mit Berliner Männern der Geburtsjahrgänge 1914-1918. Deutliche Mortalitätsunterschiede werden sichtbar, wenn man die Gruppe der Untersuchten nach ihrer beruflichen Qualifikation einteilt (Abbildung 17). Bei der Auswertung etlicher klinischer und anthropometrischer Parameter ergaben sich

vielfältige soziale Unterschiede (Abbildung 18). Diese Studie ist im übrigen als Längsschnitt bis zum Jahre 1989 fortgesetzt worden. Die gerade vorliegenden Ergebnisse zeigen neuerlich, daß auch die Sterblichkeit an den sog. chronischen Krankheiten sozial verschieden ist.

Eine besondere Rolle spielen in der aktuellen Debatte die Selbsttötungen. Da diese Daten nach 1963 sekretiert wurden, ist dies nur allzu verständlich. Eine andere Frage ist allerdings, ob den gegebenen raschen Wertungen immer zugestimmt werden kann. Auch hier war (ähnlich der Situation bei der Lebenserwartung) die Ausgangslage für die beiden deutschen Staaten keineswegs identisch. Cordes (1963) fand für die Nachkriegszeit eine tendenzielle Annäherung der Ziffern für die Teilgebiete. Die Kurven können nun bis in die heutige Zeit vervollständigt werden (Abbildung 19). Eine Standardisierung der rohen Ziffern auf die Bevölkerungsstruktur der BRD senkte die Werte für die DDR noch etwas ab.

Gemessen am Anspruch der Sozialhygiene, nämlich systematisch die sozialen Differenzierungsprozesse in den gesundheitlichen Verhältnissen abzubilden und zum Kernstück einer Gesundheitsberichterstattung und zugleich zu einem wichtigen Teil der Sozialberichterstattung zu machen, mag die Auswahl der hier gegebenen Beispiele bescheiden anmuten oder hinter den Erwartungen zurück bleiben. Anders aber als in der BRD findet sich das Problem »Gesundheit und soziale Lage«, wie immer man die Ergebnisse beurteilen mag, durchgängig thematisiert. Neben den bereits oben genannten Problemen, die einer Vertiefung sozialstruktureller Einsichten im Wege standen, sei hier auch angemerkt, daß es sich nach unserer Auffassung nicht bewährt hat, das Fachgebiet Sozialhygiene so weitgehend medizinisch zu professionalisieren.

C. Wertungen

Tendenziell darf vielleicht von folgenden Einschätzungen ausgegangen werden:

1. Sozialmedizinische Paradigmata verloren im Verlauf der Geschichte der DDR sukzessive an Bedeutung. In diesem Punkt gab es zwischen einem großen Teil der Ärzteschaft und Teilen der politischen Macht durchaus Einvernehmen. Der Glaube, die Gesundheitsprobleme mit den Mitteln der Medizin bewältigen zu können, sowie der Glaube, die Defizite und, seit Mitte der 70er Jahre, die Stagnation in den Gesundheitsverhältnissen seien Folge des Mangels

an medizinischer Hochtechnologie und individuell verschuldeter schlechter Lebensführung, kultivierte sich, nicht zuletzt unter dem Einfluß internationaler Entwicklungen. Die These etwa, daß das Rauchen die wichtigste verhütbare Krankheitsursache der Welt wäre, wurde so unversehens auch zu einem Argument für die Verdrängung gravierender ökologischer, arbeitsplatztoxikologischer oder auch sozialmedizinischer Problemlagen. Diskussionen um die Schädlichkeit des Rauchens, die Überernährung oder die Bewegungsarmut schienen plausibel zu begründen, weshalb sozial-, arbeits- und unmweltmedizinische Probleme randständiger Natur sind.

2. Ein solches Urteil ohne Differenzierungen dürfte letztlich unscharf bleiben. Zumindest hat es auch aus den Reihen der klinischen Medizin und aus denen der Politik immer wieder Vorstöße gegeben, um eine Revitalisierung sozialepidemiologischer Forschung zu erreichen. Es muß aber auch festgehalten werden, daß sich die hierfür notwendige Forschungsbasis nicht ausreichend konsolidieren konnte. U.a. hing dies vermutlich mit einer Entwicklung zusammen, die aus der Perspektive der Universität nur vermittelt wahrzunehmen ist. Den Ansätzen der Weimarer Republik folgend hatte sich mit dem sog. Kreisarzt eine Institution etabliert, deren Aufgabe ursprünglich als die eines territorialen, kommunalen Gesundheitspolitikers zu sehen war, um im Sinne gemeindeorientierter Bewältigung von Gesundheitsproblemen direkt auf eine gesundheitsdienliche kommunale Politik einwirken zu können. Diese Absicht ging vielerorts verloren, so daß kreisärztliche Tätigkeit zu einer Verwaltungstätigkeit wurde, deren inhaltliche Möglichkeiten sich immer stärker einschnürten. Damit ging aber u.a. auch der konkrete praktische Druck zu sozialepidemiologischen Studien in territorialen, kommunalen und sozialen Mikrostrukturen verloren und damit ein wichtiger Impuls für sozialhygienische Forschung überhaupt. Hieraus entstand aber auch eine relativ große, zumindest aber in den letzten 10 bis 15 Jahren erheblich größer werdende Ferne sozialepidemiologischer Studien zur Handlungsorientierung. Angemerkt sei aber auch, daß eine Vielzahl von sozialepidemiologischen »Studien« im Ergebnis wissenschaftlicher Auseinandersetzungen Bestandteil der Tagesarbeit geworden war. Zum Beispiel bewirkte die Existenz der territorialen Kommissionen zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit mit ihren kasuistischen Analysepflichten über die Vermeidbarkeit/Nichtvermeidbarkeit eines jeden Säuglings- und Kindersterblichkeitsfalls, daß sich diese Problematik

in den universitären Forschungsaufgaben weniger nachdrücklich spiegelt, zumal klinische Fragestellungen auch hier ein größeres Gewicht bekamen und sich zwischen den Hochschulinstituten thematische Profilierungen vollzogen.

3. Es liegt im konzeptionellen Selbstverständnis der Sozialhygiene, soziale Wirklichkeiten wahrzunehmen und soziales Problembewußtsein zu schärfen. Insofern ist die Gesundheit immer auch ein Indikator für soziale Prozesse. Als spätestens Ende der 70er Jahre die Stagnation in den Gesundheitsverhältnissen offensichtlich wurde, mußte von sozialhygienischer Forschung erwartet werden, daß sie diesen Zustand nicht nur zu beschreiben vermag, sondern auch Erklärungen und Konsequenzen aufzeigen kann. Diesem Anspruch genügte das Fach nicht. D.h., daß im Ganzen das Fachgebiet dem Anspruch nicht ausreichend gerecht wurde, die in die soziale Stagnation und in die innere Aushöhlung des Systems führenden gesellschaftlichen Prozesse zu erkennen und zu artikulieren.

Zwar begann sich die Unterschätzung der sozialepidemiologischen Aspekte in der Gesundheitsforschung in den letzten Jahren der DDR wieder zu ändern, auch wuchs die Bereitschaft, sozialepidemiologische Forschung wieder zu unterstützen, auch mehrten sich analytische und konzeptionelle Arbeiten zu gesundheitspolitischen Reformen und Analysen, doch war die innere Handlungs- und Wandlungsfähigkeit der DDR zu diesem Zeitpunkt bereits soweit aufgebraucht, daß sich an der schwierigen Situation der Sozialepidemiologie nichts mehr änderte, zumal es in den präventionsstrategischen und -konzeptionellen Debatten zwischen paternalistischer Gesundheitserziehung und -überwachung auf der einen Seite und den Konzepten der Gesundheitsförderung auf der anderen Seite kaum noch Verständigungen zum Kompromiß gab.

Für die Zusammenfassung haben wir es also mit folgenden Ausgangslagen zu tun:

1. Die Gesundheitsverhältnisse waren nach dem II. Weltkrieg im Osten Deutschlands schlechter als jene im Westteil. Gleichzeitig ist ein nun schon historisches Gefälle zwischen dem agrarischen Norden und dem industrialisierten Süden zuungunsten des Nordens evident.
2. Bis zum Beginn der 70er Jahre konnte die Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse mit einer relativ hohen Dynamik erreicht werden. Eine Vielzahl von Indikatoren erwies sich als günstiger als jene in der Bundesrepublik.

3. Tendenziell zeigte sich, daß traditionelle soziale Unterschiede in den Gesundheitsverhältnissen abgebaut, gemildert oder in ihrem Gewicht verringert werden konnten.
4. Spätestens seit Mitte der 70er Jahre stagnieren eine Vielzahl von Gesundheitsdaten – so die Lebenserwartung – eine Situation, die bis zum Ende der DDR nicht mehr verändert werden konnte.
5. Es mehrten sich die Anzeichen dafür, daß trotz der Bewältigung einiger »klassischer« sozialepidemiologischer Probleme sich eine neue Qualität sozialer und territorialer Differenzen herausbildete. Sie gehen generell zu Lasten des Nordens, von Menschen jenseits des 55. Lebensjahres, von Männern und von ungünstigen sozialen Problemkonstellationen, einschließlich spezieller beruflicher Expositionen.
6. Während das Präventionssystem und das der Medizin bis zum 50. bis 55. Lebensjahr vergleichbare Verhältnisse wie in der Bundesrepublik sichern konnte, wird die Schere jenseits dieses Alters zunehmend deutlicher. Die Konsequenzen wurden denkbar unterschiedlich argumentiert. Einerseits wurden Defizite in der hochtechnisierten Medizin, andererseits ein dringender Bedarf nach Reformen in der Infrastruktur der ambulanten Medizin sowie in den sozialmedizinischen Diensten und in der Prävention benannt.

Für diese Sachverhalte Erklärungen zu finden, ist nur einfach, wenn man sich auf holzschnittartige Vereinfachungen einläßt. Unter diesen Voraussetzungen bieten wir folgende Wertungen an:

1. Die nach dem II. Weltkrieg entwickelten Strukturen der Prävention und der Medizin haben sich – zunächst – als leistungsfähig erwiesen. Es kann auch unterstellt werden, daß die Praxiserprobung vieler Reformansätze aus der Weimarer Republik erfolgreich war, deren Evaluation also positiv ausfällt. Dies gilt nicht nur für die infrastrukturellen Aspekte, einschließlich des Versicherungssystems, sondern auch für den Ansatz, Gesundheitsschutz generell als eine lebensumweltliche Gestaltungsaufgabe zu sehen, in die die Aufgaben der Medizin spezifisch integriert sind.

2. Das Konzept entsprach den vorherrschenden Gesundheitsproblemen und sozialen Strukturen sowie den vorherrschenden gesundheitsbezogenen Wertorientierungen der Zeit und war mit den ökonomischen Reproduktionsbedingungen im Wesentlichen im Einklang.

3. U.a. die Wirkungen dieses Konzepts, wie natürlich auch die soziale Entwicklung insgesamt, veränderten die Landschaft der vorherrschenden Gesundheitsprobleme. Es änderten sich aber auch die

sozialen Strukturen und deren je spezifische Entwürfe von Gesundheit und deren Leitbilder. Analog veränderten sich die Strukturen lebensumweltlicher Risiken. Künftige Untersuchungen werden diesem Problemkreis in besonderer Weise aufgreifen müssen.

4. Der Veränderung der Landschaft der Krankheiten stand die Medizin insgesamt hilflos gegenüber, konzeptionell und materiell. Letzteres erklärt sich daraus, daß sich die Festschreibung der Beitragsbemessungsgrenze bei 600 Mark als verheerend erwies und zu einer chronischen und sich verschärfenden Unterfinanzierung der Medizin führte. Dies hatte u.a. zur Folge, daß sich Entscheidungskompetenzen weiter zentralisierten und insgesamt zu einer Überregulation des Systems führten. Im infrastrukturellen Bereich war, zumindest ist das unsere Sicht, die Nichtbeherrschung der kooperativen und informationellen Folgen der sich verstärkenden Arbeitsteiligkeit sowie eine zu Lasten des Hausarztes gehende Fachspezialisierung als Problem zu identifizieren (Niehoff und Röding 1991b). Hinzu kam die Tendenz über die sog. Dispensaires, gleichsam für jede Krankheit ein eigenes Gesundheitswesen mit eigenen Leitungsstrukturen aufzubauen sowie eine Tendenz zur räumlichen und zeitlichen Trennung von Diagnostik und Therapie. Medikalisierung auf der einen Seite und Infrastrukturdefizite im Verein mit sich verschärfenden Finanzierungslücken auf der anderen ließen die Notwendigkeit einer Neuordnung der ambulanten Betreuung zumindest seit Mitte der 80er Jahre offenkundig werden.

5. Hinsichtlich der öffentlich argumentierten Leitbilder zur Gesundheit gab es kaum eine politische und medizininterne Dynamik, d.h., der sozialen Tendenz zur Differenzierung von Lebensentwürfen und zur Individualisierung von Wertvorstellungen stand eine uniforme und sich immer weniger territorial oder sozialspezifisch differenzierende gesundheitspolitische Zielvorgabe gegenüber. Dies schränkte spürbar und erkennbar die Identifikationsfähigkeit größer werdender Teile der Bevölkerung, besonders der Jugend und der Intelligenz, mit den öffentlich forcierten gesundheitlichen Leitzielen ein.

6. Auch in den gesundheitlichen Wertorientierungen setze eine Suche nach Alternativen ein, die außerhalb bestehender politischer und wissenschaftlicher Strukturen (Basisdemokratie) Artikulationsfelder suchte und in den Kirchen auch fanden. Nach unserem Eindruck wurde hier nicht primär eine Alternative gesucht, sondern es war der Versuch, individuelle und selbstbestimmte soziale Wertorientierung zu formulieren.

7. Dieser Sachverhalt ließe sich auch so deuten, daß die gesellschaftskonzeptionellen Innovationen der »Gründerzeit« sich einerseits verbrauchten und andererseits die gesellschaftliche Unfähigkeit zum Dialog und zu Reformen konzeptionelle Neuorientierungen verhinderte. Ausgeschlossen waren damit aber auch zunehmend jene soziale Gruppierungen, die einerseits die Zukunft der DDR (Jugend) und andererseits die Träger sozialer Innovation hätten sein müssen. An der Schwelle zur sog. wissenschaftlich-technischen Revolution waren dies Wissenschaftler und Techniker, Künstler – all das also, was unverzichtbar Quelle von Zukunftsphantasien ist. Man könnte auch an diesem Beispiel sagen, die politischen Führungsgrößen der DDR und im Besonderen der SED grenzten die Zukunft der DDR aus.

8. Offenkundig war das vor allem in der Präventionspolitik. Ihre drei zentralen Axiome, nämlich a) systematische Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen und -risiken, b) Schaffung von Mechanismen öffentlicher Konsensbildung über prioritäre Ziele und schließlich c) die Bereitschaft zum sozialen Wandel, fanden für sich immer weniger Artikulationsraum. Paternalistische Konzepte, solche der medizinischen und sozialen Kontrolle und der Intervention in personale und biologische als individuelle Strukturen, hatten in der Praxis und im Denken der Medizin die anfänglich sehr einflußreichen Konzeptionen sozialer Prävention verdrängt.

Auch die DDR-Geschichte bestätigt somit, daß eine Bewältigung von Gesundheitsproblemen Öffentlichkeit und soziale Handlungsstrategien verlangt. In diesem Sinne vermochte sozialepidemiologische Forschung in der ehemaligen DDR etliches an Problemwahrnehmungen und an der Schaffung von Handlungsansätzen zu leisten. Diese dann Wirklichkeit werden zu lassen, setzt allerdings politische Handlungsfähigkeit und Bereitschaft zu Alternativen voraus, auf jeden Fall aber die kritische Auseinandersetzung mit dem medizinischen Griff nach Prävention und Gesundheit. In dem Maße wie die sozialen Dimensionen der Gesundheitsdebatte in der DDR verloren gingen, verarmte auch die sozialepidemiologische Forschung, deren jeweilige Leistungsfähigkeit so selbst zu einem Indikator gesellschaftspolitischer Entwicklungen wird. Zumindest dies werden wir als Lehre für die Zukunft zu erinneren haben und die Ergebnisse bei der Etablierung von Public Health werden hier zum Kriterium (Niehoff 1989a,b, Niehoff und Schrader 1991a).

Korrespondenzanschrift: Dr. Jens-Uwe Niehoff, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität (Charité), Otto-Grotewohl-Str.1, O-1080 Berlin

Literaturverzeichnis

Balcke, W. (1969): Soziologische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen häufiger Arbeitsunfähigkeit und sozialen Situationen und Verhaltensweisen, unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechtsdifferenzen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Berthold, B. (1951): Untersuchungsergebnisse über die Auswirkungen der häuslichen sozialen Verhältnisse auf Geist, den Gesundheitszustand im allgemeinen und den Gebißbefund im besonderen bei den Schulkindern eines Berliner Außenbezirks, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Cordes, R. (1963): Das Selbstmordgeschehen in der DDR im gesamtdeutschen und internationalen Rahmen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Effenberger, M. (1980): Vergleich des Gesundheitszustandes von Lernanfängern aus vollständigen und unvollständigen Familien, unter besonderer Berücksichtigung sozialer Bedingungen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Dahlfeld, I. (1958): Nachuntersuchung von 133 Kindern mit Poliomyelitis unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Folgen dieser Krankheit, Universität Rostock, Med. Fak., Dissertation

Firnstein, H. (1969): Einfluß des sozialen Milieus auf Größen- und Gewichtszunahmen innerhalb eines Jahres bei männlichen Kindern im Alter von 0 bis unter 7 Jahren, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Hieke, E. (1969): Soziologische Untersuchungen über Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei 180 Frauen des Kreises Oranienburg, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1990: Sterbetafeln 1986/89 DDR und Bezirke, Berlin

Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1990: Selbstmordsterblichkeit in der DDR 1961-1989 und nach Bezirken 1989, Berlin

Janietz, K. (1969): Soziale Einflüsse auf Geburtsgewicht und – länge, dargestellt an einem Geburtenjahrgang der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik des Krankenhauses Berlin-Friedrichshain, im Vergleich mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen eines zehn Jahre älteren Geburtsjahrganges, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Koch, M. (1956): Gewicht und Länge der Neugeborenen unter Berücksichtigung der sozialen Lage, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Krankemann, G. (1962): Über den Einfluß sozialer Faktoren auf die körperliche Entwicklung und das Krankheitsgeschehen im Vorschulalter (Untersuchungen an Berliner Kindergartenkindern im Alter von 4-7 Jahren), Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Kühne, J. (1968): Soziales Milieu, körperliche Entwicklung und Schulleistung bei Knaben im Pubertätsalter, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Kühne, P. (1969): Körperliche Entwicklung, Schulleistung und soziales Milieu bei Mädchen im Pubertätsalter, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Labisch, A. (Hrg.) (1989): Kommunale Gesundheitsförderung, Deutsche Zentrale f. Volksgesundheitspflege e.V., Frankf. a. M.

Lolies, B. (1970): Sozialepidemiologische Studie über Schichtarbeiterinnen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Mißlitz, M. (1983): Zum Gesundheitszustand männlicher Bürger einer Längsschnittstudie, In: Sozialhygienereport 1/2 1983, Eigenverlag, Rostock

Naasner, M. (1967): Faktorenanalytische Untersuchung zur Ermittlung des soziokulturellen Niveaus bei Familien von Berliner Schulkindern, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Niebsch, G. (1960): Ein Vergleich der körperlichen und geistigen Entwicklung bei Kindern im Alter von 0-2 Jahren aus Familien und Kindereinrichtungen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Niehoff, J.-U. (1989a): Inequalities and differences in health – What makes the difference for health policy?, in: Democracia, Desigualdad y Salud, Tomo 1, Tenerife

Niehoff, J.-U. (1989b): Conceptions of Health Promotion, in: Proceedings: Empowerment Strategies in Health Promotion, Part 5, Bielfeld

Niehoff, J.-U., R.-R. Schrader (1991a): Gesundheitsleitbilder in der DDR

Niehoff, J.- U., T. Röding (1991b): Regulation der Prävention, in: in Prävention und Prophylaxe, Sigma-Verlag, Berlin

Rademacher, W. (1958): Gesundheitszustand, soziale Lage und Herkunft von 1905 Oberschülern, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Schmidt-Kolmer, E. (1958): Psychometrie bei Kindern von 0-3 Jahren und ihre Bedeutung für die Hygiene des Kindesalters, Humboldt-Universität, Med. Fak., Habilitation, Berlin

Schorr, R. (1965): Methodenkritische Untersuchung zur Beurteilung der körperlichen Entwicklung und Leistungsfähigkeit bei Heranwachsenden, Humboldt-Universität, Med. Fak., Habilitation, Berlin

Schott, J. (1985): Zur Bedeutung der Analyse der Geburtenentwicklung für die Medizin, Zschr. ärztl. Fortbild., 79. Jg., 523-525

Scholz, R.D., Neumann, H. (1983): Die Möglichkeiten der Krankenstandssenkung vor dem Hintergrund der AU-Fall-Dauer und der Krankenstandsverteilung, Ztschr. ärztl. Fortbild., 77. Jg., 266-268

Schwenzer, M. (1959): Soziale Lage und körperliche Entwicklung von 1 205 Studenten, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Seraphin, B. (1967): Zur beruflichen und außerberuflichen Beanspruchung der Frau im Produktionsprozess unter besonderer Berücksichtigung von Wechselbeziehungen und ihrem Einfluß auf arbeitsunfähigkeitsbedingte Fehlzeiten, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Trautmann, J. (1959): Über die Beziehungen zwischen der Arbeitsunfähigkeitshäufigkeit und einigen ausgewählten Faktoren der Arbeits- und Lebensbedingungen, dargestellt an der Belegschaft eines Berliner Großbetriebes, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Wellmann, G. (1951): Die sozialhygienische Bedeutung der Rachitis, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

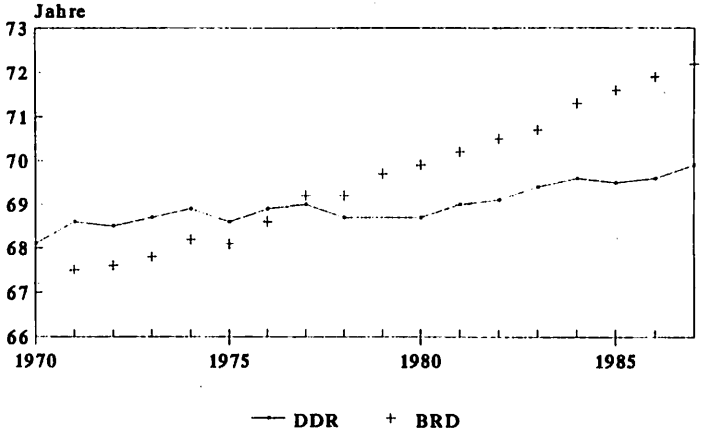
Wiesner, G.E. (1969): Soziologische Untersuchung der Hintergründe häufiger Arbeitsunfähigkeit bei Beschäftigten des Bauwesens unter besonderer Berücksichtigung der Altersstruktur, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Wiesner, G.E. (1990): Zur Gesundheitslage der beiden Bevölkerungsteile DDR und BRD – ein Ausdruck sozialer Ungleichheit?, In: Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, Asgard-Verlag, 21-28

Winter, K. (Hrg.)(1973): Soziologie für Mediziner, Berlin

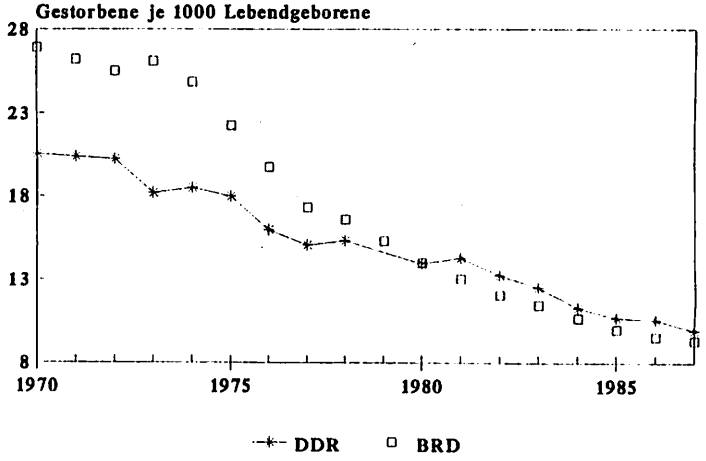
Zeigau, B. (1969): Der Einfluß des sozialen Milieus auf die körperliche Entwicklung bei Mädchen vom 1. bis zum 8. Lebensjahr, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Abbildung 1: Entwicklung der mittleren Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung - DDR und BRD - 1970-1987



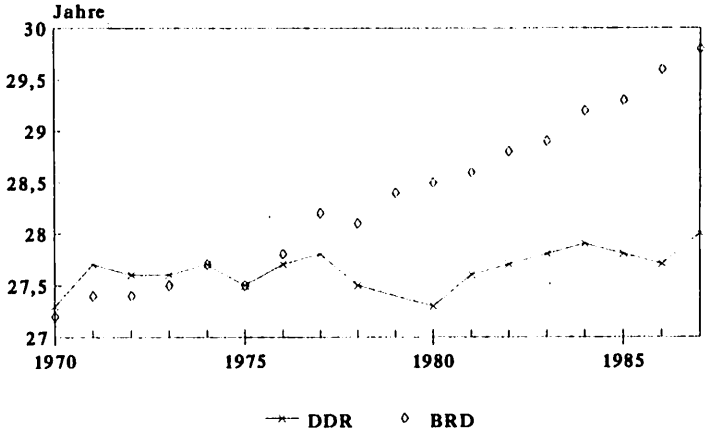
Quelle: WHO-Daten (1989)

Abbildung 2: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit - DDR und BRD - 1970-1987



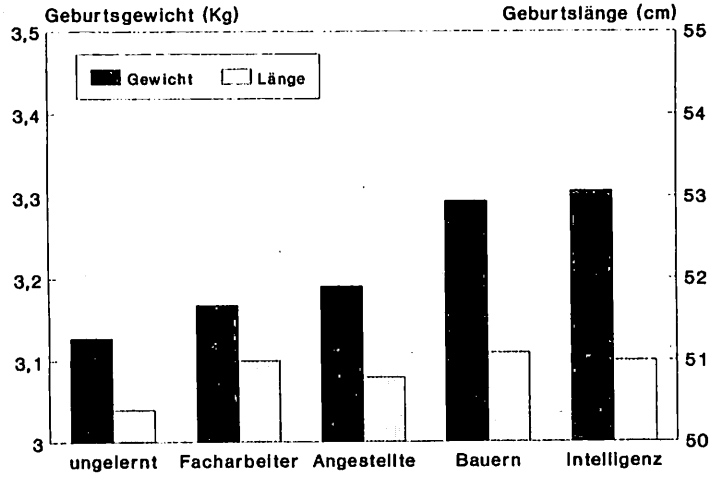
Quelle: WHO-Daten (1989)

Abbildung 3: Entwicklung der ferneren Lebenserwartung 45jähriger Männer - DDR und BRD 1970-1987



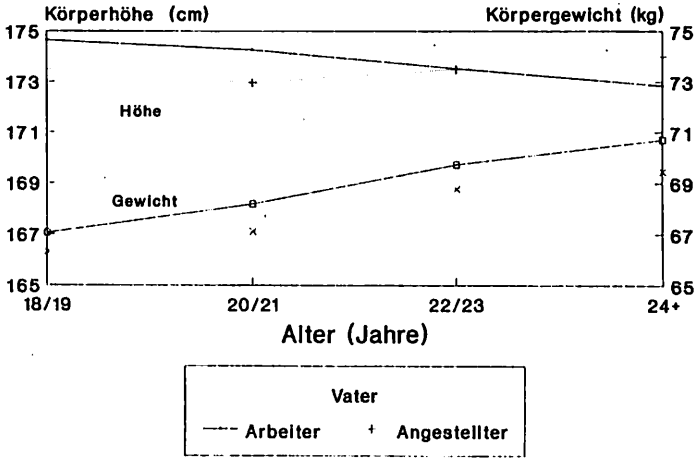
Quelle: WHO-Daten (1989)

Abbildung 4: Gewicht und Länge von Neugeborenen nach sozialer Herkunft



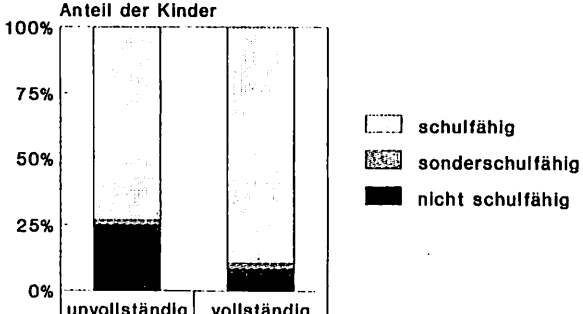
Quelle: Koch (1956)

Abbildung 5: Körperhöhe und Körpergewicht männlicher Studenten nach sozialer Herkunft



Quelle: nach Schwenzer (1959) gemittelte Werte

Abbildung 6: Schulfähigkeit aus ärztlicher Sicht bei sechsjährigen Kindern aus unterschiedlichen Familien

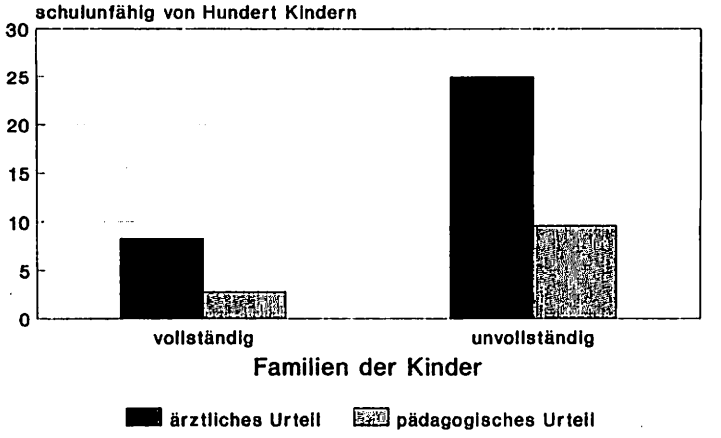


	unvollständig	vollständig
schulfähig	38	161
sonderschulfähig	1	4
nicht schulfähig	13	15

Familie der Kinder

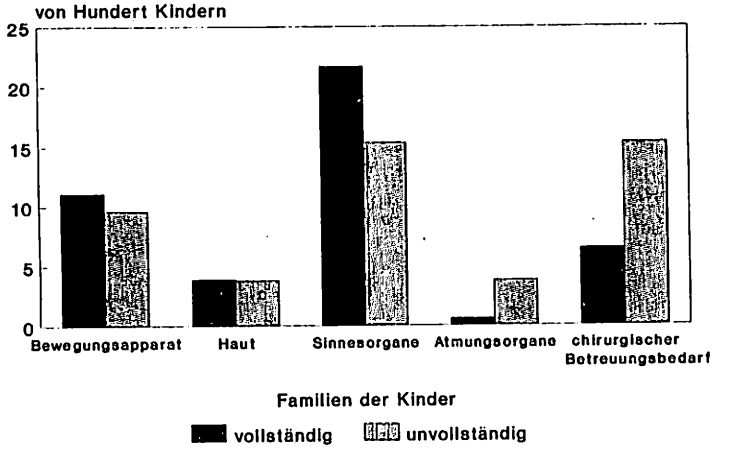
Quelle: nach Effenberger (1980)

Abbildung 7: Beurteilung der Schulfähigkeit durch den Jugendgesundheitsschutz sowie den Direktor der Schule



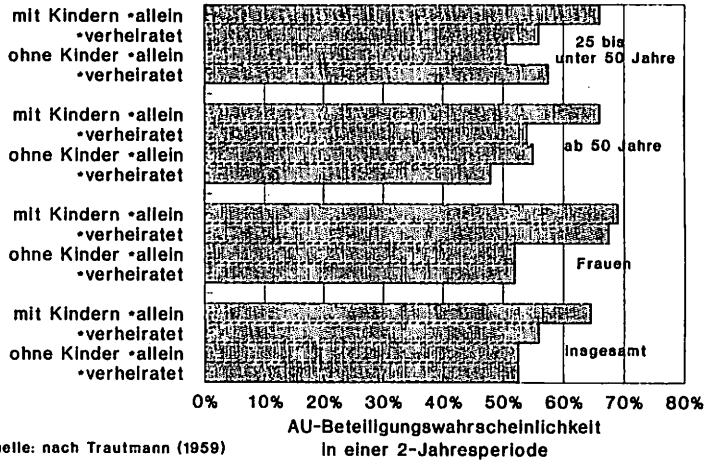
Quelle: nach Effenberger (1980)

Abbildung 8: Häufigkeit dokumentierter Organbefunde



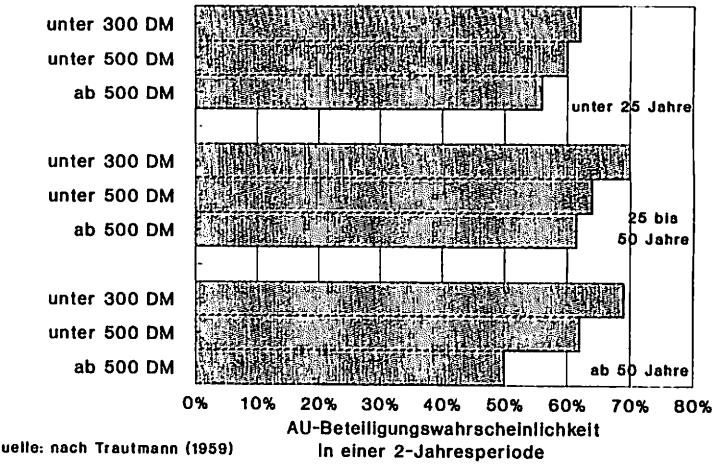
Quelle: nach Effenberger (1980)

Abbildung 9: AU-Beteiligung und Familienverhältnisse - für ausgewählte Alters- und Geschlechtsgruppen



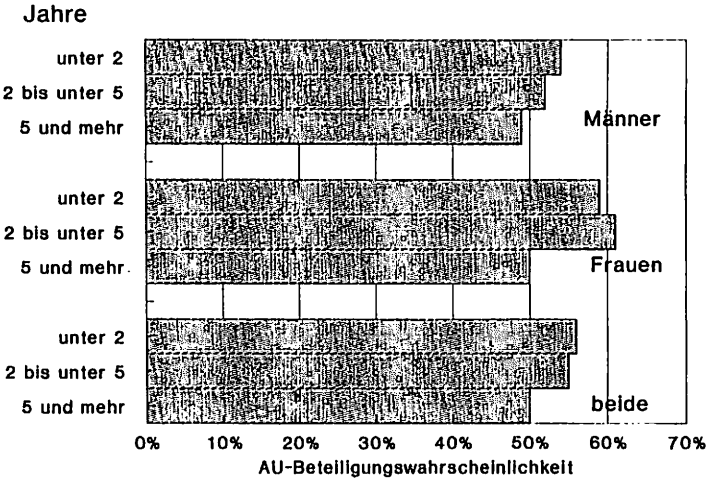
Quelle: nach Trautmann (1959)

Abbildung 10: Beziehungen zwischen AU-Beteiliging und Einkommen



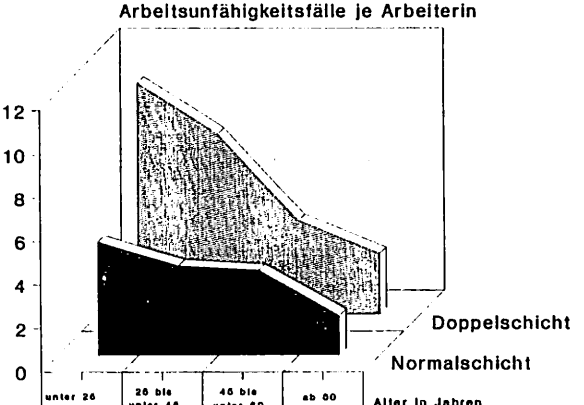
Quelle: nach Trautmann (1959)

Abbildung 11: AU-Beteiligung und Dauer der Betriebszugehörigkeit



Quelle: nach Trautmann (1959)

