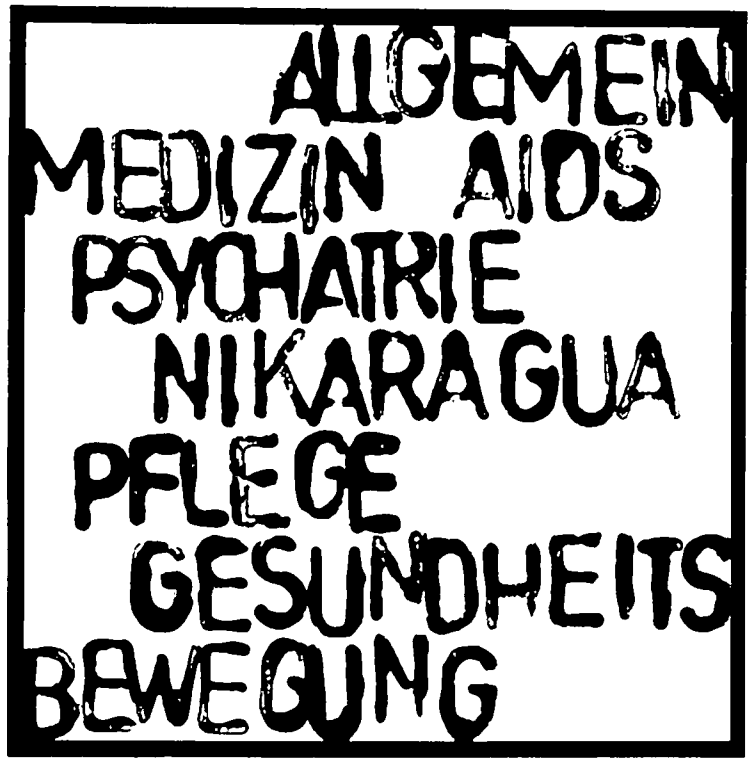

JAHRBUCH FÜR KRITISCHE MEDIZIN 11

Das Argument-Konzept

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

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

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

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

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

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

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

ARGUMENT-VERLAG BERLIN

0.K.

Kritische Medizin im Argument

Jahrbuch für kritische Medizin Band 11

Schwerpunkte: Psychiatrie, Nikaragua, Pflege, Allgemeinmedizin, Gesundheitsbewegung, AIDS

Mit Beiträgen von
Heinz-Harald Abholz, Claudia Bischoff, Eberhard Göpel, den Grünen, Constanze Jakobowski, Hans Luger, Thomas Rein, Horacio Riquelme-U., J. Warren Salmon, Norbert Schmacke, Johannes Schmidt, Erich Wulff

ARGUMENT-SONDERBAND AS 131

Redaktion dieses Bandes

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

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Seit 1970 machen wir kritische Medizin im *Argument*. Was wir zunächst als »Kritik bürgerlicher Medizin« begannen, haben wir 1972 unter dem programmatischen Titel »Argumente für eine soziale Medizin« weiterentwickelt. Mit unserer Arbeit wuchsen die Aufgaben: Wir schufen 1976 zusätzlich das »Jahrbuch für kritische Medizin« als ein breites Diskussionsforum für konstruktive Kritik am hiesigen Gesundheitswesen. Es sollte helfen, die Festgefahrenheit und den Provinzialismus hierzulande üblicher Auseinandersetzungsformen um die Medizin zu überwinden. Die Existenz zweier Reihen stiftete Verwirrung unter den Lesern. Wir beschlossen daher, ab 1983 alle unsere Bände unter dem einheitlichen Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« erscheinen zu lassen. In dieser Reihe bringen wir pro Jahr einen *Themen-Band* heraus (wie z.B. AS 64 »Prävention« oder AS 77 »Alternative Medizin«) sowie ein *Jahrbuch für kritische Medizin*. In jenem bemühen wir uns ebenfalls um eine Schwerpunktsetzung, wollen aber zugleich den Charakter eines Diskussionsforums erhalten, weshalb wir auch Aufsätze außerhalb des Schwerpunktes aufnehmen.
Die Reihe »Kritische Medizin im Argument« erscheint somit jährlich mit zwei Bänden und kann als solche abonniert werden.

Copyright © Argument-Verlag GmbH 1986.
Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten.
Argument-Verlag, Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65,
Tel.: 030/461 80 49 (Vertrieb: 030/461 90 61)
Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgarten und Hans Förtsch.
Satz: Verlag Konstanze Freihold, Berlin
Druck: alfa-druck, Göttingen, 1.-3. Tsd. 1986

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Schwerpunkte: AIDS - Allgemeinmedizin - Gesundheits=bewegung -Nikaragua - Pflege - Psychiatrie / mit Beitr. von Heinz-Harald Abholz ... - 1. - 3. Tsd. - Berlin : Argument-Verlag, 1986.
(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd. 11) (Das Argument : Argument-Sonderband ; AS 131) (Kritische Medizin im Argument)
ISBN 3-88619-131-1
NE: Abholz, Heinz-Harald [Mitverf.]; Das Argument / Argument-Sonderband; AIDS - Allgemeinmedizin - Gesundheits=bewegung - Nikaragua - Pflege - Psychiatrie; 1. GT

Inhalt

Psychiatrie

Die Grünen
Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie
»Gegen das Atomkraftwerk im Innern!« 4

Erich Wulff
Zu den »Thesen zur Abschaffung und Überwindung
der Psychiatrie« der Grünen 10

Hans Luger
Zwischen drinnen und draußen
Vorschläge zur Neuansiedlung psychosozialer Dienste 16

Nikaragua

Horacio Riquelme U.
Nicaragua: Psychosoziale Versorgung im Aufbauprozeß 36

Johannes Schmidt
Wie läßt sich eine Medizin ohne Medikalisierung entwickeln?
Die Mühen der Ebenen am Beispiel Nikaragua 47

Constanze Jacobowski
Als Allgemeinärztin in Nicaragua 55

Pflege und Allgemeinmedizin

Heinz-Harald Abholz
Das Besondere der Allgemeinmedizin 69

Thomas Rein
Thesen zur Krankenpflege 90

Claudia Bischoff
Hat die patientenorientierte Pflege Durchsetzungschancen? 97

Gesundheitspolitik

Eberhard Göpel
Wohin treibt die Gesundheitsbewegung?
Überlegungen zur politisch-kulturellen Bedeutung
des Gesundheitsmotivs 115

J. Warren Salmon
Profitorientierte Gesundheitsversorgung 126

AIDS

Norbert Schmacke
AIDS: Reale Gefahren und Hysterie
Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichem Handeln 141

Redaktion
AIDS — Offene Fragen und Probleme 151

Über die Autoren 160

Die Grünen

Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie*

»Gegen das Atomkraftwerk im Innern!«

I.

Vier grundsätzliche Züge kennzeichnen den Teil des Staatsapparates, der Psychiatrie heißt. Alternativen zur herrschenden Psychiatrie müssen sich darin bewähren, daß sie diesen Zügen entgegenarbeiten.

● *Die Psychiatrie kommt immer zu spät.* Erst wenn jemand durch Ablehnung und Abschiebung, durch Vereinsamung und Elend zu einem Fall gemacht worden ist, wird er zum Fall für die Psychiatrie. Sie macht aus individuellen Problemen einen öffentlichen Fall — zur Belehrung der anderen und zur Rechtfertigung ihrer selbst.

● *Die Betten, die sie anbietet, sind immer belegt; die Dienstleistungen, die sie anbietet, haben ihre Warteschlange.* Die Psychiatrie ist Teil und sanktionierende Instanz der herrschenden Abschiebekultur. Es ist klar, daß man Menschen lieber in 'sinnvolle' humane Einrichtungen abschiebt als in Schlangengruben.

● *Die Psychiatrie verwandelt soziales Elend in den Mythos des Psychischen Elends.* Sie produziert Spezialistentum, den Mythos der Behandlung, den Mythos scharf abgrenzbarer Zustände wie Alkoholismus, Behinderung etc.. Sie schafft Strukturen, in denen Einzelschicksale sich verflüchtigen zu Bildern abstrakter Zustände.

● *Die Psychiatrie kommt auch historisch zu spät.* Die Psychiatrie ist immer eine verspätete Antwort des Staates auf den Druck des Massenelends. Sie bietet dort Behandlung an, wo Sozialpolitik versagt. Sie bietet vor allem das Phantom von Lösung dort, wo Leute ihre Rechte einklagen könnten.

In den folgenden Passagen wird die These vertreten, daß die deutsche Sozialpsychiatrie diese vier wichtigsten Strukturelemente der Psychiatrie nicht nur nicht geschwächt hat, sondern gestärkt hat, weil sie ihnen eine dynamischere, kurz: modernere Façon verschafft hat.

* Auf der Fachtagung »Die Zukunft der psychosozialen Versorgung« von der Bundes-Arbeitsgemeinschaft »Soziales und Gesundheit« der *Grünen* am 1./2. Dezember 1984 in Berlin verabschiedet.

II.

1. Seit fünfzehn Jahren gilt die Anstaltspsychiatrie als überholt, seit fünfzehn Jahren behauptet die deutsche Sozialpsychiatrie, die ihren institutionellen Höhepunkt im Geist der »Psychiatrie-Enquête« fand, die richtigen Konzepte für die richtige psychosoziale Versorgung in der Tasche zu haben. Nach fünfzehn Jahren verliert eine derartige politische Legitimation ihr Recht, sind die richtigen Konzepte nicht mehr richtig.
2. Die Sozialpsychiatrie ist als Reformbewegung gescheitert, nicht, weil sie keine Erfolge gehabt hat, sondern auch wegen ihrer Erfolge. Sie ist gescheitert, weil sie den Aufbau sozialpsychiatrischer Institutionen nie funktional mit dem Abbau der Anstaltspsychiatrie verbinden konnte. Das war aber ihr wichtigster Anspruch. Sie ist historisch gescheitert, weil ihre allgemeine politische Legitimation zerbrochen ist. Sie entfaltete sich im Rahmen eines Staatsmodells, das Beglückung von oben, das die wohlfahrtsstaatlich-flexible Antwort auf alle Nöte verhieß. Dieses Staatsmodell ist schon vor der Wende politisch gescheitert. Angesichts des heraufziehenden Massenelends wird das Versprechen der staatlichen Kompensation von sozialen Schädigungen und Diskriminierungen immer illusorischer.
3. Es ist pure Augenwischerei und Verschleierung, wenn die Sozialpsychiatrie klagt, die Reform sei steckengeblieben, die sozialpsychiatrische Versorgungskette sei Stückwerk. Die Anstaltspsychiatrie und ihre punktuelle, unzureichende sozialpsychiatrische Alternative bilden zusammen *ein* psychiatrisches System. Die Kritik an der Anstaltspsychiatrie trifft auch die Sozialpsychiatrie, insofern sie miteinander zusammenhängen. Das gegenwärtige Angebot von therapeutischen Wohngemeinschaften, Sozialpsychiatrischen Diensten, Ambulanzen, Kriseninterventionen, Irrenhäusern und Pflegeheimen stellt *ein* System des Abschiebens und Hin-und Her-Schiebens, der Selektion, kurz des Kreislaufes der Irren dar, ganz gleich, ob der eine Teil in dem Bewußtsein arbeitet, die Einweisung in den anderen Teil der Institutionen zu verhindern. Dieses System wird sich nicht mehr prinzipiell ändern, was den Kanon der Institutionen betrifft.
— Sie ist *innerinstitutionell* gestärkt worden, weil sie durch gemeindenahe Einrichtungen den Druck der Lagerathmosphäre mindern konnte. Institutionelle Karrieren und Motivationen wurden erleichtert. Wenn es in der Klinik eine imaginäre Warteschlange für Wohngemeinschaftsplätze gibt, erleichtert auch das die Disziplin.
— Sie ist *systematisch* gestärkt worden, weil sie nun inmitten einer Vielzahl sozialpsychiatrischer Institutionen mit ihrer Drehtür den Rhythmus des Kreislaufs der Irren bestimmen kann.
— Sie ist *politisch* gestärkt worden, weil durch die Differenzierung des psychiatrischen Systems der öffentliche Druck auf die Irrenhäuser enorm geschwunden ist.
5. Das psychiatrische System hat an Gefährlichkeit zugenommen. Das

heutige System ist flexibel, hochselektiv, undurchsichtig. Es funktioniert als Frühwarnsystem von Krisen, ohne daß es frühzeitig hilft. Die Undurchsichtigkeit des Systems wird nicht gemildert, wenn die/der Betroffene in eine Kette engagierter und selbstloser Helfer gerät. Die Abhängigkeit der/des Betroffenen wird nicht geringer, nur weil er/sie in die Hände von Leuten gerät, die alles daran setzen, daß sie/er nicht in die finsteren Ecken der Psychiatrie abgleitet. Das System ist gerade auch deswegen so gefährlich, weil viele in den sozialpsychiatrischen Diensten sich einbilden können, daß sie das Schlimmste verhindern.
6. Der Drang zur Selektivität und Differenzierung der Patienten hat die Entstehung neuer Lager — z. B. der Pflegeheime — begünstigt.

III. Thesen zur Ideologie und Praxis der Sozialpsychiatrie

Zur Frage, inwieweit die Sozialpsychiatrie die obengenannte Entwicklung gefördert hat.

1. Die Sozialpsychiatrie hat sich nicht für die Befreiung der Irren engagiert, sondern immer nur für deren bessere Versorgung. Ihre Versorgungsideologie hat sie in die Nähe der Anstaltspsychiatrie gerückt.
2. Sie hat sich nicht für die Zerstörung der Irrenhäuser eingesetzt, sondern für ihre Verkleinerung (»Auflösung der Großkliniken«). Es mangelte immer an der konkreten Denunziation der Irrenhauszustände, es mangelte an dem zündenden symbolischen Befreiungsakt, an dem Geschichtszeichen, das allen Unteren zeigt, daß sich die Zeiten geändert haben.
3. Sie hat dort, wo es die Rechte, die Rechte der 'Normalen', einzuklagen galt, Therapien angeboten: Therapeutische Wohngemeinschaften statt Wohnungen beispielsweise.
4. Sie hat für die realen Nöte der Leute in den Gemeinden, im Stadtteil kein klares einfaches System beanspruchbarer Dienstleistungen geschaffen, sondern spezialisierte Institutionen mit Spezialisten, die scheinbar Lösungen versprechen. Sozialpsychiatrische Institutionen sind keine Einrichtungen für Benutzer, sondern Einrichtungen für deren Angestellte.
5. Sozialpsychiatrische Institutionen übernehmen die Probleme der Leute und verwalten sie, statt daß sie eine Öffentlichkeit dafür schaffen und die Gemeinde zur Auseinandersetzung zwingen.
6. Die sozialpsychiatrischen Institutionen haben die Anstaltspsychiatrie immer rechts liegen lassen.

IV. Grüne Perspektiven

Zur Frage, inwieweit die Politik der *Grünen* einen Beitrag zur Abschaffung der herrschenden Psychiatrie und zur Überwindung der Psychiatrie leisten kann.

1. *Die Schließung der Irrenhäuser, die Abschaffung der psychiatrischen Lager muß sofort und ohne Wenn und Aber beginnen!*

Ohne die Schließung der Anstalten — der großen und der kleinen — sind alle noch so gut gemeinten Alternativen nur Beiträge zur *Verdopplung* der Psychiatrie. Die Irrenhäuser suchen sich ihre Klientel. Notwendig sind:

— der sofortige Aufnahmestopp für psychiatrische Anstalten!
— die Nicht-Finanzierung stationärer Betten-Psychiatrie (auch der psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) ab dem Jahr 1995!
— die jährliche Reduzierung der zur Anstaltspsychiatrie zur Verfügung stehenden Mittel um 20% und ihre zweckgebundene Umleitung auf alternative Hilfeformen!

2. *Das »Psychiatrie-Modellprogramm« der Bundesregierung soll mit seinem Auslaufen Ende 1985 nicht fortgeführt werden.*

Das Modellprogramm stellte in keinem Fall eine Alternative zur herrschenden Psychiatrie dar. Über die Fortführung einzelner sinnvoller, im Rahmen dieses Programms entstandener Hilfeangebote muß im Einzelfall entschieden werden.

3. *Den psychiatrischen Patient/inn/en sind Menschen- und Bürgerrechte zu garantieren!*

Sofort und total zu verbieten sind:

— *Elektroschockbehandlungen* (Sie werden in den letzten 3 Jahren mit steil ansteigender Tendenz angewandt. Ihre persönlichkeitszerstörende Wirkung ist unumstsritten. Auch die zu ihrer Rechtfertigung vorgebrachten Extremindikationen lassen sich anders behandeln, aufwendiger zwar, doch ohne die hirnverbrennende Mißachtung der Persönlichkeit des psychiatrisch Internierten).
— Kardiazol- und Insulinschocks
— Lobotomie (Hirnoperationen)
— Zwangssterilisationen (, die bis heute massenhaft und ohne rechtliche Grundlage vor allem an geistig Behinderten durchgeführt werden)
— Zwangsbehandlungen bspw. mit Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Fixierungen
— Menschenversuche mit Psychopharmaka

Als *Sofortmaßnahmen* sind notwendig:

— eine Auflage an die regionalen psychiatrischen Institutionen, ein gemeinsames Konzept zur Halbierung der Zwangseinweisungsrate (inclusive vorläufige Einweisungen) innerhalb eines Jahres vorzulegen (die Zwangseinweisungsrate liegt in der BRD teils um 900% über den Raten vergleichbarer Staaten)
— eine Auflage an die psychiatrischen Dienste, den Verbrauch von Psychopharmaka jährlich um die Hälfte zu reduzieren

Um die Menschenrechte innerhalb des noch existierenden psychiatri-

schen Systems zu gewährleisten, ist der Vorschlag des »Psychiatrischen Testaments« (Thomas Szasz, US-Psychiatriekritiker) aufzugreifen: der einzelne soll frühzeitig entscheiden können, welche Behandlungsform er/sie im eventuellen Kontakt mit dem psychiatrischen System zulassen will (vergleichbar den Einwilligungserklärungen bei Organtransplantationen).

Um die Teilhabe an der Gesellschaft durch soziale Bürgerrechte zu gewährleisten, sind notwendig:

— ein staatlich garantiertes Mindesteinkommen, das die materielle Armut verhindert
— Wohnungen, Wohngemeinschaften, Gemeinschaftswohnungen mit Miet- und Hausrecht; kein Therapiezwang, sondern das Recht auf Ablehnung therapeutischer Angebote in öffentlichem Wohnraum!
— Arbeits- und Erwerbsmöglichkeiten in kooperativ organisierten Projekten sowie in »normalen« Lohnarbeitsverhältnissen — anstelle entwürdigender Beschäftigungsverhältnisse in »Werkstätten für Behinderte«.

4. *Der Herrschaftscharakter psychiatrisch-therapeutischer Hilfen ist durch ihre Kommunalisierung und durch den Vorrang der Selbstorganisation Betroffener anzugehen.*

Die Vorhaltepflicht für therapeutische und betreuende Dienste hat bei der Kommune zu liegen. Dazu ist notwendig:

— die Abschaffung des Versorgungsmonopols der niedergelassenen Ärzte, die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen
— die Auflösung der überörtlichen Sozialhilfeträger (Landschaftsverbände) als Träger der Anstalten und Asyle für Psychiatrisierte und Behinderte.

Die Kommunen sind durch entsprechende finanzielle Regelungen (»Pools« der bisherigen Kostenträger) so auszustatten, daß ihre Angebote ab sofort erheblich besser ausgestattet sind als die Finanzausstattung der psychiatrischen Lager.

In jedem Fall haben Hilfeangebote, die durch Vereine, Initiativen usf. erfolgen, in denen Betroffene mehrheitlich Entscheidungen fällen, Vorrang vor kommunalen Angeboten. Das Subsidiaritätsprinzip für Wohlfahrtvernände (realiter: Wohlfahrtskonzerne) und private, profitorientierte Anbieter ist außer Kraft zu setzen.

