

Das Argument

69

13. Jahrgang 1971

Lohnarbeit und Medizin – Kritik der bürgerlichen Medizin (II)

Karl Böker: Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter	901
Hans-Ulrich Deppe: Zur Morphologie von Unfällen bei der Arbeit	928
Dieter Frießem: Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland	945
Erich Wulff: Der Arzt und das Geld. Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung	955
Hans Mausbach: Eine gescheiterte Disziplinierung	971
Besprechungen	1003

Karl Böker

Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter

1. Krankenstand und Arbeitsmedizin

Für den weitaus größten Teil der Bevölkerung bedeutet Krankheit primär Gefährdung der materiellen Existenz und macht das Eingreifen der Institutionen der Sozialversicherung erforderlich. Die Berechtigung des Anspruchs auf Krankenhilfe (Krankengeld, Hausgeld, Arzneimittel, Heilmittel u. a.) ist dabei an die Vorlage einer Bescheinigung über „Arbeitsunfähigkeit“ gebunden (sofern nicht mitversicherte Familienmitglieder oder Rentner betroffen sind). Als Ausgangspunkt für eine Analyse des Gesundheitszustandes der westdeutschen Arbeiter und Arbeiterinnen bietet sich deshalb der „Krankenstand“ an, d. h. die von den einzelnen Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) veröffentlichten Statistiken über den „Anteil der arbeitsunfähig kranken Mitglieder in v. H. der Mitglieder“ der jeweiligen Versichertengruppe.

Die Beschränkung dieser Untersuchung auf die Lage gerade der Arbeiter erfolgt aus mehreren Gründen. Einmal gehören nur die Arbeiter als Pflichtmitglieder ohne Ausnahme der GKV an (eine Differenzierung nach der Höhe des Lohnes wie bei den Angestellten findet nicht statt), zum anderen konnten die Krankenkassen bis zum 1. Januar 1970, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Lohnfortzahlungsgesetzes, nur deren Erkrankungen vollständig erfassen, weil sie als sog. Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen von Anfang an auf Leistungen der Krankenkassen angewiesen waren. Außerdem stand gerade der Krankenstand der Arbeiter in den letzten Jahren im Mittelpunkt der sozialpolitischen Auseinandersetzung und diente den Vertretern des Kapitals und seinen politischen Repräsentanten als Aufhängepunkt für den Angriff auf die angeblich „schlechte Arbeitsmoral“ der Arbeiter und darüber hinaus auf das gesamte System der Sozialversicherung, das diese schlechte Moral noch begünstige. Hierauf wird noch einzugehen sein.

Obwohl die folgenden Überlegungen den Beziehungen zwischen Arbeit und Medizin gelten, soll doch das Hauptgewicht nicht auf solchen Problemen liegen, wie sie traditionell im Fach Arbeitsmedizin an den medizinischen Fakultäten gelehrt werden (also z. B. Untersuchung der Frage, welchen Einfluß Licht, Farben oder Geräusche auf die menschliche Arbeitsleistung haben), sondern auf den Zusammenhängen zwischen Krankheiten und Krankheitsverhalten der Arbeiter einerseits und den Bedingungen des kapitalistischen Produktionsprozesses auf der anderen Seite. Die Auswirkungen dieses Pro-

zesses können dabei auf zwei Ebenen betrachtet werden: zum einen hinsichtlich der Folgen der Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft am Arbeitsplatz selbst (Unfallgefährdung, psychische Störungen), zum anderen allgemein auf gesellschaftlicher Ebene (Veränderungen des Krankheitsverhaltens je nach gesamtwirtschaftlicher Entwicklung, Einflüsse von Hochkonjunktur, Krisen, Erwerbslosigkeit).

2.1. Einflüsse der Sozialgesetzgebung auf die Höhe des Krankenstandes

Betrachten wir zunächst die Entwicklung der Krankenstände in den Jahren nach der Gründung der BRD. In Tabelle 1 sind für die einzelnen Versichertengruppen die Mitgliederzahlen und die jeweiligen Krankenstände gegenübergestellt.

Tabelle 1

Entwicklung der Krankenstände in der GKV

A = Pflichtmitglieder ohne Rentner in Millionen

B = Krankenstand von A im Jahresdurchschnitt

C = Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen
in Millionen

D = Krankenstand von C im Jahresdurchschnitt

E = freiwillig Versicherte in Millionen

F = Krankenstand von E im Jahresdurchschnitt

	A	B	C	D	E	F
1950
1951	13,60	3,61	10,51	.	2,56	1,44
1952	13,86	3,60	10,69	.	2,67	1,41
1953	14,54	3,73	10,79	4,29	2,50	1,36
1954	14,96	3,62	11,07	4,09	2,67	1,26
1955	15,45	4,02	11,36	4,57	2,88	1,29
1956	15,72	4,23	11,52	4,77	3,32	1,35
1957	16,9	4,68	11,7	5,38	3,87	1,32
1958	17,42	4,67	12,25	5,49	3,52	1,20
1959	17,37	4,69	12,21	5,46	3,55	1,12
1960	17,65	5,11	12,44	5,95	3,9	1,31
1961	17,73	5,29	12,63	6,15	4,32	1,44
1962	17,57	.	12,53	6,10	4,67	.
1963	17,33	5,20	12,34	5,92	5,07	1,71
1964	17,09	4,79	12,30	5,38	5,51	1,70
1965	17,20	4,94	12,32	5,58	5,65	1,81
1966	17,79	4,94	12,07	5,66	5,1	1,67
1967	17,02	4,35	11,52	4,90	5,44	1,63
1968	16,7	4,86	11,36	5,46	5,04	1,94
1969	16,78	5,05	11,53	5,65	5,30	2,04

Quelle: (36 a).

Eingangs wurde bereits darauf hingewiesen, daß von diesen Zahlen praktisch nur die für Arbeiter zuverlässig sind, weil die Krankenkassen Erkrankungen von Angestellten erst dann für ihre Statistiken verwenden können, wenn sie nach Ablauf der ersten 6 Wochen zur Beanspruchung ihrer Leistungen führen (vgl. 5, 11, 114)*. Seit dem Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes (1. 1. 1970) werden die Krankenstände von Arbeitern und Angestellten gemeinsam veröffentlicht und sind demzufolge mit den Vorjahreszahlen nicht mehr vergleichbar (Bundesarbeitsblatt 1970, S. 452).

Auch aus anderen Gründen ist eine Interpretation der Jahresdurchschnittswerte der Tabelle 1 äußerst problematisch: In den letzten Jahren hat sich der erfaßte Personenkreis mehrfach geändert. So werden Versicherte, die sich in einem Heilverfahren der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung befinden (d. h. zur Kur geschickt werden oder ambulant vom Hausarzt, besonders nach Arbeitsunfällen, behandelt werden), seit dem 1. 1. 1962 nicht mehr den arbeitsunfähig Kranken der Krankenversicherung zugerechnet und tauchen dementsprechend in den Krankenstandsstatistiken nicht mehr auf. Die dadurch resultierende Senkung des Krankenstandes wird auf ungefähr 0,5 % (absolut) geschätzt (130). Seit Mitte 1963 fallen auch Arbeitsunfälle, die länger als 45 Tage zu Arbeitsunfähigkeit führen, aus der Statistik, da die nach dieser Zeit entstehenden Kosten ausschließlich zu Lasten der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) gehen (32).

Zweitens sind im Erfassungszeitraum der Tabelle 1 Gesetze verabschiedet worden, die die materielle Lage der Arbeiter im Krankheitsfall entscheidend berührten und indirekt auch Einfluß hatten auf den im Krankenstand erfaßten Personenkreis.

Das Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherheit der Arbeiter im Krankheitsfall (Krankengeldzuschußgesetz) vom 26. 6. 1957 verpflichtete die Krankenkassen statt wie bisher vom vierten schon (!) vom dritten Tag der Arbeitsunfähigkeit an zur Zahlung von Krankengeld (vom ersten Tag an dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 14 Tage dauerte oder ein Arbeitsunfall die Ursache war. Die Zeit, in der trotz bestehender Krankheit kein Krankengeld gezahlt wurde, wird als „Karenztage“ bezeichnet). Die Unternehmer mußten für die ersten sechs Wochen einen Zuschuß zum Krankengeld zahlen, bis es insgesamt 90 % des vorherigen durchschnittlichen Nettotariflohnes des erkrankten Arbeiters betrug. Es darf in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden, daß diese materiellen Verbesserungen — die aber an der Unterprivilegierung der Arbeiter im Vergleich zu den Angestellten nichts änderten, obwohl in der Folgezeit für dies Gesetz häufig der Ausdruck „Lohnfortzahlungsgesetz“ gebraucht wurde (26, 48, 87) — Ergebnis des großen Metallarbeiterstreiks in Schleswig-Holstein von 1956 waren und von der Arbeiterschaft erst erkämpft werden mußten; nicht von ungefähr lag der

* Die in Klammern angegebenen Ziffern beziehen sich jeweils auf die durchnummerierten Literaturangaben im Anhang.

Zeitpunkt der Verabschiedung dieses Gesetzes so kurz vor den Wahlen zum 3. Bundestag. Vier Jahre später (am 12. 7. 1961, also wiederum vor einer Bundestagswahl) wurde die Zahl der Karenztage auf einen gesenkt, während die Nachzahlung bei Krankheit über 14 Tage Dauer entfiel. Außerdem wurde der Arbeitgeberanteil erhöht, so daß der Lohnausgleich 100 % erreichte.

Dieser ausführliche Exkurs auf die gesetzlichen Bestimmungen war in diesem Zusammenhang nötig, weil durch die Verminderung bzw. den Wegfall der Karenztage auch Arbeitsunfähigkeiten im Krankenstand erfaßt wurden, die nur drei Tage oder noch kürzer dauerten und vorher gar nicht der Kasse gemeldet wurden, da ein Anspruch auf Krankengeld nicht bestand. *Neubert* wies darauf hin, daß sich so der Krankenstand rein rechnerisch erhöhen mußte, ohne daß sich die Morbidität verändert hatte (75). In der Folgezeit sprach aber der Arbeitgeberverband angesichts des erhöhten Krankenstandes vom Mißbrauch des Gesetzes durch die Arbeiter (6, 59, 60, 129) und drohte entsprechende Gegenmaßnahmen an (Kontrolle, Diskriminierung, Entlassung; hierzu auch ausführlicher im Abschnitt über die Maßnahmen der Industrie zur Senkung des Krankenstandes unter Punkt 4.3).

Angesichts dieser Einschränkungen ist die Aussagekraft der Krankenzustandszahlen in der globalen Form der Tabelle 1 ziemlich begrenzt (5, 92, 111). Beachtenswert sind jedoch die großen Schwankungen im Laufe der Jahre, auf deren Ursachen noch eingegangen wird. Während sich die Zahl der pflichtversicherten Arbeiter von 1954 bis 1961 um 14 % (relativ) erhöhte, stieg der Krankenstand in der gleichen Zeit um 50 % (relativ). Dieser Anstieg wird noch bedrückender, wenn man bedenkt, was diese nüchternen Zahlen wirklich bedeuten: ein jahresdurchschnittlicher Krankenstand von 6,15 % im Jahre 1961 beispielsweise heißt, daß pro Tag durchschnittlich 770 000 Arbeiter wegen Krankheit arbeitsunfähig waren! Dies ist auch ein Grund, warum die Tabelle 1 trotz der bestehenden Einwände zusammengestellt worden ist. Außerdem sind es gerade diese globalen Zahlen, die besonders häufig in der Argumentation um das Sozialversicherungssystem in der BRD eingesetzt werden. Nach *König* (55) stellt der Krankenstand „bestenfalls eine Rechengröße für die Krankenkassen, eine Kostengröße für die Wirtschaft“ dar. Der gleiche Autor errechnet auch eine Summe von 80—100 Milliarden DM Produktionsausfall im Jahr, die dadurch zustande kommen soll, daß (bezogen auf 210 bis 220 Arbeitstage im Jahr) durchschnittlich 1 Million Arbeiter pro Arbeitstag fehlen, die durch ihre Arbeit sonst je 400—500 DM Wert pro Tag schaffen würden (55). Der Wert der Produktion durch die insgesamt 12,3 Millionen Arbeiter des Jahres 1963 würde demzufolge zwischen einer und 1,2 Billionen DM liegen; die Unsinnigkeit dieser Schätzung ergibt sich bereits beim Vergleich mit dem Bruttoinlandsprodukt dieses Jahres von 378 Milliarden DM. Nach anderen Schätzungen sollen 5 % Krankenstand einer jährlichen Einbuße am Sozialprodukt von 15 Milliarden DM entsprechen (5). Mit solchen Summen jonglierend läßt sich dann ohne weiteres dem Arbeiter

Verantwortungslosigkeit gegenüber jenem ominösen Gemeinwohl unterstellen, wenn er angeblich zu oft und zu lange „krank feiert“. Hoffmann drückt dies in der Zeitschrift des Arbeitgeberverbandes auch ganz unverblümt aus, wenn sie schreibt, daß „sich doch jeder Arbeitnehmer darüber klar sein müßte, daß bei der deutschen Rohstoffarmut eine konkurrenzfähige Wirtschaft und ein allgemeiner Wohlstand nur dann auf die Dauer existieren kann, wenn jeder einzelne seine Arbeitskraft voll einsetzt“ (42).

Wir wollen an dieser Stelle festhalten, daß die Angaben über den Krankenstand in den offiziellen Statistiken offensichtlich verschleiernde Funktion haben und in der politischen Auseinandersetzung manipulativ gegen die Interessen der Arbeiterschaft eingesetzt werden. Was wirklich hinter den Zahlen der Tabelle 1 steht, soll im folgenden dargelegt werden.

2.2 Ursachen des Krankenstandes

Die in diesem Kapitel referierten Ergebnisse entstammen Arbeiten der letzten Jahre, die den Krankenstand der Arbeiter isoliert für einzelne Krankenkassen oder sogar Betriebe analysierten. Es handelt sich dabei allerdings nur bei einem geringen Teil um fundierte Längs- oder Querschnittsuntersuchungen; die meisten Veröffentlichungen kommen von Krankenkassenleitern, Personalchefs großer Betriebe oder (Vertrauens-)Ärzten, also solchen Autoren, die ihre Aussagen vor allem auf ihre Erfahrungen in der „Praxis“ stützen. Diese „Experten“ prägen allerdings weitgehend die öffentliche Meinung, und man sollte sich deshalb auch mit ihnen kritisch auseinandersetzen. Echte Ursachenforschung wird in diesem Bereich der Arbeitsmedizin (im Sinne der obigen Definition) natürlich nicht betrieben, weil die Ergebnisse für das Kapital kaum verwertbar sein dürften.

Wenn im folgenden eine Unterteilung in verschiedene Faktoren durchgeführt wird, so soll dies keineswegs eine Unabhängigkeit derselben voneinander suggerieren. Vielmehr sollte von Anfang an selbstverständlich sein, daß alle „Einzel“-Ursachen interdependent sind und aufgrund ihres gemeinsamen Ursprungs auch sein müssen.

2.2.1. Saisonale Schwankungen

Der Krankenstand zeigt im Laufe eines Jahres keine Konstanz, sondern charakteristische Schwankungen mit einem Tiefpunkt im Sommer und zwei Gipfeln im Oktober-November sowie Januar-Februar (35, 37). Für die Maxima sorgen die sog. Saisonkrankheiten, also in der Hauptsache Erkältungen, „Grippe“ und ähnliche Infekte. Daß gerade diese Erkrankungen so häufig sind, klingt zwar auch für Nicht-Ärzte trivial und ohne weiteres einsichtig, jedoch haben Untersuchungen vor allem von psychosomatisch orientierten Autoren gezeigt, daß Häufigkeit und Dauer dieser „banalen“ Infekte entscheidend von psychologischen und soziologischen Faktoren beeinflußt werden (9, 13). Kellner berichtet z. B., daß Arbeiter signifikant häufiger „Grippe“ hatten, wenn sie im Betrieb Anlaß zu Beschwerden über ihren Meister fanden (51). Über die sicherlich vorhandene jah-

reszeitlich bedingte erhöhte Infektionsgefahr hinaus spielen offenbar Faktoren aus der beruflichen Umwelt für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser zahlenmäßig umfangreichen Krankheitsgruppe eine wichtige Rolle.

2.2.2. Dauer der Betriebszugehörigkeit

Die Dauer der Betriebszugehörigkeit beeinflusst den Krankenstand, und zwar sind beide ungefähr umgekehrt proportional (15, 36, 54, 103, 108, 109, 121). *Spiegelhalter* und *Schnabel* wiesen an über 400 000 Arbeitern und Angestellten vor allem der metallverarbeitenden Industrie nach, daß der Krankenstand der Arbeiter mit einer Betriebszugehörigkeit unter einem Jahr um durchschnittlich $\frac{1}{10}$ höher lag als der von Arbeitern, die bereits länger als 12 Monate im gleichen Werk beschäftigt waren. Dieser Unterschied beschränkte sich allerdings auf Arbeiter unter 45 Jahren, und der Krankenstand der Angestellten wurde durch die Dauer der Betriebszugehörigkeit praktisch nicht beeinflusst (109).

In engem Zusammenhang hiermit steht auch die für medizinische Begriffe erstaunliche Tatsache, daß der Krankenstand bei jüngeren Arbeitern höher ist als bei älteren (15, 19, 36, 78, 125). In einer anderen Arbeit (109) wird zwar berichtet, daß diese Feststellung nur für die Angestellten (Spalte C in Tabelle 2) zutrifft; gliedert man jedoch den Krankenstand der Arbeiter auf nach Fallhäufigkeit und Falldauer, so wird auch hier deutlich, daß jüngere Arbeiter für durchschnittlich kürzere Zeit krank sind, ältere Arbeiter zwar seltener, dann aber für längere Zeit (vgl. auch 36, 54, 55). Anders formuliert: am Beginn des Erwerbslebens überwiegen die kurzfristigen, relativ harmlosen, später die schwerwiegenderen (insbesondere Verschleiß-) Erkrankungen.

2.2.3. Betriebs- und Abteilungsspezifität

Untersucht man den Krankenstand einzelner Abteilungen oder Arbeitsgruppen innerhalb eines Betriebes, so zeigt sich oft eine Abteilungs- oder Gruppenspezifität, wobei sich Abweichungen vom Werkdurchschnitt nach beiden Richtungen in erheblichem Maße ergeben können (24, 49, 55). Gibt es hier so etwas wie eine „innere Bindung zum Werk, zur Arbeitsgruppe und zum Arbeitsplatz“ (97), die die Arbeiter veranlaßt, trotz eventueller subjektiver gesundheitlicher Beschwerden weiterzuarbeiten? *Sopp* versucht mit dieser Formulierung zu postulieren, daß der Arbeiter ein Berufsbewußtsein entwickle und über seine eigene Reproduktion hinaus mit Engagement auch für „den Betrieb“ arbeite, als dessen Teil er sich fühle. *Kern* und *Schumann* haben in ihrer Untersuchung über „Industriearbeit und Arbeiterbewußtsein“ (53) jedoch gezeigt, daß Arbeitsstolz, Expertenbewußtsein und inhaltliches Engagement für die Arbeit fast ausschließlich bei der kleinen Gruppe der sog. Instandhaltungsspezialisten anzutreffen seien, und *Deppe* und *Lange* sprechen in ihrer Rezension dieses Buches ebenfalls von der „mangelnden Identifizierung der Arbeiter mit dem Inhalt ihrer gesellschaftlichen Tätigkeit“ (14).

Eine Bindung des einzelnen an die Arbeitsgruppe gibt es dagegen sicherlich, denn der gesellschaftliche Charakter des Produktionsprozesses beruht unter anderem auch darauf, daß der Mensch stets einer Arbeitsgruppe eingegliedert ist (68). Unter kapitalistischen Bedingungen hat dies jedoch mit Engagement für die Arbeit selbst wenig zu tun. Gemeint sind statt dessen an dieser Stelle Probleme der formellen und informellen Gruppenstruktur, d. h. Bindung des einzelnen an die anderen Gruppenmitglieder durch die Art der ausgeübten Tätigkeit, Anerkennung der individuellen Leistung und das Bewußtsein der gleichen Interessenlage. Zusammenhalt, Homogenität, Intimität, Attraktivität der Gruppe, Stellung des einzelnen innerhalb der Gruppe, Befriedigung durch die Zugehörigkeit zur Gruppe, Partizipation an der gemeinsamen Tätigkeit und gegenseitige Abhängigkeiten — diese und andere Kategorien bestimmen den Charakter der Arbeitsgruppe (68). Es bestehen starke Abhängigkeiten zwischen diesen Merkmalen der informellen Struktur und dem Grad der Zufriedenheit des einzelnen mit der Arbeitseinordnung und den Arbeitsbedingungen. Wenn man bereit ist, die Bedeutung solch sozialpsychologischer Faktoren für die Genese von Krankheiten anzuerkennen, ist es nicht verwunderlich, daß sich Einflüsse der inneren Organisation der Arbeitsgruppe auch im Krankenstand bemerkbar machen. Die Tatsache der Abteilungsspezifität des Krankenstandes innerhalb eines Betriebes wird auf diese Weise verständlich.

Unter Vorgriff auf den Abschnitt über die Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes sei hier bereits angemerkt, daß die Erkenntnisse der Arbeitspsychologie über die Bedeutung der Gruppen in den USA und den westeuropäischen Ländern zunehmend mit dem Ziel der Steigerung der Produktivität und des Profits verwertet werden. Die Aufgaben dieser angewandten psychologischen Disziplin im Sinne der Verbesserung der „human relations“ (Schaffung von allgemeiner Zufriedenheit, Verbesserung der Beziehungen zwischen Arbeitern und Vorgesetzten, Sicherung des „Sozialen Friedens“) haben deutlich Ausbeutungscharakter und dienen primär den kommerziellen Interessen der Unternehmer sowie der generellen Perfektionierung des kapitalistischen Systems.

Wenn, wie in der sozialistischen Gesellschaft, das Kriterium für die Beurteilung von Menschen nicht mehr der Profit ist, den sie bringen können, sondern gemeinsam am gemeinsamen gesellschaftlichen Reichtum gearbeitet wird, so wird sich auch die Beziehung des einzelnen zu seiner Arbeit verändern. Exemplarisch hierfür mögen die sozialistischen Brigaden der DDR dienen, die immer einen extrem niedrigen Krankenstand aufweisen und dabei besonders die Unfallquoten über längere Zeiträume drastisch senken bei gleichzeitig hoher Produktivität (127).

2.2.4. Krankenstand und fachliche Qualifikation

Der Krankenstand ist weiterhin abhängig vom Ausbildungsstand der Belegschaft: hoher Ausbildungsstand geht mit niedrigem Kran-

kenstand einher (16, 47, 49, 73, 86, 97, 99, 108, 109). Hierzu Tabellen 2 und 3.

Tabelle 2

Krankenstand der Arbeiter (A), Facharbeiter (B), Angestellten (C) und Angestellten mit einfachen Tätigkeiten (D)

Altersgruppen	Geschlecht	A	B	C	D
25 Jahre	männl.	6,1	4,9	2,6	2,8
	weibl.	8,4	7,7	4,9	4,8
	insges.	7,0	6,2	4,0	4,3
25—45 Jahre	männl.	6,2	5,3	2,3	3,5
	weibl.	9,0	8,4	5,3	5,6
	insges.	7,0	5,6	3,1	4,8
45 Jahre	männl.	7,1	6,3	3,5	5,0
	weibl.	8,8	8,4	5,3	5,8
	insges.	7,5	6,5	3,8	5,5

Quelle: Spiegelhalter/Schnabel (109).

Anm.: Definition des Krankenstandes hier: Kranke je 100 Beschäftigte pro Kalendertag im Durchschnitt der Monate September bis November 1961.

Aus Tabelle 2 wird deutlich, daß der Krankenstand der Facharbeiter (B) wesentlich unter dem Durchschnitt aller Arbeiter (A) liegt. Dies gilt für sämtliche erfaßten Alters- und Betriebszugehörigkeitsgruppen und für männliche und weibliche Arbeiter gleichermaßen. Ebenso liegt der Krankenstand der Angestellten mit einfacheren Tätigkeiten (D) um rund ein Drittel höher als der aller Angestellten (C).

Tabelle 3 bezieht sich auf die männlichen Arbeiter eines metallverarbeitenden Betriebes, die sämtlich länger als 12 Monate dort beschäftigt waren. Was ein Spezialarbeiter oder ein Spezialfacharbeiter genau ist, geht aus der Veröffentlichung nicht hervor.

Tabelle 3

Beschäftigungsart und Krankenstand; nach SOPP (97)

Beschäftigungsart	Gesamt-Arbeitsunfähigkeitstage pro Person
ungelernte Arbeiter	33,8 Tage pro Jahr
angelernte Arbeiter	28,1 „
Spezialarbeiter	19,0 „
Facharbeiter	19,2 „
Spezialfacharbeiter	16,0 „
Lehrlinge	15,3 „
Werkstdurchschnitt	23,6 „

Es ist schwierig, zu entscheiden, ob hier tatsächlich der Grad der fachlichen Qualifikation der Arbeiter mit dem Krankenstand korreliert oder ob nicht in Wirklichkeit die charakteristischen Merkmale der jeweils ausgeübten Arbeit die Hauptrolle spielen (körperliche Belastung, Monotonie, Beanspruchung der Aufmerksamkeit o. ä.). Die bereits zitierten Ergebnisse von *Kern* und *Schumann* (53) lassen letzteres wahrscheinlicher werden. Zudem sprechen die Autoren, die den Ausbildungsstand als Krankenstandsfaktor verstanden wissen wollen, selbst von „einfacheren Tätigkeiten“ bzw. gliedern nach „Beschäftigungsarten“ auf.

Es liegen allerdings auch Arbeiten vor, die ausdrücklich den Ausbildungsstand berücksichtigen. Eine Untersuchung aus der DDR ergab z. B., daß un- und angelernte Bauarbeiter am wenigsten krank waren; die Erklärung für dieses nach den obigen Untersuchungen nicht verständliche Ergebnis dürfte darin liegen, daß 78 % der Arbeiter dieser Gruppe manifeste Qualifizierungsabsichten hatten (12).

2.2.5. Hoher Krankenstand der Arbeiterinnen

Der Krankenstand der Frauen ist generell in allen Altersgruppen höher als der der Männer (8, 16, 73, 109, 121); hierzu auch Tabelle 2. Diese Beziehung gilt für die BRD konstant ab 1959; für die Jahre 1960—69 betrug die durchschnittliche absolute Differenz 0,33 % pro Jahr.

Zur Erklärung dieser Differenzen werden die unterschiedlichsten Begründungen angeführt, die von „geringerem Betriebszugehörigkeitsgefühl“ (8, 55) über „gesunde Fluchtreaktion aus der industriellen Männerwelt“ (121) zu der alten, jedoch nie schlüssig bewiesenen These von der konstitutionell erhöhten Anfälligkeit der Frau (34, 94) reichen. Verständlich wird diese Diskrepanz der Krankenstände jedoch, wenn man sich die bereits aufgeführten ursächlichen Faktoren (besonders die Abhängigkeit von der Art der ausgeübten Tätigkeit und vom Ausbildungsstand) vergegenwärtigt und in Beziehung setzt zu den bekannten Tatsachen über die Lage der westdeutschen Arbeiterinnen. Die außerordentlich niedrige Zahl der abgeschlossenen Lehren bei Arbeiterinnen, der Einsatz vor allem am Band und im Akkord — über dessen Folgen für die psychische und physische Gesundheit vor kurzem erst *Herzog* für die „Akkordarbeiterinnen bei AEG/Telefunken“ äußerst eindringlich berichtete (38; vgl. auch 93) —, dazu die im Vergleich zum Mann geringere Bezahlung trotz gleichwertiger Arbeit — jede zweite Arbeiterin verdient monatlich nur zwischen 300,— und 600,— DM, keine über 1200,— DM netto (118) —, alle diese Faktoren vermögen den erhöhten Krankenstand schlüssiger zu erklären als die ständige Wiederholung der obskuren Behauptung über die angebliche Minderwertigkeit des „Weibes“. Auch die Berufung auf die Doppelbelastung der Arbeiterin durch Beruf und Familie reicht als alleinige Erklärung nicht aus: zwar ist der Krankenstand der verheirateten Frauen mit Kindern doppelt so hoch wie der der ledigen Frauen (34), jedoch ist auch der Krankenstand dieser Ledigen noch überdurchschnittlich hoch.

Der Krankenstand der Frauen offenbart besonders deutlich die Zusammenhänge zwischen solch scheinbar rein medizinisch, d. h. naturwissenschaftlich-biologisch erklärbaren Phänomenen wie der Krankheit und den objektivierbaren Unterdrückungsmechanismen der kapitalistischen Gesellschaft. Krankheit ist eben nicht ein zufälliges Ereignis, das den Menschen quasi durch die Willkür des Schicksals trifft oder für das er evtl. sogar selbst verantwortlich gemacht werden kann, sondern vor allem das Ergebnis von Bedingungen der gesellschaftlichen Umwelt, die direkt (z. B. bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten) oder über die Erlebnissphäre (bei psychischen und psychosomatischen Krankheiten) zu körperlichen Leistungsveränderungen führen. So sind es auch nicht die spezifisch weiblichen (gynäkologischen und geburtshilflichen) Leiden, die den Krankenstand der Frauen in die Höhe treiben — ihr Anteil beträgt maximal $\frac{1}{10}$ und wird durch die niedrigere Unfallquote wieder ausgeglichen (20) —, sondern die gleichen psychischen und psychosomatischen Symptome und Syndrome wie beim Mann.

2.2.6. Unterschiedliche Krankenstände einzelner Krankenkassen

Bevor wir dazu übergehen, den Zusammenhang zwischen dem Krankenstand und makroökonomischen Veränderungen (konjunkturelle Zyklen) zu untersuchen, soll nun als Überleitung zu diesem Punkt noch kurz auf die Diskrepanz in den Krankenständen der einzelnen Krankenkassen innerhalb der GKV eingegangen werden. Aus Tabelle 4 geht hervor, daß diese Krankenstände z. T. erheblich differieren.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Kassen sind dann besonders auffällig, wenn man die Landkrankenkassen (Mitglieder: vor

Tabelle 4

Jahresdurchschnittliche Krankenstände der Arbeiter bei verschiedenen Krankenkassen

OKK = Ortskrankenkassen

LKK = Landkrankenkassen

BKK = Betriebskrankenkassen

KnV = Krankenkassen der knappschaftlichen Versicherung

	OKK	LKK	BKK	KnV
1951	3,78	2,47	4,41	5,97
1955	4,44	2,57	5,03	5,69
1960	5,98	2,95	6,33	6,32
1965	5,50	3,02	5,88	8,15
1966	5,58	3,12	5,96	8,43
1967	4,85	2,92	5,11	6,98
1968	5,36	3,20	5,96	8,00
1969	5,52	3,28	6,25	8,64

Quelle: (119), (S. 135).

allem die in der Landwirtschaft beschäftigten Arbeiter sowie „unständig Beschäftigte“, also Lohnarbeiter ohne festes Arbeitsverhältnis, und Hausgehilfen) mit den Betriebskrankenkassen (hier sind vorwiegend Angehörige von Betrieben der Großindustrie versichert) und den Kassen der Knappschaft vergleicht (der Versicherung der Bergleute). Die Verschiedenheit der vorherrschenden Tätigkeit (Handarbeit versus maschinelle Produktion) und die daraus resultierenden unterschiedlichen Belastungen für den Arbeiter (erhöhte Unfallgefährdung in der Industrie und besonders im Bergbau, psychische Belastung durch die Arbeit u. a. m.) machen sich hier bemerkbar. Allerdings sollte man sich davor hüten, die Diskrepanz zwischen z. B. Landkrankenkassen und Betriebskrankenkassen derart monokausal zu erklären. Hier spielen noch zahlreiche andere Variable eine Rolle (unterschiedliche Altersstruktur, andere Einstellung zur Arbeit, Abhängigkeiten zwischen Landwirt und Landarbeitern, verschiedene Auswirkungen von Krankheiten oder Unfällen auf die Fähigkeit zur Weiterarbeit — man kann z. B. durchaus mit einer Handverletzung einen Traktor bedienen, jedoch nicht am Band im Akkord weiterarbeiten — und andere Faktoren).

Auffällig sind in Tabelle 4 auch die im Vergleich zu den Vorjahren und den nachfolgenden Jahren tiefen Krankenstände des Jahres 1967. Für die Knappschaften bedeutet der Rückgang um 1,45 % von 1966 bis 1967 bei einer Mitgliederzahl von ungefähr 400 000, daß durchschnittlich 5800 weniger pro Arbeitstag krank waren (119).

2.2.7. Krankenstand und Konjunktur

Abschließend soll nun versucht werden, die Beziehungen zwischen dem Krankenstand und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in der BRD zu analysieren. Daß die Bedingungen des Produktionsprozesses in ihren direkten Auswirkungen am Arbeitsplatz den Krankenstand beeinflussen, wurde in den vorhergehenden Punkten bereits demonstriert. Die für das kapitalistische System typischen periodischen Wirtschaftskrisen zeigen sich auch in den Auswirkungen auf die Entwicklung des Krankenstandes über längere Zeiträume.

In Tabelle 5 sind zur Verdeutlichung dieser Zusammenhänge einige Daten zur allgemeinen Entwicklung des Wirtschaftssystems in der BRD zusammengestellt; aus methodischen Überlegungen (vgl. Punkt 2.1. dieses Aufsatzes) soll vor allem die Zeit nach 1960 betrachtet werden.

Tabelle 5

Krankenstand und Konjunktur

A = Bruttosozialprodukt in Marktpreisen in Milliarden DM
(43), S. 40

B = jährlicher Zuwachs des BSP in v. H. des Vorjahres

C = abhängig Beschäftigte in Millionen (36 a), 1969, S. 1

D = Arbeitslose in Tausend (36 a), 1969, S. 1

E = Arbeitslosenquote (Arbeitslose in v. H. der abhängig Beschäftigten) (36 a), 1969, S. 1

F = Kurzarbeiter (119), S. 38

G = Krankenstand der Arbeiter (36a), 1969, S. 103

	A	B	C	D	E	F*	G
1960	254,9	8,8	20,3	271	1,3	3,305	5,95
1961	268,6	5,8	20,7	181	0,8	3,341	6,15
1962	279,6	4,0	21,1	155	0,7	4,006	6,10
1963	289,3	3,5	21,3	186	0,8	10,904	5,92
1964	308,4	6,6	21,5	169	0,8	2,154	5,38
1965	325,7	5,6	21,8	147	0,7	1,105	5,58
1966	333,3	2,3	21,9	161	0,7	15,816	5,66
1967	334,1	0,2	21,2	459	2,1	142,694	4,90
1968	359,5	7,6	21,3	323	1,5	10,388	5,46
1969	.	.	21,9	179	0,9	1,322	5,65

* Anm.: die Zahlen über die Kurzarbeit stimmen mit der Wirklichkeit nicht überein, denn die Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg erfaßt nur die meldepflichtigen Kurzarbeiten, d. h. wenn mindestens ein Drittel der Belegschaft um 10 % der tariflichen Arbeitszeit (mit entsprechendem Lohnausfall) weniger arbeitet. Nach Berechnungen der IG Metall für 1967 betrug die Dunkelziffer ca. 100 %, d. h. ein großer Prozentsatz der Betriebe hatte die Kurzarbeit so terminiert und dosiert, daß sie nicht mehr unter die Meldepflicht fiel (63). Für unsere Zwecke sind jedoch auch die Zahlen der Tabelle anwendbar.

Die „paradoxe Erscheinung“ (128), daß der Krankenstand unter kapitalistischen Verhältnissen in Krisenzeiten niedrig und bei anhaltender Konjunktur hoch ist, wird in der westdeutschen Literatur zwar manchmal gesehen (11, 24, 55, 59, 95, 117, 130), pflegt dann aber im Nebensatz abgetan zu werden — „je besser es den Leuten geht, um so länger sind sie krank“ (24) — oder wird umgedeutet in einen weiteren „Beweis“ für die schlechte „Arbeitsmoral“ unter den Arbeitern und deren wachsende Neigung, „sich eher gehen zu lassen“ sowie als Zeichen der „Weichheit des Versicherten gegen sich selbst, (...) als Nachgiebigkeit gegen leichte Störungen des Wohlbefindens oder auch gegen eingebildete Krankheiten“ (19).

Für die Schwankungen des Krankenstandes je nach Stand der Konjunktur sind natürlich andere Faktoren verantwortlich. Im Aufschwung und auf dem Gipfel der Konjunktur wird das Reservoir an vorhandenen Arbeitskräften maximal ausgeschöpft — „alle, die auch nur einigermaßen eine Arbeit übernehmen können, sind ohne Rücksicht auf ihre Einsatzfähigkeit bzw. ihren Gesundheitszustand in den Produktionsprozeß eingegliedert“ (94) —, was sich auch an der Entwicklung der Zahl der wegen Invalidität beantragten Renten ablesen läßt, denn diese erreichen zu diesem Zeitpunkt ihren Tiefstand und steigen hinter dem Gipfel der Konjunktur wieder an (11, 119). Außerdem ist in der Hochkonjunktur die Krankheits- und Unfallgefährdung der Arbeiter erhöht durch zusätzliche Arbeit (Überstunden!) und Intensivierung der Arbeit. Ein Teil der Erhö-

hung des Krankenstandes im Boom wird sicherlich auch dadurch verursacht, daß Arbeiter als Verkäufer der Ware Arbeitskraft die zu dieser Zeit besonders günstigen „Verkaufsbedingungen“ ausnützen und versuchen, den Preis für ihre Ware zu erhöhen, z. B. dadurch, daß sie sich krank schreiben lassen, obwohl sie (wie in der Krise) unter Einsatz aller Energien noch arbeiten könnten.

In der Krise dagegen macht sich das Wissen der Arbeiter um die Unsicherheit ihres Arbeitsplatzes bemerkbar. Die Tatsache, daß Arbeiter um ihren Arbeitsplatz und damit auch ihre Existenz fürchten müssen, so daß sie auch dann zur Arbeit gehen, wenn sie dies nach medizinischen Begriffen nicht mehr dürften, wird in Tabelle 5 beim Vergleich der Angaben über den Krankenstand, die Kurzarbeit und die Arbeitslosigkeit besonders für die Zeit der letzten Krise in der BRD (1966/67) deutlich. Niemand wird behaupten wollen, daß sich die Morbiditätsverhältnisse so plötzlich verändert hätten und Zehntausende von Arbeitern, die ein Jahr zuvor noch wegen Krankheit arbeitsunfähig waren, auf einmal gesund geworden seien; zu solchen Leistungen ist auch das bundesrepublikanische Gesundheitssystem nicht in der Lage. In den ersten Jahren der Rekonstruktionsperiode lag der Krankenstand analog hierzu extrem niedrig bei Werten zwischen 2 und 3 %, die Arbeitslosenquote dafür aber auch bei rund 10 % (36a). In Zeiten der Vollbeschäftigung, in denen das soziale Risiko einer Krankheit geringer ist und ein Arbeiter es sich leisten kann, seine Krankheit im Bett „statt im Stehen“ (11) auszukurieren, steigt der Krankenstand dementsprechend an.

Das wirkliche Ausmaß der Gefährdung der Arbeitsplätze in der Rezession wird übrigens allein an den Zahlen über Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit nicht klar. Betrachten wir nämlich in Tabelle 5 die Zahl der „abhängig Beschäftigten“, so sehen wir einen Rückgang um 700 000 von 1966 bis 67; die Zahl der Arbeitslosen stieg jedoch in der gleichen Zeit „nur“ um 300 000. Mandel (67) zitiert hierzu das „Jahresgutachten 1967 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“, in dem von etwa 290 000 heimischen Arbeitskräften gesprochen wird, die durch die Rezession aus der Erwerbstätigkeit ausgeschieden sind, ohne als arbeitslos registriert zu werden. Außerdem wird die potentielle Erweiterung des Arbeitsmarktes durch den Bevölkerungszuwachs vernachlässigt, d. h. die Jugendlichen, die entweder die Schule verlassen und keinen Arbeitsplatz gesucht haben oder länger auf der Schule geblieben sind, weil sie keine Arbeit finden würden. Ebenso muß der Anteil der ausländischen Arbeiter berücksichtigt werden, die ihren Arbeitsplatz verloren, jedoch nicht als arbeitslos registriert worden sind, weil sie in ihr Heimatland zurückgingen (die Zahl der Gastarbeiter hat von 1966 bis 1967 um 230 000 abgenommen).

Für die Krankenkassen bedeutete der Rückgang des Krankenstandes 1967 einen Einnahmeüberschuß von 502 Mill. DM gegenüber einem Überschuß von 192 Mill. DM im Jahr 1966 und einem Defizit von 319 Mill. DM 1968. Während sich nämlich die Beitragssumme der Versicherten um rund 375 Mill. DM erhöhte, sank das ausgezahlte

Krankengeld um 440 Mill. DM, die Ausgaben für Sachleistungen (Arztkosten, Arzneimittel) stiegen dagegen wie auch in allen Jahren vorher weiterhin an (36a, 97). Allein die Betriebskrankenkassen meldeten für 1967 ein Einnahmeplus von 130 Mill. DM (Medical Tribune Nr. 46/1968).

Dieser kurzfristige Gewinn für Kapitalisten und Krankenkassen wird längerfristig natürlich mit Verlusten erkaufte, denn der Raubbau an der menschlichen Arbeitskraft senkt auf die Dauer den Profit, zumal auch die Kosten für die Behandlung verschleppter Krankheiten höher sind als für akute.

3. Gesundheitsverhalten und Krankheiten der Arbeiter

Bis zu diesem Punkt behandelten unsere Überlegungen den Krankenstand stets als Globalindikator für die Morbidität der Arbeiter. Dabei wurde „Krankheit“ quasi als vorgegebene und einheitliche Größe angesehen, untersucht wurden Faktoren, die die Verteilung dieser Größe unter den Angehörigen einer Krankenkasse oder eines Betriebes beeinflussen. Diese Funktion des Krankenstandes muß jetzt allerdings relativiert und problematisiert werden, denn Krankheit im Sinne der GKV (= Arbeitsunfähigkeit) und tatsächliche Morbidität decken sich keineswegs. Es gibt zahlreiche Leiden, die für die Gesamtmorbidität unbedingt berücksichtigt werden müßten, sich jedoch im Krankenstand nicht bemerkbar zu machen brauchen. Dies kann einmal daran liegen, daß manche dieser auch klinisch objektivierbaren Krankheiten vom Kranken selbst gar nicht bemerkt werden (z. B. Diabetes), aber auch daran, daß der Entschluß, ob man bei Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens einen Arzt aufsucht und sich krank schreiben läßt, von den unterschiedlichsten Variablen beeinflußt wird. Hierzu gehören beispielsweise eine mangelhafte ärztliche Versorgung, negative Erfahrungen mit Ärzten in der Vergangenheit, Abneigung gegen Ärzte allgemein wegen deren angeblicher oder tatsächlicher Unfähigkeit, Verleugnen des Schweregrades von Symptomen aus Furcht vor einer ernsthaften Krankheit, Angst vor finanziellen, beruflichen und sozialen Nachteilen im Falle der Krankheit u. a. m. Aufschlüsse über dies „Gesundheitsverhalten“ (81) westdeutscher Arbeiter und Angestellter geben die ersten Berichte über die Ergebnisse der unlängst an über 50 000 sozialversicherten Arbeitern und Angestellten durchgeführten Versorgeuntersuchung in Baden-Württemberg. Der Zwischenbericht über die Auswertung der Befunde von ca. 31 000 Untersuchten führt aus (70), daß:

- 79,9 % der Männer und 84,7 % der Frauen pathologische Abweichungen im klinischen Befund zeigten (124);
- 42,8 % der Männer und 47,7 % der Frauen sofort zum Hausarzt und 19,5 % (Männer) bzw. 22,1 % (Frauen) sofort zum Facharzt mußten (125);
- 1,6 % der Männer und 1,3 % der Frauen ins Krankenhaus sowie 20,8 % (Männer) bzw. 17,9 % (Frauen) zur Kur mußten (125).

Diese Ergebnisse kommen wohlgerne von Arbeitern und Angestellten, die nicht krank geschrieben waren und noch arbeiteten!

Diese Baden-Württemberger „Modell-Vorsorgeuntersuchung“ ist auch noch aus anderen Gründen äußerst aufschlußreich. Untersucht wurden nämlich nur Arbeiter und Angestellte im Alter zwischen 15 und 60 Jahren, Aufgabe war jedoch u. a. die Überprüfung von „Möglichkeiten der Früherkennung von Krankheiten und damit ihrer Verhütung und Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung“ (12). Das heißt also nichts anderes, als daß die Krankheiten der Nicht-Beschäftigten ausgeschlossen werden, weil sie offenbar einer Früherkennung bzw. Rehabilitation noch nicht oder nicht mehr bedürfen (Familienmitglieder, Rentner): Investitionen im Gesundheitssystem eines kapitalistischen Staates lohnen sich erst dann, wenn in absehbarer Zeit Erfolge (im Sinne von Erhaltung und Steigerung der menschlichen Arbeitskraft) erwartet und damit die Profite der Monopole gesteigert werden können.

Die Aufschlüsselung des Krankenstandes nach einzelnen Krankheiten soll wegen der Komplexität des Gebietes an dieser Stelle nur in Ansätzen erfolgen. Es existiert zwar eine „Statistik der gesetzlichen Krankenkassen über Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Krankheitsarten“ (110), die jedoch nur von einem Teil der Kassen geführt wird, deren Zahl aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme zudem noch laufend schwankt. Die Einteilung der einzelnen Krankheiten in dieser Statistik erfolgt nach klassisch naturwissenschaftlichem Schema nach Organen und Organsystemen. So wird es unmöglich, Ätiologien zu berücksichtigen, was jedoch für die Unterscheidung von organisch und psychisch bedingten Krankheiten von großer Bedeutung wäre.

Die Entwicklung der wichtigsten Krankheitsgruppen, von denen die ersten vier rund drei Viertel aller Arbeitsunfähigkeitsfälle verursachen (110), gibt Tabelle 6 wieder. Leider liegen die Statistiken nur bis 1963 vor.

Die gleiche Verteilung findet sich auch wieder als Ergebnis der bereits zitierten Vorsorgeuntersuchung: auch hier überwogen bei weitem die Erkrankungen von Herz und Kreislauf, Verdauungsorganen, Bewegungsapparat, Respirationstrakt sowie die Krank-

Tabelle 6

Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 1000 versicherte Mitglieder (männliche Arbeiter der Orts-, Betriebs-, See-, Land- und Innungskrankenkassen)

Krankheitsgruppe	1955	1960	1961	1962	1963
Unfälle	202,3	248,0	227,3	276,6	250,3
Verdauungsorgane	86,1	114,0	131,3	140,4	133,0
Bewegungsapparat	76,7	112,1	134,1	143,4	131,8
akute Erkältungen	158,5	254,0	206,6	243,2	236,3
Herz- und Kreislauf	25,9	38,1	42,8	44,9	41,4
psychische Leiden	6,3	8,3	9,5	9,4	8,1

Quelle: (110), S. V und VIII.

heiten von „Seele, Nerven, Sinnen“, wie es in der Veröffentlichung heißt. Naturgemäß sind in dieser Untersuchung die Unfälle nur gering vertreten.

Die Kategorien „Verdauungsorgane“ und „Herz und Kreislauf“ umfassen neben Krankheiten rein organischer Genese (Tumoren, Mißbildungen u. a.) auch viele psychosomatische Leiden, die gerade bei diesen Organsystemen einen Großteil der Beschwerden ausmachen („funktionelle“ Störungen von Magen, Darm, Gallenblase und Herz, Magengeschwür u. a.). Zur genaueren Abschätzung des Anteils psychosomatischer Krankheiten muß man allerdings auf die Äußerungen anderer Autoren zurückgreifen: sie geben ziemlich übereinstimmend an, daß zwischen 50 und 80 % aller in der haus- oder fachärztlichen Praxis gestellten Diagnosen Krankheiten betreffen, die zumindest teilweise durch psychische (und damit auch gesellschaftliche) Faktoren bedingt sind (10, 29, 66, 69, 33, 120).

Für die Arbeitsunfälle liegen zuverlässigere Statistiken vor, auf die H. U. Deppe in diesem Heft ausführlicher eingeht (vgl. „Zur Morphologie von Unfällen bei der Arbeit“). Die scheinbaren Diskrepanzen zwischen Tabelle 6 und Abbildung 2 seiner Arbeit erklären sich aus den unterschiedlichen erfaßten Personenkreisen und Schadensfällen: Tabelle 6 gibt sämtliche Unfälle (Haus-, Sport-, Verkehrs- und Arbeitsunfälle) der pflichtversicherten Arbeiter wieder, Abb. 2 die Arbeitsunfälle nach Definition der RVO von allen Angehörigen der Unfallversicherung. Hierzu gehören auch die meisten Unternehmer sowie z. B. Heimarbeiter, Werksbesucher, Blutspender u. a. 1967 waren in der gesetzlichen Unfallversicherung 25,3 Millionen Personen versichert, in der Krankenversicherung bei den Arbeitern nur 11,4 Millionen (28, 11).

Zwei große Gruppen von Krankheiten sind es demnach, die den Krankenstand der Arbeiter vor allem bedingen und deren Bedeutung ständig zunimmt: die psychosomatischen Leiden (oft nur als „Syndrom“, „funktionelle Störung“ oder irgendeine „-pathie“ klassifiziert) und die degenerativen Organveränderungen als Folge von Überlastung und Verschleiß (vor allem des Bewegungsapparates). Die Arbeitsunfälle als weitere bedeutende Kategorie nehmen eine Zwischenrolle ein: zwar manifestieren sie sich eindeutig als somatische Veränderungen, ihre Ursachen liegen jedoch zum großen Teil ebenfalls auf psychologischem und soziologischem Gebiet (30).

Auf den Komplex der Rolle psychischer und sozialer Faktoren bei der Entstehung von Krankheit soll hier nicht weiter eingegangen werden, obwohl gerade die Psychosomatik endlich einer kritischen Revision bedürfte, um den spekulativen und oftmals neo-romantischen Tendenzen auf diesem Gebiet entgegenzutreten. Dagegen wird nach der Darlegung der Entwicklung von Krankheiten der Arbeiter deutlich, daß eigentlich alle Faktoren des Krankenstandes, die in dieser Arbeit unter Punkt 2 aufgeführt worden sind, nur einen Teilbereich umfassen, indem sie sich vornehmlich auf psychologische und die aufgeführten soziologischen Phänomene beschränkten. Krankheiten entstehen keineswegs ausschließlich aufgrund von Einflüssen

dieser Seite, sondern ebenso durch die ganz konkreten Belastungen des arbeitenden Menschen durch die körperliche Arbeit selbst (vgl. die Entwicklung der Verschleißerkrankungen). Das spiegelt sich auch wider in der Altersgliederung der Rentenversicherung: wurden 1961 19,1 % der Renten wegen Berufsunfähigkeit an Arbeiter unter 50 Jahren gezahlt, so waren es 1968 bereits 21,0 % (36a).

Bezeichnenderweise wird diese Form der Belastung in nahezu allen Arbeiten über den Krankenstand verschwiegen und dabei offenbar vorausgesetzt, daß die Arbeitsbedingungen durch die zunehmende Technisierung und Automatisierung gar nicht mehr schwer sein können (vgl. dagegen *Sowka* 107). „Die Zeit, die für die Erholung zur Verfügung steht, wird immer länger, der Arbeitsschutz immer vollkommener, die Leistungen der Medizin immer besser und die Lebenserwartung immer größer. Und da sollen wir immer kränker werden?“ wundert sich *Schmartz* (zit. nach 78) angesichts des seiner Ansicht nach erschreckend hohen Krankenstandes (*Schmartz* war zur Adenauerzeit Ministerialrat im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung!). Wenn alles größer, besser und schöner geworden ist, kann nach dieser Interpretationsmethode eine Zunahme der Krankmeldungen von Arbeitern nur darauf zurückzuführen sein, daß diese sich unberechtigt finanzielle Vorteile verschaffen wollen und die Krankenkassen mißbrauchen.

Diese Äußerung liegt aber nicht so weit entfernt vom Grundtenor der meisten Veröffentlichungen, die eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der erkrankten Arbeiter versuchen. *Flügge* (24) und *Zander* (130) bilden übereinstimmend drei Kategorien: die medizinisch eindeutig oder tatsächlich Kranken, dann die Personen mit Erkrankungen, bei denen es im Ermessen jedes einzelnen liegen soll, ob er sich zur Gesundheit oder Krankheit entschließt, und zuletzt die notorischen Drückeberger und Bummelanten.

Besonders die Gruppe der sog. „Ermessenskranken“ steht im Mittelpunkt der Diskussion. Hierzu gehören die „nervösen Störungen“, „vegetativen Dystonien“, „funktionellen Syndrome“, „Befindlichkeitsstörungen“, kurz: all die Krankheiten, die nicht mit dem naturwissenschaftlichen, d. h. ein morphologisches Substrat voraussetzenden Krankheitsbegriff zu fassen sind. Die Schwierigkeiten (nicht nur terminologischer Art), mit denen die herrschende Medizin zu kämpfen hat, wenn ihr derartige Krankheitsbilder begegnen, die Unsicherheit unter vielen Ärzten selbst, ob es sich denn hierbei wirklich um echte Krankheiten handele, führen dazu, daß sich die Versuche, den Krankenstand zu senken, auf dieses „böse Drittel“ (101, 103) sowie auf die sog. „Sozialparasiten“ (101) konzentrieren. Diese Maßnahmen sollen nun abschließend untersucht werden.

4. Maßnahmen des Kapitals zur Senkung des Krankenstandes

Die Diskussion um den Krankenstand, seine Ursachen und die Möglichkeiten zur Senkung setzten in der BRD kennzeichnend genug in den Jahren 1957 und 1958 ein, zu dem Zeitpunkt also, als das Krankengeldzuschußgesetz die Kapitalisten zum erstenmal zu einem

Zuschuß zum Krankengeld der Arbeiter verpflichtete. Obwohl hier nach dem Wortlaut des Gesetzes Bevölkerungsteile zur Finanzierung von Sozialleistungen herangezogen wurden, auf die sie selbst keinerlei Anspruch hatten und somit der Anschein einer Einkommensumverteilung zwischen Reich und Arm errichtet wurde, verhielt sich die ökonomische Realität natürlich anders, denn „die Arbeitgeberbeiträge zu den sozialen Pflichtleistungen können als Kostenbestandteile auf die Konsumentenpreise umgelegt werden, so daß die Leistungsempfänger mit der Verwendung ihres Einkommens die ihnen rechtlich als Fremdbeiträge zufließenden Einkommen mitfinanzieren“ (22). Richtig müßte es bei *Ferber* heißen, daß die Arbeiter ihr eigenes Krankengeld voll erarbeiten müssen, denn die sog. Arbeitgeberbeiträge sind nichts anderes als indirekter, einbehaltener Arbeitslohn. *Franz Etzel* hat dies auf dem Wirtschaftstag der CDU/CSU in Bonn 1967 auch ganz unverblümt gesagt: „Soziale Leistungen werden nicht vom Staat oder von irgendeinem Dritten gewährt; sie müssen vorher in Form von Steuern, Beiträgen, einbehaltenen Lohnanteilen und über den Preis von den Erwerbstätigen und Sozialleistungsempfängern selbst aufgebracht werden“ (zit. nach 22). Die im Verlauf dieser Arbeit mehrfach zitierte Untersuchung von *Spiegelhalter/Schnabel* (108, 109) wurde vom Arbeitgeberverband nach Inkrafttreten des Gesetzes in Auftrag gegeben, und ihre Ergebnisse (relativer Anstieg des Krankenstandes um 22 % gegenüber dem Vorjahr) dienen in der Folgezeit immer wieder dazu, die Ausnutzung der materiellen Verbesserungen durch die Arbeiter in Form der unberechtigten Krankmeldung zu „beweisen“ (6, 129).

Daneben wurden bis in die jüngste Zeit permanent Attacken gegen das gegenwärtige System der sozialpolitischen Regelungen geritten mit der Absicht, die ohnehin geringfügigen Verbesserungen der wirtschaftlichen Lage der Arbeiter im Krankheitsfall wieder rückgängig zu machen: „Es ist einfach nicht einzusehen und nicht zu verantworten, daß auf die Dauer gesehen für die Zeit, in der nicht gearbeitet wird, ebensoviel gewährt (!) wird wie für die Zeit, in der gearbeitet wird (Beifall). Wir müssen in der Sozialpolitik dazu kommen, daß es wieder einen Abstand gibt zwischen der Sozialleistung und dem Arbeitsentgelt. Das fordert unsere auf dem Leistungsprinzip aufgebaute marktwirtschaftliche Ordnung“ (Beifall) (Wirtschaftstag der CDU/CSU, zit. nach 22). Weiterhin: „Was würde wohl ein Krämer sagen, wenn ein langjähriger Kunde zu ihm käme und von ihm forderte, er möge ihm noch für 6 Wochen 90 % der in der Vergangenheit von ihm im gleichen Zeitabschnitt bezogenen Lebensmittel weiterliefern, obgleich er nicht mehr in der Lage sei, diese zu bezahlen?“ (87)!!!

Zahlreiche Versuche sind unternommen worden, krankgeschriebene Arbeiter zum Weiterarbeiten zu bewegen oder zu zwingen. Die Initiativen gingen aus vor allem von den Unternehmen, seltener von den Krankenkassen; Ansatzpunkte waren einmal die Ärzte (Haus-, Fach- und Vertrauensärzte), dann die Betriebe (Personalpolitik, Vorgesetztschulung, Betriebspsychologie) und schließlich hauptsächlich

die Arbeiter selbst (Prämiensysteme, Diskriminierung, Kontrolle, Entlassung).

4.1. Beeinflussung der Kassen- und Vertrauensärzte

Wiederholt wird den Ärzten der Vorwurf gemacht, sie würden zu schnell und zu oft Arbeitsunfähigkeit bescheinigen (72, 92). Jeder Versuch, Ärzte zur Reduzierung der Zahl der von ihnen ausgestellten Bescheinigungen zu bringen, berührt jedoch die Grundlagen ihrer Existenz und begegnet dementsprechend stärkstem Widerstand. Da schon 1963 je nach Praxisstandort die Angehörigen der GKV zwischen 70 und 98 % der Ärzteklientel ausmachten (22), bilden die Mittel der Krankenversicherung die Haupteinnahmequelle der praktizierenden Ärzte. In den Gesamtausgaben verschiebt sich zudem das Verhältnis von Sachleistungen (Arztrechnungen, Arzneimittel) zu Barleistungen (Krankengeld) ständig auf die Seite der Sachleistungen: verhielten sich die Ausgaben von Krankenpflege zu denen für Krankengeld noch 1925 wie 1:1, so lautete das Verhältnis 1955 4:1 und war 1968 sogar auf 4,5:1 angestiegen (119, 128).

Vereinzelt werden den Ärzten Werksbesichtigungen empfohlen, um ihnen die „Betriebswirklichkeit“ zu zeigen (122); diese haben jedoch nur den Zweck, ihnen Hinweise zu geben, an welchen Arbeitsstellen man doch noch arbeiten könnte, auch wenn man sich subjektiv nicht ganz wohl fühlt. Manche Krankenkassen versuchen, die Ärzte ihres Bezirkes psychologisch unter Druck zu setzen, indem sie in bestimmten Abständen Listen mit den Zahlen der ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verschicken, in denen der Rang des jeweiligen Arztes rot unterstrichen ist, so daß jeder als deutliche Mahnung vor Augen hat, daß es Kollegen gibt, die im gleichen Bezirk nicht so oft krank schreiben (45).

Ein Ausbau des werksärztlichen Dienstes wurde lange Zeit nur vereinzelt angestrebt (122). Erst in allerjüngster Zeit wurde vom Bundesarbeitsministerium ein Gesetzentwurf vorgelegt, der alle Betriebe mit mehr als 20 Beschäftigten verpflichten will, einen betriebsärztlichen und einen sicherheitstechnischen Dienst einzurichten (vgl. Frankfurter Rundschau vom 26. 8. 1971). Ärzte dagegen, die nicht in der Praxis tätig sind, sondern als Angestellte der Krankenkassen leichter beeinflussbar sind — die Vertrauensärzte —, wurden in der Vergangenheit häufig als Mittel gesehen, den Krankenstand zu senken (32, 21, 122, 131). Allerdings mußte man bald feststellen, daß eine Erhöhung der Anzahl der Vorladungen zum Vertrauensarzt keineswegs den gewünschten Erfolg hatte, im Gegenteil sogar der Krankenstand in diesen Gebieten oft über dem Durchschnitt lag (57, 58). „Nur wenn wenige erscheinen, können viele sofort arbeitsfähig erklärt werden“ (32): diese empirische Erkenntnis sowie auch die allgemeine Einschätzung des Vertrauensärztlichen Dienstes durch die betroffenen Arbeiter — nur 23,7 % der Patienten haben bei ihm das Gefühl, „als Mensch behandelt zu werden“, 54,2 % stufen ihn als Gesundheitschreiber und Bürokraten ein, fast 2 % belegen ihn zusätzlich mit Ausdrücken wie Schinder, KV-Maschine, Schikane der Kassen (71) — haben in zunehmendem Maße dazu geführt, statt dessen den

Hausarzt in die Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit einzuschalten. Dies zuerst in Gießen praktizierte Modell (94) hat sich für die Kassen bewährt und ist dann auch in die jetzt gültigen Bestimmungen nach Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes eingegangen. Seither wird das Eingreifen des Vertrauensärztlichen Dienstes ausdrücklich auf die Fälle beschränkt, in denen „begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit“ (44) bestehen. Die Hauptverantwortung liegt trotz dieser Gummibestimmung bei den Kassenärzten, sie stellen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in die Zukunft hinein aus und schreiben auch wieder gesund.

Insgesamt gesehen haben alle Versuche von Krankenkassen und Kapitalisten, den Krankenstand über die Kassenärzte zu senken, keine großen Erfolge gehabt und können dies natürlich auch nicht, weil das Grundproblem — die Verursachung von Krankheit durch spezifische Bedingungen des Produktionsprozesses — dadurch nicht berührt wird.

4.2. Angewandte Betriebspsychologie

Auf die Anwendung psychologischer Erkenntnisse über die Bedeutung der Arbeitsgruppe wurde bereits hingewiesen (s. unter Punkt 2.2.3.). Weitere Versuche gehen dahin, das Betriebsklima zu verbessern, indem Reibungsflächen zwischen Arbeitern und Vorgesetzten vermieden werden. Letztere sollen darin geschult werden, dem Arbeiter das Gefühl zu vermitteln, er sei ein vollgültiges und gleichberechtigtes Mitglied unter allen anderen Betriebsangehörigen, dessen Leistung von der Unternehmensleitung gewürdigt werde. Durch Schulung in der Fähigkeit zur Kontaktaufnahme soll die Distanz zwischen Arbeitern und Meistern, Ingenieuren oder anderen Vorgesetzten abgebaut werden (122).