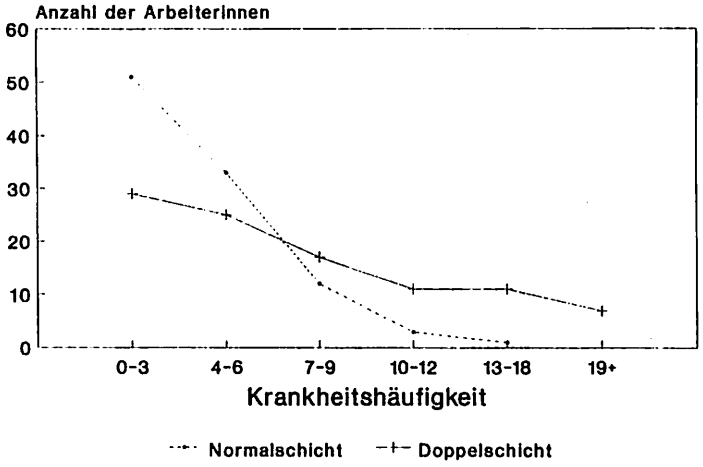
Abbildung 12: Krankheitshäufigkeit von Schichtarbeiterinnen



	unter 26	26 bis unter 46	46 bis unter 60	ab 60
Doppelschicht	10,6	8,3	4,3	2,8
Normalschicht	5,2	4,1	3,9	1,8

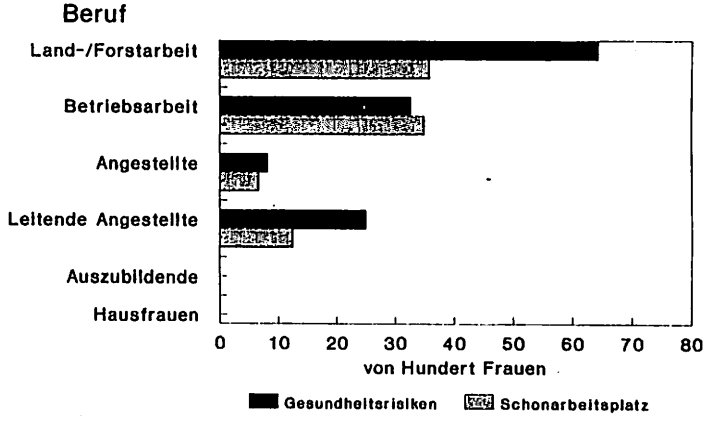
Quelle: nach Lolies (1970)

Abbildung 13: Krankheitshäufigkeit je Arbeiterin im Zeitraum von 3 Jahren



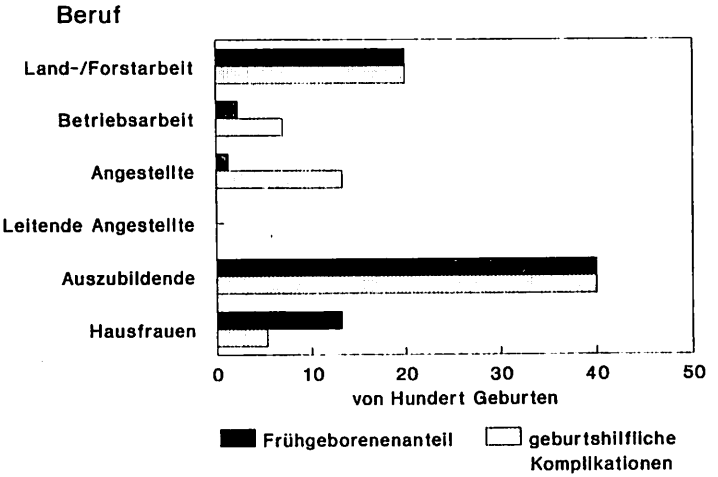
Quelle: nach Lolies (1970)

Abbildung 14: Anteil von Schwangeren mit Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und Anteil von Schonarbeitsplätzen



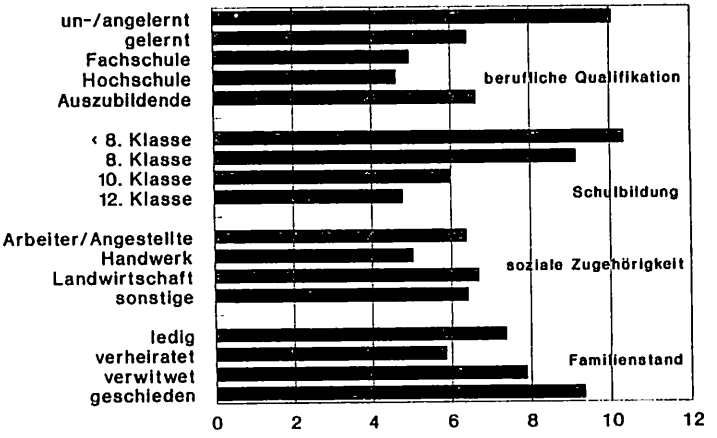
Quelle: nach Hieke (1969)

Abbildung 15: Geburtsverlauf und Beruf



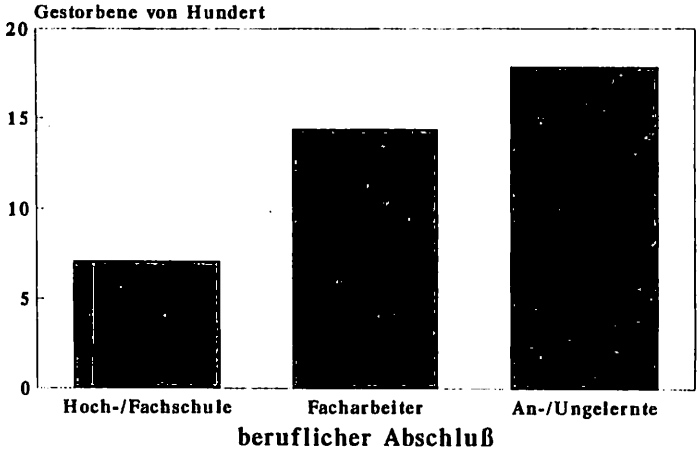
Quelle: nach Hieke (1969)

Abbildung 16: Soziale Differenziertheit der Untergewichtigenrate Lebendgeborener in der DDR - 1982



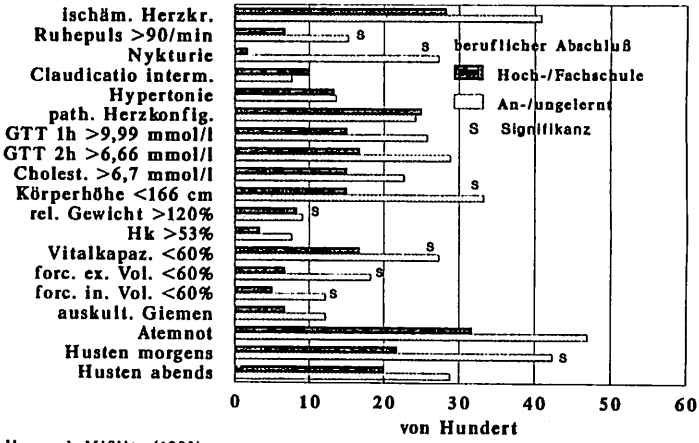
Quelle: nach Schott (1985)

Abbildung 17: Sterblichkeit von Männern zwischen 50.-54. und 60.-64. Lebensjahr nach beruflicher Qualifikation



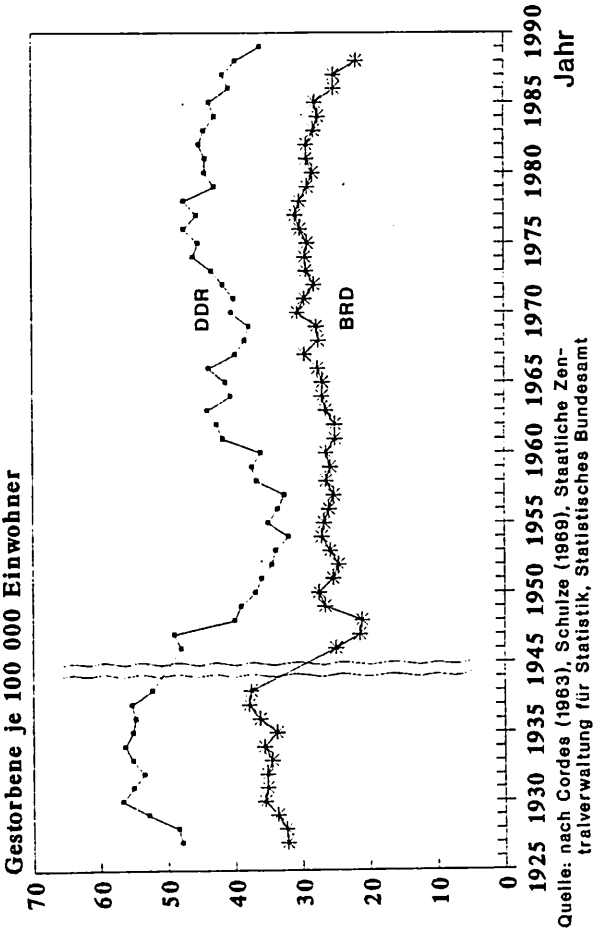
Quelle: nach Mißlitz (1983)

Abbildung 18: Merkmalshäufigkeiten von Männern (55-60 Jahre) einer Großstadtpopulation nach beruflicher Qualifikation



Quelle: nach Mißlitz (1983)

Abbildung 19: Selbsttötungsziffern auf dem Gebiet von DDR und BRD 1927-1989 -Männer-



Quelle: nach Cordes (1983), Schulze (1988), Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Statistisches Bundesamt

Dieter Borgers

Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung

1. Einleitung

Reformbemühungen um das Gesundheitswesen haben sich in den letzten Jahrzehnten auf unterschiedliche Konzepte gestützt. Die Tatsache, daß viele dieser Konzepte nicht von Erfolg gekrönt waren, spricht nur oberflächlich gegen sie; ihr Anliegen bleibt meistens weiter aktuell, auch wenn die Begriffe, die sie benutzten, politisch verbraucht sind. Die Forderung nach einer Gesundheitsberichterstattung ist somit die aktuelle Antwort auf die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung soll eine effektivere Gesundheitspolitik ermöglichen, indem sie, durch empirische Beschreibung und Analyse, Transparenz schafft und so Prioritäten, rationaler und unabhängiger von Standes-, Industrie- und anderen Interessen, durchgesetzt werden können.

Diese Vorstellung ist in Beziehung zum Dunklen, in dem sich gut munkeln läßt, immer richtig, andrerseits hält sich die Macht auch in den noch so grell ausgeleuchteten und empirisch bis in feinste Verästelungen verfolgten Widersprüchen, wenn sie starke Verbündete hat. Die sozialepidemiologische Forschung und Berichterstattung hat in den angelsächsischen Ländern einen hohen Stand, von der aber die Gesundheitspolitik meistens nur relativ berührt wird, wie es das Beispiel des Black-Reports unter der Thatcher-Regierung zeigt und die Gesundheitspolitik der USA seit langem vorführt. Trotzdem bleiben Analyse und Berichterstattung im weiteren Sinne Hausaufgaben der empirischen Wissenschaften, die sich um Probleme des Gesundheitswesens kümmern. Der Reichtum an Empirie, ihre Kontinuität und ihre Verdichtung in offiziellen Gesundheitsberichten ist ihr Erfolgsmaßstab, und an diesem Maßstab gemessen, ist die Situation hierzulande ganz mangelhaft. Dieser Beitrag behandelt die Empirie einer Gesundheitsberichterstattung vorwiegend unter dem Aspekt der sozialepidemiologischen Perspektive, auch wenn zunächst eine allgemeine Bestimmung von dem, was Gesundheitsberichterstattung praktisch sein kann, gegeben wird. Am Beispiel insbesondere des Bereichs »Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Lage« werden dann Entwicklungsperspektiven der traditionellen

Gesundheitsstatistik aufgezeigt, sowie die konkreten Mängel einer einzelnen Statistik (Mortalitätsstatistik) benannt, die als Prüfstein für die Ernsthaftigkeit von Veränderungen und Verbesserungen, in bezug auf die empirischen Grundlagen einer Gesundheitsberichterstattung, gelten können.

2. Zielsetzungen und Aufgaben einer Berichterstattung im Gesundheitswesen

In den letzten fünf Jahren gab es in der Bundesrepublik mehrere Initiativen zur Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung:

Abb.1: Initiativen und Konzeptionen zu einer Gesundheitsberichterstattung

Titel	Träger	Charakterisierung
Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung (Forschungsgruppe Gesundheitsberichtserstattung 1990)	Arbeitsgemeinschaft von Forschungseinrichtungen	Errichtung einer Geschäftsstelle Gesundheitsberichterstattung beim Stat.Bundesamt durch Forschungsinstitute und Bundesinstitutionen
Prioritäre Gesundheitsziele Bewertung (Projektgruppe 1989)	BMJFFG & Bundesärztekammer	Epidemiologisch orientierte Bewertung wichtiger Krankheiten
Gesundheitsberichterstattung der Länder und des ÖGD (Ausschuß 1990)	Landesgesundheitsministerien	Modernisierung des traditionellen Jahresgesundheitsberichtes des ÖGD
Kommunale Gesundheitsberichterstattung	Gesundheitsämter	Vorschläge siehe Schräder 1986, Brand 1989, Thiele 1990
Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen (MAGS 1990)	Landesinstitut, Landesgesundheitsamt	Kontinuierliche und systematisierte Berichtskapitelproduktion für ein Bundesland
Betriebliche Gesundheitsberichterstattung (Stuppart 1990)	Betriebskrankenkassen	Betriebsbezogene Datenerhebung zur Gesundheitsförderung
Enquete-Kommission: Vorschläge für eine sozialepidemiologische Berichterstattung (Enquete-Kommission 1989)		
Sachverständigenrat: Empfehlungen zum Aufbau einer Berichterstattung (Sachverständigenrat 1987, 1989)		

Die programmatischen Zielsetzungen der einzelnen Vorhaben lauteten zwar ähnlich (Erhöhung der Transparenz, Prioritätensetzung, Entscheidungsvorbereitung für die Gesundheitspolitik usw.); praktisch handelte es sich bei den Initiativen aber um kaum vergleichbare Aktivitäten. Während z.B. ein Projekt der Bundesärztekammer eine umfangreiche, kritische Auflistung wichtiger Krankheiten und ihrer Versorgung und Prävention beinhaltete, wurde in einem anderen Projekt versucht, die Statistiken in den Jahresgesundheitsberichten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder zu modernisieren und umfangreicher zu gestalten. Der Bericht einer Gruppe von Forschungsinstituten zu einer Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene beinhaltete hauptsächlich eine Darstellung und Diskussion von Datenquellen und -problemen, sowie den Vorschlag der Einrichtung einer Geschäftsstelle. Die Allgemeinheit des Begriffs Berichterstattung läßt dies alles zu; aber auch die sehr reale Möglichkeit, daß sich erst gar keine auch nur annähernd kohärente Berichterstattungspraxis herausbildet. Daß jetzt alle möglichen, mit statistischen Angaben operierenden Vorhaben und Schriftstücke, als Gesundheitsberichterstattung ausgegeben werden, ist kaum produktiv; es sei denn, man hielte auch eine Rede des Gesundheitsministers für Gesundheitsberichterstattung, was sie ja im weiteren Sinne ist. Die Institutionalisierung einer routinemäßigen Praxis empirischen Berichterstattung und ihre Realisierung in Institutionen und Arbeitsabläufen verlangt eine deutlichere Abgrenzung und konzeptionelle Klärung, so daß eine eigene Ebene entstehen kann, die andere Aktivitäten benutzt, aber nicht zur Voraussetzung hat. Die folgenden Abgrenzungen sind dabei relevant:

Gesundheitsstatistik:

Die Einführung neuer und die Verbesserung alter Gesundheitsstatistiken ist notwendig für eine langfristige Verbesserung der empirischen Grundlagen der Berichterstattung (siehe das Beispiel Mortalitätsstatistik weiter unten); eine empirisch orientierte Berichterstattung ist aber auf jedem Niveau der Datenlage möglich.

Empirische Forschungsvorhaben zu Einzelproblemen:

Die Herausbildung einer routinemäßigen Berichterstattungspraxis benutzt die Ergebnisse einzelner Forschungsvorhaben. Je differenzierter und besser die »Forschungslandschaft« ist, auf desto frucht-

barere Ergebnisse kann die Berichterstattung zurückgreifen. Die Systematik und Routine einer Berichterstattung muß sich aber von empirischen Forschungsvorhaben abgrenzen.

Gesundheitspolitische Programmatik:

Eine empirisch gestützte Gesundheitsberichterstattung kann nicht in Gesundheitsprogrammen und Absichtserklärungen von Verbänden und Ministerien bestehen. Eine entwickelte Berichterstattungspraxis nutzt der sachgerechteren politischen Gestaltung, und diese ist ihr allgemeineres Ziel. Ihre Herausbildung und Legitimation liegt aber auf einer von der Politik zunächst unabhängigen Ebene.

Diesen Abgrenzungen gegenüber anderen Ebenen kann eine positive Bestimmung einer eigenen Berichterstattungspraxis gegenübergestellt werden. Diese Praxis kann ganz unterschiedliche Modi haben, sollte aber folgende Punkte beachten:

Routinemäßige Erstellung von Berichten

Die nach einem Konzept und in Form einer Routinisierung und Institutionalisierung erarbeiteten Berichte sind essentiell für die Herausbildung einer Berichterstattungspraxis.

Bestimmung des Berichterstattungsobjektes

Die Themen der Berichterstattung werden aufgrund ihrer Relevanz bestimmt und werden primär nicht vom Vorhandensein von Statistiken abgeleitet. Das Objekt der Berichterstattung sind reale Entwicklungen, die empirisch beschrieben und interpretiert werden können. Der Umfang und die Systematik von Themen, ihre Aufteilung, die Tiefe der empirischen Darstellung, die Interpretation usw. werden von den jeweiligen Umständen abhängen und können in der Berichterstattungspraxis einzelner Bereiche und Träger unterschiedlich sein.

Empirische Fundierung und Quellen der Berichterstattung

Die empirischen Quellen der Berichterstattung können nicht auf amtliche oder andere Gesundheitsstatistiken beschränkt bleiben. Das empirische Material sollte sich aus allen geeigneten und zugänglichen Quellen speisen: Forschungsvorhaben, Verwaltungsunterlagen usw. Die kritische Würdigung der Aussagekraft von Empirie und ihre Interpretierbarkeit kann nur konkret und fachlich

vorgenommen werden. »Amtliche« Statistiken sind dabei nicht anders zu sehen als andere Daten. Die Berichterstattung sollte langfristig zu Verbesserungen der Datenquellen führen und auf Lücken und Mängel hinweisen. Andererseits sollten gerade auch solche Bereiche abgehandelt werden, bei denen die Datenlage schlecht aber das Thema relevant ist.

Legitimation

Die Legitimation einer Berichterstattung beruht auf ihrer Qualität. Eine formale Unabhängigkeit von unmittelbaren Interessen ist zwar wichtig, aber keine unbedingte Voraussetzung. Eine Berichterstattung durch Institutionen führt allerdings leicht zu den üblichen Geschäfts- und Jahresberichten. Die Eigenständigkeit und Identität, und damit ihre Bedeutung, wächst mit einer möglichst unabhängigen Institutionalisierung, die auf der allgemeinsten Ebene, durch wissenschaftliche Institutionen und formal unabhängige Experten, hergestellt wird. Als Vorbild kann hier die Berichterstattungspraxis in anderen gesellschaftlichen Bereichen, wie zum Beispiel im Bildungswesen oder in der Wirtschaft dienen; die Berichterstattung der großen Wirtschaftsforschungsinstitute stellt z.B. kontinuierlich Analysen zur Verfügung, die sowohl die Entwicklung einzelner Sektoren und Branchen, als auch die Gesamtentwicklung transparent machen sollen; sie dient der Wirtschaftspolitik im engeren Sinne und hat die allgemeine Zielsetzung einer Produktion von Wissen und Analyse für alle gesellschaftlichen Interessen. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Ressourcen und Umsätze des Gesundheitswesens fast der gesamten industriellen Produktion entsprechen, wird die nicht vorhandene Berichterstattung im Gesundheitswesen, im Vergleich zur Wirtschaftsberichterstattung, besonders deutlich.

Diese Abgrenzungen und Bestimmungen beinhalten noch keine konkrete Formulierung eines Berichterstattungsmodells nach Träger, Organisationsmodell, Aufbau, Reichweite und empirischer Bearbeitung. Gerade weil ein übergeordnetes Berichterstattungskonzept auf Bundesebene (im Sinne eines nationalen Berichterstattungssystems) erst ganz vage vorliegt und auch auf große politische und praktische Schwierigkeiten stößt, ist es unfruchtbar, auf Vorgaben von oben zu warten. Die unterschiedlichen Institutionen und Träger im Gesundheitswesen können jeweils auf ihre Aufgaben zugeschnittene Berichterstattungen aufbauen. Deren praktische Durchführung könnte sich an den oben genannten Markierungen

orientieren, damit dann eine wirkliche Berichterstattung entsteht und nicht ein Etikettenschwindel. Als nicht nur partikuläres, sondern alle zentralen Bereiche abdeckendes, Anschauungsmaterial für eine Gesundheitsberichterstattung läßt sich der unter diesen Kriterien fertiggestellte Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen verwenden. (MAGS 1990) (Abb.2)

Landesgesundheitsreport Nordrhein-Westfalen

A. Gesundheitliche Lage und Lebensqualität
   - A1. Lebenserwartung und Morbiditätsstruktur
   - A2. Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
   - A3. Morbidität (ausgewählt)
     - Diabetes mellitus
     - Terminales Nierenversagen
     - AIDS
     - Hypertonie
     - Suizid

B. Gesundheitsrisiken
   - B1. Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen
   - B2. Arbeitslosigkeit und Gesundheit
   - B3. Lärm
   - B4. Verkehrsunfälle
   - B5. Gewalt gegen Frauen
   - B6. Gewalt gegen Kinder
   - B7. Rauchen
   - B8. Alkoholmißbrauch
   - B9. Ernährung und Körpergewicht
   - B10. Körperliche Bewegung: Arbeit, Lebensweise, Sport

C. Gesundheitsschutz
   - C1. Arbeitsschutz
   - C2. Erhaltung der Zahngesundheit
   - C3. Selbsthilfegruppen

D. Gesundheitliche Versorgung
   - D1. Struktur der Krankenhausleistungen
   - D2. Ambulante, teilstationäre und komplementäre psychiatrische Versorgung
   - D3. Ambulante medizinische und soziale Pflege
   - D4. Arzneimittelversorgung in der Arztpraxis
   - D5. Krebsnachsorge
   - D6. Steintherapie

E. Einrichtungen im Gesundheitswesen
   - E1. Rettungsdienst
   - E2. Medizinische und soziale Pflegedienste
   - E3. Beratungsdienste für Kranke und Behinderte

F. Berufe und Beschäftigte im Gesundheitswesen
   F1. Berufsgruppen im Gesundheitswesen
   F2. Erwerbstätige in den Einrichtungen des Gesundheitswesens

G. Ausgaben, Finanzierung und Krankenversicherungsschutz
   G1. Ausgaben und Ausgabenträger
   G2. Krankenversicherungsschutz
   G3. Demographische Entwicklung
   G4. Angebotsstruktur
   G5. Finanzierungspotential der gesetzlichen Krankenversicherung
   G6. Beitragsentwicklung und Beitragsgerechtigkeit

3. Theoretische Voraussetzungen einer sozialepidemiologischen Berichterstattung

Nach den vorangegangenen generellen Bestimmungen einer Berichterstattungspraxis soll im folgenden zunächst kurz eine theoretische Begründung für die Relevanz einer sozialepidemiologischen Perspektive in der Berichterstattung gegeben werden. Die Bedeutung sozialer Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten wird heute meistens nicht mehr bestritten. In der konkreten Praxis des Gesundheitswesens werden sie jedoch selten zum Objekt bewußten Handelns. Krankheiten werden mit biologischen oder psychologischen Methoden behandelt, und da sich soziale Faktoren eben nicht am Individuum behandeln oder verhüten lassen, scheinen sie Ärzten oft eher für Sonntagsreden geeignet, als für eine reale Aufgabe. Auch ein auf das Individuum und sein Verhalten ausgerichtetes Präventionskonzept wird soziale Faktoren ebenso wie biologische Gesetzmäßigkeiten als etwas Vorgefundenes und nicht Änderbares akzeptieren. Wenn aber Prävention als eine Aufgabe angesehen wird, die sich die Gestaltung von Lebensbedingungen vornimmt, werden auf dieser Ebene soziale Faktoren zum wichtigsten Objekt. Präventionspolitiken hat es in speziellen engen Feldern gegeben, vorwiegend als personale Prävention durch die Gesundheitsdienste (Früherkennung, Impfung, Beratung). Wenn man sich z.B. die Bedeutung sozialer Faktoren für die Gesundheit und Bewältigung von Gebrechlichkeit bei alten Menschen vor Augen hält und die Politik auf diesem Gebiet mit (zum Beispiel) derjenigen im Bereich Umwelt vergleicht, so ist eine solche allgemeine Politik auf dem ersteren Gebiet fast nicht vorhanden.

Theoretischer Ausgangspunkt einer sozialepidemiologischen Berichterstattung für die Gesundheitspolitik sind die Grundaussagen

der Sozialmedizin, wie sie zum Beispiel von Grotjahn schon 1910 in folgenden vier Punkten zusammengefaßt wurden:

1. Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage.
2. Die sozialen Verhältnisse sind die Träger der Krankheitsbedingungen.
3. Die sozialen Verhältnisse vermitteln die Krankheitsursachen.
4. Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.

Diese allgemeingültigen Aussagen für Volkskrankheiten sind hier noch mit besonderem Blick auf die infektiösen Erkrankungen, insbesondere die Tuberkulose, formuliert. Die Bewältigung des Tuberkuloseproblems – als medizinische und sozialpolitische Aufgabe – konnte nur erfolgreich sein, weil diese Grundsätze beachtet wurden.

Aufgrund des komplexen Verursachungszusammenhangs neigt unser Denken in bezug auf die Krankheitsentstehung zu Vereinfachungen, die den realen Verhältnissen nicht angemessen sind. Aussagen dieser Art sind etwa die, daß Prävention utopisch und nicht möglich sei, daß die Ursachen der meisten Krankheiten nicht bekannt seien oder daß nur die Verhaltensweisen geändert werden müßten, um Herzinfarkte und Krebs zu vermeiden. Der Wert solcher Aussagen ist hinsichtlich ihrer Wissenschaftlichkeit und praktischen Relevanz nicht groß. Wenn heute oft vom Streß als Ursache vieler Krankheiten geredet wird, so hat die Weite dieses Begriffs eine ähnliche Relevanz, wie in Gesellschaften mit Mangel an Nahrung und Lebensnotwendigem der Begriff der Armut als gemeinsame Ursache von Morbidität. Oft wird einer gesellschaftlichen Prävention der Vorwurf gemacht, daß solche unspezifischen Begriffe für spezifische präventive Politiken nicht taugen. Die Allgemeinheit oder Spezifität, mit der soziale Tatbestände definiert werden können, hängt aber von der Qualität und Quantität der empirischen Bearbeitung ab. Je besser die sozialepidemiologische Berichterstattung ausgestaltet ist, desto spezifischer kann eine entsprechende Politik formuliert werden. Dies trifft nicht nur für den Bereich der Prävention zu, sondern auch für die sozialpsychologischen und sozialpolitischen Seiten der Versorgung und Krankenbehandlung.

4. Sozialepidemiologische Berichterstattung in zentralen Bereichen

Die Umsetzung einer sozialepidemiologischen Orientierung der Berichterstattung weist für die zentralen Bereiche (Gesundheitliche Risiken, Gesundheitsschutz und Krankenversorgung, Gesundheitliche Lage der Bevölkerung) unterschiedliche Orientierungen und Schwerpunkte auf. Der folgende Überblick weist auf wichtige Gesichtspunkte hin.

Gesundheitliche Lage

Die Bearbeitung und Darstellung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung nach ihrer sozialen Gliederung ist die traditionelle Aufgabe der Sozialepidemiologie. Z.B. ist die Analyse der Lebenserwartung nach Geschlecht und Jahrgang die Urform einer sozialepidemiologischen Gesundheitsberichterstattung, wobei die Aufteilung nach Männern und Frauen die allgemeinsten sozialen (biologischen) Kategorien darstellt. Eine entwickelte Berichterstattung zu diesem Komplex verlangt nun das Hinabsteigen von diesem allgemeinsten Parameter in die verschiedenen Dimensionen bis zu der Beschreibung einer einzelnen Krankheit bei einer bestimmten Gruppe von Menschen (z.B. Herzinfarkt bei Postboten oder rheumatische Erkrankungen bei Frauen in Büroberufen). Der Differenzierungsgrad einer Gesundheitsberichterstattung in diese Richtung ist grundsätzlich unbegrenzt, muß aber natürlich nach Kriterien von Prioritäten und Ressourcen eingegrenzt werden. Die Bedeutung der Gesundheitsstatistik als empirische Grundlage und die besondere Relevanz der Mortalitätsstatistik für diesen Bereich, wird im folgenden detailliert ausgeführt.

Die traditionelle Gesundheitsstatistik, insbesondere die Mortalitätsstatistik, wird in Ländern wie England, den USA und den skandinavischen Ländern für eine epidemiologische Beschreibung und Analyse verwendet. Die Weiterentwicklung der statistischen Systeme sieht sich aber mit einigen konzeptionellen Schwierigkeiten konfrontiert, die eine einfache Ausweitung und, mit Computern leicht mögliche, Ausdifferenzierung als nicht sinnvoll erscheinen lassen. Die Notwendigkeit der Entwicklung einer Berichterstattung als eigene Ebene jenseits von Gesundheitsstatistik,läßt sich auch auf diesem Hintergrund der historischen Entwicklung der Gesundheitsstatistik und ihrer aktuellen Entwicklungsmöglichkeiten begründen.

Die im historischen Maßstab zu sehenden Fortschritte haben zu einer Situation geführt, die ein hohes Alter nicht mehr zur Ausnahme macht und bei der die allgemeine Lebenserwartung in einigen Ländern 80 Jahre erreicht. Verbunden hiermit ist auch eine allgemeine Ratlosigkeit darüber, was an zusätzlichen gesundheitsstatistischen Instrumentarien und Erhebungen durchzuführen ist. Reichen nicht die hergebrachten Vitalstatistiken (Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, Todesursachen), verbunden mit einer angemessenen Leistungsstatistik des Gesundheitswesens (von der Bettenanzahl über Patienten,Operationszahlen und Ärzte pro Einwohner usw.) aus? Natürlich kann man die Verteilung jeder biologischen Größe vom Cholesterinspiegel bis zur Fußgröße in statistischen Erhebungen, entweder der ganzen Bevölkerung oder in Stichproben erheben, aber zu wessen Nutzen? Hier ist ein konzeptionell neues Denken notwendig und der Grund dafür liegt natürlich auch darin, daß die alten Vitalstatistiken zusätzlich historisch an Bedeutung verlieren. Wenn die Säuglingsterblichkeit den Stand von 5/1000 erreicht hat, sagt dies zwar historisch sehr viel aus, aber die Gesellschaft braucht dann zusätzlich andere Parameter, so ähnlich wie die Bedeutung der aktuellen Fälle von Cholera, Pocken und Pest hauptsächlich in der Vergangenheit liegt. Eine aussterbende Krankheitsstatistik ist immer ein gutes Zeichen und doch stellt sich das Problem auf neuer Stufe wieder: mehrere Tausend Menschen unter 60 Jahren mit Dialyse sind z.B. ein sehr relevantes Phänomen und ihre Zu- oder Abnahme sollte beobachtet und untersucht werden. Mit welchen Kategorien läßt sich hier eine Orientierung gewinnen? Ohne Kriterien versinkt man sofort in dem Phänomen, daß Krankheiten allgegenwärtig sind und sich alles registrieren läßt. Besonders beim Lesen medizinischer Zeitschriften populärer aber auch wissenschaftlicher Genres hat man den Eindruck, daß es nur noch wenig gesunde Menschen gibt: 30 % haben Bluthochdruck, 25 % der Frauen im mittleren Lebensalter haben Depression, 15 % haben eine vergrößerte Schilddrüse, 10 % der Männer haben Zeichen einer chronischen Bronchitis, 20 % älterer Menschen haben einen erhöhten Augeninnendruck (Glaukom) und fast 100 % der Kinder haben schlechte Zähne. Das letzte Beispiel vedeutlicht anschaulich das Problem solcher Angaben: sie sind von Definitionen abhängig, und da der Übergang von gesund zu krank oft ein Kontinuum ist, läßt sich, je nach Definition, die Häufigkeit ohne schlechte Absicht manipulieren. Das Interesse des Fachmanns wird natürlich immer dahin gehen, in der öffentlichen Darstellung seine Krankheit

besonders zu betonen. Die Flut solcher Angaben in dem Meer von Krankheiten läßt Gesundheitspolitiker verständlicherweise zurückschrecken, wenn es um mehr Registrierung und Überwachung dieses Panoptikums geht. Kerr L. White, der eine bekannte und aufschlußreiche Studie zu Behandlungsformen und Krankheiten in verschiedenen Ländern durchführte, schrieb: »Ein Beobachter der medizinischen Szene bemerkte, daß Krankheiten hauptsächlich im Gehirn von Ärzten existieren; solange diese keinen Namen gefunden haben, gibt es sie auch nicht. Abhängig davon, wen der Gesundheitspolitiker fragt, gibt es zwischen 17 und 10000 von Benennungen für die Gesundheitsprobleme der Menschheit.« (White 1985) Diese Namen sind volkstümlicher oder wissenschaftlicher Art; es sind Symptome und Beschwerden; Chromosomenschäden oder Fehlfunktionen von Organen; Behinderungen oder einfach ungesundes Verhalten; es sind Unfälle, Vergiftungen und Aborte oder auch nur der in der Weltliteratur nur einmal beschriebene Fall einer seltenen Krankheit.

Das in einer weiterreichenden Perspektive große Problem jeder, auf das medizinische System aufbauenden, Gesundheitsstatistik ist das Phänomen, daß je dichter die Versorgung wird und auch je mehr die Statistik detailliert geführt wird, irgendwie immer mehr Leute krank zu sein scheinen. Für den Erfolgs- und Effektivitätsaspekt erscheint das kontraproduktiv, weil man ja naiverweise das Umgekehrte erwarten würde. Dies ist der Grund dafür, daß für Sozialmediziner und Epidemiologen, die an den Grundfragen der Morbiditätsentwicklung interessiert sind, solche Versorgungsstatistiken oft relativ uninteressant scheinen. Sie fordern daher Maßzahlen der wahren Morbidität. Mit dieser wichtigen und berechtigten Forderung begibt man sich aber auf ein Gebiet, das primär wissenschaftlich-theoretischer Natur ist.

Die Morbiditätsentwicklung aufgrund von Krankheitszählungen zu beurteilen, ist ein relativ schwierigeres Problem. Gemessen an der Lebenserwartung verbessert sich der Gesundheitszustand; redet uns also die Medizin Krankheiten ein, die wir gar nicht haben, oder werden wir trotz (oder gerade wegen) zunehmender Lebenserwartung kränker. Niehoff (1985) formulierte diese Problematik folgendermaßen: »In der menschlichen Geschichte erscheint die sukzessive Höherentwicklung der Gesundheitslage u.a. in einer schrittweisen Veränderung des Umfangs, der Verteilung und der Struktur von Krankenmengen und Todesursachen. Hierbei verlieren tendenziell die das Sterbegeschehen begleitenden Diagnosen für die weitere

Veränderung der Gesundheitslage an Bedeutung, während das Leben begleitende Krankheiten auch für den aktiven Gesundheitsschutz an Bedeutung gewinnen.« Gerade weil wir länger leben, nehmen Krankheiten zu. Diese Zunahme ist real und nicht nur ein Problem des diagnostischen Fetischismus von Ärzten. Sie ist auch nicht Folge mangelnder Auslese, wie das mal geglaubt wurde, sondern ein notwendiger positiv zu bewertender historischer Prozeß. Daß mit Zunahme der diagnostischen Möglichkeiten und mit der höheren Sensibilität der Bevölkerung, die Zahl von Krankheitsdiagnosen zunehmen muß ist auch evident. Aber welche Krankheiten sollen wie registriert, in ihrer Häufigkeitsentwicklung beobachtet und wie soll eine Zu- oder Abnahme bewertet werden?