Wie im einzelnen alternative psychosoziale Dienste aussehen sollen, ist noch nicht ausdiskutiert. Klar ist allerdings auch schon für die heutige Zeit, daß die Mitarbeit von Polizisten und leitende Funktionen von Psychiatern in »Krisen«-Stationen und Kriseninterventionszentren/Krisendiensten aller Art verhindert werden muß. Eine Gemeindepsychiatrie im Sinne der »Psychiatrie-Enquête« darf es nicht geben! Psychosoziale Hilfen dürfen nicht Teil *dieses* Gesundheitswesens sein, seelische Probleme gehören nicht in die etikettierenden Klauen der Medizin!

Sinnvolle Alternativen könnten sein:

— »Weglaufhäuser«, wie sie bereits in Holland existieren: Verschiedene Berufsgruppen und Freiwillige arbeiten in Verantwortung von Betroffenen und engagierten Bürgern
— Kommunikationszentren in den Stadtteilen
— Kriseninterventionszentren mit Krisenbetten in den Stadtteilen, die Grundversorgung/Primärversorgung der Bevölkerung garantieren. Solche Zentren dürfen auch institutionell (z. B. durch ärztliche Leiter, Anbindung an Kliniken) nicht Teil des psychiatrisch-medizinischen Apparates sein.

Psychosoziale Hilfen gehören in die Öffentlichkeit: umstreitbar, politisierbar, Konflikte produzierend.

Die Grünen müssen damit beginnen:

durch Öffentlichkeitsarbeit gegen die herrschende Psychiatrie: Aufklärungskampagnen über den herrschenden Normalitäts- und Krankheitsbegriff, Skandalisierung der Zustände in den Anstalten und Privatheimen
— durch Zurverfügungstellung von Foren in grünen und alternativen Periodika für psychiatriekritische Vereinigungen
— durch Unterstützung all der Gruppen, die die Befreiung der psychiatrisch Internierten in Anstalten und Asylen erkämpfen wollen.

Wir lehnen den Auftrag der Psychiatrie ab!

Wir lehnen den Auftrag an uns, als Betroffene, Bürger und Mitarbeiter der Psychiatrie ab, die Gewalt der Psychiatrie fortzuschreiben!

Wir wissen aber auch, daß die Ablehnung, die Abschaffung der Psychiatrie nur ein, wenngleich unverzichtbarer Schritt ist: ohne Strategien zur Überwindung der Armut, zur Neuordnung der Arbeit und ihrer Wiederaneignung durch die Menschen, zum Abbau patriarchalischer Herrschaftsstrukturen wird die Gesellschaft die Psychiatrie immer wieder neu schaffen. Weil sie sie braucht.

Erich Wulff

Zu den »Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie« der Grünen

Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Soziales und Gesundheit der Grünen am 1./2. Dezember 1984 verabschiedeten Thesen haben bei den Reform-Psychiatern in unserem Lande viel Staub aufgewirbelt; die konservative Psychiatrie hat sie, wie zu erwarten, kaum zur Kenntnis genommen.

Die Polemik der Grünen gegen die Psychiatrie läßt sich, sicher vergröbernd, in folgenden Punkten resümieren:

1. Psychiatrie macht individuelle, subjektive Pobleme zu Fällen nosologisch klassifizierbarer Krankheiten und schafft damit »Strukturen, in denen Einzelschicksale sich verflüchtigen zu Bildern abstrakter Zustände«,
2. die Psychiatrie verwandelt soziales Elend in den Mythos psychischer Krankheit,
3. die Psychiatrie schafft im Auftrage des Staates ein immer flexibler und kompletter werdendes System »des Abschiebens, des Hin- und Herschiebens, der Selektion«,
4. dieses System »hat an Gefährlichkeit zugenommen, weil es als Frühwarnsystem von Krisen funktioniert, ohne daß es dabei frühzeitig hilft«. Es hat die Entstehung neuer »Lager« — der Pflegeheime — begünstigt.
5. Die psychiatrischen Reformen sind im wesentlichen deshalb gescheitert, weil sie »den Aufbau sozialpsychiatrischer Institutionen nie funktional mit dem Abbau der Anstaltspsychiatrie verbinden« konnte.
6. Statt der Befreiung der Irren und ihrer Einbeziehung in die Verantwortlichkeit, für die notwendigen Hilfseinrichtungen hat die Reform-Psychiatrie immer nur eine bessere Versorgung und damit eine zunehmende Passivierung der Krankem im Auge gehabt.

Die meisten dieser allgemeinen Thesen der Grünen erfassen wesentliche Züge der heutigen psychiatrischen Wirklichkeit in der BRD. Dadurch, daß sie ihren Geltungsanspruch auf den gesamten Bereich des psychischen Leidens und auf nahezu den gesamten Bereich psychiatrischer Hilfseinrichtungen ausdehnen, bleibt die notwendige Differenzierung jedoch auf der Strecke. Nicht alles psychische Leiden ist unmittelbarer Ausfluß materieller Not oder sozialen Elends. Zwar greifen die gesellschaftlichen Verhältnisse auch in privat entstandenes und aufrecht erhaltenes seelisches Leiden von Anfang an artikulierend ein. Ihre Umstülpung würde dieses Leiden aber nicht einfach beseitigen, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach nur umartikulieren. Und ebenso lassen sich nicht alle Einrichtungen der Hilfe,

die aus der Reform-Psychiatrie heraus entstanden sind, schlichtweg als Teil eines Systems der Abschiebung definieren. Tausende von psychisch Kranken leben heute tatsächlich in eigener Wohnung, allein oder in Gemeinschaft mit anderen. Sozialpsychiatrische Dienste kontrollieren nicht nur und warnen, sondern sie helfen auch mit, die Möglichkeiten für ein eigenständiges Leben zu finden. Manche Pflegeheime sind tatsächlich neue Lager (der Skandal um das Sozialwerk St. Georg im Ruhrgebiet hat dies deutlich genug belegt). Andere erlauben, bei Gewährung elementarer Versorgungsleistungen, ein sehr weitgehendes Maß an Selbstbestimmung der Insassen. Wer die deutsche Anstaltspsychiatrie in den Jahren nach 1945 erlebt hat, wird die Fortschritte, die auch hinsichtlich eines selbstbestimmten Lebens der Kranken hier erreicht worden sind, nicht gering schätzen können. Dennoch bleibt die These der Grünen richtig, daß alle reform-psychiatrischen Neueinrichtungen in Gefahr sind, eine Parallelklientel zu rekrutieren und gerade nicht für entlassungsfähige Anstaltsinsassen zur Verfügung zu stehen, wenn ihr Aufbau nicht mit dem Abbau der Anstaltspsychiatrie verbunden werden kann.

Ein zweites Problem im Papier liegt darin, daß seine leitenden Perspektiven so etwas wie eine Quadratur des Kreises versuchen: Einmal wird psychisches Elend als privat und individuell — gegenüber der nosologischen Abstraktion als »Fall« gekennzeichnet. Auf der anderen Seite wird gleichzeitig die Individualisierung sozialen Elends in psychische Krankheit als Mythos kritisiert. Hier sollte nicht verkannt werden, daß die Thesen der Grünen kein wissenschaftliches, sondern ein politisches Papier sind: in dieser Partei stehen Flügel, die das Schwergewicht auf Autonomie und Selbstbestimmung setzen, denen gegenüber, die Individuelles und Subjektives im wesentlichen in den gesellschaftlichen Verhältnissen begründet sehen. In dem ersten Teil der Thesen sind beide Aspekte zu Worte gekommen, ohne daß ihr Verhältnis zueinander einer kritischen Analyse unterzogen worden ist.

Problematischer als all dies ist jedoch die Tatsache, daß die Grünen sich an der *Szasz*schen These, psychische Krankheit sei als solche ein Mythos, festgebissen haben. Wie die Fälle geistiger Behinderungen aufgrund organischer Hirnschädigungen es zeigen, aber auch die zumindest hirnorganisch unterlegten Verwirrtheitszustände im hohen Lebensalter, ja, alle sogenannten exogenen Psychosen, gibt es seelisches Leiden und seelische Behinderung auf der Grundlage von körperlicher Krankheit und körperlicher Beeinträchtigung. Aber auch dort, wo Krankheitsursachen bisher nicht genau festgemacht werden konnten, wie beispielsweise bei den großen Psychosen, Schizophrenie und Zyklothymie, wie auch bei vielen neurotischen Störungen werden innere Zwänge sichtbar, die im Rückgriff auf bestimmte, durchaus monotone und uniforme Mechanismen der Informations- und Erlebnisverarbeitung bestehen. Dazu gehört der Wahn, dazu gehören Sinnestäuschung, dazu gehören Zerfahrenheit, Ideenflucht, Denkhem-

mung usw. Ebenso werden — zumindest auf der phänomenalen Ebene nur in den Individuen festzumachende — Defizite sichtbar, mit einem bestimmten Ausmaß oder einer bestimmten Qualität von belastenden Situationen fertig zu werden. Die Einengung der strategischen Möglichkeiten, mit Belastungen umgehen zu können; aber auch die erhöhte Verletzlichkeit solchen Belastungen gegenüber lassen sich typisieren und klassifizieren. Sie sind einer vereinheitlichenden, — und damit zu einem Teil sicher auch abstrahierenden — Beschreibung zugänglich. Auf alle Fälle läßt sich dies Charakteristische an Mechanismen und an Verletzlichkeit, was so sichtbar wird, weder einfach als unmittelbare Auswirkung sozialer Verhältnisse begreifen, noch als subjektives, für das einzelne Individuum unverwechselbar charakteristisches Problem formulieren. Natürlich genügt der somatische Krankheitsbegriff der Psychiatrie nicht, um diesen Bereich auch nur einigermaßen zureichend zu umgreifen. Dennoch besteht für mich kein Zweifel daran, daß es neben dem soziokulturellen und politischen Feld und der Domäne individueller Selbstbestimmtheit einen Bereich der Ausgeliefertheit an psychische Mechanismen gibt, dies sicherlich bei jedem, auch bei den sogenannten Gesunden. Erreicht diese Ausgeliefertheit ein Ausmaß, das selbstbestimmte Entscheidungen ebenso unmöglich macht wie eine Einordnung in die gesellschaftlichen Erwartungen, dann kann Hilfe vonnöten sein, um sich aus der Ausgeliefertheit an solche Mechanismen zu befreien. Kurz: meiner Meinung nach gibt es ein eigenständiges Feld für ärztlich-psychiatrische Tätigkeit.

Ich meine jedoch, daß die Grünen es gar nicht nötig gahabt hätten, sich mit dem Labeling-Ansatz *Szasz*s so weitgehend zu identifizieren. Denn psychisches Leiden, auch in seiner anonymen, eingeengten, uniformen Mechanismen ausgelieferten Form ist ja nicht einfach »da«. Das gilt auch für psychische Andersartigkeit, die mit subjektivem Leiden kaum oder gar nicht verbunden ist. Man kann einen Menschen, der halluziniert, der wähnt, zum Irren erklären, ausgrenzen, seine Gefährlichkeit betonen, und ihn schließlich in eine Anstalt einsperren. Man kann ihn aber auch in seiner Andersartigkeit akzeptieren, und ihm die materielle Hilfe zukommen lassen, die er braucht, um in seiner Andersartigkeit weiterzuleben, Um die Dimension hier noch deutlicher zu machen: sowohl ein Milliardär, als auch ein despotischer Herrscher, können es sich leisten, viel verrückter zu sein als ein kleiner Angestellter. Ob ein Mensch, der einengenden psychischen Mechanismen ausgeliefert ist, in der Gemeinschaft leben kann, hängt vom Platz ab, den ihm diese Gemeinschaft einräumt. Auch hier gibt es sicherlich Grenzen. Aber wenn die Grünen, unabhängig davon, ob psychische Krankheit ein Mythos ist oder nicht, sich darauf beschränkt hätten, ein Lebensrecht für psychische Andersartigkeit zu fordern — ob diese nun als krankhaft klassifiziert wird oder nicht — so hätten sie der Psychiatrie einen großen Dienst erwiesen. Und noch mehr denjenigen der psychisch Kran-

ken, die die Psychiater selber als »unheilbar« aufgegeben haben.

Aber wie bei den meisten generalisierenden Stellungnahmen, ist auch diese noch zuwenig differenziert. Psychisches Leiden und psychisches Leiden sind nicht dasselbe; psychische Andersartigkeit und psychische Andersartigkeit auch nicht. Es besteht ein Unterschied zwischen einem seit 20 Jahren in hebephrener Zerspieltheit lebenden Menschen, dem der »krankhafte« Mechanismus schon Teil seines eigenen Wesens geworden ist, zwischen einem chronisch Wahnkranken, dessen ganzes bisheriges Leben, über Jahre, es mitgebracht hat, daß sein Wahn für seine seelische Ökonomie unverzichtbar geworden ist, auf der einen Seite, und beispielsweise einem akuten, paranoid-halluzinatorischen Einbruch oder einer manischen Phase auf der anderen. In den beiden ersteren Fällen lassen sich »Mensch« und »Krankheit« nicht mehr klar voneinander unterscheiden. Sie sind zu so etwas wie einer Einheit ihres Wesens verschmolzen. In den beiden letztgenannten Fällen läßt beides sich noch trennen. Und jeder, der manische Patienten, die dabei waren, sich finanziell und gesellschaftlich zu ruinieren, davon, wenn nötig auch mit Gewalt, abgehalten hat, weiß, daß viele von ihnen danach dafür dankbar waren.

Auch solche Feststellungen sind wahrscheinlich noch nicht ganz das letzte Wort. Denn trotz dieser Dankbarkeit bleiben eng mit dem eigenen Wesen, mit dem Zentrum der eigenen Bedürfnisse verknüpfte Fäden zu den vergangenen Phasen manischer Wunscherfüllungen auch bei den Genesenen bestehen, auch bei jenen, die in der Bilanz froh darüber sind, daß man sie am Ausleben dieser Wünsche gehindert hat. Was zwischen dem Psychiater und seinem Patienten in solchen Situationen vorgehen muß, ist, daß der Psychiater sich ein Bild über den Platz zu machen hat, den psychotische Lebenserscheinungen in der Persönlichkeit eines Menschen haben. Und daß der Kranke dann in der Lage ist, zumindest nach dem Abklingen seiner Psychose, dieser Einschätzung in den wesentlichen Grundzügen zuzustimmen, ihr zu widersprechen, jedenfalls aber sich mit ihr auseinanderzusetzen.

So meine ich, ist auf beidem zu bestehen: auf dem Lebensrecht derjenigen, deren Person und deren »Krankheit« zu einer untrennbaren Einheit geworden sind, und auf dem Therapieren jener, wo die Krankheit und die psychotische Andersartigkeit eine Episode, eine Form der Gratifikation unter dem ihnen möglichen Niveau an Freude, aber auch an Selbstverwirklichung geblieben ist.

Sicher haben die Grünen politisch recht, sich in erster Linie gegen unangemessene Zwangstherapie zu wenden. Zumindest seit der Einführung des Elektroschocks und der Insulinkur, und noch mehr seit derjenigen der Psychopharmaka, hat die Psychatrie im ganzen eher zuviel als zuwenig behandelt. Oder, genauer gesagt, sie hat die therapeutischen Mittel zur »Normalisierung« und nicht zur Befreiung der Kranken verwendet. Wer aber,

besonders in der heutigen Krise, sein Ohr für die Stimmen der Konservativen, der Rechten, sensibilisiert, hört auch heraus, daß hier vielleicht eine neue Aera im Kommen ist: eine Politik, die bei besonders gravierenden, sozial konkret störenden Fällen (nicht mehr bei denjenigen, die nur symbolisch Furcht einjagen), weiterhin zur Einsperrung schreitet, in den anderen aus Kostengründen jedoch auf jegliche Therapie verzichtet: und dies unter der Etikette der Entscheidungsfreiheit des Kranken. Ich meine, daß nichts anderes übrig bleibt, als hier in zwei Richtungen gleichzeitig zu kämpfen.

Um es noch einmal genauer zu sagen: das politische Thema der Grünen sollte nicht die Frage sein, ob es psychische Krankheit gibt oder nicht; es sollte vielmehr die politisch-gesellschaftliche Artikulation psychischen Leidens sein, ganz gleich, welches nun seine Ursachen seien.

Aber vielleicht noch gravierender ist ein anderer blinder Fleck im Papier der Grünen. Ich meine damit den Versuch der Rechten, den Begriff psychischer Behinderung (gleichzeitig allerdings auch denjenigen charakterlicher Minderwertigkeit) — mehr oder weniger grenzenlos auszuweiten. Und zwar auszuweiten auf all diejenigen Menschen, die der Verwertungsprozeß des Kapitals nicht mehr verwenden kann. Es besteht nämlich die Neigung, das Millionenheer der arbeitslos Gewordenen entweder als charakterlich minderwertig (arbeitsscheu, anpassugsunfähig, usw.) auszugeben, oder aber als psychisch und intellektuell nicht genügend leistungsfähig, um den angeblich steigenden Anforderungen im Rahmen der zunehmenden Automatisierung der Arbeitsplätze zu entsprechen. Hier liegt ein weites Feld, wo die Psychiatrie sich sehr leicht mißbrauchen lassen kann — und tatsächlich auch mißbraucht wird. Was vor sich geht, ist ein epochaler Prozeß der Ausgrenzung von tätiger Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozeß. Er bedarf einer ideologischen Vernebelung, um von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert werden zu können. Dies ist der Ort, wo totale Verweigerung der Psychiatrie am Platze ist. Natürlich produziert diese Ausgrenzug dann auch ihre individuellen psychischen Leiden. Und die vorhin geforderte Verweigerung darf nicht dazu führen, sich der Hilfe für jene Leiden zu versagen. Was aber verhindert werden muß, ist der Versuch, die für den Arbeitsprozeß unnötig Gewordenen als psychisch Minderwertige so an den Rand der Gesellschaft zu drängen, daß eines Tages, wie seinerzeit für die Juden und für die Zigeuner, aber auch für psychisch Kranke im engeren Sinne, ihre Eliminierung denkbar wird. Statt also sich auf die angeborenen Sünden und Laster in der Psychiatrie, die sie von jeher hatte, festzubeißen, hätten die Grünen wohl daran getan, diesen neuen epochalen Prozeß der Marginalisierung in ihrem Papier näher ins Auge zu fassen, einschließlich der Rolle, die der Psychiatrie dabei zugedacht ist.

Aus einer solchen Sicht hätten auch die »grünen Perspektiven« anders ausfallen müssen. Völlig richtig steht an erster Stelle der Forderungen die Schließung der Irrenhäuser. Ich kann auch dem Kommentar dazu beistim-

men, daß ohne Schließung der Anstalten alle noch so gut gemeinten Alternativen nur Beiträge zur Verdoppelung der Psychiatrie seien. An zweiter Stelle hätte dann aber die Forderung nach einer ganzen Palette von alternativen Einrichtungen stehen müssen. Dazu gehören — anders als die Grünen es formulieren — auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Wie groß die zu sein haben, darüber kann man streiten. Weglaufhäuser, Kommunikationszentren in Stadtteilen, Kriseninterventionszentren mit Krisenbetten, kooperative Arbeitsmöglichkeiten, all dies wird von den Grünen zurecht erwähnt, aber zu unrecht an das Ende ihres Forderungskataloges gesetzt. Das gleiche gilt für Wohngemeinschaften, beschützte Einzelwohnungen usw. Auch die Kommunalisierung der Mittel für psychiatrische Angebote ist eine notwendige Forderung. Dabei hätte aber betont werden müssen, daß diese Mittel unabhängig von jeglicher dysfunktioneller Bindung, je nach den örtlichen Erfordernissen, auch ausgegeben werden können. Ferner hätte in den Forderungskatalog auch die Forderung nach psychotherapeutischen Angeboten gehört.

