Jahrbuch für Kritische Medizin 12

Medizin, Moral & Markt

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

v.h.

Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 12

Medizin, Moral und Markt

mit Beiträgen von Rieke Alten, Hagen Kühn, Alfred Lorenz, Norbert Mappes, Jens-Uwe Niehoff, Maria Oppen, Wilhelm Rimpau, Udo Schagen und Norbert Schmacke

ARGUMENT-SONDERBAND AS 146

Redaktion dieses Bandes
Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Petra Botschafter,
Dr. med. Dieter Borgers, Dr. med. Christian Gaedt, Andreas Reichelt,
Dr.rer.pol. Rolf Rosenbrock, Franz Schafstedde, Dr. med. Udo Schagen

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Seit 1970 machen wir kritische Medizin im *Argument*. Was wir zunächst als »Kritik bürgerlicher Medizin« begannen, haben wir ab 1972 unter dem programmatischen Titel »Argumente für eine soziale Medizin« weiterentwickelt. Mit unserer Arbeit wuchsen die Aufgaben: Wir schufen 1976 zusätzlich das »Jahrbuch für kritische Medizin« als ein breites Diskussionsforum für konstruktive Kritik am hiesigen Gesundheitswesen. Es sollte helfen, die Festgefahrenheit und den Provinzialismus hierzulande üblicher Auseinandersetzungsformen um die Medizin zu überwinden.
Die Existenz zweier Reihen stiftete Verwirrung unter den Lesern. Wir beschlossen daher, ab 1983 alle unsere Bände unter dem einheitlichen Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« erscheinen zu lassen. In dieser Reihe bringen wir pro Jahr einen *Themen-Band* heraus (wie z.B. AS 125 »Umweltmedizin« oder AS 141 »Technologie und Medizin« sowie ein *Jahrbuch für kritische Medizin*. In jenem bemühen wir uns ebenfalls um eine Schwerpunktsetzung, wollen aber zugleich den Charakter eines Diskussionsforums erhalten, weshalb wir auch Aufsätze außerhalb des Schwerpunktes aufnehmen.
Die Reihe »Kritische Medizin im Argument« erscheint somit jährlich mit zwei Bänden und kann als solche abonniert werden.

Alle Rechte vorbehalten.
©Argument-Verlag 1987
Argument-Verlagsbüro: Rentzelstr. 1, 2000 Hamburg 13, 040 / 45 60 18
Argument-Redaktion: Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, 030 / 461 80 49
Umschlaggestaltung Johannes Nawrath, Hamburg
PC-Texterfassung durch die Verfasser/innen, Konvertierung: Barbara Steinhardt, West-Berlin
Druck: alfa Druck, Göttingen

CIP-Kurtitelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Medizin, Moral und Markt / mit Beitr. von Rieke Alten ... —
Berlin ; Hamburg : Argument-Verlag, 1987.
(Das Argument : Argument-Sonderband ; AS 146)
(Jahrbuch für kritische Medizin ; 12)
ISBN 3-88619-146-X
NE: Alten, Rieke [Mitverf.]; 2. GT; Das Argument /
Argument-Sonderband — 1. - 3. Tsd.

Inhalt

Über die Autorinnen und Autoren 4

Editorial 5

Hagen Kühn
Die rationalisierte Ethik
Zur Moralisierung von Krise und Krankheit 8

Norbert Mappes
Humanes Sterben? 31

Jens-Uwe Niehoff
Gesundheit und Verantwortung 40

Wilhelm Rimpau
Weg zur anthropologischen Medizin: Viktor von Weizsäcker 54

Rieke Alten
Biographische Anamnese und Begleitung einer Autoimmunerkrankung. Ein Beitrag zum Zusammenhang von anthropologischer Medizin und Psychoneuroimmunologie 68

Udo Schagen
Ärzte: Lobby gegen Nachwuchs. Bundesärztekammer und Marburger Bund erschweren den Zugang zum Arztberuf 74

Maria Oppen
Ausländerdiskriminierung und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken 92

Alfred Lorenz
Pflegequalität und Personalbemessung im Krankenhaus 109

Norbert Schmacke
Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion 122

Medizin im Argument. Register 1969—1986 146

Über die Autorinnen und Autoren

Alten, Rieke, geb. 1945, Dr.med., Ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie am Immanuel-Krankenhaus/Rheuma-Klinik, Berlin-Wannsee. Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin. Arbeitsschwerpunkt: Autoimmunologische Systemerkrankungen und Psychoneuroimmunologie.

Kühn, Hagen, geb. 1943, Dr.rer.pol., Wissenschaftszentrum Berlin, Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik, Mitarbeit in Memorandumgruppe »Alternative Wirtschaftspolitik«.

Lorenz, Alfred, geb. 1946, Dipl.Psychologe, Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendpsychatrie, Fragen psychologischer Berufstätigkeit, Mitglied des Bundesabteilungsvorstandes Psychatrie und Rehabilitation der ÖTV.

Mappes, Norbert, geb. 1953, Ausbildung zum psychiatrischen Krankenpfleger, Studium der Germanistik, Mitglied der SPD, Redakteur für Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherpolitik beim »Vorwärts«.

Niehoff, Jens-Uwe, geb. 1947, Dozent Dr.cs.med. Hygiene-Institut der Humboldt-Universität Berlin, Medizinstudium 1966-72, Facharzt für Sozialhygiene 1978, Hochschuldozent 1985; wiss.Arbeitsgebiete: medizinsoziologische Themen, Arbeiten zum Risikofaktorenkonzept und zur Methodologie der Epidemiologie und der Sozialhygiene, analytische und prognostische Arbeiten zur Morbidität und Mortalität, Modellierung von Einflüssen auf die Morbidität, Studien zum Gesundheitsschutz und zu gesundheitspol. Themen.

Oppen, Maria, geb. 1951, Dipl.Soz., Wiss.Angestellte am Forschungsschwerpunkt Arbeitspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgebiete: Sozial- und Gesundheitspolitik, arbeitsbedingte Erkrankungen, neue Technologien und soziale Sicherung.

Rimpau, Wilhelm, geb. 1943, Dr.med., leitender Arzt der Neurologie im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Weitere Arbeitsgebiete: Herausgabe der Gesammelten Schriften Viktor von Weizsäckers, 10 Bände, Frankfurt/M. 1986ff., Anthropologische Medizin, Epileptologie.

Schagen, Udo, geb. 1939, Dr.med., Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin an der FU Berlin. Arbeitsgebiete: Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe, Strukturfragen des Gesundheitswesens. Mitglied der Redaktion Reihe Kritische Medizin im Argument.

Schmacke, Norbert, geb. 1948, Dr.med., Arzt im Hauptgesundheitsamt Bremen, Veröffentlichungen zur Geschichte der deutschen Psychatrie und NS-Medizin sowie zur Entwicklung und zu aktuellen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Editorial

Der Tausch auf dem Markt kennt keine Moral. Diesem allgemeinen Realitätsprinzip der Gesellschaft kann die Medizin sich nicht unterordnen, es sei denn um den Preis ihrer Selbstaufgabe als humanitäre Praxis. So beginnt die Fragestellung von Medizin und Moral notwendigerweise an einem Punkt, der in der aktuellen Ethik-Diskussion in der Medizin kaum vorkommt. Die Solidargemeinschaft der Versicherten als wichtigster Garant einer moralischen Praxis in der Versorgung kranker Menschen, so hätte vielleicht der erste Aufsatz diese Bandes lauten sollen. In der historischen Pespektive hat das Gesundheitswesen erst durch seine Vergesellschaftung eine beständige moralische Qualität gewonnen. Von welcher Un-Moral das Thema »Der Arzt und das Geld« noch immer bestimmt wird, zeigt ein Blick in Länder mit starken Marktmechanismen der Versorgung: Die Frage der Bezahlbarkeit entscheidet über Leben und Tod. So krass erlebt das ein Bewohner der Bundesrepublik manchmal, wenn er mit akutem Blinddarm in einem Land der Dritten Welt auf der Bahre liegt: die Operation wird erst durchgeführt, wenn die telegrafische Bankanweisung eingetroffen ist.

Eine Diskussion um Moral und Ethik in der Medizin wurde in den letzen Jahren vor allen Dingen auf folgenden Feldern geführt: Forschung am Menschen, Gentechnologie, Sterbehilfe, pränatale Diagnostik, künstliche Befruchtung usw. Durch die AIDS-Problematik ist auch wieder die alte Frage individueller Verantwortung und gesellschaftlicher Restriktion bei übertragbaren Krankheiten zu einem gesundheitspolitischen Thema geworden. Die Bischöfe schelten das Gesundheitsministerium wegen der Kondom-Propaganda, und strafrechtliche Konsequenzen kommen auf den AIDS-Kranken zu.

Die naturwissenschaftliche Medizin hat in bezug auf moralische Fragen eine Haltung, die sie bis zu einem gewissen Grad vor dieser Frage bewahrt. Moralische Fragen interessieren nicht, gehören zu einer anderen Domäne, über die nicht entschieden wird. So wird der Kranke vor jenen Urteilen geschützt, die in anderen therapeutischen Systemen zum Kern der Therapie gehören: die Besserung ist ohne Eingriffe in die Persönlichkeit nicht denkbar. Die ethische Problematik in der Praxis der naturwissenschaftlichen Medizin wird erst in Grenzbereichen relevant: vor dem Tode, am Beginn des Lebens oder bei Eingriffen in die Integrität der Biologie. Im Alltagshandeln sind die moralischen Urteile eher versteckt vorhanden.

Viktor von Weizsäcker hat versucht, eine Medizin zu begründen, die Ganzheit, Subjekt und Moral in den Mittelpunkt des therapeutischen Herangehens stellt. Rimpau, der mit anderen die Schriften von Weizsäcker herausgibt, charakterisiert diese Haltung in einem Beitrag, der für uns den Beginn einer Diskussion über Subjekt und Ganzheit in der Medizin darstellen soll. Heute finden sich Versuche ähnlicher Herangehensweisen eher außerhalb der etablierten Medizin, und zwar in einer alternativen therapeutischen Kultur (Gesundheitsbewegung, von Psychologen getragener Körpertherapie usw.). Die dort erhobenen Ansprüche einer ganzheitlichen Betrachtungsweise stellen allerdings selten mehr dar, als neue Etikettierungen für alte Inhalte, die in ihrer Inkohärenz, häufig auch in ihrer Plattheit vielen sogenannten Theorien der an den Hochschulen gelehrten Medizin in nichts nachstehen. Haltungen und therapeutische Techniken in einer subjektzentrierten Medizin wollen wir in Zukunft weiter diskutieren.

Dieser Band erscheint in einer Phase der bundesrepublikanischen Gesundheitspolitik, in der die Zeit der bloßen Kostendämpfungspolitik zu Ende geht. Eine weitergehende Programmatik existiert aber kaum. Das Gutachten des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion enthält gleich zu Beginn die Aussage: »Es fehlt an klaren konzeptionellen Vorstellungen über die gesamte Gesundheitsversorgung.« Der Verteilungskampf um knappe Ressourcen wird so zugunsten derer entschieden, die schon immer am längeren Hebel saßen. Ungleichheiten auf allen Ebenen nehmen zu. Eine neue Ärztegeneration erreicht Mehrheiten in den Kammern. Sie ist zunächst Hoffnung für einen Bruch mit der Tradition reaktionärster Standespolitik, die seit dreißig Jahren das Bild der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit prägte. So ergibt sich in Berlin die Realität einer fortschrittlichen Politik der Ärzteschaft gegen den konservativen Senat. Welche Bündnisse hier möglich sind und wirksam werden können, werden die nächsten Jahre zeigen.

* * *

Dieser Band enthält ein Register der Reihe Kritische Medizin. Die Mühe der Zusammenstellung aller Beiträge der Reihe nach Themenbereichen ist ein Service für unsere Leser. Wer dies zum Anlaß nehmen will, seine Bände zu vervollständigen, kann bis zum 30. Juni 1987 mehrere Bände zum Stückpreis von 5,- DM (bitte unter Angabe der AS-Nummer beim Argument-Verlag, Rentzelstraße 1, 2000 Hamburg 13) bestellen. Mit einem Abonnement ist es leichter, keinen aktuellen Band zu verpassen (zwei Bände pro Jahr; 33,- DM; für Studenten 27,- DM).

Aufruf zur Mitarbeit

Wir bitten um Mitarbeit bei den für 1987 geplanten Bänden. Die folgenden Arbeitstitel beziehen sich auf den jeweiligen Schwerpunkt des Bandes. Die genannten Themen sind Vorschläge für wichtige Bereiche. Darüber hinaus sind auch Beiträge außerhalb des Schwerpunktes erwünscht. Exposés und Vorschläge an die Medizin-Redaktion des Argument-Verlags (Rentzelstr. 1, 2000 Hamburg 13).

Jahrbuch für Kritische Medizin 13
Praxis der Gesundheitsbewegung

- Sozialversicherung und Gesundheitsbewegung
- Diskussion über öffentliches Gesundheitswesen
- Ganzheit und Subjekt in der Medizin
- Wendepolitik und Gesundheitswesen
- WHO-Strategie zur Gesundheitsförderung

usw.

Themenband
Gesundheit: Anbetung, Enteignung, Zerstörung

- Umgang mit und Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken
- Soziale Ungleichheit revisited
- Gesundheitskult und Gesundheitskultur
- Internationale Entwicklungen
- aktuelle Diskussion (AIDS)

usw.

Erratum
zu: Heinz-Harald Abholz: Das Dilemma medizinisch-technischer Entwicklungen; in: Technologie und Medizin, AS 141, S.41, Tabelle 8.
Die Wahrscheinlichkeit, daß bei einmaligem Test ein positiver HIV-Antikörperbefund wirklich zutrifft (positive praediktive Bedeutung), liegt bei einer Population mit einer Durchseuchungsrate von 0,02 % (deutsche Blutspender) nicht bei 16 %, sondern unter 2 % (vgl. auch R. Rosenbrock: AIDS kann schneller besiegt werden; 3., durchgesehene Auflage, Hamburg 1987, S.103f.).

Hagen Kühn

Die rationalisierte Ethik

Zur Moralisierung von Krise und Krankheit

1. Einleitung

Die Formel von der »geistig-moralischen Wende« ist mehr als eine Politikerphrase. Sie signalisiert, daß in den achtziger Jahren die Werte, Normen und Verhaltensmotive des menschlichen Zusammenlebens zum unmittelbaren Austragungsfeld der sozialen Konflikte geworden sind. Sie zeigt auch, daß die Initiative bei den herrschenden Interessen liegt, die natürlich keine Chance hätten, wenn sie nicht durch das Handeln der einzelnen Menschen »freiwillig« realisiert und wenn nicht ihre Notwendigkeiten zu Gewissensäußerungen verinnerlicht würden.

Als diese Notwendigkeiten (Wachstum, Modernisierung usw.) in den sechziger Jahren noch selbstverständlich waren, wurde ein Begriff wie »gesellschaftliche Verantwortung« vom ideologischen Establishement als »ideologisch« oder gar »totalitär« gebrandmarkt. Die konforme Moral stellte sich weitgehend von selbst her, wenn darauf geachtet wurde, daß die herrschenden Regeln (des Marktes, des Rechts, der Bildung, des Berufs usw.) eingehalten wurden. Der konservative Staat schrieb einem »freien Bürger« nichts vor, soweit er nur unpolitisch war und sich an die Regeln hielt. Das fand seine Entsprechung in der Ethik, die nicht selten auf formale Entscheidungsregeln zum Ausgleich subjektiv verstandener und beliebiger Interessen reduziert wurde und wird. Ernst Bloch bemerkte dazu, mit der formalen Ethik ließe sich schließlich auch eine Räuberbande zusammenhalten (1985, a, S. 113).

Wenn mittlerweile die Moral zum zentralen Gegenstand von Politik geworden ist, dann hat das unterschiedliche und sogar gegensätzliche Gründe; sei es auf der einen Seite der Protest gegen die ökonomischen und ökologischen Zumutungen der Wachstumskrise und die militärische Gefahr oder sei es die Überanpassung an die kleinbürgerliche Illusion des »Privaten«, die sich jetzt zum »Mobilitätshindernis« ausgewachsen hat. Erklärtes Ziel der Konservativen ist *»die Rationalisierung der sich verändernden Einstellungen«* (Bericht, S. 28). Und genau in diesem Sinn wird nun »von oben« die gesellschaftliche Verantwortung und »Solidarität« eingefordert.

Im Gesundheitswesen wird es besonders deutlich, wie Politik mehr und mehr auch den Charakter von Moralpolitik[1] annimmt. Je weniger

es nämlich im Interesse oder in der Möglichkeit ist, Krisenerscheinungen mit Strukturveränderungen zu begegnen, desto stärker lastet der Druck auf dem Anpassungsverhalten der Menschen. Das gilt — schichtenspezifisch unterschiedlich — für die Beschäftigten der medizinischen Berufe, für Patienten und Sozialversicherte und ist eine Hauptursache für die derzeit aufgelebte Ethikdiskussion in der Medizin. Eine ständisch geprägte Haltung dazu nimmt Horst Baier ein, wenn er ausruft:»Wer schützt den Mediziner vor den Ethikern?« Dabei geht es nicht um einen Schutz, sondern um die Klärung der eigenen Haltung, nicht um Ja oder Nein, sondern um die Inhalte der gesellschaftlichen Beziehungen — so oder so. Beispielsweise geht es um die Frage: Ist Krankheit (wieder) individuelle Schuld, löst sie einen Anspruch auf Hilfe aus, ist sie Anlaß zur Veränderung der menschlichen Lebensbedingungen? Erst hierdurch bekommen die spezifisch medizin-ethischen Forderungen, wie z.B. die nach einer »sprechenden Medizin« ihren Inhalt. Wird nämlich der Kranke vom sprechenden Mediziner mit Schuldzuweisungen und asketischen Anpassungsformen indoktriniert, dann erfüllt gerade er Herrschaftsfunktionen zu Lasten der Gesundheit.

Die moralische Integration der antagonistischen Gesellschaft beruht auf der Transformation von partikularen *Interessen* in allgemeine *Werte*. Darum ist bei der analytisch verstandenen Ethik der umgekehrte Weg einzuschlagen, wenn die gesellschaftlichen *Inhalte* dieser Werte zum Vorschein kommen sollten. Die Gesundheitspolitik ist ohne diese Bemühung kaum mehr verständlich. Das konservativ initiierte Aufleben der Wertediskussion verdient es, nicht einfach abgewehrt, sondern aufgenommen zu werden. Schließlich werden damit Grundhaltungen des gesellschaftlichen Zusammenlebens zum Thema. Und hier haben nicht die Kräfte der modernisierten Beharrung, Verwertung und Zerstörung, sondern die humanistischen Strömungen ein »Heimspiel«. Warum sie diese Chance bisher nicht ergreifen, ist nun die erste Frage.

2. *Das Unbehagen an der Ethik*

Die distanzierte Haltung gegenüber der Ethik wird unter den zeitgenössischen Intellektuellen keineswegs als tiefgreifender Mangel empfunden. Dabei ist ein leicht zugänglicher Gedanke, daß unbegriffene normative Orientierungen des Denkens und Handelns gleichbedeutend sind mit Unfreiheit und Abhängigkeit von unbekannten Kräften. Dennoch ist Distanz und Ablehnung, sich ausdrückend in Unbehagen, Gleichgültigkeit oder Belustigung, die verbreitete Haltung. Unter den vielen Gründen scheinen drei herauszuragen: zum einen die lebens-

fremde Abstraktheit der etablierten Professorenethik, zweitens die individuellen Erfahrungen mit der repressiven Moral und — nicht zuletzt — die Gefahr der Ethik, geschäfts- und politikschädigend zu wirken, wenn sie beim Wort genommen wird.

Die Professorenethik hat sich ihr geringes Ansehen über viele Generationen hinweg redlich verdient. Man assoziiert damit die hohle Phrase, die Pflichtenlehre, das weihevolle Geraune am Rednerpult zwischen Buchsbäumen und Händels »Largo«. Die Ethik der Medizin ist in der Regel noch etwas raunender und niveauärmer. Das Bildungsgerümpel, das um die zumeist ständisch beengten Vorurteile drapiert wird, ist ein ganzes Stück dürftiger, eine Art Amateurfassung der professionellen Philosophie. (Auf ein — politisch auf der Höhe stehendes — Beispiel dieser Gattung, nämlich die »Medizinische Ethik« des Sozialmediziners Hans Schaefer, wird noch eingegangen.)

Schon Hegel kritisiert die Ethik des deutschen Idealismus und meinte, »die allgemeinen Werte von dem Wahren und Guten, der Weisheit und der Tugend« seien wohl »im allgemeinen erhebend, aber weil sie in der Tat zu keiner Ausbreitung des Inhalts kommen können, fangen sie bald an, Langeweile zu machen« (S. 154). Jean Paul spottete, es ginge hier um eine Moralität, wo einer den anderen ermuntert, der wiederum andere ermuntert, und kein Pfennig wird dabei ausgegeben (Bloch, b, S. 460). Heutzutage ist das Ganze aber nicht mehr nur unpraktisch und das Unbehagen ist mehr als nur Langeweile. Auf der einen Seite werden Tugendkataloge angepriesen, zugleich aber werden Verhältnisse gerechtfertigt, unter denen diese Tugenden (Selbstlosigkeit, Fleiß, Wahrhaftigkeit usw.) für den einzelnen zum Verhängnis werden, ja ihn zum tumben Objekt der Ausbeutung stempeln. Das ist nur insofern unpraktisch, weil solche Tugend wenig hilft, die sich nicht auskennt. Aber gerade die hiflose Tugend ist zur Stabilisierung von Herrschaftsverhältnissen auch praktisch.

Es ist davon auszugehen, daß das Unbehagen an der Ethik soziogen ist. Hier addieren sich Aversionen, die aus gänzlich verschiedenen Quellen gespeist sind. Die Abneigung »von unten« rührt aus der — zumeist unbewußten — Erfahrung des Repressionscharakters der Moral, während die Abneigung »von oben« von der Gefahr rührt, beim Wort genommen zu werden: Von ihrem Beginn an war die bürgerliche Ethik in Konflikt zwischen ihrer Allgemeinheit, dem Gleichheitsanspruch (den das Bürgertum als erste Klasse in der Geschichte überhaupt stellte) und ihrer Klassengebundenheit. Friedrich Engels notierte, die ethischen Forderungen der Bourgeoisie seien immer der Bedrohung ausgesetzt, daß »das Proletariat als verhängnisvoller Schatten daneben steht und

seine Konsequenzen zieht« (MEW, Bd. 20, S. 580). — Nicht nur die Legitimation, sondern auch die innere Handlungsfähigkeit wird bedroht, wenn humanistisch gesonnene Bürger politische »Verantwortung« übernehmen. Der objektiven Realität, daß ein und dieselbe Tugend je nach Klassenlage und Herrschaftsposition ganz gegensätzliche Wirkungen haben kann, muß sich jeder stellen, der in Praxiszusammenhängen steht. Goethe als humanistischer Dichter und Minister meinte diesen Konflikt, als er schrieb: »Der Handelnde ist immer gewissenlos; es hat niemand Gewissen als der Betrachtende« (S. 294).

Max Weber — ebenfalls politische Ämter anzielend — errichtete gegen die Konsequenzzieherei das noch immer gebräuchliche theoretische Bollwerk, indem er die Ethik aufteilte in die *»Verantwortungsethik«* für jene, die »mit dem spezifischen Mittel der Macht, hinter der Gewaltsamkeit steht« (a, S. 172) zu tun hätten, und darum gezwungen seien, nach den Folgen zu fragen, sowie der *»Gesinnungsethik«*. Jenen, die diese Trennung ablehnten (das war 1919 die revolutionäre Arbeiterbewegung), empfahl er, »die Brüderlichkeit schlicht und einfach von Mensch zu Mensch zu pflegen und im übrigen rein sachlich an ihres Tages Arbeit zu wirken« (a, S. 185). Weber zeigt zwei Dinge auf: erstens, daß es in einer Klassengesellschaft allgemeinverbindliche ethische (im Unterschied zu rechtlichen) Normen nicht gibt und zweitens, daß sie dennoch zur moralischen Integration auf solche nicht verzichten kann, aber eben nur nach Feierabend. Die Alternative jedoch zur »Doppelmoral« für Oben und Unten bleibt die »Konsequenzzieherei«. Seinen eigentlich spürbaren Ausdruck findet das Unbehagen jedoch im *Gewissen*, das zugleich in der Ethik eine tragende Rolle spielt.

3. Gewissen und Menschenbild

Das Gewissen ist die psychische Entsprechung der Gesellschaftlichkeit der Individuen. Anthropologisch ist es dasjenige »Organ«, welches nach der richtigen oder falschen, erlaubten oder unerlaubten Beziehung zum Du fragt, um dieser emotional und rational Rechnung zu tragen. War das Gewissen in seiner urzeitlichen Epoche (Herrmann 1983) Ausdruck der rein intuitiv erlebten Identität von Individuum und Gesellschaft, so wurde es dann in den Klassengesellschaften jeweils historisch konkretisiert. Aus einem spontan erlebten Regulativ in den nicht herrschaftlichen frühen Gemeinschaften wurde dann das Gewissen »überall da, wo das Individuum sich durch den Verstoß gegen die Gesellschaft ins Unrecht gesetzt fühlt, in ein Werkzeug der Produktion von Schuld verwandelt« (Kofler, 1968, S. 113). Hiernach kann die jeweils herr-

schende Moral (welche keineswegs die »Moral der Herrschenden« ist, sondern die den herrschenden Verhältnissen entsprechende Moral der jeweiligen Klassen und Schichten) als das »repressiv systematisierte Gewissen« verstanden werden. Diese Moral stützt sich ebenso auf das Gewissen, wie das Gesetz auf den äußeren Zwang (ebd., S. 110 ff.). Freud benutzt ein eindrucksvolles Bild, wenn er davon spricht, daß die Gesellschaft den Einzelnen durch das Gewissen in seinem Inneren »wie durch eine Besatzung in der eroberten Stadt überwachen läßt« (S. 250). Die Psychoanalyse hat die Mechanismen der Aneignung des »autoritären Gewissens« (Fromm 1982, S. 114 ff.) zutage gefördert. Seine Hauptquelle ist der permanente Konflikt zwischen den Willensimpulsen des Kindes und deren moralischer Bewertung durch die Erzieher. Wichtiges Symptom der Niederlage des Kindes (und ebenso Ursache von Neurosen, Destruktivität, Sadismus usw.) ist das Schuldbewußtsein, das sich durch Unterwerfung entlasten muß. Die moralischen Normen der Gesellschaft werden damit zu einem Bestandteil der Individualität selber. Gesellschaftliche Zwänge verwandeln sich in »Selbstzwänge« (Elias), die zu seinem Charakter, seiner »zweiten Natur« werden. Durch die Kontrollapparatur des autoritären Gewissens werden herrschaftliche Normen zur inneren Stimme. »Es ist also das Gewissen, auf das wir am Ende als Entscheidungsinstanz verwiesen sind«, sagt der Medizinethiker (Schaefer, S. 58). Was bedeutet es nun aber, wenn an das »Gewissen« appelliert, ihm vertraut wird, man sich ihm gegenüber verantwortet?

Wenn das Gewissen die Ich-Du-Beziehung reguliert, so tritt in der Herrschaftsgesellschaft an die Stelle der ursprünglich intuitiven Erfahrung mit dem Du das psycho-ideologische Raster eines repressiven Menschenbildes als eine Art Bezugsraster des Gewissens, als dessen Kompaß (vgl. Kofler 1968). Die gesamte Philosophiegeschichte zeigt, daß unterschiedliche Interessenlagen auch unterschiedliche Sichtweisen des Menschen nahelegen. Man findet, daß aus der Lebenspraxis von Klassen, die die Arbeitskraft anderer anwenden, ein anderes Menschenbild hervorgeht, als aus der Lebenspraxis der jeweiligen unteren Schichten. Aus der Sicht der Beherrscher und Anwender von Menschen erscheinen triebhafte Aggression, Faulheit, verantwortungsloser Egoismus usw. als natürliche menschliche Eigenschaften (oder als Folgen der »Erbsünde«). Es versteht sich, daß es dann nur vernünftig ist, sie — im Wortsinne — zu beherrschen. Hierarchien, Herrschaft und Kontrolle über den Menschen erhalten dann ihr ethisches Fundament, denn sie erscheinen »naturnotwendig« (oder »gottgewollt«). Hinzuzufügen ist, daß mit der inneren Unterwerfung unter die jeweiligen Ausbeutungs- und

Herrschaftsbedingungen auch das sich selbst herabwürdigende Menschenbild übernommen wird. (Frantz Fanon hat das eindrucksvoll für die ehemaligen Kolonialvölker beschrieben.) »Leicht zu sagen, daß es mit dem Menschen nicht weit her sei« — schreibt Ernst Bloch (c, S. 190 f.) — »dieser Satz klingt erfahren, kommt sich unter umständen sogar bedenklich vor. Letzteres dann, wenn nicht sowohl Selbsthaß als selbstgerechter Menschenhaß sich ausgerechnet christlich verkleidet. Wille, das Leben aus eigener Kraft zu bessern, erscheint dann bald leer, bald hoffärtig und jedenfalls nutzlos. Ein so kleinkarriertes Bild vom Menschen hält am besten kirre, gar eben, wenn es nichts als schlecht ist und zu anderem ohnmächtig.«

Die daran nicht interessierten Ansichten vom Menschen betrachten die genannten Eigenschaften umgekehrt als Folgen gesellschaftlicher Konditionierungen, als sozialstrukturelle Entfremdung des Menschen von sich selbst, denen mit sozialer Sicherheit, Chancengleichheit und Demokratie historisch der Boden entzogen werde. Auch setzt die theoretische und praktische Kritik der Unterdrückung und Ausbeutung menschlicher Fähigkeiten immer ein positives Bild vom »sich aufrichtenden Menschen und seiner noch nicht ausdeterminierten Möglichkeit« voraus (Bloch, d, S. 376). Ohne diesen Wertmaßstab besagt Kritik an den bestehenden Klassengesellschaften so gut wie nichts, jedenfalls nicht mehr als Effizienzkritik. Warum sollen Menschen nicht ausgebeutet werden?

Noch am Ausgangspunkt seines Werkes stehend faßte Marx die Lehre der bisherigen humanistischen Philosophie zusammen, »daß der Mensch das höchste Wesen für den Menschen sei« und formulierte als praktische Konsequenz seinen einzigen (!) »kategorischen Imperativ«, der lautete, »alle Verhältnisse umzuwerfen, in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist« (MEW, 1, S.385). Wenn umgekehrt aber die Verhältnisse das Höchste für den Menschen sind, dann muß der in ihnen geprägte Mensch zur »Natur«, und die Gesellschaft als dessen natürliche Welt gerechtfertigt werden. Für die Neoliberalen beispielsweise ist die »Marktwirtschaft« die der egoistischen Natur des Menschen entsprechende Ordnung.

Umgekehrt kann es aber humanistischer Ethik niemals darum gehen, ein »Gesellschaftsmodell« zu entwerfen und es moralpredigend der Wirklichkeit entgegenzuhalten, selbst wenn es wissenschaftlich folgerichtig aus einem Menschenbild abgeleitet wäre. Gramcsi schrieb, indem gefragt werde: »Was ist der Mensch?« werde eigentlich gefragt: »Was kann der Mensch werden?« (Hollitscher, S. 9). Wo also liegen die

noch nicht ausdeterminierten Möglichkeiten jenseits der Begrenzungen und Deformationen der »historisch modifizierten Menschennatur« (MEW, 23, S. 637). Es geht also um die Befreiung dieser Möglichkeiten und nicht um dogmatische Modelle ihrer Festlegung.[2] Wissenschaftlicher Boden ist dabei erstens die Analyse der *Entfaltungsbedingungen* der Menschen in Natur und Gesellschaft. Die unterdrückten Potenzen sind zu einem Teil schon wissenschaftlich zugängliche Gegenwart, ebenso wie deren Ursachen und Gefährdungen. Hier ist nicht zuletzt auch »Krankheit« zu nennen. Denn »was ist jede Krankheit als in seiner Freiheit gehemmtes Leben« (MEW, 1, S. 59). Zweitens folgen daraus *Verhaltensnotwendigkeiten*. Ethisch ausgedrückt sind dies aber nicht Anpassungstugenden sondern Veränderungstugenden. Bertold Brechts »Flüchtlingsgespräche« haben zum Thema die Hoffnung auf eine Gesellschaft, in der man keine Tugenden mehr braucht sowie die Tugenden, die man braucht, um sie zu erreichen. Indem sie praktisch auf Veränderung der Bedingungen gerichtet sind, verändern sie auch die handelnden Subjekte. Vorausgesetzt, sie bleiben im weiteren Sinne erkenntnisfähig und Ethik wird begriffen als erfahrungsverarbeitende wissenschaftliche Theorie-Praxis. Verkirchlichung und Dogmatismus ist das Gegenteil davon.

Das verinnerlichte Menschenbild gibt dem »Du« die spezifische Gestalt, auf die sich das Gewissen bezieht. In der Medizin ist dieses »Du« der Patient. Auf die Frage, was also der Mensch ist, für dessen Gesundheit sie da ist, antwortet stellvertretend für die konservative Medizin Schaefer: »Der Mensch ist in seiner Natur ein auf Aggression und Zerstörung angelegtes Lebewesen. Diese seine Eigenschaft tritt dann immer stark hervor, wenn seine Destruktivität nicht durch gesellschaftliche Maßnahmen gezähmt ist« (S. 85). Die Attraktivität dieser Sichtweise liegt in ihrer ganz besonderen Entlastungsfunktion des Gewissens: Eine tatsächliche gesellschaftliche und praktische Sichtweise von Krankheit und Gesundheit würde die Handelnden in der Medizin vor äußerst bedrohliche Konflikte mit den mächtigsten Interessen führen. Mit der Vermeidung dieser »äußeren« Bedrohung handelt man sich aber eine »innere« Bedrohung ein durch das Gewissen, das sich immer quälend bemerkbar macht, wenn Werthaltungen (in diesem Fall ärztliches Ethos) aufgegeben werden. Also muß das Motiv der Konfliktvermeidung als Ursache der Gewissensnot »verdrängt« werden zugunsten einer anderen Problemsicht vom Menschen und seiner Krankheit, die das Gewissen beruhigt, da sie den »äußeren« Konflikt als völlig überflüssig und abwegig erscheinen läßt. Die Vorstellung vom destruktiven, faulen und egoistischen Menschen erlaubt es, die Krankheitsursachen und

Genesungsbedingungen zu subjektivieren, sogar in der Krankheit einen (bestrafenden oder läuternden) »Sinn« zu sehen (vgl. Zechmeister, S. 140 ff.). Die wissenschaftlichen Argumente zur Stützung dieses Bildes sind derartig schwach (s. Fromm, b), daß seine ideologische Dominanz ohne dieses starke Bedüfnis nach Manipulation des eigenen Gewissens kaum zu erklären ist.

4. Die Entideologisierung der Ethik

Daß Ethik vielfach Mißempfindungen hervorruft und auf innere Abwehr stößt, kann als Zeichen nicht gänzlich gelingender Anpassung verstanden werden. Allerdings wird das Unbehagen, in dem es kein Bewußtsein vom tieferen Zusammenhang seiner Entstehung hat, durchaus herrschaftskonform verarbeitet. Dazu hält die Ideologie auf allen Ebenen, vom Alltagsbewußtsein bis zur Wissenschaft und Philosophie entsprechende Rationalisierungen bereit, die als Pragmatismus, Sachverstand, Empirismus oder Positivismus daherkommen. Sie standen in den sechziger Jahren in der Blüte, zu ihren Symbolfiguren zählen Sir Popper und Helmut Schmidt. Gedacht wird »wertfrei« und regiert wird »ordentlich«.

Wer sich keine andere Gesellschaft denken kann, für den wird sie auch nicht zum Problem. Die Illusion von der Ideologiefreiheit ist um so glaubwürdiger, je unbewußter und totaler die Identifikation mit dem Bestehenden ist. Die Moral wird dann zur Sache selbst und Abweichungen von der Sache werden unmoralisch. Wenn die Entideologisierung aber die Identifikation des Ich mit den bestehenden Verhältnissen bedeutet, dann muß alle Kritik dieser Verhältnisse »Ideologie« sein. »Ideologie« wurde denn auch zum zentralen Kampf- und Ausgrenzungsbegriff. Mit ihm grenzt man die nicht konforme Wertung aus der Wissenschaft aus wie die Opposition aus der Politik. Man verteidigt nicht etwa Werthaltungen, Richtungen oder Ideale, sondern ist nüchtern, sachlich, tritt gegen alle Verklärungen, Idealisierungen und Ideale auf.

Das scheinbare Nichturteil ist an apologetischer Kraft wohl nicht zu übertreffen. Man hat es und keiner schreibt es einem vor. Die Verhältnisse werden »mit dem Schmuck fehlender Prädikate« versehen, denn »kein Urteil ist so unverdächtig, so unscheinbar, so verführerisch wie dasjenige, das angeblich nichts ist als die Sache selbst« (Anders, S. 163). Entideologisierte Wissenschaft und Philosophie verhält sich zur Gesellschaft »als zur Grundlage ihres Bestehens, als zu einer nicht weiter begründbaren Voraussetzung, daher als zu ihrer Naturbasis« (MEW, 1, S. 369). Folglich ist der unpolitische Mensch der »natürliche«

Mensch. Ein »guter« Arbeiter, Wissenschaftler oder Arzt ist »sachlich«. Die Werthaltung zu seiner Arbeit in der Produktion, in der Wissenschaft und in der Medizin hat in dieser nichts zu suchen, ist »sachfremd«, also privat, d.h. nicht öffentlich. Da die Menschen ihre Werte aber nicht als gesellschaftliche Menschen, sondern als Privatmenschen haben, so können diese auch von den objektiven gesellschaftlichen Bedingungen weder bestätigt noch zurückgewiesen werden. Sie sind also beliebig. Und solange das Beliebige privat ist, ist es erlaubt und darf als »Pluralismus« gelten. Die subjektive und relativistische Ethik hat es so leicht, weil sie diese Verhältnisse nicht stört. Sie hat es leicht um den Preis, daß sie nichts ist, als die Verdoppelung der Illusion von der Entideologisierung.

Die Ablösung des sachlichen Helmut Schmidt durch Helmut Kohl und die »geistig-moralische Wende« symbolisieren tiefgreifendere Veränderungen, die davon verursacht sind, daß die gesellschaftliche Wirklichkeit sich gegen die Identifizierung mit ihr in wachsendem Maße zu sträuben begann.

5. *»Wertewandel«*

Die Illusion von der Entideologisierung basiert auf der Fraglosigkeit der Identifikation mit dem Bestehenden. Sie bleibt weiterhin die dominierende Verkleidungsform der als Moral verinnerlichten gesellschaftlichen Interessen. Aber seit Mitte der siebziger Jahre geraten die objektiven Gründe, aus denen heraus sich die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung fraglos in die gesellschaftliche Ordnung der Bundesrepublik eingefügt hat, ins Wanken. Entweder zeigen sich unmittelbar erfahrbare Krisenerscheinungen bei Beschäftigung und Umwelt oder die Identifikationsobjekte sollen kassiert werden wie sozialstaatliche Rechtsstaatsgarantien und Leistungen. Durch solche Veränderungen der Bedingungen verliert die Ausrichtung der Werthaltungen auf sie an Selbstverständlichkeit. Damit wird sie zum politischen Problem konservativer Politik. Der Begriff von der »geistig-moralischen Wende« erhält erst in diesem Zusammenhang seinen Sinn.

Das »Maß aller Dinge« konservativer Ethik sind die bestehenden Eigentums- und Herrschaftsverhältnisse.[3] Ihrer gesellschaftlichen Rolle gemäß haben Konservative eine besondere Sensibilität für Moralprobleme. Zum einen ist die Grundposition aller herrschenden Schichten gegenüber der Moral der Machtunterlegenen eine Position der Besorgnis und des Mißtrauens. Zum anderen sind konservative Sichtweisen notwendigerweise subjektivistisch, wodurch der Moral in ihrem

Gesellschaftsbild die Bedeutung einer Grundvoraussetzung zukommt. Konservatives Ideal sind ja die bestehenden Strukturen, deren immer reinere Gestalt angestrebt wird. Folglich können diese nicht Ursachen von Fehlentwicklung und Krisen sein (es sei denn man erklärte Krisen zum zwingenden Inhalt des Ideals, etwa zum »Preis der Freiheit«). Bei aller Vielfältigkeit konservativer Krisenerklärungen für die verschiedenen Bereiche der Gesellschaft: niemals liegen die Ursachen in den Verhältnissen selbst. Schuld sind vielmehr deren Verunreinigungen als Folgen fehlangepaßter Moral oder (hier nicht weiter zu verfolgen) exogene Faktoren wie Ausländer, kommunistische Infiltration (»fünfte Kolonne«) und andere »Artfremdheiten«. Insbesondere die Moral der abhängig arbeitenden Bevölkerung in ihren »Rollen« als Arbeitskräfte, als Bürger, als Anspruchsberechtigte gegenüber staatlichen Leistungen und Rechtsgarantien oder als kinderaufziehende Eltern wird zum Gegenstand und Hebel konservativer Politik. Vereinfacht ausgedrückt, sollen die individuellen Werthaltungen auf die Notwendigkeiten orientiert werden, die sich unter den krisenhaften Bedingungen für die kapitalorientierte Stabilisierung und Modernisierung der sozialökonomischen Strukturen ergeben (Kühn 1985). Zugleich soll die innere Konformität mit diesen Notwendigkeiten als Freiheit erlebt werden können.

Eine sehr informative zusammenfassende Darstellung der neo-konservativen Sichtweise des Moralproblems und ihrer politischen Bedeutung findet sich im Bericht der sogenannten Späth-Kommission von 1983 (Bericht).[4] Auch hier geht es um den »moralischen Verfall«, um den es Konservativen immer geht, aber nicht pauschal und zeitlos. Man verzeichnet einen *Wertewandel* der sich in den sechziger Jahren bis Mitte der siebziger Jahre vollzogen habe, dessen Dynamik zwar erloschen sei, was man aber keineswegs von den Folgen sagen könne. Gewandelt hätten sich »Werte«, gemeint als *verinnerlichte Führungsgrößen* des menschlichen Tuns und Lassens, die überall dort wirksam werden, wo nichtbiologische »Triebe«, Zwänge, oder »Nutzenerwägungen« den Ausschlag geben. Immer wenn Menschen etwas wünschen oder etwas »wichtig« finden, Lebensleitbilder verfolgen, oder als Person Stellung nehmen und Urteile aussprechen sind »Werte« im Spiel. Diese brauchen ihren Trägern keineswegs voll bewußt zu werden, sondern können in soziale Gewohnheiten und kulturelle »Selbstverständlichkeiten« eingebettet sein. Sie können sich aber auch in »Idealen« und in differenzierten Systemen gesellschaftlicher Ethik niederschlagen (S. 38). Die Funktion der Werte seien die der »Sinndeutung der individuellen Existenz« und der »Festlegung und Rechtfertigung der sozialen Wirklichkeit und der Stellung des Einzelnen in ihr« (S. 38). Hier erhält die alte These wieder

Nahrung, der zufolge qualifizierte Konservative, von der Not des politischen Praxisbezuges getrieben, zuweilen sogar fast »marxistisch« werden. Für Marx sind die »verinnerlichten Führungsgrößen« (Ideale und Motive) u.a. in den Gesetzen der Moral ideell ausgedrückte Existenzbedingungen der bestehenden Verhältnisse vom Standpunkt der herrschenden Klasse, »die von ihren Ideologen mit mehr oder weniger Bewußtsein theoretisch verselbständigt werden, in dem Bewußtsein der einzelnen Individuen dieser Klasse als Beruf pp. sich darstellen können und den Individuen der beherrschten Klasse als Lebensnorm entgegengehalten werden, teils als Beschönigung oder Bewußtsein der Herrschaft, teils als moralisches Mittel derselben« (MEW, Bd. 3, S. 405). Krisenverursachende Wirkungen des »Wertewandels« seien der Vertrauensverlust und die ausufernden individuellen Anspruchshaltungen: ein Schwund der Zukunftsgewißheit mache »die Zukunft geeigneter, als Raum der Einbildung (!) von Ängsten zu dienen«, womit keinesfalls gesagt sei, »daß die Zahl der Gründe zunähme, die wir hätten schwarz zu sehen« (S. 27). Das drohe an die Wurzel zu gehen, da als »Sozialkitt« der hocharbeitsteiligen technischen Zivilisation das Vertrauen sowohl in die »Sachkompetenz der Experten« als auch die Zuversicht im Verhältnis zur Zukunft nötiger sei denn je.

Damit zusammenwirkend stellt sich als zentrales Moralproblem ein »Wertewandel« im eigentlichen Sinne dar als relativer Bedeutungsverlust der *Pflicht- und Akzeptanzwerte* gegenüber dem, was man als *Selbstentfaltungswerte* bezeichnet. Gerade die Pflicht- und Akzeptanzwerte (wie Disziplin, Gehorsam, Treue, Unterordnung, wie die älteren »Selbstbeschränkungs- und Bescheidenheitsnormen« usw.) erleichtern es den Menschen, »sich auf neuartige Anforderungen und Belastungen *einzulassen, ohne an sie den Anspruch auf persönliche Sinnevidenz und Lebenserfüllung heranzutragen*« (S. 38, Hvg. H.K.). Wachstum und Modernisierung der Gesellschaft erfordere jedoch solche Fähigkeiten.

Nach neokonservativem Konsens ist die Wachstumskrise nicht ursächlich auf die Produktionsverhältnisse zurückzuführen (geht es doch um deren Vervollkommnung), sondern auch auf die Krise des Bewußtseins. Die Gründe dafür sieht man zeitlich zwischen der Studentenbewegung und dem Ende der Regierung Brand und sachlich im Versagen der Bildungsinstitutionen, in einer »Medienrevolution« (die der »aufklärerischen, überwiegend antiautoritär eingestellten Intelligenz unvorstellbare Chancen der Massenwirkung« eingeräumt habe), im Sozialstaat, der Ansprüche ohne Leistungen legimitiere, im Rechtssystem und bei den »politischen Eliten«, die diesem allem Vorschub geleistet hätten. Die so entstande *Selbstentfaltungsmoral* produziere nun sozialen

Gärstoff, soziale Unzufriedenheiten und Frustrationen durch überzogene Erwartungen, die Struktur der Wünsche und Bedürfnisse habe sich verschoben, was zu »neuartigen Konflikt- und Polarisierungsfronten« geführt habe (S. 40 ff.). Herder-Dorneich (S. 71) bringt es auf den Begriff, wenn er meint, während der Reformpolitik seien »stagnationsbildende Verhaltensweisen« sozial gelobt, anerzogen und eingeübt worden, während zugleich »*wachstumsfördernde Verhaltensweisen*« zerrüttet, verlernt und verteufelt worden seien. Die inhaltliche Bestimmung dieses moralischen Ideals wird deutlicher, wenn man sich vor Augen hält, daß »Wachstum« nichts anderes ist, als die Vergrößerung der Summe des privaten Kapitals und seiner Infrastruktur.

Im Bericht der »Späth-Kommission« wird die Eindämmung des Wertewandels auch unter dem Aspekt der politischen Berechenbarkeit behandelt. Die vorhandene »Werteausstattung« der Bevölkerung reagiere empfindlicher auf wirtschaftliche und politische Veränderungen, wobei im »einen Augenblick mit Angstempfindungen und Sorge gepaarte Anpassungsbereitschaften, im anderen Augenblick dagegen Neigungen zur Aufmüpfigkeit' in den Vordergrund treten.« (S. 43) Alles in allem sei die »Wertkultur« nicht in Ordnung, man könne ihre weitere Entwicklung nicht mehr sich selbst überlassen, sondern müsse politisch auf sie einwirken. Es gehe um eine neue »Wertsynthese«, die berücksichtigen müsse, daß das Motiv der »Selbstverwirklichung«[5] heutzutage nicht mehr autoritär bekämpft werden dürfe, sondern integriert und instrumentalisiert werden müsse und könne. Ziel müsse die »Rationalisierung der sich verändernden Einstellungen« sein (S. 28). Dabei will man es bei Moralpredigten nicht bewenden lassen: eine »realistische *Ordnungspolitik*« solle die Rahmenbedingungen sicherstellen, »innerhalb der sich die Vernünftigkeit der Kompetenten' Einzelnen frei und sicher entfalten und bewähren kann« (S. 45). Mit anderen Worten sollen die Strukturen und Sanktionsmechanismen der Gesellschaft so gestaltet werden, daß sie stärkeren Druck auf »wachstumsfördernde« funktionale Moral ausüben.

6. Selbstverantwortung

Es macht wohl einen Teil der Modernität der Neokonservativen aus, daß sie nicht mehr primär auf offenen Zwang durch Staat, Kirche und Familie bauen. Dies entspräche weder der individualisierten Sozialstruktur noch den arbeitspolitischen Erfordernissen der hochtechnisierten Kapitalökonomie. Durch die stärkere Betonung des Marktes und durch Quasi-Markt-Beziehungen in den sozialstaatlichen Institutionen sollen

die Lebensverhältnisse es unmittelbar dem Einzelnen nahelegen, sich die »Pflicht- und Akzeptanzwerte« selbst anzueignen, also sich selbst zu disziplinieren.In dieser Bedeutung wird die *Selbstverantwortung* zu einem Leitbegriff neokonservativer Moralpolitik. Er zielt ab auf die individuelle Fähigkeit zur *»eigenverantwortlichen Selbststeuerung inmitten ‚unvollkommener' suboptimal geregelter Umweltgegebenheiten«* (Bericht, S. 44). Der Bildungs-, Medien- und Kulturpolitik komme es zu, die »instrumentellen Fähigkeiten« zu vermitteln, mit Hilfe derer dies in funktionales Verhalten umgesetzt werden könne. Solche Fähigkeiten seien u.a. »Frustrationstoleranz«, »Rollendistanz«, »Fähigkeit zum Befriedigungsaufschub« u.ä.m. (S. 45). Das Ideal ist der »selbstverantwortlich denkende und handelnde, zur ‚intelligenten' Ausübung individueller Kompetenzen fähige Mensch, der angesichts der Erfahrung von Widersprüchen (...) nicht resigniert oder irrational rebelliert, sondern ‚rational' reagiert« (ebd.).

Das Persönlichkeitsideal der neokonservativen Ethik ist der manipulativ-intelligente *Selbstoptimierer*, der weiß, wie er sich belastbar, beherrschbar und benutzbar (und in diesem Sinne auch »gesund«) halten kann, und der *das Erwartete zu seinem eigenen Willen macht*. Es ist dies das Menschenideal, das Werner Hofmann vor dreißig Jahren als das der modernen Nationalökonomie ausgemacht hatte, mit der »Freiheit,initiativ zu reagieren«. Idealisiert werde damit keineswegs die sich anpassende Person, sondern »die Person, die der Anpassung nicht länger bedarf« (Hofmann, S. 99).

Während der traditionelle deutsche Konservatismus den Untertanen als durchgenormtes »Rädchen im Getriebe« zum Leitbild hatte, liegt der neokonservativen »Selbstverantwortung« die kybernetische Persönlichkeit zugrunde, verstanden als »selbstreguliertes informationsverarbeitendes System«.[6] Es kommt der wachsenden Bedeutung von Motivation und Entscheidungsfähigkeit in der Arbeit entgegen und dient zugleich der legitimatorischen Entlastung des Gesellschaftssystems, was insbesondere unter parlamentarischen Bedingungen bedeutsam ist. Dieses Persönlichkeitsideal wird nicht nur erstrebt, es wird auch real geprägt in der Marktgesellschaft, in der die fundamentalen Lebensbezüge der Menschen (ihr Verhältnis zur Arbeit, zur Natur, die Wohnung, der Konsum usw.) über Kauf und Verkauf vermittelt werden. Darum hat die Forderung nach »mehr Markt« nicht nur unmittelbar ökonomischen Sinn. Sie zielt ebenso auf moralische Anpassungszwänge, auf die Formung und Verstärkung von Charakterstrukturen,[7] durch die sich die Menschen zu ihrer gesellschaftlichen und natürlichen Umwelt und zu sich selbst in Beziehung setzen. Je länger und tiefgreifender die Repro-

duktion der menschlichen Lebensweise marktvermittelt ist, desto deutlicher bilden sich typische individuelle Organisationsformen der Affekte, Motive, Bedürfnisse usw. heraus, die von den Konservativen ebenso wie vom unreflektierten Alltagsbewußtsein idealisiert werden.

Einen wesentlichen Aspekt dieser historischen »Natur« des Menschen arbeitete Erich Fromm als Entwicklungstendenz zum »Marketing-Charakter« heraus (a, S. 66 ff.). Diese Tendenz ist das Resultat der seit Generationen für die Lohnabhängigen typischen Lebenslage, in der sie sich zugleich als Verkäufer ihrer Arbeitskraft und als Anhängsel dieser zu verkaufenden Ware erleben. Deren »Verwirklichung« resultiert aus ihrer Fähigkeit, sich wechselnden Bedürfnissen nach bestimmten Nützlichkeiten anzupassen. Der Markterfolg der Ware hängt davon ab, inwieweit sie sich »verbiedern« kann, negativ ausgedrückt, »wie gering der Widerstand ist, den sie ihrem Verwendetwerden entgegensetzt« (Anders, S. 122). Will man die derzeit lauten, vom Überangebot auf dem Arbeitsmarkt beflügelten, Forderungen nach einer größeren *Flexibilität* der Arbeitskräfte verstehen, sollte man sie in diesem umfassenden Sinne der *Verwendbarkeit* begreifen. Sie bedeutet zugleich auch den Zwang zu verlernen, vergessen, verdrängen, was ihr entgegensteht. Es bedeutet, daß die Gesellschaft auf den Lohnabhängigen in fast allen seinen fundamentalen Lebensbezügen einen permanenten Druck ausübt gegen sein Bedürfnis und seine Fähigkeit, emotionale Bedingungen einzugehen, Selbstachtung zu haben und ein Gefühl für Menschenwürde (als auf die Mitmenschen bezogene Selbstachtung). Wären die Menschen tatsächlich so unbegrenzt anpassungsfähig, wie es der Behaviorismus behauptet, dann gäbe es unter den gegebenen Bedingungen solche Haltungen gar nicht. Immerhin wird aber unter dem Druck der Lebenslage das repressive Menschenbild angeeignet. Erich Fromm bezeichnet die »Gleichgültigkeit des Menschen sich selbst gegenüber« (a, S. 199) als das größte ethische Problem. Nun ist es aber gerade diese Gleichgültigkeit sich selbst gegenüber, die die Neokonservativen mit der Tugend der »Selbstverantwortung« idealisieren. Sie fordert nämlich nicht Verantwortung des Menschen gegenüber sich selbst weder als Individuum noch als Gattungswesen. Es ist vielmehr Verantwortung im folgenden doppelten Sinne des Wortes: Erstens im Sinne einer *Verpflichtung*, im eigenen festgelegten Rahmen (der »Rolle« und »Aufgabe«) alles zu tun, um funktionsfähig zu bleiben. Luhmann, das kybernetische Ideal propagierend, sagt: »Die Grundprobleme eines Systems werden durch die Systemstruktur nicht gelöst (...), sie werden (...) als Verhaltenslast dem Handelnden auferlegt.« (S. 40)

Das ist beispielsweise dann erreicht, wenn das makroökonomische

Problem der Arbeitslosigkeit als individuelle Herausforderung zur flexibleren Marktanpassung begriffen wird oder die Pathogenität von Arbeit und Umwelt den verstärkten Willen nach asketischem »Gesundheitsverhalten« hervorruft. Damit verflochten ist zweitens »Verantwortung« als Zuweisung von individueller *Schuld* infolge des Versagens vor dieser individuellen Verhaltensverpflichtung. Damit sind zugleich Gesellschaft und Staat moralisch entlastet. Schaefer (S. 34) definiert »Verantwortung« als »sittliche Anklagbarkeit falschen Verhaltens«. Lepage (S. 17), einer der neokonservativen Wortführer, sagt, es komme ganz entscheidend darauf an, »theoretisch in der Lage zu sein, gewisse augenfällige Ungleichheiten anhand individueller Faktoren und Entscheidungen zu erklären«. Diesem Muster der Verantwortungszuweisung gehorchen beispielsweise die ökonomische Theorie der »freiwilligen Arbeitslosigkeit« ebenso wie die sozialmedizinische Theorie der »Risikofaktoren«.

Wirkungsvollste Struktur zur Durchsetzung der Selbstverantwortungsethik ist der *Markt* und der effizienteste »Wert« ist der »*Erfolg*«. Je stärker die Menschen objektiv und subjektiv auf den Markterfolg angewiesen sind, desto überflüssiger wird es nämlich, sie mit traditionellen Tugenden wie Gehorsam, Unterordnung, Fleiß oder Hygiene autoritär zu traktieren. Für die Nichtbesitzer von Erwerbsvermögen sind das nämlich die instrumentellen Voraussetzungen des Erfolgs. Und der Markt ersetzt formal persönliche und staatliche Autorität, indem er aus sich selbst heraus Zwangslagen hervorbringt »in der ganz unpersönlichen Form der Unvermeidlichkeit, sich den ökonomischen 'Gesetzen' des Marktkampfes anzupassen« (Weber, b, S. 563), die Bewährung vor dieser Unvermeidlichkeit ist der Erfolg. Und nichts anderes als dieser Markterfolg ist Kriterium für das konservative (und alltagssprachliche) Verständnis von *Leistung*. Die Formel, nach der »Leistung sich wieder lohnen« müsse, besagt, Leistung und Erfolg fielen nur in der Marktverteilung zusammen, sie allein realisiere »Gerechtigkeit«, die aber entstellt werde durch Steuern, Beiträge und sozialstaatliche Interventionen. Auch in der sozialpolitischen Sprache werden Leistungen und Markterfolg identifiziert. Wenn beispielsweise vom »Prinzip der leistungsbezogenen Rente« gesprochen wird, dann ist damit nicht die Arbeitsleistung als solche gemeint, sondern der Lohn, also die Dauer und Höhe ihres Markterfolges. Kurzum: wenn sich die Menschen moralisch am Markterfolg (»Leistung«) orientieren, dann kann man die Aneignung der Pflicht- und Akzeptanztugenden ihrer Selbstverantwortung überlassen. Es kann dann — so die »Späth-Kommission« — »der Fähigkeit des Einzelnen anheimgestellt werden, sich situationsgerecht auf die

jeweiligen Erfordernisse einzustellen« (S. 39), wenn er sie nur moralisch verinnerlicht hat.

Wie steht es aber um die Umsetzung von Wachstumserfordernissen des Systems in »innere Führungsgrößen« der Individuen in jenen gesellschaftlichen Sektoren, in denen der Markt keinen unmittelbaren ökonomischen Zwang zur Selbststeuerung ausübt? Insbesondere der Sozialstaat schützt ja gerade die Lohnabhängigen gegenüber dem Markt. Er wird deshalb als entscheidende Bedingung eines »moralischen Verfalls« und damit der ökonomischen Stagnations- und Krisentendenzen angesehen. Sowohl die Schutzrechte (z.B. Arbeitsrecht) als auch die Geld- und Dienstleistungen lockern die Unausweichlichkeit des ökonomischen Zwangs zur Unterwerfung unter entfremdete Arbeits- und Herrschaftsverhältnisse. Darum stellt auch die »Späth-Kommission« fest, in der sozialliberalen Reformphase habe sich der Sozialstaat »mit seiner Leitzielsetzung einer ungehemmten Persönlichkeitsentfaltung zu einer zentralen Legitimitierungs- und Förderungsinstanz von Selbstentfaltungswerten« entwickelt (S. 39).