Am einfachsten fängt man mit den schweren, zum Tode führenden, Krankheiten an (Krebs, Herzinfarkt, Hirnschlag, Nierenversagen, Rheuma, Diabetes usw). Sollen diese vorherrschenden chronischen Krankheiten in eigenen Systemen registriert werden, vielleicht sogar mit Meldepflicht? Für Krebs und Herzinfarkt gibt es regionale Projekte mit eigener Registrierung. (Krebsregister, Herzinfarktregister) aber sollte das auf nationaler Ebene geschehen? Eigene Registriersysteme für alle häufigen und wichtigen Krankheiten sind unnötig und auch kaum durchführbar. Ein viel einfacheres und praktikabeleres Instrument ist eine angemessene Diagnosestatistik des medizinischen Versorgungssystems. Diese ist Mittelpunkt jeder Diskussion über Morbiditätsstatistik. In ihr vermischen sich Elemente der Morbidität mit solchen der Versorgung, im Sinne einer Leistungsstatistik des Gesundheitswesens. Genauso wie man weiß, wie groß die jährliche Autoproduktion ist, sollte man auch über die größeren medizinischen Eingriffe und Prozeduren eine Statistik führen, die auf relevante soziale Gruppen beziehbar ist. Die Auswahl dieser Items reicht von der Zahl der Schritttmacherimplantate ,über die Zahl der Beinamputationen ,bis zur Zahl der Appendektomien. Eine solche Liste nach relevanten Kriterien festzulegen, dann und wann neue Items aufzunehmen und als Statistik zu führen, gäbe uns schon einen erheblichen Einblick und eröffnete Steuerungsmöglichkeiten.

Als Prinzip läßt sich formulieren, daß, außer als Ausnahme (die bekannteste sind die meldepflichtigen Krankheiten), eine solche Statistik im Prozeß der medizinischen Versorgung selbst entstehen muß; sie ist auch Ausdruck einer Dokumentation von Aktivitäten. Jeder Träger eines Teils der medizinischen Versorgung sollte über eine solche Basisstatistik verfügen, die in eine nationale Gesund-

heitsberichterstattung eingehen kann. Die Breite dieses Feldes umspannt so verschiedene Bereiche wie Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, das Rote Kreuz, das öffentliche Gesundheitswesen oder die arbeitsmedizinische Versorgung. Wenn es sich dabei um Institutionen handelt, die nicht an personalen Gesundheitsdiensten teilnehmen, werden diese Statistiken ganz zu Leistungsstatistiken wie z.B. verkaufte Medikamente, installierte Geräte usw. Es kommt bei dieser Morbiditäts- und Leistungsstatistik gar nicht so sehr darauf an, ob nun dieses oder jenes Item auch darin vertreten ist, sondern wichtig ist vielmehr das ordnende Prinzip, welches die Zusammenfassung und konsistente Darstellung ermöglicht. Dieses Feld nach Prioritäten zu ordnen und zu entwickeln ist für die ambulante und stationäre Morbidität die zentrale Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr konzeptioneller Beitrag und ihre praktischen Schritte stehen noch aus; ihr aktueller Beitrag in diesem Feld wird sich auch an ihren historischen Verdiensten um die Gesundheitsstatisik messen. Die schon Ende der 20er Jahre konzeptionell und praktisch an ihrem Ende angekommene Gesundheitsstatistik hatte in der DDR ihr preußisches Erbe vollendet, während in der Bundesrepublik der Stand gewahrt wurde, mit der Addition von etwas Computer. Ein konzeptionell richtig gefüllter Begriff von Gesundheitsberichterstattung kann auch die Gesundheitstatistik aus ihrer, ja richtigen, Umklammerung durch Datenschutz und Datenfriedhof-Kritik befreien.

Gesundheitliche Risiken

Gesundheitliche Risiken der natürlichen, technischen und sozialen Umwelt müssen im Sinne der Prävention gemindert werden. Da die meisten dieser Risiken nur im Ausnahmefall sofort beseitigt werden können, muß eine langfristige Präventionspolitik wirksam sein, die sich häufig über mehrere Generationen erstrecken kann. Die Aufgaben einer sozialepidemiologischen Berichterstattung, in bezug auf diese Gesundheitsrisiken, bestehen darin, jene Lebensbedingungen und soziale Gruppen zu definieren, bei denen eine besondere Anstrengung und gezielte Maßnahmen zur Prävention notwendig sind. Es geht also nicht nur darum, neue materielle, soziale oder psychologische Gesundheitsrisiken zu erkennen, sondern die Bedeutung dieser Risiken in jenen sozialen Bereichen zu definieren, in denen sie hervorgebracht werden. Dies soll am Beispiel beruflicher Risiken spezifiziert werden.

Stoffliche, psychosoziale und arbeitsorganisatorische Risiken sind wichtige Quellen für Krankheiten und erhöhte Vulnerabilität. Während es hierzu spezifische forschungsorientierte Untersuchungen gibt, existiert keine routinemäßige Berichterstattung über diejenigen Arbeitsplätze, Tätigkeiten und Berufe, bei denen (auch in Kombination) solche Bedingungen vorliegen. Für die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist es z.B. hier wesentlich, jene beruflichen Belastungsfaktoren (und Berufe, in denen sie gehäuft und gemeinsam auftreten) herauszufinden und Verbesserungsmöglichkeiten zu beobachten. Die hier genannten Bereiche ließen sich zwanglos spezifizieren und weiter fortsetzen. Wenn es um praktisch bearbeitete empirische Beispiele geht, wäre man aber hauptsächlich auf Erfahrungen aus anderen Ländern angewiesen, da entsprechende Untersuchungen und Berichterstattungen in der Bundesrepublik kaum vorhanden sind.

Gesundheitsschutz

Das – bei einer hohen Lebenserwartung der Bevölkerung notwendigerweise vorhandene – System der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitsschutzes, bestimmt selbst wesentlich die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit. Das System des Gesundheitsschutzes reicht dabei von kulturellen Normen und Verhaltensweisen bis zu spezifischen Produktionstechniken und zu persönlichem Verhalten (Zähneputzen). Die Entwicklung von Gesundheitsschutzmechamismen auf diesen verschiedenen Ebenen ist unterschiedlich ausgebildet. Wegen des Mangels an sozialepidemiologischer Berichterstattung ist wenig bekannt, wie Gesundheitsschutzpolitiken in verschiedenen Bereichen wirken, welche Effektivität sie haben, welche Veränderungen in der Zukunft notwendig sind und welche neuen Schutzsysteme entwickelt werden müssen. Eine neue Berichterstattung hat sich in den letzten Jahren auf dem Gebiet des Zusammenhanges von Umwelt und Gesundheit entwickelt. Einige der dort gewonnenen Erfahrungen können auf andere Bereiche übertragen werden.

Die Spannbreite präventiver Maßnahmen und Politiken macht eine Bewertung der Relevanz und Praktikabilität oft schwierig. An den beiden Extremen steht dabei auf der einen Seite die in ihrer spezifischen Ätiologie geklärte Krankheit, welche durch eine biomedizinische Präventionsmaßnahme (z.B. Impfung oder eine spezifische Expositionsprophylaxe) verhütet werden kann, und auf der anderen

Seite die Verbesserung und Förderung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch Anhebung des ökonomischen Niveaus, der sozialen Gleichheit und des Wohlbefindens, der Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen usw.

Die Zuordnung der Aktivitäten des Gesundheitsschutzes auf dieser Skala und eine dementsprechende Spezifität oder Breite der Berichterstattung, unter Einbeziehung anderer gesellschaftlicher Felder (Erziehungssystem, Sozialpolitik usw.), ist hier besonders wichtig. Einerseits besteht die Gefahr der Beschränkung auf den professionellen Gesundheitsschutz und andererseits diejenige des zu allgemeinen Rundumschlages unter Einbeziehung aller Lebensbereiche.

Gesundheitsversorgung

Für die Steuerung der Krankenversorgung (ökonomisch, personell, ressourcenmäßig, Technikentwicklung, Anwendung von Methoden) ist dies der wichtigste zu entwickelnde Bereich. Die Gesundheitsversorgung greift ja nicht nur punktuell in das Leben des Menschen ein, sondern wird, in bezug auf ältere Mensche und chronische Krankheiten, ständig in Anspruch genommen und hat so profunde Auswirkungen auf Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und die Lebensweise im allgemeinen. Die personellen und materiellen Ressourcen des Gesundheitswesens bestehen fast ausschließlich in gesundheitlicher Versorgung. Die gesundheitliche Versorgung, als auf Patienten bezogene Praxis, hat jedoch indirekt Auswirkungen auch auf den Bereich gesundheitlicher Risiken und den Gesundheitsschutz. Genau wie das Erziehungssystem über die Vermittlung von Wissen hinaus die gesellschaftliche Praxis in allen anderen Teilbereichen beeinflußt, so beeinflußt die gesundheitliche Versorgung massiv die anderen relevanten Bereiche. Sie muß deshalb daraufhin untersucht werden, inwieweit sie deren Ziele als allgemeine Prinzipien mit beinhaltet, auch wenn die Versorgung im Praktischen unmittelbar auf den zu behandelnden Patienten gerichtet ist. In einem entwickelten System der Gesundheitsversorgung ist zum Beispiel diese selbst (exzessive Diagnostik, Pharmaka) ein wesentliches gesundheitliches Risiko. In vielen Bereichen arbeitet die moderne Medizin auf einem schmalen Grad von Risiko-Nutzen-Abwägung. Ohne eine epidemiologische Berichterstattung, wird leicht jene Grenze überschritten, die dieses Gleichgewicht auf der positiven Seite hält. Die Statistiken der Gesundheitsversorgung sind jedoch

(aus der historischen Entwicklung erklärbar) auf dieses Problem kaum eingestellt.

Neben der Erfassung und Berichterstattung über Krankheiten muß, in einem entwickelten Gesundheitswesen, diejenige von Eingriffen und Prozeduren, insbesondere biomedizinischer und technischer Art, stehen. Dies ist notwendig zum einen für die Steuerung der Anwendung und damit zur Bewertung des Nutzens und um, wie zum Beispiel bei Röntgenaufnahmen, das Gesundheitsrisiko abschätzen zu können. Eine solche Gesundheitsberichterstattung, die vor allem durch die gesetzliche Krankenversicherung durchzuführen wäre (Versorgungsstatistik) existiert nur in unkoordinierter Form. Ein entsprechender Katalog von Prozeduren und Eingriffen reicht von Nierentransplantationen bis zu Herzchirurgie und Organersatz. Selbstverständlich ist, daß für schwerwiegende, aufwendige und teure Untersuchungen und Eingriffe entsprechende Statistiken geführt werden. Im einfachsten Falle betrifft dies zum Beispiel eine Statistik der wichtigsten Operationen und Eingriffe. In weiterentwickelten Systemen läßt sich im Anschluß an solche Systeme ein follow-up organisieren, das gleichzeitig eine Bewertung des Nutzens und der Risiken (Überlebensraten, Nebenwirkungen) ermöglicht.

Wegen der fast monopolartigen Stellung der Pharmaka in der Therapie kommt der Erfassung von Verschreibungsgewohnheiten und Nebenwirkungen besondere Bedeutung zu. Hier hat sich die gesetzliche Krankenversicherung durch den Arzneimittelindex ein modernes Instrument geschaffen. Es könnte als Vorbild für andere Bereiche dienen, insbesondere für den ambulanten Sektor. Inanspruchnahme und Leistungsstruktur werden durch kein sozialmedizinisches Routineinstrument erfaßt. Die in den letzten Jahrzehnten hierzu vorgenommenen Forschungsarbeiten sind nicht in eine routinemäßige Erhebungspraxis umgesetzt worden. Insbesondere wegen der Filter- und Zuweisungsfunktion für Patientenkarrieren wäre eine solche nach sozialen, beruflichen und anderen Merkmalen gegliederte Erhebungsroutine ein wichtiger Beitrag. An sich bietet die jetzt vorhandene detaillierte Diagnose- und Abrechnungsstruktur eine günstige Voraussetzung. Durch ein geeignetes Stichprobeninstrument könnte hier ein ständiger Einblick und ein Feld für spezielle Untersuchungen geschaffen werden. Fast alle Krankenversicherungssysteme haben solche Instrumente zur Beobachtung, Weiterentwicklung und Überwachung der ambulanten Versorgung entwickelt. Diese beruhen zum Teil auf ständigen Erhebungen oder auf speziellen Verwaltungsroutinen, die zugleich auch der Qualitäts- und

Validitätskontrolle dienen. Sie geben gleichzeitig, nach sozialstrukturellen Merkmalen gegliederte, Auskunft über Inanspruchnahme und Patientenkarrieren.

5. Schlußfolgerungen

Dieser Beitrag konnte nicht auf die gesamte Breite und Tiefe sowie die organisatorischen Probleme der Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung eingehen. Er behandelte vielmehr ausgewählte Schwerpunkte:

- die Bestimmung dessen, was eine Berichterstattung im Unterschied zu anderen Aktivitäten ist und
- eine theoretische Begründung und praktische Hinweise für die sozialepidemiologische Dimension der Berichterstattung.

Trotz dieser Spezifizierungen ist Gesundheitsberichterstattung hier noch sehr weit gefaßt, um viele Initiativen unter unterschiedlichen Bedingungen einzuschließen. Dies sollte nicht davon ablenken, daß ein nationales Gesundheitsberichterstattungssystem unter Beteiligung von Forschungsinstituten und Bundesinstitutionen ein eigenes spezifisches Unternehmen ist, das erst noch Profil gewinnen muß.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Dieter Borgers, IDIS, Westerfeldstr. 35-27, W-4800 Bielefeld

Literaturverzeichnis

Ausschuß Gesundheitsberichterstattung der AGLMB, Gesundheitsberichterstattung der Länder. – Konzept, Themen, Pilotbericht. Hamburg: 1989. 154 S.

Borgers, D.; Laaser, U.: Sozialepidemiologische Berichterstattung als Ausgangspunkt systematischer Präventionspolitik. Gutachterliche Stellungnahme für die Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« d. Dt. Bundestages: 1988. 48 S.

Brand, Helmut: Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionalisierte Planung im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 14, Argument-Verlag, Hamburg/Berlin 1989.

Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 4. Juni 1989 – Drucksache 11/310; Deutscher Bundestag, Drucksache 11/3267, 7.11.88. 449 S.

Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. Endbericht Band I - III. Sankt Augustin: Hippe 1990.

Frentzel-Beyme, R.; Jöckel, K.-H.; Laaser, U.; Keil, U.; Schach, E.; Ferber, L.v.: Memorandum zur Verbesserung des Zuganges zu Krankheitsdaten in der Bundesrepublik Deutschland. 1987.

MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Landesgesundheitsreport 1990. Düsseldorf 1990.

Niehoff, J.U.; Schrader, R.R.: Die Gesundheitslage der Weltbevölkerung, in: Umweltmedizin. Argument-Verlag, Hamburg/ Berlin 1985.

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

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

Schräder, W.F.; Diekmann, F.; Neuhaus, R.; Rampelt, J.: Kommunaler Gesundheitsplan – Rahmengliederung. Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser Verlag 1986. S. 88-93.

Stuppardt, R.: Betriebliche Gesundheitsberichterstattung, in: Thiele, W., Trojan, A.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Asgaard, St. Augustin 1990.

Thiele, W., Trojan, A.: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Asgaard, St. Augustin 1990.

White, K.L.: Health surveys: who, why and what?, in: Health Statistics Quarterly 38, S. 2-14, 1985.

Wolfgang Bichmann, Dieter Hampel,
Matthias Güldner und Wolfgang Weber

Die kranken Gesundheitssysteme in der Dritten Welt

1. Einleitung

Gesundheit und Entwicklung stehen in einer direkten Wechselbeziehung. Die simpelste Kausalverknüpfung lautet: die ökonomische Entwicklung schafft die erforderlichen Mittel für bessere Ernährung, bessere Wohn- und Hygieneverhältnisse, bessere Gesundheitsdienste. Hieraus resultiert eine Senkung der Sterblichkeit, mit gravierenden Auswirkungen auf das Bevölkerungswachstum. Die Wechselbeziehungen bestehen jedoch aus um vieles komplizierteren Regelkreissystemen. So kann ökonomisches Wachstum von hohem Bevölkerungswachstum aufgezehrt werden. Andererseits hat der Gesundheitszustand der Bevölkerung Auswirkungen auf ökonomisches Wachstum. (Mills and Gilson 1988, S.13) Die Dialektik von Unterentwicklung der Gesundheitsversorgung und Auswirkungen der Unterentwicklung auf den Gesundheitszustand ist gut dokumentiert (Hughes and Hunter 1970; Navarro 1974; Cumper 1983). Unter dem Eindruck der hohen Prävalenz der »Krankheiten der Armut« in der Dritten Welt haben sich im angloamerikanischen Sprachraum die Fachrichtungen Tropical Public Health und International Community Health herausgebildet. Auch die traditionelle Tropenmedizin in Deutschland hat sich in den letzten Jahren dem Bereich der Gesundheitssystemforschung in der Dritten Welt geöffnet (Bichmann, Diesfeld et al. 1991). In diesem Artikel werden die wichtigsten Erkenntnisse referiert, die Ursachen der Gesundheitsprobleme der Menschen in der Dritten Welt betreffen. Ebenso werden die gegenwärtigen Lösungsstrategien auf internationaler Ebene dargestellt.

Die Länder der Dritten Welt werden seit dreißig Jahren als »Entwicklungsländer« bezeichnet – ein Euphemismus, der zum Ausdruck bringen soll, daß sie sich in einem Durchgangsstadium befänden (Diesfeld 1989, S.9). Als »Entwicklungsländer« wird eine sehr heterogene Ländergruppe bezeichnet, die wirtschaftlich schwach und wenig industrialisiert ist, die sich durch geringes Prokopf-

einkommen, niedere Produktivität und hohe Auslandsabhängigkeit auszeichnet und die dabei erhebliche Infrastrukturprobleme und eine junge Bevölkerungsstruktur mit hohen Zuwachsraten aufweist. Im Vergleich mit den »entwickelten«, mehr oder weniger wohlhabenden Industrieländern, überwiegend im »westlichen« Kulturkreis, sind sie »unterentwickelt«[1]. Der aus der Geschichte der heutigen Industrieländern abgeleitete Entwicklungsbegriff, der Entwicklung mit wirtschaftlichem Wachstum gleichsetzt, ist indessen in den letzten 15 Jahren zunehmend unter Kritik gekommen: der aggressive Raubbau an den vorhandenen natürlichen Ressourcen, der die dynamische Wirtschaftsentwicklung Europas und Nordamerikas in den letzten 150 Jahren ermöglichte, ist aus ökologischer Perspektive langfristig nicht tolerierbar.

Die Ursachen der Unterentwicklung sind überwiegend historisch angelegt. »Entwicklungsländer« blicken fast allesamt auf eine Kolonialvergangenheit zurück, die ihre Wirtschaftsstruktur entscheidend prägte. Sie liegen in der Peripherie des heutigen politischen und ökonomischen Weltsystems (Nolte 1982; Wallerstein 1986). Neben den externen Ursachen der Unterentwicklung erhielten die internen Ursachen lange Zeit nur wenig Beachtung. Hierzu gehören die strukturelle Fehlverteilung vorhandener nationaler Ressourcen, die absolute Armut großer Teile der Bevölkerung (Weltbank 1990) und die ökonomischen Partikularinteressen der Eliten, die nicht mit den Erfordernissen volkswirtschaftlicher Entwicklung konform gehen. Ein Mangel an Demokratie und Partizipation, sowie soziale und politische Unterdrückung charakterisieren die innenpolitische Situation in den meisten Ländern der Dritten Welt.

Aus den Umwälzungen der letzten Jahre in den Staaten des real existierenden Sozialismus gingen in Osteuropa Länder hervor, auf die die Klassifikation »Entwicklungsland« zutrifft und die gleichzeitig attraktivere Standorte für Kapitalinvestitionen darstellen als die Volkswirtschaften der Dritten Welt (Dippe und Herzog 1991). Gleichzeitig sind die Auswirkungen der politischen Veränderungen in den Staaten des ehemaligen Warschauer Pakts in allen unterentwickelten Ländern feststellbar: seit 1988 lösen sich die Einparteiensysteme z.B. in Afrika rasch auf. Dabei handelt es sich keineswegs nur um sozialistische Staaten wie Angola oder Äthiopien, die vom Ausbleiben sowjetischer Budgethilfe betroffen sind. Die Demokratisierungsphänomene betreffen ebenso rechtsgerichtete Einparteiensysteme oder Diktaturen, wie Zaire, Togo, Kamerun und Kenia. Auch in Asien und Lateinamerika lassen sich diese Auswirkungen

mit einer starken Tendenz zur pluralistischen bürgerlichen Demokratie beobachten (vgl. z.B. Polo-Cheva 1991).

2. Die Entwicklung der Gesundheitssysteme in der Dritten Welt am Beispiel Afrikas

Wegen des Facettenreichtums der historischen Entwicklung der Dritten Welt soll hier beispielhaft die Entwicklung auf dem afrikanischen Kontinent dargestellt werden, in der sich die wichtigsten Etappen von Kolonisation und Dekolonisierung wie im Brennglas gebündelt zeigen.

Zwischen Europa, Amerika und Afrika bestanden seit dem 15. Jahrhundert Handelskontakte. Ihre Auswirkungen trugen weniger zur Entwicklung dieses Kontinents als zu seiner Ausplünderung bei. So soll Afrika nach manchen Schätzungen bis zu 100 Millionen Menschen durch den atlantischen und den arabischen Sklavenhandel verloren haben, von welchen etwa 15 bis 20 Millionen in Amerika ankamen (Ki-Zerbo 1979, S.229). Auch bei sehr vorsichtigen Schätzungen wird doch konzediert, daß zumindest die Bevölkerung Westafrikas Mitte des 20. Jahrhunderts ohne den jahrhundertelangen Menschenverlust etwa um ein Viertel größer gewesen wäre (Fage 1969, S.87). Die eigentliche »Entdeckung«, Eroberung, Kolonisierung und Dekolonisation des Kontinents verlief indessen in einer sehr kurzen historischen Phase von nur ca. 150 Jahren. Erst 1884 wurde auf der Berliner Konferenz die territoriale Aufteilung Afrikas unter den europäischen Mächten besiegelt und zwischen 1956 und 1990, mit Schwerpunkt zu Beginn der 60er Jahre, erlangten die Staaten Afrikas ihre Unabhängigkeit.

Westliche Schulmedizin wurde im Zuge der Kolonisierung eingeführt: zunächst zur Versorgung des Militärs und der europäischen Siedler, dann für afrikanische Arbeiter im Dienste der Kolonialmächte bzw. der Pflanzer, und erst etwa ab dem 1. Weltkrieg in breiterem Maße auch für die Gesamtbevölkerung. Die Notwendigkeit der Seuchenbekämpfung spielte neben kolonialen Rechtfertigungsgesichtspunkten eine wesentliche Rolle bei der Förderung der Verbreitung kurativer und präventiver Dienste (Leeson 1974, S.431). In der frühen Kolonialzeit hatte die Einrichtung sogenannter 'Cordons Sanitaires' zur Segregation der einheimischen Bevölkerung ebenso wie die umwelthygienischen Maßnahmen der Brutplatzvernichtung der Malariamücken und der Expositionsprophylaxe durch

entsprechende Kleidung eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gespielt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden dann zunehmend präventivmedizinische Maßnahmen in Form von Impfungen gegen Pocken und Gelbfieber (ca.1927) sowie von Massenbehandlungen bei Schlafkrankheit verfügbar. Am Vorabend der Unabhängigkeit zu Beginn der 60er Jahre gab es in den meisten afrikanischen Ländern ein funktionierendes Seuchenkontrollwesen und rudimentäre Zugangsmöglichkeiten für Krankenbehandlung in Krankenhäusern und Gesundheitsposten, wobei je nach Kolonialmacht unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zu beobachten waren (Diesfeld 1989, S.94). Die Krankenversorgungsdienste waren im allgemeinen gemäß dem Organisationsmodell der jeweiligen Kolonialstaaten aufgebaut. Medizinische Versorgung verlangte Ärzte, paramedizinisches Personal und Hilfspersonal sowie Krankenhäuser und -stationen. Neben staatlichen Gesundheitseinrichtungen spielten Missionen bei der Verbreitung westlicher Medizin eine herausragende Rolle (Good 1991). Beiden Trägern war die Vorstellung gemein, in ein medizinisches Vakuum vorzustoßen.

Die Umgestaltung dieser Strukturen vom Bedarf der Kolonialmächte hin auf den vorhandenen Bedarf der Bevölkerung wurde nur in wenigen Ländern konsequent angegangen. Dort wo dies versucht wurde, wie z.B. in Tanzania, erwiesen sich die überkommenen Strukturen als außerordentlich beständig gegen Änderungen. Tanzania hatte bei Erlangung der Unabhängigkeit 47 staatliche Hospitäler mit über 7.000 Betten, davon zwei in der Hauptstadt. Mehr als ein Viertel des medizinischen Personals, ein Fünftel des staatlichen Gesundheitsbudgets und ein Sechstel der Betten der Regierungskrankenhäuser kamen der Hauptstadt zugute. Um eine qualitative Breitenwirkung der verfügbaren medizinischen Versorgung zu erzielen, führte das Land 1971 neue Berufsgruppen für die Gesundheitsarbeit in den Dispensaries und Rural Health Centres ein und befreite sich vom ausschließlich arztorientierten Modell der Basisgesundheitsversorgung. Bedarfsplanung und Koordinierung mit den existierenden Einrichtungen der privaten (Missions-)Institutionen stellten weitere Neuerungen der Gesundheitspolitik dar (Bichmann, Hartog et al. 1977, S.182 ff.). Innerhalb von 10 Jahren wurde dann die Zahl des auf dem Lande benötigten Gesundheitspersonals durch Einführung neuer Berufsbilder verdreifacht und eine konsequente Dezentralisierung im Gesundheitsbereich erreicht (Joó 1990, S. 62). Trotz vieler Kritik am tanzanischen Entwicklungsweg hatte daher

1983 die Hälfte der Bevölkerung Zugang zu sauberem Trinkwasser, für je 5000 Menschen stand eine Gesundheitseinrichtung zur Verfügung und 50-60 % der Kinder wurden regelmäßig geimpft, was im Vergleich mit anderen afrikanischen Ländern ein gutes Ergebnis ist.

Traditionelle Gesundheitssysteme

Selbstverständlich existierte Krankenversorgung in afrikanischen Gesellschaften bereits vor der Kolonisierung. Ärzte und Heilkundige erwarben ihr Wissen im Lehrer-Schüler-Verhältnis und gaben es auch so weiter. Die Herausbildung regionaler medizinischer Traditionen war kaum erfolgt. Hingegen existieren bis heute eine Fülle unterschiedlicher Spezialisten für Teilaspekte der Medizin: Herbalisten, Knochenrichter, Gesundbeter, Fetischeure, Heilpraktiker mit Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten, Hebammen, usw (Bichmann 1984). Die traditionalen medizinischen Experten können auch funktional in Diagnostiker und Therapeuten differenziert werden (Hinderling 1981, S.257 ff.).

Diese Fragmentierung war ein Grund, der die Nichtberücksichtigung bestehender medizinischer Versorgungsformen bei der Ausgestaltung der Gesundheitsdienste förderte[2]. Der andere Grund liegt in der Unterschiedlichkeit der Krankheitsbegriffe: die westliche Medizin richtet sich auf biologisch-physiologische Kausalverknüpfungen aus und ist nicht in der Lage, den breiter angelegten und im traditionalen Vorstellungsbereich in Afrika verbreiteten Begriff des Schicksals, der biologische und religiöse Aspekte des Weltbilds integriert, anzuerkennen (Pfleiderer und Bichmann 1985, S. 215). Dementsprechend wurde die traditionale Heilkunde meist als Quacksalberei, Zauberei und Hexerei abqualifiziert und in der Zeit vor 1970 ihre Ausübung offiziell weitgehend verboten.

Die Vernachlässigung der bestehenden traditionalen Medizinsysteme hat aber Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Da das traditionale Medizinsystem Teil der Kultur ist, prägt es auch die Krankheitsvorstellungen und Empfindungen, das sogenannte 'Laienverständnis' der Patienten, die sich im System des »medizinischen Pluralismus« (Leslie 1980; Sommerfeld 1987) bewegen. In der Folge kommt es zu Mißverständnissen und »Übersetzungsproblemen« bei der Kommunikation zwischen Therapeuten des modernen schulmedizinischen Systems und Patienten. Darüber hinaus sind auch die einheimischen Vertreter des modernen schulmedizinischen Systems in einem Konflikt zwischen dem in der

Sozialisation aufgenommenen kulturellen Gesundheitsverständnis und dem durch die Ausbildung vermittelten medizinischen Modell befangen (Lux 1990).

Öffentliches Gesundheitswesen nach der Unabhängigkeit

Die unabhängigen, jungen Staaten Afrikas übernahmen unhinterfragt das von den Kolonialstaaten hinterlassene Modell der Gesundheitsversorgung. Die neuen Eliten, zum großen Teil im westlichen Ausland ausgebildet, forcierten zumeist kritiklos die »Modernisierung« und so setzte in den 60er Jahren unterstützt von westlicher »Entwicklungshilfe« ein Boom beim Bau von Gesundheitsstationen, Krankenhäusern und medizinischen Ausbildungsinstitutionen westlichen Typs ein. Ausbildungsgänge, die – ohne Äquivalenz im westlichen Ausland – von Kolonialverwaltungen eingeführt worden waren (z.B. die dreijährige Kurzausbildung von »Médecins Africains« in Dakar) wurden eingestellt, präventive Dienste der Seuchenbekämpfung und Umwelthygiene wurden vernachlässigt: Ziel war die Kopie des westlichen Modells.

Ökonomische Betrachtungen spielten damals keine Rolle. Die Gesundheitsbudgets afrikanischer Staaten lagen mit um die 9 % am Staatshaushalt (im Vergleich zu heute ca. 3 bis 5 %) erfreulich hoch (WHO/AFRO 1974, S. 64) und die Krankenversorgung war – in Übernahme des kolonialen Rechtfertigungsprinzips der Staatsmacht – kostenlos.

Die rasche Expansion der Gesundheitsdienste führte im Laufe der 70er Jahre zu einem kontinuierlichen Ansteigen der Personalkosten, die in vielen Ländern zu Ende der 70er Jahre 70 bis 90 % der Gesundheitsausgaben umfaßten, während gleichzeitig die Qualität der Dienstleistungen mit zunehmendem Mangel an Ausstattungsgütern, Verbrauchsmaterialien und Medikamenten abnahm – nicht zuletzt beschleunigt durch verbesserten Zugang und steigende Nachfrage der Bevölkerung.

Im nicht-staatlichen Gesundheitssektor spielten in Afrika die kirchlichen bzw. Missionskrankenhäuser die wesentliche Rolle. Teilweise wurde ihre Integration in die staatliche Bedarfs- und Versorgungsplanung angestrebt: in vielen Ländern entstand aber auch eine Situation unfruchtbarer Konkurrenz des öffentlichen mit dem karitativen Sektor. Die Rolle des privatwirtschaftlichen Sektors beschränkte sich in den meisten Ländern – abgesehen von den Praktikern der traditionellen Medizin – bis Anfang der 80er Jahre

überwiegend auf Kliniken und Praxen für die zahlungskräftige Oberschicht in den Städten. Nur in den Ländern des blühenden Privatkapitalismus, wie Nigeria oder Kenia, wucherte die privatwirtschaftliche medizinische Versorgung bereits frühzeitig.

Primary Health Care

Schon zu Beginn der 70er Jahre waren die Fehlentwicklungen und deren Folgewirkungen für Beobachter deutlich. Die WHO hatte 1973 eine Studie in Auftrag gegeben (Djukanovic and Mach 1975), die die strukturellen und organisatorischen Schwachstellen der Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern untersuchte. In verschiedenen Projekten kirchlicher Institutionen war mit alternativen Organisationsformen der Gesundheitsversorgung unter aktiver Einbeziehung der Gemeinden experimentiert worden (Newell 1975). Die Beispiele rascher Ausweitung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung in der VR China (Rifkin 1973) und der durchgreifenden Verbesserung gängiger Gesundheitszustandsindikatoren in Cuba (Navarro 1972) machten die potentiellen Chancen und Möglichkeiten der Reorganisation der Gesundheitssektoren in Entwicklungsländern deutlich.

Unter dem Titel »Primary Health Care« (PHC) wurde ein Modell der Basisgesundheitsversorgung propagiert, das umfassend und nicht nur im engeren Sinne medizinisch ausgerichtet ist (WHO 1978) und das auf den wesentlichen Prinzipien der soziokulturellen Angemessenheit, der sozialen Gerechtigkeit (Equity), der Gemeinwesenbeteiligung (CP) und der inter-sektoralen Koordination aufbaut. Dieses Konzept der Gesundheitsversorgung wurde 1978 auf der internationalen Konferenz über PHC in Alma Ata von den Mitgliedsstaaten der WHO proklamiert und in der Folge in den meisten Ländern implementiert.

Die Umsetzung der PHC-Philosophie erfolgte allerdings in den verschiedenen Ländern sehr ungleichzeitig und mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. War im ursprünglichen Modell primärer Gesundheitspflege ein umfassendes, holistisches Konzept angelegt, so wurde es bei der flächendeckenden technischen Durchführung in der Regel auf eine »selektive Intervention« reduziert und generalstabsmäßig »top-down« implementiert (Rifkin and Walt 1986). Besonders die Fokusierung der Gesundheitsprogramme auf die »vulnerablen Gruppen« der Mütter und Kleinkinder trug zu dieser Fehlentwicklung bei. Verschiedene »vertikale« Gesundheits-

programme mit Ausrichtung jeweils auf unterschiedliche Krankheitskomplexe wurden in der Folge ab Anfang der 80er Jahre international finanziert und durchgeführt:

- Das Expanded Programme on Immunisation (EPI) hat zum Ziel die Säuglinge im ersten Lebensjahr gegen Polio, Diphterie, Keuchhusten, Tetanus, Masern und mit BCG-Impfstoff zu immunisieren. Es trug zur Senkung der Sterblichkeit der Säuglinge und Kleinkinder bei.
- Spezielle Programme zur Kontrolle respiratorischer Infektionen und Durchfallserkrankungen bei Kleinkindern förderten die Frühbehandlung potentiell tödlicher Infektionskrankheiten.
- Das von UNICEF im Rahmen der »child survival revolution« lancierte GOBI-FFF Programm[3] propagierte Gewichtskontrolle von Kleinkindern, orale Rehydratation, Stillen, Impfung, Familienplanung, Frauenbildung und Bereitstellung von Zusatzernährung (Görgen, Tautz et al. 1986, S.56 ff.).
- Im Rahmen der »internationalen Wasserdekade« (1980 bis 1990) wurde insbesondere im urbanen Raum der Zugang zu sauberem Trinkwasser durch öffentliche Zapfstellen und Hausanschlüsse verbessert.
- Spezielle Kontrollprogramme gegen endemische Krankheiten wie Onchozercose, Bilharziose, Tbc, Lepra und Malaria wurden eingerichtet oder intensiviert.

Zweifellos hatten diese Programme für sich allein jeweils Erfolge aufzuweisen. Vernachlässigt wurde aber ihre Integration auf der Ebene der peripheren Gesundheitsdienste, die in diese Programmaktivitäten eingebunden sind. Die Gesundheitsdienste wurden dadurch zum Teil von ihrer Aufgabe der kurativen und präventiven Gesundheitsversorgung losgelöst und zu reinen Programmdurchführungsinstanzen.

Auch die Qualität der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern zeigte immer deutlichere Mängel (Roemer and Montoya-Aguilar 1988):

- Die Trends der Verringerung der Säuglingssterblichkeit, die über lange Jahre beobachtet worden waren, kehrten sich in mehr als 20 Ländern um (Grant 1987, zit.n. King 1990).
- Das Problem der immens hohen Müttersterblichkeit in Entwicklungsländern blieb bis Ende der 80er Jahre ungelöst.
- Familienplanungsmaßnahmen im Rahmen der Mutter-Kind-Versorgung gerieten unter zunehmenden Druck von seiten der katholischen Kirche.

- Die PHC-Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und der Partizipation der Betroffenen wurden in den meisten Staaten nur zögerlich in Angriff genommen (Oakley 1989; WHO 1991).

Die so zunehmend deutlich werdende Notwendigkeit von Strukturreformen in nationalen Gesundheitssystemen wurde schließlich 1987 in Harare durch die internationale Propagierung des District Health System-Konzepts in Angriff genommen, das die Fehlentwicklungen bei der Umsetzung des PHC-Ansatzes in den ersten 10 Jahren seit Alma Ata überwinden könnte. Als prioritäre Bereiche, in welchen eine Reorganisation der Distriktgesundheitssysteme erforderlich ist, wurden benannt: Organisation, Planung und Management; Finanzierung und Ressourcenverwendung; Intersektorale Aktion; Gemeindebeteiligung sowie Personalentwicklung (WHO 1988).