Ich vermisse im dem Forderungskatalog der Grünen auch, daß die Betriebe gezwungen werden sollten, geeignete Arbeitsplätze für psychisch Kranke zu schaffen und, wenn sie dies nicht tun, erhebliche höhere Ausgleichszahlungen als bisher zu leisten. Gut zu den Grünen hätte auch die Forderung gepaßt, einen großen Teil dieser Ausgleichszahlungen für die Finanzierung kooperativer Arbeitsangebote zur Verfügung zu stellen. Schließlich findet sich in den Forderungen kein Wort darüber, daß der Abbau von Sozialleistungen für psychisch Kranke rückgängig gemacht werden muß. Ich denke hier vor allem an die freien Fahrtmöglichkeiten für schwerbehinderte psychisch Kranke, deren Abschaffung sämtliche Kommunikationsmöglichkeiten ungleich erschwert hat usw.

Die Forderung, daß psychiatrischen Patienten und Patientinnen Menschen- und Bürgerrechte zu garantierren sind, ist in der abstrakten Form eine Selbstverständlichkeit. Auch daß auf Verhaltensänderung abzielende Menschenversuche, Lobotomien, oder auch stereotaktische Operationen im Bereich der Psychiatrie untersagt werden sollten, versteht sich meiner Meinung nach von selbst. In den Verbotskatalog aber Elektoschockbehandlungen einzuführen, sowie das Verbot jeglicher Zwangsbehandlungen mit Psychopharmaka, ist ein Unding. Elektoschockbehandlungen haben immer noch, wenn auch eine sehr schmale, berechtigte, zum Teil sogar lebensrettende Indikation. Aus der Tatsache, daß sie über Jahrzehnte zur Disziplinierung mißbraucht worden sind, läßt sich die Forderung nach ihrer totalen Abschaffung nicht ableiten. Im übrigen ist es durchaus die Frage, ob langjährige Behandlungen mit Psychopharmaka weniger harmlos sind als wenige Elekroschockbehandlungen.

Zur Zwangsbehandlung hatte ich einleitend, meine ich, schon das nötige gesagt. Daß diese Zwangsbehandlung genauer zu regeln ist, möglicherwei-

se auch in Form eines »psychiatrischen Testamentes«, wie die Grünen es vorschlagen, erscheint mir einleuchtend. Sie völlig zu verbieten würde aber, meiner Meinung nach, elementare Rechte der Persönlichkeit — und zwar derjenigen Persönlichkeitsanteile, die sich nicht mit dem momentanen psychischen Zustand eines Menschen identifizieren lassen — verletzen.

So läßt sich im ganzen sagen, daß das Papier der Grünen eine noch unausgegorene Mischung aus berechtigten Forderungen, ideologischen Verdrehungen, und Dilettantismus ist. Die Grünen wären gut beraten, wenn sie dies Paper zurückzögen und dafür ein anderes formulierten, das ihrem eigenen politischen Anspruch besser gerecht wird.

Hans Luger

Zwischen drinnen und draußen — Vorschläge zur Neuansiedlung psychosozialer Dienste

In diesem Beitrag plädiere ich für die Um- und Neuansiedlung psychosozialer Einrichtungen. Als Siedlungsgebiet schlage ich vor den vorerst noch schmalen Raum zwischen zwei Gefahrenbereichen: der bürokratischen Verkrustung und Entfremdung im Innern des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems auf der einen und der Bedeutungslosigkeit außerhalb dieses Systems, nett, mit sauberen Händen zwar, aber ohne Einfluß, auf der anderen Seite.

In den letzten 15 Jahren schien dort, wo in Deutschland über das Elend der Psychiatrie nachgedacht wurde, die Frage lange Zeit klar entschieden:

Wer die Psychiatrie, je nach Gusto, abschaffen, überwinden oder humaner gestalten wollte, mußte sich auf den langen Marsch in die Institutionen begeben. Es galt, in mühseliger Millimeterarbeit die großen Anstalten zu verkleinern, gemeindenahe Einrichtungen zu fordern, sie durchzusetzen, modellhaft zu erproben und begleitend zu erforschen. Neben einer aufreibenden 40-Stunden-Woche hieß es, sich durch Gremien zu sitzen, Verbandsarbeit zu betreiben und politischen Einfluß zu erkämpfen — immer in Gefahr, die ursprünglich weitergehenden Ziele hinter dem jeweils gerade noch Machbaren aus den Augen zu verlieren, mit unbefriedigenden Kompromissen einzurosten. Sozial eingestellte psychiatrisch Tätige riskierten, um der Chance willen, das Menschenmögliche an Verbesserungen zu erreichen, selbst zum Täter zu werden, zu fixieren, zu spritzen, zu befrieden, zwangseinzuweisen, bevor ein Schlimmerer, ein Reaktionär das tat.

Außerhalb des staatlich verwalteten Psychiatrie-Systems professionell zu arbeiten und dennoch die Gesamtsituation in der Psychiatrie entscheidend zu beeinflussen, sei es durch inhaltliche Akzentsetzungen oder durch organisatorische Gegenmodelle — dafür gab es in Deutschland keine gesellschaftliche Erfahrungsbasis, anders als etwa in den angelsächsischen Ländern mit historisch gewachsenem Repertoire an nicht-staatlichen gesellschaftlichen Organisationsformen. Beispielhaft sei hier verwiesen auf die Bewegung der Radical Psychiatry in den USA oder auf Selbsthilfeorganisationen wie COPE in Großbritannien. Hierzulande sitzt zudem noch aus der jüngeren Geschichte der bislang spektakulärste Versuch von »außen«, das Sozialistische Patienten-Kollektiv Heidelberg in den Knochen, das sich selbst mit deutscher Gründlichkit ins ideologische Abseits bewegte, aber auch in der Zange von Uni-Psychiatrie und Staatsgewalt keine Chance mehr hatte. Bis heute dient es den Vertretern einer moderaten Reform von innen als Schreckgespenst gegenüber forscherem Veränderungswillen.

Immerhin unternahmen dennoch an verschiedenen Orten immer wiederinteressierte Gruppen neue Anläufe, in eigener Initiative die Art von Einrichtungen aufzubauen, die sie für notwendig hielten, und nicht auf die schwerfällige Verwaltung zu warten: z. B. KID in München-Haidhausen, KIK in Göttingen, Sozialtherapie Frankfurt bzw. Kassel. Gegen Ende der 70er Jahre schossen die Beschwerdezentren aus dem Boden und schafften, was von innen offensichtlich nicht möglich war: sie deckten Skandale in den Anstalten auf und rüttelten medienwirksam an den Mauern, es kam zu Verurteilungen. Ferner etablierte sich das SSK in Köln als funktionierendes Modell einer selbständigen Lebensgemeinschaft von und mit Psychiatrieopfern. Die besondere Situation in Berlin schließlich ermöglichte das KommRum und die Irrenoffensive. Diese avancierte seither, gleich nach der Indianerkommune, aber inhaltlich viel bedrohlicher, zum Tagungsalptraum der Sozialpsychiater.

Nach den Anstalten, gegen die sie ihr gemeindenahes Konzept formuliert hatte, geriet die Sozialpsychiatrie unversehens selbst ins Feuer der Kritik. Nicht mehr nur Halbherzigkeit gegenüber der Anstaltspsychiatrie wurde ihr angekreidet; Gemeindepsychiatrie selbst sei vielmehr ein nur noch umfassenderer Versuch, die Bevölkerung zu kontrollieren und abweichendes Verhalten nicht mehr altmodisch auszugrenzen, sondern (z. B. durch Medikamente) gleich im Keim zu ersticken. Das Wort vom Kontaktbereichspsychiater wurde kreiert.

Kein Wunder, daß Diskussionen zwischen beiden Lagern recht emotional und ohne Verständigung verliefen. Folgenlos sind diese Konfrontationen dennoch nicht geblieben. Die Betroffenen, die sich da zu Wort melden, sind nicht mehr nur Alibi-Patienten, die sozialpsychiatrische Veranstaltungen schmücken, nicht mehr nur Objekte von Behandlung und Ge-

genstand von Vorträgen und Diskussionen. Das neu aufgeblühte Selbstbewußtsein, das Bekenntnis zur eigenen Verrücktheit statt sich ihrer zu schämen, und die schonungslosen Attacken auf die Profis, die ihre Patienten bisher zwar wohlwollend, aber doch nicht als ebenbürtig betrachtet hatten, zeigen Wirkung — zumindest bei denen, die hinter dem Gefühl, sich aufzuopfern und das beste zu wollen, noch ein dumpfes Unbehagen darüber spüren, wie sehr sich die Realität der Sozialpsychiatrie von ihren Anfängen entfernt hat.

Auf der anderen Seite, bei Irrenoffensive, Beschwerdezentren usw. hat der selbsterkämpfte, direktere Kontakt mit Psychiatrie-Mitarbeitern und die Erfahrung, sie doch verunsichern zu können, die Feindbilder, das einfache Täter-Opfer-Denken aufgeweicht. Schließlich mußten sie durch eigene praktische Erfahrungen mit (anderen) Betroffenen lernen, daß es nicht genügt, die richtigen emanzipatorischen Konzepte zu haben, die anfangs zwar beflügeln und bisherige Selbstverständlichkeiten ins Wanken bringen, aber schließlich doch mühsam mit individueller Erfahrung gefüllt werden müssen. Die Ambivalenz Selbstständigkeit/Abhängigkeitswünsche — rein in die Klinik, raus aus der Klinik, weg mit den Medikamenten, her damit — bei denen, die bei ihnen um Hilfe nachsuchten, und der schwierige Prozeß, Solidarität unter gleich Betroffenen zu entwickeln, hat Kraft gekostet.

Aus dem Inneren des Versorgungssystems kommt neben emsiger Geschäftigkeit und betontem Ärmelaufkrempeln inzwischen manch nachdenklicher Ton, von außerhalb anstelle des schlichten »Weg mit« die Einsicht in die Grenzen der eigenen Möglchkeiten: Diese Situation ermutigt mich, einen Ansatz zu formulieren, der beiden Tendenzen Rechnung trägt, Grundzüge dessen, was die Sozialpsychiatrie *auch* hätte werden können, wenn sie weniger statt mehr und besserer Psychiatrie gefordert hätte.

Zu diesem Zweck muß ich jedoch noch detaillierter an der Sozialpsychiatrie herummäkeln, um deutlich zu machen, welche Fehlentwicklungen korrigiert und in Zukunft vermieden werden sollen, und davor möchte ich erst noch den Erfahrungshintergrund erläutern, vor dem ich all dieses meine, nämlich das KommRum (steht für: Kommunikationszentrum Berlin-Friedenau), in dem ich mitarbeite und das seit 1980 unter anderem versucht, Alternativen zur Psychiatrie zu entwickeln. Eine ausführliche Darstellung von Konzept und bisherigen Erfahrungen ist im Heft 4/84 der »Sozialpsychiatrischen Informationen« nachzulesen, hier nur eine Zusammenfassung:

Das KommRum ist eine Einrichtung *nicht nur* für Psychiatrie-Betroffene. Es gibt dort Psychotherapie und Beratung, es gibt Selbsthilfegruppen und viele verschiedene Selbsterfahrungsangebote, therapeutische Wohngemeinschaften, Gesprächskreise und Kontaktmöglichkeiten mit insgesamt wenig Versorgungscharakter, manchmal mit zuviel von der Haltung:

»Da mußt du dich schon selbst drum kümmern!« In diesem Jahr neu hinzugekommen ist die Möglichkeit von Einzelbetreuung für allein lebende Menschen und eine Gruppe »Irre Jobs« von Menschen am Rande der Psychiatrie, die sich eigene Arbeitsplätze schaffen wollen und von uns dabei begleitet werden.

Kommunikativer Mittelpunkt für all diese verschiedenen Szenen und Gruppen ist unser Cafe, das auch für die Nachbarschaft, allgemein für die Öffentlichkeit zugänglich und gedacht ist, mit kulturellen Veranstaltungen, Ausstellungen und Diskussionen.

Das diese verschiedenen Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen im KommRumm nebeneinanderstehen und sich auch mischen: Psychiatrie-Insassen und Lehrer, Meditationsfans und Normalbürger, die zum Single-Treff für einsame Herzen kommen, das liegt nicht nur am breiten Interessenspektrum der Gründer und Mitarbeiter, sondern ist Kern des Konzepts. So wollen wir verhindern, daß Ghettos entstehen und eindimensionale Rollenzuweiseungen. Mit diebischer Freude haben wir registriert, daß (fremde) Betrachter eines jüngst fertiggestellten Video-Film über das KommRum enttäuscht feststellten: »Die sind ja alle ganz normal, wo sind denn da die Verrückten?« Es ist allerdings beileibe nicht so, daß es keine Unterschiede mehr gäbe zwischen unseren Gästen. Aber sie äußern sich mehr im persönlichen Verhalten als durch Etiketten, Rollenklischees oder äußere Symbole, die die reale Differenz weit überzeichnen.

Dennoch laufen auch bei uns spezielle Aktivitäten zum Thema Psychiatrie. Schließlich hat sich bei uns die Irrenoffensive gefunden und getroffen, bis sie sich auch räumlich auf eigene Beine stellte; das Beschwerdezentrum Berlin tagt bei uns, wir selbst sitzen in allerlei Gremien der Psychiatrielandschaft von Berlin, und, vor allem, wir haben den KUB (Krisen- und Beratungsdienst) mit aufgebaut und übernehmen jetzt auch die Trägerschaft. Dieser Krisendienst ist zur Zeit am Wochenende von Freitag bis Sonntag jeweils nachts von 22 Uhr bis 8 Uhr morgens geöffnet und ist ein Beratungs- und Gesprächsangebot (wie alles bei uns ohne Medikamente) für Menschen in Krisen, die gerade dann ein unterstützendes und klärendes Gespräch brauchen, wenn die Probleme aktuell anstehen und noch klärbar sind, bevor sie ihre Eigendynamik entwickeln und zur Zwangseinweisung oder zum Suicid führen. Um die Hemmschwelle niedrig zu halten, führen wir die Beratungen anonym durch und vermeiden jeglichen medizinischen oder Amtscharakter. Nach langem Hin und Her und nachdem wir über ein Jahr den Dienst ehrenamtlich durchgehalten haben, hat der Senat bis auf weiteres die Kosten übernommen. Längerfristig hoffen wir, den KUB zu einem Krisenzentrum rund um die Uhr mit Übernachtungsmöglichkeiten und der Möglichkeit, auch vor Ort zu gehen, weiterzuentwickeln und so ein Modell zu schaffen, wie ohne Klinik, Medikamente und das ganze krankstempelnde Drumherum auch heftigeren Krisen ambulant begegnet

werden kann und Karrieren vermieden werden.

In seiner neuesten Psychiatrieplanung hat der Senat wohl vorgesehen, das KommRum als offizielle psychosoziale Kontakt- und Anlaufstelle im Bezirk Schöneberg zu unterstützen. Seit 1983 erhalten wir bereits Gelder für Selbsthilfeaktivitäten, legen aber Wert darauf, daß solch staatliche Finanzspritzen uns nicht abhängig machen. 80% unseres Etats wollen wir gerne aus anderen Quellen erwirtschaften wie bisher: Therapieeinnahmen, Betreuungsgelder für Wohngemeinschaften, Cafe-Einnahmen, Spenden, Clubmitgliedschaften. Unser Projekt, als gemeinnütziger e. V. organisiert, verwalten wir 22 bezahlte Mitarbeiter selbst ohne Leitungsgremium oder Geschäftsführer. Wichtigstes Entscheidungsorgan: das wöchentliche Plenum.

Gegründet haben wir das KommRum aus dem Wunsch heraus, einen möglichst selbstbestimmten Arbeits- und zum Teil Lebenszusammenhang für uns selbst aufzubauen und einen Freiraum zur Begegnung mit sich und anderen für unsere Gäste zu schaffen. Daß wir von den Problemen und Themen, mit denen die Benutzer des KommRum sich plagen, eben auch betroffen sind, das wollten wir nicht einfach projektiv an ihnen abarbeiten oder in separaten Supervisionen erörtern, sondern auch im Alltag, in unserer Zusammenarbeit, auch im Kontakt mit unseren Gästen nicht ausklammern müssen.

Die Idee des KommRum war aus dem Center für Psychotherapien heraus entstanden, einer psychologischen Gemeinschaftspraxis, und insbesondere auf Grund der Erkenntnis, daß ein rein therapeutischer Ansatz der Situation von Menschen, die mit der Psychiatrie in Berührung gekommen sind oder zu kommen drohen, nicht gerecht wird, daß es vielmehr andere Möglichkeiten braucht:

Kontakte mit anderen Menschen, einen Ort, wo man sich zuhause und vor allem nicht als »psychisch Kranker« diskriminiert fühlt, Wohnmöglichkeiten, sinnvolle Betätigung und ein Umfeld, das nicht zum Ghetto wird, sondern Begegnung mit verschiedenartigen anderen Menschen und verschiedenen eigenen Rollen zuläßt. Die 25 Gründungsmitglieder (ein Drittel Psychologen, ein Drittel Klienten des Center f. P., ein Drittel Studenten) brachten zudem weitere Erfahrungen ein: Inhaltliche Auseinandersetzung und persönliche Kontakte mit der Radical Psychiatry/Kalifornien; Erfahrungen, Menschen in Krisen außerhalb von Kliniken zu begleiten, privat organisiert oder im Rahmen eines Projektes an der Freien Universität; Mitarbeit in einem Anti-Psychiatrie-Projekt der Berliner Spontiszene (früher: »Rote Hilfe im psychischen Bereich«, später »Luftschloß« oder auch mal »Lustschloß« genannt, wo Psychiatrie-Betroffene und normale Linke auf der Basis der gemeinsamen Betroffenheit zusammensaßen, die sich aber z. T. als aufgesetzt und wenig tragfähig erwies). Außerdem hatten einige beim organisatorischen Zusammenschluß der Gesundheits-

selbsthilfebewegung in Berlin mitgewirkt, beim Aufbau einer Psychosozialen Kontaktstelle im Sinne der Enquete, waren in der »Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie« (DGSP) vertreten und hatten Kliniken alten Stils auch schon als Mitarbeiter kennengelernt.

Aus dieser Ecke also stammt die im folgenden formulierte Kritik an Ansatz und Praxis der Sozialpsychiatrie. Gemeint sind dabei erst in zweiter Linie die einzelnen Mitarbeiter, von denen viele in ihrer konkreten Arbeit mit und ihrem Verhältnis zu den Klienten das tun oder tun möchten, was uns als entpsychiatrisierte Zukunft vorschwebt, und sich aber noch in den herkömmlichen organisatorischen Bahnen bewegen.

Diese Bahnen, die ausschließliche Orientierung an den Kriterien der vorgegebenen Gesundheitsverwaltung, bilden auch den Hauptansatzpunkt für meine Besorgnis. Ich befürchte, daß der Primat der Institution heute schon, und noch viel mehr dann, wenn sozialpsychiatrische Prinzipien sich völlig durchgesetzt haben, den Betroffenen kaum noch eine Chance läßt, den Status und vor allem das Selbstverständnis der »psychisch Kranken« aufzugeben. Das liegt zum Teil schon im »Versorgungs«-Konzept begründet (dazu später), ist aber auch die Folge einer beispielhaften und so wohl nicht vorhersehbaren Bürokratisierung einer ursprünglich sehr menschenfreundlichen Idee. Wie diese Idee, die gute Absicht, unter dem Druck von Amtshierarchien, von politischen Machtstrukturen und institutionellen Sachzwängen, kurz durch die Überformung durch sachfremde Einflußgrößen verwässert oder ins Gegenteil verkehrt wurden, wie z. B. aus einem unterstützenden Kontakt allmählich Kontrolle wird, dafür gibt es vermutlich genügend kompetentere Zeugen und Berichte aus den Institutionen selbst. Für die Situation in Bremen etwa hat Georg Bruns detailliert beschrieben, wie der anfangs klienten-/problemorientierte Arbeitsstil der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen zunehmend von Verwaltungs- und Politikgesichtspunkten erdrückt wurde (Heft 1/1985 der »Sozialpsychiatrischen Informationen«). Ich selbst will hier nur verschiedene Aspekte und Konsequenzen des sozialpsychiatrischen Ansatzes beleuchten, die alle zu dem selben Ergebnis beitragen: die Organisation der »Behandlung«, die Verwaltung der »psychisch Kranken« verhindert, daß die Betroffenen die Verantwortung für sich selbst in dem für sie möglichen Maß übernehmen können.