Kellner empfiehlt die Überlassung von mehr Verantwortung an die Arbeiter, um sie an den Betrieb zu binden. Nun meint er mit Verantwortung keineswegs etwa eine Mitbestimmung im gewerkschaftlichen Sinn, sondern begrenzte Kompetenzerweiterung beispielsweise derart, daß einem Metallarbeiter erlaubt wird, seine Maschine selber einzustellen (46, 47, 48). Das wäre ein Beispiel für Verantwortung, die ein Arbeiter noch zu tragen bereit sei, weil er das Risiko übersehen könne. Den ausbeuterischen Charakter dieser Maßnahmen und die Ideologie, die hinter ihnen steht, stellt *Kellner* selbst unverhohlen dar: es ist seiner Ansicht nach zweckmäßig, die jeweils größte Verantwortung herauszufinden, die man dem einzelnen Mitarbeiter oder einer Arbeitsgruppe überlassen kann, weil dann die Produktivität steigt und außerdem ein Volk, das Eigentum hat und Verantwortung trägt, seine Freiheit besser bewahren kann als durch noch so viele Divisionen und noch so starke Wasserstoffbomben! (46)

4.3. Sanktionen gegen kranke Arbeiter: Prämien, Kontrolle, Entlassungen

Die meisten Versuche, den Krankenstand zu senken, konzentrieren sich auf die Arbeiter selbst. Von der richtigen Erkenntnis ausgehend, daß die finanzielle Situation der Arbeiter schlecht ist, und mit der

fragwürdigen Folgerung, daß daraus Käuflichkeit resultiere, wurde in zahllosen Modifikationen versucht, durch Prämienzahlungen Arbeitsunfähigkeiten zu vermeiden. Als Beispiel möge folgende Staffe- lung für eine Prämie am Jahresende dienen (zit. nach 54):

Fehltag		0	1—4	5—8	9—10
Männer,	DM	100,—	80,—	50,—	20,—
Frauen,	DM	80,—	60,—	30,—	—

Ein anderes Unternehmen in Nordrhein-Westfalen zahlt eine Jah- resprämie nur dann, wenn wöchentlich mindestens 42 Stunden im Durchschnitt gearbeitet wurde (zit. nach 54). Daneben werden Aus- fallzeiten bei Ergebnisbeteiligungen, Weihnachtsgratifikationen u. ä. berücksichtigt (27). Auf weitere — nach Angaben der Autoren nicht besonders erfolgreiche — Methoden, wie die Veranstaltung von Ver- losungen von Fernsehgeräten oder Einladungen zur Kaffeetafel beim Chef mit anschließender Tombola (27, 122), soll hier nicht weiter ein- gegangen werden.

Manche Unternehmen greifen zu diskriminierenden Maßnahmen, indem sie Listen mit Arbeitern, die ihnen wegen erhöhter Fehl- zeitenquote aufgefallen sind, veröffentlichen und an das „Schwarze Brett“ des Betriebes hängen (26, 122).

Alle Maßnahmen dieser Art haben sich jedoch wie zu erwarten als unwirksam erwiesen und verständlicherweise auch zu Unruhe unter den Arbeitern geführt. Zudem sind sie nach kurzer Zeit auch bei vielen Unternehmern selbst auf Ablehnung gestoßen, weil sie bei „der Belegschaft höchstens das Gefühl aufkommen lassen, daß sie auch in Zukunft für jede selbstverständliche Pflichterfüllung in irgendeiner Form zusätzlich belohnt oder bezahlt werden müsse“ (122).

Als weitere indirekte Maßnahme ist die Krankenkontrolle durch Krankenkassen und Unternehmen zu sehen. Scheinheilig wird argu- mentiert, daß ja Geschenke mitgenommen werden (27) und außerdem „gut gemeinte Besuche . . . dem wirklich Kranken gut (tun) und . . . den Bummelanten in Verlegenheit (bringen)“ (86). Der Sinn die- ser Besuche ist aber klar: die angeheuerten Kontrolleure machen Stichproben bei den Arbeitern, z. T. nach vorherigen Briefaktionen (Beginn mit der Erkundigung nach dem Befinden mit der Begrün- dung, besser personell disponieren zu können, dann ganz offene Drohungen: „ . . . wir sind deshalb der Ansicht, es wäre Ihrer Ge- sundheit dienlicher, wenn Sie in Zukunft einer Beschäftigung nach- gingen, der Sie körperlich auch gewachsen sind“; zit. nach 122) und melden Verstöße gegen die sog. Krankenordnung der Betriebslei- tung, die dann zu Sanktionen (Geldstrafen, Entlassungen) greift.

Diese Sanktionen haben sich für die Unternehmer immer wieder als wirksamste Maßnahme gegen einen hohen Krankenstand er- wiesen, und die fristlose Entlassung wird denn auch wiederholt als bestes Mittel empfohlen und selbstverständlich auch praktiziert (27, 26, 86, 122).

Literaturverzeichnis

(in dieses Verzeichnis sind auch Arbeiten aufgenommen, die nicht im Text zitiert wurden, jedoch für die weitere Information geeignet erscheinen)

1. Abholz, H. H.: Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologiepsychischer Erkrankung. Ein Literaturüberblick. Argument Nr. 60 (1970), S. 142—151.
2. Adam, J.: Statistische Analyse der Unfälle in einem Großbetrieb, in: Probleme des Krankenstandes (s. 88), S. 134—141.
3. Adam, J., K. Renker und K. Werner: Zum Problem des Krankenstandes. Zschr. ärztl. Fortbild. (Jena) 54, 254—261, 1960.
4. Amthauer, A.: Ergebnisse einer Studie über krankheitsbedingte Fehlzeiten. Psychol. Rundschau 14, 1—12, 1963.
5. Bauer, E.: Der Aussagewert des Krankenstandes. Med. Klin. 63, 1980 bis 1983, 1968.
6. Betriebe berichten über die Auswirkungen des Krankengeldzuschußgesetzes. Arbeitgeber 10, 209—210, 1958.
7. Beyer, A., und K. Winter: Lehrbuch der Sozialhygiene (darin besonders das Kapitel „Gesundheits- und Arbeitsschutz in den Betrieben“, S. 172—186). Berlin 1964 (3. Auflage).
8. Bräutigam, G.: Zum Krankenstand der erwerbstätigen Frauen. Zbl. Arbeitswiss. 16, 124—127, 1962.
9. Brodman, K., L. P. Hellmann und T. H. Broadbent: The relation of group morale to the incidence and duration of medical incapacity in industry. Psychosom. med. 9, 381—385, 1947.
10. Buckup, H.: Technische Entwicklung und Gesundheit, in: Automation, Risiko und Chance, Bd. I, S. 454—500. Frankfurt 1965.
11. Burgardt, G.: Die Entwicklung des Krankenstandes in der Bundesrepublik 1950—1959. Bundesarbeitsblatt 1960, S. 566—570.
12. Burkardt, F.: Auswirkungen der Sozialgesetzgebung auf die Unfallentwicklung. Psychologie u. Praxis 3, 124—130, 1959.
13. Cappon, D.: Psychosomatic aspects of the common cold. Canad. med. ass. j. 79, 173—180, 1958.
14. Deppe, F., und H. Lange: Zur Soziologie des Arbeiter- und Klassenbewußtseins. Argument Nr. 62 (1970), S. 803—821.
15. Drope, F.: Die charakteristischen Merkmale der westdeutschen Krankenversicherung und der Aussagewert ihres Krankenstandes. Med. Diss. Berlin (Humboldt-Universität) 1967.
16. Ebel, V.: Psychologische Faktoren des betrieblichen Krankenstandes. Gesundheitspolitik 3, 299—306, 1961.
17. Ehrich, P.: Untersuchungen zum Einfluß der persönlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung und Haltung von Jugendlichen auf Arbeitsleistung und Krankenstand. Berlin (Tribüne-Verlag) 1970.
18. Eitner, S., und W. Hesselbahrt: Fallhäufigkeit und Falldauer als diagnosen-, alters- und geschlechtsbezogene Krankenstandskomponenten im mehrjährigen Längsschnitt. Dtsch. Gesundheitswesen 19, 2287—2296, 1964.
19. Empfehlungen des gemeinsamen Jahreskongresses der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e.V. (Aachen 23.—26. 3. 1966). Arbeit u. Leistung 20, 70, 1966.
20. Erkrath, F. A., und K. Peterhansel: Krankenstand durch gynäkologisch-geburtshilfliche Leiden. Dtsch. Gesundheitswesen 23, 1312—1316, 1968.

21. Fehlzeiten im Betrieb, Hrsg. Deutsches Institut für Betriebswirtschaft e. V. Düsseldorf-Wien 1962.
22. Ferber, Chr. v.: Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft. Hamburg 1967.
23. Ferber, Chr. v., und K. Kohlhausen: Der blaue Montag im Krankenstand. Ist der Blue Monday Index ein Maßstab der „Arbeitsmoral“? Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. **5**, 25—30, 1970.
24. Flügge, G.: Einige Faktoren des Krankenstandes und deren Beeinflussungsmöglichkeiten. Arbeit u. Leistung **20**, 23—27, 1966.
25. Forssmann, S.: Arbeitsabwesenheit, in: Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin, Bd. V, S. 739—767. Berlin-München-Wien 1961.
26. Friedrichs, H.: Erfahrungen seit Einführung des Gesetzes zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Mensch u. Arbeit **10**, 37—38, 1958.
27. Friedrichs, H.: Betriebliche Maßnahmen zur Eindämmung der Fehlzeiten, in: Fehlzeiten im Betrieb (s. 21), S. 85—99.
28. Die gesetzliche Unfallversicherung im Jahre 1967. Bonn 1968.
29. Goetz, E.: Über die Krankheiten der beschäftigten Arbeiter. Bundesarbeitsblatt 1962, S. 988—996.
30. Graf, O., A. Mausolf, O. Neuloh, A. Rüssel und H. Ruhe: Der Arbeitsunfall und seine Ursachen. Stuttgart-Düsseldorf 1957.
31. Grömig, U.: Der Begriff der Krankheit im Sinne der Medizin und der Sozialversicherung. Gesundheitspolitik **4**, 257—270, 1962.
32. Günther, S.: Beeinflussung des Krankenstandes durch den Vertrauensärztlichen Dienst. Bundesarbeitsblatt 1963, S. 431—433.
33. Günther, S.: Gründe der Arbeitsunfähigkeit. Bundesarbeitsbl. 1962, S. 446—450.
34. Günther, S.: Über die Arbeitsunfähigkeit der Industriearbeiterin. Bundesarbeitsbl. 1960, S. 572—574.
35. Häupke, Chr.: Vergleichende Untersuchungen über die Bewegung des Krankenstandsgeschehens und seine analytische Auswertung in einem chemischen Großbetrieb. Diss. Leipzig 1969.
36. Harych, H.: Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und dem Alter, dem Beruf und der Dauer der Betriebszugehörigkeit bei Beschäftigten eines Großbetriebes. Zschr. ges. Hyg. **13**, 285—291, 1967.
- 36a. Hauptergebnisse d. Arbeits- und Sozialstatistik. Bonn 1960—1970.
37. Heinemann, A.: Der Krankenstand. Sozialversicherung **11**, 172—175, 1965.
38. Herzog, M.: Akkordarbeiterinnen bei AEG/Telefunken. Kursbuch Nr. 21 (1970), S. 110—127.
39. Hesselbarth, W.: Über den Einfluß biologischer und sozialer Faktoren auf den Krankenstand, in: Probleme des Krankenstandes (s. 88), S. 30—42.
40. Hesselbarth, W.: Der Krankenstand als Modellfall soziologischer Betrachtung in der Medizin, in: Winter, K. (Hrsg.): Medizin und Soziologie, S. 143—157. Berlin 1965.
41. Hinkle, L. E., und N. Plummer: Life stress and industrialism — the concentration of illness and absenteeism in one segment of a working population. Industrial med. surg. **21**, 365—375, 1952.
42. Hoffmann, R.: Krankheit und Arbeitsmoral. Arbeitgeber **13**, 289—290, 1961.
43. Huffschmid, J.: Die Politik des Kapitals. Konzentration und Wirtschaftspolitik in der Bundesrepublik. Frankfurt 1970 (edition suhrkamp 313).
44. Jacobs, W.: Lexikon der Sozialversicherung. Hamburg 1971 (Fischer-Bücherei 6068).

45. Jungbluth, A.: Maßnahmen zur Normalisierung des Krankenstandes aus betrieblicher Sicht, in: Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert ... (s. 113), S. 99—106.
46. Kellner, W.: Der moderne soziale Konflikt. Stuttgart 1961.
47. Kellner, W.: Betriebsklima und Krankenstand. Zbl. Arbeitswiss. 13, 125—132, 1959.
48. Kellner, W.: Der betriebliche Krankenstand und seine soziologischen Ursachen. Stuttgart 1967.
49. Kellner, W.: Ursachen eines hohen Krankenstandes. Arbeitswiss. 2, 66—71, 1963.
50. Kellner, W.: Soziologische Ursachen eines hohen Krankenstandes, in: Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert ... (s. 113), S. 91—94.
51. Kellner, W.: Soziologie der Krankheitsursachen. Dtsch. Ärztebl. 65, 2554—2559 und 2627—2632, 1968.
52. Kellner, W.: Neuere Ergebnisse aus Untersuchungen über die Abhängigkeit von Fehlzeiten von soziologischen Situationen. Arbeitswiss. 5, 107—109, 1966.
53. Kern, H., und M. Schumann: Industriearbeit und Arbeiterbewußtsein (Teil I). Frankfurt 1970.
54. Koehne, R.: Fehlzeiten im Betrieb. Analysen zum Fehlzeitenproblem. Berichte des Dtsch. Industrieinstituts zur Sozialpolitik 3 (1969), Nr. 5/6.
55. König, G.: Der „Krankenstand“. Berliner Ärztebl. 76, 97—101, 1963.
56. König, R.: Strukturwandlungen unserer Gesellschaft und einige Auswirkungen auf die Krankenversicherung, in: König, R., und M. Tönnemann (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie, S. 115—133. Köln-Opladen 1970 (4. Auflage).
57. Kohlhausen, K.: Der Krankenstand. Erkenntnisse und Folgerungen. Krankenversicherung 14, 64—73 und 257—263, 1962.
58. Kohlhausen, K.: Der Krankenstand — eine soziale Aufgabe. Krankenversicherung 18, 193—199 und 226—232, 1965.
59. Über das Krankfeiern. Arbeitgeber 13, 394—395, 1961.
60. Krankmeldungen oder Krankmelderei. Arbeitgeber 13, 730—731, 1961.
61. Kritsikis, S., M. Kreibich und S. Eitner: Gesundheitszustand und Fehlzeitenhäufigkeit der berufstätigen Frau im Aspekt der Wechselbeziehungen von Lebensalter und soziologischen Einflußfaktoren. Dtsch. Gesundheitswesen 23, 1850—1853, 1968.
62. Kuntze, G.: Zur Entwicklung des Krankenstandes in den Jahren 1956—1960 im Bezirk Magdeburg, in: Probleme des Krankenstandes (s. 88), S. 149—274.
63. Kurzarbeit: Scheinbarer Widerspruch. Wirtschaftswoche Nr. 17 (1971), S. 49 und 51.
64. Leonhardt, L.: Gedanken über den Krankenstand. Soziale Sicherheit 12, 2—4, 1963.
65. Leszcynski, D. v.: Nicht mehr alarmierend. Die Statistik beweist: keine permanent steigende „Krankheitsfreudigkeit“. Volkswirt 18, 450—451, 1964.
66. Ling, T. M., J. A. Purser und E. W. Rees: Incidence and treatment of neurosis in industry. Brit. med. j. 1950 (II), S. 159—161.
67. Mandel, E.: Die deutsche Wirtschaftskrise. Lehren aus der Rezession 1966/67. Frankfurt 1969.
68. Matousek, O., und J. Ruzicka: Psychologie der industriellen Arbeit. Berlin (Verlag „Die Wirtschaft“) 1968.
69. Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt, Bd. I. Frankfurt 1966 (edition suhrkamp Nr. 164).

70. Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung. Zwischenbericht. Stuttgart 1970 (erhältlich beim Arbeits- und Sozialministerium von Baden-Württemberg, Stuttgart).
71. Mohl, H.: Das Image des Arztes. Dtsch. Ärztebl. **66**, 1867—1868, 1969.
72. Die Nation spielt krank. Arbeitgeber beschuldigen Ärzte. Capital H. 12/1970, S. 39 und 41.
73. Neubauer, V.: Einige Tatsachen und Gedanken zum Fehlzeitenproblem. Mensch u. Arbeit **7**, 19—20, 1955.
74. Neubert, H.: Der Krankenstand in den Jahren 1955 bis 1964. Bundesarbeitsbl. 1965, S. 267—270.
75. Neubert, H.: Der Krankenstand in den Jahren 1964 und 1965 im langfristigen Vergleich. Arbeit u. Leistung **20**, 18—22, 1966.
76. Noetzel, M.: Zur künftigen Beobachtung und Beeinflussung des Krankenstandes. Gesundheitspolitik **6**, 215—227, 1964.
77. Oldendorff, A.: Sozialpsychologie im Industriebetrieb. Köln 1970.
78. Pattberg, W.: Das Problem des hohen Krankenstandes und die Möglichkeit, den Krankenstand zu senken. Zbl. Arbeitswiss. **16**, F 25—F 35, 1962.
79. Paul, H.: Krankenstand und Unfall — sozial- und tiefenpsychologische Zusammenhänge, in: Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Ausgangswert . . . (s. 113), S. 37—71.
80. Pfeiffer, W.: Arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Probleme des Absentismus. Arbeit u. Leistung **20**, 41—42, 1966.
81. Pflanz, M.: Gesundheitsverhalten, in: Mitscherlich, A. et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, S. 283—289. Köln-Berlin 1967.
82. Pierloot, R., L. Gelissen und M. Reynders: Psychosoziale Faktoren bei chronischem Arbeitsausfall wegen Krankheit in der Industrie. Zschr. psychosom. Med. **8**, 205—213, 1962.
83. Pott, R.: Gedanken zum Krankenstand. Arbeit u. Leistung **20**, 28—31, 1966.
84. Pott, R.: Gedanken zum Krankenstand. Die Fehlentwicklung unseres Gesundheitssystems zwingt zur Reform! Gesundheitspolitik **9**, 343—357, 1967.
85. Pott, R.: Zum Phänomen des Krankenstandes. Berliner Ärztebl. **78**, 1300—1309, 1965.
86. Prigge, H.: Praktische Maßnahmen gegen den unechten Krankenstand Mensch u. Arbeit **14**, 132—134, 1962
87. Prigge, H.: Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Arbeitsethos. Mensch u. Arbeit **10**, 34—37, 1958.
88. Probleme des Krankenstandes. Beiträge zum Betriebsgesundheitschutz, Bd. 11. Berlin (VEB Volk u. Gesundheit) 1963.
89. Renker, K.: Möglichkeiten des Betriebsarztes bei der Senkung des Krankenstandes, in: Probleme des Krankenstandes (s. 88), S. 17—29.
90. Renker, K., und J. Adam: Krankenstandsanalyse und Senkung des Krankenstandes, in: Probleme des Krankenstandes (s. 88), S. 11—16.
91. Schaefer, H.: Kostenentwicklung der Medizin in Deutschland, in: Eckardt, W., und M. K. Nathan (Hrsg.): Planung im Gesundheitswesen, S. 31—47. Quickborn 1970.
92. Schmalz, H.: Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherheit der Arbeiter im Krankheitsfall, in: Fehlzeiten im Betrieb (s. 21), S. 9—29.
93. Schneider, P.: Die Frauen bei Bosch. Kursbuch Nr. 21 (1970), S. 83—109.

94. Seifert, J.: Der Bedarf an medizinischen Leistungen. Dtsch. Ärztebl. **63**, 2657—2662, 2733—2737, 2805—2809, 2861—2864, 2913—2916 und 2967—2970, 1966.
95. Silomon, H.: Ärztliche Beobachtungen an Krankenständen. Med. Klin. **63**, 1984—1989, 1968.
96. Smith, J. A.: Occupational stress and emotional illness. J. amer. med. ass. **161**, 1038—1040, 1956.
97. Sopp, H.: Sozialmedizinische Aspekte des Krankenstandes — Ätiologie, Hygiene und Prävention. Arbeit u. Leistung **20**, 45—52, 1966.
98. Sopp, H.: Die wahren Hintergründe des hohen Krankenstandes. Handelsblatt v. 20./21. 8. 1965 (Nr. 160), S. 13.
99. Sopp, H.: Zur Soziologie des Krankenstandes. Münchner med. Wschr. **100**, 489—492, 1958.
100. Sopp, H.: Sozialanalyse des Krankenstandes. Zschr. psychosom. Med. **7**, 204—207, 1960/61.
101. Sopp, H.: Berufsarbeit und Krankenstand. Berliner Ärztebl. **80**, 603—608, 1967.
102. Sopp, H.: Das Betriebsklima als Ursachenfaktor für Krankheiten und Unfälle, in: Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert ... (s. 113), S. 95—98.
103. Sopp, H.: Sozialpsychologische Analyse des Krankenstandes, in: Fehlzeiten im Betrieb (s. 21), S. 31—46.
104. Sopp, H.: Krankenstandsanalyse nach sozial-psychologischen Aspekten. Ärztl. Mitteil. **18**, 1019—1020, 1961.
105. Sopp, H.: Zur Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesarbeitsbl. 1960, 406.
106. Sopp, H.: Krankenstand, Konjunktur und Berufsarbeit. Arbeit u. Sozialpolitik **11**, 248—251, 1967.
107. Sowka, G.: Aufzeichnungen eines Arbeiters. Blätter f. dtsh. u. intern. Politik H. 7 (1971), S. 713—725.
108. Spiegelhalter, F., und F. Schnabel: Die Streuung des Krankenstandes in der deutschen Industrie, in: Fehlzeiten im Betrieb (s. 21), S. 137—146.
109. Spiegelhalter, F., und F. Schnabel: Die Struktur des Krankenstandes in der Industrie. Arbeitgeber **14**, 302—307, 1962.
110. Statistik der gesetzlichen Krankenkassen über Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Krankheitsarten (1961—1963). Bonn 1966.
111. Steinjan, W.: Entwicklung der Krankenstände der Arbeiter. Sozialer Fortschritt **11**, 127—129, 1962.
112. Stirn, A.: Veränderte Krankheitsbilder und ihr Einfluß auf den Krankenstand, in: Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert ... (s. 113), S. 72—79.
113. Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert des Krankenstandes. 4. Beiheft zum Zbl. f. Arbeitswissenschaft. Köln 1963.
114. Stirn, H.: Die Problematik des Krankenstandes, in: Stirn, H., und H. Paul (Hrsg.): Der Aussagewert ... (s. 113), S. 9—36.
115. Stirn, H.: Fehlzeiten im Betrieb. Arbeit u. Leistung **20**, 17—18, 1966.
116. Stirn, H.: Probleme der Fehlzeiten aus der Sicht eines Personalleiters. Arbeit u. Leistung **20**, 213—217, 1966.
117. Thieding, F.: Krankheit und Wirtschaft. Stuttgart 1960.
118. Titelgeschichte: „Wer am Fließband saß, steht nicht mehr im Leben“. Spiegel H. 5 (1971), S. 36—50.
119. Übersicht über die Soziale Sicherung. Bonn 1970 (8. Auflage).
120. Uexküll, Th. v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg (Rowohlt) 1968.

121. Ulich, E.: Über Fehlzeiten im Betrieb. Köln-Opladen 1965.
122. Ursachen von Fehlzeiten im Betrieb. Mögliche Maßnahmen zu ihrer Minderung. Der Neue Betrieb Nr. 16 (Studienkreis für betriebliche Personal- und Sozialpolitik). Düsseldorf 1964.
123. Valentin, E.: Arbeitsmedizin. Stuttgart (Thieme) 1971.
124. Wagner, R., O. Körner und H. Neubert: Die Frau im Berufsleben. Erwerbsquote, Krankenstand, vorzeitige Invalidität, gesetzliche Beschäftigungsbeschränkungen und -verbote sowie Vorschläge zur Gesunderhaltung. Stuttgart 1966.
125. Weiss, O.: Probleme des Krankenstandes bei Jugendlichen. Med. Diss. Greifswald 1961.
126. Werner, J.: Psychosomatische Störungen durch betriebliche Spannungen. Knappschaftsarzt 1964, S. 41—53.
127. Wille, K.: Über die Arbeits-, Verkehrs- und Sportunfälle aus der Sicht des Volkswirts. Dtsch. Gesundheitswesen 16, 733—739, 1961.
128. Winter, K., und U. Neelsen: Analyse des Krankenstandes und vorbeugende ärztliche Tätigkeit im Betrieb. Dtsch. Gesundheitswesen 11, 629—635, 1956.
129. Die Wirkungen des Krankengeldzuschußgesetzes. Arbeitgeber 10, 408—409, 1958.
130. Zander, E.: Die Entwicklung der Fehlzeiten infolge Krankheit. Mensch u. Arbeit 16, 261—264, 1964.
131. Zander, E.: Krankenstand und Fehlzeiten — Ursachen und Gegenmittel. Mensch u. Arbeit 14, 233—235, 1962.
132. Zimmermann, W.: Fehlzeiten im Industriebetrieb. Über das theoretische und praktische Problem des Absentismus in der Industrie-soziologie. Soziale Welt 17, 365—378, 1966.
133. Zimmermann, E.: Fehlzeiten — eine arbeitsmoralische Kategorie? Ein organisationssoziologischer Deutungsversuch des industriellen Absentismus. Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 5, 30—32, 1970.

Hans-Ulrich Deppe

Zur Morphologie von Unfällen bei der Arbeit

Vorbemerkung

Wenn der Mediziner sich mit dem Unfallgeschehen am Arbeitsplatz auseinandersetzen will und Fachbücher daraufhin durchsieht, so stößt er zunächst auf folgende Definition: „Man versteht unter *Unfall* eine durch ein einmaliges plötzliches, von außen her einwirkendes Ereignis verursachte, erkennbare Schädigung des Körpers. Hierbei ist von ausschlaggebender Bedeutung die zeitliche Begrenzung der Einwirkung, welche entweder plötzlich oder in kürzester Zeitspanne erfolgt war. Nach der Rechtsprechung ist diese Zeitspanne auf einige Stunden bzw. höchstens auf eine Arbeitsschicht erweitert worden. Das einmalige schädigende Ereignis muß direkt beobachtet oder erkennbar oder aus der Art der Wirkung erschließbar sein. Das schädigende Ereignis braucht aber nicht allein während der eigentlichen Berufsausübung aufgetreten zu sein, vielmehr werden in der Deutschen Sozialversicherung auch die ‚Unfälle des täglichen Lebens‘ anerkannt, falls sie sich bei der Betriebsarbeit oder im Zusammenhang mit derselben ereignet haben. Man spricht daher von ‚Betriebsunfall‘¹.“ Wenn auch das unmittelbare Unfallgeschehen, die scheinbar isolierte und plötzliche Einwirkung physikalischer und chemischer Kräfte auf den menschlichen Körper, sich zunächst als technologischer Vorgang darstellt, so ist damit freilich der Begriff des Betriebs- oder Arbeitsunfalls noch keineswegs hinreichend geklärt. Denn diese Definition beschränkt sich wie jede Definition aufs formelle Beschreiben eines zeitlich begrenzten Ablaufs fernab seiner historischen Bedeutung und seines gesellschaftlichen Inhalts. Erst die Einbeziehung der menschlichen Arbeitsweise, die spezifische Beschaffenheit und Entwicklung der Arbeitsmittel und Arbeitsverhältnisse in den jeweiligen geschichtlichen Perioden, vermag den Hintergrund zu erhellen, vor dem sich Arbeitsunfälle ereignen. Ebenso wenig kann bei der Untersuchung solcher Unfälle der *Arbeitszweck*, der die objektiven Funktionen der Arbeitenden bestimmt, ignoriert werden, denn der Ablauf der technischen Apparatur und der betrieblichen Organisation ist nicht nur ein mechanischer. Da der Arbeitsprozeß in der Erwerbsgesellschaft zugleich auch Verwertungsprozeß ist, bedeuten laufende Maschinen, die von Arbeitenden bedient, gesteuert oder überwacht werden, für Unternehmer und Unselbständige etwas völlig Verschiedenes: Während der Unternehmer durch die Zusammenführung

1 F. Koelsch, Die meldepflichtigen Berufskrankheiten, München, Berlin 1962, S. 1.

von vergegenständlichter und lebendiger menschlicher Arbeit eine ständige Vermehrung seines investierten privaten Vermögens anstrebt, geht es jenen, die über keine Produktionsmittel außer ihrer eigenen Arbeitskraft verfügen, um ihre notwendige Reproduktion, um persönliche Daseinssicherung. Hierzu zählen nicht nur Essen, Trinken, Kleiden oder Wohnen, sondern ebenso Ausbildung und Schutz vor Krankheit und Unfall. Von diesem konstitutiven gesellschaftlichen Interessengegensatz wird schließlich auch das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz gefärbt, dessen Morphologie im folgenden aufgezeigt werden soll.

Allgemeine Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD

Zum Problem der Arbeitsunfälle stellt der Gesundheitsbericht der Bundesregierung von 1970, der in dieser Form erstmals in der Geschichte der BRD der Öffentlichkeit vorgelegt wurde, fest: „Im April 1966 wurden ... rd. 380 000 Personen bei einem Unfall verletzt ... Die häufigste Unfallart ist der Unfall an der Arbeitsstätte (ohne Wegeunfälle); der Anteil dieser Unfallverletzten an der Gesamtzahl der Verletzten betrug rund 37 %².“ Und im Unfallverhütungsbericht von 1968/69 heißt es: Im Jahre 1968 wurden 2 263 841 und 1969 wurden 2 359 956 Arbeitsunfälle bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung angezeigt³. Obwohl diese absoluten Zahlen schon recht eindrucksvoll sind, konkretisiert und verstärkt sich ihre Aussagefähigkeit, wenn sie in Relation zur Anzahl der Versicherten diskutiert werden.

Da es Versicherte gibt, die mehr als eine versicherte Tätigkeit ausüben und die deshalb bei mehreren Versicherungsträgern versichert sind, ist folglich die Summe der Versicherten keine echte Kopfzahl. Sie bezeichnet lediglich die Anzahl der Versicherungsverhältnisse. Deshalb wurde der Begriff des „Vollarbeiters“ geprägt. Es handelt sich dabei um eine Rechengröße, die aus der Zahl der Versicherten ermittelt wird und den zeitlichen Umfang der Beschäftigung des Versicherten innerhalb eines Jahres berücksichtigt. Danach zählt ein Versicherter als Vollarbeiter, wenn er das ganze Jahr voll erwerbstätig war. Oder zwei Versicherte, die jeweils nur ein halbes Jahr erwerbstätig waren, werden zu einem Vollarbeiter zusammengezogen⁴.

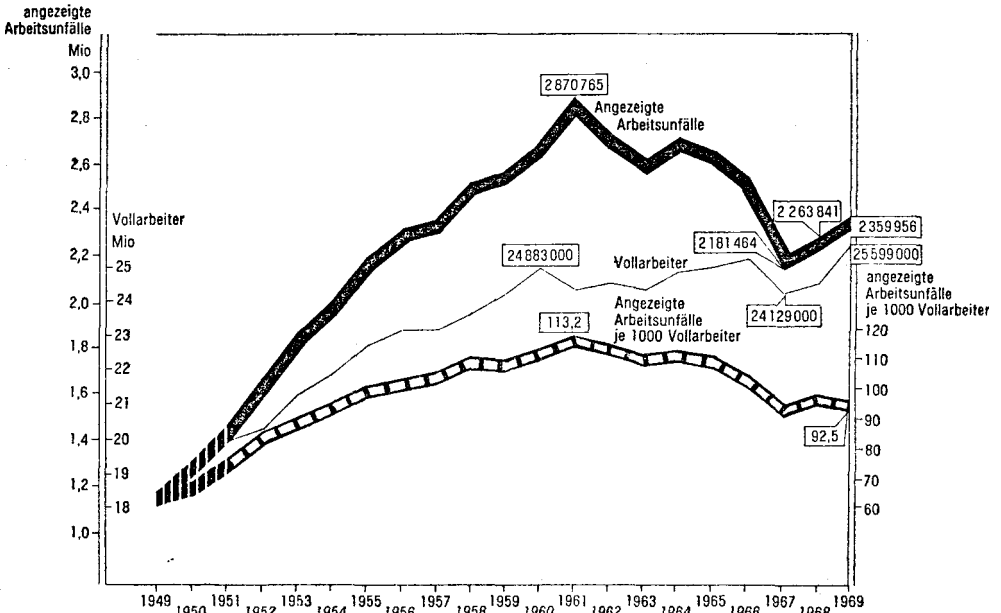
Die Entwicklung der angezeigten Arbeitsunfälle (absolut) und der Häufigkeit der angezeigten Arbeitsunfälle pro 1000 Vollarbeiter (relativ) seit 1949 wird in Abb. 1 dargestellt.

2 Gesundheitsbericht, Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, Drucksache VI/1667 (18. Dezember 1970), S. 48.

3 Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik für die Jahre 1968 und 1969 (Unfallverhütungsbericht 1968/69), Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, Drucksache VI/1970 (6. März 1971), S. 14.

4 Vgl. ebenda, S. 7.

Abb. 1 Entwicklung der angezeigten Arbeitsunfälle und Häufigkeit der angezeigten Arbeitsunfälle je 1000 Vollarbeiter seit 1949



Quelle: Unfallverhütungsbericht 1968/69⁵.

Der Verlauf der angezeigten Arbeitsunfälle demonstriert einen Höhepunkt im Jahre 1961. Von 1949 bis 1961 stiegen die Unfälle um ca. 95 % und sanken dann bis 1969 wieder um etwa 20 % ab. Parallel zu den beiden Phasen des Unfallverlaufs entwickelte sich eine deutliche Verschiebung des Anteils der Erwerbstätigen von gefährvollen zu weniger gefährlichen Wirtschaftsbereichen. So waren 1950 im produzierenden Gewerbe 43,0 % (absolut: 9,4 Mill.) der gesamten Erwerbstätigen beschäftigt, 1961: 48,6 % (absolut: 12,8 Mill.) und 1969: 48,7 % (absolut: 12,7 Mill.). Das produzierende Gewerbe hatte also in den 50er Jahren eine Zunahme der Erwerbstätigen von 15,6 Prozentpunkten zu verzeichnen, während in den 60er Jahren deren prozentualer Anteil stagnierte bzw. absolut sogar geringfügig rückläufig war. Im Dienstleistungssektor (ohne Handel und Verkehr) hingegen betrug der Anteil der Erwerbstätigen 1950: 19,2 % (absolut: 4,2 Mill.), 1961: 20,4 % (absolut: 5,4 Mill.) und 1969: 24,0 % (absolut: 6,3 Mill.). Zwischen 1950 und 1961 fand demnach im weniger gefährvollen Dienstleistungsbereich ein geringerer Zuwachs (1,2 Prozentpunkte) des prozentualen Anteils an den Erwerbstätigen statt als

in den Jahren 1961 bis 1969 (3,6 Prozentpunkte)⁶. Wenn auch die strukturelle Verschiebung der Erwerbstätigen für den Rückgang der Arbeitsunfälle ein wesentlicher Faktor ist, so muß überdies berücksichtigt werden, daß sich mit zunehmender Mechanisierung und Automatisierung, mit der wachsenden Kapitalintensität der Arbeitsmittel insbesondere seit Beginn der 60er Jahre, der Anteil der lebendigen menschlichen Arbeit am unmittelbaren Produktionsprozeß ständig verringert. In diesen Bereichen reduziert sich grobe physische Arbeit, der Arbeitende selbst ist immer weniger unmittelbarer Bestandteil des Fertigungsprozesses und löst sich zunehmend aus dem Wirkungsablauf fertigungstechnischer Aggregate heraus. Industrielle Arbeit erfolgt hier gleichsam neben, vor oder nach der unmittelbaren Fertigung, so daß herkömmliche Unfallquellen eliminiert bzw. modifiziert werden. Die wachsende Kapitalintensität weckte schließlich das objektive Interesse der Unternehmer an sinkenden Arbeitsunfällen, wie detaillierte Rentabilitätsberechnungen des werksärztlichen Dienstes vor allem von Großbetrieben bezeugen. Denn in dem Maße, wie sich Rationalisierungsmaßnahmen durchsetzen, erhöhten sich auch die Kosten, die durch Arbeitsunfälle verursacht wurden.

In der Phase von 1961 bis 1969 lassen sich ferner zwei Einkerbungen deutlich erkennen, die mit den Krisenjahren 1963 und 1967 korrespondieren. In beiden Jahren fiel die Unfallhäufigkeit zunächst ab, während sie sich im darauffolgenden Abschnitt wieder erhöhte. Diese Schwankungen gingen mit einem relativ geringen Zuwachs bzw. Rückgang des wirtschaftlichen Wachstums einher. 1963 betrug beispielsweise der Zuwachs des Volkseinkommens im Vergleich zum Vorjahr nur 6,6 % (niedrigste Zuwachsrate seit 1960), und 1967 sank es sogar um 0,5 %⁷. Bundesarbeitsminister W. Arendt mutmaßte daher zu Recht: „Die Häufigkeit (der Arbeitsunfälle d.V.) zeigt ein charakteristisches Bild mit leichten Knicken nach oben und unten mit insgesamt fallender Tendenz. Aber seit dem Ende der wirtschaftlichen Rezession von 1966/67 zeigt die Kurve wieder nach oben. Das legt die Vermutung nahe, daß Konjunkturverlauf und Unfallhäufigkeit in Wechselwirkung zueinander stehen⁸.“

6 Zur Verteilung der Erwerbstätigen nach Wirtschaftsbereichen, vgl. Gesundheitsbericht, a.a.O., S. 25.

7 Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969, hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1970, S. 83.

8 W. Arendt, Humanisierung der Arbeit — so setzen wir Akzente! In: Arbeit ohne Gefahr, hrsg. v. DGB Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, Arbeitssicherheitskonferenz am 28. 2. 1970 in Dortmund, Bonn-Bad Godesberg 1970, S. 7.

Ein Beispiel für voreilige Schlußfolgerung ist die Darstellung des Spiegel, Nr. 13 (1967), S. 43. Hier heißt es: „Die Unfall-Zahlenreihe der hochindustrialisierten Chemie-Branche spiegelt exakt den Konjunkturverlauf: 1965 rund 86 000, 1966 bei Rezessionsanbruch noch nahezu 83 000, 1967 knapp 67 000 und 1968 wieder 71 000.“ Hier handelt es sich um absolute Angaben, die nicht auf die Anzahl der Beschäftigten, Versicherten oder Vollarbeiter

Da in diesem Zusammenhang nur die angezeigten Arbeitsunfälle registriert wurden, läßt sich noch keine gesicherte Aussage darüber machen, ob die reale Unfallhäufigkeit in wirtschaftlichen Krisen tatsächlich zurückgeht, oder aber ob in solchen Zeiten nur weniger Unfälle angezeigt werden. Letzteres ist insofern nicht auszuschließen, als nämlich in Phasen, in denen Arbeitskräfte generell freigesetzt werden, die Arbeitsplatzsicherheit der abhängig Beschäftigten durch Absentismus bei leichteren Unfällen und Krankheiten geschwächt wird⁹.

Nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung sind nur die Unfälle den Versicherungsträgern anzuzeigen, die — solange sie nicht tödlich ausgehen — eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen zur Folge haben. Unfälle mit kürzerer Dauer der Arbeitsunfähigkeit können somit von den Unfallversicherungsträgern nicht erfaßt werden. Die tatsächlichen Unfallhäufigkeiten liegen demzufolge also noch höher als sie schon von den statistischen Angaben ausgewiesen werden. Untersuchungsergebnisse aus der metallverarbeitenden sowie der Eisen- und Stahlindustrie belegen, daß in einer Reihe von Betrieben 15,2 bis 15,9 % der gesamten Arbeitsunfälle eine Arbeitsunfähigkeit von ein bis drei Tagen nach sich ziehen und damit nicht meldepflichtig sind. „Diese Unfälle“, heißt es im Unfallverhütungsbericht 1968/69, „können zwar von den Unfallfolgen her als leicht bezeichnet werden. Das *Unfallrisiko* wird jedoch nicht von der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, sondern von der Zahl der Unfallereignisse bestimmt, da es häufig von Begleitumständen abhängt, ob ein Unfall leichte oder schwere Folgen hat¹⁰.“

Arbeitsunfälle in unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen

Vergleicht man nun die Unfallhäufigkeit verschiedener wirtschaftlicher und sozialer Bereiche miteinander, so zeigen sich erhebliche Unterschiede (siehe Abb. 2). Die meisten Unfälle — sowohl absolut als auch auf 1000 Vollarbeiter bezogen — werden von den *gewerblichen Berufsgenossenschaften* verzeichnet. Bei einer generellen Abnahme der angezeigten Arbeitsunfälle seit 1961 ist auch hier der Einschnitt im Krisenjahr 1967 besonders deutlich. Die Berufskrank-

bezogen sind. Deshalb ist diese Unfall-Zahlenreihe auch nur bedingt aussagefähig.

9 Von den Unternehmern wurde der Rückgang des betrieblichen Krankenstandes und des Unfallgeschehens in der Krise vor allem als eine Besserung der „Arbeitsdisziplin“ begrüßt. Daß dieser Vorgang indessen von Arbeitern verursacht worden sein könnte, die entgegen beginnender Krankheit oder leichter Verletzungen weitergearbeitet haben, weil sie fürchteten, den Arbeitsplatz zu verlieren, wurde scheinbar übersehen. Sie berechtigt diese Furcht war, zeigen Beispiele tatsächlicher Betriebsentlassungen in Krankheitsfällen, die im 2. „Weißbuch zur Unternehmermoral“ (S. 58—60), herausgegeben vom Vorstand der I.G.-Metall, bekanntgegeben wurden.

10 Unfallverhütungsbericht 1968/69, a.a.O., S. 37.

Abb. 2 Vollarbeiter, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in der gesetzlichen Unfallversicherung nach Art der Versicherungsträger
Eingereichte Anzeigen über

Jahr	Voll- arbeiter		Unfälle auf dem Wege nach und von der Arbeitsstätte			Berufs- krankheiten	
	in 1000	Anzahl	auf 1000	Anzahl	auf 1000	Anzahl	auf 1000
			Voll- arbeiter		Voll- arbeiter		
	1	2	3	4	5	6	7
A. Gewerbliche Berufsgenossenschaften							
1961	17 494	2 410 456	137,79	246 410	14,09	31 078	1,78
1962	17 683	2 279 147	128,89	231 410	13,09	27 185	1,54
1963	17 716	2 175 774	122,81	245 807	13,87	25 941	1,46
1964	18 488	2 257 078	122,08	226 722	12,26	25 898	1,40
1965	18 762	2 223 316	118,50	217 141	11,57	25 606	1,36
1966	18 899	2 114 157	111,90	203 296	10,60	24 010	1,27
1967	18 043	1 754 158	97,22	172 887	9,58	23 657	1,31
1968	18 262	1 835 785	100,52	186 409	10,21	23 072	1,26
1969 p ..	.	1 960 331	.	204 665	.	22 444	.
B. Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften							
1961	3 620	279 679	77,26	2 592	0,72	722	0,20
1962	3 534	262 969	74,41	2 533	0,72	759	0,21
1963	3 516	256 881	73,06	2 306	0,66	728	0,21
1964	3 306	256 397	77,56	3 009	0,91	749	0,23
1965	3 210	249 777	77,81	2 550	0,80	487	0,15
1966	3 136	250 539	79,90	2 509	0,80	612	0,20
1967	3 063	253 259	82,68	2 669	0,87	862	0,28
1968	2 977	253 067	85,02	2 757	0,93	769	0,26
1969 p ..	.	244 862	.	2 768	.	632	.
C. Gemeindeunfallversicherungsverbände							
1961	1 633	56 775	34,76	10 465	6,41	592	0,36
1962	1 630	57 468	35,24	11 113	6,82	549	0,34
1963	1 489	60 709	40,76	13 552	9,10	553	0,37
1964	1 474	62 552	42,43	13 105	8,97	599	0,41
1965	1 390	62 855	45,23	12 363	8,89	571	0,41
1966	1 403	63 195	45,00	12 488	8,90	650	0,46
1967	1 402	63 678	45,42	12 801	9,13	690	0,49
1968	1 449	64 576	44,55	12 908	8,91	795	0,55
1969 p ..	.	53 978	.	13 489	.	876	.
D. Ausführungsbehörden (z. B. Bundesbahn, Post)							
1961	1 577	123 855	78,52	24 198	15,34	792	0,50
1962	1 593	122 831	77,11	26 152	16,42	768	0,48
1963	1 623	125 180	77,12	26 499	16,32	825	0,51
1964	1 591	118 935	74,74	25 135	15,79	796	0,50
1965	1 589	119 415	75,13	23 243	14,62	803	0,51
1966	1 587	114 408	72,10	21 649	13,60	789	0,50
1967	1 621	110 369	68,09	21 155	13,05	1 071	0,66
1968	1 639	110 413	67,38	21 725	13,26	1 157	0,71
1969 p ..	.	103 952	.	21 670	.	1 427	.

Quelle: Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969¹¹.

11 Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969, a.a.O., S. 122.

heiten in diesem Bereich werden gleichermaßen immer weiter zurückgedrängt. Allerdings deutete sich hier 1967 im Gegensatz zu den stark sinkenden Arbeitsunfällen ein leichter Anstieg von etwa 3% an.

Anders verhält sich das Unfallgeschehen in der *Landwirtschaft*. Hier mehrten sich die Arbeitsunfälle von 1961 bis 1968 um ca. 10% und die Berufskrankheiten um nahezu 30%. Der Anstieg ist allerdings relativ, da die absolute Zahl der eingereichten Arbeitsunfälle in dem gleichen Zeitraum sank, und die Anzahl der Vollarbeiter noch stärker zurückging. Überdies meldet in der Regel ein großer Personenkreis in der Landwirtschaft nur einen Teil der Arbeitsunfälle. Dies trifft vor allem für leichtere Arbeitsunfälle zu, da die Verletzten wegen des Fehlens einer Pflichtkrankenversicherung^{11a} oft nicht zum Arzt gehen. Nach den Erfahrungen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ist die Zahl der nicht gemeldeten Arbeitsunfälle etwa genauso groß wie die Zahl der angezeigten¹². — Die Zunahme des Unfallgeschehens in der Landwirtschaft, in der die Produktivkräfte bislang noch vielfach vorindustrielle Züge trugen, läßt sich nicht ohne die enorme Ausweitung der Motorisierung und Mechanisierung während der vergangenen zehn Jahre begreifen. So ereigneten sich z. B. 1969 in der Landwirtschaft mehr als 70% aller tödlichen Unfälle bei Verkehrs- und Transporttätigkeiten. Ferner ist auffallend, daß in der Landwirtschaft allein 42,5% aller tödlichen Unfälle auf Personen über 65 Jahre entfielen¹³.

Auch bei den *Gemeindeunfallversicherungsverbänden*, die die Arbeitsunfälle von kommunalen Einrichtungen wie Müllabfuhr, Straßenreinigung oder städtischen Bauhöfen erfassen, zeigte sich sowohl bei den angezeigten Unfällen als auch bei den Berufskrankheiten eine zunehmende Tendenz. Die Unfallhäufigkeit erhöhte sich von 1961 bis 1965 um knapp 30% und blieb dann etwa konstant. Die Berufskrankheiten hingegen stiegen von Jahr zu Jahr und haben seit 1961 um ca. 52% zugenommen. Es zeigt sich hier also in zwei großen Bereichen, bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft und den Gemeindeunfallversicherungen, daß der allgemeine Rückgang von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten — wie er sich vor allem im gewerblichen Sektor abzeichnet — keineswegs generalisiert werden kann. Da allerdings die meisten Beschäftigten in der BRD in den gewerblichen Berufsgenossenschaften gegen Arbeitsunfälle versichert sind, wird jener gegenläufige Trend überdeckt.

11a Wie erst kürzlich in der Presse gemeldet wurde, werden die Landwirte voraussichtlich ab 1. Juli 1972 eigenständige Krankenkassen erhalten. In einer vom Bundeskabinett positiv beschiedenen Gesetzesvorlage sind dafür 19 neue Krankenkassen vorgesehen. Der Kabinettsbeschuß muß jetzt noch vom Parlament bestätigt werden. Nach dem neuen Gesetz sollen alle selbständigen Landwirte, alle mitarbeitenden Familienangehörigen und alle Altenteiler versicherungspflichtig werden. Das sind insgesamt etwa 1,2 Millionen Personen — davon etwa 370 000 Altenteiler. Vgl. hierzu: Handelsblatt vom 15./16. 10. 1971.

12 Vgl. Unfallverhütungsbericht 1968/69, a.a.O., S. 15.

13 Ebenda, S. 12 und 17.

Wie sich die Unfallraten *innerhalb* des gewerblichen Bereichs entwickelt haben und wie disparitär die einzelnen Industriezweige zueinander sind, soll an Abb. 3 erläutert werden.

Abb. 3 Häufigkeit der angezeigten Arbeitsunfälle je 1000 Vollarbeiter nach Gruppen der gewerblichen Berufsgenossenschaften in den Jahren 1964 bis 1969

Gruppen der gewerblichen Berufsgenossenschaften	1969	1968	1967	1966	1965	1964
1	2	3	4	5	6	7
I. Bergbau	220,3	182,6	182,2	223,5	250,3	250,2
II. Steine und Erden	162,8	145,9	153,3	170,2	169,3	173,9
III. Gas und Wasser	68,5	65,7	66,4	69,4	73,6	72,3
IV. Eisen und Metall	162,0	145,5	141,5	168,1	177,7	176,7
V. Elektrotechnik, Feinmechanik und Optik	59,8	65,6	59,8	71,4	77,3	80,7
VI. Chemie	95,7	87,3	84,7	99,9	104,8	106,7
VII. Holz und Schnitzstoffe	161,0	142,5	167,5	187,2	182,6	184,1
VIII. Papier und Druck	68,6	65,3	75,3	82,8	84,9	82,7
IX. Textil und Leder	50,0	46,2	44,0	70,8	67,8	66,5
X. Nahrungs- und Genußmittel	102,6	99,5	94,8	101,6	98,7	110,2
XI. Bau	172,9	200,8	190,9	198,2	214,0	221,5
XII. Handel, Geld- und Versicherungs- wesen; Dienstleistungen (ohne öffentliche Dienstleistungen)	46,3	47,4	50,6	53,5	57,5	57,8
XIII. Verkehr	104,7	96,2	100,5	109,8	112,6	137,5
XIV. Gesundheitsdienst	23,8	23,8	26,0	24,5	24,7	27,0
insgesamt	100,0	100,5	97,2	111,9	118,5	122,1

Quelle: Unfallverhütungsbericht 1968/69¹⁴.

Aus dieser Darstellung geht deutlich hervor, daß die abhängig Beschäftigten in den verschiedenen gewerblichen Branchen einem unterschiedlichen Grad der Gefährdung ihrer Gesundheit während der Arbeit ausgesetzt sind. So zählen die Arbeitsplätze im Bergbau, in der Bauindustrie (insbesondere im Tiefbau)¹⁵, in der Gruppe Steine und Erden, der Holzindustrie sowie in der Eisen- und Stahlindustrie zu den gefahrvollsten. Dies bestätigen auch empirische Ergebnisse von *Hettinger*, der feststellte, daß Schwerarbeiter im Gegensatz zu Arbeitern mit physisch leichter Arbeit mehr als doppelt so häufig an einem Unfall beteiligt sind¹⁶. In der chemischen und der Nahrungs- und Genußmittelindustrie indessen sind die Bedingungen günstiger, und im Dienstleistungssektor — hier vor allem im Handel, Geld- und Versicherungswesen, Gesundheitsdienst — ist Arbeit mit den geringsten unfallbedingenden Einflüssen verbunden. Während

14 Ebenda, S. 142.

15 Vgl. hierzu auch: Ebenda, S. 20.

16 Th. Hettinger, Die physische Belastung des Industriearbeiters, in: *Werksärztliches*, Heft 1 (1971), S. 15.

die Zahl der Versicherten im Gesamtbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften von 1961 bis 1969 um 1,75 Millionen zugenommen hat, war in den Gruppen Bergbau, Holz, Steine und Erden sowie Textil und Leder ein beträchtlicher Rückgang der Versicherten (0,92 Millionen) zu verzeichnen¹⁷. Allein im Bergbau arbeiteten 1960 307 571 Arbeiter unter Tage, während es 1969 nur noch 140 606 waren¹⁸. Die Abnahme von Versicherten in Bereichen mit hoher Unfallhäufigkeit und die Zunahme von Versicherten an Arbeitsplätzen mit niedriger Unfallhäufigkeit — wie in den Gruppen Handel, Geld- und Versicherungswesen sowie Dienstleistungen, die in dem gleichen Zeitraum etwa 1,17 Millionen neue Versicherte aufgenommen haben¹⁹ — wirkt sich in einer Senkung der Zahl der Unfälle bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften insgesamt aus. Demnach hat — wie bereits erwähnt — die veränderte Beschäftigungsstruktur in den letzten zehn Jahren nicht unerheblich zur Verminderung der Arbeitsunfälle beigetragen.

Der Rückgang der angezeigten Arbeitsunfälle in den 60er Jahren wird auch zuweilen als Ausdruck einer „funktionsfähigen“ arbeitsplatznahen Krankenversorgung interpretiert. Nur wenige Großbetriebe verfügen indessen über ein werksärztliches System. Es herrscht ein allgemeiner und chronischer Mangel an praktizierenden Arbeitsmedizinern in der BRD — ihre Anzahl stagnierte nahezu von 1963 bis 1967 —, so daß dieser Interpretation nicht gefolgt werden kann. Ihre Oberflächlichkeit wird um so deutlicher, wenn man bedenkt, daß die Abnahme angezeigter Arbeitsunfälle in Zeiten wirtschaftlicher Krisen nicht selten sogar mit einer Reduzierung des werksärztlichen Dienstes, wie der „betrieblichen Sozialleistungen“ überhaupt²⁰, einhergeht. — Daß das Unfallgeschehen nicht nur zwischen verschiedenen konjunkturellen Phasen und Wirtschaftsbereichen, sondern auch zwischen sozialen Gruppen divergiert, soll im folgenden am Problem der „Gastarbeiter“ entwickelt werden.

Arbeitsunfälle bei „Gastarbeitern“

Sozialökonomische Daten

Im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen am Arbeitsplatz muß den ausländischen Beschäftigten, eine der minderprivilegiertesten Gruppen innerhalb der Arbeiterklasse, besondere Bedeutung beigegeben werden. Seit 1960 sind über eine Million Arbeitskräfte vor

17 Unfallverhütungsbericht 1968/69, a.a.O., S. 15.

18 Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969, a.a.O., S. 49.

19 Unfallverhütungsbericht 1968/69, a.a.O., S. 15.

20 Vgl. hierzu auch die Veränderungen zusätzlicher Sozialaufwendungen der Unternehmer gegenüber dem Vorjahr in v. H.:

1961: +6,4; 1962: +7,2; 1963: +3,0; 1964: +2,9; 1965: +6,7;

1966: +4,6; 1967: —0,6; 1968: +10,8; 1969: +11,7.

Bundesministerium für Arbeits- und Sozialordnung: Die Einkommens- und Vermögensverteilung, zit. nach: Presse- und Funknachrichten, hrsg. v. der I.G.-Metall, Frankfurt 20. Juli 1971.

allem aus Südeuropa, Nordafrika und Vorderasien in den Produktionsprozeß der BRD einbezogen worden. Von 1962 bis 1966 erhöhte sich die Anzahl der Arbeitsemigranten um etwa 98 %, im Krisenjahr 1967 sank sie um nahezu 18 % und stieg von diesem Zeitpunkt bis 1969 wiederum um etwa 34 % an. 1969 waren 6,5 % der Beschäftigten in der BRD Ausländer.

Abb. 4 Beschäftigte ausländische Arbeitskräfte in der BRD

Beschäftigte ausländische Arbeitskräfte		
Jahr	insgesamt	in % der Gesamtbeschäftigten
1962	629 022	3,1
1963	773 164	3,7
1964	902 459	4,3
1965	1 118 616	5,3
1966	1 243 961	5,8
1967	1 013 862	4,7
1968	1 018 859	4,9
1969	1 365 635	6,5

Quelle: Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969²¹.

Die ausländischen Arbeitskräfte verteilten sich 1969 etwa zu folgenden Quoten über die einzelnen Wirtschaftszweige: Landwirtschaft, Tierzucht, Forst- und Jagdwirtschaft, Gärtnerei, Fischerei ca. 1 %, Bergbau, Gewinnung und Verarbeitung von Steinen und Erden, Energiewirtschaft ca. 3 %, Eisen- und Metallherzeugung und -verarbeitung ca. 37 %, verarbeitende Gewerbe ca. 26 %, Bau-, Ausbau und Bauhilfsgewerbe ca. 16 %, Handel, Geld- und Versicherungswesen ca. 4,5 %, Dienstleistungen ca. 5,5 %, Verkehrswesen ca. 2 %, Öffentlicher Dienst und Dienstleistungen im öffentlichen Interesse ca. 5 %. Danach werden etwa 79 % in der Eisen- und Metallherzeugung und -verarbeitung, dem verarbeitenden Gewerbe und im Bau-, Ausbau- und Bauhilfsgewerbe beschäftigt²². Hier ist auch von 1968 auf 1969 der stärkste Zustrom zu verzeichnen²³. Auffallend ist die Tatsache, daß in diesen drei Wirtschaftsbereichen 1969 in der BRD nur etwa 53 % der gesamten abhängig Beschäftigten tätig waren²⁴. Dies ist u. a. ein Hinweis für die Überrepräsentanz der Ausländer im verarbeitenden Gewerbe und im Baugewerbe, deren überdurchschnittliche Unfallgefährdung bereits betont wurde.

„Für die deutsche Industrie sind die ausländischen Arbeitskräfte ein unerläßlicher Faktor geworden. Sie sind für die Wirtschaft des Landes von enormem Vorteil. Will die Bundesrepublik ihr wirt-

21 Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969, a.a.O., S. 24.

22 Errechnet nach: Unfallverhütungsbericht 1968/1969, a.a.O., S. 199.

23 Vgl. Statistisches Jahrbuch der BRD, 1969, S. 130.

24 Errechnet nach: Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969, a.a.O., S. 17.

schaftliches Potential weiter erhöhen, muß sie weiterhin ausländische Arbeitskräfte importieren; ohne sie wäre die augenblickliche Produktivität um 15 bis 20 % geringer“, sagte der Präsident des Deutschen Arbeitgeberverbandes, S. Balke, am 31. März 1966 auf einer Tagung, die sich mit ausländischen Arbeitskräften in der BRD befaßte²⁵. Über den Abzug von Arbeitskräften aus dem ökonomisch unterentwickelten Teil Europas hinaus können allerdings die westdeutschen Industrieregionen bereits seit 1945 Zuwanderungsschübe verzeichnen, so vor allem, neben dem allgemeinen Sog in die Städte, die Ost-West-Bewegung, die mit der Niederschlagung des deutschen Faschismus einsetzte und später bis 1961 in den Zustrom von Arbeitskräften aus der DDR überging. Während diese beiden Schübe vornehmlich ausgebildete Lohnabhängige in die BRD brachten und demzufolge die Entwicklung des Ausbildungssystems weitgehend vernachlässigt werden konnte, ist der „Gastarbeiterimport“, der sich besonders stark zu Beginn der 60er Jahre entwickelte, durch ein Potential an unqualifizierten aber anlernbaren Arbeitskräften gekennzeichnet. Diese wurden für den sich zunehmend parzellierenden und erweiternden Arbeitsprozeß in der Bundesrepublik immer notwendiger, da sich für viele einheimische Arbeiter angenehmere Arbeitsbedingungen und bessere Verdienstmöglichkeiten boten und daraus das Problem entstand, die auftretenden Lücken so lange auszufüllen, bis auch diese mechanisiert oder automatisiert werden konnten. Aufgrund der Tatsache, daß nahezu 80 % der Arbeitsemigranten in der Industrie beschäftigt werden, wurde es möglich, den tertiären Sektor, der infolge wachsender Produktivität zunehmend expandierte, vornehmlich mit inländischen Arbeitskräften zu besetzen und dennoch die für die wirtschaftliche Erweiterung notwendige Anzahl der Industriearbeiter an der Gesamtzahl der Lohnabhängigen zu halten. Ausländische Arbeitskräfte rücken also vor allem in die unteren Positionen der industriellen Arbeit ein und werden zu „Lückenbüßern“ fortschreitender Rationalisierungen, wodurch sich der temporäre Charakter ihrer gesellschaftlichen und betrieblichen Eingliederung erhärtet.

Nicht nur im unmittelbaren Produktionsprozeß, sondern ebenso im unsicheren Arbeitsverhältnis, den unwürdigen Wohnverhältnissen sowie den allgemeinen Lebensbedingungen dokumentiert sich immer wieder, daß der Aufenthalt ausländischer Arbeiter in der BRD nicht zu einer langfristigen Integration führen kann und soll. Vielmehr wird die Möglichkeit des „Abschiebens“ — je nach Lage des Arbeitsmarktes — bewußt offengehalten. Viele Arbeitsverträge werden noch nicht einmal für ein Jahr abgeschlossen. Diese Problematik wurde von V. Siebrecht auf der 2. internationalen Arbeitstagung der IG-Metall über Rationalisierung, Automatisierung und technischen Fortschritt 1965 in Oberhausen, ohne Widerstand zu finden, offen ausgesprochen: „Sollte es einmal zu Beschäftigungsschwierigkeiten, zu einem größeren Überschuß an Arbeitskräften kommen — wofür

zur Zeit keine Anzeichen sichtbar sind —, könnte daran gedacht werden, einen Ausweg in der Reduzierung der *Ausländerbeschäftigung* zu suchen. Theoretisch ist dies in gewissem Ausmaß möglich, zumal es bei den Ausländern einen beträchtlichen Wechsel gibt und in der Regel nur Jahres- oder Saisonverträge abgeschlossen werden. Außerdem braucht natürlich jeder ausländische Arbeiter eine Arbeitserlaubnis... Die Ausländerarbeit muß soweit wie möglich der beweglichere Teil des deutschen Arbeitskräftevolumens bleiben, der jederzeit Anpassungen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf der Wirtschaft gestattet²⁶.“ Aufgrund dieser Lage wundert es denn auch nicht, wenn die Fluktuation der ausländischen Arbeitskräfte in der BRD besonders hoch ist. Eine Untersuchung über die Aufenthaltsdauer ausländischer Arbeitskräfte zeigt, daß im Jahre 1968 nur 50 % der Männer und etwa 40 % der Frauen länger als 4 Jahre ununterbrochen in der BRD arbeiteten; davon 26 % der Männer und 13 % der Frauen länger als 7 Jahre. 17 % der Männer und 26 % der Frauen waren kürzer als 2 Jahre beschäftigt. Im Jahre 1969 hat der Anteil der ausländischen Beschäftigten, die kürzer als 2 Jahre in der BRD sind, auf 36 % bei den Männern und 42 % bei den Frauen zugenommen. Hohe Fluktuation und kurzer Aufenthalt von ausländischen Arbeitern ist auch für deren Unfallhäufigkeit von Bedeutung. Diese sinkt nämlich in der Regel mit zunehmender Beschäftigungsdauer²⁷.

Unfälle bei der Arbeit.

In der nun folgenden Untersuchung der Arbeitsunfälle (siehe Abb. 5) werden vor allem die gewerblichen Wirtschaftszweige berücksichtigt, da hier etwa 94 % der ausländischen Arbeitskräfte beschäftigt sind. Im Jahre 1964 wurden den gesamten gewerblichen Berufsgenossenschaften pro 1000 ausländische Versicherte 268 *meldepflichtige Unfälle* von Ausländern aus den Betrieben angezeigt. Diese relative Unfallhäufigkeit reduzierte sich bis 1967 auf 189 und hatte 1969 wieder die Höhe von 222 erreicht. Während die Unfallrate in der Metallindustrie mit Ausnahme von 1969 nur geringfügig über diesen Mittelwerten lag, werden sie von den Daten in der Bauindustrie weit überschritten, wobei sich in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz abzeichnete. 1969 wurden im gewerblichen Bereich insgesamt etwa 287 000 Arbeitsunfälle von ausländischen Arbeitskräften gemeldet. Das sind 15 % aller in der BRD angezeigten Arbeitsunfälle²⁸.