3. Das aktuelle Problem: Finanzierung des Gesundheitssektors

Aus der Tatsache, daß das öffentliche Gesundheitswesen voll aus dem Staatshaushalt finanziert wurde, ohne daß hierfür ausreichend Einnahmequellen vorhanden waren, resultierten gravierende Finanzierungsprobleme. Die wesentlichen Staatseinnahmen beruhen auf indirekten Steuern, Importzöllen und Abgaben auf Rohstoffexporte, während Einnahmen aus direkten Steuern relativ gering sind und mangels monetärem Einkommen der Masse der zumeist ländlichen Bevölkerung auch nur schlecht realisierbar waren. Unter den sozialen Sektoren war der Ausbau des Erziehungssektors angesichts einer sich zunehmend verjüngenden Bevölkerungsstruktur vordringlich. Außerdem war in fast allen Staaten im Laufe der 80er Jahre eine enorme Zunahme der Ausgaben für Rüstungsgüter zu beobachten. Die relativen Anteile der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt afrikanischer Staaten nahmen daher und insbesondere im Zuge der Verschuldungskrise kontinuierlich ab, bis auf Werte um 5 % zu Beginn der 90er Jahre. Hinzu kommende Folgekosten von in der Vergangenheit getätigten Investitionen im Gesundheitsbereich als zusätzliche Belastungen der Gesundheitshaushalte führten zu der Situation, daß sich im Laufe der 80er Jahre immer weniger Staaten in der Lage sahen, das Prinzip der kostenlosen Krankenbehandlung und Medikamentenversorgung aufrecht zu erhalten.

Auf Kosten der kleineren, insbesondere auch der ländlichen Gesundheitseinrichtungen wurde die Funktionsfähigkeit zentraler

Krankenhäuser mühsam aufrecht erhalten. Krankenversicherungssysteme, sofern sie überhaupt existieren, schließen auf jeden Fall nicht die breite Masse der bäuerlichen Bevölkerung ein. Der absolute Mangel an finanziellen Ressourcen führte bereits zu Anfang der 80er Jahre dazu, daß in vielen nationalen Universitäts- und Zentralkrankenhäusern Afrikas eine Kostenabwälzung auf den individuellen Patienten stattfand.

Es wurde zur Regel, daß Notfallpatienten nur dann behandelt werden, wenn ihre Angehörigen per Rezept verordnete Materialien wie Handschuhe, Kompressen, Nahtmaterial, Infusionssets und Medikamente in den wie Pilze aus dem Boden schießenden privaten Apotheken beschaffen konnten. Der Nachschub an essentiellen Verbrauchsmaterialien für die medizinischen Dienste ist vielerorts ebenso zusammengebrochen wie der Medikamentenimport durch zumeist mit Importmonopol ausgestattete staatliche Apothekenorganisationen. So waren in verschiedenen endemischen Malariagebieten monatelang die essentiellen Arzneimittel Chloroquin und Acetylsalicylsäure nicht oder nur auf dem Schwarzmarkt erhältlich. Während in vielen Ländern das staatliche Medikamentenimportmonopol recht rasch gelockert wurde, was auch privaten Geschäftsinteressen einflußreicher Persönlichkeiten des Gesundheitssektors zugute kam, blieb die Entwicklung von sozial verträglichen Tarifstrukturen der Gesundheitseinrichtungen in den häufig zentralistisch geprägten staatlichen Finanzverwaltungen afrikanischer Länder ein zum großen Teil bis heute nicht zufriedenstellend gelöster Problembereich.

In den auf französische Rechts- und Verwaltungsstrukturen gegründeten francophonen Staaten Afrikas müssen beispielsweise Einnahmen staatlicher Einrichtungen an die nationale Finanzbehörde überwiesen werden. Eine direkte Verwendung zum Ausgleich fehlender oder unzureichender Budgetzuweisungen ist illegal. Die naheliegende Möglichkeit der Kostenbeteiligung der Patienten über Konsultationsgebühren und der Verwendung der resultierenden Einnahmen für Beschaffung etwa von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln, Brennstoffen (Petroleum) oder auch zur Bezahlung lokal rekrutierten Personals, ist daher vom Prinzip her illegal. In einer Reihe von Ländern (Senegal, Benin, Kamerun) wird dies dadurch versucht zu umgehen, daß nicht der Gesundheitsdienst, sondern eine Gemeinde als rechtlicher Träger der Gebührenerhebung auftritt. In anderen Ländern (Burkina Faso) wurden mit ministeriellen Erlässen Ausnahmeregelungen zugelassen.

Cost Recovery: Lösungsmöglichkeiten der Kostensteigerung im Gesundheitssektor der Dritten Welt?

Sinkende staatliche Ausgaben für Gesundheit und Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich machen die Finanzierung von Gesundheitsdiensten in vielen Ländern zunehmend schwieriger. Einsparungen sind häufig nur sehr begrenzt möglich: da Entlassungen im öffentlichen Dienst aus politischen Gründen oft unmöglich sind, machen heute schon Gehälter für Gesundheitspersonal in vielen Ländern Afrikas 80 % und mehr des Gesundheitsbudgets aus. Dagegen wird versucht, z.B. bei Medikamenten Einsparungen zu erzielen (in vielen Ländern sind in den 80er Jahren Medikamentenbudgets halbiert worden).

Überraschenderweise sind die Ausgaben privater Haushalte für Gesundheit auch in Ländern mit »freier« medizinischer Versorgung z.T. recht hoch. Es wird geschätzt, daß in den ärmeren Ländern Schwarzafrikas auf private Haushalte bereits mehr als 50 % der Gesamtausgaben für Gesundheit entfallen (Korte et al. 1990). Da in vielen Gesundheitseinrichtungen Medikamente nur sporadisch, wenn überhaupt, vorhanden sind, müssen Patienten in der Regel diese in lokalen Apotheken oder auf lokalen Märkten, häufig unter fragwürdigen Bedingungen, von zweifelhafter Qualität und zu überhöhten Preisen selbst kaufen. Hohe Ausgaben privater Haushalte können weiterhin entstehen bei der Inanspruchnahme lokaler Heiler und traditioneller Medizin, häufig als Ersatz für nicht-funktionierende staatliche Dienste. Dies wird häufig als Hinweis darauf verstanden, daß die Bevölkerung »willens und in der Lage« ist, einen größeren Anteil an den Kosten des Gesundheitssystems zu übernehmen und somit zu einer Verbesserung der Finanzierungsbasis der öffentlichen Gesundheitsdienste beizutragen.

Es ist von daher verschiedentlich versucht worden über die (schrittweise) Einführung von Gebühren in staatlichen Gesundheitsdiensten einen Teil von dessen Kosten zu decken (»cost recovery«). Damit folgen diese Dienste außerdem einer Praxis, die schon lange von nicht-staatlichen oder kirchlichen Gesundheitsdiensten verfolgt wird: gerade die Missionskrankenhäuser haben immer schon für ihre (in der Regel den staatlichen Hospitälern qualitativ weit überlegenen) Dienste z.T. erhebliche Gebühren verlangt und trotzdem nie über Mangel an Patienten zu klagen gehabt. Es scheint daher, daß in vielen Ländern Patienten bereit sind, für gute Versorgung auch zu bezahlen.

Welche und wie viele Patienten sind jedoch auch in der Lage, im Krankheitsfall zu bezahlen? (Hoare and Mills 1986; Musgrove 1986) Und wenn ja, für welche Art von Maßnahmen? Verschiedentlich wurde davor gewarnt, daß die Einführung von Gebühren in Gesundheitseinrichtungen vor allem die Armen von der Nutzung ausschließen würde, und wenn – wie in vielen Ländern – Gebühren zwar in kleinen ländlichen Gesundheitszentren erhoben werden, städtische Krankenhäuser aber weiterhin umsonst behandeln, die sowieso bestehende Benachteiligung der ländlichen Bevölkerung verstärkt würde.

Studien zeigen (vgl. Janovsky 1988 zu Ghana, in: WHO 1988) wie nach Einführung von Gebühren die Nutzung staatlicher Gesundheitseinrichtungen drastisch absinkt (Abb.1). Während sie sich jedoch im demonstrierten Fall im städtischen Bereich nach einiger Zeit erholt und etwa wieder das Niveau der Zeit freier Versorgung erreicht (Hinweis auf die in städtischen Gebieten vorhandene Kaufkraft und verfügbare Bareinkommen), fehlt dieser Erholungseffekt in ländlichen Gesundheitseinrichtungen. Die Nutzung bleibt dauerhaft niedrig.

In manchen Ländern können über Nutzergebühren, so zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, selbst bei sinkender Nutzung etwa 15 % der laufenden Kosten der Dienste erwirtschaftet werden (Abel-Smith 1986). Dies erscheint gering und den politischen Aufwand und die politischen Gefahren nicht wert, die mit der Einführung von Gebühren verbunden sein können (freie soziale Dienste sind häufig in den politischen Programmen der post-kolonialen Regierungen festgeschrieben, politische Unruhen werden befürchtet, oppositionelle »pressure groups« vor allem im städtischen Bereich können großen Einfluß haben und politisches Kapital aus solch unpopulären Maßnahmen schlagen).

Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die zeigen, daß die Einführung von Gebühren positive Auswirkungen auf Verfügbarkeit und Qualität der Dienste haben können. Im ländlichen Ruanda geben Haushalte nur 1-3 % ihres Gesamteinkommens für Gesundheitsdienste aus (bezogen auf das Bareinkommen sind dies 5-15 %) (Kanji 1989). Trotzdem waren Patienten hier bereit, sogar höhere Gebühren in Kauf zu nehmen, falls damit weiterhin eine gute Behandlung und ausreichende Medikamentenversorgung sichergestellt würde. Die kirchlichen Gesundheitseinrichtungen können hier zeigen, wie über die Erhebung von Gebühren kostengünstige Gesundheitsdienste realisiert werden können und trotzdem die ärmeren Teile der

Bevölkerung nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Missionshospitäler erwirtschaften in Ruanda rund 30 % ihrer laufenden Kosten über Gebühren. Für ärmere Patienten und z.B. Vorsorgedienste gelten dabei geringere Gebühren oder Gebührenfreiheit. Unterstützungsfonds, die vom Träger oder lokalen Gruppen unterhalten werden, können in Notlagesituationen Kredite für Krankenhauskosten oder die Kosten selbst übernehmen.

Kirchliche Gesundheitseinrichtungen beziehen ihre Medikamente in der Regel über hervorragend organisierte internationale Medikamenteneinkaufs- und -verteilungsorganisationen, Quellen, die staatlichen Einrichtungen nicht offenstehen. Eine solchermaßen gesicherte Medikamentenversorgung ist häufig so attraktiv, daß selbst Patienten aus wohlhabenderen Schichten der Bevölkerung diese Dienste den staatlichen oder den wenigen verfügbaren privaten Diensten vorziehen, was natürlich die durchschnittliche Kaufkraft der Klientel erhöht.

Die Wichtigkeit einer geregelten Medikamentenversorgung (und den katastrophalen Medikamentenmangel in vielen staatlichen Gesundheitseinrichtungen) nahm UNICEF zum Anlaß, um ein Konzept der Finanzierung (Beteiligung der Bevölkerung an der Finanzierung) von Gesundheitseinrichtung zu entwickeln. Die (nach dem Konferenzort der ersten Vorstellung des Konzepts) so genannte »Bamako-Initiative«, die besonders für die armen Länder Schwarzafrikas entwickelt wurde, basiert auf der Idee, den Betrieb peripherer Gesundheitseinrichtungen vor allem über Erlöse aus dem Verkauf von Medikamenten zu finanzieren (Knippenberg, Levy-Bruhl et al. 1990). UNICEF, die Weltbank, die African Development Bank sowie eine Reihe internationaler Entwicklungshilfeorganisationen haben dazu einen Fonds von rund 200 Mio. US$ gebildet, aus dem das Startkapital für lokale Medikamentenfonds finanziert wird. In einer ersten Phase (1989-93) wird das Konzept derzeit in einer Reihe von Ländern getestet.

Die Bamako-Initiative ist verschiedentlich kritisiert worden. So hat eine Weltbank-Studie in Kenya gezeigt, daß 40 % der armen Bevölkerung von der Versorgung ausgeschlossen wurden, als die Gesundheitsdienste anfingen, Gebühren zu erheben. Wenn die gesamten Dienste über den Medikamentenverkauf finanziert werden sollten, müßten die Abgabepreise für Medikamente das 4-6 fache des Einkaufspreises betragen, für viele Nutzer prohibitiv teuer. Häufig werden (kostenlose) präventive Programme (wie Impfungen und Schwangerenvorsorge) aus Anlaß eines Behandlungsbesuchs in

Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen. Die Abdeckung durch die so wichtigen präventiven Programme könnte also bei hohen Kosten für kurative Behandlungen ebenfalls sinken.

Medikamente müssen mit Devisen auf den internationalen Märkten eingekauft werden. Medikament werden in den Gesundheitseinrichtungen jedoch gegen lokale Währung abgegeben. Es ist unklar, woher die armen Länder die Devisen nehmen werden, um das Programm dauerhaft zu unterhalten. Solche und andere Fragen, so argumentieren die Kritiker, müßten geklärt werden, bevor das Konzept über mehrere afrikanische Länder hinweg eingeführt würde (Health Action International, 1989).

Eine Finanzierungsbeteiligung der Nutzer von Gesundheitseinrichtungen kann auch auf anderen Wegen erreicht werden: z.B. über den Aufbau von Versicherungssystemen, die Nutzung lokaler Resourcen oder die Bildung von lokalen Fonds zur Finanzierung von Personal, Betrieb und Unterhalt von Gesundheitseinrichtungen. Versicherungssysteme sind verschiedentlich in solchen Entwicklungsländern implementiert worden, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung in regelmäßigen Beschäftigungsverhältnissen steht. In den Ländern Schwarzafrikas sind jedoch im Schnitt weniger als 10 % der Bevölkerung im »formalen« Sektor beschäftigt. Zentralisierte Krankenversicherungssysteme vom Zuschnitt der Industrieländer sind hier nicht zu verwirklichen. Dezentralisierte Systeme sind jedoch verschiedentlich mit Erfolg eingeführt worden: im Kasongo District, Zaire, zahlen Patienten einen Festbetrag für medizinische Behandlung in den örtlichen Gesundheitszentren von umgerechnet 7 DM pro Krankheit, gleich ob es sich um eine kurzdauernde akute oder eine langdauernde chronische Krankheit handelt. Der eingezahlte Betrag deckt die Medikamentenkosten und außerdem einen Teil der Betriebskosten der Gesundheitseinrichtung. Patienten, die nur geringe Kosten verursachen, finanzieren auf diese Weise kostspielige Dauerbehandlungen von Patienten mit chronischen Krankheiten mit: ein Beispiel für »risk sharing«.

Das seit einigen Jahren bestehende »Health Card Project« in Thailand verkauft jeweils zu Beginn eines Jahres Versicherungsausweise (die Health Cards) an interessierte Einzelpersonen und Familien. Mit der »Blue Card« zum Preis von umgerechnet 6 DM bekommt eine Frau medizinische Versorgung für sich und ihre Kinder (einschließlich Geburtshilfe) für ein Jahr. Die »Green Card« für den dreifachen Betrag ermöglicht einer Familie mit bis zu fünf Mitgliedern ein Jahr lang kostenlose und bevorzugte Behandlung (für

maximal 6 Krankheitsepisoden). Auf der Dorfebene wurden Kommittees gegründet, die die Karten ausgeben, die Gebühren erheben und neue Nutzer werben (Korte, Richter et al. 1990).

Das System hat heute einen durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von rund 34 % ereicht, wobei die »Green Card«, die Familienkarte, den höchsten Deckungsgrad erreicht. Durch den engen Kontakt zu anderen Dorfentwicklungsaktivitäten über die lokalen Selbstverwaltungskommittees hat es aber auch weitergehende Wirkungen gezeigt: in einigen Gegenden sind auf der Basis der Health Card Fonds beispielsweise Genossenschaften entstanden, und in anderen Dörfern hat das Programm über Kurse in Selbstverwaltung und Management den Aufbau lokaler Gruppen im Bereich der Erwachsenenbildung gefördert.

Kostenbeteiligung der Nutzer muß also nicht das einzige, oft nicht einmal das primäre Ziel von Ansätzen dieser Art sein. Vielmehr kann es oft genauso darum gehen, die lokale Bevölkerung in Aufbau und Betrieb örtlicher Gesundheitseinrichtungen mit einzubeziehen und so ein besseres Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Dienste zu ereichen.

4. Politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der Dritten Welt

Die politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen am Beispiel Afrikas

Die Betrachtung der politischen Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme zeigt, daß die Gründe für die in den achtziger Jahren voll zu Tage getretene Krise der postkolonialen Entwicklung in Afrika bereits in der Modernisierungsphase der sechziger und siebziger Jahre angelegt waren.

Wesentliches Hinderniss für eine nach heutigem Verständnis dauerhafte Entwicklung waren die aus der Dekolonisierung hervorgegangenen politischen Systeme und Staatsformen selbst. Die nach der Unabhängigkeit in zivilen oder militärischen Einparteiensystemen regierenden bürokratisch autoritären (O'Donnel 1973) Staatsklassen unterschieden sich in den sozialistischen, kapitalistischen und gemischtwirtschaftlichen afrikanischen Staaten hinsichtlich ihres mangelnden Demokratieverständnisses und der fehlenden Bereitschaft zu aktiver Partizipation der Bevölkerung kaum. Pluralismus,

Mehrparteiendemokratie oder direkte Partizipation auf dem »Grassroots-Level« wurden von den herrschenden Eliten in den instabilen Verhältnissen der Phase des »Nation-Building« als Bedrohung und Entwicklungshemmnis angesehen (Nuscheler und Ziemer 1980, S.100). Mangel an Demokratisierung sowie Marginalisierung der Menschen war ebenso wie Arroganz und Korruption der herrschenden Eliten ein Charakteristikum des afrikanischen Entwicklungsprozesses der letzten Jahrzehnte. Der Generalsekretär der UN Wirtschaftskommission für Afrika (ECA), Adebayo Adedeji, faßte die nachteiligen Auswirkungen vor kurzem in einem Interview wie folgt zusammen: »Nicht alle afrikanischen Staaten sind korrupt und nicht alle korrupten Staaten liegen in Afrika, aber in einer unterentwickelten Gesellschaft verschärft verbreitete Korruption die Krise« (FR 1991).

Die durch regionale Separationsbestrebungen, Tribalismus und Grenzkonflikte bedrohte territoriale Intergrität der in der Kolonialzeit willkürlich zusammengeflickten Staatengebilde führte ebenfalls zu einem Ausbau von Unterdrückungsapparaten und Militärpotentialen. Kontroll- und Ordnungsfunktionen des Staates wurde der Vorzug gegenüber einem System von »checks and balances« durch offene und aktive Bedürfnisartikualition der Bevölkerung gegeben.

Die kooptierende Aufblähung der Staatsapparate wirkte sich zudem hemmend auf die Dauerhaftigkeit und Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme aus. Immer größere Anteile der Gesundheitshaushalte mußten für Gehälter aufgebracht werden. Nicht selten wurden diese Gehälter von den Empfängern im gemeinsamen Verständnis mit den Gebern als »Stillhalteprämien« oder Kompensation für nicht gewährten politschen Einfluß interpretiert und nicht als Entlohnung für tatsächlich geleistete Arbeit der Staatsdiener.

Auf diesem politischen Hintergrund bewegte sich Afrika sehenden Auges in die durch makroökonomische und interne sozioökonomische Faktoren ausgelöste Strukturkrise der achtziger Jahre (Tetzlaff 1990, S.118-119). Ein 1989 veröffentlichter Weltbank-Bericht (IBRD 1989) nennt sechs zentrale endogene und drei exogene Faktoren für die »afrikanische Krise«:

Endogene Faktoren:

- geringes landwirtschaftliches Wachstum (jährlich minus 1 % von 1960-1990),
- rückläufige Industrieproduktion,
- sinkende Investitionen für Gesundheit und Bildung,
- Verfall von Infrastrukturen aller Art,

- Versagen der Steuerungsaufgabe von Staat und Partei,
- Vergeudung von öffentlichen Geldern und volkswirtschaftlichen Ressourcen.

Exogene Faktoren:

- Dramatischer Rückgang der Rohstoffpreise für Agrarprodukte und Bodenschätze,
- Behinderung der afrikanischen Ausfuhren durch protektionistische Maßnahmen,
- von außen verursachte Unfähigkeit aus der Schuldenkrise entkommen zu können.

In gegenseitigem Wechselspiel mit den sozioökonomischen Faktoren trugen ungebremstes Bevölkerungswachstum, ökologische Verwüstungen und militärische Konflikte zum Zusammenbruch der postkolonialen Entwicklungsmodelle bei. Ständig sich ausbreitende Wüsten und landwirtschaftlich nicht mehr nutzbare Flächen, vor allem durch Brennholzeinschlag, Überweidung und extensive Landwirtschaft hervorgerufen, trieben die stetig über durchschnittlich 3 % pro Jahr anwachsende Bevölkerung in immer schwerer zu versorgende und zu kontrollierende Migrantenströme. Bürgerkriege in vielen Teilen Afrikas (Angola, Äthiopien, Sudan, Mocambique, Liberia u.a.) manifestierten darüber hinaus die permanenten Legitimationsprobleme der autoritären Systeme sozialistischer und pro-westlicher Provenienz.

Die in der von ihnen selbst verschuldeten Krise mit untergegangenen oder untergehenden politischen Modellen – sei es der »afrikanische Sozialismus« Tansanias, der »wissenschaftliche Sozialismus« Äthiopiens, Angolas und Mocambiques, der »Marxismus-Leninismus« Bénins, oder die pro-westlichen Diktaturen in Kamerun, Togo, Liberia oder Kenia – bietet Afrika allerdings auch eine Chance zur Selbstbesinnung und zur Neuorientierung.

Neue Finanzierungsmodelle für die bankrotten staatlichen Subsysteme mit privater Beteiligung könnten die Lethargie des öffentlichen Sektors überwinden helfen. Neue, aus gesellschaftlichen Kompromissen – wie in Angola – hervorgegangene politische Bündnisse könnten auf lange Sicht ein Ende der ressourcenverschwendenden Machtkämpfe bedeuten oder – wie in Namibia – durch demokratische Wahlen sich zumindest vorläufig für eine der beteiligten Seiten entscheiden.

Obwohl der Schlüssel zur politischen Stabilisierung bei den Afrikanern selbst liegt, trägt das Ausland durch die Vorgaben (und Auflagen) der multinationalen Organisationen, aber auch durch die nach

wie vor existierende Vorbildfunktion gegenüber den in den Industrieländern ausgebildeten afrikanischen Eliten, eine große Verantwortung. Die häufig in der Diskussion stehenden Schwankungen und Defizite der bilateralen Entwicklungshilfe dürften allerdings bei der afrikanischen Strukturkrise weder negativ noch positiv besonders ins Gewicht fallen.

Auswirkungen der Restrukturierungsauflagen des IWF auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung

In Folge der weltweiten Rezession seit Ende der 70er Jahre verringerte sich das Wirtschaftswachstum besonders in den ärmeren schwarzafrikanischen Ländern sowie in den Staaten, die nach der Unabhängigkeit vor allem durch Export-Orientierung ein gewisse Entwicklung ihrer Wirtschaft erreicht hatten (Nigeria) (WHO 1989). Während das Bruttosozialprodukt in Entwicklungsländern insgesamt zwischen 1973 und 1980 im Durchschnitt noch mit 3,3 % jährlich gewachsen war, ging es zwischen 1981 und 1983 jährlich im Durchschnitt um 0,7 % zurück und in Afrika südlich der Sahara sogar um jährlich 5 % (WHO 1986). Im Jahre 1983 waren in den meisten afrikanischen Ländern die Pro-Kopf-Einkommen auf den Stand von 1970 zurückgefallen.

Sinkende Einnahmen der Regierungen führten zu drastisch reduzierten Ausgaben vor allem im sozialen Sektor. Anhaltende politische Instabilität der nach-kolonialen Regime, Kriege und ökologische Katastrophen, wie die anhaltenden Dürreperioden im Sahel, verschlimmerten die Situation in vielen afrikanischen Staaten.

Nach Auffassung der internationalen Kreditinstitutionen – und allen voran des IWF – war als Folge der Rezession mit dauerhaften, tiefgreifenden Veränderungen der Weltwirtschaft zu rechnen. Es reichte daher nicht wie in vorhergegangenen Rezessionen, einfach die Phase niedrigen oder negativen Wirtschaftswachstums zu überstehen, sondern Länder – Industrieländer wie Entwicklungsländer – sollten sich durch Anpassung ihrer Wirtschaftsstruktur (structural adjustment) auf die zu erwartenden neuen Bedingungen der Weltwirtschaft in den 90er Jahren einstellen: auf weiter fallende Preise für traditionelle Rohstoffe, steigende Preise für importierte Industriegüter und Energieträger sowie eine weitere anhaltende Verschlechterung der Handelsbilanzen der Entwicklungsländer.

Viele Entwicklungsländer fanden sich sowieso schon in einer schlechten Verhandlungsposition: die in den 60er und 70er Jahren

angehäuften massiven Schulden sowohl bei Banken der Industrieländer wie bei den internationalen Kreditinstituten führten dazu, daß Schuldendienste einen immer größeren Anteil der Staatseinnahmen verschlangen. Wo Rückzahlungen reduziert oder eingestellt wurden, wurde es den Ländern unmöglich, neue günstige Kredite zur Finanzierung des Ausbau der eigenen Wirtschaft und der sozialen Bereiche zu bekommen. Die meisten Länder hatten keine Chance als sich dem Diktat des IWF zu beugen (Anyinam 1989). Versuche zu einer Neuorientierung der internationalen Handelsbeziehungen zu kommen waren im Ansatz gescheitert.

Die Rezepte für »structural adjustment« waren und sind einfach: Im Sinne eines »short, sharp shock«

- Reduzierung des Budgetdefizits durch drastische Einsparungen im öffentlichen Sektor;
- Umlenkung von Investitionen von »nicht-produktiven« Bereichen (Gesundheit, Erziehung) in den industriellen und landwirtschaftlichen Sektor (Aufgabe von langfristigen Investitionen zugunsten von kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur Exportsteigerung);
- Öffnung der Wirtschaft durch Abbau von Import- und Exporthindernissen und Abbau von Subventionen in allen Bereichen;
- Reform öffentliche Institutionen in Richtung auf Marktorientierung und Verbesserung der Effizienz.

Als Folge dieser Politik sanken – wie vorherzusehen war – vor allem die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich in den ärmeren Ländern zum Teil drastisch (Tab.1) (Cornia, Jolly et al. 1987).

Einige lateinamerikanische Länder waren jedoch in der Lage, trotz negativen Wirtschaftswachstums ihre Ausgaben im Gesundheitsbereich zu steigern (Abel-Smith 1986). Insgesamt hatte der Rückgang der Ausgaben im staatlichen Gesundheitssektor jedoch verheerende Folgen besonders für die von vornherein unterprivilegierten Gebiete. In einigen ländlichen Gebieten Tanzanias gingen die Budgets der lokalen Gesundheitsdienste zwischen 1980 von durchschnittlich 28,5 Sh. pro Kopf der Bevölkerung auf 12,4 Sh. zurück (Waddington, Bedri Kello et al. 1989) (vgl. Abb. 2).

UNICEF beobachtete die Folgen der »structural adjustment«-Politik und beschrieb ihre negativen Folgen: Zunehmen der absoluten Dauerarmut in großen Teilen der Bevölkerung, steigende Arbeitslosigkeit, steigende Preise für Grundnahrungsmittel und steigende Kosten bei Wohnungen, Transport, Bildung, also in Bereichen, in denen vor allem der Wegfall der traditionell erheblichen Subventionen »verheerende Folgen« (Cornia, Jolly et al. 1987) hatte.

Phase, in der eine von außen induzierte Senkung der Sterblichkeit, vor allem im Kindesalter, wegen gleichbleibend schlechter Lebensbedingungen und fehlendem sozialem und gesellschaftlichem Fortschritt nicht von einem Absinken der Geburtenrate begleitet wird, muß – so King – der daraus folgende Bevölkerungszuwachs zwangsläufig zu einer ökologischen und damit auch ökonomischen Katastrophe führen. Nachhaltige Entwicklung, Schonung und Erhaltung der natürlichen und wirtschaftlichen Lebensgrundlagen sei so nicht mehr möglich.

Etwas zu Unrecht wurden diese vor allem die medizinische Ethik (Hippokrates-Eid) provozierenden, aber dennoch realistischen Überlegungen als Aufforderung zur Einstellung medizinisch-kurativer Tätigkeit interpretiert (»Sterben für die Umwelt«, vgl. Bräutigam 1990). Eher schon hätte das Paradoxon »Sterben für das Leben« gegriffen. Jegliche Formeln dieser Art verstellen aber hauptsächlich den Blick auf die notwendige Neuorintierung (nicht nur) medizinischer Entwicklungshilfe.

Die Anwendung des »Sustainability«-Begriffs auf die medizinische Zusammenarbeit mit den Ländern der Dritten Welt, die von King provokativ vorgetragen wurde und daher auch mißverständlich war, sollte vielmehr nüchtern betrachtet folgende Konsequenzen nach sich ziehen:

1. Mit einer Senkung der Sterblichkeit durch vertikale Programme müssen zwingend Maßnahmen zur Reduzierung des Bevölkerungswachstums einhergehen; der Arbeit mit den betroffenen Gruppen wie Jugendlichen, Wanderarbeitern, jungen Familien muß sowohl von der Geberseite (die Weltbank investiert bisher nur etwa 0,4 % ihres Budgets für Familienplanung) als auch von den durchführenden Organisationen Priorität eingeräumt werden.

2. Auf der Basis der Erfahrungen der letzten dreißig Jahre muß die Strategie der Geberseite überprüft werden. In ihren jüngsten Überlegungen fordert die Weltbank (IBRD 1989; IBRD 1990) verstärkte Hilfe zum Aufbau lebensfähiger Strukturen im Gesundheitsbereich: Fähigkeit der zentralen Institutionen zur Programmformulierung und -implementierung, größere Rolle der NGOs und der intersektoralen Zusammenarbeit, Investitionen in das Humankapital, Langfristigkeit und umfassender Charakter von Projekten vor vertikalen »Schnellschußprogrammen«, Vorzug von politischem und institutionellem Wandel gegenüber reinen Finanztransfers, Stärkung der Verantwortung der Familien für die Erhaltung der eigenen Gesundheit, angepasste technologische und (eigen)finanzierbare Lösungen.

Dabei steht immer auch das Verhältnis von externer Hilfe und internen Leistungen zur Diskussion. Neben der WHO- und Weltbankperspektive des stärkeren Eingreifens in interne Strukturen zur Schaffung von nachhaltigen Entwicklungsprozessen und zur (außeninduzierten?) Umsetzung der Primary Health Care-Strategie ist eine andere Variante der Anwendung des »Sustainability«-Begriffes im Gesundheitssektor denkbar. Ausgehend von der soziologisch und kulturell zu untermauernden Grundannahme, daß Entwicklung generell keine Dauerhaftigkeit erreicht, solange der Außenanteil in Zielformulierung, Programmumsetzung und lenkender Arbeitsleistung die Eigeninitiative übersteigt, könnte Hilfe von außen auf bestimmte Funktionen und Sektoren beschränkt werden. So ist unter durchaus progressiv gewendeten Vorzeichen zum Beispiel eine Rückkehr der internationalen Hilfe im Gesundheitswesen auf kostspielige und von den Ländern der Dritten Welt nicht selbst finanzierbare Projekte und Nothilfesituationen denkbar. Finanzielle, technische und strukturelle Hilfe beim Aufbau funktionierender Systeme hingegen sollte unter diesen Prämissen vor allem auf Anforderung von in gesellschaftlicher Selbsttätigkeit durchgeführten internen Entwicklungsprojekten erfolgen.

Die Verleihung des »alternativen Nobelpreises« im Dezember 1990 in Stockholm an Dr. Bernard Ledea Ouedraogo, Gründer der von Burkina Faso ausgehenden und inzwischen über die ganze Region verbreiteten Selbtshilfeorgansisationen NAAM (Burkina Faso) und 'Six S' (überregional) hat hier Zeichen gesetzt. In den inzwischen über tausend NAAM- und 'Six S'-Gruppen schließen sich Dorfgemeinschaften zu einem Netzwerk von 'Entwicklungsprojekten' zusammen, die auf Eigenleistung in Zielformulierung und Durchführung basieren. Rekultivierung von Böden, Bewässerung von landwirtschaftichen Anbauflächen, Vermarktung, Aufbau von einfacher, aber notwendiger Infrastruktur und Dorfentwicklung werden ausschließlich in auf traditionellen Strukturen der Region basierenden Zusammenschlüssen durchgeführt. Auch Hygieneerziehung und Gesundheitsberatung gehören zu den selbstgesteckten Aufgaben der Dorfgemeinschaften. Hilfe von der zentralen Koordinierungsstelle oder gar von außen erfolgt nur in klar umrissenen und von den Gruppen selbst definierten Fällen, in denen Know-How oder Finanzmittel für eine eingegrenzte Problemlösung benötigt werden. NAAM und 'Six S' vermittelt in diesen Fällen Kredite unter kontrollierten Bedingungen, angepasste Ausrüstung oder angefordertes Fachwissen.

Gerade unter den Bedingungen des Sahel, unter denen viele großangelegte ausländische Hilfsaktionen scheiterten, ist diese Form der internen Entwicklungsprojekte, zumindest dort, wo sie schon länger aktiv sind, zwar kein Allheilmittel, aber ein Grund für die sich nicht noch weiter verschlechternden Lebensbedingungen der Bevölkerung und erster Ansatz zu nachhaltiger binnenorientierter Grundbedürfnisbefriedigung.

Wem diese Ansätze, was die Hilfsmöglichkeiten des Nordens angeht, zu restriktiv sind oder wer den »Grassroots«-Aspekt hierin überbetont sieht, möge bedenken, daß mit einem ähnlichen Ansatz – allerdings unter gänzlich anderen Vorzeichen – die erfolgreiche Industrialisierung der asiatischen Schwellenländer erfolgte. Die »neuen Tiger« nutzten für ihren wirtschaftlichen Aufstieg nur diejenigen externen Kräfte und Ressourcen (Exporterlöse und Technologieimport), die sie für ihre intern formulierten Entwicklungsziele benötigten. Gegen andere Außeneinflüsse schotteten sie sich in einer Strategie der selektiven Assoziation/Dissoziation ab. Ihr Entkommen aus der Armutsfalle war somit keineswegs ein Produkt internationaler Entwicklungsstrategien oder gar der Entwicklungshilfe, sondern binnenorientierter Expansion.

Obgleich also die ungleiche Reichtumsverteilung auf der Welt strukturell zementiert ist, ist der Appel zur Umverteilung alleine keine erfolgversprechende Lösung des Problems. Zwar ist Mitteltransfer in die Dritte Welt noch auf lange Zeit erforderlich. Aber so wie Gesundheit nicht vom Gesundheitspersonal ausgeteilt werden kann, sondern nur durch aktive Mitarbeit des Patienten erreichbar ist, so wie zur Gesundung der kranken Gesundheitssysteme der Dritten Welt die Beteiligung der Bevölkerung Voraussetzung ist (Oakley 1989; WHO 1991), so ist auch Förderung der Eigeninitiative und Selbsthilfe Voraussetzung erfolgreicher Entwicklung der Volkswirtschaften der Dritten Welt.

6. Politischer Ausblick

Die Gesundheitssituation in der Dritten Welt ist bedingt durch die sozio-ökonomischen Verhältnisse in diesen Ländern oder – schlicht ausgedrückt – durch das Elend der Lebensbedingungen für den größten Teil der Menschheit in der Dritten Welt. Gesundheit ist Bestandteil der sozio-ökonomischen Entwicklung eines Landes und keineswegs nur das Resultat gesundheitsfördernder Maßnahmen. Armut und mangelnde Gesundheit sind eng miteinander verflochten

und können nicht getrennt behandelt werden. Somit ist Krankheit und ihre Bekämpfung in der Dritten Welt weniger ein medizinisches als vielmehr ein politisches Problem. Nur durch die Beseitigung der sozio-ökonomischen Ursachen von Krankheit kann sich die Gesundheitssituation in den Ländern der Dritten Welt von Grund auf verbessern.

Viele Länder der Dritten Welt befinden sich z.Zt. nicht nur im Umbruch bzw. Aufbruch, sondern auch im ökonomischen Abseits. Dabei verändert eine angesichts der globalen wirtschaftlichen wie sozialen Ungerechtigkeit (»strukturelle Gewalt«) zu fordernde neue Weltwirtschaftsordnung nicht unbedingt die Machtverhältnisse in den Ländern der Dritten Welt selbst. Vielmehr muß auch ein innerer Wandel in diesen Ländern, eine Lösung der ungerechten sozialen Verhältnisse stattfinden. Das heißt, die politischen Partizipation der Bevölkerungsmehrheit müßte diesem Wandel parallel oder vielleicht sogar konstitutiv vorausgehen. Die aktive Partizipation der Bevölkerung am politischen und gesellschaftlichen Geschehen hat nicht nur eigenständigen Wert, sondern sie ist auch eine wesentliche Voraussetzung für die Mobilisierung von Initiativen und Eigenanstrengungen als Voraussetzungen eines dauerhaften Entwicklungsprozesses.