Die Anstalt, die totale Institution, die ihre Insassen entmündigte, war das Feindbild der Sozialpsychiatrie. Tatsächlich ist es in den letzten 15 Jahren gelungen, die schlimmsten Auswüchse des Anstaltsunwesens zu beseitigen, Großkliniken zu verkleinern, mit dem Aufbau von Diensten in den Gemeinden zu beginnen. Zuwenig wurde jedoch bei der Planung des neuen »Versorgungssystems« bedacht, welche Folgen für das Lebensgefühl eines »Versorgten« und für sein Bewußtsein seiner selbst es hat, nicht mehr konkreter, faßbarer Unterdrückung in der Anstalt ausgeliefert zu sein,

sondern den subtileren Formen von Unterdrückung in einem ausdifferenzierten System von Einrichtungen, die »zuständig« sind, und oft auch noch wohlwollend. Welches authentische, kraftvolle Gefühl für sich selbst mag jemand entwickeln, der in der »therapeutischen Kette« weitergereicht wird, von Station zu Teilstation, zum Übergangswohnheim, zur Therapeutischen Wohngemeinschaft, zum niedergelassenen Nervenarzt, zum sozialpsychiatrischen Dienst etc.? Ob er nun im Einzelnen weiß, ob und wie alle diese Stellen zusammenarbeiten, ob ihm die Wege bekannt sind, die seine Akten, seine Daten nehmen: als jemand, der seine »Symptome« entwickelt hat aus einem Gefühl heraus, beeinflußt, ausgeliefert, bedroht und ohnmächtig zu sein, hat er in diesem System umso weniger, je vollkommener es ist, kaum noch die Chance, sich als für sich verantwortlicher Mensch zu fühlen.

Wieso eigentlich? Im Augenblick, wo ich hier formuliere, merke ich wieder die Schwierigkeiten, die ich aus manchen Diskussionen kenne, auch argumentativ das Unbehaben zu beweisen, das ich beim Gedanken an ein perfektes Versorgungssystem spüre. Inzwischen führt ja selbst der abgebrühteste Klinikchef die »Hilfe zur Selbsthilfe« im Mund und spricht von der Verantwortung für sich selbst, die der »Kranke« später mal wieder übernehmen soll. Die konkret erfahrbare Wirklichkeit widerspricht dem, wirkt in die entgegengesetzte Richtung. Es sind nicht die schlicht dummen Auswüchse dieses Systems (wie etwa, wenn jemand aus abrechnungstechnischen Gründen sich erst einige Tage von draußen her in stationäre Behandlung begeben muß, um in eine Tagesklinik aufgenommen werden zu können). Solche Pannen lassen sich vielleicht auch systemimmanent vermeiden, wenn auch zu vermuten ist, daß die Logik des bürokratischen Systems immer wieder solche Situationen schaffen wird.

Horst Eberhard Richter hat versucht, das Elend mit den Institutionen in dem Satz zu formulieren, daß Institutionen den Betreuer drängen, sich vom Betreuten und von sich zu entfremden. Wie geschieht das? Es mag sein, daß ihn sein »Patient«, der ihm gegenüber sitzt, menschlich sehr anrührt, daß dies aber ohne reale Konsequenz bleibt, während eine Anweisung der Dienststelle, Akten über solche Kontakte zu führen, dem Betreuer als unmittelbare existentielle Gewalt im Nacken sitzt und viel mehr Bedeutung als der intensivste »Patienten«-Kontakt erlangt. In noch schlimmerer Situation, noch entfremdeter arbeiten die Leute in der Gesundheitsverwaltung, die nur alle Jubeljahre einen Betroffenen aus der Ferne zu Gesicht kriegen, nur noch Institutionsinformationen ausgesetzt sind. So läßt es sich vermutlich erklären, daß der aktuelle Psychiatrieplan des Berliner Senats in der Präambel in gütigen Worten als Ziel die Selbständigkeit der Psychiatriepatienten postuliert und später, in der Konkretion der Planung, schließlich doch davon spricht, Patienten in therapeutische Wohngemeinschaften »einzuweisen«. Wenn es schon dem engagierten Psychiatrie-Ar-

beiter nie endende Sisyphusarbeit ist, diesem Sog ins bürokratische Fahrwasser entgegenzuarbeiten — wie muß es da dem Betreuten ergehen? Wo hat er eine reale Chance, auf eine Institution Einfluß zu nehmen, sich als kompetenter Mensch zu erleben — sei es durch Einwirkung auf Verhalten und Auswahl der Mitarbeiter, sei es durch Gestaltung der Räume, der Atmosphäre, des Angebots — und eben nicht nur im Reservat eines Patientenclubs, wo er das plötzlich *soll*?

Ernst Köhler hat auf der Jahrestagung 1984 der DGSP ins Gewissen geredet (Abdruck in Heft 1/85 der »Sozialpsychiatrischen Informationen«) und hat darauf aufmerksam gemacht, daß es nicht so sehr tiefgreifende gesellschaftliche Strömungen oder komplexe Ordnungsentwürfe sind, die die Menschen in den Anstalten festhalten und sie dort fortlaufend entmündigen, sondern ein ganz banaler, alltäglicher Druck zur Erleichterung der Lebensabläufe, ad-hoc-Maßnahmen für den alltägliche Sachzwang, Billigstlösungen für den Augenblick. In paralleler Weise kann man für die Sozialpsychiatrie unterstellen, daß es gar nicht primär böser Vorsatz oder gesellschaftlicher Auftrag ist, die Irren im speziellen, die Bevölkerung im allgemeinen in Schach zu halten, sondern die schlichte Logik des Apparats, seine Eigengesetzlichkeit. Das daraus resultierende Gefühl von Ohnmacht ist möglicherweise noch nachhaltiger — Unterdrücker kann man wenigstens noch konkret hassen und benennen.

Da gibt es das gerühmte neue Berliner Modell der Finanzierung der Therapeutischen Wohngemeinschaften durch die Krankenkassen. Bislang übernahmen die Sozialämter der einzelnen Bezirke die Betreuungskosten, der jeweilige Sozialpsychiatrische Dienst war für die Befürwortung zuständig. Nachteile dieser bisherigen, nicht sonderlich unbürokratisch gehandhabten, aber eingespielten Regelung, die auch die WG-Bewohner noch nachvollziehen konnten: Nur Leute mit geringem Einkommen — was jeweils nachzuweisen war — kamen in den Genuß der Kostenübernahme, und ihre persönlichen Daten ruhten in den Akten des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. gingen sonderbare Wege. Letzteres war besonders schlimm für diejenigen Bewohner, die vorher noch nicht in der Klinik gewesen waren und für die die WG der Psychiatrisierung vorbeugen sollte. Die neue Vereinbarung mit den Kassen schien ein Weg, diese Nachteile aus der Welt zu schaffen. Vorläufiges Ergebnis: Statt eines Gutachtens pro Jahr wie bisher sind jetzt deren vier fällig, die Daten gehen sowohl den Kassen wie auch weiterhin dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu, auch die niedergelassenen Nervenärzte sollen beteiligt werden. Der bürokratische Aufwand hat sich mehr als verdoppelt, die Betreuer blicken selbst nicht mehr durch, die Bewohner haben keine Chance mehr mitzureden und kompetent zu werden, ihre Stigmatisierung hat sich bestimmt nicht verringert. All das geschieht innerhalb nachvollziehbarer bürokratischer Ordnungsprinzipien — die Versichertengemeinschaft soll schließlich geschützt

werden vor schlechter Wirtschaftsführung.

Es mag gelingen, und es gibt mühsame Versuche der betroffenen Wohngemeinschaftsträger, diese Regelungen wieder zu entschärfen — doch wieviel Kraft kostet das? Ist es Naturgesetz, daß Reformen und positive Veränderungen, sobald Verwaltung beteiligt ist, Pyrrhussiege werden, muß man sich damit abfinden oder gibt es Auswege, ist Sozialpsychiatrie ohne Bürokratie denkbar?

Es gibt im Kozept der Sozialpsychiatrie einen Schlüsselbegriff, der befürchten läßt, daß die Koppelung mit Bürokratie eine sehr stabile ist: Versorgung, und zwar Versorgung aller. Ein ehrenwertes gerechtes Anliegen: Nicht nur begüterten Schichten sollten die Segnungen der Psychiatriereform zugute kommen, nicht nur den attraktiveren, selbständigeren unter den »psychisch Kranken«, und die Versorgung sollte möglichst alle Lebensbereiche umfassen: Wohnung, Arbeit, Kontakt etc.. Damit nicht die Gesetze von Angebot und Nachfrage oder das Lustprinzip bestimmte Bevölkerungsgruppen oder Problembereiche vernachlässigten, schien eine übergeordnete Instanz nötig. Die staatliche Gesundheitsverwaltung, ohnehin vorhanden, bot sich an, auf sie richtete sich die Hoffnung der Reformer und ihr Ehrgeiz, sie zu beeinflussen. Versorgung aber — und diese Erkenntnis ist der Sozialpsychiatrie zu verdanken — hat in verwandter Weise wie Verwaltung ihre Eigengesetzlichkeit, hat genausowenig wie jene die Neigung, sich entbehrlich zu machen, sondern dehnt sich krebsartig aus: von der einzelnen Situation, daß jemand vorübergehend der Sorge anderer bedarf, zur Versorgung, die nicht mehr loslassen kann, subtile Bindungen schafft, zur Versorgungshaltung der Betroffenen, zur doppelten Versorgungshaltung der Versorger, aktiv gegenüber ihren Schützlingen, passiv gegenüber der Stelle, die ihnen ihren Lebensunterhalt gibt.

Allmählich artikuliert sich Unbehagen, vor allem vorangetrieben durch die Gesundheitsselbsthilfebewegung und durch wehrhafte Betroffene, die gegen wohlmeinende Bevormundung aufmucken, langsam tritt ins öffentliche Bewußtsein, daß »therapeutische Ketten« auch fesseln können. Es ist die Summe all der Attribute wie Diensträume, Dienststellen, Dienstzeiten, Zuständigkeiten, Amtssprache, Akten, Diagnosen, Medikation, es sind all die vielen nonverbalen symbolischen Signale und Handlungen, die ausdrücken: »Du bist psychisch krank, du bist Patient, du kannst nicht für dich selbst sorgen!« Sie hinterlassen ihre lang wirksamen Spuren, versprechen das süße Gift Abhängigkeit und sind eindrucksvoller und faktischer als alle verbalen Appelle zur Selbständigkeit. Sie konstituieren dauerhafte Patientenrollen. Das Sein, konkret die Informationen über mich und den anderen, die mir zugänglich sind, bestimmt das Bewußtsein. Wer nur die Chance hat, sich in der Institution in der Rolle des Patienten zu erleben und so gesehen zu werden, den Behandler nur als Behandler zu erleben (statt als jemand, der z. B. Liebeskummer hat) und das in einer Situation,

die existentiell bedeutsam ist, der wird davon über diese Situation hinaus in seinem Selbstverständnis geprägt, und es bedürfte zahlreicher beeindruckender Gegeninformationen — die eine Institution bisherigen Stils nicht bieten kann — dieses Selbstbild wieder zu ändern.

Gleichwohl hat die Psychiatrie mit Versorgunssituationen zu tun, die sie jedoch tendenziell eher fortschreibt als aufbricht. Sie ist ja weniger ein Ort, wo Verrücktheit, Grenzüberschreitung in ihren schillernden, faszinierenden Facetten zu besichtigen ist, auch wenn diese Seite in künstlerisch-feuilletonistischen oder kulturkritischen, auch psychiatriekritischen Abhandlungen oft überwiegt. Vielmehr und viel weniger spektakulär ist sie ein Ort für die, die nicht selbst für sich sorgen können, nicht wollen oder nicht dürfen (letzteres, weil man sie für gefährlich gegenüber sich selbst oder anderen hält oder weil sie den Frieden ihrer Umgebung beeinträchtigen).

Interessanterweise hat sich auch die wissenschaftliche Entwicklung, die Theorienbildung über Entstehung und Behandlung psychiatrischer »Krankheits«-bilder verlagert, weg von den schwer oder kaum nachvollziehbaren, bizarren inhaltlichen Äußerungen hin zur kommunikativen, beziehungsmäßigen Bedeutung des Verhaltens. Was einst als unverständliche Krankheit galt, später von den aufgeweckteren Kollegen als zumindest teilweise aktive Reaktion auf unerträgliche soziale Situationen verstanden wurde, ein Leiden, für das man Verständnis und Mitgefühl haben kann und muß, das ändert sich im Lichte der neueren familiendynamischen und systemtheoretischen/kommunikationstheoretischen Ansätze zu größerer Verantwortlichkeit des »Patienten«. Er ist Mitspieler in einem System, sein Verhalten ist Strategie gegenüber der Umwelt, umso gemeiner, als er der Umwelt etwas zufügt und sich dabei aus der Verantwortung stiehlt, seine Umgebung hilflos und handlungsunfähig macht. Das Opfer ist gleichzeitig auch Täter. Freilich geht es dabei auch um Leiden, wurde jemandem Gewalt angetan oder hat sich jemand für andere geopfert. Die Rollen jedoch verwischen sich, Ursache und Wirkung sind oft nicht mehr auszumachen. Es bleibt weiterhin sinnvoll und nötig, auf diese Situationen nicht nur jeweils individuell, sondern gesellschaftlich zu reagieren, Hilfen zur Verfügung zu stellen. Diejenigen des alten medizinisch-psychiatrischen Modells wie auch die meisten bisherigen sozialpsychiatrischen Angebote (diese wenn nicht mehr vom theoretischen Ansatz, so doch von der Organisationsform der Hilfe her) sind nach wie vor auf das scheinbar hilflose Opfer bezogen und halten es in dieser Haltung fest, spielen letzlich dabei mit, das reale zwischenmenschliche Geschehen zu mystifizieren, zu verschleiern. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der historische Fortschritt, die Irren aus den Ketten zu befreien und stattdessen krankzuschreiben, zumindest problematisch und eher als Durchgangsstadium zu betrachten, hin zu einem Modell, das Wege findet, ihnen die Verantwortlichkeit für ihr Verhalten wieder zurückzugeben. Ihre Befreiung aus dem Krankenhaus reicht

nicht aus, weil auch in der »Gemeinde« noch genügend Möglichkeiten wirksam sind, Patientenrollen zu schaffen.

In Berlin, wo es nun schon eine Reihe von sich sozialpsychiatrisch verstehenden Institutionen gibt, hat sich eine Klasse von Dauerpatienten herausentwickelt, von gut angepaßten Konsumenten dieses Systems. Sie sind mit den Einrichtungen vertraut, kennen die Mitarbeiter und kennen sich untereinander, wissen, daß sie gebraucht weden, haben ihre Sicherheit innerhalb des Systems — aber klar auf der Patientenseite. Manche »psychotische« Reaktion, die uns bekannt wird, weckt den Verdacht, daß sie zur eigenen Beruhigung dient. Ich bin ja noch krank, ich muß mich dem normalen Leben nicht aussetzen. Nicht selten korrespondiert der Zeitpunkt der »Psychose« mit der drohenden Gefahr, daß die Notwendigkeit der Frühberentung überprüft wird. Das Verhalten ist verständlich, denn die Perspektiven des Arbeitsmarktes sind nicht so doll, selbst und gerade wenn sich Arbeit finden sollte. Sollen wir uns damit zufrieden geben, dieses vergleichsweise angenehme Reservat geschaffen zu haben, oder geht die Herausforderung nicht weiter, zur Reduzierung statt Differenzierung psychiatrischer Situationen?

Dabei hat für dieses Ziel, die Entpsychiatrisierung von Problemen, persönlichen Krisen und Lebensstilen, die Sozialpsychiatrie allerlei Ressourcen bereitgestellt: Sie hat, wie das Beispiel der Dauerpatienten auch zeigt, viel beigetragen, die Irren und ihre bedrohliche Andersartigkeit zu entdämonisieren — indem sie der »Gemeinde« näherrücken konnte (WGs, Kontaktstellen) und durch neue, allgemeinverständliche Konzepte dessen, was »psychische Krankheit« ausmacht (z. B. das Lehrbuch von Dörner/Plog). Aber sie hat ihr Geschäft zuwenig aus der Hand gegeben, zuwenig alltäglich, selbstverständlich, nicht so einfach, wie es möglich wäre, werden lassen. Stattdessen wird diese Chance zur Alltäglichkeit gefährdet durch eine aufgeblasene Aura von Wissenschaftlichkeit (Begleitforschung!), von Seriosität, Spezialistentum und Qualifikation, durch den ganzen Hokuspokus moderner Medizinmänner, vom überzüchteten Fachjargon über Medikamentenrituale hin zu all den vielen kleinen Machtattitüden. Das hilft Reputation und Existenz zu sichern, bewahrt die professionelle Distanz, aber verhindert die Reduzierung von Psychiatrie und psychiatrischer Mentatität.

Es wäre besser alles eine Nummer kleiner, banaler. Die »Patienten«, würden sie nicht wie rohe Eier und aus der persönlichen Distanz behandelt, sondern direkt und alltäglich angesprochen, kämen sich nicht mehr so bedeutungsvoll krank vor. Die Informationsvermittlung an die Betroffenen über das, was ihr Leiden ausmacht, eigentlich ein ideales Mittel zur Prävention und, sofern verstehbar dargeboten, Mittel, Subjekt des eigenen Erlebens zu werden, sich zu verstehen und nicht Angst vor sich zu haben — das scheint selbst in dem gescholtenen Psychoboom auf dem freien Thera-

piemarkt mit all seinen Schattenseiten besser zu funktionieren.

Gibt es denn nun andere Wege und Organisationsformen, die tatsächlich weniger psychiatrisch sind, ohne sich ihrerseits wieder zu verselbständigen, Apparat zu werden? Die kalifornische Lösung von Ronald Reagan, die Betroffenen einfach auf die Straße zu setzen, hilf dir selbst oder stirb, wird oft in Diskussionen als einzige und natürlich unakzeptable Alternative gegenüber den honorigen Anliegen der umfassenden Versorgung ins Feld geführt. Sollte unsere gemeinsame Phantasie wirklich so kläglich, so beschränkt sein? Freilich ist die Psychiatriekritik hierzulande nicht viel besser als ihr Gegenstand. Die meisten ihrer Varianten tragen eher dazu bei, daß sich nichts ändert. Entweder sie fordert die radikale Abschaffung der Psychiatrie und jeglichen professionellen Handelns und ignoriert in ihrem Schwarz-Weiß/Opfer-Täter-Denken die Komplexität der realen Situation; oder sie begibt sich ins Reich der Begriffe und Ideen, tanzt den soziologischen Einschätzungswalzer, immer im Kreis herum — es ist ja noch nicht alles auf den Begriff gebracht, der Gesamtentwurf noch nicht in Sicht; oder sie richtet sich eine wohlgelittene praktische Nische ein und tut dort, was sie für richtig hält und niemandem wehe.