Vergleicht man ferner die Arbeitsunfälle von bundesrepublikanischen und ausländischen Werkträgern, so zeigt sich, daß die Unfallhäufigkeit der Ausländer erheblich höher liegt. 1969 betrug sie durchschnittlich das 2,5fache der einheimischen Beschäftigten. Für beide Gruppen erweist sich das Baugewerbe als jenes mit den gefährlichsten Arbeitsplätzen. Die Unfallquoten liegen hier weit über

26 Automation, Risiko und Chance, Bd. 1, Frankfurt 1965, S. 405 u. 406.

27 Siehe: Unfallverhütungsbericht 1968/1969, a.a.O., S. 87 f.

28 Ebenda, S. 85.

Abb. 5 Häufigkeit der Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) ausländischer Beschäftigter 1964 bis 1969 auf je 1000 Versicherte in der Metallindustrie, dem Baugewerbe und sonstigen gewerblichen Bereichen

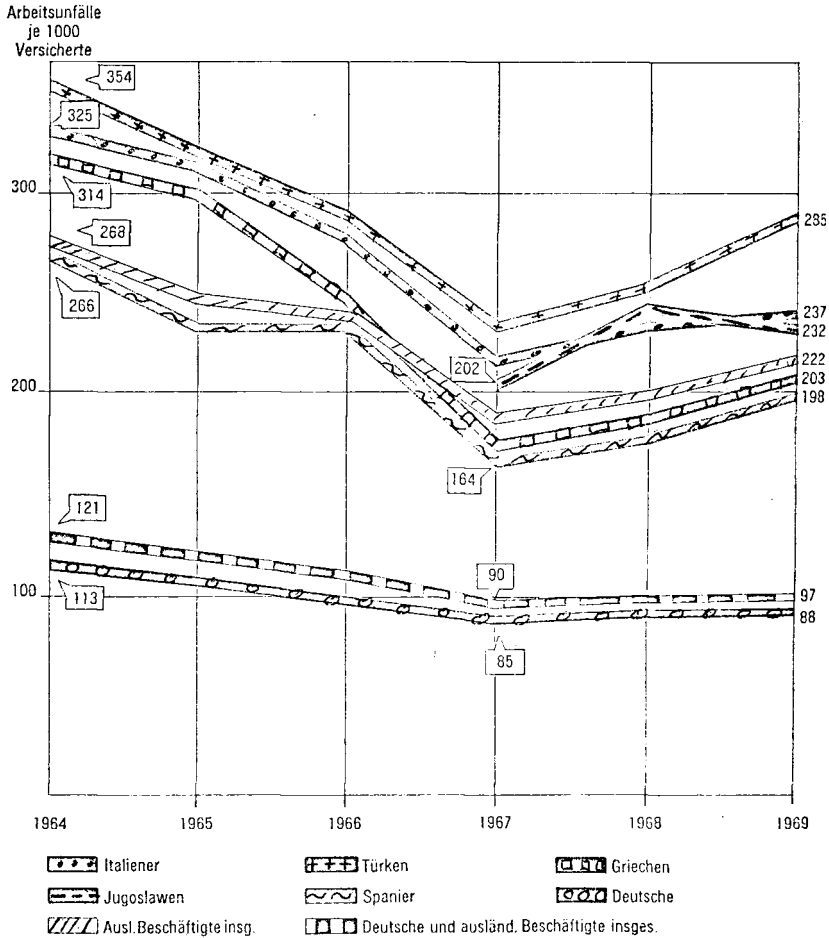
Nationalität	Jahr	Arbeitsunfälle (ohne Dienstwege)							
		meldepflichtige				tödliche			
		M 1)	B 1)	S 2)	G 1)	M 2)	B 2)	S 2)	G 3)
Italiener	1964	329	364	299	325	0,12	0,31	0,17	0,20
	1965	271	357	286	303	0,11	0,30	0,16	0,19
	1966	287	368	204	275	0,10	0,29	0,16	0,18
	1967	200	357	—	213	—	—	—	0,29
	1968	228	355	—	232	—	—	—	0,22
	1969	259	329	—	237	—	—	—	0,16
Griechen	1964	286	410	328	314	0,08	0,35	0,21	0,16
	1965	284	383	299	296	0,13	0,47	0,18	0,17
	1966	234	360	235	241	0,03	0,32	0,08	0,07
	1967	163	285	—	168	—	—	—	0,14
	1968	188	328	—	183	—	—	—	0,09
	1969	207	358	—	203	—	—	—	0,12
Spanier	1964	269	342	238	266	0,02	0,21	0,26	0,15
	1965	264	313	190	233	0,03	0,35	0,14	0,12
	1966	248	348	190	230	0,11	0,54	0,09	0,14
	1967	174	317	—	164	—	—	—	0,20
	1968	192	308	—	174	—	—	—	0,17
	1969	224	293	—	198	—	—	—	0,08
Türken	1964	342	374	303	354	0,06	0,05	0,18	0,11
	1965	309	367	268	307	0,07	0,28	0,09	0,12
	1966	290	365	233	280	0,20	0,52	0,36	0,32
	1967	223	366	—	226	—	—	—	0,28
	1968	238	422	—	245	—	—	—	0,23
	1969	283	410	—	285	—	—	—	0,18
Jugoslawen	1967	181	253	—	202	—	—	—	0,27
	1968	210	356	—	236	—	—	—	0,26
	1969	212	336	—	232	—	—	—	0,14
ausländische Beschäftigte (insges.)	1964	273	320	236	268	0,09	0,28	0,15	0,16
	1965	260	312	210	250	0,11	0,32	0,11	0,16
	1966	254	312	187	235	0,15	0,40	0,17	0,21
	1967	189	308	—	189	—	—	—	0,24
	1968	208	345	—	204	—	—	—	0,19
	1969	250	330	—	222	—	—	—	0,15
Deutsche	1964	135	172	90	113	0,09	0,26	0,14	0,14
	1965	130	162	84	107	0,09	0,31	0,13	0,14
	1966	124	160	74	97	0,09	0,24	0,13	0,13
	1967	101	151	—	85	—	—	—	0,13
	1968	108	155	—	89	—	—	—	0,11
	1969	111	155	—	88	—	—	—	0,11

M = Bereich der Metallindustrie
 B = Bereich des Baugewerbes
 S = Sonstige Bereiche
 G = Gesamtbereich der gewerblichen
 Wirtschaft

1) Unfallverhütungsbericht 1968/69, S. 201.
 2) H. Pültz, Die Gastarbeiterunfälle 1964/66
 in der gewerblichen Wirtschaft der Bundesrepublik, in: Die Berufsgenossenschaft,
 Sonderheft Mai 1968, S. 24.
 3) Unfallverhütungsbericht 1968/69, S. 198.

dem Durchschnitt der gewerblichen Wirtschaft insgesamt²⁹. Auffallend ist daher, daß 1969 nur 8,5 % der Gesamtbeschäftigten in der BRD im Baugewerbe tätig waren, aber 16 % der „Gastarbeiter“³⁰.

Abb. 6 Häufigkeit der angezeigten Arbeitsunfälle (ohne Dienstwegunfälle) je 1000 Versicherte bei den ausländischen und deutschen Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft in den Jahren 1964 bis 1969



Quelle: Unfallverhütungsbericht 1968/69³¹.

29 Vgl. hierzu auch: Stuttgarter Nachrichten, 30. März 1971: „Von tödlichen Unfällen sind insbesondere Bauarbeiter bedroht. Nach den Angaben Hirrlingers (Arbeits- und Sozialminister, Baden-Württemberg, d. Verf.) ereignen sich 44 von 100 tödlichen Arbeitsunfällen auf Baustellen, auf denen aber nur 12 Prozent der Arbeitnehmer des Landes beschäftigt sind.“

30 Errechnet nach: Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1969, a.a.O., S. 17, und Unfallverhütungsbericht 1968/1969, a.a.O., S. 199.

31 Unfallverhütungsbericht 1968/1969, a.a.O., S. 86.

Auch zwischen den verschiedenen ausländischen Nationalitäten verlief die Entwicklung der Unfallhäufigkeit am Arbeitsplatz uneinheitlich. Vor allem die Spanier, aber auch die Griechen, zeigten seit 1964 die beiden niedrigsten Unfallraten, während bei den Italienern, den Jugoslawen und besonders den Türken die meisten Arbeitsunfälle registriert wurden (siehe Abb. 6).

In dieser Rangordnung der Unfallhäufungen bei Ausländern ist ferner zu berücksichtigen, daß die am stärksten Betroffenen, die Türken und Jugoslawen, die höchsten Frauenanteile haben. Da die Unfallhäufigkeit ausländischer Frauen seit Jahren kaum höher als bei bundesrepublikanischen liegt³², was wiederum mit den ausgeübten Tätigkeiten zusammenhängt, bedeutet dies eine zusätzliche Anhebung der männlichen Unfallquoten.

Bei den *tödlichen Arbeitsunfällen* zeigte sich für die gesamten ausländischen Beschäftigten in der BRD von 1964 bis 1967 eine steigende Tendenz (50 %), die allerdings bis 1969 wieder knapp unter den Ausgangswert herabgesunken war. Auch hier ereignete sich die Mehrzahl der Unfälle (über 50 %) im Baugewerbe. Unter den ausländischen Arbeitern hatten die Türken und die Italiener eine besonders hohe Anzahl tödlicher Unfälle zu verzeichnen. Im Gegensatz zum Verlauf bei Ausländern war die Rate der tödlichen Arbeitsunfälle bei bundesrepublikanischen Arbeitern, die generell wesentlich niedriger ist, bis 1969 um 21 % kontinuierlich zurückgegangen.

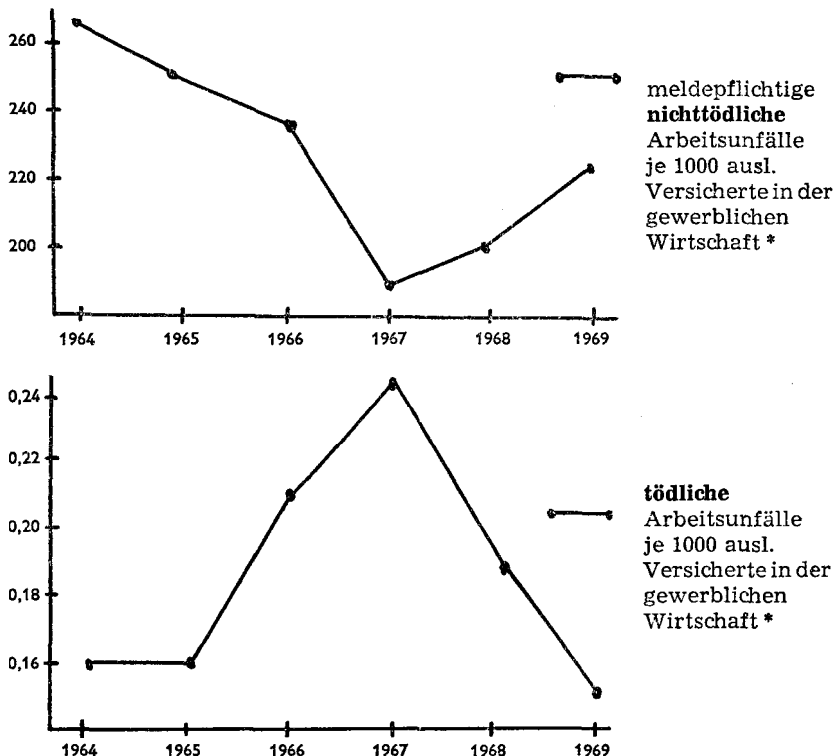
Aufmerksame Beobachtung erfordert schließlich der Zusammenhang von tödlichen und nicht-tödlichen meldepflichtigen Arbeitsunfällen bei den ausländischen Beschäftigten in der BRD. Die Durchschnittswerte beider Kurven zeigen nämlich genau entgegengesetzte Tendenzen. Während die nicht-tödlichen Unfälle zum Krisenjahr 1967 hin abfallen und mit der Konjunktur wieder ansteigen, zeigen die tödlichen Unfälle zunächst eine wachsende Entwicklung mit dem Höhepunkt ebenfalls bei 1967 und sinken danach erst wieder ab (siehe Abb. 7).

Von der Bundesregierung wird angenommen, daß der Anstieg der nicht-tödlichen meldepflichtigen Arbeitsunfälle seit 1967 wesentlich mit dem Zustrom neuer Arbeitskräfte aus dem Ausland korrespondiert³³. Diese Erklärung kann allerdings für die Entwicklung der tödlichen Arbeitsunfälle ganz offensichtlich nicht zutreffen, da 1967 — im Tal der Konjunktur — der Import der Arbeitskräfte nahezu vollständig gedrosselt wurde und darüber hinaus — wie von Siebrecht bereits 1965 prophezeit wurde — ein Großteil der bestehenden Arbeitsverträge nicht verlängert wurde, so daß sich der Anteil der ausländischen Beschäftigten an den Gesamtbeschäftigten in der BRD von 5,8 % (1966) auf 4,7 % (1967) verringerte. Wenn auch die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle nicht so groß ist, daß sie statistisch abgesicherte und weitreichende Aussagen zuläßt, so scheint an der Entwicklung der Unfälle mit Todesfolgen dennoch die Angst vor Entlassung,

32 Ebenda, S. 89 und 91.

33 Ebenda, S. 87.

Abb. 7



* Die Daten befinden sich in numerischer Form in Abb. 5, Spalte G¹⁾ bzw. G²⁾, Zeile „ausländische Beschäftigte (insges.)“.

jenes konstitutive Element des kapitalistischen Arbeitsverhältnisses, nicht unerheblich beteiligt zu sein. Es ist nämlich aus der Praxis der industriellen Arbeit bekannt, daß in Krisenzeiten häufig trotz leichterere Unfälle und Krankheiten weitergearbeitet wird, um das erhöhte Risiko des Arbeitsplatzverlustes zu reduzieren.

Die überdurchschnittliche Schwere und Häufigkeit der Arbeitsunfälle, von denen ausländische Beschäftigte betroffen sind, zeigt deutlich, daß die spezifische arbeitsmedizinische Betreuung dieser Gruppe noch immer extrem vernachlässigt wird. Allerdings reicht für den Abbau der hohen Unfallrate auch ein noch immer primär kurativ orientierter werksärztlicher Dienst nicht aus. In erster Linie ist das nämlich eine Frage der Prophylaxe, die die Bedingungen des instabilen Arbeitsverhältnisses, die Sprachschwierigkeiten, welche nicht schon durch formales Übersetzen beseitigt sind, sowie die gesellschaftliche Herkunft der Ausländer zu reflektieren und zu berücksichtigen hat. So stammen Griechen, Südtaliener, Spanier, Jugoslawen und vor allem Türken in der Regel aus Regionen, die

über weite Gebiete vorindustriell-agrarisch geprägt sind. Hier ist der Arbeitsprozeß weit weniger arbeitsteilig differenziert, die innergesellschaftliche Konkurrenz hat noch nicht jenen Grad erreicht, der die permanente gesellschaftliche Disziplinierung der Arbeitskräfte zum Zwecke der Kapitalverwertung erzwingt, und es fehlt dort für die Entwicklung des in allen Fugen der Gesellschaft vordringenden Kapitalverhältnisses noch die unentbehrliche Berechenbarkeit auch der privaten Sphäre. Die Kalkulation der industriellen Profitchancen verlangt indessen die disziplinierte Unterordnung der Arbeitenden unter einen Produktionsprozeß, der von ihnen kaum noch durchschaut werden kann, geschweige von ihrem initiativen Eingreifen abhängt. Das betrifft vor allem die ungelernten und angelernten Arbeitskräfte, zu welchen die große Mehrheit der ausländischen Arbeiter zählt. Der Import der Ware Arbeitskraft fordert von dieser den gerafften Nachvollzug der „industriellen Revolution“ mit jenen Konsequenzen, die — wenn auch unter anderen Bedingungen — im 19. Jahrhundert unter dem Komplex der „Sozialen Frage“ diskutiert wurden. Neben den Bedingungen des Arbeitsverhältnisses, den Sprachschwierigkeiten und der gesellschaftlichen Herkunft als mögliche Ursachen für die hohe Unfallrate der Ausländer am Arbeitsplatz scheint sich auch die These zu festigen, daß ausländische Arbeiter immer mehr mit Arbeitsvorgängen beschäftigt werden, die von ihren bundesrepublikanischen Kollegen wegen besonderer Gefährdung oder Verschmutzung gemieden werden.

Freilich reicht es nicht aus, bei dem Vergleich zwischen sozialökonomischen Daten und der Entwicklung von Arbeitsunfällen, wie sie sich in unterschiedlichen wirtschaftlichen Bereichen und gesellschaftlichen Gruppen darstellen, stehen zu bleiben. In der weiteren Analyse käme es nun darauf an, die Bedeutung des schwankenden Unfallgeschehens für die spezifischen Bedingungen der Kapitalverwertung zu ermitteln sowie jene politischen Institutionen auf ihre Interessengebundenheit zu untersuchen, die für den jahrelang vernachlässigten gesetzlichen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz verantwortlich zeichnen. Ebensovienig darf dabei die Kraft und der Einfluß der organisierten Arbeiterschaft unterschätzt werden, ohne die zwar der gegenwärtige Stand in der BRD nicht erreicht worden wäre, die aber weit mehr durchzusetzen vermag.

Dieter Frießem

Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland

Wenn *Lewis*¹ den Begriff „Gesundheit“, wie ihn die Weltgesundheitsorganisation definiert hat, nämlich als „... einen Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“², der Allgemeinheit und Inhaltslosigkeit geziehen hat, so scheint dieser Vorwurf allenfalls im Hinblick auf die subjektiven Gesundheitsbedürfnisse der in der kapitalistischen Industriegesellschaft abhängig Arbeitenden berechtigt zu sein. Er verliert jedoch schon an Gewicht, versucht man etwa mittels epidemiologischer Forschung objektive Gesundheitsbedürfnisse³ zu eruieren, weist offenkundige Mängel des westdeutschen Gesundheitswesens auf⁴ oder zieht gar in Erwägung, daß auch das Bedürfnis nach Gesundheit sowie alle anderen sog. Grundbedürfnisse der Arbeiter und Angestellten mit dem Stand der Produktivkräfte variieren⁵.

Angesichts der objektiv beschreibbaren Situation, in welcher sich ausländische Arbeiter in Westdeutschland befinden, wird jene Definition der WHO zur Anklage, da die allgemeinen Lebensumstände dieser relativ großen Immigrantengruppe mehr noch als deren Arbeitsbedingungen als pathogen betrachtet werden müssen.

I. Interpretation und Kritik bekannter Morbiditätsdaten

In scheinbarem Gegensatz zu solchen Überlegungen zeigen offizielle Statistiken, wie etwa das Ergebnis der jährlich durchgeführten Repräsentativerhebung der Deutschen Verbindungsstelle für zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen beim Bundesverband der Ortskrankenkassen, mit durchschnittlich 5,24 % Krankheitsfällen bei ausländischen Arbeitern einen immer noch niedrigeren Kranken-

1 Lewis, Aubrey: Health as a social concept. Brit. J. Sociol. 4, 109 (1953).

2 Zit. n. Redlich, F. C.: Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Mitscherlich, A. et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln/Berlin 1967, S. 88.

3 Pflanz, M.: Gesundheitsverhalten. Mensch u. Medizin 6, 173 (1965).

4 Deppe, H.-U., u. E. Wulff: Medizinische Versorgung und gesellschaftliche Arbeit, in: BRD—DDR, Vergleich der Gesellschaftssysteme. Köln 1971.

5 Friedeburg, L. v.: Soziologie des Betriebsklimas. Studien zur Deutung empirischer Untersuchungen in industriellen Großbetrieben. Frankfurt/Main 1963, S. 18.

stand⁶ als bei der Gesamtheit aller Versicherten (5,34 %) ⁷. Im Vorjahr betrug dieses Verhältnis sogar 4,71 % : 5,63 % ⁸.

Tab. 1: Krankenstand in % der in jeder Gruppe am 1. Oktober 1970 erfaßten Versicherten⁹

	Versicherte insgesamt		darunter			
	(In- und Ausländer)	Italiener	Griechen	Spanier	Türken	Jugoslaven
Männer	5,33	5,51	5,50	5,51	6,06	4,74
Frauen	5,37	6,49	5,10	5,65	6,96	4,78
Insgesamt	5,34	5,70	5,34	5,54	6,23	4,75

Die Nationalitätengliederung zeigt allerdings deutliche Unterschiede: Bei Jugoslaven ist der Krankenstand am niedrigsten, bei Türken am höchsten, ferner ist bei den ausländischen Arbeiterinnen die Krankenquote fast durchweg höher, bei Türkinnen und Italienerinnen sogar erheblich über jener aller versicherten Arbeiterinnen.

Diese Ergebnisse stimmen in etwa auch mit den von *Bingemer et al.*¹⁰ mitgeteilten überein. Sie widerlegen zunächst einmal das verbreitete Vorurteil über die angebliche Faulheit der Ausländer, die sich in häufigem Krankfeiern äußere.

Zur Interpretation dieser Daten gilt es vorab an die wesentlich günstigere Altersstruktur¹¹ der ausländischen Arbeiter zu erinnern, die zumeist zwischen 18 und 35 Jahre alt sind¹². Etwa 90 % sind jünger als 45 Jahre¹³, weshalb typische Alters- und Aufbrauchkrankheiten nur selten zur Behandlung kommen. Es addieren sich jene Auslesefaktoren, die aus der zunehmenden Verfeinerung des Anwerbe-

6 Vgl. dazu Stirn, H.: Der Aussagewert des Krankenstandes. *Beih. z. Zbl. Arbeitswiss.* 1963, S. 9—36.

7 Ausländische Arbeitnehmer. Beschäftigung, Anwerbung, Vermittlung — Erfahrungsbericht 1970. Hg. v. d. Bundesanstalt f. Arbeit, 25. August 1971 (fortan zit. als „Ausl. Arbeitn. 1970“), S. 21.

8 Ausländische Arbeitnehmer . . . — Erfahrungsbericht 1969. Ergebnisse der Repräsentativ-Untersuchung v. Herbst 1968. Hg. v. d. Bundesanstalt f. Arbeit, 28. August 1970. Beil. z. ANBA Nr. 8/1970 (fortan zit. als „Ausl. Arbeitn. 1969“), S. 20.

9 Ausl. Arbeitn. 1970, S. 21.

10 Bingemer, K., E. Meistermann-Seeger u. E. Neubert (Hrsg.): *Leben als Gastarbeiter. Geglückte und mißglückte Integration.* Köln/Opladen 1970, S. 153 ff.

11 Liegt jedoch eine Psychose oder Neurose bereits vor, so belasten Beruf und soziale Situation gerade die jüngeren Patientenjahrgänge mehr als die älteren. Vgl. dazu Spiegelberg, U., u. B. Betz: Sozial- und Erlebnisfeld bei Neurosen und Psychosen. *Z. Psychother. med. Psychol.* 20, 199 (1970).

12 Ausl. Arbeitn. 1969, S. 47.

13 Ebd.

und Vermittlungsapparates der westdeutschen Industrie im Ausland resultieren. Zu nennen sind hier vor allem die in zunehmendem Maße durchgeführten ärztlichen Untersuchungen (1969 wurde das Ergebnis des Vorjahres um das Zweifache¹⁴, 1970 um weitere 16 %¹⁵ überschritten) bei den Vermittlungseinrichtungen im Ausland, die nach „bewährten Auswahlgrundsätzen“¹⁶ die Bewerber selektieren. Dabei ist ein unterschiedliches Vorgehen in einzelnen Ländern bemerkenswert: So wurden beispielsweise im Jahre 1969 erstmals vermittelte Türken nahezu ausnahmslos ärztlich untersucht, $\frac{1}{10}$ sogar ein zweites Mal. Demgegenüber erstreckte sich die Untersuchungstätigkeit westdeutscher Musterungsärzte nur auf etwa 45 % der erstmals vermittelten Jugoslawen und auf etwas über 10 % der Italiener, nachdem es in den beiden letztgenannten Ländern gelungen war, Ausleseuntersuchungen auf einheimische Ärzte abzuwälzen, was vor allem in Jugoslawien zunächst auf „Anfangsschwierigkeiten“¹⁷ gestoßen war.

9 % aller Bewerber wurden im Jahre 1970 abgewiesen, fast die Hälfte wegen röntgenologisch nachgewiesener Lungenbefunde, weitere 12,5 % wegen pathologischer Laborbefunde¹⁸, wobei letztere einen nach Belieben manipulierbaren Ablehnungsgrund darstellen können, da Befunde wie etwa eine beschleunigte Blutsenkungsgeschwindigkeit unsicher zu interpretieren und als solche noch keine Diagnose darstellen. Interessant ist übrigens, daß „Störungen des Nervensystems und der Psyche“ im Jahre 1969 allein bei Tunesiern¹⁹ und 1970 mit 5,6 % nur bei Italienern als Ablehnungsgrund aufgeführt werden²⁰.

Was nun die Verteilung der Krankheiten anbelangt, an welchen ausländische Arbeiter in Westdeutschland leiden, so ist die Aussagekraft des vorhandenen statistischen Materials gering. Sieht man einmal davon ab, daß die von den Versicherungsträgern erarbeiteten Statistiken auf Angaben der untersuchenden Ärzte angewiesen sind, die oft mit Absicht vage formuliert sind, so spiegelt eine jede Aufschlüsselung derartiger Krankheiten Selektionsfaktoren der betreffenden Population wie auch solche bei der Diagnosenstellung wider. Epidemiologisch sind solche Daten nur von geringem Wert²¹ und gestatten allenfalls einen Vergleich zwischen einzelnen Ausländergruppen, ohne daß jedoch Aussagen zur Kausalität möglich wären. Gilt es doch zu bedenken, daß allein schon diejenigen ausländischen Arbeiter, welche hierzulande einen Arzt aufsuchen, Gefühls- und Entschei-

14 Ebd., S. 35.

15 Ausl. Arbeitn. 1970, S. 36.

16 Vgl. dazu Eimeren, W. v.: Gesichtspunkte und Probleme bei der medizinischen Auswahl ausländischer Arbeitskräfte und Praktikanten. Med. Sachverst. 65, 197 (1969).

17 Ausl. Arbeitn. 1969, S. 38.

18 Ausl. Arbeitn. 1970, S. 35 f.

19 Ausl. Arbeitn. 1969, S. 39.

20 Ausl. Arbeitn. 1970, S. 38.

21 Reid, D. D.: Epidemiologische Methoden in der psychiatrischen Forschung. Stuttgart 1966, S. 21.

dungsstufen²² durchlaufen haben, die gruppenspezifisch und nicht unbedingt mit denen westdeutscher Arbeiter vergleichbar sind. Solche Faktoren lassen eine jede Gruppe, an welcher Morbiditätsdaten erhoben worden sind, als eine nach erst noch zu ermittelnden Gesetzmäßigkeiten ausgelesene erscheinen und entziehen das so gewonnene statistische Material einem unmittelbaren Vergleich mit Morbiditätsdaten andersgearteter Populationen. Hat der ausländische Arbeiter aber erst einmal zu einem deutschen Arzt gefunden, so ist die Gefahr eines Fehldiagnostizierens seiner Leiden besonders groß angesichts der Sprachenschanke, die infolge Hemmung des Patienten, einen ihm zumeist unbekanntem Landsmann zwischen sich und den Arzt treten zu lassen, vielfach auch durch einen guten Dolmetscher nicht ganz überbrückbar ist, zumal jene spezifischen Termini und Metaphern einer Sprache, mit deren Hilfe die ganze Skala mißlicher Selbstwahrnehmungen verbalisiert wird, mitunter gar nicht übersetzt werden können. Der kranke Ausländer ist so gesehen ein Sonderfall jenes aus Gründen des differenten linguistischen Codes mißverstandenen „Unterklassen“-Patienten, auf den *Bernstein*²³ hingewiesen hat. Vor allem spezielle Formen der Ausgestaltung von Krankheiten (Pathoplastik)²⁴, die als landsmannschaftliche Typika deutschen Ärzten nur wenig vertraut sind, werden vielfach als psychogene, gar simulierte Leiden verkannt.

Befragungsergebnisse, wie die von *Bingemer* et al.²⁵, liefern hier noch ein wirklichkeitsnäheres Bild. Neben Grippe und Erkältung als häufigste Krankheit nannten ausländische Arbeiter in Köln Übelkeit, Magen- und Darmbeschwerden als nächst häufiges Leiden (33 % incl. Mehrfachnennungen), gefolgt von Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden (18 %), Traurigkeit und Bedrückung (13 %), Schwindelgefühl und Verwirrtheit (4 %) und venerischen Erkrankungen (2 %). Die Autoren bezeichnen 68 % dieser Krankheiten als psychogen bedingt oder mitbedingt und fanden Türken am häufigsten, Griechen am seltensten erkrankt.

Ergebnisse dieser Art bleiben gleichwohl unverbindlich, werden sie nicht insbesondere zur konkreten Situation der jeweiligen Arbeiterpopulation am Wohn- und Arbeitsplatz in Beziehung gesetzt. Solche Untersuchungen fehlen bezeichnenderweise, könnten sie doch das Material zu einer „industriellen Pathologie“^{25a} wie auch möglicherweise Strategien für eine Verhütung jener Krankheiten liefern^{25b}.

22 Lit. bei Pflanz, a.a.O.

23 Bernstein, B.: Social class, speech system and psychotherapy. Brit. J. Sociol. 15, 54 (1964).

24 Vgl. dazu Poeck, K.: Hypochondrische Entwurzelungsdepression bei italienischen Arbeitern in Deutschland. Dtsch. med. Wschr. 87, 1419 (1962).

25 Bingemer, a.a.O., S. 157.

25a Marx, K.: Das Kapital. 1. Buch, 4. Abschn., Kap. 12, 5. MEW 23, S. 384.

25b Die Komplexität des noch aufzudeckenden Ursache-Wirkungs-Gefüges läßt sich an Hand von Überlegungen zur Unfallhäufigkeit ausländischer Arbeiter aufzeigen, wie sie H.-U. Deppe in diesem Heft angestellt hat.

Eine gesonderte Erwähnung verdienen psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen, für deren Häufung Berichte in der Literatur²⁶, nicht zuletzt vorgenannte Befragungsergebnisse von *Bingemer et al.*, wie auch klinische Eindrücke²⁷ sprechen. Die Vielzahl psychosomatisch Erkrankter wird dabei nicht einmal psychiatrisch untersucht, sondern von internistischer Seite diagnostiziert und behandelt, was häufig zur Folge hat, daß die Ätiopathogenese nicht immer ausreichend abgeklärt, hingegen klinisch-chemische Befunde, die vielleicht nur mit dem Beschwerdebild koinzidieren, sich in den Vordergrund diagnostischer Überlegungen schieben und der Patient nur dann dem Nervenarzt vorgestellt wird, wenn Verhalten und Vorbringungsmodus seiner Beschwerden an eine Psychogenie denken lassen.

Den Kern des von ausländischen Arbeitern gebildeten Krankengutes der Großen Psychiatrie bilden Psychose kranke, vornehmlich solche vom endogenen Typ. Diese erscheinen anteilmäßig gehäuft, wobei statistische Belege noch ausstehen. Über die Gründe können nur Überlegungen spekulativer Art angestellt werden. Vielleicht finden sich schon gewisse prämorbidie Züge gehäuft bei den im Ausland Angeworbenen, die den psychiatrisch nicht ausgebildeten Musterungsärzten zudem entgehen. Zum anderen kann der Art und Weise, wie ausländische Arbeiter hier zu leben gezwungen sind, eine vielfältig psychotogene Wirkung unterstellt werden, deren einzelne Komponenten im zweiten Teil dieser Arbeit noch zu erörtern sind. An den Psychosen selbst fallen diverse Eigenheiten auf, die seitens der transkulturellen Psychiatrie²⁸ schon beschrieben worden sind. Die Pathoplastik einzelner Krankheitsbilder zeigt für uns oft eigenartig skurrile Züge sowohl im Verhalten als auch bezüglich der Denkinhalte besonders der Wahnkranken, die ohne ausreichende Kenntnis des sozio-kulturellen Kontextes²⁹ kaum analysierbar sind. *Risso*³⁰

26 Langmann, R.: Die Problematik ausländischer Arbeitnehmer aus ärztlicher Sicht. In: Jb. Akad. f. Staatsmedizin, Selbstverl. 1968, Düsseldorf, S. 36. — Mühlmann, W. E.: Soziologische und sozialpsychologische Probleme italienischer Gastarbeiter. Med. Sachverst. 63, 35 (1967). — Pflanz, M. et al.: Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern, ein transkultureller Vergleich. Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 2, 181 (1967). — Richter, K.: Psychologische Probleme und neurologisch-psychiatrische Erkrankungen der Gastarbeiter. Therapiewoche 8/1967, S. 228.

27 Der Verf. hat in der Krankenkartei der Psychiatrischen Klinik des Bürgerhospitals der Stadt Stuttgart, welches zur Erstaufnahme aller für stationär behandlungsbedürftig erachteter psychisch Kranker gehalten ist, seit Ende 1961 ca. 2000 Ausländer gefunden. Eine Berechnung der Inzidenzraten und korrelative statistische Aufarbeitung der Unterlagen steht jedoch noch aus.

28 Pfeiffer, W. M.: Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart 1971.

29 Vgl. z. B.: Katz, M. M. et al.: Studies of the diagnostic process: The influence of symptom perception, past experience, and ethnic background on diagnostic process. Amer. J. Psychiat. 125, 937 (1969), oder: Fundia, T. A.

hat beispielsweise den Einfluß eines „magischen Weltbildes“ auf die Gestaltung geistiger Störungen bei süditalienischen Patienten beschrieben und darüber hinaus den „Verhexungswahn“³¹ als ein charakteristisches psychopathologisches Syndrom bei in der Schweiz erkrankten süditalienischen Arbeitern herausgestellt.

Auffallend sind nicht zuletzt psychotische Episoden von nur wenigen Tagen Dauer und offenbar guter Prognose (*bouffées délirantes* der französischen Literatur), wie sie bislang vorwiegend an afrikanischen Patienten beobachtet wurden³². Solche „flüchtigen“ Psychosen sind oft schwer abgrenzbar gegenüber Ausnahmeständen (abnorme Reaktionen) aller Art, die ihres starken Ausdrucksgehaltes und ihrer Dramatik unter Einschluß hysteriformer Mechanismen vielfach als Psychosen verkannt werden³³.

Unter den depressiven Zuständen ausländischer Arbeiter vermißt der Psychiater vielfach den traurigen Affekt („*depressio sine depressione*“), vielmehr schiebt sich eine blande Apathie neben Klagen über mannigfaltige körperliche Beschwerden in den Vordergrund. Pfeiffer³⁴ hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß das Hervortreten der depressiven Symptomatik eine Besonderheit der europäischen Bourgeoisie sei, „während der ursprünglichere Mensch auf Schicksalsschläge und belastende Situationen mit einem leibnahen Gram antwortet“.

Die Depression als Syndrom, sei sie nun endogen, reaktiv oder endoreaktiv (*Weitbrecht*) aufgefaßt, entzieht sich beim ausländischen Arbeiter vielfach der Diagnose und wird erst erwogen, wenn dieser über Heimweh klagt. Der nostalgische Effekt, von Hofer 1688 als Neologismus in den wissenschaftlichen Sprachgebrauch eingeführt und von Jaspers³⁵ in seiner Dissertation mit einer spezifischen Kriminalität in Verbindung gebracht, ist bei allem historischen Wandel wahrscheinlich doch eine dominante pathogene Ursache³⁶, wenn auch

de et al.: Culture and psychiatric symptomatology: A comparison of Argentine and United States patients. *Social Psychiat.* 6, 11 (1971).

30 Rizzo, M.: Der Einfluß des magischen Weltbildes auf die Gestaltung geistiger Störungen bei süditalienischen Patienten. In: Petrilowitsch, N. (Hrsg.): Beitr. z. vgl. Psychiat. Basel/N. Y. 1967, Tl. II, S. 155 (Bibl. Psychiat. Neurol. 133; Akt. Fragen Psychiat. Neurol. Vol. 6).

31 Ders. u. W. Böker: Verhexungswahn. Basel/N. Y. 1964 (Bibl. Psychiat. Neurol. Fasc. 124).

32 Jilek, W. G., u. L. Jilek-Aall: Transient psychoses in Africans. *Psychiat. clin.* 3, 337 (1970).

33 Der psychogene Ausnahmestand stellt eine Möglichkeit normalpsychologischen Reagierens dar und ist als solcher grundsätzlich vom pathologischen Bereich zu trennen, wenngleich er auch Krankheitswert annehmen kann. Vgl. dazu Pfeiffer, a.a.O., S. 4.

34 Pfeiffer, a.a.O., S. 51.

35 Jaspers, K.: Heimweh und Verbrechen. In: *Ges. Schr. z. Psychopathologie.* Bln/Gött./Heidelbg. 1963, S. 1.

36 Zwingmann, Ch.: Die Heimwehreaktion alias pathopatridalgia. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 201, 456 (1960).

selbst wieder ausgelöst durch den brusken Wechsel von Umgebung, Arbeits- und Lebenssituation.

II. Immigration und Krankheit

Die erwähnten, hier nur kursorisch mitgeteilten kasuistischen Beobachtungen leiten zu einer generellen Betrachtung über, die zugleich die Vielfalt der Dimensionen vergegenwärtigen soll, die eine künftige, vor allem sozialpsychiatrisch orientierte Erforschung der Lage der ausländischen Arbeiter in Westdeutschland wird einbeziehen müssen.

Die Ausländerarbeit stellt formalsoziologisch einen Sonderfall der Migration³⁷ dar, und zwar eine zumeist zeitlich begrenzte, kontinentale Migration. Die Wanderungsbewegung der ausländischen Arbeiter ist zwar durch subjektive Freiwilligkeit gekennzeichnet, jedoch durch objektive Struktureigentümlichkeiten der westeuropäischen kapitalistischen Wirtschaft auch erzwungen. Zudem haben viele ausländische Arbeiter zwar nicht die erklärte Absicht, sich dauernd in Westdeutschland niederzulassen, tendieren jedoch zu einem solchen Verhalten. Immerhin hielten sich im Herbst 1968 20 % der Männer und 13 % der Frauen seit ihrer erstmaligen Einreise sieben Jahre und länger ununterbrochen in Westdeutschland auf, und 90 % aller ausländischen Arbeiter wollte auf Befragung „noch längere Zeit“ dort bleiben³⁸. Insofern liegt zumindest tendenziell eine Immigration vor.

Insbesondere die psychischen Folgen solcher Immigration sind seit der Jahrhundertwende immer wieder Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Schon 1903 fand *Robertson*³⁹ in kalifornischen Heil- und Pflegeanstalten mehr eingewanderte als einheimische Patienten. *Ödegaard*⁴⁰ fand die Rate an Psychosen unter norwegischen Einwanderern im Staate Minnesota höher als unter der nordamerikanischen Bevölkerung. In Frankreich wurden vor allem unter nach Paris immigrierten Nordafrikanern höhere Erkrankungsziffern an allen psychischen Erkrankungen gefunden als unter der eingesessenen Pariser Bevölkerung⁴¹. *Hare*⁴² hat die Feststellung verallgemeinert und mit

37 Beijer, G.: Art. „Wanderungen“, in: Bernsdorf, W. (Hrsg.): Wtb. d. Soziologie, Stuttg. 1969, S. 1261. — Hoffmann-Nowotny, H.-J.: Migration. Ein Beitr. z. einer soziologischen Erklärung. Stuttgart 1970. — Jansen, C. J.: Readings in the sociology of migration. Oxford etc.: Pergamon 1966. — Murphy, H. B. M.: Flight and resettlement. UNESCO 1955 (Population and culture, 11.).

38 Ausl. Arbeitn., S. 48 f.

39 Zit. n. M. Pfister-Ammende: Psychologie und Psychiatrie der Internierung. In: Gruhle, H. W. et al. (Hrsg.): Psychiat. d. Gegenw. Bd. III, S. 771.

40 Ödegaard, Ö.: Emigration and insanity. A study... Acta psychiat. Scand., suppl. 4 (1932).

41 Lit. bei Pflanz, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 28, 471 (1960).

42 Zit. n. Pflanz, ebd.

der sozialen Isolierung der Immigranten in Verbindung gebracht. Diese ist vor allem Folge sprachlicher Isolierung, der Wohnsituation und von Vorurteilen, welche den ausländischen Arbeiter psychisch und auch de facto in ein Gettodasein zwingen. Insofern weist seine soziale Situation ganz ähnliche Bedingungen auf, wie sie politisch Verfolgte, Heimatvertriebene und Emigranten auf sich nehmen müssen⁴³.

Ein solcher Vergleich erscheint keineswegs übertrieben angesichts des politischen Drucks, den vor allem die Regierungen der faschistisch beherrschten Entsendeländer, gestützt auf eigene Agenten, westdeutsche Polizei und ein grundgesetzwidriges Ausländerrecht⁴⁴, auf ihre Landsleute ausüben. Solche Momente, die Angst und Unsicherheit erzeugen müssen, potenzieren die bereits vorhandene kommunikative Isolierung und wirken damit gerade hemmend auf die immer wieder geforderte „Integration“ der euphemistisch als „Gastarbeiter“ Bezeichneten.

Bingemer et al.⁴⁵ fordern beispielsweise „interaktionistische Integration“, d. h. Anpassung durch wechselseitige Beeinflussung zwischen Ausländern und autochthoner Bevölkerung, wobei Mehrheit und Minderheit in einem Prozeß ständiger gegenseitiger Interaktion stehen sollen. Dieses Modell kommt einem dynamischen Konzept von Akkulturation⁴⁶ gleich, bei welcher fremde kulturelle Güter und Werte unter Wahrung des Bewußtseins der betreffenden Gruppeneigenart aufgenommen werden sollen. Dem steht der Prozeß der Assimilation⁴⁷ gegenüber, der sozialpsychologisch durch ethnische Selbstentfremdung gekennzeichnet ist. Die Wirklichkeit des sogenannten Gastarbeiterdaseins entlarvt jedoch die Hilflosigkeit und Realitätsblindheit solcher Modelle: Der ausländische Arbeiter kann nicht einmal zwischen gettoartiger Segregation in der Sammelunterkunft und rigoroser Assimilation unter Aufgabe selbst unwesentlicher landmannschaftlicher Eigenheiten wählen.

Insgesamt erscheint das Leben der ausländischen Arbeiter in Westdeutschland geradezu als ein — wenn auch unter anderen Vorzeichen angestelltes — Experiment des Monopolkapitals, an welchem sich die Bedeutung gesellschaftlicher Determinanten vor allem für psychische

43 Poeck, a.a.O., S. 1424.

44 Vgl. hierzu Heldmann, H. H. et al.: Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt: Suhrkamp 1971 i. Vorber., ferner die „Argumentation zur Wertbasis“ in: Buchholz, F. et al: Pilot-Study zur Wohnraumversorgung ausländischer Arbeitnehmer in Baden-Württemberg. Arch. Nr. 13/14 (1971) (Universität Stuttgart): Die Einengung des Verfassungsrechts als definiertes Bürgerrecht in Art. 8 ff. GG hat eine rechtliche Isolierung der Ausländer zufolge, die sich auf fast allen Ebenen der Gesetzgebung verfolgen läßt.

45 Bingemer, a.a.O., S. 19 f.

46 Mühlmann, W. E.: Akkulturation. In: Wtb. d. Soziol., a.a.O., S. 13. — Ferner: Fabrega, H. jr.: Social psychiatric aspects of acculturation and migration: a general statement. *Comprehens. psychiat.* 10, 314 (1969).

47 Mühlmann, W. E.: Art. „Assimilation“. In: Wtb. d. Soziol., a.a.O., S. 58.

Krankheiten zugleich demonstrieren und untersuchen läßt. Viele Zusammenhänge, die bereits andernorts⁴⁸ empirisch belegt wurden, lassen sich auf die Situation der ausländischen Arbeiter zumindest arbeitshypothetisch anwenden oder liefern eine vorläufige Erklärung für das Auftreten einer Reihe psychischer Krankheitsbilder. Vor allem jene Faktoren, welche sozialpsychiatrisch-epidemiologischen Forschungen zufolge mit gehäuftem Auftreten von Psychosen korrelieren⁴⁹, wirken zugleich auch massiv auf ausländische Arbeiter ein und bestimmen mehr oder weniger deren Lebens- und Arbeitsverhältnisse. Eliminiert aus einer zumeist bäuerlichen Form des Lebens und Produzierens⁵⁰, haben sie den „Idiotismus des Landlebens“ (Marx)⁵¹ gegen die Lohnarbeit, die eine Konkurrenz aller gegen alle auf dem Arbeitsmarkt bedeutet, eingetauscht. Die industrienahen Wohnheime, Behelfs- und Sammelunterkünfte, in welchen 1968 34 % der Männer und 13 % der Ausländerinnen zu wohnen sich gezwungen sahen⁵², übertreffen vielfach noch jene slum-ähnlichen Areale, unter deren Bewohner Häfner⁵³ gehäuft schizophrene Erkrankte fand. Geplagt von der Angst⁵⁴ vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, der um der „Elastizität des Arbeitsmarktes“⁵⁵ willen zumeist nur durch Jahresverträge gesichert ist⁵⁶, wagen zudem 53 % der verheirateten ausländischen Arbeiter ihre Familien nicht nachkommen zu lassen⁵⁷, vielleicht schon deshalb nicht, weil sie diese nicht Verhältnissen aussetzen wollen, deren Unwürdigkeit sie täglich erleiden müssen, ohne eine Alternative zu sehen.

Aus Raumgründen mußte dieser hier gegebene Überblick wichtige Bereiche und Fragestellungen unerörtert lassen. Im einzelnen seien

48 Vgl. die Zusammenstellung bei Pflanz, a.a.O., S. 501.

49 Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, daß solche Ergebnisse zunächst nur Angaben über das Ausmaß, in dem zwei oder mehr variable Merkmale voneinander abhängig streuen, gestatten, nicht jedoch solche über Kausalzusammenhänge. Aus diesem Grunde darf auch die Frage nach einer möglichen Soziogenie bzw. Psychogenie von Psychosen noch nicht als beantwortet betrachtet werden.

50 Im Jahre 1970 kamen beispielsweise über drei Viertel der Italiener aus dem kaum industrialisierten Südtalien einschl. Sardinien und Sizilien, 54 % der Griechen aus Nordgriechenland, 49 % der Türken aus Mittel- und Westanatolien (incl. Ankara) usf. Ausl. Arbeitn. 1970, S. 25 f.

51 Marx, K., Manifest . . . , MEW 4, S. 465.

52 Ausl. Arbeitn. 1969, S. 69 f.

53 Häfner, H.: Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse. Z. Psychother. med. Psychol. 19, 85 (1969).

54 Vgl. dazu H. Häfner u. W. Ranabauer: Angst, Terror und ihre Folgen in medizinischer Sicht. In: Wiesbrock, H. (Hrsg.): Die politische und gesellschaftliche Rolle der Angst. Frankfurt a. M. 1967.

55 Ausl. Arbeitn. 1970, S. 4.

56 Tatsächlich war beispielsweise Ende September 1967 die Zahl der ausländischen Arbeiter infolge rezessionsbedingter Entlassungen um 24,5 % gegenüber dem Vorjahr gesunken. Ausl. Arbeitn. 1970, S. 3.

57 Ausl. Arbeitn. 1969, S. 64.

lediglich aufgezählt: Kriminalpsychiatrie⁵⁸, Mechanismen der Vorurteilsbildung gegenüber Ausländern⁵⁹, psychopathologische Probleme des Bilingualismus⁶⁰, Schulwesen für Ausländerkinder⁶¹, Reintegration in die Herkunftsgesellschaft nach Rückkehr sowie präsumtive Probleme einer zweiten Emigrantengeneration.

III. Zusammenfassung

Seit Beginn der 60er Jahre dient das Arbeitskräftepotential der industriell schwächer entwickelten kapitalistischen Länder, aber auch das des sozialistischen Jugoslawien, in steigendem Maße als Rekrutierungsquelle für einen Teil der industriellen Reservearmee⁶² des westdeutschen Kapitals. Rückständigkeit und regionale Disproportionierung der Wirtschaft erzeugen andererseits in den Emigrationsländern Arbeitslosigkeit und soziale Not⁶³, während die Immigranten selbst ein „neues Proletariat“ zu bilden beginnen, das weniger Rechte besitzt und die weniger qualifizierten Arbeiten erledigt⁶⁴. Dieser Prozeß schwächt die Arbeiterklasse und beeinträchtigt ihre Emanzipationsmöglichkeiten durch Ausbildung eines pseudoarokratischen Bewußtseins. Dieses verdrängt zusammen mit der bürgerlichen Öffentlichkeit das Los der ausländischen Arbeiter, welches nur zu sehr an das der „Fremdarbeiter“ unter dem deutschen Faschismus erinnert. Demgegenüber wurde hier versucht, ein Bild von der Gesundheitssituation dieser Arbeiter im Kontext ihrer sozialen und politischen Situation zu zeichnen, die im Vergleich zu jener der westdeutschen Arbeiterklasse als höhnischer Anachronismus erscheint.

58 Vgl. hierzu Nann, E.: Die Kriminalität der italienischen Gastarbeiter im Spiegel der Ausländerkriminalität. Hamburg: Kriminalistik 1967 (Kriminol. Schr.-Reihe d. Dt. Kriminol. Ges. 28.).

59 Vgl. hierzu: Baeyer-Katte, W. v. et al. (Hrsg.): Vorurteile. Ihre Erforschung und ihre Bekämpfung. Frankfurt/M. 1964 (Polit. Psychol. Bd. 3). — Sodhi, K. S., u. R. Bergius: Nationale Vorurteile. Berlin 1953. — Ferner: Bergius, R. et al.: Urteile deutscher Arbeitnehmer über Völker in Relation zur Zahl ihrer ausländischen Bekannten. Psychol. Beitr. 12, 241 (1970) u. 13, 485 (1970). — Heinerth, K.: Untersuchungen zur Vorurteilhaftigkeit im Verhalten deutscher gegenüber ausländischen Arbeitern. Phil. Diss. Tübingen 1968.

60 Vgl. hierzu die Hinweise bei Hartig, M., u. U. Kurz: Sprache als soziale Kontrolle. Frankfurt/M. 1971, S. 193 ff.

61 Vgl. dazu die Denkschrift „Schule für ‚Gastarbeiterkinder‘ in der BRD“, „Action 365“, Ausländerdienst Frankfurt am Main, vervielf. 1969. — Koch, H. R.: Gastarbeiterkinder in deutschen Schulen. Königswinter: Vlg. f. Sprachmethodik 1971. — Munz, E.: Die Schule, der Schularzt und das fremdsprachige Kind. Z. Präy.-Med. 8, 11 (1963).

62 Marx, K., Das Kapital, 1. Buch, 7. Abschn., 23. Kap., 3. MEW 23, S. 661.

63 Elsner, L.: Fremdarbeiterpolitik in Westdeutschland. Berlin 1970, S. 38 f.

64 Cinanni, P.: Emigration und Imperialismus. Zur Problematik der Arbeitsemigranten. München: Trikont o. J.

Erich Wulff

Der Arzt und das Geld

Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung

Das Thema, das hier behandelt werden soll, verstößt gegen ein Tabu, das von den ärztlichen Standesorganisationen in der BRD sorgsam gegen jede Verletzung gehütet wird. Von Geld zu reden, gilt als unfein, besonders unter denjenigen Ärzten, deren Jahreseinkommen sechs- bis siebenstelligen Ziffern erreichen. Nach dem MEDINFO der Medizinischen Fachschaft Giessen vom 1. 12. 1970 antwortete Prof. Voßschulte, Direktor der dortigen Chirurgischen Klinik, auf Fragen von Studenten nach Größe und Art seines Einkommens: „Wer nach so etwas fragt, hat keine Kinderstube, und wer auf solche Fragen antwortet, der muß ja irrsinnig sein. Man spricht darüber nicht, weil dieses Thema in den Bereich des Ethischen fällt¹.“ Wer gar in der Öffentlichkeit die Vermutung äußert, daß Geld in irgendeiner Weise auf die Arzt-Patient-Beziehung Einfluß nehmen könnte, wird von den ärztlichen Standesorganisationen und den Chefärzten der Krankenhäuser als eine derartige Bedrohung empfunden, daß er damit rechnen muß, seine Arbeitsstelle zu verlieren².

Die Verleugnung selbst der Möglichkeit, daß finanzielle Motive des Arztes die Arzt-Patient-Beziehung beeinflussen könnten und die damit verbundene ideologische Bestimmung der Rolle des Arztes als

1 MEDINFO Giessen, Herausgeber Fachschaft Medizin, 1. 12. 1970, S. 13.

2 Siehe hierzu in diesem Heft den Bericht von Mausbach: „Eine gescheiterte Disziplinierung“. Dabei ist wichtig, daß Mausbachs Behauptungen sich im Fernsehen, zur besten Sendezeit, an eine potentiell kritische Öffentlichkeit richteten. Dagegen hatte Prof. Schulten, Ordinarius für Innere Medizin in Köln, ohne mit den amtlichen Standesorganisationen Schwierigkeiten zu bekommen, bereits vor Jahren in seinem Buch „Der Arzt“ davon gesprochen, welche „ungeheure Versuchung die Krankheitsfälle darstellen, die man sowohl konservativ als auch operativ“ (d. h. gegen höheres Honorar) „behandeln kann“. Schulten fuhr fort: „Wohlhabende Patienten ahnen offenbar gar nicht, eine wie große Gefahr ihr Reichtum hier bedeuten kann. Dieser Versuchung dürfte wohl jeder Arzt schon gegenübergestanden haben.“ (Schulten, H.: Der Arzt x 3^e edition. S. 145. Thieme-Verlag, Stuttgart 1966.) Schultens Buch erschien in einem medizinischen Verlag in einer sehr begrenzten Auflage. Dieser Punkt erscheint mir bemerkenswert: Man könnte vermuten, daß es keineswegs bloß der Inhalt einer unbequemen Kritik ist, der den Apparat der berufsständischen, staatlichen und juristischen Repression in Bewegung bringt, sondern vielmehr ihre evtl. politische Wirksamkeit, die sehr eng mit dem gewählten Publikationsmittel und der Zahl der Menschen, die von diesem erreicht werden können, zusammenhängt.

unermüdlichem und selbstlosem Helfer der Kranken sind allerdings Produkte einer langen historischen Entwicklung. Noch um die Jahrhundertwende redeten die Ärzte viel unbefangener vom finanziellen Vorteil als Motivation ihres Handelns. Freud schrieb am 10. 2. 1868 seiner späteren Frau Martha Benarys, der „Hauptvorteil“ der unentgeltlichen Ordination in öffentlichen Spitälern läge „im Namen als Spezialist, den man sich so erwirbt“³, in einem Namen also, der sich später in klingende Münze verwandeln läßt. Aus diesem Grunde blieb auch später, zu Beginn des Jahrhunderts, das Gehalt, das nun von der öffentlichen Hand für die Wahrnehmung von Krankenhausfunktionen gezahlt wurde, noch verhältnismäßig gering. Dafür war bei den leitenden Ärzten die Arbeitszeit auch sehr knapp bemessen und blieb unkontrolliert. Die Hauptidee der Privatpraxis — in Frankreich gehörten dazu Privatkliniken, in Deutschland die Privatstationen, deren Betriebskosten von der öffentlichen Hand getragen wurden. So wurden die Patienten nach ihren Zahlungsmöglichkeiten unterschieden und in zwei Gruppen eingeteilt, die meist auch an verschiedenen Orten oder zu verschiedenen Zeiten behandelt wurden: Es gab hier die Zahlenden und dort die Gratis-Patienten als Empfänger ärztlicher Wohltätigkeit. Die ersteren stellten die direkte Quelle für den Wohlstand des Arztes dar, die letzteren dienten dazu, ihm ein Renommée zu schaffen oder aber auch, das „Material“ für seine wissenschaftlichen Arbeiten und seinen akademischen Unterricht abzugeben. Man kann sich die Zustände während dieser Epoche — d. h. vor der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung — kaum mehr richtig vorstellen. Eine vergleichbare Situation existiert aber noch in einer Reihe von Ländern der dritten Welt, wo die Strukturen der kolonialen Medizin mit sehr wenig Änderungen weiterbestehen. Im von den Amerikanern kontrollierten Süd-Vietnam (in Saigon, Hue, Danang, Nhatrang) sehen die Arztpraxen aus wie Kaufläden. Riesige Schilder, in denen der Arzt seine Fertigkeiten und Auslandsdiplome anpreist, weisen den Weg zu den Konsultationsräumen. Nahezu alle diese „frei praktizierenden“ Ärzte sind eigentlich Staatsbeamte, die sich verpflichtet haben, ihre ganze Arbeitskraft der Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern zu widmen, die sie jedoch in Wirklichkeit nur sporadisch besuchen. Je nach Zahlungskraft der Bevölkerung haben diese Ärzte relativ wenige gut zahlende Patienten, mit denen sie sich relativ lange Zeit, und relativ viele schlecht zahlende Patienten, mit denen sie sich jeweils nur sehr kurze Zeit beschäftigen. Die völlig zahlungsunfähigen Patienten werden meist in den Ambulanzen der Spitäler von Krankenpflegern abgefertigt und dem Arzt nur vorgestellt, wenn es sich um „wissenschaftlich interessante Fälle“ handelt. In die Privat-Praxis kommen sie ohnehin nicht. Frantz Fanon berichtet, daß Kolonialärzte bei der überaus günstigen Marktsituation, die durch die Unkenntnis der Patienten noch verbessert wurde, vor

³ Freud, S.: Briefe 1873—1939, S. 204. S. Fischer-Verlag, Frankfurt/M 1960.

regelrecht betrügerischen Praktiken nicht zurückgeschreckt sind, wie z. B. dem Anbieten dreierlei völlig gleichartiger — und völlig unwirksamer — physiologischer Kochsalzinjektionen zu verschiedenen hohen Preisen⁴. Hier wurde noch nicht einmal ein Dekorum gewahrt. Die Ideologie von der Irrelevanz finanzieller Motive für das Arzt-Patient-Verhältnis wird also rasch aufgegeben, wenn sie durch die gesellschaftlichen Verhältnisse ohnehin widerlegt und dementsprechend funktionslos geworden ist — und wenn zudem die Möglichkeiten zum Profit nahezu unbegrenzt und unkontrolliert sind.

Im Jahre 1883 wurde in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Damit begann auch das Vergütungssystem der Ärzte sich zu verändern. Den Arbeitern — zunächst nur in der Industrie — wurde ein Teil ihres Arbeitslohnes als Krankenversicherungsbeitrag einbehalten. Ein gleich großer Anteil wurde vom Betriebseigentümer beigesteuert, der allerdings in dessen Bilanz als Teil der Produktionskosten einging. Der Lohnanteil des Krankenversicherungsbeitrages durfte 11 % nicht überschreiten. In Wirklichkeit sind natürlich beide Anteile des Krankenkassenbeitrages — derjenige der Unternehmer und derjenige der Arbeiter — Lohnanteile, und ihre Unterscheidung in „Arbeitnehmerbeitrag“ und „Arbeitgeberbeitrag“ entspricht einer abstrakten Rechnung, die von der Bismarckschen Gesetzgebung eingeführt wurde. Durch diese Beiträge konnten Krankenhauskosten, Arzneikosten, Tagegelder für die arbeitsunfähigen Kranken sowie die Arzthonorare getragen werden. Diese Mittel wurden verwaltet von Krankenkassengremien, in die paritätisch Vertreter der Unternehmer und Vertreter der Arbeiter hineingewählt wurden. Dabei wurde die Unternehmer-Kontrolle durch deren finanziellen Beitrag gerechtfertigt. Es ist interessant zu vermerken, daß bei den Ersatzkassen, bei denen fast ausschließlich Angestellte versichert waren, in den entsprechenden Entscheidungsgremien nur die Arbeitnehmervertreter saßen. In den Betriebskrankenkassen hingegen, die den Arbeitern einige zusätzliche Leistungen boten, war hingegen der Einfluß der Arbeitnehmer in der Krankenkassenverwaltung dadurch begrenzt, daß die 50 % Unternehmerstimmen von einer einzigen Person, d. h. immer en bloc, abgegeben werden mußten. Die Entscheidungsgremien der Krankenkassen schließen Verträge mit den Ärzten und den Krankenhausträgern ab. Sie entscheiden aber auch, für welche Arten von Krankheiten überhaupt Vergütungen gewährt werden. So wirken sie bei der Bestimmung des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffs entscheidend mit. Daraus ergibt sich das Interesse der Unternehmer, hier mitzureden.

Während der ersten Zeit ihres Bestehens schlossen die einzelnen Krankenkassen Verträge mit jedem einzelnen Arzt ab, der für sie arbeitete. Nach dem Ersten Weltkrieg fanden sich die Ärzte jedoch zu Interessenverbänden zusammen. Der Interessenverband, der die Kassenärzte vertrat (die Kassenärztliche Vereinigung, KV) handelte

4 Fanon, F.: Aspekte der algerischen Revolution, S. 91. Frankfurt/M. 1969.

jetzt Kollektivverträge mit den Krankenkassen aus. Die Kassenärztliche Vereinigung konnte sich bald den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erkämpfen. Außer der Aushandlung der Verträge mit den Krankenkassen übernahm sie auch die Aufgabe, die eingenommenen Gelder gerecht unter ihre Mitglieder zu verteilen. Zu Beginn des Bestehens der Krankenkassen gehörten ihnen nur 10 % der Bevölkerung an. Die Kassenhonorare stellten also zu dieser Zeit nur einen sehr kleinen Anteil des Gesamteinkommens der Ärzte dar. Dieser Prozentsatz wuchs jedoch schon 1911 auf 30 % an, und zwar deshalb, weil die Versicherungspflicht auch auf die mittleren Löhne der Arbeiter ausgedehnt wurde. Heutzutage sind alle Angestellten und Arbeiter, die bis zu DM 1450,— verdienen, sowie ihre Familien bei den Krankenkassen versichert. 80 % der Bevölkerung der BRD gehören dazu⁵. Es handelt sich dabei jetzt nicht nur um Arbeiter, sondern auch um kleine und mittlere Angestellte. Die Kassenpatienten sind jetzt also zur Haupteinnahmequelle der meisten Ärzte geworden — eine Ausnahme bilden nur noch die Chefärzte der Universitätskliniken und der sehr großen städtischen Krankenhäuser, die vor allem an ihren Privatpatienten verdienen.

Trotz vieler Verbesserungen, die das Krankenkassensystem für die Arbeiter mitbrachte, blieb also die Unterscheidung in zwei Kategorien von Kranken bestehen: Privatpatienten, die ihre Rechnung selbst bezahlen (diese können sich privat versichern lassen und bekommen dann einen Teil ihrer Arztrechnung erstattet), und solche Patienten, die auf Krankenschein behandelt werden. Die Kassenpatienten traten also die Nachfolge der früheren armen Kranken an, die vorher in den Spitälern umsonst behandelt worden waren. Dabei darf ein Unterschied allerdings nicht vergessen werden: Diese Kassenpatienten waren jetzt zum Haupttätigkeitsfeld und zur Haupteinnahmequelle der meisten Ärzte geworden.