Allerdings wäre es umgekehrt eine Illusion, allein von der Erreichung demokratischer Verhältnisse im politischen Bereich eine signifikante Veränderung des weltwirtschaftlichen Beziehungsgefüges, oder gar der Gesundheit der Bevölkerung, zu erwarten. Gerade für das heutige Afrika mit seinen strukturellen Schwächen und weltwirtschaftlichen Abhängigkeiten ist dies völlig unrealistisch. Einerseits liegen hausgemachten Fehler und Mißwirtschaft vor, wie etwa die Vernachlässigung der Landwirtschaft und damit nicht vorhandene Selbstversorgung, das Fehlen eines Produktionssystems, das die Grundbedürfnisse der Gesellschaft befriedigt, ungleiche Einkommensverteilung sowie unkontrollierte Pfründenwirtschaft bzw. ein politisches Patronagesystem. Andererseits sind zu viele der politökonomischen Krankheitssymptome Ausdruck eines chancenlosen Ringens mit dem übermächtigen Weltwirtschaftssystem. Notwendig ist also nicht nur eine nationale, sondern ebenso eine internationale Bereitschaft zur weltweiten wirtschaftlichen und sozialen Umstrukturierung.

In den vergangenen Dekaden ist das entwicklungspolitische Denken allzusehr von einer stimulierenden und außerordentlich erweiterten Rolle des Staates im Entwicklungsprozeß ausgegangen. Die wachsende Disparität zwischen öffentlicher Armut und privatem

Reichtum in vielen Ländern beweist jedoch, daß politisch-administrative Führungsschichten ihren Handlungsspielraum, Prozesse gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrt mit nachhaltigem Erfolg einzuleiten, nur unzureichend nutzten. Die Existenz von Hunger und Armut – und auch von Gesundheit – ist grundsätzlich ein Verteilungsproblem, d.h. politisch und nicht nur technisch aufzufassen. Beim »dysfunktional gewordenen Entwicklungsstaat« (Simonis 1985, S.169) – einem Staat, der Entwicklung eher blockiert als fördert – muß die Kritik ansetzen. Ihm ist soziale Disziplinlosigkeit, Korruption, Reformunwilligkeit und Verschwendung von knappen Ressourcen z.B. für Prestigeprojekte und Rüstung vorzuwerfen.

Angesichts dieser Situation muß eine verantwortliche Entwicklungszusammenarbeit sensibel die Förderung wie Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Eigeninitiative auf lokalem und nationalem Niveau zum Ziel haben. Ebenso müssen Ansätze einer volkswirtschaftlichen Binnenmarktorientierung sowie generell politisch und wirtschaftlich reformwillige Länder unterstützt werden. Die vorherrschende Überrepräsentanz staatlicher und privater ausländischer Hilfsorganisationen – in vielen Ländern wursteln mehr als 100 ausländische Organisationen unkoordiniert nebeneinander herum – läßt aber berechtigte Zweifel daran übrig, ob unter diesen Bedingungen die erforderliche Umstrukturierung der globalen Ressourcenverteilung sowie der Aufbau lokaler Selbstverantwortung möglich sein werden.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Wolfgang Bichmann
Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen
Ringstr. 19, W-6900 Heidelberg

Anmerkungen

1 Die Zusammenfassung in einer Gruppe täuscht allerdings: kulturell, aber auch wirtschaftlich sind die einzelnen Entwicklungsländer sehr unterschiedlich. Die boomenden Volkswirtschaften Südkoreas, Malaysias und Indonesiens haben mit ressourcenarmen Sahelstaaten wie Burkina Faso, oder Cabo Verde ebensowenig gemein wie pazifische Kleinststaaten mit den hochverschuldeten lateinamerikanischen Industriestaaten Mexico, oder Brasilien.

2 Im asiatischen Raum, wo jahrhundertealte hochprofessionalisierte Medizintraditionen bestehen, waren die Ausgangsbedingungen für die Entwicklung einer Koexistenz mit der modernen Schulmedizin daher besser (Leslie, 1976; Kleinman, 1980)

3 GOBI-FFF = Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breast Feeding, Immunisation, Family Planning, Female Education, Supplementary Feeding
4 Unruhen nach Streichung von Subventionen, v.a. in Nordafrika

Literaturverzeichnis

Abel-Smith, B. (1986). »Funding health for all – is insurance the answer?« World Health Forum 7(1): 3-11

Abel-Smith, B. (1986). »The world economic crisis. Part 1: repercussions on health.« Health Policy and Planning 1(3): 202-213

Anyinam, C. (1989). »The social costs of the International Monetary Fund's adjustment programs for poverty: the case of health care development in Ghana.« Int.J.Hlth.Serv. 19(3): 531-548.

Betz, J. und V. Matthies (1990). Jahrbuch Dritte Welt 1991. Daten, Übersichten, Analysen. München, C.H. Beck Verlag

Bichmann, W. (1984). Die Rolle der traditionellen Medizin in der Entwicklung Afrikas. In: Schröder,E., D.H. Frießem, Hrsg.: George Devereux zum 75. Geburtstag. Eine Festschrift. Braunschweig/Wiesbaden, Friedr. Vieweg & Sohn. S. 177-192.

Bichmann, W., H. J. Diesfeld, A. Kroeger (1991). Gesundheitssystemforschung: Neue Aufgaben für tropenmedizinische Forschung in Entwicklungsländern. 1. Deutscher Kongreß für Infektions- und Tropenmedizin, Berlin, 21.-23.3.1991,

Bichmann, W., R. Hartog, U. Schultz (1977). »Westliche« Medizin in Ländern der Dritten Welt. Jahrbuch für kritische Medizin, Argument Sonderband AS 17. Berlin, Argument Verlag. 170-192.

Bossert, T. J. (1990). »Can they get along without us? Sustainability of Donor-supported Health Projects in Central America and Africa.« Soc.Sci.&Med. 30(9): 1115-1124.

Bräutigam, H. H. (1990). »Sterben für die Umwelt.« Die Zeit (42): 46.

V. Hauff, Ed. (1987). Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Greven, Eggenkamp Verlag

Cornia, G. A., R. Jolly, F. Stewart, Eds. (1988). Adjustment with a human face. Protecting the vulnerable and promoting growth. Oxford, Oxford University Press

Cumper, G. (1983). Economic development, health services and health. In: Mills, A. and K. Lee, Eds.: The economics of health in developing countries. Oxford, Oxford University Press. pp. 23-42.

Diesfeld, H. J. (1989). Gesundheitsproblematik der Dritten Welt. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Dippe, K. und R. Herzog (1991). »Die Auswirkungen der Veränderungen in Osteuropa auf den Nord-Süd-Konflikt.« Peripherie 11(41): 25-49.

Djukanovic, V. and E. P. Mach, Eds. (1975). Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint UNICEF/WHO study. Geneva, WHO.

Fage, J. D. (1969). A history of West Africa. Cambridge, Cambridge University Press.

FR (1991). Mangel an Demokratie hemmt Afrikas Ökonomie. Frankfurter Rundschau v. 3.4.1991

Good, C. M. (1991). »Pioneer medical missions in colonial Africa.« Soc.Sci.&Med. 32(1): 1-10.

Görgen, R., D. Hampel, S. Tautz, Hrsg. (1986). Gesundheit für alle. PHC acht Jahre nach Alma Ata. Bensheim, Kontakt- und Informationsstelle bei der Kübel-Stiftung.

Grant, J. P. (1987). The State of the World's Children 1987. Oxford, Oxford University Press.

Health Action International (1989). The Bamako Initiative. Some Background Documents.

Hinderling, P. (1981). Kranksein in »primitiven« und traditionalen Kulturen. Norderstedt, Verlag für Ethnologie.

Hoare, G. and A. Mills (1986). Paying for the Health Sector. A review and annotated bibliography of the literature on developing countries. EPC-Publication No.12. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Hughes, C. C. and J. M. Hunter (1970). »Disease and 'Development' in Africa.« Soc.Sci.&Med. 3: 443-493.

IBRD (1989). Sub-saharan Africa: from crisis to sustainable growth. Washington D.C., World Bank (International Bank for Reconstruction and Development).

IBRD (1990). African Health Policy Study. Policy Brief, (Draft). Washington D.C., World Bank (International Bank for Reconstruction and Development).

Joó, S. (1990). Krankheiten der Armut. Perspektiven der Gesundheitsplanung in Afrika. Berlin, Dietrich Reimer Verlag.

Kanji, N. (1989). »Charging for drugs in Africa: UNICEF½s 'Bamako Initiative'.« Health Policy and Planning 4(2): 110-120

Ki-Zerbo, J. (1979). Die Geschichte Schwarz-Afrikas. Wuppertal, P. Hammer Verlag.

King, M. (1990). »Health is a sustainable state.« Lancet 336(Sept. 15, 1990): 664-667.

Kleinman,A. (1980). Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley – Los Angeles – London, University of California Press

Knippenberg, R., D. Levy-Bruhl, et al. (1990). The Bamako Initiative: Some Experiences ... Children in the Tropics No. 184/185. Paris, International Children's Centre.

Korte, R., H. Richter, et al. (1990). Financing health services in sub-saharan Africa. Options for decision makers. Eschborn, GTZ.

Kühne, W. (1990). Afrika nach dem Ende des Ost-West-Konflikts. Die Notwendigkeit eines 'neuen Realismus'. Ebenhausen,

Leeson, J. (1974). »Social science and health policy in pre-industrial society.« Int.J.Hlth.Serv. 4: 429-440.

Leslie, C., Ed. (1976). Asian Medical Systems. A comparative study. Berkeley – Los Angeles – London, University of California Press.

Leslie, C., Ed. (1980). »Special Issue: Medical Pluralism.« Soc.Sci.&Med. 14B(4): 191-296.

Lux, T. (1990). Gespräche mit afrikanischen Krankenpflegern und Heilern. Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville. Universität Heidelberg.

Mills, A. and L. Gilson (1988). Health Economics for Developing Countries: a survival kit. EPC Publication No.17. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Molyneux, M. E. (1991). »Sustainable health.« Trop. Doct. 21(1): 2.

Musgrove, P. (1986). »What should Consumers in Poor Countries Pay for Publicly-Provided Health Services ?« Soc.Sci.&Med. 22(3): 329-334.

Navarro, V. (1972). »Health, Health Services and Health Planning in Cuba.« Int.J.Hlth.Serv. 2: 397-432.

Navarro, V. (1974). »The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America.« Int.J.Hlth.Serv. 4(1): 5-27.

Newell, K. W., Ed. (1975). Health by the People. Geneva, WHO.

Nicholas, P. (1988). The World Bank½s lending for adjustment. An interim report. Washington, The World Bank.

Nolte, H.-H. (1982). Die eine Welt. Abriß der Geschichte des internationalen Systems. Hannover, Fackelträger Verlag.

Nuscheler, F. and K. Ziemer (1980). Politische Herrschaft in Schwarzafrika. München, C.H. Beck Verlag

O'Donnel, G. A. (1973). Modernization and bureaucratic authoritarianism. Berkley

Oakley, P. (1989). Community Involvement for Health Development. Geneva, WHO.

Pfleiderer, B. und W. Bichmann (1985). Krankheit und Kultur. Berlin, Dietrich Reimer Verlag.

Polo-Cheva, D. (1991). »Die Krise des Sozialismus – eine demokratische Herausforderung.« Peripherie 11(41): 13-24.
Rifkin, S. B. (1973). »Public Health in China – is the experience relevant to other less developed nations?« Soc.Sci.&Med. 7: 249-257.
Rifkin, S. B. and G. Walt (1986). »Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'.« Soc.Sci.&Med. 23(6): 559-566.
Roemer, M. I. and C. Montoya-Aguilar (1988). Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care. Geneva, WHO.
Simonis, Georg: Der Entwicklungsstaat in der Krise. In: F. Nuscheler (Hrsg.): Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik. Politische Vierteljahresschrift. Sonderheft 16, Opladen 1985.
Sommerfeld, J. (1987). Zwischen Koexistenz und Konkurrenz: zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung. In: Bös, B. und A. Wörthmüller (Hrsg.): Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde. Saarbrücken, Breitenbach. S. 75-89.
Tetzlaff, R. (1990). Die afrikanische Krise: Afrika zwischen erzwungener Strukturanpassung und beabsichtigter Transformation. In: Betz, J. und V. Matthies (Hrsg.): Jahrbuch Dritte Welt 1991. Daten, Übersichten, Analysen. München, S. 117-137.
Waddington, C., A. Bedri Kello, et al. (1989). »Financial information at the district level: experiences from 5 countries.« Health Policy and Planning 4(3):207-218
Wallerstein, I. (1986). Das moderne Weltsystem: Kapitalistische Landwirtschaft und die Entstehung der europäischen Weltwirtschaft im 16. Jahrhundert. Frankfurt, Syndikat.
Weltbank (1990). Weltentwicklungsbericht 1990: Die Armut. Kennzahlen der Weltentwicklung. Washington, D.C. – Bonn, IBRD – UNO-Verlag.
WHO (1978). Alma Ata 1978: Primary Health Care. Geneva, World Health Organisation.
WHO (1986). Intersectoral action for health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Geneva, WHO.
WHO (1988). The Challenge of Implementation. District Health Systems for Primary Health Care. Geneva, WHO Document WHO/SHS/DHS/88.1/Rev.1.
WHO (1989). »Progress towards health for all.« World Health Statistics Quarterly 42(4)
WHO (1991). Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services. Report of a Study Group. Geneva, WHO.
WHO/AFRO (1974). »The place of public health in the economy of the African countries.« AFRO Technical Papers (No.7).

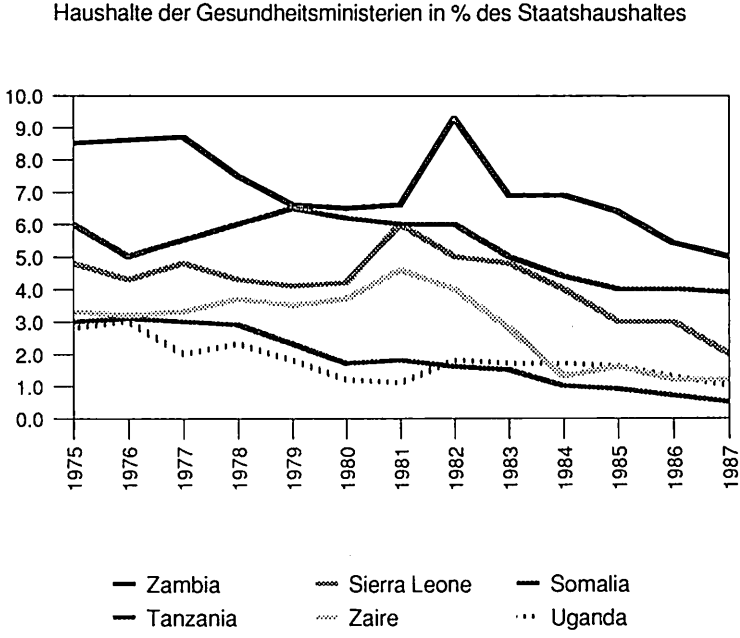


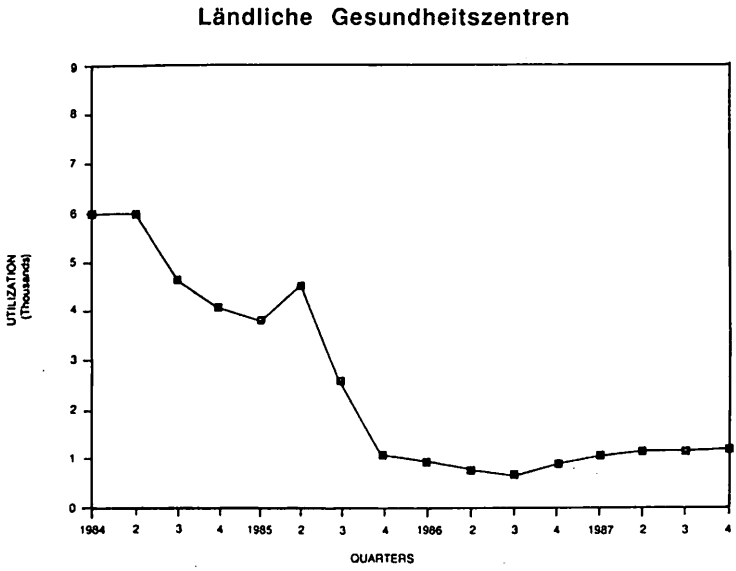
Abbildung 2

Tab.1: Abnahme der Öffentlichen Ausgaben für Gesundheit 1979-83 in %

Land	Öffentliche Ausgaben für Gesundheit (1979 - 1983) Veränderung in %	BSP pro Kopf der Bevölkerung (1979-1983) in %
Ghana	-15,8	-4,4
Malawi	-9,8	-1,0
Sudan	-9,5	-2,6
Togo	-7,5	-3,7
Liberia	-6,9	-7,1
Mauritius	-6,6	-
Tunesien	-6,4	+1,4

Quelle: Cornia, G. A., R. Jolly, et al. (1987).

Nutzung von Gesundheitszentren (Besucher / Monat) in Ghana, 1984 bis 1987 nach Einführung von Gebühren für medizinische Behandlung (Janovsky, 1988)



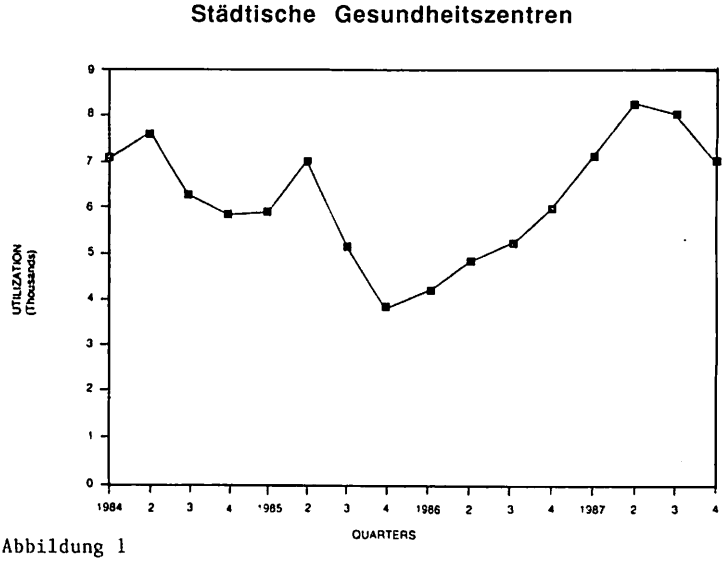


Abbildung 1

Henry Johns

Computerisierung des Krankenhauses: Stand, Trends und Folgen für die Krankenpflege

Bericht über eine empirische Studie

Fragestellung und methodisches Vorgehen der Studie

In zahlreichen Veröffentlichungen, in Seminaren und auf Tagungen ist in den letzten Jahren das Für und Wider des EDV-Einsatzes in der stationären Krankenpflege diskutiert worden. Die Publikationen lassen sich mehrheitlich einer von zwei Kategorien zuordnen: Zum einen handelt es sich um Berichte über (stets erfolgreich verlaufende) Einzelfälle, publiziert meist von den Initiatoren der Projekte oder den beteiligten EDV-Herstellern. Zum anderen um allgemeine Erwägungen über die möglichen Perspektiven und eventuellen Folgen, wobei sich teils optimistische, teils pessimistische Erwartungen artikulieren – plausible Argumente finden sich für beide Positionen.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser, im Folgenden vorgestellten Studie, in einem ersten empirischen Zugriff eine Orientierung über den Realverlauf dieses, noch ganz am Anfang stehenden Prozesses zu gewinnen.

Die zentralen Untersuchungsfragestellungen sind:

- Für welche Zwecke wird EDV derzeit auf Normalpflegestationen verwendet und welche Entwicklungstendenzen zeichnen sich ab?
- Welche Interessen stehen hinter der Krankenhaus-Computerisierung? Wer sind die Promotoren und welche Ziele verfolgen sie? Welche Fragen erweisen sich in der Einführung als konfliktär?
- Welche Interessen der Krankenpflege als größter betroffener Berufsgruppe sind durch die informationstechnische Durchdringung des Krankenhauses berührt und wo können Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Arbeitssituation der Pflege liegen?

Bislang sind im Rahmen dieser noch nicht abgeschlossenenen Untersuchung betriebliche Fallstudien in 12 Kliniken der BRD durchgeführt worden. Kriterium für die Auswahl der Kliniken ist, daß Terminals oder vernetzte PCs auf (mindestens einigen) Stationen vorhanden sind, die routinemäßig vom Pflegepersonal oder von Ärzten benutzt werden.

Das empirische Vorgehen orientiert sich an neueren industriesoziologischen Studien, die die Einführung Neuer Technologien in Industrie und Verwaltung untersuchen. Die empirische Leitidee besteht im Prinzip der »cross examination«: »Statt sich auf einen ganz engen Ausschnitt von Daten zu verlassen, wird mit Informationen verschiedener Reichweite gearbeitet. Die Daten sollen sich gegenseitig ergänzen und kontrollieren: Objektive Daten werden mit subjektiven Daten verknüpft; Befragungsdaten werden mit Sachverständigenurteilen kombiniert; ...«[1]

Die einzelnen Fallstudien basieren auf einem Set unterschiedlicher, empirischer Erhebungstechniken, durch die ein möglichst breiter und realitätsnaher Zugang zum Untersuchungsgegenstand gefunden werden soll: Anhand standardisierter Leitfäden werden die Hardware-Installationen und die auf Station verwendeten Anwendungsprogramme erfaßt. Die Erhebungen stützen sich auf EDV-Dokumentationen, Demonstrationen am Bildschirm und mündlichen Auskünften der EDV-Fachleute.

Um den Planungs- und Entscheidungsprozeß zu rekonstruieren, führen wir Interviews[2] mit allen an der Einführung beteiligten Personengruppen durch: Mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhausleitung, mit EDV-Experten des Hauses oder externer Hersteller, mit Mitgliedern von Projektgruppen und – sofern vorhanden und beteiligt – mit Interessenvertretungen. Soweit verfügbar, werden auch Dokumente verschiedener Art in die Auswertung einbezogen, wie z.B. EDV-Unterlagen, Schulungsmaterialien, Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Betriebszeitungen.

In Gesprächen und Beobachtungen auf Station versuchen wir, die Veränderungen der Arbeitsbedingungen und die subjektiv wahrgenommenen Folgen des EDV-Einsatzes zu recherchieren.

Die Studie ist nicht als statistisch repräsentative Untersuchung angelegt. Das ist schon deshalb nicht möglich, weil aufgrund unseres Auswahlkriteriums – Terminals auf Station – zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur solche Häuser ins Sample gelangen können, die man als EDV-Pioniere betrachten muß. Was diese explorative Untersuchung u.E. leisten kann, ist, die Probleme und Interessenlagen herauszuarbeiten, die im Zusammenhang mit der EDV-Einführung thematisiert werden. Bedeutsam an der gegenwärtigen Situation ist nach unserer Auffassung gerade die noch bestehende Offenheit, in der noch unterschiedliche Entwicklungsrichtungen möglich und die deshalb auch noch beeinflußbar sind. Eine Offenheit allerdings, die nur einige Jahre bestehen wird.

Aktueller Stand der EDV-Anwendung in der stationären Krankenpflege

Glänzende Präsentationen von EDV-Herstellern auf Messen und Erfolgsberichte in Fachzeitschriften können den Eindruck erwecken, als befänden sich die Kliniken der BRD bereits in einem fortgeschittenen Stadium der EDV-Anwendung auf Station. Besucht man die betreffenden Häuser entpuppt sich manche »erfolgreiche Einführung« als Pilotversuch, als Spielerei eines einzelnen EDV-Enthusiasten[3] oder gar als pure Planung.

Die Zahl der Häuser jedoch, die heute professionell eine den Stand der Technik repräsentierende EDV aufbaut und erste Anwendungen auf Normalstationen im Routinebetrieb hat, beläuft sich gegenwärtig noch auf höchstens einige Dutzend.

Aber: In den drei Jahren seit Beginn dieser Untersuchung ist die Zahl der Häuser, die mit ernsthaften Planungen und ersten Erprobungen begonnen hat, sprunghaft gestiegen. Eine Fragebogenerhebung[4] im Auftrag des Bundesforschungsministeriums von 1989 kommt zu dem Ergebnis, daß ca. ein Drittel der Häuser eine Einführung von EDV-Systemen auf den Pflegestationen in nächster Zeit plant bzw. in geringer Zahl bereits einsetzt. Diese Größenordnung deckt sich mit dem Eindruck, den wir in Anfragen in einer Reihe von Kliniken gewonnen haben. Man darf also wohl prognostizieren, daß wir gegenwärtig am Beginn einer breiten Einführungswelle stehen. Diese Annahme gewinnt auch dadurch an Plausibilität, als die Kliniken der BRD im Vergleich zum westlichen Ausland einen deutlichen Rückstand aufweisen.[5] Auch ist zu berücksichtigen, daß die erforderliche Technik heute am Markt vorhanden ist, es sich also keineswegs um noch zu entwickelnde Zukunftstechnologien handelt.

Die Perspektive der untersuchten, relativ vorangeschrittenen Häuser liegt im Aufbau von vernetzten, tendenziell alle Abteilungen einbeziehenden Computersystemen. Für diese neue Form der Computerisierung, hat sich der Begriff des Krankenhausinformationssystems (KIS)[6] durchgesetzt. Eine Anzahl von Herstellern bieten solche »Komplett-Lösungen« an, eine vollständige Realisierung findet sich jedoch z.Z. noch nirgendwo.

Zwei Phasen der EDV-Einführung und ihre Bedeutung für die Pflege

Krankenhausinformationssysteme sind modular aufgebaut; auf einen zentralen Datenbankkern, der die wichtigsten Patientendaten enthält, können die Anwendungsprogramme für die verschiedenen

Fachabteilungen aufgesetzt werden. Technisch gesehen bestehen daher große Spielräume in der Gestaltung und in der Reihenfolge, mit der einzelne Module implementiert werden können.

Empirisch zeigt sich – bei aller Unterschiedlichkeit der vorgefundenen Systeme – eine typische Reihenfolge, in der die Pflegestationen in das Computernetzwerk eingebunden werden:

1. Phase:

Als erster Schritt werden die Krankenhausabteilungen über Kabel miteinander verbunden. Als Endgeräte dienen Terminals, PCs und Drucker. Weitere Geräte können an das Netz angeschlossen werden, wie Laborautomaten und bildgebende diagnostische Apparate.[7]

Nach der informationstechnischen Verknüpfung der meisten Krankenhausabteilungen werden zunächst Kommunikationsfunktionen implementiert: In vielen Fällen ist die Übermittlung der Labordaten die erste Anwendung, mit dem das Pflegepersonal auf Station konfrontiert ist. Dies bietet sich technisch dann an, wenn das Zentrallabor mit automatischen Analysatoren arbeitet, so daß die Daten bereits in computerisierter Form anfallen und nicht manuell eingegeben werden müssen.

In den Interviews mit EDV-Planern wird deutlich, daß auch psychologische Gründe für die Auswahl der ersten Anwendung eine Rolle spielen können: Krankenschwestern und -pfleger werden überwiegend als EDV-ablehnend eingeschätzt. Es soll deshalb zu Beginn unbedingt ein Anfangserfolg erzielt werden. Die Labordaten eignen sich dafür besonders, sie können per Terminal schneller als früher übermittelt werden und es entstehen auf der Station dadurch keine zusätzlichen Arbeiten. Tatsächlich wird diese Anwendung von den befragten Schwestern und Pflegern durchweg positiv beurteilt.

Eine weitere frühe EDV-Anwendung besteht in der Patienten(kurz)aufnahme, -verlegung und -entlassung. Die »zeitnahe« Identifikation des Patienten ist für das Funktionieren eines KIS von zentraler Bedeutung, alle erbrachten Leistungen können dem Patienten von da an zugeordnet werden. Die vom Pflegepersonal zu erledigende Eingabearbeit ist dadurch kompensierbar, daß anschließend Etiketten mit den Patientendaten ausgedruckt werden können: Eine Erleichterung bei der Formulararbeit der Stationsschwester.

Sind diese ersten Einführungen technisch und sozial ohne größere Probleme und Konflikte verlaufen, kommen Schritt für Schritt weitere Anwendungsprogramme hinzu: Nach der Anbindung der

therapeutischen und diagnostischen Funktionsstellen können medizinische Anordnungen getroffen, Befunddaten aufbereitet und zur Station geschickt werden. Patiententerminierung, Steuerung der Hol- und Bringedienste sowie Anforderungen aller Art können mit Hilfe des Kommunikationssystems erledigt werden. Nach und nach läßt sich das gesamte Bestellwesen (Medikamente, Materialien, Küche) automatisieren oder via Terminal abwickeln.

Die Folgen für die Pflege sind in dieser Phase in erster Linie unter dem Aspekt der *Arbeitsbelastung* zu sehen: Administrative und koordinierende Aufgaben können teils automatisiert, teils gestrafft, systematisiert und beschleunigt werden: Schreibarbeiten lassen sich durch Etikettenausdruck und die automatische Übernahme von Daten in die Krankenakte reduzieren. Die Verfügbarkeit und Präsentation von Patientendaten läßt sich erheblich verbessern. Davon kann die Qualität von Übergaben und Visiten profitieren, zugleich läßt sich der beträchtliche Zeitaufwand für das Suchen, Holen und Bringen von Akten aller Art wesentlich verringern. Da der Aufenthaltsort von Patienten jederzeit von allen befugten Stellen leicht ersichtlich ist, kommt es zu weniger Rückfragen und damit zu weniger Arbeitsstörungen auf Station.

Aber: Alle diese Entlastungen (die wesentliche Verkaufsargumente der Hersteller sind) *können* eintreten, die empirischen Ergebnisse zeigen jedoch, daß diese *keineswegs immer* in der Praxis realisiert werden. Auch das Gegenteil läßt sich beobachten: Noch mehr Formulare, weitere Verkomplizierungen des Ablaufs, z.B. durch Verdoppelung der Prozeduren: Ein Formular für die EDV und eins für den konventionellen Ablauf. Solche Verdoppelungen entstehen häufig dann, wenn für die umittelbare Datenerfassung eine Stationssekretärin zuständig ist. Das High-Tech-Krankenhaus funktioniert dann nur während der Normalarbeitszeit, danach sind wieder die organisatorischen Improvisationstalente der Pflege gefragt. Allerdings sind jetzt manche Informationen nicht mehr so greifbar wie früher.

Nicht selten sind es auch ganz banale technische oder organisatoriche Mängel, wodurch mögliche Entlastungen nicht realisiert werden, z.B. weil Drucker nicht in genügender Zahl vorhanden sind oder zu weit entfernt aufgestellt werden.

Ob und inwieweit Entlastungseffekte erzielt werden, hängt nicht allein von der Auslegung des technischen Systems ab. Wesentlich ist, ob (weniger als Folge sondern eher aus Anlaß der EDV-Einführung) neue Formen der Arbeitsteilung, etwa zwischen dem

ärztlichen und dem pflegerischen Dienst, oder des Zeitregimes durchgesetzt werden. – Hierzu zwei Beispiele:

1. Wie in den meisten Häusern üblich, wurden auch in diesem Fall auf der Visite getroffene Anordnungen anschließend von der Stationsschwester organisatorisch abgewickelt. Von der Planung vorgesehen war zunächst genau dieser Ablauf, nunmehr mit EDV-Unterstützung. In der Präsentation dieser Planung erkannten sich die Schwestern als »Sekretärinnen der Ärzte«. Ohne es zu ahnen, hatten die EDV-Planer einen wunden Punkt im Selbstverständnis der Pflege getroffen, nämlich nur »Handlanger« für andere zu sein, und diese Rolle deutlich vor Augen geführt.

Um das gesamte Projekt nicht am Protest der Pflege scheitern zu lassen, mußte eine neue Ablauforganisation vorgesehen werden. In Zukunft sollen die Ärzte ihre Anordnungen selbst am Terminal eingeben.

2. Normalerweise wird der genaue Zeitpunkt einer Röntgenuntersuchung telefonisch von der Röntgenabteilung festgelegt. Diese von der Station nicht kalkulierbare Methode der Terminierung macht sich in der Station als Störung des Arbeitsablaufs bemerkbar und führt dazu, daß stationsintern nur sehr eingeschränkt disponiert werden kann.

Führt man dagegen stationsbezogen EDV-gesteuerte, feste Zeitleisten (für Grundpflege, Therapien, Diagnostik usw.) ein, so kann ein großer Teil der Einbestellungen langfristig terminiert werden. Die Stationen gewinnen damit ein höheres Maß an Planbarkeit für ihre internen Arbeitsabläufe.

In der 1. Phase, dem Aufbau eines klinikweiten Kommunikationssystems, sind eine Fülle organisatorischer und zeitlicher Aspekte zu klären und festzulegen. Das Ergebnis wird unmittelbar als Zu- oder Abnahme der Arbeitsbelastung auf der Station wahrgenommen.

Das Problem mangelhafter betrieblicher Steuerungsinstrumente im Krankenhaus hat jedoch nicht nur eine Bedeutung für die unmittelbare Streßbelastung auf Station, sondern langfristig auch für die Professionalisierungschancen der Pflege: Bei der sicher zu erwartenden weiteren Zunahme medizinischer Diagnostik bei gleichzeitig sinkender Verweildauer der Patienten führt die heute übliche Methode der »Spontan-Terminierung« zu immer kleineren und unkalkulierbaren »Zeitresten« für die Pflege. Es ist sicher nicht denkbar, daß ganzheitliche Pflegeformen unter diesen zeitlichen Bedingungen realisiert werden können.

2. Phase:

Unter der 2. Phase verstehen wir die Einführung von Systemen zur Pflegeplanung und -dokumentation sowie zur stationsinternen Pflegeorganisation. Solche Programme sind schon seit einiger Zeit auf dem Markt. Es handelt sich dabei aber z.Z. noch um Prototypen, die ihre Praxistauglichkeit noch nicht unter Beweis gestellt haben. Wir konnten nur sehr wenige Pilotstationen finden, die gegenwärtig mit solchen Systemen experimentieren. Diese geringe Zahl führen wir darauf zurück, daß erhebliche Vorarbeiten zu leisten sind, bevor mit derartigen Programmen gearbeitet werden kann: Pflegestandards müssen definiert und im System angelegt werden, es ist die Struktur der Pflegepläne festzulegen, die aus den Standards erzeugt werden sollen. Die Hersteller können hierfür allenfalls Vorschläge und Beispiele liefern, den eigentlichen Definitionsprozeß muß jedoch jede Station selbst leisten. Dabei ist über grundlegende Fragen der Arbeitsweise ein Konsens herzustellen: Nach welchem Pflegekonzept soll gearbeitet werden? (Pflegeprozeßmodell oder funktionale Pflege?) Wer soll Zugriff auf welche Informationen haben? (Pflegeteam oder hierarchische Arbeitsorganisation?) Wer bekommt die Kompetenz, Pflegestandards zu definieren und durch das System verbindlich zu machen? Wie werden Standardpflegepläne evaluiert? Welche Zeiten sind durchschnittlich zu veranschlagen und sollen diese auch Grundlage eines Personaleinsatzplanungs- und Dienstplanungssystems sein?

Dieser hohe Aufwand dürfte der Grund dafür sein, daß Pilotversuche z.Z. nur auf solchen Stationen zu finden sind, wo einige Sonderbedingungen bestehen: Eine etwas günstigere Personalausstattung als üblich sowie zusätzliche Finanzmittel. Auffällig auch, daß es sich durchweg um Stationen bzw. Häuser handelt, in denen traditionell mit einem besonderen Engagement am Pflegekonzept gearbeitet wird, wo Bereichspflege bereits eingeführt ist, manuelle Pflegeplanung und -dokumentation nicht bloß formell, sondern tatsächlich praktiziert wird und ein vergleichsweise hohes Fortbildungsniveau besteht.

Die früher oft gehegte Befürchtung, der EDV-Einsatz für diese Zwecke würde mit einer verschärften Funktionspflege einhergehen, läßt sich auf der Grundlage unserer bisherigen empirischen Ergebnisse nicht bestätigen.

Während in der 1. Phase primär Fragen der organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit entschieden werden, geht es

in der 2. Phase um Aspekte, die das berufliche Selbstverständnis betreffen; um Fragen, die nicht zuletzt den Stellenwert pflegerischer Aufgaben in Konkurrenz zu anderen, insbesondere den medizinischen, berühren.