Wir selbst haben in einer Reihe von Veranstaltungen den Versuch unternommen, über Grundzüge einer »Nicht-Psychiatrie« diskutieren zu lassen. Wenn wir beim Punkt Null beginnen könnten, wenn wir, ohne sofort die Probleme der aktuellen Realisierung, der politischen Durchsetzung und der Übergangsregelungen im Nacken zu spüren, ausmalen dürften: wie würde dann ein Netz von Orten aussehen, die den Problemen, für die bislang die Psychiatrie als zuständig galt, nach dem aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand besser gerecht werden können?

Wir haben dabei gelernt, wie schwer es ist, die Kritik an bestehenden gesellschaftlichen Mißständen umzusetzen in ein konkretes, positives und wirklichkeitsnahes Wunschbild. Eine der Diskussionen blieb ständig in der aktuellen Tristesse hänge, im hilflosen Disput, ob nun die schon existierenden Übergangswohnheime entscheidende und sinnvolle Einrichtungen zur Auflösung der Großkliniken wären; andere verzweigten sich in Spezialfragestellungen und Spezialinteressen der Diskutanten (z. B. die berechtigte Überlegung, überall Orte für sanfte Geburten einzurichten, da mit einer herkömmlich-sterilen Kreißsaalgeburt das psychische Elend schon losginge) und fanden nicht mehr zur Ausgangsfrage zurück. Oder die Diskussionen erbrachten resignative, abstrakt reflektierende Gedankenspiele: die Psychiatrie abschaffen und dann in Ruhe mitansehen, wie sich genau die bestehende Psychiatrie wieder etablieren würde — sie entspräche ja einem gesellschaftlichen Bedürfnis.

Als fruchtbarer, konkreter erwies sich schließlich ein Planspiel mit verteilten Rollen: Wie kann man in der »Gemeinde« mit einem störenden Verrückten umgehen, ohne ihn sofort aus dem Verkehr zu ziehen? Die da

in die Rollen der Familienmitlieder, Nachbarn, Kollegen, Presseleute und städtischen Beamten etc. geschlüpft waren, gingen danach immerhin betroffen und nachdenklich nach Hause; daran anzuknüpfen dürfte sich lohnen.

Unseren eigenen Diskussionsstand, unsere vorläufige Utopie und Gedanken über deren Implikationen möchte ich im folgenden skizzieren.

Quasi die Präambel, bisher schon immer angeklungen:

Die persönlichen und sozialen Probleme, die Ausgangspunkt professioneller Interventionen werden, dürfen nicht infolge dieser Interventionen von sachfremden, institutions- und systeminternen Interessen und Fragestellungen überlagert und verfälscht werden.

Was heißt das konkret? Es gilt, möglichst zu verhindern, daß jemand überhaupt in eine Situation gerät, wo ihm die Verantwortung für sich abgenommen wird, d. h. Krisenintervention, Krisenberatungsstellen rund um die Uhr, mit informellen Übernachtungsmöglichkeiten ohne Klinikcharakter, offen für alle Menschen in persönlichen Krisen, nicht speziell für bisherige Psychiatriefragestellungen. In diesen Zentren sollen die anstehenden Probleme inhaltlich erörtert werden (das geht gegen die Psychopharmaka) und zwar genau dann, bevor sie eskalieren. Das bedeutet: leichte Erreichbarkeit, Verzicht auf Anmeldung oder Aufnahmeprozenduren, auf Aktenführung und Datenerhebung, auf Amtsfunktionen und Amtscharakter. Weiterhin sollten diese Krisenteams bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen auch mobil vor Ort in den beteiligten sozialen Zusammenhängen aktiv werden können. Es ist klar, daß diese Einrichtungen nicht personenbezogen, sondern pauschal zu finanzieren sind. Zur inhaltlichen Seite: Würden dieselbe Menge Geldes und die gleichen gesellschaftlichen Ressourcen, die für Pharmakaforschung aufgewendet werden, bereitgestellt für Erforschung und Vermittlung von inhaltlich-thematisch bestimmten Krisenineterventionsstrategien, dann hätten wir längst Riesenschritte gemacht und schon viel mehr Zugangmöglichkeiten auch zu den sogenannten schweren psychotischen Störungen gefunden. Wie sich das Verständnis menschlichen Verhaltens in den letzten drei Jahrzehnten entfaltet hat, verspricht noch viele Spielräume für weitere Entwicklungen in dieser Richtung. Doch ist Krisenintervention hier nicht als technische Funktionalität gemeint. Daß jemand dieser gemeinsamen Realität entfliehen will, durch »Ideen« oder indem er sich umbringt oder allmählich totsäuft, bleibt ja weiterhin menschliche Möglichkeit. »Brave new world«, wenn diese Schlupflöcher verstopft würden. Aber es gibt sicher noch viele humane und sinnvolle Reaktionn auf diese Verhaltensweisen zu entwikkeln, die dem Betroffenen ermöglichen, klarere Entscheidungen für sich zu fällen. Die skizzierten Zentren wären dafür geeignete Orte, wenn dort das professionelle Engagement und eine flexible Organisation ermöglichen, sich bei Bedarf auch stunden- und tagelang mit einem Menschen aus-

einanderzusetzen und ihm zu begegnen, statt ihm nach 15 Minuten einen Wahn zu attestieren.

Sinnvoll für diese Krisenzentren wäre die Zusammenarbeit mit Wohngemeinschaften (auch diese bitte, sofern überhaupt betreuungsbedürftig, ohne personenbezogene Finanzierung), mit Hausgemeinschaften und sonstigen möglichst normal/verrrückt-gemischten Wohnformen (z. B. auch die derzeit in Nordrhein-Westfalen erprobte Möglichkeit, ehemalige Psychiatriepatienten in Familien als Gast wohnen zu lassen). Diese Wohnformen können nötig sein, wenn es sich für jemand als sinnvoll erweist, eine Zeitlang seinen bisherigen sozialen Kontext zu verlassen, weil dort Konfliktlösungen z. Z. nicht möglich sind, oder sie empfeheln sich als eigenständige dauerhafte Lebensformen gegenüber unerträglicher Vereinzelung oder bloßer Verwahrung. Hauptkennzeichen auch hier: möglichst informell.

Neben den Krisenzentren für kurzfristige Interventionen schlagen wir aus präventiven, aber auch lustvollen Gründen Orte vor, die es ermöglichen, Auseinandersetzung mit sich, mit anderen, mit seinen Lebensproblemen zu lernen. Auch diese Orte sind nicht speziell für die bisherige Psychiatrieklientel gedacht, sondern für die Allgemeinheit. Denn Entfremdung von den anderen und von sich, von seinem Schmerz und seiner Lust ist ja ein gesellschaftliches Phänomen. Gestörte Kommunikation ist die Regel, nicht die Ausnahme, sie findet sich in Familien von Verrückten ebenso, nur weniger erfolgreich und angepaßt, wie an Stammtischen oder z. B. auf psychiatrischen Fachtagungen oder in politischen Gruppen. Daß es hier nicht darum geht, den Großen Therapeutischen Bruder zu inszenieren, der in jede Beziehungsauseinandersetzung schnüffelt oder in der Schule eintrichtert, wie man richtig kommuniziert und seinen Gefühlshaushalt steuert, versteht sich von selbst. Gedacht ist vielmehr an einen breiten gesellschaftlichen Prozeß. Schon heute kann man davon ausgehen, daß es in der Bevölkerung ein immenses Bedürfnis gibt nach Aufhebung von Entfremdung, welches bislang hauptsächich im Psychoboom und dort dummerweise nach Kategorien des Marktes kanalisiert wird. Dies ist weniger ein Grund, sich empört abzuwenden, als einer, Phantasie für Alternativen, für bessere Orte zu entwickeln. (Auch die weitgehende Ablehnung von Therapie in der italienischen Psychiatrie bleibt eine defensive Strategie, wenn sie nur, verständlicherweise, nicht mehr dazu kommt, die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Lebensproblemen zu führen, mit seinen wie auch unbedingt mit den gesellschaftlich durchschnittlichen).

Therapie ist dabei nur eine sehr spezielle, sehr begrenzte Form dieser Auseinandersetzung. Und so sollten in den Kommunikationszentren Nachbarschaftsheimen, Begegnungsstätten, wo auch immer dieser individuelle und gesellschaftliche Prozeß stattfindet, eben auch viele andere Formen Platz finden: Selbsthilfegruppen, Selbsterfahrungsangebote, Co-Counseling (gegenseitige Laienberatung), nicht zuletzt die Kultur des ein-

fachen, gleichberechtigten offenen Gesprächs. Denn auch hier gilt: Je näher am Altag, desto besser. Den Alltag gilt es zwar zu verändern, bewußter und weniger entfremdet zu gestalten, aber es soll keine abgehobene Scheinrealität, keine heile Psychowelt an seine Stelle treten.

Viel weiter ist unsere Diskussion noch nicht gediehen. Das skizzierte Krisenzentrum oder Kommunikationszentrum ist ja die Idealform dessen, wofür wir selbst gerade mal in kleinen Ausschnitten bei uns die organisatorische Basis gelegt haben und nun geduldig weiterbauen müssen. Eine riesige Menge weiterer Fragen steht offen, und es gibt nur einige Ansätze von Antworten: z. B., was ist, unter obiger Präambel, zu tun, wenn jemand in seiner Verrrücktheit sich und andere gefährdet? Die alternative Liste in Berlin hat in mühsamer Arbeit zusammen mit Irrenoffensive und dem Beschwerdezentrum Berlin einen Alternativentwurf, statt bloßer Ablehnung die positive Formulierung eines neuen »Psychisch-Kranken-Gesetzes« gewagt, das gegenüber den beängstigenden Entwürfen der etablierten Parteien dem einzelnen Betroffenen wesentlich mehr Rechte gibt und dennoch das Schutzbedürfnis der Allgemeinheit gebührend berücksichtigt (Unterbringungsdauer auf 7 Tage beschränkt). Breite Diskussion verdiente das Thema »Sinnvollle Arbeit für Menschen in und nach Krisen«, das natürlich die ganze Fragestellung nach sinnvoller, nicht entfremdeter Arbeit für alle mit nach sich zieht. Vage Antworten könnten sich aus den Erfahrungen der bestehenden Selbsthilfefirmen ableiten, wenn sich auch noch Wege fänden, wie die dort Beschäftigten sich »ihre« Firma auch aneignen und mitgestalten könnten; vage Hoffnungen bietet die Alternativbewegung.

Außerhalb unseres eigenen Erfahrungsbereichs (wir machen keine Hausbesuche) liegen all die Situationen, wo jemand Hilfsangebote nicht aufsuchen kann oder will, desgleichen die Übergänge zu somatischen Fragestellungen (Alkohol, Drogen, neurologische Fragen). Entsprechend kompetente Leute fänden auch hier sicher viel freies Terrain für Phantasie über neue Arten von Einrichtungen — wenn wir uns in der Zeit des relativen Roll-back nicht einfach bescheiden und das bisher erreichte mühsam zu erhalten suchen, sondern weiterdenken und ausformulieren, was wir für wünschenswert halten.

Aber nun endlich zur Neuansiedlung: Welche organisatorische Form der Einrichtungen und der Trägerschaft bietet sich an für das oben formulierte Ziel, leidenden Menschen und ihren Problemen möglichst pur, ohne bürokratische Überformung zu begegnen? Georg Bruns (s. o.) hat mit Verweis auf Max Weber und neuere organisationssoziologische Arbeiten deutliche und begründete Zweifel formuliert, daß die hierarchisch strukturierte staatliche Gesundheitsbürokratie den Aufgaben einer offenen, flexiblen sozialpsychiatrischen Arbeit gerecht werden könnten. Er verweist stattdessen auf das »human-relation«-Modell, das für Arbeitsbereiche sinnvoll und effektiv sei, die viel soziale Fertigkeiten und flexiblen Arbeits-

stil erforderten. Dieses Modell verlange aber eine Umschichtung der Behörden und die Einführung eines gleichwichtigen Informations- und Kommunikationsflusses von unten und oben. Seine Skepsis, ob eine solche Verwaltungsreform realistisch sei, bewegt ihn zur Empfehlung, die ambulante gemeindenahe Arbeit freien Trägern anzuvertrauen und den Sozialpsychiatrischen Diensten, in geringerer personeller Besetzung nur noch im wesentliche Hoheitsfunktionen zu überlassen.

Eine gründliche Überholung der hierarchischen Entscheidungs- und-Kommunikationswege wäre den Verwaltungen und vor allem den Menschen darin durchaus zu gönnen. Da schließe ich mich Bruns an und teile auch seine Skepsis, ob das überhaupt geht. Hilfsangebote für Menschen in Krisen müssen woanders eingerichtet werden. Das mit den freien Trägern klingt mir zu allgemein. Die größeren und bekannteren davon erscheinen ja selbst schon reichlich verkrustet und unbeweglich, und auch die kleinen und neuen (und eben auch wir, die wir ganz anders sein wollten) unterliegen ständig dieser Gefahr, sobald sie sich einmal etabliert haben, sobald Routine einkehrt. Früher hieß das Allheilmittel permanente Revolution. Das Wort ist fast in Vergessenheit geraten, der Mensch braucht bekanntlich auch seine Sicherheiten. Eine Garantie gegen das Einrosten von ursprünglich verändernd gedachten Initiativen gibt es halt nicht, aber es ist möglich, Bedingungen zu schaffen, die es weniger wahrscheinlich machen.

Ich schlage vor: Selbstverwaltete und aus eigener Initiative der Mitarbeiter entstandene Teams, die sich für bestimmte gesellschaftliche Problemstellungen interessieren (z. B. Krisenarbeit) und kompetent fühlen, erklären sich bereit, diese Problemfelder in bestimmtem Umfang verantwortlich zu bearbeiten. Sie arbeiten mit anderen Teams, die verwandte oder inhaltlich benachbarte Themen behandeln, nach Bedarf zusammen, tauschen sich aus und bringen gemeinsam weitergehende politische Initiative zuwege, und zwar von unten her, aus der unmittelbaren Erfahrung dessen, was nötig ist (z. B. des Erlebnisses, daß öfter kurz vor Ende der Öffnungszeit einer Kontaktstelle Menschen in Krisen ankommen und auf Dauer nicht das persönliche Engagement der jeweiligen Mitarbeiter beansprucht werden soll; stattdessen wird eine weitergehende Lösung entwickelt, die Einrichtung eines nächtlichen Beratungsdienstes). Statt der abstrakten und formalen Lösung von oben (etwa der Enquete-Einteilung in Standardversorgungsgebiete), die wenig Leidenschaften zu entflammen vermag, also Verantwortlichkeit und das Problembewußtsein von unten. Es sind dafür natürlich andere Mitarbeiter erfoderlich als solche mit Job-Mentalität, und es ist anzunehmen, daß in einer Situation mit solchen Gestaltungsmöglichkeiten wie im hier skizzierten Modell viel persönliche Kompetenz und viel Bereitschaft zur Verantwortlichkeit freigesetzt wird. Darüberhinaus ist persönliche Betroffenheit gefragt: als Motivation für diese Art von Arbeit und als Brücke zu dem Ratsuchenden, der ja kein Werkstück ist, das bear-

beitet wird, sondern bei seinem Gesprächspartner etwas anspricht an eigenem Erleben. Entsprechend sollte die eigenen Betroffenheit der Mitarbeiter nicht in Supervision oder Balint-Gruppen kanalisiert werden, sondern sich in Atmosphäre und Leben »ihrer« Einrichtung ausdrücken. Die Mitarbeiter füllen nicht Funktionen eines von ihnen losgelösten, ohne sie unverändert weiterbestehenden Amtes aus, sondern sie sind »ihr« Projekt, das vielleicht verschwindet, wenn sie nicht mehr das richtige Verhältnis dazu haben. »Das ist verantwortungslos! Das ganze System auf die persönliche Betroffenheit, auf das Interesse und die Erfahrung von unten her aufzubauen, kann doch nie erreichen, daß alle Zielgruppen und Arbeitsbereiche ausreichend und im richtigen Ausmaß abgedeckt werden!« Diese Angst, in manchen Diskussionen oder Beiträgen formuliert, scheint tief zu sitzen. Droht hier die Anarchie? Die Angst verwundert mich etwas angesichts der realen Kräfteverhältnisse. Die Planung von oben dominiert ja bisher unbestritten, und, sollte eines Tages die Initiative von unten genügend Platz und Gewicht gewonnen haben und sich eweisen, daß sie nicht ausreicht, dann mag es berechtigt sein, sich über Planung von oben her Gedanken zu machen. Aber jetzt, wo sich gerade zarte Ansätze von unten regen, die Entwicklung und ihre Konzepte gleich als bedrohlich zu erleben, zu bremsen und zu warnen, erscheint doch verfrüht. Gebt Gedankenfreiheit, Leute!

Gleichzeitig ist es natürlich vernünftig, kritisch zu beobachen, wohin die Entwicklung geht bei den Projekten, die heute schon nach ähnlichen Prinzipien arbeiten, und vor allem, was daraus durch staatliche Interventionen wird. Als Beispiel wieder die Berliner Situation, wo mit Gesundheits- und Sozialsenator Fink jemand medienwirksam neue Strukturen schafft, der offensichtlich das Biedenkopf'sche Gesellschaftsmodell aus den Oppositionszeiten der CDU in die Praxis umsetzt: Bekämpfung der Vereinzelung der Bürger und ihrer Ohnmachtsgefühle durch Aufbau neuer oder Wiederbelebung alter Netze von Nachbarschaftshilfe, von kleinen sozialen Einheiten, die überschaubar sind und der Anonymität entgegenwirken, vermittelt durch die Einrichtung von Sozialstationen, die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfezentren und indem ohne viel Berührungsängste Initiativen von unten aufgegriffen und ins »Versorgungs«-System eingebunden werden (wie Z. B. unser Projekt die Funktion einer Kontaktstelle übernehmen soll, statt daß eigene staatliche Stellen aus dem Boden gestampft werden). Diese partielle Offenheit gerät alledings schnell an ihre Grenzen, etwa wenn in der Senatsplanung ankling, daß innerhalb des Versorgungssystems unnützer Streit der verschiedenen Konzeptionen unerwünscht ist, daß vielmehr alle Beteiligten harmonisch zusammenwirken sollen: der Widerspenstigen Zähmung. So bekamen wir die ernstgemeinte Anregung zur Zusammenabeit (»Anbindung«) zwischen unserem Krisendienst und der Kassenärztlichen Vereinigung, während wir diesen

Dienst doch im ausdrücklichen Gegensatz zu medizinisch-krankschreibenden Vorstellungen konzipiert hatten. Gegenüber diesem Einheitsbrei, der Konturen verwischt und Widersprüche zudecken soll, ist Auseinandersetzung und sind klare Positionen nötiger denn je.

Auch gegenüber der Selbsthilfebewegung, auf die der Senat mit seiner Finanzierung massiv und steuernd Einfluß nahm, ist es mit der Offenheit nicht weit her. Die Meta-Organisation, die sich der politisch aktive Teil der Bewegung wünschte, im Einklang mit den eigenen Vorstellungen von Dezentralisierung und Selbstverwaltung durch die Gruppen, hatte keine Chance. Jetzt bestimmt SEKIS, ein Wasserkopf nach herkömmlichem Organisationsmodell, in Sanatsnähe angesiedelt, das Bild und kanalisiert die Selbsthilfeidee.

Grundsätzliche Veränderungen waren also nicht möglich. Die übrige Politik der CDU (Wirtschaft, Wohnungsbau, Ordnungspolitik etc.) trägt natürlich weiterhin dazu bei, daß Menschen in ihren Konsumsilos vereinzeln, daß soziale Zusamenhänge zerrissen werden und das Ohnmachtsgefühl des Bürgers wächst und auch sein Konkurrenzverhalten. Somit bleiben die Fink'schen Reformen letzlich Reparaturen. Kosmetik, im Einzelfall wohltuend, aber ohne die Vision einer tatsächlichen Umkehr. Die Projekte, die sich dennoch einbinden lassen bzw. Aufgaben übernehmen, um nicht außen vor zu bleiben, werden höllisch aufpassen müssen.