Es ist unmöglich, hier die historische Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik nachzuzeichnen und auch den Gründen nachzugehen, die Bismarck seinerzeit veranlaßten, diese Einrichtung zu schaffen. Die Errichtung der Krankenkasse wurde zunächst von einigen Ärzten mit Zustimmung begrüßt, besonders von denjenigen, deren Privatpraxis vorher nicht gut florierte und die am ehesten dazu bereit waren, Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Diese Verträge ließen ihnen überdies ja volle Freiheit für privatärztliche Tätigkeiten. Die Ärzte mit „guter Privatpraxis“ zeigten sich zunächst wenig interessiert. Diese neutrale Einstellung änderte sich jedoch mit der Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung rapide. Zunächst versuchen die Ärzte mit gutgehender Privatpraxis, gegen diese Ausdehnung zu kämpfen. Als sie sahen, daß dieser Kampf verloren war, taten sie alles, sich in das System integrieren zu lassen, d. h. die Kassenzulassung zu erreichen. In der Angst, ihre Einkünfte könnten schwinden, sammelten sie sich in verschiedenen Interessenverbänden, darunter dem Hartmann-

5 Braunsdorf, M.: Das Argument 60 (1970), S. 125.

Bund, die bereits 1913 einen ersten Streik organisierten⁶. Diese Arbeitskämpfe hatten zum Ziel, von den Kassen höhere Honorare gezahlt zu bekommen⁷. Bei den Ärzten selbst ergab sich dabei eine Spaltung: Die bereits etablierten Kassenärzte versuchten, die Zulassung zu einer Kassenpraxis möglichst schwierig zu gestalten. Die noch nicht zugelassenen Ärzte versuchten, die Zulassung als Kassenarzt für jeden niedergelassenen Arzt durchzusetzen. Erst Mitte der fünfziger Jahre wurde dieser Kampf durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes entschieden. Danach hat schließlich jeder approbierte Arzt, der bestimmte Ausbildungsvoraussetzungen erfüllt, das Anrecht auf eine Kassenpraxis. Seit diesem Zeitpunkt war die Einheitsfront der niedergelassenen Ärzte wieder hergestellt. Seither besteht bei den ärztlichen Standesorganisationen die Tendenz, die Zahl der Medizinstudenten möglichst klein zu halten und das Einkommensniveau der Arztpraxen aufrechtzuerhalten oder möglichst noch weiter ansteigen zu lassen. Diese Politik drückt sich darin aus, daß die ärztlichen Standesorganisationen vom Medizinstudium abraten; der Erfolg solcher Bemühungen läßt sich an dem Numerus clausus für Studienanfänger der Medizin ablesen.

Diese Entwicklung zeigt, daß die ärztlichen Standesvertretungen sich in ihrer Berufspolitik durchaus auch von ökonomischen Interessen leiten lassen und dabei die Sorge um ein vertretbares Arzt-Patient-Verhältnis, das ja zwangsläufig auch von der Arztdichte und damit vom vertretbaren Zeitaufwand für jeden einzelnen Patienten abhängig ist, an die zweite Stelle verwiesen haben. So mußten sowohl die angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung als auch ein personalisiertes Arzt-Patient-Verhältnis, was die Kassenpatienten angeht, zu kaum erfüllbaren moralischen Forderungen werden, denen die Ärzte unter den gegebenen Verhältnissen — d. h. bei der Beibehaltung der Priorität für die Wahrung bzw. Verbesserung ihres ökonomischen Besitzstandes — nur nach besten Kräften nachstreben konnten, ohne sie jemals ganz zu erreichen. Diesen offensichtlichen Widerspruch zwischen ärztlicher Ideologie und ärztlichem Besitzstreben zu verdecken, wurde zunehmend zu einer der wichtigsten Aufgaben der ärztlichen Standesvertretungen. Erleichtert wurden sie durch eine zunehmende Professionalisierung der ärztlichen Funktionäre, von denen immer mehr hauptamtlich arbeiteten. Dadurch entstand eine Funktionsteilung: Die Funktionäre mußten immer mehr ökonomische Privilegien für den ganzen Ärztestand erkämpfen, von dem sie als Bürokraten oder gar Gewerkschaftler dafür belächelt und manchmal auch verachtet wurden. Dies erlaubte den anderen, den praktizierenden Ärzten, den so erreichten

6 Fohlmeister, I.: Die Funktion der Medizin im Kapitalismus, S. 8—9. Pahl-Rugenstein-Verlag, Köln 1970.

7 E. Hartmann — der Gründer des Hartmannbundes ist einer der ersten deutschen Arztfunktionäre — schrieb am 25. 7. 1900: „Bis jetzt haben wir immer von der Ehre und der Würde unseres Berufsstandes gesprochen. Aber ich sage Ihnen, auf das Geld, auf das Geld kommt es an.“ Zit. nach Geist, M.: Der Volkswirt, 21 (1967), Nr. 20, S. 894.

Status als eine Art Naturgegebenheit hinzunehmen und von diesem ohne ihre Mitwirkung zustande gekommenen Boden den Maximen der ärztlichen Ethik nach Kräften, wenngleich immer vergeblich, nachzueifern. War die Verwirklichung der ethischen Maximen gerade aufgrund der standespolitisch erkämpften Bedingungen nicht möglich, so waren eben nicht die Ärzte und schon gar nicht der einzelne Arzt, sondern nur „die Verhältnisse“ daran schuld. Diese Arbeitsteilung zwingt also den praktischen Arzt, falls er seine Ideologie von der personalen Natur des Arzt-Patient-Verhältnisses aufrechterhalten will, seine eigenen ökonomischen Interessen ebenso wie die Gesellschaftsstruktur, in der diese Interessen wirksam werden, aus seinem Wahrnehmungsfeld auszublenden. Die Tendenz der deutschen Ärzte, sich in einer oft aggressiven Weise als apolitisch zu bezeichnen, ist also kein Zufall. Sie ist das Ergebnis der systematischen Verdrängung der in ihrem ärztlichen Handeln wirksamen finanziellen Motive.

Wie sieht nun das Entlohnungssystem der Ärzte in der Bundesrepublik aus?

Stark vereinfachend, kann man drei Modalitäten der Entlohnung unterscheiden:

1. Das Gehalt der angestellten und beamteten Ärzte, vor allem der Ärzte, die in den Krankenhäusern und der Gesundheitsverwaltung arbeiten,
2. Privatvergütung durch die einzelnen Patienten (die ihrerseits privatversichert sein können oder nicht) und schließlich
3. die Honorierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, die durch die kassenärztliche Vereinigung auf die einzelnen Kassenärzte verteilt wird.

Bevor wir das Detail betrachten, noch eine kurze Übersicht über die durchschnittlichen Einkommensgrößen der niedergelassenen, frei praktizierenden Kassenärzte in der Bundesrepublik: Der Umsatz lag 1968 im Durchschnitt bei 123 000,— DM, wovon 30 % Praxisunkosten abgerechnet werden müßten. 1970 wurden nach neuen Abmachungen mit den Krankenkassen, die im Durchschnitt das Arzteinkommen um 15 % steigerten, etwa 142 000,— DM Umsatz durchschnittlich erzielt. Zieht man davon 30 % ab, kommt man auf eine Einkommensgröße von nahezu DM 100 000,— im Jahr. Daß hier keine Phantasiezahlen genannt werden, zeigt sich daran, daß die kassenärztlichen Vereinigungen Ärzten, die sich auf dem Lande niederlassen wollen, Umsatzgarantien bis zu DM 80 000,— im Jahr ohne weiteres zusichern. Daß es sich dabei um reale Größen handelt, bezeugt die Angabe, daß immerhin 46,2 % der niedergelassenen Ärzte ja Umsatzgrößen von 100 000,— bis 250 000,— DM erreichten und

8 Das Einkommen des Arztes. Vortrag des Geschäftsführers in der Vertreterversammlung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern am 21. 11. 1969 in Nürnberg. S. 4. ... Die Arztgebühren sind 1971 um 15 % erhöht worden.

immer noch 12 % von 250 000,— bis 500 000,— DM⁹. Es handelt sich bei den praktizierenden Ärzten also um eine Bevölkerungsgruppe mit eindeutigen Spitzeneinkommen, die nur noch von den Notaren und den Spitzenmanagern der Wirtschaft übertroffen werden. Dabei ist es wichtig zu erwähnen, daß die ärztlichen Einkommen in der Bundesrepublik in den letzten 8 Jahren erheblich stärker angestiegen sind als das Nationaleinkommen⁹. Dabei liegt der Anteil der Einkünfte durch Kassenvergütung zwischen 63 % und 80 %. Die Kassenvergütung ist also zahlenmäßig die wichtigste. Außerdem ist dieser Vergütungsmodus für die Verhältnisse in der Bundesrepublik charakteristisch. Wir werden uns im weiteren also vor allem auf seinen Einfluß auf das Arzt-Patient-Verhältnis konzentrieren.

Wie der Krankenkassenbeitrag erhoben wird, war vorhin bereits beschrieben worden. Die Krankenkassenverwaltung schüttet ihn nach Abzug der eigenen Verwaltungskosten für folgende Zwecke aus:

1. Krankengeld (entfällt seit 1971 durch die von den Gewerkschaften erkämpfte Lohnfortzahlung für Arbeiter),
2. die vertraglich ausgemachten Tagessätze für die Krankenhaus- und Kurpatienten (diese werden von den Krankenkassen und den Krankenhausträgern ausgehandelt; die Tagessätze bedürfen jeweils staatlicher Genehmigung),
3. Arzneimittelkosten und
4. Arzthonorare.

Die Sätze für die Posten 1 und 2 sind gesetzlich bzw. vertraglich festgelegt. Die Arzneimittelpreise bestimmt die pharmazeutische Industrie. Wenn die Posten 1 bis 3 gezahlt sind, wird der übrigbleibende Rest als Honorar unter die Ärzte und Zahnärzte verteilt. Theoretisch werden die Ärzte natürlich nur für die von ihnen geleistete Arbeit bezahlt. Da aber bisher die von den Ärzten — d. h. von der KV — kollektiv in Rechnung gestellten Summe diesen Rest bisher immer überstiegen hat, mußten sich die Ärzte mit einer nur teilweisen Begleichung ihrer Leistungen abfinden. Wir kommen auf das Arzthonorar im weiteren noch einmal zurück.

Dieses System der „kommunizierenden Röhren“ hat für die Versicherten allerdings ganz erhebliche Nachteile. Es läge nämlich durchaus im Interesse der praktizierenden Ärzte, die unter 1., 2. und 3. erwähnten Kosten soweit wie möglich zu senken. Der ihnen zukommende Teil des Kuchens — der ausgeschütteten Gesamtsumme — würde dadurch nämlich größer. Die geltenden Vorschriften und Verfahrensweisen geben ihnen dazu auch, wenigstens teilweise, die Mittel in die Hand.

⁹ Von 1963—67 haben sich die Arzteinkommen um 66 %, das Nationaleinkommen pro Einwohner nur um 21 % erhöht. Das Verhältnis zwischen dem mittleren Einkommen eines Lohnabhängigen (Arbeiter oder Angestellten) zum mittleren Arzteinkommen betrug nur 1962 1:6,2; 1967 1:7,8 — „Das Einkommen des Arztes“, S. 6 u. 7.

Zu 1: Durch die Unterschrift des Arztes wird ein Patient krank — d. h. arbeitsunfähig — geschrieben, und der Arzt schreibt ihn dann auch wieder „gesund“ — d. h. verpflichtet ihn, wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren. Es hängt also von der durchschnittlichen Neigung sämtlicher praktizierenden Ärzte ab, ihre Patienten krank zu schreiben, ab wann und wieviel für Krankentagegelder ausgegeben werden muß. Dieses Problem hat sich bisher, dies verdient noch einmal vermerkt zu werden, nur für die Arbeiter, nicht jedoch für die Angestellten gestellt, die schon lange Lohnfortzahlung im Krankheitsfall erhalten. Und in der Tat läßt sich feststellen, daß manche Ärzte ihre soziale Verantwortung (d. h. ihre Pflicht, öffentliche Gelder zu ersparen) sehr viel gewissenhafter und skrupulöser wahrnehmen, wenn es sich darum handelt, einen Arbeiter krank zu schreiben, der Anspruch auf Tagegelder hat, als in den Fällen, wo es um einen Beamten oder einen Angestellten geht, deren Gehälter ohnehin im Krankheitsfall über eine verschieden lange Periode weitergezahlt werden. Manche Kassenärzte sind bei ihren Patienten als wahre Gesundheitschreibemaschinen bekannt. In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, daß die Verwaltungen der meisten Krankenkassen seit einiger Zeit auch auf die Dienste von Vertrauensärzten, die Angestellte der Landesversicherungsanstalten sind, nahezu vollständig verzichtet haben. Das spricht dafür, daß bereits die behandelnden Ärzte dem Interesse der Krankenkassen nach möglichst kurzen Krankheitszeiten genügend Rechnung getragen haben. Die durch den Numerus clausus garantierte sehr starke Position der praktizierenden Ärzte auf dem Markt¹⁰ — anders gesagt, der relative Ärztemangel — ermöglicht den Ärzten ein solches Verhalten, ohne daß sie Gefahr laufen müssen, dadurch ihre Patienten zu verlieren.

Zu 2: Auch die Einweisung in ein Krankenhaus wird vom behandelnden Praktiker vorgenommen. Auch hier läge es in seinem finanziellen Interesse, die Zahl der Krankenhauseinweisungen möglichst gering zu halten. Bei den nur begrenzten diagnostischen Mitteln einer Allgemeinpraxis und der kurzen Zeit, die dem Arzt für die Untersuchung seiner Patienten zur Verfügung steht, könnte eine bewußte oder unbewußte Tendenz, die Krankenhauseinweisungen möglichst klein zu halten, ein sehr ernstes Gesundheitsrisiko für manche Kranke bedeuten, und bei einigen Krankheiten, z. B. Seuchen, auch für die öffentliche Gesundheit. Die zu geringe Gesamtzahl der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik, die die Zahl der möglichen Krankenhauseinweisungen ohnehin begrenzt, und ein anderer „ökonomischer Hebel“, der eher zur Abschiebung mancher Kranker in ein Krankenhaus beitragen könnte, schaffen hier allerdings ein Gegengewicht.

Zu 3: Im Prinzip ist der Arzt frei, was die Verordnung von Arzneimitteln für seine Kassenpatienten angeht. Es ist ihm aber eine

¹⁰ Berichte des Deutschen Industrie-Institutes zur Sozialpolitik — Systeme der Arzthonorierung —. Jahrgang 4 (S) Nr. 6, 1970, S. 33.

„wirtschaftliche Verordnungsweise“ vorgeschrieben. Das bedeutet, daß er nur das verschreiben darf, was in einem besonderen Falle dringend notwendig ist. Die Kontrolle einer solchen wirtschaftlichen Verordnungsweise erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung berechnet jedes Trimester die Durchschnittskosten von Arzneimitteln pro Kopf eines Patienten. Wenn bei der Klientel eines Arztes dieser Durchschnittswert um mehr als 40 % überschritten wird, werden alle seine Rezepte einer Kontrolle hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen unterzogen. Der Arzt ist verpflichtet, für die als unwirtschaftlich befundenen Verordnungen selbst finanziell aufzukommen. Ein Teil der Ärzte gerät gegen Ende jedes Trimesters in eine panische Angst vor solchen Rückzahlungen. Diese Ärzte bremsen dann die Verordnung besonders von teureren Arzneimitteln, um nur ja den Durchschnitt um nicht mehr als 40 % zu überschreiten. Denn selbst wenn sie zu keiner Rückzahlung verpflichtet würden — die Kontrolle sämtlicher ihrer Rezepte und die Notwendigkeit, ihre Verordnungen einzeln zu verantworten, würde ihnen eine Menge Zeit nehmen und viel Ärger machen. Sie neigen deshalb dazu, besonders gegen Ende der Trimester diejenigen Patienten ins Krankenhaus zu überweisen, von denen sie annehmen, daß sie viele und teure Medikamente gebrauchen werden, und dieses auch in Fällen, wo eine häusliche Behandlung durchaus ausreichend und für den Patienten unter Umständen auch bequemer wäre. Das alles zwingt die Ärzte dazu, „so wirtschaftlich wie nur möglich“ bei der Rezeptur zu verfahren. Auch dieses Verhalten wird durch die starke Position der Ärzte auf dem Markt gerechtfertigt: Auch Ärzte, die wenig verschreiben, müssen nicht fürchten, daß ihre Patienten zu jemand anderem gehen. Denn dort würden sie nur die gleiche Situation vorfinden. Zugute kommt diese Wirtschaftlichkeit allerdings nicht den Krankenkassen und damit auch nicht der Gesamtgesellschaft, sondern dem Kollektiv der Ärzte selbst. Der Honorarkuchen wird durch Ersparnisse auf dem Arzneimittelsektor größer. Das zutiefst Zweifelhafte an dieser Regelung ist also nicht die Kontrolle der Verordnungen als solche, sondern die Tatsache, daß die dabei gemachten Ersparnisse an Arzneikosten ziemlich unmittelbar in mehr Geld für diejenige Gruppe sich verwandeln, der die Kontrolleure selber angehören.

Daß die pharmazeutische Industrie versucht, die Kosten für Arzneimittel zu steigern, ist wieder ein anderes Problem. Sie wendet sich mit ihrer Werbung aber an alle Ärzte: d. h. sie zielt darauf ab, daß die durchschnittlich pro Kopf des Patienten verwendete Summe möglichst groß wird. Allerdings gerät sie auch damit in einen Interessengegensatz zu den praktischen Ärzten.

Zu 4: Das Honorar, das die Krankenkassen der Kassenärztlichen Vereinigung überweisen, ist eine Globalsumme. Ihre Verteilung unter die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung wird von dieser Organisation besorgt. In der Vergangenheit erfolgte die Verteilung der Honorarsumme in erster Linie nach der Zahl der von

jedem Arzt vorgelegten Krankenscheine. Wer mehr Patienten im Vierteljahr hatte, bekam auch mehr Geld. Demgegenüber spielte die Zahl der ärztlichen Leistungen und ihre Art, die für jeden Patienten erbracht wurde, nur eine geringe Rolle. Das brachte manche Kassenärzte dazu, zu regelrechten Krankenscheinsammlern zu werden — selbst wenn es sich dabei um „Patienten“ handelte, denen nichts Ernsthaftes fehlte. Allmählich ist dieses System der Entlohnung verändert worden: Heute wird eine relativ niedrige Summe für jeden einzelnen Krankenschein bezahlt, und außerdem wird jede einzelne ärztliche Leistung — z. B. eine Spritze, eine Untersuchung, eine Kurzwellenbestrahlung — extra berechnet. Zur Grundlage dieser Berechnung wird eine ärztliche Gebührenordnung genommen, die vom Staat aufgestellt ist (GOÄ). Die Sätze dieser Gebührenordnung haben sich fortlaufend erhöht. Verfügen die Krankenkassen nicht über genügend Geld, so wird nur ein bestimmter Prozentsatz der amtlichen Gebührensätze bezahlt. Dieser Prozentsatz wird von der Kassenärztlichen Vereinigung berechnet. Ist viel Geld vorhanden, können die Gebührensätze auch überschritten werden. Um nun die Patienten unter den Kassenärzten möglichst gerecht zu verteilen, hat die Kassenärztliche Vereinigung entschieden, daß die Grundentlohnung pro Krankenschein sich fortlaufend vermindert, wenn eine bestimmte Zahl von Krankenscheinen im Quartal von einem Arzt erreicht ist. Damit soll dem Krankenscheinsammeln etwas gesteuert werden. Die Kassenärztliche Vereinigung benutzt also selber so etwas wie „ökonomische Hebel“, um das Verhalten der ihr angeschlossenen Ärzte zu regulieren. Sie erkennt damit im Prinzip die Bedeutung finanzieller Motive für die ärztlichen Handlungen an, die sie in ihren ideologischen Erklärungen verleugnet.

In der Tat ist durch das jetzige System das Krankenscheinsammeln weniger lukrativ geworden. Der Nutznießer dieser Reform des Zahlungssystems ist aber, noch einmal, nicht die Krankenkasse, sondern es sind wiederum die anderen Ärzte, und, bis zu einem gewissen Grade, auch die Patienten. Von einer gewissen Bedeutung ist das Krankenscheinsammeln jedoch immer noch, weil es den Ärzten indirekte Vorteile bringt. Wir kommen darauf noch zurück. Die neue Regelung bringt wiederum andere Probleme: Ähnlich wie bei den Arzneimitteln berechnet die Kassenärztliche Vereinigung nach den auf den Krankenscheinen aufgeführten ärztlichen Leistungen und der Gebührenordnung einen Durchschnittssatz für den Wert ärztlicher Leistungen pro Patient im Quartal. Auch hier wird, wenn dieser Durchschnittswert bei der Klientel eines Arztes um mehr als 40 % überschritten wird, eine Kontrolle eingeschaltet. Diejenigen ärztlichen Akte (Spritzen, Bestrahlungen, Röntgenaufnahmen usw.), die von der Kommission als unnötig oder vermeidbar angesehen werden, werden den Ärzten gestrichen. Angeblich soll dieses System einzelne Ärzte daran hindern, unkontrolliert eine beliebige Zahl von ärztlichen Leistungen auf den Krankenscheinen zu vermerken, und dieses auf Kosten der anderen Kollegen. Ähnlich wie bei den Arzneimitteln werden die Ärzte gegen Ende des Trimesters auch

zurückhaltender mit teuer zu veranschlagenden ärztlichen Leistungen. Werden die genannten 40 % überschritten, müssen sie sich für jede einzelne ärztliche Leistung im Quartal verantworten. Andere Ärzte entwickeln ein regelrechtes betriebswirtschaftliches Denken. Einige von ihnen notieren Tag für Tag den Wert der von ihnen ausgeführten ärztlichen Leistungen und dividieren diesen durch die Patientenzahl. Gegen Ende des Trimesters können sie sich genau ausrechnen, was sie noch tun — d. h. auch anschreiben — können, um gerade noch unter den angegebenen 40 % zu bleiben, was als ökonomisches Optimum angesehen werden muß. Diese bei jüngeren Ärzten verbreitete Verhaltensform ist überhaupt nicht überraschend. Die wachsenden Investitionskosten für eine Arztpraxis, durch die Fortschritte der medizinischen Technik bedingt, zwingen die Ärzte dazu, die Kosten für die angeschafften Apparate so schnell wie möglich zu amortisieren. Ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung in Marburg hat bei einer Sitzung eines dortigen Seminars für Sozialmedizin auch erklärt, daß die Kontrolleure der Kassenärztlichen Vereinigung für eine Periode von 6 Monaten bei frisch niedergelassenen Ärzten eine Toleranz walten lassen, auch wenn diese die Durchschnittswerte um mehr als 40 % überschreiten. Die Notwendigkeit, die Investitionskosten möglichst schnell wieder einzubringen, wird also von den Vertretern der ärztlichen Standesorganisationen mehr oder weniger offen zugegeben. Dieses System läßt allerdings noch eine andere Tendenz aufkommen: kollektiv den Durchschnitt der Kosten für ärztliche Leistungen möglichst stark zu steigern. Nun hat in der Tat der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft die Kosten für Diagnose und Therapie in den letzten Jahrzehnten enorm stark ansteigen lassen, und die Forderung der Ärzte, dieser Tatsache Rechnung zu tragen, ist deshalb voll legitimiert. Das Ansteigen der durchschnittlichen Kosten pro Kopf des Patienten liefert den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung deshalb auch ein ausgezeichnetes Argument, von den Kranken eine immer größere Globalsumme für ärztliche Honorare zu fordern. Aber — und dies ist die andere Seite des Problems — die Tatsache, daß die Durchschnittskosten sich erhöht haben, erlaubt es nicht, zu entscheiden, wieweit diese Erhöhung durch die Entwicklung und Spezialisierung der medizinischen Technik bedingt worden ist oder aber durch deren sehr weitherzige Benutzung im „ganz natürlichen“ finanziellen Interesse der Ärzte.

Ein weiterer Faktor kommt hier ins Spiel: Die ärztliche Gebührenordnung. Auch sie hat hier tiefgreifende Folgen für das Verhalten der Ärzte. Natürlich ist es für einen Arzt ertragreich, wenn er in einer Zeiteinheit möglichst viele in der Gebührenordnung möglichst hoch veranschlagte ärztliche Leistungen erbringt. Damit diese Leistungen ihn nicht vom Kontrolleur gestrichen werden, wird er in gewissen Grenzen — die Grenzen haben wir oben erwähnt — Krankenscheine sammeln, die von Patienten kommen, die ihm nur wenig Arbeit machen und kaum Zeit kosten. Diese nur wenig belasteten Krankenscheine machen die anderen, auf denen sehr viele teure

ärztliche Leistungen vermerkt sind, dann wett. Diese Tendenz hat wiederum ein ständig volles Wartezimmer zur Folge. Unglücklicherweise wird die Erhebung der Vorgeschichte, die klinische Untersuchung und das Gespräch mit dem Kranken von der Gebührenordnung nur sehr niedrig bewertet — im Vergleich zu „technischen Leistungen“ wie Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, kleine Operationen, Physiotherapie etc. Es wird also im finanziellen Interesse des Arztes liegen, seine Zeit möglichst für die genannten technischen Arztleistungen zu verwenden. Dazu kommt, daß bei diesen technischen Leistungen auch Hilfspersonal — die Sprechstundenhilfe — eingeschaltet werden kann. So besteht die Gefahr, daß die Erhebung der Vorgeschichte und die klinische Untersuchung in einer unangemessenen Geschwindigkeit ablaufen. Das „Kassendreieck“, die wenigen Zentimeter entblößter Haut auf der Brust — ist der Ausdruck, den die Kranken selbst gefunden haben, um diese Situation zu kennzeichnen. Die Schnelligkeit der ärztlichen Untersuchung muß aber irgendwie gerechtfertigt werden: durch eine sehr entwickelte „diagnostische Intuition“, die durch „langjährige Erfahrung“ und Praxis erworben wird, und die die Erkennung der Krankheit und die Verordnung eines Rezeptes nahezu auf den ersten Blick erlaubt; durch die Jovialität und den ermutigenden Optimismus des Landpraktikers, der oft zunächst die Neigung hat, die Beschwerden des Kranken zu bagatellisieren — (wir werden später schon sehen —); oder aber einfach durch eine angebliche Arbeitsüberlastung. Es ist deshalb, glaube ich, auch kein Zufall, daß Kassen- und Privatpatienten, was die sog. technische Seite der Medizin angeht, ungefähr gleich gut oder gleich schlecht behandelt werden — eine Tatsache, auf die die ärztlichen Standesvertreter immer wieder aufmerksam machen, und in der sie den Beweis für die „soziale Gerechtigkeit“ des in der Bundesrepublik praktizierten Gesundheitssystems sehen. Der Hauptunterschied liegt nämlich gerade in den „personalisierten“ ärztlichen Akten: im Dialog des Arztes mit seinen Kranken, in den die Erhebung der Vorgeschichte und der Biographie des Patienten eingeschlossen ist, in der klinischen Untersuchung und in den Überlegungen über Diagnose und Therapie, die mit dem Patienten zusammen vollzogen werden. Diese ärztlichen Leistungen brauchen durchschnittlich weitaus mehr Zeit, wenn es sich um Privatpatienten handelt, von denen sie ja auch „angemessen“ bezahlt werden können. Aber gerade diese personalisierten ärztlichen Handlungen bilden ja die reale und affektive Basis des Arzt-Patient-Verhältnisses, das so einen ganz erheblichen Handelswert bekommt.

So erscheint es mir beinahe ein Euphemismus, zu sagen, daß das Vergütungssystem die Arzt-Patient-Beziehung „beeinflußt“. Finanzielle Motive beeinflussen die Prioritäten und wirken sich so auf Entscheidungen aus, die nach der ärztlichen Berufsethik lediglich vom Wohle des Patienten abhängig gemacht werden dürften. Sie bringen den Arzt auch dazu, dem Eide des Hippokrates entgegen zu handeln, der von ihm verlangt, reiche und arme Kranke genau gleich zu behandeln. Derartige Anklagen sind allerdings schon häufig ge-

äußert worden. Als bloße Feststellungen sind sie nahezu wertlos. Es muß darum gehen, zu zeigen, auf welche konkrete Art und Weise ein ganz bestimmtes Vergütungssystem, dasjenige der Krankenkassen in der BRD, die Motive des ärztlichen Handelns beeinflusst, wie dadurch Prioritäten verschoben werden, wie dadurch die Gefahr entsteht, daß sowohl die rationale als auch die affektive Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses zu einem Handelswert wird. Erfahrungsgemäß ist die individuelle Moral für eine ganze Berufsgruppe nur ein sehr schwacher Halt gegen die sich bietenden „Versuchungen“.

Diese Erwägungen müßten aber noch konkretisiert werden, was das „Bewußtsein“ des Arztes angeht. Wenn dieser sich von nichtärztlichen Motiven beeinflussen läßt, was die von ihm zu treffenden Entscheidungen angeht, muß er diese Entscheidungen für die Kranken ja auch annehmbar machen. Nun kann er seine realen Motive — finanzieller Art — weder sich selbst noch dem Patienten zugeben. Eine logische und rationale Erklärung der ärztlichen Entscheidungen wird demzufolge oft nicht möglich sein. Der Arzt wird deshalb die Tendenz zeigen, seine Entscheidungen den Kranken in einer autoritären Weise aufzureden, d. h. sich auf eine ärztliche Autorität zu beziehen, die manchmal weder von der medizinischen Wissenschaft noch von der Logik gerechtfertigt werden kann. Die Mystifizierung der Arzt-Patient-Beziehung scheint mir also kein Zufall zu sein, sondern eine Notwendigkeit, die sich aus der Situation ergibt, ökonomischen Motiven folgen zu müssen und diese doch zu verleugnen. Diese Mystifizierung hat vielfache Niederschläge in der ärztlichen Literatur gefunden. Zufolge der anthropologischen Schule „transzendiert“ die Arzt-Patient-Beziehung die Ebene der Wissenschaft, indem sie auf einem Vertrauen basiert und auf einer personalen Bindung. Daraus kann sehr leicht eine Art Glauben werden. Zu Zeiten, wo die medizinische Wissenschaft noch wenig entwickelt war, konnte ein solcher quasi religiöser Charakter noch dem Bedürfnis mancher Kranker nach Tröstung Rechnung tragen und eine Art magisches Heilmittel — das einzige zur Verfügung stehende — gegen eine Situation der Hoffnungslosigkeit und der Ausgeliefertheit bilden. Aber die Zeit der magischen Medizin ist lange vorüber, und die Quelle des Vertrauens zum Arzt kann heute nur sein Wissen, seine Ehrlichkeit und seine Aufrichtigkeit sein. Die Ideologie des großen Arztes, der medizinischen Autorität, die für den Kranken entscheidet und welcher der Kranke sich bedingungslos anvertrauen muß, ohne Fragen zu stellen, ohne ihr zu widersprechen, diese Ideologie kommt auf eine nahezu perfekte Weise den Rechtfertigungsbedürfnissen des Arztes entgegen, der gezwungen ist, die Bedeutung finanzieller Faktoren als Motive des eigenen Handelns ständig zu verdrängen. Dies macht auch die Heftigkeit der Reaktionen verständlich, wenn jemand es wagt, an dieser Verdrängung zu rühren oder auch nur an den dazugehörigen Abwehrmechanismus, nämlich an der Rolle des Arztes als Autorität.

Die außermedizinischen Gründe, die das Verhalten des Arztes beeinflussen, haben allerdings noch eine zusätzliche Dimension, die

sich im Rahmen individueller finanzieller Interessen der Ärzte keineswegs erfassen läßt. Es ist z. B. nicht in der Macht der Ärzte, die Gebührenordnung zu ändern, deren katastrophale Wirkung auf die Arzt-Patient-Beziehung wir vorhin analysiert haben. Diese Gebührenordnung wurde zunächst vom preußischen Staat entworfen, und ihr Inhalt gibt die Ideen von Krankheit und Gesundheit wieder, die dem sozioökonomischen System seiner Herkunft entspricht. Wie wir gesehen hatten, können die Ärzte auch nicht darüber entscheiden, welche Krankheit Anspruch auf Kassenleistungen begründet. Dies wurde von den Entscheidungsgremien der Krankenkassen selbst entschieden, in denen zumeist die Interessen der Unternehmer zum Zuge kommen. Das finanzielle Interesse des einzelnen Arztes ist also nur ein Instrument, das vom Kapital und seinen Institutionen dazu benutzt wird, eine bestimmte Gesundheitspolitik, die seinem Interesse entspricht, durchzusetzen. Das Hauptübel liegt nicht in dem verständlichen Bedürfnis des Arztes, Geld zu verdienen, sondern in dem Widerspruch, der zwischen den Werten der Gebührenordnung — die die Werte des Kapitalismus sind — und dem Wohl des Kranken besteht. Über lange Jahre wurden z. B. psychotherapeutische Sitzungen nicht als wirkliche ärztliche Akte anerkannt. Und noch heute lehnt ein Großteil der Kassen es ab, für die Kosten der Tages- und Nachtkliniken aufzukommen, die der Behandlung von Geisteskranken dienen. Durch die Gebührenordnung und die Verordnungen der Krankenkassen wird der Arzt auf diese Weise nicht selten zum Handeln gegen die Interessen derer gezwungen, die ihm ihre Gesundheit anvertrauen.

Daß es der Verwaltung der Krankenkasse und im Streitfall der Sozialgerichtsbarkeit obliegt, zu bestimmen, was im sozialrechtlichen Sinne als krank und gesund anerkannt wird, hatten wir bereits mehrfach erwähnt. Was als krank oder gesund gilt, welche Art der ärztlichen Handlungen als wichtig und welche als unwichtig angesehen werden, das entscheidet sich also durch das Kräfteverhältnis sowohl in den gesetzgebenden Körperschaften als auch in den Verwaltungsorganen der Krankenkassen. Die Rolle des Arztes ist hier auf Fachgutachten begrenzt. Hier hat sie allerdings auch eine sehr große Bedeutung. So hat der Ausschluß der Neurosen, der psychosomatischen Störungen und der sog. Psychopathien aus einem somatologischen Krankheitsbegriff, wie er von der Heidelberger Schule Kurt Schneiders bestimmt wurde, über Jahre ihre Anerkennung als Krankheiten verhindert, und damit auch jeden Leistungsanspruch gegenüber den Kassen durch diese Kranken unmöglich gemacht. Wenn man solche Kranke arbeitsunfähig erklären oder berenten wollte, ja manchmal sogar, wenn man sie im Krankenhaus halten wollte, mußte man bei den Eintragungen auf den Verwaltungspapieren schwindeln: d. h. man mußte seine Diagnosen den anerkannten Krankheitsbegriffen der herrschenden Psychiatrie anpassen. Ein anderes Beispiel für den terminologischen Erfindungsreichtum der Krankenkassen, wenn es darum geht, bestimmte pathologische Zustände von den Leistungen auszuschließen, findet sich in

der Unterscheidung zwischen echten Krankheiten, die als heilbar gelten und Leiden, bei denen eine chronische Entwicklung angenommen wird. So blieben die endogenen Psychosen, die man lange Zeit als erblich angesehen hat, über Jahrzehnte von der vollen Krankenkassenleistung ausgeschlossen. Erst seitdem durch den Einsatz der Psychopharmaka ein Teil der psychisch Kranken wieder arbeitsfähig wurde, haben die Kassen damit angefangen, auch die Psychosen als Krankheiten und nicht nur als Leiden anzusehen und dementsprechend die Rechnung für ihre Behandlung zu bezahlen. Wir sehen hier sehr deutlich die Funktion des Krankheitsbegriffs in dem Sinne, den ihnen die Kassen gegeben haben: Einmal dient er der Arbeitsdisziplin, indem alle Kranken, die nur leichte funktionelle oder neurotische Beschwerden haben, gedrängt werden, möglichst bald wieder ihre Arbeit aufzunehmen, durch ein ziemlich einfaches Erpressungsmannöver, nämlich durch die Weigerung, für eine Krankenhausbehandlung zu zahlen oder Tagegelder für solche Kranke zu gewähren. Auf der anderen Seite schließt dieser Krankheitsbegriff von der vollen Krankenkassenleistung einen großen Teil der chronisch Kranken aus, insbesondere diejenigen, die nicht in absehbarer Zeit ihre Arbeit wieder aufnehmen können. Dem Staat und den Kassen geht es also nicht um die beste mögliche Behandlung und die Garantie eines angemessenen Entgelts im Krankheitsfalle — ganz gleich, ob es sich um eine funktionelle oder organische, um eine chronische oder akute, um eine erworbene oder angeborene Krankheit handelt. Diese semantischen Akrobatien der Krankenkassen und mancher ihrer ärztlichen Ideologen zeigen also deutlich, daß es hier nicht darum geht, soziale Sicherheit für die Versicherten, d. h. für die Angestellten und Arbeiter, zu garantieren, und auch nicht um deren Gesundheit und Wohlergehen, sondern lediglich um die Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft im Interesse des Kapitals.

Ich hoffe gezeigt zu haben, daß es gar nicht so sehr darum geht, einzelne Ärzte als profitgierige Individuen zu denunzieren. Es wäre vielmehr ein Wunder, wenn der Durchschnitt der Ärzte aus Idealismus auf finanzielle Vorteile verzichten würde und ganz den Gesichtspunkt der Rationalität für ihr handwerkliches Kleinunternehmen, ihre Praxis, aus dem Gesichtskreis verlieren würde. Das Übel liegt vielmehr einerseits in einem Gesundheitssystem, das auf einer Vielzahl solcher ökonomisch und technisch archaischer Kleinunternehmen basiert, die die dem heutigen Niveau der ärztlichen Wissenschaft angepaßten Investitionskosten meist nicht tragen können. Auf der anderen Seite liegt das Übel in einem Krankheits- und Gesundheitsbegriff, der ausschließlich auf die Wiederherstellung der Arbeitskraft im Interesse des Kapitals gerichtet ist, und nicht auf das leibliche und seelische Wohl und die soziale Sicherheit der Kranken. Die Verwaltungsmodalitäten und die Zahlungsweisen der Kassen sind nur Instrumente, mit denen die Ärzte mit den Widersprüchen belastet werden, die das Kapital selbst produziert. Das endgültige Resultat dieses Prozesses, der mit einer bestimmten Form der Entlohnung beginnt und über die Motivation, das Verhalten und die

Ideologie des Arztes schließlich zum Endresultat der Mystifikation der ärztlichen Handlungen und der Arzt-Patient-Beziehung führt, wird innerhalb des Kapitalismus nicht ganz zu beseitigen sein. Es kann also zunächst nur darum gehen, in allen Organen der Krankenversicherungen eine angemessene Mitbestimmung der Arbeiter und Angestellten — also des Großteils der Bevölkerung — durchzusetzen. Dann wird es auch möglich sein, ein Entlohnungssystem zu finden, daß sowohl den berechtigten Interessen der Ärzte als auch den Interessen der Patienten unter den gegebenen Verhältnissen besser als das heutige entspricht.

Hans Mausbach

Eine gescheiterte Disziplinierung

Vorbemerkung

Mit diesem Bericht versuche ich, Erfahrungen weiterzugeben. Benutzt wurde, neben der angegebenen Literatur, eine Sammlung von Dokumenten, die bei mir eingesehen werden kann. Die Bearbeitung durch Auswahl und Kürzung war notwendig, um das Wesentliche hervorzuheben.

Ein Anspruch auf Objektivität wird nicht erhoben. In der Auseinandersetzung um antihumane Tendenzen der bürgerlichen Medizin muß man Stellung nehmen. Wer noch dazu persönlich verwickelt ist, kann gar nicht objektiv sein.

Die tägliche Krankenbehandlung stößt jeden Arzt auf den Zusammenhang von Krankheit und Klassenzugehörigkeit. Daß die Misere im Gesundheitswesen nicht auf das Versagen einzelner, sondern auf die Widersprüche, an denen die Gesellschaft krank, zurückzuführen ist, liegt so sehr auf der Hand, daß es nur mit Mühe verschwiegen werden kann. Der ständische Disziplinierungsapparat (Zwangsmitgliedschaft und Berufsgerichtsbarkeit) dient als Instrument, um die Verbreitung und Anwendung dieser Einsicht zu behindern.

Während in der Bundesrepublik einige Großkonzerne sich anschicken, die Arbeitskraft von Ärzten kommerziell auszubeuten, klammert sich ärztliches Standeswesen und Standesdenken immer noch an die Illusion der „Freiberuflichkeit“. Wieder einmal versuchen die Standesorganisationen, die Kampfbereitschaft der lohnabhängigen Ärzte im Standesrahmen zu halten, indem sie den „Marburger Bund“ gegen die ÖTV, die Gewerkschaft der angestellten Ärzte, ausspielen. Aber auf den Transparenten stand: „Schluß mit der Ausbeutung am Arbeitsplatz!“ Streikende Ärzte entdecken, daß sie gemeinsame Interessen mit streikenden Arbeitern haben.

Als das 1. Deutsche Fernsehen am 20. September 1970 den Film „Halbgott in Weiß“ ausstrahlte, stand ich nach 5^{1/2} Jahren Tätigkeit als chirurgischer Assistenzarzt kurz vor der Anerkennung zum Facharzt für Chirurgie. Ein halbes Jahr später, am 1. April 1971, hatte ich die Facharztanerkennung immer noch nicht, hatte den Arbeitsplatz am Frankfurter Nordwestkrankenhaus verloren, war arbeitslos ohne Aussicht auf eine Stelle, die mir gestattet hätte, die Ausbildung zu beenden und lebte von der Arbeitslosenunterstützung. Die hessische Landesärztekammer läßt wegen des Verdachts eines Berufsvergehens gegen mich ermitteln, drei hessische Chefärzte, der Chefarzt der Chirurgischen Klinik der Landeshauptstadt Wiesbaden, Prof. Dr.

med. Walter Hartenbach, der ärztliche Direktor des Städtischen Krankenhauses Fulda, Prof. Dr. H. Reitter und der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Gießen, Privatdozent Dr. med. H. Bikfalvi, hatten den Geschäftsführer der Hessischen Landesärztekammer, Dr. Rheindorf, beauftragt, beim Landgericht Frankfurt einen Strafantrag wegen „Beleidigung und Verleumdung der Chefarzte in Deutschland“ gegen mich zu stellen, und das Frankfurter Arbeitsgericht hatte in der 1. Instanz im Namen des Volkes entschieden, daß die Entlassung aus dem Nordwestkrankenhaus der Stiftung Hospital zum heiligen Geist Rechtens wäre, weil durch die Sendung der Arbeitsfrieden gestört gewesen sei. Am 16. April 1971 wurde ich wegen der Kritik in der Fernsehsendung aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen.

Seit dem 15. Juli 1971 arbeite ich wieder als chirurgischer Assistenzarzt der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, um die Fachausbildung endlich abzuschließen. Mein neuer Arbeitsvertrag, Ergebnis zäher Verhandlungen, in deren Verlauf ich es ablehnte, eine Wohlverhaltenserklärung zu unterschreiben, enthält folgende Nebenabrede:

„Das Arbeitsverhältnis verlängert sich — ohne daß es einer neuen schriftlichen Vereinbarung bedarf — bis längstens 14. 1. 1972, wenn bis 14. 10. 1971 die Facharztweiterbildung nicht abgeschlossen werden kann.“ Es ist also möglich, daß ich in 3 Monaten wieder arbeitslos sein werde, dann allerdings als Facharzt für Chirurgie. Es ist auch möglich, daß ich in 6 Monaten wieder arbeitslos sein werde, ohne die Ausbildung abgeschlossen zu haben. Der Arbeitsplatz eines Assistenzarztes ist unsicher, wenn er sein Recht auf freie Meinungsäußerung zum Hinweis auf Mißstände im Gesundheitswesen benutzt, genauso unsicher wie der Arbeitsplatz eines Arbeiters, der Mißstände in seinem Berufsbereich auf ihre politischen Ursachen zurückzuführen versucht.

Wenn ich erzählen soll, was ich seit dem 20. September 1970 erlebte, fällt es mir schwer auszuwählen und zu ordnen. Ich stecke noch mitten im Konflikt. Die Ergebnisse der Auseinandersetzung an meinem alten Arbeitsplatz folgen mir an meinen neuen Arbeitsplatz.

Ich muß hintereinander erzählen, was gleichzeitig stattfand. Ich muß versuchen zu erklären, wie ich als einzelner in die Rolle des Erzählers geraten bin. Es ist schwierig, die Situation im Frankfurter Gesundheitswesen, die Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz und die konzertierte Reaktion der ärztlichen Standesorganisationen in getrennten Abschnitten zu behandeln, ohne den inneren Zusammenhang der Ereignisse zu verlieren und die Verhältnismäßigkeit der Bedeutung der verschiedenen Bereiche zu wahren.

Der Mechanismus der Kriminalisierung von Kritik und der Personalisierung des Konflikts hat so gut funktioniert, daß vom Frankfurter Krankenhauskonflikt, der ein Ausdruck der sich auch in Randbereichen verschärfenden Klassengegensätze ist, der „Fall Mausbach“ übriggeblieben ist. Andererseits bot natürlich der Mechanismus der Personalisierung auch Vorteile. Die Unverhältnismäßigkeit der Diszi-

plinierungsmaßnahmen trat am spektakulären Einzelfall besonders deutlich hervor und leitete einen Umschwung der öffentlichen Meinung zugunsten des sich wehrenden einzelnen ein, sobald die geschilderten Mißstände durch eine Serie von Parallelbeobachtungen bestätigt wurden¹.

Nach einer Skizze der Vorgeschichte des Frankfurter Krankenhauskonfliktes werde ich das Wichtigste in der zeitlichen Reihenfolge berichten und dabei, soviel wie möglich, aus Tagebuchnotizen und Dokumenten zitieren.

Unruhe im Frankfurter Gesundheitswesen

Während in das südlich des Mains gelegene Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität im Zusammenhang mit der antiautoritären Studentenrevolte erste Mitbestimmungsansätze und vorsichtige Strukturformen nach Art des Ulmer Modells eingebracht worden waren, begann es nördlich des Mains in den kommunalen Krankenhäusern der Stadt zum Jahreswechsel 1969/70 gerade erst zu gären².

In vielen Häusern wurde die tariflich festgesetzte Arbeitszeit nicht eingehalten, waren unbezahlte Überstunden zur Selbstverständlichkeit geworden. Tag- und Nachtdienst mehrmals um die Uhr, Unterbezahlung, rüder militärischer Ton der „Akademiker“ gegenüber dem Pflegepersonal, miserable Unterbringung in kasernenartigen Personalheimen, in denen selbstherrliche Verwaltungschefs gelegentlich auch eine Razzia abhielten, trugen zur weiteren Verknappung des Pflegepersonals bei, wodurch wiederum die Belastung der Verbliebenen zunahm. Um die Krankenversorgung nicht völlig zusammenbrechen zu lassen, mußten Putzkolonnen und Hol- und Bringedienst mit italienischen und jugoslawischen Gastarbeitern aufgefüllt werden und über ein recht undurchsichtiges Vertragssystem südkoreanische Krankenschwestern angeheuert werden. In fast allen Krankenhäusern der Stadt protestierten einzelne oder Gruppen von Krankenschwestern, Pflegern und Ärzten gegen die unerträglichen Arbeitsbedingungen, gegen Unfähigkeit und Willkürmaßnahmen von Krankenhausverwaltungen und gegen die Tatsache, daß dem jährlichen Millionendefizit der größeren Häuser Millioneneinkommen einiger Chefärzte gegenüberstanden.

1 Siehe dazu etwa: Menocil-Verdacht bestätigt, *Der Spiegel* 19, 1971 S. 200.

2 Wie schon aus dem Namen ersichtlich, handelt es sich bei vielen dieser Anstalten um sog. „konfessionelle“ Häuser bzw. um säkularisierte, ursprünglich klerikale Stiftungen: Diakonissenkrankenhaus, St. Elisabethenkrankenhaus, Hospital zum heiligen Geist, St. Katharinenkrankenhaus, Krankenhaus der barmherzigen Brüder, Krankenhaus Mühlberg der Diakonissenanstalt Bethanien, Krankenhaus Bethanien, St. Marienkrankenhaus, St. Markuskrankenhaus usw. — Reste des konfessionellen Einflusses besonders im Pflegesektor tragen dazu bei, daß fossile ständische und hierarchische Strukturen trotz der Offensichtlichkeit der Funktionsbehinderung weiter mitgeschleppt werden.

In einigen der Frankfurter Krankenhäuser bildeten sich Zirkel von Krankenschwestern und Ärzten, die diese Mißstände diskutierten. Die Basisgruppe Medizin in Frankfurt koordinierte die einzelnen Gruppen in einer zentralen Auffanggruppe, in der versucht wurde, die beobachteten Mißstände auf die ihnen zugrundeliegenden ökonomischen und politischen Bedingungen zurückzuführen³.

Eine der Hauptquellen der Unzufriedenheit der Kranken und des Personals in den Krankenhäusern war damals wie heute die unterschiedliche Behandlung von Privatpatienten und Kassenpatienten⁴. Eine Anregung Heinrich Hemsaths (1959—69 hessischer Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen) aufgreifend, hatte der Hanauer Landrat Martin Woythal aus Anlaß der Planung eines neuen Kreiskrankenhauses im Landkreis Hanau das Thema „Klassenloses Krankenhaus“ zu einem der Hauptthemen hessischer Sozialpolitik gemacht. Am 14. 4. 1970 fand im Frankfurter Cantatesaal eine Podiumsdiskussion der Humanistischen Union über das Thema „Klassenloses Krankenhaus“ statt, in der Martin Woythal seine Planungskonzeption⁵ verteidigte. Bei dieser Diskussion war eigentlich vorgesehen, die Fragwürdigkeit sozialdemokratischer Reformpolitik mit Woythal zu diskutieren und gleichzeitig Anregungen zu geben für eine inhaltliche Erweiterung seines Konzepts um die Bereiche Präventivmedizin, Arbeitsmedizin und Erforschung gesellschaftlich bedingter Krankheitsentstehung⁶.

Aber wie schon früher⁷ mußte auch an diesem Abend zunächst einmal die Polemik ärztlicher Standesvertreter zurückgewiesen wer-

3 Zur Arbeit der Basisgruppe siehe auch „Kritische Medizin“ 1/1969 ff., Frankfurt/Main.

4 Im Auftrag des „Spiegel“ fragte das Wiesbadener IFA Institut einen repräsentativen Querschnitt der bundesdeutschen Bevölkerung: Sind Sie für die Abschaffung der Klassen in den Krankenhäusern? Von je 100 Befragten antworteten 75 mit Ja, 19 mit Nein. Zitiert nach Woythal, Das Klassenlose Krankenhaus, eine Zwischenbilanz, Hrsg. Landratsamt Hanau am Main 1971.

5 1. Aufhebung der Einteilung in Klassen, 2. Beseitigung der überlebten Chefarztthierarchie und Einführung einer demokratischen Organisations- und Führungsstruktur auf der Basis der Teamarbeit und der kollegialen Leitung, 3. Abschaffung des privaten Liquidationsrechtes und Vereinheitlichung der Pflegesätze, 4. Verkleinerung der Fachbereiche auf maximal 80—100 Betten, 5. Variable und freie Besuchszeit, 1- und 2-Bettzimmer mit sanitären Anlagen, Telefon, verschiedene Speisen für alle.

6 Siehe dazu Michael Regus, Kritik des „Klassenlosen Krankenhauses“, Kritische Medizin, Frankfurt, April 1970 und Michael Regus, Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch, in „Blätter für deutsche und internationale Politik“, Heft 10/1970, Köln.

7 Stellungnahmen ärztlicher Standesvertreter zum Thema Klassenloses Krankenhaus: Frankfurter Rundschau 1. 4. 69: Der Vizepräsident der Landesärztekammer, Dr. Bechthold, Vorsitzender des Marburger Bundes in Hessen, meint zu der Forderung Woythals, wenn sie verwirklicht würde, sei dies ein Rückschritt. Die Forderung nach einem klassenlosen Krankenhaus sei im Grunde asozial. Denn der Patient wollte nicht vereinheitlicht behandelt werden. Als Folge davon entstünden dann Privat-

den, so daß es zu einer Diskussion der sachlichen Probleme nur am Rande kam⁸.

Nach dieser Veranstaltung kam ein Mitarbeiter von Radio Bremen, Ramon Gill, zu mir, berichtete von dem geplanten Feature „Halbgott in Weiß“, beklagte sich, daß er kritische Stellungnahmen zu den Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern kaum aufnehmen können, weil bei den Krankenschwestern und angestellten Ärzten die Angst vor Repressionen offensichtlich sehr groß wäre. Gill wollte in dieser Sendung vor allem die hierarchische Rangordnung in den Institutionen des Gesundheitswesens und den Anachronismus der Chefarztallmacht angreifen⁹.

krankenhäuser, die nur den Reichen zur Verfügung stünden. Der Vizepräsident ließ jedoch unerwähnt, daß solche Privatkrankenhäuser bereits unter dem gegenwärtigen System des Klassenkrankenhauses bestehen. Der Geschäftsführende Arzt der hessischen Landesärztekammer, Dr. Rheindorf, antwortete auf den Vorschlag des Hanauer Landrates Woythals u. a. mit folgenden Ausführungen: „Nun gut, wenn der Landrat sich nicht davon abbringen läßt, ein klassenloses Krankenhaus zu bauen, wird er sicher zum Segen unserer Wirtschaft alsbald ein klassenloses Auto steuern, einen klassenlosen Personenzug besteigen und sich in einem klassenlosen Theater mit der letzten Reihe begnügen. Und das soll ruhig seine Sache sein. Hoffentlich hat er dabei bedacht, daß ihm selbst sein klassenloses Krankenhaus zukünftig nicht mehr das Privileg bietet, das von ihm vorher bestimmte Einzelzimmer, den Chefarzt, den es dann nicht mehr gibt, und die übrigen Pflegekräfte zu bestimmen, die derzeit noch kopfstehen, wenn der höchste Beamte des Kreises sich wegen Unpäßlichkeit den Arzt seines Vertrauens zur Seite nimmt. Das ist dann vorbei, und die klassenlose Gesellschaft ist's, in die sich der Herr Landrat ebenso wie der Herr Minister auch als Parteipolitiker einzureihen haben.“

8 Inzwischen schreitet übrigens, obwohl sich an den Privilegien der Privatpatienten in den öffentlichen Krankenhäusern kaum etwas geändert hat, die Privatisierung medizinischer Institutionen fort: So beherrschen etwa Siemens und Allianz die Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden. Tochtergründungen in Osnabrück und Bad Wiessee sind geplant. In „Metall“ 16, 71, S. 15 berichtet Alfred Schmidt, daß eine amerikanische Firmengruppe in Berlin ein diagnostisches Zentrum errichtet habe und daß das für 120 Fachärzte geplante „nordeutsche Facharztzentrum“ in Hamburg mit folgendem Text um Aktionäre wirbt: „Investieren Sie in den sichersten Beruf der Welt.“

„Die Krankheit hat immer Hochkonjunktur . . .“

„Der Arztberuf kennt keine Krisen . . .“

„Es fällt nicht unter die Schweigepflicht, daß in unserem Beruf gut verdient wird. Aus gutem Grund.“

9 Zu Beginn der Sendung „Halbgott in Weiß“ wird eine typische Chefvizite mit riesigem „Fluor albus“ gezeigt (Fluor albus = weißer Ausfluß, so nennt der Klinikjargon den Kometenschweif der Assistenten). Kommentar: „Visite-Assistenten und Oberärzte im Gefolge, schreitet mancher deutsche Chefarzt, die Grenze zwischen Schauspieler, absolutem Fürsten und Arzt verwischend, zur Visite. Ist dies nicht eine Schaustellung, die geeignet scheint, dem Patienten die Bedeutung, Autorität und Wichtigkeit der Person des Chefs zu demonstrieren? Ist es nicht Zelebrierung von Ausdrucksformen einer überholten Zeit? Ein System, das sich als Erbe

Meine Freunde und ich wiesen Gill darauf hin, daß eine Kritik des hierarchischen Rangsystems nur im Zusammenhang mit einer Kritik der Ökonomie des Gesundheitswesens sinnvoll wäre und machten für unsere Teilnahme an der Sendung zur Bedingung, daß uns Gelegenheit gegeben würde, auf die das Gesundheitswesen bestimmenden Klassengegensätze hinzuweisen, um von den Mißständen im Gesundheitswesen ausgehend die Mißstände im Sozialsektor als systembedingt erklären zu können. Gill stimmte zu. Einige Wochen später wurden die Stellungnahmen eines Medizinstudenten, einer Krankenschwester und von 2 Assistenzärzten für die Sendung aufgenommen. Die 3 anderen wurden später gestrichen, von meiner Stellungnahme blieb ein knappes Viertel übrig.

Unterdessen hatte sich die Situation im Frankfurter Gesundheitswesen weiter zugespitzt. In seiner Antrittsrede hatte der neue Oberbürgermeister der Stadt, Walter Möller, eine Reihe von Gedanken zur Reform des Krankenhauswesens vorgetragen, die der Konzeption Martin Woythals sehr ähnlich waren, und ein Struktur- und Entwicklungsplan für die Frankfurter Krankenhäuser angekündigt¹⁰.

Die hessische SPD bereitete sich mit dem Slogan „Klassenloses Krankenhaus“ auf die Landtagswahlen im Herbst 1970 vor. Zu Zentren der Diskussion am Arbeitsplatz entwickelten sich das Nordwestkrankenhaus und das Städtische Krankenhaus Höchst.

Im Nordwestkrankenhaus der Stiftung Hospital zum heiligen Geist bildeten die Assistenzärzte ohne Rücksicht auf Beschwörungen und Drohungen von Chefärzten¹¹ ein Assistentenkollegium und nahmen Verbindung zu den Assistentenvertretungen des Klinikums der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität und des Städtischen Krankenhauses Höchst auf.

großer deutscher Mediziner entwickelte, die zum erstarrten Leitbild der nachfolgenden Chefarztgenerationen wurden. Dem Gesellschaftsideal des vergangenen Jahrhunderts verpflichtet, ist es für die moderne Medizin ein Anachronismus.“

10 Zitat aus Möllers Antrittsrede, Frankfurter Rundschau vom 11. 7. 70: „Klare Funktionsteilung der Krankenhäuser und ihrer Stationen — zur optimalen Ausnutzung der kostspieligen technischen Ausrüstung und zum zweckmäßigsten Einsatz des Personals. Ablösung der Alleinherrschaft der Chefärzte durch eine mehr kollegiale Leitung, durch Direktorium und Krankenhauskonferenz. Gleiche Bedingungen für alle Patienten bei der Behandlung, der Unterbringung und Verpflegung, ohne Rücksicht auf ihre Kassen- oder Klassensituation. Angemessene Beteiligung aller Ärzte und Pflegekräfte an den in den Krankenhäusern erzielten privaten Nebeneinkünften.“

11 Prof. Dr. med. E. Ungeheuer: „Wozu braucht Ihr eine Assistentenversammlung, seid Ihr etwa nicht zufrieden mit mir?“ Prof. Dr. med. R. Altmann: „Es steht Ihnen frei, in die NPD oder DKP oder in die anderen demokratischen Parteien zu gehen, die sind alle zugelassen, aber ich erlaube keine Assistentenkonferenz mehr, denn das ist Anarchie. Solange in der BRD Demokratie ist, und nicht Anarchie, bestimme ich in dieser Klinik. Die Assistentenkonferenz ist tot, Sie können als Kaffeekränzchen weiterexistieren.“

Für das Städtische Krankenhaus Frankfurt-Höchst legten der Oberarzt der Neuropsychiatrie, Dr. Peter Wallauer, und die Stationschwester Ursula Granget am 20. 8. 1970 einen Stufenplan zur Strukturreform vor, der besonders die Bedürfnisse der Kranken betonte¹².

Peter Wallauer und Ursula Granget, die schon vorher wegen ihres Eintretens für eine Gruppe von Ersatzdienstleistenden mit Entlassung bedroht worden waren, wurden durch ein systematisches Kesseltreiben der Verwaltung und einiger leitender Ärzte, die auf den schwankenden Personalrat einwirkten, unter persönlicher Diffamierung von ihren Arbeitsplätzen verdrängt. Die daran anschließenden Streiks der Krankengymnastikschule und des Krankenhauskindergartens zeigten deutlich genug, daß die Arbeitsbedingungen unerträglich und Reformen überfällig waren. Als sich ähnliche Auseinandersetzungen an anderen Frankfurter Krankenhäusern andeuteten und Streikdrohungen ausgesprochen wurden, beeilte sich der zuständige Sozialdezernent, Stadtrat Gerhardt (CDU), wenigstens verbal auf die sozialdemokratische Reformlinie einzuschwenken. Gleichzeitig setzten gezielte Disziplinierungsmaßnahmen gegen diejenigen Medizinstudenten, Krankenschwestern und Ärzte ein, die sich an der öffentlichen Diskussion der Mißstände beteiligt hatten. Fristlos gekündigt wurden nur die 7 Kinderkrankenschwestern in Höchst, die für eine Verbesserung der Zustände im Kindergarten gestreikt hatten. Auf Grund einer Entscheidung des Frankfurter Arbeitsgerichts wurden den Betroffenen später Entschädigungen zugesprochen, die fristlosen Entlassungen in fristgerechte Kündigungen umgewandelt und die Zeugnisse neu geschrieben.

Als am 20. September 1970 der Film „Halbgott in Weiß“ vom Ersten Deutschen Fernsehen ausgestrahlt wurde, war von meiner, hier vollständig wiedergegebenen Stellungnahme (I und II) nur die zweite Hälfte (II) übriggeblieben:

I

Klassengegensätze sind auch in den Institutionen des Gesundheitswesens oberflächlich verschleiert durch Ideologie und Praxis sogenannter sozialer Gerechtigkeit. Klasseninteresse ist verantwortlich für die Beibehaltung mittelalterlicher, antidemokratischer Rangordnungen in den Krankenhäusern, bei den Schwestern, den Ärzten und in der Verwaltung.

12 Zitat aus dem Stufenplan, S. 3: „Der Kranke muß von dem Zwang zur Untertänigkeit befreit werden. Der Klinikbetrieb muß für ihn durchschaubar gemacht werden mit dem Ziel, ihm eine aktive Beteiligung am Krankenhausbetrieb, an seiner Behandlung und am organisatorischen Ablauf zu ermöglichen. Durchschaubarmachen heißt u. a.: a) weitgehende Aufklärung der Kranken durch Ärzte und Schwestern über alle für ihn bedeutungsvollen Vorgänge, b) Vermeidung einer für den Patienten unverständlichen Fachsprache in seiner Gegenwart, c) Einrichtung einer medizinischen Laienbibliothek, d) Durchführung von Gruppengesprächen zwischen allen Patienten, Ärzten und Schwestern der einzelnen Stationen, um gemeinsame Probleme zu besprechen.“

Die versteinerten Rangordnungen sind Leitschienen der Formierung von oben nach unten. Über diese Leitlinien dringen z. B. die Einflüsse der pharmazeutischen- und Medizingeräteindustrie mit einem Minimum an Reibung ein.

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit. Der Genuß des höchsten erreichbaren Niveaus von Gesundheit ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen ohne Unterschied von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, ökonomischer und sozialer Stellung“ (WHO-Constitution 1946). Wer hat ein Interesse daran, daß dieser umfassendere Gesundheitsbegriff verdrängt wird durch die bloße Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Reparaturleistungen? Derjenige, dessen Profit dadurch gemindert wird, daß Krankheit und Behandlung den Patienten aus seiner Rolle im Produktionsprozeß herausreißen, der Unternehmer, dem die bereits gekaufte Arbeitskraft durch Krankheit ausfällt. (Auch diese Problematik wird durch Ideologisierung und Formierung von oben nach unten verdrängt. Die hierarchische Struktur erleichtert diesen Verdrängungsprozeß.) Die Machtfülle des Ordinarius und Chefarztes ist die Klammer, die alles zusammenhält.

Fast unumschränkte Entscheidungsgewalt in organisatorischen, personellen und medizinischen Fragen verbunden mit der Herrschaft über die Ausbildung und dem Recht, im Rahmen des öffentlichen Dienstes ein Privatunternehmen zu betreiben, verbunden mit der Bestimmung der Forschungsrichtung.