Die berufspoltische Bedeutung liegt darin, daß viele Aspekte, über die innerhalb der Krankenpflege seit Jahren engagiert diskutiert wird, nun zur Entscheidung auf die Tagesordnung kommen – die EDV gewissermaßen zum Medium dieser Auseinandersetzung wird. Da EDV-Systeme nur schwer im nachhinein veränderbar sind, wird das Ergebnis für viele Jahre eine prägende Wirkung haben. Der Ausgang dieses Prozesses ist im Augenblick schwer abschätzbar, in jedem Fall aber zeichnet sich eine Tendenz zu einer stärkeren *Verobjektivierung* der Pflegearbeit ab: Die Pflege wird sich stärker an intersubjetiv nachprüfbaren Kriterien (der Pflegeanamnese und zugeordneten, definierten Pflegestandards) ausrichten. Der Umfang und durchschnittliche Zeitbedarf für pflegerische Maßnahmen wird exakter und vergleichbar definiert werden. Damit wird zugleich festgelegt, welcher Umfang pflegerischer Leistungen für notwendig erachtet werden und welcher Anteil des Gesamtbudgets infolgedessen auf die Pflege entfällt.

In Interviews auf Pilotstationen, die solche Pflegeplanungs- und Dokumentationsysteme verwenden, wird deutlich, daß gerade diese Aspekte mit besonderen berufspolitischen Zielen verbunden werden: Von professionell erarbeiteten, verbindlichen Pflegestandards versprechen sich die Schwestern und Pfleger eine Verbesserung ihres Berufsbildes; die bessere Darstellbarkeit ihrer Leistungen sollen der Pflege größere Anerkennung und höheres Gewicht geben.

Planungs- und Entscheidungsprozesse: Implementation als technischer und sozialer Prozeß

Das überraschend breite Spektrum der vorgefundenen Lösungen hat im Verlauf der Studie verstärkt die Frage nach den maßgeblichen Faktoren der Systemgestaltung ins Blickfeld gerückt. Ganz offensichtlich ist das kaum eine technische Frage: Systeme ein und desselben Herstellers können in zwei Häusern zu völlig gegensätzlichen Konsequenzen führen.

Krankenhausinformationssysteme können nicht »per Dienstanweisung« eingeführt werden, sie haben einen hohen Legitimationsbedarf, die zu treffenden Entscheidungen erweisen sich als konfliktträchtig. Um den notwendigen Konsens herzustellen, sind in allen

Untersuchungsbetrieben (mit einer Ausnahme) Projektgruppen eingerichtet worden. Die wesentlichen technischen und organisatorischen Entscheidungen fallen in diesen Projektgruppen, bzw. in ihrem Vorfeld, in dem Positionen abgesteckt, Koalitionen gebildet und das taktische Vorgehen geplant wird. Diese Projektgruppen haben eine doppelte Aufgabe zu leisten: Sie müssen (meist mit Hilfe des Herstellers) ein auf die Spezifika ihres Hauses zugeschnittenes technisches Layout finden (technische Machbarkeit), dessen organisatorische Konsequenzen sozial akzeptiert werden (soziale Akzeptanz).

Die Recherche zeigt, wie oben angedeutet, daß dieser Prozeß eine starke Dynamik entwickelt. Es kommt zur Bildung von Fraktionen (z.B. Verwaltungsleitung und Pflegedienstleitung kontra Chefärzte), zum Wechsel der *pressure-groups* und zu Verschiebungen in den sich durchsetzenden Zielprioritäten. Obwohl die ursprüngliche Initiative in fast allen Untersuchungsfällen von der Verwaltung ausgeht, kann es doch geschehen, daß die Verwaltungsvertreter – je nachdem welche anderen Interessen sich im weiteren Verlauf formieren – Konzessionen machen oder sogar um die Kontrolle des Einführungsprozesses kämpfen müssen.

Der Pflege gelingt es in sehr unterschiedlicher Weise, sich in diesen komplexen Prozeß einzuschalten, eigene konzeptionelle Vorstellungen zu entwickeln und in diesem Machtspiel wirksam zur Geltung zu bringen. Die oben genannten, sehr differenten Folgen für die Pflege lassen sich direkt darauf zurückführen, wie erfolgreich sie auf diesem Feld agieren kann.

Die Ausgangssituationen sind hier recht unterschiedlich: In manchen Häusern hat die Pflege traditionell ein stärkeres Gewicht, so daß von vornherein klar ist, daß ohne ihre Zustimmung »nichts läuft«. In anderen Fällen dagegen gewinnt die Pflege erst im Verlauf der Auseinandersetzungen eine größere Durchsetzungskraft. Die zentrale Position, die die Station im Informationsprozeß eines Krankenhauses einnimmt, macht es praktisch unmöglich, KIS gegen den offenen Widerstand der Pflege einzuführen. Nicht immer jedoch wird diese, an sich starke Stellung erkannt und offensiv wahrgenommen.

Krankenschwestern und -pfleger haben zunächst mit einem »strategischen« Nachteil gegenüber einigen anderen Berufsgruppen zu kämpfen, die über größere EDV-Erfahrung verfügen und deshalb präzisere Anforderungen formulieren können. Sie mißverstehen integrierte EDV-Systeme zunächst als »ein weiteres Stück Technik«,

das es sachkundig zu bedienen gilt, das aber eigentlich mit beruflich-pflegerischen Fragen nichts zu tun hat. In den Fällen, in denen die Pflege mit eigenen Zielsetzungen in den Prozeß der Systemgestaltung interveniert, geht es ihr um ablauforganisatorische Veränderungen unterschiedlicher Reichweite, zu einem geringeren Teil, vor allem in der zweiten Phase, auch um berufspolitische bzw. professionelle Ziele.

Anders die Verwaltungsleitungen: Sie erkennen das machtpolitische Potential dieser Systeme. Im Visier ist vor allem die traditionell starke Stellung der Klinikchefs. Die Industrie mit ihrem starken zentralen Management gibt das Vorbild, die Chefärzte werden in dieser Perspektive zu Abteilungsleitern degradiert. KIS bilden in dieser manageriellen Zielsetzung das Instrumentarium par excellence; es kann die Transparenzen, Kontroll- und Eingriffsmöglichkeiten schaffen, die aus der »Verwaltung« ein wirkliches »Management« im industriellen Sinne machen. Die Diskussion um Kostenexplosion und die entsprechenden gesetzlichen Neuregelungen der Krankenhausfinanzierung geben dieser Position Rückenwind.

Betriebswirtschaftlich-technokratischer versus organisatorisch-innovativer Ansatz

In idealtypischer Zuspitzung lassen sich die von der Verwaltungsleitung und ihren Stäben verfolgten EDV-Konzepte entlang zweier konzeptioneller Linien anordnen:

a) Betriebswirtschaftlich-technokratischer Ansatz

Die Urspünge dieses Konzepts liegen in der Finanzbuchhaltung, also der Abteilung, die über den höchsten EDV-Nutzungsgrad und die größte EDV-Kompetenz verfügt. Sie sieht in vernetzten EDV-Systemen ein effektives Mittel der Kosten- und Leistungserfassung sowie der Budgetkontrolle. Der Ansatz zielt darauf, ein lückenloses und zeitnahes Abbild des gesamten betrieblichen Geschehens im EDV-System zu erzeugen, und so ein differenziertes und feingriffiges Instrument der (Kosten)kontrolle zu erhalten.

Dieser Ansatz legitimiert sich mit der (angeblich) mangelnden Kostentransparenz des Krankenhauses und der zu geringen Bindung von (insbesondere ärztlichen) Entscheidungen an ökonomische Kriterien.

Krankenpflege kommt in diesem Konzept lediglich als Objekt der Kostenplanung und -disposition und als Datenlieferantin vor. Ihr

Mehraufwand kann durch manche technische Leistungen des Systems kompensiert werden.

b) Organisatorisch-innovativer Ansatz

Dieser Ansatz zielt darauf, im Zuge von Ist-Analysen ablauforganisatorische Schwachstellen aufzudecken und die Arbeitsabläufe anschließend systematisch, von der Ausführungsebene her, neu zu strukturieren. KIS werden dann Teil der neugestalteten Organisationsstruktur, die vor allem als Instrument der Betriebssteuerung dienen. Betriebswirtschaftliche Daten fallen dabei nebenher, als »Abfallprodukte« an, sie müssen nur an den richtigen Organisationsknoten »abgegriffen« werden.

Dieser Ansatz legitimiert sich mit den (angeblich) bestehenden Rationalisierungsdefiziten des Krankenhauses und dem Fehlen formaler Organisations- und Betriebssteuerungsmittel.

Während der erste Ansatz die vorhandenen Organsiationsstrukturen weitgehend unverändert läßt und einfach 1:1 im EDV-System abbildet, ist der zweite Ansatz sehr viel weitreichender und hat viel stärkere Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. Auch wenn dieser Ansatz nicht per se im besonderen Maße Interessen der Pflege berücksichtigt, bietet er im Prinzip der Pflege doch eher eine Chance positiver Veränderungen, da vorhandene Strukturen auf breiter Front in Frage gestellt und neu konzipiert werden müssen. Dieser Ansatz führt regelmäßig zu Konflikten mit der Ärzteschaft, die (Verwaltungs)vertreter dieser Konzeption suchen daher auch eher ein Bündnis mit der Pflege.

Auswirkungen für die Patienten

Patienten werden die Computerisierung kaum unmittelbar wahrnehmen können. Anders als in einigen Häusern in den USA ist es nach unserer Kenntnis nicht vorgesehen, auf Normalstationen Terminals in den Patientenzimmern *(bedside terminals)* zu installieren.

Im Patientenzimmer zum Einsatz kommen allerdings Kleindatenerfassungsgeräte, mit denen teilweise auch Meßwerte erfaßt werden können (Blutdruck, Körpertemperatur). Die Daten können anschließend am Stationsterminal überspielt werden. Auch mit Kleincomputern (Laptops), die auf dem Visitenwagen transportiert werden, können Daten (z.B. Medikationen und andere Anordnungen) unmittelbar beim Patienten eingegeben werden. Bedient werden alle diese Geräte aber vom Pflegepersonal oder von Ärzten.

In einigen Untersuchungsfällen spielt die Konkurrenz zu anderen Krankenhäusern eine Rolle, insbesondere bei drohendem Bettenabbau in der Region. Hier wird versucht, die Betriebssteuerung und Untersuchungsterminierung so zu gestalten, daß Wartezeiten minimiert werden um dem Patienten insgesamt das Gefühl zu geben, daß man nicht bloß »an seinen Abrechnungsdaten, sondern tatsächlich an der Behandlung« (so ein Verwaltungsleiter) interessiert sei.

Unter dem Konkurrenzgesichtspunkt spielen auch Überlegungen eine Rolle, die sich auf die einweisenden Ärzte richten: Mit Hilfe des EDV-Systems ist es möglich, den Arztbrief wesentlich früher als üblich (z.B. am Tag der Entlassung) zu verschicken. Durch solche Leistungen wird versucht, die niedergelassenen Ärzte des Umlands langfristig an das Haus zu binden.

Wenn die in einigen Häusern angezielten Verbesserungen der Betriebsorganisation tatsächlich erreicht werden, so resultieren hieraus einige Vorteile für den Patienten: Der zeitliche Verlauf der Untersuchungen ließe sich stärker an die Bedürfnisse des Patienten anpassen, statt sie ausschließlich über die organisatorischen Erfordernisse der diagnostischen Abteilungen zu steuern.

Die Qualität und Sicherheit der Behandlung könnte dadurch gesichert werden, daß die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte über umfassendere und aktuellere Informationen verfügen. So ließen sich Doppeluntersuchungen vermeiden, Unverträglichkeiten könnten eher berücksichtigt werden. Auch die rechtliche Situation des Patienten würde dadurch gestärkt, daß umfassendere und lückenlosere Dokumentationen in gerichtsverwertbarer Form verfügbar sind.

Schließlich ist die gesundheitspolitische Relevanz der Computerisierung zu sehen: In der Mehrheit der untersuchten Häuser bildet die erwartete Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Richtung diagnosebezogener Fallkostenpauschalen ein Motiv für die Einführung von EDV-Systemen. Z.Z. können darüber die statistischen Grundlagen geschaffen werden, die eine genaue Kostenaufschlüsselung der Behandlung nach Diagnosen erlauben. Liegen diese Daten ersteinmal in ausreichendem Umfang vor, so können sie die Basis für Budgetverhandlungen auf einer neuen Finanzierungsgrundlage bilden. Die meisten der befragten Verwaltungsleiter vertreten die Auffassung, daß nur mit Hilfe eines KIS eine solche Finanzierungsform praktizierbar sei.

Korrespondenzadresse: Henry Jones, Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft, Universität Hannover, Lange Lanke 32, W-3000 Hannover 1

Anmerkungen und Literatur

1 Kern, Horst, Empirische Sozialforschung. Ursprünge, Ansätze, Entwicklungslinien. München 1982, S. 155.

2 Die Interviews und Expertengespräche werden entlang berufs- bzw. funktionsspezifischer, halbstandardisierter Leitfäden geführt. Ergänzend zu den betrieblichen Studien führen wir Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen, Softwarehäusern, Unternehmensberatern und Gewerkschaften. Seit Mitte 1988 wurden ca. 130 Interviews und Gespräche, zum größten Teil vom Autor, geführt. Außerdem beteiligt sich eine studentische Projektgruppe an den empirischen Arbeiten.

3 Der nicht selten mit privatem PC und Standard-Software eine Speziallösung für seine Abteilung gestrickt hat.

4 Baumann, Manfred, u.a., Prognos AG (Hg.), Möglichkeiten für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich des Krankenhauses – Abschlußbericht zur schriftlichen Krankenhausbefragung. Köln 1989.

5 Vergl. z.B.: AKS-Software GmbH (Hg.): Trends der 90er Jahre und deren Auswirkungen auf die Krankenhaus-EDV. Darmstadt 1987.

6 Das qualitativ neue Moment von KIS liegt in der informationstechnischen Verknüpfung bisheriger »Insellösungen« in Medizin und Verwaltung und deren Erweiterung um kommunikative Funktionen. Sozial neu ist, daß der Computer im Zuge dieser Entwicklung zum universellen Arbeitsmittel für nahezu alle Berufsgruppen werden wird, anstatt wie bislang, nur ein Instrument für wenige Spezialisten darstellt.

7 Darüber hinaus wird es möglich, Daten mit externen Stellen auszutauschen, wie z.B.: Informationen über Blutkonserven, Medikamente und Transplantate. Den Krankenkassen können aktuelle betriebswirtschaftliche Daten und Statistiken übermittelt werden.

Peter Müller und Detlef Belau

Technik im Dienst des Äskulap?

Soziologische und ethische Überlegungen zur Computerisierung in der Medizin*

und wieder häng ich an den drähten
wie ein verirrtes böses kind
und fühle wie mir ungebeten
die seele aus dem leibe rinnt ...
ich möchte abhaun kann nicht mehr
die scheißmaschine säuft mich leer
die weißen Kittel sagen nein
schaun in mich rein wie frankenstein
(karma)

Die Revolution der Werkzeuge wird im Verlauf naturwissenschaftlich-technischer Innovationen durch die der Denkzeuge ergänzt, forciert und zunehmend bestimmt. Es entsteht »intelligente Technik«. Gegenüber der klassischen Maschine unterscheidet sie sich durch ein neues Repertoire an Fähigkeiten – Übergang von der Daten- zur Wissensverarbeitung; sensorische Leistungen der Objekterkennung; Mensch-Maschine-Kommunikation. In der klassischen Maschine (Werkzeug, Antriebs- und Kraftübertragungsmaschine) blieben die informationellen Prozesse in technische, physikalische oder chemische Abläufe eingeschlossen. Roth (1986) bezeichnet dies als Naturanomalie der Produktionsmittel gegenüber der Natur. Hingegen ermöglicht die »Intelligente Technik« eine freie Organisation, eine Evolution der informationellen Prozesse. Computer fungieren nun als Voraussetzung und Bedingung der geistigen Entwicklung des Menschen wie für den Technikfortschritt überhaupt.

Welche Gestalt nimmt diese allgemeine Entwicklung in medizinischen Handlungsfeldern an? Bewirkt eine breitflächig-intensive Anwendung von Computern in der medizinischen Praxis eine strukturelle Stützung und Verhärtung einseitig naturwissenschaftlich-professioneller Medizinkonzepte, was wiederum den Drang nach immer mehr und komplexerer Technik sowie die Marginalisierung

* Überarbeiteter Disskussionsbeitrag, gehalten auf der Fachtagung »Computer und Gesellschaft '90« am 28.-30.11. 1990 in Suhl, veranstaltet von der Kammer der Technik e.V. und der Fachsektion 7 »Informatik und Gesellschaft« der Gesellschaft für Informatik der DDR.

psychosozialer Kommunikations- und Bewältigungsmöglichkeiten von Kranksein zur Folge hätte (Müller, Muskulus, 1990)? Finden sich Patienten darin noch stärker sozial isoliert, psychisch alleingelassen und zugleich »total vergesellschaftet«, ärztlichem Tun und institutionellen Imperativen ausgeliefert (Müller, Muskulus, 1990)? Geraten Ärzte und Schwestern unter psychischen und fachlichen Dauerdruck, indem eingesetzte Technik in der Beziehung zum Patienten nicht nur wirksamer, sondern auch (eigen-)mächtiger wird und eventuelle Fehler kaum einer perfektionistisch daherkommenden Technik anzulasten wären? Und spielt sich auch im Fall der Computerisierung medizin-technische Entwicklung »im Bereich des volksgesundheitlich Irrelevanten ab« (Abholz, 1986, S. 29)? Mithin landen wir immer wieder bei Fragen nach dem medizinischen Handlungskonzept und den sozialen Entwicklungs- und Einsatzstrategien technischer Mittel. Mit dem Einbau technischer in menschliche Handlungssysteme wirkt Technik als Vergesellschaftungsmedium, d.h. bei der sozialen Reproduktion der Gesellschaft über die Integrierung und Differenzierung sozialen Handelns. Doch transportiert Technik nicht schlechthin soziale Interessen und Zwecke, sondern erlangt demgegenüber auch eine strukturelle Eigenmächtigkeit.

1. Informationstechnologien und diagnostische Tätigkeit

Leistungsvermögen und Grenzen der modernen Medizin werden in der Diagnostik besonders deutlich sichtbar. Aufgrund des dominierenden naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses nimmt die Diagnostik im medizinischen Handeln einen zentralen Platz gegenüber Therapie oder gar Prävention ein. So entspricht es durchaus der Logik dieser Entwicklung, daß gerade in der Diagnostik und diagnostisch profilierten Bereichen wie den expandierenden Labors oder radiologischen Abteilungen verstärkt intensive und und komplexe Technisierungsprojekte greifen. Denn gerade hier ist eine gewaltige Datenflut zu bewältigen, wofür die mikroelektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) besonders geeignet scheinen.

Ziel der Diagnose ist die Zuordnung von Erscheinungen, Daten zu einer nosologischen Krankheitsform, der Ausdruck des Zustandes eines Kranken mittels nosologischer Begriffe. Der Diagnoseprozeß läßt sich in die Phasen (1.) Beobachtung, Hypothesenbildung und Symptomerfassung, (2.) logische Verarbeitung und (3.) Überprüfung und ggfs. Korrektur unterteilen (Thom, Wolff, 1986).

In der Phase der Beobachtung, Symptomerkundung und Anamnese ziehen Informationstechnologien auf der sensorisch-perzeptiven Ebene der Erkenntnistätigkeit des Arztes eine beträchtliche Bereicherung der sinnlichen Erfahrung und einen gewaltigen Zuwachs an Daten nach sich. In der Etappe der logischen Verarbeitung erfolgt die Bestimmung der Klassenzugehörigkeit, die Zuordnung von Merkmalen der Krankheitserscheinung zu nosologischen Begriffen. Diese Phase kann als gedankliche Reproduktion der Einheit des Mannigfaltigen charakterisiert werden. Doch bekanntlich ist der Zusammenhang von Symptom und nosologischem Begriff nicht eindeutig. Für die Beschreibung der klinischen Entität »Krankheit« entsteht das Problem der Abgrenzbarkeit nosologischer Einheiten. Zudem sieht sich der Arzt mit einem kaum überschaubaren Reichtum von Krankheitserscheinungen konfrontiert. Mit Fortschritten bei der Typisierung und Klassifizierung des Arbeitsgegenstandes – also beim Vergleichen und Zuordnen pathologischer Phänomene zu nosologischen Mustern, wodurch »fiktive Normalität«, der Patient als »Fall« (Ridder, 1980) gewonnen wird –, bei der Formalisierung und Standardisierung von Diagnose- und Therapiemethoden, und bei der Routinierung regelhafter und sich oft wiederholender Tätigkeiten entstehen günstige Voraussetzungen für ein Vordringen moderner Informationstechnologien in die medizinische Arbeit. Bisher konzentrierte sich ihr Einsatz auf die Lösung des »Zuordnungsproblems« im Diagnoseprozeß. Mit den Mitteln moderner IKT kann Speicherung, Reproduktion usw. einer Vielzahl von Daten viel wirksamer erfolgen. Genutzt werden kann auch das »bildhafte Gedächtinis« und die objekterkennenden Fähigkeiten intelligenter Technik z.B. bei der automatisierten Bilderkennung. Gerade auf der Vorstellungsebene ärztlicher Erkenntnis sind damit Informationssysteme unterstützend einsetzbar.

In der verbal-logischen Phase ärztlicher Diagnosesuche unterstützen Informationstechnologien das Operieren mit ideellen Objekten. Dies eröffnet auch der Forschung – etwa beim Experimentieren mit ideellen Objekten – gänzlich neue Perspektiven.

In der Phase des Überprüfens und eventuellen Korrigierens der Diagnose kann über die Nutzung von Informationstechnologien die Anzahl ähnlicher Merkmale zwischen Krankheitsmuster und Untersuchungsobjekt z.B. mittels Laborautomaten erhöht werden. Eine Qualitätserhöhung durch den Einsatz von IKT im medizinischen Alltag wird durch eine umfassende Anwendung des Prinzips der Eskalation von Diagnostik und Therapie angestrebt, die stufenweise

Steigerung des diagnostischen/therapeutischen Aufwandes, insofern der erwartete Erfolg ausbleibt (Grethe, 1986). Berechtigterweise macht aber Borgers (1986) auf die Risiken eines derartigen Handlungstyps aufmerksam.

2. Wissen – Entscheidung – Integration

Unter dem Einfluß naturwissenschaftlich-technischer Fortschrittsprozesse gerät der Arzt immer mehr in den Widerspruch zwischen ständiger Erweiterung der Möglichkeiten zur Lebensbewahrung und der Notwendigkeit der Abwägung der Qualität des so (technisch-medikamentös) zu erhaltenden Lebens: fachliche und ethische Entscheidungskompetenz sind mehr denn je gefordert. Hier nun versprechen sogenannte Expertensysteme mehr Entscheidungssicherheit aufgrund der Integration von Expertenwissen, indem sie also den schnellen Zugriff zu Daten in großer Auswahl und Menge sowie die problemorienterte Darbietung und zweckgerichtete Auswertung von Daten und relevantem Fachwissen erlauben. So waren schon 1984 16 % aller Expertensysteme in der Medizin angesiedelt (Wysotski, 1988). IKT können zum Finden und Bewerten von Diagnose- und Therapiestrategien beitragen. Dies ist um so wichtiger, als Entscheidungen in der Medizin zu treffen sind, wo das Krankheitsbild nicht eindeutig in Informationen widergespiegelt werden kann, wesentliche Größen überhaupt nicht meßbar sind und theoretische Zusammenhänge oft unerkannt bleiben. Expertensysteme verkörpern mithin eine höhere Stufe der Vergesellschaftung medizinischen Tätigseins, indem Daten und das Spezialwissen von Kollegen/Experten in formalisierter Gestalt und kurzen Zugriffszeiten abgerufen, verglichen und verknüpft werden kann. Mit der technischen Integration von Fachwissen – also unabhängig von der persönlichen Präsenz des Konsultationspartners als sinnlich-empirisch wahrnehmbare Realität mit Eigenheiten des verbalen und nonverbalen Ausdrucks und unberechenbaren situativen und intuitiven Ressourcen – in hochkomplexer Weise ohne Vergessensrate wird eine neue, durch Formalisierung von Wissen und Erfahrung gesicherte Qualität medizinischer Erkenntnisarbeit versucht. Diese Integration von Wissen zur Optimierung von Entscheidungen in Form von Expertensystemen bedeutet die Depersonalisierung und Entzeitlichung von Wissen und Kommunikation. Vom »Experten« wird die Fähigkeit abgefordert, sein Wissen entsprechend den Systembedingungen einzuspeichern sowie die Bereitschaft, sich

damit zu »entprivilegisieren«. Zudem ist zu beachten, daß es sich hierbei stets um Wissen über einen eingegrenzten Bereich handelt, das sich der Formalisierung von Hintergrund- und Kontextwissen der Experten und der jeweils konkreten, ganzheitlichen Situation verweigert.

Die Computerisierung medizinischen Tuns – ob nun z.B. in Form von Expertensystemen oder von mit zentralen Speicher- und Verarbeitungseinheiten vernetzten Arbeitsplatzcomputern – muß auf ärztliche Entscheidungssituation ambivalent wirken: Mit dem Zugang zu zusätzlichen Informationen und Handlungsvarianten kann die ohnedies meist nur schwer überschaubare diagnostische Suchsituation noch unüberschaubarer werden, als Hilfe konzipierte Technik kann so Unsicherheiten auch noch steigern. Hier aber setzen traditionelle naturwissenschaftlich-professionelle Bewältigungsstrategien ein, denn gleichzeitig wird die so gesteigerte Komplexität des Entscheidungsfeldes derart wieder entflochten, daß – von der Individualität des konkreten Patienten abgehoben – die Diagnostik sich auf Objektivierbares, mit anderen »Fällen« Vergleichbares und Rationalisierbares konzentriert. Indem somit quasi professionell-objektiv Handeln legitimierbar wird, kann Sicherheit auf höherer Prozeßstufe erneut erreicht werden. Unser Fazit lautet hier: Computer machen dem Arzt mehr Informationen zugänglich, die aber – da selbst verkürzte Realitätsbilder – recht einseitig interpretiert und genutzt werden. Naturwissenschaftlich-professionelle Medizin und technischer Rationalismus wehren gemeinsam das »unfaßbar Subjektive jedes Falles« ab und treiben seine weitere Objektivierung voran. Ist das der Preis für die solcherart hergestellte höhere Klarheit (»Reinheit«) von Entscheidungssituationen?

Soziologisch angemessen begriffen werden können Entscheidungsprozesse letztlich erst innerhalb ihres institutionellen Struktur- und Entwicklungsrahmens (Medizin als Wissenschaft und Beruf; Gesundheitssytem mit kurativen Strukturen im Zentrum) sowie ihres sozio-kulturellen Umfeldes (Biographien und soziale Aktionsräume von Medizinern und Patienten). Gerade die institutionellen Zusammenhänge unterliegen seit ca. 20 Jahren einer schwindelerregenden Dynamik, die als industriemäßige Organisation medizinischer Einrichtungen, forcierte Subspezialisierungen, Verwissenschaftlichung und technische Hochrüstung medizinischer Arbeit, Kostenexplosion im Gesundheitssektor oder Versachlichung der Arzt-Patient-Beziehung skizziert wird. Es ist inzwischen ein Thema mit gesellschaftlicher Brisanz geworden, ob diese Entwicklung noch dem

Leistungsanspruch und humanistischen Auftrag der Medizin sowie einem gewandelten Krankheitspanorama und Gesundheitsverhalten gerecht werden kann. Das ist vor allem der Tatsache geschuldet, daß Entwicklung und Anwendung moderner Techniksysteme in der Medizin meist das Ergebnis von Applikationen von Prinziplösungen aus anderen Bereichen bzw. deren »Nebeneffekte« sind und damit zu sehr einer außermedizinischen Logik gehorchen, medizinische Praxis sogar steuern (vgl. Silomon, 1983). Zudem folgt das Eindringen von IKT in Medizin und Gesundheitswesen zunächst dem Drängen der Krankenhausverwaltungen, wird also als Rationalisierungsmittel betrieben (vgl. Boguslawski, 1988; Stahl, 1988). Diese bürokratischen Triebkräfte lassen sich auch für die ehemalige DDR nachweisen. Verständlicherweise taucht damit die oft vom ärztlichen Standpunkt aus artikulierte Frage auf, ob Comupter in der Medizin Hilfe oder Störfaktor für Arzt und Patient sind.

3. Strategische Fragen: Möglichkeiten – Risiken – Verantwortung

Allgemein wird sicher akzeptiert, Informationstechnologien zur Verbesserung der Qualität und Effektivität medizinischer Arbeit einzusetzen. Eine Forderung von strategischer Bedeutung hingegen muß auf ihren positiven Einfluß auf die Gesundheitslage zielen. Erreichen wir keine durchgreifende Umkehr der Tendenzen einer »unvernünftigen« Art und Weise der Bedürfnisbefriedigung in unseren Gesellschaften, dann wird der Bedarf nach medizinischer Betreuung mit immer besserer (und teurerer) Technik sich auf ständig höherer Stufenleiter reproduzieren, ohne die Gesundheitslage zu bessern! Das strategische Ziel heißt demzufolge: Erreichen von Gesundheit als Lebensgewinn – Zeitgewinn und Freiheitsgewinn, mithin das Vermögen zur Ausschöpfung der Möglichkeiten menschlichen Lebens (vgl. Luther, 1986). Die folgenden Überlegungen haben in diesem Grundsatz ihren Ausgangspunkt.

3.1 Die Entzeitlichung von »Krankheit« und »Patient«

Das Historische – die Biographie des Patienten und die Genesis der Krankheit – vermag sich in der intelligenten Technik nur in der formalen Dimension zu spiegeln. Somit kann die so wichtige Biographie des Patienten für das Erkennen der sozialen Ätiologie von Krankheit nur bedingt erfaßt werden. Ein wirkliches Verstehen des

Begreifens von Krankheit ist mittels Computersprache ebenso unmöglich wie eine Kommunikation zum Zweck des empathischen Verstehens. Der Dialog Arzt-Computer, Patient-Computer bleibt auf die Terminalfläche begrenzt. Der Dialog mit dem Computer bedingt immer die Entwicklung der natürlichen Sprache. Das Problem der Kontextualität und Vieldeutigkeit natürlicher Sprachen ist auf der Ebene operationaler Simulation geistiger Fähigkeiten des Menschen nicht lösbar. Auch speichern Computer immer nur Daten und keine Informationen. Daten wandeln sich nur in Informationen, wenn jemand eine Frage danach stellt; eine Frage organisiert Daten zu einer Information (vgl. Vallee, 1984, S. 63 f.) Das ärztliche Gespräch ist und bleibt Mittel der sprachlichen Kommunikation zur Lösung von Krankheits- und/oder Beziehungsproblemen. Arzt-Patient-Kommunikationen haben die kognitiven Umstrukturierungsprozesse zur Kranheitsbewältigung zu fördern und die Lösung von Lebensproblemen zu unterstützen, sind auf wirklichkeitsangepaßte Wahrnehmung sowie auf eine adäquate Bewertung der Lebenslage und von Leistungsmöglichkeiten auszulegen. Informationstechnologien können zur Lösung dieser Probleme direkt nichts Entscheidendes beitragen. Sie befördern eher eine Entzeitlichung von Kranksein und Krankheit, die – auf die Erfassung und Beeinflussung von *Zuständen* z.B. in Form der Befunderhebung zielend – aus der »Blindheit« (Hans Schäfer in Silomon, 1983, S. 233) dieser Techniksysteme gegenüber Ätiologie und Krankheitsverlauf resultiert. Im Sog der Erhebung objektivierbarer Befunde gerät eine subjektorientierte Anamnese ins Hintertreffen. Diese Entzeitlichung von Kranksein und Krankheit wird zum Baustein der »Entpersönlichung« (»Fall«-Denken) und Entsozialisierung des Patienten durch einseitig naturwissenschaftlich-technische Handlungsmuster und ungenügende Kenntnisnahme komplexen Technologien immanenten Risiken. Das techniksoziologische Problem besteht hier nicht so sehr in der Technik an sich, sondern in den kumulativen sozialen Effekten (Isolation, Technikabhängigkeit usw.) komplexer, intensiver und langzeitlicher Technikanwendung. Das hat damit zu tun, daß ihr Einbau in medizinische Handlungsketten sozialwissenschaftlich kaum vorbedacht und begründet ist.

3.2 Unbeherrschte Vernetzung von Prozessen und Wirkungen durch einseitige Technikorientierung

Aus ganzheitlicher Sicht steht einerseits die Frage, wie Teilschritte medizinischen Handelns sinnvoll verknüpft und im Zeichen des Gesamtprozesses der Krankheitsbewältigung einer selbst wieder ganzheitlichen, wesentlich außerhalb medizinischer Institutionen agierenden Person des Kranken vernetzt und integriert werden können. Die mitunter spektakulär auftretende Computerisierung (Strahlendiagnostik, Krankenhausinformationssysteme usw.) kann in Teilschritten äußerst zweckmäßig und leistungswirksam sein, ist taktischer Natur. Doch erst beim Übergang zu komplexeren Prozeßstufen medizinischer Arbeit zeigt sich, inwieweit damit der Gegenstand tatsächlich beherrscht wird und sich die oftmals verbindungsarm parallel ablaufenden Teilschritte zu einem sinnvollen und zielgerichteten Ganzen fügen. Rationalität und Sinnhaftigkeit von Handlungen stellen sich auf verschiedenen Prozeßstufen unterschiedlich dar und erfordern strategisches Vermögen. Dem sollten Technisierungsprojekte eigentlich untergeordnet sein... Zum anderen drängt sich mit zunehmender Technisierung immer mehr das Problem der Wirkungskomplexität auf, der mit steigender Handlungsdichte scheinbar immer schwerer einsehbaren Langzeit-, räumlichen und sozialen Wechselwirkungen und Nebeneffekte. In der modernen Medizin wird dies in den Schwierigkeiten des ätiologischen Verstehens entwicklungsbedingter und psychosozialer Krankheitsabläufe evident. Auf die Zunahme und inzwischen in modernen Industriestaaten zentrale Bedeutung chronisch degenerativer Erkrankungen reagiert die Medizin mit Mustern des 19. Jahrhunderts, also anstatt präventiv, sozial und ökologisch ausgerichtet, primär kurativ mit einer Favorisierung invasiver Methoden und extensiver Technisierung und Arbeitsteilung. Ein wesentliches Ergebnis dessen ist die »Verdatung« des Patienten, die damit selbstproduziert denn (007 ??) problembezogen scheint und die zuvor diskutierten »Entzeitlichungstendenzen« von Kranksein und Krankheit zementieren.

3.3 Falldenken – Verobjektivierung

Formal betrachtet ist medizinisches Handeln ein arbeitsteilig strukturiertes System von Entscheidungsprozessen als Voraussetzung und Ergebnis diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer und prophylaktischer Tätigkeiten. Eine erste Besonderheit dieser Entscheidungsprozesse gegenüber anderen Arbeitsarten der Gesellschaft

besteht darin, daß ihr Gegenstand nicht Stoffe und Informationen schlechthin sind, sondern konkrete Menschen mit einer biopsychosozialen Individualität. Hier bereits stoßen wir auf eine Technisierungsschranke bei der direkten Kommunikation und Integration mit dem Patienten. Seine Individualität sperrt sich gegen die Reduzierung und *Normal*isierung auf einen »Fall«, eine stofflich-informationelle Rationalisierung. Wie in den ersten beiden Abschnitten diskutiert, ist ärztliche Tätigkeit in großem Umfang Wissens- und Informationsverarbeitung – gerade hier ruhen auch die Hoffnungen für den Einsatz informationsverarbeitender Technik als unterstützendes und ärztliches Wahrnehmungsvermögen erweiterndes Mittel. Dabei muß die innere Widersprüchlichkeit ärztlicher Erkenntnistätigkeit beachtet werden, die Einheit also von theoretischem und Erfahrungswissen einschließlich der Anwendung akzeptierter klinischer Prinzipien, die Einheit von sinnlicher Wahrnehmung und theoretischer Erkenntnis, oder Vorgänge der ständigen *Re*produktion und *Neu*produktion von Wissen am Patienten. Wiederum werden Möglichkeiten und Grenzen der Technisierung medizinischer Arbeit sichtbar. Die je individuelle Erscheinungsform von Krankheit sowie die soziale und psychische Integrität des Patienten fordern den Arzt als Mitmenschen und ganzheitliche Persönlichkeit seinerseits und nicht nur als »Funktionsträger« im arbeitsteiligen medizinischen Prozeß. Das von Weizenbaum (1978, S. 15 ff.) entworfene Programm »Eliza« – auch unter dem Namen »Doctor« bekannt – weckt bei einigen Psychiatern den Glauben, der Arzt sei ersetzbar. Zurecht kennzeichnet er dies als Ungeheuerlichkeit. Computer transportieren, aber schaffen (im theoretisch-schöpferischen Sinne) keine Modellwelten – »Und wenn er Witze macht, sind es nicht die seinen.« (Grant Johnson) Selbst die Realisierung futuristischer Informationstechnologien kann den Theorienfortschritt über Krankheit in Richtung eines humanwissenschaftlichen Konzepts der Medizin und die liebevolle Zuwendung zum Patienten nicht ersetzen, sondern setzt dies selbst voraus.