Aber: steht denn ein Netz von Projekten, wie ich es bisher angedeutet habe, in diese Hinsicht überhaupt besser da? Gibt es eine Vision, ein stimmiges gesellschaftliches Modell dahinter, einen politischen Hintergrund, der denselben Prinzipien entspricht und langfristig dafür sorgen würde, daß Menschen weniger isoliert, weniger konkurrierend, weniger von sich und der Natur entfremdet und weniger kaputt leben könnten?

Theoretisch ja: die bislang formulierten Gedanken sind gewachsen im Umfeld der Alternativbewegung, der undogmatischen Linken (bis zu den Spontis) und gehören zu den alternativen Versuchen in vielen Bereichen, von der Ablehnung der bestehenden Verhältnisse zu realistischen positiven Aussagen und Zielsetzungen und dafür passenden Strukturen zu kommen. Das bedeutet: Positive Aussagen und konkrete gelebte Projekte mit dem Ziel selbstbestimmter Arbeits- und Wohnverhältnisse, mit dem Ziel der Selbstbestimmung in Beziehungen zu anderen Menschen, des Aufbaus von stabilen und nicht einengenden sozialen Zusammenhängen im Kiez, in der Hausgemeinschaft (in den besetzten Häusern in Berlin fanden viele Menschen, die aus der Psychiatrie geflüchtet waren, Unterschlupf und Freiraum).

Praktisch ist das alles schwieriger und nicht so rosig. Im bürgerlichen /christlichen Lager ist es der brutale Egoismus der Marktwirtschaft, der weitergehende soziale Visionen nicht aufkommen läßt und Nächstenliebe und dergleichen nette Ideen immer wieder zur Bedeutungslosigkeit, zu blo-

ßen Feigenblättern degradiert. Bei Sozialdemokratie und Gewerkschaften ist es die grobe Vernachlässigung der ursprünglich blühenden Zusammenhänge (Genossenschaften, Konsumvereine) und die Hinwendung zur Einkommenssteigerung nach 1945, zur materiellen Absicherung, die eine befriedigende soziale Utopie bei ihnen nicht finden lassen. Die Alternativen schließlich sind in Gefahr, am Primat der Selbstentfaltung zu scheitern, an der Schwierigkeit, Selbstbestimmung und Einsatz für das eigenen Umfeld, das die Basis für die Selbstentfaltung legen muß, auszubalancieren. Denn Spontaneität, Befreiung aus Zwängen und aus Fremdbestimmung, also die Ideen, die die Bürger gleichermaßen faszinieren wie in ihrer Sicherheit bedrohen und die die Alternativbewegung zeitweise so kometenhaft in die Medien aufsteigen ließen: sie brauchen zugleich langfristige Perspektive und persönliches Einstehen für die eigenen Ziele und für den sozialen Kontext, der den einelnen trägt, will die Bewegung nicht bloße Welle, vorübergehende Zeiterscheinung bleiben.

Doch zurück zur Psychiatrie: Auf die Umgestaltung, Entinstitutionalisierung von Psychiatrie und die Neuansiedlung von psychosozialen Diensten bezogen heißt das: Persönliche Konsequenz, unter Umständen auch auf gesicherte BAT-Stellen verzichten, um lieber eigene Vorstellungen zu verwirklichen; sich in soziale Zusammenhänge einklinken, statt am Ende der Dienstzeit raus aus der Gemeinde ins streng getrennte Privatleben zu starten, Patienten in die Therapeutische Wohngemeinschaft zu schicken, die ihnen oft vom Lebensstil her fremd ist und mit ihrer Nähe ängstigt; sie zur Integration in die Gemeinde zu schicken und in Kontaktstellen zu locken, währen die Betreuer keine Lust und Bereitschaft auf soziale Zugehörigkeit haben, wird letztlich nicht überzeugen.

Nach diesen Ausflügen in die Gesellschaftspolitik nochmal kurz zurück zu dem skizzierten Modell, zur Finanzierung. Die Finanzierung ist ja immer der entscheidende Ansatzpunkt für Einflußnahmen von »oben«. Idealerweise, um Einzelfallabrechnung und all die über Geld geregelten Rollenzuweisungen zu verwmeiden, sollte dem jeweiligen Projekt eine fixe Pauschalsumme zur beliebigen, selbstbestimmten Verwendung zugewiesen werden. Neben dem Rechnungshof sollte dann aber auch den Benutzern der Einrichtung das Recht zustehen, die Wirtschaftsführung zu begutachten. Wer wird diese Gelder zuweisen, wer wird über die Vergabe entscheiden? In Berlin haben 1984 die meisten freien Drogenberatungsstellen nach längeren Querelen mit der Senatsverwaltung es vorgezogen, die Arbeit einzustellen, als ihnen mit dem Druckmittel der Stellenkürzung ein neues, unakzeptables Konzept aufgedrückt werden sollte. Dieses Beispiel steckt uns noch in den Knochen. Eine Mitbestimmung der Projekte ist unerläßlich, langfristig wäre sogar zu überlegen, ob sie nicht alleine über die Verteilung der vorhandenen Mittel aus der unmittelbaren praktischen Erfahrung heraus befinden sollten. Über alle möglichen rechtlichen Konstruktionen (Bei-

räte, öffentlich-rechtliche Organisatiosformen, Mischfinanzierungen) wäre nachzudenken.

Wie können die skizzierten Veränderungen in Gang kommen?

Sie sind hier nur in groben Zügen angerissen und müßten sich prozeßhaft weiterentwickeln, durch neue Erfahrungen, neue Diskussionen, ohne vorgegebenes Schema. Daß sie wirklich werden, setzt zweierlei voraus: die Bereitschaft unter den in der Sozialpsychiatrie Tätigen, wieder mehr über den aktuellen Rahmen des Machbaren hinaus an das Wünschenswerte zu denken, den eigenen Erfahrungsbereich nicht mehr absolut, sondern bedingt zu sehen (einen »Patienten« kann man in der Klinik eben nur als Patienten erleben) und sich von der Macht des Faktischen nicht länger die Phantasie blockieren zu lassen. Ideen, freie Gedanken, sind nach wie vor Veränderunspotential.

Die zweite Voraussetzung liegt in der Freude am Risiko, eigene Vorstellungen modellhaft und offensiv umzusetzen und nicht lange auf Erlaubnis oder Unterstützung zu warten. Selbst die bisherigen Finanzierungswege bieten dafür Nischen. Es reicht nicht, wie in jener vergangenen Aktion der DGSP, zu sagen: »Ich lehne die Verantwortung ab!«, sondern es ist Zeit, zu zeigen, wie die Utopie heute begonnen werden kann — bevor das Versorgungssystem uns selbst den Schneid abgekauft hat, die Droge BAT oder KR uns entmündigt.

Horacio Riquelme U.

Nicaragua: Psychosoziale Versorgung im Aufbauprozeß

1. Ausgangsbedingungen

Es ist allgemein bekannt, daß Nicaragua sich bereits 1980 zu dem programmatischen Ziel der Weltgesundheitsorganisation »Gesundheit für alle im Jahre 2.000« offiziell bekannt und dafür eine grundlegende Neugestaltung der Gesundheitsversorgung vorgenommen hat. (s. Tabelle 1). Das überrascht wenig, wenn man berücksichtigt, daß das sogenannte Entwicklungsland Nicaragua auf eine neue Gesellschaftsform hinstrebt, in der die direkte Beteiligung der Bevölkerung am Aufbauprozeß und die Befriedigung der Grundbedürfnisse — darunter ebenso Gesundheit — die Basis der Garantie für gerechte soziale Strukturen bilden sollen[1].

Neu ist indessen die ausdrückliche Einbeziehung des psychosozialen Sektors in den konzeptionellen Aufbau der Basisgesundheitsversorgung, denn es soll nicht nur — wie fast überall üblich — für die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit allein im organischen Sinne gesorgt werden, vielmehr wird von einem Konzept der integralen Gesundheit ausgegangen und dementsprechend die psychische Gesundheit (Salud Mental) ebenbürtig einbezogen.

Im Regierungsprogramm[2] heißt es zur Salud Mental:

»Die psychischen Erkrankungen entstehen auf eine ähnliche Art und Weise wie die anderen Erkrankungen des Menschen: Ihre Ursachen liegen in Störungen der Interaktion zwischen dem Individuum und der natürlichen bzw. sozialen Umwelt und sollen aus dem jeweiligen historischen Kontext heraus verstanden werden.«

Entsprechend dem Grundsatz einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung wird bekundet und postuliert:

»Die psychische Gesundheit ist ein Recht des Individuums und wird zu einer Verpflichtung des Staates. Die Revolution und ihre aufkeimenden Institutionen vollbringen unzählige Aktivitäten, die zu einer besseren psychischen Gesundheit in der Bevölkerung führen, wennschon dieses keine spezifische Zielsetzung bildet.«

Diese ausdrückliche Berücksichtigung der psychosozialen Gesundheitssituation offenbart m.E. die Bereitschaft, die latente Brisanz des Problems öffentlich wahrzunehmen und dadurch eine fortdauernde Diskussion auf allen Ebenen in Gang zu setzen, um zu einem neuen Umgang der Bevölkerung mit der psychischen Gesundheit und deren Bedingungen beizutragen.

Dieser programmatische Anspruch konfrontiert aber auch damit, daß die gegenwärtigen Ressourcen zur Gewährleistung einer allgemein zugänglichen psychosozialen Gesundheitsversorgung einfach unzureichend sind

Tabelle 1

DER NATIONALE EINHEITLICHE GESUNDHEITSDIENST / S.N.U.S.	
Grundsätze:	Gesundheit wird als Recht aller Bürger und Verantwortung des Staates und der organisierten Bevölkerung betrachtet.
	Gesundheitsdienste werden der Gesamtbevölkerung zugänglich gemacht und streben die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse an.
	Die Gemeinschaft soll an allen Aktivitäten des einheitlichen Gesundheitsdienstes teilnehmen; hier ist für eine kontinuierliche Verständigung über die Bedürfnisse der Bevölkerung und über die Patientenbehandlung durch die Tätigkeit der Volksgesundheitsräte Sorge zu tragen.
	Die Forschung soll eine optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen veranlassen, damit der notwendigen Effizienz in Zeiten langandauernder Knappheit Rechnung getragen und gleichzeitig die Basis für die wissenschaftliche Entwicklung und Weiterbildung gelegt wird.
Organisation:	Das Gesundheitsministerium ist in Unterabteilungen für Prävention, Basisversorgung, Gesundheitserziehung, Medikamente, psychische Gesundheit und Fortbildung gegliedert.
	Die Versorgungsgebiete verfügen über regionale Koordinationsleitungen mit dezentralisierten Handlungsbefugnissen und Verantwortung für die lokale Gesundheitsversorgung.
	Die Versorgungsareale umfassen 15 - 80.000 E. je nach geographischen Charakteristika und Zugänglichkeit und tragen zu einer kohärenten Entfaltung der Gesundheitsversorgung vor Ort durch die Einbeziehung der lokalen Bevölkerung bei.
	Infrastrukturelle Koordinierung erfolgt auf drei Ebenen: Krankenhäuser, Gesundheitszentren mit Betten und einfache Gesundheitsposten.
	Es erfolgen integrative Bemühungen zwischen dem Fachpersonal (Ärzte, Krankenpfleger und Hilfspersonal) und anderen "nicht technischen" hier Tätigen mit einer Basisausbildung, die problemorientiert ausgebaut wird (Gesundheitsbrigadisten und traditionelle Hebammen).

QUELLEN: MINSA, 1983, & Tognoni, 1984

und neue Schwerpunktsetzungen auf präventive Tätigkeit, vor allem aber auch auf kontinuierliche Partizipation der Bevölkerung erforderlich machen[3].

Zum Verständnis für die heutige schlechte Situation in der psychosozialen Gesundheitsversorgung wird auf die systematische Pauperisierung des Landes und seiner Institutionen unter Somoza hingewiesen. Die psychische Gesundheit erfuhr damals so gut wie keine Beachtung in der öffentlichen Gesundheitsplanung. Die gesamte Gesundheitsversorgung war hauptsächlich marktwirtschaftlich ausgerichtet und konnte nicht mehr als 30% der nicaraguanischen Bevölkerung strukturell erreichen. Sämtliche Merkmale einer auf privatem Kapital fußenden Gesundheitsversorgung konnten in der damaligen Gesundheitspolitik und deren Auswirkungen exemplarisch beobachtet werden.

Einige Folgen davon werden in der Tabelle 2 sichtbar. So sind die starke Konzentration des medizinischen Personals auf die Städte, die sowohl absolut als auch relativ gegenüber der Ärztezahl extrem geringe Anzahl von Krankenschwestern und Hebammen und die Vernachlässigung von hygienischen Maßmahmen — wie z.B. der Trinkwasserversorgung — strukturelle Charakteristika dieser Form der medizinischen Versorgung, die allein

Tabelle 2

EINIGE INDIKATOREN ZUR GESUNDHEITSSITUATION			
		1978	1983
Lebenserwartungsrate		52,6 J.	57,6 J.
Sterblichkeitsrate		16,4 ‰	11,1 ‰
Kindersterblichkeitsrate		ca. 130,0 ‰	88,2 ‰
Impfkampagnen bei Kindern (bis zum 1. Lebensjahr und nach 1981)	Diphterie TBC Polio		61,5 % 65,2 % 83,1 %
Verhältnis Einwohner/Arzt (Stand 1980)	durchschn. städtisch ländlich		1833 986 4063
Verhältnis Einwohner/ Krankenschwester und Hebammen (Stand 1980)	durchschn. städtisch ländlich		3183 1844 6158
Trinkwasserversorgung % der erreichten Bevölkerung	städtisch ländlich	? ?	68,8 % 6,2 %
Anteil des Staatsbudget für	Erziehung Gesundheit	? ?	12,2 % 12,0 %
Analphabetenquote		über 50,0 %	ca. 13,0 %
Verhältnis Einwohner/ psychosoziales Team		-	ca. 200.000

QUELLEN: MINSA, 1983, & Tognoni, 1984

für die kurative Behandlung der kleinen Schicht zahlungsfähiger Klienten in einem verarmten Land aufzukommen hatte[4].

Diese Tabelle erlaubt einen Vergleich zwischen den Jahren 1978 und 1983. Sie zeigt erstmal die Misere der Gesundheitssituation unter Somoza auf. Hierin lassen sich nunmehr Fortschritte u.a. in Hinblick auf die Kindersterblichkeitsrate (von ca. 130‰ in den 70er Jahren auf 88‰ 1983) und die umfassenden Impfkampagnen (die Polio ist 1982/3 ausgerottet worden) nachvollziehen. Für die soziale Situation im Neuen Nicaragua ist die Bedeutung von Erziehung und Gesundheit kennzeichnend, im jetzigen Regierungskonzept wird dies mit einem Anteil am Staatsbudget von jeweils 12% konkret dokumentiert[5].

Das in der Tabelle 2 aufgezeigte Verhältnis von durchschnittlich 200.000 Einwohnern pro psychosoziales Team 1983 macht die kraß defizitäre Versorgungswirklichkeit deutlich; es spornt aber auch an zu verfolgen, wie die psychosoziale Versorgung im Neuen Nicaragua — trotz Knappheit — aufgebaut wird und alltäglich arbeitet; Die Ausgangslage war gekennzeichnet zum einen durch eine geringe Anzahl von Fachkräften für Psychotherapie (ca. 60 Psychologen, ca. 30 Psychiater und weniger als 10 Fachkrankenschwestern), von denen zudem viele Privatpraxen betrieben und für eine Allgemeinversorgung nur bedingt zu gewinnen waren, und zum anderen durch ein 45 Jahre altes Irrenhaus in der Hauptstadt, das lange schon allein wegen der Unfallgefährdung durch die verfallenen Gebäude als Krankenstätte untauglich geworden war. Hier wurden an die 400 Patienten über Jahrzehnte hinweg untergebracht, von denen vielfach weder Name noch Aufnahmediagnose und -datum registriert worden waren. Es verwundert wenig, daß dieses psychiatrische Krankenhaus als ein Ort der Vergessenheit von der Bevölkerung wahrgenommen wurde und hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit wenig überzeugte. Darüber hinaus ist die beständige Tätigkeit unzähliger Curanderos, Yerbateros und Brujos (traditionelle Heiler, Kräuterkundige und »Hexer«) zu erwähnen, von denen nur indirekt zu erfahren ist, daß sie hellseherisch-diagnostische Aktivitäten u.a. mit Hilfe von Karten und Muscheln oder suggestive bzw. bzw. rituelle Behandlungen durchführen. Sie werden zwar in keiner Statistik erwähnt, jedoch dürfte ihre Tätigkeit neben der Großfamilie als breites Beziehungsgeflecht noch heute für eine Form psychischer Stabilität Sorge tragen, die große Bedeutung in dem gegebenen historischen und soziokulturellen Kontext erlangt hat und bislang in Gestaltung und Konsequenzen nicht erforscht worden ist.

2. Salud Mental: Programm und Strategie

Die Unterabteilung Salud Mental wurde bereits 1980 im Gesundheitsministerium mit der fachlichen Förderung der psychischen Gesundheit beauftragt.

Ihre programmatische Zielsetzung wird folgendermaßen definiert:

»Die psychische Gesundheit ist als Ausdruck integralen Wohlbefindens zu verstehen. Sie erlaubt dem Menschen, sein Leben aktiv zu gestalten, das heißt, am gesellschaftlichen Entwicklungsprozeß kreativ teilzunehmen, indem er fähig ist, den vielfältigen Lebensereignissen mit Gleichmut und Entschlossenheit gegenüberzutreten ...«

Diese Unterabteilung sollte sich wie üblich mit Aufgaben der Prävention, Behandlung und Rehabilitation im psychosozialen Bereich befassen, aber ebenso Beratungsarbeit bei der neuen Gesetzgebung und Zusammenarbeit mit anderen Ministerien (z.B. Erziehungs-, Sozialministerium) leisten[6].

Salud Mental entwickelte daraufhin ein Konzept, in dem zum einen die Teilnahme der Gemeinschaft als unabdingbare Voraussetzung für die Förderung der psychischen Gesundheit gefordert wird, und das zum anderen die Versorgung durch die Tätigkeit interdisziplinärer Teams (bestehend u.a. aus Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern) versucht. Programmatisch werden dabei drei Schwerpunkte gesetzt:

1. Die Versorgungstätigkeit sollte auf die Provinzen ausgedehnt werden, um den psychisch Kranken fachliche Betreuung vor Ort und innerhalb des eigenen sozialen Geflechts zukommen zu lassen sowie dem bislang bestehenden Zentralismus entgegenzuwirken.
2. Die Patienten des psychiatrischen Krankenhauses sollten umgehend untersucht werden, um über mögliche Rehabilitations- und Behandlungsformen zu entscheiden. Ihre Identität und Herkunft sollte ermittelt werden. Des weiteren sollten die materiellen Lebensbedingungen im Krankenhaus verbessert werden (hierunter fielen u.a. längst notwendig gewordenene bauliche Reparaturen sowie neue Kleider und besseres Essen für die stark vernachlässigten Patienten.)
3. Es sollte in Gang gesetzt werden sowohl eine systematische Fortbildung des gesamten Personals in Form von Seminaren, Kursen etc. als auch eine Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für psychosoziale Belange durch Soziodramen[7] und Comic-Strips[8], die über Entstehung und Bedeutung psychischen Leidens informieren.