7. Moral als Gesundheitspolitik

Die Pobleme mit dem Sozialstaat kristallisieren sich im Gesundheitswesen. Es ist nur zu einem geringen Teil über den Markt zu regulieren und folglich ist es auch dessen moralischen Wirkungen weniger ausgesetzt. Auch die Art der Krisenhaftigkeit übt einen Handlungsdruck auf das Kapital und die Konservativen aus, im Unterschied etwa zur Arbeitslosigkeit. Und schließlich weisen die Grundstrukturen des Gesundheitswesens eine erhebliche Resistenz selbst gegen systemimmanente Effizienzreformen auf (Kühn 1979). Je weniger aber die Strukturen anzupassen sind, desto mehr Druck entwickelt sich in Richtung auf die Anpassung der Moral.

Die theoretische Herstellung von individueller Verantwortlichkeit als Schuld und Verhaltenslast ist in der Ethik an den Nachweis von »Freiheit« gebunden. Die »Späth-Kommission« stellt generell eine ständig wachsende sogenannte Freiheit fest: »Die Evolution der modernen Gesellschaft läßt sich (...) als ein Prozeß expandierender individueller Entscheidungs- und Handlungsfreiräume charakterisieren.« Das ist eine in Verfügtheit eingeschlossene Wahlfreiheit,[8] die bei den meisten Konservativen auf noch weniger, nämlich auf den subjektiven Eindruck (das Erlebnis) davon reduziert ist (z.B. Schaefer, S. 33).

Mit dieser evolutionären Entwicklung wachse nun die Wahrscheinlichkeit, »daß man in Lebenslagen sich wiederfindet, die man, anstatt

dem Schicksal, sich selber zuschreiben muß« (Bericht, S. 33). Infolge des »Wertewandels« würde dies aber nicht begriffen, sondern im Gegenteil fühlten sich die Menschen zunehmend als »Opfer der Umstände«, was aber zum Ausdruck bringe, wie sehr sie von den gewachsenen »Dispositionsspielräumen« überfordert seien. Die Politisierung (gemeint sind Forderungen an Staat und Gesellschaft) sei demnach nichts anderes, als das Verlangen, »die erlittenen Selbstverluste« (anders ausgedrückt: das eigene moralische Versagen) zu kompensieren. Besonders davon geprägt sei »unser kulturelles Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit« (S. 33 f.).

In diesem Muster weiter argumentierend, stellte der Sozialmediziner Schaefer nun Verantwortlichkeit folgendermaßen her: Im vorigen Jahrhundert habe man die Krankheitsentstehung »als eine Folge äußerer Umstände gesehen«, jene Krankheitsursachen seien nun aber »fast völlig eliminiert« worden (S. 133). Heute sei Krankheitsentstehung ein »psychologischer Vorgang« (S. 135) und mithin selbstverschuldet: »Die Krankmeldung ist das Resultat eines Dreiecksprozesses, der von der Ertragensfähigkeit, der Ängstlichkeit und dem Anspruchsniveau des Patienten vorwiegend determiniert ist« (S. 131). Krankheit ist somit »subjektiviert« (S. 135). Damit ist die objektive und gesellschaftliche Seite des Krankheitsgeschehens verschwunden und als beste Medizin erwiese sich die Moral, wenn da nicht noch Hindernisse wären, wie die Krankenversicherung, die etwas versichere, »was der Patient, ursächlich und damit im juristischen Sinne schuldhaft, hervorruft« (S. 133).

Was die »Späth-Kommission« als »Wertewandel« bezeichnet, erfahren wir von Schaefer moralsprachlich, daß nämlich der »sittliche Verfall« des Gesundheitsverhaltens ein Spiegelbild des allgemeinen sittlichen Verfalles sei. Dieser sei auch verantwortlich für die »eigentlichen Schwierigkeiten« innerhalb des Gesundheitswesens, nämlich den »steigenden Ansprüchen der Patienten und den sinkenden Leistungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten« (S. 145). — Die im nächsten Argumentationsschritt den Versicherten und Patienten auferlegte Verhaltenslast (sittliche Pflicht) liegt in besagter »Selbstverantwortung«. Sie wird in der modernen Medizin verräterischerweise *compliance* genannt. Das heißt nach Cassel's Dictionary »Willfährigkeit« und nach Schaefer »aktive Mitwirkung«. Ihre Elemente sind: Die Verpflichtung, »Selbstschädigungen (Risiken) zu unterlassen, unter der Drohung gesellschaftlicher, d.h. ethischer Sanktionen«, »aktives Ertragen von Beschwerden und aktive Mitwirkung bei der Heilung« (S. 134 f.).

Viele Konzepte der sogenannten Prävention und der »Gesundheitserziehung« folgen diesem neokonservativen Denkmuster. Gefordert wer-

den stets passiv-vermeidende, asketische und private Verhaltensweisen. Der Mensch in diesen Konzepten hat niemals die Freiheit, sich aktiv auf sein gesellschaftliches Wesen zu besinnen, indem er seine Arbeits- und Umweltbedingungen lebenswerter und ihm entsprechender macht, indem er sich (individuell und als Gattungswesen) gegen Gefährdungen schützt usw. Er bleibt vielmehr diesen ausgesetzt, also *unfrei*; und in dieser Unfreiheit wird ihm natürlich die Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten gelassen, seine Funktionsfähigkeiten zu erhalten. Paradoxerweise wird dem Unpolitischen dies sogar noch erschwert, da die moralische Indoktrination krankheitsverstärkende Schuldgefühle und Hypochondrie zufolge haben kann.

Die Medizin, soweit sie hier eingespannt ist, ist ebenfalls unfrei. Erkennt man *Freiheit* (in der Traditionslinie von Spinoza und Marx) vom Inhalt her im Sinne der tätigen Entfaltung von Fähigkeiten, dann liegt die Freiheit der Medizin vor allem anderen darin, Krankheit zu verhindern, zu heilen und »unheilbar« Kranken zu helfen, da Krankheit die Freiheit des Lebens hemmt. Traditionell ist sie davon nach zwei Richtungen abgelenkt: erstens weil sie partiell erwerbswirtschaftlich entfremdet ist (soweit sie zum Mittel des geschäftlichen Zweckes wird) und zweitens, weil sie sich gegenüber den sozialen Bedingungen opportunistisch verhält.

Die neue Moral fügt noch einen dritten Aspekt der Unfreiheit hinzu: die Anbindung der Gewissensentscheidungen medizinischen Alltagshandelns an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, d.h. an die Wachstumsraten der Kapitalakkumulation. Schaefer, der davon so durchdrungen ist, daß er selbst Probleme der Euthanasie und Lebensverlängerung zum Gegenstand plattester utilitaristischer Kostenmoral macht, drückt nur ehrlich aus, was schon weit über den neokonservativen Rand hinaus verbreitet ist (S. 203 ff.).

Utilitaristische Ethik systematisiert die der Marktgesellschaft inhärente, spontan sich herstellende Moral (MEW, Bd. 3, S. 394 ff.; Bd. 23, S. 636 f.)[9] Die (unbewußte) Identifikation von »gesund« und »brauchbar« einerseits und die Verabsolutierung von Gesundheit als »höchstes Gut« (so, als mache sie das ganze Leben aus) auf der anderen Seite, präpariert das Gewissen der Handelnden, das Leben unheilbar Kranker, schwer Behinderter, Siechender und Sterbender als minderen »Wertes« anzusehen, die eigene Hilfe als »sinnlose« Verschwendung zu empfinden und somit das Gewissen bei Nichthilfe zu entlasten.

Soweit die Freiheit der Medizin bei einem Sozialprodukt von fast zweitausend Milliarden DM im Jahre 1987 durch ein Kostenproblem eingeschränkt wird, ist es ausschließlich ein Problem der Verteilung

und der gesundheitspolitischen Effizienz, niemals jedoch eine ausweglose Entscheidung »Leben gegen Leben«, wie nicht nur Schaefer (S. 207) suggeriert. Wenn dennoch selbst die ökonomisch dümmlichsten Kostenargumente sich faktisch moralprägend auswirken, dann liegt das an ihrer psychischen Attraktivität, da sie den individuellen Utilitarismus nun als gesellschaftliche Verantwortungshaltung (»Altruismus«) ethisch erhöhen.[10]

»Compliance« bezeichnet also die gesundheitspolitische Ausprägung der kybernetischen Selbstverantwortung. An ihr wird auch die innere Widersprüchlichkeit der konservativen Rationalisierung der Ethik sichtbar, die derjenigen ihres Gesellschaftsideals entspricht. Bei näherem Hinsehen erweisen sich nämlich gerade die verurteilten Werte und Verhaltensweisen als »gelungene« Anpassungen an die realen Verhältnisse, die vom Neokonservatismus noch weiter forciert werden:

Wenn Krankheitsentstehung und Krankheitsverhalten etwa direkt auf den Wertewandel zur »Selbstverwirklichung« zurückgeführt werden, dann erfährt man, welches »Selbst« sich in den konservativen Alpträumen verwirklicht. Gerok beispielsweise schreibt, Ärzte und Patienten müßten lernen, »daß die Forderung nach uneingeschränkter Selbstverwirklichung nicht nur utopisch, sondern in hohem Maße destruktiv ist, denn die uneingeschränkte Selbstverwirklichung, die sich in der Beliebigkeit des Genießens, in der rücksichtslosen Jagd nach Glück und Erfolg und in der Entbindung von Verantwortung äußert, bedingt jene Störungen, die letztlich in Krankheit ausmünden«. Dieses »Selbst« ist leicht zu erkennen als der perfekt angepaßte Marktmensch, also das Produkt der idealisierten Verhältnisse, projiziert auf die Sozialversicherten.

Mit dem Vorwurf des »Hedonismus« richten sich die Konservativen gegen nichts anderes als die konsumistische Lebensweise. Damit gefährden sie unfreiwillig eine entscheidende Existenzgrundlage ihres Gesellschaftsideals. Im modernen Kapitalismus interessieren die Menschen nicht mehr ausschließlich als Arbeitskräfte, sondern auch als Käufer. So, wie die Produktion die Askese, so fordert die Notwendigkeit des Absatzes das unstillbare Bedürfnis zu konsumieren.[11] Der Konsumismus ist für die ideologische Integration des modernen Kapitalismus ebenso unverzichtbar wie für die Stabilität seines ökonomischen Kreislaufs.

Ähnlich verhält es sich mit den Belebungsversuchen alter Bescheidenheits- und Sparsamkeitstugenden. Nach der Auflösung der Religionen und im Gefolge der generationenwährenden Existenz einer Ökonomie, die nicht mehr aus Mangel, sondern gerade wegen ihres nichtver-

wertbaren Reichtums (Überakkumulation) ihre Krisen hervorbringt, ist die Herstellung von »Bescheidenheit« für die Herrschaftsethik zur schwer lösbaren Aufgabe geworden. »Nicht erst dem sozialen Nonkonformisten, noch dem beschränkten Bürger muß die Beschränkung als überflüssig erscheinen im Angesicht der unmittelbaren Möglichkeit von Überfluß« (Adorno, S. 121).

Auch dem aktiven Element der compliance (»Mitarbeit«) steht die moralische Prägekraft der realen konservativ-idealisierten Gesellschaft entgegen. Wer die hochtechnisierte, extrem arbeitsteilige, private Ökonomie noch weiter forcieren will, der fördert den unausgesprochenen Moralkodex des Spezialistentums, der ganz besoders eindrucksvoll im Arzt-Patient-Verhältnis praktiziert wird: »Wenn es das Business eines Anderen ist, über mich zu befinden, dann werde ich mich schön davor hüten, mich in seine (d.h. meine, in seine Hände gelegten) Angelegenheiten einzumischen.« (Anders, S. 44).

Die neokonservative Rationalisierung der Ethik scheitert — so wird am Beispiel der Gesundheit sichtbar — an den von ihr selbst forcierten Verhältnissen. Aber das ist kein Grund zur Beruhigung. Die entscheidende Frage ist nicht das Ob, sondern das Wie: wird das Scheitern erst (wieder einmal) die Folge massenhafter Anpassung sein oder das Resultat bewußter Opposition?

Wenn die konservativen Träume erst an ihrer objektiven Unmöglichkeit zerschellen — so zeigt gerade die deutsche Vergangenheit — dann liegen unter den Trümmern die Unschuldigen und Angepaßten. Denn die Illusion vom »Privatleben« ist nicht unbegrenzt reversibel.

Um wirksam zu werden, muß auch die repressive Ethik durchaus Momente einer menschenwürdigen Zukunft ansprechen, zum Beispiel die Abkehr vom Konsumismus, eine (ökologisch) sinnvolle Veränderung der Ansprüche oder die Überwindung des entfremdeten Spezialistentums und der zerstückelten Arbeit. Aber dies sind subjektive Orientierungen (Werte), die im gesamtgesellschaftlichen Maßstab nur im dialektischen Zusammenhang mit der politischen Durchsetzung ihrer ökonomischen Voraussetzungen dominierend und wirksam werden können. — Die konservative Moralisierung von Krisen und Krankheit kann diesen Zusammenhang zwar ideologisch negieren, nicht jedoch real. Darum muß sie immer in ihr Gegenteil umschlagen, sobald die Kräfte der sozialen Opposition »als verhänginsvolle Schatten daneben stehen und ihre Konsequenzen ziehen« (Fr. Engels), indem sie die Gesellschaftlichkeit des individuellen Lebens und seiner Gesundheit theoretisch bewußt machen und politisch organisieren. Das ist die praktische Kritik der konservativen Unvernunft.

Anmerkungen

1 Im folgenden bezeichne ich mit »Moral« verinnerlichte soziale (objektive, aber historisch sich verändernde) Notwendigkeiten einer Klasse, Schicht, Berufsgruppe im gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang mit wertendem, gebietendem und verhaltensmotivierendem Charakter. Die analytische und normative oder politische Beschäftigung damit nenne ich »Ethik«.

2 Ein innerer Widerspruch der neokonservativen Ideologie, in dem das Subjekt-Objekt-Verhältnis von Kapital und menschlicher Arbeit zum Ausdruck kommt, ist der Heilsglaube an die Technik (selbst in ihren zerstörerischsten Formen), der waghalsig und »optimistisch« bis zum Risiko des kollektiven Selbstmordes getrieben wird und die tiefverwurzelte Angst vor der Entfaltung der Menschen (der doch wenigstens als Schöpfer der »high tech« Anerkennung finden müßte).

3 »Konservatismus« bezieht sich im Kern auf die Erhaltung der ökonomisch-sozialen Grundstrukturen unter sich verändernden Bedingungen, an die er sich anpaßt. Als Ideologie hat er — wie Fritzsche (S. 98) bemerkt — »die Spannweite der Extreme voll ausgeschritten: von der Herrschaft Gottes zur Herrschaft der Technik, von der Manipulation als Glauben zur Manipulation als Vorsatz, von der Tradition zur Dezision, von der Autorität zum Terror, von der Existenzleugnung der Arbeiterklasse über ihre Integration bis zur Liquidation; und je nach dem Bewegungsstrom der Interessen alle diese Wege auch wieder zurück.«

4 Um Mißverständnissen vorzubeugen: wesentliche Elemente der ideellen und moralischen Haltungen und Sichtweisen zur Konservierung des Bestehenden entwickeln sich weitgehend spontan. Sie können sowohl Ausdruck objektiver Interessenlagen sein als auch Resultate undurchschauter, aber sehr konkreter Alltagserfahrungen. Konservative Ethiken, Konzepte, Analysen interessieren hier allein wegen ihrer Eigenschaft, Systematisierungen, Zuspitzungen, und Kristallisationen zu sein. Als wirklichkeitskonstituierende »Strategien« müssen sie nicht sonderlich ins Gewicht fallen.

5 Welches »Selbst« als nach seiner Verwirklichung strebend angesehen wird, ergibt sich erst im Zusammenhang mit dem Menschenbild.

6 Eine erhellende Zusammenfassung hierzu ist das Kapitel: »Verwaltung durch Sinn bei Luhmann«, in: Theorien (1979), S.165 ff.

7 Vgl. hierzu die Kategorie des »Sozial-Charakters« bei Erich Fromm, a, S.48 ff. und b, S.255,285.

8 Die angeführten Beispiele sind aufschlußreich, weil sie alle in der Konsumsphäre des Privatmenschen angesiedelt sind, dessen Freiheit in der Wahl unter verschiedenen Angeboten liegt. Die Rede ist von der »Zielmannigfaltigkeit der vollmotorisierten Bevölkerung«, dem Fernsprechnetz, TV-Programmen, »Partnerwahl«, Do-it-yourself, Gartenfreuden usw. (Bericht, S.33 ff.)

9 Max Weber (c, S.189) formulierte am Jahrhundertbeginn den Alptraum, am Ende der kapitalistischen Rationalisierung der Kultur, gleichbedeutend mit der Auflösung des Denkens in »reinen Utilitarismus«, könne der Satz zur Wirklichkeit werden: »Fachmenschen ohne Geist, Genußmenschen ohne Herz: dies Nichts bildet sich ein, eine vorher nie erreichte Stufe des Menschentums erstiegen zu haben.«

10 In den traditionellen Ethiken ist dieser Mißbrauch in den Grundbegriffen angelegt. Der Einzelne wird reduziert auf den »Egoismus«, das Sittliche auf den »Altruismus«, der das »Gemeinwohl« meint. Es spiegelt die bürgerliche Realität, wenn man sich diese Beziehung nicht anders vorstellen kann, als daß das Individuum in jedem Fall gegen seine Interessen verstößt, wenn es sich gesellschaftlich verhält. Dem monadischen Ich steht ein allgemeines »leeres Un-Ich« (Bloch, s, S. 1135) gegenüber. — In der Gesundheitspolitik wird diese allgemeine moralische Verantwortungsinstanz derzeit mit dem Namen *Solidargemeinschaft* verklärend überhöht. Was heißt aber 'Gemeinschaft'? In Deutschland werden darunter seit hundert Jahren Lebensformen verstanden, deren Gruppenmitglieder innerlich wesensverwandt (zeitweise auch rassenverwandt) sind. Sind eine Aktiengesellschaft (als Beitragszahler) und eine Rentnerin wesensverwandt? Der Begriff 'Solidarität' hingegen ist der Arbeiterbewegung entwendet. Er drückt die bislang entwickeltste Form der Gruppenbeziehung aus und hat sich historisch definiert unter der Bedingung gleicher Lebens-und Interessenlage. Darum hat 'Solidarität' eine innere Berechtigung auch nur in diesem Zusammenhang, denn kein anderer Begriff hat mehr mit 'Egalität' zu tun (Kittner, S. 316). »Die scheinbare Gemeinschaft ist für die beherrschte Klasse nicht nur eine ganz illusorische Gemeinschaft, sondern auch eine neue Fessel« (MEW, 3, S. 74), die es Industrieverbänden und Regierung erlaubt, von der Rentnerin ein »Solidaropfer« zu verlangen.

11 'Hedonismus' meint Ethiken elitärer und nichtarbeitender Schichten, deren höchste Tugend der Genuß ist. Die Probleme des Konsumismus der Lohnabhängigen werden mit einem solchen Begriff völlig verfehlt.

Literaturverzeichnis

Adorno, Th.W., Minima Moralia, Frankfurt/M. 1964

Anders, G., Die Antiquiertheit des Menschen, München 1983

Baier, H., Brauchen wir eine neue Ethik der Medizin?, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 23.Sept.1986

Bericht der Kommission »Zukunftperspektiven gesellschaftlicher Entwicklungen«, im Auftrag der Landesregierung Baden-Würtenberg 1983

Bloch, E. (a), Neuzeitliche Philosophie II: Deutscher Idealismus, Frankfurt/M. 1985

Bloch, E. (b), Politische Messungen, Pestzeit, Vormärz, Frankfurt/M. 1970

Bloch, E. (c), Atheismus im Christentum, Frankfurt/M. 1985

Bloch, E. (d), Tübinger Einleitung in die Philosophie, Frankfurt/M. 1985

Bloch, E. (e), Das Prinzip Hoffnung, Frankfurt/M. 1970

Deppe, H.U., Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt/M. 1987

Elias, N., Über den Prozeß der Zivilisation, 2 Bde., Frankfurt/M. 1976

Freud, S., Das Unbehagen in der Kultur, in: Studienausgabe, Bd, IX, Frankfurt/M. 1982, S. 197 ff.

Fritzsche, K., Konservatismus, in: Handbuch politischer Theorien und Ideologien (Hg. v. F.Neumann), Reinbek 1977, S.65 ff.

Fromm, E. (a), Psychoanalyse und Ethik, Stuttgart 1982

Fromm, E. (b), Anatomie der menschlichen Destruktivität, Reinbek 1977

Gerok, W., Gesundheit — eine utopische Vorstellung?, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 22. Febr. 1986

Göpel, E., Wohin treibt die Gesundheitsbewegung?, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 11 (Argument-Sonderband 131), Berlin 1986
Goethe, J.W., Maximen und Reflexionen, in: Werke, Bd. 9, Weimar 1957
Hegel, G.W.F., Phänomenologie des Geistes, Berlin (DDR) 1967
Herder-Dorneich, P., Soziale Ordnungspolitik, Stuttgart 1979
Hofmann, W., Zum Gesellschaftsbild der Nationalökonomie von heute, in: ders.: Universität, Ideologie, Gesellschaft, Frankfurt/M. 1968
Hollitscher, W., Der Mensch im Weltbild der Wissenschaft, Wien 1969
Kittner, M., Sozialstaat und Krise, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, Jg. 1982, S.296 ff.
Kofler, L., Perspektiven des revolutionären Humanismus, Reinbek 1968
Kofler, L., Eros, Ästhetik, Politik, Hamburg 1985
Kühn, H., Soziale Sicherheit und »Angebotsorientierte Wirtschaftspolitik«, in: WSI-Mitteilungen 2/1985, S.94 ff.
Kühn, H., Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Königstein /Ts. 1980
Kühn, H., Macht und Gesundheit, in: Das Argument 113, 1979, S.94 ff.
Labisch, A., Die Wiederaneignung der Gesundheit, in: Wie teuer ist uns Gesundheit?, Argument-Sonderband 113, Berlin 1984
Lepage, H., Der Kapitalismus von morgen, Frankfurt/M., New York 1979
Luhmann, N., Soziologische Aufklärung, Köln und Opladen 1970
MEW (Marx,K.; Engels,F.): Werke, Berlin (DDR) 1962 ff.
Schaefer, H., Medizinische Ethik, Heidelberg 1983
Spinoza, B., Die Ethik, Stuttgart 1976
Theorien über Ideologie, Argument-Sonderband 40, Berlin 1979
Weber, M. (a), Der Beruf zur Politik, in: ders.: Soziologie, universalgeschichtliche Analysen, Politik, Stuttgart 1973, S.166 ff.
Weber, M. (b), Wirtschaft und Gesellschaft, Köln und Berlin 1964
Weber, M. (c), Die protestantische Ethik, Bd. 1, Tübingen 1978
Zechmeister, K., Arzt und Weltanschauung, Berlin (DDR) 1972

Norbert Mappes

Humanes Sterben?

Seit den Zyankali-Aktionen des Medizinkritikers und Privatklinikchefs Julius Hackethal im Jahre 1984 wird auf verschiedenen Ebenen der Öffentlichkeit — in der Illustrierten-Presse wie in juristischen Fachzeitschriften, Traktaten zur ärztlichen Ethik und im Bundestag (Anhörung vor dem Rechtsausschuß im Mai 1985) — eine Debatte über »Sterbehilfe« geführt. Gemeint ist dabei meistens die Freigabe der Tötung auf Verlangen. Ähnliche Diskussionen gab es schon vor und nach dem ersten Weltkrieg, dann um das Jahr 1940, also parallel zu den Vernichtungsaktionen der Nazis und schließlich im Zuge der Strafrechtsreform um das Jahr 1973. Die Argumente sind dabei nicht neu; sogar der Hinweis, der rapide Fortschritt der Medizin dränge auf eine Neuregelung des Tötungsverbots, ist mindestens achtzig Jahre alt.[1]

Die Lockerung des Tötungsverbots erscheint dabei als überfällige Reform. Eine rigorose, antiquierte Ethik, die aus dem Katholizismus stamme, zwinge Schwerstkranke, denen das Leben eine Last sei, zum Weiterleben um jeden Preis. Eine Neuregelung habe das Selbstbestimmungsrecht der Kranken zu respektieren und Barmherzigkeit zu ermöglichen. Solche Argumentation ist nur scheinbar plausibel; sie enthält vielmehr eine Reihe gefährlicher Implikationen.

Ethik-Diskussionen haben es an sich, streng abstrakt geführt zu werden. Der Blick auf die konkreten Umstände, die dabei ausgeblendet werden, verspricht im allgemeinen bessere Ergebnisse.

Das Recht auf den Tod als ideologischer Begleiter des sozialpolitischen Umbaus

In einer Stellungnahme *Hackethals* für den Bundestag findet sich an herausgehobener Stelle der Satz: »Jeder Mensch hat das Recht, seinen Todeszeitpunkt selber zu bestimmen.« Der Satz ist absurd; gemeint ist das Recht eines jeden, seinen Todeszeitpunkt vorzuverlegen. Eine Verlegung nach hinten erscheint zwar vielen wünschenswert, ist aber nicht einklagbar. Die Forderung nach einem Recht auf Suizid, auf die der Satz sich reduziert, ist makaber. Ihm Geltung zu verschaffen (durch den Anspruch auf die aktive Unterstützung durch andere), bedeutet nichts weiter als die zweifelhafte Freiheit durchzusetzen, aus einem schlechten Leben, das geringer geachtet wird als der Tod, die verzweifelte Konse-

quenz zu ziehen. Die Freiheit, sterben zu dürfen, übersteigt in ihrer ethischen Qualität nicht das von Sartre formulierte Recht eines jeden, auch des Millionärs, nachts unter Brücken zu schlafen. Hackethals Satz ist die Persiflage auf ein bürgerliches Freiheitsrecht.

Der liberale Jurist, engagierter Sterbehilfe-Befürworter und Präsident des Oberlandesgerichts Braunschweig, *Rudolf Wassermann*, spricht, differenzierter als der Praktiker Hackethal, vom Recht auf den eigenen Tod als der »Freiheit, nein zu sagen, nicht mehr mitzumachen, auch und gerade im Tod der Herr seines Geschicks zu sein«. Diese »Erweiterung der Selbstbestimmung des Menschen« qualifiziert Wassermann als »normatives Gestaltungsrecht«. Das »Verlangen nach Todeskontrolle« sei »die Postulierung des Ideals der Mündigkeit im Leben wie im Sterben, des emanzipierten Endes einer Lebensgeschichte, die die Lebens- und Sterbensqualität höher bewertet als den menschlichen Fortschritt (...).«[2]

Die reale Situation von Sterbenden läßt sich in dieser geradezu hymnischen Apotheose auf den würdigen Abgang des autonomen Individuums kaum wiederfinden. Allenfalls wird man an Grenzfälle wie den viel zitierten Bilanzsuizid des Jean Amery denken, der vor seinem Tod noch dessen Apologie niederschrieb.

Wie vor einigen Jahren die Diskussion über Zweckmäßigkeit und Erlaubtheit des »Aussteigens«, begleitet heute die Rede von der Kunstfigur des bewußten Selbstmörders einen sozialen Prozeß. Vom »Aussteigen« war die Rede, als die Arbeitslosigkeit rapide stieg und vor allem Jugendliche aus der Gesellschaft drängte. Der freiwillige Aussteiger war der Arbeitslose als positiver Held. Daß er in Reinform kaum je zu finden war, tut dabei nichts zur Sache. Als glückliches Pendant zum unzufriedenen Erwerbslosen erfüllte er die Funktion, Arbeitslosigkeit als Lebensform einzuführen. Ähnlich muß der falsche Idealtyp des Selbstmörders dazu herhalten, die wirklichen Motive für Suizid zu verdecken.

Falsche Typisierung kennzeichnet besonders deutlich die Debatte um Sterbehilfe im engeren Sinn. Die tragischen Einzelfälle, an denen das Thema vornehmlich diskutiert wird, verleihen der Debatte den Schein, konkret zu sein. In Wirklichkeit werden die Einzelfälle nur als Idealtypen vorgeführt. Ihre Aufgabe ist, ein abstraktes Verhältnis in ihrer Person zu exemplifizieren. Um sie dazu geeignet zu machen, muß man ihnen in der Regel Gewalt antun. Ein in diesem Sinne idealer »Fall« soll: unter im Wortsinn unerträglichen Schmerzen leiden, diese dürfen auch mit dem großtmöglichen medizinischen Aufwand nicht stillbar sein; an einer Krankheit leiden, die in kurzer Zeit zum Tode führt; sich aus die-

sen (und keinen anderen) Gründen den Tod wünschen und physisch nicht in der Lage sein, ihn sich zu geben.

Schon im Fall der Hermy E., der Hackethal Zyankali auf den Nachttisch stellte, hat *Götz Aly* unter den spärlichen bekannten Bedingungen einen Umstand entdeckt, der Zweifel daran weckt, ob sich selbst dieser von Hackethal zu propagandistischem Zweck sorgfältig ausgesuchte Fall zur Typisierung eignete: Frau E. traute sich wegen ihrer entstellten Gesichtszüge nicht mehr auf die Straße.[3]

Der Verdacht, daß in nahezu allen Fällen auch andere Motive beim Entstehen des Todeswunschs eine Rolle spielen oder der Todeswunsch auf dem Hintergrund rasch veränderbarer Bedingungen sich bildet, bestätigt unfreiwillig auch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), die seit ihrer Gründung 1981 mit wachsender Resonanz für eine Lockerung des Tötungsverbots ficht. In Briefen »Betroffener« meist Angehöriger von Schwerstkranken, die die DGHS zur Unterstützung ihres Anliegens verbreitet, wird Sterbehilfe häufig als Ausweg aus Situationen gefordert, die zu Lebzeiten des Betroffenen noch veränderbar wären. So wünscht sich ein Vater eine Blausäurekapsel für die Tochter, der er eine aussichtsreiche Behandlung in der Schweiz nicht finanzieren kann.[4] Auch die Illustrierte »Stern« erlitt 1974 mit einem »Paradefall« Schiffbruch: Um das Thema Sterbehilfe in die Diskussion zu bringen, präsentierte sie einen 22jährigen völlig Gelähmten, der getötet zu werden wünschte. Die Publizität seines Falls führte dazu, daß der Mann statt des Todes bessere Lebensbedingungen erhielt. Sein Todeswunsch verschwand, wie der »Stern« zwei Jahre später fair protokollierte.[5]

Der Tod als Ausweg lenkt ab von der notwendigen Verbesserung der Bedingungen, unter denen der Todeswunsch entsteht. Er tut dies nicht nur in dem trivialen Sinne, daß jeder ein gewisses Quantum also nur entweder zur Durchsetzung des Rechts auf den Tod oder zur Durchsetzung besserer Bedingungen in den Kliniken aufwenden kann, sondern er steht in prinzipieller Opposition zu allen Forderungen, die Situation der Schwerstkranken zu verbessern. Steht die Tötung als Ausweg offen, erlischt zugleich die zwingende Notwendigkeit, der unerträglichen Situation durch Verbesserung der Umstände beizukommen. Je weniger manipulierbar, vor allem bei steigendem Kostendruck, die Umstände in den Kliniken werden, desto gefährlicher wird die Manipulierbarkeit des Todeszeitpunkts.

Es ist eigenartig und nur mit der falschen Typisierung zu erklären, daß die Schilderung der Lage alter, bettlägeriger Kranker mit Dekubitalgeschwüren — die vor allem bei mangelhafter Pflege entstehen —

oder vereinsamter und verwahrloster alter Leute in Pflegeheimen nicht zur Anklage der Bedingungen führt, unter denen diese Menschen zu leben gezwungen sind, sondern nur zu Kopfschütteln über ein Rechtsempfinden, daß diesen Menschen die Gnade eines schnellen Todes verwehrt. Die Verve, mit der als letztes Recht das auf den Tod eingeklagt wird, ist ungleich größer als die, mit der die vorletzten Rechte auf ein menschenwürdiges Leben auch im Alter gefordert werden. Die »optimalen Bedingungen«, unter denen die Todeswünsche der falschen Idealtypen entstehen, gibt es in der Wirklichkeit nicht.

Die Kritik am unpersönlichen, menschlich kalten Krankenhausbetrieb richtet sich im Alltagsbewußtsein zunehmend weniger auf die zum Teil katastrophale Personalsituation vor allem in der Pflege, die kümmerliche soziale und psychische Betreuung oder die atmosphärische Sterilität der Räumlichkeiten, sondern immer mehr gegen »Übertechnisierung« und »Apparate«. Der kurzschlüssige Vorwurf an die medizinische Technik, sie sei Schuld an der Seelenlosigkeit der Krankenhäuser, trifft sich mit der inzwischen verbreiteten, aus einer anderen (ebenso abstrakten) Ethikdebatte herrührenden und genauso verheerenden Meinung, »der Mensch« sei ohnehin an einem Punkt angelangt, wo es »ihm«nicht mehr gestattet sei, in die »Schöpfung« einzugreifen und die Natur »seinen« Zwecken dienstbar zu machen. Ein meist noch theologisch verbrämter Sozialdarwinismus, der fordert, man solle »der Natur« doch ihren Lauf lassen, ist dabei, sich dem Common sense zu entwickeln. Neben den Gründen, die solchem Denken am nächsten stehen, hat ähnlich Problematisches die SPD erfaßt. Im Irseer Entwurf für ein neues Grundsatzprogramm (in dem im übrigen von den dringend erforderlichen positiven Gesundheitszielen kein Wort zu finden ist) zielt die Kritik am Gesundheitswesen in erster Linie auf »modernste Intensivmedizin« — dann, wenn »sie erkennbar menschliches Sterben verlängert und ihm dabei die Würde nimmt«, auf eine »kostspielige Prestigemedizin« und das Übertreiben von Apparatmedizin und Chemotherapie, wobei »einfache und kostengünstige Behandlungsmethoden außer acht gelassen« würden. Neben der Phrasenhaftigkeit (Verlängerung »menschlichen Sterbens« in Oppotistion zu »Lebensverlängerung«) muß die heuchlerische Verquickung von ethischen und ökonomischen Kriterien erschrecken. Deutlicher läßt sich der Ursprung solcher Kulturkritik aus den Nöten der Kostendämpfung nicht darlegen.[6]

Der Todeswunsch als Einsicht in die Notwendigkeit

Für die liberalen Befürworter einer Lockerung des Tötungsverbots ist der heilige Wille des Kranken nur scheinbar der letzte Maßstab. Ob dem Wunsch nachgegeben werden darf, entscheidet sich an der Frage, ob er vernünftig ist. Wenn der Wunsch aber vernünftig sein kann oder nicht, so ist es auch gegebenfalls unvernünftig, sich den Tod *nicht* zu wünschen. So erweist sich als entscheidend für die Zuverlässigkeit einer Tötung auf Verlangen nicht die subjektive Wertschätzung des Lebens durch den Todeswilligen, sondern dessen objektiver Wert. Der Wille des Kranken oder Suizidalen ist in Wahrheit nur der subjektive Nachvollzug einer objektiven Entscheidung: Einsicht, daß es besser so ist.

Dazu gehört, daß der Tod seinen Platz in der therapeutischen Rationalität findet. Der südafrikanische Herzchirug und Sterbehilfe-Befürworter *Christiaan Bernard* definiert den Kampf gegen das Leiden zum obersten Ziel der Medizin und erkennt den Tod als geeigneten Verbündeten dabei an: »Oft ist der Tod die einzig wirksame Therapie, mit der erreicht wird, was die Medizin nicht zustand bringt — das Ende der Leiden«.[7] (Aus dieser Perspektive ist der Tod sogar der ideale Arzt: Er heilt alle Leiden zuverlässig und in Rekordzeit.)

Barnards Zweckbestimmung der Medizin hilft, ein Dilemma der Gesundheitsökonomen zu lösen: Die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen läßt sich nicht bestimmen. Kosten und Nutzen lassen sich nicht ins Verhältnis setzen, da der Nutzen nicht definiert ist. Das einzig meßbare und damit ökonomisch handhabbare Datum ist die Lebenszeit. Sie eignet sich auch deshalb, weil sie an das Datum der Lebensarbeitszeit erinnert, mit der in einem Teilbereich des Gesundheitswesens, der Rehabilitation, der Nutzen exakt zu definieren ist.

Da das Leben nach allgemeinem Rechtsempfinden nicht verfügbar und damit nicht austauschbar ist, eignet sich seine Dauer nicht als geldwertes Äquivalent. Nimmt man Lebenserhaltung zum Maßstab medizinischen Handelns, so bewirkt das Tötungsverbot, daß die Ausweitung medizinischer Leistungen tendenziell bis zum »Grenznutzen« geht: Dieser Punkt ist dann erreicht, wenn ein noch so hoher Aufwand an Mitteln zu keiner Steigerung des Ertrags mehr führt. An diesem Punkt ist nach einhelliger Meinung jede Therapie abzubrechen, weil sie nicht mehr hilft, sondern nur noch quält.

Diese Grenze gilt neuerdings als zu hoch, weil zu teuer. In Kreisen der Gesundheitsökonomen macht die Aussage die Runde, die Hälfte der Krankheitskosten seines Lebens verursache ein Mensch in den letzten

zwei Jahren vor seinem Tod.[8] Der Grenznutzen wird über grenzwertige Näherung von Kosten und Nutzen immer weiter zugunsten der Kosten.

An einem bestimmten Punkt, an dem die Effizienz der Therapie und Pflege in bezug auf das Ziel der Lebensverlängerung nachläßt, kann dem Kranken mit den Argumenten der Sterbehilfe-Befürworter ein Tausch angeboten werden: Wenn er auf ein Stück Lebensverlängerung verzichtet, erhält er dafür ein Stück »Lebensqualität«, etwa Schmerzfreiheit oder einen »würdigen« Tod. Das Angebot setzt auf die ökonomische Rationalität: Die Lebensverlängerung ist der Ertrag, die Qual ist der Aufwand, der dazu geleistet werden muß. Der Tod ist vernünftig, wenn das Verhältnis von Aufwand und Ertrag nicht mehr stimmt. Was hier als »Aufwand« definiert ist, die Qual, nimmt genau die Stelle der Kosten von Gesundheitsleistungen ein. Der Tausch ist aber betrügerisch: Länge und Qualität des Lebens sind keine Alternativen, und medizinischer Aufwand ist auch nicht gleichbedeutend mit Qual. Das Angebot hat aber die Funktion, scheinbar noch ethisch sauber die Kriterien ökonomischer Rationalität in den Umgang mit Leben und Tod einzuführen.

Ehrlicher und ohne für früheren Tod einen Preis anzubieten, hat der Papst der bundesdeutschen Sozialmedizin, *Hans Schäfer,* selbstlose Einsicht in die Notwendigkeit gefordert:

»Es muß sich die Einsicht durchsetzen, daß niemand das Recht hat, um des geringen Vorteils sehr kurzer Lebensverlängerung willen hohe Opfer der Solidargemeinschaft zu verlangen. Zur Eigenverantwortung gehört auch die Bescheidenheit, die sich u.a. auf das freiwillige Opfer von Lebenszeit erstreckt.«[9]

Die Einsicht, die Schaefer fordert, gilt der Irrationalität des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Eine Tugend, die Bescheidenheit, ist dem Kranken so lange abzufordern, wie das Solidarprinzip seine spontane Einsicht in die Unvernunft des kostenspieligen Weiterlebens behindert. Der Sozialversicherte sieht sein Leben nun einmal nicht mit dem wägenden Blick des Kaufmanns. Solche Perspekive bleibt den Hinterbliebenen von Privatpatienten überlassen. Ein schönes Beispiel dafür liefert die DGHS mit einem der zitierten Briefe »Betroffener«. Mit der Erregung eines Kunden über die den Zeitwert übersteigende Reperaturrechnung an seinem schrottreifen Auto schreibt dort ein Mann nach dem Tod seiner Schwester:

»Die Bezahlung der letzten beiden Rechnungen des Krankenhauses, die in bekannter Überbewertung ihrer Tätigkeit unverschämterweise mir anheimgestellt wurden, habe ich abgelehnt.«[10]

In einem Aufsatz über »Ökonomische und sozialpolitische Aspekte der Intensivmedizin« hat der weitsichtige Generalsekretär der CDU, *Heiner*

Geißler, schon 1978 »Würde« als Preis für den Abbruch ineffizienter Therapie angeboten. Ebenso wie das Leben wird ihm dabei unterderhand die »Würde«, die dem Grundgesetz als unantastbar gilt, verfügbar: Sie wird von einer Eigenschaft qua Menschsein zu erlang- und verlierbarer Geistigkeit oder Beseeltheit:

»Die Grenze für das Handeln des Arztes bzw. für unterlassene Hilfeleistung liegt danach dort, wo von einer Erhaltung der Menschenwürde, d.h. von einer mit Geist beseelten Person, nicht mehr gesprochen werden kann und jede Aussicht auf eine Wiedererlangung erloschen ist.«[11]

Dort ist für Geißler zugleich die Grenze, »wo von Persönlichkeit und Person, also menschlicher Existenz nicht mehr gesprochen werden kann.«[12]

Um von der Vernunft des Todes und der Unvernunft des Weiterlebens zu sprechen, brauchen Geißler, Schaefer und der ungenannte Bruder nicht die Krücke des Selbstbestimmungsrechts. Geißlers Formulierungen machen zugleich klar, daß die Nazis mit der Vernichtung von geistig Behinderten der hier gemeinten Rationalität vorbildlich gehorcht haben.

Selbst Wassermann, der ausdrücklich eine scharfe Grenzziehung zwischen Selbst- und Fremdtötung verlangt, bemängelt an dem Vorschlag, die Tötung auf Verlangen freizugeben, daß er bei Apallikern und »sonst schwer Bewußtseinsgestörten, die dahinsiechen«, nicht greife.[13] Zur scheinbaren Leitidee des freien Willens paßt auch nicht, daß die echten wie konstruierten Einzelfälle, die durch die Diskussion um das Recht auf den Tod geistern, fast durchweg alte Leute sind. Dabei ist doch gerade deren Wille, besonders wenn sie krank, bettlägerig und auf fremde Hilfe angewiesen sind, noch am leichtesten manipulierbar. Ihr zum Maßstab erhobener Wille bildet sich auf dem Hintergrund maximaler Fremdbestimmung. Ginge es wirklich vorrangig um Autonomie und Selbstbestimmung, müßte der Suizid junger Menschen die höhere Anerkennung genießen. Niemand mag aber die Verzweiflung etwa eines arbeitslosen Jugendlichen als »vernünftiges« Todesmotiv unterstellen.

Daß die Grenze zwischen Selbst- und Fremdtötung im öffentlichen Bewußtsein rasch passierbar und die Freiwilligkeit nur nachrangig ist, illustriert zudem die Tatsache, daß die Euthanasie-Morde der Nazis propagandistisch mit einem Sterbehilfe-Film vorbereitet wurden. Um die Bevölkerung auf die Mordaktionen einzustimmen, war es nicht nötig, zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Tötung zu differenzieren. Es genügte die Verbreitung der Erkenntnis, daß der Tod nicht immer die schlechteste Lösung sei und es entsprechend Menschen

gebe, die besser nicht lebten. Eine umfassende und kenntnisreiche Darstellung findet sich bei Götz Alv.[14] Ich möchte sie hier nicht referieren und empfehle dringend die Lektüre seines Buches.

Bei den Befürwortern der Sterbehilfe herrscht durchweg ein bemerkenswerter Umgang mit den Erfahrungen des Faschismus. Es läßt an die neueren Bestrebungen rechter Politiker und Historiker denken, sich des unbequemen faschistischen Erbes zu entledigen, wenn selbst der liberale *Wassermann* in der Erinnerung an die Morde der Nazis nur eine lästige Bürde sieht:

»Nachdem das Tabu, das infolge der nationalsozialistischen Vernichtungsaktionen gegen 'lebenswertes Leben' der unbefangenen Erörterung der Problematik weitgehend gewichen ist, sind die Chancen für eine vorurteilsfreie Diskussion gestiegen.«[15]

Die DGHS meint gar, es sei eine »Gewissenslosigkeit«, wie vor (!) ihrer Gründung »jedes humanitäre Engagement für die Sterbehilfe mit dem 'Schreckensgespenst Hitler' verhindert worden« sei.[16]

Gegen die vorstehenden Thesen pflegen vor allem Ärzte einzuwenden, daß sie nicht hilfreich sind. Die falsche Typisierung, die Gefährlichkeit der Argumentation, die finsteren Absichten der Kostendämpfer — das sei alles zugestanden. Aber es gebe dennoch Kranke, deren Lebensbedingungen wenigstens der Arzt nicht mehr ändern könne, denen das Leben eine Qual sei und denen der Hinweis wenig helfe, daß es ihnen besser ginge, wenn die Verhältnisse besser wären. Es sei auch nicht statthaft, den einzelnen leiden zu lassen, um ihn sozusagen als Menetekel gegen die schlechten Bedingungen vorzuführen. Der Arzt stehe vor dem Dilemma, auch unter den schlechten, aber nun einmal existenten und kurzfristig nicht veränderbaren Bedingungen handeln zu müssen.

Das stimmt. In diesem Dilemma steht der Arzt aber immer. Sein Spielraum ist vorgegeben, er kann ihn nicht beliebig erweitern. Das führt ihn in Situationen, in denen er im Sinne verantwortlicher Ethik nicht richtig handeln kann. Der Satz Adornos, es gebe kein richtiges Handeln im falschen, läßt sich nicht dahingehend auflösen, daß man das falsche Handeln zum richtigen deklariert. Der Widerspruch zwischen dem einzelnen und der Gesellschaft, zwischen individueller und kollektiver Emanzipation ist für den einzelnen unauflösbar. Er ist es gerade, der zur Veränderung der Verhältnisse treibt. Wer unter den gegebenen Verhältnissen handeln muß (und das ist nicht nur der Arzt) und nicht rigoros auf die eine oder die andere Seite des Widerspruchs setzen will, muß seinen Weg finden. Hoffentlich halten eines Tages alle diesen Zustand für unerträglich.

Anmerkungen

1 Vgl. Haeckel, S.89
2 Wassermann, S.383
3 Vgl. Alv, S.12
4 DGHS, I, S.9
5 Stern 45/74 und 49/76
6 SPD, S.66
7 Barnard, S.44
8 Vgl. Schwarz,
9 Medical Tribune, 29. Augustv 1983
10 DGHS, II.
11 Geißler, S.134f.
12 Geißler, S.141
13 Wassermann, S.399
14 Vgl. Alv, S. 9-13
15 Wassermann, S.400
16 DGHS, I, S.4

Literaturverzeichnis

Aly, Götz, Medizin gegen unbrauchbare, in: Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren, Berlin 1985, S.9-33

Barnard, Christiaan, Glückliches Leben — würdiger Tod, Bayreuth 1981

Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (Hrsg.), Unsere Verstorbenen klagen an... Berichte über das Sterben in der Bundesrepublik Deutschlands, (DGHS I)

Geißler, Heiner, Ökonomische und sozialpolitische Aspekte der Intensivmedizin, in: Eid, Volker und Rudolf Frey (Hrsg.), Sterbehilfe oder Wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht? Mainz 1978, S.133-145

Hackethal, Julius, Antworten zu dem Fragenkatalog »Sterbehilfe«. Anlage zum Protokoll über die Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 15. Mai 1985

Haeckel, Ernst, Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Leipzig 1923. (1.Aufl. 1904)

Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Entwurf zu einem Grundsatzprogramm (Irseer Entwurf), Bonn-Bad Godesberg 1986

Wassermann, Rudolf, Das Recht auf den eigenen Tod, in: Winau, Rolf und Hans-Peter Rosemeier, Tod und Sterben. Mit einem Geleitwort von Jörg Zink. Berlin und New York 1984.

Jens-Uwe Niehoff

Gesundheit und Verantwortung

Zu den bemerkenswerten Resultaten medizinischer, speziell klinisch-epidemiologischer Forschung in den letzten 30 Jahren gehört die Feststellung, daß ungesunde Verhaltensweisen ungesund sind. Diese, mit beachtlichem materiellen und personellen Aufwand ermittelten, sich von der Vermutung zunehmend zum Beweis erhärtenden Erkenntnisse werden möglicherweise weitere Wissenschaftlergenerationen beschäftigen. Und Wissen drängt auf praktische Konsequenz. An die Stelle der Ironie könnte auch die nüchterne Frage treten, worin denn nun praktische Folgerungen liegen könnten, möglicherweise bereits liegen.

Unübersehbar sind die Zeichen, daß die Kernfrage aller Gesundheitspolitik, nämlich die nach der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, in der internationalen medizinischen Literatur (erneut) zur Disposition gestellt zu sein scheint, und in der Begründung spielen eben diese Resultate eine gewichtige Rolle.[1] Es war das Ziel der sich mit dem Begriff Risikomedizin assoziierenden Forschungen, Fortschritte im vorbeugenden Gesundheitsschutz zu ermöglichen; vordergründig ging es also offenbar um den Erwerb von Kenntnissen für die inhaltlichen Ansatzpunkte bewußter (eben »risikoreduzierter«) Lebensgestaltung. Die involvierten forschungskonzeptionellen und methodologischen Probleme stehen hier nicht zur Diskussion, zumal sie längst ausführlich, wenn auch nicht abschließend, verhandelt sind. Wenn jedoch in der Prophylaxeforschung der Gedanke bewußter Gestaltung menschlichen Lebens zumindest angelegt ist, muß ein anderer Schluß auch erlaubt sein: Es schiene denkbar, den Versuch zu unternehmen, den (wer und was das immer sei) realen, konkreten Menschen, die Realität seiner Lebens- und Arbeitsbedingungen, seiner Bedürfnisse und Probleme, Wünsche und Ziele, den Menschen, der nicht nur Objekt spezifischer wissenschaftlicher Interessen, sondern Subjekt der Geschichte ist, kurz: seine soziale und gesellschaftliche Realität, aus der Prophylaxeforschung zu rekonstruieren. Mehr noch: es müßte möglich sein, nicht allein seine soziale Realität im Sinne der Zustandsbeschreibung abgebildet zu finden, sondern zugleich seine künftigen gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen.

Das Abstraktum Mensch, das uns in der Mehrzahl der Gesundheitsschutzkonzeptionen entgegentritt scheint keiner realen sozialen Differenziertheit zu unterliegen, verfügt über die individuell selbstbestimmte, uneingeschränkte Entscheidungsmmöglichkeit seines Lebens, ist in

allen seinen Möglichkeiten und Bedingungen allen seinen Mitmenschen gleich, kennt kein anderes Motiv als Gesundheit, keine Konflikte und Wünsche. Es scheint der Mensch der Risikoprävention ein asoziales Wesen zu sein.

Sie ist erstaunlich genug, die Selbstverständlichkeit, mit der unter Verweis auf riskante Lebensstile die Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz von konservativen Vertretern der Medizin zum Dreh- und Angelpunkt prophylaxekonzeptioneller Standortbestimmungen gewählt wird: Gerechte Bestrafung der Tugendlosen mit Krankheit als ethische Doktrin gerade von dem Berufsstand gefordert, der sein moralisches Selbstverständnis außerhalb von Zeit und Raum bestimmen zu können als Anspruch formuliert? Nein. Die Realitäten sind andere und die Interessen auch. Das was *Crawford* (1) »The ideology and politics of victim blaming« nennt, bedarf anderer Einordnung. Immerhin ist die Crawford'sche Analyse auch ein Lehrstück für die politische Verantwortung der Medizin. Nur vordergründig ist der Gegenstand des Problems der Frage assoziiert, ob Personen mit unterschiedlichen verhaltensabhängigen Risikoprofilen unterschiedliche Rechte auf Gesundheitsschutz haben.

Anders verhält es sich, wenn nach den konkreten, sich notwendig mit der gesellschaftlichen Entwicklung ändernden gesellschaftlichen Gestaltungsbedingungen gesamtgesellschaftlicher Verantwortung für den Gesundheitsschutz gefragt wird. Dieser Frage ist zunächst eine Position involviert, die tatsächlich mehr beinhaltet als unentgeldliche und freie Zugänglichkeit prophylaktischer und kurativer Medizin. Und sie ist zwangsläufig permanenter Gegenstand wissenschaftlicher Analytik, weil die Rahmenbedingungen einer solchen gesundheitspolitischen Grundposition einer hohen Dynamik unterworfen sind.

Nachfolgend soll deshalb der Versuch unternommen werden, die Grundlagen der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, wesentliche Aspekte ihrer Durchsetzung sowie Tendenzen bei ihrer inhaltlichen Ausgestaltung zu umreißen. Aus der Sicht des Autors ist ein solcher Versuch auch deshalb lohnenswert, weil die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz zwar essentielles Wesensmerkmal sozialistischer Gesundheitspolitik ist, bislang jedoch eine einheitliche theoretische Begründung speziell für die Phase der weiteren Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft fehlt.

Voraussetzungen:

Der Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher und gesundheitlicher Entwicklung ist ebenso evident wie die Tatsache, daß das Spektrum und die Häufigkeit fast aller vorkommenden Krankheiten, ihre individuellen und gesellschaftlichen Bewertungen und Bedeutungen, immer auch über soziale Merkmale abbildbar sind. Aber weder diese Tatsache, noch eine akademische Debatte über Verschuldens- oder Verursachungsprinzipien von Krankheit dürften letztlich hinreichend sein, um das Wesen und die Formen der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz zu bestimmen. Wesentlicher ist m.E. die Frage nach dem Bild, das wir vom Menschen, von uns selbst haben. Ein solches Bild aber bedarf historischer Konkretheit, hat in Rechnung zu stellen, daß der Mensch nur auf der Grundlage seiner gesellschaftlichen Existenz seine Individualität ausprägen, leben und verwirklichen kann. Unter vielen Aspekten ist Gesundheit hierbei *ein* Aspekt.

Die Geschichte menschlicher Gesundheit liefert den Beweis: Als einziges Lebewesen ist der Mensch und zwar nur als Gattungswesen in der Lage, seine gesundheitlichen Verhältnisse — ausgedrückt etwa in der mittleren Lebenserwartung, dem Spektrum vorkommender Krankheiten und ihrer relativen Häufigkeit oder ihrer Verteilung in einer Bevölkerung — innerhalb bestimmter Grenzen zu verändern. Solche Veränderungen sind vor allem das Resultat menschlicher Rückwirkungen auf die Art und Weise der Produktion, der Verhältnisse unter denen menschliche Existenzmittel produziert und verteilt werden (Produktionsverhältnisse) und der hieraus insgesamt entspringenden Art und Weise des Lebens (Lebensweise) der Menschen. Die Entwicklung der Produktivkräfte als den Schlüssel zur historisch tendenziellen und prozeßhaft verlaufenden Verbesserung der gesundheitlichen Lage menschlicher Bevölkerungen aufzufassen, schließt die Vervollkommnung der Produktionsmittel ebenso ein, wie die Entwicklung des Produzenten, also des Menschen.[2]

Kaum ein Element menschlicher Entwicklung kann in seinem Zusammenhang zur gesundheitlichen Entwicklung an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben, so daß sich auch nur Beispiele aufzählen lassen: Bildung, bewußte Rezeption der Lebensumwelt und ihre Gestaltung, Ausfaltung sozialer und kommunikativer Beziehungen, die sukzessive Erweiterung von Zielen, die Artikulation von Interessen und Bedürfnissen (...). Zweifellos waren und sind gesundheitliche Entwicklungsprozesse nicht mit trivialisierenden Vorstellungen von linearer Verbesserung, sukzessiven Eradikationen von Risiken und Gefährdungen zu as-

soziieren, wohl aber immer auch mit tiefgreifenden Veränderungen in der Gestaltung der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz.

Der Gesundheitsschutz als Form bewußter menschlicher Aktivität ist historisch erst relativ spät Gegenstand wissenschaftlicher und politischer Bemühungen geworden, schloß jedoch ein, politische Positionen zur Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz zu beziehen.

Unverkennbar bestimmen Auffassungen zur Verantwortlichkeit auch die wissenschaftskonzeptionelle und -methodische Orientierung bei der Erarbeitung von Maßnahmen, Methoden oder Schwerpunkten des Gesundheitsschutzes. Die Analyse solcher Positionen hinterfragt also auch das ethische Selbstverständnis professioneller Träger von Teilaufgaben des Gesundheitsschutzes. Polarisierungen solcher ethischen Imperative, wie sie in Schlagwörtern verbalisiert, im medizinischen Schrifttum unschwer nachzuzeichnen sind, beschreiben lediglich das Problem:

— Prophylaxe gleich Erziehung der Menschen,
— Eigenverantwortung statt staatlicher Normative,
— Prophylaxe statt Therapie,
— Gesundheitsschutz statt Medizin,
— Gesundheitsschutz contra wissenschaftlich-technischen Fortschritt usw.

Solche Schlagworte reproduzieren wohl kaum Ergebnisse der Forschung, wohl aber politische Positionen, die in ihrer Relevanz für die methodologische Orientierung der Forschung, nicht unterschätzt werden können; für die Praxis des Gesundheitsschutzes ohnehin nicht.[3] Die Voraussetzungen für eine Annäherung an das Problem lassen sich in vier Thesen zusammenfassen:

1. *Gesundheit* ist kein Naturprodukt oder Naturzustand, sondern Ausdruck der Wechselbeziehungen zwischen menschlicher Biologie und konkreten Umweltbedingungen im Sinne einer existenznotwendigen Beziehung. Ein solcher Umweltbegriff (der im übrigen nicht auf Harmonie, sondern auf ständige Veränderung angelegt ist) schließt die natürliche und soziale Umwelt ebenso ein, wie die Beziehungen der Menschen zueinander, zur Produktion oder zu den von ihnen produzierten gesellschaftlichen Verhältnissen. Gesundheit ist von daher keine abstrakte biologische Zustandsgröße, sondern zwangsläufig mit Funktionsbegriffen gekoppelt, sei es mit der Fähigkeit zur individuellen und gesellschaftlichen Selbstverwirklichung, zur Genußfähigkeit, zur Fähigkeit Konflikte und Widersprüche zu erleben und zu lösen oder z.B. aktiv sozial zu kommunizieren. Gesundheit als wertender Begriff ist damit subjektiv wie objektiv auch in seiner Historizität gekennzeichnet und erscheint immer in einer konkreten Struktur.

2. *Gesundheitsschutz* bestimmt programmatisch einen spezifischen Aspekt der Mensch-Umwelt-Beziehung, eben im Sinne der aktiven Gestaltung der gesamten Lebensumwelt des Menschen, der nicht schlechthin dem Schutz einer abstrakten gesundheitlichen Wertvorstellung oder etwa nur den »Gesunden« gilt. Gesundheitsschutz, im Sinne allgemeiner Maßnahmen (z.B. Hygiene, Umweltschutz, Infektionsschutz, Arbeitsschutz, Brandschutz), im Sinne spezifischer Maßnahmen (Betreuung speziell Exponierter, Schutz der Kranken, der Behinderten usw.) oder auch im Sinne der Bemühungen um die Wiederherstellung der Gesundheit (Diagnostik, Therapie, Rehabilitation usw.) ist eine Programmatik, die alle Bürger einschließt. Die Medizin, bzw. ihr institutioneller Träger, das Gesundheitswesen, nimmt im Rahmen des Gesundheitsschutzes spezifische und ausgewählte Aufgaben wahr.