Im Zwange der Anpassung und Unterwerfung unter den Willen der Spitze verschwimmen die Grundrechte der Verfassung. Besonders vor einigen Universitätskliniken könnte man, ähnlich wie es vor Betrieben schon geschehen ist, das Schild aufstellen: Achtung, Sie verlassen den demokratischen Sektor der Bundesrepublik. Ich verweise auf das Marburger Manifest der Professoren gegen Demokratisierung der Hochschulen, auf den Skandal um den Professor für Chirurgie Maurer an der TH München, der das Wort geprägt hat: „Demokratisierung der Klinik ist Bockmist.“

II

Der Kampf um Laufbahn, Macht, Prestige und Geld wird auch auf dem Rücken der Patienten ausgetragen. Einige Beispiele von vielen:

1. Experimente am Menschen dürften nach dem Sinngehalt unserer Verfassung nur nach Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen durchgeführt werden; ich sage dürften.
2. Kommerzielle Interessen fließen gelegentlich sogar unmittelbar in die Operationsentscheidung ein, ohne daß die Betroffenen davon etwas ahnen.
3. Mit der Gefälligkeitspublizistik für die pharmazeutische Industrie, für die die Kranken als Versuchsobjekt dienen, könnte man eine ganze pseudowissenschaftliche Bibliothek füllen.

Dieses System produziert Unselbständigkeit, Karrieristentum um jeden Preis, gebrochenes Rückgrat am Fließband. Der Assistenzarzt, der unter solchen Bedingungen sich zum Oberarzt hochgekrochen hat, wird als Chefarzt im Kreiskrankenhaus die Last der erlebten

Demütigungen auf seinen neuen, ihm wiederum hilflos ausgelieferten Unterebenen abwälzen.

Ein Teufelskreis, den wir endlich durchbrechen müssen.

Die Verstümmelung meiner Stellungnahme und die Isolierung aus einer größeren Gruppe von Stellungnahmen bilden die Grundlage für die spätere Personalisierung und Kriminalisierung bei der Auseinandersetzung am Arbeitsplatz. In dieser Beziehung glaubte ich damals keinen Grund zur Sorge zu haben, denn ich hatte die Stellungnahme in meiner Privatwohnung abgegeben, und die Sendung enthielt nicht den geringsten Hinweis auf meinen Arbeitsplatz, das Nordwestkrankenhaus der Stiftung Hospital zum heiligen Geist. Mit einer scharfen Reaktion der ärztlichen Standesorganisationen mußte allerdings gerechnet werden, obwohl die Sprecher der konservativen Ärzteschaft und der Standesorganisationen in der Sendung überrepräsentiert und ausführlich zu Wort gekommen waren.

Chronik eines Konflikts

Vertreibung vom Arbeitsplatz

21. September 1970 (Tag nach der Sendung „Halbgott in Weiß“ — Als ich, etwas später als gewöhnlich, auf die Wachstation komme, ist alles wie gewöhnlich. Wir machen mit der Stationsschwester die morgendliche Visite, erledigen die Stationsroutine, bereiten uns auf die Übernahme der Frischoperierten vor. Ein mit auf der Wachstation arbeitender Assistenzarzt (auf Namensnennung wird auch im folgenden überall dort verzichtet, wo für die Betroffenen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz entstehen könnten) erzählt mir beiläufig, daß Prof. Ungeheuer schon bei der morgendlichen Röntgenbesprechung gegen die Sendung „Halbgott in Weiß“ gewettert und von „Diffamierung der gesamten deutschen Ärzteschaft“ gesprochen habe. Im Laufe des Tages kommen mehrere junge Kollegen zu mir, um über den Inhalt der Sendung zu diskutieren. Die allgemeine Meinung scheint zu sein, daß die kritischen Passagen in der Sendung als berechtigt und notwendig angesehen werden.

Gegen 17 Uhr werde ich von der Wachstation in das Arbeitszimmer von Prof. Ungeheuer gerufen. In Gegenwart des leitenden Oberarztes Dr. März und des Assistenzarztes Dr. Schade wirft mir der leitende Arzt der Chirurgischen Klinik, Prof. Dr. Ungeheuer, vor, ich hätte durch mein Auftreten in der Sendung und durch den Inhalt meiner Stellungnahme die gesamte deutsche Ärzteschaft in den Schmutz gezogen, den Arztstand diffamiert und das eigene Nest beschmutzt. Ungeheuer wiederholt immer wieder die Behauptung, die Kritik richte sich gegen die Verhältnisse in der Chirurgischen Klinik des Nordwestkrankenhauses und versucht, mich zu einem entsprechenden Zugeständnis zu bewegen. Er gibt ohne weiteres zu, daß er die Sendung nicht gesehen hat und ihren Inhalt nur aus Erzählungen anderer kennt. Ich lehne seine Interpretation ab, verweise auf

die umfangreiche Literatur zu den benannten Mißständen im Gesundheitswesen, betone, daß ich meine Stellungnahme in meiner Privatwohnung abgegeben habe, daß mein Arbeitsplatz in der Sendung nicht genannt ist und daß die Sendung an keiner Stelle auf das Krankenhaus Nordwest Bezug nimmt. Ich versuche zu erklären, daß es in der Sendung gar nicht darum ging, einzelne Ärzte für die Mißstände im Gesundheitswesen verantwortlich zu machen, daß versucht worden war, auf die Ursachen der Misere hinzuweisen und daß es gerade den Frankfurter Teilnehmern an der überregional konzipierten Sendung in erster Linie darum gegangen war, die ins Gesundheitswesen hineinwirkenden Klassegegensätze anzusprechen, ein Konzept, mit dem wir uns zugegebenermaßen gegen den Regisseur der Sendung nicht genug hatten durchsetzen können.

Prof. Ungeheuer besteht darauf, daß die in der Sendung mitwirkenden Assistenzärzte die Standessolidarität verletzt haben. Ich antworte, daß jeder, dem an der Beseitigung der Misere im Gesundheitswesen gelegen sei, die durch die Sendung in Gang gekommene Diskussion begrüßen müsse. Voraussetzung dazu sei eine kritische Überprüfung der Beziehung zwischen Arzt und Kranken. Ich frage Ungeheuer, ob er denn nie die Einteilung der Kranken in Privatpatienten und Kassenpatienten als beschämend empfunden habe. Er wiederholt, er entziehe mir sein Vertrauen, betont jedoch, auf meine ausdrückliche Frage, daß er an meiner ärztlichen Arbeit nichts aussetzen habe. Auf der Station treffe ich die notwendigen Anordnungen für den Abend.

25. 9. 1970 — An die chirurgischen Assistenten des Nordwestkrankenhauses wird ein Fragebogen verteilt. Angeheftet an den Fragebogen ist der geringfügig veränderte Text meiner Aussage im Fernsehen. (In der 1. Instanz des Arbeitsprozesses stellte sich durch Befragen des leitenden Oberarztes Dr. E. März heraus, daß dieser Text vom Präsidenten der hessischen Landesärztekammer, Dr. Stroh, stammte, der die Sendung auf Tonband aufgenommen hatte und den durch Abhörfehler etwas verstümmelten Text meiner Stellungnahme an die Leitung der Chirurgischen Klinik weitergegeben hatte.)

Der Fragebogen hatte folgenden Wortlaut:

Sind Sie der Meinung, daß bei den Privatpatienten der Chirurgischen Klinik die Profitsucht des Chefarztes bei der Indikationsstellung zur Operation eine Rolle spielt?

ja / nein

Haben Sie in der Chirurgischen Klinik des Nordwestkrankenhauses sogenannte „Gefälligkeitsgutachten“ für die pharmazeutische Industrie erstellt, oder klinische Versuche an Patienten ohne deren Einwilligung durchgeführt?

ja / nein

Glauben Sie, daß sogenanntes „heuchlerisches Kriechertum“ die Voraussetzung für den beruflichen Aufstieg eines Assistenten dieser Klinik ist?

ja / nein

evtl. eigene Unterschrift

Von den 16 anwesenden chirurgischen Assistenten beantworteten 13 den Fragebogen im gewünschten Sinne, einer läßt die Frage 3 offen, zwei lehnen die Beantwortung ab.

26. 9. 1970 — Auf der Kellertreppe treffe ich einen jungen Kollegen, der noch nicht sehr lange in der Klinik ist. Frage: „Na Dieter, hast Du auch den Fragebogen unterschrieben?“

Darauf er: „Ich fühle mich wie ein Waschlappen, aber Du weißt ja, wir konnten nicht anders.“

28. 9. 1970 — Ich verteile an die Assistenzärzte eine Stellungnahme zu dem Fragebogen, in der noch einmal betont wird, daß die Sendung „Halbgott in Weiß“ und meine Stellungnahme in der Sendung sich nicht auf bestimmte Orte und Personen bezog, daß die konkreten Beispiele in der Sendung nicht den Sinn haben konnten, strafrechtliche Tatbestände zu schaffen, sondern die allgemeinere Kritik an der Personalstruktur in den Institutionen des Gesundheitswesens anschaulich machen sollten.

Schon morgens werde ich zu einer Besprechung ins Arbeitszimmer Prof. Ungeheuers gerufen, in der sich ziemlich genau die Szene vom Tage nach der Sendung wiederholt. Prof. Ungeheuer teilt mir mit, daß nicht nur er mir sein Vertrauen entziehe, daß nun auch die Oberärzte und der überwiegende Teil der Assistenzärzte der Chirurgischen Klinik kein Vertrauen mehr zu mir hätten und die Zusammenarbeit infolgedessen erschwert, wenn nicht gar unmöglich sei. Ich frage wieder, ob an meiner ärztlichen Arbeit etwas auszusetzen sei. Das wird verneint. Prof. Ungeheuer sagt, die Ursache des Vertrauensschwunds sei ausschließlich auf meine Teilnahme an der Sendung „Halbgott in Weiß“ zurückzuführen. Dann teilt er mir mit, daß ich ab sofort meiner Stellung als Stationsarzt der Wachstation enthoben sei und auf Station 20 in nichtverantwortlicher Position als untergeordneter Assistenzarzt weiterarbeiten könne. Bei dieser Besprechung macht Ungeheuer einen ziemlich unsicheren Eindruck. Er vermeidet jede Diskussion, versucht mir ständig das Wort abzuschneiden, wenn ich meinen Standpunkt zu erklären versuche; gibt keine Antwort auf meine Frage, ob ich diese Maßnahme als eine Strafversetzung und Degradierung betrachten dürfe. Ich teile noch am gleichen Tag der Verwaltung der Stiftung Hospital zum heiligen Geist und dem Personalrat die Maßnahme Prof. Ungeheuers gegen mich mit, bitte um Überprüfung der Rechtmäßigkeit dieser Maßnahme und wiederhole, daß meine Kritik in der Sendung sich nicht gegen einen konkreten Ort oder eine bestimmte Person gerichtet habe, sondern gegen die Misere des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens. Ich arbeite unter Protest auf der Station 20 weiter.

30. 9. 1970 — Die Kollegen auf der Station 20 haben zwar auch den Fragebogen in der von Prof. Ungeheuer gewünschten Weise beantwortet, verhalten sich aber mir gegenüber freundlich und kollegial. Schon zu Beginn der Arbeit wird mir unter der Hand zu verstehen gegeben, daß ich von Routineaufgaben entlastet werden soll, damit ich Zeit habe, alles Notwendige zur Verteidigung meines Arbeitsplatzes in die Wege zu leiten.

Ich verteile eine Erklärung, in der ich meine Teilnahme an der Sendung begründe, auf die Notwendigkeit der Kritik verweise und ihre Zielrichtung bezeichne. Letzter Abschnitt:

„Ich fasse diese Maßregelung als Degradierung, Diffamierung und Behinderung meiner Ausbildung auf und bin überdies der Meinung, daß mein Recht auf freie Meinungsäußerung eingeschränkt wird und das Recht auf Informationsfreiheit berührt ist. Denn: wenn zugelassen wird, daß diejenigen, die eine Kritik an gesellschaftlichen Zuständen in den öffentlichen Medien vortragen, am Arbeitsplatz unter Druck gesetzt und diszipliniert werden, wird die öffentliche Meinungsbildung in unverantwortlicher Weise behindert.“

1. 10. 1970 — Das Frankfurter Anwaltskollektiv Riedel-Golzem-von Plottnitz beantragt beim Frankfurter Arbeitsgericht eine einstweilige Verfügung mit der Forderung, sämtliche Disziplinierungsmaßnahmen Prof. Ungeheuers rückgängig zu machen.

Ich werde vom Nachtdienst suspendiert, arbeite unter Protest weiter. Prof. Ungeheuer nimmt in einem Rundfunkinterview Stellung zu der Auseinandersetzung und betont auf Befragen, daß die Disziplinierung nur auf Grund der Äußerungen im Fernsehen erfolge. Für fachliche Kritik sei kein Anlaß.

In der Nordweststadt bildet sich auf Grund der Empörung über die Maßregelung ein Solidaritätsausschuß Frankfurter Bürger, der in seiner ersten Presseerklärung gegen die Verletzung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und die Beeinträchtigung der Informationsfreiheit protestiert.

Die Berichterstattung in den Frankfurter Zeitungen vertieft die schon einsetzende Personalisierung. War es schon in der Sendung „Halbgott in Weiß“ schwer, von den Randproblemen zur Ursache der Misere vorzudringen, so wird nun schon die Auseinandersetzung zweier Ärzte im Nordwestkrankenhaus in den Vordergrund gerückt.

2. 10. 1970 — Die Assistenzärzte des Fachbereichs Medizin der Universität Frankfurt protestieren in einem offenen Brief an Prof. Ungeheuer gegen seine Maßnahmen und fordern eine Zurücknahme der Versetzung: „Ihr Vorgehen stellt eine unverantwortbare und schwere Verletzung des Rechts auf freie Meinungsäußerung dar, das auch den ‚nachgeordneten‘ Krankenhausärzten zusteht.“

3. 10. 1970 — Ich erhalte eine Stellungnahme der Oberärzte der Chirurgischen Klinik des Nordwestkrankenhauses vom 30. 9. 1970:

Die von Herrn Dr. Mausbach in der o. g. Fernsehsendung gemachten Aussagen enthalten weder eine politische noch eine sozialkritische Aussage. Wir sind vielmehr der Ansicht, daß seine gegenüber der Öffentlichkeit vorgetragenen Äußerungen die gesamte Ärzteschaft auf das schwerste diffamieren und beleidigen und das Vertrauensverhältnis zu unseren Patienten auf das schwerste schädigen. Niemand kann uns das Recht absprechen, diese Formulierungen auch auf uns zu beziehen, die wir seit über 6 Jahren mit Dr. Mausbach an der gleichen Klinik tätig sind und dessen politische Einstellung von uns stets toleriert wurde.

Herr Dr. Mausbach hat damit die Basis vertrauensvoller Zusammenarbeit, die insbesondere im Interesse der uns anvertrauten Patienten an einer chirurgischen Klinik notwendig ist, selbst verlassen und zerstört. Eine weitere Zusammenarbeit mit ihm ist nicht mehr möglich.

Dieses Papier war von sämtlichen Oberärzten der Klinik unterschrieben und darüber hinaus unter dem Zusatz: „Wir erklären uns mit der Stellungnahme der Oberärzte inhaltlich voll einverstanden“, von den Assistenzärzten der Chirurgischen Klinik unterzeichnet.

5. 10. 1970 — Von 2 Kollegen des Frankfurter ärztlichen Notdienstes wird mir berichtet, daß sie in der Nacht vom 4. zum 5. 10. mit dem Assistentenvertreter des Nordwestkrankenhauses, Dr. Schade, ein Gespräch geführt haben, in dem Dr. Schade gefragt worden sei, warum die Assistenzärzte der Chirurgischen Klinik sich nicht gegen die Fragebogenaktion gewehrt hätten. Dr. Schade habe geantwortet, daß die Assistenten unter Druck stünden und nur aus Angst vor ihrem Chefarzt so handelten. (Diese Aussage wurde am 13. 7. 1971 von dem Zeugen Dr. S. Granitzka vor dem Frankfurter Landesarbeitsgericht wiederholt.)

Zitat aus einem Schreiben der Landesärztekammer:

„Hiermit fordern wir Sie auf, uns bis zum 15. Oktober 1971 schriftlich — oder in den Räumen der Landesärztekammer vor Herrn Verwaltungsgerichtsdirektor a. D. Dombrowski oder dessen Vertreter — zu Protokoll zu geben:

1. Wo und an welcher Stelle der Bundesrepublik werden Experimente an Menschen durchgeführt?
2. Wo und an welcher Stelle in der Bundesrepublik fließen kommerzielle Interessen unmittelbar in die Operationsentscheidungen ein, ohne daß die Betroffenen etwas davon ahnen?
3. Wo und an welcher Stelle in der Bundesrepublik werden Gefälligkeitsgutachten für die pharmazeutische Industrie erstellt?

Mit vorzüglicher Hochachtung, Rheindorf.“
(Geschäftsführer der Landesärztekammer)

6. 10. 1971 — 21 Assistenzärzte der Frauenklinik und der Inneren Klinik des Nordwestkrankenhauses übergeben der Presse einen Brief an Prof. Ungeheuer:

„Unbeschadet der freien Meinungsbildung über die Aussagen des Kollegen Mausbach in der Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ und über seine späteren öffentlichen Äußerungen zu diesem Thema erklären die Unterzeichneten:

1. Die vom Leiter der Chirurgischen Klinik, Prof. Ungeheuer, zu diesem Thema öffentlich abgegebenen Erklärungen decken sich in wesentlichen Punkten nicht mit der Meinung der Unterzeichneten.
2. Die Unterzeichneten sind der Ansicht, daß die Versetzung des Kollegen Mausbach, dessen fachliche Qualifikation nie in Frage gestellt wurde, nur als Strafmaßnahme aufgrund seiner verfassungsmäßig garantierten freien Meinungsäußerung angesehen werden kann und mit demokratischen Prinzipien nicht zu vereinbaren ist.

3. Die Unterzeichneten mißbilligen die unkollegiale Haltung der Chirurgischen Assistenz- und Oberärzte, die in der Verweigerung der kollegialen Zusammenarbeit ihren vorläufigen Höhepunkt gefunden hat.“

In den letzten Tagen sind eine ganze Reihe Solidaritätserklärungen, die alle in ähnlicher Weise gegen die Verletzung von § 5 des Grundgesetzes protestieren, eingetroffen.

7. 10. 1970 — Die Arbeit auf der Station 20 geht ohne Schwierigkeiten vonstatten. 2 Patienten bitten um ein Gespräch mit mir, berichten über ihre persönlichen Erfahrungen in Krankenhäusern und meinen, daß die in der Sendung vorgetragene Kritik bitter notwendig gewesen sei.

Der Rat der Nichthabilitierten der Universität Frankfurt erklärt sich gegen die Disziplinierungsmaßnahmen Prof. Ungeheuers.

8. 10. 1970 — 22 Ärzte des Nordwestkrankenhauses, davon 12 Oberärzte, richten ein Schreiben an den Senior des Pflegeamtes der Stiftung Hospital zum heiligen Geist, Stadtrat Gerhardt (CDU):

„Wir mißbilligen und verurteilen mit Nachdruck die Äußerungen des Herrn Dr. Mausbach in der Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ und fühlen uns dadurch persönlich diffamiert.

Wir haben daher auch volles Verständnis für die Haltung unserer chirurgischen Kollegen, nicht mehr mit Dr. Mausbach zusammenarbeiten zu wollen.

Es wird ausdrücklich festgestellt, daß die freie Meinungsäußerung in unserem Krankenhaus noch nie eingeschränkt war. Die Äußerungen von Dr. Mausbach im Fernsehen stellen jedoch eine grobe Verleumdung der gesamten Ärzteschaft dar und sind darüber hinaus geeignet, Angst bei der Bevölkerung zu erzeugen und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu erschüttern, so daß eine optimale Versorgung der Patienten in Frage gestellt wird.“

Inzwischen ist die Situation im Nordwestkrankenhaus etwas schwierig geworden. Eine ziemlich große Gruppe der Angestellten des Nordwestkrankenhauses, insbesondere die Mitarbeiter der Verwaltung, haben offensichtlich Angst, sich in meiner Nähe sehen zu lassen. Von den chirurgischen Kollegen sind nur noch wenige bereit, mit mir in die Cafeteria zum Essen zu gehen. Die Frauenärzte und die Internisten bieten mir einen Platz an ihrem Tisch an. Besonders freundlich grüßen mich die Leute von der Heizung und von der Wäscherei. Ein Heizungsmonteur kommt an unseren Tisch und schimpft über die Krankenhausleitung und die Chefärzte im besonderen.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. Heinz Stroh, fordert den SPD-Landtagsabgeordneten Philipp Pless zum Rücktritt auf, weil Pless, Vorsitzender des sozialpolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages und Vorsitzender des DGB Hessen, sich unter Hinweis auf das Recht der freien Meinungsäußerung auf einem Arbeitnehmerforum der SPD am 30. 9. 1970 im Gewerkschaftshaus mit mir solidarisiert hat.

9. 10. 1970 — 48 Frankfurter Ärzte wiederholen öffentlich die drei von mir in der Fernsehsendung genannten Beispiele für antihumane Tendenzen in der Medizin. Abends gehe ich mit Rupert von Plottnitz vom Anwaltskollektiv zur Sitzung des Pflegeamts der Stiftung Hospital zum heiligen Geist. Die dort anwesenden Pflegeamtsmitglieder teilen durch ihren Sprecher, den Senior Stadtrat Gerhardt, zunächst mit, daß sie von mir eine Erklärung erwarten.

Anstatt einer Erklärung erläutere ich zunächst den Sinn der Sendung „Halbgott in Weiß“, verweise auf den Text der Gesamtsendung, der bei Radio Bremen anzufordern sei und wiederhole, daß die dort von mir geäußerte Kritik nicht gegen einen bestimmten Ort oder eine bestimmte Person gerichtet war, sondern ein Beitrag zur Bewältigung der Misere im Gesundheitswesen sein sollte. Im übrigen berufe ich mich auf Art. 11 der Verfassung des Landes Hessen, der folgenden Wortlaut hat:

„Jedermann hat das Recht, seine Meinung frei und öffentlich zu äußern. Dieses Recht darf auch durch ein Dienstverhältnis nicht beschränkt werden, und niemand darf ein Nachteil widerfahren, wenn er es ausübt. Nur wenn die vereinbarte Tätigkeit einer bestimmten politischen, religiösen oder weltanschaulichen Richtung dienen soll, kann, falls ein Beteiligter davon abweicht, das Dienstverhältnis gelöst werden.“

10. 10. 1970 — Morgens finde ich einen Brief im Kasten. Er enthält folgenden Text:

„Sehr geehrter Herr Dr. Mausbach,

das Pflegeamt der Stiftung Hospital zum heiligen Geist hat in seiner Sitzung vom 9. 10. 1970 beschlossen, den mit Ihnen am 2. 2. 1965 abgeschlossenen Arbeitsvertrag fristgemäß zum 31. März 1971 zu kündigen und Sie mit sofortiger Wirkung vom Dienst zu suspendieren.

Als Senior des Pflegeamts kündige ich Ihnen deshalb hiermit zum 31. 3. 1971 und suspendiere Sie mit sofortiger Wirkung vom Dienst.

Für diese Entscheidung des Pflegeamts waren folgende Überlegungen maßgebend:

In der Sendung des ARD vom 20. 9. 1970 ‚Halbgott in Weiß‘ haben Sie Äußerungen getan, die bei den im Krankenhaus Nordwest tätigen Ärzten und dem Pflegepersonal, bei den Patienten, aber auch in einer breiten Öffentlichkeit außerordentliche Unruhe hervorgerufen haben. Dies ist Ihnen bekannt.

Das Pflegeamt ist aufgrund der Stellungnahmen des Ärztlichen Direktors, des Direktors der Chirurgischen Klinik, der Oberärzte und des Assistentensprechers der Chirurgischen Klinik sowie des Personalrates zu der Überzeugung gelangt, daß der Betriebsfrieden nur wieder hergestellt und die ärztliche Versorgung der dem Krankenhaus anvertrauten Patienten gesichert werden kann, wenn Sie mit sofortiger Wirkung aus dem Dienst ausscheiden.

Um Ihnen Gelegenheit zu geben, innerhalb einer angemessenen Zeit eine neue Tätigkeit zu finden, hat das Pflegeamt davon abgesehen, die an sich mögliche fristlose Kündigung auszusprechen. Es ist aber aus den erwähnten Gründen erforderlich, daß Sie ab sofort im Hause nicht mehr tätig sind.

Der Personalrat ist gehört worden und hat sich mit der Kündigung im Interesse der Patienten und des Betriebsfriedens einverstanden erklärt.

Hochachtungsvoll, Gerhardt (Stadtrat).“

Gleichzeitig erhalte ich einen Bescheid, aus dem hervorgeht, daß die Gewerkschaft ÖTV den Rechtsschutz für die 1. Instanz vor dem Arbeitsgericht übernimmt.

11. 10. 1970 — Ich erhalte ein Schreiben der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands eV. vom 9. 10. 1970, in dem unter Hinweis auf die Fernsehsendung angekündigt wird, daß der Verband der Leitenden Krankenhausärzte erwägt, diesen Vorfall der Ärztekammer zu melden, damit ggf. ein Standesverfahren wegen unkollegialen Verhaltens eingeleitet wird.

Pressemitteilung des Landessprechers der Humanistischen Union, Dr. Joachim Kahl, vom 10. 10. 1970:

„Die Kündigung des fachlich nicht umstrittenen Dr. Mausbach wegen seiner kritischen Fernsehäußerungen zur Krankenhausmisere wird von der Humanistischen Union Hessen als ein Ausdruck einer Einschüchterungskampagne gegen alle, die es wagen, Mißstände in ihrem Berufsfeld öffentlich zur Sprache zu bringen, angesehen. Dadurch wird das Grundrecht auf freie Meinungsäußerung zur Farce gemacht. Die Humanistische Union Hessen fordert umgehend:

1. Aufhebung der Kündigung gegen Dr. Mausbach.
2. Ablösung der bisherigen Leitung des Nordwestkrankenhauses durch ein demokratisches Leitungsgremium mit 30 % Vertretern der Stadt, 30 % Vertretern der Ärzteschaft, 30 % Vertretern der Schwestern und des übrigen Personals sowie 10 % Vertretern der Dauerpatienten.“

13. 10. 1970 — 1. Termin vor dem Frankfurter Arbeitsgericht. Rechtsanwalt von Plottnitz beantragt, sämtliche Maßnahmen einschließlich der Entlassung für rechtsunwirksam zu erklären. Wir bieten als Beweis für die Wahrheit der Fernsehaussage in allen 3 Punkten Dokumente an und benennen sachverständige Zeugen. Es kommt zu einer Diskussion der Mißstände im Gesundheitswesen. Das Gericht scheint aber schon jetzt die Auffassung zu vertreten, es komme nicht auf die Wahrheit der Fernsehaussage, sondern lediglich darauf an, daß der Betriebsfrieden im Krankenhaus Nordwest gestört gewesen sei.

16. 10. 1970 — Öffentliche Diskussion im evangelischen Gemeindehaus in der Nordweststadt: „Chefarztdiktatur oder Krankenhausdemokratie? Die Hintergründe des Konflikts Mausbach-Ungeheuer“, Veranstalter: Arbeitsgruppe Gesellschaftsfragen der evangelischen Gesamtgemeinde, Solidaritätsausschuß, Humanistische Union, Fachschaft Medizin Frankfurt, Sozialistischer Lehrerbund. Es ist nicht mehr möglich, der Personalisierung des Konflikts in den öffentlichen Medien und der Kriminalisierung der Fernsehaussage völlig auszuweichen. Der Solidaritätsausschuß benutzt die Personalisierung, um die Notwendigkeit der Verteidigung demokratischer Rechte am

Arbeitsplatz anschaulich zu machen. Die Empörung über die Disziplinierungsmaßnahmen im Nordwestkrankenhaus und die Äußerungen einiger Chefärzte des Nordwestkrankenhauses ist inzwischen in der Nordweststadt so breit, daß beschlossen wird, einen Protest-Schweigemarsch zum Nordwestkrankenhaus durchzuführen. Dazu wird von einem Autorenkollektiv des Solidaritätsausschusses eine Kurzdokumentation „Arzt und keine Meinungsfreiheit?“ vorbereitet, die einen Überblick über den bisherigen Ablauf des Konflikts am Nordwestkrankenhaus geben und die Richtigkeit der Fernsehkritik mit einigen einfachen Beispielen belegen soll.

25. 10. 1970 — Schweigemarsch von etwa 300 Frankfurter Bürgern vom Bürgerhaus Nordwest zum Krankenhaus Nordwest, Veranstalter: Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV, Fachschaft Medizin Frankfurt, Humanistische Union, Ortsverband Frankfurt, Solidaritätsausschuß, Sozialistischer Lehrerbund. Ziel des Schweigemarsches ist:

- „1. Das Bekenntnis zur Verteidigung des im Grundgesetz verbrieften Rechtes auf Meinungsfreiheit — auch im Krankenhaus;
2. das Bekenntnis für eine Demokratisierung in unserem Gesundheitswesen (klassenloses Krankenhaus, Ablösung der Chefarzt-Hierarchie durch eine demokratische kollegiale Leitung);
3. das Bekenntnis zum Protest gegen die Entlassung Dr. Mausbachs und zur Rücknahme der Kündigung.“

Die Demonstration findet während der Besuchszeit statt. Die Krankenhausleitung verteilt während der Demonstration ein Flugblatt an die Besucher, das u. a. folgenden Text enthält:

Wenn Sie heute, während Sie Ihre Angehörigen im Krankenhaus Nordwest besuchen, Zeuge einer Demonstration werden, bitten wir Sie, im Interesse einer sachlichen Information folgendes zur Kenntnis zu nehmen:

In der Fernsehsendung unter dem Titel „Halbgott in Weiß“, die am 20. 9. 1970 vom Ersten Deutschen Fernsehen ausgestrahlt wurde, hat der Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik des Nordwest-Krankenhauses, Dr. Mausbach, seine ärztlichen Kollegen und die gesamte Ärzteschaft schwer beschuldigt. Er hat behauptet, in Krankenhäusern würden

- a) Experimente an Menschen durchgeführt,
- b) kommerzielle Interessen beeinflussen Operationsentscheidungen,
- c) für die pharmazeutische Industrie würden Gefälligkeitsgutachten erstattet.

Diese schweren Beschuldigungen haben die Assistenzärzte, die Oberärzte und der Chefarzt an der Chirurgischen Klinik, Prof. Ungeheuer, auf sich beziehen müssen, dies um so mehr, weil Dr. M. seit seiner Approbation nur im Nordwestkrankenhaus an der Chirurgischen Klinik tätig ist und er nicht erklärt hat, daß die von ihm genannten Straftatbestände am Nordwestkrankenhaus nicht erfolgt sind.

Die Ärzte fühlen sich schwer diffamiert und in ihrer Berufsehre schärfstens angegriffen, vor allem weil die Anschuldigungen des Dr. M. schwere Vorwürfe strafbarer Handlungen enthalten.

In diesen Tagen veröffentlicht die hessische SPD in der Tagespresse und auf Wahlplakaten folgenden Text: „Alles für die Gesundheit: Wir schaffen in Hessen das klassenlose Krankenhaus. Neuartige Krankenhäuser werden kommen, in denen nicht mehr nach arm und reich behandelt wird. In denen es keine unterschiedlichen Pflegeklassen mehr gibt. In denen jeder gleichwertig untergebracht wird. In denen jeder die beste medizinische Behandlung bekommt, egal wie teuer sie ist. Die Krankheit ist ausschlaggebend für die Behandlung. Und nicht mehr die Brieftasche. Die Gesundheitspolitik der SPD hat in Hessen schon viel erreicht. Hessens Gesundheitswesen liegt weit an der Spitze vor anderen Bundesländern . . .“ Kurz darauf setzt die Landesgruppe Hessen im Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands eine Anzeige in die Frankfurter Tageszeitungen: „Wer öffentlich behauptet, daß in unseren Krankenhäusern unterschiedlich nach der Brieftasche behandelt wird, sagt die Unwahrheit! In der ärztlichen Behandlung unserer Krankenhauspatienten gibt es keine Unterschiede! Für Mängel an Einrichtung und Ausstattung ziehen Krankenhausärzte und Träger die für die Finanzierung Verantwortlichen zur Rechenschaft. Diese Versäumnisse sind nicht den unter oft schwierigen Verhältnissen tätigen Ärzten, Schwestern und Pflägern zum Vorwurf zu machen. Verfügbare Mittel müssen zunächst für leistungsgerechte Vergütung des Personals und für Anpassung der Einrichtung an die Erfordernisse moderner Medizin eingesetzt werden. Das Wecken emotionaler, derzeit unerfüllbarer Wünsche ohne Offenbarung der damit für jeden einzelnen zu erbringenden finanziellen Mehrleistungen ist irreführend! Unsere Patienten dürfen nicht zum Objekt ideologischer Experimente werden.“

26. 10. 1970 — 2. Termin vor dem Frankfurter Arbeitsgericht. Unsere Beweisangebote werden ignoriert. In den Mittelpunkt der formaljuristischen Diskussion tritt die Frage des gestörten Arbeitsfriedens. Ich sage: „Es ist ein Unterschied, ob man den Arbeitsfrieden stört oder ob man die Friedhofsruhe des geforderten Denkverzehrs durchbricht.“

Die von uns zur Frage „Störung des Arbeitsfriedens“ benannten Zeugen werden nicht gehört. Mehrfach versuchen wir vergeblich, die Befragung Prof. Ungeheuers durchzusetzen.

27. 10. 1970 — Das Frankfurter Arbeitsgericht weist unsere Klage ab mit der Begründung, der Betriebsfrieden sei gestört gewesen. Zitat aus dem Urteil:

„Der Kläger stellte der Sache nach die unwahren Behauptungen auf, daß auch in der Chirurgischen Klinik des Nordwestkrankenhauses Experimente an den Patienten ohne deren Einwilligung durchgeführt und daß auch dort gelegentlich Patienten ohne Notwendigkeit aus Geldgier der Ärzte operiert würden. Die Behauptung

tungen sind offenbar unzutreffend, da sie der Kläger nicht belegen konnte. Die Behauptungen verletzen die Ehre der in der Klinik beschäftigten Ärzte und schädigten den Ruf der Beklagten.“ „Es war ein weiterer Grund für die ordentliche Kündigung, daß sämtliche Ärzte der Chirurgischen Klinik des Nordwestkrankenhauses die Zusammenarbeit mit dem Kläger ablehnten, welche Tatsache unstrittig ist.“

27. 11. 1970 — Das Anwaltskollektiv Riedel, Golzem, von Plottnitz legt Berufung gegen das Urteil des Arbeitsgerichts ein. Aus der Begründung:

„Das Arbeitsgericht hat den objektiven Aussagewert der Stellungnahme des Klägers in der Sendung der ARD vom 20. 9. 1970 verkannt. Nur so ist es zu erklären, daß das Gericht in der Begründung seines Urteils zu der erstaunlichen Feststellung kommt, der Kläger habe ‚der Sache nach‘ die unwahre Behauptung aufgestellt, ‚daß auch in der Chirurgischen Klinik des Nordwestkrankenhauses Experimente an Patienten ohne deren Einwilligung durchgeführt und daß auch dort gelegentlich Patienten ohne Notwendigkeit aus Geldgier der Ärzte operiert würden‘. In der Sendung wurde der Name des Krankenhauses Nordwest als Arbeitsplatz des Klägers an keiner Stelle erwähnt. Dies entsprach dem gesamten Inhalt sowie der Tendenz der Sendung, in der es erkennbar nicht um eine Kritik an einzelnen Ärzten oder Kliniken ging. Schon deshalb konnten unvoreingenommene Betrachter der Sendung also nicht auf irgendwelche konkreten Verhältnisse oder Vorgänge im Krankenhaus Nordwest schließen.“

„Das Arbeitsgericht ist ferner zu Unrecht davon ausgegangen, daß der Kläger in seiner Stellungnahme unwahre Tatsachenbehauptungen aufgestellt habe. Bereits in der Vorinstanz ist vom Kläger Beweis dafür angeboten worden, daß strukturell bedingte Mängel der von ihm angeführten Art an Krankenhäusern in der BRD von Ärzten und anderem Pflegepersonal beobachtet und auch der Tages- und Fachpresse diskutiert worden sind. Das Arbeitsgericht hat es unter Verletzung der Bestimmungen des § 213, Abs. 2 ZPO veräußert, den entsprechenden Beweisantritt des Klägers im Tatbestand seines Urteils kenntlich zu machen.“

7. 12. 1970 — Die Gewerkschaft ÖTV übernimmt den Rechtsschutz auch für die 2. Instanz.

17. 12. 1970 — Auf Einladung der Referendararbeitsgemeinschaft des Landesarbeitsgerichts Frankfurt nehme ich an einer Diskussion in der Arbeitsgemeinschaft im Arbeitsgericht teil. Die Leitung der Diskussion hat der Richter Dr. Schneider. Einige Tage später veröffentlicht der hessische Referendarverband eine Presseerklärung, die folgenden Wortlaut hat:

Am Mausbach-Urteil ist bemerkenswert, daß das durch Grundgesetz und Hessische Verfassung geschützte Recht auf freie Meinungsäußerung zwar verbal anerkannt, zugleich aber die Unterdrückung (hier: Kündigung) dessen, der davon Gebrauch macht, für Rechtens erklärt wird. Da eine solche Rechtsprechung für das Funktionieren demokratischer Grundrechte ebenso gefährlich ist, wie der

offene Abbau der Grundrechte selbst, sollten die verwendeten Techniken einer gründlichen öffentlichen Kritik unterzogen werden. Diese Technik besteht im Mausbach-Urteil in einer bestimmten Art und Weise der „Herausarbeitung“ des wesentlichen Sachverhalts. Aus der von Dr. Mausbach im Fernsehen vorgetragenen allgemein gehaltenen strukturellen Kritik am Chefarztsystem:

„Der Kampf um Laufbahn, Macht, Prestige und Geld wird auch auf dem Rücken der Patienten ausgetragen. Einige Beispiele von vielen:

1. Experimente am Menschen dürften nach dem Sinngehalt unserer Verfassung nur nach Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen durchgeführt werden. . . .
2. Kommerzielle Interessen fließen sogar unmittelbar in die Operationsentscheidungen ein, ohne daß die Betroffenen etwas davon ahnen. . . .“ (S. 2 des Urteils)

macht die Kammer die

„Behauptungen, daß auch in der Chirurgischen Klinik des Nord-West-Krankenhauses Experimente an Patienten ohne deren Einwilligung durchgeführt und daß auch dort gelegentlich Patienten ohne Notwendigkeit aus Geldgier der Ärzte operiert würden.“ (S. 15 des Urteils),

also eine Aussage über konkrete Personen und Vorgänge. Mit dieser „Interpretation“ war der ganze Rechtsstreit praktisch entschieden. Die von Dr. Mausbach zum Beweis der Wahrheit seiner Behauptungen angebotenen Zeugen, z. T. Autoren entsprechender Artikel in Fachzeitschriften, wurden überhaupt nicht gehört. Statt dessen wurde Dr. Mausbach zum Vorwurf gemacht, Behauptungen, die er nie aufgestellt hatte, nicht bewiesen oder widerrufen zu haben.

Die Motive, aus welchen die Kammer in dieser Weise verfahren ist, also die eigentlichen Entscheidungsgründe, lassen sich dem Urteil unmittelbar nicht entnehmen. Jedoch legen eine Reihe von Formulierungen, wie „schwere Vorwürfe“, „gravierende Beschuldigungen“, „fatale Bedeutung seines Beitrags“, „verständnislos(es)“ Verhalten, „unverantwortliche Pauschalbeschuldigungen“, „krasse(s) Mißverhältnis“ den Schluß nahe, daß die Kammer auch die — von Dr. Mausbach bezweckte — allgemeine Kritik am Chefarztsystem nicht billigt.

Die Reaktion der Standesfunktionäre

7. 1. 1971 — Die Tiraden ärztlicher Standesfunktionäre in den Organen der Landesärztekammern und im Deutschen Ärzteblatt, dem Organ der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gegen progressive Stimmen im Gesundheitswesen erreichen gegen Ende des Jahre 1970 und zum Jahreswechsel 1970/71 einen Höhepunkt mit Schlagzeilen wie:

„Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte, Schluß mit der Progromhetze gegen Chefärzte! Schluß mit dem Klassenkampf am Krankenbett! Schluß mit der Verleumdung der Kassenärzte!“

7. 1. 1971 — Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen beauftragt seinen Justitiar Dr. Lüben wegen „des Verdachts eines Berufsvergehens“ gegen die an der Sendung „Halbgott in Weiß“

beteiligten Frankfurter Ärzte Dr. Granitzka und Dr. Mausbach Ermittlungen durchzuführen.

16. 1. 1971 — Das Deutsche Ärzteblatt (3/71) veröffentlicht eine Titelgeschichte gegen die „rücksichtslosen Ausbeuter der Hochschuldemokratisierung“ unter Benutzung der Argumentationsweise des Bundes Freiheit der Wissenschaft, über den in der gleichen Nummer („Bund Freiheit der Wissenschaft sprach mit dem SPD-Parteivorstand“) wie schon mehrfach wohlwollend berichtet wird.

19. 1. 1971 — Bei der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Frankfurt geht ein „Strafantrag gegen die Ärzte Dr. Mausbach und Dr. Granitzka wegen Beleidigung, Verleumdung usw.“ ein. Dieser Strafantrag ist unterzeichnet von Dr. med. Walter Hartenbach, von Prof. Dr. med. H. Reitter und von Privatdozent Dr. med. A. Bikfalvi. Er wird übersandt vom Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Rheindorf. Es wird beantragt, die beiden Assistenzärzte wegen ihrer Beteiligung an der Sendung „Halbgott in Weiß“ im öffentlichen Interesse unter Strafverfolgung zu stellen. Im Strafverfahren und im Berufungsgerichtsverfahren läßt sich Dr. Granitzka von Prof. Wiethölter, Frankfurt, vertreten, während ich den Rechtsanwalt und Notar Heinrich Hannover, Bremen, benenne.

22. 1. 1971 — Der Weiterbildungsausschuß der Landesärztekammer Hessen lehnt den von mir unmittelbar nach der Entlassung eingereichten Antrag auf Anerkennung als Facharzt für Chirurgie ab und fordert Fortsetzung der Ausbildung. Auf die Frage nach dem objektiven Maßstab der Anerkennung muß der Geschäftsführer der Landesärztekammer, Dr. Rheindorf, zugeben, daß es einen Katalog der notwendigen Eingriffe nicht gibt. Das heißt, daß die Anerkennung im Ermessen des Facharztanerkennungsausschusses liegt.

6. 2. 1971 — Ich bewerbe mich um eine freie Stelle an der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt, an der ich 6 Jahre vorher als Medizinalassistent schon einmal gearbeitet hatte.

17. 2. 1971 — In der Direktoriumssitzung der Chirurgischen Universitätsklinik zeichnet sich eine positive Reaktion auf meine Bewerbung ab.

Einige Tage später spricht sich die Vollversammlung der Assistenten dieser Klinik nach Diskussion und Abstimmung für eine Zusammenarbeit mit dem Bewerber aus.

19. 2. 1971 — Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie kündigt an, daß es über meinen Ausschluß beraten wird und beruft sich dabei auf § 5, 4 seiner Satzung: „Schädigt ein Mitglied das Ansehen der Gesellschaft, so ist über den Ausschluß durch eine vom Präsidium besonders eingesetzte Kommission zu beraten. Führt das Beratungsergebnis zur Zustimmung des Präsidiums, so wird der Generalversammlung der Antrag auf Ausschluß des Mitgliedes vorgelegt, der dann auszusprechen ist, wenn in einer geheimen Abstimmung mit Stimmzettel eine $\frac{3}{4}$ Mehrheit erreicht wird. Von der Sitzung, in der über den Ausschlußantrag verhandelt wird, ist der Betreffende auszuschließen.“

12. 3. 1971 — Antwort auf meine Bewerbung:

Mit Schreiben vom 6. 2. 1971, gerichtet an den kommissarischen Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Herrn Prof. Weber, haben Sie sich um Einstellung im Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität beworben. Im Einvernehmen mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät, Herrn Prof. Hövels, und Herrn Prof. Weber, muß ich Ihnen leider mitteilen, daß von Ihrer Einstellung in den Universitätskliniken Abstand genommen werden muß.

Ich bedaure sehr, Ihnen keine günstigere Nachricht geben zu können.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Benz

20. 3. 1971 — In einer Presseerklärung beruft sich der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt bei der Ablehnung der Bewerbung auf das nicht rechtskräftige Urteil. 2 Zitate aus der Presseerklärung:

1. In dem Urteil wurde festgestellt, daß der Kläger die der Sache nach unwahren Behauptungen aufgestellt hatte, auch in der Chirurgischen Klinik des Nordwest-Krankenhauses würden Experimente an Patienten ohne deren Einwilligung durchgeführt, und gelegentlich würden Patienten ohne Notwendigkeit aus Geldgier der Ärzte operiert.

2. Herr Dr. Mausbach hat öffentlich anderen Ärzten — unbewiesen und in der Sache nicht berichtigt — sittlich verwerfliches und strafbares Verhalten gegenüber Patienten vorgeworfen. Er belastet damit fortwirkend das unerläßliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Wir sind deswegen nicht bereit, seine Einstellung zu verantworten.

In einer Gegenerklärung verurteilen Assistenten und Studenten des Fachbereiches Humanmedizin die Ablehnung der Einstellung und werfen dem Dekan vor, er setze nur die Argumentation der ärztlichen Standesorganisationen fort.

24. 3. 1971 — Ich lasse mich bei der Frankfurter Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit registrieren und bewerbe mich bei allen Frankfurter Krankenhäusern, die für die Fachausbildung in Frage kommen.

31. 3. 1971 — Die ersten Bewerbungsablehnungen treffen ein. Der zuständige Sachbearbeiter der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung teilt telefonisch mehrere weitere Ablehnungen von Frankfurter Kliniken mit, die zum Teil dringend Assistenzärzte suchen. Begründung: „Um den Mann ist zu viel Unruhe.“

1. 4. 1971 — Ich melde mich arbeitslos auf dem Frankfurter Arbeitsamt und beantrage Arbeitslosenunterstützung. Der Sachbearbeiter macht darauf aufmerksam, daß die Stiftung Hospital zum heiligen Geist für ihre Assistenzärzte keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung eingezahlt hat, deshalb werde wohl keine Arbeitslosenunterstützung gegeben werden können.

7. 4. 1971 — Da immer noch nicht entschieden ist, ob Arbeitslosenunterstützung gezahlt werden wird, melde ich mich als mittellos bei

der Sozialstation Frankfurt-Nordweststadt und beantrage Sozialhilfe. Von der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung kommt erneut die Nachricht, daß, trotz nachweislich freier Stellen in Frankfurt, für mich keine Arbeit zu finden ist.

16. 4. 1971 — München, auf der 88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie beantragt das Präsidium, mich wegen der Kritik in der Fernsehsendung aus der Gesellschaft auszuschließen. Die Ausschlußberatung auf der Generalversammlung findet, entsprechend der Satzung, in meiner Abwesenheit statt. Der Saal ist durch Saalwächter abgeriegelt. Die Presse hat keinen Zutritt. Gegen Ende der Beratung werde ich in den Saal gerufen und von einem Sprecher des Präsidiums um eine Stellungnahme gebeten, wobei unterschwellig anklingt, daß ein Widerruf erwartet wird. Ich habe etwa 3 Minuten Zeit zu einer Stellungnahme, sage, daß ich zu meiner Fernsehaussage stehe und erkläre mich zu einer sofortigen Diskussion der Sendung „Halbgott in Weiß“ bereit. Daraufhin werde ich wieder aus dem Saal gewiesen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie beschließt den Ausschluß mit $\frac{3}{4}$ Mehrheit. Immerhin werden mehr als 100 Gegenstimmen gezählt. Nach dem Ausschluß kommt es zu Protesten Münchener Studenten, Assistenzärzten, ihrer Vertretungen und des ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, der die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vor diesem Schritt gewarnt hatte.

17. 4. 1971 — Presse, Rundfunk und Fernsehen berichten über die Ereignisse und Auseinandersetzungen auf dem Chirurgenkongreß.

Einstellung im Klinikum der Frankfurter Universität

19. 4. 1971 — Auf dem Parteitag des SPD-Unterbezirks München wird mit großer Mehrheit das Vorgehen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mißbilligt. Der Oberbürgermeister der Stadt München, Dr. Vogel, kündigt an, er wolle sich für meine Einstellung an einem Münchener Krankenhaus einsetzen.

Das Frankfurter Arbeitsamt gewährt Arbeitslosenunterstützung, obwohl die Stiftung Hospital zum heiligen Geist keine Arbeitslosenversicherungsbeiträge für ihre Assistenzärzte entrichtet. Da ich ja eigentlich keinen Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung habe, versuche ich zu erfahren, wie es zu dieser ungewöhnlichen Entscheidung gekommen ist. Die Stiftung Hospital zum heiligen Geist gibt Auskunft, sie habe auch jetzt keine Beiträge nachbezahlt. Das Arbeitsamt gibt keinen Kommentar zu seiner positiven Entscheidung. Daraufhin informiere ich die Assistenzärzte des Nordwestkrankenhauses, daß sie im Falle von Arbeitslosigkeit auf den guten Willen des Arbeitsamtes angewiesen sind, wenn sie Arbeitslosenunterstützung brauchen.

20. 4. 1971 — Der hessische Ministerpräsident Albert Osswald bietet mir seine Unterstützung an. Er sagt, laut Frankfurter Rundschau: „Die politische Tradition Hessens verlange, dem Betroffenen Beistand anzubieten.“ „Mir geht es um die Wahrung einer Grundhaltung, die in unserem Lande von jeher Gültigkeit hat.“

21. 4. 1971 — Auf die Angebote Oberbürgermeister Vogels und des Ministerpräsidenten Osswald antworte ich, „daß das Angebot aus

München zwar verlockend sei, daß jedoch die juristischen Auseinandersetzungen meine Anwesenheit in Frankfurt verlangen und ich, wenn möglich, zumindest die Fachausbildung in Frankfurt abschließen möchte“.

25. 4. 1971 — Erneute Bewerbung bei der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt.

26. 4. 1971 — Telegramm:

Sehr geehrter Herr Doktor Mausbach der Verband der Wissenschaftler an Forschungsinstituten würde Ihre Mitgliedschaft sehr begrüßen in Hochachtung mit freundlichem Gruß = H. Sundermann
Vorsitzender des VWF Karlsruhe Erasmusstr. 15.

27. 4. 1971 — Laut Meldung der Frankfurter Neuen Presse hat die Unterbezirkskonferenz der Hanauer SPD eine Resolution gefaßt, der Magistrat solle überprüfen, ob nicht am Hanauer Stadt Krankenhaus ein Platz für mich frei sei.

Mai 1971 — Der Solidaritätsausschuß bringt unter dem Titel: „Stimmen der Öffentlichkeit“ eine Dokumentation heraus, das Vorwort schreibt Wolfgang Abendroth.

Politische Demokratie kann nur funktionieren, wenn die sozialen Gruppen und ihre politischen Parteien und wenn auch alle Bürger sich über gesellschaftlich wichtige Tatsachen frei informieren können. Freiheit der Information und Freiheit der Willensbildung setzen das Recht auf freie Meinungsäußerung voraus.

Deshalb hat Art. 5 des Grundgesetzes die Freiheit der Meinungsäußerung in Wort, Schrift und Bild als Grundrecht statuiert. Da sich bereits in der Periode der ersten deutschen Republik gezeigt hat, daß dies Voraussetzungsrecht jeder Demokratie durch soziale Machtverhältnisse überspielt werden konnte, hat Art. 11 Abs. 1 S. 2 der hessischen Landesverfassung ausdrücklich formuliert: „Dieses Recht darf auch durch ein Dienstverhältnis nicht beschränkt werden, und niemand darf ein Nachteil widerfahren, wenn er es ausübt.“

Es war das Verdienst fortschrittlicher Staatsrechtslehrer und insbesondere von Helmut Ridder, gezeigt zu haben, daß dieser Satz der hessischen Verfassung durch Art. 5 GG nicht nur gedeckt wird, sondern nach dem Willen des damaligen Verfassungsgebers, des Parlamentarischen Rates, in ihn einbezogen ist. Die Rechtsprechung hat fast allgemein dieser Auffassung der Staatsrechtslehre zugestimmt. Gleichwohl sind in der Praxis Rechtsnorm und soziale Wirklichkeit noch immer durchaus nicht das gleiche. Wenn das durch einen Tatbestand belegt wird, sodann mit besonderer Klarheit durch den Fall des Assistenzarztes Dr. Hans Mausbach.

Die Standesvorurteile jener medizinischen Professoren, die ihn um seiner freien Meinungsäußerung willen aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen haben, die Angst jener Klinikchefs, die seine Dienstentlassung bewirkt haben, setzt sich bedenkenlos über diese Grundnorm unseres Rechts hinweg. Es wird die Aufgabe der öffentlichen Meinung sein, um des Schutzes unserer demokratischen Ordnung willen diese verfassungsfeindlichen Kräfte zum Weg des Rechts und zur Anerkennung des Grundgesetzes zurückzuzwingen.

5. 5. 1971 — Beginn der Verhandlungen über die Einstellung im Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität. In einem Schreiben des Dekans vom 5. 5. 1971 wird von Vorbedingungen gesprochen, unter denen eine Verhandlung über die Einstellung in der Chirurgischen Klinik sinnvoll erscheint: diese „Vorbedingungen“ sehen so aus, daß ich folgende Wohlverhaltenserklärung unterschreiben soll:

Ich bin mir dessen bewußt, daß ich mich im Falle meiner Beschäftigung im Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität strikte an die durch Gesetz, Tarifrecht und Rechtsprechung entwickelten Grundsätze der Treupflicht des Arbeitnehmers halten muß. Das bedeutet insbesondere, daß der Arbeitnehmer

- a) sich nach besten Kräften für die Interessen des Klinikums und die Erfüllung seiner Aufgaben einzusetzen und alles zu unterlassen hat, was dem Klinikum, der Universität oder dem Lande Hessen abträglich sein könnte,
- b) drohende oder schon eingetretene Schäden, Störungen, Mißstände oder Unregelmäßigkeiten, insbesondere etwaige strafbare Handlungen, den zuständigen Personen oder Kollegialorganen anzuzeigen hat,
- c) keine ungünstigen Nachrichten verbreitet, die geeignet sind, den Ruf des Universitätsklinikums und der hier Tätigen zu schädigen oder das für die Krankenbehandlung unerläßliche Vertrauensverhältnis der Patienten zum Universitätsklinikum und seinen Mitarbeitern zu stören.

Es ist mir bekannt, daß es sich hier lediglich um die Präzisierung von Pflichten handelt, die jedem Mitarbeiter des Universitätsklinikums in gleicher Weise obliegen.

12. 5. 1971 — Mehrstündige Einstellungsverhandlung in Anwesenheit des Präsidenten der Universität Frankfurt, seines persönlichen Referenten, des Dekans der medizinischen Fakultät, zweier Prodekane, des kommissarischen Leiters der Chirurgischen Klinik, eines Sprechers der Gewerkschaft ÖTV, eines Assistentenvertreters, des Verwaltungsleiters des Klinikums und von Mitgliedern des Personalrates. Ich lehne es ab, die Wohlverhaltenserklärung zu unterschreiben und verweise auf die normalen Anstellungsbedingungen nach BAT.

13. 5. 1971 — Das Ermittlungsverfahren gegen Dr. Granitzka und mich wegen Beleidigung wird eingestellt. Zitate aus der Begründung:

„Der Antragsteller (Prof. Dr. med. Hartenbach, Prof. Dr. med. Reitter, Privatdozent Dr. med. Bikfalvi u. a.) wäre dann durch die Äußerungen der Beschuldigten verletzt, wenn diese sich gezielt gegen sie richteten und angebliche Mißstände in ihren Kliniken betreffen. Die Beiträge beider Beschuldigten enthalten jedoch weder Namen noch Ortsangaben. Auch sonstige Hinweise dafür, daß sich ihre Äußerungen speziell gegen die Antragsteller richten sollten, sind nicht erkennbar. Die Beiträge der Beschuldigten können auch nicht als Angriff auf die Gesamtheit der Chefarzte der Bundesrepublik Deutschland gewertet werden. Nur wenn die Äußerungen einen solchen Angriff enthielten, wären die Antragsteller als Ange-

hörige einer umgrenzbaren Mehrheit von Personen (Gesamtheit aller Chefärzte) von den Äußerungen betroffen und verletzt.“

„Das Verfahren war deshalb mangels Vorliegens eines für die Strafverfolgung notwendigen Strafantrages einzustellen.“

18. 5. 1971 — Erneute mehrstündige Einstellungsverhandlung in der gleichen Besetzung wie am 12. 5. 1971. Ich gebe eine Erklärung ab, die folgendermaßen endet:

„Die üblichen Anstellungsbedingungen umschreiben lückenlos die Pflichten und Rechte der Anzustellenden. Dem etwas hinzuzufügen hieße, ihre Vollständigkeit in Frage stellen und ihre Rechtswirksamkeit unterhöheln, wozu ich, als Mitglied der Gewerkschaft und als Staatsbürger mich nicht befugt fühle. Ich schlage deshalb vor, einen Arbeitsvertrag abzuschließen, der sich formell und inhaltlich in nichts von den üblichen Anstellungsbedingungen unterscheidet.“

Die Verantwortlichen der Universität stimmen der Einstellung nach den normalen Bedingungen des BAT zu.

7. 6. 1971 — Heute wird in einer Verhandlung im Landesarbeitsgericht entschieden, ob dem Befangenheitsantrag der Stiftung Hospital zum heiligen Geist gegen den inzwischen als Richter für die Berufungsinstanz benannten Präsidenten des Landesarbeitsgerichts, Dr. Joachim, stattgegeben wird. Der die Stiftung vertretende Anwalt legt dar, daß Dr. Joachim deshalb als befangen angesehen werden muß, weil er gegen die Diskussion des Urteils der ersten Instanz im Arbeitskreis der Referendare, zu der sie mich eingeladen hatten, seinerzeit nicht protestiert hatte. Der vor ihm als Richter vorgesehene ordentliche Kammervorsitzende, Dr. Schmidt, hatte sich selbst für befangen erklärt und das damit begründet, er habe sich darüber geärgert, daß ich der Einladung der Referendare zu einer Diskussion im Landesarbeitsgericht gefolgt war. Der Befangenheitsantrag der Anwälte der Stiftung Hospital zum heiligen Geist endete folgendermaßen:

Rein vorsorglich wird bereits jetzt mitgeteilt, daß auch, falls es erforderlich werden sollte, die Herren Richter Dr. Schneider und Dr. Müller gemäß § 42 ZPO als befangen abgelehnt werden. Falls eine entsprechende Situation eintreten sollte, werden die Ablehnungen noch ausführlich begründet werden. Soweit es sich um den Richter Dr. Schneider handelt, ergeben sich die Ablehnungsgründe aus dem Vorstehenden und aus der noch weitergehenden Tatsache, daß er die Anwesenheit des Klägers während der Diskussion vom 17. 12. 1970 geduldet hat. Soweit es den Richter Dr. Müller angeht, wird das Ablehnungsgesuch auch mit dem Vorstehenden begründet sowie damit, daß sich in einer aktiven Demokratie — vgl. § 146 ff. der hessischen Verfassung — der einzelne aktiv zur Rechtswahrung einsetzen muß. Dies haben, nach der Mitteilung des Herrn Präsidenten des Landesarbeitsgerichts, lediglich die Richter des Landesarbeitsgerichts Wigand und Bergmann getan, die folglich nicht als befangen abgelehnt werden.

Infolge der vielen Befangenheitswertungen ist es schwierig, im Frankfurter Arbeitsgericht noch einen Richter zu finden, der nicht

mit dem Makel des Befangenheitsverdachts behaftet ist. Der neue Richter (nicht der letzte in der Berufungsinstanz, wie sich noch zeigen wird) ist glücklicherweise frei von jeder Befangenheit, weil er zum Zeitpunkt der Referendardiskussion in Wiesbaden weilte.

28. 6. 1971 — Neben dem Anwaltskollektiv Riedel, Golzem, von Plottnitz übernimmt Heinrich Hannover, Bremen, auch im Arbeitsprozeß die Vertretung.

7. 7. 1971 — Das Arbeitsgericht, das in der 1. Instanz von unverantwortlichen Pauschalanschuldigungen gesprochen hatte, ist inzwischen zu einer anderen Auffassung gelangt. Richter Schecker erklärt, das Gericht neige dazu, meine Fernseherklärung nicht nur als subjektiv wohlgemeint, sondern auch als objektiv wahr zu unterstellen. Das Gericht, das schon in der 1. Instanz versucht hatte, unsere Beweise zu ignorieren, weicht in der Frage der Wahrheit der Fernsehaussage elastisch zurück, um die Vervollständigung der Beweisführung von unserer Seite aus um so sicherer mit dem Argument abzublocken, es gehe lediglich um den Bezug aufs Nordwestkrankenhaus und die Störung des Arbeitsfriedens in der Chirurgischen Klinik. Sobald wir versuchen, die gesellschaftlichen und politischen Ursachen der Misere im Gesundheitswesen als Zielpunkt der Fernsehkritik zu benennen, wirft man uns formale Knüppel zwischen die Beine. Es ist, als kommst Du in ein fremdes Haus, wirst gedrängt, abzulegen und findest keinen Haken für Deinen Mantel. Die Personalisierung des Konflikts und die Kriminalisierung der Fernsehaussage ist so weit fortgeschritten, daß selbst das Stellen neuer Beweisanträge jeweils die Gefahr mit sich bringt, immer weiter in Sackgassen konservativer Rechtsauffassung zu geraten.

Gegen 14.30 Uhr begibt sich die Kammer in die Räume des Hessischen Rundfunks, wo der Fernsehfilm „Halbgott in Weiß“ noch einmal vorgeführt wird. Zitat aus dem Protokoll:

„Es wurde ferner festgestellt, daß der vorerwähnte Fernsehfilm sich kritisch mit dem Chefarztsystem an den deutschen Krankenhäusern befaßt und Folgen aufzeigt, die — hierdurch bedingt — bei der ärztlichen Versorgung in deutschen Krankenhäusern auftreten und auftreten könnten. Es wurde schließlich festgestellt, daß bei keinem der in dem Fernsehfilm mit kritischer Stellungnahme auftretenden Assistenzärzten — weder durch Wort und Bild noch auf andere Weise — ersichtlich war, an welchem Arbeitsplatz der Betreffende tätig ist.“

Gerade in diesem Zusammenhang wird aus der Argumentation des Richters immer wieder klar, daß ein Begriff des Arbeitsfriedens unterstellt wird, der es gestattet, jeden kritischen Mitarbeiter für seine Teilnahme an der öffentlichen Diskussion der Mißstände in seinem Berufsbereich an seinem Arbeitsplatz zu disziplinieren. Die Argumentation läuft etwa darauf hinaus, daß, wenn ein Obstpflücker in einem öffentlichen Medium kritisiert, daß tonnenweise Obst ins Meer geschüttet würden, er auf jeden Fall verpflichtet sei, auf Verlangen seines „Arbeitgebers“ in der Öffentlichkeit zu erklären, daß

in seinem Betrieb allerdings noch nie ein Apfel verfault sei. Die Fortsetzung des Rechtsstreits wird auf den Spätherbst verschoben.

10. 7. 1971 — Wie gefährlich es sein kann, sich bei der Diskussion von Mißständen, insbesondere bei möglicherweise strafrechtlichen Tatbeständen, auf die Ebene der Beweisführung am Einzelfall einzulassen, lehrt uns das Beispiel des wissenschaftlichen Rats am Lehrstuhl für Staatslehre und Verfassungsrecht an der Technischen Hochschule Darmstadt, Dr. Azzola, der sich uns als Zeuge für den Komplex „Experimente am Menschen ohne Aufklärung und Einwilligung“ angeboten hatte.