Da in Nicaragua fast alle psychotherapeutischen Schulen durch einzelne Vertreter präsent sind (die Fortbildung von Psychiatern, Psychologen und Fachkrankenschwestern erfolgte bis vor kurzem ausschließlich im Ausland), ermöglichte diese konzeptionelle und programmatische Schwerpunktsetzung, die richtungsweisend wirkte, die Einbeziehung einiger Internationalisten[9] aus Lateinamerika, Spanien und Italien in die psychosoziale Versorgungstätigkeit, ohne daß dabei die bestehenden Unterschiede des psychokulturellen Hintergrunds und der fachlichen Entwicklung zu wichtigen Störfaktoren in der Zusammenarbeit geworden wären. Vielmehr ergab sich hier eine Gelegenheit, durchaus konträre Ansichten im psychiatrischen Breich im Diskurs auszutragen und dabei die eigenen Grenzen zu überprüfen und in Zusammenarbeit mit den anderen zu überschreiten versuchen[10].

3. Programmumsetzung

Die Erfüllung des Programms zur psychosozialen Versorgung ist bezüglich der drei genannten Schwerpunkte folgendermaßen vonstatten gegangen:

Zu 1.: Seit 1982 und bis heute wurden in den meisten Provinzhauptstädten Ambulatorien oder Zentren der psychosozialen Versorgung (CAPS: centros de atenciôn psicosocial) errichtet[11]. Interdisziplinäre Teams erfüllen hier die Aufgaben

a) der *Prävention* — durch öffentliche Vorträge, Diskussionsrunden und Soziodramen über Themata der psychischen Gesundheit vor Ort, das heißt, in Fabriken oder der Nachbarschaft und in Zusammenarbeit mit den lokalen Organisationen;
b) der psychiatrisch/psychotherapeutischen ambulanten *Behandlung* — Durchführung von gruppen- und familientherapeutischen Sitzungen, von psychopharmakologischer Behandlung und Arbeitstherapie;
c) der *Rehabilitation* — u.a. Förderung der Reintegration ehemaliger Patienten des Irrenhauses.

Da die Ambulatorien von Salud Mental den örtlichen Polikliniken zugeordnet sind, wird der Anspruch auf die Förderung ganzheitlicher Gesundheit auf eine schlichte Art sichtbar gemacht. Hier wird eine psychosoziale Versorgung durchgeführt, die auf interdisziplinär-integrative Behandlung und nicht auf Normierung und Ausgrenzung hinarbeitet und deswegen das Vertrauen der Bevölkerung erreichen kann. Dementsprechend ist die Resonanz bei den Bewohnern, die sich an der Arbeit in den Polikliniken, mitunter also auch der Salud Mental, beteiligen, sie setzen sich ebenso offen und bereitwillig mit den präventiven reintegrativen Aktivitäten von Salud Mental wie z.B. mit der Mutter-Kind-Versorgung auseinander. Die CAPS stehen jedem Besucher offen, der sich über ihr Tun vor Ort informieren will. Ihre Mitarbeiter sind sehr freundlich und aufgeschlossen. Aus den jährlichen Berichten der CAPS lassen sich spezifizierte Ergebnisse dieser dezentralisierten psychosozialen Versorgung entnehmen, die die gute Aufnahme bei der Bevölkerung und den Fortschritt bei allen hier eingeleiteten Aufgaben der psychosozialen Versorgung dokumentieren und Anlaß zu der Annahme bieten, daß diese die maßgebliche Form der Förderung und Behandlung der psychosozialen Gesundheit auch in Zukunft sein wird. Diese Zentren sind materiell jedoch sehr knapp ausgerüstet und personell fast minimal besetzt (was allerdings durch die freiwillige Tätigkeit vieler lokaler Laien gemildert wird.).

Allein die gute Zusammenarbeit der interdisziplinären Teammitglieder untereinander und mit der Bevölkerung dürfte die Unzulänglichkeiten in der Organisation bewältigen helfen und sichtbare Zufriedenheit bei den Akteuren dieses Versuchs aufkommen lassen, denn ohne diese würden sie ihr übermäßiges Arbeitspensum wahrscheinlich weniger kreativ gestalten, möglicherweise allzubald vor den großen Schwierigkeiten kapitulieren.

Zu 2.: Die Reform des psychiatrischen Krankenhauses stieß von Anfang an auf große Hindernisse mangels qualifizierten Personals, aber auch angesichts der geringen materiellen Ressourcen, die diesen Betrieben zur Verfügung gestellt werden konnten. Nichtsdestoweniger läßt die Reform der Anstalt kurzfristige und längerfristige Zielsetzungen in ihrem Werdegang erkennen.

Kurzfristig wird eine Institution angestrebt, in der therapeutische Aktivitäten und humane Lebensbedingungen den Vorrang haben. Bezeichnend für die Ausgangssituation war die Namenlosigkeit vieler langinternierter Patienten. Man mußte sich vielfach auf Zeitungsanzeigen stützen, um überhaupt Auskünfte über Identität und Ursprungsort vieler Insassen zu bekommen. Heute gilt es sowohl die lange Zeit der Trennung zwischen Insassen und Bevölkerung zu überwinden, um Voraussetzungen für die Reintegration zu schaffen, als auch die miserablen und durchaus erniedrigenden Lebensbedingungen der Patienten so grundlegend zu verändern, daß die Aufnahmekapazität der psychiatrischen Anstalt nicht nur durch den Tod von Patienten (noch 1977-78 soll eine Sterblichkeitsrate von ca. 10% bei den Insassen bestanden haben), sondern durch reguläre Entlassungen entsteht.

Als ein gutes Beispiel für die Bemühungen zur vollständigen Reintegration langjähriger Irrenhauspatienten kann deren Teilnahme an der Kaffeeernte in den letzen Jahren gelten, denn die Patienten konnten und können dadurch die Möglichkeit einer aktiven Beteiligung am sozialen Prozeß überprüfen, sich dabei von den anderen Erntehelfern gleichberechtigt behandelt wahrnehmen und erstmalig die Ablösung aus der institutionellen Abhängigkeit selbst in die Wege leiten. Aus dem Erfahrungsbericht[12] läßt sich etwas davon spüren:

»Am Samstag, Zahltag, wurde nicht gearbeitet. Die Patienten bekamen ihren jeweiligen Lohn mit den anderen Arbeitern der Finca zusammen ... Der Ausdruck eines jeden beim Lohnempfang zeigte allzuklar die Zufriedenheit darüber, sein Leben vollwertig zu gestalten.«

Längerfristige Zielsetzung der Reform der Anstalt ist die allmähliche Übertragung der psychosozialen Versorgungsverantwortung auf die Ambulatorien, wobei die heutige psychiatrische Anstalt einige spezialisierte Zentren der ambulanten Versorgung beherbergen soll.

Aus der Schilderung eines italienischen Teams[13], das auf einer Station für Langzeitpatienten im Irrenhaus von Managua tätig war, läßt sich dieser Prozeß nachvollziehen:

»In der ersten Zeit wurden mit den 80 Patienten Vollversammlungen abgehalten. Dies gab man aber bald auf, um mehr Zeit für die rehabilitativen Programme zu haben. Nach und nach gab der Patient seine anonyme Anpassung auf und äußerte Vorlieben, Anfragen, Bedürfnisse hinsichtlich der Beziehung zu den neu angekommenen Mitarbeitern und deren Arbeitsweise in der Abteilung: keine strenge Rollen-

trennung, keine Diskrepanz zwischen Worten und Gesten des Patienten und denen des Mitarbeiters. Bald wurde die Kleidung der Patienten in Ordnung gebracht, gab man ihnen viel Zeit für Zusammenkünfte, kannte man die familiäre Situation und begann man mit Ausflügen in die Stadt. Es wurde sehr schnell ein nicaraguanisch-italienisches multidisziplinäres Team geschaffen, das äußerst agil und aktiv war. Als die Patienten der Abteilung sich gut an das neue Team gewöhnt hatten, wurde spezifischer mit der körperlichen und psychomotorischen Stimulierung durch Entspannungsübungen und Schwimmübungen, mit Tanz zur Musik von externen Gitarren- und Percussionsgruppen begonnen, sowie mit Zeitungslektüre, Gedichtlesungen und einer Theatergruppe, Dia- und Filmprojektionen, deren Themen die Patienten aussuchten. Diese Aktivitäten brachten ein erstes Wiedersehen mit der Kultur und auch die ersten Kontakte zur neuen Gesellschaft, die sich draußen, auf der anderen Seite des Anstaltszauns entwickelt hat.

Bald artikulierten sich Wünsche, die Familien wiederzusehen. Viele Patienten allerdings hatten keine mehr, entweder waren die Verwandten gestorben oder umgezogen, bei anderen lebten sie in winzigen Dörfern im Gebirge. Sie wurden dabei von den Organisationen unterstützt, die glücklicherweise überall anzutreffen waren. In der Folge wurden Patienten nach Hause geschickt: im ersten Jahr 18, von denen fünf 10 bis 20 Jahre Anstaltsleben hinter sich hatten.

Die Patienten werden zu Hause von den Gesundheitsposten und -zentren betreut und sind, wenn auch einige Besuche geplant wurden, vom ursprünglichen Team weit entfernt. Für Patienten ohne Familie werden 3-4-Personen-Unterkünfte gesucht, von denen aus sie auch dem in Nicaragua weit verbreiteten Kleinsthandel nachgehen können, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Zu 3.: Die systematische Fortbildung des gesamten Personals in Salud Mental ist inzwischen konzeptionell ausgereift. Durch reguläre Kurse, Fallbesprechungen und Nationalsymposien wird ein interdisziplinäres Wirken theoretisch fundiert und überprüft. hierzu trägt ebenso die Ausbildungstätigkeit von Fachkräften aus Italien, Mexiko und Frankreich bei, die sich mittel- oder längerfristig in Nicaragua aufhalten und an der Weiterbildung speziell von Studenten des Gesundheitssektors im System »Studium-Arbeit« (estudio-trabajo) beteiligen[14].

Die Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für psychosoziale Belange wird durch Einsatz aller Massenmedien (Rundfunk, Fernsehen und Zeitungen) durchgeführt und zielt auf eine aktive Einbeziehung der Bevölkerung insbesondere in präventive Aktivitäten. Der gute Erfolg der bisherigen Kampagnen (Straßenkinder, Alkohol am Steuer, Rückführung psychiatrischer Patienten in die ursprüngliche Ortschaft) kann wie folgt begründet werden:

a) In der nicaraguanischen Bevölkerung besteht eine große Akzeptanz gegenüber ungewöhnlichen Verhaltensformen (»vom Dichter und Verrückten hat jeder etwas«), denn die in Großfamilien geltenden Alltagsgewohnheiten der Integration auch ungewöhnlicher Verhaltensformen wirken nachhaltig weiter.

b) Die den Nicaraguanern häufig zugeschriebene Offenheit in der sozialen Interaktion ermöglicht einen guten Rapport in Fragen der psychischen Gesundheit (dadurch wird z.B. der einschlägige Zuspruch bei Gruppen- und Familientherapien erklärt).
c) Die durch den Umwälzungsprozeß geförderte Einstellung, daß die Gesamtbevölkerung zunehmende Verantwortung in allen sozialen Bereichen gewinnen muß, dürfte sich für Aufmerksamkeit und Bereitwilligkeit in der Zusammenarbeit zwischen Bevölkerung und Salud Mental förderlich auswirken.

4. Kommentar

Im Neuen Nicaragua hat Salud Mental den Aufbau einer psychosozialen Versorgung aus einem institutionellen Vakuum heraus in Gang gesetzt. Knapp fünf Jahre in der gesellschaftlichen Unwälzung, nach dem Sturz der Somoza-Diktatur, lassen sich die Hindernisse und die Lösungsmöglichkeiten in diesem schöpferischen Prozeß in drei Schwerpunkten nachvollziehen:

1. Der große Mangel an fachlichem Personal und materiellen Ressourcen wird spezifisch durch Bildung interdisziplinärer Teams mit großen Entscheidungsbefugnissen für die lokalen Aktivitäten und allgemein durch eine Zusammenarbeit aller medizinischer Teildisziplinen in der Gewährleistung einer integralen Gesundheitsversorgung institutionell zu überwinden versucht.
2. Die Bevölkerung wird nicht als passiver Empfänger von psychosozialen Diensten verstanden, sondern in die meisten Aktivitäten von Salud Mental aktiv einbezogen.
3. Die psychiatrische Praxis vollzieht sich durch die vorrangige Tätigkeit der psychosozialen Zentren (CAPS) zunehmend ortsgebunden und an den konkreten Lebensumständen der betreffenden Bevölkerung ausgerichtet. Diese Praxis nimmt Impulse aus recht unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen auf und weiß diese in das Grundgerüst des Salud Mental-Programms zu integrieren.

Die Akzeptanz für Andersartigkeit im Verhalten der Mitmenschen, die Sensibilität für psychisches Leiden sowie das Fehlen einer ausgeprägten »Tradition des Irrenhauses«[15] in der nicaraguanischen Kultur und die programmatische Förderung einer integralen Gesundheit seitens der sandinistischen Regierung lassen eine neuartige Entwicklung im psychosozialen Bereich erwarten. Hierdurch konstituiert sich ein umfassendes sozialpsychologisches Austragungsfeld, das eine eigenartige Dynamik aufweist. Der kulturelle Hintergrund und die neue sozialpolitische Dimension ermöglichen eine Entwicklung, wo psychische Gesundheit nicht mehr länger eine statistische Größe mit einer normativen Konnotation bildet. Die psychische Gesundheit ist hier als ein wichtiges Merkmal im gesamtgesellschaftlichen Umwälzungsprozeß zu betrachten.

So scheint es, daß im Neuen Nicaragua tragfähige Bedingungen für eine übergreifende Infragestellung von Konzepten wie psychische Devianz und Dissozialität alltäglich geschaffen werden. Psychische Gesundheit wird hier nicht an der Anpassungsleistung des Individuums an die starren Normen einer nicht hinterfragten Gesellschaftsformation gemessen und bewertet. Psychisches Erleben und Leiden wird hier vor dem Hintergrund einer intensiven Umwälzung der Gesellschaft verstanden, denn die sozialen Veränderungen erzeugen gleichzeitig Anstrengung und Hoffnung bei den Individuen, und die Werturteile müssen von den Professionellen ständig überprüft weren.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die objektiven Bedingungen, unter denen die psychosoziale Versorgung im Neuen Nicaragua aufgebaut wird, äußerst bescheiden sind und die Aufgabe der Akteure bisweilen wie eine Sisyphusarbeit anmutet. Man darf jedoch nicht vergessen, daß die Gesundheitspolitik auf eine aktive Partizipation der Bevölkerung hinzielt, und daß sie die kaum vorhandenen Ressourcen in das Bestreben »Gesundheit für alle« einsetzt. Dadurch sind zum einen der Multiplikatoreffekt bei allen Beteiligten an Gesundheitsaktivitäten und zum anderen die gegenseitige positive Beeinflussung der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen um eine humane Zukunft in diesem »Land der konkreten Hoffnungen«[16] eigentlicher Motor dieser Entwicklung, die herkömmliche Vorstellungen über soziales und medizinisches Handeln nicht nur in Frage stellen, sondern massiv überholen kann.

Managua/Hamburg im Winter 1984/1985.

Anmerkungen

Die Informationen für diesen Aufsatz wurden während eines Forschungsaufenthaltes in Nicaragua im Herbst 1984 gewonnen. Zu den allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen im Neuen Nicaragua möchte ich erwähnen, daß dieser Aufbau der psychosozialen Versorgung nicht nur im Laufe der ersten fünf Jahre stattgefunden hat, sondern sich zudem — wie alle grundlegenden Veränderungen — gegen die länger als 3 Jahre andauernde Aggressionspolitik der USA behaupten mußte. In diesem »schmutzigen Krieg« sind für das kleine Volk von Nicaragua bislang der Tod von mindestens 2.000 Zivilisten, die Entführung von ca. 4.000 Personen sowie wirtschaftliche Schäden im Wert von etwa 40% des Exportproduktes zu verzeichnen. Im Bestreben nach einer gerechteren Gesellschaft ist es m.E. eine hervorrragende menschliche Leistung des nicaraguanischen Volkes, sich von diesen andauernden Verletzungen des Völkerrechts durch den »Koloß im Norden« (R. Dario) weder abhärten noch entmutigen zu lassen, sondern an der Verwirklichung seiner Ziele entschlossen weiterzuarbeiten.

1 Vgl. Ministerio de Salud (MINSA): El sistema único de Salud: Tres años de Revolución 1979-1982. Managua, 1982, MINSA: Plan de Salud 1983. Managua, 1983, und Tognoni, G.: L'esperienza sanitaria del Nicaragua in: The Practicioner. Edizione Italiana (settembre 1984) 74: 40-54.

2 S. dazu MINSA, Area de Salud Mental: Programa Nacional de Salud Mental. Managua, 1982.
3 Vgl. Wiliams, H.: An uncertain Prognosis: Some Factors that may limit future Progress in the Nicaraguan Health care System. In: Medical Anthropology XV, 3: 72-3 (may 1983).
4 S. Favilli, L.: Ejerciendo. Managua, Marzo 1979.
5 Zum qualitativen Verständnis des Stellenwertes von Gesundheit und Erziehung in der heutigen nicaraguanischen Gesellschaft sei auf die Erfolge in der Alphabetisierungs- und in den Impfkampagnen hingewiesen. Durch eine engagierte Beteiligung insbesondere Jugendlicher ist hier ein Durchbruch in den Bemühungen gegen den Analphabetismus und gegen die Kindersterblichkeit zu verzeichnen. Vgl. M Rojas: El Aula Verde. La Habana, 1982, und Tabelle 2.
6 Die Arbeit von Salud Mental zielt jedoch keineswegs auf eine vollständige »Medikalisierung« der psychischen Gesundheit hin. Salud Mental leistet viel Unterstützung zur Entfaltung anderer allgemeiner Förderungsformen der psychischen Gesundheit wie z.B. bei den Projekten zur gesellschaftlichen Integration von Straßenkindern, Prostituierten oder sogenannten Folterkindern. Hierzu s. Riquelme, H.: Aus dem Neuen Nicaragua: drei beispielhafte Projekte zur Förderung der psychosozialen Gesundheitssituation. In: Sozialpsychiatrische Informationen XV, 2 (1985).
7 Unter Soziodrama ist eine Art der Öffentlichkeitsarbeit zu verstehen, die sich in die Tradition des Straßentheaters einreiht. Unter Anwendung körperlicher, szenarischer und sprachlicher Ausdrucksformen werden hier Themen z.B. der Gesundheitsvorsorge durch Laiendarsteller (Patienten von CAPS, Mitarbeiter, Nachbarn) auf Märkten, in den Schulen, Fabriken und Kirchen vorgetragen. Seit der Einführung Anfang 1980 gehört diese Anregungs- und Vermittlungsart zu einer bewährten Methode in der Erziehungs- und Gesundheitspolitik.
8 Die Verwendung von Cartoons oder »Sachcomics«, um gesellschaftsrelevante Problemkreise einem größeren Publikum zur Diskussion zu stellen, bildet in Lateinamerika inzwischen eine fast schon tradierte Form der Kommunikation und zeitigt gute Ergebnisse hinsichtlich Verständnis und Problembewußtsein selbst bei kontroversen Themen.
9 Internationalist ist die Bezeichnung für die freiwilligen Helfer, die aus der ganzen Welt nach Nicaragua gekommen sind, um ihr berufliches und professionelles Können und Wissen in den Dienst des Wiederaufbauprozesses zu stellen. Ein größerer Teil dieser Internationalisten wird von USA-Bürgern gebildet, die auf diese Weise gegen die Vernichtungspolitik ihrer Regierung aktiv protestieren.
10 Ein interessantes Beispiel dieser infragestellenden Haltung läßt sich aus der Anwendung des Elektroschocks vor und nach der Arbeitsaufnahme von Salud Mental ableiten. Früher wurde dieses Verfahren alltäglich und ohne Bedenken angewandt, heute darf es nur vor 7 Uhr morgens (angeblich wegen Berücksichtigung zirkadianer Rhythmen) und in Anwesenheit des verordnenden Arztes verabreicht werden. Dadurch werden nur vereinzelt Elektroschocks verordnet und angewandt (pesönliche Mitteilung Dr. Flores-Ortiz).
11 Vgl. Equipo Salud Mental-Ciudad Sandino: Estudio descriptivo epidemiológico sobre la prevalencia en la demanda asistencial de patología psiquiatrica en el área de Ciudad Sandino. Managua, Septiembre 1984.