3. *Die Verantwortlichkeit* für den Gesundheitsschutz reflektiert somit nichts anderes als eine Seite der konkreten gesellschaftlichen Natur des Mensch-Umwelt-Verhältnisses in Form politischer Interessen und Ziele sowie des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft. Die tatsächliche Ausgestaltung der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, auch hinsichtlich arbeitsteiliger Funktionen zwischen allen gesellschaftlichen Institutionen und Bereichen, das Gesundheitswesen eingeschlossen, stellt prinzipiell nichts anderes dar, als die historische Explikationsform realer gesellschaftlicher Lebensweise.

4. *Kernproblem der Entwicklung des Gesundheitsschutzes*, sind die Bedürfnisstruktur der Menschen und die Gesamtheit der Möglichkeiten zur Befriedigung dieser Bedürfnisse. Bedürfnisse nach Gesundheitsschutz sind in die Gesamtheit menschlicher Bedürfnisse eingeordnet (z.B. Frieden, Arbeit, soziale Kommunikation, Bildung, Selbstverwirklichung). Dieser Hinweis soll Aufgaben des Gesundheitsschutzes nicht relativieren, sondern ein Hinweis auf die Notwendigkeit ihrer Konkretisierung im Ensemble aller Lebensbedürfnisse sein. Gleichzeitig soll hiermit darauf hingewiesen werden, daß die Gesundheitspolitik nicht neben der Sozialpolitik steht, sondern ihr notwendiger Bestandteil ist und stets in diesem Kontext auch expliziert werden muß.

Obwohl auf der individuellen Ebene nur unzureichend abbildbar, muß dann auch akzeptiert werden, daß Bevölkerungen unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklungsstandes unterschiedliche Bedürfnisse nach Gesundheitsschutz ebenso wie unterschiedliche Interessen an seiner gesellschaftlichen Realisierung haben.

Die Beantwortung der Frage nach der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz hat innerhalb der theoretischen und praktischen Grundlagen sozialistischer Gesundheitspolitik den Stellenwert eines

politischen und ethischen Imperativs. Obwohl mit der prinzipiellen Feststellung der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung beantwortet, kann nicht übersehen werden, daß die Verantwortlichkeitsproblematik Gegenstand permanenter analytischer und politisch-praktischer Aufgaben ist. Hierfür gibt es vielfältige Gründe. Der entscheidende ist jedoch, daß gesellschaftliche ebenso wie wissenschaftliche Entwicklungen immer auch neue Aufgaben und Probleme bei der Gestaltung eines solchen Prinzips aufwerfen.

Aus gesellschaftlicher Sicht steht hierbei im Mittelpunkt, mittels welcher Methoden die gesamtgesellschaftliche Verantwortung verwirklicht werden kann, aus wissenschaftlicher Sicht schaffen ätiologische Hypothesen- und Theoriebildungen auch neue Problemfelder bei der Schaffung adäquater Gesundheitsschutzstrategien. Lebhafte Diskussionen in der DDR während der 70er Jahre, etwa um die Risikofaktorenkonzeption und ihre Einordnung in eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitsstrategie, setzten sich eben nicht zufällig auch mit den Selbstverschuldenstheorien auseinander. Angemerkt sei, daß bereits 1968 ein Thesenmaterial zum wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin unter dem Stichwort der sog. Zivilisationskrankheiten, diesen Aspekt thematisierte. In der Zwischenzeit ist es jedoch wohl unumgänglich, die Voraussetzungen der Verantwortlichkeitsproblematik weitaus prinzipieller zu fassen.

Politische *und* wissenschaftlich-technische Entwicklung haben nicht einzelne Individuen, Gruppen oder Bevölkerungen, sondern die Menschen insgesamt in eine Situation geführt, in der Gesundheitsschutz und Sicherung künftiger menschlicher Existenz Synonyme, vor allem aber auch zu einem globalen Zusammenhang werden. Den Möglichkeiten des wissenschaftlich-technischen Fortschritts sind außerordentliche Probleme an die Seite gestellt. Die globale Verantwortlichkeit bei der Nutzung dieser Möglichkeiten als originär zu erbringender Leistung der Menschen, nicht der Technik, ist zweifellos in ihrer zentralen Bedeutung für Gegenwart und Zukunft auch ein Schlüsselproblem des Gesundheitsschutzes. Sogesehen geht Verantwortlichkeit auch über den konkreten gesellschaftlichen Bezug weit hinaus.

Grundlagen:

Die Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz ist in den letzten Jahren von konservativen Theoretikern erheblich ideologisiert worden und unter propagandistischen nebulösen Phraseologien (z.B. Eigenverantwortung = Freiheit) wurde viel Aufwand betrieben, der zu einer eigen-

tümlichen Polarisierung von Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Verantwortung geführt hat. Zunächst bemerkenswert an dieser Polarisierung ist die Reduktion der gesellschaftlichen Verantwortung auf den Begriff der Staatlichkeit, verbunden mit der Eigentümlichkeit der Unterstellung, Staatlichkeit sei Dirigismus und von daher Antipode der Freiheit. Eigentümlichkeit mag ein unzureichendes Wort sein, zumindest aber wird die Frage provoziert, inwieweit dann die Freiheit durch die doch wohl offensichtliche Tatsache und Notwendigkeit der Existenz eines kapitalistischen Staates (analog für den sozialistischen) dann eingeengt wird. Doch wohl nur die Freiheit derer ist betroffen, deren Interessen der Staat wahrzunehmen nicht gewillt ist. In der Tat gibt es solche im kapitalistischen sowie im sozialistischen Staat, nur sind es Verschiedene. Damit aber ist dann auch schon die Möglichkeit erschöpft, in dieser Argumentationsweise Grundlagen der Verantwortlichkeit zu bestimmen.

Dreh- und Angelpunkt des Verantwortlichkeitsproblems ist m. E. vielmehr die Anerkennung des Menschen als ein gesellschaftliches Wesen, das seine Existenzmittel ebenso wie seine sozialen Beziehungen, seine Bedürfnisse produziert und verändert. Die Art und Weise der Arbeitstätigkeit und die Verteilung ihrer Resultate (Güter ebenso wie Erfahrungen, Wissen oder Macht), bestimmen in letzter Instanz nicht nur die Inhalte des Gesundheitsschutzes, sondern auch seine konkreten Gestaltungsbedingungen. Schließlich kann der Gesundheitsschutz nur innerhalb der Gesamtbedingungen realisiert werden, die zuvor auch tatsächlich produziert wurden, die sozialen Beziehungen eingeschlossen. Hier finden sich dann die Voraussetzungen, die historisch und sukzessive den Menschen von der Naturabhängigkeit (relativ) befreiten und ihn eben auch zum Gestalter seiner gesundheitlichen Verhältnisse werden ließen. Der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit etwa, ist seinem Wesen nach ebenso gesellschaftlicher Natur, wie der Zusammenhang von Gesundheitsschutz und Verantwortung. Auch »Eigenverantwortung« reflektiert dieses Verhältnis und findet in ihm seine materielle Grundlage: die Überwindung der Teilung der Menschen in Klassen ist die Vorsaussetzung der Teilnahme an der Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens durch alle, was die individuelle Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung für den Gesundheitsschutz einschließt. Vorsozialistische Gesellschaftsordnungen sind hier keineswegs durch Eigenverantwortung gekennzeichnet, vielmehr durch den grundlegenden Interessenwiderspruch zwischen den Produzenten des gesellschaftlichen Reichtums und denen, die ihn sich privat aneignen. Die politische Ausgestaltung des Verhältnisses Gesundheit-Verantwortung kennt hier-

bei durchaus Gemeinsamkeiten der Interessen, eine Gemeinsamkeit mit handfester materieller Grundlage.

Wenn somit auf dem Hintergrund beachtenswerter Erfolge im Gesundheitsschutz in vielen entwickelten kapitalistischen Staaten auf der Basis eines zweifellos existierenden Systems gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, die Theorie, kühner als die Praxis, Verantwortlichkeiten erneut zur Disposition stellt, kann somit nur gefolgert werden,daß eben diese Gemeinsamkeit der Interessen erschöpft ist.

Man kann wohl nicht umhin festzustellen, daß die Medizin in diesem zweifellos politischen Konflikt bewußt und/oder unbewußt Schützenhilfe geleistet hat und leistet. Man mag sich zur Crawford'schen Kritik stellen wie man will, was er kritisch an Fakten zusammenträgt, ist ebenso als logische Quintessenz einer medizinischen Forschungsstrategie lesbar, deren methodologisches Konzept dann der Analyse bedarf (2). Die Eigenverantwortlichkeitsdebatte ganz in Crawford's Sinn ist, sieht man von propagierten ethischen Folgen ab (Schäfer, Syle) in seiner politischen Natur hinreichend gekennzeichnet.[4]

Ein weitergehendes theoretisches Interesse beansprucht die Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, wenn tatsächlich die Eigenverantwortung durch die Produzenten des gesellschaftlichen Reichtums übernommen wird, d.h., wenn diese die politische Macht übernehmen. Denn die Lösung des antagonistischen Widerspruchs zwischen Arbeit und Kapital eliminiert noch nicht die Existenz von Widersprüchen überhaupt, schafft vielmehr auch neue. Ein Fortschritt besitzt in diesem Zusammenhang jedoch historische Dimensionen: Die Übertragung wesentlicher Aufgaben des Gesundheitsschutzes auf den Staat ordnet (historisch erstmalig) die Entwicklung des aktiven Gesundheitsschutzes in die Gesamtheit gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse ein, schafft die Bedingungen bewußter Ausgestaltung gesellschaftlicher Lebensumwelt, den Schutz der Gesundheit eingeschlossen. — Die Ausprägung eines neuen Charakters der Verantwortung an dem alle Bereiche der Gesellschaft Anteil haben, ist fraglos ein komplizierter Prozeß, der zugleich mit der Entwicklung der sozialistischen Gesellschaft zunehmend komplexer werdenden Bedingungen unterworfen ist, z.B.:

1. den objektiven (inneren und äußeren) gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen,
2. der Dynamik der Produktivkräfte,
3. der Entwicklung des Verhältnisses Bürger-Staat,
4. der Einheit und Widersprüchlichkeit der Gesamtheit gesellschaftlicher Entwicklungsbedürfnisse,
5. der sozial-strukturellen Dynamik.

Der schrittweise Ausbau des Gesundheitsschutzes erzeugt notwendig auch qualitativ neue Widersprüche, sowohl zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungserfordernissen als auch solchen zwischen individueller und staatlicher Verantwortung. Die hierbei entstehende Kernproblematik besteht jedoch nicht in sozial- und rechtspolitischen Proportionsbestimmungen von individueller und staatlicher Verantwortung, sondern in der aktiven Teilnahme möglichst vieler Menschen an der Ausübung tatsächlicher gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Hierbei geht es nicht um ein Vermeiden von Widersprüchen, sondern um deren aktive, demokratische Ausnutzung bei der Vervollkommnung des Gesundheitsschutzes. Die Kompliziertheit dieses Sachverhalts kann kaum unterschätzt werden, u.a., weil das konkrete individuelle Interesse jedes einzelnen Bürgers nie vollständig und total in den Gesamtinteressen aller Bürger reproduziert werden kann, weil für das Erleben konkreter Individuen gesamtgesellschaftliche Interessen immer auch eine Abstraktion darstellen.

Aufgaben:

Die Vervollkommnung des vorbeugenden Gesundheitsschutzes als gesamtgesellschaftliche Aufgabe steht mit im Zentrum der politischen Programmatik der DDR, d.h., diese Aufgabe ist wesentlicher Bestandteil sowohl der Wirtschafts- als auch der Sozialpolitik, die Gesundheitspolitik eingeschlossen. Auf eine Erläuterung durch die Darstellung einzelner Schwerpunkte im Gesundheitsschutz der Werktätigen, der Frauen, Kinder und Jugendlichen oder älteren Bürger, der Behinderten oder Geschädigten darf an dieser Stelle ebenso verzichtet werden, wie auf die Aufzählung von Aufgaben in der kommunalen und Umwelthygiene, der medizinischen Prophylaxe, der sozialen Sorge um spezielle Gruppen der Bevölkerung usw...

In den Mittelpunkt sei statt dessen gestellt, wie die Inhalte einer solchen Programmatik unter der Prämisse der gesamtgesellschaftlichkeit umzusetzen sind. Grundsätzlich kann es nur darum gehen, alle gesellschaftlichen Teilbereiche und ihre weitere Entwicklung so zu gestalten, daß sie die ihnen innewohnenden spezifischen Potenzen des Gesundheitsschutzes auch tatsächlich freisetzen. Das ist keine begriffliche Spielerei, sondern ein Problem.

Beispiel: Industrielle Arbeit jeder Art kann unter medizinischen Aspekten immer auch unter dem Gesichtspunkt von spezifischen Gesundheitsgefährdungen gesehen werden. Die Abschaffung dieser Form

der Arbeitstätigkeit kann schlechterdings nicht gefordert werden. Kernpunkt kann somit dann nur sein, sukzessive solche Arbeitsbedingungen zu schaffen, die (1) die Gesundheit schützen, (2) den Inhalt der Arbeit qualifizieren und (3) die Möglichkeiten beruflicher Selbstverwirklichung vom konkreten individuellen Gesundheitszustand relativ unabhängiger machen. Die Weiterentwicklung produktiver Technologien besitzt unter diesem Gesichtspunkt immer auch spezifische Möglichkeiten, die sich jedoch nicht im Selbstlauf durchsetzen, während gleichzeitig neue Technologien stets auch neue Anforderungen an den Gesundheitsschutz stellen. Von daher beginnt Gesundheitsschutz in den Konstruktionsbüros. Jedoch ist natürlich der Gesundheitsschutz nicht die alleinige Determinante der Wirtschaftsentwicklung, eine solche ist u.a. auch die Effektivität. Hier verlangt Gesamtgesellschaftlichkeit tatsächlich mehr als Kooperation etwa zwischen Medizin und Technik, zumindest die Vorgabe des bindenden politischen Auftrags, den unter Kontrolle stehenden Auftrag an entsprechende Verantwortungsträger, Gesundheitsschutz zum Bestandteil ihrer Tätigkeit zu machen.

Kurz: Gesundheitsschutz kann sich nur verwirklichen, wenn er fest in die Wirtschafts- und Sozialpolitik integriert ist, sich in seinen rechtspolitischen Grundlagen weiterentwickelt, Umweltschutz und -gestaltung nicht als Ressort, sondern in seinem integralen Zusammenhang begreift. Ein solcher Zugang ordnet dann aber die Verantwortung für den Gesundheitsschutz in die Aufgaben der gewählten Volksvertretungen aller Ebenen, der staatlichen Institutionen und gesellschaftlichen Organisationen oder der kommunalen Verwaltungen ein. Nichtzuletzt gilt es dann auch, die Initiative der Bürger im Gesundheitsschutz, im weiteren Sinne also bei der Gestaltung gesellschaftlicher Wirklichkeit, zu fördern. Gleichzeitig verweist ein solcher Ansatz auf zumindest ein Problem: Gesamtgesellschaftlichkeit erscheint in diesem Sinne als eine einheitliche Programmatik, ist tatsächlich aber ein vielschichtiges und komplexes System. Die inhaltliche Führung und Gestaltung eines solchen Programms ist eine tatsächliche wissenschaftliche Herausforderung, die das Problem aufwirft, angesichts der hohen gesellschaftlichen Dynamik dann auch den wissenschaftlichen Vorlauf, z.B. seitens der Medizin zu sichern.

Wesentlich dürfte deshalb die Feststellung sein, daß die Durchdringung der Gesamtpolitik durch den vorbeugenden Gesundheitsschutz neben praktisch-politischer auch wissenschaftlich-theoretischer Voraussetzung bedarf, die allein im Sinne der Vorlaufforschung nicht zu bewältigen sind. Das heißt nichts anderes, als das Praxis und Forschung bei der Realisierung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes einer

großen Nähe bedürfen, was wiederum die Forschungsmethodologie nachhaltig beeinflußt.

Die sich in der DDR gegenwärtig vollziehenden Umgestaltungen in den Produktionstechnologien und die Notwendigkeit, ihre Konsequenzen, sei es bildungspolitisch, sozialpolitisch oder auch seitens des Gesundheitsschutzes komplex zu beherrschen, schaffen auch für die entsprechend orientierte Forschung weitgehend neue Bedingungen und Aufgaben. Die Verpflichtung auf die Gesamtgesellschaftlichkeit besitzt in diesem Zusammenhang dann auch eine weiterreichende Bedeutung. Die hohe Dynamik in der Umgestaltung der Produktionsmittel macht es unmöglich, zunächst die Gesamtheit der hiermit im Zusammenhang stehenden Probleme gedanklich vorwegzunehmen und für jedes dieser Probleme, gestützt auf eine entsprechende Forschung, Lösungsvarianten auszuarbeiten. Die prinzipielle Orientierung auf den gesamtgesellschaftlichen Charakter des Gesundheitsschutzes schließt aber zwingend die Notwendigkeit ein,. bei der wissenschaftlichen und praktischen Vorbereitung neuer Technologien und produktiver Prozesse einschließlich ihrer sozialen Komponenten, Aspekte und Probleme des Gesundheitsschutzes zu berücksichtigen. Es wäre unvorstellbar, den Gesundheitsschutz hier nur als eine staatliche oder wissenschaftliche Aufgabe zu verstehen. Vielmehr bedarf es der »eigenverwntwortlichen« Mitarbeit aller Werktätigen, z.B. über die Gewerkschaften. Die aktive Mitwirkung der Bevölkerung an der Gestaltung der gesamten kommunalen, sozialen und technologischen Umwelt oder beim Schutz und bei der Sanierung der natürlichen Umwelt muß in diesem Zusammenhang als ein Kernstück des Gesundheitsschutzes in der DDR angesehen werden. In analoger Weise gilt das auch für die Mitwirkung der Bevölkerung bei der Kontrolle der entsprechenden Gesetzlichkeit.

Die Verwirklichung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen und -formen im persönlichen Leben, im Wohngebiet oder am Arbeitsplatz ist von daher als eine Aufgabe zu verstehen, die stets die Gesamtheit der realen Lebensbedürfnisse der Menschen in Rechnung zu stellen hat. Das schließt die Sorge um ältere Bürger, um Kranke und Betreuungsbedürftige, um Behinderte oder auch sozial gefährdete Bürger selbstverständlich ein.

»Die Erfahrungen zeigen, daß das große Leistungspotential, das in der Bevölkerung auch auf dem Gebiet der verantwortlichen Teilnahme am Gesundheitsschutz vorhanden ist, sich nicht im Selbstlauf verwirklicht, sondern an Schwerpunkten orientiert, der gesellschaftlich organisierten Realisierung bedarf. Die hierin zum Ausdruck kommende wachsende Bedeutung subjektiver Faktoren auch für die Weiterentwick-

lung des Gesundheitsschutzes ist somit zugleich ein Aspekt der Gestaltung sozialistischer Demokratie.

Wir gehen davon aus, daß bei der Mobilisierung und Organisierung entsprechender Initiativen der Bevölkerung den Volksvertretungen aller Ebenen, der Gewerkschaft, der ABI (Arbeiter- und Bauerninspektionen), der Volkssolidarität, eine immer größere Verantwortung zufällt. Selbstverständlich gilt das auch für das Gesundheitswesen und seine Mitarbeiter, sei es in der kommunalpolitischen Arbeit oder bei der Sicherstellung eigener Verantwortlichkeiten, wie der Weiterbildung, der Anleitung und Kontrolle (im Gesundheitsschutz) oder etwa in der Forschung. Das schließt ein, daß die spezifischen Bedingungen der sich in der sozialistischen Demokratie verwirklichenden Verantwortung für die Gesundheit bereits bei der Konzipierung, Planung und Schwerpunktorientierung entsprechender Forschungen ihren Niederschlag finden.«

Tendenzen:

Die bezeichneten Positionen machen deutlich, daß medizinisch-prophylaktische Aufgaben nur eine Facette innerhalb des Gesundheitsschutzes darstellen. In Umkehrung heißt das aber auch, daß spezifische medizinische Zugänge zur Prophylaxe in den Gesamtzusammenhang des Gesundheitsschutzes eingeordnet sind, ein Gesichtspunkt, der zunächst subjektiver Reflexion bedarf.

Konzeptionell ist dabei ein Gesundheitsverständnis als Freiheit von Krankheit aus theoretischer wie aus praktischer Sicht zu eng. Die Folge wäre bestenfalls eine Position der Verhaltensrestriktion, der Risikolimitierung oder der moralisch wie sozial gleichermaßen bedenkenswerten Gesundheitsüberwachung in Permanenz. Die Tatsache, daß in der spezifischen medizinischen Prophylaxe Potenzen des wirkungsvollen Gesundheitsschutzes liegen, macht solche Maßnahmen noch nicht zum Zentrum einer gesellschaftlichen Gesamtkonzeption des Gesundheitsschutzes, ordnet diese vielmehr differenziert in eine solche ein.

Die Reduktion der Gesundheitsschutzproblematik auf individuelle Verhaltensweisen (Alkoholmißbrauch, Rauchen, Fehlernährung, körperliche Inaktivität) als Quellen für die scheinbare Polarisierung von »Eigenverantwortung« und »gesellschaftlicher Verantwortung« oder von interpretativen Tendenzen einer Entgegensetzung von individuellen und gesellschaftlichen Interessen, hat möglicherweise auch dazu geführt, daß sich die gesundheitsschutzorientierte Forschung hiermit zwar auf real existierende Problemfelder konzentriert hat, nichtsdestoweniger aber auch auf Problemfelder, die nicht notwendigerweise immer auch

die Prioritäten der Gegenwart und Zukunft abdecken. — Denn soviel dürfte unbestritten sein: Verhaltensweisen sind nicht nur hochgradig sozial determiniert, sondern zugleich auch von relativer Stabilität. Hier, mit welchen Mitteln auch immer einzugreifen, hat zuallererst auch eine soziale Dimension. Die von bürgerlichen Theoretikern häufig vertretene These, ein gesamtgesellschaftlich orienierter Gesundheitsschutz sei zugleich die Quelle, gleichsam die Ursache individueller Verantwortungslosigkeit, geht an dem tatsächlichen Problem schon deshalb vorbei, weil zunächst die Bedeutungspriorität individuellen Gesundheitsverhaltens methodologisch unterstellt wird. Von erheblicher Konsequenz ist hingegen die Umkehrung solcher Auffassungen, die dann auch zur konstruktiven Lösung des Problems führt: Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz ist die einzige reale Voraussetzung für die Überwindung der Entgegensetzung von individuellen und gesellschaftlichen Interessen am Gesundheitsschutz und für die Ausprägung eines Gesundheitsbegriffes, der tatsächlich die Selbstverwirklichung des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Dies geht weder gegen, noch ohne die elementare Tatsache, daß menschliche Existenz zuallererst gesellschaftliche Existenz ist und nur (die Differenziertheit von individuellen Möglichkeiten, von Bedürfnissen, Wünschen und Lebensbildern eingeschlossen) auf dieser Basis individuell auch erlebbar wird.

Anmerkungen:

1 »Da Gesundheit durch eigenverantwortliche Leistung kenntlich wird, folgt auch die gesellschaftliche Beurteilung des Gesundheitszustandes diesem Maß.« (!) Franke, M., Erwartungen an die Gesundheitsbeziehung, Öff. Ges.wesen 40 (1978), S.167-172

2 Andere, z.B. *Schaefer*sehen das natürlich ganz anders: »Der Fortschritt in eine Zukunft ohne Katastrophen ist nur durch Verzicht möglich. Hinsichtlich der Gesunderhaltung kann diese Ökonomie nach allem was Medizintheorie und Wirtschaftstheorie einhellig voraussagen, nur in der Einschränkung des Konsums liegen. In dem Maße also, in welchem die Welt ärmer wird, könnte sie fast automatisch gesünder werden. Der gangbare Weg läge auch hier im Konsumverzicht der Ware Medizin.« Schaefer, H., Gesellschaft und Gesundheit, in: Füllgraf, G. (Hrg.) Bewertung von Risiken für die Gesundheit, Stuttgart/New York 1977, S.12

3 Auch hier sprechen die Beispiele für sich und die Verquickung forschungsmethodologischer Fragen mit zumindest politisch relevanten Positionen, ist in ihrer Eindeutigkeit entwaffnend. Noch einmal *Schaefer*: »Für den Handelnden ist es wesentlich, Wirkungsflüsse (gemeint ist hiermit der Versuch, *Verworn* und den von ihm mitbegründeten Konditionalismus zur erkenntnistheoretischen Grundlage der Risikofaktorenforschung zu stilisieren; e.A.) an der leichtest erreichbaren

Stelle zu unterbrechen, eine Typhusepidemie nicht durch eine Hebung des Wohlstandes zu bekämpfen, sondern durch die Ausschaltung klarer, kausal deutbarer Zwischenglieder.« Schaefer, H. in: Blohmke, M. et al (Hrg.), Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1, Stuttgart 1975

4 Die diesen Problemen tatsächlich involvierte ethische Substanz muß keineswegs deduziert werden. Der Vater der Streßforschung, *Selye*, hat sie in wünschenswerter Deutlichkeit offengelegt und damit zugleich den Weg einer Problemlösung gewiesen. Oder doch nicht? *Selye*: »Es ist ein biologisches Gesetz, daß der Mensch ebenso wie niedrige Tiere für irgend ein Ziel kämpfen und arbeiten muß, das dies nach seiner Meinung wert ist. (...) Nur durch Bemühung, häufig durch aggressive, egoistische Bemühung, können wir unsere Leistungsfähigkeit erhalten und unser homöostatisches Gleichgewicht mit der umgebenden Gesellschaft und der unbelebten Welt sicherstellen. (...) In der Natur gibt es kein Beispiel für eine Kreatur, die ausschließlich vom Altruismus und dem Wunsch andere zu schützen, geleitet ist. Ein Gesetz des universellen Altruismus wäre tatsächlich im höchsten Grade unmoralisch, da es von anderen erwarten würde, daß sie sich mehr um uns als um sich selbst kümmern. (...) Wie können wir ein ethisches Gesetz entwickeln, das den Egoismus und die Arbeit zur Ansammlung persönlichen Reichtums als moralisch korrekt anerkennt?« Selye,H.: Gesundheit und Streß-Konzept in: Füllgraf,G. (Hrg.), Bewertung von Risiken für die Gesundheit, Stuttgart/New York 1977, S.7

Literaturverzeichnis

1. Crawford, R., You are dangerous to your health. The ideology and politics of victim blaming, in: Int. J. Health Serv. 7 (1977) S.663-680
2. Niehoff, J.-U., Der Morbiditätsprozeß — Zur Leistungsfähigkeit einer theoretischen Konzeption, Habil.-Schrift, Berlin 1983
3. Niehoff, J.-U.et al, Gesundheit und Verantwortung z.f. ärztliche Fortb. 79 (1985), S.453-455
4. Thesen, Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin, in: Verhandlungen des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, Bd. 6, Berlin 1969

Wilhelm Rimpau

Weg zur anthropologischen Medizin: Viktor von Weizsäcker*

»Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben beteiligen. Man kann zwar den Versuch machen, Lebendes aus nicht Lebendem abzuleiten, aber dieses Unternehmen ist bisher mißlungen. Man kann auch anstreben, das eigene Leben in der Wissenschaft zu verleugnen, aber dabei läuft eine Selbsttäuschung unter. Leben finden wir als Lebende vor; es entsteht nicht, sondern es ist schon da, es fängt nicht an, denn es hat schon angefangen. Am Anfang jeder Lebenswissenschaft steht nicht der Anfang des Lebens selbst; sondern die Wissenschaft hat mit dem Erwachen des Fragens mitten im Leben angefangen.« (Weizsäcker 1940)

Diese Worten leiten eine der wesentlichen Schriften Viktor von Weizsäckers ein: Der Gestaltkreis.

1986 gedachten wir des 100. Geburtstages Viktor von Weizsäckers, des Mannes, der die »psychosomatische Medizin« als Zwischenschritt hin zu einer »anthropologischen Medizin« begründete. Weizäcker wollte eine Reformation der Medizin durch Überwindung ihrer mechanistisch-naturwissenschaftlichen Voraussetzung. Darüber hinaus steuert Weizsäcker programmatisch ein neues Paradigma von Wissenschaft an. Dieses unterscheidet sich grundlegend vom kartesischen.

Viktor von Weizsäcker wurde 1886 als Sohn des späteren Württembergischen Ministerpräsidenten geboren, war Bruder von Ernst v. Weizsäcker, dem Diplomaten und späteren Staatssekretär unter von Ribbentrop und ist der Onkel von Carl-Friedrich v. Weizsäcker und Richard v. Weizsäcker.

Er studierte bei dem Sinnesphysiologen Johannes von Kries (s.o.) und dem späteren Nobelpreisträger für Physiologie A.V. Hill in England. Sein klinischer Lehrer wurde Ludolf von Krehl, der immer einen besonderen Wert darauf legte, seine Kranken auch in Hinsicht auf ihre krankheitsbedingten subjektiven Erlebnisse und lebensverändernden Dimensionen zu untersuchen. Insofern konnte auch von Krehl die Frage umkehren, welche Lebensbedingungen zu einer Krankheit führen.

Im Vorwort zu seinem in vielen Auflagen von 1898-1934 erscheinenden Werk »Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten« schreibt Krehl, daß es das Kennzeichen einer eigenen Wissenschaft sei, wenn zu den Beobachtungen an der Natur, also neben der objekti-

* Eine philosophiegeschichtliche Einleitung zur Krise der Medizin als einer Krise des Denkens vom gleichen Autor erscheint gleichzeitig in *Perspektiven* 8/1987.

ven Verfahrensweise, ein wahrnehmendes Subjekt im Kranken gefunden wird. Der Mensch vermag seine Krankheitsvorgänge zu gestalten durch seinen körperlichen und seelischen, »am besten gesagt menschlichen Einfluß auf eben diese Vorgänge«. »Ich bin Arzt, und für den Arzt ist der Mensch alles.« Seine Erkrankung und ihr Verständnis ist immer etwas Besonderes. Sowohl Natur- wie Geisteswissenschaft gehören zu seiner Erforschung. In einer Gedächtnisrede auf Ludolf von Krehl schreibt Viktor v. Weizsäcker (1937, WW 1986), wie Krehl seine bei Carl Ludwig (s.o.) im Tierstall und Labor erworbenen physiologischen Fertigkeiten ans Krankenbett trägt, um die Brücke zu bilden im Überwinden der Kluft, die Pathologie und experimentelle Physiologie einerseits und die Erfahrungsklinik mit ihren phänomenologischen Ordnungssystemen eines Sydenham oder Charcot andererseits trennte. Krehls eigentümlichste Verhaltensweise war nicht Erforschung einer Ursache der Krankheit und ihres Mechanismus, sondern die Bemühung um eine Beziehung zum Leben des Menschen. Bei der Besprechung der Pathophysiologie der Krankheitssymptome war »Vorsicht« und »Sowohl als auch« sein Lieblingswort. Was man zu Krehls Zeiten als Krise der Medizin zu bezeichnen anfing, hat er weder verkündet noch anerkannt, aber er hat es gelebt. Ein halbes Leben lang habe er gewünscht, Therapie abgeleitet aus der Pathophysiologie beschreiben zu können, müsse aber erkennen, nicht eine Konsequenz, sondern eine Ergänzung der pathophysiologischen Physiologie darzustellen (Krehl 1933).

Viktor von Weizsäcker habilitierte sich 1917 in Innerer Medizin, nachdem er zunächst in experimenteller Physiologie gearbeitet hatte. Parallel mit der Medizin studierte er Philosophie bei Windelband, war mit Scheler, Franz Rosenzweig und Hans Ehrenberg befreundet. Mit Martin Buber und Joseph Wittig gab er die Zeitschrift »Die Kreatur« heraus, deren Ziel es war, die lebendige Natur neu zu greifen. Sein Aufsatz (1923, WW Bd. 2) »Das Antilogische« war auch eine Replik auf das berühmte Buch seines Lehrers Johannes von Kries »Logik. Grundzüge einer kritischen und formalen Urteilslehre« (1916).

Nach dem 1. Weltkrieg, in dem er wie Krehl in einem Kriegslazarett in Belgien arbeitete, und dort, gleichzeitig mit Westergren die Bedeutung der Blutsenkungsreaktion erkannte, hoffte Weizsäcker auf eine Erneuerung des gesellschaftlichen Handelns und wissenschaftlichen Denkens durch die Zuwendung zu einem wirklichkeitsverändernden Christentum. Diese Hoffnung bestimmte seine Vorlesung »Am Anfang schuf Gott Himmel und Erde« (1919 WW Bd. 2).

Früh erkannte v. Weizsäcker die Bedeutung Freuds und versuchte die Integration der Psychoanalyse in die innere Medizin. 1926 begegnete er

Freud, schickte ihm seine Arbeiten zur Begutachtung und auch Veröffentlichung im Internationalen Psychoanalytischen Verlag. Freud konnte Weizsäcker zugestehen, daß auf dem Gebiete der Organmedizin das noch zu leisten sei, was er für den Bereich seelischer Erkrankungen bereits erkannt und entwickelt habe. Er bestärkte Weizsäcker in diesem Versuch.

1920 übernahm auf Vorschlag Krehls Weizsäcker die von Wilhelm Erb (1840-1921) begründete »Nervenabteilung« innerhalb der Inneren Klinik in Heidelberg. Zwiespältig erlebt Weizsäcker, wie er damit »nur« Neurologe wurde, wo er doch die Innere Medizin als eigentliche Medizin verstand. 1933 scheiterte zuletzt sein Versuch, wieder in die Innere Medizin zu kommen, aber sein Mitarbeiter und Konassisent bei Krehl, J. Stein, wurde zum Nachfolger Krehls in Heidelberg Ordinarius für Innere Medizin — nicht zuletzt wegen seiner Zugehörigkeit zur NSDAP.

In den zwanzig Jahren, die Weizsäcker in Heidelberg arbeitete, entstanden neurophysiologische und klinisch-neurologische Arbeiten in Vorbereitung einer Pathologischen Physiologie des Nervensystems. Dies führte zur Kritik an der »klassischen« Neurologie. Weizsäckers Beobachtungen begründeten, daß die Tätigkeit des Nervensystems nicht an ein konstantes Verhältnis von Reiz und Erregung gebunden ist, nicht als konstant, sondern als wandelbar zu beschreiben ist. Der *Funktionswandel* ermöglicht überhaupt erst die Organleistung. Diese ist nur als Leistung eines Subjekts zu verstehen. Mit der Erforschung des Funktionswandels und *Leistungsprinzips* war das bisher gültige Konzept der Neurologie, das Lokalisationsprinzip, überwunden und ein theoretisches Paradigma für ein psycho-somatisches Verständnis der Krankheit geschaffen. Mit seinem 1940 veröffentlichten Werk »Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen« (WW Bd. 4, 1988) hat Weizsäcker den theoretischen Grundriß seiner Anthropologie vorgelegt. In dieser wird Krankheit nicht als auszumerzendes Übel verleugnet, sondern als zum Gestaltwandel des Lebens gehörig anerkannt. Intendiert war eine Anthropologie der pathischen Existenz. Mit der Gestaltkreistheorie erschließt Weizsäcker die soziale Bedeutung der Krankheit. Ein Kranker ist nicht nur an Leib und Seele krank, sondern seine biographische Situation in Gestalt dieser seiner Krankheit ist stets auch als Ausdruck seines sozialen Umfeldes zu begreifen. So ging es Weizsäcker darum, nicht den Grad eines Defektes zu besprechen, sondern die verbliebenen Fähigkeiten des Kranken zu fördern und ihn bei der sozialen Integration zu unterstützen. Diese *Situationstherapie* wird von ihm 1928 in Heidelberg und später in Breslau als Arbeits- und Sozialtherapie in »arbeitstherapeutischen Gemeinschaften« realisiert

(vergl. WW Bd. 8, 1986). — O. Bumke (1877-1950) und O. Foerster (1873-1941) waren im Anfang des Jahrhunderts die auch international renommierten Leitfiguren der deutschen Neurologie gewesen. In ihnen verkörperte sich, in zahlreichen Arbeiten, Lehr- und Handbüchern dokumentiert, die Breite einer positivistischen neurologischen Krankheitslehre, die das Lokalisationsprinzip zur Basis aller Semiologie und Phänomenologie machte. Ihnen war das leidende Subjekt fremd, die Psychoanalyse Scharlatanerie und die Seele eine hypothetische Fiktion, so daß auch seelische Erkrankungen nur Ausdruck noch nicht erkannter Organdefekte waren. Mit ihnen mußte Weizsäcker zusammenrasseln. Aber insbesondere mit Foerster verband ihn eine gegenseitige Hochschätzung. So ist zwar zu verstehen, aber bleibt insgesamt ein erstaunlicher Vorgang, daß Foerster Weizsäcker nach Breslau holte, wo dieser 1941 nach Foersters Tod die Leitung der berühmtesten deutschen neurologischen Klinik und Forschungsstätte übernahm. Mit diesem Ordinariat war die Leitungsfunktion für das Breslauter Hirnverletztenlazarett (460 Betten), das neurologische Forschungsinstitut mit einer Neuropathologie, eine neurologische und neurochirurgische Klinik verbunden. (Zu einer jüngst erschienenen Arbeit von K.H. Roth, Psychosomatische Medizin und »Euthanasie«: Der Fall Viktor von Weizsäcker, siehe die Anmerkung am Schluß des Aufsatzes.)

1945 verließ Weizsäcker Breslau auf militärischen Befehl, kam in amerikanische Gefangenschaft und kehrte noch im selben Jahr nach Heidelberg zurück. Hier vertrat er den Lehrstuhl für Physiologie, bis er unter Mitwirkung Richard Siebecks auf das neu eingerichtete Ordinariat für Allgemeine Klinische Medizin berufen wurde. Weizsäcker hielt im Wintersemester 1945/46 nach 12 Jahren Verschweigen die erste in Deutschland stattfindende Vorlesung »Sigmund Freuds Psychoanalyse«.

Zu Beginn der Fünfziger Jahre erkrankte Weizsäcker an Parkinson'scher Krankheit, wurde deswegen 1952 emeritiert und starb im Januar 1957.

Weizsäcker hat keine »Schule« begründet. Dennoch können die Anregungen, die er gab, im Leben und ihrer Arbeit weiterverfolgt werden bei Wilhelm Kütemeyer, Thure von Uexküll, Alexander Mitscherlich, Dieter Wyss, Paul Christian, Martin Schrenck, Paul Vogel, Dieter Janz, Alfred Prinz von Auersperg, Heinrich Hübschmann; Wolfgang Jacob, Buytendijk, Gadamer, Entralgo, Wiesenhütter und Siirala sind beeinflußt.

Weizsäckers Entwurf einer anthropologischen Medizin

Ich glaube, im Sinne Weizsäckers sagen zu können, daß in seinem Werk nicht eigentlich Neues verkündet wird. Sein Denken wurzelt in vielem, wovon ausschnittweise einleitend gesprochen wurde, wie andererseits wir immer wieder in der heutigen Konkretion Wiederentdeckungen machen, wenn wir freibleiben von Dogmen, Schulen oder Ideologien; Wiederentdeckungen, die einem geheimen Plan unserer individuellen Entwicklung zu entsprechen scheinen, wie auch Weizsäcker ihn für sich erlebte. Fragen wir also nach der Anwendbarkeit seiner Erfahrungen und Gedanken in unserer Situation, sind wir gerade auch durch Weizsäcker auf uns selbst verwiesen.

Die nach Weizsäcker so benennbare »*biographische Methode*« ist gerade auch auf den Arzt und Therapeuten in seinem Lebensweg, der auch ein Erkenntnisweg ist, anwendbar. In der eigenen Geschichte wird auffindbar, was auch in der Geschichte meines Gegenüber wirkt, wie in unser beider Geschichte Entwicklungsschritte und Gedankenbildung der Menschheit erneut ihre Manifestation finden.

»Also das ist offenbar das Leben, mein Leben — ich will, ich kann, ich darf, ich muß, nein, ich soll« (1919).

»Die Forderungen des Verstandes sind es, welche zur Einsicht nötigen, man könne von Organismus und Leben nicht wahrheitsgemäß sprechen, ohne auszusagen, daß das Leben nicht ein Vorgang ist, sondern daß es auch erlitten wird. Nicht nur setzt es sich selbst und ist so aktiv, es geschieht ihm auch zu sein, und so ist es passiv. Unsere Aussagen darüber treffen nicht Ontisches allein, sondern Pathisches. Und es ist klar, daß vom pathischen Attribut des Lebens nicht ebenso gesprochen werden kann wie vom ontischen.« (1940)

Das Wesen des Pathischen läßt sich im Umgang mit der Krankheit deutlich machen:

»Denn in der Krankheit ist das Objektive selbst listig und tückisch oder schlau und freundlich, ist die Materie ein Traum, ein Wahn, ein Irrsinn, ist die Bewegung leidenschaftlich oder freundlich; ist die Funktion sinnlos, unverständlich, hilfreich oder bösartig; ist der Lebensvorgang verlogen und vernichtend oder aufklärend, bildend oder bewährend. Jede dieser Feststellungen kann einmal im Umgang mit dem Kranken gemacht werden und wird gemacht. Und jede dieser Feststellungen gibt ... eine Deutung des Krankseins an die Hand« (1951).

Mit der Anerkennung des Subjekts in der Medizin verläuft das Arzt-Patient-Verhältnis als eines von zwei Subjekten im gestaltkreisartigen Umgang; wir sprechen vom

»therapeutischen Gestaltkreis; er umschließt den Arzt und den Patienten: ... Das Steckt hinter der Phrase der Behandlung 'des ganzen Menschens', daß ein therapeutischer Gestaltkreis zwischen Arzt und Patient Gestalt werde: nicht, daß der Patient Gegenstand werde, sondern daß der Patient durch Umfassung des Arztes integriert

werde — wieder: nicht seines Arztes als ganzen Mensch, *sondern als ganzen Arztes«* (1927).

»Krankheit als eine Weise des Menschseines: Der Mensch hat nicht nur seine Krankheit, sondern er macht sie auch, sie hat etwas mit seiner Wahrheit, mit seiner Existenz zu tun.« (1944)

Die *ärztliche Grundhaltung* bedient sich der biographischen Methode. Jede Leistung eines Menschen muß als ein Gewordenes erkannt werden und damit als Stück eines lebensgeschichtlichen Zusammenhangs begriffen werden. Organische Leistungen sind von Affekten, diese vom Willen nicht unabhängig. Im Werden und Vergehen entdecken wir Befreiung von Automatismen und den Erwerb von Verfügungsfreiheiten im Sinne kategorialer Verhaltensweisen. So empfinden wir 'Gesund' als einen dynamischen Vorgang , der zuläßt, sich in der Zeit zu verändern, zu wachsen, zu reifen und zu sterben. Traumatische Katastrophen wie Krankheit und Neurose zerreißen die Einheit von bewußtem und physiologischem Geschehen in einer Ordnung. In der Begegnung des Arztes mit dem Kranken sind Konkretsein und Natürlichsein die beiden aktiven Merkmale der ärztlichen Grundhaltung. Sie bewirken Auslieferung und Bindung aneinander. Übertragung vollzieht sich auch ungewollt. Eine Verantwortung mit gegenseitigem Schuldverhältnis entsteht. In der »Anamnese« erscheint der Kranke so wie er sich erlebt, nicht wie er lehrbuchmäßig ist. Sein subjektives Bild bekommt objektiven Wert. Die »Lötstellen« in der Erzählung des Kranken wie Scham, Röte, Verwirrung, Unlogik und Widerspruch verweisen auf Widerstand, auf den Bruch in der Harmonie seiner Leistungen, die wir erkennen wollen. In der Phase der Unsicherheit, wenn der Kranke nichts mehr zu sagen und der Arzt nichts mehr zu fragen weiß, entgeht der Arzt der Gefahr, den großen Apparat der objektiven Untersuchungsmethoden ins gähnende Loch des Nichtverstehenkönnens zu werfen, wenn er die oft typischen konkreten krankheitsauslösenden Lebensbereiche »abfragt«: Familie, Beruf, Sexus, Geld, Politik, Religion. Im konkreten Darauf-Eingehen begegnet man dem Intellektuellen in seiner Verallgemeinerungstendenz und dem Verschweigen des Nicht-Intellektuellen durch menschliches Interesse. Die konservative, geistige Grundhaltung des Dienens manifestiert sich dem sinnlichen Menschen im Sehen, Horchen und Befühlen mit Geduld, Ruhe und Schweigsamkeit. Wenn Geschehenes als notwendig anerkannt werden kann und Zukünftiges als unentschieden, wird einem Realismus und nicht Idealismus gefolgt. Nicht Erziehung und geistige Führung, die den Kranken als Menschen bilden oder einschränken, sondern eine Haltung, die *ermöglicht,* ist die ärztliche Grundhal

tung. Die praktische Bedeutung des Subjekts in der Pathologie wird erkennbar, wenn deutlich wird, daß Bewußtsein, wie Wissen, Erkenntnis, Wiedererwecken von seelischen Strebungen und Untergang von Bewußtsein am Anfang der Erkrankung steht. Die Analyse des Erkrankens lehrt, daß Gesundheit etwas mit jeweiliger Wahrheit und Krankheit etwas mit Unwahrheit zu tun hat. Im Kranken ist eine Überzeugung spürbar, daß seelische Ursachen seine Notlage in der Krankheit bedingen. Eine Psychosomatik hilft dies aufzuklären.

Ein Begriff von *Therapie* kann gefunden werden, wenn Innenwelt und Umwelt des Kranken wahrgenommen werden. Nicht Abstracta, sondern mit persönlichen Namen bestimmte Wirklichkeiten sind es, die dem Kranken verlorengingen und denen er sich in der Genesung wieder zuwenden kann. Das Wesen des persönlichen Menschen meint seine Moralität, Freiheit, Glaube, Urteil, Gefühl und Instinkt. Die Konfliktlehre in der Welt beschreibt die soziologische Wirklichkeit. In der Therapie kommt es auf die Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen Ich, Umwelt und Symptom an. Es lohnt die Frage nach dem inneren Sinn des demonstrierten Symptoms bei Krankheitsbildungen am willkürlichen Muskelapparat, Auge, Ohr oder Sensibilität, um einen Umweltkonflikt zu finden. Folgt man dem »alten Kampf« der Kindheitsentwicklung in seiner Wiederholung, erkennt, was jetzt Innenkonflikt des Ich ist, früher Außenkonflikt war, so verstehen sich Symptome an den Sphinkteren wie (oral) Schlucken, Atmen, Sprechen und (urogenital) Miktion, Defäkation, Sexualität. Symptome des Affekts, des vegetativen Binnenbereichs im Menschen äußern sich am Herzen, Vasomotorium und Intestinaltrakt. Talente, Temperamente, Charaktere, Gefühle und Gedanken entwickeln Symptome im Stoffwechsel, der inneren Sekretion, Immunität und Wachstum. Die Grundform aller Krankheit läßt erkennen, daß individuelle Krankheit ein Spiegelbild der sozialen Krankheit ist. Die Pathophysiologie der Symptome läßt sich ohne Mühe auch erklären mit der sozialen Psychologie der untergehenden Sicherheiten des Individuums in seinem Verlust an Geborgenheit in Familie, Arbeitsleben, Kirche, Volk und Recht.

Den »ganzen Menschen« behandeln ist eine zu dürftige Formulierung, eine Phrase; sie verhüllt die Einsicht, die fordert, das Wesentliche im Menschen zu behandeln; dies kann nie Gegenstand der Therapie sein. Weizsäcker ist bescheidener, er läßt Krankheit zu, kennt einen auch positiven Stellenwert der Krankheit in der Biographie eines Menschen; er sagt »Ja, aber nicht so.«

Jedes Krankheitsgeschehen hat eine bestimmte zeitliche Struktur, die sich als biologischer Akt gestaltkreisartig ausdrückt.

Im Schema kann dies so dargestellt werden:

eine Situation ist gegeben →	eine Tendenz kommt auf →		die Spannung steigt an ↓		
↑			die Krise	Bewegung	
↑	neue Ich-	neue Es-	spitzt	(Unbe-	Wahrnehmung
↑	Bildung →	Bildung →	sich zu →	wußtes →	(Bewußtes)
↑			↓		
eine neue Situation ist entstanden	← Entscheidung		← Krankheits einbruch		

Weizsäckers Funktionsbegriff ist nicht-statisch, keine Konstante, sondern von sich beständig wandelnder Qualität, deren Zweck die Leistung ist. Leistung auf der Basis sich ständig wandelnder Funktion gestaltet die Verhältnisse zwischen Organismus und Umwelt, Funktionsstörungen führen zum Leistungsabbau, zum *Funktionswandel*.

Im nächsten Schritt geht es um die Einführung des *Subjekts*.

»Es ist nicht wahr, daß ich objektiv feststellen kann, ob ein Mensch Kopfweh hat oder nicht, es ist nicht wahr, daß ich objektiv urteilen kann, ob er deswegen arbeiten kann oder nicht, und es ist nicht wahr, daß ich objektiv wissen kann, ob das Trauma die Ursache dieses Zustandes ist oder nicht«. (1930)

Weizsäcker setzt der Objektivitäts-Fiktion die Einführung des Subjekts in die Methode der Forschung und Medizin entgegen. Damit sah er vor sich eine umfassende Krankheitslehre, die die Trennung in leibliche und seelische Entstehungsweisen überwinden wird. Schließlich formuliert er: »Nichts Organisches hat keinen Sinn, nichts Psychisches hat keinen Leib«. (1934).

Schon experimentell hatte Weizsäcker im Vergleich physiologischer Meßergebnisse mit subjektivem Eindruck gefunden, daß anders als in der Physik die biologische Beurteilung erst möglich wird, wenn der Eindruck des Untersuchers und der des Untersuchten berücksichtigt wird (z.B. 1924). Wir nehmen nicht das wahr, was in unserem Sinnesrezeptor geschieht, sondern das, was in der Außenwelt abgesehen von uns geschieht. In der Begegnung zweier lebender »Objekte« tritt etwas Neues auf, was weiter zu analysieren ist, wenn berücksichtigt wird, daß im Objekt selbst ein Subjekt steckt. Als *eine* Funktion (biologischer Akt) wird im Versuch der Vorgang (= Reiz), der reaktive Vorgang (=Bewegung des Organs) und der subjektive Vorgang (= Empfindung oder Erleben) beschrieben. Im Gestaltkreis (1940) drückt Weizsäcker das so aus:

»Um nun jede Verwechslung von 'Ich' mit psychischer Erscheinung auszuschließen, schälen wir aus dem noch erscheinungsgebundenen Begriffe des Ich das seiner Gegensetzung zugrunde liegende Prinzip heraus und nennen es Subjekt«.

Wenn die empirische Naturforschung die Ureinheit von Subjekt und Objekt verneint, so führt sie zu einer Verirrung oder Fälschung der Erkenntnis:

»Ein Beispiel solcher Art ist etwa das Postulat, daß die Wissenschaft ein widerspruchsloses Ganzes darstellen müsse, oder die Forderung, das Subjekt oder das Menschliche aus ihr zu entfernen. Es ist also der wissenschaftliche Positivismus, welcher eine ganz besonders irrige Vorstellung von der Aufgabe hat. Bis zur Stunde scheint nun aber die Mehrzahl der Forscher anzunehmen, daß ein seither nivellierender Positivismus, eine solche reine Tatsachenforschung erlaubt, ja notwendig sei, wenn man sich nur auf ein Einzelgebiet beschränke und sich um nichts kümmere, was vielleicht auch zutreffend, aber durch Tatsachen nicht beweisbar sei und daher den 'Philosophen' oder Phantasten überlassen werden könne. Eben diese Voraussetzung aber ist es, welche wir nicht mehr aufrechterhalten konnten. Es wurde erforderlich, die Notwendigkeit des Widerspruchs und die Einführung des Subjekts in der Wissenschaft einzusehen.« (1944)

Im Gestaltkreis untersucht Weizsäcker unter dem Eindruck der unbegrenzten Vielfalt des Möglichen im Leben des Menschen die Vorstellung, daß sich das Leben wohl selbst zerstören würde, wollte man sich all dem hingeben, was möglich wäre. Die Fülle des *ungelebten Lebens* übersteigt bei weitem das kleine Stück des wirklich Gelebten und Erlebten.

In der Pathosophie (1956) faßt Weizsäcker zusammen, wie das »ungelebte Leben« als wesentliches Erkenntnismittel der anthropologischen Medizin zu verstehen ist:

»Inwiefern kann man einsehen, daß Krankheiten die Wirkungen ungelebten Lebens sind? Wenn eine Wut immer wieder unterdrückt wird und dafür eine arterielle Hypertonie entsteht, wenn eine erotische Kränkung dazu führt, eine Angina zu bilden, dann liegen hier Beispiele vor, wie etwas Ungelebtes zur Krankheit führt. Man kann dies zwar so ausdrücken, daß man sagt, eine Wut oder eine Kränkung sei ersetzt worden durch einen Funktionwandel. Aber man muß doch hinzufügen, daß bei diesem Wandel auch etwas Neues geschaffen wurde, wie bei einer Schöpfung, wie bei einer Dichtung. Dieses Produktive sollte in den Worten Ersatz oder Stellvertretung nicht untergehen. Und wir fügen jetzt hinzu, daß diese Schöpfung nicht eine Konsequenz von früher Geschehenem ist, sondern daß sie etwas ganz Neues, Überraschendes enthält, und zwar immer. Sie ist also nicht als Folge oder Erfolg im Sinne einer notwendigen Kausalität erklärbar, auch nicht als der eigentliche Sinn dessen, was früher geschah, verstehbar. Sondern diese Schöpfung begegnet uns als Wunder. Wenn wir also in anderen Zusammenhängen sagen, jede Krankheit habe einen Sinn, dann müssen wir jetzt genauer und abwehrend sagen: Nicht aus den vorhergehenden Tatsachen ergibt sich dieser Sinn, sondern aus etwas, was nicht Tatsache wurde.«

In seiner »Erinnerung an Alexander von Humboldt« (1950) erweitert v. Weizsäcker diese in der Medizin anwendbare Erfahrung als kleinen Beitrag zur Geschichtsphilosophie, indem er nach der Wirksamkeit des verborgenen Vergangenen fragt.

Weizsäcker hat 1933 einen ersten Etnwurf und 1940 schließlich sein Buch 'Der Gestaltkreis' vorgelegt. Der Gedanke des Gestaltkreises erwuchs ihm aus der tätigen Beziehung zu dem Kranken und andererseits aus seinen neurophysiologischen Untersuchungen. Der Gestaltkreis verläßt die gewohnte dualistische Auffassung von kausalen und parallelistischen Beziehungen von Wahrnehmen und Bewegen, Körper und Geist, Organismus und Umwelt. Es wird eine sich gegenseitig erhellende, fortlaufende, in sich geschlossene Dialektik entwickelt. Heute findet der Gestaltkreis, der als Wesenskern das Handeln enthält, in den Handlungstheorien seine aktuelle Anwendung. So wird z.B. in der Willkürbewegung ein doppelter Sinn deutlich: Sie führt zu etwas und sie zeigt etwas, indem sensorisch reflektiert wird, was nur im Zugriff sich entfaltet. So wird »Leistung« im »biologischen Akt« möglich. Wahrnehmen und Bewegen sind einander verborgen. Nach Buytendijk (1956) liegt der Sinn einer Handlung in ihrer Beziehung zu einem bestimmten Ziel, Ausdrucksbewegungen tragen ihre Bedeutung in sich selbst. Eine dritte, spezifisch menschliche Äußerung sind die repräsentativen Bewegungen, sie beziehen sich auf einen Sinn, den sie vertreten, z.B. Gebärde, Sprache, Schreiben. Die gegenständliche Orientierung beinhaltet eine semantisch-sinnhafte, subjektbezogene Dimension. Jene Tätigkeiten, die zu einer Wahrnehmung führen, verlaufen unbewußt, sind insofern negative Leistungen. Diese können erst selber Gegenstand der Wahrnehmung werden, wenn sie bereits erfolgt sind. Wahrnehmung wird zur Selbstbewegung. Ein folgender Schritt auf unebenem Gelände erhält seine Gestalt aus dem vorangegangenen.

Die Selbstbewegung der Lebewesen, die Verschränkung von Wahrnehmen und Bewegen erweitert die mechanistische Biologie, die Lebewesen wie Objekte behandelt, zu einer Wissenschaft, die lebendiges Geschehen verstehen kann. Mit dieser Subjektivität wird ein neues fundamentales Prinzip in die Biologie eingeführt. Das Subjekt stellt durch sein Bewegen und Wahrnehmen seine Umwelt erst her. Im Verhältnis zwischen Arzt und Patient steht das Objekt dem Subjekt nicht mehr als Gegenstand der Erkenntnis — wie noch bei Descartes und Freud — gegenüber, sondern tritt als ein Subjekt zu dem anderen in Beziehung.

Weizsäcker erweitert die Naturwissenschaft, die Lebendiges zu begreifen sucht und dies mit den Kategorien Raum, Zeit, Zahl und Kausalität versucht, um die Begriffe des Antilogischen, Pathischen und des Umgangs. Diese vermögen der Subjektivität des Lebendigen und der Person gerecht zu werden. Ereignisse wie Geburt und Tod, Krisen, Wandlungen, Begegnungen und Entscheidungen sind antilogische Geschehnisse. *Antilogik* ist die

»fröhliche Freiheit des Lebens«, »Eine Anstrengung zu einer gemäßigten Realität zu gelangen«; »Logik ist unhistorisch, insofern sie nicht duldet, daß das, was heute gilt, morgen nicht mehr gilt. Logisch begründete Objektivität gilt für ein identisches Subjekt, mithin nicht für das empirische, nicht das lebendige, nicht das historische, nicht das persönliche Subjekt: Nicht für Jemand« (1923).

»Einem Wesen, welches sich verändert, erscheint dieselbe Welt verschieden, eine Welt mit Subjekt muß antilogisch sein. In der Logik sind Widersprüche nicht aufzuheben, während die Antilogik Widersprüche aufzulösen vermag.« (1940).

Antilogik wird zur Grundlage der historischen Realität.

»Daß nämlich die Krankheit den Sinn habe, den Betroffenen zum Sinn seines Lebens zu führen — das einzusehen hat die naturwissenschaftliche Medizin gründlich verhindert. ... Das sagt Ihnen ein begeistert in ihr Erzogener.«

Nicht allein Ontologie oder Metaphysik bestimmen das Leben, sondern auch Leidenschaften: Kampf, Bedrohung, Leid und Schuld werden gelebt. Ontische und pathische Wirklichkeit stehen auch im Verhältnis des Gestaltkreises sich gegenseitig verbergend zueinander.