Zu diesem Punkt hatten wir uns aus umfangreichem Material die einleuchtendsten Beispiele herausgesucht, und diese Beispiele haben ja auch bei dem Gericht den Eindruck hinterlassen, daß die Fernsehaussage als objektiv wahr gewertet werden müsse. Auf Azzolas zusätzliche Zeugenaussage ließen wir uns nur deshalb ein, weil das von ihm bezeichnete Vorgehen im Städtischen Krankenhaus Darmstadt zum Zeitpunkt der Verhandlung noch im vollen Gange war, so daß deutlich gemacht werden konnte, wie notwendig die Kritik in der Sendung gewesen war. Durch Befragen eines zweiten, unmittelbar beteiligten Arztes in Darmstadt sicherten wir den Tatbestand. Dr. Azzola war bereit, sich als sog. „sistierter“ Zeuge im Arbeitsgericht zur Verfügung zu halten. Durch ein Zitat (Rheinische Post vom 8. 7. 1971) sei gezeigt, was Azzola der Presse gegenüber sagte:

„Hannover überraschte das Gericht mit der Ankündigung, im Saal befinde sich ein Zeuge, der bestätigen könne, daß sterbenden Patienten im Krankenhaus zu wissenschaftlichen Versuchen 50 ccm Blut abgenommen würde. Noch ehe das Gericht über die Vernehmung dieses Zeugen, des 34jährigen Dr. Axel Azzola, einen Beschluß fassen konnte, gab der aus Darmstadt stammende Jurist vor Journalisten eine Erklärung ab. Dr. Azzola sagte, er sei habilitierter wissenschaftlicher Rat am Lehrstuhl für Staatslehre und Verfassungsrecht an der Technischen Hochschule in Darmstadt. Seine Frau sei Ärztin. Sie habe in der medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Darmstadt gearbeitet. Dort werde sterbenden Patienten 50 ccm Blut zu Forschungszwecken entnommen. Sei der Tod dann eingetreten, werde nicht die übliche 12-Stunden-Frist bis zur Sektion abgewartet, sondern in einer sog. Frühsektion schon nach 4 Stunden den Toten Blut abgezapft, um mit der zu Lebzeiten entnommenen Probe verglichen zu werden.“

Die Stadt Darmstadt reagierte auf unseren Beweisantrag mit einer Strafanzeige gegen Dr. Axel Azzola, der kurz darauf zu dementieren begann, obwohl die Formulierung unserer Beweisanträge wörtlich mit ihm abgesprochen war.

Azzolas schwankende Haltung könnte sich in der Öffentlichkeit zu unseren Ungunsten auswirken, obwohl er seine ursprüngliche Aussage, daß an dem von ihm benannten Ort experimentelle Eingriffe ohne Einwilligung und Aufklärung gemacht würden, bis heute nicht geändert hat, sondern im Grunde nur gesagt hat, daß das betref-

fende Vorgehen strafrechtlich nicht greifbar sei und menschlich kaum zu beanstanden.

Allerdings ging es uns mehr um die Kritik an den Bedingungen, die der Pharmaindustrie gestatten, medizinische Forschung ihren Profitinteressen unterzuordnen.

15. 7. 1971 — Ich trete meine neue Assistentenstelle an der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt am Main-Sachsenhausen an.

Die Auseinandersetzungen in Frankfurt gehen weiter, weil die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen, wie in anderen Städten, auch in Frankfurt zunimmt¹³. Meist reichen geringe Anlässe aus, um die schon lange anstehenden Interessengegensätze am Arbeitsplatz Krankenhaus zur offenen Austragung zu bringen. Es gelingt den rückschrittlichen Kräften einschließlich der bürgerlichen Presse nicht mehr in jedem Fall, die Auseinandersetzungen zu personalisieren und zu kriminalisieren. Eine wachsende Minderheit der Lohnabhängigen im Gesundheitswesen begreift, daß auch ihre Probleme auf die Grundwidersprüche unserer Gesellschaft zurückführbar sind. Während noch in der Ausbildung die Diskussion über die ins Gesundheitswesen hineinwirkenden Klassegegensätze geduldet wird, solange sie ein gewisses Abstraktionsniveau nicht unterschreitet, riskieren Krankenschwester und angestellter Arzt den Verlust ihres Arbeitsplatzes schon beim einfachen Hinweis auf Mißstände in ihrem engeren Arbeitsbereich. Noch schwieriger ist es, in den öffentlichen Medien zu versuchen, die im Gesundheitswesen sich auswirkenden gesellschaftlichen Randphänomene und Nebenwidersprüche auf ihre ökonomischen Ursachen hin zu befragen. In meinem Fall haben die Kritik des gefährlichen Einflusses der marktbeherrschenden pharmazeutischen Konzerne auf die medizinische Forschung und Praxis und die Forderung, daß ärztliche Entscheidungen von Profitinteressen frei sein müßten, ausgereicht, um einen ganzen Kanon von Disziplinierungsmaßnahmen der konservativen Kräfte im

13 Der Oberarzt der Neuropsychiatrie im Städtischen Krankenhaus Höchst, Dr. Peter Wallauer, kämpft weiter um seinen Arbeitsplatz, den man ihm wegen seines Eintretens für Reformen nehmen will. Im Kölner Dreikönigenkrankenhaus haben vor einigen Monaten 7 Assistenzärzte aus Protest gegen die Willkürmaßnahmen ihres Chefarztes die Arbeit niedergelegt und gemeinsam gekündigt.

Zur gleichen Zeit hat sich in den Kölner Universitätskliniken der Ersatzdienstleistende Mathias Albig, unterstützt von einem Teil der Patienten, für die Abschaffung der Vorrechte auf den Privatstationen eingesetzt.

12 Assistenzärzte des Salvatorianerkrankenhauses „Maria zu den Aposteln“ Mönchengladbach, haben im Juni 71 kollektiv gekündigt, weil ihre Forderungen auf Verbesserung der Arbeitsbedingungen ignoriert worden waren. In Göttingen wurde am 1. Juni 71 der Vertrag eines jungen spanischen Arztes mit hervorragender Qualifikation, eines ehemaligen Stipendiaten des Deutschen Akademischen Austauschdienstes, Enrique Blanco-Cruz, nicht verlängert, weil er Mißstände an seinem Arbeitsplatz kritisiert hatte. — Das sind einige herausgegriffene Fälle aus einer Vielzahl von ähnlichen Meldungen in diesem Jahr.

Gesundheitswesen und ärztlichen Standesorganisationen in Gang zu bringen. Allerdings setzte gleichzeitig eine erstaunliche Solidarisierungswelle ein: mehr als 1000 Einzelunterschriften; Medizinerfachschaften, Studentengemeinden, Assistentenräte und Allgemeine Studentenausschüsse von 16 Universitäten schickten Solidaritätsadressen und luden zu Diskussionsveranstaltungen in 15 Städten ein. (Die Hauptthemen der Podiumsdiskussionen waren „Demokratie im Krankenhaus“, „Arzt und Profit“, „Mehr Mitbestimmung im Krankenhaus“, „Medizin in der Klassengesellschaft“.)

Die Kritik der bürgerlichen Medizin hat in den öffentlichen Medien Raum gewonnen, sich inhaltlich vertieft und beginnt Kontakt aufzunehmen zu Nachbarbereichen wie Ökologie und Bildung. Nach einer Serie von Assistentenstreiks im Jahre 1970 im Anschluß an die antiautoritäre Studentenbewegung und in Verbindung mit ihr werden im Augenblick die Interessen der angestellten Ärzte mit auffälligem Eifer von den Standesorganisationen vertreten¹⁴, die die zunehmende Unruhe in den Krankenhäusern spüren und versuchen, die Bereitschaft der lohnabhängigen Ärzte zur gewerkschaftlichen Organisation abzufangen und den von ihnen in den nächsten Jahren im Gesundheitswesen erwarteten Arbeitskämpfen von vorneherein einen standespolitischen Akzent verleihen wollen.

Der formelle Ausgang der Auseinandersetzungen in Frankfurt ist noch offen. Im Arbeitsprozeß gegen die Stiftung Hospital zum heiligen Geist nähert sich die Argumentation beider Parteien den entscheidenden verfassungsrechtlichen Fragen (s. dazu den Schriftsatz Heinrich Hannovers). Daß angestellte Ärzte sich in der ÖTV gewerkschaftlich organisieren und mit dem Rechtschutz der ÖTV auf Klärung des schwammigen Begriffs „Arbeitsfrieden“ drängen, paßt nicht in das nur an der Oberfläche noch intakte Standesbild.

Die Landesärztekammer Hessen hat inzwischen gegen 4 der am Frankfurter Krankenhauskonflikt beteiligten angestellten Ärzte den Verdacht eines Berufsvergehens an den Haaren herbeigezogen. Die mögliche Bestrafungsskala findet sich im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Neufassung des Gesetzes über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 18. 4. 1966, § 19:

(1) Im berufsgerichtlichen Verfahren kann erkannt werden auf

1. Warnung,
2. Verweis,
3. zeitweilige Entziehung des Wahlrechts,
4. Geldbuße bis zu zehntausend Deutsche Mark,
5. Feststellung, daß der Beschuldigte unwürdig ist, seinen Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker auszuüben.

14 So arbeitete etwa der Marburger Bund Hessen mit der Landesärztekammer Hessen bei der Vorbereitung und Organisation einer Urabstimmung Hand in Hand.

An diesen Fällen läßt sich nachweisen, daß durch die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit eine grundgesetzwidrige Mehrfachverfolgung möglich ist, die zur Jagd auf Verletzer der Standessolidarität und politisch Andersdenkende mißbraucht werden kann.

Entscheidend ist: Das stille Abwürgen kritischer Stimmen im Gesundheitswesen gelingt von Mal zu Mal weniger. Die Betroffenen drängen auf Austragung in der Öffentlichkeit. Das Interesse der Öffentlichkeit an diesen Auseinandersetzungen wächst mit der Verschärfung der gesellschaftlichen Widersprüche, die auch die Mißstände im Gesundheitswesen und im Sozialsektor stärker hervortreten lassen. Lange Wartezeiten, zynische Behandlung der sozial schlecht Gestellten, überfüllte Krankenstationen, Kurzabfertigung beim überlasteten Arzt, Privilegien der Privatpatienten, mangelhafter Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und spektakuläre Zunahme der Umweltzerstörung, das sind Erfahrungen, die man „am eigenen Leibe“ macht. Wenn wir an diesen unmittelbaren Erfahrungen anknüpfen und den Entstehungsmechanismus der sich häufenden Mißstände zu zeigen versuchen, wird uns die Frage nach den Ursachen immer dringender gestellt werden.

Benutzte Literatur:

1. Autorenkollektiv „Texte und Dokumente zum Frankfurter Krankenhauskonflikt“ (unveröffentlichtes Manuskript).
2. Regus, Michael: Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Köln, 10/1970.
3. Stimmen der Öffentlichkeit, Dokumentation zu dem Fall Dr. med. Hans Mausbach. Herausgeber: Hans Piechotta, Frankfurt/M., April 1971.
4. Medizinische Fachschaften München, Universität und Technische Universität und Projektgruppe Medizin, Rote Zelle Medizin, Kritische Dokumentation zur Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ bei Jörg Luchterhand, 8 München 15, Pettenkofenstr. 11, 1971.
5. Mausbach, Hans: „Halbgott in Weiß“ und die Folgen, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Köln, 12/1970.
6. Gill, Ramon: Text zum Film „Halbgott in Weiß“. Copyright Radio Bremen, Fernsehabeilung, 1970.
7. Woythal, Martin: Das klassenlose Krankenhaus. Eine Zwischenbilanz. Hrsg. Landratsamt Hanau am Main, 1970.

Literatur zu den Themen

Experimente am Menschen

Kommerzielle Einflüsse auf ärztliche Entscheidungen und Gefälligkeitspublizistik für die pharmazeutische Industrie

Anonyme Autoren (N.F.; G.E.; G.V.; V.A.):

Arzneimittel — Therapie — Kritik

Chirurgische Praxis, 13, 2, 323 ff., Hans Marseille Verlag, München 1969

- arznei-telegramm, Informationen des unabhängigen Arbeitskreises Arzneipolitik
1 Berlin 39, Ulricistr. 21
- Basisgruppe Pharmazie, Berlin: Der Patient, ihr bestes Kapital,
c/o Jürgen Neye, 1 Berlin 27, Treskowstr. 10
- Beecher, H. K.: Consent in Clinical Experimentation — Myth and Reality,
J.A.M.A., 195, 166, 34
- Beecher, H. K.: Research and the Individual,
Little, Brown and Compagny, Boston 1970
- Beecher, H. K.: Experimentation in Man
Charles C. Thomas, Springfield, Ill., o. J.
- Das hippokratische Ethos, wissenschaftliche Beiträge der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 1967/2
- Deklaration von Helsinki, Sonderdruck in: Deutsches Ärzteblatt — Ärztliche Mitteilungen
- Dolph, Werner: Der tiefe Schlaf — Arzneimittelprüfungen in der Bundesrepublik,
Nordd. Rundfunk 5. 5. 1971, 3. Programm, 21 Uhr
- Fachschaft Medizin, Heidelberg: Menschenversuche für die Bundeswehr in der Schettler-Klinik
Mediziner-Info, ASTA Heidelberg 15. 6. 1970
- Finzen, Asmus: Arzt, Patient und Gesellschaft,
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1969
- Gebührenordnung für Ärzte, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, Berlin, 18. 3. 1965, Ärztedienstverlag H. Storm, Gießen 1967
- Gelsner, Kurt: Pharma-Ärzte im Blickfeld, status 19/70
- Herxheimer, H.: Die Praxis der Medizin unter dem Einfluß berufsfremder finanzieller Interessen,
Arzneimittelbrief Jahrgang IV, Nr. 5/1970
Westkreuz Verlag, Berlin
- Initiativgruppe Kritische Medizin Mainz: Pharma-Bericht, Info des Projektbereichs Medizin zur Projektbereichskonferenz vom 21.—23. 11. 1969 in Mainz
- Pappworth, M. H.: Human Guinea Pigs — Experimentation on Man, Routledge and Kegan Paul, London 1967
- Shaw, G. B.: Vorrede über Ärzte (Der Arzt am Scheideweg),
Dramatische Werke Bd. V, S. Fischer, Berlin 1921
- Terstegen: Die sog. Weiße-Kragen-Kriminalität unter besonderer Berücksichtigung des Entwurfs,
Schriftenreihe „Strafrechtspflege und Strafrechtsreform“ des Bundeskriminalamts
- Wes Brot ich eß — Ärzte machen Pharmamonopole gesund,
Med. Info der Fachschaft Medizin Heidelberg, 11. 5. 1970
- Winandy, Thea: Berichte über den Contergan-Prozeß,
FAZ 21. 1. 1969; 11. 12. 1969; 10. 12. 1969; 19. 12. 1970

Bisher nicht oder nur auszugsweise veröffentlicht:

- Anklageschrift im Conterganprozeß, s. auch „Spiegel“ 23/68
Briefwechsel des Autors mit 11 Lehrstuhlinhabern der forensischen Medizin, 1966
Menocil — Schriftwechsel der Firma Cilag-Chemie, s. auch „Spiegel“ 19/71

Besprechungen

Philosophie

Heuß, Alfred: *Zur Theorie der Weltgeschichte.* Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1968 (83 S., broch., 6,80 DM).

Heuß, Direktor des Althistorischen Seminars der Universität Göttingen, äußert sich quasi offiziell für die bundesdeutschen Historiker in der auf dem Historikertag 1967 gehaltenen und hier abgedruckten Rede über „Möglichkeiten einer Weltgeschichte heute“ (1—26): Verliert sich der Charakter der Menschheit als Gattung mit der Individuation von Hochkulturen (8 ff.), deren moderne Ausprägung durch ihre Expansivität bestimmt ist (12), so kann die Weltgeschichte nur die auf räumliche und zeitliche Perseveranz (17 f.) angelegten vier Zivilisationen — der europäischen, islamischen, indischen und chinesischen — unter dem Aspekt der Ursachen ihrer Entstehung und ihrer Welthaftigkeit selbst erforschen (19 f.) und in ihrer Relativität festhalten, weil es eben niemals möglich gewesen ist, „die Verbindlichkeit einer Kulturkonzeption gegenüber den anderen mit überzeugenden Gründen zu behaupten und etwa, sozusagen unter Zuhilfenahme supranaturaler (!) Einsichten, die geschichtliche Einheit der Welt auf der Basis einer Wertmetaphysik zu gewinnen“ (21). Durch die „Überlegenheit der technischen Zivilisation Europas“ (22) wird diese Relativität lediglich dahingehend eingeschränkt, daß von eben dieser technischen Entwicklung her für die Zukunft eine Vereinheitlichung der Welt möglich und um der Menschheit willen nötig ist, will sie überleben: „Der Mensch hat zwar die Technik hervorgebracht, er hat aber noch nicht bewiesen, daß er ihr und ihrem dauernden Progreß wirklich auch gewachsen ist“ (25). Die verwandten Begriffe enthüllen hier ihre Funktion: sie verstellen den Blick für eine humane Praxis eben durch ihre Sprachlosigkeit bezüglich der unmenschlichen Verhältnisse, die es zu verändern gilt, weil diese neben anderem die Anwendung der Technik gegen Menschen und deren Interessen ermöglichen.

In dem folgenden Aufsatz „Weltgeschichte‘ als Methode“ (27—48) tritt dieses Unvermögen noch deutlicher hervor. Nachdem der Gegensatz „zwischen Weltgeschichte als Gegenstand der Darstellung und zwischen dem Wissen, das zur Bewältigung jenes Gegenstandes mobilisiert werden muß“ (32 f.), dahingehend geklärt ist, daß nur ein „erfahrener Historiker“ (33) die geschichtlichen Fakten assoziativ mit ihrem differenzierten Hintergrund verbinden und entscheiden kann, ob sie für die große Geschichte relevant wurden, und nachdem fest-

gestellt ist, daß eine historische Betrachtungsweise als „geschichtlich-anthropologische“ (36) die Fiktion vom Genuswesen des geschichtlichen Menschen beinhalten würde, während sie vielmehr als Vergewisserung der geschichtlichen Möglichkeiten des Menschen der Weltgeschichte zu dienen hat, wird Rankesche „Apperzeption“ (38) der Geschichte für die Weltgeschichte nötig, wozu die vermittels der quantifizierbaren raum-zeitlichen Ausdehnung genau bestimmte Welthaftigkeit einzelner Fakten und Vorgänge dienlich ist (39 f.). So reduziert sich die welthistorische Frage darauf, „was . . . den betreffenden Kulturkreis . . . zu einer welthistorischen Bedeutung, genauer zu einer Expansion und Lebensfähigkeit, verholfen“ (43) hat. Da man, obwohl „das blinde Walten des Geschickes . . . keine menschliche Kraft . . . zu korrigieren vermag“ (40), darauf vertrauen muß, „daß Großes (das ist für Heuß die geschichtliche „Wirklichkeit des Geistes“ (41), d. Verf.) sich realisiert und gerade dadurch seine Größe erweist“ (41), ist man eben diesem Walten überantwortet: „Moderne Geschichtswissenschaft kann unmöglich sich an die Stelle der chinesischen Reichsannalistik setzen und auch die Pretention mancher moderner Soziologen, welche sich für legitimiert halten, die Welt zu verändern, stände ihr schlecht an“ (40). Im ersten Aufsatz drückt sich das so aus: „Wer kann schließlich das Fazit ziehen, bevor die Geschichte zu Ende ist?“ (24) Hier wird „wissenschaftliche Methode“ ad absurdum geführt. Nicht Erkenntnis soll das Ergebnis des Erkennens sein, sondern Unerkennbarkeit. Dies war allerdings den Bürgern schon lange angenehm, das fördert ihre „Expansion und Lebensfähigkeit“ (43), eben weil keiner weiß, wie diese zustande kommen und wodurch ihnen abgeholfen werden kann. Im letzten Aufsatz „Max Weber und das Problem der Universalgeschichte“ (49—83) gilt es, die Übernahme Weberscher Positionen kritisch zu untersuchen.

Die Webersche „Wertfreiheit“ steht nach Heuß in der Tradition der Forderung nach Objektivität (vgl. 58) und es gehört „zu der kopernikanischen Wende, die sich im Historismus vollzieht, die Gegenwart nicht minder als die Vergangenheit unter den gleichen Begriffen und mit der gleichen Anschaulichkeit sich zu vergegenwärtigen“ (59). Daß Max Weber das Postulat der „Wertfreiheit“ nicht logisch sauber durchführt, merkt Heuß kritisch an. Wertfreiheit als Beziehung auf Werte als Objekte des wissenschaftlichen Forschens wird mit einer individuell-existentiellen Wertbegrifflichkeit des urteilenden Forschers vermengt (vgl. 51 f.). So impliziert z. B. die M. Webersche Wertfreiheit Stellungnahme „gegen jede naturalistische Depravierung der Geschichte . . . und damit gegen ihre Unterwerfung unter äußere Regelmäßigkeit“ (63) — was Heuß allerdings zustimmend vermerkt. Ihm entgeht dabei jedoch, daß eben infolge der Koppelung des Verstehensbegriffes an die Wertfreiheit (vgl. 62 f.) Wertungen möglich werden. Weil aber eben dieses Verstehen das unreflektierte Vorverständnis des jeweiligen Historikers und dessen gesellschaftlich vermitteltes Interesse zum Ausdruck bringt, das in einer antagonistischen Gesellschaft Klassencharakter haben muß, wird Wertfreiheit unmöglich.

Dieser in sich widersprüchlichen Methode, dem Verstehen die Erklärung folgen zu lassen (vgl. 64), dient unter anderen der Begriff des „Idealtypus“. Durch die Verwendung solcher Begrifflichkeiten sollen verstandene Fakten ursächlich erklärt werden. „Der Idealtyp ist ... in gewisser Weise eine Art von Kondensierung der mannigfaltigen Erscheinungen des sozialen-politischen Feldes zum Zwecke ihrer Vergleichbarkeit und rückt dieselben begrifflich näher zusammen, nicht indem er geschlossene Gruppen bildet, sondern durch ein vielfältiges und variables Beziehungsmuster“ (78). Dies hat zur Folge, daß das Menschengeschlecht strukturell über Raum und Zeit verknüpft erscheint und so „unter dem Blickwinkel idealtypischer Kontakte den Schein einer gewissen, freilich sehr reduzierten Realität und in ihr den Schatten einer entsprechend verkürzten ‚Einheit‘“ (78) gewinnt. Daß dadurch der Mensch nicht „zu einem realen Subjekt“ erhoben wird, betont Heuß ebenso wie die in seiner Idealität begründete Fähigkeit des Idealtypus, „die außerhalb der Weltgeschichte liegende Realität in optischer Brechung in sie hereinscheinen zu lassen ... als denkbarer Bezugspunkt für das, was tatsächlich Gegenstand der Weltgeschichte ist. Der Idealtypus wird damit also auch zu einem Mittel, indirekt den beschränkten Realitätsgehalt der Weltgeschichte zu erhöhen und das, was sie nicht als materiales Objekt gewinnen kann, reflektiert durch das von ihm dargestellte Organon wenigstens (!) in der Modalität des Begreifens sich anzueignen“ (79).

Genausowenig wie der Idealtypus der Inbegriff des Historismus ist, ist Max Weber Historiker „im engeren Sinne“ (81). Er ist nur als historischer Forscher wörtlich zu nehmen, da er keine Ergebnisse liefert, sondern seine Schriften „unmittelbarer (!) Ausdruck des im Gange befindlichen Erkennens“ sind. „Der Historiker Max Weber wäre erst durch ein Umsetzen von Max Webers Geschichtsschreibung zu gewinnen“ (82). Dies würde aber nichts anderes bedeuten, als „diejenigen Regionen zu beleuchten, die Max Weber seinem Ansatz nach im Dunkel lassen mußte“ (83). Daß dies die westdeutsche Geschichtswissenschaft dringend zur Stützung ihrer Position braucht, scheint von nahezu allen Historikern erkannt, zumindest aber geahnt zu werden. An ihrer prinzipiellen Apologetik des kapitalistischen Systems ändert das so wenig wie sie selbst dadurch wesentlich verändert wird.

Gottfried Scherer (Neuß)

Waelder, Robert: Fortschritt und Revolution. Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1970 (400 S., Ln., 28,— DM).

Der bekannte, 1967 verstorbene US-Psychoanalytiker entwickelt drei Ausprägungen des Fortschritts-Begriffs: den des kämpferischen Liberalen, der Fortschritt als Kampf gegen die Reaktion versteht; des „neutralen“ Wissenschaftlers, der ihn als Folgeerscheinung des individuellen Bemühens betrachtet; und den Hegelschen Ursprungs, der den „Fortschritt im Sein selbst“ ansiedelt, worunter er undifferenziert die verschiedenen Ausformungen des Marxismus-Leninismus

subsumiert. Additiv verfahren beschreibt er die wissenschaftlichen und moralischen Triebkräfte des 18.—20. Jahrhunderts, mit zahlreichen Exkursen in Antike und Mittelalter. Dabei verfährt er losgelöst von einer zusammenhängenden Darstellung der verschiedenen Phasen der kapitalistischen Entwicklung, wobei er hauptsächlich zwischen politischen und nicht politischen humanitären Tendenzen unterscheidet. Was Waelder unter Fortschritt versteht, bleibt zugunsten einer Beschreibung aller möglichen Tendenzen offen. In seinen „allgemeinen Überlegungen zum wissenschaftlichen und technischen Fortschritt“ stellt er die Stabilität dem Wandel gegenüber — ein von ihm in diesem Buch durchgängig angewandtes methodisches Verfahren, dualistische Begriffspaare vorweg aufzustellen und daran Fragmente der Realität zu messen — und konstatiert, daß sich der Fortschritt immer mehr beschleunigt. Ausführlich beschreibt er die negativen Entwicklungen, die der Fortschritt verursacht, so als ob der Fortschritt „an sich“ schon negative Folgen hätte und nicht erst durch die Planlosigkeit und Willkür des kapitalistischen Systems bedingt wäre, und folglich ist er auch nicht in der Lage, die Ursachen dieser negativen Entwicklungen aufzuzeigen. Seine Hauptthese lautet, daß „schließlich alles seinen Preis fordert“, bei den positiven Entwicklungen müsse man auch Negatives in Kauf nehmen (99). Da es viele negative Erscheinungen gibt, unterstellt Waelder, daß Viele nur nach Sündenböcken suchen. Er kramt in der Welthistorie herum, um dieser These den Anschein von Glaubwürdigkeit zu geben: Sündenböcke seien die Kapitalisten, die Imperialisten und die Juden. Betrüb räsoniert Waelder über die Ungerechtigkeit der Kommunisten, die die Bourgeoisie angreifen, wo doch der „gesellschaftliche Preis für den Kapitalismus nur einen kleinen Bruchteil des Sozialprodukts ausmacht“ (120), den die Kapitalisten verzehren, und der ihnen auch rechtmäßig zusteht, da ihr Einkommen „als Teil der Verwaltungskosten einer Marktwirtschaft betrachtet werden muß“ (121).

Ist schon der erste Teil des Buches mit zahlreichen falschen und verkürzten Bemerkungen gegen die sozialistischen und kommunistischen Staaten versehen, so entfaltet sich diese Tendenz verstärkt im zweiten Teil des Buches „Über die Revolution“. Einführend unterscheidet Waelder zwischen physischer und geistiger Macht, die auf die Trennung zwischen der weltlichen und geistlichen Gewalt im Mittelalter zurückgehe. Im Westen habe die Gewaltenteilung zwischen Staat und Kirche begonnen, die dann die Grundlage für die „freiheitlichen demokratischen Staaten“ wurde, während im Ostchristentum die Trennung zwischen weltlicher und geistlicher Gewalt niemals scharf durchgeführt wurde. So führte seiner Ansicht nach eine direkte Linie über den Zaren hin zur kommunistischen Partei, die die physische und geistige Macht vollständig besitze. Je größer die Zustimmung der Regierten, desto weniger Zwangsmaßnahmen benötige die Regierung, wie in England und bis vor kurzem in den USA.

Ebenso oberflächlich wie in bezug auf die Macht trifft er seine Entscheidung in bezug auf die Regierungssysteme danach, ob sie eine

Opposition zulassen oder nicht. Erstere nennt er „freie Länder“, letztere „autoritäre“, wenn deren Bürger „politisch stumm“ bleiben dürfen, bzw. „totalitäre“, wenn sie „ihre Regierung lieben müssen“. Besonders besorgt zeigt er sich von den zunehmenden Aktivitäten der Guerillas in den unterentwickelt gehaltenen Ländern. Er bezeichnet sie als eine Art Untergrundregierung, die sich wie alle Regierungen auf eine Mischung von Loyalität und Terror stützen, wobei er nicht müde wird, den Terror der Guerillas zu betonen.

In dem Kapitel „Der Einfluß der Ideen auf die Gewalt“ zitiert er „das gesellschaftliche Sein bestimmt das Bewußtsein“, und er unterstellt Marx, daß er den Einfluß der Ideen heruntergespielt habe, nicht darstellend, daß Marx den Einfluß der Ideen genau bestimmt hat und ihnen insbesondere im Kampf der Arbeiterklasse gegen den Kapitalismus durch den „wissenschaftlichen Sozialismus“ einen bedeutenden Raum gegeben hat. In primitiver antikommunistischer Manier behauptet er, die Kommunisten würden „die Verbreitung aller Vorstellungen, die den ihren zuwiderlaufen“, verbieten (208). Er unterscheidet grundsätzlich nicht zwischen den verschiedenen Versuchen, den Sozialismus aufzubauen. Danach stellt Waelder in Frage, ob Revolutionen aus Armut und Unterdrückung entstehen und er bestreitet die Verantwortlichkeit der hochentwickelten Länder; wichtiger ist ihm die „Frustration der Intelligenz“, die sich aus ideologischen Gründen zum Fürsprecher der Armen mache. Denn die meisten Revolutionen wären in Ländern durchgeführt worden, in denen schon eine spürbare Verbesserung der Lebensumstände eingetreten sei. Er nennt es eine „Revolution der steigenden Erwartungen“. Die Ignoranz dieser These springt in die Augen, wenn man an die Armut Rußlands und Chinas zur Zeit der Revolution denkt. Waelder gibt auch im XIV. Kapitel „einen allgemeinen Rahmen für eine künftige umfassende Revolutionstheorie“: 1. der revolutionäre Impuls stammt aus der Enttäuschung und 2. eine revolutionäre Stimmung ist eine notwendige, aber nicht eine hinreichende Vorbedingung für revolutionäre Handlungen. Darüber hinaus müssen Furcht und Loyalität in weitem Maße geschwunden sein. Ursachen für Revolutionen sind für ihn die meist unberechtigten Enttäuschungen nationaler, psychischer und physischer Art. Waelders Analyse der Revolutionen kulminiert darin, daß insbesondere sozialistische Revolutionen die „eigentümliche Tendenz (haben), ein autoritäres durch ein totalitäres Regime zu ersetzen“ (291).

Im dritten und letzten Teil sinnt Waelder über die Weltkrise in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts. Für die westliche Welt konstatiert er ein wachsendes geistiges Unbehagen, Rastlosigkeit und vor allem „die ständige rationale Kritik an allem Bestehenden, die zu einer fortlaufenden Unterhöhnung des Ethos, das die Gemeinschaft zusammenhält“, führe, was auch im demokratischen Westen zur Revolution führen könne. Der „freiheitliche“ Westen, der unberechtigterweise Gegenstand einer Anti-Haltung sei, wäre besonders gefährdet, weil die kommunistischen Staaten noch von prokommunistischen Kräften der dritten Welt und im Westen selbst unterstützt

werden. Aber nach Waelder sind auch die kommunistischen Staaten in einem Dilemma: es bestehe eine „ewige Spannung zwischen Theorie und Erfahrung“, dazu komme noch die schleichende Krise der sozialistischen Wirtschaft, die chronische Krise im Management, in der Landwirtschaft, der Wunsch nach persönlichem Besitz, die fehlende dezentralisierte Planung (die allerdings zum Zeitpunkt der Niederschrift des Buches bereits in einigen Ländern eingeführt worden war) usw. Auf die Mängel seiner Darstellung kann hier nicht eingegangen werden, obwohl auch hier feststeht, daß Waelder an keiner Stelle in der Lage ist, die angeschnittene Problematik in ihrem richtigen historischen und theoretischen Zusammenhang zu schildern. Schließlich umreißt er noch das Dilemma der dritten Welt: notwendig sei dort die rasche Industrialisierung, die aber durch die antikapitalistische Einstellung erschwert ist, ebenso durch die Schwierigkeit, westliche technische Entwicklungen in Länder mit anderen Traditionen zu übertragen. Weder erwähnt er die jahrhundertlange Ausbeutung der ehemaligen Kolonien, noch die gegenwärtige Zusammenarbeit zwischen der heimischen Kompradorenbourgeoisie und den imperialistischen Staaten zur brutalen Unterdrückung und Perpetuierung der Ausbeutung der Volksmassen.

Waelders Buch ist das Produkt eines konservativen, antikommunistischen Wissenschaftlers, der einerseits unter dem Eindruck des wachsenden sozialistischen Potentials in den unterentwickelt gehaltenen Ländern, in der westlich-kapitalistischen Welt und den zahlreichen erfolgreichen Revolutionen, andererseits unter dem Eindruck der immer rascher zerbröckelnden Ideologie des Kapitalismus einen Beitrag zur Stabilisierung der bürgerlichen Schichten und insbesondere der verunsicherten Intelligenz und des „Status quo“ liefern will, unter dem Vorwand des neutralen wissenschaftlichen Abwägens der Vor- und Nachteile der verschiedenen Gesellschaftssysteme. Sein „gesunder Menschenverstand“ und die zahlreichen Belegstellen, die wissenschaftliche Genauigkeit vortäuschen, in Verbindung mit den zahllosen Verdrehungen, Fälschungen, Verkürzungen und Weglassungen in bezug auf die historische Entwicklung und die sozialistische Theorie machen das Buch gefährlich. Allerdings dürfte der plumpe Antikommunismus und die Blindheit gegenüber den Problemen des Imperialismus nicht mehr allzu häufig ankommen.

Werner Leise (Berlin)

Ball, Hugo: Zur Kritik der deutschen Intelligenz.

Ein Pamphlet. Herausgegeben und eingeleitet von Gerd-Klaus Kaltenbrunner. Rogner & Bernhard, München 1970 (320 S., br., 14,— DM).

Nachdem sich H. Ball vom Dadaismus abgewendet hatte, schrieb er ab 1917 für die Berner „Freie Zeitung“ zahlreiche Artikel über deutsches Geistesleben, die 1919 in einer Überarbeitung als das Buch „Zur Kritik der deutschen Intelligenz“ erschienen. „Der Sinn dieses Buches (ist), daß es die während des vierjährigen Krieges gegen die

Regierungen der Mittelmächte erhobene Schuldfrage systematisch ausdehnt auf die Ideologie der Klassen und Kasten, die diese Regierungen möglich machten“ (33). Zu diesem Zweck schlägt H. Ball „der deutschen Intelligenz eine Revision ihrer Heroen vor“ (251). Im 1. Kapitel wird Luther bekämpft, der „den Grundstein einer Immoralität gelegt (hat), die 1914 zur Kriegserklärung Englands und damit zum Weltkrieg führte“ (81). Im 2. Kapitel geht es gegen die „protestantische Philosophie“ sowohl von Kant, der „der zweite Deutsche nach Luther (war), der das Gewissen verriet“ (115), als auch von Hegel, der ebenfalls „gegen die Grundlagen der Moral und der Gesellschaft“ rebellierte (142). Das 3. Kapitel handelt von der „einsam überragenden Persönlichkeit Franz von Baaders“ (162), der der „einzige christliche Philosoph großen Stils (ist), den Deutschland gehabt hat“ (164). Und im 4. Kapitel, welches überschrieben ist „Die deutsch-jüdische Konspiration zur Zerstörung der Moral“, werden Lasalle in seiner „maßlosen Eitelkeit“ (151) und Marx „als einer der tödlichsten Volksfeinde“ (207) bloßgestellt; „Wohlgefallen am eigenen Geist ersetzt ihm die Religion“ (203).

1924 wird dieses Buch in einer noch schärfer antiprotestantischen Fassung unter dem Titel „Die Folgen der Reformation“ gedruckt. Carl Schmitt erklärte sich gegenüber H. Ball bereit, die Auflage aufzukaufen, um den reaktionären „Hochland“-Katholizismus nicht unnötig zu kompromittieren. Wie nun jenes Buch in die progressive Reihe „Passagen“ bei Rogner & Bernhard geriet, ist rätselhaft. In einer Vorbemerkung erklärt der Verlag, daß er durch die „Überschwenglichkeit“ der Sprache „gewisse latent reaktionäre Gehalte in ein anderes Licht“ gerückt sehe und daß H. Ball „Intentionen der Negativen Dialektik Adornos vorwegnimmt“. Schlechte Politur sind auch die Beziehungen, die Kaltenbrunner in seiner Einleitung „Zwischen Anarchie und Mystik“ von H. Ball zu Lukács und Marcuse knüpft (27). Die Kombination von Anarchie, die sich bei H. Ball 1916 als abstrakte dadaistische Revolte darstellt, und Mystik, die er ab 1920 mit seinem Freund Hermann Hesse als sentimentale Einsiedelei pflegt, ist modellhaft und korrespondiert mit Tendenzen der heutigen Zeit; aber die Verbreitung dessen, was nun gerade bei H. Ball dazwischen ist, nämlich jene „Kritik der deutschen Intelligenz“, ist überflüssig.

Gerd Stein (Berlin)

Soziologie

Kurth, Gottfried (Hrsg.): Technische Zivilisation. Möglichkeiten und Grenzen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1969 (196 S., br., 9,80 DM).

Diese von einem Anthropologen herausgegebene Aufsatzsammlung ist hervorgegangen aus einer Vorlesungsreihe, die im WS 1968/69 an der TU Braunschweig zum gleichen Thema veranstaltet wurde. In

den 10 Beiträgen wird versucht, Störungen der komplizierten Fließgleichgewichte der Natur aufgrund menschlicher Eingriffe (Arbeitsprozeß) nachzuweisen und Ansätze zur Abhilfe zu entwickeln. Zu Worte melden sich Spezialisten der Anthropologie, Bevölkerungslehre, Wasserwirtschaft, Meereskunde, Landwirtschaft, Humangenetik, Pharmazie, Betriebswirtschaftslehre und Soziologie. In der Hauptsache zentrieren sich ihre Darstellungen um Probleme der Umweltverschmutzung und -veränderung in industrialisierten Ländern und der Nahrungsmittelversorgung in Entwicklungsländern. Aber wenn sich ihre Beiträge auch durch hohen technischen Sachverstand auszeichnen, so fehlt ihnen insgesamt — wie vorliegendem Buch überhaupt — eine Analyse der politisch-ökonomischen Hintergründe, die eine wirksame Beseitigung sowohl der Umweltprobleme als auch der katastrophalen Nahrungsmittelsituation des überwiegenden Teiles der Weltbevölkerung bislang verhindert haben. So wird zwar — beim Thema Entwicklungsländer — auf deren Kapitalbedarf zur Steigerung ihrer landwirtschaftlichen Produktion und zugleich auf die geringe Kapitaleinfuhr (Entwicklungshilfe) von seiten der Industrie-Nationen hingewiesen. Geradezu kopfschüttelnd wird rätsonniert, daß, wenn „sich die Welt nach Schätzungen der US-Abrüstungsbehörde 1965 insgesamt 140 Milliarden Dollar für Rüstungszwecke leisten konnte . . . , es eigentlich auch möglich sein (müßte), mehr Mittel für die Entwicklungshilfe zur Verfügung zu stellen“ (171). Aber warum dies „eigentlich“ nicht geschieht, wird nicht gefragt. Statt dessen — schlägt ein Betriebswirtschaftler vor — soll das private Kapital in die Bresche springen: ihm komme für die Entwicklungshilfe „zunehmende Bedeutung zu“ (167). Liest man seine Ausführungen, kommt man allerdings zum entgegengesetzten Ergebnis: nicht dem Privatkapital kommt zunehmende Bedeutung für die Entwicklungshilfe zu, sondern den Entwicklungsländern für die Kapitalverwertung. Denn — so schreibt er — für „private Unternehmen kann es vorteilhaft sein, zur Sicherung der Beschaffung von Rohstoffen oder zur Sicherung des Absatzes oder aus Kostengründen in Entwicklungsländern Zweigbetriebe zu errichten“ (167). Das ist natürlich nur dann der Fall, wenn „ein günstiges Investitionsklima besteht. Dieses Investitionsklima betrifft die wirtschaftliche, politische und administrative Behandlung von privaten Auslandsinvestitionen. Es geht hier im einzelnen um die Gefahr der Verstaatlichung (. . .), um die Investitionsgesetzgebung (. . .), um die Regelung des Gewinntransfers sowie um die Einstellung der Bevölkerung gegenüber ausländischen Unternehmern. — Schließlich spielt eine Rolle, ob und wieweit Investitionen in Entwicklungsländern durch Maßnahmen der Regierungen der Industrieländer gefördert werden. Es geht hier um die Abdeckung insbesondere der politischen Risiken durch entsprechende Garantien, um steuerliche Vergünstigungen und um staatliche Finanzierungshilfen“ (167 f.). — Womit sich die „Katze in den Schwanz beißt“. Denn wenn kapitalistische Staaten keine Verluste riskieren wollen (s. o.), dann das private Kapital schon gar nicht.

Gerd Ziob (Berlin)

Ellwein, Thomas, H.-H. Groothoff, H. Rauschenberger und H. Roth (Hrsg.): Erziehungswissenschaftliches Handbuch. Band I: Das Erziehen als gesellschaftliches Phänomen. Deskription und Analyse eines geschichtlich-gesellschaftlichen Zusammenhanges. Rembrandt Verlag, Berlin 1969 (421 S., Ln., 42,80 DM).

Betrachtet man die Entwicklung der Erziehungswissenschaft in Deutschland zur Zeit der Weimarer Republik und in Westdeutschland nach 1945, so fällt nicht nur die ungebrochene Kontinuität ihrer Denktradition auf, vielmehr erweist diese sich inhaltlich in dem wiederholten Bestreben, sich selbst als eine eigenständige Disziplin zu begründen. Die methodologische Argumentation und die Erörterung der Grundprobleme war nur in Ausnahmefällen frei von jenem antisoziologischen Affekt, der dort, wo einzig soziologische Betrachtungsweise am Platz gewesen wäre, Mittelstandsideologie zur Folge hatte, ein Gemisch aus apolitischem Denken aus der Sphäre des „reinen Geistes“ und hierarchieträchtiger Staatsverherrlichung. Wo es darum gegangen wäre, den Begriff der Gesellschaft als eine elementare Bezugsgröße zu den Kategorien Erziehung und Bildung zu klären, wich die Erziehungswissenschaft der Aufgabe aus und theoretisierte statt dessen das Idol der Gemeinschaft — bürgerliches Familienmodell in der Dimension eines hochentwickelten Industriestaates. Den Vorstellungsmustern verwandter Disziplinen wie der Germanistik oder der Geschichtswissenschaft nicht eben fremd, erwies sich die Erziehungswissenschaft nach ihrer sozialen Funktion konservativ, was weder ihrer Faschismus-Anfälligkeit nach 1933 noch ihren Widerstandslegenden nach 1945 widersprach.

Seit Mitte der sechziger Jahre ist allerdings ein zunehmender Bruch mit der bis dahin herrschenden Lehre zu beobachten, in dessen Trend die Entwicklung der Erziehungswissenschaft von einer geisteswissenschaftlichen Disziplin zu einer Gesellschaftswissenschaft liegt. Ein wirksamer Ausdruck dieses Wandels ist der vorliegende erste Band eines neuen erziehungswissenschaftlichen Handbuchs. Ein auf 14 Bände geplantes Handbuch mit dem Titel „Das Erziehen als gesellschaftliches Phänomen“ beginnen zu lassen, wäre noch zu Beginn der sechziger Jahre nicht möglich gewesen. So widmet das 1960—1963 bei Bertelsmann herausgegebene dreibändige „Handbuch für Lehrer“ von seinen über zweitausend Seiten ganze sechs Seiten dem Problemzusammenhang von Erziehung und Gesellschaft, während das 1963 bei Winklers erschienene „Handbuch für das kaufmännische Schulwesen“ so tut, als gäbe es überhaupt keine Gesellschaft.

Es wäre gewiß nicht richtig, das neue Handbuch als ein Dokument zu etikettieren, das mit der erziehungswissenschaftlichen Tradition schlechthin bricht. Vielmehr zeigt die Bedeutung, die man der historischen Analyse beimißt, Gemeinsamkeiten mit der geisteswissenschaftlichen Pädagogik. Doch wird in der Mehrzahl der Beiträge das Bemühen um eine Sozialgeschichtsschreibung über Erziehung erkennbar, womit der gängige methodische Ansatz einer reinen Ideen-

geschichte ohne Bezug zum realen historischen Prozeß teilweise überwunden wird. Sicherlich tritt in einzelnen Teilen der alte Hang zur Erklärung von Ideen aus Ideen hervor (am augenfälligsten bei Groothoff), doch zeigt allein schon die Art der Auswahl der Klassiker aus der europäischen Bildungsgeschichte, daß eine Revision des herkömmlichen pädagogischen Geschichtsbildes versucht wird: Karl Marx erscheint in Heinz-Joachim Heydorns Artikel neben Humboldt und Fichte als Verfasser eines der großen Entwürfe zur Problematisierung des Verhältnisses von Bildung und Politik (86—95). Groothoff nimmt Rückbezug (wenngleich viel zu kurz) auf Condorcet (43 f.), einen Radikaldemokraten der Französischen Revolution, der mit seinem Konzept vom Recht auf reale, gesellschaftlich herzustellende Bildungschancengleichheit der bürgerlichen Klasse eine bildungspolitische Perspektive für ihre Aufstiegsphase gab, die jene dann, erst einmal zur Herrschaft gekommen, der neu in den historischen Prozeß tretenden Klasse des Industrieproletariats verweigerte. Auch Dilthey erfährt eine Neubewertung, indem er nicht mehr als der große Lebensphilosoph stilisiert, sondern aus den stärker soziologisch orientierten Teilen seines Werks begriffen wird, so wenn beispielsweise gleich viermal sein bekannter Satz „Die Erziehung ist eine Funktion der Gesellschaft“ aus den „Grundlinien eines Systems der Pädagogik“ zitiert wird (37, 46, 187, 211).

Während Thomas Ellwein den Begriff der Politik bestimmt (19 bis 36), liefert Heinrich Schneider eine differenzierte Studie über die verschiedenen politikwissenschaftlichen Ansätze zur Bestimmung des Demokratie-Begriffs (101—137), wobei er nicht nur die Konzeption Wolfgang Abendroths gleichermaßen neben anderen als eine prinzipielle Möglichkeit des Demokratie-Verständnisses würdigt (107, 111, 123), sondern auch die liberal-pluralistische Demokratie-Auffassung, der er selbst zuneigt (129), zu relativieren versteht. Jörn Rüsen schreibt über den Zusammenhang von Kunst und Gesellschaft als Bedingung der Erziehung (187—209), und Gunter Otto legt mit „Kunst und Erziehung im industriellen Zeitalter“ (227—281) die materialreichste Abhandlung des Handbuchs vor. Hans Rauschenberger umreißt in einer vom Problem her schwierigen Arbeit den Zusammenhang von Wissenschaft, Technik und Erziehung (283 bis 344), und sein Artikel erhält in Niklas Luhmanns Aufsatz über „Gesellschaftliche Organisation“ (387—407) eine sinnvolle, wenngleich stellenweise zu formale Ergänzung.

Welche Funktion im Rahmen dieses Handbuchs allerdings dem Artikel „Kirche und Erziehung“ (139—185) von Wilhelm Dantine zukommen soll, ist schon deshalb unklar, weil man sich fragen muß, warum von den verschiedenen Institutionen unserer Gesellschaft gerade die Kirche in den Zusammenhang zu Erziehung gestellt wurde und nicht etwa die vergleichsweise viel wichtigere Einrichtung der Familie sowie andere wesentlichere Institutionen. Und wenn die Herausgeber schon ein solches Thema vergeben, so waren sie schlecht beraten, damit einen konservativen Theologen zu beauftragen, der weder eine Ahnung vom Stand der gegenwärtigen erziehungswissen-

schaftlichen Diskussion noch gar soziologische Phantasie erkennen läßt. Das Ergebnis ist entsprechend: Ein kurz gefaßter Abriß einer blank geputzten Kirchengeschichte, in der es weder Inquisition noch Antisemitismus, weder Obrigkeits- und Kriegsunterstützung noch Bündnisse mit dem Faschismus gibt. Dafür füllt der christliche Verfasser seine Leerstellen durch die Behauptung, daß „der reformatorische Grundansatz die Forderung nach einer mündigen und autonomen Pädagogik als einer eigenständigen Wissenschaft unweigerlich nach sich“ ziehe (170) oder durch antimarxistische Einsprengsel (172) und produziert so aufs Ganze gesehen eine für die Kirche zweckdienliche Geschichtslegende.

Die m. E. interessanteste Analyse des Handbuchs stellt Ingrid Lisops Beitrag über „Wirtschaft und Erziehung“ (345—386) dar. Er gehört zu den produktivsten Überlegungen innerhalb der neueren wirtschaftspädagogischen Diskussion. Methodisch streng einer Sozialhistoriographie der Erziehung verpflichtet, erklärt die Verfasserin nicht nur den realen Hintergrund für den institutionellen (Trennung von allgemeinbildendem und berufsbildendem Schulwesen in Deutschland) und ideologischen (Eduard Sprangers Berufsbildungstheorie) Bildungsdualismus, sondern auch für die vorherrschende Identifikation der im berufspädagogischen Bereich tätigen Lehrer mit den Kreisen, die sich selbstbewußt „Die Wirtschaft“ nennen und die Marx einst mit guten Gründen als „Kapitalistenklasse“ bezeichnet hat. Ohne die epignonenhafte Generalphrase der linken studentischen Kritik vom „Verwertungsinteresse des Kapitals“ zu bemühen, macht die Verfasserin dieses doch deutlich und überzeugt gerade dort, wo sie marxistische Einsichten in ihrer Problemanalyse wirksam werden läßt. So hat auch der Terminus „Kapitalismus“ bei ihr nichts Bekenntnishafte, vielmehr erweist er sich in seinem analytischen Wert zur Interessenanalyse der westlichen Industriegesellschaft. Die Autorin sieht in Erziehung und Wirtschaft nicht zwei voneinander relativ unabhängige Bereiche wie die Kultursoziologie und die ihr folgende wirtschaftspädagogische Theorie, sondern setzt sich von dieser bewußt ab und hebt die gesamtgesellschaftliche Verflechtung der Erziehung hervor: „Nach dem Verhältnis von Wirtschaft und Erziehung zu fragen, heißt demnach immer, nach dem grundsätzlichen Verhältnis von Gesellschaft und Erziehung zu fragen. Nur indem man versucht, ökonomische Probleme in den gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang einzuordnen, gelingt es auch, das Verhältnis von Wirtschaft und Erziehung in ein theoretisches Gerüst zu fassen“ (348). Weil dieser methodische Grundsatz nicht nur Programm geblieben ist, sondern im Beweisverfahren realisiert wurde, erweist sich Lisops Abhandlung als so selten ertragreich.

Zu den Schwächen des Handbuchs gehört eine gewisse Uneinheitlichkeit der thematischen Gliederung und eine Heterogenität des methodischen Ansatzes, der wohl weniger von den Autoren her zu erklären ist, als aus der allgemeinen Umbruchsituation, in der sich die westdeutsche Erziehungswissenschaft seit etwa fünf Jahren (gewiß nicht zu ihrem Nachteil) befindet. Unter diesem Aspekt sind auch

Widersprüche einzuordnen wie Ellweins und Groothoffs Verabschiedung des alten Autonomie-Dogmas der geisteswissenschaftlichen Pädagogik (25, 38, 40) und seine bekenntnishafte Wiederkehr (48 oben) oder die Koordination des Emanzipationsbegriffs mit dem alten pädagogischen Autoritätsbegriff und dessen sattsam bekannter Aufspaltung in potestas und auctoritas (49) zur Rechtfertigung erzieherischer Unterdrückungsmaßnahmen unter dem Deckmantel „echter“ Autorität.

Störend ist weiterhin, daß Heydorn in seinem im übrigen recht lesenswerten Artikel fast völlig auf die Einbeziehung von Sekundärliteratur verzichtet, was im Fall der Marx-Interpretation zu einer Überschätzung des „jungen Marx“ und einer Fortsetzung des anthropologisierenden Entfremdungs-Fetichismus der westdeutschen Marx-Diskussion führt, ohne die mangelnde analytische Tragkraft dieses Entfremdungsbegriffs zu verdeutlichen. Daß Heydorn darüber hinaus im Rückgriff auf die Marx-Quellentexte sich auch auf die editorisch fragwürdige Frühschriften-Ausgabe von Landshut stützt (vgl. hierzu die Kritik von Hans G. Helms in: Blätter f. dt. u. intern. Politik, Jg. 1967, S. 1275) und sich nicht ausschließlich an die MEGA und die MEW hält, die vom heutigen Editionsstand aus besten (wenngleich nicht vollkommenen) Marx(-Engels)-Ausgaben, muß ebenso wie die sechs falsch ausgewiesenen Belegstellen auf S. 91 gerade bei einem so klar argumentierenden Intellektuellen wie Heydorn ärgerlich stimmen, weil derartige formale Mängel leicht vermeidbar gewesen wären.

Der erste Band des vorliegenden Handbuchs ist gewiß keine theoretische Revolution, er fügt sich indessen in einen erziehungssoziologischen Reflexionshorizont, der in der westdeutschen Erziehungswissenschaft nicht eben alt ist. Die Qualität des Handbuchs wird von der Güte der Fortsetzungsbände abhängen. Ob der zweite Band mit dem angekündigten Titel „Glaube und Erziehung“ auch mit der dogmatischen Tradition zu brechen vermag oder ob er einen Rückfall in die Epoche der geisteswissenschaftlichen Pädagogik darstellen wird, die in gleichem Maß, wie sie die Soziologie negierte, das freundschaftliche „Gespräch zwischen Pädagogik und Theologie“ pflegte, muß sich erst noch erweisen.

Kurt Beutler (Hannover)

Coombs, Philip H.: Die Weltbildungskrise. Klett Verlag, Stuttgart 1969 (248 S., kart., 29,— DM).

Coombs' Untersuchung zur Bildungssituation der Gegenwart ist nach ihrer Deskription und Strategie im wörtlichen Sinn global zu nennen. Es gelingt ihm, die weltweite Interdependenz eines Problems aufzuzeigen, das er in der deutschen Ausgabe seines Buches mit dem Stichwort „Weltbildungskrise“ umschrieben hat und dessen Lösung er nur in einer internationalen Zusammenarbeit sieht. Sein Buch ist ein Beitrag gleichermaßen zur Bildungsökonomie wie zur Bildungsplanung. Indem er zwar das Gesamtproblem nach Einzelaspekten

differenziert, aber dabei doch nicht systematisch auffächert, vermittelt er die Problemstellung in ihrer ganzen Wucht, erschwert andererseits aber die Transparenz der das Problem bestimmenden Faktoren. Das Bestreben, die Argumentation mit einer Fülle von Daten zu stützen, wird erkaufte mit dem Mangel an zureichender Durchgliederung und stellenweise vorfindbaren Wiederholungen (vgl. S. 107, 112, 162). Die formalen Mängel schmälern indes kaum die inhaltliche Stringenz der Analyse.

Coombs datiert die Krise mit dem Beginn der fünfziger Jahre. Er benennt als hauptsächliche Ursachen ein zahlenmäßig und nach Qualifikationsstufen zunehmendes Streben nach Bildung, teilweise simultan verbunden mit einem immensen Bevölkerungswachstum, einen akuten Mangel an Finanzierungsmitteln, eine unzureichende Bereitwilligkeit der Entscheidungsorgane, dem Bildungswesen die erste Priorität zuzumessen, ein dem Bildungssystem immanentes Trägheitsmoment, das Innovationen verhindert und unbrauchbare Resultate für eine im Wandel befindliche Gesellschaft zeitigt, sowie schließlich im Verhältnis zum Wirtschaftswachstum überproportional steigende Kosten, wie sie nur für ausgesprochen arbeitsintensive Produktionszweige charakteristisch sind (vgl. S. 17 f., 33, 39, 182 bis 184).

Dieses letzte Verursachungsmoment, obwohl in engem Zusammenhang mit der Ressourcenknappheit stehend, aber damit keineswegs identisch, kennzeichnet die schlechte Wettbewerbssituation des Bildungssektors gegenüber anderen öffentlichen Ausgabenbereichen. Nicht nur, daß es schwierig ist, in der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung die Notwendigkeit für den spezifisch hohen Geldmittelbedarf des Bildungssektors überzeugend darzustellen, weil die Auswirkungen der Bildungsinvestitionen auf das Wirtschaftswachstum nicht wie bei anderen Produktionsanlagen unmittelbar nachzuweisen sind, sondern hinzu kommt auch, daß die Bildungsindustrie verglichen mit anderen Industriezweigen wenig Chancen zur Substitution von Arbeitskräften (Lehrern) durch Sachkapital bietet. Das zusätzlich investierte Sachkapital (z. B. Lernmaschinen) erfordert mehr statt weniger Arbeitskräfte, andernfalls die intendierte Innovation nicht zu realisieren ist. Zur externen Innovation (mehr Investitionen für bessere Unterrichtsmittel, technische Medien, Gebäude, kurz: Sachausstattung) muß die interne Innovation treten (mehr Experimentierfreudigkeit bei den Lehrern, Bereitschaft zur Revision von Bildungszielen und Curriculum), denn erst dann kann das Bildungssystem seine gesamtgesellschaftliche Bedeutung beweisen, kann es seine Relevanz für das Wirtschaftswachstum verdeutlichen. Nur über den Nachweis seiner größeren Ertragsfähigkeit und nicht durch ein Streben nach Kostensenkung, dessen Erfolg irreal bleiben würde, kann das Bildungswesen seinen Anspruch auf den ersten Prioritätsrang innerhalb öffentlicher Investitionen rechtfertigen. Allein in der Herstellung einer den wechselnden Bedürfnissen einer Gesellschaft entsprechenden Bildungsstruktur und einem höheren Standard auf allen Bildungsstufen vermag es seine Produktivität sichtbar zu machen.

Der hier dargelegte Gedankengang kann nur die allgemeinste Zusammenfassung von Überlegungen sein, die sich in Coombs' Lektüre an vielen Stellen verstreut finden, die aber als die kardinale Argumentation bei Erörterung der verschiedenen Teilprobleme im Ansatz immer wiederkehren, sei es bei der Frage der Lehrerausbildung und -bezahlung (50—61) oder sei es bei der graphischen Darstellung von Input und Output (25, 27) oder auch bei der Aufstellung des Kostenmodells zur Feststellung des Finanzbedarfs (150). Dieselben Überlegungen spielen eine Rolle bei der Diskussion des Verhältnisses von Investitions- und Unterhaltungskosten (151), beim Hinweis auf die Konkurrenz des Rüstungsetats (62) und bei der Reflexion der Entwicklungsländer-Problematik, die sich ebenfalls durch das ganze Buch zieht, wobei der Autor das Kapitalinteresse der USA allerdings elegant auszublenden versteht. Aber genau dieses hartnäckige Ignorieren der Ausplünderungspolitik der kapitalistischen Industriestaaten hinsichtlich der Dritten Welt schwächt auch den Gedankengang des sonst so detailliert argumentierenden Wissenschaftlers und läßt ihn teils zynisch, teils dilettantisch formulieren: „Im Fall der heutigen Industriestaaten, das sei hinzugefügt, war dieser lange Prozeß der Aufwertung von Beschäftigungen keine ruhige und wohlgeplante Entwicklung, bei der niemand zu Schaden kam. Ganz im Gegenteil: der Weg war rauh, steinig und voll menschlichen Elends. Es ist zu hoffen, daß er für die heutigen Entwicklungsländer etwas glatter und kürzer sein wird, aber es wäre naiv zu erwarten, daß es ohne ernste Probleme und Schwierigkeiten abginge“ (104 f.). „Von welcher Seite man auch immer das Bildungswesen und sein Verhältnis zur sozialen Entwicklung betrachtet, früher oder später wird hinter vielen Kausalzusammenhängen, hinter vielem, was geschehen oder nicht geschehen ist, als einer der fundamentalsten Faktoren die Einstellung von Individuen und sozialen Gruppen sichtbar“ (108).

Trotz solcher Formulierungen muß die Studie von Coombs als einer der wichtigsten Beiträge zur Bildungsforschung anerkannt werden. Sie ist darüber hinaus nicht nur von theoretischer Bedeutung, sondern auch von politischer Tragweite, indem sie auf der vom Präsidenten der USA einberufenen internationalen Expertenkonferenz von Williamsburg (Virginia) im Oktober 1967 als vervielfältigtes Skript zentraler Diskussionsgegenstand war und auch Eingang in den Abschlußbericht gefunden hat, der im vorliegenden Buch mit abgedruckt ist (193—203).

Kurt Beutler (Hannover)

Wallraven, Klaus, und Eckart Dietrich: Politische Pädagogik. Aus dem Vokabular der Anpassung. Carl Hanser Verlag, München 1971 (148 S., kart., 7,80 DM).

Wallraven und Dietrich gliedern ihr Buch in zwei Teile: Im ersten werden 12 Schlüsselbegriffe der politischen Pädagogik ideologiekritisch analysiert, wobei die Abgrenzung oder Übereinstimmung

zum Begriff der politischen Bildung nicht ausgeführt wird. Im zweiten Teil versuchten die Autoren, die gesellschaftlichen Bedingungen der politischen Pädagogik herauszuarbeiten, wobei sie die sich je verändernden Konzepte politischer Bildung an westdeutschen Gymnasien in „direkte Korrelation“ (106) zu den politischen Verhältnissen setzen:

„Wohl treten Anpassungsschwierigkeiten (zwischen — so die Autoren — faktisch gesellschaftlichem Wandel und Adaption durch die Pädagogen) auf; doch betreffen diese vorwiegend die institutionelle Seite der Schulreform. Im ideologischen Bereich befindet sich dagegen eine konservative Pädagogik auf der Höhe der konservativen Gesellschaft. Die Gleichsinnigkeit dieser beiden ist überdies dadurch abgesichert, daß der pädagogische Überbau längst seine einstige relative Unabhängigkeit eingebüßt hat und materiellen Interessen direkt zugänglich geworden ist. Von einem ideologischen Nachhinken der Pädagogik kann demnach kaum die Rede sein“ (106).

Dieser Nachweis der Korrelation pädagogisch-sozialer Entwicklung ist nicht gelungen: zum einen bleibt unverständlich, warum die institutionelle Seite der Schulreform so nachhinkt, wenn die „materiellen Interessen“ einen direkten Zugang zum pädagogischen Überbau bereits besitzen; die herrschenden Konflikte zwischen Schulpraktikern und Schuladministration legen deutlich Zeugnis darüber ab, daß die Konflikte eher in anderer Richtung zu suchen sind, nämlich in Schwierigkeiten, technokratische Leistungsmodelle den Lehrern schmackhaft zu machen, die viel lieber die alte hierarchisch-autoritäre Klassenschule „gleichmacherischen“ Experimenten der Gesamtschule vorziehen. Zum anderen scheinen die bildungsökonomischen Schriften (Huisken, Altvater, Nyssen, Baethge) gerade für die Frage der direkten Korrelation zwischen pädagogischer Entwicklung und „politischen Verhältnissen“ (100) — und das heißt wohl sozio-ökonomische Entwicklung — kaum verarbeitet worden zu sein.