3.4 Komplementarität von natürlicher und künstlicher Intelligenz

Die Anwendung analytischer und reduktiver Methoden prägt nachhaltig den kognitiven Stil des Computers: aus der Umgebung wird ein Objekt herausgetrennt, isoliert; das Objekt wird in Teile zerlegt; der ursprüngliche Zustand erscheint als Zusammenführung der Teile. Die Synthese ist hierbei lediglich die Umkehrung der Analyse.

Computergerechtes Denken enthebt die menschliche Lebenstätigkeit ihrer besonderen Qualität. Darin wurzelt die Gefahr eines Zuwachses an mechanistischem Denken in der Medizin.

Krankheit läßt sich vom Standpunkt der analytisch vorgehenden Wissenschaft mit ihren reduktiven Methoden nur bedingt begreifen. Die Computerisierung der klinischen Tätigkeit impliziert die Gefahr der weiteren Somatisierung von Krankheit, indem der Prozeß des Krankseins unzureichend erfaßt werden kann und abgetrennt von Krankheit behandelt wird. Computer mechanisieren das Cartesianische Denken. Damit kann Krankheit nicht in ihrer Mehrdimensionalität, nicht als Einschnitt in den Lebensplan und Bedrohung des sozialen Status eines Menschen sowie als Reduzierung von Kommunikationsmöglichkeiten begriffen werden. Das cartesianische Denken verweigert sich dem verstehenden Begreifen von komplexen, hierarchisch organisierten Systemen unterschiedlicher Struktur- und Bewegungsformen – Biotisches, Psychisches, Soziales – mit enkaptischer Struktur. Künstliche Intelligenz muß derzeit vor dem Entwicklungsbegriff kapitulieren! Natürliche und künstliche Intelligenz sollten mehr als bisher nicht als Konkurrenten, sondern komplementär konzeptionalisiert werden, cartesianisches und darwinistisches Denken als gegenseitige Ergänzung.

3.5 Technikgläubige Komplexitätsreduktion

Es scheint fast ein Kennzeichen unserer Kultur und des Denkens einflußreicher sozialer Gruppen zu sein, wider bessere Erfahrung oftmals technische andere Problemlösungsformen vorzuziehen. Auch in der Medizin der »realsozialistischen« Gesellschaften war diese Fetischisierung technischer Instrumente durch medizinisches Personal, aber auch viele Patienten und in den Massenmedien durchaus an der Tagesordnung. Der technische Rückstand allein vermag dies nicht befriedigend zu erklären. Wie eine soziologische Befragung an der Medizinischen Akademie Dresden 1987/88 ergab, kritisieren vor allem Ärzte in leitenden Positionen und mit langjähriger Berufserfahrung diese Technikmystifikation in der Medizin, während aber in den Antwortmodellen beispielsweise zur Bewertung und Prognose des wissenschaftlich-technischen Fortschritts in der Medizin die zuvor kritisierte Einstellung nun selbst geäußert wird. Techniküberbewertung äußert sich 1. als Überschätzung technischer Mittel und Methoden gegenüber alternativen Lösungen nach dem Motto »Mehr Überschaubarkeit durch bessere Technologien« – eine fatale Logik,

mangelhaftes Verständnis komplexer Zusammenhänge durch technischen Rationalismus überwinden zu wollen; 2. als Unterschätzung menschlicher und organisatorischer Vorleistungen und Prozeßkomponenten, weil menschliches Verhalten häufig noch immer als schwer »berechenbar« und damit als potentielle Störgröße gilt – »Sachzwänge« aber entspringen unzureichenden organisatorischen Vorleistungen und Freiheitsgraden für Akteure eines Systems; 3. in Gestalt von Szientismus als Verabsolutierung der (Natur-)Wissenschaften gegenüber anderen Aneignungsformen von Wirklichkeit. Technikgläubigkeit, Geringschätzung sozio-organisatorischer Kräfte und Szientismus bereiten dem technologischen Reduktionismus in der medizinischen Praxis einen fruchtbaren Boden. Dabei wird klar – so unsere These –, daß die Technisierung und i.S. Computerisierung der Medizin nicht an sich zur Verbesserung der Gesundheitslage beitragen wird. Diesen Anspruch wird sie erst als ein Element einer sozialpflichtigen, humanwissenschaftlichen Medizin mit ausgeprägten präventiven und ambulanten Sektoren sowie einer kooperativen, patientenzentrierten kurativen Medizin einlösen können.

3.6 Risiken aus der Kombination reduktionistischer Menschenbilder

Im Computer werden exteriorisierte, vergegenständlichte Formen des Erkenntnisprozesses des abstrakten, gesellschaftlichen Menschen realisiert. Die geistige Tätigkeit des Menschen kann unter funktionalem, operationalem und motivationalem Aspekt betrachtet werden. Computer simulieren geistige Prozesse auf der operationalen Ebene. Damit bleiben sie gegenüber sozial-normativen und emotional-affektiven Aspekten defizitär. Dieser Sachverhalt ist gerade für die Bestimmung der Reichweite der Computer in der Medizin von ausschlaggebender Relevanz. Der Arzt ist mit einem »Berg« standardisierter Daten konfrontiert; auf »Verlangen« des Computers wird der Patient – ohnehin schon naturwissenschaftlich verkürzt, »aufbereitet« – zum »informationellen Objekt« umdefiniert. Menschliches Leben ist nun auf »maschinenlesbare Codes« herabgesunken. Die Informatik gewinnt als Organisations- und Wissenschaftskonzept der Computerisierung in der Medizin in Form von Arbeitsmitteln materiell-strukturellen und in Gestalt typischer Denkmuster ideologischen Einfluß. Deutlich müssen hier Probleme benannt werden, die in medizinischer Forschung und Praxis aus der Verklammerung von zwei reduktionistischen Menschenbildern

resultieren; dem der naturwissenschaftlich-professionellen Medizin (konzentriert auf Somatisches, Lokalisierbares, Meßbares, Kausalität usw.) mit dem der heute weithin wirksamen Informatik, die mehr als Technologie denn als Wissenschaft auf den Menschen als Mangelwesen, Biocomputer, Syntaxtransformator oder Störfaktor im Sinne eines »neuen informationstechnologischen Taylorismus« (Fuchs-Kittowski, 1983, S. 129) blickt. Über die Verselbständigung derart konzipierter Informations- und Kommunikationssysteme erhält das eigentlich schon obsolet gewordene einseitig naturwissenschaftliche Krankheitsmodell neues Leben eingehaucht. »Das praktizierte Krankheitsverständnis wäre dann eines, das die (Krankheits-) Situation des Menschen als die Gesamtheit möglichst vieler sichtbarer und meßbarer Daten über den Patienten auffaßt.« (Stahl, 1988, S. 25) Neben der Festschreibung der Konstruktion des Kranken zum »Fall« im »künstlichen« sozialen Handlungsfeld »Klinik« hat dies noch weitreichendere Konsequenzen – Medikalisierung des gesamten Verhaltens bis hin zur Normalisierung der »gesunden Lebensweise« als »methodische Lebensführung« und technisch-medikamentöse Manipulationen bei Gesundheitsstörungen. Nicht der kranke/leidende Mensch wäre damit Gegenstand medizinischer Intervention, sondern technisch- naturwissenschaftlich produzierte Informationen über einige Aspekte seiner Krankheit.

Angesichts der Widersprüchlichkeit der Technisierungsprozesse in der Medizin – Kranheiten heilend, aber auch neue Leiden hervorbringend – fällt ein Fazit ausgesprochen schwer. Die Diskussion zu diesen brisanten Fragen muß öffentlich, und nicht im »Expertenkreis« weitergehen, um Entwicklung auch sozial gestaltbar zu halten. Wir meinen aber – und das wird sicher Widerspruch provozieren –, daß das Hauptproblem der medizinischen Praxis in der ehemaligen DDR in den 80er Jahren primär nicht in mangelhafter Verfügbarkeit und Niveau wissenschaftlich-technischer »Spitzenleistungen« einschließlich eines entsprechenden Fachpersonals bestand, sondern vielmehr – wie der in seinem Ausmaß erst mach der »Wende« öffentlich gewordene Pflegenotstand oder fundamentale Defizite im sozialtherapeutischen und – präventiven Bereich zeigen – in der strukturell-konzeptionellen Unterentwicklung der sozialorganisatorischen Komponenten des Gesundheits- und Sozialwesens! Das Mißverständnis zwischen nahezu hektisch verfolgter Technologieausbreitung mit einer scheinbar schicksalhaften Eigenlogik und einer borniert zu nennenden Technologiepolitik und »-alltagsphilosophie«, die der Dynamik, Komplexität und Ambivalenz

der Entwicklung immer weniger gerecht wird, besteht weiter und treibt – wie zuletzt der Golfkrieg vor Augen führte – offenbar in immer tiefere Klüfte. Adolf Muschg (1988, S. 280) hat diese absurde Situation auf den Begriff gebracht: »Die hochgezüchtete Optik der Dummheit reicht zwar aus, mit Hilfe einer Satellitenkamera auf einem Schreibtisch in Moskau oder Washington ein Telefonbuch zu lesen – aber sie reicht zur Wahrnehmung nicht aus, daß man sich in Washington und Moskau auf einem gemeinsamen Boden befindet.«

Korrespondenzanschrift:
Dr. Peter Müller, Grunaer Str. 12, O-8010 Dresden

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H., 1986: Das Dilemma medizin-techischer Entwicklungen. In: Medizin und Technologie (AS 141), Berlin/W., S. 29-48

Boguslawski, A., 1988: Computer in der Arztpraxis. Entwicklungstendenzen in der ambulanten Medizin. In: MMG 13, S. 174-179

Borgers, D., 1986: Für eine ganzheitliche Perspektive in der Anwendung moderner Technologien. In: Medizin und Technologie (AS 141), Berlin/W., S. 49-68

Fuchs-Kittowski, K., 1983: Informatik und Organisationstheorie als konzeptioneller, theoretisch-methodologischer Bezugsrahmen für die effektive Integration moderner Informationstechnologien in soziale Organisation. In: IV. Wissenschaftl. Kolloquium zur Organisation der Informationsverarbeitung, Berlin/O., S. 128-205

Grethe, H., 1986: Exponentielle Eskalation von Diagnostik und Therapie in der Allgemeinmedizin. In: Ztschr. f. Ärztl. Forbildung 80, S. 737-739

Luther, E., 1986: Gesundheit als Lebens- und Freiheitsgewinn. In: humanitas 26, S. 9

Müller, P., 1990: Der Einfluß des wissenschaftlich-technischen Fortschritts auf das Arzt-Patient-Verhältnis in der medizinischen Praxis. Dissertation (8), Dresden (unveröff.)

Müller, P./H.-J. Muskulus, 1990: Technisierung als Vergesellschaftung in der Intensivmedizin – sozioloigische Einsichten und Ausblicke. In: Sozialwissenschaften u. Berufspraxis, 13, S. 188-193

Muschg, A., 1988: Binäres Denken. In: ad libitum 10, S. 278-285

Ridder, P., 1980: Patient im Krankenhaus. Personenbezogener Dienst auf der Station (2 Bde.). Stuttgart

Roth, M., 1986: Evolution und Kooperation. Mensch und intelligenter Automat. Suhl

Silomon, H., 1983: Technologie in der Medizin. Folgen und Probleme. Stuttgart

Stahl, K., 1988: Auswirkungen des Computereinsatzes im Krankenhaus. In: Jahrbuch Krit. Med. 13, Berlin/W., S. 20-25

Thom, A./U.-C. Wolff, 1986: Erkenntnistheoretische und methodologische Probleme der ärztlichen Diagnostik. In: Wissenschaft u. Fortschritt 36/H. 1, S. 18-20

Vallee, J., 1984: Computernetze – Träume und Alpträume von einer neuen Welt. Reinbek b. Hamburg

Weizenbaum, J., 1978: Die Macht der Computer und die Ohmacht der Vernunft. Frankfurt a.M.

Wysotzki, F., 1988: Entwicklungstendenzen und Probleme der Informationsverarbeitung. In: 4. Kongreß der Informatiker der DDR, Dresden, Bd. 1, S. 176-178

(Das Eingangszitat ist der Langspielplatte »Bataillon d'amour« der Gruppe Silly – Berlin/O. 1986 – entnommen)

Gabriele Moser

Der Arzt im Kampf gegen »Begehrlichkeit und Rentensucht« im deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik*

I. Einleitung

Das Thema

Neutraler formuliert könnte der Titel dieses Beitrages lauten: *Gutachtermedizin und sozialgeschichtliche Ansätze zur Genese der 'Rentenneurose'.* Die Begriffe »Begehrlichkeit« und »Rentensucht«, die seit ihrer Prägung im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik stets in ärztlichen Diskussionen um Sinn und Nutzen der Sozialpolitik auftauchten, sind ebenso in der medizinisch-psychiatrischen Theorieentwicklung der »traumatischen Neurose« präsent. Mit diesem Begriff sollte ein Phänomen bezeichnet werden, das sich nach Arbeits- oder Verkehrsunfällen vereinzelt einstellte, sich in unterschiedlichen Symptomen wie Zittern, Lähmungen, veränderten Reflexen u.a. äußerte und häufig von Stimmungs- und Verhaltensschwankungen begleitet war.

Erstmals hat der Berliner Neurologe Hermann Oppenheim (1858-1919) 1889 seine diesbezüglichen Beobachtungen zu einem Krankheitsbild unter der Bezeichnung »traumatische Neurose« zusammengefaßt. Indem er für diese Symptome feinste organische Schädigungen des Nervengewebes verantwortlich machte – die damals aber weder er noch Kollegen mikroskopisch oder chemisch nachweisen konnten –, stellte er einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und psychischer Folgewirkung her. Oppenheim löste damit eine langjährige, z.T. äußerst heftig geführte Debatte um eventuell entschädigungsfähige Folgen von Unfällen aus, die von ihrem Beginn an begleitet war von der ebenso scharf diskutierten Frage, ob diese Schädigungen überhaupt existierten oder es sich nur um Simulation handele.

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags im Institut für Geschichte der Medizin (FU Berlin), gehalten am 28. 6. 1990.

Bis zum Ende des 1. Weltkriegs wechselten die Begriffe für den der »traumatischen Neurose« zugeordneten Symptomenkomplex häufig: »Begehrungsneurose« (Strümpell 1895), »Unfall-« oder »Rentenhysterie« (Windscheid 1903, Hellpach 1906a) oder »Unfallsnervenkrankheiten« (Hellpach 1906b) wiesen zwar eindeutig auf den durch die Versicherungsgesetzgebung geschaffenen Rechtsanspruch hin, orientierten sich aber noch an der Neurosen- oder Hysterielehre ihrer Zeit. In der Weimarer Republik war eindeutig der außermedizinische, moralisierend-politische Aspekt in der Klassifizierung durchgesetzt. Herrschende Meinung in der Fachwelt sei nun, »daß 'hysterische Reaktion' keine Krankheit ist«, so Hermann Simon 1931, »und daß die 'Rentenneurose' eine starke parasitäre Komponente hat« (Simon 1931, 243), weshalb er die Bezeichnung »Parasitismus sozialis« für die zutreffendste halte.

Die Schwierigkeiten der damaligen Neurologen und Psychiater mit diesem Krankheitsbild ergaben sich nur vordergründig aus den als unzureichend empfundenden Diagnosemöglichkeiten, denn dieser Zustand war nicht ungewöhnlich. Da die Begutachtungspraxis eine eindeutige Festlegung aufgrund des Prinzips der 'haftungsbegründenden Kausalität' zwingend festschrieb, entstand ein Entscheidungsdruck, dem sich kaum ein Gutachter entziehen konnte. Die Mehrheit urteilte auf der Basis der wenig gesicherten medizinischen Erkenntnis, wobei der medizinische Sachverstand zunehmend ergänzt wurde durch Urteile allgemeinerer Art, die der eigenen Lebenserfahrung oder dem sog. 'gesunden Menschenverstand' entstammten.

Das sich konstituierende gutachterliche Selbstverständnis läßt sich an dieser Nahtstelle zwischen medizinisch-wissenschaftlicher Diagnose und gesellschaftlich-politischer Beurteilung ebenso gut untersuchen wie das den Entscheidungen zugrundeliegende Wertesystem. So hat beispielsweise der Nervenarzt und Psychologe Willy Hellpach 1906 in der »Rentenhysterie« eine Erscheinung ausschließlich der *Arbeiter*psyche gesehen, die aus der spezifischen Form der Arbeit abzuleiten und daher eindeutig als »die Berufspsychose des Arbeiters« dingfest zu machen sei (Hellpach 1906a, 14). Die Beschreibungen der »Unfallneurotiker« und der Umgang mit ihnen scheinen mehr über die jeweiligen Betrachter auszusagen als über die betrachteten Objekte.

Fragestellungen und methodischer Ansatz

Es ist also nicht die Psychiatriegeschichte, die mir an dieser Theoriebildung wichtig und interessant erscheint, sondern die gesellschaftlichen Bedingungen und die sozialen Voraussetzungen, unter denen die »traumatische Neurose« geboren wurde und wie sie sich in Abhängigkeit von diesen Verhältnissen entwickelt hat. Weitergehendes Ziel wird sein, die Wandlungen einer 'medizinwissenschaftlichen Theorie (wieder) an ihre Produzenten 'anzubinden' und einen gesellschaftlich-sozialen Ort dieser Wissenschaftler, zumindest annäherungsweise, zu beschreiben.

Warum Ärzte ihre Erkenntnisse eher im Sinne der Berufgenossenschaften – der auf dem Gebiet der Unfallversicherung ohne Gegengewicht herrschenden Unternehmerorganisationen – oder für die Unterstützung staatlicher Ziele und eben nicht versichertennah verwendet haben, kann vielleicht mit Hilfe von Untersuchungen zu Mentalität und Ideologie des Ärztestandes beantwortet werden. Auch ein »Generationenwechsel« in der Wissenschaftlergemeinde, wie ihn z.B. Detlev J.K. Peuckert für den Politikbereich beschreibt (Peuckert 1987, 25ff.), in dessen Folge die Ablösung einer spezifischen Einstellung zum Kranken durchgesetzt wurde, wäre denkbar und anhand der Äußerungen zu überprüfen.

Ideologien – ich folge hier den Ausführungen von Martin Doerry und Ulrich Raulff, die beide die von Theodor Geiger schon Ende der 20er Jahre ermittelten Ergebnisse weiterentwickelt haben –, unterscheiden sich von Mentalitäten durch ihre Systematik und innere Logik. Ideologien sind mitteilbar, d.h. lehr- und lernbare »Lebens- und Weltdeutungen« (Geiger 1932, 77). Mentalitäten dagegen »sind geistig-seelische Dispositionen, sind unmittelbare Prägung des Menschen durch seine soziale Lebenswelt« (Geiger 1932, 77). Sie zeichnen sich durch ihre Dauerhaftigkeit und die niedrige Reflexionsstufe aus (Doerry 1986, 51). Ideologien wirken in die Mentalität hinein, können umprägend oder verstärkend wirken. Eine dann tatsächlich in einer Konflikt-Situation getroffene individuelle Entscheidung, also die konkrete Umsetzung der Normorientierung, ist letztendlich Resultat der Mentalität.

Die gesellschaftlichen, sozialen und politischen Wertungen, die in den zahllosen wissenschaftlichen Artikeln und Monographien zum Themenkomplex der Begutachtung von Unfallfolgen verborgen sind, sollen herausgelöst werden. Aus diesen Äußerungen zwischen den Zeilen lassen sich, so eine weitere Annahme, für die Mentalität

und Ideologie der ärztlichen Verfasser relevante Aussagen gewinnen. Die für das wissenschaftliche Publikum verfaßten Texte können als Quellen einer ideologiekritischen Literaturanalyse ebenso dienen wie fiktive Texte von nicht-wissenschaftlichen Autoren.

Als Quellenmaterial bieten sich in erster Linie die seit Beginn der 90er Jahre des 19. Jahrhunderts sprunghaft anwachsenden Zeitschriften an, deren Hauptthema die *ärztliche Sachverständigentätigkeit* (die Begutachtung in der Sozialversicherung) ist, wie z.B. die 1895 gegründete »Ärztliche Sachverständigen-Zeitung«. Notwendig seien solche Zeitschriften geworden, weil die praktischen Ärzte für die Gutachtertätigkeit, einer »Anforderung des modernen Lebens«, unzulänglich ausgebildet seien, was materielle und ideelle Konsequenzen zeitigen könne:

»Die unzureichende Ausführung solcher Aufträge schädigt nicht nur seinen (des praktischen Arztes; GM) Erwerb, sondern auch seine Standeswürde, ja, setzt ihn in einer ehedem nicht vermuteten Weise der zivilrechtlichen, unter Umständen auch der strafrechtlichen Verantwortung aus.« (Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1895, Nr.1, 1)

Vor der Eröffnung dieses neuen Publikationsfeldes, und auch weiterhin parallel laufend, fanden die Debatten in psychiatrischneurologischen Fachblättern wie dem »Neurologischen Zentralblatt«, aber auch in allgemeineren medizinischen Zeitschriften wie der »Deutschen Medizinischen Wochenschrift« statt. Die Analyse der nicht spezialfachlich gebundenen Medizinpresse und der Standespresse ist von Bedeutung, um die Ausstrahlung der fachwissenschaftlichen Debatte in breitere Ärztekreise auszumachen. Diese Diskussionsebene stellt eine erste Stufe der Popularisierung der fachspezifischen Theorien dar. Hier wird auch, deutlicher als in den Spezialzeitschriften, der Bezug zu sozialpolitischen Maßnahmen und Gesetzesinitiativen hergestellt und die Wirkung über Ärztekreise hinaus eingeleitet.

Während die Literatur zur Sozialgesetzgebung, und zwar sowohl Primär- wie Sekundärliteratur, mittlerweile ganze Bibliotheken füllt, wird erst in neuester Zeit verstärkt interdisziplinär in Richtung auf eine *Sozialgeschichte der Medizin* hingearbeitet. Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozialer Sicherheit stehen dabei die 'ungeplanten Nebenfolgen' der Sozialpolitik mittels Versicherungen und ihre Effekte der Bürokratisierung und Ökonomisierung, der Disziplinierung und Entmündigung. Als eine wichtige Begleiterscheinung der staatlichen Sozialpolitik wird bei diesem Forschungsansatz die *Zwangssozialisation* der Unterschichten in das

herrschende System bürgerlicher Normen und Verhaltensmaßstäbe ausgemacht. Der Medizin kommt in dieser Perspektive eine besondere Rolle als einer Institution sozialer Kontrolle zu, da Ärzte als *gate-keeper* fungieren, die den Zugang zu öffentlichen Mitteln nach bestimmten Kriterien regulieren. Die Professionalisierung im Medizinbereich spielte für die Erlangung dieser dominanten Stellung eine ebenso wichtige Rolle wie die Einführung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung in Deutschland seit 1883.

II. Sozialpolitische Entwicklung und Professionalisierung des Arztberufs

Sozialpolitik im Kaiserreich: Staatliche Sozialversicherung statt Arbeiterschutz und politischer Emanzipation

Staatliche Sozialpolitik durch Versicherungsgesetzgebung begann im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts; sie stellte eine Reaktion auf die in den Städten sichtbar gewordene sociale Frage dar, die sich aus den durch Industrialisierung, Urbanisierung und großes Bevölkerungswachstum hervorgerufenen Umwälzungen der Gesellschaft ergeben hatte. Flankiert wurde die Sozialpolitik von Maßnahmen zur Abhilfe der größten Übelstände der Wohnsituation der städtischen Unterschichten: Assanierung der Arbeiterwohnviertel, die Verbesserung der Wasserversorgung und der Kanalisation nach Hygienestandards und Grundsätzen der Bakteriologie wirkten langfristig im Sinne einer gesundheitpolitisch geforderten Besserung der äußeren Lebensumstände.

Die Arbeiterversicherungsgesetze setzten dagegen an der individuellen Existenz als Lohnarbeiter an. Sie stellten einen markanten Wendepunkt in der Sozialpolitik dar, weil an die Stelle des bis dahin unvermeidlichen Abstieges in die Armutsbevölkerung durch die alltäglichen Risiken der Krankheit, der Invalidität oder des Alters dem Lohnarbeiter ein Rechtsanspruch auf öffentlich bezuschußte Versicherungsleistungen gewährt wurde. Die Versicherungsgesetze hatten auch eine unmittelbar politische Auswirkung: für die Versicherten trat nicht mehr der Verlust des Wahlrechts ein, der bisher bei Inanspruchnahme der kommunalen Armenfürsorge und dem Aufsuchen des Armenarztes obligatorisch war. Der Wahlrechtsverlust für die übrigen, weiterhin auf öffentliche Unterstützung angewiesenen

Bedürftigen, blieb noch bis zum Ende des 1. Weltkrieges in Kraft (Tennstedt 1981, 198).

Eingebunden waren diese durchaus real lageverbessernden staatlichen Maßnahmen allerdings in einen anderen, staatspolitischen Rahmen, der heute kaum noch erinnert wird, aber den Zeitgenossen sehr gegenwärtig war und wichtig erschien: sie sollten das »Sozialistengesetz« von 1878 flankieren, die Arbeiter vom Fürsorgewillen des Staates überzeugen und eben dadurch systemintegrativ wirken. Die berühmte »Kaiserliche Botschaft« Wilhelms I, die die Versicherungsgesetzgebung ankündigte, nannte als deren Aufgabe »Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter« (zit. n. Gladen 1974, 57).

Von Beginn an war diese Form der staatlichen Sozialpolitik umstritten, und zwar aus den verschiedensten Gründen: SPD und Gewerkschaften wiesen sie zurück aufgrund ihres politischen Zieles der Loyalitätsstiftung gegenüber dem Staat und wegen ihres Zwangscharakters. Als »großen sozialen Fortschritt« dagegen begrüßten die Anhänger der bürgerlichen Sozialreform im Umkreis des *Vereins für Sozialpolitik* die Versicherungsgesetze; Mitglieder oder Sympathisanten liberaler und konservativer Parteien wiederum lehnten sie als zu weit gehende 'Zugeständnisse' an die Arbeiter ab oder wollten generell keinen staatlichen Eingriff in die Freiheit des Wirtschaftslebens akzeptieren.

Die Haltung der Arbeiter und ihrer politischen Führung zum 1. Weltkrieg, besonders die Bewilligung der Kriegskredite durch die SPD und das 'Stillhalten' während Lebensmittelverknappungen und Abbau der Arbeiterschutzgesetze, erschien den bürgerlichen Sozialreformern als Beleg der gelungenen Integration der Arbeiter in den Staat und damit der Richtigkeit dieser Sozialpolitik:

»Der Krieg bedeutete für Deutschland zunächst eine Suspendierung der Klassenkämpfe. Es erwies sich, daß die bis zum Kriege geleistete Sozialpolitik bereits genügt hatte, um die Spannung zwischen den Klassen wenigstens insoweit zu mindern, daß eine Zeitlang das Gefühl nationaler Gemeinschaft bei höchster äußerer Gefahr im Volke vorhanden war« (Heyde 1923, 53).

Ärzte und arme Kranke: Armenkrankenbehandlung als »nobile officium«

Von Beginn an waren Ärzte, wenn auch in unterschiedlichem Maß, mit dem elenden Dasein der Armen-, später auch der Arbeiterbevölkerung konfrontiert. An erster Stelle sind hier die Armenärzte zu nennen, die von den Kommunen zur ärztlichen Versorgung der Unterschichten angestellt worden waren oder gegen eine feste Pauschalsumme neben ihrer üblichen Klientel auch die armen Kranken des Ortes zu versorgen hatten. Aber auch als medizinisch-wissenschaftliche Berater und Unterstützer der städtischen Assanierungsbewegungen oder in der Tätigkeit als Gewerbemediziner oder Medizinalbeamte hatten sie Einblick in die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Unterschichten bekommen.

Professionspolitisch bedeutend, und schon für die Medizinalreformbewegung Mitte des 19. Jahrhunderts ein Stein des Anstoßes, war der sog. »Kurierzwang«. In Städten oder kleineren Orten, in denen kein bestallter Armenarzt vorhanden war, kam der in der Approbationsordnung schriftlich festgehaltene Kurierzwang zur Anwendung, der die unentgeltliche Behandlung der armen Kranken jedem niedergelassenen Privatarzt (dem sog. »Hausarzt«) zur Pflicht machte. In der ärztlichen Standesgeschichtsschreibung wurde diese gesetzliche Anordnung stets zum überflüssigen und 'schändlichen' Eingriff in die ärztliche Tätigkeit verklärt, da es selbstverständliches Gebot der Humanität eines jeden Arztes sei, Unbemittelte kostenlos zu behandeln.

Auch nach der Unterstellung des Arztberufs unter die Gewerbeordnung von 1869 bzw. 1871, die für die Ärzte die Aufhebung des Kurierzwanges brachte, blieb die Behauptung vom »nobile officium« lebendig. Konterkariert wird die Beteuerung uneigennütziger und freudiger Armenbehandlung schon durch zeitgenössische ärztliche Stellungnahmen, die allerdings aus anderen als professionspolitischen Argumentationszusammenhängen stammen.

Selbst der profilierte Medizinalreformer Rudolf Virchow, dem durchaus an einer Neuorganisation des Gesundheitswesens zugunsten der Unterschichten gelegen war, beschrieb die den Ärzten zugewiesene Klientel der Armen eindeutig als fremde und wenig erwünschte Objekte ärztlicher Tätigkeit:

»Die armen Kranken stellten an den Arzt, den man ihnen aufgezwungen, den man offiziell zu ihrer Disposition gestellt hat, Anforderungen, wie kaum ein Reicher sie ohne das Versprechen sehr

großer Belohnungen zu machen gewagt haben würde; sie begegneten ihm mißtrauisch, barsch, brutal. Während sie nicht selten seine Verordnungen unterließen oder mißachteten, verlangten sie jedoch von ihm jede Aufopferung bei Tag und Nacht, jede Hingebung des Körpers und des Geistes« (Virchow 1848, zit. n. Göckenjan 1985, 295).

An anderer Stelle forderte er, ausdrücklich auf die Armenkranken bezugnehmend, die »Kurierfreiheit«:

»Ebenso wie wir verlangen, daß es jedem Arzt freistehen soll, diejenigen Privatkranken zurückzuweisen, die ihm aus irgendeinem Grunde nicht anstehen, wollen wir auch, daß kein Arzt gegen seinen Willen zur Armen-Krankenbehandlung genötigt werden soll« (Virchow 1849; zit. n. Göckenjan, 296).

Virchow, von dem auch das gern zitierte Wort von den Ärzten als den »natürlichen Anwälten der Armen« stammt, charakterisierte dieselben Armen in einem Bericht über die oberschlesische Typhusepidemie im gleichen Jahr 1849 als exaktes Gegenbild des »freien, an Arbeit gewöhnten Menschen«. Hauptmerkmale dieser Schicht seien »vollkommen hündische Unterwürfigkeit«, »Unreinlichkeit und Indolenz«, »Abneigung gegen geistige und körperliche Anstrengungen« und »Neigung zum Müßiggang«. Das Engagement für die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Unterschichten mußte also nicht zwangsläufig gekoppelt sein mit der Wahrnehmung der Armen als gleichgestellter, lediglich hilfsbedürftiger menschlicher Wesen. Virchow stand mit der hier zum Ausdruck kommenden Mischung von »Ekel und Mitleid«, wie Ute Frevert diese Haltung prägnant charakterisiert hat, in einer Reihe mit anderen Angehörigen des Bürgertums, die sich 'sittlich erziehend' in der Wohlfahrts- und Armenpflege betätigten.

Auf der Suche nach Arbeit waren die in den heftigen Krisen der 30er und 40er Jahre neu entstandenen Massen von Armen in die Städte gezogen, wo sie für das Bürgertum überhaupt erst sichtbar und damit als Bedrohung erfahrbar wurden. Der 'Nachtwächterstaat' liberaler Prägung fühlte sich für diese Armen nicht verantwortlich, da ihm nach Auffassung der herrschenden Kreise lediglich die Sicherung der freien Entfaltung des Marktes nach außen zukam. Erste Selbsthilfe-Einrichtungen gegen die 'neue Armut' waren Ende der 40er Jahre die sog. »Arbeiterverbrüderungen«, die die genossenschaftliche Kassentradition der Handwerker fortführten. Nach ihrer Zerschlagung anfangs der auf die 48er Revolution folgenden Restaurationszeit entstand ein Vakuum, das nun das städtische Bürgertum auszufüllen begann.

Als Extrem der Rationalisierung und Ökonomisierung des Arbeitslebens wie der gesamten Gesellschaft stellte 1913 Heinz Potthoff, ein führendes Mitglied des »Vereins für Sozialpolitik«, zur Verteidigung der Sozialversicherung gegen Forderungen nach ihrem Abbau den Sinn der Sozialpolitik in Form einer schlichten NutzenKosten-Analyse dar:

»Der Hauptzweck sozialer Gesetzgebung ist rationelle Ausnutzung der arbeitenden Millionen; ist Anwendung der Grundsätze, die jedem Kaufmann für sein lebendes und totes Inventar als selbstverständlich gelten, auf das menschliche Inventar; ist Hinderung eines unrationellen Raubbaus an der Gesundheit und Arbeitskraft des Menschen (...) Auch die soziale Versicherung ist nur eine Übertragung bewährter kaufmännischer Grundsätze vom sachlichen auf das menschliche Gebiet, nämlich des Grundsatzes der Amortisation von Werten, die der Abnutzung unterworfen sind« (Potthoff 1913, 416).

Auch in den ärztlichen Debatten über die sozialpolitische Gesetzgebung und ihre Folgen für Wirtschaft, Staat und Politik, kurz: die »Allgemeinheit«, hielt diese Grundhaltung immer mehr Einzug. Gerade in der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, die durch die Sozialgesetzgebung für über Gerichts- und Militärärzte hinausgehende Ärztekreise die Arbeit als Gutachter eingeführt hatte, wird dies spürbar.

III. Gutachtertätigkeit und Genese der »Rentenneurose«

»Traumatische Neurose« und »Rentenneurose«: Vom organpathologischen Befund zur »wunschbedingten Vorstellung«

Soweit ich die Situation bisher überblicken kann, ist bis heute unter den Ärzten der Krankheitswert der »psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen«, so die Beschreibung von Venzlaff (1959, 2), umstritten. Die beiden Pole der wissenschaftlichen Auseinandersetzung scheinen, heute wie damals, »Krankheitswert« (und damit Entschädigungsfähigkeit) auf der einen Seite und »keine Krankheit« (sondern 'willensmäßig überwindbare Störung') auf der anderen Seite darzustellen.

Im Kern spiegelt sich diese Situation in einer Auseinandersetzung im »Deutschen Ärzteblatt« im Sommer 1982: der als Fortbildungsbeitrag angebotene Artikel vom Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster, Prof. Dr.med. Rainer Tölle,

trug den geradezu programmatischen Titel »Neurosen sind Krankheiten«. Und ebenso entschieden äußerte umgehend ein Leserbriefautor, daß eine »Rentenneurose« – und er berichtigt sofort: korrekt sei die Bezeichnung »Rentenbegehren« – eben keine Krankheit sein könne, weil sie nicht durch medizinische Therapie, sondern »durch Bewilligung der Rente geheilt« werde.

Die wesentlichen Stationen der Entwicklung führten von der »traumatischen Neurose« Oppenheims, der feinste – mangels unzureichender Untersuchungsmethoden nur noch nicht feststellbare – Läsionen des Nervengewebes als Ursache der 'nervösen Störungen' nach Unfällen behauptet hatte, über die »Begehrungsneurose« Strümpells zur »Rentenneurose« Stiers. Disziplinhistorisch legte die Theorie damit den Weg von der Körpermedizin der Neurologie der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts über die Psychiatrie (Hysterielehre) in die »Körperlosigkeit« der Psyche zurück, wo sie für die sich konstituierende Psychoanalyse einerseits zum Therapierfeld wurde, andererseits den »normal-psychologischen Maßstäben« (Venzlaff 1958, 6) von nicht fachspezifisch ausgebildeten Medizinern und dem »gesunden Menschenverstand« der herrschenden Meinung ausgesetzt war.