»Die Forderungen des Verstandes sind es, welche zur Einsicht nötigen, man könne von Organismus und Leben nicht wahrheitsgemäß sprechen ohne auszusagen, daß das Leben nicht ein Vorgang ist, sondern daß es auch erlitten wird. Nicht nur setzt es sich selbst und ist so aktiv; es geschieht ihm auch zu sein, und so ist es passiv. Unsere Aussagen darüber treffen nicht Ontisches allein, sondern Pathisches. Und es ist klar, daß vom pathischen Attribut des Lebens nicht ebenso gesprochen werden kann, wie vom ontischen« (1940).

Der Begriff des *Pathischen* ist weiter als der der Krankheit. Sein hat Dasein, Pathisches ist überall, wo Leiden vorkommt: Leidenschaft, Pathos, Pathetik, Sympathie, Pathologie, Pathogenese.

In der Beziehung zweier Personen in der Therapie wird der *gegenseitige Umgang* zum Schlüssel des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die Logik der Gegenseitigkeit ist eine andere als die der objektiven Wahrheit. Solidarität, Liebe und Vertrauen wie auch einseitige Superiorität auf Seiten des Arztes und Gehorsam des Patienten sind Attribute dieser Gegenseitigkeit. In einem sehr umfassenden, im einzelnen auch sehr verschiedenen Sinn wird das Verhältnis von Arzt und Patient sozusagen ein Teil der Krankheit selbst.

Abschließend sei zum Ausgangspunkt zurückgekehrt, in der Krise der Medizin als Krise des Denkens dargestellt ist. Weizsäcker beschreibt mit »Logophanie« die Pathologie des Denkens, die er auf dem Hintergrund von Leidenschaften und leiblichen Vorgängen verstand. Weizsäcker erkennt hier einen Prozeß der Zerstörung des Zusammenhangs unserer Wirklichkeit durch die neuzeitliche Wissenschaft, die zu einer Aufspaltung des Menschen führt, die allein durch eine neue Annäherung von Glaube und Wissen geheilt werden kann. Auf diesem Hin-

tergrund kann Weizsäckers anthropologische Medizin, auch wenn sie wenig Anweisung zur konkreten Praxis enthält, als Kriterium möglicher Praxis verstanden werden.

Wichtige Begriffe eröffnen einen Spielraum: Sittliche Wissenschaft, Antilogik, Biographik, das Pathische, Krise, Stellvertretung, Gestaltkreis, Einführung des Subjekts, Gegenseitigkeit, Umgang.

Wenige Wochen, bevor Viktor von Weizsäcker bei seinem Freund Franz Rosenzweig die ersten Symptome einer schweren, zum Tode führenden Nervenerkrankung feststellte, veröffentlichte Rosenzweig sein letztes, als gesunder Mensch verfaßtes Essay »Das Büchlein vom gesunden und kranken Menschenverstand« (1920). Von entscheidender Bedeutung ist der biographische Stellenwert dieses Buches: Der Anhänger der alten, spekulativen, begriffsgebundenen philosophischen Systeme wird hier als ein der Lähmung verfallener Patient behandelt, der durch das »Neue Denken« geheilt wird.

Anmerkung

1937 richtete die »Kanzlei des Führers« einen »Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden« ein, von der seit 1939 die organisierte Tötung vor allem behinderter Kinder durch sog. »Kinderfachabteilungen« ausging. 1942 gab es etwa 30 solcher Einrichtungen, die Kinderkliniken, Irrenanstalten oder Jugendpsychiatrien zugeordnet waren. Seit 1942 gehörte auch die Breslau benachbarte Klinik in Lubliniec-Loben hierzu. Hier wurden Kinder getötet. Ein Ermittlungsverfahren gegen die beiden daran beteiligten Ärzte, Dr. Buchalik und Dr. Hecker wurde 1975 vor der Staatsanwaltschaft Dortmund eingestellt. Die skandalösen Verschleierungstaktiken der Nachkriegszeit, die auch weiterhin verhindern, Klarheit in die Vorgänge der Tötungsaktionen in den Vierziger Jahren zu bringen, sind bekannt. Wir wissen aber auch um die Schwierigkeiten, die in dem Raffinement liegen, wie diese Tötungsaktionen durchgeführt wurden (Mitscherlich 1960). So waren oft mehr oder weniger unmittelbar Beteiligte sich ihrer Handlungen nur unzureichend bewußt. Eine juristisch saubere Schuldzuweisung ist auch erschwert durch die verwaschene Situation, die »Schreibtischtäter« von Handelnden wenig differenzieren kann.

K.H. Roth publizierte 1986 unter dem Titel »Psychosomatische Medizin und Euthanasie« den »Fall Viktor von Weizsäcker«. Darin werden Dokumente referiert, die Roth bei der Bezirkskommission zur Erforschung der Hitlerverbrechen in Katowice einsehen konnte. Diese belegen, daß in der »Kinderfachabteilung« Lubliniec-Loben Kinder starben und wahrscheinlich getötet wurden. Sektionen oder hirnpathologische Untersuchungen dieser Kinder wurden im neurologischen Forschungsinstitut Breslau durchgeführt. Anschreiben, die fixierten Gehirn- oder Rückenmarkspräparaten beigefügt waren, sind an »Neurologisches Forschungsinstitut Prof. von Weizsäcker, Breslau, Neudorferstr. 118/120« adressiert.

Nach einer knappen und einseitigen Diskussion der sozialmedizinischen Schriften Weizsäckers folgert Roth, Weizsäcker sei mittelbar an der Tötungsaktion beteiligt.

Weizsäcker interpretiert seine Beobachtungen an sog. Rentenneurotikern als Folge einer verstümmelten Anwendung der RVO bzw. Verstrickung des sozial leidenden, oft arbeitslosen Menschen, der Hilfe nur dann finden kann, wenn sein soziales und psychologisches Elend in eine medizinische Karriere verwandelt werden kann. Erst eine medizinische Diagnose rechtfertigt eine MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), Berufsunfähigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsrente. Weizsäcker beschreibt den oft pervertierten Mechanismus, der den Arzt (wie auch heute noch) zum Regulator von Arbeitsplatzproblemen, beruflichen Auf- oder Abstiegsmöglichkeiten oder Verwalter der Folgen von Arbeitslosigkeit und sozialer Not macht. Nach Roth wird Weizsäcker so dargestellt, als ob dieser »von einem gesamtpersönlichen Lebensprozeß, einer unfreien leib-seelischen Monade ausgehe, die, bar aller Möglichkeiten sozialer Selbstbestimmung, von dunklen Krisen- und Schicksalsmächten hin und hergeschüttelt wurde. Ihr blieb quasi nichts anderes übrig, als auf Restriktion ihre Lebensäußerungen mit mehr oder weniger verdeckten inneren 'Krisen der Wahrheit' zu antworten«.

Richtig versteht Roth Weizsäcker, wenn er beschreibt, wie dieser das System der Sozialversicherung selbst als »soziale Krankheit« darstellt, das die vielfältigen Ausgestaltungen von neurotischen Entwicklungen aktiv wie kunstvoll unterhält. Nach Roth dient Weizsäckers »Situationstherapie« und »Anthropologische Medizin« aber lediglich dem Ziel, den sozial Kranken in das »Kräftespiel der Realität«, also den Terror der nationalsozialistischen »Leistungsgemeinschaft« einzubinden.

So verkürzt Roth Weizsäckers »Lehre« zu einer Theorie und Praxis der Vernichtungsordnung.

Als Walter Wuttke-Groneberg im Spiegel 5/79 in seinem Essay »Medizin und Technik« zu Weizsäckers Beziehung zu den Vernichtungsaktionen der Nazis schrieb, antworteten wir:

»Kaum ein Mediziner ist in Deutschland eingehender der Frage nachgegangen, wie es möglich war, daß Mediziner aktiv, nicht nur als Handlanger, sondern als Initiatoren an den Verbrechen im NS- Staat, an Vernichtungsaktionen gegen 'Minderwertige' und Massenmordverfahren beteiligt waren, als der Internist und Psychosomatiker Viktor von Weizsäcker (vor allem in der Schrift: 'Euthanasie und Menschenversuche' 1947, WW Bd. 7); kaum einer ist entschiedener gegen die Entwertung des Menschen in der Medizin zu Felde gezogen.

Gerade Weizsäcker wird nun von Herrn Wuttke-Groneberg 'interne Begründung der medizinischen Praxis des Nationalsozialismus' vorgeworfen. Die Wiedergabe der Gedanken Weizsäckers ist verkürzt und tendentiös entstellt. Weizsäcker sieht Entwertung und 'Vernichtung' schon dort 'in feinverteilter Form' am Werke, wo in der medizinischen Theorie und Praxis der Mensch zum Objekt gemacht, seiner Subjektivität, seiner Sprache und Mitsprache beraubt wird. Die alarmierende 'moralische Anästhesie' gegenüber den Leiden der Opfer des Naziregimes sei 'begünstigt durch die Denkweise einer Medizin, welche den Menschen betrachtet wie ein chemisches Molekül ... oder ein Versuchskaninchen'.

Es entsteht der Eindruck, als geschehe die Entstellung Weizsäckers durch Wuttke-Groneberg — gezielt oder unbewußt? —, um prophylaktisch von Weizsäckers provozierender Analyse abzulenken, die einen wichtigen Beitrag darstellt zu einer gründlichen Klärung des Bündnisses von Medizin und NS-Verbrechen ...«

Dem muß heute zugefügt werden, daß mit dem dokumentierten Brief nicht Weizsäckers Beteiligung an der Tötungsaktion bewiesen ist. Es bleibt richtig, daß Mitar-

beiter neuropathologischer Institute an der Tötungsaktion nachgewiesenermaßen beteiligt waren, als sie die Tötung bestimmter vorselektierter Kranker zur vermeintlichen wissenschaftlichen »Aufarbeitung« »bestellten« und auch Hinweise zur Art der Tötung gaben. Die persönliche Beteiligung daran kann jedoch nicht allein mit dem Amt bewiesen werden, das jemand innehat. — Es bleibt auch mein Unbehagen und eine noch offene Frage, wie weit ein Mann wie Weizsäcker von dem Euthanasieprogramm wußte, wie ich frage, was überhaupt die Mediziner dieser Zeit wußten bzw. wie befangen sie waren, ihre indirekte Beteiligung daran wahrzunehmen. Dies Unbehagen bleibt wenigstens bei all denen, von denen wir nicht wissen, wie sich ihr Widerstand — wenn es einen gab — formulierte. Nur von wenigen, z.B. Ewald, ist er uns bekannt (vgl. Klee 1983). — Ich nenne Roths Analyse verkürzt, weil er mit einer ungenügenden Rezeption und Interpretation von zeitlichen und örtlichen Verhältnissen sowie aus der Diktion heraus den komplexen Zusammenhängen einer Praxis und Theorie der anthropologischen Medizin Weizsäckers nicht entsprechen kann. Die vorgelegten Dokumente erlauben nicht, die Weizsäcker'sche Anthropologie zum Wegbereiter einer nationalsozialistischen Vernichtungsmedizin zu stilisieren.

Literaturverzeichnis

Buytendijk, F.J.J., 1956: Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung, Berlin/Göttingen/Heidelberg

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

v. Krehl, L., 1893: Grundriß der allgemeinen klinischen Pathologie, Leipzig (2/1898-12/1923). Pathologische Physiologie, Leipzig (1930-1933). Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten, 3 Bde.

v. Kries, J., 1916: Logik. Grundzüge einer kritischen und formalen Urteilslehre, Tübingen

Mitscherlich, A., S. Mielke, 1960: Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt/M.

Rosenzweig, S., 1984: Das Büchlein vom gesunden und kranken Menschenverstand, Königstein/T.

Roth, K.H., 1986: Psychosomatische Medizin und »Euthanasie«. Der Fall Viktor von Weizsäcker, in: Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts, 1999, Heft 1, 65-99

W.W., v. Weizsäcker, V., 1986ff: Gesammelte Schriften in 10 Bänden, hrsg. von Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk, Karl Friedrich von Weizsäcker unter Mitarbeit von Mechtilde Kütemeyer, Wilhelm Rimpau und Walter Schindler

von Weizsäcker, V., 1919, 1954: Am Anfang schuf Gott Himmel und Erde. Grundfragen der Naturphilosophie, Göttingen, 1988 WW Bd. II, Frankfurt/M.

ders., 1923: Das Antilogische. Psychologische forschung 3, 295-318. 1988 WW Bd. II, Frankfurt/M.

ders., 1924: Untersuchungen des Drucksinnes mit Flächenreizen bei Nervenkranken, in: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 80, 159-167. 1987 WW Bd. III, Frankfurt/M.

ders., 1927: Über medizinische Anthropologie. Philosophischer Anzeiger 2, 236-254. 1988 WW Bd. V, Frankfurt/M.

ders., 1930: Soziale Krankheit und soziale Gesundung, Berlin-W. 1986 WW Bd. VIII, Frankfurt/M.

ders., 1933: Der Gestaltkreis, dargestellt als psycho-physiologische Analyse des optischen Drehversuchs. Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere 231, 630-661. 1988 WW Bd. IV, Frankfurt/M.

ders., 1937: Ludolf von Krehl. Gedächtnisrede, Leipzig, 1986 WW Bd. 1, Frankfurt/M.

ders., 1934: Ärztliche Fragen. Vorlesungen über allgemeine Therapie, Leipzig

ders., 1940: Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, Leipzig, 1988 WW Bd. 4, Frankfurt/M.

ders., 1944: Die Grundlagen der Medizin. Medizinische Fachbeilage der Kurznachrichten für Frontstudenten, Breslau 1-14

ders., 1947: »Euthanasie« und Menschenversuche, in: Psyche 1, 68-102. 1988 WW Bd. VII, Frankfurt/M.

ders., 1950: Erinnerung an Alexander von Humboldt, in: Diesseits und jenseits der Medizin. Arzt und Kranker/neue Folge, Stuttgart, 1986 WW Bd. I, Frankfurt/M.

ders., 1951: Ein Recht der Neurose?, in: Psyche 5, 270-277

v. Weizsäcker, V., 1956: Pathosophie, Göttingen, 1988 WW Bd. X, Frankfurt/M.

Wuttke-Groneberg, W., 1979: Medizin und Technik, in: Der Spiegel, Heft 5, Hamburg

Rieke Alten

Biographische Anamnese und Begleitung einer Autoimmunerkrankung

Ein Beitrag zum Zusammenhang von anthropologischer Medizin und Psychoneuroimmunologie*

Während es der modernen Ethnologie mittlerweile unter anderem durch die wegweisenden Arbeiten von *Parin* und *Erdheim* selbstverständlich geworden ist, daß sich das Auge des beobachtenden Ethnographen am Beobachtungsvorgang und dessen Resultat beteiligt, herrscht in der Medizin immer noch der Glaube vor, es sei eine Realität analysierbar, die von unserem eigenen Beobachtungsvorgang unabhängig ist. Ausgehend von der Tatsache, daß das Anliegen der Medizin ein »Gemeinsames von Kranken und Ärzten« ist, ausgehend von der Kenntnis, daß es sich bei der von uns näher zu betrachtenden Erkrankungsgruppe, den Autoimmunerkrankungen, um in der Regel den Menschen auf seinem weiteren Lebensweg begleitende, chronische Erkrankungen handeln wird, die trotz erfogreicher immunsuppressiver Therapie zu einer Einschränkung der Lebenskraft führen werden, scheint es uns für die erfolgreiche Herstellung einer Beziehung zwischen Arzt und Patient erforderlich, mehr als üblicherweise im Rahmen einer Anamneseerhebung geschieht über diese Menschen zu erfahren. — Wie hat *Viktor von Weizsäcker* formuliert:

»Wir sollten wenigstens in jedem wichtigeren Falle versuchen, biographische Medizin zu treiben. Das heißt praktisch zunächst, den Kranken nicht schematisch ausfragen, sondern aushören: ihm ein Ohr bieten, das schweigend aufzunehmen versteht — wir werden sehen, wie rasch und leicht er oft uns die wichtigsten Verhältnisse seines Lebens, seiner Nöte, seines Werdeganges erzählt. Wir werden alsbald die Krankheit als ein wichtiges Teilstück seinem äußeren und inneren Leben eingefügt sehen, eigentlich als Übergang, Gelenk oder Nahtstelle zweier Lebensabschnitte, als Krise oder Schlußsumme seiner bewußten Erlebnisse, seiner unbewußten Lebensweise verstehen. Das ist es, was wir eigentlich allein 'Anamnese' nennen sollten; nicht den Fragebogen nach Erblichkeit, Beschwerden und Symptomen.«

Im Hinblick auf die biographische Anamnese ist die Exploration der genauen Umstände des Erkrankungszeitpunktes, der aktuellen persönlichen familiären Situation sowie im weiteren auch die Entwicklungsge-

* Es handelt sich um die umgearbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der 22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Freiburg (Breisgau), 30. September bis 4. Oktober 1986.

schichte des Patienten von Relevanz. Die biographische Begleitung, die sich nur auf der Grundlage der Frage: »Warum hat dieser Mensch diese Erkrankung zu diesem Zeitpunkt?« verstehen läßt, geht von der Annahme aus, daß jeder Mensch Selbstheilungskräfte besitzt und daß es Möglichkeiten gibt, Patienten Wege aufzuzeigen, in denen sie verstehen lernen, daß auch sie an ihrer Heilung beteiligt sein können. Diese Herangehensweise hat im Näheren zur Grundlage, daß auch die Physiologie des Immunsystems nicht für alle Individuen konform, sondern nur biographisch, daß heißt aufgrund der individuellen Geschichte, verstanden werden kann, in deren Verlauf »Bedeutungskoppelungen« (*Thure v. Uexküll*) entstanden bzw. nicht entstanden sind.

Im folgenden soll nun anhand einer exemplarischen Krankengeschichte einer Patientin mit einer histologisch nachgewiesenen Autoimmunvasculitis, einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises, aufgezeigt werden, wie konventionelle rheumatologische Diagnostik und biographische Anamnese begleitend einander ergänzen.

Die jetzt 36jährige Patientin stellte sich erstmalig Anfang 1979 vor. Sie berichtete über ihre kontinuierlich bestehenden Schmerzen von muskelkaterartigem Charakter, insbesondere im Bereich der Oberschenkelmuskulatur. Vor dieser Vorstellung lagen zwei stationäre Aufenthalte im Jahr 1977 sowie über den Jahreswechsl 1978/79 von mehrwöchiger Dauer. Sie selber beschreibt ihre Beschwerden in dieser Zeit wie folgt: »Man kann sich diesen Schmerz wie einen starken Muskelkater vorstellen, der von den Oberschenkeln aus einerseits bis ins Gesäß, andererseits bis in die Unterschenkel ausstrahlt. Die Kniegelenke fühlen sich an wie zerschmettert, das Ziehen und Reißen erreicht die Füße, ich dachte manchmal, meine Beine tragen mich nicht mehr lange. Ich konnte mich zum Beispiel nicht mehr bücken, wenn mir etwas herunterfiel, blieb es liegen, sofern mir nicht jemand behilflich war und es für mich aufhob. Ich konnte nur noch langsam gehen, Treppen schaffte ich kaum noch. Immer gegen Abend steigerten sich die Schmerzen. Ich kam in jenen Zustand, den ich als meinen 'Schub' bezeichnete: Ich bekam Schüttelfrost und fror sehr, daß mich nichts mehr richtig wärmen konnte. Ich war von einer bleiernen Müdigkeit befallen, ich schlief ein, sobald ich irgendwo länger als fünf Minuten ruhig und entspannt saß. Es konnte im Autobus sein, ganz schlimm war es bei Dia-Vorträgen, sogar im Hellen, zum Beispiel in der Kirche beim Gottesdienst.«

Die Laborchemischen Untersuchungen ergaben 1979 eine ausgeprägt entzündliche Konstellation mit hypochromer Anämie. Eine Hautmuskelbiopsie ergab Zeichen einer ausgeprägten Vasculitis in Muskulatur, Unterhautbindegewebe und Unterhautfettgewebe, eine dichte lymphozy-

täre Infiltration mit Verschluß einzelner arterieller Gefäße. Therapeutisch wurde mit einer hochdosierten immunsuppressiven Kombinationstherapie begonnen. Nach sechsmonatiger Dauer berichtete die Patientin erstmalig, keine allgemeine Müdigkeit sowie keine Schmerzen mehr verspürt zu haben. »Die Schmerzen verschwanden, und ich schöpfte wieder Hoffnung auf Heilung. Ärztlicherseits wurde ich ermutigt, stets noch abzuwarten, ob sich der Körper auf die reduzierte Medikamentendosis einstellen könne. In dieser Zeit kämpfte ich immer wieder gegen Angst und Ratlosigkeit an, endlich empfand ich die Krankheit nicht mehr als einen Schicksalsschlag, den ich geduckt ertragen mußte, sondern ich sah Möglichkeiten, an meiner Heilung aktiv mitzuarbeiten.«

Zu diesem Zeitpunkt begann die Patientin, sich an das erstmalige Auftreten von Schmerzen als zehnjähriges Kind zu erinnern. »Im Alter von zehn Jahren hatte ich starke Schmerzen in den Beinen, zumeist abends im Bett; ich hatte das Gefühl, die Beine nicht mehr bewegen zu können. Ich weiß noch, wie ich manchmal abends im Dunkeln in meinem Bett liegend beschloß, einfach nie mehr aufzustehen. Mein Bett schien mir der einzig sichere Ort auf der Welt zu sein. Ich plante, mich überhaupt nicht mehr zu rühren und nicht mehr zu reagieren. Ich war kein glückliches Kind. Das alles beherrschende Gefühl war die Angst.«

Neben den üblichen Kinderkrankheiten hatte sie als Säugling und Kleinkind mehrere, längere Krankenhausaufenthalte. »Ich war sehr sensibel, verkraftete weder Trennungen noch Streit und mußte immer gleich weinen. Ich traute mir selber nichts zu. Meine Mutter sagte mir, wie ich mich fühlte und wie es mir ging.« Im Alter von fünfzehn Jahren traten erstmals Schwellungen und Stauungen in den Beinen auf, die sehr schmerzhaft waren, woraufhin durch den Hausarzt eine erhöhte Blutsenkung festgestellt wurde, eine weitere Klärung erfolgte nicht, die Beschwerden verschwanden wieder. »In der weiterführenden Schule, die ich besuchte, war ich ein Außenseiter, hatte keinen Anschluß an die Klasse. Ich war sehr gehemmt, weswegen ich auch nicht natürlich und unbefangen auf meine Klassenkameraden zugehen konnte. Ich wurde als komisch empfunden und manchmal wegen meiner gehemmten Art offen ausgelacht.«

1970 heiratete die Patientin. »Die Ehe war aber nicht glücklich, sondern wurde zunehmend belastender. Eine Krise löste die andere ab. Es wäre einfacher gewesen, wenn ich nicht so sehr an meinem damaligen Mann gehangen hätte. Oft empfand ich in dieser Ehe die gleiche bedrohliche Atmosphäre wie im Elternhaus. Zur allgemeinen Lebensangst kam die Angst, verlassen zu werden und damit selber nicht mehr lebens-

fähig zu sein. Ich fühlte mich alleine hilflos und ratlos. Eine Trennung erschien mir lebensbedrohlich. In dieser Zeit stellten sich die bekannten Beschwerden wieder ein. Jetzt hatte ich bei jedem Wechsel zu naßkaltem Wetter heftige Schmerzen. Sie zogen sich bis in die Unterschenkel, sogar bis in die Füße.« Im Jahre 1972 waren die Beschwerden erstmalig so schlimm, daß die Patientin sich in orthopädische Behandlung begab, die Verdachtsdiagnose lautete Hüftgelenksentzündung, durch eine Behandlung mit Butazolidin konnte eine vorübergehende Schmerzlinderung erreicht werden. Nachdem sich die Patientin nach zweieinhalbjähriger Behandlungsdauer erstmalig im Jahre 1981 schmerzfrei fühlte, sich insbesondere traute, ihre eigene körperliche Befindlichkeit wahrzunehmen, konnte im Frühjahr 1984 der Versuch unternommen werden, das Prednisolon endgültig abzusetzen. Die Entzündungsparameter hatten sich zu diesem Zeitpunkt weitgehend zurückgebildet, die Patientin selber berichtet: »Auch als ich gar kein Prednisolon mehr nahm, hatte ich Rheuma-Kapseln gegen eventuell auftretende Schmerzen zur Verfügung, die ich nach Bedarf einnehmen durfte. Ich schob diese Einnahme aber immer so weit wie möglich vor mir her und versuchte mit den üblichen bewährten Mitteln wie Wärme zurechtzukommen. Ich benötigte nur noch ab und zu eine dieser Kapseln, und seit April 1985 habe ich überhaupt keine Rheuma-Mittel eingenommen, ich habe nur noch selten diese ziehenden Schmerzen, meine Wetterfühligkeit habe ich glücklicherweise ganz verloren.«

Die Patientin lebt mittlerweile mit ihrem zweiten Ehemann in einer offensichtlich glücklichen Verbindung, sie stellt sich regelmäßig in sechswöchigen bis zweimonatigen Abständen vor.

Autoimmunologische Systemerkrankungen sind multifaktorieller Genese. Diese beinhaltet genetische, virale, hormonelle, Umwelt-sowie emotionelle Komponenten. Jeder einzelne dieser oder alle Faktoren können dazu beitragen, daß die normale immunologische Kontrolle zusammenbricht, welches das Kernproblem des Autoimmunprozesses ist. Die chronischen Autoimmunerkrankungen und entzündlichen Erkrankungen sind als Regulationsstörungen zu verstehen, in denen dem Immunsystem »Fehler« unterlaufen, wodurch inadäquate Effektormechanismen ausgelöst werden, die zur Destruktion von Zielorganen führen. Bei den Zielorganen kann es sich um die Synovialmembran (wie bei der Polyarthritis), das Gehirn (wie bei der multiplen Sklerose) oder die Basalmembran von Blutgefäßen wie in dem von uns beschriebenen Fall handeln.

Grundlegend für die neueren Forschungsergebnisse der Neuroimmunologie ist die Tatsache, daß das Gehirn und das immunologische Ab-

wehrsystem, die unsere zwei wichtigsten Verbindungen zur Außenwelt darstellen, als Organe gesehen werden können, die durch Erfahrung lernen und ein Gedächtnis besitzen. Unter physiologischen Bedingungen stehen diese beiden Organe als komplexe Netzwerke sowohl mit den meisten anderen Geweben des Körpers als auch untereinander in Beziehung. Insbesondere bestehen vielfältige und enge Beziehungen zwischen Immunsystem, Nervensystem sowie endrokrinem System.

Mittlerweile konnte gezeigt werden, daß das immunologische Gewebe innerviert ist, das heißt Fasern des autonomen Nervensystems stehen in engstem Kontakt mit den Lymphozyten des Immunsystems (*D.L. Felten* u.a.). Weiterhin konnte nachgewiesen werden, daß Lymphozyten und andere Zellen des Immunsystems, zum Beispiel Makrophagen, Rezeptoren für eine Reihe von Hormonen besitzen, das heißt immunologische Zellen können Signale empfangen, die vom Gehirn stammen oder mit einer Gehirnfunktion verbunden sind. Darüber hinaus kann das Immunsystem chemische Signale an den Hypothalamus vermitteln, welcher diese Informationen verarbeitet und durch neurale und hormonale Rückkoppelungsmechanismen das Immunsystem dirigiert.

Diese experimentellen Befunde sind u.a. grundlegend dargelegt in den Arbeiten von *Solomon* und *Besedovsky*, deren Hypothese lautet, daß das subjektiv als Erschöpfung erlebte Korrelat des »Streß« die Funktionen des immunologischen Systems unter Vermittlung neuroendokriner Mediatoren durch das Nervensystem in einer Weise beeinflussen kann, die prädisponierend für die Manifestation von Autoimmunerkrankungen wirken können. Gehen wir auf *Claude Bernard* zurück, so ist die Voraussetzung zur Erhaltung eines konstanten »Milieu interieur« eine freie und unabhängige Existenz. Streß, inbesondere verbunden mit Symptomen der Erschöpfung sowie unter den Bedingungen der Hoffnungslosigkeit kann zu einer Erschöpfung der Mechanismen der immunoneuroendokrinen Balance führen.

War unser Ausgangspunkt die anthropologische Medizin *Viktor von Weizsäckers*, haben uns die neueren Daten der Psychoneuroimmunologie gezeigt, daß u.a. Streß, negative Emotionen wie Angst und die dem Individuum aufgrund seiner Entwicklung zur Verfügung stehenden jeweiligen Verarbeitungsmöglichkeiten auch eine Biographie des Immunsystems konstituieren, so kann die hier berichtete Krankengeschichte exemplarisch gesehen werden für Daten der Immunologie, die statistisch erfaßt haben, daß der Manifestation autoimmunologischer Erkrankungen überdurchschnittlich häufig schwere Lebenskrisen, ausgelöst durch Trennungen oder Tod von Familienangehörigen, vorausgingen (*Baker*). In unserem Fall waren bereits frühere konflikthafte Bezie-

hungen der Hintergrund, auf dem frühe Verlust-Ängste reaktiviert wurden. Möglicherweise werden durch den Verlust dieser ambivalent geliebten Personen, auf die der Kranke wie auf einen Teil seines Selbst nicht glaubt verzichten zu können, Trauerarbeit und damit das Finden einer neuen Balance unmöglich gemacht. Statt dessen könnte die Persistenz dieser Ängste über die Sekretion bestimmter Neuropeptide zu einer veränderten Immunkompetenz führen.

Somit eröffnet uns die Psychoneuroimmunologie in einer Weise Verständnis für Zusammenhänge zwischen seelischen und körperlichen Prozessen, die ärztliche Tätigkeit als möglichen Beitrag zum Wiedererreichen einer Homöostase verstehen kann. Unabdingbare Voraussetzung dieser ärztlichen Tätigkeit ist das Wissen um das Wesen und die Bedeutung von Krankheit für das Individuum, unabdingbar ist die Fähigkeit, den kranken Menschen als Subjekt wahrnehmen und ihm begegnen zu können.

»Das Ziel der Medizin sei nicht, jemand gesund zu machen, vielmehr sei die ärztliche Therapie nur hineingestellt, nur ein Teil der Aufgabe, einem Menschen auf dem Wege zu seiner letzten Bestimmung Dienste zu leisten, die Krankheit sei nur ein Mittel dazu, eine Gelegenheit mittwegs. Die Krankheit bekommt so statt des negativen einen höchst positiven Wert; eben Gelegenheit, aus der Krankheit eine Wandlung zu entwickeln.« (Viktor von Weizsäcker)

Literaturverzeichnis

Ader, R., 1981: Psychoneuroimmunologie, Academic Press, New York/ London

Baker, G.H.B., 1982: Life events before the onset of rheumatoid arthtritis. Psychother. Psychosom. 38, 173-177

Besedovsky, H.O., 1985: Immune-Neuroendocrine Interactions. J. of Immunol. 135, 750-754 (Suppl.)

Erdheim, M., 1982: Die Gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt a.Main

Felten, D.L. et. al., 1985: Noradrenergic and Peptidergic Innervation of Lymphoid Tissue. J. of Immunol. 135, 755-765 (Suppl.)

Parin, P./Parin-Matthey, G., 1971: Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst. Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika. Frankfurt a. Main

Solomon, G.F., 1981: Emotional and Personality Factors in the Onset and Course of Autoimmune Disease, Particulary in: Ader,R., s.o., 159-182

v.Uexküll, Th., 1986: Psychosomatische Medizin. 3.Auflage, München/Wien/ Baltimore

v.Weizsäcker, V., 1947: Von den seelischen Ursachen der Krankheit. Ges. Schriften Bd.6, Frankfurt a. Main 1986

Udo Schagen

Ärzte: Lobby gegen Nachwuchs

Bundesärztekammer und Marburger Bund erschweren den Zugang zum Arztberuf

Mit Wirkung zum 1.7.1988 soll die Ausbildungszeit für Ärzte um zwei Jahre, d. h. um ein ganzes Drittel von sechs auf acht Jahre verlängert werden. Im Anschluß an frühere Ausführungen (*Göbel* und *Schagen* 1980, *Schagen* 1980 und 1981) wird die Ausgangslage für eine Reform der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik dargestellt und der Frage nachgegangen, wie es trotz des zuletzt bestehenden breiten Widerstandes unterschiedlichster Gruppierungen zu einer derart eingreifenden Verlängerung der Ausbildungszeit kommen konnte, wessen Interessen also dadurch eigentlich befriedigt wurden. Exemplarisch soll dies an der Entwicklung der Positionen der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes gezeigt werden, den entschiedensten Befürwortern der Neuregelung. Das Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Vorsitzender ihres Ausschusses »Approbationsordnung« und gleichzeitig Vorsitzender des Marburger Bundes mit, nach seinen Angaben, ca. 45000 organisierten angestellten Ärzten, Jörg-Dietrich *Hoppe*, hat diese Positionen stets im wesentlichen formuliert und mit zu verantworten.

Die Positionen von Bundesärztekammer und Marburger Bund zur ärztlichen Ausbildung

In seinem ersten programmatischen Beitrag als Vorsitzender des Ausschusses »Approbationsordnung« der Bundesärztekammer auf dem Deutschen Ärztetag 1977 in Saarbrücken zog *Hoppe* ein erstes Resumee zur Situation nach Einführung der Approbationsordnung von 1970: Dabei bezog er sich auch auf die Kritik *Sewerings* aus dem Jahre 1959, seines Vorgängers als Vorsitzender des Ausschusses und vormaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, an der alten Bestallungsordnung:

»Die Ausbildung ist viel zu weitgehend im Theoretischen verfangen, sie vermittelt viel zu viel Wissen, aber nicht annähernd das notwendige praktische Können. Der Student ist im weitesten Umfange sich selbst überlassen. Es fehlt der ständige persönliche Kontakt mit dem Lehrer, die Betreuung, die Leistungskontrolle.«

Dabei differenzierte er nicht zwischen der allgemeinen Kritik an der Praxisferne ärztlicher akademischer Ausbildung überhaupt, die sich

durch die Geschichte nachweisen läßt seit es eine staatlich überwachte ärztliche Ausbildung überhaupt gibt, und der konkreten Situation etwa im Jahre 1959 oder 1977. Das wesentliche Ziel der Änderung der Ausbildung durch die Approbationsordnung, die ein Kompromiß zwischen widerstreitenden praktischen und politischen Interessen gewesen sei, »die Ausbildung praxisorientierter zu gestalten, den jungen approbierten Arzt mit ausreichendem ärztlichen Wissen, aber mehr ärztlichem Können in seine berufliche Tätigkeit aus dem Studium zu entlassen« als Ziel der Reform des Medizinstudiums sei nicht erreicht worden. Die Grundlage seiner Kritik sah er zunächst darin, daß die Väter der Approbationsordnung von 3000 Studienanfängern im Jahr ausgegangen seien, diese Annahme sich aber als verfehlt erwiesen hätte (im Jahr 1977 gab es ca. 9700 Studienanfänger (*Zentralstelle* 1977, 1978]. Deshalb ging er dann in seiner Generalkritik erheblich weiter:

»Ich bin sicher, daß wir alle hier im Raum und viele mit uns außerhalb die Ergebnisse der sogenannten Bildungspolitik der auslaufenden 60er Jahre und der 70er Jahre für ein gigantisches Betrugsmanöver gegenüber den jungen Menschen in unserem Staate halten. Diese Bildungspolitik hat für viele Bürger ganz individuell und für das Zusammenleben in unserer Gemeinschaft nahezu nur nachteilige Folgen gehabt.«

Zur Verdeutlichung der politischen Position, von der aus hier argumentiert wird, noch folgendes Zitat aus dem gleichen Referat:

»Das einzige, was an Wünschen in Erfüllung gegangen ist, ist der Traum der Bildungspolitiker, die Abiturientenquote eines Jahrgangs von 5 auf 25 % zu erhöhen, ein reiner Selbstzweck, in rücksichtsloser und gewisser Hinsicht auch menschenverachtender Weise von den Verantwortlichen durchgesetzt.«

Trotz der massiven Kritik an der eingetretenen Situation fordert er zu diesem Zeitpunkt noch nicht die Verlängerung der Studiendauer. Nur am Rande wird erwähnt, daß eine Verlängerung auf 6 1/2 oder 7 Jahre als Verlängerung des Praktischen Jahres (PJ) auf 18 Monate oder zwei Jahre, nur erforderlich sei, »sollte eine Vertiefung des Einblicks in die ambulante Medizin unbedingt gewünscht werden«(*Hoppe* 1977).

Zwei Jahre später, auf dem 82. Deutschen Ärztetag in Nürnberg, legte *Hoppe* das Ergebnis der Arbeit des Ausschusses Approbationsordnung im Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer vor (*Hoppe* 1979b):

»Alle Ärzte müssen bis zur Approbation und damit bis zur Zulassung zur uneingeschränkten eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufs die gleiche Ausbildung erhalten. Erst wenn dieses Ziel erreicht ist, ist die Ausbildung zum Arzt abgeschlossen.« Im Namen des Vorstands der Bundesärztekammer stellte er folgende Alternativen: Statt des PJ eine dreijährige strukturierte Ausbildung mit zwei Jahren in Innerer Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. Pädiatrie sowie Allgemeinmedizin, wobei die Ausbildung in der Allgemeinmedizin im wesentlichen von den niedergelassenen Ärzten in der sogenannten Primärversorgung übernommen

werden sollte und einem dritten frei gestalteten Jahr; oder bei Beibehaltung des PJ, »nach diesem sechsjährigen Studium ... den Absolventen eine Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Zusammenarbeit mit erfahrenen Berufskollegen für einen Zeitraum von zwei Jahren zu erteilen ... Am Schluß des klinisch-praktischen Ausbildungsabschnittes findet dann schließlich der dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ... statt.« (aaO., S. 1523 u. 1525 f.)

Hier wird also zum erstenmal für eine zweijährige Verlängerung der Ausbildung argumentiert. Ausdrücklich wurde vorher von *Hoppe* die von ihm so bezeichnete »Kernfrage« erörtert, ab wann eine eigenverantwortliche Tätigkeit des Arztes beginnen könne. Eigenverantwortlich in seinem Sinne bedeutet gemäß dem zitierten Grundsatz gleichzeitig »Zulassung zur uneingeschränkten ... Ausübung des ärztlichen Berufs.« Er wendet sich mit dieser Auffassung ausdrücklich gegen andere Zielsetzungen der Ausbildung, wie sie etwa vom Wissenschaftsrat (*Wissenschaftsrat* 1976, *Peiffer* 1979) vertreten wurden, daß das Ziel der Ausbildung ein »weiter- und fortbildungsfähiger Arzt« sein müsse. Sowohl diesen wie auch dem Verfasser einer Schrift des Hartmannbundes zur Medizinerausbildung von 1977, *Arnold*, wirft er vor, sie begäben »sich bereits bedenklich nahe an ... politische Fahrwasser«, die beunruhigend seien. Diese hat er vorher folgendermaßen charakterisiert:

»So ist die Denkschrift aus Kreisen der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, die sich eng an das Organisationsschema der Ausbildung zum Arzt in den meisten Ostblock-Ländern anlehnt, nicht nur als konsequente Umstülpung unseres Bildungssystems, sondern auch als tiefgreifender Eingriff in das herrschende System der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung in unserem Lande überhaupt zu verstehen. Das ist auch nicht verwunderlich, wenn man weiß, daß die Autoren dieser Denkschrift weitgehend identisch sind mit den Autoren der WSI-Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes aus dem Jahre 1971 ...«(*Hoppe* 1979b, S. 1522).

Mit den Reizworten »Anlehnung an Ostblock-Länder«, »Umstülpung unseres Bildungssystems« ist nach Meinung des Redners offenbar für die Delegierten des Ärztetages ausreichend dargestellt, daß es sich um abzulehnende Vorschläge handelt, wobei der unterstellte Zusammenhang nicht einmal im Ansatz dargestellt wird.

Der Ärztetag nahm die von *Hoppe* verfochtenen Vorschläge trotzdem noch nicht vollständig an. Nach zweitägiger Debatte (*Deutscher Ärztetag* 1979) wurde beschlossen, daß sich an das wissenschaftliche Studium von 5 Jahren ein klinisch-praktischer Ausbildungsabschnitt von 2 Jahren anschließen solle, eine Verlängerung von insgesamt einem Jahr.

»In diesem Zeitraum soll der angehende Arzt die Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen und vertiefen, die der Arzt zu eigenverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit benötigt.

Als Voraussetzung hierfür ist dem in der Ausbildung befindlichen angehenden Arzt ein Status zu verleihen (z.B. Pflichtassistent), der ihn berechtigt, unter Anleitung, Aufsicht und in Zusammenarbeit mit berufserfahrenen Ärzten klinisch-praktisch tätig zu werden.«

Bereits in der 3. Sitzung einer vom Gesundheitsministerium eingesetzten Kleinen Kommission (am 22. Mai 1979, wenige Tage nach Abschluß des Ärztetages)[1] stand die Frage der Verlängerung der ärztlichen Ausbildung zur Debatte. *Hoppe* verwies auf die Beschlüsse des Ärztetages, die davon ausgingen, daß eine sechsjährige Ausbildung nicht ausreiche und daß im Rahmen der Ausbildung die Möglichkeit, praktische Erfahrungen machen zu können, geschaffen werden müsse. Der Professor für Psychiatrie in Frankfurt, *H.J.Bochnik*, verwies als Vertreter der AWMF darauf, daß die Hochschulausbildung »nur die Kompetenz des Anfängers im ärztlichen Beruf« vermitteln könne und erhob die »Forderung einer mindestens zweijährigen ärztlichen Tätigkeit unter verantwortlicher Anleitung als Voraussetzung einer uneingeschränkten Berufszulassung«. Auch der Vorsitzende der Kleinen Kommission, Staatssekretär *Prof.Dr.H.G.Wolters*, setzte sich für eine Verlängerung der Ausbildung ein, machte aber bereits hier deutlich, daß es »nicht Aufgabe des Staates« sei, »Kapazitäten für ein eventuelles Pflicht-Assistentenjahr bereitzustellen, da dieses nicht Bestandteil des Studiums sei. Einer Verlängerung der Ausbildung durch Einführung eines weiteren Praktischen Jahres' innerhalb des Studiums stehe vor allem das Fehlen von Patienten in Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern entgegen« (*Kleine Kommission* 1979). In diesen drei Positionen werden die unterschiedlichen Auffassungen bereits vorgestellt, die auch die Diskussion der folgenden Jahre in allen von Ärzten bestimmten Gremien beherrschen: *Bochnik* macht deutlich, daß am Ende der Ausbildung nur die Kompetenzen eines Anfängers im Beruf stehen können. Diese Position wird jeweils auch von den Vertretern der Bildungsministerien, aber auch von Studenten und den Gewerkschaften eingenommen. Eine weitere zweijährige Tätigkeit wird als Voraussetzung nur für die »uneingeschränkte Berufszulassung« gefordert, d.h. im westdeutschen Gesundheitssystem im wesentlichen für die Niederlassung in eigener Praxis. *Hoppe* will die Verlängerung »im Rahmen der Ausbildung«, womit, wie er später an verschiedenen Stellen ausführen wird, zwei Ziele erreicht werden sollten: ein frühzeitiges Drängen nicht ausreichend praktisch ausgebildeter Ärzte zur Niederlassung in eigener Praxis würde verhindert, die Verantwortung für die Beschaffung der praktischen Ausbildungsplätze sowie für eine (eventuelle) Finanzierung während praktischer Ausbildungsphasen verbliebe beim Staat. Die Mitglieder des Marburger Bun-

des (im wesentlichen Assistenzärzte in der Weiterbildung in den einzelnen Spezialgebieten) können sich bei diesem Modell, wie auch bisher schon, jederzeit ohne weitere Qualifikation als Praktischer Arzt niederlassen. *Wolters* ist zwar für eine Verlängerung der Ausbildung, unterscheidet aber deutlich zwischen dem vom Staat verantworteten Studium, das er wegen der damit für den Staat verbundenen Pflichten nicht verlängern will, sowie einer Gesamtausbildungszeit, die, wenn sie verlängert würde, dann nicht mehr mit der Gesamtzeit des Hochschulstudiums identisch wäre, sondern einen zusätzlichen Zeitanteil nach Abschluß des Studiums enthalten würde.

Die von der Mehrheit der Studenten und der ÖTV vertretene Gegenposition lautete etwa: die sechsjährige Hochschulausbildung muß, soweit sie dies bisher nicht leistet, so verbessert werden, daß ausreichende Kompetenzen für den ärztlichen Berufs*anfänger*, wie in anderen Studiengängen auch, vermittelt werden. Eine Verlängerung der ohnedies schon längsten Ausbildungszeit kann aus bildungspolitischen und sozialen Gründen nicht akzeptiert werden. Soweit, etwa für die Ausübung der Hausarztfunktion (Allgemeinmedizin) in eigener Praxis zusätzliche Kompetenzen erforderlich sind, müssen diese wie besondere Kenntnisse der (Fach-)Gebietsärzte während einer Weiterbildungszeit erworben und erst zum Zeitpunkt der Niederlassung nachgewiesen werden (ÖTV 1982).

Zur Beurteilung der Situation der ärztlichen Ausbildung insgesamt bestand weitgehende Einigkeit darin, daß sie, beschrieben mit den Worten des ersten Berichts der Kleinen Kommission, im wesentlichen kranke »an

— einem erheblichen Mangel an praktischer Ausbildung,
— einer Überlastung mit entbehrlichem Detailwissen,
— Unzulänglichkeiten in der Organisation und
— fehlender Abstimmung unter den an der Ausbildung Beteiligten« (BMJFG 1979).

Das Ausbildungsziel

In einem vom Gesundheitsministerium im Juli 1981 vorgelegten »Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung« (BMJFG 1981) ist trotz der Beschlüsse des Ärztetages noch keine Rede von einer Verlängerung der Ausbildungszeit! Allerdings wurde nun auf die Ausbildungszieldiskussion, wie sie in der Kleinen Kommission stattgefunden hatte, zurückgegriffen.

Dort war mehrheitlich folgende Kurzfassung des angestrebten Ziels der ärztlichen Ausbildung beschlossen worden:

»Die auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgende theoretische und praktische medizinische Ausbildung soll die Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs vermitteln. Sie hat einen Arzt zum Ziel, der seinen Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst eigenverantwortlich ausüben kann, die Grenzen seines Wissens und Könnens erkennt und danach handelt. Die Ausbildung soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung zu vermitteln.«

Die ausführlichere Fassung lautete:

»Die Ausbildung zum Arzt erfolgt auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie soll auch praxis und patientenbezogen sein. Die Ausbildung dient:

— der Vermittlung grundlegender medizinischer, fachübergreifender und methodischer Kenntnisse,
— der Vermittlung von Fertigkeiten und
— der Entwicklung geistiger und psychischer Fähigkeiten, die Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Gesundheitsstörungen in eigenverantwortlicher Tätigkeit nach den Regeln der ärztlichen Kunst ermöglichen.

Sie soll die Befähigung zur Weiterbildung und die Bereitschaft zu ständiger Fortbildung vermitteln. Die Ausbildung soll zum Denken in Zusammenhängen, zu kritischem Beurteilen, zu gewissenhaftem Handeln sowie zur Fähigkeit und Bereitschaft zu eigenständiger Problemlösung und Entscheidung führen. Sie soll dazu befähigen, die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und zu beobachten. Sie soll die Bereitschaft und Befähigung zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe vermitteln. Die Ausbildung soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung zu vermitteln.« (BMJFG 1979)

Wie noch weiter unten darzustellen sein wird, umgeht diese Formulierung die notwendige Klarstellung folgender Frage: Ist der appobierte Arzt schon als Berufs*anfänger* in der Lage, sich niederzulassen und seinen Beruf voll selbständig auszuüben?

Im Positionspapier des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG 1981) wurde nun die o.g. Kurzfassung des Ausbildungsziels interpretiert: »Die Approbation als Arzt, die nach Abschluß der ärztlichen Ausbildung erteilt wird, berechtigt zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des *ärztlichen* Berufs.«(Hervorhebung im Original). Durch die Einführung des Begriffs »selbständige Ausübung« wird der Weg zu einer Interpretation beschritten, die weiterhin die selbständige ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis schon unmittelbar nach Abschluß der Ausbildung, bzw. des Studiums ermöglicht.

Vor dem 85. Deutschen Ärztetag in Münster 1982 vertrat *Hoppe* in einer Kritik des Positionspapiers folgendes:

»Mit dem Wort 'selbständig' ging damit das Bundesministerium sogar über die Formulierung des Papiers der Kleinen Kommission hinaus, wo nur, wie auch in der Formulierung des 82. Deutschen Ärztetages, von der 'eigenverantwortlichen' ärztlichen

Tätigkeit die Rede war. Ziemlich überraschend findet sich dann auf der nächsten Seite die Aussage, daß an dem 6jährigen Medizinstudium einschließlich des Praktischen Jahres festgehalten werden solle und daß die notwendigen Verbesserungen innerhalb dieses Medizinstudiums erreicht werden müßten.

Die Erklärung dieses Widerspruchs findet sich in diesem Papier dann etwas später, wo die Novellierung der Approbationsordnung eindeutig in einem junktimartigen Zusammenhang gesehen wird mit der Änderung der Zulassungsordnung für Kassenärzte. Im Klartext bedeutet dies, daß an eine Phase der Berufserfahrungssammlung für alle angehenden Ärzte nicht mehr gedacht ist, sondern daß die Approbation als Arzt nach wie vor praktisch unzureichend gerüsteten Ärzten erteilt werden soll, weil ja eine Änderung des Kassenarztrechts verhindern soll, daß nicht ausreichend geeignete Ärzte in einer Kassenpraxis als Praktische Ärzte tätig werden können.« (*Hoppe* 1982, S.65).

Hoppe wendet sich gegen die Absicht der damaligen Bundesregierung, die berufspraktische Erfahrung zur Voraussetzung für die *kassenärztliche* Tätigkeit zu machen, was tatsächlich einen ausreichenden Schutz der Patienten vor allein arbeitenden, unerfahrenen Ärzten bedeutet und auch den erwarteten EG-Bestimmungen ausreichend Rechnung getragen hätte.[2] Von der eigentlichen Ausbildung, an deren Ende nach wie vor die Approbation stehen sollte, hätte diese Frage damit losgelöst werden können. Er zitiert aus der Fassung des Referentenentwurfs für eine Ergänzung der Reichsversicherungsordnung:

»Die Eignung ist nur nachgewiesen, wenn der Bewerber in einer mindestens zweijährigen Berufstätigkeit als Arzt eine auf die künftige kassenärztliche Tätigkeit ausgerichtete oder für sie dienliche berufspraktische Erfahrung erworben hat.«

Eine solche Fassung wird von *Hoppe*, auch im Namen der Bundesärztekammer, aber nur für eine Übergangszeit bis zu einer Novellierung der Ausbildungsordnung akzeptiert, in die dann »ein ähnlich strukturierter Zeitraum der Berufserfahrungssammlung verbindlich für jeden zukünftigen Arzt ... eingeführt werden soll«. Er fährt dann fort:

»Ein gründliches Nachdenken über diese Zusammenhangskette lohnt sich: Von der Bundesregierung wird die Notwendigkeit einer verstärkten berufspraktischen Erfahrung der neuen Ärzte nach Beendigung des Hochschulstudiums, wie wir es gefordert haben, anerkannt. Die Bundesregierung sieht sich als Vertreterin des hier zuständigen Staates nicht in der Lage, diese berufspraktische Erfahrung zu organisieren und zu finanzieren. Durch die Schaffung eines Junktims zwischen der Novellierung der Ausbildungsordnung und der Änderung der Zulassungsordnung zur kassenärztlichen Tätigkeit wird de facto das eigentliche Ende der Bildung zu einem Arzt, der uneingeschränkt und selbständig ärztlich berufstätig werden darf, in das Kassenarztrecht verlagert, wobei der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts der am schwersten zu vollziehende Teil überantwortet werden soll. Politisch gesehen empfinde ich diesen Vorgang als Verantwortungsverlagerung ...«.(*Hoppe* 1982, S.66f.).

Trotz der klar geäußerten Absicht der damaligen Bundesregierung, berufspraktische Erfahrung dort zu verlangen, wo sie notwendig ist, nämlich bei der Niederlassung in eigener Praxis, und die ohnedies sehr lange Ausbildungszeit von 6 Jahren für Ärzte nicht noch weiter zu verlängern, bezeichnet HOPPE diesen Versuch, der für die Studenten zusätzliche Belastungen sozialer Art vermieden und Patienten ausreichend vor unerfahrenen Ärzten geschützt hätte, als »Verantwortungsverlagerung« und plädiert weiter für die Verlängerung der Ausbildungszeit. Nach den bereits am Anfang der Diskussion stehenden Äußerungen des Staatssekretärs *Wolters* (*Kleine Kommission* 1979) war aber klar, daß Ausbildungsverlängerungen nur zu Lasten der Studenten bzw. der zukünftigen ärztlichen Berufsanfänger gehen könnten, da eine Bezahlung entsprechend den bis dahin (auch für alle anderen entsprechend Qualifizierten) geltenden Tarifen dann nicht mehr möglich sei.

Gegen das Weiterbildungsmodell

Im Referat vor dem Ärztetag in Kassel (*Hoppe* 1983) wird weiter die »Ausbildungslösung« vertreten. Unter mehrfachem Hinweis auf die Interessen der an den Krankenhäusern als Assistenzärzte, in aller Regel in der Weiterbildung, tätigen Mitglieder des Marburger Bundes wird für jeden denkbaren Fall daran festgehalten, daß eine die uneingeschränkte ärztliche Berufsausübung ermöglichende Approbation am Ende der Ausbildung zu stehen habe. Weder die Tatsache, daß eine damit erforderliche Verlängerung der Ausbildung zusätzliche finanzielle Lasten für die in der Ausbildung Befindlichen bedeutet, noch die Tatsache, daß zur Anhebung der Qualität der Allgemeinversorgung bestimmte, über das absolvierte Studium hinausgehende Voraussetzungen am Beginn der Niederlassung stehen müssten, werden diskutiert. Die von der EG vorgesehene zweijährige Phase vor einer Zulassung zur allgemeinärztlichen Tätigkeit im jeweiligen Sozialversicherungssystem sollte nach seiner Vorstellung innerhalb der Ausbildungszeit(!) mit entsprechenden Stellen von der Bundesregierung garantiert werden. Die Bundesregierung habe die Annahme des Trierer Ärztetags 1981, »daß eine ausreichende Zahl von Plätzen in den verschiedenen Bereichen der Patientenversorgung zur Verfügung stehen würde, um allen interessierten Ärzten auch die Chance zu geben, die Eignungsvoraussetzungen zu erlangen,« nicht beachtet. Es wird deshalb der Vorschlag gemacht (S. 51), die beiden von der EG »vorgesehenen Bildungsjahre vor der uneingeschränkten Approbation als Arzt zur Pflicht« zu machen:

»Eine solche Zeit würde sich dann an die Universitätsausbildung anschließen in einem Status der *eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeiten* unter Aufsicht. Am Schluß dieses Bildungszeitraums wäre dann jeder Arzt mit der Erteilung der Approbation als Arzt für die Allgemeinmedizin qualifiziert.«

Im September 1982 fand der Wechsel in Bonn von der sozialliberalen Koalition zur Regierung Kohl der CDU/CSU/FDP statt. Im März 1983 wurde die »Wende« in der Bundestagswahl bestätigt und schuf nun auch neue Ausgangsbedingungen für die Forderungen der Ärzteverbände (z.B. *Vilmar* 1983).

Im November 1983 wird nun mit dem Entwurf einer 5. Novellierung der Approbationsordnung des neuen Gesundheitsministers Heiner *Geissler* zum erstenmal die Arzt-im-Praktikum-Lösung in die Diskussion gebracht(BMJFG 1983). Sie wird dann auch von *Hoppe* (1984) in Abgrenzung zu allen anderen Denkmodellen, die vorher in der Diskussion waren, nachdrücklich als Lösung vertreten. Gegenüber dem *Weiterbildungsmodell*, das eine Weiterbildung vor der Niederlassung als Kassenarzt in jedem Fall auch für den allgemeinärztlich tätigen (bisher praktischen) Arzt voraussetzt (Forderung der ÖTV und der Allgemeinärzte), und dem *Zulassungsmodell*, nach dem Ärzte vor der Niederlassung als Kassenarzt eine sogenannte Vorbereitungszeit absolvieren müssen (ab Frühjahr 1984 18 Monate, davon 6 Monate als Vertreter oder Assistent bei einem niedergelassenen Arzt und 12 Monate im Krankenhaus oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, Vorschlag der früheren Bundesregierung), wird das *Ausbildungsmodell* als das einzige mit den Intentionen des Marburger Bundes und, wie von HOPPE behauptet, auch der Mehrheit der Ärzteschaft in Übereinstimmung stehende dargestellt. Dabei scheut er vor Unterstellungen keineswegs zurück:

»Die Verfechter der beiden bisher genannten Lösungsvorschläge haben an der inneren Struktur der Ausbildung zum Arzt, z.B. einer Verbesserung des praktischen Unterrichts während des Medizinstudiums oder einer Verbesserung des Praktischen Jahres, kein Interesse gezeigt. Dagegen hat sich der Marburger Bund für die Bundesrepublik Deutschland und die hier Studierenden der Medizin und zukünftigen Ärzte für ein Modell eingesetzt, welches sicherstellt, daß alle erfolgreichen Absolventen des Studiums der Medizin auch tatsächlich eine Approbation mit uneingeschränktem Wert bekommen, nämlich mit der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes einschließlich der Erlaubnis zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Tätigkeit, auch als niedergelassener Kassenarzt.« Es müssen »... alle Pflichtveranstaltungen für die künftigen Ärzte unbedingt vor der Approbation stattfinden ..., da dann der Staat verfassungsgemäß für die Durchführung verantwortlich ist. Damit ist für jeden bei den Prüfungen erfolgreichen Medizinstudenten auch die Approbation als Arzt und damit die Möglichkeit der Niederlassung gewährleistet.«(S. 90)

Ganz abgesehen davon, daß mit dieser Formulierung allen Gegnern der Auffassungen des Marburger Bundes und seines Vorsitzenden unterschoben wird, sie hätten sich nicht für eine Verbesserung der Hochschulausbildung eingesetzt, ist die Aussage klar: Eine einschneidende Verlängerung der Ausbildungszeit wird in Kauf genommen, um weiterhin jedem Arzt, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen in seiner späteren Berufslaufbahn auch immer, die Niederlassung in der grund- und allgemeinärztlichen Versorgung zu ermöglichen. In der zusammenfassenden Darstellung seiner Lösung unterliegt HOPPE einem verhängnisvollen Irrtum. Er unterstellt nämlich, daß die Absolvierung der von ihm geforderten verlängerten Berufsausbildungszeit, der Zeit als Arzt im Praktikum, nach dem damaligen und inzwischen Gesetz gewordenen Vorschlag des Ministers Heiner *Geissler* vom Staat garantiert werden könne und stellt dies als Vorteil seiner Lösung heraus:

»Zwei Jahre garantierter Berufstätigkeit als Arzt unter Aufsicht zum Zwecke der Einübung in diesen verantwortungsvollen Beruf (wenn auch — bedingt durch die große Zahl unserer Ärzte — zu deutlich schlechteren Arbeitsbedingungen), unbestrittene Berechtigung der uneingeschränkten Berufszulassung für jeden zukünftigen Arzt.«

Eben diese Garantie für die Berufstätigkeit als Arzt im Praktikum haben weder *Geissler* noch seine Vorgänger und Nachfolger jemals abgeben können und wollen. Von Staatssekretär *Wolters* war 1979 bereits das Gegenteil zu hören. *Hoppe* kann nicht für sich in Anspruch nehmen, daß ihm dieses unbekannt geblieben sein konnte. Da hilft dann auch der erstmalige Ansatz (im Jahre 1984!) für einen zukünftigen Rückzug aus der Verantwortung, die Arzt-im-Praktikum-Phase wird jetzt als »mit Sicherheit das kleinste aller Übel« bezeichnet, nichts.(*Hoppe* 1984)

Der »Arzt im Praktikum« wird im Gesetz verankert

Mit der Verbreitung der Erkenntnis unter den Medizinstudenten und jungen Ärzten, daß eine Garantie für AiP-Plätze von niemandem übernommen wird, wuchs auch die innerverbandliche Kritik am Vorsitzenden des Marburger Bundes. Bis zur endgültigen Einführung der Arzt-im-Praktikum-Phase (März 1985 in der Bundesärzteordnung und erst Dezember 1986 in der Approbationsordnung) und auch danach blieb die von *Hoppe* ursprünglich zur Bedingung gemachte Stellengarantie aus. Obwohl diese erklärte Voraussetzung für seine Zustimmung nicht erfüllt war, sind weder die Bundesärztekammer noch der Marburger Bund von der AiP-Phase abgerückt.