Zum Schluß wird in einem Zwölf-Seiten-Exkurs der „gesellschaftliche Bezugsrahmen“ (120) für die nächste Zukunft abgesteckt, um mit der pädagogischen Schlußfolgerung und -forderung zu enden, daß die Pädagogik „die Tabus der kapitalistischen Demokratie brechen“ (132) muß, wenn sie glaubwürdig demokratisch und nicht herrschaftsstabilisierend sein will. Die Begriffsverwirrung zwischen demokratisch (kritisch) und demokratisch (vorgegeben) sowie demokratisch (kapitalistisch) wird von den Verfassern nicht aufgelöst. Ein verminderter theoretischer Anspruch im Schlußteil wäre der Konsistenz der Argumentation sicherlich zugute gekommen. So bleibt am Ende die Frage offen: „Was wollen die Autoren eigentlich konkret?“, eine Frage, die sie sich zwar nicht stellen, zu deren Beantwortung — und das würde heißen, zu einer Strategie der antikapitalistischen Pädagogik — die Autoren aber Vorarbeit leisten durch die ideologiekritischen Analysen der Schlüsselbegriffe. Das von den Autoren angestrebte „solide Fundament“ für die „pädagogische Strategiediskussion“ (7) allerdings ist mit dieser Arbeit noch nicht gelegt.

Hartfrid Krause (Darmstadt)

Psychologie

Bitter, Wilhelm (Hrsg.): Mensch und Automation. Selbstentfremdung und Selbstverwirklichung. Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1965 (202 S., Ln., 16,— DM).

In dem vorliegenden Tagungsbericht äußern sich Theologen, Betriebspsychologen, Nationalökonomien, Ingenieure und psychoanalytisch orientierte Ärzte über die „Folgen (der Automatisierung) für Gesundheit und ethisch-religiöse Verfassung“ (7). Zweck der Arbeit soll sein, „den verantwortlichen Kreisen über die schicksalhafte Entwicklung die Augen zu öffnen“ (7).

Das Entfremdungskonzept der Autoren ist konsequent idealistisch: Entfremdung ist dem Wesen nach eine Bewußtseinsform, so alt wie der Mensch selbst und so lange existent, wie der Mensch feststellt, daß ihn Fremdes umgibt (H. J. Wallraff, 29). „Wichtig ist überhaupt nur, wie Entfremdung erlebt wird“ (E. Thier, 77). Demnach stellen z. B. die Entfremdungskonzeptionen von Marx und Hegel nur verschiedene Erlebnisformen der Entfremdung dar (E. Thier, 83). Sofern überhaupt auf eine gesellschaftliche Basis bezogen, ist Entfremdung das Schicksal der Industriegesellschaft schlechthin (W. Bitter, 24). Auf Eigentumsverhältnisse bezieht man sich nur, sofern diese hundert Jahre und länger zurückliegen. In der Industriegesellschaft herrscht Entfremdung z. B. dann, wenn die Arbeitsprodukte in die Hände von Leuten übergehen, die den Produzenten respektlos oder gar feindlich gegenüberstehen (H. J. Wallraff, 30). Ein bißchen mehr Freundlichkeit, Partnerschaftsideologie und angenehmeres Betriebsklima tragen also zur Aufhebung der Entfremdung bei. Interessant dabei ist, daß für die Arbeiterklasse selbst nur ein „gewisser Ausgleich“ erreichbar ist, etwa durch besseres Betriebsklima oder sinnvolle Freizeitgestaltung, nicht aber die Aufhebung der Entfremdung selbst (W. Bitter, 22). Denn, so erfährt man, die Aufhebung von Entfremdung ist eine unerhört schwierige intellektuelle und ethische Leistung, die nur von wenigen Auserkorenen vollbracht werden kann. „Diese Einzelnen sind dazu berufen, ein Ferment für die im Sog des technischen Geistes befindliche Menschheit zu bilden“ (W. Bitter, 27). Die Aufhebung der Entfremdung geschieht dann konkret durch eine „geistige Wende“, „Neubelebung des Religiösen“, „Verinnerlichung“ und durch „regelmäßige Übungen in Meditation und produktiver Einsamkeit“ (W. Bitter, 28).

Die Sozialanalyse, auf die das Entfremdungskonzept basiert, beschränkt sich im wesentlichen auf die Feststellung, daß „die Welt im argen liegt“ (E. Thier, 85). Besonders arg ist dabei im Zeitalter der Automatisierung, daß Technik und Produktivität ihren Dienstcharakter verloren, sich verselbständigt haben und nun als klassenloser technischer Weltgeist die Menschheit knechten (L. Preller, 50; H. J. Wallraff, 32). Dieser böse Geist, der hinter allem steht, kann dann folgerichtig auch nur ideell bekämpft werden: Durch Abkehr von

ausschließlich materiellen Werten (E. Thier, 68) oder dadurch, daß man die Einstellung zur Arbeit und zum arbeitenden Menschen verändert (L. Preller, 64).

Die ideologische Grundposition der Autoren ist dem Inhalt nach typisch für Apologeten — wenn auch in der religiösen Verkleidung etwas anachronistisch. Besonders deutlich wird die Apologie in der kulturpessimistischen Haltung und in einer klar artikulierten Massenfeindlichkeit: Es wird versucht, die sozialistische Revolution als Lösungsweg zur Aufhebung von Entfremdung dadurch auszuschalten, daß man den Untergang des bestehenden Systems gleichsetzt mit dem Untergang der Menschheit schlechthin. Es wird betont, daß die Aufhebung von Entfremdung die Sache individueller Einzeler sei. Wenn der Einzelne aber im Kollektiv aufging, geschähen schreckliche Dinge: „Primitivkräfte“ würden frei (E. v. Hauff, 131), und es würde ausarten in „inhumanen Kollektivismus“ (131).

Abgesehen von dem Entfremdungs-Geschwätz, das im vorliegenden Buch Sache der Theologen zu sein scheint, äußern sich noch eine Reihe von „Praktikern“ über soziologische und psychologische Probleme der „automatisierten Gesellschaft“. Die Erkenntnisse, die hier gewonnen werden, übersteigen alle nicht das Niveau folgender Beispiele: Überstunden werden deshalb gemacht, weil die Arbeiter im Durchschnitt nicht ausgelastet sind (W. v. Hauff, 120). Zur Frauenarbeit: Frauen arbeiten heute mit, um ihren „persönlichen Bedarf an Luxusgegenständen zu befriedigen“, „sie ziehen die bequeme Fabrikarbeit der Hausarbeit vor, welche viel persönliche Initiative erfordert“ (121). Zum Freizeit-Problem: In der westlichen Welt hat der Mensch alle denkbaren Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten; daß er sich dennoch nicht voll entfaltet (zu dieser Feststellung zwingen empirische Befunde), liegt daran, daß er nicht genügend „persönliche Substanz“ und „Lebensreife“ besitzt (H. Lehmann, 116). Und zum Problem der unqualifizierten Arbeit: Diese abzuschaffen sei nicht notwendig, weil es immer Menschen geben wird, „die bloß Hände sein wollen“ (E. Hiller, 158).

Irma Gleiß (Berlin)

Klix, Friedhart, Jochen Neumann, Andreas Seeber und Klaus-Peter Timpe (Hrsg.): Psychologie in der sozialistischen Industrie. Ingenieur- und arbeitspsychologische Beiträge zur Komplexautomatisierung. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin (DDR) 1971 (340 S., Ln., 19,80 M).

Der vorliegende Band ist der erweiterte Bericht einer Tagung, die im Rahmen der deutschen Gesellschaft für Psychologie (DDR) Ende 1969 stattfand. Er umfaßt die Beiträge von 32 z. T. namhaften Autoren und reiht sich in die in den letzten Jahren stark intensivierten Forschungsbemühungen der DDR auf dem Gebiet der Ingenieur- und Arbeitspsychologie ein. Im Bemühen um die Verwirklichung der wissenschaftlich-technischen Revolution soll gezeigt werden, „wo die

wesentlichen Potenzen einer praxisorientierten und mit den Mitteln der Kybernetik arbeitenden Psychologie für die Mitarbeit an der Lösung der umrissenen volkswirtschaftlichen Aufgaben liegen“ (15). Verwirklichung von „wissenschaftlich-technischer und sozialistischer Revolution“ (9) erscheinen den Autoren dabei als zusammengehörige Aufgabe.

Im Gegensatz zu vergleichbaren bürgerlichen Arbeiten, die in der technischen Entwicklung eine Gefahr für den Menschen, eine „Einschränkung der Freiheitsgrade menschlicher Betätigung durch eine Verselbständigung der Technik“ (87) sehen, wird eine genau umgekehrte Einschätzung vorgenommen. Die wissenschaftlich-technische Revolution trage „zur Entfaltung der schöpferischen Kräfte der Persönlichkeit bei“ (87 f.). Diese unterschiedliche Perspektive erklärt sich auf dem Hintergrund unterschiedlicher Produktionsverhältnisse. Was hier dem Menschen als Mittel verschärfter Ausbeutung und Unterdrückung gegenübertritt, trägt dort zur Mehrung des gesellschaftlichen Reichtums und zu günstigen „Entwicklungsmöglichkeiten der menschlichen Persönlichkeit“ (88) bei.

Im Rahmen der Komplexautomatisierung fallen der Psychologie Aufgaben zu, deren Lösung zuerst erfordert, „die strukturbestimmenden Veränderungen in der Leistungsdimension der Produktivkräfte zu übersehen und abschätzen zu können“ (40). Mehrere Tendenzen werden aufgezeigt, an denen sich die Beiträge der Autoren orientieren. Grundlegend ist, daß durch die zunehmende Automatisierung in der Konsequenz „der Produktionsprozeß und der Arbeitsprozeß sich voneinander entfernen, der Mensch (...) nicht mehr unmittelbar am Produktionsprozeß beteiligt“ ist (88). Es tritt eine Trennung ein zwischen „Fertigung einerseits und Kontrolle und Steuerung andererseits“ (43). Daraus ergibt sich, daß die motorischen Anteile der Arbeitstätigkeit erheblich zurückgedrängt werden zugunsten von Wahrnehmungs-, Entscheidungs- und Denkleistungen (89). Weiterhin verlagert sich die Tätigkeit mehr in die Vorbereitungs- und Planungsphase (89).

Je mehr nun geistige Tätigkeit im Arbeitsprozeß zunehmen, desto „wesentlicher dürften bei der Arbeitsmittelgestaltung psychologische Gesichtspunkte werden“ (91). Die wichtigsten Ansatzpunkte dafür liegen in den Nahtstellen des „Mensch-Maschine-Systems“, unter dem die „zeitweilige Verbindung und Wechselwirkung“ eines „biologischen, historischen und speziell gesellschaftlichen Gesetzen der Informationsverarbeitung unterworfenen steuernden Systems und eines physikalischen Gesetzen unterworfenen gesteuerten Systems“ (43) verstanden wird. Die Nahtstellen, an denen Informationen ein- oder ausgegeben werden, „Meßwarten“ oder auch „zentralen Überwachungseinheiten“, stellen den eigentlichen Untersuchungsgegenstand der Ingenieurpsychologie dar. Bislang ist die Tätigkeit in ihnen gekennzeichnet durch den „ständigen Wechsel zwischen Überforderungs- und Unterforderungssituationen“ (133), d. h. übergroße Informationsmengen in kritischen Augenblicken, geringe Informations-

mengen bei normaler Produktion. Es besteht nun die Gefahr, daß über der einförmigen Dauertätigkeit kritische Signale nicht mehr realisiert werden. Untersuchungen zur Daueraufmerksamkeit entwickeln einige Lösungsmöglichkeiten, so die „Anpassung der Informationseingabe und -ausgabevorrichtungen an die psychophysischen Kennwerte des Menschen“ (95) und andere arbeitsplatzgestalterische Maßnahmen, Beigabe von „Spielreizen“ (148), Gestaltung des Pausenregimes (145), Arbeitszeit (135) oder geforderte Antwortkomplexität (147).

Entscheidungen, die während der Überwachung der technischen Anlagen gefällt werden müssen, können bedeutende Konsequenzen nach sich ziehen, Fehlentscheidungen der Volkswirtschaft „enorme Schäden zufügen“ (89), da hiervon „gegebenenfalls geschlossene Fertigungssysteme von der Größenordnung ganzer Betriebe und Kombinatione abhängig und betroffen sind“ (289). An die arbeitenden Menschen müssen daher „hohe Anforderungen an Verantwortungsbewußtsein und Risikobereitschaft“ (89) gestellt werden, denn die Zuverlässigkeit des Mensch-Maschine-Systems hängt nicht zuletzt von der „Systemkomponente Mensch“ (275) ab. Die Eignungspsychologie, der ein wichtiger Teil gewidmet ist, beschäftigt sich mit dieser Problemstellung. Es werden methodische Fragen der Analyse der Arbeitsplatzanforderungen (324 ff. und 332 ff.) behandelt. Studien über Entscheidungsverhalten und Risikobereitschaft befassen sich unter dem Aspekt der Methodik und der Relevanz mit den „individuellen Leistungsvoraussetzungen“ (271). Dabei wird betont, daß vor den unmittelbar „ökonomischen Nutzenüberlegungen“ (277) die „Förderung der Persönlichkeitsentwicklung unter individuellem und gesellschaftlichem Aspekt“ (284) die wichtigere Seite der Nutzenüberlegungen bilden muß.

Untersuchungen zur Projektierung von Meß- und Regelanlagen und zum Lösen anderer technischer Probleme (223 ff. und 235 ff.) bemühen sich um das Auffinden von „schematisierbaren Anteile(n) der Informationsarbeit“ (228) und um die Automatisierung von Denk- und Problemlösungsvorgängen, um damit die „Voraussetzungen für einen wirkungsvollen Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung auch im produktionsvorbereitenden Bereich zu schaffen“ (235). Das Ziel ist, den Menschen von „Routinetätigkeiten (zu entlasten), damit der schöpferische Anteil dieser Tätigkeit zunimmt“ (77).

Zur Analyse der politisch-ökonomischen Einordnung der Ingenieur- und Arbeitspsychologie in das System der Produktivkräfte der DDR sagt das Buch vergleichsweise wenig aus. Es stellt aber einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Psychologie dar und wird für den Fachmann und den Interessierten eine Fülle von Ergebnissen liefern. Besonderen Wert erhält es dadurch, daß es Wege für den Einsatz der Psychologie im Übergang zur Komplexautomatisierung aufzeigt und zu wichtigen Punkten erste Ergebnisse liefert.

Konrad Rühling (Marburg)

Schraml, Walter (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch für Psychologen, Ärzte, Heilpädagogen, Soziologen und Studierende. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1970 (589 S., Ln., 38,— DM).

Den Themen der 18 Beiträge nach scheint dieses Buch den engen Horizont der traditionellen deutschen klinischen Psychologie zu überwinden: die Psychodiagnostik nimmt nicht mehr den breitesten Raum ein, statt dessen wird eine Vielzahl von Therapiemodellen dargestellt, und der erste Abschnitt von ca. 100 S. gilt gar dem Thema „Klinische Soziologie und Sozialpsychologie“. Laut Herausgeber *Schraml* orientiert sich das Lehrbuch an der „Frage nach der Funktion und dem Ziel der Klinischen Psychologie in der gegenwärtigen Gesellschaft“ (21). Wenn man allerdings die begrüßenswerte formal-thematische Erweiterung inhaltlich prüft, so wird man bitter enttäuscht. Schon der erste Artikel von *Pflanz* über „Soziale Krankheitsfaktoren“ läßt den begrenzten Horizont erkennen. Zwar sollen die „soziale Situation“, der „soziale Wandel“, die „strukturellen Spannungen“ und ähnliche — vom Autor leider nicht konkretisierte — Dinge eine Rolle für individuelle Konflikte spielen, aber mit der „Gesellschaftsstruktur“ haben nach *Pflanz* die Gesundheitsprobleme nichts zu tun, schon gar nichts mit Kapitalismus und Sozialismus (38, 39). Mit der Rechtfertigung seiner Ansichten macht *Pflanz* es sich denkbar einfach. Er ignoriert die erdrückende Fülle empirischer Ergebnisse, z. B. die über den Zusammenhang von Armut, sozialer Schicht u. a. mit verschiedenen Phänomenen von Krankheit, und behauptet einfach, es sei bei „neueren Untersuchungen“ (von denen freilich keine genannt wird) nicht mehr gelungen, „die Krankheitshäufigkeit mit sozialen Determinanten in Zusammenhang zu bringen“ (28). Nebenbei wird dem Leser — ohne auch nur eine einzige Literaturangabe — noch eine abstruse Kennzeichnung der Psychiatrie in der Sowjetunion geboten.

Rohde verschweigt oder leugnet gesellschaftliche Probleme auf andere Weise: Seine ahistorische „Analyse“ des Krankenhauses läßt keinen Bezug zu den gesellschaftlichen Bedingungen der Krankenversorgung erahnen. Unter dem Wirbel von „horizontalen“ oder „vertikalen Strukturen“, „Funktionskreisen“ usw. wird der reaktionären Chefarzt-Struktur, dem „geradezu militärischen Charakter der Krankenhausorganisation“ (60) unverblümt das Wort geredet; kein Wort über die Problematik des Privathonorars, über die soziale Ungleichheit von Privat- und Kassenpatient, über Personalmangel und die Überarbeitung der Krankenhausärzte etc. Auch der Artikel von *Strotzka* über „Prävention und Rehabilitation“ berührt die angeblich behandelten sozialen Bedingungen nicht sehr tief. So sind für *Strotzka* „nicht so sehr das Einkommen und die physischen Bedingungen entscheidend“ für psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz, sondern „das Gefühl, daß die Tätigkeit anerkannt und sinnvoll ist“. Wenngleich hierfür keine Belege angegeben werden, so liefert der Autor das Rezept zur Erzeugung psychischen Wohlbefindens bei den

Arbeitern: Gruppentraining von Vorgesetzten (82). Das heißt im Klartext: wieviel der Arbeiter verdient, wie schnell das Fließband läuft, das ist alles nicht so wichtig, am besten hilft man dem Arbeiter durch ein geschicktes Management.

Bei einer solchen Behandlung der sozialen Grundprobleme der Klinischen Psychologie, wie sie im ersten Abschnitt erfolgte, wundert es nicht, daß die weiteren Darlegungen — Diagnostik, Therapie, Forschungsmethoden — keinerlei Bezug haben zu den im ersten Abschnitt angegebenen sozialen Fragen. So wird z. B. von *Vogel* die klinische Testuntersuchung „als soziale Interaktion“ gesehen, jedoch lediglich im Rahmen von Übertragungsproblematik der Zweierbeziehung. Die sozialen Barrieren wie schichtspezifisches Sprachverhalten, unterschiedliche Wertorientierungen oder die ungleichen Chancen im Erwerb gewisser Leistungsvoraussetzungen — alles Phänomene, die in der bürgerlichen Soziologie in den letzten Jahren ständig strapaziert werden — sind offenbar noch nicht in das Lehrbuch „Klinische Psychologie“ durchgedrungen.

Die Darstellungen der psychodiagnostischen Verfahren sind unterschiedlich informativ. Völlig unter dem technischen Niveau, das die Psychodiagnostik erreicht hat, liegt der Artikel von *Böhm & Haffter* „Psychodiagnostik in der Kinderpsychiatrie und Erziehungsberatung“. Die Darstellung besteht in einer kritiklosen, naiven Aufzählung verschiedener (z. T. leider) gebräuchlicher Tests, ohne auch nur deren Zuverlässigkeit und Gültigkeit wenigstens andeutungsweise zu berühren. Die Frage der Gültigkeit und besonders der praktischen Relevanz der Tests ist in allen Ausführungen über Diagnostik vernachlässigt.

Unterschiedlich informativ sind auch die Darstellungen der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren. Gut strukturiert und informationsreich sind besonders die Darstellungen der Verhaltenstherapie durch *Bergold & Selg* sowie die der gruppentherapeutischen Verfahren durch *Heigl-Evers* und *Schultze-Dierbach*. Schließlich stehen alle wichtigen — weil gebräuchlichen — Behandlungsverfahren mehr oder weniger hübsch präsentiert nebeneinander; auf eine wissenschaftstheoretische oder ideologiekritische Auseinandersetzung wird verzichtet. Leider werden mehrfach durch harmlos-freudige Aufzählung angeblicher Möglichkeiten der Behandlung eine Reihe von tatsächlichen Mißständen verschwiegen. So gibt *Däumling* munter seine Vorschläge differentieller Therapie in Heilpädagogik und Milieuthérapie zum besten, ohne auch nur anzudeuten, daß diese Möglichkeiten in der BRD in Ermangelung einer ausreichenden Zahl z. B. von heilpädagogischen Heimen bestenfalls für einige privilegierte Kinder realisiert werden können. Ähnliches ist für die Abhandlung von *Dworschak & Strotzka* zum Thema „Sozialarbeit und Milieuthérapie“ zu sagen. Der Aufweis der meist sehr traurigen Realität der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den kapitalistischen Ländern gehört jedoch unbedingt in ein Lehrbuch — schon um eine realitätsgerechte Vorbereitung auf den Beruf zu gewährleisten.

Im letzten Abschnitt gibt *Bastine* einen instruktiven Abriß der „Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie“, womit hier speziell Methoden der Therapieforschung gemeint sind. Die Meßinstrumente werden jedoch fast ausschließlich unter dem Gesichtspunkt ihrer technischen Güte diskutiert, eine inhaltliche Auseinandersetzung findet nicht statt. Die inhaltliche Fragwürdigkeit gewisser sog. Erfolgskriterien, die Problematik des Anpassungskonzepts und des Gesundheitsbegriffs oder die Bedeutung sozialer Unterschiede bei der Anwendung von Kriterien werden nicht behandelt. Die Folge davon ist, daß zu der entscheidenden Frage, wann man welche Kriterien und Instrumente anwenden soll, praktisch nichts gesagt wird. Der an sich positive Eifer um methodische Exaktheit und um zuverlässige Meßinstrumente führt hier dazu, daß so entscheidend wichtige Erfolgskriterien wie Arbeitsfähigkeit, Hospitalisierungsdauer u. a. nicht diskutiert werden, da „ihre Reliabilität vermutlich niedrig“ sei (529).

Rainer Seidel (Berlin)

Medizin

Duff, Raymond S., und August B. Hollingshead: *Sickness and Society*. Harper & Row Publishers, New York, Evanston, London 1968 (390 S., Ln., \$ 12.50).

Hinter dem *zu* viel versprechenden Titel des Buches verbirgt sich die Arbeit „eines angesehenen Arztes und eines preisgekrönten Soziologen, (die) einen strengen Blick auf die Qualität der Krankenhausversorgung und die Auswirkungen von Krankheit und Krankenhausaufenthalt auf den Patienten und seine Familie werfen“ — so der Text auf der Buchhülle. Etwa folgende Fragestellungen bilden die Grundlage der Studie, bei der 225 Patienten, ihre Familien und das medizinische Personal anhand von Interviews, Beobachtungen und Aktenstudien untersucht wurden: Welchen Einfluß haben soziale Faktoren auf Aufnahme, Diagnosestellung und Behandlung? Welchen Einfluß auf die Behandlung haben die Beziehungen des Personals untereinander und dem Patienten gegenüber?

Für denjenigen, der schon einmal in einem Krankenhaus gearbeitet hat, lesen sich die Ergebnisse der etwa 7jährigen Arbeit an diesem Projekt teilweise wie statistisch abgesicherte Banalitäten. Hierfür sollen drei Beispiele angeführt werden: Mit dem „Two Factor Index for Social Position“ von Hollingshead, der eine Skala von 11 bis 77 hat, wird nachgewiesen, „daß es eine direkte Beziehung zwischen sozioökonomischer Stellung in der Gesellschaft und der Art der Krankenhausunterbringung gibt“ (92). Die Patienten der Privatstationen, der halbprivaten und der normalen Stationen haben signifikant unterschiedliche „scores“. War dies ein Befund, der hauptsächlich den Soziologen interessieren wird, so ist für den Mediziner der folgende sicherlich von besonderem Interesse: Es wird nachgewiesen, daß die

meisten Krankheitsgruppen sowohl auf der Chirurgischen als auch der Inneren Abteilung zu finden sind. „... aber oft in unterschiedlicher Verteilung. Gallenblasenerkrankungen und Krebs sind gehäuft auf den Chirurgischen Stationen; kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes sind hauptsächlich auf der Inneren Abteilung“ (156). Endlich konnte auch gezeigt werden, daß es eine signifikante Beziehung zwischen „Irrtümern in der Diagnose ... und einer unangemessenen Behandlung gibt“ (177).

Neben diesen, bis ans Komische grenzenden Befunden, zeigt das Buch jedoch auch detailliert die Bedeutung sozialer Faktoren für Diagnostik und Therapie im Krankenhaus. Auch dies sind in der Tendenz bekannte Alltäglichkeiten, die jedoch durch ihre detaillierte Beschreibung lehrreich werden. In dieser Weise werden u. a. die folgenden Befunde dargestellt: Patienten der unteren Sozialschichten kommen später ins Krankenhaus, dort wird bei ihnen später als bei den Patienten der Oberschicht mit einer gezielten Therapie begonnen; sie sehen weniger oft einen Spezialisten oder einen Arzt der höheren Ränge an ihrem Bett; Ärzte und Schwestern haben weniger Zeit für sie. Die Kommunikation zwischen Arzt und den Patienten der Unterschichten ist besonders schlecht: Der Patient weiß nicht, was mit ihm geschieht, und er muß sich somit als „Versuchstier“ und als „interessantes Krankheitsbild“ erleben.

Weiterhin wird gezeigt, daß psychische und gesellschaftliche Faktoren (im Buch: der Einfluß des „way of life“ auf die Krankheit) bei 42 % der Patienten der Inneren Abteilung und bei 12 % der Patienten der Chirurgischen Abteilung ätiologische Bedeutung haben. Allerdings legen Ärzte und Patienten bei der Diagnosestellung auf diese Faktoren am wenigsten Gewicht; so entstehen hierdurch besonders viele Diagnosefehler.

Das Buch enthält jedoch auch — wie oben beispielhaft zitiert — eine Reihe von reinen Banalitäten. Ist dies aber nun den Autoren hauptsächlich vorzuwerfen oder hat hier nicht die Kritik einer Gesellschaft zu gelten, die diese „banalen“ Unmenschlichkeiten weiter bestehen läßt, so daß sie eben immer wieder benannt werden müssen? Kann diese Frage grundsätzlich auch zugunsten der Autoren entschieden werden, so ist dennoch an der Arbeit zu kritisieren, daß die Einzelbefunde in keinem Zusammenhang zum gesellschaftlichen System, was die untersuchten Krankenhäuser produziert, gesehen wird; das Buch wird also seinem Titel nicht gerecht.

Heinz-Harald Abholz (Berlin)

Kosa, John, Aaron Antonovsky, und Irving Kenneth Zola (Hrsg.):
Poverty and Health — A Sociological Analysis.
A Commonwealth Fund Book, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1969 (447 S., Ln., \$ 12.50).

Das Buch hält, was sein Titel verspricht und was man von amerikanischer Sozialwissenschaft zu erwarten gelernt hat: Es spricht von

„The Poor“, wenn von Schichten und Klassen zu reden wäre. Der verwaschene Begriff der Armen, der besonders im Zusammenhang mit Programmen wie „War on Poverty“ einen verlogenen moralischen Anstrich erhalten hat, hilft Phänomene zu beschreiben, ohne sie gesellschaftlich analysieren zu müssen. Das einleitende Kapitel „The Nature of Poverty“ bietet ein hervorragendes Beispiel für eine derartige Verwendung dieses Begriffes. Mit einer „Naivität“, die jedoch eher als dummdreistes Geschwätz mit politischer Bedeutung zu bezeichnen ist, kommt es zu solchen „grundsätzlichen“ Ausführungen: „As a part of our social life we tend to judge our fellow beings by their worldly goods; we perceive some of them as poor and set them apart from the rest of us“ (5). Die Ursachen für Armut werden dann in geographischen, sozialen, psychologischen Faktoren gesehen, Bedingungen also, „which man has created or failed to create . . .“ (16). In dieser undifferenzierten Weise, bei der nur von „man“ die Rede ist, werden diese Faktoren — jede Erkenntnis verhindernd — dargestellt: Alles ist zufällig, wenn auch vom „Menschen“ gemacht. Der Kampf nun gegen die Armut nahm entsprechend eine sehr „amerikanische Ausrichtung“: „While it remained non-ideological and notably aloof from any socialistic scheme (so distasteful to the American mind) . . .“ (31). Jedoch, „To be sure, no perfectly equalitarian society can be conceived, and the equal chances at start turn into unequal achievements later in life“ (34).

Alle 11 Arbeiten dieses Buches stehen mehr oder weniger fest auf diesem politischen Boden. Dennoch ist das Buch als zusammenfassende Darstellung über Krankenstand und Krankenversorgung in der amerikanischen Gesellschaft recht brauchbar, benutzt man es, um sich allein einen Überblick über die Literatur und interessierende Daten zu verschaffen. Es wird deutlich an zahlreichen Untersuchungen gezeigt, daß bei fast allen Erkrankungen die untersten Schichten am stärksten betroffen sind, daß sie die schlechtesten Möglichkeiten haben, geheilt zu werden, daß sie eher zu Invaliden werden, ihre Kinder eher bei der Geburt sterben etc. Interessant ist auch folgender Befund: „It is evident that the poor patients are kept, on the whole, almost twice as long in the hospital system than the better-off patients. Such an arrangement may, in part, help to meet some of the teaching and research needs of the institution involved; it may help in a major way to pay for the overhead and related costs of the hospital“ (261). Dies wird geschlußfolgert, nachdem mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen wurde, daß für den längeren Aufenthalt nicht ein stärkeres Maß an Erkrankung innerhalb der jeweiligen Krankheitsgruppe verantwortlich gemacht werden kann. (Ein Ergebnis, was für den psychiatrischen Bereich allein auch anhand der Ergebnisse von Hollingshead/Redlich: *Social Class and Mental Illness*, New York 1958, errechnet werden kann.)

In zwei abschließenden Kapiteln wird über Programme im „Kampf“ gegen Armut und Krankheit berichtet. Dabei wird wiederum deutlich, was sich aus einer verwaschenen „Analyse“ ergeben

muß, wenn diese Grundlage für derartige Programme wird: Education, Psychotherapy, und schließlich der gute Wille als Voraussetzung treten in den Vordergrund. Heinz-Harald Abholz (Berlin)

Beyer, Alfred, und K. Winter: Lehrbuch der Sozialhygiene.
VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (DDR) 1970 (564 S., Ln., 38,50 M).

Im einleitenden Abschnitt des Lehrbuchs wird die Wissenschaft Sozialhygiene, ihre Aufgaben, ihre Methoden und ihre Geschichte dargestellt. An dieser Stelle wird dann auch die Auseinandersetzung mit bürgerlichen sozialmedizinischen Autoren geführt. So wird sowohl gegen die Apologeten des kapitalistischen Systems scharf argumentiert als auch — fast im Sinne der verteidigenden Kritik — einem anderen Teil von Autoren nachgewiesen, daß das, was sie aufgrund mangelnder Theorie als Ursache des Leids auf sozialmedizinischem Sektor sehen, eben nicht die Ursache ist. Wenn diese Autoren z. B. die Großstadt, die technisierte Welt etc. als Ursache für z. B. die Zunahme psychosomatischer Erkrankungen sehen, so sind eigentlich „Großstadt“ und „technisierte Welt“ in einem bestimmten gesellschaftlichen System gemeint. In diesem Zusammenhang wird auch gezeigt, welche Verschleierungsfunktion Psychoanalyse objektiv erhält, wenn sie von gesellschaftlichen Bedingungen abstrahiert: die Ursache allen Leids liegt wieder beim Individuum und ist so also nicht gesellschaftlich lösbar.

Im Abschnitt über den Gesundheitsschutz im Sozialismus wird dem Leser aus einem kapitalistischen Land besonders deutlich, welchen Unterschied das Gesellschaftssystem auch für wissenschaftliche Arbeit macht. So wird einem klar, daß im Sozialismus das, was als wissenschaftlich richtig erkannt wird, auch mit unvergleichbar geringeren Schwierigkeiten als im Kapitalismus in die Praxis umgesetzt werden kann. Weder Kapitalinteressen noch die der Standesorganisationen halten hier eine adäquate Versorgung auf.

In einem weiteren Abschnitt wird die Sozialhygiene einiger wichtiger Erkrankungen dargestellt. Leider fehlen hier die psychischen Erkrankungen und Störungen. Auch beschränken sich die Aussagen über die anderen Erkrankungen zumeist auf Aussagen über Alters- und Geschlechtsverteilung. Weitere Sozialdaten, die näheren Einblick in gesellschaftliche Verhältnisse geben würden, fehlen zumeist. Erwähnenswert für den westdeutschen Leser ist zu diesem Abschnitt noch der Beitrag über die jeweiligen Prophylaxemaßnahmen in der DDR. Die Abschnitte über Sozialversicherung, die Arbeitsweise der Statistik und die Anthropometrie vervollständigen das Lehrbuch.

Heinz-Harald Abholz (Berlin)

Baker, Frank, Peter J. M. McEwan, und Alan Sheldon (Hrsg.): Industrial Organisation and Health — Volume 1: Selected Readings. Tavistock Publications, London 1969 (699 S., Ln., £ 4.50).

Wer sich über den Stand der Forschung zum Zusammenhang industrieller Arbeit und Gesundheit informieren will, dem bietet das Buch, in dem 31 Zeitschriftenartikel gesammelt sind, einen repräsentativen Überblick. Erwähnenswert ist dabei für den deutschen Leser, daß hier ein großer Teil von Arbeiten abgedruckt ist, der aus Zeitschriften stammt, die in Deutschland gar nicht oder nur unter Schwierigkeiten erhältlich sind.

Anhand der Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes der gesammelten Aufsätze läßt sich schon einiges Grundsätzliches über den Ansatz der Arbeiten ablesen. Unter industrieller Arbeit und industrieller Organisation wird alles von der Fabrik bis zum Büro und der Flug- und Elektrizitätsgesellschaft verstanden. Dies geschieht jedoch nicht auf der Basis einer spezifischen Analyse oder einer Theorie von Gesellschaft, die eine solche Subsumierung erlaubt, sondern allein das Moment der Arbeit schlechthin wird zum Verbindungsglied. Wird teilweise dennoch etwas näher auf die Bedeutung der Arbeit eingegangen, so werden nur hochformalisierte Begriffe oder der psychologisch-psychoanalytische Ansatz verwendet; dabei wird dann z. B. allein auf Ich-stärkende Funktionen der Arbeit oder auf einen Rollenzwang zur Arbeit hingewiesen; handfeste Gründe, warum gearbeitet wird, gibt es nicht, oder sie tauchen nur als randständige Überlegung auf.

Krankheit wird — fast im Sinne der WHO — sowohl als psychisch-psychosomatische Erkrankung verstanden, wie auch in Unzufriedenheit mit der Arbeit, im Fehlen bei der Arbeit und im Arbeitsunfall gesehen. Die somatischen Erkrankungen fehlen gänzlich, und beim Arbeitsunfall interessiert allein das psycho-soziale Moment. So wichtig auch einerseits die erwähnte Erweiterung des Begriffes von Krankheit sein kann, um industrielle Pathologie zu studieren, so deutlich wird in den Texten, wie entpolitisiert er auch verwendet werden kann: Alles, was auf „unmenschliche“ Produktionsverhältnisse hinweist und eine Analyse dieser Verhältnisse verlangt, wird mit dem Wort „Krankheit“, einem Begriff der Medizin, aus dem Bereich des Politischen verdrängt. Für Krankheit kann niemand so recht zur Verantwortung gezogen werden, und wenn dies doch geschieht, so setzt man immer etwas an sich Gesundes voraus. So ist dann entsprechend auch der Grundtenor der Arbeiten: An und für sich normale Verhältnisse zeigen die normalen Abweichungen, die Krankheiten, die mit medizinischem und soziologischem Ansatz zu therapieren sind.

Die einzelnen Artikel sind in fünf Abschnitten angeordnet: Der Angestellte im industriellen Unternehmen, Gesundheitsverhalten und industrielle Arbeit, Menschliche Probleme und Arbeitsorganisation, Das Verhältnis zur Arbeit, Planung und Veränderung der industriellen Organisation. Auf einen Teil der Arbeiten ist an anderer Stelle im ARGUMENT schon näher eingegangen worden (s. ARGUMENT 60, Sonderband zum 10. Jahrg. 1970, Abholz, Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankung, S. 142 ff.). Allgemein läßt sich noch sagen, daß nur wenige der Artikel

empirische Arbeiten sind, die dann auch noch geringen Informationswert besitzen, weil ihr Forschungsansatz außerhalb größerer Zusammenhänge steht. So kann man z. B. zwar erfahren, daß in größeren Arbeitseinheiten und Betrieben eine höhere Fehlquote und höhere Unfallraten vorzufinden sind, daß die Arbeitsunzufriedenheit bei den Arbeiten zunimmt, die keinen Raum für Eigeninitiative lassen, und daß Arbeitszufriedenheit und Fehlquote, psychische Erkrankung und Unfall zusammenhängen, jedoch hört hier schon zumeist die Analyse auf. Wird sie jedoch fortgesetzt, so bewegt sie sich auf einem Niveau, das entweder allein aus formalen Gründen noch als theoretisch zu bezeichnen ist oder bei dem Theorie zur Verschleierung heruntergekommene ist. Grundsätzlich sind hier — ebenso wie bei den nichtempirischen Aufsätzen — hochformalisierte organisationssoziologische oder psychoanalytische und psychologische Modelle zu nennen, in denen die Gesellschaft ein Netz von Konstrukten oder eine Kopie reaktiver Kindheitserlebnisse ist. Dabei ist hiermit nichts allgemein gegen Ansätze gesagt, die aus der Psychoanalyse oder der Organisationssoziologie kommen, sondern allein wird die isolierte Verwendung dieser Modelle ohne einen gesellschaftsanalytischen Ansatz kritisiert.

Abschließend ist festzustellen, daß man anhand des Buches etwas über die Forschung zu dem Thema, kaum jedoch etwas über den Gegenstand der Untersuchung lernt. Heinz-Harald Abholz (Berlin)

Holstein, Ernst: Grundriß der Arbeitsmedizin. Johann Ambrosius Barth, Leipzig ⁵1969 (544 S., Ln., 41,— M).

Quaas, Max, und Ursula Renate Renker (Hrsg.): Allgemeine Arbeitshygiene. VEB Georg Thieme, Leipzig ³1969 (344 S., Ln., 22,60 M).

Neumann, Jochen, und Klaus-Peter Timpe: Arbeitsgestaltung — Psychophysiologische Probleme bei Überwachungs- und Steuertätigkeiten. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin (DDR) ³1971 (142 S., geb., 19,80 M).

Das Lehrbuch von *Holstein* zeichnet sich dadurch aus, daß es den Bereich der klassischen Arbeitsmedizin in einer Weise darstellt, die es zu weiten Teilen auch Nicht-Medizinern leicht erlaubt, das Buch zu lesen. Dabei geht diese Leistung an didaktisch-sprachlicher Darstellung nicht zu Lasten wissenschaftlicher Exaktheit. So wird das Buch auch als Nachschlagwerk für Techniker und Betriebsleiter empfohlen. Dagegen ist zu beklagen, daß in diesem Lehrbuch aus der DDR nicht über die klassische Arbeitsmedizin hinausgegangen wird: Erkenntnisse aus den Gesellschaftswissenschaften finden keinen Eingang.

Dies trifft auch teilweise auf das Buch von *Quaas* und *Renker* zu, die in sehr systematischer Art einen guten Überblick über Probleme der allgemeinen Arbeitshygiene z. B. in Kapiteln über Arbeitszeit

und Erholung, Arbeitsplatzgestaltung, Unfallverhütung, Frauen- und Jugendarbeit geben. Allerdings wird in diesem Buch ein brauchbarer — wenn auch kurzer — historischer Überblick zu den jeweiligen Themen gegeben, so daß die gesellschaftlichen Bedingungen der Verhältnisse am Arbeitsplatz in verschiedenen Epochen kurz Darstellung finden. Zu erwähnen ist auch, daß es den Autoren gelungen ist, ihre Aussagen z. B. über Arbeitsplatzgestaltung, Pausenregelung, Unfallschutz etc. in anschaulicher Weise aus den physiologischen Grundlagen abzuleiten.

Ähnliches gilt auch für die Arbeit von *Neumann* und *Timpe*: Die psycho-physiologischen Grundlagen stellen die Basis dar, auf der die Aussagen über optimale Arbeitsplatzgestaltung entwickelt werden. Dabei beschränken sich die Autoren auf den Bereich der modernen Überwachungs- und Steuerungstätigkeit, einen Arbeitsbereich, der in den Lehrbüchern der klassischen Arbeitsmedizin zumeist noch zu kurz kommt. Hier treten psycho-sensorische Probleme weit mehr in den Vordergrund als es beim klassischen Produktionsarbeitsplatz der Fall war. Der Text des vorliegenden Buches wird durch zahlreiche, sehr instruktive Abbildungen in seiner didaktischen Form unterstützt. Den Abschluß des Buches bildet ein Kapitel über methodologische Fragen, in dem die Übertragbarkeit experimenteller Ergebnisse auf die wirkliche Arbeitssituation und die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Arbeiten mit mechanistisch-materialistischem Ansatz (Ursache-Folge Aussagen) auf dialektisch-materialistische Forschungsansätze diskutiert werden.

Allgemein kann gesagt werden, daß gerade beim Lesen der Bücher von Quaa/Renker und Neumann/Timpe deutlich wird, welche fortschrittliche Bedeutung dieser Bereich der Wissenschaft haben kann. Im Sozialismus, in dem gesellschaftliche Leistung und individuelles Glück nicht mehr im Widerspruch zu stehen brauchen, gehört es zur wesentlichen Arbeit am Fortschritt, optimale Lösungen — optimal für Produktionsleistung und Gesundheit des Arbeiters zugleich — in der Arbeitsgestaltung zu erforschen. Heinz-Harald Abholz (Berlin)

Stürzbecher, Manfred: Über die Stellung und Bedeutung der Wundärzte in Greifswald im 17. und 18. Jahrhundert. Ein geschichtlicher Beitrag zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung und der Medizinalordnungen im wendischen Quartier (Veröffentlichungen der historischen Kommission für Pommern. Reihe V: Forschungen zur pommerschen Geschichte, Heft 17). Böhlau Verlag, Köln 1969 (VIII, 98 S., 2 Klappentab., brosch., 12,— DM).

Dem Verfasser ist wichtig, „nicht nur die Texte der Medizinalordnungen zu ermitteln, sondern in erster Linie die Verhältnisse zu erforschen, in denen die Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens in den einzelnen Epochen wirkten“ (VII). Es wird berichtet von den Stadtwundärzten, den Badern und Pestchirurgen sowie den

Barbierchirurgen. Als Quellen für die Darstellung von Ausbildung, Aufgaben und individueller wirtschaftlicher Lage dieser Berufsstände dienen in erster Linie die verschiedenen Archive Greifswalds. Im Anhang sind der Schrift noch die Physikatsberichte der Greifswalder Stadtphysikusse von 1781—1800 beigelegt.

Die Ausbildung dieser „Chirurgen“ war — von Ausnahmen abgesehen — auf denkbar niedrigem Niveau: Kenntnisse praktischer Art wurden in einer Art Lehrverhältnis weitergegeben; eine theoretische Unterrichtung erfuhren nur die wenigsten. Eine Überprüfung des Könnens vor der Betrauung mit einem Amte fand nur selten statt. Zeugnisse über die Fähigkeiten waren häufig unverlässlich. Das Einhalten der Zunftgesetze wurde genauer kontrolliert, als die Fähigkeiten der Wundärzte (34/35). Es wird klar, wie weit die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung entfernt war von dem, was — orientiert man sich an den gängigen medizinhistorischen Abrissen — zu dieser Zeit bereits möglich war.

Aufgaben des Stadtwundarztes waren die erste ärztliche Untersuchung, das Anlegen des ersten Verbandes und das Gutachten nach Verwundungen, die Obduktion und die gerichtliche Leichenschau, die Behandlung der städtischen Bediensteten und der notorisch Armen (31). Den Badern blieb überlassen, „allerley Armbrüche, allerley Verrenkungen, Blutloß, braun und blaw, ohne einige Ausnahme Campher, so weit sich die Chirurgie erstreckt, es sey in oder außerhalb des Hauses, in oder außerhalb der Stadt, wohin sie gefordert werden anzunehmen, zu verbinden und zu curiren“ (36). Die Barbierchirurgen rasierten, ließen zur Ader, schröpften und zogen Zähne (63).

Bestallte Stadtchirurgen hatten — wie aus den zitierten Bittschriften an den Rat der Stadt hervorgeht — häufig mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen (19). Aus Angst vor wirtschaftlicher Not verteidigten die Barbieri ihre Rechte und verhinderten die Neuzulassung weiterer Amtsgenossen (46 u. 61). Die Verteidigung des Monopols hatte zur Folge, daß wegen der festgelegten hohen Taxen der größere Teil der Bevölkerung sich im Krankheitsfall nicht behandeln ließ (76). Höchstens notorisch Arme und städtische Bedienstete wurden auf Kosten des Rats behandelt. Die Reichen hatten meist Hausärzte (76). Mitte des 19. Jhdts. noch starben die meisten Einwohner, ohne vorher ärztlich behandelt worden zu sein (77).

Die Absicht des Verfassers, auch die Verhältnisse darzustellen, in denen die Chirurgen im 17. und 18. Jhd. wirkten, gelingt nur als Darstellung der persönlichen wirtschaftlichen Lage.

Udo Schagen (Berlin)

Lain Entralgo, Pedro: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin. Kindlers Universitäts-Bibliothek. Kindler Verlag, München 1969 (256 S., 55 z. T. farb. Abb., Ln., 16,— DM).

Der Verfasser ist Professor für Geschichte der Medizin an der Universität Madrid. Seine Arbeiten werden auch von deutschen Autoren,

denen die Arzt-Patient-Beziehung am Herzen liegt, gern zitiert und gelegentlich wirkt er auch an deutschen Hochschulen als Gast in medizinhistorischen Kollegs.

Ausgangspunkt seiner hier vorliegenden Arbeit ist das nach seiner Meinung im Laufe der letzten Jahrzehnte grundlegend veränderte Verhältnis zwischen Arzt und Patient — es habe an Natürlichkeit verloren (10). Verantwortlich für diesen Wandel seien u. a. 1. „übertriebene Technisierung der Diagnose und der Behandlung“, 2. durch die „Beziehung des Therapeuten zur Person des Kranken“ entstehende „Phänomene der Übertragung, die „immer Konfliktstoff in sich“ tragen, 3. die aus der „zunehmenden Sozialisierung der ärztlichen Hilfe“ folgende „Vermassung“ und 4. auch der Patient, der „nicht selten die Arbeit des Arztes“ durch in „Massenbildungsmedien“ erworbene Kenntnisse stört (9/10). Zur Stützung dieser These von der Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung untersucht er sie in Vergangenheit und Gegenwart.

Belegt mit vielen Zitaten und Abbildungen, die das Buch leicht lesbar machen, berichtet der Verfasser über viele, die „ärztliche Ethik“ bestimmende, Denksysteme verschiedener die Welt beschreibender Philosophen. Über die diesen Ideologien zugrunde liegende jeweilige materielle Wirklichkeit berichtet er weniger. Allerdings ist ihm die Diskrepanz zwischen ärztlicher Ideologie und ärztlichem (im Sinn der jeweiligen „Ethik“ dann unärztlichem) Handeln, die er immer wieder feststellen muß, offenbar durchaus bewußt. So beschreibt er drei verschiedene Behandlungsmethoden schon in der griechischen *polis*, die je nach der gesellschaftlichen Stellung des Patienten angewandt wurden. Während für freie reiche Patienten die ausgesucht individuelle Behandlung oberstes Gesetz war und der Dialog zwischen Arzt und Patient „nahe dem Philosophieren sich mit Überlegungen“ abgab „und vom Ursprung her der Krankheit beizukommen suchte, von der gesamten Naturbeschaffenheit der Körper“ ausging (er zitiert hier: Plato, Gesetze), gab es für die freien Armen noch „Radikalkuren“ — der Handwerker, der selbst sagt, er habe keine Zeit, krank zu sein, schluckte verschiedene Mittel und ließ sich u. U. „von unten“ reinigen. Dem Sklaven schließlich blieb eine Art „Veterinärmedizin für Menschen“, ausgeführt sprach- und unterschiedslos von den Sklaven der Ärzte, den damaligen Arzthelfern (31 ff.). Im Mittelalter entsprach dieser Dreiteilung die Behandlung der Mächtigen durch den *medicus a cubiculo* („Schlafzimmerarzt“), die der Handwerker und des entstehenden Bürgertums durch den praktizierenden Arzt und die der „Ärmsten der Armen“ im Hospital (95). Im 19. Jhd. wurde der Körper des Armen dann sogar nach dem Eingeständnis des Autors „zur *res publica* oder zumindest zur *res publicanda*, während der Körper des Reichen unverletzliches Privateigentum blieb“ (123).

Bezeichnend für die Betrachtungsweise des Autors ist folgender Satz: „Wir wollen nun sehen, was mit der medizinischen Freundschaft im Mittelalter geschieht, und auch diesmal wollen wir von den

vielen Fällen absehen, in denen dieses Ideal unvollkommen oder gar nicht verwirklicht wird“ (53). So folgen seitenlange Betrachtungen über ideengeschichtliche Grundlagen christlicher Klosterheilkunde (54 ff.) und dann die kurze Bemerkung, daß doch nicht alles eitel christliche Nächstenliebe war. Zitat vom Konzil von Clermont: „Sie erlernen die Medizin aus Profitgier...; für schmutzigen Gewinn versprechen sie Gesundheit“ (71).

Vom seltsamen Geschichtsverständnis des Autors zeugt z. B., wenn er vom Mittelalter spricht als „einer Welt, die durch ihre drei Hauptattribute — abendländisch, christlich, mittelalterlich — hinreichend charakterisiert ist“ (74). Verwendet man solche Klischees, dann hat sich wahrlich seit dem Mittelalter nicht viel verändert — und Westeuropa einschließlich Spanien wäre hinreichend charakterisiert als abendländisch, christlich, neuzeitlich! In gleicher oberflächlicher Weise werden Revolutionen erklärt, hier die von 1789, 1848 und 1917 gleich auf einen Streich: „Diese tiefgreifende revolutionäre Entwicklung beruht . . . auf dem Gedanken, daß die politische und gesellschaftliche Ordnung, die in Europa vom hohen Mittelalter bis 1789 galt, weder gerecht noch wirklich natürlich war . . .“ (125). Wer glaubt, daß Revolutionen auf Gedanken beruhen, der wird auch glauben, daß die Wirklichkeit in Spanien oder anderswo durch die Macht des Gebets verändert wird. Entsprechend soll auch die Ursache für das Ansteigen der Häufigkeit neurotischer Symptome im 19. Jhdt. in einem wachsenden sozialen *stress* liegen, der zwar „aus der gesteigerten Dauerbelastung der physischen und psychischen Kapazität des Individuums“ folgt, aber nach Meinung des Autors nur deshalb nicht ohne psychische Störungen ertragen werden kann, weil der Mensch „noch nicht über ein festes Gefüge historischer Anschauungen und Überzeugungen“ verfügt (134).

Dieses „feste Gefüge“, weiter das Wissen darum, „was der Mensch wirklich ist“ (223) und „die Dynamik der quasi-dyadischen Beziehungen“, in denen sich „Objektivierung und gemeinsames Vollziehen vereinen“ (152), was immer dies alles sei, fordert Lain Entralgo für ein optimales Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Immer ist die Arzt-Patient-Beziehung für ihn das, was Philosophen und Ärzte als Ideal beschrieben haben, und der Geschichte dieser Ideale folgt er. Am Rande allerdings bezeichnet er auch — gleichsam widerwillig — die Art der tatsächlichen Verhältnisse in der übergroßen Mehrzahl der Fälle, und hier war die Wirklichkeit immer weit vom Ideal entfernt. So ist auch seine Beschreibung der Sozialisierung der Medizin, die sich heute in allen Ländern vollziehe, äußerst widersprüchlich. Ihre Ursachen sollen liegen in dem allgemeinen Bewußtsein des eigenen Anrechts auf Gesundheit, einer gegenwärtigen Tendenz zur Sozialisierung der Berufe und Techniken, der wachsenden Intervention des Staates im sozialen Leben (228). Wo dieses Bewußtsein, diese Tendenz und diese Intervention — alles richtig beschriebene Phänomene — aber letztlich ihren Grund haben, nämlich in den ständig im Prozeß der Auseinandersetzung zwischen Mensch und Natur sich weiter entfaltenden Produktivkräften und deren Stellung in den

gesellschaftlichen Verhältnissen, das bleibt dem Autor eine Frage, die er nicht stellen will oder kann.

So wird auch erklärlich, wie er gleichzeitig beklagen kann, das Arzt-Patient-Verhältnis verliere an Natürlichkeit (10), es habe bis in unser Jahrhundert hinein nur in Ausnahmefällen Probleme aufgeworfen (9) und in seinem abschließenden Urteil über die „sozialisierte Medizin“ schreiben kann: „An erster Stelle ist zu sagen, daß die Sozialisierung der Medizin im ganzen gesehen ein folgerichtiges, nicht umkehrbares, fortschrittbringendes historisches Ereignis ist“ (242).

Damit erkennt er an, ohne es freilich zuzugeben (diese Schizophrenie des Ausdrucks muß hier gestattet sein), daß erst die gleiche und optimale Behandlung aller Voraussetzung jeder höheren Form der Arzt-Patienten-Beziehung ist.

Udo Schagen (Berlin)

Seguin, Carlos Alberto: Der Arzt und sein Patient. Ein Beitrag zum Problem des therapeutischen Eros. Mit einem Vorwort von Professor Dr. med. Medard Boss. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1965 (175 S., kart., 16,80 DM).

Der Autor des Buches ist Professor für medizinische Psychologie in Lima, Peru. Der Originaltitel: Amor y Psicoterapia, kommt dem Inhalt weitaus näher als die deutsche Übersetzung. *Seguin* geht es, ebenso wie *Boss* in seinem Vorwort, zunächst darum, den seiner Meinung nach allzu mechanistischen objektivierenden Begriff der Gegenübertragung zu ersetzen durch einen „positiveren“, der der „einzigartigen Beziehung“ zwischen Arzt und Krankem besser gerecht wird. Die „Analyse“ dieser Beziehung läuft schließlich auf ihre Erneuerung zum psychotherapeutischen Eros hinaus. Sie ist ein Sonderfall des „dualen“ Existenzmodus (*Binswanger*), dem außerdem zugehören: die B-Liebe (B = Being, im Gegensatz zu D = Deficiency, *Maslow*), die Lieben im Sinne von *Scheler* und *E. Fromm*, die Buberischen Ich-Du-Beziehungen und die Gläubigenliebe (*Entralgo*). Abgesetzt werden müssen diese Lieben allem gegenüber dem „pluralen“ Modus, „dem Existieren auf gesellschaftlicher Ebene“, für den Autor in Anlehnung an *Binswanger* „die Welt des Kampfes und der Konkurrenz“, „wenn sich das Ich in der Anonymität aufgelöst hat, wie z. B. beim Soldaten in der Armee oder bei anderen Massen-Menschen“. Das Ziel solcher Liebe ist „der gemeinsame Besitz des Guten, der besonderen Wahrheit und Schönheit, auf welche der Mitentwurf der liebenden Zweiheit ausgerichtet ist“. Ihre psychotherapeutische Sonderform zeichnet sich darüber hinaus durch Unzerstörbarkeit und völlige Selbstlosigkeit aus und ist deshalb „allen anderen menschlichen Liebesgestalten überlegen“.

Zitate dieser Art ließen sich noch in beliebiger Länge aneinanderreihen. Sie zeigen, glaube ich, zweierlei: einmal, wie überhaupt bei der existentialistischen Psychologie, eine Tendenz zum Rückzug aus einer als unerträglich empfundenen — aber zumeist nur in konser-

vativ-kulturkritischen Termini gefaßt — gesellschaftlichen Wirklichkeit in eine illusionäre duale Beziehung, die nun alles das liefern soll, was diese gesellschaftliche Wirklichkeit einem versagt: in eine Beziehung, wo Bindung nicht mit Identitätsverlust bedroht ist, wo man geben kann ohne deswegen ausgenutzt zu werden, wo Erfolg nicht mit Neid verbunden ist und das Zeigen von Schwäche nicht zum Überfall herausfordert. Daß es die kapitalistischen Produktionsverhältnisse sind, die verhindern, daß solche Beziehungen im pluralen Modus überhaupt nicht mehr gesucht und im dualen kaum mehr gefunden werden, geht Seguin nicht auf. Denn er und seine Klasse können duale Beziehungen der „Liebe“ offenbar noch erfahren; in seinen Kreisen, in den lateinamerikanischen Feudalklassen — (ebenso wie bei der Schweizer Geldaristokratie) — läßt sich ein subjektiver Freiraum, der sie möglich macht, noch herstellen. Seguin fragt natürlich nicht, auf wessen Kosten dieser Freiraum geht — ebensowenig, wie er den Zusammenhang zwischen der „Unzerstörbarkeit“ und der „Selbstlosigkeit“ des psychotherapeutischen Eros mit den Honoraren der Therapeuten in Beziehung setzt. Der gemeinsame Besitz des Guten, Schönen und Wahren soll offensichtlich verhindern, daß Forderungen gestellt werden, auch anderes — den Boden? die Produktionsmittel? — gemeinsam zu besitzen. Im ganzen Buch kommen die materiellen und sozialen Verhältnisse der Patienten — und es ist nicht nur von psychotherapeutischen, sondern auch von körperlich kranken Patienten die Rede — überhaupt nicht vor. Ein einziges Mal ist von Lebensunterhalt die Rede: als der Autor die Definition des Invaliden als eines Menschen, der seinen Lebensunterhalt wegen einer Gesundheitsschädigung nicht mehr verdienen kann, als „zu eng“ abweist. Die angeblich so konkrete psychotherapeutische Liebesbeziehung ist bei Seguin in Wirklichkeit so blaß, daß der Leser sich seine Patienten gar nicht vorstellen kann: wenn sie wären wie der Autor selber, d. h. wenn sie die Mittel hätten, wie er die Welt ausschließlich aus ästhetisierend-philosophischer Distanz zu sehen, brauchte das uns nicht aufzuregen. Sie stammen aber aus der psychiatrischen Abteilung des Arbeiter-Hospitals in Lima, wo Seguin „die angehenden Psychiater auf die Ausübung der Psychotherapie“ vorbereitet. Ob er den Arbeitern seine Mär von der „gläubigen Liebe“ seines francospanischen Philosophenvorbildes Lain Entralgo zusammen mit seinem eigenen psychotherapeutischen Eros aufschwätzen will? Hier wäre Psychotherapie Opium für das Volk.

Erich Wulff (Gießen)

Brandlmeier, Paul, und Gerhard Krüsli (Hrsg.): Der praktische Arzt heute. Probleme und Ziele der Allgemeinmedizin. Festband aus Anlaß des 10. Kongresses der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1968 (215 S., kart., 28,— DM).

Zwanzig Aufsätze, ein Herausgeber-Vorwort und ein Tabellen-Anhang sind in diesem Band vereinigt, dessen Zweck es ist, das

Image der Allgemeinmedizin und des praktischen Arztes im deutschsprachigen Westeuropa (BRD, Österreich, germanophone Schweiz) wieder aufzupolieren. Bei kritischer Lektüre wird allerdings das Gegenteil erreicht. Zweierlei wird deutlich: das Medizinstudium bereitet auf den künftigen Beruf nur sehr unzulänglich vor: nach *Lüth* waren 63 % der befragten Ärzte dieser Meinung (168). Zweitens wird dargestellt, daß der Praktiker nur eine „Minutenmedizin“ (*Braun*) betreiben kann; so stehen für die Diagnose durchschnittlich 5 Minuten, oft noch erheblich weniger zur Verfügung (101). Ebenfalls erweisen Praxisstatistiken, daß in der Praxis nur ausnahmsweise exakte Diagnosen gestellt werden können (*Braun, Prosenec*) (97, 141/142). Dabei wird dies als eine „in der Allgemeinpraxis unabänderliche Tatsache“ hingestellt. Durch Statistiken belegt wird ferner, daß Früherkennung von schweren chronischen Leiden wie Krebs und Tuberkulose in der Allgemeinpraxis kaum möglich ist (*Franz*, 87), und „die Präventivmedizin wegen des großen Zeitdruckes . . . nur sehr geringe Entfaltungschancen in der Allgemeinmedizin hat“ (*Braun*, 96).

Die festgestellten, nach Meinung der Autoren „unabänderlichen“ Tatsachen verlangen nach einem veränderten Berufsprofil des Allgemeinpraktikers. Er soll zu einem „Spezialisten für Erstberatung“ (*Krüsi*, 133) werden. Seine Werkzeuge dabei sind „intuitive“ statt „verbale“ Logik (*Krüsi*, 127), die „erlebte Anamnese“ (im Gegensatz zur erfragten und gezielten), Begrenzung auf „Symptom-, Syndrom- und Dominanzklassifizierung“ (*Braun*, 32), unter bewußtem Verzicht auf exakte Diagnostik (Abwartendes Offenlassen der Fälle“, *Braun*, 114). „Diagnostik kann auch schaden . . . und viel Geld kosten“ (*Schlegel*, 162). In diesem Zusammenhang wird unverbunden auch *Balint* bemüht: seine grundlegende Erkenntnis, daß es eine Diagnose an sich nicht gibt, sondern daß in Wahrheit verschiedene diagnostische „Ebenen“ bestehen, daß die Diagnose also letztlich ein Interaktionsprodukt zwischen den Krankheitsvorstellungen des Arztes sei.

So verdienstvoll das Herausstreichen der schwierigen Situation ist, in welcher der Allgemeinpraktiker sich befindet (hinsichtlich seines Ausgeliefertseins an die pharmazeutische Reklame ist besonders der Aufsatz von *Lüth* bemerkenswert), so bedauerlich ist die Tendenz des Buches, diese Situation als mehr oder weniger naturwüchsig hinzunehmen und auf ihrer Grundlage ein begrifflich-theoretisches Instrumentarium zu entwickeln, daß gerade den Mängeln der allgemeinpraktischen Tätigkeit wissenschaftliche Dignität verleihen soll. Durch die neuen Begriffe (z. B. „Dominanzklassifizierung“ statt Diagnose) wird nicht nur in der Praxis, sondern nun auch in der Theorie der Anspruch auf exakte Untersuchung und rationale Therapie beseitigt, der den Allgemeinpraktiker bisher in Unruhe hielt und zum Nachdenken darüber inspirierte, wie er seine Lage ändern, seine diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verbessern kann. Der apologetische Charakter, den wissenschaftliche Terminologie annehmen kann, wird hier besonders deutlich. In Wahrheit betreffen die meisten der durch neue Begriffe verdeckten Mängel nämlich nicht

die Allgemeinmedizin als solche — für die in der Tat neue wissenschaftliche Kategorien zu erarbeiten wären —, sondern die Kassenpraxis als handwerkliches Kleinunternehmen. Nur bei dem geltenden Verrechnungssystem hat in der Allgemeinmedizin die Präventivmedizin z. B. keine Entfaltungschance; und nur die institutionelle Zersplitterung und die divergierenden wirtschaftlichen Interessen bringen es mit sich, daß die Zusammenarbeit von Allgemeinpraktikern und niedergelassenen Fachärzten zu wünschen übrig läßt, so daß eine exakte Diagnostik erschwert wird. Stünde ein Netz von Ambulatorien mit all den diagnostischen Einrichtungen zur Verfügung, die der Einzelpraktiker wegen der allzu hohen Investitionskosten nicht anzuschaffen vermag, und könnte der Allgemeinmediziner — wie in einer staatlichen Arztpraxis — ohne Sorge wirtschaftlicher Konkurrenz über diese Einrichtungen je nach dem Bedarf seiner Patienten mitverfügen, dann könnte gerade er die nötigen präventiv- und sozialmedizinischen und psychohygienischen Funktionen übernehmen, die die naturwissenschaftliche Medizin ergänzen, dann könnte er auch in sinnvoller Weise sich zu einem Spezialisten für Erstberatungen ausbilden. Dazu würde allerdings gehören, daß er alle Institutionen und ihre Funktionsweise genau kennt, die seine Arbeit ergänzen — die medizinischen wie die gesellschaftlichen, daß sie ihm und seinen Patienten gemeinsam gehören und er auf ihre Arbeitsweise Einfluß nehmen kann. Dies ist jedoch nur innerhalb einer vergesellschafteten Medizin möglich. Eine vergesellschaftete Medizin würde auch das Problem der ärztlichen Fortbildung leicht lösen können: durch regelmäßige obligatorische Kurse, die von allen Ärzten zu besuchen wären. In der DDR ist dies z. B. durch eine Institution, die Akademie für ärztliche Fortbildung, längst gewährleistet. Dort gibt es auch einen Facharzt für Allgemeinmedizin, dessen Ausbildung ebensolange dauert wie die eines Spezialisten, und jeder Praktiker hat diese Ausbildung zu durchlaufen. Werden aber die gesellschaftlichen Voraussetzungen für das Entstehen einer praktischen und wissenschaftlichen Allgemeinmedizin ebenso verschwiegen wie die Einkommensperspektiven der Ärzte, so müssen alle Bemühungen zur Aufwertung dieses Faches zur terminologischen Apologetik und zur Imagepflege im Interesse der Kassenpraktiker werden, wie in diesem Buch.