Seit dem ersten Jahrtzehnt dieses Jahrhunderts ist verstärkt die Tendenz zu beobachten, den »Unfallneurosen« nur noch bedingt Krankheitswert beizumessen. Gleichzeitig wurde den betroffenen Individuen eine Mitschuld, die bis zur Alleinverantwortlichkeit reichen konnte, für ihre Situation zugewiesen; Kretschmer z.B. machte 1917 für die psychoreaktiven Störungen den »schlechten Gesundheitswillen« des »Hysterikers« verantwortlich (zit. n. Fischer-Homberger 1975, 167). Auf der berühmt-berüchtigten »Kriegstagung« der »Gesellschaft deutscher Nervenärzte« 1916 in München resümierte der Hamburger Psychiater Max Nonne im Telegramm-Stil die nun durchgesetzte Lehrmeinung:

»'Traumatische Neurose' ist keine besondere Krankheit (...) Die Störungen sind als eine Reaktion des Verletzten auf die durch den entschädigungspflichtigen Unfall für ihn neu geschaffene Situation anzusehen. Ein somatisches Trauma ist für das Auftreten dieser Symptombilder keine Vorbedingung. Organische Veränderungen irgendwelcher Art liegen den Symptombildern nicht zugrunde. Eine solche Lehre ist auch praktisch bedenklich, weil eine solche Auffassung die Begutachtung und praktische Bewertung der Unfallfolgen und damit (...) die wirtschaftlichen Interessen des Staates ungünstig beeinflussen würde« (zit. n. Fischer-Homberger 1975, 89).

Wichtig für die versicherungstechnische Seite ist an dieser Zusammenfassung die Verschiebung der Kausalität vom Unfall als auslösendem Ereignis zur neu geschaffenen Situation, auf die der Verletzte reagiert. Diese Verschiebung ist die Voraussetzung für die Umwertung in »Renten«-Neurose als »wunschbestimmte Neurose«. Ihr wird nur dann ein Krankheitswert zugebilligt, »wenn der Rentenbewerber sich nicht bewußt ist, daß seine Krankheitsdarstellung keinen Grund in seinem körperlichen Zustand hat, sondern nur in seinen wunschbedingten Vorstellungen besteht«. Die so von Krauss 1960 (zit.n. Schlierf 1985, 8) paraphrasierte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24.9.1926 bildet bis heute die Rechtsgrundlage für die Begutachtung der Neurose-Kranken hinsichtlich der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

»Unfallneurose« und Gutachtertätigkeit: Neutralität des Gutachters und Interessen der Berufsgenossenschaften

Der Diagnose »Unfallneurose« konnte sowohl bei der Annahme eines Krankheitswertes als auch bei dessen Nicht-Zuerkennnung ein gleicher Ausgangspunkt zugrundeliegen: die Bewertung als »psychologisch verständliches Phänomen«. 'Verständlich' erschien die »Unfallneurose« aus der gesamten Struktur des Arbeiterlebens (häufige Geldsorgen, Wohnungsmisere, schlechte Arbeitsbedingungen, hohes Unfallrisiko etc.). Reagieren konnte man darauf entweder mit der Rentengewährung und damit die Lebensumstände des verunfallten Menschen verändern. Die gegensätzliche Auffassung sah grundsätzlich keine Entschädigungsfähigkeit in der »Unfallneurose«, weil diese nur Ausdruck der mangelhaften Anpassung des Individuums an die Normalität der Verhältnisse sei. Folglich mußte das Unfallopfer in die Verhältnisse hinein »diszipliniert« werden.

Die Ablösung der Lehrmeinungen über die »Unfallneurose« – Stier, Bonhoeffer oder Reichardt verwahrten sich strikt gegen die 'veraltete', an Oppenheim orientierte Auffassung der »traumatischen Neurose« – stellt möglicherweise ein wichtiges Indiz für einen »Generationenwechsel« unter den Medizinern dar. Mit dem Ende des 1. Weltkriegs schien dieser Ablösungsprozeß weitgehend durchgesetzt gewesen zu sein. In diesem Zeitraum schwand der wissenschaftliche Einfluß der »Wilhelminer«, derjenigen Ärzte, die ca. 1850-1865 geboren worden waren und die Hauptprägungen ihrer Persönlichkeit in der Reichsgründungszeit erfahren hatten (Doerry 1987), und eine jüngere Ärzte-Generation, die etwa in den 70er

Jahren geboren waren und die den Höhepunkt ihrer beruflichen Karriere und der gesellschaftlichen Wirkungsmöglichkeit dann in der Weimarer Republik haben sollten, gewann an Einfluß.

Auch in anderen Wissenschaftsbereichen wie im gesamten Bildungsbürgertum zeichnete sich zu Beginn des zweiten Jahrzehnts des 20. Jahrhunderts ein Umschlag der öffentlichen Meinung ab, der von dem renommierten Sozialpolitiker Ludwig Heyde als »Gegenbewegung gegen die Sozialreform« analysiert wurde:

»Eine neue Zeit schien sich auf den Hochschulen anzubahnen (...) Der Nachwuchs an jungen Nationalökonomen schien großenteils der Arbeiterfreundlichkeit ohnehin zu ermangeln, die den Vertretern der historisch-ethischen Schule eigen gewesen war. Es wurde mit einer gewissen Plötzlichkeit fühlbar daß die neue Generation vorwiegend weltwirtschaftlich oder werturteilsfrei-soziologisch orientiert war und den sozialpolitischen Fragen kühler gegenüberstand. (...) (Die 'alten Meister' seien zwar noch lehrend tätig; GM) aber sie begannen doch – das trat jetzt ins öffentliche Bewußtsein – unter der Fülle von anders gerichteten jungen Hochschullehrern allmählich zu verschwinden« (Heyde 1923, 50).

Daß die Persönlichkeit des begutachtenden Arztes grundsätzlich eine wichtige Rolle bei der Beurteilung versicherungsmedizinischer Fragen, und in ganz besonderem Maß auf psychiatrischen Gebiet spielte, war manchem Gutachter bewußt und wurde vereinzelt auch öffentlich thematisiert. Mit dem deutlichen Bezug auf die Arztpersönlichkeit aber erhalten die aus den Mentalitäten abgeleiteten Wertungen außermedizinischer Faktoren eine große Bedeutung, eben weil sie Eingang in die medizinische Diagnose finden.

Gutachterliches Selbstverständnis und außermedizinische Rahmenbedingungen: »Wilhelminer« und nachfolgende Ärztegeneration

»Die Ärzte spielen heute in der deutschen Sozialpolitik eine solche Rolle, daß manche volkswirtschaftlichen Probleme ohne Berücksichtigung der medizinischen Literatur gar nicht mehr erörtert werden können« (Bernhard 1913, 49).

Mit dieser Auffassung befand sich der Nationalökonom Ludwig Bernhard 1913 durchaus in Übereinstimmung mit allen gutachterlich tätigen Ärzten; durch ihre Schlüsselfunktion für die Ausschüttung von Versicherungsleistungen war jedem Arzt ein ökonomisch höchst brisantes Betätigungsfeld durch die Versicherungsgesetzgebung eröffnet worden, das ihn, so Franz Windscheid (1862-1910), aus der

»Ruhe des Krankenzimmers« (Windscheid 1903, 3) herausgeführt habe.

Erwartet wird vom Gutachter eine Haltung der »Neutralität«: die Kostenträger haben ein Interesse an nicht zu großer Nachgiebigkeit gegenüber den Ansprüchen der Kranken und dem Aufspüren von Simulation, der Kranke hofft, daß sein Leiden ernst genommen und dementsprechend auch finanziell entschädigt wird. Das Ergebnis seiner Untersuchungen hatte der Gutachter dann in schriftlicher Form den Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten oder dem Reichsversicherungsamt vorzulegen.

Große Probleme mit der geforderten neutralen Haltung ergaben sich aus den unzureichenden Diagnosemöglichkeiten, und hier besonders bei der »Unfallneurose«. Ludwig Bruns (1858-1916) hat diese Schwierigkeit, wie einige seiner Altersgenossen, deutlich gesehen und vor vorschnellem Abqualifizieren von schlecht deutbaren Symptomen als »Simulation« gewarnt:

»Ist nicht gerade bei den Unfallneurosen bei unseren heutigen (i.e. 1891; GM) Untersuchungsmethoden und pathologischen Kenntnissen die Annahme der Simulation (...) fast immer ein mehr oder weniger subjektives Urteil? (...) Nicht selten wird es sogar von der Persönlichkeit und Charakterlage des Untersuchers abhängen, ob er unter seinen Kranken mehr oder weniger oft Simulanten findet« (zit. n. Fischer-Homberger 1975, 186f.).

Besonders die Frage, ob der Kranke tatsächlich unter den beklagten Schmerzen leide, sei selten definitiv zu beantworten; einem Privatpatienten, so Bruns weiter, glaube man ja auch, ohne daß man objektive Grundlagen für seine Beschwerden nachweisen könne (Bruns 1901, 89). Daher lautete seine Forderung: »Man gebe gleiches Recht für für alle (Dubois); was man einem gut situierten Neurastheniker glaubt, muß man, bis man bestimmte Gründe dagegen hat, auch dem unfallverletzten Arbeiter und anderen Entschädigung beanspruchenden Personen glauben« (Bruns 1901, 98).

(Interessant ist hier auch die Tatsache, daß Bruns eine solche Aufforderung überhaupt aussprach; sie stellt einen deutlichen Hinweis dafür dar, daß es um die Jahrhundertwende verbreitete Praxis der Ärzte war, eben *nicht* allen Kranken nach gleichen Grundsätzen zu begegnen. Hierzu paßt auch die Forderung Strümpells (1853-1925), daß sich die ärztlichen Gutachter doch Leumundszeugnisse ihrer Klienten bei deren Arbeitgeber besorgen sollten, weil so der Simulationsverdacht schneller und sicherer zu diagnostizieren sei.)

Eine Zunahme der Unfallneurosen, wie sie andere Autoren –

zumeist Gegner der Versicherungspolitik wie z.B. Nägeli, Seeligmüller oder Hellpach – besorgt festgestellt hatten, und daher auf Abhilfe der Situation drängten, konstatierte auch Bruns. Er konnte sich die steigenden Zahlen der Rentenanträge durch gestiegene Zahl der Unfälle aufgrund der Steigerung der Industrieproduktion, des Ausbaues des Verkehrswesens sowie die größere Arbeitshetze erklären, während z.B. seine Kollegen A. Hoffmann oder Strümpell die Ursachen in den zunehmenden »Begehrungsvorstellungen« der Arbeiter ausmachten und die Versicherungsgesetzgebung der Neurosenzüchtung bezichtigten.

Bruns grundsätzliche Haltung zur »Unfalls- respektive Haftpflichtgesetzgebung« ist, obwohl auch er Anhänger der These von der Not als Antreiberin zur Arbeit ist, eher pragmatisch:

»In der Tat würden viele Arbeiter schneller wieder zur Arbeit gehen und die krankhaften Folgen der Verletzungen, nicht nur bei Unfallsneurosen, dadurch schneller wieder überwinden, wenn man sie bei der Arbeitsunfähigkeit einfach hungern ließe. Dahin wird es aber nicht wieder kommen, und man wird, trotz des Geschreies einiger übereifriger Moralisten unter den Ärzten, die eine psychische Depravation unserer ganzen Bevölkerung durch die Rentengewährung befürchten, bei den weitaus größeren Segnungen des Gesetzes zunächst diese Schattenseiten mit in Kauf nehmen müssen« (Bruns 1901, 26).

Die jüngere Generation dagegen zeigte eine relativ deutliche Abkehr von der skizzierten Haltung der »Wilhelminer«, wie sie an Ludwig Bruns exemplarisch vorgeführt wurde. Die gleichen Themenkreise: Neutralität des Gutachters, Umgang mit Diagnoseproblemen, Vertrauenswürdigkeit der Kranken, Versicherungsgesetze und »Neurosenzuwachs«, sollen hauptsächlich am Beispiel von Franz Windscheid und Ewald Stier (geb. 1874) dargestellt werden.

Windscheid war, ebenso wie Stier in der Weimarer Republik, mehrmals eingeladener Referent im Reichsversicherungsamt, deren Beamte sich jeweils über den neuesten Stand der medizinischen Forschung in für die Begutachtung relevanten wissenschaftlichen Fragen, z.B. auch der »Unfallneurose«, informieren ließen. Selbst nach formalen Gesichtspunkten betrachtet war Windscheid kein unabhängiger Wissenschaftler: er war Leiter des berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses für Unfallnervenkranke in Leipzig Stötteritz, der ersten Spezialklinik dieser Art in Deutschland.

In Konflikte mit der von seiner Gutachtertätigkeit geforderten 'Neutralität' hat ihn das offenbar nicht gebracht; auch er reklamierte

für sich eine Stellung »über den Parteien«, wobei aber die Wahrung des Interesses der Berufsgenossenschaften sehr viel deutlicher als das der Versicherten akzentuiert wurde. Für Windscheid existierte ein »bedenklicher Zug« seiner Zeit, alle möglichen Erkrankungen auf Unfälle zurückzuführen, um so in den Genuß einer Entschädigung zu kommen. Dem sei scharf entgegenzutreten:

»Wo ließe sich bei Leuten der körperlich arbeitenden Klasse nicht mal irgend wann ein Unfall finden? Wollten wir hier immer mit der Anerkennung desselben als der Entstehung des vorliegenden Krankheitsbildes bei der Hand sein, so stiften wir einen ungeheuren sozialen Schaden, denn mit unserer Begutachtung verfügen wir über fremdes Geld und die Berufsgenossenschaften haben das Recht, durch die Ärzte unterstützt zu werden, wenn es sich darum handelt, unberechtigte Ansprüche zurückzuweisen« (Windscheid 1903, 17).

(In Windscheids Aussage deutet sich eine weitere Folge der Gutachtertätigkeit an: die Nicht-Hinterfragung der Tatsache, daß praktisch jeder Arbeiter in seinem Leben mehrfache Unfälle einkalkulieren mußte, bedeutet faktisch die Bestätigung der vorherrschenden Arbeitsumstände als Normalität – wie pathogen sie auch immer gewesen sein mögen.)

Ein grundsätzliches Mißtrauen gegenüber den Kranken, die ungerechtfertigt 'Leistungen erschleichen' könnten, spricht aus der Umkehr der Beweislast bei den 'rein subjektiven Erscheinungen' der Unfallnervenkranken: es handele sich um Symptome, »deren Vorhandensein die Kranken uns nicht nachweisen können« (Windscheid 1903, 9). Die unterschiedliche Wahrnehmung (und Behandlung?) der privaten und der versicherten Kranken bedeutete eine Abkehr von dem durch Bruns noch vorgetragenen Anspruch, sich als Gutachter ethisch am Idealbild ärztlicher Tätigkeit zu orientieren, d.h. die kranken Menschen möglichst unvoreingenommen zu behandeln.

In noch weitergehender Konsequenz der »Objektivierung« der Symptome und von einer Position extremen Mißtrauens aus hat Ewald Stier 1928 dem Ärztetagspublikum dann folgende Richtlinie für die Begutachtung empfohlen:

»(...) wir müssen uns doch klar sein, daß der Schmerz unter allen Umständen und immer ein subjektives Symptom ist, daß wir die Diagnose als solche immer nur auf den objektiven Symptomen aufbauen dürfen und bei den subjektiven Symptomen im Schlußurteil ausführlich zu der Frage Stellung nehmen müssen, ob aufgrund der ärztlichen Erfahrungen bei Nichtversicherten anzunehmen ist, daß

durch den von uns objektiv nachgewiesenen Befund tatsächlich die geklagten Schmerzen nach Form, Intensität und Dauer als glaubwürdig angesehen werden können« (Stier 1928, 45).

Während Bruns, Löwenfeld oder Möbius trotz der »Schattenseiten« besonders die Unfallversicherung doch erhalten sehen wollten und in der marginalen Absicherung der Existenz verunfallter Arbeiter das Gegenwicht sahen, das diese Negativfolgen aufwog, dominierte bei der jüngeren Generation der von Heyde beschriebene »Mangel an Arbeiterfreundlichkeit«. Das Kostenargument, das in der Auseinandersetzung um die Simulationsmöglichkeit der Symptome der »Unfallneurose« immer eine wichtige Rolle gespielt hatte und die Ärzte quasi als 'Schatzkämmerer des Volksvermögens' artikulierte der Gedanke findet sich z.B. bei Nonne, Stier oder Reichardt verdrängte auch die legitimen Interessen der Unfallopfer völlig.

Der Sozialversicherung, nicht nur der Unfall-, sondern auch der Krankenversicherung, wurden seit dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts zunehmend durch breiteste Kreise, unter ihnen zahlreiche Ärzte, ungünstige, 'demoralisierende' Folgen bescheinigt. An diesem Punkt, dem »Kampf um die Sozialpolitik«, werden die Wechselwirkungen von medizinischen Lehrmeinungen und gesellschaftlich-politischer Argumentation besonders deutlich. Die Populariserung der Theorie der »Unfallneurose« und ihre Nützlichkeit für die Gegner der Versicherungsgesetzgebung soll abschließend folgendes Zitat aus einer Eingabe gegen eine Anerkennung von Berufskrankheiten des »Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages« von 1913 an den Reichstag illustrieren:

»Die Rentenbegehrlichkeit und Rentensucht wird immer größer werden und vor allem zu einer Schädigung der Volksmoral führen. Abgesehen von den Fällen der Simulation und des Betrugs, die durch die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten eine beträchtliche Vermehrung erfahren würden, werden viele Leute dann tatsächlich unter dem demoralisierenden System der Rentenzahlung dauernd krank bleiben; sie bekommen die Rentenhysterie oder traumatische Neurosen in einem noch weit höheren Maße, als dies heute schon der Fall ist« (zit. n. Zumpe 1961, 84f.).

IV. Zusammenfassung: Vier Thesen

1. Der sozialpolitische Paradigmenwechsel, der sich in der institutionalisierten Trennung der Armen- von der Arbeiterbevölkerung vollzog und an die Stelle der diskriminierenden Armenpflege (Verlust des Wahlrechts etc.) für bedürftige Arbeiter den Rechtsanspruch auf Versicherungsleistung setzt, wird von den meisten Ärzten weder reflektiert noch adäquat gewürdigt. Für sie bleiben die 'Kassenkranken' die Nachfolger der Armenkranken, denen gegenüber der Arzt »wohltätig wirkt«.

2. Diese Fehleinschätzung der Situation der versicherten Arbeiter bedingt, gemeinsam mit dem aus der bürgerlichen Wohlfahrts- und Armenpflege tradierten Anspruch, auf die Unterschichten »versittlichend« einzuwirken, eine restriktive Einstellung gegenüber von Arbeitern geltend gemachten Ansprüchen auf z.B. Versicherungsleistungen. Die Annahme der (anthropologisch fixierten) »Begehrlichkeit« der Arbeiter in der Theorie der Begehrungs- oder Rentenneurose resultiert zu einem wesentlichen Teil aus dieser Wurzel traditionell-bildungsbürgerlichen Selbstverständnisses.

3. In den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts war der a-gesellschaftliche, naturwissenschaftlich-»objektive« Blick auf den Kranken so weit durchgesetzt, daß die ehemals vorhandene 'sociale Perspective' der Medizin verkümmert war. Behring z.B. stellte 1893 geradezu erleichtert fest, daß man dem Studium der Infektionskrankheiten nun nachgehen könne, »ohne von sozialen Betrachtungen und Reflexionen über Sozialpolitik abgelenkt zu werden« (zit. n. Rosen 1977, 284f.). Der Zwang zur »Objektivierung« in der Gutachtermedizin, deren normierendem Einfluß jeder Arzt ausgesetzt war, verstärkte die Tendenz der Reduzierung des Menschen auf die bloße Funktion der Erwerbsfähigkeit.

4. Diese Ausblendung der Individualität des Menschen und der ausschließliche Blick auf seine ökonomische Nützlichkeit ist aber nicht nur ein medizin-wissenschaftliches Phänomen; auch das Konstruktionsprinzip der Sozialversicherung mit der Forderung nach klarer, »haftungsausfüllender und haftungsbegründender Kausalität« wirkt in dieselbe, auf Ökonomisierung und Rationalisierung der Gesamtgesellschaft abzielenden Richtung. »Menschenökonomie« begann langfristig die traditionelle, nicht nach Kriterien der »Leistungsfähigkeit« selektierende Ethik abzulösen.

Korrespondenzanschrift: Gabriele Moser, Birkenweg 20, W-7801 Umkirch

Literaturverzeichnis

Barta, Heinz 1983: Kausalität im Sozialrecht. Entstehung und Funktion der sog. Theorie der wesentlichen Bedingung (2 Bde.); Berlin/West

Bernhard, Ludwig 1913: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik; Berlin (4.Aufl.; zuerst Berlin 1912)

Bonhoeffer, Karl 1926: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sog. Unfallneurosen; Dt. Med. Wochenschr. 1926, H.5, 179-182

Bruns, Ludwig 1901: Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen; in: Specielle Pathologie u. Therapie, hrsg. v. H. Nothnagel, XII. Bd., 1. Hälfte, 1. Abtlg.; Wien

Doerry, Martin 1986: Übergangsmenschen. Die Mentalität der Wilhelminer und die Krise des Kaiserreichs (2 Bde.); Weinheim u. München

Fischer-Homberger, Esther 1975: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden; Bern u.a.

Frevert, Ute 1985: Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert. Professionsinteressen – Zivilisationsmission Sozialpolitik; in: Jb. d. Stuttgarter Inst. f. Gesch. d. Med. d. Robert-Bosch-Stiftung, Bd.4, 41-59

Geiger, Theodor 1932: Die soziale Schichtung des deutschen Volkes. Soziographischer Versuch auf statistischer Grundlage; Stuttgart (Nachdruck: Stuttgart 1967)

Gladen, Albin 1974: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Eine Analyse ihrer Bedingungen, Formen, Zielsetzungen und Auswirkungen; Wiesbaden

Göckenjan, Gerd 1985: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt; Frankfurt a.M.

Graf, Eduard 1890: Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Ärztevereinsbund; Leipzig

Hellpach, Willy 1906a: Nervenleben und Weltanschauung. Ihre Wechselbeziehungen im deutschen Leben von heute (= Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd.41); Wiesbaden

Hellpach, Willy 1906b: Unfallneurosen und Arbeitsfreude; Neurol. Zentralbl. 1906, H.13, 605-609

Heyde, Ludwig 1923: Abriß der Sozialpolitik; Leipzig (4. Aufl.)

Huerkamp, Claudia 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen; Göttingen

Labisch, Alfons u. Reinhard Spree (Hrsg.) 1989: Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts; Bonn

Löwenfeld, Leopold 1889: Kritisches und Kasuistisches zur Lehre von den sog. traumatischen Neurosen; Münchener Med. Wochenschr. 1889, Nr.38, 643-646, Nr.39, 660-665 u. Nr.40, 684-687

Möbius, Paul Julius 1890: Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken; Münchener Med. Wochenschr. 1890, Nr.50, 887f.

Nägeli, Otto 1917: Unfalls- und Begehrungsneurosen (= Neue dt. Chirurgie, Bd.22); Stuttgart

Nonne, Max 1922: Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918; in: Hb. d. Ärztl. Erfahrungen im Weltkriege 1914/18; Bd.4: Geistes- und Nervenkrankheiten; hrsg. v. Karl Bonhoeffer; Leipzig; 102-121

Oppenheim, Hermann 1889: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten fünf Jahren gesammelten Beobachtungen; Berlin

Peuckert, Detlev J. K. 1987: Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne; Frankfurt a.M.

Plaut, Theodor 1913: Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte; Karlsruhe

Potthoff, Heinz 1913: Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherungen? Soziale Praxis 1913/14, Nr.15, 414-418

Raulff, Ulrich 1989: Mentalitäten-Geschichte. Zur historischen Rekonstruktion geistiger Prozesse; Berlin/West

Reichardt, Martin 1922: Der gegenwärtige Stand der Lehre der sog. Unfallneurosen; Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1922, Jg.17, 6-13

Reulecke, Jürgen 1986: Formen bürgerlich-sozialen Engagements in Deutschland und England im 19. Jahrhundert; in: Kocka, Jürgen (Hrsg.): Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert. Varianten ihres Verhältnisses im europäischen Vergleich; München; 261-285

Riehl, Wilhelm Heinrich 1887: Die bürgerliche Gesellschaft. Hrsg. u. eingeleitet von Peter Steinbach; Frankfurt a.M. 1976

Rosen, George 1977: Was ist Sozialmedizin? Analyse und Entstehung einer Idee; in: Lesky, Erna (Hrsg.): Sozialmedizin. Entstehung und Selbstverständnis; Darmstadt; 283-354

Sachße, Christof 1986: Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929; Frankfurt a.M.

Sachße, Christof u. Florian Tennstedt (Hrsg.) 1986: Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik; Frankfurt a.M.

Schlierf, Christa 1985: Die Rentenneurose: ein psychosoziales Arrangement; Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie 1985, 35. Jg., 8-16 u. 41-46

Seeligmüller, Adolf 1890: Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten; Münchener Med. Wochenschr. 1890, Nr. 30, 663-665, Nr.43, 960-963 u. Nr.44, 980-982

Simon, Hermann 1931: Parasitismus sozialis. Eine grundsätzliche gutachtliche Stellungnahme zur »Neurosen«-Frage; Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1931, Nr.16, 243-249

Stier, Ewald 1922: Rentenversorgung bei nervösen und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern; in: Hb. d. Ärztl. Erfahrungen im Weltkriege 1914/18; Bd.4: Geistes- u. Nervenkrankheiten; hrsg. v. Karl Bonhoeffer; Leipzig, 168-194

Stier, Ewald 1926: Über die sog. Unfallneurosen; Leipzig

Strümpell, Adolf 1895: Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken; Münchener Med. Wochenschr. 1895, Nr.49, 1137-1140 u. Nr.50, 1165-1168

Tennstedt, Florian 1981: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg; Göttingen

Tennstedt, Florian 1983: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914; Köln

Venzlaff, Ulrich 1958: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sog. Unfallneurosen); Berlin/West u.a.

Windscheid, Franz 1903: Aufgaben und Grundsätze des Arztes bei der Begutachtung von Unfallnervenkranken. Antrittsvorlesung, gehalten am 14.2.1903 in der Aula der Universität Leipzig; Leipzig

Weizsäcker, Viktor von 1930: Soziale Krankheit und soziale Gesundung; Berlin 1930

Zumpe, Lotte 1961: Zur Geschichte der Unfallverhältnisse in der deutschen Industrie von 1885-1932 (Diss. Wirtsch.wiss. Fak., Humboldt-Universität Berlin); Berlin/DDR

Über die Autorinnen und Autoren

Belau, Detlev, geb. 1950, Dr. sc. phil., Werkzeugmacher, Ingenieur, Studium der Philosophie, Direktor des Instituts für Philosophie der Medizinischen Akademie »Carl Gustav Carus«, Dresden. Arbeitsgebiete: wissenschaftstheoretische Fragen der Medizin, medizinische Ethik und Naturphilosophie, Medizin, Gesundheit und Ökologie.

Bichmann, Wolfgang, Dr. med., M.Comm.H.(Liv.), Arzt für Hygiene, Tropenmedizin. Wiss. Mitarbeiter am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Univ. Heidelberg, Arbeitsgruppe EVA-PLAN. Arbeitsgebiete: Gesundheitssystemforschung, Community Health, Ethnomedizin. Auslandstätigkeit, Gutachter- und wiss. Beratertätigkeit in Afrika und Asien.

Borgers, Dieter, geb. 1947, Dr. med., Arzt und Epidemiologe. 1983-87 Fachgebiet Umweltepidemiologie im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes; seit 1987 Institut für Sozialmedizin in Bielefeld. Arbeitsgebiete: Umweltepidemiologie, Medizinalstatistik, Risikofaktoren-Medizin, Strukturforschung im Gesundheitswesen. Mitarbeiter am »Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990«, Ministerium f. Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Güldner, Matthias, M.A. Pol. Sc., Politologe. Wiss. Mitarbeiter am Aufbaustudiengang »Community Health and Health Management in Developing Countries« am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Univ. Heidelberg. Wiss. Mitarbeiter der Fraktion Die Grünen im baden-württembergischen Landtag. Arbeitsgebiete: Gesundheitspolitik, Bildung und Wissenschaft.

Hampel, Dieter, Dipl.Soz., Soziologe. Wiss. Mitarbeiter am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Univ. Heidelberg, Koordinator des Ärzteprogramms für MedizinerInnen aus der Dritten Welt. Arbeitsgebiete: Entwicklungssoziologie, Entwicklungspolitik. Auslandstätigkeit in Chile.

Johns, Henry, geb. 1950, Soziologe M.A., wiss. Mitarbeiter des Weiterbildungsstudiums Arbeitswissenschaft der Univ. Hannover. Arbeitsgebiete: Neue Technologien im Krankenhaus, Computereinsatz in der stationären Krankenpflege, Fort- und Weiterbildung für Krankenpflege.

Mielck, Andreas, geb. 1951, MPH in Epidemiologie, Dr. phil., Dipl. Soz. GSF – Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (medis). Arbeitsgebiete: Sozialepidemiologie, Mortalitätsanalysen, Verringerung des Rauchens, AIDS-Ausbreitung.

Moser, Gabriele, geb. 1958, Historikerin (M.A.). Arbeitet gegenwärtig an einer Diss. zum Thema »Gutachtermedizin und sozialgeschichtliche Ansätze zur Genese der 'Rentenneurose'«. Arbeitsgebiete: Ärztliche Standeskunde, Medizin und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus.

Müller, Peter, geb. 1954, Dr. phil., Wirtschaftskaufmann, Studium der Soziologie, Oberassistent am Institut für Philosophie der Medizinischen Akademie »Carl Gustav Carus«, Dresden. Arbeitsgebiete: Technisierung der Medizin, Wissenschafts- und Organisationssoziologie der Medizin, Suizid in der DDR und in Sachsen.

Niehoff, Jens-Uwe, geb. 1947, Prof. Dr. sc. med., Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité). Arbeitsgebiete: Epidemiologie, Sozialmedizin, Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung, gesundheitspolitische Analysen.

Pawson, Richard, leitender wiss. Angestellter der Vereinigung der Gemeinde-Gesundheitsräte von England und Wales (Association of Community Health Councils for England and Wales). Vorher arbeitete er an Untersuchungen zum Problem der Obdachlosigkeit bei ethnischen Minderheiten in London.

Schneider, Frank, geb. 1962, Dipl.med., Abteilung Gesundheitsförderung des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité). Arbeitsgebiet: Gesundheitsleitbilder.

Weber, Wolfgang, Dr. med., M.Sc.Econ. (Lon.), Arzt. Wiss. Mitarbeiter am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Univ. Heidelberg, Arbeitsgruppe EVA-PLAN. Arbeitsgebiete: Gesundheitsplanung, Gesundheitsökonomie. Auslandstätigkeit, Gutachter- und wiss. Beratertätigkeit in Lateinamerika, Afrika und Asien.

Bestellschein

an: ARGUMENT-Verlag · Rentzelstraße 1 · 2000 Hamburg 13
oder an Ihre Buchhandlung

Wichtiger Hinweis:
Der Einzelband KRITISCHE MEDIZIN kostet ab dieser Ausgabe 21,50 DM
Der Abonnementspreis beträgt dagegen pro Band unverändert 16,50 DM
(zuzüglich 1,00 DM Versandkosten)
Deswegen sollten Sie sich entschließen, die Reihe KRITISCHE MEDIZIN zu abonnieren (Preisvorteil pro Band 5,00 DM). Allen Abonnenten wird der neue Band unmittelbar nach Erscheinen zugestellt.

KRITISCHE MEDIZIN im Abonnement
Hiermit abonniere ich die Reihe KRITISCHE MEDIZIN (2 Bde pro Jahr) zum Preis von 35,00 DM pro Jahr (incl. Versandkosten)

ab sofort ☐

ab Nr. .....

Hiermit bestelle ich
aus der Reihe KRITISCHE MEDIZIN die Argument-Sonderbände Nr.

☐ 186 Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie
☐ 182 Chronische Krankheit: ohne Rezepte
☐ 178 Grenzen der PRävenbtion
☐ 162 Der ganze Mensch und die Medizin
☐ 155 Pflege und Krankenhaus, Krankenhaus und Poliitk, Politik und Gesundheit, Gesundheit und Umfeld
☐ 152 Fremde Nähe. Festschrift für Erich Wulff
☐ 146 Medizin, Moral und Markt

Je Band 18,50 DM

Name, Vorname

Straße/Ort (PLZ)

Datum/Unterschrift

Kritik des Gesundheitswesens

Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie

In einer Situation, in der die regierungsoffizielle Debatte über die Strukturen und vor allem die Kosten des Gesundheitswesens mit der Verabschiedung der Blümschen Gesundheitsreform zu einem vorläufigen Abschluß gekommen ist, will dieser Band Voraussetzungen und Probleme alternativer gesundheitspolitischer Konzepte zur Diskussion stellen.

Außerdem enthält der Band zwei Beiträge zur Rolle der Medizin im Nationalsozialismus.

Jahrbuch für Kritische Medizin 14
Argument-Sonderband 186
177 S., DM 18,50
ISBN 3-88619-186-9

»Gesundheitsreform« und die Folgen

Das Jahrbuch 15 der Reihe »Kritische Medizin« versammelt zum Schwerpunktthema Aufsätze, die sich auf der Ebene der Finanzierung gesundheitlicher Leistungen, des Pharmamarktes und der Steuerung ärztlicher Leistungen mit der Entwicklung des Gesundheitswesens unter den Bedingungen der Blümschen »Gesundheitsreform« beschäftigen. Diskutiert wird. u.a.:

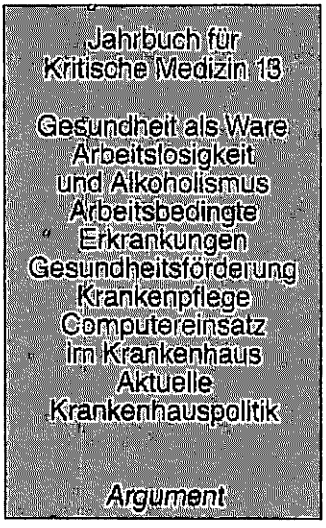
– die Expansion der privaten Krankenkassen,
– die Frage einer Neuorganisation des Krankenversicherungswesens,
– jüngste Entwicklungen in der Auseinandersetzung um eine Pflegeversicherung.

Jahrbuch für Kritische Medizin 15
Argument-Sonderband 190
175 S., DM 21,50
ISBN 3-88619-190-7

Argument

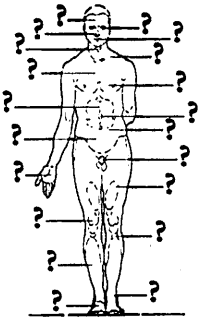
Rentzelstraße 1 2000 Hamburg 13

Kritik des Gesundheitswesens



Jahrbuch Kritische Medizin 13

Dieser Band ist mit seinen zwölf Beiträgen hochaktuell. Angesichts des Blümschen »Gesundheitsreformgesetzes« haben die Themenbereiche »Krankenhaus und Pflege«, »Krankenhaus und Politik« eine besondere Brisanz. Untersucht werden die Auswüchse der Medizintechnik und die Arbeitsorganisation in der Krankenpflege — nicht zuletzt unter dem Aspekt der angestrebten Kostendämpfung. Unter dem Stichwort »Politik und Gesundheit« werden die Reformkonzepte für das Gesundheitswesen kritisch befragt. Weitere Themen des Bandes: zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Alkoholismus, arbeitsbedingte Krankheitsbilder, Sozialarbeit und Gesundheitsdienste.
AS 155, 165 S., DM 18,50



Der ganze Mensch und die Medizin

Argument

Der ganze Mensch und die Medizin

Die breite Zustimmung zu einer »ganzheitlichen Medizin« deutet bereits darauf hin, das »Ganzheitsmedizin« eher ein Schlagwort als ein fest umrissener Begriff ist. Dieser Band will zu einer klärenden Diskussion beitragen.
»... es handelt sich um ein lesenswertes und erfreuliches Buch, weil die relikthafte Dichotomisierung in ›Schulmedizin hier — Alternativmedizin dort‹ aufgegeben wird.« *(Ärzte gegen Atomkrieg)*

Argument-Sonderband 162
171 S., DM 18,50
ISBN 3-88619-162-1

Argument

Rentzelstraße 1 2000 Hamburg 13

Das Risiko, zu erkranken ...
liegt in uns
und
in unseren Lebensverhältnissen.

Der vorliegende Band konzentriert sich auf die Analyse der Lebensverhältnisse als Krankheits- und Gesundheitsbedingungen.

- Sozialepidemiologie
- Gesundheitsberichterstattung und
- Gesundheitssystem-Analyse

sind hierzu wissenschaftlicher Zugang.

Medizin, Krankenpflege und EDV bilden einen weiteren Schwerpunkt des Bandes.

ISBN 3-88619-193-1 Argument