Wie bereits weiter oben dargestellt, hatten sich in einer Anhörung vor

den Bundestags-Ausschüssen für Arbeit und Sozialordnung und Jugend, Familie und Gesundheit am 17. Oktober 1984 praktisch alle ärztlichen Verbände, bis auf die beiden genannten, gegen die Einführung der AiP-Phase ausgesprochen (*Deutscher Bundestag* 1984). Nur durch das Festhalten von Marburger Bund und Bundesärztekammer hatte die CDU/CSU-geführte Bundesregierung eine ausreichende Legitimation zur Durchsetzung der Verlängerung. Noch in der Propagierung des Tarifverhandlungsergebnisses vom Januar 1987 mußte der Marburger Bund sein von Anfang an mit falschen Versprechungen begründetes Eintreten für diese Lösung durch irreführende und an der Grenze der Fälschung liegende Berichterstattung kaschieren. In Pressemeldungen und in seiner Zeitschrift Klinikarzt (16: 116-117 (1987] meldete er: »Unter dem Strich mehr als 2000 DM.« Nicht dargestellt wurde, daß der Arzt-im-Praktikum weniger als die Hälfte des bisherigen ärztlichen Berufsanfängers verdienen wird und erst im Text des Beitrags wird darauf hingewiesen, daß ein Gehalt von 2000 DM nur durch zusätzliche Entgelte für zur normalen Wochenarbeitszeit hinzukommende Überstunden, Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften zustande kommen kann. Auch die Tatsache, daß für diese Dienste weniger als die Hälfte des für bisherige ärztliche Berufsanfänger Üblichen bezahlt werden wird, wird nicht erwähnt. Am Rande soll der ÖTV eins ausgewischt werden: »...so verdient der AiP mehr als ein Rechtsreferendar, also mehr als das, was die ÖTV zuletzt überhaupt gefordert hatte.« Erstens handelt es sich hier um eine schlichte Lüge, da die Forderung der ÖTV sich am bisherigen Anfangsgehalt für ärztliche Berufsanfänger (BAT IIa) orientierte und Einkünfte von Rechtsreferendaren nicht einmal zur Diskussion standen. Zweitens wird der AiP eben unter dem vom Marburger Bund so vehement positiv gesehenen Tarifergebnis grade das Einkommen eines Rechtsreferendars aufweisen, allerdings bei einer 40-Stunden-Arbeitswoche ohne eine einzige Ausbildungsveranstaltung, die bei Referendaren üblicherweise mehrere Stunden pro Woche umfassen. Mehr Geld erhält er nur, wie gesagt, bei mehr Arbeit.

Was verändert die AO-Novelle im einzelnen?

Die 5. AO-Novellierung (ApprOÄ 1986) enthält im Gegensatz zu den ihr vorausgegangenen drei Entwürfen vom November 1983, September 1985 und Januar 1986 weiterhin keine Definition des Ausbildungsziels.

Die Ausbildung wird um insgesamt zwei Jahre, für eine Übergangszeit um 18 Monate, durch die Einführung einer Arzt-im-Praktikum-Phase verlängert. In den praktischen Übungen »soll in kleinen

Gruppen unterrichtet werden«, bisher »soll dies angestrebt werden«. Neu ist auch eine Festlegung auf »beim Unterricht am Krankenbett in der Regel eine Zahl von nicht mehr als fünf Studierenden«. Im Praktischen Studienjahr soll der Studierende »entsprechend seinem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihm zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen. Er soll in der Regel ganztägig an allen Wochenarbeitstagen im Krankenhaus anwesend sein«. Im einzelnen neu geregelt sind darüber hinaus die allgemeinen Prüfungsbestimmungen, der Ablauf der einzelnen Prüfungen sowie die Arzt-im-Praktikum-Phase.

Allgemeine Prüfungsbestimmungen

Gegenüber der bisherigen Situation soll in der Ärztlichen Vorprüfung und beim 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung auch mündlich, beim 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nur noch mündlich geprüft werden (§ 13 Abs. 1). Die bisherige 5, »nicht ausreichend« = eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt, wird in »mangelhaft« umbenannt und eine Note »ungenügend« (6) = eine unbrauchbare Leistung, neu eingeführt (§ 13 Abs. 2). In der Ärztlichen Vorprüfung und im zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung muß der schriftliche *und* der mündliche Teil bestanden sein oder die in einem Prüfungsteil erhaltene Note »mangelhaft« mindestens durch die Note »gut« im anderen Prüfungsteil ausgeglichen sein (§ 13 Abs. 3). — Vor der Feststellung des Prüfungsergebnisses müssen die Prüfungsaufgaben daraufhin geprüft werden, ob sie offensichtlich fehlerhaft sind. Falls dies der Fall war, können sie für die Bewertung gestrichen werden. Die Verminderung der Prüfungsfragen darf sich allerdings nicht zum Nachteil eines Prüflings auswirken (§ 13 Abs. 4). — Die Bestehensregel wird ein weiteres Mal dahingehend geändert, daß die schriftliche Prüfung dann als bestanden gilt, wenn (wie bisher) mindestens 60 % der Fragen richtig beantwortet wurden oder (neu) wenn die Zahl richtig beantworteter Fragen nicht mehr als 22 % unter der durchschnittlichen Prüfungsleistung aller derjenigen liegt, die nach der jeweiligen Mindeststudienzeit erstmals an der Prüfung teilgenommen haben (§ 13 Abs. 6). — Auch für die Leistung in der schriftlichen Prüfung werden die Noten »mangelhaft« und »ungenügend« eingeführt (§ 13 Abs. 7). — Die Prüfungskommissionen bei den neuen mündlichen Prüfungen bestehen aus dem Vorsitzenden und einem bis zwei weiteren Mitgliedern, im 3. Abschnitt aus dem Vorsitzenden und drei bis vier weiteren Mitgliedern (§ 15 Abs. 1). Das Landesprüfungsamt kann die Organisation der mündlichen Prüfungen an Professoren der Hochschule delegieren (§ 15 Abs. 10).

— Die Ladung zum mündlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung und des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird frühestens 14 Tage vor (§ 22 Abs. 3 bzw. § 28 Abs. 3) und spätestens 5 Tage (§ 17) vor dem Prüfungstermin zugestellt. Zur schriftlichen Prüfung wird wie bisher spätestens 7 Tage vorher geladen; hier sind die Termine aber wegen der bundeseinheitlichen Durchführung lange vorher bekannt. Bei Versäumnis, Nichtteilnahme oder Unterbrechung ohne wichtigen Grund wird für den betreffenden Prüfungsteil die Note »ungenügend« vergeben. Besteht die Prüfung aus zwei Teilen, so muß der zweite Teil »spätestens im übernächsten Zeitraum der Prüfung« absolviert werden (§ 19). Bei Nichtbestehen auch nur einzelner Prüfungsteile muß die Prüfung insgesamt und kann wie bisher maximal zweimal wiederholt werden. »Der Prüfling soll (? d.Verf.) sich zur Wiederholung einer Prüfung für den nächsten Prüfungszeitraum melden« (§ 20). — Die mündlichen Prüfungen finden während der gesamten Semesterferien statt und beginnen erforderlichenfalls bereits in der letzten Semesterwoche (§ 16).

Inhalt der Prüfungen. Ärztliche Vorprüfung

Die mündliche Prüfung findet in zwei der folgenden vier Fächer statt: Physiologie, Biochemie, Anatomie, Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie.

Die Auswahl der Fächer soll nach einem anonymisierten Verfahren stattfinden, das Ergebnis dem Prüfling nicht früher als 14 Tage vor dem Termin mitgeteilt werden (§ 22 Abs. 1-3). — Sie dauert bei 4 Prüflingen mindestens 2, höchsten 3 Stunden. Am Tag vor dem Prüfungstermin können praktische Aufgaben gestellt werden (§ 23a).

2. *Abschnitt der Ärztlichen Prüfung*: Die mündliche Prüfung erfolgt in je einem Fach der folgenden beiden Gruppen:

Innere Medizin	Allgemeinmedizin
Chirurgie	Anaesthesiologie, Notfall- und Intensivmedizin
Kinderheilkunde	Arbeitsmedizin
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Augenheilkunde
Pathologie	Dermatologie-Venerologie
Pharmakologie	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Mikrobiologie, Hygiene, Öffentliches Gesundhietswesen und Sozialmedizin	Klinische Chemie
	Neurologie
	Orthopädie
	Psychiatrie
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	Radiologie
	Rechtsmedizin
	Urologie

Dabei soll die Fächergruppe nicht ausschließlich Fächer aus dem nichtoperativen, operativen oder dem klinisch-theoretischen Bereich umfassen (§ 28). Die Prüfung dauert bei 4 Prüflingen mindestens 3, höchstens 4 Stunden. Vor dem Prüfungstermin können Patienten zur Anamneseerhebung und Untersuchung zugewiesen werden, über die in der Prüfung zu berichten ist (§ 29a).

3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung: Die mündliche Prüfung ist von 3 auf 4-5 Stunden bei 4 Prüflingen verlängert. Die Prüfung erfolgt in jedem Fall in Innerer Medizin, Chirurgie und dem Wahlfach und »soll auch

1. Fragen aus den übrigen klinischen Fächern, insbesondere aus der Kinderheilkunde, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Nervenheilkunde, der Pathologie und der Pharmakologie, Toxikologie und Klinischen Pharmakologie sowie geriatrische Fragestellungen umfassen,
2. Aspekte der Medizinischen Soziologie berücksichtigen und
3. sich auf Fragen der historischen und geistigen Grundlagen der Medizin erstrecken« (§ 33 Abs. 1 und 2).

Dem Prüfling werden vor dem Prüfungstermin ein oder mehrere Patienten zur Anamneseerhebung und Untersuchung zugewiesen, über die schriftlich berichtet werden muß (§ 33 Abs. 4).

Tätigkeit als Arzt im Praktikum

(Neben der am 15.12.1986 beschlossenen 5. Novellierung der AO wird hier auch die durch Pressemitteilungen des BMJFG erklärte Absicht zur Verschiebung der Übergangszeiten für die AiP-Phase berücksichtigt.) Für Studenten, die zwischen dem 30. Juni 1988 und 31. Dezember 1992 die Ärztliche Prüfung bestehen, dauert die AiP-Phase 18 Monate. Für diejenigen, die die Ärztliche Prüfung bis zum 30. Juni 1990 bestehen, *soll* die Strukturierung (nur) *nach Möglichkeit* als mindestens neunmonatige Tätigkeit im nichtoperativen und mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich erfolgen. Für diejenigen, die die Ärztliche Prüfung später bestehen, *muß* sie in dieser Weise durchgeführt werden (§ 2 Veränderungsverordnung). Für Studenten, die die Ärztliche Prüfung ab 1. Januar 1993 ablegen, dauert die AiP-Phase 2 Jahre und umfaßt eine mindestens 12monatige Tätigkeit im nichtoperativen und eine mindestens 6monatige Tätigkeit im operativen Bereich (§ 34a). In allen Fällen ist die Tätigkeit als Arzt im Praktikum ganztägig im Krankenhaus, in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, in einem Sanitätszentrum oder einer ähnlichen Einrichtung der Bundeswehr oder in einer Justizvollzugsanstalt mit hauptamtlichem Anstaltsarzt möglich. Tätigkeit

im öffentlichen Gesundheitsdienst, im Versorgungs-, Vertrauens-, Werks- oder Betriebsärztlichen Dienst, in einer Einrichtung für die Rehabilitation Behinderter oder in einer truppenärztlichen Einrichtung der Bundeswehr können bis zu 6 Monaten angerechnet werden (§ 84a Abs. 2 und 3).

Unterbrechungen werden wegen Urlaub bis zu 6 Wochen jährlich, wegen Schwangerschaft bis zur Gesamtdauer von 4 Wochen und wegen anderer vom Arzt im Praktikum nicht zu vertretenden Gründen (Krankheit) bis zur Gesamtdauer von 4 Wochen angerechnet (§ 34a Abs. 5). »Der Arzt im Praktikum wird unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs ... besitzen, ärztlich tätig ... Er soll die ihm zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechendem Maß von Verantwortlichkeit verrichten. Er soll nach Beendigung der Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Lage sein, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbständig auszuüben.« (§ 34b). Studenten, die nach dem 1.1.1993 die Ärztliche Prüfung bestehen, haben »an mindestens 8 Ausbildungsveranstaltungen von je 2-3stündiger Dauer teilzunehmen ...«, die von der Gesundheitsbehörde oder einer von ihr beauftragten Stelle durchgeführt oder angerechnet werden (§ 34c).

Bewertung

Gegen eine Verlängerung der Ausbildung, hier also gegen die Einführung einer zusätzlichen *Arzt im Praktikum-Phase*, hatten sich, kontinuierlich seit 1979, die studentischen Vertreter der VDS und die Gewerkschaft ÖTV ausgesprochen. Zunächst waren neben der Bundesärztekammer, dem Marburger Bund und dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit auch eine Reihe anderer ärztlicher Verbände für eine Verlängerung der Ausbildung. Spätestens seit Konkretisierung der Absicht durch Minister *Geissler* im Jahre 1983 und den dann deutlich gewordenen Umsetzungsschwierigkeiten blieben als Befürworter neben dem Ministerium nurmehr die Bundesärztekammer und der Marburger Bund übrig, die gemeinsam mit der Mehrheit der Bundestagsparteien CDU/CSU und FDP für eine Beschlußfassung im Bundestag und Bundesrat sorgten. Der Marburger Bund, in seiner Führungsspitze mit der CDU eng verbunden, hat die Statusinteressen seiner Mitglieder gewahrt: Jeder in der Weiterbildung befindliche Spezialist, etwa ein Anästhesist oder Chirurg nach zehnjähriger Fachtätigkeit, ann sich unmittelbar als praktischer Arzt niederlassen. Eine besondere, für

die Allgemeinversorgung notwendige Weiterbildung, die etwa Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit der sozialen Problematik von Krankheit vermitteln könnte, ist weiterhin nicht erforderlich. Gleichzeitig wird die bestehende Qualifikationshierarchie nicht angetastet: Der Spezialist muß eine mehrjährige Weiterbildung durchlaufen, sei sein Fachgebiet auch noch so eng, Praktischer Arzt kann jeder werden, egal was er kann. Die Grundversorgung wird auch denjenigen überlassen, die eine gezielte Weiterbildung nicht nachweisen können. Zu weiteren Auswirkungen dieses Teils der Novellierung unter den geschilderten Kräfteverhältnissen, insbesondere zu den inzwischen in einem Tarifvertrag festgelegten Arbeitsbedingungen verweise ich auf eine andere Arbeit (*Schagen* 1987).

Die ausdrückliche Einführung einer Soll-Bestimmung für die *Kleingruppenarbeit* und der Erwähnung, daß nicht mehr als 5 Studenten je Patienten gleichzeitig ausgebildet werden sollen, ist einerseits sicher eine Verdeutlichung der Absicht des Gesetzgebers bei der Entstehung der Approbationsordnung 1970. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muß die Einführung als Vorbereitungsmaßnahme zu einer auch vor den Gerichten bestandsfähigen Herabsetzung der Ausbildungskapazitäten gesehen werden.

Die genaueren Bestimmungen über das Praktische Jahr sind ein Versuch, eine Unterscheidung von der ebenfalls zum Bestandteil der Ausbildung deklarierten AiP-Phase zu machen (während des Praktischen Jahres »unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung«, während der AiP-Phase »unter Aufsicht«). Die Einführung zusätzlicher mündlicher Prüfungen im Physikum und 2. Abschnitt des Staatsexamens ist ebenfalls abzulehnen. Die Zielsetzung der einheitlich geforderten Einführung mündlich-praktischer Prüfungen, Unterrichtsveranstaltungen und Prüfungsablauf stärker aufeinander zu beziehen und ein rein schematisches Auswendigpauken von MC-Fragen zu verhindern, kann nicht erreicht werden, da die schriftlichen Prüfungen dieser Abschnitte unverändert bestehen bleiben. Inhaltlicher und zeitlicher Umfang und Ausrichtung der Prüfungsvorbereitungen durch die Studenten, bezogen auf die bundeseinheitlichen MC-Prüfungen, werden nicht beeinflußt. Es ist eine Illusion anzunehmen, daß der zusätzliche Druck, der durch zusätzliche Prüfungen entsteht, sich bei den Studenten in Richtung auf eine umfassendere, mehr an den Bedürfnissen der späteren ärztlichen Tätigkeit orientierte Prüfungsvorbereitung auswirken wird. Gerade durch die offensichtlich bewußt kurz gehaltenen Zeiträume für die Mitteilung, in welchen Fächern mündlich geprüft wird, werden an den Universitäten neue Prüfungsfragenkompendien für die einzelnen Prüfer entstehen,

dem bewußtlosen Auswendigpauken von Fragensammlungen für die IMPP-Prüfungen wird ein bewußtloses Auswendigpauken von Fragensammlungen der jeweiligen Prüfer hinzugefügt werden. Zusätzliche Prüfungen haben außerdem zur Folge, daß die Durchfallquote ansteigen wird. War dies die Absicht des Gesetzgebers und der Befürworter dieses Gesetzes, so wird sie erfolgreich sein.

Der einzig sinnvolle Teil der Novellierung scheint die *Abschaffung der schriftlichen Prüfung am Ende des Praktischen Studienjahres* zu werden. Dies war von allen Beteiligten (Studenten, Hochschullehrern, Verbänden, Ministerien) seit Beginn der Durchführung des Praktischen Jahres gefordert worden, weil die Vorbereitung auf eine schriftliche Prüfung am Ende eines praktischen Studienabschnitts von einer intensiven Wahrnehmung der Möglichkeiten praktischer Ausbildung weggeführt hat.

Insgesamt bedeutet die 5. Novellierung einen Sieg für diejenigen, die durch Verlängerung der Ausbildung und Verschärfung der Prüfungen den Zugang zum Arztberuf erschweren wollen.

Anmerkungen

1 Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und zur künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes. Sie tagte vom 1.2.1979 bis zum 9.10.1980 und hat das Ergebnis ihrer Arbeit in zwei Berichten vorgelegt. In ihr waren vertreten: die Bundesministerien für Jugend, Familie und Gesundheit, für Bildung und Wissenschaft, für Arbeit und Sozialordnung, die Gesundheitsminister und die Kultusministerkonferenz der Länder, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Hartmannbund, der Chefarztverband, der Marburger Bund, der Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), der Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA), die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Medizinische Fakultätentag (MFT), der Wissenschaftsrat (WR), die Westdeutsche Rektorenkonferenz (WRK), die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Krankenkassen) sowie auch die ÖTV und die Medizinstudenten (drei Vertreter der VDS und zwei Vertreter des Fachverbands Medizin). (BMJFG 1979)

2 Die bereits damals im Entwurf diskutierte EG-Richtlinie ist inzwischen verabschiedet und schreibt vor, »in jedem Mitgliedsstaat eine spezifische Ausbildung zum praktischen Arzt einzuführen, die sowohl qualitativ als auch quantitativ bestimmten Mindestanforderungen genügt und die die Mindesgrundausbildung, die der Arzt gemäß der Richtlinie 75/363/EWG (sechsjähriges Hochschulstudium, d. Verf.) besitzen muß, ergänzt«. Sie dauert mindestens zwei Jahre (RAT 1986).

Literaturverzeichnis

BMJFG, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979: Bericht über die Arbeit der »Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes« im Beratungszeitraum vom 20.Februar 1979 bis zum 18. September 1979, Bonn.

BMJFG, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1981: Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung, Bonn.

BMJFG, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1983: Entwurf einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 9.11.1983, Bonn.

Deutscher Ärztetag, 1979: 82. Deutscher Ärztetag: Klare Mehrheitsbeschlüsse zur ärztlichen Ausbildung, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 22), 1479-1494, 1527-1535.

Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit, 1984: Protokoll der Informationssitzung zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Weiterbildung der Hausärzte am 17.10.1986, Protokoll Nr. 29.

Göbel, Eberhard/Schagen, Udo, 1980: Probleme und Entwicklungstendenzen der Ärzteausbildung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zeitschrift für Hochschuldidaktik 4 (Sonderheft 2), 225-243.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1977: Die praxisnahe Ausbildung zum Arzt ist gefährdet, in: Deutsches Ärzteblatt 74 (Heft 22), 1460-1472.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1979a: Ausbildungsziel: »Arzt«. Überlegungen und Vorbereitungen zu einer Reformierung des Medizinstudiums. Neue Konzeption für das Medizinstudium, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 2), 95-96.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1979b: Ausbildung zum Arzt, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 22), 1515-1527.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1982: Stand der Novellierung der Approbationsordnung, in: Deutsches Ärzteblatt 79 (Heft 23), 57-68.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1983: Die Situation der jungen Ärzte in der zweiten Hälfte der 80er Jahre, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (Heft 23), 47-56.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1984: Ausbildungsmodell: Vorurteile überwiegen. der arzt im krankenhaus 37 (Heft 2), 89-93.

Kleine Kommission, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979: Kurzniederschrift der 3. Sitzung vom 22.5.1979, Bonn.

ÖTV, Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, 1982: Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart.

Peiffer, Jürgen, 1979: Ausbildungsziel: Arzt. Überlegungen und Vorbereitungen zu einer Reformierung des Medizinstudiums. Vermittlung der grundlegenden Kenntnisse und Fertigkeiten, in: Deutsches Ärzteblatt 76 (Heft 2), 96-98.

Rat der Europäischen Gemeinschaft, 1986: Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin, in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 267/26-30 vom 19.9.1986.

Schagen, Udo (Hrsg.), 1980: Medizinerausbildung, Argument Studienheft 43, Berlin/West

Schagen, Udo, 1981: Ärztliche Aufgaben in der Zukunft. Die Diskussion um die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung. In: Organisierung zur Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 7, 31-43, Berlin/West

Schagen, Udo, 1987: Akzeptabel und unbefriedigend. Tarifergebnisse zum Arzt im Praktikum, in: Demokratisches Gesundheitswesen (Heft 3), 30-31.

Vilmar, Karsten, 1983: 1983 — Wende auch in der Gesundheitspolitik, in: Deutsches Ärzteblatt 80 (Heft 22), 17-27.

Wissenschaftsrat, 1976: Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, Köln.

Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (Hrsg.), 1977: ZVS-Info Wintersemester 1979/1980, Münster.

Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (Hrsg.), 1978: ZVS-Info Sommersemester 1978, Münster.

Maria Oppen

Ausländerdiskriminierung und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken

1. Die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Ausländer

Die Tatsache, daß ausländische Arbeitnehmer und ihre Familien in unserem Lande in vielfacher Weise benachteiligt werden, ist in vielen Bereichen des täglichen Lebens deutlich sichtbar. Sie müssen die unattraktivsten Jobs übernehmen, für die man deutsche Arbeitskräfte trotz Arbeitslosigkeit nicht finden kann. Körperliche Schwerarbeit, gesundheitsschädigende Umgebungsbedingungen wie Staub, Hitze oder giftige Chemikalien, Schicht- und Akkordarbeit sind einige Merkmale typischer »Ausländerjobs«. Gleichzeitig werden solche Arbeiten gering entlohnt, die entsprechenden Arbeitsplätze bieten kaum Qualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten und sind besonders krisenanfällig. Darüber hinaus ist hinlänglich bekannt, daß Ausländer sich mit ungünstigen bis unzumutbaren Wohnverhältnissen arrangieren müssen, daß sie erhebliche Anpassungsleistungen an hiesige Arbeits- und Lebensformen erbringen müssen, die besonders erschwert werden durch ausländerfeindliche Strömungen in der inländischen Bevölkerung und durch unsichere Zukunftsperspektiven.

Es liegt auf der Hand, daß eine solche Kumulation von ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu überproportionalen Krankheits- und Verschleißrisiken in der ausländischen Bevölkerung führen muß. Wissenschaftlich nachweisen läßt sich dies allerdings schwer. Denn die faktische Inanspruchnahme bzw. Unterinanspruchnahme von Institutionen der Gesundheitssicherung und die zumeist hieraus gewonnenen Krankheitsstatistiken weisen gewisse »Entdramatisierungseffekte« auf, die reale Problemlagen verdecken.

So traten in der *ersten Phase* der Arbeitsmigration besondere Gesundheitsprobleme der Ausländer zumindest statistisch gesehen nicht in Erscheinung. Denn die in den ersten Jahren zur Arbeitsaufnahme massenhaft angeworbenen Arbeitskräfte hatten eine sehr günstige Altersstruktur; sie waren überdurchschnittlich gesund und belastungsfähig als Ergebnis der strengen medizinischen Voruntersuchungen im Anwerbeland. Die »gesundheitliche Auslese« bezog sich nicht nur auf möglicherweise bestehende chronische Vorschädigungen und ansteckende Erkrankungen; im Vordergrund stand vielmehr die Eignung des Bewer-

bers für die mit der vorgesehenen Tätigkeit verbundenen besonderen gesundheitlichen Anforderungen und Belastungen (Reeg 1984). Die unterproportionale Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems durch die Arbeitsmigranten ist aber auch noch auf andere Faktoren zurückzuführen. Entsprechend dem ursprünglichen Rotationskonzept der Gastarbeiterpolitik war das Ziel der Migranten in der Hauptsache auf einen befristeten Aufenthalt in der Bundesrepublik ausgerichtet und darauf, in kurzer Zeit unter voller Ausschöpfung ihrer Leistungsreserven möglichst viel Geld zu verdienen. Hinzu traten erhebliche sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen der medizinischen Versorgung und die Unkenntnis der typischen Krankheitsbilder und Symptome von Gesundheitsstörungen, die in modernen Industriegesellschaften das Krankheitsspektrum bestimmen.

Die gesundheitlichen Risiken für Ausländer sind in ihrer ganzen Tragweite erst in der *zweiten Phase* nach dem Anwerbestop, in Verbindung mit länger anhaltendem Aufenthalt, Familiennachzug, zunehmenden Verbleibabsichten und einer längerfristigen Ausrichtung auf Erwerbstätigkeit in der Bundesrebpulik statistisch in Erscheinung getreten. Die Langzeitfolgen von unterprivilegierten Arbeits- und Lebensbedingungen führten zu einem erheblichen Anstieg von Krankheitsepisoden und Gesundheitsschäden. Mit der Abkehr von Teilen der Ausländer von einer nur kurzfristigen Erwerbsorientierung dürfte vermutlich auch die Einsicht in die Schutzfunktion verschiedener Leistungen der sozialen Sicherung (Krankschreibung, Kuraufenthalt) zur Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung und längerfristiger Erhaltung der Arbeitsfähigkeit gewachsen sein. So sahen sich ambulante und stationäre medizinische Einrichtungen zunehmend mit ausländischen Patienten konfrontiert.

In der jetzigen *dritten Phase* sind die Beschäftigungskrise und die Arbeitsplatzunsicherheit, mit der gerade die ausländischen Beschäftigten überproportional häufig konfrontiert sind, von erheblicher Relevanz für die rückläufige Entwicklung einiger Krankheitsindikatoren. Bei gegenwärtig unverändert hoher Arbeitslosigkeit in Verbindung mit der konservativen Wendepolitik ist dies weniger auf einen verbesserten Gesundheitszustand zurückzuführen. Vielmehr gibt es einerseits Anzeichen für einen Wandel in Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten als Anpassungsprozeß an veränderte Rahmenbedingungen (Oppen 1984). Die Sorge um den Arbeitsplatz, insbesondere, wenn hiervon die Aufenthaltsgenehmigung abhängt, erhöht die Barrieren zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und birgt die Tendenz zur Verschleppung von Erkrankungen und zur Aufschiebung von an sich

notwendigen Heil- und Behandlungsphasen in sich. Andererseits führt die verstärkte Ausgliederung von weniger belastungsfähigen und gesundheitlich vorgeschädigten Personen aus dem Beschäftigungssystem zu einer »Entdramatisierung« der Krankheitsstatistiken. Krankheit als Selektionskriterium auf dem Arbeitsmarkt kann für viele Ausländer gleichzeitig als Impuls oder Zwang zur Rückwanderung wirksam werden. Im Verbund mit der gegenwärtigen Politik der »Rückkehrhilfen« werden somit die Folgekosten des Verschleißes von Arbeitsvermögen, des Aufbrauchs von Gesundheit im nationalen Maßstab externalisiert bzw. auf die Herkunftsländer verlagert, wenn vor allem ältere und/oder gesundheitsbeeinträchtigte Erwerbspersonen zur Rückwanderung veranlaßt werden können. Gegenwärtig überlagern solche politischen und ökonomischen Faktoren die ansteigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Ausländer.

Nichtsdestoweniger ist der globale Trend einer eklatanten Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der ausländischen Arbeitnehmer in unserem Land gegenüber den Anfangsjahren der Migration ungebrochen; das Problem der gesundheitlichen Deprivation stellt sich zum Teil schon jetzt gegenüber der inländischen Erwerbsbevölkerung erheblich stärker, trotz der immer noch günstigeren Altersstruktur unter den Ausländern:

— der Krankenstand der Ausländer ist seit Mitte der 60er Jahre um mehr als 100 % angestiegen und liegt seit 1977 durchgängig erheblich über demjenigen der Inländer.
— Die Arbeitsmigranten müssen durchschnittlich häufiger und länger als Deutsche im Krankenhaus medizinisch behandelt werden (Koen u.a. 1986).
— Ausschlaggebend für die gegenüber der deutschen Erwerbsbevölkerung erhöhten Krankheitsraten ist ein enges, wohl definierbares Spektrum von Krankheitsarten. Schon sehr früh zeigten Statistiken um das doppelte bis dreifache erhöhte Arbeitsunfallraten sowie einen überproportionalen Anteil von Magen-Darm-Erkrankungen. Inzwischen treten aber auch erheblich häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparates bei beiden Geschlechtern sowie Harnwegserkrankungen und Geschlechtsorganerkrankungen und Komplikationen der Schwangerschaft bei den ausländischen Frauen auf (Oppen 1986).
— Viele dieser Diagnosen verweisen auf die Problematik chronischer Erkrankunge; nach Selbsteinschätzung ist z.B. unter Türken trotz erheblich niedrigeren Durchschnittsalters der Anteil chronisch Kranker fast genauso hoch wie unter Deutschen (Koen u.a. 1986).

— Dementsprechend haben auch die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in der Arbeiterrentenversicherungen unter den Ausländern im Zeitraum von 1976 bis 1982 um mehr als 100 % zugenommen.
— Auch erreicht nur eine Minderheit der Migranten die normale Altersgrenze als Berufstätige; rund 70 % aller Rentenzugänge unter den ausländischen Arbeitern waren Frührentner wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, aber nur 50 % unter den deutschen Arbeitern (Verband der Rentenversicherungsträger 1986).

Obwohl sich dieses Bild einer dramatischen Entwicklung der gesundheitlichen Lage unter den Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik inzwischen immer deutlicher zusammenfügt, ist eine »Ursachenforschung« nur in Ansätzen vorhanden, ganz zu schweigen von der Entwicklung tragfähiger sozialpolitischer Konzepte. Im Gegenteil tragen viele der medizinischen aber auch medizinsoziologischen Beiträge zu diesem Thema eher dazu bei, durch »Umdefinition« der gesundheitlichen Problemlage der Arbeitsmigranten von den eigentlichen Ursachen abzulenken (Warnach 1984). So werden die Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung vorrangig auf Sprachschwierigkeiten und mangelnde Kooperationsbereitschaft der Ausländer sowie auf die kulturelle Prägung von Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten zurückgeführt. Ausländerspezifische Beschwerdebilder finden vorschnell ihre Erklärung im sogenannten Migrationsstreß (Trennung von der gewohnten und Eingewöhnung in die neue soziale und kulturelle Umgebung) oder in der mißlungenen Anpassung. Offen diskirminierende Ausprägung erhält die Debatte da, wo Ausländer nicht nur ihre gesundheitliche Misere selbst verschulden, sondern auch noch des »Mißbrauches unseres Sozialversicherungssystems« bezichtigt werden. Solche individualisierenden, kulturzentrierten und diskriminierenden Umdefinitionen und Etikettierungen gesundheitlicher Problemlagen von Ausländern legen entsprechende »Problemlösungen« nahe, die von der Aufforderung zu stärkeren Anpassungsbemühungen, über Kontrollstrategien bis hin zur Repatriierung als alleinigem Heilmittel gegen psychosomatische »Heimwehreaktionen« reichen.

In Abgrenzung zu derartigen sigmatisierenden Deutungsmustern soll im folgenden der Einfluß der »strukturellen Ungleichheit« der Arbeitsmigranten hinsichtlich Belastungen und Zumutungen in der Arbeitswelt auf ihre Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken herausgearbeitet werden.

2. *Beschäftigungschancen und Gesundheitsrisiken*

Unumstritten und vielfach belegt ist, daß Ausländer nicht in gleicher Weise vorhandene betriebliche Positionen und Berufe bekleiden wie die deutschen Beschäftigten. Zu Beginn ihrer Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland standen ihnen insbesondere jene Arbeitsplätze offen, die für die deutschen Beschäftigten am unattraktivsten waren. Denn mit der Erschließung der ausländischen Arbeitsmarktreserven wurden Mobilitätsprozesse der Inländern inganggesetzt, wobei sie aufgrund einer veränderten Nachfrageentwicklung die Arbeitsplätze mit den klassischen industriellen Belastungen der unmittelbaren Produktion verlassen konnten. Diese Entwicklung war dadurch gekennzeichnet, daß aufgrund des technologischen Fortschritts einerseits die Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten in Bereichen der industriellen Produktion anstiegen und andererseits der Angestelltenanteil dadurch die Expansion des Dienstleistungsbereichs in den Unternehmen und des Dienstleistungssektors zunahmen. Die Effekte der arbeiterleichternden technologischen Entwicklung und der Strukturverschiebungen kamen einseitig den deutschen Arbeitnehmern zugute, während den Ausländern die weiterexistierenden alten Formen der belastungsintensiven Arbeit aufgebürdet wurden. Auch aufgrund ihres niedrigeren Bildungsniveaus und mangelnder Sprachkenntnisse mag es zunächst nahegelegen haben, die angeworbenen Ausländer an solchen Arbeitsplätzen mit geringen qualifikatorischen Anforderungn und kurzen Einarbeitungszeiten einzusetzen.

Zudem wurden verschiedentlich Entwicklungen beobachtet (Osterland u.a. 1973; Gaitanides 1983), in deren Verlauf sich das Ausmaß von Belastungen (nicht nur) an solchen typischen Ausländerarbeitsplätzen noch erhöht hat. Technischer Wandel führte zu weiteren Anstrengungen der Extensivierung der Maschinenauslastung (Zunahme der Schichtarbeit, Überstunden) und der Intensivierung der Arbeit (Arbeitsgeschwindigkeit, weitere arbeitsorganisatorische Zerlegung von komplexeren Verrichtungen). Der Druck der internationalen Reserve und die höhere Belastbarkeit der Ausländer, die durch ihre gesundheitliche Auslese, ihre Altersstruktur und ihre anfänglich kurzfristigen Interessen bedingt war, ermöglichte eine solche Ausdehnung der produktivitätssteigernden Arbeitsmethoden. Dies hat zur Herausbildung eines ausländerspezifischen Arbeitsmarktsegmentes im Verlauf der Arbeitsmigration mit beigetragen. Die deutschen Arbeitskräfte wollen und können sich teilweise nicht den mit Unterstützung des Rotationssystems in der Ausländerpolitik entstandenen Arbeitsbedingungen unter der

Perspektive der längerfristigen Erhaltung ihrer Erwerbsfähigkeit unterwerfen. Auch heute noch haben ausländische Beschäftigte sehr eingeschränkte Aufstiegschancen und nehmen hinsichtlich vieler Dimensionen wie Belastung, Qualifikation, Status, Verdienst und Arbeitsplatzsicherheit die untersten betrieblichen Positionen ein; und dies, trotz inzwischen besserer Sprachkenntnisse, erworbener Industrieerfahrung und/oder adäquaterer Ausbildung, als dies zunächst bei der neu angeworbenen ersten Generation der Arbeitsmigranten der Fall war. Ausländer konzentrieren sich stärker auf das verarbeitende Gewerbe als ihre deutschen Kollegen. Dementsprechend sind sie im Dienstleistungssektor stark unterrepräsentiert. Über 80 % aller Ausländer sind Arbeiter. Unter den Arbeitern ist wiederum der Anteil der Qualifizierten (Facharbeiter, Vorarbeiter, Meister) bei den Ausländern nur halb so groß wie bei den Deutschen. Gleichermaßen ist auch der Anteil der Ausländer an den Auszubildenden erheblich geringer, als dies ihrem Anteil an den Jugendlichen der entsprechenden Altersgruppe entsprechen würde. Auch eine zukünftige Verbesserung der Qualifikationsstrukturen der Ausländern steht damit in Frage.

Tabelle 1 Verteilung der deutschen und ausländischen Versicherten auf berufliche Positionen und AU-Tage pro 100 Versicherte im Jahr

	Deutsche		Ausländer		Abw.
	Vers. in %	AU-Tage/ 100 Vers.	Vers. in %	AU-Tage/ 100 Vers.	AU-Tage Dt. =100
Un- und Angelernte	33,2	2571	66,3	3170	+ 23,3
Facharbeiter	22,8	2070	16,7	2619	+ 26,5
Meister/Poliere	0,7	1711	(0,2[1])	(1239)	(− 27,6)
Angestellte	22,1	1717	8,2	2025	+ 17,9
Auszubildende	6,6	1534	1,4	1560	+ 1,7
Teilzeit <20 Std.	3,1	1147	5,1	2550	+ 122,2
Teilzeit > 20 Std.	10,3	1716	1,6	2402	+ 39,9
Insgesamt	100,0	2058	100,0	2917	+ 47,7

[1] Bei dieser Gruppe handelt es sich um 10 Versicherte

Quelle: Berechnet auf der Basis von Daten der AOK Berlin, 1981

Aus dieser Ungleichverteilung in den Beschäftigungschancen ergeben sich erste plausible Erklärungen für die überdurchschnittlichen Erkrankungsrisiken der Ausländer.

Der um mehr als 40 % höhere Krankenstand der Ausländer gegenüber den deutschen Beschäftigten erklärt sich knapp zur Hälfte aus Struktureffekten: unter den Ausländern sind all diejenigen Statusgruppen, für die jeweils unterdurchschnittliche Gesundheitsrisiken bestehen (Teilzeitbeschäftigte, Auszubildende, Angestellte, Facharbeiter) unterrepräsentiert; nur der Anteil der un- und angelernten Arbeiter, die auch unter den deutschen Beschäftigten den mit Abstand höchsten Krankenstand aufweisen, ist bei den Ausländern rund doppelt so hoch wie bei den Deutschen.

Entsprechend dem hohen Anteil gewerblicher Beschäftigter unter den Ausländern unterscheiden sie sich auch im Hinblick auf die Besetzung von Berufsgruppen ganz erheblich von ihren deutschen Kollegen. Die Beschäftigungsschwerpunkte der Ausländer liegen gerade auf solchen produktionsnahen Berufstätigkeiten, innerhalb derer auch die deutschen Beschäftigten häufig überdurchschnittlich hohe Arbeitsunfähigkeitsquoten aufweisen wie im Falle der verschiedenen Metallberufe, der Lager- und Transportarbeiter, der Hilfs- und Bauhilfsarbeiter. Umgekehrt läßt sich für die wenigen Berufsgruppen mit niedrigen Krankenstandswerten, in denen auch Ausländer beschäftigt sind, erkennen, daß dort auch ihr Krankenstand besonders niedrig liegt, zum Teil sogar unter dem ihrer deutschen Kollegen.

Tabelle 2: Verteilung von Ausländern und Deutschen nach ausgewählten Berufsgruppen und Arbeitsunfähigkeitsindikatoren pro 100 Versicherte

Berufe	Ausländer			Deutsche		
	Vers. in %	AU-Tage	AU-Fälle	Vers. in %	AU-Tage	AU-Fälle
Raum-/Hausratsreiniger	10,0	3065	159	5,1	2375	117
Metallerzeuger	8,7	3377	195	2,2	2397	145
Ernährungsberufe	4,4	3599	205	2,0	2547	135
Montierer/Elektromontierer	4,2	4521	197	1,1	2988	147
Chemie-/Kunststoffverarbeiter	3,6	3303	205	1,3	2285	137
Lager-/Transportarbeiter	3,6	2880	185	2,7	2816	128
Hilfsarbeiter	3,4	3297	213	1,2	3855	196
Verkäufer	2,6	1544	103	7,9	1747	95
Gesundheitsberufe	2,1	1605	97	4,4	1731	86
Bürofachkräfte	1,8	1909	98	7,6	1528	86
Alle Berufe		2916	161		2058	110

Quelle: Berechnet auf der Basis von Daten der AOK Berlin, 1981

Aus verschiedenen Untersuchungen und Berichten (Ranneberg u.a. 1981; Demmer und Küpper 1984) läßt sich abschätzen, daß in den typischen Schwerpunktbereichen der Ausländerbeschäftigung verschiedene, als gesundheitsrelevant erkannte Belastungen und Anforderungen in besonderem Maße kumulieren, was hier nur exemplarisch angedeutet werden kann. Nach wie vor ist ein Teil dieser Berufsgruppen von körperlicher Schwerarbeit oder einseitig belastender Arbeit betroffen (Metallerzeuger, Lager- und Transportarbeiter, Ernährungsberufe). Einige müssen unter besonders ungünstigen Umgebungsbedingungen wie z.B. Hitze, Kälte, Zugluft, Lärm, Gase oder Dämpfe arbeiten (Metallerzeuger, Lager-und Transportarbeiter) oder haben regelmäßig Umgang mit gesundheitsschädigenden Arbeitsstoffen (Chemie-Kunststoffverarbeiter, Ernährungsberufe, Raumreiniger). Einige dieser Arbeitsplätze sind gekennzeichnet durch taktgebundene Arbeit mit geringen Vorgabezeiten, Akkord und Nacht- und Schichtarbeit. Die hierbei häufig auftretende Kombination von Reizarmut (Monotonie) bei gleichzeitig hohen Konzentrationsanforderungen und rigider Kontrolle bringt auch erhebliche psychische Belastungen mit sich (Elektromontierer, Ernährungsberufe).

Die hier für typische Ausländerjobs qualitativ ermittelten besonderen Belastungskumulationen werden durch breit angelegte Untersuchungen quantitativ gestützt. Überdurchschnittlich hohe Ausländerquoten sind in Großbetrieben mit über 500 Beschäftigten anzutreffen (Gaugler u.a. 1978). Entsprechend ist auch ihr Anteil in der Großserienfertigung mit hoch standardisierten, monotonen Verrichtungen erheblich höher (28 % versus 16 % der Deutschen). 40 % der Ausländer, aber nur 32 % der deutschen Arbeiter arbeiten im Akkord- oder Prämienlohn und damit unter stärkerem Zeitdruck. Des weiteren liegt der Anteil der in der Regel gesundheitlich stärker beanspruchten Schichtarbeiter im gewerblichen Bereich mit 47 % deutlich über dem der deutschen Beschäftigten mit 39 %. Insgesamt 20 % der deutschen, aber 36 % der ausländischen Erwerbstätigen sind in Berufen mit hoher bzw. sehr hoher Gesamtbelastung beschäftigt (Henniges 1981).

Neben dieser rein verteilungsmäßigen Benachteiligung der Ausländer durch ihre Konzentration auf besonders gesundheitsgefährdende Berufe werden häufig weitere belastungsrelevante Diskriminierungsformen beobachtet, die innerhalb homogener Berufsgruppen oder betrieblicher Abteilungen wirksam werden (Gaitanides 1983; Hoffmann und Even 1985). Bestimmte Nachteile am Arbeitsplatz werden überproportional häufig auf Ausländer verlagert durch Anweisungsbefugnisse der Vorgesetzten einerseits und kommunikative Aushandlungsprozesse mit den

Vorgesetzten andererseits, bei denen die Ausländer gegenüber ihren deutschen Kollegen die geringeren Interventionschancen haben.

— Innerhalb von Abteilungen werden die besonders belastenden und gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeiten zuungunsten der Ausländer aufgeteilt.
— Ihnen werden häufig die älteren und störungsanfälligeren Maschinen und das schlechtere Material zugeteilt. Akkordvorgaben sind daher schwerer zu erfüllen, entsprechende Ausfallzeiten werden ihnen nur unter Schwierigkeiten angerechnet.
— Ausländer werden häufiger als Deutsche kurzfristig umgesetzt (innerbetriebliche Manövriermasse). Bei längerfristigen Umsetzungen auf Arbeitsplätze mit leichterer und weniger belastender Tätigkeit werden dagegen ihre deutschen Kollegen vorgezogen.
— Die Barrieren zum Aufstieg in Vorgesetztenpositionen sind häufig unüberwindlich. Im Gegenteil sind bei Ausländern innerbetriebliche Mobilitätsprozesse häufiger mit Lohneinbußen verbunden.
— Ausländer sind stärker von betrieblichen Entlassungen in Phasen von Personalabbau betroffen.

Festzuhalten bleibt somit, daß die höheren Erkrankungsraten der Ausländer gegenüber den deutschen Beschäftigten zum einen der strukturellen Benachteiligung der Ausländer bezogen auf berufliche Tätigkeiten und betriebliche Statusgruppen geschuldet sind. Zum anderen sind sie aber auch innerhalb homogener Berufs- und Statusgruppen besonderen Diskriminierungsformen unterworfen, die zu einer Verschärfung ihrer Belastungssituation führen. So erscheint vor dem Hintergrund höherer Betroffenheit von körperlicher Schwerarbeit, ungünstigeren Umgebungsbedingungen, restriktiver Arbeit unter Zeitdruck die größere Verbreitung von Krankheiten des Bewegungsapparates als auch der Atmungsorgane unter den Ausländern plausibel. Auch die erhöhten Fallzahlen infolge Magen-Darm-Erkrankungen lassen sich zumindest teilweise als Folgen arbeitsbedingter Belastungskumulationen wie Arbeitsplatzunsicherheit, Nacht- und Schichtarbeit oder Arbeit unter Zeitdruck interpretieren.

Nun stellt sich aber die Frage, wie es dazu kommt, daß der größte Teil der Ausländer über Zeit auf die produktionsnahen und instabilen Positionen der Randbelegschaft festgelegt werden konnte, womit ihnen gleichzeitig die damit verbundenen erhöhten Gesundheitsrisiken überproportional aufgebürdet werden. Die Gründe liegen weniger in Merkmalen, die diesen Arbeitnehmergruppen selbst zugeschrieben werden, wie Sprachdefizite, geringes Qualifikationsniveau oder ökonomisch orientiertes Erwerbsverhalten. Vielmehr ist der weitgehende Ausschluß

von beruflichen Qualifizierungs- und Aufstiegschancen überwiegend Ergebnis betrieblicher Personalpolitik im Verbund mit staatlicher Ausländerpolitik (Dohse 1981). Die Ausländerpolitik steuert auf gesamtwirtschaftlicher Ebene die Beschäftigung der Ausländer entsprechend der Wirtschaftslage und der Arbeitsmarkterfordernisse. Dies geschieht vor allem durch eine restriktive Handhabung des Aufenthalts- und Arbeitserlaubnisverfahrens für Ausländer, die nicht in den EG-Staaten beheimatet sind. Sie verfügen nur zu einem geringen Prozentsatz (1984: 3,4 %; Wahle-Homann 1984) über einen verfestigten Aufenthaltsstatus, der sie vor Ausweisung schützt. Für alle anderen können zur Verweigerung der Aufenthaltsverlängerung oder zur Ausweisung Gründe wie Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfebedürftigkeit geltend gemacht werden. Weiterhin haben nur rund 50 % dieser Ausländer einen verfestigten arbeitsrechtlichen Status, der ihnen die Aufnahme einer angestrebten Beschäftigung gestattet. Ansonsten liegt es im Ermessen der Behörden, die Arbeitserlaubnis »bedarfsgerecht« zu steuern, d.h. zu versagen, sofern für die gewünschte Tätigkeit deutsche Arbeitskräfte zur Verfügung stehen (Inländerprimat). Auch das in jüngster Zeit durchgeführte staatliche Rückkehrförderungsprogramm (»Rückkehrprämie und Rückerstattung der Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung«) und andere diskutierte Maßnahmen, die sich vor allem gegen die Türken richten, führen zu weiterer Verunsicherung und sozialem Druck, die die rechtlich unsichere Lage der Ausländer zumindest ideologisch verfestigen. Ausländern bleiben damit tendenziell auf dem Arbeitsmarkt, aber auch im einzelnen Betrieb »Manövriermasse« für die Besetzung ungünstiger Arbeitsplätze und die flexible Anpassung an Arbeitsmarktschwankungen.

Für die betriebliche Personalpolitik ist die Diskriminierung der Ausländer als Teil der Randbelegschaft zudem ein Instrument zur Herrschaftssicherung. Es wird versucht, die konfliktfähigeren und organisierten Bereiche unter den Arbeitern durch Privilegierung in ein Kooperationsverhältnis zu integrieren (Stammbelegschaft). Aufgrund von Selektionskriterien bei innerbetrieblichen Qualifizierungs- und Aufstiegsprozessen werden diese Teile der Belegschaft oft in dieser Hinsicht bevorzugt. Ausländern, die aufgrund ihrer rechtlich unsicheren Lage in Bezug auf Aufenthalts-und Arbeitserlaubnis zu den weniger konfliktfähigen Beschäftigungsgruppen zählen, bleiben daher tendenziell Qualifizierungsmaßnahmen verschlossen. Als gering qualifizierte Mitglieder von Randbelegschaften sind diese zumeist auch als erste von Freisetzungen betroffen. Hohe Fluktuationsraten und unsichere Verbleibabsichten werden dann wiederum häufig als Begründung für die Nichtberücksich-

tigung bei innerbetrieblichen Anlern- und Weiterbildungsmaßnahmen angeführt, mit Verweis auf den möglichen Verlust der Humankapitalinvestitionen.

Die verschiedenen Formen von Benachteiligung am Arbeitsplatz haben offensichtlich in den vergangenen Jahren gleichbleibend hoher Arbeitslosigkeit immens zugenommen. Vor dem Hintergrund wachsender gesellschaftlicher Ausländerfeindlichkeit und Ausländerverdrängungspolitik erscheint eine solche Ungleichbehandlung durch die Vorgesetzten als durchaus legitimiert, zumal die Arbeitsmigranten mit einer solidarischen Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Interessen durch deutsche Kollegen wie auch durch die betriebliche Interessenvertretung weniger rechnen können, als noch vor ein paar Jahren (Hoffmann und Even 1985). Denn die Existenz der Ausländer wird vielfach als Bedrohung der Arbeitsplatzsicherheit der deutschen Beschäftigten verstanden; die Duldung der Ausländer ist nur dann einsichtig, wenn sie die Tätigkeiten verrichten, für die sich Inländern nicht bereit finden. Aber auch die betroffenen Ausländer selbst nehmen Ungleichbehandlung und Unterdrückung ohne nennenswerte Gegenwehr unter dem Druck der Arbeitsmarktlage hin. Die allgegenwärtige Entlassungsdrohung, ob ausgesprochen oder nur subjektiv antizipiert, verringert das Handlungspotential der Ausländer noch zusätzlich und führt zur Inkaufnahme aller möglichen Zumutungen. Daß diese Situation nicht nur eine Verschärfung objektiv gesundheitsrelevanter Belastungsdimensionen am Arbeitsplatz impliziert, sondern daß solche Diskriminierungserfahrungen und die Aussichtslosigkeit des Kampfes dagegen ebenso die Gefahr psychosomatischer Erkrankungen in sich bergen, muß nicht besonders betont werden.

Exkurs: Es trifft nicht alle Ausländer gleich

Ganz besonders benachteiligt in bezug auf Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken sind die Türken einerseits und die ausländischen Frauen andererseits.

Die für Ausländer allgemein anzutreffenden strukturellen Benachteiligungen und Diskriminierungsformen verschärfen sich für diese beiden Teilgruppen aufgrund je spezifischer Sonderbedingungen. Für beide Gruppen gilt gleichermaßen, daß ihr Spektrum beruflicher Möglichkeiten noch enger begrenzt ist auf unqualifizierte belastungsintensive Tätigkeiten in der industriellen Güterproduktion und auch dort ihre Aufstiegsmöglichkeiten in Facharbeiterpositionen noch weit geringer sind, als dies für die Arbeitsmigranten insgesamt dargestellt wurde.

Tabelle 3: Vergleich der AU-Indikatoren nach Ausländergruppen, Geschlecht und Alter

Alter		Männer		Frauen	
		Türken	Südeuropäer	Türken	Südeuropäer
AU-Tage pro 100 Vers.	bis 29	2345	1271	3239	2569
	30 bis 44	2954	2691	4014	3024
	> 44	2803	3504	3257	4427
	insgesamt	2945	2663	3683	3135
AU-Fälle pro 100 Vers.	bis 29	195	111	204	175
	30 bis 44	169	131	193	164
	> 44	161	139	167	113
	insgesamt	174	130	195	159

Quelle: Berechnet auf der Basis von Daten der AOK Berlin, 1981

Für die besonders unterprivilegierte Position *türkischer Arbeitnehmer* sind sowohl spezifische Qualifikationsdefizite als auch ihre objektiv schwache Position in der Abwehr von Benachteiligungen von Bedeutung. Der Anteil derjenigen, die im Heimatland eine Berufsausbildung absolviert haben, ist unter den Türken niedriger als z.B. unter den Jugoslawen. Zumal herausgestellt wird, daß gerade die Berufsausbildung in der Türkei keine der deutschen adäquate Formalqualifikation darstelle aufgrund der häufig fehlenden Industrieerfahrung und unterschiedlicher Ausbildungssysteme. Tatsächlich müssen Türken stärkere Dequalifizierungsprozesse zwischen Facharbeiterstatus im Heimatland und Eintrittsbeschäftigung in der Bundesrepbulik hinnehmen. Zudem weisen sie auch eine geringere Aufstiegsquote auf. Während unter den türkischen Migranten im Zeitraum von 1972 bis 1980 der Anteil der qualifizierten Arbeiter nur um rund 2 % zugenommen hat, lag dieser Anstieg bei den anderen Nationalitäten zwischen 10 % und 25 % (Gaitanides 1983).

Die Benachteiligung von Türken im Rahmen betrieblicher Personalpolitik ist jedoch nicht allein an Qualifikationsmerkmalen orientiert. So ist es keine Einzelbeobachtung, daß diskriminierende Arbeitskräfte-Einsatzstrategien damit legitimiert werden, daß Türken aufgrund des wirtschaftlichen Entwicklungsstandes und der religiösen Besonderheiten ihres Herkunftslandes besonders anspruchsarm seien (Hoffmann/Evev 1985). Die ihnen zugeschriebene besondere Leistungswilligkeit und Anpassungsfähigkeit, die sie zur Ausführung monotoner, belastungsintensiver und unangenehmer Tätigkeiten als geeignet erscheinen läßt, ist aber sicherlich weniger eine Frage ihrer Mentalität, als

vielmehr Folge ökonomischer Zwänge. Türken sind stärker noch als andere Ausländergruppen gewzungen, alle möglichen Zumutungen und Belastungen am Arbeitsplatz hinzunehmen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Stabile Beschäftigungs- und gesicherte Einkommensverhältnisse sind aber gerade für Türken zentrale Voraussetzung für einigermaßen kalkulierbare Zukunftsperspektiven in der Bundesrepublik. Denn als Nicht-EG-Mitglieder ist ihr Rechtsstatus besonders unsicher und die Ausländerfeindlichkeit richtet sich vor allem gegen Türken als größte Gruppe unter den Arbeitsmigranten. Eine Rückkehr ist aber gerade für sie besonders aussichtslos, da die Türkei noch weniger als andere Herkunftsländer eine Perspektive für die vom inländischen deutschen Arbeitsmarkt Verdrängten bietet.

Die gesundheitliche Lage der Ausländerinnen läßt sich angemessen nur interpretieren als Ergebnis ihrer »doppelten Diskriminierung« in der Gesellschaft: als Frau und als Ausländerin. Im Beschäftigungssystem liegt die besondere Benachteiligung darin begründet, daß die Arbeitsmigrantinnen im Bereich der industriellen Güterproduktion als Frauen systematisch von den qualifizierteren, besser verdienenden und weniger von Freisetzung bedrohten Stammbelegschaften ausgeschlossen sind. Dementsprechend haben Ausländerinnen (ähnlich wie ihre deutschen Geschlechtsgenossinnen) gegenüber ihren Männern noch geringere Aussichten auf Facharbeiterpositionen im produktionsnahen Bereich (4 % gegenüber 17 %). Zweitens sind sie als Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen von Beschäftigungschancen im Dienstleistungssektor weitgehend ausgenommen. Denn für die meisten dieser Berufe mit einem hohen Anteil an kommunikativen Tätigkeiten ist Grundvoraussetzung, die deutsche Sprache in Wort und Schrift zu beherrschen. Gerade Ausländerinnen mit relativ kurzer Aufenthalts- und Beschäftigungsdauer in der Bundesrepublik konnten bisher häufig keine ausreichenden sprachlichen Kompetenzen entwickeln. Des weiteren stehen vor allem Frauen als später nachgereiste Ehepartner oft noch unter speziellen Sperregelungen am Arbeitsmarkt, die ihnen den Zugang zu solchen Arbeitsplätzen, für die deutsche Kräfte zur Verfügung stehen, versperren.

In der erwerbsarbeitsfreien Zeit ergibt sich die doppelte Diskriminierung der Migrantinnen einmal daraus, daß sie als Frauen zusätzlich den überwiegenden Teil der Familien- und Hausarbeit übernehmen müssen, der ihre Spielräume für Entspannung und Erholung auf ein Minimum reduziert. Aufgrund ökonomischer Zwänge haben Ausländerinnen weniger die Möglichkeit als deutsche Frauen, sich je nach Lebens- und Familienphase zeitlich begrenzt aus der Erwerbstätigkeit zurückzuziehen.