Erich Wulff (Gießen)

Lüth, Paul: *Niederlassung und Praxis. Eine kritische Einführung.* Thieme Verlag, Stuttgart 1969 (278 S., brosch., 39,60 DM).

Lüth, Paul: *Lehren und Lernen in der Medizin.* Thieme Verlag, Stuttgart 1971 (307 S., Pb., 11,80 DM).

Lüth, Paul: *Ansichten einer künftigen Medizin.* Hanser Verlag, München 1971 (134 S., brosch., 7,80 DM).

Paul Lüth, Arzt für Allgemeinmedizin in Oberhessen, ist einer der wenigen praktizierenden Ärzte, die neben ihrer ärztlichen Tätigkeit

auch noch Zeit finden, Erfahrungen und Vorstellungen niederzuschreiben. Über seine mannigfaltigen Aufsätze und „Briefe aus einer Landpraxis“ in medizinischen Gazetten hinaus sind seit 1969 von ihm nicht weniger als drei voluminöse Bücher erschienen. Daß dies bei den bekannten überlangen Arbeitszeiten eines Landarztes noch möglich war, ist freilich bewundernswert.

Die ausgesprochen materialreichen Arbeiten Lüths beschäftigen sich mit einstigen und gegenwärtigen Bedingungen des niedergelassenen Arztes (Niederlassung und Praxis), mit der medizinischen Ausbildung (Lehren und Lernen), mit den Entwicklungstendenzen des Gesundheitswesens — einer „zukünftigen Medizin“. Stets ist er dabei bestrebt, nicht nur den augenblicklichen Stand in der Bundesrepublik zu fixieren, sondern auch auf die historischen Wurzeln und übernationalen Zusammenhänge hinzuweisen. In keinem der vorliegenden Bücher versäumt er — was in der Medizin allerdings keine Selbstverständlichkeit ist — die „Barbarisierung des Ärztstandes“ (II. 61) im deutschen Faschismus zu erwähnen, die durch den „Hang der ärztlichen Berufs-Ideologen zum Ständischen“ (I. 38) kaum zufällig sein konnte. „Weder sie (die Geheimräte), noch die Kammern, noch die berufsständischen Verbände mit ihrem jahrzehntelangem ethischen Vortrag“, schreibt er, „vermochten es, jene Auswüchse zu verhindern, die die grauenvollen und wissenschaftlich sinn- und nutzlosen Menschenversuche an wehrlosen Häftlingen der Konzentrationslager darstellen“ (II. 61 f.). Gewiß überschreitet Lüth mit dieser Anklage, wie sie von Mitscherlich und Mielke bereits vorgetragen wurde, das Bewußtsein einer Ärzteschaft, die durch tiefgründiges Schweigen das „eigene Nest beschmutzt“. Gleichwohl bleibt sie einem vorab subjektiv-formalen Vorgehen verhaftet, das „extremen Nationalismus“ primär als Ausschluß von Kontrolle und als „Tendenz zum Irrationalen“ definiert (II. 54). Auch wenn es sich hier um Wissenschaft im Nationalsozialismus handelt, so ist diese nicht von der objektiven gesellschaftlichen Entwicklung zu abstrahieren. Erst die konkrete Aufklärung des Zusammenhangs zwischen der „Barbarisierung des Ärztstandes“ und den ökonomisch vermittelten gesellschaftlichen Widersprüchen kann hier weiterhelfen. Bleibt dies aus, so kann es folglich auch nicht verwundern, wenn Lüth das objektiv divergente Verhalten der NS-Studenten von 1933 mit dem der Studenten von 1968, die „Adornos Frankfurter Institut“ besetzten, in diffamierender Weise gleichsetzt (P. Lüth, Brief aus einer Landpraxis, in: H. Schweppenhäuser [Hrsg.] Theodor W. Adorno zum Gedächtnis, Frankfurt 1971, S. 121).

Aber Lüth verurteilt nicht nur das Versagen der ärztlichen Standsvertretungen im deutschen Faschismus, bis heute weist er ihnen Manipulationstendenzen nach. So handelt es sich im Falle der Kammern und kassenärztlichen Vereinigungen um doppelte Berufsvertretungen der Ärzte, von denen er zumindest die Kammern für überflüssig hält. „Es gibt kaum irgendeine Aufgabe im ärztlichen Bereich, die sich nicht ebenso ohne die Institution der Ärztekammer lösen ließe“ (III. 91). Beide Institutionen sind „herrschaftlich strukturierte

Körperschaften, die auf zwangsweiser Mitgliedschaft basieren“ (III. 90). Obwohl gerade die KV für den Kassenarzt vor allem wirtschaftlich von hoher Bedeutung ist, existieren über sie in der Regel nur lückenhafte Informationen. „Das liegt nur teilweise an den Ärzten, es liegt zum überwiegenden Teil daran, daß es seitens der KVen eine wirkliche Kommunikation zu den Mitgliedern nur selten gibt... Ich konnte kürzlich darauf hinweisen, daß der blamable Umstand, daß die hessischen KV-Wahlen von 1964 durch das zuständige Ministerium 1965 aufgehoben und daß die im gleichen Jahr durchgeführten Nachwahlen 1967 wiederum, nun durch das Frankfurter Sozialgericht, für ungültig erklärt wurden, durch mangelnde Unterrichtung in der hessischen Ärzteschaft so gut wie unbekannt blieb“ (I. 61 f.). Daher formuliert Lüth mit „aller Vorsicht“, „daß in der derzeitigen Struktur der KVen ein starkes repressives Moment liegt, das schwer zu verkennen und dem wohl auch schwer zu widerstehen ist“ (I. 62).

Ferner setzt sich Lüth mit der profitorientierten pharmazeutischen Industrie auseinander, behandelt die neuesten Entwicklungen der ärztlichen Institutionen wie die Gemeinschaftspraxis, das „klassenlose Krankenhaus“ oder die „Deutsche Klinik für Diagnostik“ in Wiesbaden, kämpft gegen die Trennung von medizinischer Theorie und Praxis in der Ausbildung und bemängelt die Kritiklosigkeit seiner Kollegen. Insgesamt ist das Spektrum von Lüths Veröffentlichungen ein Plädoyer für den kritikfähigen ärztlichen Allgemeinpraktiker, „auf dessen kritisches Bewußtsein angesichts der auf ihn eindringenden Flut von neuen Konzeptionen, Daten, Mitteln, Möglichkeiten und — nicht zuletzt — Ansprüchen im buchstäblichen Sinne alles ankommt“ (I. V).

„Kritisch“ ist überhaupt eine der zentralen Kategorien. Es wimmelt geradezu von „Kritik“! An dem Ort, wo sich Medizin und Philosophie begegnen, entsteht die „kritische Medizin“ (II. 126) und nur als solche kann Medizin fortbestehen (III. 120). „Kritisch“ meint bei Lüth soviel wie „relativierend“ (II. 261), „aktives Wissen“, „das nicht schematisch festgelegt ist, sondern offen und fähig ist, auch nicht unterrichtete Informationen methodisch sicher zu beurteilen“ (II. 282). „Eine kritische Einführung“ muß mit einem anderen Wort: „offen“ sein. „Nur die Kritik mobilisiert die erstarrten und daher ineffizienten Positionen. Worauf es vor allem ankäme, ist Modernisierung: Übernahme moderner Planungs- und Führungshilfen auch für das System der niedergelassenen Ärzte. Praktikables wird dabei kritisch diskutiert“ (I. VI). Zweifellos geht Lüth mit seiner „Kritik“ über das hinaus, was eine traditionell konservative Medizin bisher zu bieten hatte. Er artikuliert Reibungsverluste in überkommenen Standsvertretungen, ärztlichen Praxen, Krankenhäusern oder medizinischen Fachbereichen. „Kritik“ wird Lüth in der kapitalistischen Gesellschaft allerdings nur so lange verziehen, solange er sich begnügt, im Sinne dieses Systems effiziente, leistungsfähige — also „vernünftige“ — Ärzte zu fordern. Daß er diese Grenze nicht überschreitet, bestätigt beispielsweise das Lob, mit dem sein „Lehren und Lernen“

im Deutschen Ärzteblatt rezensiert wurde (DÄ, Heft 24, 1971, S. XXXXIX f.). Mit partiellen Abstrichen sind ihm die USA — jene Gesellschaftsformation, in der die Zentralisation des Kapitals am weitesten fortgeschritten ist, und wo der Widerspruch zwischen den Arbeitenden und den Aneignenden sich gerade im Gesundheitswesen spiegelt — stets Vorbild. Dort hat man nämlich „eine ganze Skala von Möglichkeiten gefunden . . ., allen Beteiligten gerecht zu werden“ (Ztschr. f. Allgemeinmedizin / Der Landarzt, Heft 11, 1971, S. 575). — Auch allen Patienten? „Kritik“ wird in Lüths Publikationen als positive — als eine begrenzte — verstanden, die sich — wie in der bereits erwähnten „Kritik“ des „extremen Nationalismus“ — weigert, die objektiven gesellschaftlichen Antagonismen zu reflektieren. Die Grundlagen der kapitalistischen Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen werden nirgendwo in Frage gestellt, selbst wenn er mit dem Begriff der Entfremdung arbeitet und sich hinter Zitaten vom jungen Marx und von Adorno versteckt. Lüth geht es letztlich um eine reibungslosere moderne Systemanpassung. Hier versteht er das Geschäft mit der „Kritik“ trefflich!

Für das Wissenschaftsverständnis von Lüth ist seine Auseinandersetzung mit einigen ausgewählten Texten von Jürgen Habermas aufschlußreich. Moralisch wirft er Habermas vor, dieser komme „zur Verteufelung der Naturwissenschaft“. „Es fehlt ihm die Einsicht, daß Erkenntnis zwar von Interesse dirigiert wird, in ihrem Resultat jedoch . . . interessenunabhängig ist. Es sagt über eine Erkenntnis nichts aus, ob sie dem Kapitalismus nützt oder dem Sozialismus“ (II. 78). Ja, er bestreitet dem Dialektiker, „der Details für sich zu bewerten, nicht fähig ist“ noch mehr: „Ein wichtiger Aspekt muß ihm . . . verborgen bleiben: die Wissenschaft selbst“ (II. 79). Was nun? Lüth formuliert es forsch: „Naturwissenschaft ist . . . wie jede Wissenschaft eine Idee, die ihrerseits Anforderungen an die Gesellschaft stellt“ (II. 79). Ein Schlagabtausch mit verkürzten Inhalten genügt hier nicht. Er mag nur dem Unbekümmerten imponieren. Derjenige aber, der sich mit den angeschnittenen Problemen ernsthaft beschäftigt, wird bald durchschauen, daß Lüth den Kern der Habermasschen Theorie, die zweifellos auch nicht undiskutiert hingenommen werden kann, verfehlt.

Obwohl selbst niedergelassener Arzt und fernab der Universität, interessiert sich Paul Lüth seit geraumer Zeit insbesondere für die Studenten, ihre medizinische Ausbildung, ihr Bewußtsein und ihre Aktivitäten. Aus der Perspektive seiner Landpraxis stellt sich ihm die Studentenbewegung vorab als eine Auseinandersetzung der Studenten mit der zunehmenden Macht der Administration in der arbeitsteiligen Industriegesellschaft dar. Das Fehlen einer „personalen Begegnung“ zwischen Professoren und Studenten, die Ausbildung zum „Fachidioten“, eine rigide Universitätsbürokratie, das sind bei Lüth die „wesentlichen“ Momente, die die „zornigen jungen Männer“ (II. 28) auf den Plan gerufen haben. Wenn Lüth auch nicht im einzelnen der Studentenbewegung in West-Berlin und der Bundesrepu-

blik nachgehen will, so verschweigt er doch gerade ihre Besonderheit. Sie beruhte nämlich von Anfang an auf einer politischen Kritik, die ab einem bestimmten Zeitpunkt zu politischer Praxis drängte. Der Protest der Studenten war also nicht ein schlichtes Reagieren auf verselbständigte „Sachlichkeitsprinzipien“, sie läßt sich auch nicht mit der Idylle des Generationsproblems schematisieren, der Protest war Resultat jener Erkenntnis, daß die Aggression der US-Amerikaner in Vietnam, die Minoritätenhetze der Springer-Presse und auch die Arbeitsplätze an der Universität von den spezifischen Bedingungen des Verwertungsprozesses, der Eigendynamik des Kapitals, diktiert wurden. Deshalb gingen sie auf die Straße und besetzten Institute. Und als Studenten des SDS 1969 in Mariazell auf einer Medizinsoziologen-Tagung psychosomatische Krankheiten als Ausdruck objektiver gesellschaftlicher Widersprüche interpretierten und daher die Verabreichung von Psychopharmaka in Frage stellten, gibt sich Lüth wiederum als Verfechter der Totalitarismusideologie, die vor allem während der ersten Periode des Kalten Krieges die Formel „Rot = Braun“ propagierte, zu erkennen: „Wir treffen hier auf den bitteren Zug prinzipieller Menschenverachtung, der allen totalitären Ideologien eignet“ (II. 84). — Mangelnde Selbstkritik ist schließlich die Diagnose des Landarztes für das „Scheitern der Studentenrebellion“. Und weil daraus auf „einen Mangel an echtem Sachengagement geschlossen werden muß“, hält er die Einführung der Drittelparität in sämtlichen Universitätsgremien für eine Überforderung der Studenten. Dabei beruft er sich just auf keinen geringeren als den Historiker Ernst Nolte, einen namhaften Initiator des „Bundes Freiheit der Wissenschaft“ (II. 86, 89).

Die vorliegenden Publikationen von Paul Lüth zeichnen sich vor allem durch die ausgedehnte Zusammenstellung eines aufschlußreichen Materials aus. Es wiederholt sich allerdings in breiten Passagen, was bei der flinken Bücherproduktion freilich nicht verwundert. Seine Kritik ist eine aufs System beschränkte. Sie neigt zum Vergrößern und undifferenzierten Pauschalieren. In der Auswahl seines Zitatenschatzes ist er tendenziell wahllos. Er beruft sich auf: Marx, Engels, Adorno, Stjanovič, Markovič, Döblin, Jaspers, Heidegger, Parsons, Schelsky, Nolte und studentische Basisgruppen. In „Niederlassung und Praxis“ attackiert er besonders die ärztlichen Standesorganisationen, ein Zug, den er bis in seine jüngsten Veröffentlichungen beibehält. In „Lehren und Lernen in der Medizin“ achtet er auf peinliche Abgrenzung gegenüber „radikalen“ und „utopischen“ Positionen. Mit Inbrunst schlägt er auf die linke medizinische Studentenschaft, um sie zu spalten. Die USA sind cum grano salis sein Vorbild. Ein straffes 4jähriges Medizinstudium wird daher von ihm propagiert. In „Ansichten einer zukünftigen Medizin“, das im gleichen Jahr wie „Lehren und Lernen“ publiziert wurde, scheint Lüths Ansicht von den linken Studenten plötzlich wie geläutert. Er zitiert sie sogar als einzige Kritik an dem amerikanischen Soziologen Talcott Parsons. Angesichts der Widersprüchlichkeit seiner Argumentation und Positionsbestimmung drängt sich natürlich die Frage auf, ob

Lüth sprunghafte Lernprozesse durchmacht oder ob er solche Wendungen nach Gesichtspunkten einer handgreiflichen Opportunität vollzieht.
Heinz Schütz (München)

Politik und soziale Bewegung

Gavi, Philippe: *Konterrevolution in Indonesien*. Aus dem Französischen übers. von Ruppert von Plottwitz und Einar Schlereth. res novae — dritte Welt. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1969 (97 S., kart., 8,80 DM).

Bezeichnenderweise erschien erst vier Jahre nach dem Militärputsch mit seinen katastrophalen Folgen für die indonesische Linke in der Bundesrepublik ein Buch über die verhängnisvollen Ereignisse in Indonesien, die durch eine erfolgreiche Nachrichtensperre der neuen Machthaber in ihrem ganzen Ausmaß nie bekannt geworden sind. Die Beschreibung der Massaker in den Jahren nach 1965, die über 500 000 Menschen das Leben kosteten, verbindet *Gavi* mit einer Analyse des geräuschlosen und gut organisierten Apparats der Konterrevolution. Er erläutert die Umstände, die diese unvorstellbare Metzelei wehrloser Menschen ermöglichten, und bringt eine Fülle von bisher unbekanntem Daten und „inside“-Informationen, die eine Korrektur des bisherigen Indonesienbildes bedeuten.

Das Ende der Sukarno-Ära, einer Periode des „Neutralismus“ und des Kurses eines eher verbalen „indonesischen Sozialismus“, wurde eingeleitet durch einen Putsch unzufriedener links-nationalistischer Offiziere, die ihren Generälen Korruption vorwarfen (21). Unter Führung von Oberst Untung versuchte diese Gruppe am 30. September die Macht zu ergreifen, um einen rechten Militärputsch zu verhindern. Die Aktion, bei der 6 Generäle ums Leben kamen, mißlang, da Verteidigungsminister Nasution entkam. Dieser Putsch, der unter Leitung von General Suharto innerhalb weniger Tage zerschlagen wurde, war das Signal für die rechten Generäle, ihre Monate zuvor geplante Machtübernahme und die physische Liquidierung der Linken zu realisieren (25).

In den entscheidenden Tagen versäumte es die kommunistische Partei (PKI), zur offenen und massenhaften Unterstützung des Untung-Putsches aufzurufen (28). Ihre bedingungslose Solidarisierung mit Präsident Sukarno konnte nicht verhindern, daß die Konterrevolution die Initiative ergriff und unter Ausnützung der Massenmedien eine nationale Kampagne gegen die Kommunisten startete (30). Zunächst wurde die Parteizentrale der PKI in Djakarta liquidiert, die Presse gleichgeschaltet, dann breitete eine Hexenjagd moderner Machart sich aus über alle Teile des Landes (31 ff.). Den Hintergrund der Massaker — von *Gavi* durch zahlreiche authentische Zeugenaussagen dokumentiert — bildeten Überbevölkerung,

Arbeitslosigkeit, Hunger, die anhaltende sozio-ökonomische Stagnation. Einer dünnen Schicht feudaler, meist islamischer Großgrundbesitzer und privilegierter und korrupter Armeeoffiziere stand die Masse der Arbeiter, meist landloser Bauern und kleiner Pächter gegenüber (42). Seit der Bodenreform von 1960 gefährdeten Aktionen der landlosen Bauern unter der Führung der PKI die Herrschaft der feudalen Großgrundbesitzerklasse. Diese gingen eine Allianz mit den mächtigen Armeeoffizieren ein und bereiteten seit 1964 den „heiligen Krieg“ gegen die Kommunisten vor. Der schwerwiegende Fehler der PKI, einen großen, aber wenig militanten Anhang zu erwerben, wurde durch die Illusion verstärkt, daß es im indonesischen Staat einen starken „volksfreundlichen Aspekt“ gäbe, repräsentiert von der Nationalbourgeoisie (60). Diese Fehleinschätzung führte zu einer Theorie des „friedlichen Übergangs“, für den, laut späterer Selbstkritik der PKI, die Führung der Einheitsfront der Nationalbourgeoisie, vertreten von Sukarno, überlassen blieb und wobei versäumt wurde, eine gut disziplinierte Volksarmee und eine marxistisch-leninistische Partei aufzubauen (58). Das Nachlassen der ideologischen Wachsamkeit war mit ein Grund für die Wehrlosigkeit der Linken, das Ausbleiben jeglichen Widerstands und letztlich für den Tod hunderttausender Kommunisten.

Der Massenmord leitete die faschistische Machtergreifung in Indonesien ein. Die antikommunistischen Studentengruppen sozialfaschistischer Couleur stellten dabei durch ihre paramilitärische Ausbildung und ihren Fanatismus die militante Vorhut der Konterrevolution dar (84). Nach der Konsolidierung der faschistischen Herrschaft wurden die in Harvard ausgebildeten Technokraten zur wichtigsten Stütze des Regimes. Die Inflation wurde mit Hilfe von westlichen Krediten eingedämmt (70). Dagegen steht eine abnorme Auslandsverschuldung von über 2,5 Mrd US-Dollar und die Versteigerung der natürlichen Reichtümer Indonesiens, wie Erdöl, Erze, Kopra, Fisch und Holz an die meistbietenden ausländischen Gesellschaften (69). Die Abhängigkeit Indonesiens von den westlichen Industrienationen nützt nur einer schmalen, korrumpierten Kompradorenklasse (72). Gavi zeigt, daß nach wie vor die Armee das zuverlässigste Instrument dieser Klasse bleibt. Das Militär hat mit seinem zentralistisch organisierten Apparat die gesamte Landesverwaltung durchsetzt. Beispiele individuellen Terrors, Gangstertums und der Erpressung durch Armeeangehörige vervollkommen das Bild eines allmächtigen Staates im Staate (73 ff.).

Indonesien ist für die Revolution verlorengegangen, ohne daß die USA einen einzigen GI hätten opfern müssen. Wichtigste Lehre daraus ist nicht zwei, drei, viele Vietnams zu schaffen, sondern ein zweites Indonesien zu vermeiden (11). Denn auch in anderen Ländern der Dritten Welt „... könnten eines Tages Fallschirmjägerkommandos unter irgendeinem Vorwand an die Türe der Leute klopfen (sie haben bereits begonnen es zu tun). Die politisch Aktiven und die armen Leute werden mit erhobenen Händen herauskommen, ohne sich zu verteidigen, verstört, etwas verwundert; sie werden nicht

verstehen was vor sich geht, bis sie auf irgendeinem abgelegenen Friedhof oder am Ufer eines Flusses geköpft werden . . ." (96).

Jusuf Suroso (Bochum)

Li Da-Zhao: Im Kampf für ein sozialistisches China.

Aus Reden und Schriften des Mitbegründers der Kommunistischen Partei Chinas. Dietz Verlag, Berlin 1969 (180 S., kart., 3,60 DM).

Mit dem Hinweis auf den 80. Geburtstag des Genossen Li bringt der Verlag die Auswahl heraus (5). Auf gleicher Seite wird auch der Anlaß präzisiert, „als heute das Erbe Li Da-zhaos von der Gruppe um Mao Tse-tung mit Füßen getreten wird, die den von Li Da-zhao in China propagierten und verteidigten Marxismus-Leninismus durch die ‚Ideen Mao Tse-tungs‘, den Internationalismus durch eine nationalistisch-großmachtchauvinistische Politik ersetzt“ (5).

Li kam vom bürgerlichen Demokraten über den Ant imperialismus zum Marxismus-Leninismus. Schon 1917 begeisterte er sich für die Oktoberrevolution, jedoch erkannte er erst später, — laut Vorwort der Herausgeber —, daß die Oktoberrevolution und die westeuropäischen Revolutionen nicht den Klassenkampf in den Hintergrund treten lassen würden, sondern daß die Diktatur des Proletariats zur Schaffung der klassenlosen Gesellschaft nötig sei (21). 1921, bei der Gründung der KPCh, wurde Li zuständiger Generalsekretär für Nordchina. Mit dieser Bemerkung wird Mao nicht nur das Recht abgesprochen, Gründer der Partei gewesen zu sein, auch soll Li über die richtige Theorie verfügt haben, denn er betonte im Gegensatz zu Mao die führende Rolle der Arbeiterklasse in der chinesischen Revolution, die Bauernschaft könne nur wichtiger Verbündeter sein. Dennoch wird ein anderes Li-Zitat angeführt: „Wenn es uns gelingt, die riesigen Bauernmassen Chinas zu organisieren, so daß sie an der nationalen Revolution teilnehmen, dann wird der Sieg nicht mehr fern sein“ (16). Gegen Mao, der von der sowjetischen Führung abgerückt ist, klammert man sich an das Vermächtnis des 1927 Verstorbenen, das die „Solidarität der Bevölkerung Sowjetrußlands mit der chinesischen Revolution“ (19) versichert. So kann auch das Vorwort der Herausgeber enden mit einem hoffnungsvollen Satz: „daß die chinesische Arbeiterklasse und ihre Partei auf den Weg zurückfinden werden, der vom Genossen Li Da-zhao vorgelebt und vorgezeichnet worden ist“ (24).

Li sieht in der russischen Revolution den Beginn einer neuen Ära. Die Oktoberrevolution unterscheide sich von der Französischen Revolution dadurch, daß sie die „bürokratischen Regimes“ bekämpfte (25 ff.), sie sei Beginn der Weltrevolution, denn mit ihr verknüpft war auch die politische Situation anderer Staaten, so auch die chinesische Revolution.

1919 beginnt Li seine Formulierungen der ersten Zeit nach der Oktoberrevolution zu präzisieren: als „Sieg des einfachen Volkes“

meint er den Sieg der Arbeiterklasse über die Kapitalistenklasse (51 ff.). Lis Begrifflichkeit ist ziemlich simplifizierend. Über den „...ismus“ des Sozialismus schreibt er: „Jeder ...ismus‘ hat zwei Seiten, eine theoretische und eine praktische“ (71). Der Sozialismus wird als „Mittel zum Sturz der Kapitalistenklasse“ verstanden. Heute läßt sich anhand des wenigen Materials Lis politische Entwicklung bestimmen als ein immer deutlicheres Einbeziehen der chinesischen Revolution in die Weltrevolution. Angesichts der noch endgültig zu vollziehenden bürgerlichen Revolution in China kann Li aber nur den „nationalen Widerspruch“ (Mao) betonen, der im Gegensatz von chinesischem Volk (Arbeiter und Bauern sowie ihrer politischen Organisationen) und Militärclique in Peking, die von ausländischen Imperialisten gestützt wird, besteht. In dieser Anschauung ist Li nicht gegen Mao auszuspielen.

Li ist ein für China bedeutender Revolutionär der 20er Jahre gewesen, Mao hat die chinesische Revolution bis zum Ende entscheidend organisatorisch geleitet. Genausowenig wie es sich vom Dialektischen Materialismus her legitimieren läßt, Maos Theorie und Praxis mit heutigen Grundsätzen und Dogmen des sowjetischen Marxismus-Leninismus zu vergleichen, wird es möglich sein, Li als „chinesischen — allerdings vorrevolutionären — Lenin“ gegen den nachrevolutionären Stalin“ Chinas auszuspielen. Ekkehard Kurth (Berlin)

Hildebrandt, Walter: Siegt Asien in Asien? Traditionalismus — Nationalismus — Kommunismus, Strukturprobleme eines Kontinents. Musterschmidt-Verlag, Göttingen 1966 (618 S., Ln., 48,— DM).

Wie der sensationell anmutende Haupttitel dieses Buches in Verbindung mit dem seriös klingenden Untertitel schon andeutet, handelt es sich um eine wissenschaftliche und zugleich journalistische Arbeit. Die Lektüre überzeugt indes davon, daß Hildebrandt hier einen pseudowissenschaftlichen Beitrag vorgelegt hat. Der Verfasser ist Soziologie-Professor an der PH Bielefeld; weder ist er Orientalist noch Indologe, noch Japanologe, noch Sinologe, noch ein Südostasien-Experte; gleichwohl schreibt Hildebrandt über den jeweiligen Gegenstand dieser Disziplinen: nach einem Touristenaufenthalt in mehreren asiatischen Ländern fühlt er sich berufen, in diesem Buch ein sachkundiges Urteil zu geben. Einem wissenschaftlichen Anspruch genügt die Arbeit nur formal (Anmerkungsapparat; Bibliographie); sie ist gespickt mit Anekdoten und Reiseerlebnissen und zuweilen im Boulevardblätter-Stil verfaßt.

Zu den grundlegenden Themen seines Buches rechnet Hildebrandt „die Psychologie der Konflikte und das Phänomen der Entfremdung, de(n) Denkstil und die ‚Fleischwerdung der Macht‘ in Asien ... neben dem Problem der Modernisierung und Industrialisierung. ... Alles aber konzentriert sich schließlich auf das Ringen zwischen Traditio-

nalismus, Nationalismus und Kommunismus“ (15). Ist der Konflikt zwischen den „Prinzipien Europas“ (= „modernistischer Nationalismus“) und denen Asiens (= „Traditionalismus“) für Hildebrandt „schon von kaum glaubhafter äußerster dramatischer Spannung, so wird das Abenteuerliche doch noch gesteigert durch das Erscheinen eines dritten Partners, der sich unaufhörlich durch Angebote und Verlockungen, Tricks und Einfälle bemüht, einen Platz auf der Bühne zu erringen ...“ (21). Hier spricht Hildebrandt vom Kommunismus und stellt damit den „Zusammenhang“ her zwischen den drei Schlagwörtern des Untertitels seines Buches. Das erkenntnisleitende Interesse des Autors resultiert aus seiner Auffassung, daß durch das Auftreten des genannten „dritten Partners“, des Kommunismus, „das ganze Schauspiel nicht nur abenteuerlich, sondern menscheitsentscheidend geworden“ ist (22). Hildebrandt beabsichtigt daher, „die Sinne (zu) schärfen für die große Auseinandersetzung, die auf asiatischem Boden ausgetragen wird und die uns alle in den Strudel der Ereignisse hineinzieht“ (ibid.). Er will dem Leser „gleichsam in Frontnähe das Aufkommen des asiatischen Nationalbolschewismus und Rassismus, über dem der große Schatten Chinas liegt“, vermitteln (16), kurz: er will eine antikommunistische Kampfschrift vorlegen.

Das Buch besteht aus vier in sich gegliederten Teilen. Der erste Teil „Kontinent im Feuerofen“ (27—192) enthält je ein Kapitel über ökonomische, psychologische, philosophische und schließlich soziologische Aspekte der Entwicklung in Asien. Zu den ökonomischen Problemen, die Hildebrandt behandelt, gehört die „biologische Durststrecke Asien“: gemeint sind die aus dem Bevölkerungszuwachs resultierenden Ernährungsprobleme. Mehr Geburten bedeuten für Hildebrandt mehr Jugend, und eine zahlreiche Jugend in unterentwickelten Verhältnissen berge „Gefahr“, denn „der Atem der Revolution greift nach den jugendlichen Herzen“ (57); also fordert der Autor Einführung der Geburtenkontrolle. Im psychologischen Kapitel erörtert Hildebrandt das Problem der Entfremdung der okzidentalisierten asiatischen Intelligenz, ohne dieses Phänomen im geringsten begriffen zu haben. Er häuft unvermittelt Materialien nebeneinander an. So widmet er jeder Schrift, die er zur Problematik heranzieht, einen besonderen Abschnitt mit einer spektakulären Überschrift, in dem er je eine dürftige Inhaltswiedergabe liefert, die im oberflächlichen Feuilletonstil gehalten ist. Beispiele der Übertitel: „Formuliert Richard Wright für alle Farbigen?“ (65 ff.), „Ein Syrer spricht von ‚Westernization‘“ (71 ff.), „Ein Arzt kapituliert“ (83 f.) usf. Im philosophischen Kapitel plaudert Hildebrandt darüber, ob Asien anders denke oder nicht, und im soziologischen Kapitel über Probleme der Macht in Asien.

Die restlichen Teile (II—IV) des Buches sind Länderstudien: über Japan (195 ff.); über das Regime des General Ne Wins und den „burmesischen Weg zum Sozialismus“ (319 ff.); über Sukarnos Regime bis zum konterrevolutionären Coup d'état (364 ff.); und schließlich über den „Sonderfall Indien“ (449 ff.), wo der Autor es bei einer Kompila-

tion von Zitaten politischer Denker Indiens (von Gandhi-Vorläufern bis zu Nehru) und über sie beläßt, ohne auch nur eine einzige Anmerkung hinzuzufügen.

Die Reiseanekdoten und die Beobachtungen des Autors über Vorgänge, die in Asien mit „kaum glaubhafter äußerster dramatischer Spannung“ ablaufen, sind in das herangezogene Material eingeflochten. „Ergebnis“ von Hildebrandts Arbeit ist, daß „sich der Nationalismus nach wie vor als eine Kraft (zeigt), die zuletzt die Entscheidungen herbeiführt“ (520). Als abermaligen Beleg hierzu führt Hildebrandt Kennedys „einsamen Entschluß“ an, in Kuba zu intervenieren, weil „die amerikanische Nation unmittelbar bedroht wurde“ (ibid.). Aber heutzutage ist — so sieht es Hildebrandt — der Nationalismus in Asien mit dem Kommunismus so „intim“ verzahnt, daß es fast nicht mehr möglich sei, „exakt zwischen Kommunisten und Nicht-Kommunisten zu unterscheiden“ (521). Dies veranlaßt Hildebrandt, vom Sieg des Nationalkommunismus zu sprechen. „Denn erst auf diese Weise, indem eine ‚Universalreligion‘ in ein ganzes System von ‚Volksreligionen‘ umgedacht wird, können die kommunistischen Emissäre in ihren Werbekampagnen und politischen Verhandlungen glaubhaft machen, daß man sich nicht an eine fremde Macht verkauft, wenn man sich mit dem Kommunismus einläßt“ (523).

Wenn Hildebrandt gegen Ende seines Buches, nachdem er auf hunderten von Seiten über den Nationalismus in Asien geplaudert hat, gesteht: „Wir haben uns hier nicht systematisch mit dem Nationalismus zu befassen“ (532), so kann man ihm bei aller Kritik bescheinigen, dies auch nicht getan zu haben.

Bassam Tibi (Frankfurt/M.)

Ökonomie

Córdova, Armando, und Héctor Silva Michelena: Die wirtschaftliche Struktur Lateinamerikas. Drei Studien zur politischen Ökonomie der Unterentwicklung. Übers. und mit einem Nachwort versehen v. E. Hochmann und H. R. Sonntag. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/M. 1969 (130 S., brosch., 4,— DM).

Hochmann, Elena, und Heinz Rudolf Sonntag: Christentum und politische Praxis: Camilo Torres. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/M. 1969 (137 S., brosch., 4,— DM).

Im ersten Aufsatz des Buches von Córdova und Michelena beschäftigt sich Córdova mit dem Begriff der Unterentwicklung und diskutiert hierbei eine Reihe von Definitionselementen und Kriterien im Hinblick auf ihre Tragfähigkeit und Reichweite. So erwähnt er das wichtige, doch in seiner Aussagekraft beschränkte Kriterium des Pro-Kopf-Einkommens, das die noch z. T. recht bedeutende Subsidi-

stanzproduktion, die klassenmäßige und regionale Verteilung, die ökonomische Ausgangslage und die Richtung des Entwicklungsprozesses nicht berücksichtigen kann und das für den internationalen Vergleich wegen der z. T. willkürlich festgelegten Wechselkurse und der verschiedenen Kaufkraft in den einzelnen Ländern nur annäherungsweise Maßstäbe liefern kann. Er bespricht ferner: Die relative Bedeutung der einzelnen Wirtschaftssektoren nach ihrem Anteil an der Beschäftigung und ihrem Beitrag zum Sozialprodukt, das Kriterium des „Kapitalmangels“ (der für ihn ein Mangel an „Produktionsmitteln“ ist), die Differenz zwischen „tatsächlichem“ und „möglichem Produkt“ (ohne dieses oder jenes genauer zu bezeichnen), schließlich sog. „soziale Indikatoren“ wie niedriges Ernährungsniveau, mangelhafte medizinisch-sanitäre Ausstattung, Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit etc. Am Ende bemerkt er, daß diese einzelnen Elemente nicht bloß gleichbedeutende interdependente Variablen seien, sondern in einer hierarchischen Kausalverbindung stehen, deren Ausgangspunkt in einer, wie er meint, angemesseneren Definition als den diskutierten sich zusammenfassen läßt. Für ihn ist ein solches Land unterentwickelt, „das in ausreichendem Maße weder quantitativ und qualitativ zulängliche Produktionsmittel noch Arbeitskraft besitzt, um seine wirtschaftlich aktive Bevölkerung auf einem Produktionsniveau zu nutzen, das mit dem jeweiligen Stand der Technik der geschichtlichen Epoche und den vorhandenen natürlichen Ressourcen in Einklang steht“ (38). Mit Recht äußert er sich schließlich auch gegenüber dieser Definition distanziert, da in ihr keine Erwähnung der Produktions- und Herrschaftsverhältnisse enthalten und nur durch die Kenntnis dieser zu einem „systematischen Begriff von Unterentwicklung“ zu gelangen sei.

Der dritte, von den beiden venezolanischen Ökonomen gemeinsam verfaßte Aufsatz versucht diese nicht eben originellen Ausführungen zum Begriff der Unterentwicklung methodisch zu fundieren und in einer bestimmten Richtung weiterzuentwickeln. Nach einem Bekenntnis zur historischen und systematischen Vorgehensweise von Marx machen sie sich daran, ihre Begriffe und deren Abstraktionsebenen zu erläutern. Eine konkrete Gesellschaftsformation, die eine technologische Ebene, die Ebene der Produktionsverhältnisse und die des Überbaus umfaßt, wollen sie „soziales System“ nennen, das „durch Induktion“ „destilliert“ werden soll. Nun wird die Sache noch komplizierter: „Die Produktionsverhältnisse sind ein System, das dem sozialen System als wirtschaftliche Struktur dient. Diese Struktur ist homogen wie die Produktionsverhältnisse. Ein Verbund von Produktionsverhältnissen bildet ein ökonomisches System, wenn sie vollkommen homogen sind“ (69). Die Autoren wollen mit „ökonomischem System“ einen Verbund homogener Produktionsverhältnisse bezeichnen, „der die wirtschaftliche Ebene eines abstrakt betrachteten sozialen Systems bildet“ (70), mit „wirtschaftlicher Struktur“ die Gesamtheit heterogener Produktionsverhältnisse, „welche die wirtschaftliche Ebene eines konkret betrachteten sozialen Systems darstellen“ (71). Hieraus wollen sie ableiten, daß es „einfache Struk-

turen“ und „komplexe Strukturen“ gibt, je nachdem, ob ein ökonomisches System fast die gesamte Struktur umfaßt oder verschiedene „ökonomische Systeme“ eine wirtschaftliche Gesamtstruktur bestimmen. — Der Wunsch der Autoren, das, was man ökonomische Gesamtstrukturen nennt, zu differenzieren, ist völlig berechtigt. Doch wären sie besser gefahren, wenn sie mit der Marxschen Unterscheidung von „Gesellschaftsformation“ und „Produktionsweise“ gearbeitet hätten. In ihren Ableitungen gerät manches durcheinander oder bleibt manchmal völlig unklar: Einmal bilden die Produktionsverhältnisse die wirtschaftliche Struktur eines sozialen Systems (einer Gesellschaftsformation), dann wieder eines speziellen „sozialen Systems“ offenbar innerhalb einer Gesellschaftsformation oder „sozialen Systems“ im umfassenden Sinn (vgl. „Die Produktionsverhältnisse in ihm [i. e. dem konkreten ‚sozialen System‘] sind heterogen, vielfältig, und sie bilden verschiedene Ganze mit unterschiedlichen Proportionen. Jedes Ganze stellt ein ökonomisches System dar. Daher gibt es innerhalb eines konkreten gesellschaftlich-politischen Bereichs verschiedene ökonomische und demzufolge [!] auch soziale Systeme“ [70]). Dann wiederum wird festgestellt, daß die Produktionsverhältnisse ein System sind, das eine wirtschaftliche Struktur bildet, wobei diese Struktur homogen ist. Dies läuft ihrem sonstigen Gebrauch von „wirtschaftlicher Struktur“ zuwider. Und endlich: wie sieht ein „abstrakt betrachtendes soziales System“ und ein „konkret betrachtetes soziales System“ aus? Hierüber haben uns die Autoren im Unklaren gelassen. Es scheint, als ob sie zuweilen verschiedene Sachverhalte mit verschiedenen Abstraktionsebenen durcheinandergebracht haben. — Nach diesen methodologischen Grundkategorien bringen die Autoren eine Typologie der wirtschaftlichen Strukturen, methodische Vorschläge für eine systematische Analyse einer Gesellschaftsformation in Verbindung mit zahlreichen Graphiken und Veranschaulichungsschemata. Trotz mancher auch hier noch auftauchender begrifflicher Unklarheiten (z. B. „mehrfache Reproduktion“, S. 88), die vielleicht durch die Übersetzung hervorgerufen wurden, können diese Ausführungen und insbesondere der Versuch der Anwendung der entwickelten Systematik auf die unterentwickelten Länder als wichtige Ansätze zur Lösung des Problems der Isolierung und des Zusammenhangs von ökonomischen Sektoren und Teilstrukturen in unterentwickelten Ländern angesehen werden.

Der Einzelbeitrag von Michelena über Beschäftigungsprobleme in einem „Öl-Land“ (Venezuela) wendet die analytische Trennung von „vorkapitalistischem System“, „internem kapitalistischen“ und „externem kapitalistischen System“ an und gelangt zu dem Ergebnis, daß im vorkapitalistischen, agrarischen Bereich „versteckte Arbeitslosigkeit“ verbreitet sei, ebenso im Dienstleistungssektor des internen, kapitalistischen Systems. Gleichzeitig herrsche „technologische Arbeitslosigkeit“ im externen kapitalistischen Sektor, der auf Öl-Produktion spezialisiert ist, sowie in dem „materielle Güter und Dienstleistungen“ produzierenden Teil des internen kapitalistischen Sektors. Diese an sich richtigen Befunde sind jedoch kaum durch theo-

retische Analyse und Vermittlungsschritte miteinander verbunden. Auch der mathematisch-geometrische Aufwand kann über konfuse Stellen, die statt ihrer auftreten, nicht hinwegtäuschen. Es wird z. B. nicht klar, was Michelena gegen die mit der Feststellung „verdeckter Arbeitslosigkeit“ verbundene These, überschüssige Arbeitskräfte könnten — bei Veränderung der Eigentums- und Herrschaftsverhältnisse — ohne Minderung des Produktionsumfangs abgezogen werden und in gesamtgesellschaftlich produktiver Weise sofort eingesetzt werden (z. B. bei Verbesserung der Infrastruktur), eigentlich einzuwenden hat. Er vertritt die Auffassung, daß diese Umstellung „soziale Kosten“ verursache, welche „in den Begriffen der für die Transformation der Produktionsverhältnisse erforderlichen Anstrengungen der Gesellschaft“ (49) ausgedrückt werden könnten. Oder, um eine andere Ungereimtheit zu zitieren: „Die technologische Arbeitslosigkeit tritt besonders in dem Sektor auf, der materielle Güter und Dienstleistungen produziert, da dort das technische Verfahren stärker die Beibehaltung der Proportionen erzwingt, in denen sich die Faktoren kombinieren“ (56). Insbesondere vermögen die in diesem Zusammenhang vorgebrachten Thesen, die unzureichende Nachfrage im internen kapitalistischen Sektor sei durch Steuer- und Währungspolitik korrigierbar, den unterentwickelten Ländern fehle ein „Mechanismus, der Neuerungen zu schaffen erlaubt“ (62) und importierte Technologien an eigene Bedürfnisse anpassen könnte, ebensowenig zu überzeugen, wie die Meinung, die Inflexibilität der Preise für die „Produktionsfaktoren“ (genauer: der hohe Preis für die qualifizierte „Arbeitskraft“ im Vergleich mit dem Preis für „Kapital“) sei die letzte Ursache für die strukturelle technologische Arbeitslosigkeit im internen kapitalistischen Sektor.

Das Nachwort von Sonntag und Hochmann bringt allgemein „Kritisches“. Es werden hier markante Prägungen von „linken Größen“ und anderen Autoritäten aneinandergereiht (z. B.: „revolutionäre Phantasie [Horkheimer]“, „Getriebe [Adorno]“, „geschichtliche Vermittlungen [A. Schmidt]“, „utopischer Entwurf [Sartre]“ usw.) und damit bewiesen, daß die Abgrenzung „vom Positivismus“ durch rasche Aneignung linker Chiffren und Kernformeln selbst von Caracas aus geleistet werden kann. Über die „Theorie und Praxis in der Sozialwissenschaft in Lateinamerika“ erfährt man entgegen der Titellankündigung verhältnismäßig wenig; lediglich, daß ein Teil der Sozialwissenschaftler sich seit einiger Zeit anschickt, die marxistische Theorie mit Modifikationen zu rezipieren und gegenwärtig dabei ist, in „total kritisches Denken“ (129) zu münden, was nichts weiter besagt, als daß man auf der Suche nach dem „Neuen Humanismus (Che Guevara)“, dem „Schwierigen Sozialismus (A. Gorz)“ und der eigenen „kulturellen Identität (Alfredo Chacón)“ sich befindet (129).

Die Studie von Hochmann und Sonntag „Christentum und politische Praxis“ zerfällt im wesentlichen in zwei Teile. Der erste befaßt sich mit der sozio-ökonomischen Struktur Kolumbiens, der zweite mit den Entwicklungsetappen, die der Priester und Revolutionär Camilo Torres durchlaufen hat. Der erste Teil der Arbeit, dessen Mängel die

Autoren selbst empfinden, krankt nicht so sehr daran, daß er zu kurz und unvollständig ist, sondern daran, daß der theoretische Bezugsrahmen ziemlich undurchdacht und widersprüchlich ist und die sozio-ökonomischen Kategorien mit großer Lässigkeit gehandhabt werden. Beispielsweise wird knapp behauptet, daß der Widerspruch zwischen Bourgeoisie und Arbeiterklasse und der Widerspruch zwischen Kapitalismus und Sozialismus immer mehr an Bedeutung verliere und so gut wie keine Möglichkeiten zu revolutionären Veränderungen offen lasse. Sodann wird einmal von „funktionierenden feudalen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnungen“ (15), welche zum Verbündeten des Kolonialismus wurden, gesprochen; dann aber wieder wird in Anlehnung an A. G. Frank genau die gleiche These als längst widerlegt vorgestellt (21). Was den Umgang mit ökonomischen Begriffen anlangt, so ist nur auf folgendes aufmerksam zu machen. Die Rede ist einmal von einem „Mangel an Kapital, nicht nur für den Konsum . . .“ (27), vom internen kapitalistischen Sektor wird behauptet, daß es da zu „keiner Kapitalakkumulation“ (38) komme, dann wird das Wachstum des „Realeinkommens“ noch zusätzlich mit der Preisentwicklung verglichen (37) u. ä. mehr.

Der zweite Teil der Arbeit kann als geglückter angesehen werden. Hier schildern die Autoren unter Benutzung längerer Textpassagen aus dem Werke Torres' wie sich aus dem soziologisch gebildeten Priester mit technokratischen Gesellschaftsreformvorstellungen ein sich immer mehr von der klerikalen Institution lösender und in einer zweiten Phase sich bewußt an die verschiedenen Teile der unteren Volksklassen wendender Politiker mit radikaldemokratischen Plänen (z. größten Teil noch systemimmanenter Natur) wird, bis er schließlich — enttäuscht vom Zerfall dieser politisch heterogenen „Einheitsfront“ — in die Berge zu den Guerilleros zieht, um schon vier Monate danach in einem Gefecht mit der Nationaltruppe zu fallen. Der Versuch, aus diesem Entwicklungsgang politisch sinnvollere Konsequenzen zu ziehen bzw. konkrete Möglichkeiten in der Bündnispolitik oder den in Zukunft anzuwendenden Organisationsformen aufzuzeigen, bleibt (im Rahmen dieser kleinen Studie: notwendigerweise) recht unbefriedigend. Hier hätten weitere, detaillierte Einzeluntersuchungen einzusetzen.

Dieter Boris (Marburg)

Varga, Eugen: Die Krise des Kapitalismus und ihre politischen Folgen, hrsg. u. eingel. v. E. Altvater. Europäische Verlagsanstalt/Europa Verlag, Frankfurt/M./Wien 1969 (XXXIX u. 438 S., br., 25,— DM/Ln., 35,— DM).

Dem Herausgeber ist zu danken, daß er mit dieser Auswahl aus den Schriften Vargas, des „Polonius der Komintern“ (Trotzki), auf einen fast in Vergessenheit geratenen Politökonom von Rang aufmerksam gemacht hat. Immerhin umfaßt das Werk Vargas ca. 1000 Titel, doch nur wenige sind in öffentlichen Bibliotheken zugänglich. Die politökonomische Diskussion umging ihn jahrzehntelang. Für den

Historiker, insbesondere den Wirtschafts- und Sozialhistoriker, dürfen die größeren Schriften wie „Die wirtschaftlichen Probleme der proletarischen Diktatur“ (Wien 1920), „Die Niedergangsperiode des Kapitalismus“ (Hamburg 1922), „Aufstieg oder Niedergang des Kapitalismus“ (Hamburg 1924), „Die große Krise und ihre politischen Folgen; Wirtschaft und Politik 1928—1934“ (Moskau-Leningrad 1934) oder „World Economic Crises, 1848—1935“ (3 Bde., Moskau 1937 ff.) von besonderem Interesse sein, da sie eine Fülle mit marxistischem Ansatz erstellter Analysen und Prognosen aus den 1920er und 30er Jahren enthalten, die auf der Kenntnis und theoretischen Durchdringung umfangreichen zeitgenössischen empirischen Materials beruhen. Den Politökonomem wird darüber hinaus vor allem interessieren, wie Varga in seinen kurzfristigen, vierteljährlichen Konjunkturanalysen das Marxsche Instrumentarium handhabt. Während die genannten größeren Schriften noch am ehesten zugänglich sind, finden sich die „aktuellen“ Analysen in schwer aufzufindenden Zeitschriften: Varga veröffentlichte sie von 1922 an regelmäßig bis in die 30er Jahre hinein zunächst in der „Internationalen Pressekorrespondenz“, später in der „Rundschau über Politik, Wirtschaft und Arbeiterbewegung“. Darüber hinaus schrieb Varga häufig in der „Internationalen“ bzw. der „Kommunistischen Internationalen“. (Vgl. im übrigen das umfassende Verzeichnis der Schriften Vargas von P. Knirsch in den Bibliographischen Mitteilungen des Osteuropa-Instituts an der FUB, Berlin 1961, Heft 5.)

Gegenüber diesem inhaltlichen und methodischen Interesse, das den Schriften Vargas entgegenzubringen ist, tritt das dogmenhistorische oder dokumentatorische auch in der vorliegenden Auswahl stark zurück. Insofern ist diese auch keineswegs in einem dem Objekt gegenüber indifferenten Sinne gleichgewichtig oder repräsentativ: Sie enthält überwiegend Auszüge aus Schriften, die in den 1920er und 30er Jahren verfaßt wurden. Altvater vertritt in seiner Vorbildlich aufgebauten, zugleich kritischen wie engagierten Einleitung, die einige Schlaglichter auf Leben, politische und wissenschaftliche Entwicklung und Bedeutung von Varga wirft, die Auffassung, auch Varga sei ein Opfer der „Stalinisierung“ geworden: Als immer auf seiten des Proletariats theoretisch und praktisch engagierter Wissenschaftler vollzog sich bei Varga in den 1930er Jahren wie bei vielen anderen marxistischen Theoretikern ein „Substitutionsprozeß“, „in dem an die Stelle der Arbeiterklasse die Partei trat“ (Einl. XII) und Vargas Parteilichkeit zur unkritischen Parteinahme für die jeweilige Politik der Komintern degenerierte, was ihm auf die Dauer zunehmend eine sowohl die marxistisch-leninistische „Theorie“ als auch die empirischen Fakten angemessen berücksichtigende und ihre Dialektik entfaltende Analyse unmöglich machte. Wie Altvater bemerkt, sei z. B. das späte Werk „Grundfragen der Ökonomik und Politik des Imperialismus“ (Berlin 1955) nur noch als Beispiel dafür zu betrachten, „wie Theorie unter restriktiven Bedingungen auf den Hund kommen kann“ (Einl. XII). Deshalb stammen weniger als 10 % der ausgewählten Texte aus der Zeit nach 1935.

Das Schwergewicht liegt bei den Analysen der Weltwirtschaftskrise und ihrer politischen und sozialen Begleiterscheinungen und Folgen, während in dem einleitenden Teil mit der Überschrift „Die allgemeine Krise des Kapitalismus nach dem Ersten Weltkrieg“ Vargas Theorie der langfristigen Niedergangsperiode des Kapitalismus sowie seine Beiträge zur Weiterentwicklung der Marxschen Theorie (Berücksichtigung der Konzentration der Wirtschaft, der Monopolbildung und der Tendenzen zum autoritären oder bonapartistischen Staat) exemplarisch vorgestellt werden.

Der mehrere Auszüge aus den erwähnten vierteljährlichen Konjunkturanalysen sowie einige Kapitel des Buches über die „Große Krise und ihre politischen Folgen“ umfassende Hauptteil enthält einige grundsätzliche Bemerkungen zur Marxschen „Konjunktur- und Krisentheorie“ (von einer originären einheitlichen Krisentheorie bei Marx kann man nicht sprechen, denn für Marx ist der Zyklus und sein Element — die Krise — kein Phänomen, das unabhängig von den allgemeinen Entwicklungstendenzen und Widersprüchen der kapitalistischen Akkumulation und Reproduktion betrachtet werden dürfte, so daß Analyse des Zyklus immer Analyse des gesamten Wachstums- und Entwicklungsprozesses zu sein hat) sowie zur Methodik der darauf aufbauenden empirischen Konjunkturanalyse. Bis in die Gegenwart hinein gehören diese politökonomischen, d. h. die historischen, politischen und sozialen Dimensionen des Zyklus mit-erfassenden, nicht Lehrsätze explizierenden, sondern Theorie und Empirie wechselseitig fruchtbar machenden Konjunkturanalysen zu Mustern theoretisch angeleiteter Untersuchungen sekundär-statistischer Materials überhaupt. Insbesondere aber rechnen sie zu den besten der seit Engels und Lenin rar gewordenen Beiträge der marxistischen Politökonomie zur konkreten Analyse der Realität.

Die Sicherheit der Prognose von Trends, sowohl der ökonomischen Krisenentwicklung im engeren Sinne als auch der politischen auf den 2. Weltkrieg zu, kann der rückschauende Leser nur bewundern (auch wenn die eigentliche Untersuchung des Faschismus und seiner Grundlagen keineswegs voll befriedigt, vielmehr oft zu kurz geschlossen, nicht genügend vermittelt erscheint).

Demgegenüber wirken die Beiträge zur Analyse der Nachkriegsentwicklung mit ihrer dogmatischen Anwendung der Theorie des „staatsmonopolistischen Kapitalismus“ im letzten Teil des Buches wenig informativ.

Angesichts der Vielzahl der in den Texten angeschnittenen Probleme und der Fülle von Informationen verbietet sich ein Eingehen auf Details. Erwähnt sei nur, daß auch Vargas „Konjunkturtheorie“ — unabhängig von den nützlichen Hinweisen auf die notwendigen Ergänzungen und Weiterentwicklungen der Marxschen Aussagen, die bis heute erst partiell und ansatzweise geleistet sind (vgl. z. B. Varga, 231 ff.) — nach Meinung des Rezensenten einen bias in Richtung Realisierungsproblematik aufweist. Bei Varga werden also viele Probleme, die sich aus der Untersuchung der Krisenursachen und -momente innerhalb des Produktionsprozesses selbst ergeben (d. h.

unabhängig von der Frage der Mehrwertrealisation), nicht genügend beachtet, zumindest aber nicht gelöst. (Steigt z. B. die organische Zusammensetzung langfristig tatsächlich an? Auch bei Berücksichtigung von Struktureffekten innerhalb der makroökonomischen Aggregate? Wie wirken Rationalisierungsinvestitionen bzw. technische Fortschritte auf die organische Zusammensetzung? Wie sind die wertmindernden und die die Zusammensetzung des Kapitals steigernden Effekte gegeneinander abzuwägen oder sogar zu messen? Wie verändert sich die Profitrate im Zyklus? usw.)

Davon abgesehen können Vargas Schriften, insbesondere die hier ausgewählten als wichtiges Hilfsmittel sowohl zur Analyse von Wirtschaft und Gesellschaft in den 1920er und 30er Jahren (vor allem in Deutschland) als auch zur Entwicklung empirisch fruchtbarer politökonomischer Instrumente (Konjunkturanalyse) gelten.

Reinhard Spree (Berlin)

Dobb, Maurice: *Der Lohn* (aus dem Englischen übers. v. E. Weisel nach der 4. rev. Aufl. von 1955). Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1970 (189 S., br., 18,— DM/Ln., 25,— DM).

Diese politökonomische Analyse des Phänomens „Lohn“ demonstriert die Möglichkeit und den Wert einer Betrachtungsweise, die ökonomische Sachverhalte und Probleme als gesellschaftliche begreift und deren historische, politische, ideologische und im engeren Sinne ökonomisch-theoretische Dimension im Zusammenhang angeht.

Das Buch gliedert sich in 8 Kapitel. Im ersten wird das „Lohnsystem“, d. h. die Tatsache der für den „freien Arbeiter“ bestehenden Notwendigkeit, seine Arbeitskraft als Ware verkaufen zu müssen, und deren gesellschaftliche Bedingungen und Konsequenzen behandelt. Dabei verdeutlicht Dobb in einer nicht chronologisch, sondern an Sachgesichtspunkten orientierten, überwiegend historischen Darstellung, daß es im Kapitalismus für den Arbeiter keine freie Wahl der Lebensstellung, keine faktische Alternative zwischen Arbeiter- und Unternehmertätigkeit gibt, wie es eine liberale Ideologie zumindest implizite glauben machen will. Für den einzelnen Arbeiter sind Arbeiterdasein mit seinen physischen, psychischen und soziokulturellen Implikationen sowie das System der Lohnarbeit zunächst unentrinnbares Schicksal, das nur, wie es am Ende des 5. Kapitels allerdings in anderem Zusammenhang heißt, „im Fall umwälzender institutioneller Veränderungen im Wirtschaftssystem selbst“ (130) wirklich aufgehoben werden kann.

Das 2. Kapitel behandelt das Problem „Löhne und Lebensstandard“. Einerseits werden viele Begriffe der aktuellen Diskussion um Lohnfragen eingeführt, andererseits ihre praktische Anwendung beispielhaft vorgeführt.

Hier wie auch im 3. Kapitel, in dem verschiedene Entlohnungssysteme dargestellt werden, ist einerseits die große Anschaulichkeit positiv hervorzuheben, die nicht in der Verwendung beliebiger Zahlenbeispiele, sondern in der Zitierung und Erläuterung einer Fülle historisch-empirischen Materials besteht, andererseits befindet sich aber die Diskussion nicht ganz auf dem neuesten Stand. Es läßt sich in diesem Zusammenhang nicht übersehen, daß die erste Fassung des Buches wohl schon Anfang der 1930er Jahre geschrieben, 1938 für die 2. Auflage noch einmal gründlich überarbeitet, dann aber in der 3. und 4. Auflage (1946 und 1955) nur noch geringfügig modifiziert wurde. Der Autor ist stark den empirischen Untersuchungen und dem Problembewußtsein vor allem der 1920er Jahre verhaftet. Das ist allerdings nur dann als Nachteil aufzufassen, wenn man das Buch als modernes Lehrbuch benutzen wollte. Sein Wert als gründliche Einführung in den oben angedeuteten Problemzusammenhang wird davon nicht berührt.

Letzten Endes gilt das auch für die beiden „theoretischen“ Kapitel 4 und 5, in denen die mit der „Theorie des bilateralen Monopols“ Ende der 1920er Jahre begonnene Weiterentwicklung der Lohntheorie zur bargaining theory mit ihrer spieltheoretischen Variante unberücksichtigt bleibt. Die älteren Theorien einschließlich derer über den Zusammenhang zwischen Monopol, Verhandlungsstärke und Lohn sind dagegen auf eine einfache, dabei aber konkrete Weise dargestellt.

Das 6. Kapitel über „Lohnunterschiede“ ist wieder in erster Linie empirisch-historisch angelegt und beschreibt nicht nur, sondern erklärt die verschiedensten Formen von Lohn disparitäten zwischen Berufen, sozialen Gruppen, Industrien, Regionen und Staaten.

Im 7. Kapitel erfolgt dann eine kritische Darstellung der gewerkschaftlichen Lohnpolitik. Zum einen wird die eminente Bedeutung der Herausbildung der Gewerkschaften im Prozeß der kapitalistischen Entwicklung betont, gleichzeitig aber auch die Begrenztheit ihrer gesellschaftspolitischen, ja selbst ihrer im engeren Sinne verteilungspolitischen Einflußmöglichkeiten. Allerdings bleibt hier die politische „Analyse“ ausgesprochen blaß. Dobb begnügt sich mit der Andeutung einiger kontroverser Standpunkte, ohne die Entwicklung der Gewerkschaften zum „zweiten Standbein des Kapitalismus“ wirklich zu problematisieren. (Das Thema „Revisionistische kontra revolutionäre Gewerkschaftsidee“ handelt er auf einer Seite ab.)

Das gilt auch für die Problematik des 8. Kapitels „Staat und Löhne“, in dem die Rolle des Staates in der Umverteilungspolitik und das Verhältnis der Gewerkschaften zum Staat nicht einmal gestreift werden.

So hinterläßt das Buch einen etwas zwiespältigen Eindruck. Es ist eine engagierte und informative Einführung in Geschichte und Theorie des Lohns, der durchaus aktuelle Bedeutung zukommt, gerade weil die vorgeführte Verbindung von historischem Problembewußtsein, Anschaulichkeit, reflektiertem politischem Engagement und

theoretischer Kenntnis selten geworden ist, insbesondere in den Wirtschaftswissenschaften. Die nach dem 2. Weltkrieg erschienenen Darstellungen zu Lohnproblemen bleiben entweder in der Deskription des Lohnsystems in seiner heutigen institutionalisierten Gestalt und der Verhandlungstechniken stecken oder führen die reine Theorie des Lohn vor. In beiden Fällen fehlt das Element der Vermittlung eines echten Problembewußtseins und Verständnisses der sozioökonomischen Bedingungen und Implikationen dessen, was sich eben als das „System der Lohnarbeit“ darstellt. Unter diesem Aspekt ist man geneigt, Dobb gern die teilweise feststellbare mangelnde theoretische Aktualität oder Modernität nachzusehen. Andererseits fällt die geringe Konsequenz und Vertiefung der Analyse der modernen Gewerkschaftspolitik und ihrer Bedeutung für die Stabilisierung des Kapitalismus auf. Dennoch ist zu beachten, daß Dobb zweifellos mehr geleistet hat, als nur eine Verbindung von „Soziologie und Ökonomie“ in der Analyse von Lohnproblemen herzustellen, wie es moderne Lohntheoretiker (so z. B. K. W. Rothschild in seiner „Lohntheorie“, Berlin/Frankfurt 1963, S. 198) fordern, um sich auf diese Weise einen Holzweg aus der Sackgasse ihres Modellplatonismus zu bahnen.

Reinhard Spree (Berlin)