So ist der Anteil der Mütter etwa doppelt so hoch wie unter den deutschen erwerbstätigen Frauen, ganz abgesehen davon, daß Ausländerinnen durchschnittlich mehr Kinder zu betreuen haben. Die Notwendigkeit, den widersprüchlichen Anforderungen aus Erwerbs- und Erziehungsarbeit in der Familie gerecht werden zu müssen, betrifft daher Ausländerinnen anteilsmäßig stärker. Zum anderen stehen sie als Ausländerinnen vor der Situation, ihre Familienaktivitäten in einem Wohnumfeld erledigen zu müssen, welches zumeist den hier üblichen Mindeststandards in keiner Weise entspricht. Beengte Wohnverhältnisse und minderwertige Wohnqualität kennzeichnen die Situation von rund 50 % der Ausländer, aber nur von 5 % der Deutschen (Forschungsverbund 1979).

3. Perspektiven der Gesundheitssicherung

Da die Bundesrepublik längst für große Teile der Wanderarbeiter zum Einwanderungsland geworden ist, lassen sich die Folgen des jahrelangen, arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes nicht einfach ignorieren oder in die Herkunftsländer der Migranten »exportieren«, was offensichtlich manche als Nebeneffekt der »Rückkehrförderung« erhofft haben. Die Inkaufnahme aber einer Verschiebung der Systemprobleme des Arbeitsmarktes und der Defizite menschengerechter Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsanforderungen auf ethnische Minderheiten (aber auch auf andere gesellschaftliche Teilgruppen wie z.B. Frauen) kann zur Entstehung erheblicher sozialer Konfliktpotentiale beitragen und führt zu bedeutenden Folgekosten im System der sozialen Sicherung.

Die Ursachen ausländerspezifischer Gesundheitsrisiken verweisen auf eine Problemstruktur, deren Bearbeitung Maßnahmen erfordern würde, die über die üblicherweise als Ergebnis der Ausländergesundheitsforschung im Vordergrund stehenden Forderungen nach einer Verbesserung der sozialen und medizinischen Versorgung und einer systematischen Berücksichtigung kultureller und sozialer Besonderheiten des ausländischen Patientenkollektivs — so notwendig dies auch ist — hinausreichen. Denn es ist hinlänglich bekannt, daß die kurative, naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin längst an ihre Grenzen gestoßen ist, insbesondere was die Heilung der modernen Volkskrankheiten mit überwiegend chronischem Verlauf anbelangt. Erfolgversprechender ist hier die Entwicklung und Umsetzung primär präventiver Konzepte, die auf die Bekämpfung der komplexen Entstehungsbedingungen von typischen Krankheitsmustern in hoch entwickelten Industriegesellschaften

gerichtet sind. Im Zentrum einer realistischen Politik, die die Verbesserung der sozialen und damit der gesundheitlichen Lage der Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik zum Ziel hat, müßten vor allem drei Bereiche »struktureller Prävention« stehen:

Erstens muß der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit, die zukünftig im Zuge sinkender Wachstumsraten und weiterer Rationalisierung eher zunehmen wird, mit einer konsequenten Arbeitsumverteilung durch Arbeitszeitverkürzung begegnet werden. Denn drohender Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit, von denen Ausländer besonders hart betroffen sind, müssen einerseits selbst als Krankheitsauslöser angesehen werden. Andererseits führen die gegenwärtig vorherrschenden Positionen zur Lösung der Arbeitsmarktprobleme durch Verdrängung unter anderem der Ausländer (aber auch der Frauen und älteren Arbeitnehmer) vom deutschen Arbeitsmarkt zu einer Spaltung der Arbeitsbevölkerung. Die Vorstellung von der Abwälzung von Risiken auf einzelne Beschäftigtengruppen, für die »Alternativen« zur Erwerbsrolle gesellschaftlich definiert werden, birgt die Gefahr der Erosion der gewerkschaftlichen Solidarität und Stärke im Kampf um die Sicherung von Arbeitsverhältnissen und um humanere Arbeitsbedingungen in sich und bildet gleichzeitig den Nährboden für wachsende Ausländerfeindlichkeit in der Bevölkerung.

Zweitens ist eine veränderte Perspektive in der Ausländerpolitik notwendig, die die vertikalen Integrationsdefizite und die damit verbundene ausländerspezifische Ungleichverteilung von Lebenschancen und Erkrankungsrisiken anzugehen sucht. Einseitige Bemühungen um verbesserte Aus- und Weiterbildungschancen der Ausländer, um ihre Zugangsvoraussetzungen zu qualifizierteren, weniger rationalisierungsbedrohten und gleichzeitig weniger verschleißenden Arbeitsplätzen zu verbessern, sind zwar notwendige, aber keine hinreichenden Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Denn zur Perpetuierung der Segmentation am Arbeitsplatz, der unter gesundheitsstrategischen Gesichtspunkten wesentliche Bedeutung beigemessen werden muß, trägt vor allem der unsichere Status der Ausländer hinsichtlich Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis bei als Ergebnis der staatlichen ausländerpolitischen Maßnahmen. Notwendig ist daher eine allseitige, auch administrative und rechtliche Anerkennung der faktischen Einwanderung großer Teile unter den Arbeitsmigranten (z.B. durch Niederlassungsrecht und unbeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt). Dies ist Voraussetzung für die Konstituierung von Handlungssituationen mit realer Zukunftsperspektive, die einerseits den Zwang zu einer eher kurzfristigen, extensiven Erwerbs- und Leistungsorientierung unter Inkaufnahme aller mögli-

chen Zumutungen für Gesundheit und Wohlbefinden an typischen Ausländerarbeitsplätzen lockern. Damit würde auch ein gewisser Druck für die Betriebe entstehen, die lange Zeit vernachlässigte Humanisierung typischer Ausländerarbeitsplätze in Angriff zu nehmen. Andererseits können aber Arbeitsmigranten erst nach existenzieller Absicherung Gesundheitsorientierungen entwickeln, die sich auf die möglichst lebenslange Erhaltung von Leistungs-und Erwerbsfähigkeit richten. Denn gegenwärtig führt die Rechtsunsicherheit der Ausländer zu einer Situation, die als »Inversion des Sozialstaatsprinzips« (Dohse 1986) bezeichnet werden kann. Die Risiken aus abhängiger Beschäftigung, die eigentlich durch staatliche Sozialleistungen abgefedert und kompensiert werden sollen, wie Krankheit, Leistungsminderung und Alter, bieten gleichzeitig Anlaß für weiteren staatlichen Druck und steigern die existenzielle Unsicherheit. Solange die auch nur vorübergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu betrieblicher Kündigung berechtigt und Arbeitslosigkeit und Krankheit die Rechtsunsicherheit der Ausländer verschärfen, stellt ein gesundheitsbewußtes Verhalten im Sinne von rechtzeitiger Inanspruchnahme medizinischer Behandlung oder ärztlicher Krankschreibung ein zusätzliches Risiko für die Ausländer dar.

Drittens müßten — will man eine allmähliche Angleichung der sozialen Lage der Minderheiten erreichen — über die Sicherung des Rechtsstatus auf Gesetzesebene hinaus perspektivisch gezielte Förderungs- und Gleichstellungsmaßnahmen entwickelt werden, wie sie zur Zeit in der Frauendebatte diskutiert und eingeführt werden. Denn das bereits im bundesdeutschen Grundgesetz und Arbeitsrecht verankerte Diskriminierungsverbot von Arbeitnehmern aufgrund von Nationalität, Religion, Geschlecht usw. führt in der Praxis keineswegs zur Gleichstellung von Ausländern mit ihren deutschen Kollegen. Die Ungleichbehandlung erfolgt auch nicht nur aus sachlichen Gründen wie mangelnde Sprachkenntnisse, nicht gleichwertige Ausbildung oder kürzere Betriebszugehörigkeit, die den Arbeitgeber zur differenzierten Behandlung berechtigen (Hambüchen 1986). Vielmehr lassen sich verschiedentlich diskriminierende Personaleinsatzstrategien beobachten, gebilligt oder sogar unterstützt durch selektive, auf den deutschen Facharbeiter orientierte gewerkschaftliche und betriebliche Interessenvertretung. Risiken der Erwerbsarbeit können damit vielfach auf ethnische Minderheiten abgewälzt werden, zumal die Ausländer selbst nicht zuletzt aufgrund ihrer Statusunsicherheit ein nur eingeschränktes Gegenwehrpotential aufbringen. Zur Schaffung vergleichbarer Beschäftigungschancen aber müßten die außer- und innerbetrieblichen Rekrutierungsprin-

zipien und Mechanismen der Arbeitsplatzzuweisung durch verschiedene Formen des aktiven Minderheitenschutzes aufgebrochen werden. Erst hierdurch ließe sich letztendlich der fortgesetzten Unterschichtung der Gesellschaft qua Nationalität entgegentreten.

Literaturverzeichnis

Demmer, H. und B. Küpper, 1984: Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt werden. Forschungsbericht Nr. 383: Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Dortmund

Dohse, K., 1981: Ausländerpolitik und betriebliche Ausländerdiskriminierung. In: Leviathan 3/4

Ders., 1986: Ausländische Arbeiter 1974-1984. Beschäftigungsentwicklung und staatliche Regelungszusammenhänge. In: WSI-Mitteilungen 9

Forschungsverbund »Probleme der Ausländerbeschäftigung«, 1979: Integrierter Endbericht. Bochum, Mannheim, München, Rheda-Wiedenbrück

Gaitanides, S., 1983: Sozialstruktur und »Ausländerproblem« — Sozialstrukturelle Aspekte der Marginalisierung von Ausländern der ersten und zweiten Generation. München

Gaugler, E. u.a., 1978: Ausländer in deutschen Industriebetrieben. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Königstein/Ts.

Henninges, H.v., 1981: Arbeitsplätze mit belastenden Anforderungen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4

Hoffmann, L. und H. Even, 1985: »Sie beschäftigen uns wie Sklaven«. Erfahrungen von Türken an deutschen Arbeitsplätzen. Universität Bielefeld. Zentrum für Wissenschaft und Praxis. Bielefeld

Koen, E. u.a., 1986: Der Umgang mit Krankheit in deutschen und türkischen Arbeitnehmerfamilien. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 4

Oppen, M., 1984: Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten? In: Soziale Sicherheit 2

Dies., 1986: Arbeitsmigration und Gesundheitsverschleiß. Ausländerkrankenstand im Vergleich. Veröffentlichungsreiche des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Arbeitspolitik des Wissenschaftszentrums Berlin (IIVG/dp86-205). West-Berlin

Osterland, M. u.a., 1973: Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt/M.

Ranneberg, Th., Isensee, O., Bremm, H., 1981: Zum Zusammenhang von Veränderungen der Produktions- und Arbeitsmarktstrukturen. Neue Wege der empirischen Analyse und erste Ergebnisse für die Berliner Industrie. Forschungsstelle Sozialökonomik der Arbeit. FU Berlin. FSA-Print 5. West-Berlin

Reeg, P., 1984: Vor 20 Jahren — Bundesdeutsche Anwerbepraxis ausländischer Arbeitskräfte. In: Kentenich, H., Reeg, P., Wehrkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? West-Berlin

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1986: VDR-Statistik Rentenzugang des Jahres 1985. Frankfurt/M.

Wahle-Homann, J., 1984: »Ausländerrückführung« — Eine verfehlte Politik auf der Grundlage falscher Diagnosen. In: WSI-Mitteilungen 10

Warnach, M., 1984: Die Ärzteschaft und das Bild des Ausländers — Eine Durchsicht medizinischer Fachliteratur. In: Kentenich, H., Reeg, P., Wehkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? West-Berlin

Alfred Lorenz

Pflegequalität und Personalbemessung im Krankenhaus

1. Das Problem: Personalbemessung im Krankenhaus

Die Beantwortung der Frage, wieviel Personal bei der Untersuchung und Behandlung der Patienten in einem Krankenhaus erforderlich ist, entscheidet über den wesentlichen Bestandteil der Kosten der Krankenhausbehandlung. Die Ermittlung des Personalbedarfs im Krankenpflegedienst ist Gegenstand von Verhandlungen zwischen Krankenhausleitungen (bzw. Krankenhausträgern) und Krankenkassen (bzw. deren Verbänden). Bei einem Anteil des Krankenpflegepersonals an der Beschäftigtenzahl eines Krankenhauses von ca. 50 % und unter Berücksichtigung der Tatsache, daß 70 % aller Krankenhauskosten Personalkosten sind, geht es bei der Feststellung über die Personalausstattung im Pflegedienst um den größten Einzelposten im Budget eines Krankenhauses. Wenn wir uns im folgenden schwerpunktmäßig mit dem Problem der Personalbesetzung von Krankenstationen mit Krankenpflegepersonal befassen, so ist die hier vorgetragene Argumentation unter Berücksichtigung entsprechend anderer Verhältnisse auch für das Personal in den Funktionsbereichen und für das ärztliche Personal anwendbar.

Bei Pflegesatzverhandlungen sind Belegungszahlen die entscheidende Bezugsgröße für die Personalbemessung. Die Anzahl von Arbeitsplätzen im Pflegedienst ist abhängig von der Anzahl der Patienten, die versorgt werden müssen. Um die Patientenzahlen bzw. den Auslastungsgrad des Krankenhauses und die Anzahl der Arbeitsplätze im Pflegedienst in eine Relation zu bringen, werden sogenannte Anhaltszahlen oder Anhaltswerte verwendet.

Die Ermittlung des Personalbedarfs im Bereich des Pflegedienstes ist ständig Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen der Krankenhausleitung und dem Krankenpflegepersonal bzw. der Personalvertretung und den gewerkschaftlichen Betriebsgruppen in den Krankenhäusern. Dabei argumentieren Krankenhausleitungen gegenüber der Belegschaft durchweg mit Hinweisen auf die Ergebnisse der Verhandlungen mit den Krankenkassen. Sie beziehen sich dabei auf die Anhaltszahlen und die Schwankungen der Belegungszahlen. Wenn sich auch viele Beschäftigte diesen Schuh anziehen (»wir müssen auf unsere Belegung achten«), reden doch beide Seiten von ganz verschiedenen Sachverhalten. Dabei argumentieren die Krankenhausleitungen insofern durchweg

irrational, als sie mit ihren Antworten auf Personalforderungen nicht die tatsächlichen betrieblichen Gegebenheiten zur Grundlage nehmen, sondern ursprünglich in Pflegesatzverhandlungen ermittelte Pauschalzahlen.

2. *Der tatsächliche Personaleinsatz im Krankenpflegedienst*

Die Entscheidung darüber, wieviel Personal in einem bestimmten Krankenhaus und in einem bestimmten Arbeitsbereich (hier: einer Krankenstation) eingesetzt wird, hat nur zwei Faktoren zu berücksichtigen:

1. was muß mit den Patienten und für den Betriebsablauf der Station insgesamt getan werden;
2. welche tarifvertraglichen, gesetzlichen usw. Regelungen bezüglich Arbeitszeit und Arbeitseinsatz müssen beachtet werden.

In den ersten Faktor gehen nun alle Aspekte des Niveaus der Krankenbehandlung, der Pflegebedürftigkeit der Patienten, des Ausmaßes der Überwachungsnotwendigkeit für die Patienten, der Intensität von Diagnostik usw. ein. Fragen der gesundheitspolitischen Zielsetzung des Krankenhausträgers, auch der Anspruch auf eine humanitäre Krankenversorgung wären hier zu berücksichtigen. Praktisch ist jedoch zunächst nicht notwendig, diese Fragen zu beantworten, um zu wissen, wie die Krankenhausleitung die Frage nach dem notwendigen Personaleinsatz beantwortet: Die Personaleinsatzplanung geschieht nämlich durchweg auf sehr schlüssige Weise.

Instrument der Personaleinsatzplanung ist der Dienstplan einer Station. Dienstpläne für das Krankenpflegepersonal einer Station werden zumeist für den Zeitraum eines Monats erstellt, in der Regel werden sie vor Beginn des Dienstplanzeitraumes fertiggestellt, die Stationsleitungen legen diese Pläne den Pflegedirektionen vor. Die Pflegedirektionen heißen die Dienstpläne gut. Diese Dienstpläne sind dienst- und arbeitsrechtlich relevante Dokumente, ihre Gültigkeit entsprechend (auch bei allen laufenden Änderungen) nicht umstritten. Mit der Anerkennung der Dienstplanung einer Station erkennt die Krankenhausleitung die dabei gemachte Personaleinsatzplanung an.

Es wird in der Regel eine bestimmte Anzahl von Pflegepersonen für die jeweiligen Dienste eingeteilt. Nehmen wir das Beispiel einer somatischen Station mit 35 Betten, von denen im Schnitt 30 belegt sind. Der Dienstplanrahmen sieht vor, welche Schichtzeiten es gibt. Nehmen wir an, es gibt eine Frühschicht mit der Dauer von 8 Stunden, eine Spätschicht mit der Dauer von 8 Stunden und eine Nachtschicht mit der Dauer von 10 Stunden. Mit Erstellung des Dienstplans wird nun durch-

weg entschieden, wieviel Krankenpflegepersonen in eine jeweilige Schicht eingeteilt werden. Für den Fall einer normalen medizinischen Station dürften dies 4 Personen in der Frühschicht, 3 Personen in der Spätschicht und 2 Personen in der Nachtschicht sein. Das ist die Mindestbesetzung. Diese Personalplanung könnte durch folgende Bedingungen modifiziert werden:

— Monitorüberwachung auf der allgemeinen Station führt dazu, daß in jeder Schicht eine Arbeitskraft zusätzlich eingesetzt werden muß;
— geringere diagnostische Tätigkeit am Wochenende ermöglicht eine geringere Besetzung der Früh- und Spätschicht um jeweils eine Person am Sonnabend und am Sonntag;
— bauliche Besonderheiten der Station führen dazu, daß man auch in der Spätschicht mindestens 4 Arbeitskräfte braucht;
— ein hoher Rationalisierungsgrad des Krankenhauses erleichtert die Tätigkeit in der Frühschicht derart, daß nur drei Pflegekräfte eingesetzt werden;
— der Einsatz von schlechtbezahlten oder nichtausgebildeten Hilfskräften (Zivildienstleistende, Praktikanten, Hospitanten usw.) würde an diesem Grundzug nichts ändern. Diesen Teil des Geldsparens durch Einsatz nicht- oder unzureichend bezahlter und ausgebildeter Personen im Pflegedienst lassen wir im folgenden außer acht;
— ein Übergang von Funktionspflege zur Gruppenpflege führt zu anderen Personaleinteilungen und Schichtplänen und würde den Bedarf erhöhen.

Bei all diesen Besonderheiten ist wichtig festzuhalten, daß der Personaleinsatz in den jeweiligen Schichten immer in der Größenordnung von plus oder minus einer Arbeitskraft oder mehrerer Arbeitskräfte erfolgt. Reichen drei Personen in der Frühschicht nicht aus, dann werden dienstplanmäßig 4 Personen eingesetzt. Die einzige Möglichkeit, aus diesem Einsatz immer mit einer *ganzen* Arbeitskraft mehr oder weniger herauszukommen, besteht für die Krankenhausleitungen häufig darin, andere als reguläre Schichtarbeitszeiten anzusetzen. Dies ist häufig die Praxis der sogenannten kapazitätsorientierten flexiblen Arbeitszeit (KAPOFAZ). Auch diesen Aspekt lassen wir hier zunächst einmal außer acht. Berechnen wir nun entsprechend der obengenannten Vorgabe das notwendige Personal der genannten Station.

Der tatsächliche Personaleinsatz auf einer internen 35-Betten-Station. Vorgaben: Frühschicht und Spätschicht dauern jeweils 8,5 Std. (durch Anrechnung einer Pause von einer halben Stunde: Netto-Arbeitszeit 8 Std.), die Nachtschicht dauert 9 Stunden (eine Pause kann nicht genommen werden). Dadurch ergeben sich die knappen, aber

durchaus üblichen Übergabezeiten von insgesamt 2 Std. täglich, bzw. täglich abzudeckende Arbeitsstunden in der Größenordnung von 26 Stunden. Es werden in der Frühschicht unter der Woche 4, in der Spätschicht 3 Krankenpflegekräfte eingesetzt, an Wochenenden sind es 3 bzw. 2, nachts immer 2 Krankenpflegekräfte.

Berechnung der pro Woche abzudeckenden Arbeitsstunden

	Tage	x	Anzahl Krankenpflegepersonen	x	Stunden	
Montag – Freitag						
Frühschicht	5	x	4	x	8	= 160 Stunden
Spätschicht	5	x	3	x	8	= 120 Stunden
Nachtschicht	5	x	2	x	9	= 90 Stunden
Samstag – Sonntag						
Frühschicht	2	x	3	x	8	= 48 Stunden
Spätschicht	2	x	2	x	8	= 32 Stunden
Nachtschicht	2	x	2	x	9	= 36 Stunden
Summe aller Arbeitsstunden pro Woche						486 Stunden

(Bei diesem Rechenbeispiel muß berücksichtigt werden, daß damit wirklich nicht mehr als eine Mindestbesetzung der Station realisiert werden kann, der Aspekt einer menschlichen Krankenversorgung mit Zuwendung dem Patienten gegenüber ist außer acht gelassen.)

Die Ermittlung des Personalbedarfs geschieht dadurch, daß die wöchentliche Arbeitszeit einer Krankenpflegekraft als Teiler genommen wird: Wir haben die 40-Std.-Woche, bei einer durchschnittlichen Ausfallszeit von 20 % der Arbeitszeit durch Urlaub, Krankheit, Bildungsurlaub, Mutterschutzfristen, Kuren usw. bleibt eine effektive durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 32 Std.:

$$\frac{\text{486 Arbeitsstunden pro Woche auf der Station}}{\text{32 effektive Wochenarbeitsstunden pro Person}} = 15{,}2$$

Die Station benötigt also mindestens 15 Krankenpflegekräfte, um einen Dienstplan nach o.g. Vorgaben realisieren zu können. Als Unsicherheitsfaktor bleibt die pauschal unter Bezugnahme auf den Durchschnitt berücksichtigte Ausfallzeit, die sich konkret natürlich ganz anders gestalten kann.

Beispielhaft sei berechnet, welcher Personalmehrbedarf sich konkret ergibt, wenn etwa durch Monitorüberwachung auf der allgemeinen Station der Tagdienst immer mit einer Krankenpflegekraft zusätzlich besetzt sein muß:

$$\frac{\text{7 Tage x 1 Person x (8 Stunden Früh + 8 Stunden Spät)}}{\text{32 Stunden effektive Wochenarbeitszeit}} = 3{,}5$$

Zusätzlich wären in diesem Fall 3 Krankenpflegekräfte mit ganzer und eine mit halber tariflicher Arbeitszeit einzusetzen.

Obwohl die Krankenhausleitungen Personal in diesem Umfang durch Gegenzeichnung der entsprechenden Dienstpläne praktisch selbst einsetzen, stellen sie den Stationen dieses Personal in der Regel nicht zur Verfügung. Als Folge davon entstehen laufend Überstunden, Dienstplanänderungen, Einsatz von Extrawachen, vermehrtes Heranziehen von Auszubildenden und Zivildienstleistenden sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die die Lücken in den Dienstplänen ausfüllen. Entsprechend führen die Mißverhältnisse zwischen der tatsächlichen Personaleinsatzplanung gemäß dem Dokument »Dienstplan der Station« und der tatsächlichen Unterbesetzung einer Station bzw. Auffüllung des Dienstplans durch nichtausgebildetes Personal zu den bekannten, häufig katastrophalen, Krankenbehandlungssituationen auf den Stationen deutscher Krankenhäuser.

3. Personalbemessungen nach Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Krankenhäusern als Mittel der Findung der von Krankenhausträgern und Krankenkassen gemeinsam zu vereinbarenden Pflegesätze bzw. Krankenhausbudgets gibt es schon seit längerer Zeit. Die neue Bundespflegesatzverordnung (BPflV) schreibt regelmäßige Wirtschaftlichkeitsprüfungen sogar vor. Wirtschaftlichkeitsprüfungen verursachen enorme Kosten (die Überprüfung der kommunalen Kliniken Bremens kostete rund 2 Mio. DM, die Überprüfung der Krankenhausbetriebe Hamburgs wird zwischen 7 und 10 Mio. DM kosten). Auch bei den Berechnungen von Wirtschaftsprüfungsgesellschaften steht die Ermittlung des Personalbedarfs der Krankenstationen logischerweise im Mittelpunkt der Argumentationen und der Entscheidungen. Wirtschaftsprüfungsgesellschaften beziehen sich bei diesen Entscheidungen durchweg auf sogenannte Anhaltszahlen. Hierzu ein Beispiel des somatischen Bereichs in einem Bremer Krankenhaus, wie sie von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Whinney GmbH dargestellt wurde.

Personalbedarfsberechnung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Firma Ernst & Whinney GmbH in Bremen, somatischer Bereich des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost. Berechnet wurde insgesamt der somatische Bereich (Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie) mit insgesamt 12 Stationen, zuzüglich einer interdisziplinären Intensivstation mit 20 Betten. Grundlage der Berechnung: »Aufgrund der baulichen Konzeption und der vorhandenen zentralen Einrichtungen (Patientenrufan-

lage, Transportanlagen, Bettenzentrale u.a.) haben wir zur Ermittlung des Personalbedarfs die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 1969 bei zentralisierter pflegerischer Versorgung von 1 Kraft: 3,27 belegte Betten angewandt.« Es werden dann sog. »Mehrbedarfe« erwogen, zugestanden, verworfen, je nach Gusto. Beispiele: »Aufgrund dieser Patientenstruktur (keine gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik mit weniger, dafür die große Neurologie mit mehr Pflegeaufwand, d.Verf.) kommen wir zu dem Ergebnis, daß der o.g. Personalbedarf von insgesamt 3,9 Vollkräften für die Bedienung der Transportanlagen und für Krankentransporte als *Mehr*bedarf berücksichtigt werden kann.«

»Ferner haben wir berücksichtigt, daß in der Medizinischen Klinik zusätzlich zur interdisziplinären Intensivstation Intensivüberwachungsbetten eingerichtet waren« ... »Nach den uns vorgelegten Unterlagen kann für vier durchschnittlich belegte Betten der Medizinischen Klinik die durchschnittliche Anhaltszahl für Intensivüberwachung zugrunde gelegt werden.« Bei dem angegebenen Schlüssel von 1:1 führt das zur Anerkennung eines Mehrbedarf von 4 Vollkräften für die 4 Stationen der Medizinischen Klinik.

Besonders beeindruckend ist diese Argumentation: Das Krankenhaus macht einen Mehrbedarf aufgrund der Einführung des Schichtsdienstes geltend. Die Wirtschaftsprüfer souverän: »Es besteht jedoch die Möglichkeit, durch Veränderungen in der Besetzung einzelner Schichten und Gestaltung der Schichtdauer auftretende Leerzeiten zu minimieren. Hier ist auf die mögliche Beschäftigung von Teilzeitkräften oder den stationsübergreifenden Einsatz eines Teils der Mitarbeiter hinzuweisen. Einen Mehrbedarf, der sich lediglich aufgrund des Schichtdienstes, d.h. einer Berücksichtigung von vermeidbaren Leerlaufzeiten im Personalbedarf ergibt, halten wir für wirtschaftlich nicht vertretbar.«

Der Nachtwachenbedarf wird mit 1 Nachwache auf jeder der 12 Stationen für 8 Stunden anerkannt, was zu 20,6 Vollkräften führt. Die Gesamtrechnung:

	belegte Betten	Anhaltszahl	Vollkräfte
Allgemeine Krankenpflege	361,2	1:3,27	110,5
Mehrbedarf für Querschnittgelähmte			3,4
Mehrbedarf für Transportanlagen			3,9
Übergabezeiten			2,6
Intensivüberwachung Med. Klinik	4,0	1:1,0	4,0
Intensivüberwachung Intensivstation (70 %)	10,4	1:1,0	10,4
Intensivtherapie Intensivstation (30 %)	4,9	1:0,43	11,4
Nachtwachen			20,6
			166,8

Die Berücksichtigung von Ausfallzeiten führt dann zur Anerkennung eines Personalbedarfs von insgesamt 183,1 Vollkräften. Vernachlässigen wir die 0,1 Vollkraft (wie sieht eine 10 %-Krankenschwester aus?) und berücksichtigen, daß tatsächlich immer rund 40 Krankenpflegepersonen auf der interdisziplinären Intensivstation gebraucht werden, dann bleiben für die 12 Stationen insgesamt nur 143 Krankenpflegekräfte — 12 pro Station. Tatsächlich haben die Stationen der medizinischen Klinik des Krankenhauses bei 35 Betten zwischen 11,5 und 12,5 Krankenpflegepersonen als Stammpersonal.

4. Personalbemessung nach den neuen Anhaltswerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft legte Ende 1985 ein neues System sogenannter Anhaltswerte vor, nach denen das Personal im Krankenpflegebereich berechnet werden soll. Die Grundlage dieser Anhaltswerte ist die fiktive Festlegung eines Zeitquantums, das jedem Patienten pro Tag durch das Pflegepersonal zugute kommen soll. Es wird davon ausgegangen, daß täglich 108 Pflegeminuten notwendig seien. Auch die DKG nimmt nun Anpassungen an bestimmte Bedingungen vor und will diese Zeit von 108 Pflegeminuten dann erhöhen, wenn das Krankenhaus weniger durchrationalisiert ist. Insbesondere soll die Zahl der zugebilligten Pflegeminuten dann erhöht werden, wenn das Krankenhaus eine kürzere Verweildauer nachweisen kann. Berechnen wir nun anhand der DKG-Anhaltszahlen von Ende 1985 unser obiges Beispiel noch einmal:

Personalberechnung nach den Anhaltswerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom Dezember 1985. Ausgangswerte: Pro Patient und Tag werden vom Pflegepersonal die erwähnten 108 Minuten aufgewandt. Die Belegung der Station ist zu berücksichtigen; in unserem Beispiel einer 35-Betten-Station wären bei der üblicherweise zugrunde gelegten 85 %igen Belegung 30 belegte Betten anzusetzen. Ein »Wochentagefaktor« soll berücksichtigen, daß am Wochenende weniger Pflegepersonal gebraucht wird als in der Woche: anstatt 7 Tage hat die Woche dann nur 6,3 Tage. Da die Rechnung hier in Minuten erfolgt, müssen wir die effektive wöchentliche Arbeitszeit von 32 Std. hier auch in Minuten zählen: 1.920 Minuten. Und dies ist die Formel:

$$\frac{\text{108 Minuten pro Patient x 30 belegte Betten x 6,3 Tage}}{\text{1.920 Minuten effektive Wochenarbeitszeit}} = 10{,}6$$

Die Nachwachen sollen nach der auch den realen Einsätzen entsprechenden Mindestbesetzungs-Berechnung zugeteilt werden, wobei wir

im Beispiel annehmen, daß es bei der Zahl 2 Krankenpflegekräfte pro Nacht bleibt:

$$\frac{\text{2 Nachtwachen x 9 Stunden Nachtwache x 7 Tage}}{\text{32 Stunden effektive Wochenarbeitszeit}} = 3{,}9$$

Danach würden der Station 14,5 Pflegekräfte mindestens zugeteilt, eine weniger als tatsächlich laut Dienstplan eingesetzt werden, aber immerhin 2,5 mehr als den Wirtschaftsprüfern recht ist.

Im Gegensatz zur tatsächlichen Personaleinsatzplanung mit dem Mittel eines Dienstplans ist die Personalbemessung nach Anhaltswerten erheblich abhängig von der Belegung einer Station. Für das Gesamt der Arbeitsabläufe einer Schicht ist es bekanntlich nicht sonderlich erheblich, ob durch das vorhandene Pflegepersonal 30 oder 33 Patienten versorgt werden müssen. Eine solche Differenz aber ist bei der Personalbemessung nach Anhaltswerten von erheblicher Bedeutung. Da Anhaltswerte sich auf Durchschnittsbelegungen, berechnet auf ein ganzes Jahr, beziehen, sind sie nicht in der Lage, Spitzenauslastungszeiten korrekt zu beurteilen. Ergibt sich die durchschnittliche Belegung einer Station, wie in unserem Beispiel mit 30 Betten, daraus, daß die Station zur Hälfte der Tage eines Jahres mit 35 und zur anderen Hälfte der Tage des Jahres mit 25 Patienten belegt wäre, so ist es zwar richtig, daß an den Tagen, an welchen nur 25 Patienten zu versorgen sind, mit weniger Personal gearbeitet werden könnte. Die Personaleinsatzplanung muß sich aber danach richten, daß die Station immer in vollem Umfange einsatzbereit ist. Um die Willkürlichkeit der Berechnungen mit Anhaltszahlen zu belegen, erfolgt hier noch einmal die Personalbedarfsberechnung für jeweils unterschiedliche Belegungssituationen.

Der Einfluß der Belegungszahlen. Bei 25 belegten Betten sieht die Rechnung so aus:

$$\frac{\text{108 Minuten x 25 belegte Betten x 6,3 Tage}}{\text{1.920 Minuten effektive Arbeitszeit}} = 8{,}9 + 3{,}9 \text{ Nachtwachen} = 12{,}8$$

Bei 35 belegten Betten, was ja nicht selten vorkommt, wäre der Personalbedarf nach dieser Rechnung ganz anders:

$$\frac{\text{108 Minuten x 35 belegte Betten x 6,3 Tage}}{\text{1.920 Minuten effektive Arbeitszeit}} = 12{,}4 + 3{,}9 \text{ Nachtwachen} = 16{,}3$$

Zwischen knapp 13 und gut 16 Krankenpflegekräften schwankt die Berechnung. Krankenhausleitungen neigen unter den Bedingungen der neuen Bundespflegesatzverordnung dazu, Personalanpassungen bei Minderbelegung (also: Personalabzug) möglichst im laufenden Budgetzeitraum durchzuführen. Daß bei Überbelegung einer Station mehr Stammpersonal eingesetzt wird, ist kaum zu verzeichnen.

5. *Anhaltszahlen und Anhaltswerte sind zur Personalbemessung grundsätzlich nicht geeignet*

Die Gewerkschaft ÖTV hat auf dem 10. Gewerkschaftstag 1984 ihre Ablehnung der Anhaltszahlen der DKG oder sonstiger Richtgrößen bekräftigt. »Diese Richtgrößen wirken sich in der Praxis nicht als Instrument zur Erfassung des tatsächlichen Personalbedarfs aus, sondern wirken, gerade nach der erfolgten Umstellung der Krankenhäuser auf die kaufmännische Buchführung, ausschließlich als Mittel der Personalreduzierung.« Die Gewerkschaft ÖTV schlägt dann vor, den Personalbedarf im Krankenhaus aufgrund betrieblicher Gegebenheiten vorzunehmen: Grad der Pflegebedürftigkeit der Patienten, Pflegestandard des Krankenhauses, Qualifikation der Beschäftigten, tarif- und arbeitsrechtliche Vorgaben usw. Anhaltszahlen und Anhaltswerte als Grundlage der Personalbemessung sind dagegen willkürliche Setzungen. Die Willkürlichkeit läßt sich anhand einiger Argumente aufzeigen.

Alle bisherigen Versuche einer ergonomischen und arbeitswissenschaftlichen Berechnung der Arbeitsabläufe in der Tätigkeit des Krankenpflegepersonals sind gescheitert. Kenner der Materie erinnern sich noch an die durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Untersuchungen »Personalbedarfsermittlungsverfahren« und »Personalbedarfsberechnungsverfahren« (PBEV und PBBV). Multimomentaufnahmen, Selbstaufschreibungen, Aufschreibungen von Arbeitsabläufen mit der Stoppuhr usw. haben nie dazu geführt, daß eine begründbare Aussage darüber ermöglicht wurde, wieviel Zeit das Pflegepersonal auf welche Tätigkeit verwenden muß. Das einfache Beispiel: Hat die Pflegekraft Zeit, kann sie beim Bettenmachen mit dem Patienten sprechen, hat sie keine Zeit, wird sie auch keine Zeit für ein Gespräch haben. Das Dilemma ist von allen Wirtschaftsprüfungsgesellschaften lange erkannt: Das Produktionsergebnis des Krankenhauses läßt sich nicht in Zahlen ausdrücken. Daher sind auch alle Berechnungen nicht auf ein ökonomisch zu erwirtschaftendes Produktionsergebnis zu beziehen. Wir wissen, daß der Patient mit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus oft nicht gesund ist. Wir wissen, daß er häufig vorzeitig entlassen wird, und wir kennen auch das Argument, daß Patienten willkürlich länger im Krankenhaus behalten werden.

Anhaltszahlen werden häufig durch Anhaltszahlen begründet. So teilt die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in ihrem Prüfungsbericht mit, sie habe sich bei der Berechnung des Personals für diese oder jene medizinische Sondereinheit auf Anhaltszahlen gestützt, die in Baden-Württemberg Verwendung fänden. Oder es wird auf die Literatur verwiesen,

in der Anhaltszahlen angegeben werden. Interessanterweise ist es sogar so, daß führende Mitarbeiter von Wirtschaftlichkeitsprüfungsunternehmen (z.B. Herr Kracht von der Firma Ernst & Whinney GmbH), in Krankenhauspublikationen über Anhaltszahlen wissenschaftliche Beiträge veröffentlichen, die dann selbst als Begründung für eigene Anhaltszahlensetzungen herangezogen werden können. Man darf nicht vergessen: Hinter jeder Anhaltszahl steckt letztlich eine willkürliche Setzung wie die 108 Pflegeminuten pro Patient und Tag. Alle konkreten Anhaltswerte, mit denen angegeben wird, auf wieviel belegte Betten je eine Pflegekraft zu kommen habe, gehen von dieser Grundannahme aus, modifizieren sie nach betrieblichen und medizinischen Gegebenheiten. Durch das Anführen von Zu- und Abschlägen nach Verweildauer und anderen Spezifitäten einer Disziplin des Krankenhauses entstehen monströse Formelgebilde mit komplizierten mathematischen Berechnungsmodalitäten. Man darf sich jedoch davon nicht täuschen lassen, denn die Logik dieser gesamten Berechnungen basiert auf einer Setzung, wie etwa die obengenannten 108 Pflegeminuten.

Wird das Pflegepersonal einer Station nach den tatsächlich notwendigen Dienstplänen berechnet, so kommt man zunächst zum Prinzip der sogenannten Mindestbesetzung. Die Mindestbesetzung geht davon aus, daß Anhaltszahlen, etwa bei sehr kleinen Stationen, nicht mehr dazu führen, soviel Personal zu errechnen, daß arbeits- und tarifrechtlich korrekte Dienstpläne zustandekommen (Arbeitszeit, Pausen, Überstundenregelungen usw.). Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt in ihren neuen Richtlinien vor, für besondere Bereiche diese Mindestbedarfsberechnung vorzunehmen: Nachtwachenberechnung, OP-Dienste und Anästhesiedienste sowie die Berechnung des Personals auf Intensivstationen soll nach Vorschlag der DKG nach Mindestbedarfsberechnung vorgenommen werden. Dies kann man als einen Schritt in die richtige Richtung bezeichnen. Es werden hier doch die tatsächlichen Verhältnisse in dem Personaleinsatz berücksichtigt.

6. Das Paradoxon von Anhaltszahlen

Paradoxerweise führen Anhaltswerte und Anhaltszahlen sogar dazu, daß sinnlose Personalvermehrungen möglich sind: Um Personal zu erhalten (d.h. die Notwendigkeit der Einrichtung von Arbeitsplätzen im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen nachzuweisen), müssen möglichst viele Berechnungstage (eine hohe Belegung) und möglichst viele Leistungen im medizinischen Funktionsdienst nachgewiesen werden. Das Halten von Patienten — also eine Vermehrung von Berechnungs-

tagen — und die Erhaltung einer hohen Belegung einer Station, würde dazu führen, daß rechnerisch mehr Personal notwendig ist. Von einer solchen Logik waren jahrelang und sind noch heute Pflegedienstleitungen und ärztliche Leitungen von Krankenhäusern beherrscht. In der Regel wurde diese Logik gegen das Personal gewendet, indem Personalabzug mit Belegungsrückgängen begründet wurde.

Hier scheinen sich durch die neue Bundespflegesatzverordnung Veränderungen anzubahnen: die Bundespflegesatzverordnung von 1985 geht zwar davon aus, daß das Prinzip der Selbstkostenerstattung im Grundsatz erhalten bleibt. Wurde jedoch früher über den Pflegesatz pauschal abgegolten, was das Krankenhaus in der Vergangenheit berechtigterweise (wirtschaftlich und leistungsfähig) ausgegeben hatte, so wird nach der neuen Bundespflegesatzverordnung mit der Budgetierung der Belegungsgrad vorausgeschätzt. Eigentlich wäre das Personal nach der neuen Bundespflegesatzverordnung und nach der Logik der Anhaltszahlen auf folgende Weise zu ermitteln: Es wird eine Prognose der Belegung des Krankenhauses erstellt. Aufgrund der Prognose der Belegung wird das Personal berechnet. Das durchschnittliche Einkommen des Personals wird in DM umgerechnet; die Summe aller Gehälter ist dann der Personalkostenanteil des Budgets des Krankenhauses. Es zeigt sich, daß bei den Pflegesatzverhandlungen offensichtlich von einem festen Personalbestand ausgegangen wird. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen worden sind. Bei neuen Pflegesatzverhandlungen wird zumeist nur noch der Personalbestand fortgeschrieben. Der Personalkostenanteil im Budget unterliegt dann nur den Veränderungen durch Einkommenssteigerung. Eine Änderung in der Zahl der Beschäftigten, die mit dem personalbezogenen Teil des Budgets ausgedrückt wird, ist Gegenstand der Verhandlung über die Einrichtung völlig neuer Stellen oder kommt durch Veränderungen in der Arbeitszeit des Personals zustande. Bei diesen Kalkulationen hat dann der Belegungsgrad des Krankenhauses, d.h. die vorauskalkulierten Berechnungstage, nur noch Bedeutung für die Höhe der Abschlagszahlung Pflegesatz. Die gegenseitige Deckungsfähigkeit von Personal- und Sachmittelhaushalt führt derzeit oft genug zu Abstrichen beim Personal, wenn die Direktion Mehrausgaben im Sachmittelbereich ohne Budgetüberschreitung (Verluste) kompensieren will. Personalbedarfsberechnungen spielen dann (vorübergehend) keine Rolle.

7. Ausblick

Alle Kosten im Krankenhaus entstehen ja durch die tatsächlich ablaufenden medizinischen Dienstleistungen. Hintergrund für entstehende Kosten — soweit sie patientenbezogen dokumentiert werden — (und diese Art der Dokumentation ist die Grundlage der gesamten Krankenhausbetriebsführung) entstehen also durch medizinisch begründete Entscheidungen der Krankenhausärzte. Diese kostenverursachenden Entscheidungen werden bestenfalls durch übergeordnete leitende Ärzte kontrolliert. Diese entscheiden in der Regel nicht unbedingt nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Krankenhausbetriebsleitungen (Verwaltungsdirektoren) greifen nur dann ein, wenn sich bestimmte Budgetanteile für sie unkontrollierbar entwickeln. Sie haben aber nach der Bundespflegesatzverordnung dann immer noch die Möglichkeit, Mehrkosten, die im Bereich medizinischer Sachleistungen entstehen, durch Einsparungen im Personalbereich auszugleichen (s.o.). Insgesamt ist es der jeweiligen Krankenhausleitung wirtschaftlich auch egal, welche Kosten durch medizinische Entscheidungen verursacht werden, weil gerade hier ungefragt erstattet wird. Die Krankenkassen sind in der Regel nicht in der Lage, ärztliche Entscheidungen zu überprüfen — wollen sie sich nicht in die Gefahr begeben, als administrative Einschränker einer durch die Ärzte als notwendig erachteten Behandlung zu gelten.

Der Personaleinsatz auf den Krankenstationen ist ein ständiger Konfliktpunkt zwischen den Krankenhausleitungen und dem Personal selbst bzw. der Personalvertretung. Personalräte und gewerkschaftliche Betriebsgruppen stellen ständig die Forderung nach mehr und ausreichendem Personal auf den Stationen. Krankenhausleitungen argumentieren dagegen durchweg mit zur Verfügung stehendem Personal aufgrund von Pflegesatzverhandlungen, rechnerisch berufen sie sich in der Regel auf Belegungsgrade. Das Personal und seine Personalvertretung argumentieren jedoch zu Recht mit dem realen Betriebsablauf. Der reale Betriebsablauf entscheidet, anders als die Berechnungen aufgrund von Anhaltszahlen in Relation zu Belegungszahlen, über die Qualität der Krankenversorgung. In der gesamten gesundheitspolitischen Landschaft ist derzeit niemand auszumachen, der ein Interesse hätte, hier sinnvolle Setzungen vorzunehmen.

Nachdem in der Konzertierten Aktion bis Ende 1986 Krankenhausgesellschaft und Verbände der Krankenkassen nicht zu einer gemeinsamen Richtlinie für die Personalbedarfsberechnung in Krankenhäusern gekommen sind, ist es nach der Bundespflegesatzverordnung nun Auf-

gabe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, eine Vorgabe zu machen.

Wie aus dem ganzen Beitrag hervorgeht, kann diese Vorgabe letztendlich nichts anderes darstellen, als ein Anhaltszahlensystem. Geschieht dies jedoch, so kann davon ausgegangen werden, daß der Personalbedarf in Krankenhäusern im Bereich des Krankenpflegedienstes künftig überhaupt nicht mehr nach den tatsächlichen Arbeitsabläufen, d.h. also nach den Notwendigkeiten der Behandlung der Patienten geschieht.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß gesundheitspolitische Entscheidungen durch die »Mathematisierung« ersetzt worden sind. Sachzwänge, auch wenn sie nur auf einem minimalen Quentchen von inhaltlicher Setzung basieren, werden zum Vorwand, eine nach vorne blickende Gesundheitspolitik aufzugeben.

In dieser Situation ist es zunächst Aufgabe von Personalvertretungen und gewerkschaftlichen Betriebsgruppen, eine größtmögliche Transparenz in das Unternehmen Pflegesatzverhandlungen und dabei insbesondere in den Aspekt »Budget Krankenhauspersonal« zu bringen. Diese größtmögliche Transparenz muß für die Beschäftigten des Krankenhauses gelten, sie muß für die Patienten, d.h. für die interessierte Öffentlichkeit und auch für die Krankenkassen und insbesondere die gewerkschaftlichen Selbstverwalter in den Krankenkassen möglich gemacht werden.

Norbert Schmacke

Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag will auf ein Defizit der kritischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen in der BRD aufmerksam machen: während zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur ambulanten und stationären Versorgung umfangreiche Analysen vorliegen, auf die sich gesundheitspolitische Forderungen stützen können, stellt der öffentliche Gesundheitsdienst bislang eine blax box der »kritischen Medizin« dar. Die sogenannte dritte Säule des Gesundheitswesens ist nicht ohne Grund weitgehend aus dem gesundheitsplanerischen Denken ausgeblendet geblieben. Will man dies ändern, so muß man sich sowohl mit der geschichtlichen Entwicklung als auch der heutigen Wirklichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes auseinandersetzen. Wenn im folgenden sozialhistorische Interpretationsmuster und oft rein deskriptive Erläuterungen wie Deutungsversuche methodisch unvermittelt nebeneinanderstehen, so soll dies als Aufforderung verstanden werden, den Bereich staatlicher und kommunaler Gesundheitspolitik im Wirkungsbereich der Gesundheitsämter nicht weiter zu vergessen, sei es, daß man in ihm Entwicklungschancen einer demokratischen, regional angesiedelten Medizin sieht, sei es, daß man befürchtet, dieses Relikt an »Staatsmedizin« könne in der fortwährenden ökonomischen wie gesellschaftlichen Krise der BRD neue repressive Gewalt entfalten.

1. Der öffentliche Gesundheitsdienst: Ein »vergessenes« Kapitel der Medizingeschichte

Historisch-kritische Darstellungen der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind nach wie vor erst in Ansätzen nachzuweisen. Den einzigen diskutablen Versuch, von der bis dahin beschönigenden bis apologetischen Darstellungsweise wegzukommen, unternahm ab Anfang der 80er Jahre Labisch, wobei er zwei Wurzeln des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland herausarbeitete: zum einen die Medizinal- und Sanitätsaufsicht der neuzeitlichen Territorialstaaten, zum anderen die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge in den wachsenden Industriestädten an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert.

Demnach zielte die ordnungspolitisch orientierte Staatsmedizin einerseits auf die Kontrolle der im Gesundheitswesen tätigen Personen ab, zum zweiten war sie vor allem gegen die Abwehr von Infektionskrankheiten und Seuchen ausgerichtet. Drittens bediente sie sich ihrer Ärzte zur Erledigung staatlicher und gerichtlicher Gutachtenaufträge im medizinischen und psychiatrischen Bereich. Demgegenüber entwickelte

sich die kommunale Gesundheitsfürsorge der Industriestädte im Kern als Widerspiegelung des gesellschaftlichen Elends angesichts einer völlig defizitären Gesundheitsversorgung unter unsäglichen Arbeits-, Ernährungs- und Wohnverhältnissen. So entstanden in relativ großem Umfang Beratungs- wie Behandlungsstellen für Säuglinge, Schwangere, Schulkinder, Tuberkulosekranke, Geschwulstkranke, »Psychopathen«, Geschlechtskranke sowie körperlich Behinderte unter kommunaler Regie.

Auch wenn die Forschung zu diesen Anfängen des organisierten öffentlichen Gesundheitswesens erst begonnen hat, läßt sich heute bereits sagen, daß eine vorschnelle Einordnung der beiden skizzierten Stränge in ein Schema »reaktionäre Staatsmedizin gegen fortschrittliche kommunale Fürsorge« viel zu einfach wäre. Beide Säulen liefern bei näherer Betrachtung ein Spiegelbild der spezifischen deutschen Geschichte, die mit dem Scheitern der Ansätze der bürgerlichen Revolution und der systematischen Bekämpfung der Arbeiterbewegung verbunden bleibt. So ist die (in ihrem Umfang vielleicht auch überschätzte) kommunale Gesundheitsfürsorge ebenfalls nur als Ausdruck machtdurchsetzten Handelns zu begreifen — eben auf der Ebene der explosionsartig wachsenden Industriestädte. Insofern bleibt weiteren Detailanalysen die Aussage vorbehalten, in welchen Bereichen diese ohne Frage »moderne« Variante des öffentlichen Gesundheitsdienstes als emanzipatorisch bezeichnet werden kann. Die Thematisierung des »apokalyptischen Quartetts«, des Proletariats (so Hagen 1956/57) — Tuberkulose, Rachitis, Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten — geriet angesichts eines systematischen Defizits an fundamentaler Gesellschaftskritik innerhalb der Ärzteschaft de facto auch bei zahlreichen Vertretern der Sozialhygiene zur Herausstellung des »bösen« Unterklassen-Drittels der »Leistungsgesellschaft« (Roth 1984).

2. *Sozialmedizin und Sozialhygiene: zwischen Kapitalismuskritik und Rassenhygiene*

Die Dialektik von obrigkeitsstaatlicher Gesundheitsplanung und kommunaler Sozial- wie Gesundheitspolitik ist auch für die Weimarer Republik erst in Ansätzen geklärt. Unstrittig ist, daß neben den dominierenden bürgerlichen Kreisen in Medizin und Verwaltung in den Großstädten, am ausgeprägtesten in Berlin und im Rheinisch-Westfälischen Revier, auch Ärzte aus dem Umfeld der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung, teils auch aus dem explizit marxistischen Flügel heraus, darum bemüht waren, die Bedürfnisse der Bevölkerung nach einer me-

dizinischen und sozialen Basisversorgung zu thematisieren und dies gegen den Widerstand der ärztlichen Standesorganisationen sowohl in der Poliklinikbewegung als auch in kommunalen Beratungs- und Fürsorgestellen durchzusetzen (Leibfried und Tennstedt haben dies unter dem Begriff der »Verschütteten Alternativen« zu fassen versucht; eindrucksvolle Schilderungen des Wirkens derartiger Ärzte auch bei Pross).

So sehr diese — insgesamt wenigen — sich fortschrittlich verstehenden Ärzte gegen den herrschenden Strom der Medizin schwammen, so wenig ist es gerechtfertigt, die gesamte unter dem Begriff Sozialhygiene gefaßte Richtung pauschal als historisch vorbildlich zu bezeichnen. Erst Forschungen der letzten Jahre haben herausgearbeitet, daß bis tief in den Kern dieser Sozialhygienebewegung hinein auch sozialdarwinistische Darstellungen und Forderungen wirksam geworden sind, eine bittere Erkenntnis, die sich exemplarisch am Eintreten Grotjahns für die massenhafte Zwangssterilisation »minderwertiger« Menschen festmachen läßt (hierzu Roth 1984, dessen Analyse des Wirkens von Grotjahn von Weindling 1984 zwar angegriffen wurde, ohne aber die Entmythologisierung dieses »Säulenheiligen« der Sozialmedizin in Frage zu stellen).

Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist gerade für den öffentlichen Gesundheitsdienst von entscheidender Bedeutung, will man nicht unkritisch eine bloß vage verstandene Sozialmedizin beerben. Gleiches gilt in diesem Sinne für den Begriff der präventiven Medizin, welche vor den historischen Erfahrungen der Weimarer Republik und des Nazifaschismus in dem unvereinbaren Spannungsfeld zwischen Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen und der schrittweisen Ausgrenzung und schließlich »Ausmerzung« aller Kranken und sozial Schwachen gesehen werden muß. Es bleibt einstweilen noch zu verarbeiten, daß maßgebliche Vertreter der Sozialhygienebewegung eben auch hocheffektiv im Sinne der Integration und Disziplinierung der Arbeiterbewegung gewesen sind, indem sie die »Lösung« der sozialen Frage durch die Praxis der wortwörtlichen Bekämpfung der »asozialen« Kranken zum populären Programm erhoben.

Anders gesagt: derartige schmerzhafte Zusammenhänge wurden auch von der »kritischen« Medizin im Gefolge der Studentenbewegung der 60er Jahre nicht gesehen, welche unreflektiert in der Auseinandersetzung mit der etablierten Schulmedizin einer abstrakten Sozialmedizin einen Vertrauensvorschuß gewährte, den diese nicht nur wegen der Liquidation und des Exils hervorragender Vertreter ihres Fachs nicht einlösen konnte. Hiermit soll nicht wegdiskutiert werden, daß die Be-

schreibungen der Pioniere der Sozialmedizin und Sozialhygiene auch aus heutiger Sicht oftmals faszinierende Darstellungen der Lebensverhältnisse und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit geliefert haben. Es gilt, diese Arbeiten kritisch zu sichten und zu bewahren. Aber es wäre ein naiver Romantizismus, bei der Konzipierung aktueller Gesundheitsziele ungebrochen an die Geschichte der Weimarer Republik anknüpfen zu können.

3. Die Gesundheitsämter als effektives Instrument nazistischer Gesundheits- und Sozialpolitik

Die in der Weimarer Republik geführte Diskussion, wie das Nebeneinander und Gegeneinander von staatlicher und kommunaler Gesundheitspolitik samt deren organisatorischen Kompetenzrangeleien zu lösen sei, wurde durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 und die ihm folgenden Durchführungsverordnungen scheinbar beendet. Labisch und Tennstedt haben schlüssig belegt, daß dieses Gesetz in keiner Weise dazu diente, die in den öffentlichen Gesundheitsdienst hineinspielenden Interessen zu »vereinheitlichen«. Ziel des Gesetzes war vielmehr im Kern die Schaffung eines flächendeckenden Netzes von staatlichen Gesundheitsämtern als organisatorischem Instrument der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege. Insofern wurden die Ressourcen der kommunalen und staatlichen Gesundheitspolitik in den Dienst der rassenideologisch begründeten Heranbildung einer »arisch reinen« und »erbgesunden« Volksgemeinschaft gestellt.

Die übrigen Inhalte des Vereinheitlichungsgesetzes sind mehrheitlich so allgemein formuliert, daß sie nach Eliminierung der offen nationalsozialistischen Anteile zur Gesetzesgrundlage für den öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesländer werden konnten, ohne freilich Ausgangspunkt für ein System gemeindenaher öffentlicher Gesundheitsversorgung werden zu können. Der Versuch des Schöpfers des Vereinheitlichungsgesetzes, Arthur Gütt, über die Erb- und Rassenhygiene hinaus mit dem Instrument der staatlichen Gesundheitsämter das gesamte Gesundheitswesen neu zu bestimmen, scheiterte am Widerstand anderer nazistischer Interessengruppen wie den Standesorganisationen der Ärzte, der deutsche Arbeitsfront und in der NSDAP selbst.

Gleichwohl wurde der Amtsarzt zur zentralen Figur der »ausmerzenden« Rassenhygiene der »ersten Phase«: er stand ordnungspolitisch im Mittelpunkt des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, war verantwortlich für den Aufbau einer umfassenden Erb- und Rassenkar-

tei, griff unmittelbar in die NS-Familienpolitik über Ehetauglichkeitszeugnisse, Ehestandsdarlehen u.a. ein und war gesetzlich legitimierte »Sammelstelle« für den vorgeschriebenen Prozeß zur Erfassung und abgestuften Ausgliederung vermeintlich minderwertiger Mitglieder der Gesellschaft (Labisch/Tennstedt 1985, Ebbinghaus/Kaupen-Haas/Roth 1984, Schmacke/Güse 1984). Es ist bedrückend nachzulesen, daß die Planer des für die Nachkriegszeit konzipierten »Gesetzes über Sterbehilfe« favorisierten, den Amtsarzt als Obergutachter für die sogenannten Euthanasieverfahren einzusetzen.

Es werden weitere historische Untersuchungen zur Einschätzung des Einflusses der Gesundheitsämter zwischen 1933 und 1945 erforderlich werden. Es läßt sich aber bereits jetzt feststellen, daß die Einbindung der Gesundheitsämter in die NS-Gesundheits- und Sozialpolitik wie ein Alpdruck auf der Diskussion um die Perspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt: war dies schließlich die bisher einzige Epoche, in welcher die Arbeit staatlichen Handelns auf der unteren Ebene der Gesundheitsverwaltung von einem breiten Konsens der dominierenden gesellschaftlichen Kräfte wie der Mehrzahl der dort tätigen ärztlichen Funktionsträger gewollt und getragen wurde. In welchem Umfang mag diese staatliche Weihe der Amtsärzte zur Etablierung ihres Selbstverständnisses beigetragen haben? Wie weit werden die Gesundheitsämter in der Wahrnehmung der Bevölkerung durch diese Epoche verfolgt? Fragen, die angesichts des immensen Verdrängungsprozesses der Nachkriegszeit vielleicht kaum noch erhellt werden können.

4. *Die Nachkriegsphase der Gesundheitsämter: historische Kontinuität und Verblassen im medizinischen »Fortschritt«*

Das ungebrochene Selbstverständnis der Amtsärzte

Wie für alle gesellschaftlichen Bereiche der BRD gilt auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst, daß es nach 1945 eine Entnazifizierung, die ihren Namen verdient hätte, nicht gegeben hat (Pürckhauer 1954/55, Sons 1983). Zum einen blieben viele leitende Positionen mit Ärzten besetzt, die aktiv an der Umsetzung der Erb- und Rassenmedizin mitgewirkt hatten; zum anderen fand eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte nicht statt, und dies nicht allein aufgrund des herrschenden Verdrängungsprozesses, sondern auch, weil wichtige Bestandteile der Rassenpolitik wie das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durchdängig als notwendige »eugenische« Maßnahme begriffen wurden. Der Kern der NS-Gesundheits- und Sozialpolitik, die biologistische »Lösung« der sozialen Frage, war nicht

Thema der juristischen und administrativen Maßnahmen der Alliierten — bis in die Gegenwart hinein ein Argument gegen eine gesetzliche Entschädigungsregelung für die Opfer der Zwangssterilisationen. Die im Gefolge von Kriegs- und Nachkriegsnot gehäuften Infektionskrankheiten dürften geradezu eine Bestätigung des klassischen Selbstverständnisses der Amtsärzte gewesen sein: man konnte auf den vermeintlichen Erfahrungen der »Seuchenbekämpfung« aufbauen.

Aus welchen Gründen in der Nachkriegszeit Ärzte den Weg in Gesundheitsämter fanden, ist bislang nicht untersucht worden. Unterschiedliche Motive dürften eine Rolle gespielt haben: zunächst schlicht die Suche nach einem Arbeitsplatz angesichts der schlechten ökonomischen Absicherung der Krankenhausärzte und des noch nicht voll etablierten Kassenarztsystems, weiter die Fortführung von Arztkarrieren aus der Wehrmacht, vielleicht auch das Ausweichen vor anderen als belastender empfundenen Arbeitsbereichen, bei Ärztinnen vielleicht auch die Möglichkeit, überhaupt eine bezahlte Stellung zu bekommen, in der Beruf und »klassische« Aufgaben in der Familie miteinander vereinbar blieben. Zwei Merkmale scheinen für die Zeit des »Aufbaus« der BRD weiter wichtig gewesen zu sein: zum einen die insgesamt unterdurchschnittliche Qualifikationsstruktur der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zum anderen das larmoyante Festhalten am Vereinheitlichungsgesetz, welches im Selbstverständnis der Amtsärzte das Gesundheitsamt mit einer Allzuständigkeit in gesundheitlichen Fragen ausgestattet hatte. Und schließlich entwickelte sich — zumindest bei den Amtsleitern — rasch ein ungehemmtes Interesse an finanziell lukrativen Nebentätigkeiten, welches teilweise kaum noch Kapazitäten für inhaltliche Arbeit an den Dienstaufgaben übrigließ. So konnten die Gesundheitsämter weder fachlich noch materiell-rechtlich noch konzeptionell den Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik eigene Positionen entgegensetzen, welche der weiteren Aushöhlung öffentlicher Gesundheits-Dienstleistungen hätten entgegenwirken können.

Vergebliche Versuche einer neuen Standortbestimmung

In den Nachkriegsjahren herrschte bei den Amtsärzten das Klagen über die in großem Umfang von den Alliierten erzwungene Kommunalisierung der Gesundheitsämter vor, da sie hierin einen Eingriff in ihre hoheitlichen Kompetenzen sahen. Die Dynamik des sich entfaltenden Gesundheits- und Sozialwesens wurde demgegenüber nicht problematisiert, allenfalls im Sinne eines unproduktiven Klagens über die stärkere Einbindung in die qualitativ gestärkten Sozialbehörden. Einzelkämpfer wie Hagen (1953, zu diesem Zeitpunkt Ministerialrat im Bundesinnen-

ministerium mit den Aufgabenschwerpunkten Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge) bemühten sich systematisch, Gesundheitsfürsorge als Teil prophylaktischer Medizin bei den Gesundheitsämtern gesetzlich und versicherungsrechtlich wie fiskalisch zu der ihr zustehenden Bedeutung zu verhelfen: »Es war vergebens. Die Verfassungshüter waren unerbittlich und die Angriffe kamen von allen Seiten: von der Sozialfürsorge, von den Versicherungsträgern und besonders von der ärztlichen Standesvertretung ... An anderer Stelle einer gezielten, nachgehenden Gesundheitsvorsorge entstand ein üppiges Angebot an Leistungen, die allerdings gerade von denen ignoriert wurden, die ihrer besonders bedürfen« — Hagen ging es vor allem um die Probleme der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, der vorbeugenden Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche und der Tuberkulose. »Krankheit und soziale Lage« war in den Gesundheitsämtern der Nachkriegszeit kein Thema; gleichwohl wurden soziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit benannt, ganz in sozialdarwinistischer Kontinuität: »Anstatt der Gesunderhaltung zu dienen, werden die Gesundheitsämter vielfach für das Gegenteil mißbraucht. Anstelle des Eintretens für die Gesunden wird von ihnen zunehmend eine Fürsorge für die Kranken und Abwegigen verlangt und damit alles verwässert« (Bachmann 1957/58).

Das Beharren auf der Allzuständigkeit

Der Amtsarzt geriet in dieser Nachkriegsphase zunehmend zum fiktiven Wächter jener Volksgesundheit, die er zu schützen vorgab, ohne daß der konkrete Aufbau des Gesundheitswesens mit seinen Auswirkungen auf die Einfluß- und Steuerungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes im gesellschaftlichen Prozeß begriffen wurde. Mit der Beseitigung der wichtigsten materiellen Kriegsfolgeschäden und der damit einhergehenden Verbesserung der Ernährungs- und Lebenssituation für große Teile der Bevölkerung trat das für das Selbstbewußtsein der Amtsärzte konstitutive Moment der Seuchenhygiene — so wenig deren tatsächliche Auswirkungen auch je hinterfragt wurden — mehr in den Hintergrund. Die erhoffte Allzuständigkeit in medizinischen Fragen entwickelte sich zur immer offensichtlicheren Farce, da sich weder genügend fachliche Qualifikation in den Gesundheitsämtern fanden, noch die Amtsärzte rechtlich wie politisch entscheidend in die Prozesse der Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsverwaltung eingreifen konnten. Auch die »Entdeckung« der präventiven Medizin durch die Gesundheitsämter blieb ein bloßer Abklatsch des von der herrschenden Sozialmedizin proklamierten Risikofaktorenmodells, welches im Kern biologische Parameter zu sozialen Leitvorstellungen erhob und dem Kranken

die Schuld an den »Zivilisationskrankheiten« zuschob. Prävention, so Gaumitz (1954/55) müsse bedeuten, dem einzelnen die Möglichkeit zu geben, »aus eigener Kraft an der eigenen sozialen Sicherheit mitzuarbeiten und dadurch, statt einer Schwächung des Verantwortungsgefühls durch automatisch eintretende Hilfsmaßnahmen rein wirtschaftlicher Natur, eine entscheidende, der Würde der Persönlichkeit Rechnung tragende Mitverantwortlichkeit auf sich zu nehmen.«

Subsidiarität als Grundlage von Aufgabenfindung und -verlust

Die Innovationsmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst wurden nicht zuletzt auch dadurch verspielt, daß es den Amtsärzten nicht gelingen konnte, ein selbstdefiniertes Aufgabenprofil jenseits des staatlicherseits vorherrschenden Subsidiaritätsdenkens zu entwickeln. So richtig es ist, daß die personell und materiell schlecht ausgestatteten Gesundheitsämter der Nachkriegszeit mit einer Flut von Aufgaben eingedeckt wurden, welche der Staat den niedergelassenen Ärzten zunächst nicht übertragen wollte oder für die erst später andere Institutionen geschaffen wurden, so reaktionär war das Meinungsbild der Amtsärzte, die in ihrer Gesamtheit nie darüber hinauskamen, sowohl die Zuweisung derartiger subsidiärer Aufgaben als auch deren Entzug zu beklagen. Es fehlte jeglicher Versuch einer Anknüpfung an die kommunalfürsorgerische Tradition der Weimarer Zeit, Leitbild wurde vielmehr die »moderne« Medizin in Krankenhaus und ambulanter Praxis, der im Grunde nachgetrauert wurde.

Ein noch weitgehend unaufgearbeitetes Feld ist das Begutachtungswesen nach den Entschädigungsgesetzen der Länder und später dem Bundesentschädigungsgesetz für die Opfer der NS-Verfolgung. Hierfür wurden zwar teils eigenständige Gutachterstellen eingerichtet, den größten Teil der medizinischen Gutachten dürften aber die Ärzte in den Gesundheitsämtern erstellt haben: in erheblichem Umfang mit einer beängstigenden Kontinuität an bis 1945 gewachsener Denktradition. Bislang ist erst für den Bereich der Psychiatrie aufgearbeitet, daß im Rahmen der Entschädigungs- bzw. »Wiedergutmachungs«-Gutachten oft die Täter von gestern ihren Opfern ein zweites Mal gegenübersaßen. Es wäre an der Zeit, die wie am Fließband erstellten Gutachten zu körperlichen und psychosomatischen Schäden der NS-Verfolgung wissenschaftlich zu untersuchen. Es verwundert nicht, daß aus dem öffentlichen Gesundheitswesen heraus die Zwangssterilisationen im Faschismus auch nach 1945 als »eugenisch« sinnvoll verteidigt und die Leiden der Überlebenden der Konzentrations- und Vernichtungslager fast durchgängig mit naturwissenschaftlicher »Objektivität« bagatellisiert wurden.

Mit der Erstarkung des Kassenarztwesens und der schrittweisen Konsolidierung der Gesetzgebung im Arbeits- und Sozialsektor verloren die Gesundheitsämter dann wesentliche Aufgabenfelder. So war die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bis zur Schaffung der Versorgungsämter — teils auch noch darüber hinaus — Dienstaufgabe der Gesundheitsämter. Die gynäkologische Krebsvorsorge-Untersuchung wurde bis zur Übernahme als Kassenleistung in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung in Beratungsstellen der Gesundheitsämter angeboten. 1955 wurde das neue Kassenarztrecht geschaffen, welches der Bundestag mit einer Entschließung begleitete, in welcher die Verhütung von Krankheiten ausdrücklich als kassenärztliche Aufgabe definiert wurde (ein Überblick hierzu findet sich in dem nach wie vor bemerkenswerten Aufsatz von Manger-König 1975). Mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz von 1961 wurde die geforderte »Vorsorgeuntersuchung« in die Hände der Kassenärzte gelegt. Es ist insgesamt bisher nur unzureichend wahrgenommen worden, daß elementare Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Sicherung völlig außerhalb der Kompetenzen der Gesundheitsressorts in Bund und Ländern geregelt werden.

Für die Entwicklung der Gesundheitsämter ist von besonderer Bedeutung, daß die Fürsorge alten Stils bis 1945 in der BRD im wesentlichen in Form der Sozialarbeit in der Zuständigkeit der Sozialressorts weiterentwickelt wurde. Mit der massiven ökonomischen Stärkung des kurativen Sektors der Medizin in den sechziger und siebziger Jahren verloren die Gesundheitsämter in einer Gesellschaft, deren herrschende Doktrinen soziale Gegensätze zunehmend als nicht-existent bezeichneten und die »Überversorgung« im Gesundheits- und Sozialwesen zu thematisieren begannen, immer mehr an Bedeutung. Den Gesundheitsämtern blieb — ganz im Sinne des in den 80er Jahren dann wieder neu aktualisierten Subsidiaritätsprinzips — letztlich wieder ein Rest von Aufgaben, welche andere Bereiche des Gesundheitswesens (noch) nicht übernehmen wollten oder konnten.

5. *Die Gefahr der erneuten Reduktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum repressiven Kontrollinstrument*

Die Standortbestimmung führt somit zu dem ersten Schluß, daß der öffentliche Gesundheitsdienst in der BRD als organisatorisches und inhaltliches Relikt im Gefolge des Vereinheitlichungsgesetzes von 1934 gesehen werden muß. Er ist außerhalb der dominierenden sozialökonomischen Kräfte des Gesundheitswesens angesiedelt. Damit steht er

— unter dem gegenwärtig vorherrschenden Dogma der Kostenexplosion und angesichts der ökonomischen Verteilungskämpfe der »Wendezeit« bei seiner fiskalischen Abhängigkeit vom Haushalt der Länder und Kommunen — in der Gefahr, weiter funktionell und materiell ausgezehrt zu werden. So steht zu befürchten, daß die in den letzten Jahren deutlich verbesserte Qualifikationsstruktur der Ärzte in den Ämtern historisch zu spät kommt, um vor allem die Defizite an inhaltlicher Neuorientierung soweit aufarbeiten zu können, daß ein Anknüpfen an die fortschrittlichen Ansätze der Sozialhygienebewegung, das Aufzeigen gesundheits- und sozialpolitischer Defizite auf der Gemeindeebene und konkrete Beiträge zur Entwicklung einer nicht am Medizingeschäft orientierten Präventivmedizin vorstellbar wäre. Die dringend erforderliche Integration neuer Berufsgruppen (Umweltingenieure, Toxikologen, Epidemiologen) ist in nennenswertem Umfang kaum zu erwarten. Nicht ohne weiteres absehbar sind die Folgen des zunehmenden Interesses jüngerer Ärztinnen und Ärzte für die Gesundheitsämter; welche Dynamik diese Entwicklung entfalten kann, die zunächst einmal fraglos ein Ergebnis der sich verschärfenden Verteilungskämpfe innerhalb der Kassenärzteschaft ist, läßt sich wohl kaum zuverlässig abschätzen.

Die Dimensionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wichtig erscheint die Betrachtung der Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dessen »flächendeckendes« Netz außerhalb der Stadtstaaten und der Großstädte aus einer Vielzahl von kleineren und kleinsten Ämtern besteht, in denen die Aufgabenvielfalt von wenigen Entscheidungsträgern unter der Leitung eines »allzuständigen« Amtsarztes wahrgenommen werden muß. Daß eine derartige Kumulation von Funktionen, von Begutachtungen über Seuchenhygiene bis zur Umweltmedizin, oftmals zum bloßen Verwalten der Probleme führen muß, ist evident. Aber auch innerhalb der größeren Städte der BRD gilt es zunächst, schlicht die Relationen zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen zu sehen. Die günstigsten Bedingungen findet man in West-Berlin vor, dessen Gesundheitsämter einen etwa dreimal so hohen Personalschlüssel aufweisen wie diejenigen der Großstädte in der BRD. Bei insgesamt knapp 150000 Ärztinnen/Ärzten befanden sich 1983 2.290 hauptamtliche und 1.649 nebenamtliche Ärztinnen/Ärzte in den Gesundheitsämtern (zum Vergleich: 2.437 Sozialarbeiter/innen — 1963 waren es noch 4.241; 3.302 Verwaltungskräfte; 1.572 Schreibkräfte). Labisch-Ziesmann hat gezeigt, daß die Zahl der hauptamtlichen Ärztinnen/Ärzte in den Ämtern zwar relativ konstant geblieben ist, daß aber durch die Reduktion

der Zahl der nebenamtlichen Ärztinnen/Ärzte die Arzt/Einwohner-Relation in den 70er Jahren wieder auf das Niveau der 50er Jahre abgesunken ist. Demgegenüber hat sich in den letzten Jahren die Zahl der Fachärzte sowohl im Krankenhaus als auch in der Kassenpraxis mehr als verdoppelt.

Die Bundesstatistik weist für das Jahr 1983 Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Höhe von 214,3 Mrd. DM aus. Dabei beträgt der — nicht näher aufgeschlüsselte Anteil für vorbeugende und betreuende Maßnahmen seit den 70er Jahren konstant um 6 Prozent. Für ihre Gesundheitsdienste gaben die öffentlichen Haushalte 1983 knapp 1,9 Mrd. DM aus. Nur um der Größenordnung willen sei vermerkt, daß nach Schätzungen des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen die Pharmakonzerne für ihre 15.000 »Berater« mindestens 2 Mrd. DM veranschlagen, daß weiter die Werbung für Arzneimittel jährlich etwa 0,7 Mrd. DM kostet.

Ökonomische Krise und »Reform« der Gesundheitsämter von oben

Die aktuelle Situation der Gesundheitsämter ist davon gekennzeichnet, daß Landesregierungen und Kommunen angesichts der »leeren Kassen« der öffentlichen Haushalte immer intensiver überprüfen, welche der verbliebenen Aufgaben der Ämter zwingend gesetzlich vorgeschrieben sind und welche anderen Aufgabenfelder aufgegeben, ausgegliedert und privatisiert werden können. Die — bis auf West-Berlin, Schleswig-Holstein und Bayern — noch ausstehenden Gesundheitsdienstgesetze werden von diesen Überlegungen nicht verschont bleiben. Weit fortgeschritten ist diese Prüfphase in Rheinland-Pfalz, wo in einem Bericht an die Landesregierung selbst klassische Bereiche der Ämter infragegestellt werden (hierzu Hilbert/Schmacke 1985): Danach wird die Auflösung der kinder- und schulärztlichen Dienste und die Übernahme ihrer Aufgaben durch niedergelassene Kinderärzte diskutiert, für amtsärztliche Gutachten wird in Anlehnung an das Notariatswesen die Übertragung »beliehener Ämter« an niedergelassene Ärzte sowie die Schaffung von »Medizinal-Überwachungsvereinen« erwogen.

Das Subsidiaritätsprinzip wird in diesem Bericht konsequent ausgereizt: der öffentliche Gesundheitsdienst wird endgültig nicht mehr als genuiner Bestandteil des Gesundheitswesens begriffen, sondern als Träger zeitlich begrenzter Aufgaben bis zu deren Übernahme durch private Leistungsanbieter. In diesem Sinn weist der Bericht dem sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter die »nachgehende und aufsuchende Fürsorge« derjenigen Patienten zu, »denen die Einsicht vor allem für gesundheitliche Vorsorge fehlt, oder die nach dieser Einsicht nicht han-

deln können«. Unmißverständlich ist auch die Beschreibung der Rolle der Ämter gegenüber den Selbsthilfegruppen: »Die Gesundheitsämter sollen auch dazu beitragen, daß sich die Selbsthilfegruppen nicht in einem Protest gegen den etablierten Medizinbetrieb erschöpfen und sollen darauf achten, daß keine bedenklichen Empfehlungen zur Gesunderhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit in den Selbsthilfegruppen Platz greifen«.

Unter den Gesundheitsdienst-Gesetzen der Länder läßt das unlängst verabschiedete Bayerische Gesetz am deutlichsten die Absicht erkennen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst nur noch Hilfsfunktionen zuzuweisen. Bei der (mehr als groben) Aufgabenbeschreibung finden sich fast ausschließlich Kann-Bestimmungen: die Gesundheitsämter dürfen, solange andere Leistungsträger nicht aktiv werden. Damit fällt dieses Gesetz hinter die — wenn auch mehrheitlich floskelhaften — Formulierungen des Vereinheitlichungsgesetzes und seiner Durchführungsverordnungen von 1934/35 zurück. Der Weg des weiteren Rückzugs des Staates und seiner Verwaltung aus kostenträchtigen und/oder opportunerweise privatisierbaren Aufgaben ist damit gesetzlich gebahnt.

Das aktuellste Beispiel für eine am Subsidiaritätsprinzip orientierte Aufgabenzuweisung ist der Umgang mit der AIDS-Problematik (*Schmacke* 1986 und 1987). Über Nacht entdeckten die Gesundheitsminister die Gesundheitsämter zur »flächendeckenden« Problemlösung. Gleichzeitig wird die Selbsthilfebewegung hofiert und partiell finanziell unterstützt. Beide »Lösungsstrategien« sind aber zunächst vielleicht nur Ausdruck der Hilflosigkeit des politischen Systems, Antworten auf eine neue Krankheit zu finden, deren Auftauchen das etablierte Gesundheitssystem erneut strukturell überfordert. Schon jetzt ist aber unübersehbar, daß viele Verwaltungsbehörden sowohl die Gesundheitsämter als auch die Kontakte zur Selbsthilfebewegung in klassischer sanitätspolizeilicher Tradition als Kontrollinstrument nutzen wollen, so sehr dies auch im Rahmen der Meldepflichtdebatte heute noch abgestritten wird. Der staatliche Umgang mit dem AIDS-Problem wird jedenfalls ein empfindlicher Indikator dafür sein, ob die Gesundheitsämter eine Chance erhalten, innovativ tätig zu werden oder ob sie erneut verlängerter Arm staatlicher Ausgrenzungs- und Diskriminierungspolitik sein werden (zur Frage präventiver Chancen siehe v.a. *Rosenbrock* 1986).

6. *Aktuelle Aufgabenfelder der Gesundheitsämter: hat Innovation eine Chance?*

Wenn im folgenden danach gefragt wird, ob Spielräume für eine eigenständige Weiterentwicklung der Gesundheitsämter jenseits bestehender gesetzlicher Aufträge und ausschließlich subsidiärer Aufgaben bestehen, so bleibt einstweilen unbeantwortet, welche gesellschaftlichen Kräfte ein Interesse an derartiger Innovation haben können. Gleichwohl soll durch den damit verbundenen (subjektiv gefärbten) kursorischen Einblick in einige wichtige Aufgaben der Ämter deutlich werden, daß der öffentliche Gesundheitsdienst in Bereichen tätig ist, die einer kritischen Betrachtung von Medizin nicht gleichgültig sein sollten. Innovation kann in diesem Darstellungsversuch nicht bedeuten, neue Aufgabenfelder wie die Umweltmedizin im bloßen Additionsverfahren beanspruchen zu wollen; vielmehr gilt es gleichermaßen, den harten Kern amtsärztlicher Tätigkeit zu analysieren, will man nicht ein Gesundheitsamt in idealistischer Reformeuphorie am Schreibtisch entwerfen, das keinerlei Realisierungschancen hätte.

Amtsärztliche Gutachten

Durch Bundes- und Ländergesetze wird ein breiter Katalog an amtsärztlichen Gutachten festgeschrieben, der für absehbare Zeit ein Schwerpunkt der Arbeit in den Gesundheitsämtern bleiben wird. Es stellt sich die Frage, ob die kritische Durchleuchtung dieser Gutachtenpraxis Möglichkeiten bietet, mit der Thematisierung der teils ausgesprochenen, teils versteckten Interessen der öffentlichen Auftraggeber von Gutachten sozialpolitische Fragen und deren Zusammenhang zu gesundheitlichen Problemen soweit transparent zu machen, daß erforderliche Konsequenzen in Gesetzgebung, Verwaltung und Politik gezogen werden können. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen.

Sozialhilfeempfänger können nach dem Bundessozialhilfegesetz zu sog. gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit verpflichtet werden, ein mehr als fragwürdiges Mittel der Sozialpolitik, das zwischen den Polen der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß und einer an die Geschichte der Zwangsarbeit erinnernden »Pflichtarbeit« als Gegenleistung für die bewilligte Sozialhilfe anzusiedeln ist. Das BSHG sieht die Möglichkeit vor, Sozialhilfeempfängern, welche eine zugewiesene Arbeit verweigern, die Sozialhilfe zu kürzen.

Werden von Sozialhilfeempfängern wiederholt Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt, lassen die Sozialämter oft die Frage der Arbeitsfähigkeit vom Gesundheitsamt überprüfen. Anhand ausgewerteter

Unterlagen konnte in Bremen gezeigt werden, daß in einem hohen Prozentsatz amtsärztliche Untersuchungen von Sozialhilfeempfängern verlangt wurden, bei denen aufgrund lebensgeschichtlicher Zusammenhänge, chronischer Erkrankungen oder allein wegen des Alters das »Mittel« gemeinnützige und zusätzliche Arbeit im Sinne eines rehabilitativen Ansatzes überhaupt nicht diskutabel war. In Gesprächen mit dem Sozialamt konnte erreicht werden, daß derartig unsinnige und für die Betroffenen als Repression der Verwaltung erlebte Untersuchungen durch die vorherige Einschaltung der sozialen Dienste weitestgehend vermieden werden: die Zahl der Gutachtenaufträge ist seither drastisch gesunken. Das Beispiel zeigt, wie eng die Spielräume für eine Intervention des Gesundheitsamtes sind, da der gesetzliche Rahmen samt dem Problem dieses im BSHG vorgesehenen dritten und vierten Arbeitsmarktes fortbestehen bleibt. Andererseits läßt sich mit dem Verfahren eine Vielzahl unwürdiger Begutachtungssituationen verhindern (zum Selbstverständnis der Bremer Sozialverwaltung in dieser Frage s. *Hoppensack/Wenzel* 1985).

Als zweites soll kurz das Feld amtsärztlicher Gutachten für Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes gestreift werden, welches von Einstellungsuntersuchungen über einen umfangreichen Katalog nach beamtenrechtlichen Regelungen wie Kuren und Beihilfefragen bis hin zur Frage der Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen reicht. Es ist evident, daß unter dem verschärften ökonomischen Druck die Brisanz derartiger Gutachten zunimmt, da auch im öffentlichen Dienst rascher als früher vom Arbeitgeber auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei Vorliegen gesundheitlich bedingter Leistungseinschränkungen gedrängt wird.

Ein Dilemma derartiger amtsärztlicher Gutachten ist weiterhin, daß die arbeitsmedizinischen Belange der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes trotz des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1973 mit wenigen Ausnahmen (Hamburg/Köln) nur höchst unzureichende Berücksichtigung finden. Ohne hier auf die grundsätzliche Problematik der Arbeitsmedizin in der BRD eingehen zu wollen, ergibt sich die Forderung nach einem unabhängig vom amtsärztlichen Bereich anzusiedelnden, personell und fachlich adäquat ausgestatteten arbeitsmedizinischen Dienst für den öffentlichen Bereich.

Empirische Untersuchungen des amtsäzrtlichen Gutachterwesens existieren allenfalls in unzureichenden Ansätzen, so daß in weiten Bereichen die Maßstäbe und Auswirkungen dieser Praxis nicht transparent sind. Es ist ein allgemeines Defizit sozialwissenschaftlicher Sozialpolitik-Forschung, daß die ärztliche Gutachtertätigkeit in Gesundheits-

ämtern, im vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkassen und bei den Rentenversicherungsträgern kaum Beachtung findet, obwohl hier Entscheidungen enormer Tragweite für die Betroffenen gefällt bzw. vorbereitet werden.

Roth (1986) hat in einer Studie über das Wirken des ärztlichen Gutachters *V.v. Weizsäcker* in der Weimarer Republik und im Nazifaschismus herausgearbeitet, in welchem Umfang die »soziale Frage« im Gefolge von Massenarbeitslosigkeit und ökonomischer wie gesundheitlicher Verelendung auch die Gutachter-Einstellung präformiert hat und daß Ärzte wie *v. Weizsäcker* ihrerseits weitreichende sozialpolitische Forderungen aus ihrer Gutachten-»Erfahrung« ableiteten, die letztlich auf einem patientenverachtenden Menschenbild basierten. Derartige Traditionen ärztlichen Denkens und Handelns sind bislang wissenschaftlich kaum aufgearbeitet, liegen jedenfalls außerhalb des Blickfeldes der »kritischen« Medizin.

Das Geschlechtskrankheitengesetz

Am Bereich der Beratungsstellen für Haut- und Geschlechtskranke läßt sich aufzeigen, mit welch unterschiedlichen Konzepten der Auftrag des Geschlechtskrankengesetzes erfüllt werden kann. Im klassischen gesundheitspolizeilichen Verständnis dienen diese Beratungsstellen der regelmäßigen, angeordneten Untersuchung (fast ausschließlich) weiblicher Prostituierter, wobei vielerorts eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und »Sitten«-Polizei eingespielt ist. Hinter diesem Denken verbirgt sich die Überzeugung, mittels regelmäßiger Razzien, Sperrgebietsverordnungen und erzwungener Gesundheitsuntersuchungen das Problem der Prostitution sowohl sozial als auch gesundheitlich-hygienisch »in den Griff« bekommen zu können. Dabei gehen traditionell sowohl Kriminologen als auch Psychiater und Mediziner von einem erbbiologischen und sozialdarwinistischen Verständnis der Prostitution aus, die dabei mit den Etiketten der Minderwertigkeit, des Schwachsinns und der Kriminalität behaftet wird. Die Geschichte der staatlichen Verfolgung der Prostitution ist erst rudimentär beschrieben, eine Abnahme der Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten hat sie sicherlich zu keiner Zeit bewirkt.

Auf der anderen Seite sind Versuche zu benennen, in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter Prostituierte entgegen der vorherrschenden Diskriminierung als Frauen ernst zu nehmen und ihre eigenen gesundheitlichen Belange zum Thema zu machen — dies auch in Bereichen der Prostitution, welche mit dem traditionellen seuchenhygienischen Arbeitsverständnis überhaupt nicht erreichbar sind. Der Konflikt

zwischen diesen beiden Arbeitsansätzen läßt sich unter anderem daran festmachen, daß sich viele Gesundheitsämter bisher weigern, Sozialarbeit in den Beratungsstellen angemessen zu verankern. Es sei eingestanden, daß sich diese Überlegungen auf eine immanente Auseinandersetzung mit dem Geschlechtskrankheitengesetz beschränken. Eine bessere gesetzliche Regelung oder gar der Fortfall gesundheitspolizeilichen Handelns mit dem Aspekt möglicher Zwangsmaßnahmen dürften aber in der vorstellbaren Zukunft nicht zu erwarten sein.

Der kinder- und jugendärztliche Dienst

Ein großer Teil der Ressourcen der Gesundheitsämter wird für die kinder- und jugendärztlichen Dienste verwandt, die weit über die Schulreihenuntersuchungen hinaus tätig werden. Versuche, in der Nachkriegszeit ein *bundes*gesetzlich abgesichertes Netz an mit größeren Kompetenzen ausgestatteten Beratungsstellen für Kinder, Schwangere und Mütter aufzubauen (verbunden mit dem Namen *Hagen)*, scheiterten. Trotz der erheblichen Zunahme an niedergelassenen Kinder- und Frauenärzten, die entsprechend der standesärztlichen Ideologie über eine Allzuständigkeit und Allkompetenz auch in der präventiven Medizin verfügen, sind strukturelle Defizite in der gesundheitlichen Betreuung von Schwangeren, Kindern und Jugendlichen bestehengeblieben. Dies liegt zum einen ohne Frage an der schichtenspezifischen Inanspruchnahme der ambulanten Medizin, des weiteren am ausschließlich arztzentrierten Ansatz eines auf den »Kunden« wartenden medizinischen Anbietersystems, das den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen insgesamt nicht im Blickfeld haben kann. Demgegenüber bietet der kinder- und jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter — zumindest von seiner Struktur her — die Möglichkeit, ganze Jahrgänge von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen und dadurch nicht nur individuelle Behandlungsdefizite aufzuzeigen, sondern auch allgemeine gesundheitliche Probleme zu erkennen und planerische Vorschläge zu entwickeln. Die am meisten bekannten Beispiele sind die Feststellungen von Seh- und Hörbehinderungen, von Impflücken und Karieshäufigkeit. Probleme unzureichender Standardisierung und — damit einhergehend — kaum nutzbarer Datenfriedhöfe sind freilich in weiten Bereichen noch ungelöst. Oft reichen die Kapazitäten auch nicht, ein qualitativ gutes Untersuchungs- und Beratungsangebot vom Säuglingsalter bis zum Berufsschul- bzw. Schulabschluß aufrechtzuerhalten. Ein wichtiger Ansatz ist weiter die medizinische Betreuung bei der zögernd begonnenen Integration behinderter Kinder in Kindergärten und Schulen, eine Aufgabe, die niedergelassene Pädiater schon

allein wegen des enormen Zeitaufwandes nicht adäquat übernehmen könnten.

Weiterhin sei noch das in Bremen mittlerweile ausgelaufene Bundesmodell der sogenannten Familienhebammen genannt, in dem schwerpunktmäßig Risikoschwangere ambulant betreut werden. Obwohl nachweisbar ist, daß durch dieses Angebot sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Entbindung die soziale und gesundheitliche Situation der betreuten Mütter und Säuglinge deutlich verbessert werden konnte, wird dieses Modellprojekt nicht fortgeführt werden, während die arztzentrierte Gynäkologie und Geburtshilfe im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenkassen ungehindert expandiert.

Schließlich sei nur angedeutet, daß im Bereich der sog. Gesundheitserziehung Perspektiven sinnvoller Tätigkeit vorstellbar sind, angefangen von der Frage einer gesünderen Ernährung während der Schulzeit bis zur Beteiligung an der Aufgabe der Sexualaufklärung — Aufgabenfelder, die mangels personeller Ressourcen und auch überzeugender Konzepte brachliegen. (Zum Selbstverständnis des oben skizzierten Konzepts des kinder- und jugendärztlichen Dienstes s. zuletzt *S. Leidel* in »Fünfzig Jahre ...« 1985, sowie *Zimmermann* in »Leitlinien ...« 1986.)

Der sozialpsychiatrische Dienst

Bizarr-kontrovers wird die Rolle sozialpsychiatrischer Dienste in unserer Gesellschaft diskutiert, die mit unterschiedlicher Motivation von den ärztlichen Standesorganisationen bis hin zu Teilen der grün-alternativen Gesundheitsbewegung heftig befeindet werden. Zunächst ist festzustellen, daß derartige ambulante Dienste nach wie vor mehr als dünn gestreut sind. Eine Situation wie in Bremen, wo insgesamt etwa 50 Mitarbeiter in 5 regional angesiedelten Beratungsstellen arbeiten, stellt die einsame Ausnahme in der BRD dar. Das Bremer Konzept geht von dem Anspruch aus, schwerpunktmäßig die Gruppe der von den übrigen medizinischen Institutionen einschließlich der niedergelassenen Ärzte de facto weitgehend ausgegrenzten Gruppe der chronisch-psychisch Kranken zu betreuen. Dies heißt konkret, soziale Basisbedürfnisse einzufordern, den Aufbau von Wohngruppen zu fördern, die Quote der Zwangseinweisungen so klein wie möglich zu halten und insgesamt dafür Sorge zu tragen, daß diese Kranken in ihrer vertrauten Umgebung integriert bleiben.

Die Kritik von seiten der ärztlichen Standesorganisationen verwundert nicht, fürchten sie doch jeden Teilaspekt medizinischer und psychiatrischer Betreuung außerhalb des kassenärztlichen Monopols wie

der Teufel das Weihwasser. Auf den ersten Blick erstaunlicher scheint die Kritik von bestimmten Vertretern der grün-alternativen Szene zu sein, die im Kern auch in derartigen gemeindenahen Diensten ein Stück staatlicher Kontrolle, Bevormundung, Etikettierung und Vorbereitung zur Aussonderung sehen. So notwendig Skepsis und öffentliche Kontrolle ohne Frage sind, so sicher ist auch, daß sich die Lebenslage für chronisch-psychisch Kranke ohne eine Verstärkung stützender ambulanter Einrichtungen gerade bei der fortschreitenden ökonomischen wie sozialen Krise noch weiter verschärfen wird.

Sozialpsychiatrie ist sicher nicht per se fortschrittlich, auch die Enthospitalisierungs-Programme können mit der Neuschaffung ähnlich unmenschlicher Lebensbedingungen einhergehen. Auf eine idealisierte Selbsthilfebewegung zu setzen, wäre aber gleichermaßen gefährlich, weil diese keine Verpflichtung einlösen muß, Wohn- und Kontaktmöglichkeiten zu schaffen oder sich mit Arbeitgebern auseinanderzusetzen, die psychisch Kranke ausgrenzen wollen. Ambulante sozialpsychiatrische Dienste müssen sicher nicht zwangsläufig bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sein, sollten aber jedenfalls als kommunale gesundheitspolitische Aufgabe außerhalb der Krankenhauspsychiatrie eingefordert werden (Zur Situation in Bremen s. *Kebbel* in »Leitlinien ...« 1986).

Umweltmedizin

Vorrangige innovative Bedeutung wird in der internen Diskussion des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Umweltmedizin beigemessen. Vordergründige Einigkeit bei dieser Zielbeschreibung herrscht zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und dem Berufsverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Realität im staatlichen wie im kommunalen Bereich ist demgegebüber, daß in den letzten Jahren zumeist eigenständige Umweltämter eingerichtet und zum Teil erheblich personell gestärkt worden sind, während die Ausstattung der Gesundheitsämter mit Fachkräften, Literaturdiensten und technisch-apparativen Möglichkeiten bundesweit als spärlich zu bezeichnen ist. Lediglich Hamburg ist diesen Weg der organisatorischen Teilung von Gesundheit und Umwelt nicht mitgegangen.

Natürlich ist die Frage der Chancen einer wirksamen Umweltmedizin nicht ein isoliertes Problem von Zuständigkeiten. Vielmehr stellt sich zentral die Frage nach überzeugenden inhaltlichen Konzepten und der Durchsetzungsfähigkeit im politischen Kräftespiel. So steht außer Frage, daß die Gesundheitsämter bislang eigene Konzepte für einen ge-

sundheitlichen Umweltschutz kaum vorweisen können. Dies hieße zunächst, gesundheitliche Beschwerden, die von Betroffenen auf Umweltnoxen zurückgeführt werden, ernstzunehmen und nicht zu bagatellisieren. Gesundheitlicher Umweltschutz hieße auch, nicht auf der Ebene der Grenzwertdebatten stehenzubleiben, sondern an der Erarbeitung von Konzepten zur Eliminierung von Schadstoffen mitzuwirken.

Auf der technisch-wissenschaftlichen Ebene scheint sich zur Zeit eine Parallele zur Entwicklung der bakteriologischen Medizinaluntersuchungsämter um die Jahrhundertwende abzuzeichnen: waren die staatliche Physici fachlich und organisatorisch dem Fortschrittsparadigma der Bakteriologie nicht gewachsen, so können auch die Gesundheitsämter der Gegenwart technisch-apparativ nicht mit Universtitätsinstituten und Umweltbehörden konkurrieren, welche begonnen haben, die ökologische Katastrophe zu dokumentieren. Ob ein Schwerpunkt künftiger Aufgaben überhaupt sein kann, gesundheitsschädigende Einflüsse auf dem Plausibilitätsniveau nachzuweisen, bleibt offen. Ohne Frage bleibt aber die wichtige Aufgabe der Beratung einzelner Bürger wie öffentlicher Institutionen eine Aufforderung an die Gesundheitsämter, der sie nicht ausweichen dürfen.

In dem wichtigen Bereich der Kontrolle der Trinkwasserqualität hat der Gesetzgeber den Gesundheitsämtern eine zentrale Rolle eingeräumt; es wird sich bald zeigen, ob die Durchsetzungsfähigkeit der Ämter z.B. beim Problem der Nitrat-Belastung an politischen und ökonomischen Interessen Grenzen findet. Bei der Vielzahl ungelöster Fragen (Umgang mit den sog. Altlasten und ungehemmte Neuentwicklung chemischer Einzelsubstanzen) steht jedoch zu befürchten, daß ohne eine erhebliche Stärkung der umweltmedizinischen Kompetenz der Gesundheitsämter diese in der Ökologiedebatte schweigsam sein werden oder die Rolle des Apologeten der Kommunal- und Landespolitiker spielen müssen.

Präventivmedizin

Gesundheitlicher Umweltschutz läßt sich als Teil einer präventiv ausgerichteten Medizin begreifen. Damit werden aber zugleich — neben und eng verbunden mit dem Problem der Machtverteilung im Gesundheits- und Sozialwesen — grundsätzliche methodische und gesundheitspolitische Probleme aufgeworfen. Umweltmedizin und Präventivmedizin allgemein können nicht mit dem Instrumentarium der kurativ ausgerichteten Schulmedizin operieren, sie hängen vielmehr von epidemiologischen Studien und von der Grundlagenforschung ab, angefangen von der Toxikologie bis hin zur empirischen Sozialforschung. Gesellschaft-

liche Interessengruppen wie die AOK, der DGB und die kassenärztliche Bundesvereinigung haben in den letzten Jahrzehnten eigene Forschungseinrichtungen geschaffen, die nach einer ideologischen und empirischen Abstützung ihrer Politik suchen. Die etablierte sozialmedizinische Forschung an den Universitäten vermeidet systematisch jede grundlegende Kritik an der Struktur des Gesundheitswesens der BRD. Die Ende der sechziger Jahre eingerichtete medizinische Soziologie spielt — soweit sie überhaupt den Anspruch vertritt, die sozialökonomischen Verflechtungen des Gesundheitswesens zu analysieren — gesellschaftlich kaum eine Rolle. (Zum Standort epidemiologischer Forschung und der Sozialmedizin s. zuletzt z.B. *Lemke/Laaser* 1986 sowie *von Ferber* 1986.) Die Epidemiologie führt außerhalb begrenzter klinischer Fragestellungen eine absolute Außenseiterrolle; zudem kann man sich kaum des Eindrucks erwehren, daß — bei zugegebenermaßen großen methodischen Problemen — die auftraggeberorientierte Taktik dominiert, mittels einer nicht völlig hieb- und stichfesten epidemiologischen Studie die jeweils nächste Untersuchung einzufordern, ohne zu entscheidenden gesundheitspolitischen Aussagen kommen zu müssen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat diesen bereits besetzten Forschungsfeldern nichts entgegenzusetzen. Die Akademien für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München sind hauptsächlich Ausbildungseinrichtungen und allein aufgrund ihres geringen Budgets und des Einflusses der unterschiedlichen Trägerländer kaum in der Lage, eigenständige Forschung zu betreiben. Präventive Medizin wird stattdessen auf das Feld der Gesundheitserziehung oder -aufklärung zurückgeschraubt. Dieses vielbeschworene Arbeitsfeld operiert de facto überwiegend mit moralisierenden Argumentationsmustern, indem bei vielen der zu Zivilisationskrankheiten ernannten chronischen Erkrankungen dem Patienten selber die Schuld an seinem »Fehlverhalten« zugeschrieben wird. Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es dann, ihm sein schuldhaftes Verhalten vor Augen zu führen. Derartige Überlegungen sind als unmittelbarer Ausfluß der dominierenden sozialmedizinischen Schule der BRD zu sehen, für welche die Namen *Schaefer* und *Blohmke* stehen.

Ein ernstzunehmenderer Ansatz liegt mit dem Lebensweisen-Konzept vor, das auch von der Weltgesundheitsorganisation vertreten wird und in einer Reihe von Gesundheitsämtern zur Verabschiedung von der Zeigefinger- und Hochglanzbroschüren-Pädagogik geführt hat. Danach kann das gesundheitsschädigende oder -fördernde Verhalten des Individuums nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlich geprägten lebensgeschichtlichen Wirklichkeit verstanden werden. Wichtiger Be-

standteil diees Konzepts ist die Überzeugung, daß Gesundheitserziehung nicht arztzentriert verstanden werden darf, sondern nur unter Einbeziehung der für den einzelnen relevanten gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensbezüge wirksam werden kann. Kritisch bleibt anzumerken, daß sich das WHO-Konzept sehr stark auf eine Budgetierungs- und Umverteilungsstrategie konzentriert und dabei konkrete Aussagen zum System der Gesundheits- und Sozialpolitik der Mitgliedsländer bewußt ausklammert. Dennoch ist der Versuch der WHO bemerkenswert, in ihrer Regionalstrategie für Europa eine Vielzahl konkreter Ziele bis zum Jahr 2000 formuliert zu haben, die im Vergleich zwischen den einzelnen Mitgliedsländern potentiell zur Entfaltung von politischem Druck auf die BRD als eines der Länder mit dem weltweit größten gesellschaftlichen Reichtum führen könnten.

Inwieweit die Gesundheitsämter in der Lage sein werden, sich bei der Umsetzung dieser Einzelziele Gehör zu verschaffen, bleibt einsteweilen offen. Der Versuch immerhin wäre sinnvoll, die Ämter als Teil der staatlichen und kommunalen Verwaltung nicht aus ihrer Verpflichtung zu entlassen, eigene Vorstellungen einer präventiv orientierten Medizin vorzulegen: von der Inzidenz der Rötelnembryopathie bis hin zur Gefährdung der Bevölkerung durch in Ballungszentren angesiedelte chemische Industrie.

Man darf auch sicher berchtigte Zweifel daran äußern, ob die Gesundheitsämter im fachlichen wie im politischen Kräftespiel überhaupt zum Bündnispartner und Sprachorgan einer ökologisch und prävaentiv orientierten Medizin werden können. Die Tatsache aber, daß Gesundheitsämter heute in der Regel nichts über die Inzidenz gravierender Hospitalinfektionen aussagen können und sich stattdessen um die Ausstattung von Sanitäreinrichtungen mit Papierhandtüchern kümmern oder keine Informationen über die Lagerung hochtoxischer Substanzen in ihrem Einzugsbereich vorweisen können, während gleichzeitig Amtsärzte regelmäßig an militärisch ausgerichteten Katastrophenschutzlehrgängen teilnehmen, spricht nicht dafür, diesen Bereich der Gesundheitsverwaltung fatalistisch abzuschreiben. Die Chance der Gesundheitsämter ist insoweit auch eine Frage der »Wiederentdeckung« durch relevante gesellschaftliche Gruppierungen. Die Gesundheitsämter ihrerseits werden unter Beweis stellen müssen, ob sie bereit sind, Bündnisse außerhalb ärztlicher Standespolitik und fiskalisch-restriktiver Kommunalpolitik einzugehen.

7. Fortschrittliche Gesundheitspolitik mit den Gesundheitsämtern als Quadratur des Kreises?

Jede Diskussion um Zukunftsperspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird zunächst von der Einbindung der Gesundheitsämter in das Gesetzgebungsgeflecht von Bund und Ländern sowie vom Kräfteverhältnis im Gesundheitswesen ausgehen müssen. In der augenblicklichen historischen Epoche, die von einer sich chronisch verschärfenden Massenarbeitslosigkeit und einer immer aggressiveren Sozial- wie Rüstungspolitik gekennzeichnet ist, spricht zunächst alles gegen eine Stabilisierung und Ausweitung öffentlicher und potentiell demokratisch kontrollierbarer Dienstleistungen im Gesundheitswesen, mit Ausnahme bestimmter Bereiche, die sich dann aber dem konservativen Subsidiaritätsprinzip unterzuordnen haben oder eindeutige ordnungspolitische Funktionen tragen.

Forderungen an ein fortschrittliches öffentliches Gesundheitswesen dürfen deshalb nicht dabei stehenbleiben, eine quantitative Absicherung oder Stärkung der Gesundheitsämter zu fordern. Vielmehr ist die Entwicklung eines eigenständigen gesundheitspolitischen Ziels gefordert, welches die vorherrschenden Interessenkonflikte in unserem Gesundheitswesen nicht ausklammern darf. Die mächtigen Interessenorganisationen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser, die Prediger der Kostendämpfungspolitik, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Vertreter besitzen und nicht zuletzt die staatliche und kommunale Verwaltung stehen derartigen Überlegungen massiv entgegen. Hinzu kommt, daß die ja erst seit einigen Jahren in Ansätzen aufgearbeitete eigene Tradition des öffentlichen Gesundheitswesens es auch potentiellen Bündnispartnern schwer macht, sich an der Diskussion neuer Konzepte aktiv zu beteiligen. Und schließlich sind die Gesundheitsämter aktuell in vielen Bereichen weit davon entfernt, von den Bürgern selbst als institutionalisierte Anwälte ihrer gesundheitlichen Interessen wahrgenommen zu werden.

Zuletzt bleibt eine scheinbar banale Erkenntnis von grundsätzlicher Bedeutung: die Beurteilung der Chancen und Probleme einer Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist unlösbar verbunden mit der Einschätzung der ökonomischen und politischen Realität in der Gesamtgesellschaft. Der öffentliche Gesundheitsdienst entwickelt sich nicht im luftleeren Raum, seine Überlebens- und Zukunftschancen hängen vielmehr maßgeblich davon ab, welche Spielräume die demokratischen Kräfte in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erkämpfen können. Insofern wird es auch eine Frage des Intreresses der kritischen

Öffentlichkeit an den Gesundheitsämtern sein, ob es gelingen kann, im öffentlichen Gesundheitsdienst Kristallisationspunkte einer nicht-ökonomistischen und gesundheitsorientierten Arbeit im Gesundheitswesen zu schaffen und zu festigen. Der zunehmend aggressive Umbau in der bundesrepublikanischen Gesellschaft, für welchen der Begriff der Wende nur als beschönigend bezeichnet werden kann, wird auch für Reformen im öffentlichen Gesundheitsdienst, die gegen den Strom schwimmen, wenig Raum bieten. Noch aber gibt es — und dies gilt für das gesamte Gesundheitswesen — Positionen zu verlieren und damit zu verteidigen.

Literaturverzeichnis

Bachmann, W., 1957/58: Die »Zweckentfremdung« der Gesundheitsämter. Der ÖGD 19. 105-110

Daten des Gesundheitswesens — Ausgabe 1985 — Band 154 der Schriftenreihe des BmJFG. Stuttgart

Ebbinghaus, A., H. Kaupen-Haas, K.-H. Roth, 1984: Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg

Ferber, Ch., 1986: Sozialmedizin und Medizinsoziologie in der Bundesrepublik — Erben einer großen Tradition im elfenbeinernen Turm. MMG 11. 180-186

Fünfzig Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Tagung zur Geschichte und Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes am 18. und 19. Mai 1984 in Bremen. Band 12 der Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gemeinwesen in Düsseldorf. Düsseldorf 1985

Gesund sein 2000 — Wege und Vorschläge. Projektgruppe »Nationale Strategie Gesundheit 2000« im Auftrag der *Grünen* im Bundestag. Berlin 1984

Hagen, W., 1953: Vorbeugende Gesundheitsfürsorge. Stuttgart

Hagen, W., 1956/57: Der Mensch unserer Zeit, sozialhygienisch gesehen. Der ÖGD 18. 220-236

Hilbert, Th., N. Schmacke, 1985: Ausverkauf der Gesundheitsämter? Neokonservatismus und öffentlicher Gesundheitsdienst. Unveröff.Ms. Bremen

Hoppensack, H.C. u. G. Wenzel, 1985: Hilfe zur Arbeit und Arbeitszwang. Sozialhilfe und administrative »Normalisierung« von Lohnarbeit. In: Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats (Hrsg. Leibfried, S. und F. Tennstedt). Frankfurt. 249-267

Labisch, A., 1986: Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens. Leviathan Sonderheft 7. 275-305

Labisch, A., 1985a: Die soziale Konstruktion der »Gesundheit« und des »homo hygienicus«: Zur Soziogenese eines sozialen Gutes. ÖZS 10. 60-81

Labisch, A., 1985b: Soziologische Grundlagenprobleme der primären Prävention und das Konzept der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« der Weltgesundheitsorganisation. In: Krankenkassen und Prävention (Hrsg. Rosenbrock, R. und F. Hauß). Berlin. 51-75

Labisch, A. und F. Tennstedt, 1985: Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3.7.1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Bd.13 d.Schriftenreihe der Akademie für öffentl. Gesundheitswesen in Düsseldorf. Düsseldorf

Labisch-Ziesmann, I.U., 1984: Auswirkungen der personellen Entwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst auf die Arbeitsorganisation eines Gesundheitsamtes. Med. Diss. Aachen

Leibfried, S. und F. Tennstedt (Hrsg.), 1979: Arbeitsbericht zu verschütteten Alternativen in der Gesundheitspolitik. Bremen

Leitlinien für den öffentlichen Gesundheitsdienst: Seminar der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit der SPD Bremen in Bad Zwischenahn am 16.11.1985. Broschüre der SPD Bremen. 1986

Lemke, P. und U. Laaser, 1986: Das epidemiologische Modell der Risikofaktoren und seine Umsetzbarkeit — die Epidemiologie in der Realität der Gesundheitspolitik. MMG 11. 215-225

Manger-Koenig, L., 1975: Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen. Öff. Gesundh.-Wesen 37. 433-448

Pross, Ch. und R. Winau, 1984: Nicht mißhandeln. Stätten der Geschichte Berlins. Band 5. Berlin

Pürckhauer, F., 1954/55: Das Gesundheitsamt im Wandel der Zeit. Der ÖGD 16. 279-296

Rosenbrock, R., 1986: AIDS kann schneller besiegt werden. Hamburg

Roth, K.H., 1984: Schein-Alternativen im Gesundheitswesen: Alfred Grotjahn (1869-1931) — Identifikationsfigur etablierter Sozialmedizin und nationalsozialistischer »Rassenhygiene«. In: Erfassung und Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe« (Hrsg. K.H. Roth). Berlin

Roth, K.H., 1986: Medizin und »Euthanasie«: Der Fall Viktor von Weizsäcker. 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhundert 1. 65-99

Schmacke, N., 1987: Reichweite seuchenhygienischer und gesetzlicher Maßnahmen zur Begrenzung von HIV-Infektionen. In: Psychosoziale Betreuung von AIDS und AIDS-Vorfeldpatienten. Stuttgart (im Druck)

Schmacke, N., 1986: AIDS: Reale Gefahren und Hysterie. Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichen Handeln. Jahrbuch für kritische Medizin 11. Argument-Sonderband 131. Berlin

Schmacke, N. und H.G. Güse, 1984: Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Zur Entwicklung der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen. Bremen

Sons, H.U., 1983: Öffentliches Gesundheitswesen und kommunale Selbstverwaltung in Nordrhein-Westfalen (britisches Besatzungsgebiet) 1945-1949. — Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter — Öff. Gesundh.-Wesen 45. 343-348

Weindling, P., 1984: Soziale Hygiene: Eugenik und Medizinische Praxis. Der Fall Alfred Grotjahn. Jahrbuch für kritische Medizin 10. Argument-Sonderband 119. Berlin. 6-20

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1982: Regionale Strategie zum Erreichen des Ziels »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«. EUR/RC 30/8 Rev. 2

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1983: Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für »Gesundheit 2000«. EUR/RC 33/9

Medizin im Argument

Register 1969—1986

Wir legen hier ein Register zu sämtlichen Aufsätzen aus dem Themenbereich Medizin vor, die seit 1969 in der Zeitschrift »Das Argument« sowie in den Büchern der »Reihe Kritische Medizin im Argument« erschienen sind. Diese Reihe umfaßt die früher als »Kritik der bürgerlichen Sozialwissenschaften«(1969), »Kritik der bürgerlichen Medizin« (1970/1971) und »Argumente für eine Soziale Medizin« (1972 bis 1981) erschienenen Aufsätze sowie die »Jahrbücher für kritische Medizin« Band 1 bis Band 11 (1976 ff.) und die Themenbände (1983 ff.) bis einschließlich 1986.

Des gezielteren Zugriffs wegen, haben wir alle Aufsätze jeweils *einem* von 20 Hauptstichworten zugeordnet und sie darunter nach Autoren alphabetisch aufgelistet. Querverweise auf ebenfalls die Thematik dieses Stichworts ansprechende, aber einem anderen Stichwort zugeordnete Aufsätze finden sich jeweils am Ende. Ein Aufsuchen des vollen Titels ist über die den Überschriften jeweils vorangestellten Kürzel sowie die zugehörige Ziffer leicht möglich. Jedem, der eine Stichwortvergabe bereits praktisch erprobt hat, wird erinnerlich sein, daß es eine allen Anforderungen genügende Zuordnungssystematik nicht geben kann. Wir haben Stichworte im Sinne der Themenbereiche gebildet, wie sie aus unserer eigenen Arbeit mit der im Laufe von jetzt 19 Jahren auf 360 Titel angewachsenen Edition erwachsen sind.

Die *Suche* erfolgt in zwei Schritten: zunächst ist die gestellte Frage einer der folgenden 20 Stichwortgruppen zuzuordnen:

AP	Allgemeinmedizin, Primär- und Basisversorgung
AR	Arbeitsmedizin, Werksärztliche Versorgung
AUS	Ausbildung, Medizinstudium
DW	Dritte Welt
EPI	(Allgemeine) Epidemiologie, Krankheitsursachen
FR	Frauen
GO	Gesundheitsökonomie
IND	Industrieinteressen, insb. Pharmaindustrie
KA	Katastrophen- und Militärmedizin, Frieden
NS	Nationalsozialismus, Geschichte der Medizin
PF	Pflege, Sozialarbeit, Arbeitsplatz Krankenhaus
PR	Prävention und Früherkennung
PGS	Politik, Gewerkschaften, Standesorganisationen
PSY	Psychiatrie, Psychologie, Psychosomatik, Versorgung Behinderter
SEX	Sexualität
SO	Soziale Verursachung von Krankheit

TH	Theorien von Krankheit und Gesundheit
UW	Umwelt und Medizin
VER	Internationaler Vergleich
VRN	Volkskrankheiten, Risikofaktoren, Nutzen der Medizin

Da die Dokumentation der Titel weitergeführt und jeweils ergänzt werden soll, bitten wir auch um Verbesserungsvorschläge zu der Gruppierung der Stichworte.

Im *zweiten* Schritt müssen sämtliche Titel unter der gewählten Stichwortgruppe sowie die am Ende aufgeführten Querverweise nachgesehen werden. Die Kürzel in »...« am Ende jedes Titels stehen für die zum Auffinden erforderliche bibliographische Angabe. Einfache Ziffern, z.B. 50, 60 ... verweisen auf Heftnummern von *Das Argument, Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften*. Die durch »SH« eingeleiteten Ziffern, z.B. SH 35, SH 41 ... verweisen auf *Studienhefte*. Durch »AS« eingeleitete Ziffern, z.B. AS 4, AS 8 ... verweisen auf *Argument- Sonderbände*. Alle Hefte und Bände sind im *Argument-Verlag, Berlin*, erschienen. Sie sind zum größten Teil noch über den Verlag zu beziehen (neue Bestelladresse: Argument-Verlag, Rentzelstr. 1, 2000 Hamburg 13), können in jedem Fall aber in den Bibliotheken aufgesucht werden. Ergänzende Hinweise im einzelnen zu den bisherigen, oben fettgedruckten Angaben gibt die folgende Liste mit den vollen Titeln, dem Erscheinungsjahr für Bücher sowie dem Jahrgang und Erscheinungsjahr für Zeitschriften-Hefte:

50	Kritik der bürgerlichen Sozialwissenschaften. 11(1969)
60	Kritik der bürgerlichen Medizin. 12(1970)
69	13(1971)
71	14(1972)
78	15(1973)
89	17(1975)
96	18(1976)
113	21(1979)
116	21(1979)
119	22(1980)
121	22(1980)
125	23(1981)
147	26(1984)
SH 35	Nemitz, Barbara (Hrsg.), Arbeitsmedizin, 1979
SH 41	Borgers, Dieter (Hrsg.), Gesundheitspolitik und Basisversorgung in der Dritten Welt, 1982
SH 43	Schagen, Udo (Hrsg.), Medizinerausbildung, 1980
AS 4	Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), 1974
AS 8	Jahrbuch für kritische Medizin Band 1, 1976

AS 12	Lohnarbeit — Staat — Gesundheitswesen. Argumente für eine soziale Medizin (VII), 1976
AS 17	Jahrbuch kritische Medizin Band 2, 1977
AS 27	Jahrbuch für kritische Medizin Band 3, 1978
AS 30	Argumente für eine soziale Medizin (VIII), 1979
AS 37	Jahrbuch für kritische Medizin Band 4, 1979
AS 48	Jahrbuch für kritische Medizin Band 5, 1980
AS 53	Jahrbuch für kritische Medizin Band 6, 1980
AS 64	Prävention. Argumente für eine soziale Medizin (IX), 1981
AS 73	Organisierung zur Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin Band 7, 1981
AS 77	Alternative Medizin. Kritische Medizin im Argument, 1983
AS 80	Haug, W. F., Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts. Ideologische Mächte im deutschen Faschismus Band 2, 1986
AS 86	Pflege und Medizin im Streit. Jahrbuch für kritische Medizin Band 8, 1982
AS 102	Ambulante Gesundheitsarbeit. Kritische Medizin im Argument, 1983
AS 107	Arbeit, Frauen, Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin Band 9, 1983
AS 113	Wie teuer ist uns Gesundheit? Kritische Medizin im Argument, 1984
AS 119	Krankheit und Ursachen. Jahrbuch für kritische Medizin Band 10, 1984
AS 125	Umweltmedizin. Kritische Medizin im Argument, 1985
AS 131	Jahrbuch für kritische Medizin Band 11, Schwerpunkte: Psychiatrie, Nikaragua, Pflege, Allgemeinmedizin, Gesundheitsbewegung, AIDS, 1986
AS 141	Medizin und Technologie. Kritische Medizin im Argument, 1986

Sollen Aufsätze bestimmter Autoren gesucht werden, kann dies über die alphabetische Auflistung in allen Stichwortgruppen erfolgen.

Eine Co-Autoren-Suche wäre allerdings langwierig.

Tiefer gegliederte Anfragen für speziell interessierte Leser können jederzeit direkt an uns gestellt werden; Vorschläge für Ergänzungen und kritische Hinweise werden ebenfalls erbeten an die Redaktionsadresse oder: Dr. U. Schagen, Forschungsstelle Zeitgeschichte, Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.

AP (XII) — Allgemeinmedizin — Primär-/ Basisversorgung

1) Abholz, Heinz-Harald (1979): Erfordernisse an die ambulante Medizin — Ableitung aus klinisch-epidemiologischen Befunden. *»AS 30«*

2) Abholz, Heinz-Harald; Heindrichs, Elsa (1982): Forschung in der Allgemeinmedizin — Ein Beitrag zur inhaltlichen Bestimmung des Faches. *»AS 86«*

3) Abholz, Heinz-Harald (1983): Das Konzept der Ganzheitlichkeit als Grundlage der Allgemeinmedizin. *»AS 102«*

4) Abholz, Heinz-Harald (1986): Das Besondere der Allgemeinmedizin. *»AS 131«*

5) Deppe, Hans-Ulrich (1979): Gesundheitszentrum und Patientenkomitee - Das Beispiel Aberdare (Wales) und seine Bedeutung für die Bundesrepublik Deutschland. *»AS 30«*

6) Elgeti, Felix (1977): Kooperative ambulante Einrichtungen in der BRD. *»AS 17«*

7) Garms-Homolovæ, Vjenka; Schaeffer, Doris (1986): Zur Kompetenz der Laien in der Notfallversorgung. *»AS 141«*

8) Hart, J. Tudor (1974): Von Quacksalbern zum Staatlichen Gesundheitsdienst — Geschichte der ambulanten Versorgung in England. *»AS 4«*

9) Jacobowski, Constanze (1986): Als Allgemeinärztin in Nicaragua. *»AS 131«*

10) Kickbusch, Ilona (1980): Medizinische Selbsthilfegruppen. *»AS 48«*

11) Kowalski, Reinhard (1981): Klinische Psychologen in der allgemeinmedizinischen Praxis — Erfahrungen und Entwicklungen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens. *»AS 73«*

12) Morrell, David C. (1977): Die Bedeutung einer wissenschaftlichen Abteilung für Allgemeinmedizin in Großbritannien. *»AS 17«*

13) Mulke-Geisler, Marianne (1983): Die häusliche Krankenpflege — Ein Überblick zu Hintergründen und Rahmenbedingungen. *»AS 102«*

14) Pauli, Hannes G. (1977): Primärmedizin und Medizinstudium — Ein Kongreßbericht. *»AS 17«*

15) Pelikan, Jürgen M.; Deppe, Hans-Ulrich (1977): Ambulatorien in Österreich — ihre Entstehung und Funktion im System der Gesundheitsversorgung. *»AS 17«*

16) Regus, Michael (1983): Probleme psychosozialer Beratung in der primärmedizinischen Versorgung — Zu einer Funktionsbestimmung medizinischer Sozialarbeit. *»AS 102«*

17) Tidow, Konrad (1980): Gesundheitszentrum Gropiusstadt — Allgemeinmedizin in einer Gruppenpraxis. *»AS 53«*

18) XII siehe auch AUS 3), DW 18) 19), EPI 9), IND 3) 4), PF 9) 22), PGS 1) 2) 9) 22) 45) 46) 49), PSY 27) 28) 31), TH 11, VRN 6)

AR (XI2) — Arbeitsmedizin — Werksärztliche Versorgung

1) Bamberg, Eva; Mohr, Gisela (1983): Psychischer Streß unter der Lupe — Darstellung einiger Ergebnisse aus einer Untersuchung mit Industriearbeitern. *»AS 107«*

2) Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit (BILAG) (1981): Was wollen wir?. *»AS 73«*

3) Berlinguer, Giovanni (1980): Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften — Einige italienische Erfahrungen. *»AS 53«*

4) Bernd, Alf; Rosenbrock, Rolf (1981): 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin vom 13. bis 16.5.1981 in Berlin (West) sowie: Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Arbeitstagung des internationalen Instituts für vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin am 16. und 17.5.1981 in Berlin (West). *»AS 73«*

5) Böker, Karl (1971): Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter. *»69«*

6) Borgers, Dieter; Nemitz, Barbara (1978): Bedingungen werksärztlicher Tätigkeit und das Arbeitssicherheitsgesetz. *»AS 27«*

7) *Brock, Adolf; Funke, Hajo; Einemann, Edgar; Abholz, Heinz- Harald; Hoppensack, Thomas* (1980): Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft — Ansätze einer Arbeitsmedizin in der BRD. *»AS 53«*
8) *Czok, Horst* (1983): Arbeit und Gesundheit als Thema im Bildungsurlaub. *»AS 107«*
9) *Deppe, Hans-Ulrich* (1971): Zur Morphologie von Unfällen bei der Arbeit. *»69«*
10) *Ellinger, Sybille; Karmaus, Wilfried* (1983): Arbeitsbedingungen und degenerative rheumatische Erkrankungen — Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten. *»AS 107«*
11) *Elsner, Gine* (1976): Neuere Methoden in der Arbeitsmedizin — Am Beispiel der Lärmbelastung. *»AS 8«*
12) *Elsner, Gine; Hauss, Friedrich; Karmaus, Wilfried; Müller, Rainer* (1981): Arbeitsmedizin und Ergonomie in der BRD — Stellungnahme zu einer Denkschrift der Deutschen Forschungsmeinschaft. *»AS 73«*
13) *Evers, Wolfgang M.; Klein, Dietrich J. von; Kromat-Häckel, Rolf A.* (1980): Gesundheitliche und soziale Folgen der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten. *»AS 53«*
14) *Güther, Bernd* (1980): Gewerkschaftliche und wissenschaftliche Aufgaben zum Schutz der Arbeitskraft. *»AS 48«*
15) *Hauß, Friedrich; Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf* (1980): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik. *»AS 48«*
16) *Heinze, Rolf G.; Runde, Peter; Treder, M.* (1979): Betriebliche Beschäftigungsstrategien und gewerkschaftliche Politik gegenüber Behinderten — Zur Diskussion um die Berufsausbildung jugendlicher Behinderter. *»AS 37«*
17) *Jenss, Harro* (1973): Werksärztliche Versorgung in der BRD. *»78«*
18) *Köhler, Barbara Maria* (1985): Die Information über Schadstoffe als Voraussetzung für den Arbeitsschutz. *»AS 125«*
19) *Kühn, Hagen; Hauß, Friedrich* (1978): Entwicklungstendenzen im medizinischen Arbeitsschutz — Thesen . *»AS 27«*
20) *Lißner, Lothar* (1985): Die meisten gefährlichen Stoffe verlassen die Fabrik durch das Werktor — Umweltmedizin und Gewerkschaften. *»AS 125«*
21) *Lüsebrink, Karin* (1976): Gesundheitliche Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit. *»AS 12«*
22) *Markard, Christiane* (1981): Zur Problematik gesundheitsbezogener Grenzwerte am Beispiel Cadmium. *»AS 64«*
23) *Müller, Rainer* (1980): Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz. *»AS 53«*
24) *Nemitz, Barbara* (1979): Editorial Arbeitsmedizin (Literaturüberblick). *»35«*
25) *Nemitz, Barbara; Projekt Automationsmedizin* (1983): Zum Verhältnis von geschlechtsspezifischer Arbeitskultur und Gesundheit. *»AS 77«*
26) *Portugall, Elke; Riedmüller, Barbara* (1980): Protokoll der Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeitslosigkeit. *»AS 48«*
27) *Priester, Klaus* (1978): Zur Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD. *»AS 27«*
28) *Priester, Klaus* (1980): Arbeitsbedingungen — Belastungsstruktur — Gesundheitsverschleiß. Einleitende Thesen zur Arbeitsgruppe Gesundheit am Arbeitsplatz. *»AS 48«*
29) *Projekt Automationsmedizin* (1981): Automationsarbeit und Gesundheit — Perspektiven der Arbeitsmedizin. *»AS 64«*

30) *Ricke, Jobst; Karmaus, Wilfried; Höh, Ruth* (1977): Frühinvalidität — Arbeiterschicksal?. »*AS 17*«
31) *Rosenbrock, Rolf; Abholz, Heinz-Harald* (1984): Streß-Prävention durch Arbeitsschutz. »*AS 119*«
32) *Thomann, Klaus-Dieter* (1980): Der Einfluß der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit. »*AS 48*«
33) *Waldhubel, Thomas* (1979): Arbeit als gestörte Ruhe — oder: Von der Arbeitswissenschaft und ihren Zielen. »*AS 30*«
34) *Wintersberger, Helmut* (1978): Gesundheitskämpfe in Italien — von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin. »*AS 27*«
35) *Wotschack, Winfried* (1980): Integrierte Belastungsanalyse industrieller Arbeitstätigkeiten. »*AS 53*«
36) *Wotschack, Winfried* (1981): Arbeitswelt und Herzinfarkt — Probleme in Forschung und Prävention. »*AS 64*«
37) *XI2 siehe auch EPI 1) 3) 6) 8), FR 3), PF 4), PGS 16), PSY 2), SO 5)*

AUS (XI3) — Ausbildung, Medizinstudium

1) *Albrecht, Matthias; Weinrich, Gregor* (1978): Stellungnahme zur »Ärzteschwemme«. »*AS 27*«
2) *Bussche, Rik van den* (1980a): Qualifikationsprobleme in der Allgemeinmedizin. »*AS 53*«
3) *Bussche, Rik van den* (1980b): Protokoll zur Arbeitsgruppe: Zur Ausbildung von Medizinern. »*AS 48*«
4) *Canaris, Ute; Syben, Gerd* (1978): Gewerkschaftliche Arbeit im Bereich medizinischer Ausbildung. »*AS 27*«
5) *Göpel, Eberhard* (1978): Die bildungs- und gesundheitspolitische Bedeutung einer medizinischen Curriculumreform am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld. »*AS 27*«
6) *Göpel, Eberhard* (1979): Gesundheitserziehung oder Didaktik der Medizin?. »*AS 37*«
7) *Hontschik, Bernd* (1976): »Die Zelle ist dem Gewebe gegenüber hyponom so wie das Individuum gegenüber Volk, Familie und Staat« — Über die Relevanz der Inhaltsanalyse medizinischer Lehrbücher. »*AS 8*«
8) *Keupp, Heiner; Schwartz, Cornelia* (1980): Einleitende Thesen und Protokoll zur Arbeitsgruppe: Professionalisierung und Status von Gesundheitsberufen. »*AS 48*«
9) *Krähe, Horst; Schöning, G.* (1970): Funktionen der Medizin und ihre Manifestation in der medizinischen Ausbildung. »*60*«
10) *Laux, Reinhard* (1978): Kursus der medizinischen Soziologie — Zur problemorientierten, praxisbezogenen Ausbildung von Medizinstudenten. »*AS 27*«
11) *Marsen, Gisela; Nemitz, Barbara; Schagen, Udo* (1977): Das Praktische Studienjahr — Beispiel einer gescheiterten Reform in der ökonomischen Krise. »*AS 17*«
12) *Marsen, Gisela* (1978): Ein weiterer Schritt in der Reglementierung des Medizinstudiums. »*AS 27*«
13) Schagen, Udo (1976 / 1980): Gesellschaftliche Zielsetzungen ärztlicher Ausbildung. »*96 — 43*«

14) Schagen, Udo (1979): Novellierung der AO statt Studienreform. *»AS 37«*
15) Schagen, Udo (1980): Vorwort zum Studienheft Medizinerausbildung. *»43«*
16) Schagen, Udo (1981): Ärztliche Aufgaben in der Zukunft — Die Diskussion um die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung. *»AS 73«*
17) Simon, Ingeborg (1974): Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker. *»AS 4«*
18) Uexküll, Thure von (1982): Approbationsordnung und Studienreform — Erinnerung an die Zukunft. *»AS 86«*
19) X13 siehe auch AP 14), PSY 45)

DW (X14) — Dritte Welt

1) Adler-Karlsson, Gunnar (1976): Gesundheitsversorgung in der dritten Welt. *»AS 8«*
2) Bichmann, Wolfgang; Hartog, Robert; Schultz, Ulrich (1977): »Westliche« Medizin in Ländern der Dritten Welt : am Beispiel Tansania: Ein trojanisches Pferd des Neo-Kolonialismus. *»AS 17, SH 41«*
3) Bichmann, Wolfgang (1979): Elementare Gesundheitsbedürfnisse und Traditionelle Medizin — Zum Hintergrund des Konzeptionswandels medizinischer Versorgung in Afrika. *»AS 37«*
4) Bichmann, Wolfgang (1984): Krankheit und Kranksein in transkultureller Sicht: Beispiele aus Afrika. *»AS 119«*
5) Borgers, Dieter; Hueck, Christian (1982a): Tabakmultis und Gesundheit in der Dritten Welt. *»SH 41«*
6) Borgers, Dieter (1982b): Vorwort zum Studienheft Gesundheitspolitik und Basisversorgung in der Dritten Welt. *»SH 41«*
7) Castleman, Barry I. (1985): Zur Verlagerung von Gesundheitsrisiken in die Dritte Welt. *»AS 125«*
8) Cuoeng, Nguyen; Borgers, Dieter; Wiesinger-Borgers, Julia; Hueck, Christian; Priester, Klaus (1982): Aufbau nach 30 Jahren — Interview mit Nguyen Cuoeng, stellvertretender Gesundheitsminister der Sozialistischen Republik Vietnam. *»AS 86«*
9) Grohs, Gerhard (1970): Zum Konflikt westlichen Rechtsdenkens und traditionellen Verhaltens in Ostafrika — Ein Beitrag zur Diskussion über die Funktion der transkulturellen Psychiatrie. *»60«*
10) Initiativkreis »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« (1974): Auswirkungen des faschistischen Putsches auf das Gesundheitswesen in Chile. *»AS 4«*
11) Locher, Leo (1986): Welche Arzneimittel für die Dritte Welt? *»AS 141«*
12) Muller, Frits (1982): Health care for repression or liberation. *»SH 41«*
13) Niehoff, Jens-Uwe; Schrader, Ralf-Raigo (1985): Die Gesundheitslage der Weltbevölkerung — Anmerkungen zu ihrer Entwicklung und Bewertung. *»AS 125«*
14) Redaktion (1973): Editorial — Amilkar Cabral ist ermordet worden. *»78«*
15) Riquelme, Horacio (1981): Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile — Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze. *»AS 73«*
16) Riquelme U, Horacio (1982): Basisgesundheitsversorgung in Mexiko: Ein Diskussionbeitrag zur neueren WHO-Politik. *»SH 41«*
17) Riquelme U, Horacio (1986): Nicaragua: Psychosoziale Versorgung im Aufbauprozeß. *»AS 131«*

18) Schagen, Udo (1981): Workshop: Basisgesundheitsversorgung in der Dritten Welt und Hochschule, 23./24. Januar 1981, Freie Universität Berlin. *»AS 73«*

19) Schmidt, Johannes (1986): Wie läßt sich eine Medizin ohne Medikalisierung entwickeln? — Die Mühen der Ebenen am Beispiel Nicaragua. *»AS 131«*

20) Vallejos, Hermes (1976): Einige Merkmale des chilenischen Gesundheitssystems. *»AS 8«*

21) XI4 siehe auch AP 9), EPI 7), PSY 18)

EPI (XI5) — (Allgemeine) Epidemiologie und Krankheitsursachen

1) Borgers, Dieter (1985): Was ist Kanzerogenität?. *»AS 125«*

2) Frießem, Dieter (1971): Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland. *»69«*

3) Gut, Peter; Steffen, Ernst-Jochen; Thiele, Wilhelm (1979): Berufsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *»AS 30«*

4) Henkel, Dieter; Roer, Dorothee (1976): Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. *»AS 12«*

5) Holland, Walter W. (1977): Entwicklung und Nutzen einer Forschung für die Gesundheitsdienste. *»AS 17«*

6) Karmaus, Wilfried (1985): Dreizehn Fehlerquellen epidemiologischer Studien — Schwierigkeiten beim Nachweis von Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und in der Umwelt. *»AS 125«*

7) Niehoff, Jens-Uwe; Schrader, Ralf-Raigo (1985): Die Gesundheitslage der Weltbevölkerung — Anmerkungen zu ihrer Entwicklung und Bewertung. *»AS 125«*

8) Oppen, Maria (1984): Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand. *»AS 119«*

9) Schräder, Wilhelm F.; Borgers, Dieter (1983): Qualität, Rationalität, Effektivität — Forschung in der ambulanten Medizin mit Dokumenten der Gesetzlichen Krankenversicherung. *»AS 102«*

10) Tietze, Konrad W.; Bock, Christoph (1984): Der plötzliche Kindstod — Ursachenvielfalt und Prävention. *»AS 119«*

11) XI5 siehe auch AR 5), FR 1), PR 8), PSY 2) 10) 25), SO 1) 2) 4), VRN 12) 14)

FR (XI6) — Frauen

1) Bartholomeyczik, Sabine (1983): Was kann sozialmedizinische Forschung zum Gesundheitszustand von Frauen sagen?. *»AS 107«*

2) Höbich von Holleben, Dorothea; Hollenbach, Barbara (1984): § 218 — Realität und Perspektive. *»AS 113«*

3) Nemitz, Barbara; Runge, Gabriele; Wasielewski, Sieglinde von (1984): Die arbeitsschutzbedürftige Frau — Recht, Medizin und Politik des Frauenarbeitsschutzes. *»147«*

4) XI6 siehe auch AR 10) 25), PF 2), PGS 40, PSY 4) 25) 26) 29) 42)

GO (X17) — Gesundheitsökonomie

1) Deppe, Hans-Ulrich; Rosenbrock, Rolf (1980): Protokoll der Arbeitsgruppe: Gesundheitssystem und ökonomische Interessen. *»AS 48«*
2) Felsberg, Ulrich (1984): Die »Selbstbeteiligung« in der Gesetzlichen Krankenversicherung — ein Instrument der Umverteilung?. *»AS 113«*
3) Gaedt, Christian; Schagen, Udo (1974): Editorial: Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung. *»AS 4«*
4) Gerhardt, Uta (1977): Private Krankheitsausgaben, Armut und Ungleichheit in den USA. *»AS 17«*
5) Higer, Peter (1976): Das »neue« Kassenarztrecht oder Die verhinderte Neuordnung des Gesundheitswesens. *»AS 12«*
6) Kirchberger, Stefan (1986): Technischer Fortschritt in der Medizin: Strukturen der Kostenentwicklung und der Leistungserbringung. *»AS 141«*
7) Kühn, Hagen (1976a): Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung des Gesundheitswesens. *»AS 8«*
8) Kühn, Hagen (1976b): Gesamtwirtschaftlicher Bedingungswandel der Krankenhauspolitik. *»AS 12«*
9) Kühn, Hagen (1980): Privatisierungstendenzen im Krankenhaus. *»AS 53«*
10) Löber, Dorothee (1974): Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Strukturreform. *»AS 4«*
11) Naschold, Frieder (1976): Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. *»AS 8«*
12) Navarro, Vincente (1976a): Die Struktur des monopolistischen Sektors und seine Bedeutung für das Gesundheitswesen. *»AS 8«*
13) Navarro, Vincente (1976b): Staatsintervention im Gesundheitswesen. *»AS 12«*
14) Ripke, Thomas (1970): Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheitswesen — Möglichkeiten der Anwendung der Marxschen Kritik der Politischen Ökonomie auf das Gesundheitswesen. *»60«*
15) Salmon, J. Warren (1986): Profitorientierte Gesundheitsversorgung in den USA. *»AS 131«*
16) See, Hans (1974): Zur politischen Ökonomie der Gesetzlichen Krankenversicherung. *»AS 4«*
17) See, Hans (1976): Epidemiologische Daten zur Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen . *»AS 8«*
18) Stein, Heinz (1976): Zur Soziologie der Computeranwendung im Gesundheitswesen. *»AS 8«*
19) Thiemeyer, Theo (1977): Irrwege der Gesundheitsökonomik. *»AS 17«*
20) Volkholz, Volker (1976): Zur Notwendigkeit der Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit. *»AS 8«*
21) Wulff, Erich (1971): Der Arzt und das Geld — Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. *»69«*
22) X17 siehe auch IND 9), PF 18), PGS 25)

IND (X18) — Industrieinteressen, insb. Pharmaindustrie

1) Castleman, Barry I. (1985): Zur Verlagerung von Gesundheitsrisiken in die Dritte Welt. *»AS 125«*

2) Derleder, Peter; Winter, Gerd (1976): Entschädigung für Contergan. *»AS 12«*
3) Glaeske, Gerd (1983): Kann die Versorgung mit Arzneimitteln besser sein als das Arzneimittelgesetz? — Ein Beitrag zur Qualität der ambulanten Pharmakotherapie —. *»AS 102«*
4) Greiser, Eberhard (1978): Arzneiverordnungen in Niedersachsen. *»AS 27«*
5) Hueck, Christian; Moser, Elvira (1982): Tabakmultis (TTCs) und Gesundheitspolitik. *»AS 86«*
6) Ingersleben, Sigurd von (1979): Clofibrat — fragliches Hyperlipidämie-Risiko versus sicheres Arzneimittelrisiko. *»AS 37«*
7) Lemmer, Björn (1977): Weniger ist mehr — Arzneimittelflut kontra rationale Arzneimitteltherapie. *»AS 17«*
8) Marowski, Bernhard (1970): Arzt und pharmazeutische Industrie — Eine Untersuchung medizinischer Marktforschung. *»60«*
9) Rosenbrock, Rolf (1976): Konkurrenz auf dem Pharma-Markt. *»AS 12«*
10) Rosenbrock, Rolf (1979): Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung. *»AS 30«*
11) Rosenbrock, Rolf; Abholz, Heinz-Harald (1980): Klinische Pharmaforschung und Verbrechen. *»AS 53«*
12) Schamell-Genther, Hella (1986): Die Elektromedizinische Industrie der BRD. *»AS 141«*
13) Schlömer, Rolf (1982): Der Zahnarzt auf der Milka-Kuh? — Zuckerindustrie und Zahnschäden. *»AS 86«*
14) Setsevits, Siegbert (1982): Über eine Aufsichtsbehörde (Bundesgesundheitsamt). *»AS 86«*
15) Simon, Ingeborg (1978): Das 2. Arzneimittelgesetz. *»AS 27«*
16) X18 siehe auch DW 5) 6) 11)

KA (X19) — Katastrophen- und Militärmedizin, Frieden

1) Hackelberg, Heinz (1981): Kann uns die Katastrophenmedizin vor dem Atomtod schützen?. *»AS 73«*
2) Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden (1982): Appell Gesundheitswesen für den Frieden. *»86«*
3) Kroner, Bernhard (1970): Zur Ausgangssituation einer psychologischen Friedensforschung. *»60«*
4) Pfeiffer, Robert; Stratmann, Wolfgang (1981): Notstandsgesetzgebung im Gesundheitswesen. *»AS 73«*
5) Pfeiffer, Robert (1983): Triage in Militär- und »Katastrophenmedizin«. *»AS 107«*
6) Redaktion (1982): Editorial: Organisierung zum Frieden. *»AS 86«*
7) Riedesser, Peter (1974): Militär und Medizin — Materialien zur Kritik der Sanitätsmedizin am Beispiel der Militärpsychiatrie. *»AS 4«*
8) X19 siehe auch NS 1), PGS 21)

NS (X20) — Nationalsozialismus, Geschichte der Medizin

1) Baader, Gerhard (1983): Militarisierung des Gesundheitswesens im Nationalsozialismus und heute. *»AS 107«*

2) *Güse, Hans Georg; Schmacke, Norbert* (1979): Aufstieg und Zerstörung der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland. »*AS 37*«
3) *Kühnl, Reinhard* (1973): Der deutsche Faschismus in der neueren Forschung. »*78*«
4) *Labisch, Alfons* (1983): Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung — Arbeiter-Sanitätskommission und Arbeiter-Samariterbund. »*AS 77*«
5) *Parlow, Siegfried; Winter, Irina* (1974): Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Weimarer Republik. »*AS 4*«
6) *Poore, Carol* (1984): Die Krüppel in der Orthopädie der Weimarer Zeit — Medizinische Konzepte als Wegbereiter der Euthanasie. »*AS 113*«
7) *Thiele, Wilhelm* (1974): Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkassen — 1883 bis 1913. »*AS 4*«
8) *Vieten, Bernward* (1980): Vom Verband deutscher Medizinerschaften zur NS-Medizinerschaft — Medizinstudentische Politik 1918 bis 1933. »*AS 53*«
9) *Weindling, Paul* (1984): Soziale Hygiene: Eugenik und medizinische Praxis — Der Fall Alfred Grotjahn. »*AS 119*«
10) *Wuttke-Groneberg, Walter* (1983): Volks- und Naturheilkunde auf »neuen Wegen« — Anmerkungen zum Einbau nicht-schulmedizinischer Heilmethoden in die Nationalsozialistische Medizin. »*AS 77*«
11) *X20 siehe auch PGS 48), SO 7), TH 14) 23)*

PF (X21) — Pflege, Sozialarbeit, Arbeitsplatz Krankenhaus

1) *Bartholomeyczik, Eike; Bartholomeyczik, Sabine* (1978): Hat der Hebammenberuf noch eine Chance?. »*AS 27*«
2) *Bischoff, Claudia* (1982): Krankenpflege als Frauenberuf. »*AS 86*«
3) *Bischoff, Claudia* (1986): Hat die »Patientenorientierte Pflege« Durchsetzungschancen?. »*AS 131*«
4) *Bolm, Wolfgang* (1980): Die hilflosen Helfer — über die seelischen Leiden der Beschäftigten in der Psychiatrie. »*AS 53*«
5) *Botschafter-Leitner, Petra* (1982): Patientenorientierung — Personalorientierung. Ein Konflikt mit falschen Fronten. »*AS 86*«
6) *Couture, Denise; Renaud, Marc; Trottier, Louise-Helene* (1982): Dequalifizierung oder Überqualifizierung in der Krankenpflege? — Erfahrungen aus Quebec/Kanada. »*AS 86*«
7) *Frör, Peter; Haag, Ingeborg; Kirsch, Dagmar* (1976): Erfahrungen mit Mitbestimmungsformen in einem Großkrankenhaus. »*AS 8*«
8) *Garms-Homolova, Vjenka* (1978): Altenpflege — ein Randgebiet der Gesundheitsdienste. »*AS 27*«
9) *Garms-Homolova, Vjenka; Schaeffer, Doris* (1983): Auf dem Weg zur gemeindenahen Versorgung: Kontaktladen »Gesundheit älterer Menschen«. »*AS 77*«
10) *Gensch, Rainer* (1976): Forschung für die Alten?. »*AS 8*«
11) *Girth, Ernst; Drexler, Mark S.; Weiler, Thomas; Zieger, Andreas; Breddemann, Jeanette* (1979): Veränderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit — eine empirische Untersuchung (1970-77). »*AS 37*«
17) *Hall, Dorothy C.* (1977): Das Wesen der Krankenpflege und ihre gegenwärtige Praxis. »*AS 17*«
13) *Kabus, Lothar* (1983): Entmündigung der Krankenpflege — die Formel von Virginia Henderson. »*AS 107*«

14) Mulke-Geisler, Marianne (1983): Die häusliche Krankenpflege — Ein Überblick zu Hintergründen und Rahmenbedingungen. »*102*«
15) Ohm, Christof (1986): EDV in der Pflege: Krise einer beruflichen Identität?. »*AS 141*«
16) Pfeil-Schley, Vera (1983): Ambulante Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen. »*AS 107*«
17) Redaktion (1982): Das Verhältnis von Pflege und Medizin — Ergebnisse einer Diskussion. »*AS 86*«
18) Reichelt, Andreas (1986): Der ICD-Schlüssel als ökonomischer Hebel für die Krankenhäuser?: US-Entwicklung und Diskussion in der BRD. »*AS 141*«
19) Rein, Thomas (1986): Thesen zur Krankenpflege. »*AS 131*«
20) Siegrist, Johannes (1980): Probleme der kurativen Medizin: Zur Kritik patientenbezogenen Handelns im Krankenhaus. »*AS 48*«
21) Tolmein, Oliver (1984): Selbstbestimmung in der Pflege — Zur Diskussion um Pflegeversicherung/Pflegegesetz. »*AS 113*«
22) Trojan, Alf; Waller, Heiko (1978): Sozialarbeit und Medizin. »*AS 27*«
23) X21 siehe auch AP 13), AR 13), GO 8) 20), PGS 35)

PGS (X22) — Politik, Gewerkschaften, Standesorganisationen

1) Abholz, Heinz-Harald (1983a): Eine Mitteilung zur Situation der Gruppenpraxis in Westberlin. »*AS 102*«
2) Abholz, Heinz-Harald; Dreykluft, Hans Rüdiger (1983b): Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. »*AS 102*«
3) Autorengruppe der BdWi-Sektion München (1980): Einige Anmerkungen zum Verlauf der Gesundheitspolitischen Fachtagung. »*AS 48*«
4) Baumann, Walter; Deppe, Hans-Ulrich; Priester, Klaus (1984): Abschied von der sozialen Sicherheit?. »*AS 113*«
5) Berger, Michael (1974): Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht — Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztrechtes in den Westzonen nach 1945. »*AS 4*«
6) Braun, Bernhard; Reiners, Hartmut; Teske, Ulrich (1984): Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik. »*AS 113*«
7) Breddemann, Jeanette; Higer, Peter; Löber, Dorothee (1977): Sozialliberale Gesundheitspolitik in der Krise — Zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.
8) Breddemann, Jeanette (1978): Zielvorstellungen der ÖTV zur Gesundheitspolitik: Prävention — Integration — Selbstverwaltung. »*AS 27*«
9) Deppe, Hans-Ulrich (1976): Zur Soziologie des niedergelassenen Arztes — Probleme der sozialökonomischen und politischen Analyse. »*AS 12*«
10) Gaedt, Christian; Schagen, Udo (1976): Editorial: Das Ende sozialliberaler Reformpolitik. »*AS 12*«
11) Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der BdWi-Sektion München (1980): Perspektiven der Gesundheitspolitik. »*AS 48*«
12) Göbel, Eberhard; Schagen, Udo (1982): Gesundheitsbewegung wohin?. »*AS 86*«
13) Göpel, Eberhard (1983): Gesundheitsbewegung wohin?. »*AS 107*«

14) Göpel, Eberhard (1986): Wohin treibt die »Gesundheitsbewegung«? — Überlegungen zur politisch-kulturellen Bedeutung des Gesundheitsmotivs?. *»AS 131«*

15) Grottian, Peter; Lütke, Günter (1984): Berliner Sozialstationen — Konservartive Subsidiaritätspolitik oder qualitativer Umbau des Sozialstaats?. *»AS 113«*

16) Guldimann, Tim (1980): Beispiel Arbeitslosigkeit zu: Strategien der Sozialpolitik. *»AS 48«*

17) Haug, Wolfgang Fritz (1972): Die Kampagne um das Zentralinstitut für Soziale Medizin vor dem Hintergrund eines neuen McCarthyismus. *»71«*

18) Hohlfeld, Rainer; Kardorff, Ernst von (1980): Gesundheitsforschung — Reform oder Legitimation? Ein Protokoll. *»AS 48«*

19) Ingersleben, Sigurd von (1981): Gesundheitstag Ulm 1980. *»73«*

20) Initiativausschuß »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« (1973): Für ein humanes und demokratisches Gesundheitswesen — Thesen und Forderungen des Initiativausschusses zur Vorbereitung des Kongresses »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«. *»78«*

21) Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden (1982): Appell Gesundheitswesen für den Frieden. *»86«*

22) Jahn, Erwin (1983): Zur Vergütung der »Eingehenden Untersuchung« nach dem kassenärztlichen Vergütungstarif (BM-Ä). *»102«*

23) Keupp, Heiner; Cramer, Manfred; Giese, Eckhard; Stark, Wolfgang; Wolff, Stephan (1982): Psychologen auf der Suche nach einer neuen politischen Identität. *»AS 86«*

24) Knoblich, Ines; Rohrmoser, Helgard (1976): Planungsdaten als Voraussetzung für Gesundheitspolitik - Zum Stand der Diskussion in WHO, OECD u. BRD. *»AS 8«*

25) Kühn, Hagen (1979a): Macht und Gesundheit : politisch-ökonomische Bedingungen der Resistenz des Gesundheitswesens gegenüber Strukturveränderungen. *»113«*

26) Kühn, Hagen (1979b): Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenpolitik im Krankenhaus. *»AS 30«*

27) Kühn, Hagen (1984): Sozialpolitik bei Massenarbeitslosigkeit — Überlegungen zur sozialpolitischen »Wende«. *»AS 113«*

28) Löber, Dorothee (1974): Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Strukturreform. *»AS 4«*

29) Mausbach, Hans (1971): Eine gescheiterte Disziplinierung. *»69«*

30) Mausbach, Hans (1974): Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft. *»AS 4«*

31) Mausbach, Hans (1980): Begrüßung und Einführung zur gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi. *»AS 48«*

32) NN (1978): Wissenschaftler boykottieren den Krebskongreß in Buenos Aires (Argentinien) 1978. *»AS 27«*

33) Pflanz, Manfred (1977): Die soziale Lage des Arztes. *»AS 17«*

34) Portugall, Elke (1980): Beispiel Rehabilitation zu: Strategien der Sozialpolitik. *»AS 48«*

35) Rickmann, Regine; Seeger, Birgit; Faeth, Elisabeth (1982): Praxisgemeinschaft aus nichtärztlicher Sicht — Erfahrungen aus der Heerstraße Nord. *»AS 86«*

36) Riedmüller, Barbara (1980): Einleitende Thesen zu: Strategien der Sozialpolitik an den Beispielen Rehabilitation und Arbeitslosigkeit. *»AS 48«*

37) Ronge, Volker (1980): Zur Funktion von Gesundheitsforschungspolitik. »*AS 48*«
38) Rosenbrock, Rolf (1983): Selbsthilfe und Marktökonomie — Unheimliche Begegnungen der dritten Art. »*AS 102*«
39) Rosenbrock, Rolf (1984): Gesundheitsforschung aus der Defensive — Sieben Thesen zur Neubestimmung gesundheitsbezogener Forschung bei regressiver Gesundheitspolitik. »*AS 113*«
40) Salmon, J. Warren (1983): Die Bewegung für eine ganzheitliche Gesundheit in den USA (»Holistic Health Movement«). »*AS 77*«
41) Schaeffer, Doris (1983): Gesundheitsselbsthilfegruppen — Wunsch und Wirklichkeit — Entstehung, Entwicklung und Etablierung der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen. »*AS 77*«
42) Schagen, Udo (1978): Editorial: Gedämpftes Ansehen der Ärzte. »*AS 27*«
43) Scharf, Bodo; Schmidt, Alfred; Standfest, Erich (1982): Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik — Zwischenbilanz und Perspektiven aus gewerkschaftlicher Sicht. »*AS 86*«
44) Schmacke, Norbert (1986): AIDS: Reale Gefahren und Hysterie — Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichen Handeln. »*AS 131*«
45) Skroblies, Harald (1981): Schwierigkeiten der Gesundheitszentren im System der ambulanten Versorgung. »*AS 73*«
46) Skroblies, Harald (1983): Primärversorgung, Gruppenpraxis, Teamarbeit — Die Analyse einer Behandlungsgeschichte in 6 europäischen Ländern. »*AS 102*«
47) Tagungsteilnehmer (1980): Abschlußresolution der gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi. »*AS 48*«
48) Tennstedt, Florian (1977): Ärzte, Arbeiterbewegung und die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. »*AS 17*«
49) Waechter, Rainer von; Kastner, Peter (1979): Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord — Planung und erste Erfahrungen. »*AS 30*«
50) X22 siehe auch AP 5) 6) 10) 17), AR 14), DW 12) 16), FR 2), GO 5), IND 10), NS 7), TH 4) 21)

PR (X23) — Prävention und Früherkennung

1) Abholz, Heinz-Harald (1977): Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen. »*AS 17*«
2) Abholz, Heinz-Harald; Borgers, Dieter; Krusewitz, Knut (1981a): Chronische Bronchitis — Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle. »*AS 64*«
3) Abholz, Heinz-Harald (1981b): Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus — Ein Ansatz zur Primärprävention. »*AS 64*«
4) Abholz, Heinz-Harald (1984): Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept — Einige methodische, ökonomische und ethische Probleme. »*AS 119*«
5) Baltschun, Hellga; Bening, Karin; Bening, Karin; Merke, Annegret; Schneider, Gabriele; Schröder, Edda (1978): Sozialplanung im Bereich Vorsorgeuntersuchung und Frühförderung bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen. »*AS 27*«
6) Borgers, Dieter (1981): Primärprävention von Volkskrankheiten: Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention — Am Beispiel von Tuberkulose, Karies und Hypertonie. »*AS 64*«
7) Hemminger, Hansjörg (1984): Zum Streit um Bioprodukte und gesunde Ernährung — Eine Stellungnahme aus dem Öko-Institut. »*AS 119*«

8) Huber, Ellis; Rohrmoser, Helgard (1981): Krebsregistrierung als Instrument zur Primärprävention — Gesundheitspolitik und Krebsprävention in der BRD. *»AS 64«*

9) Karmaus, Wilfried (1981): Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. *»AS 64«*

10) Lax, Herbert (1976): Zur Problematik heutiger Vorsorgeuntersuchungen. *»AS 8«*

11) Nemitz, Barbara (1981): Primärprävention: Wie können wir Forderungen nach zunehmendem Staatseingriff stellen und an der Perspektive der Selbstvergesellschaftung festhalten? — Zu H.-H. Abholz, Administrative Steuerung.... *»AS 64«*

12) Tietze, Konrad W. (1978): Der Mutterpaß — eine Dokumentation mangelnder Schwangerenvorsorge?. *»AS 27«*

13) Tietze, Konrad W.; Bock, Christoph (1984): Der plötzliche Kindstod — Ursachenvielfalt und Prävention. *»AS 119«*

14) X23 siehe auch AR 31), IND 5), PSY 41), VRN 3) 13)

PSY (X24) — Psychiatrie, Psychologie, Psychosomatik, Versorgung Behinderter

1) Abele, D. u.a. (1978): Erklärung von den 28. Lindauer Psychotherapiewochen April 1978. *»AS 27«*

2) Abholz, Heinz-Harald (1970): Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankungen — Ein Literaturüberblick. *»60«*

3) Abholz, Heinz-Harald; Gleiss, Irma (1972): Zur Frage der Anpassung in der psychiatrischen Therapie — dargestellt am Beispiel des Buches »Die negierte Institution«. *»71«*

4) Abholz, Heinz-Harald; Borgers, Dieter (1983): Zur Methode und Herangehensweise von I. Kickbusch. *»AS 77«*

5) Autorenkollektiv; (Michael Dudziak) (1973): Psychiatrie und Politik — Die abstrakte Politisierung der Psychotherapie durch die Gegen-Psychiatrie. *»78«*

6) Bauer, Manfred; Richartz, Mark (1970): Angepaßte Psychiatrie als Psychiatrie der Anpassung. *»60«*

7) Baxter, Ellen; Hopper, Kim (1981): Pathologie der Umgebung und psychische Störungen — Leben in der Gemeinde für ehemalige psychiatrische Patienten in New York. *»AS 73«*

8) Braun, Karl-Heinz; Holzkamp, Klaus; Jantzen, Wolfgang; Pfefferer-Wolf, Hans; Wulff, Erich; Kongreßteilnehmer (1984): Offener Brief des III. Internationalen Kongresses »Kritische Psychologie« zur psychiatrischen Gegenreform in Italien. *»147«*

9) Brocher, Tobias (1970): Bemerkungen zum Artikel von Klaus Horn »Politische und methodologische Aspekte gruppendynamischer Verfahren« — in: Das Argument Nr. 50, 1969. *»60«*

10) Deppe, Hans-Ulrich (1970): Medizinsoziologische Bemerkungen zur Ökologie und Epidemiologie am Beispiel von schizophren Erkrankten. *»60«*

11) Franke, Alexa (1980): Einige Überlegungen und Daten zu den Auswirkungen der Lage und Bauweise der Ruhr-Universität Bochum (RUB) und den Wohnbedingungen der Studenten auf die psychische Situation der Studierenden. *»AS 48«*

12) Freud, Sigmund (1969): Soll die Psychoanalyse an den Universitäten gelehrt werden?. *»50«*

13) Frießem, Dieter (1970): Sozialkritische Anmerkungen zur Theorie und Therapie der Sucht. »*60*«

14) Gaedt, Christian (1976): Ein Lehrstück bundesdeutscher Reformpolitik: Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. »*AS 8*«

15) Gaedt, Christian (1981): Einrichtungen für Ausgeschlossene oder »Ein Ort zum Leben« — Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter. »*AS 73*«

16) Gaedt, Christian (1983): Die Anstalt ist kein Ort zum Leben — Erwiderung auf die Kritik Michael Wunders. »*AS 107*«

17) Gleiss, Irma (1975): Der konservative Gehalt der Anti-Psychiatrie. »*78*«

18) Grohs, Gerhard (1970): Zum Konflikt westlichen Rechtsdenkens und traditionellen Verhaltens in Ostafrika — Ein Beitrag zur Diskussion über die Funktion der transkulturellen Psychiatrie. »*60*«

19) Grünen, Die (1986): Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie — »Gegen das Atomkraftwerk im Innern!«. »*AS 131*«

20) Henkel, Dieter (1981): Frühinvalidität und Rehabilitation bei psychisch Kranken in der Rentenversicherung von 1968 bis 1979. »*AS 73*«

21) Horn, Klaus (1969): Politische und methodologische Aspekte gruppendynamischer Verfahren. »*50*«

22) Jacoby, Russell (1975): Laing, Cooper und das Verhältnis von Gesellschaftstheorie und Psychotherapie. »*89*«

23) Jantzen, Wolfgang (1976): Die berufliche und gesellschaftliche Eingliederung Behinderter. »*AS 8*«

24) Jordan, Jochen; Krause-Girth, Cornelia (1986): Technologische Entwicklung der Medizin aus psychosomatischer Sicht. »*AS 141*«

25) Keupp, Heiner (1983): Depression bei Frauen — im Kontext der sozialepidemiologischen Forschung. »*AS 107*«

26) Kickbusch, Ilona (1983): Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie — Überlegungen zur Depression bei Frauen. »*AS 77*«

27) Kruse, Gunther (1980): Situation und Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratungsstellen am Beispiel der Beratungsstelle Linden (Hannover). »*AS 53*«

28) Luger, Hans (1986): Zwischen drinnen und draußen — Vorschläge zur Neuansiedlung psychosozialer Dienste. »*AS 131*«

29) Mackenthun, Gerald (1983): Depression als Krankheit — Diskussion zu I. Kickbuschs »Zur Depression bei Frauen«. »*AS 107*«

30) Marzi, Vieri; Pirella, Agostino; Tranchina, Paolo; (Arezzo- Gruppe) (1976): Aspekte der »Demokratischen Psychiatrie« in Italien. »*AS 8*«

31) Meine-Hagemann, Brigitte; Voigtländer, Wolfram (1979): Zur ambulanten Versorgung in der Psychiatrie — Die sozialpsychiatrischen Dienste in Westberlin. »*AS 30*«

32) Moeller, Michael Lukas (1972): Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung. »*71*«

33) Nemitz, Barbara; Jansen, Birgit; Bartholomeyczik, Sabine (1983): Für einen theoretischen Streit um Klasse, Geschlecht und Körper — Diskussion zu I. Kickbuschs »Zur Depression bei Frauen«. »*AS 107*«

34) Ohm, Christof (1973): Ziellosigkeit als Lernziel der Gruppendynamik. »*78*«

35) Petri, Horst (1976): Forensische Psychiatrie und Kindesmißhandlung — Zum anthropologischen Verständnis einer Wissenschaft. »*AS 8*«

36) Ralli, Miranda; Kriescher-Fauchs, Monique (1980): Überlegungen zur regionalisierten Versorgung in der italienischen Psychiatrie — Erste Erfahrungen nach dem neuen Psychiatriegesetz. *»AS 53«*
37) Rasper, Otto (1979): Die Künstlichkeit gruppendynamischer Veranstaltungen. *»AS 30«*
38) Redaktion (1970): Zum Streit um die Gruppendynamik — Redaktionelles Nachwort zu Brochers Kritik an Horn. *»60«*
39) Redaktion (1975): Editorial: Warum Kritik an Anti-Psychiatrie und Randgruppen-Strategie?. *»89«*
40) Rudnitzki, Gerhard; Huber, Roswita (1976): Familientherapeutische Rehabilitationspraxis. *»AS 8«*
41) Seidel, Rainer (1972): Bedingungen für die Prävention psychischer Störungen. *»71«*
42) Stark, Wolfgang (1983): Bemerkungen zur Debatte um I. Kickbuschs »Zur Depression bei Frauen«. *»AS 107«*
43) Uhlenbrock, Detlev (1980): Anmerkungen zum dritten Rehabilitationskongreß Heidelberg 1978. *»AS 53«*
44) Wulff, Erich (1969): Grundfragen transkultureller Psychiatrie. *»50«*
45) Wulff, Erich (1970): Der Medizinstudent und die Psychiatrie. *»60«*
46) Wulff, Erich (1972): Psychopathie? — Soziopathie?. *»71«*
47) Wulff, Erich (1975): Richters Konzept der Randgruppentherapie. *»89«*
48) Wulff, Erich (1976): Therapeutische Gemeinschaft und Sektorprinzip — Konflikte bei psychiatrischen Reformen. *»AS 8«*
49) Wulff, Erich (1978): Psychiatrie und Herrschaft — Politische Indienstnahme der Psychiatrie in West und Ost (I und II). *»111«*
50) Wulff, Erich (1980a): Zum Tod Franco Basaglias.
51) Wulff, Erich (1980b): Drogen, Sprache, Arbeit.
52) Wulff, Erich (1981): Psychoanalyse und Realität.
53) Wulff, Erich (1986): Zu den »Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie« der Grünen. *»AS 131«*
54) Wunder, Michael (1983): Die Anstalt — ein Ort zum Leben? — Gedanken zur linken Wiederentdeckung der Vorteile von Großeinrichtungen. *»AS 107«*
55) X24 siehe auch AP 11) 16), AR 1), DW 17), EPI 4), NS 2), PGS 23)
56) Zenker, Christel; Zenker, Heinz-Jochen (1979): Demokratische Psychiatrie in Italien — Alternative zur deutschen Sozialpsychiatrie?. *»AS 30«*

SEX (X25) — Sexualität

1) Bindseil, Ilse (1979): Theoretisches über die gleichgeschlechtliche Liebe. *»116«*
2) Ritter, Henner (1969): Grenzen der Emanzipation von Sexualität und Familie im Spätkapitalismus. *»50«*
3) Ruebsam, Ekkehard (1970): Der heilige Wilhelm Reich und sein Fetisch Genitalität. *»60«*
4) Sigusch, Volkmar (1980a): Natur und Sexualität — Über die Bedeutung der Kategorie der Natur für eine Theorie der Sexualität des Menschen. *»119«*
5) Sigusch, Volkmar (1980a): Das gemeine Lied der Liebe. *»121«*

SO (X26) — Soziale Versursachung von Krankheit

1) Abholz, Heinz-Harald (1973): Einige Daten zur Beziehung von Tuberkulosehäufigkeit und sozialer Lage — Am Beispiel Westberlin. »*78*«
2) Abholz, Heinz-Harald (1974): Gesundheitsstand und soziale Lage — Daten aus Westberlin. »*AS 4*«
3) Bau, Henning (1980): Wohnen und Gesundheit — ein Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung. »*AS 48*«
4) Borgers, Dieter (1980): Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung. »*AS 53*«
5) Friczewski, Franz; Thorbecke, Rupprecht (1976): Arbeitssituationen und koronare Herzkrankheiten. »*AS 12*«
6) Gravenhorst, Lerke (1980): Wohnungssituation und Familienbeziehungen — einige Beobachtungen aus einer Untersuchung über sozial benachteiligte Familien. »*AS 48*«
7) Kaupen-Haas, Heidrun (1976): Gesundheitsverhalten und Krankheitsverhalten aus historischer Sicht — Zwei Strategien zur Gesundheitssicherung. »*AS 8*«
8) Rodenstein, Marianne; Confurius, Gerritt; Heinemann, Marianne; Holzmüller, Helmut (1980a): Protokoll zur Arbeitsgruppe: Gesundheit und Krankheit im Reproduktionsbereich. »*AS 48*«
9) Rodenstein, Marianne (1980b): Thesen zur Untersuchung der Gesundheitsgefährdung durch Wohnbedingungen. »*AS 48*«
10) X26 siehe auch AR 32), DW 15), EPI 4), FR 1), PR 13), PSY 2) 7) 10), TH 5) 6) 7) 18), VO 10) 12)

TH (X27) — Theorien von Krankheit und Gesundheit

1) Bindseil, Ilse (1981): Krankheit und Metapher — Zu Susan Sontags Gesellschaftskritik. »*125*«
2) Bloch, Ernst (1983): Kampf um Gesundheit — Die ärztlichen Utopien (Als Editorial). »*AS 77*«
3) Blumenstock, Jan (1983): Akupunktur im Widerspruch. »*AS 77*«
4) Braunsdorf, Marno (1970): Beitrag zur Entzauberung des Arzt-Patient-Verhältnisses. »*60*«
5) Crawford, Robert (1979): Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens. »*AS 30*«
6) Deppe, Hans-Ulrich (1969): Zum »Objekt« der Medizin. »*50*«
7) Deppe, Hans-Ulrich (1976): Medizinische Soziologie: Aspekte einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. »*AS 8*«
8) Dreitzel, Hans Peter (1972): Soziale Rolle und politische Emanzipation — Sechs Thesen gegen Peter Furths melancholische Kritik am Rollenbegriff. »*71*«
9) Garbe, Claus (1983): Thesen zur klassisch-chinesischen Akupunkturlehre und ihrer westlichen Rezeption — Anmerkungen zum Aufsatz von Jan Blumenstock. »*AS 77*«
10) Häussler, Bertram (1980): Das Falldenken als Vermittlung zwischen medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Praxis. »*AS 53*«
11) Hartmann, Fritz (1976): Zur Dynamik des Arzt-Patient-Verhältnisses. »*AS 8*«

12) Haug, Frigga (1970): Kritische Bemerkungen zu H.P. Dreitzels »Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens«. *»60«*

13) Haug, Frigga (1972): Eine Rollentheorie im revolutionären Kostüm. *»71«*

14) Haug, Wolfgang Fritz (1986): Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts: die Ideologisierung der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus — Materialanalysen. *»AS 80«*

15) Ingersleben, Sigurd von (1981): Foucaults Ansichten einer Leichen-zentrierten Medizin — Anmerkung zu Michel Foucaults »Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks«. *»AS 73«*

16) Kilian, Hans (1970): Kritische Theorie der Medizin — Ein Versuch zur Einführung in die medizinische Unheilkunde. *»60«*

17) Labisch, Alfons (1984): Die Wiederaneignung der Gesundheit — Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs. *»AS 113«*

18) Maschewsky, Werner (1984): Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung. *»AS 119«*

19) Nemitz, Rolf (1985): Yin und Yan und die neuen sozialen Bewegungen — Über Capras technokratische Romantik. *»AS 125«*

20) Schäfer, Roland (1981): Medizin, Macht und Körper — Überlegungen zu Foucault. *»AS 73«*

21) Schafstedde, Franz (1985): Ganzheitliche Medizin — Fortschritt oder Mythos?. *»AS 125«*

22) Seibel, Dieter (1973): Folgen des Leistungskonflikts in der bürgerlichen Gesellschaft. *»78«*

23) Sigusch, Volkmar (1977): Medizinische Experimente am Menschen — Das Beispiel Psychochirurgie. *»AS 17 (Beilage)«*

24) Wotschack, Winfried (1980): Integrierte Belastungsanalyse industrieller Arbeitstätigkeiten. *»AS 53«*

25) X27 siehe auch AP 3), AR 25) 28) 33), DW 2) 4), NS 9) 10), PGS 40), PSY 15) 16) 22) 24) 34) 35), VRN 4) 7) 14)

26) Zola, Irving Kenneth (1976): Im Namen von Gesundheit und Krankheit — Über einige sozialpolitische Konsequenzen des medizinischen Einflusses. *»AS 8«*

UW (X28) — Umwelt und Medizin

1) Confurius, Gerrit (1980): Zur Konzeption von Wohnumwelt und Gesundheit in Begriffen sozialen Handelns. *»AS 48«*

2) Gravenhorst, Lerke (1980): Wohnungssituation und Familienbeziehungen — einige Beobachtungen aus einer Untersuchung über sozial benachteiligte Familien. *»AS 48«*

3) Krause, Niklas (1981): Krebs und Umweltchemikalien. *»AS 64«*

4) Mackenthun, Gerald (1985): Katastrophen lassen sich gut verkaufen — Vom Informationsgehalt der Medien in der Umweltdebatte. *»AS 125«*

5) Thomann, Klaus-Dieter (1979): Funkkolleg »Umwelt und Gesundheit«. *»AS 37«*

6) X28 siehe auch AR 20) 22), EPI 6), IND 5), PR 2), PSY 11), SO 3) 6) 8), VRN 14)

VER (X29) — Internationaler Vergleich

1) Jeger, Cyrill; Schwank, Alex (1978): Die Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen der Schweiz. *»AS 27«*
2) Kriescher-Fauchs, Monique (1981): Die Gesundheitsreform in Italien — Auf dem Wege zu einem Volksgesundheitsdienst. *»AS 73«*
3) Robson, John (1977): Geschichtliche Entwicklung und gegenwärtige Situation des englischen Gesundheitswesens. *»AS 17«*
4) X29 siehe auch AP 5) 8) 11) 12) 15), AR 3) 34), DW 4), GO 4) 12) 13) 15), PF 6) 12) 18), PGS 24) 40) 46), PSY 8) 30) 36) 54), TH 5), VRN 13) 16)

VRN (X30) — Volkskrankheiten, Risikofaktoren, Nutzen der Medizin

1) Abholz, Heinz-Harald; Buschmann, Jochen; Dissmann, Wolfgang; Schäfer, Heiner-Jürgen; Thimme, Walter (1976): Organisation der Schwerkrankenversorgung am Beispiel der Infarktpatienten in West-Berlin. *»AS 8«*
2) Abholz, Heinz-Harald (1978): Medizinische Interventionen bei Myokardinfarkt. *»AS 27«*
3) Abholz, Heinz-Harald (1984): Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept — Einige methodische, ökonomische und ethische Probleme. *»AS 119«*
4) Abholz, Heinz-Harald (1986): Das Dilemma medizintechnischer Innovationen. *»AS 141«*
5) Borgers, Dieter (1983a): Die wissenschaftliche Basis der Brille-Nein-Danke-Bewegung oder gibt es ein präventives Prinzip der Myopie (Kurzsichtigkeit)?. *»AS 77«*
6) Borgers, Dieter (1983b): Risikofaktormedizin in der ärztlichen Praxis. *»AS 102«*
7) Borgers, Dieter (1986): Für eine ganzheitlichere Perspektive in der Anwendung medizinischer Technologien. *»AS 141«*
8) Dissmann, Wolfgang; Philipp, Hans-Joachim; Schaub, Norbert (1982): Die Alkoholkrankheit — kein medizinisches Randproblem. *»AS 86«*
9) Henkel, Dieter (1979): Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. *»AS 37«*
10) Henkel, Dieter (1984): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus — Empirische Zusammenhänge und Analysen. *»AS 119«*
11) Jacobowski, Constanze (1980): Protokoll der Arbeitsgruppe zu Problemen der kurativen Medizin. *»AS 48«*
12) Karmaus, Wilfried (1979): Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung — Darstellung und Kritik —. *»AS 37«*
13) Kreuz, Bernhard; Radoschewsky, Michael; Kiehl, H.; Kirsch, I.; Neumann, H.; Schmohl, M.; Schott, J. (1981): Sozialhygienische Anmerkungen zur gegenwärtigen Fettsuchtdiskussion. *»AS 64«*
14) Oerter, Detlef (1981): Krebs: Epidemie oder Naturkonstante? — Anmerkungen zu einem Buch von Heinz Oeser. *»AS 64«*
15) Redaktion (1986): AIDS — Probleme und offene Fragen. *»AS 131«*
16) Strasser, Toma (1978): Bluthochdruck: eine globale Betrachtung. *»AS 27«*
17) X30 siehe auch AR 10) 23) 30) 36), GO 6), IND 13), PGS 44), PR 1) 2) 3) 4) 6) 8), SO 1) 2) 4) 5) 7), TH 3) 5) 9), UW 3) ():

Kritische Medizin im Argument

Umweltmedizin

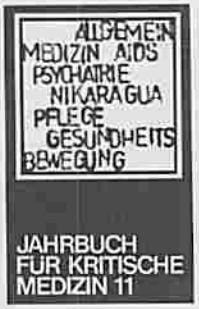
Der Band untersucht die komplexen Ursachen von Umweltkrankheiten, vor denen häufig die Methoden medizinischer Wissenschaft versagen. Er enthält auch eine kritische Auseinandersetzung mit den Ersatzbewältigungen durch den »neuen Spiritualismus« — Capras »Wende-Zeit« und Milz' »Ganzheitliche Medizin«.

Kritische Medizin
Argument-Sonderband 125
18,50 DM / 15,50 DM (f. Stud.)

Jahrbuch für Kritische Medizin 11

Psychiatrie — Grüne Kritik an den Forderungen der Sozialpsychiatrie. Nicaragua: Der Aufbauprozeß der Gesundheitsdienste. Pflege und Allgemeinmedizin — Kann patientenorientierte Pflege durchgesetzt werden? Gesundheitspolitik — Die profitorientierte Gesundheitsversorgung in den USA als Modell für die Bundesrepublik? AIDS — HTLV-III-Test für alle? Wie groß ist die Gefahr wirklich?

Argument-Sonderband 131
18,50 DM / 15,50 DM (für Stud.)



Technologie und Medizin

Neue Technologien setzen sich in allen Bereichen von Diagnostik, Therapie, Dokumentation und Verwaltung im Gesundheitswesen durch. Der Band diskutiert die Triebkräfte und Folgen der Technisierung für die Patienten und das Pflegepersonal sowie für die Organisations- und Kostenstruktur im Gesundheitswesen.

Argument-Sonderband 141
18,50 DM / 15,50 DM (für Stud.)

Argument-Verlag

Rentzelstraße 1
2000 Hamburg 13