12 Vgl. MINSA: Informe de la experienca en los cortes de café con la participación de pacientes y trabajadores del hospital siquiátrico national (Mimeo de varios autores). Managua, enero de 1983 (S. 6).
13 Terranova-Ceccini, R.: Gemeindepsychiatrie im Neuen Nicaragua. In: CURARE Sonderband 2/84: 125-144 (S. 140-141).
14 Im System »Studium und Arbeit« wird eine medizinische Ausbildung angestrebt, die den tatsächlichen Lebensbedingungen und Gesundheitsbedürfnissen der nicaraguanischen Bevölkerung entspricht. Durch eine stärkere Verknüpfung landesrelevanter Theorie und Praxis kann u.a. die bis vor kurzem übliche Paradoxie aufgehoben werden, daß ein frischgebackener Arzt fast alles über eine höchst seltene Erkrankung wie die Mukoviszidose beherrschte, dafür aber über die Lehre der Infektionskrankheiten nur oberflächlich informiert wurde. Ärztliche Verantwortung, insbesondere im präventiven Bereich, wird im System »Studium und Arbeit« speziell gefördert.
15 S. dazu Riquelme, H.: Die Tradition des Irrenhauses in Europa. Über die Aussonderungspraxis und deren Überwindungsansätze aus der Perspektive eines Lateinamerikaners. Erscheint demnächst in: Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik.
16 Vgl. Cortázar. J.: Nicaragua, so gewaltsam zärtlich. Wupertal, 1984.

Johannes Schmidt

Wie läßt sich eine Medizin ohne Medikalisierung entwickeln?

Die Mühen der Ebenen am Beispiel Nicaragua

Armut macht krank und Krankheit macht arm...und Armut macht krank...

Seit der Revolution im Jahre 1979 hat sich die Situation für die Armen in Nicaragua wesentlich verbessert. Arme, die mangels Nahrungsmittel hungern, gibt es nur noch wenige. Mutter-Kind-Programme und Zusatz-Ernährung im Rahmen des neugeschaffenen nationalen Gesundheitswesens ließen die Kindersterblichkeit auf einen Bruchteil sinken. Dazu beigetragen hat auch das Rehydratations-Programm (Unidad de Rehidratación Oral), welches die vorher große Kinder-Sterblichkeit durch Austrocknung bei Durchfall eindämmen konnte.

Armut macht Hunger, Hunger macht krank, Krankheit macht Armut. Im heutigen Entwicklungsprozess in Nicaragua wird aber auch klar, daß dieser Teufelskreis der Armut und Krankheit nicht nur eine rein physische Angelegenheit ist; trotz des Angebotes von billigen — staatlich verbilligten —

Grundnahrungsmitteln und trotz Abgabe von Zusatzernährung an unterernährte Kleinkinder schaffen es viele nicht, aus diesem Armuts-Kreislauf herauszukommen. Offensichtlich sind soziologische Faktoren bedeutend. Armut ist nicht nur ein materiell-ökonomischer, sondern auch ein soziokultureller Zustand. Prävention von Krankheiten (der Armut) bleibt deshalb auch nach der sandinistischen Revolution eine schwierige Herausforderung. Nach der Makro-Revolution (Änderung der Herrschaftsverhältnisse, »poder popular«) muß die Mikro-Revolution im Einzelnen noch gegen viele Widerstände durchgesetzt werden. So wie die Entwicklungsländer der gesundheitspolitischen Diskussion weltweit Impulse gegeben haben mit dem Stichwort »Primary Health Care« (Grundversorgung), und so wie diese Diskussion auch die interdisziplinäre wissenschaftliche Forschung über Gesundheit und Gesundheitswesen weltweit fruchtbar beeinflußt hat, so zeigt sich am Beispiel eines sich entwickelnden Landes wiederum ganz offensichtlich, wie wichtig *psychosoziale* Faktoren für das Gesundheitsverhalten (hier: Hygiene) und damit für die häufigsten Krankheiten sind.

Wenn soziologische Faktoren im Zusammenhang mit der Prävention sich als äußerst wichtig herauskristallisieren, so setze ich hier voraus, daß schichtspezifisches Verhalten seine Wurzel in den ökonomischen Verhältnissen hat, die früher in Nicaragua[1] bestanden.

In Nicaragua besteht keine sozialistische Wirtschaft, sondern eine »Economia mixta«, in der rund die Hälfte des Wirtschafts-Volumens in kapitalistischer Hand ist; dies auf dem Land (wo alte Herren-Tagelöhner-Verhältnisse in einigen Gebieten weiterbestehen) sowie in der Stadt (wo Spekulation mit Grundgütern an der Tagesordnung ist). So kann jemand durch unsolidarisches Spekulieren reich werden und die Taglöhner schauen in von der Revolution wenig berührten Gebieten noch immer zu ihren Herren auf. In San Rafael del Norte, wo ich arbeitete, besteht für den einfachen Mann, den Campesono, auch ein ganz konkretes Interesse, sich ruhig zu verhalten: Fallen hier die Contras ein, wie vor rund einem Jahr, so werden zuerst die *Aktiven* liquidiert, ermordet oder gefoltert. Trotz Kontrolle des Landes durch die Regierung, besteht durch die Contras ein potentieller somozistischer Terror weiter, der die Leute passiv hält.

Für die konkrete Arbeit der Prävention von Krankheiten (was mehr umfaßt als Medizin) sind soziologische Faktoren von hervorragender Bedeutung — mindestens für uns Mediziner. Da vom Staat her die Unterstützung und Förderung von Umwälzungen zu einer gerechteren Gesellschaft besteht, kann im folgenden von den direkten noch bestehenden ökonomischen Unterdrückungs-Verhältnissen abstrahiert werden. Im Vordergrund steht — auch für die Gesundheitsbelange — die Aktivierung der Bevölkerung.

Kultur der Armut

Lombrices, Würmer — »Doctor, geben sie mir bitte ein Purgante«. Para-

sitäre Erkrankungen, (Ascaris, Trichiuren, verschiedene Würmer, Amöben und Giardia) sind bei meinen Patienten weit verbreitet. Die Folgen: Durchfall, Bauchschmerzen oder Appetitlosigkeit, die bei Kindern oft zu Unterernährung führen (allerdings: schwere Unterernährung, Marasmus oder Kwashiorkor habe ich bisher kaum gesehen). Die präventiven Rezepte, Latrinen und sauberes Trinkwasser, sind an gewisse ökonomische Voraussetzungen, an einen bescheidenen Reichtum gebunden. Vor allem die Trinkwasserversorgung kann meist nur eine kommunale Angelegenheit sein. Dabei ist nicht so sehr die bakterielle Reinheit des Wassers ausschlaggebend (die Leute sind hier oft gut immunisiert), sondern, daß das Trinkwasser in Röhren direkt ins Haus gelangt[2]. Das Herumtragen und Aufbewahren von am Brunnen zunächst noch sauberem Wasser erzeugt durch nachträgliche Kontamination mehr Krankheiten als eine Leitung im Haus mit weniger sauberem Wasser. Es gibt genügend Daten aus den Industrieländern, die die Wiksamkeit öffentlicher Hygiene-Maßnahmen, wie Trinkwasserleitungen und Abwasserbeseitigung belegen. In New York sank z. B. zwischen 1900 und 1930 nach Einführung öffentlicher hygienischer Maßnahmen die Kindersterblichkeit um über 50% ab[3]; die Untersuchungen von McKeown in England und Wales zeigen eindrucksvoll, daß nicht so sehr die Fortschritte der kurativen Medizin, sondern hauptsächlich die Verbesserung der Lebenssituation und der öffentlichen Hygiene (Expositionsprophylaxe und verbesserte Immunität durch ausreichende Ernährung) für den Rückgang der Sterblichkeit verantwortlich sind[4]. So waren also schon früher öffentliche Maßnahmen die hervorragenden Faktoren für die Vermeidung (Prävention) von Krankheiten, weit mehr als individuelles Verhalten.

Auch für Nicaragua müßten neben der freien Zugänglichkeit zu den Gesundheitszentren deshalb andere öffentliche Maßnahmen vordringlich sein. Nun sind 5 Jahre Revolution in der angespannten wirschaftlichen und militärischen Situation aber zu wenig, um Trinkswasserleitungen für alle zu verwirklichen; immerhin wird aber erkannt (vgl. etwa Normen der Gesundheitsprogramme), daß öffentliche Maßnahmen wichtiger sind, als individuelle Luxusmedizin. Der 5-Jahresbericht des Gesundheitsministeriums der VI. Region (Matagalpa-Jinotega) weist in der Zusammenfassung der Haupt-Probleme auf mangelde Infektionshygiene hin, »bedingt durch die großen Schwierigkeiten in der Verbesserung der sozio-ökonomischen Verhältnisse, wodurch sie (die Hygiene) schwerer zu verwirklichen ist als das Angebot von anderen kurativen Gesundheitsdiensten«.[5]

Trotz dieser klaren Sachlage kann aber nicht übersehen werden, daß individuelles Verhalten, geformt durch die soziale Umgebung, ein wesentlicher Faktor bei der Realisierung von Hygiene und präventiven Maßnahmen bleibt; Gesundheitserziehung, Diskussion und Arbeiten *mit* den Campesinos, ist mindestens in den offiziellen Ziesetzungen ein wichtiger Be-

standteil der Gesundheits-Einrichtungen. Soziologische Faktoren, und ich nenne sie hier *»Kultur der Armut«*, bleiben für uns im Gesundheitszentrum eine wichtige und interessante Herausforderung. Individuelles Verhalten, im Kontext der sozialen Situation, wird hier ganz deutlich zum Problem der Medizin, zum täglichen Brot des Arztes. Für mich ist dies einer der interessantesten Aspekte meiner Arbeit hier in San Rafael del Norte — und einer der wichtigsten: Am individuellen Verhalten scheitert oft die Prävention. Nun wäre diese Frage aber langweilig, schlecht beantwortet und ideologisch borniert, würde man das Problem des individuellen Verhaltens nur gerade in einer persönliche Verantwortung sehen und damit die Krankheit als Selbstverschuldung.

»Doctor, puede recetarme un purgante!« »Haben Sie eine Latrine zu Hause?« »No, Doctor!« »Por qué no?« »Somos pobres!«, wir sind arm! Armsein gewinnt hier eine andere als nur eine rein ökonomische Bedeutung, es wird gewissermaßen zu einer Kultur, zum Verhalten einer Bevölkerungsschicht. Denn objektiv können die wirtschaftlichen Möglichkeiten, der ökonomische Entfaltungs-Spielraum, einen Latrinenbau kaum verhindern: Ein Loch läßt sich mit einfachen Mitteln graben und Holz läßt sich notfalls im Wald oder Busch schlagen. Zur Armut gehört also auch die Unfähigkeit, für sich selbst aktiv zu werden, das Vermögen, nur das auszuführen, was befohlen wird und eine mangelnde Fähigkeit, über tradierte und bekannte Bahnen hinauszugehen. Bei genauer Betrachtung ist die Kultur der Armut, das Leben der Unterschicht, in ihrer Entfaltung *real* beeinträchtigt, es fehlt ein wichtiges Produktionsmittel: Wissen. Es besteht Analphabetismus oder sogar von der früheren Oberschicht bewußt gesäter Aberglauben. Im revolutionären Nicaragua, wo in vielen Gebieten eine Landverteilung stattgefunden hat, wird dieser Produktionsfaktor wichtig und zum ersten Problem, denn das Fehlen von Besitz als Produktionsgrundlage (Kapital, Boden usw.), welches die Bedingungen der Unterschicht in den kapitalistischen Industrieländern kennzeichnet, ist hier mindesten zum Teil behoben.

Ohne Wissen und Erfahrungen ist es einem Menschen aber nur schwer möglich, neue Handlungsspielräume zu eröffnen und sein Verhalten neuen Situationen auzupassen; dies betrifft auch das Gesundheitsverhalten. Es ist deshalb leicht einsehbar, weshalb Investitionen im Bildungswesen mehr Gesundheit »produzieren« können, als Investitionen im Gesundheitswesen, wie durch Studien gezeigt worden ist[6].

Die Revolution in Nicaragua ist also nur der Anfang der Revolution, die Vorbedingung für die noch stattzufindende Entwicklung aus der »Kultur der Armut« heraus. Armsein entschuldigt auch, daß man zum Beispiel nicht mehr für die Gesundheit seiner Kinder getan hat. In den ersten Resultaten einer Umfrage unter Patienten, Campesinos, unseres Gesundheitszentrums geben die meisten an, Sauberkeit sei wichtig für die Gesundheit

und daß sie gerne eine Latrine benützen würden. Von Hygiene haben also die meisten schon mindesten etwas gehört; die Frage bleibt, weshalb dies nicht in konkrete Maßnahmen/Aktionen umgesetzt wird. Das Fehlen einer Latrine wird begründet durch die große Entfernung von einem Dorf (obwohl die Materialien im Campo grundsätzlich vorhanden sind), durch die simple Aussage »wir haben nie eine gebaut«, durch die Vorstellung, eine *fertiggebaute* Toilette müßte beschafft werden oder — wie gesagt — durch die Armut, »somos pobres«.

Zur Armut gehört aber auch, wegen des *Analphabetismus* (Nichtverstehen des Alphabets des Bürgertums und der Feudalherren, Ohnmacht in verschiedenen Abstufungen) manipuliert zu werden. So ist die hier verbreitete Meinung, Zitrusfrüchte seien gesundheitsschädigend und würden zum Beispiel Katarrh fördern, auf die Somoza-Zeit zurückzuführen. Die Plantagenbesitzer verbreiteten diesen Irrglauben, um die Früchte der Bevölkerung vorenthalten und exportieren zu können. Ohne daß ich es genau weiß, kann ich mir vorstellen, daß auch die hier verbreitete Meinung, ein Bad sei gesundheitsschädigend, eine ähnliche Wurzel hat: die Bevölkerung erhebt so keinen Anspruch auf eine zureichende Wasserversorgung.

Medikalisierung und Medikamentenglauben

In einem Artikel zur Prävention habe ich am Beispiel einer Epidemie in den Industrieländern, der koronaren Herzkrankheit, das einseitige Vorgehen der Medizin und die dadurch sogar notwendige Prävention *vor* der Medizin illustriert; durch ungerechtfertigtes Medikamentenverschreiben aufgrund dürftiger und unzureichender Forschungsergebnisse und andererseits auch das extensive Abklären von Krankheiten ohne therapeutische Folgen — ein nutzloses Abklären also — wird die medizinische »Lösung« unserer Epidemien oft zur Gesundheitsbedrohung.[7]

Die in unserer Gesellschaft vorhandene Skepsis vor allzu vielen Medikamenten ist deshalb sicher berechtigt. Nun gibt es — glaube ich — zwei wesentliche Faktoren, weshalb die nicaraguanische Bevölkerung ein noch wesentlich ungebrocheneres und optimistischeres Verhältnis zu Medikamenten hat. Erstens wird der Anspruch auf »Gesundheitsversorgung für alle« oft als »Medikamente für alle« verstanden. Tatsächlich haben früher oft wichtige Medikamente gefehlt und mögen auch heute in den Gesundheitszentren manchmal ausgehen, bevor der Nachschub kommt. »Genügend Antibiotika« ist eine Parole, die deshalb auch von Regierenden (Tomás Borge, Innenminister) geäußert wird. In Wirklichkeit sind die wichtigen unentbehrlichen Medikamente (»essential drugs«) jedoch heute für alle vorhanden, mindestens für diejenigen, die den Weg ins Gesundheitszentrum finden. Medikamente waren früher nur für die Oberschicht vorhanden; für viele ist es aber unmöglich zu durchschauen, daß die Oberschicht nicht wegen der Medikamente, sondern wegen ganz anderer Faktoren we-

niger krank war. An die endlich zur Verfügung stehenden Medikamente wird also alle Hoffnung auf Genesung gesetzt. Medizinische Behandlung oder sogar Gesundheit bedeutet also für viele das gleiche wie Medikamente. Abgesehen von dieser rein ökonomischen Veränderung, daß Medikamente heute auch für die Armen zur Verfügung stehen, müssen wiederum psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen: So scheint der Placebo-Effekt bei diesen Leuten eine ausgesprochene Wirkung zu haben; in einer Umfrage wird etwa geantwortet, »ich komme ins Zentrum, weil die Medizin andere Male genützt hat«, oder »ich erwarte, daß der Doktor mir eine gute Medizin gibt«. Häufig besteht diese Medizin (bei mir) lediglich in Vitamin-Tabletten, bei meinen Kollegen aber oft auch in eher objektiv schädigende Behandlungen, die aber von den Leuten trotzdem begehrt werden. Nur ein Beispiel: Die Leute wollen bei jedem kleinen Husten Antihistaminika-Sirup; sie bekommen diesen häufig von den »Nica-Ärzten«, obwohl diese Substanz objektiv kaum nützlich ist und den Nachteil hat, daß die notwendige bronchiale Sekretion austrocknet. Oder noch ein anderes Beispiel: Häufige Vitamin-Spritzen ohne Indikation (außer einer gewünschten Placebo-Wirkung) oder Gentamycin-Injektionen für virales Fieber (eines der nebenwirkungsreichsten, für Virusinfektionen nutzloses Antibiotikum).

In Nicaragua existiert praktisch keine traditionelle Medizin mehr, Curanderos (Medizinmänner) sind im Vergleich zu anderen lateinamerikanischen Ländern selten. Was aber früher bestand und heute in kleinen Resten vorhanden ist, beruht hauptsächlich auf Zaubertränken, einer ebenfalls individualmedizinischen Behandlung. Von da her war der Schritt offenbar nicht so groß, von den altmodischen Zaubertränken auf die modernen (zauberhaften) Medikamente überzugehen. Aus all diesen Gründen bedeutet »Gesundheit« für die Bevölkerung hauptsächlich »Medikamente« und die Erwartungen sind entsprechen abgesteckt.

Der zweite Grund für die Medikamenteneuphorie ist auf der Seite der Anbieter zu suchen. Die Pharmaindustrie hat selbstsverständlich bis noch vor 5 Jahren auch in Nicaragua die Bevölkerung »verbildet« mit »Anabolika für Unterernährung« und weiteren irrationalen Ungeheuerlickeiten der Pharmawerbung[8]. Leider existiert auch heute noch ein privater Pharmamarkt, der mit den Hoffnungen der Leute Geschäfte macht (»Tetracyclin für alle Infektionen und Fieber« schallt es auf dem Markt von Jinotega).

Aber auch die traditionell, vor der Revolution ausgebildeten Ärzte tragen zur Medikalisierung bei. »Kosmopolitisch« ausgebildet vernachlässigen sie, wie auch die Ärzte bei uns, soziale Faktoren und fördern die unkritische Medikalisierung. Demgegenüber sind aber die offiziellen Richtlinien des Gesundheitsministeriums »epidemiologisch ausgewogen«, d. h. sie tragen den vielfältigen Faktoren, die für die Gesundheit verantwortlich sind, Rechnung. In Nicaragua besteht also immerhin die Hoffnung, daß sich die Me-

dizin aus den einseitigen klinisch-naturwissenschaftlichen Fesseln befreien kann, aber auch hier ist die Revolution erst der Beginn der Revolutio...

Bei diesen Faktoren spielt wiederum Wissen, bzw. das Erbe des Analphabetismus, eine Rolle. Unwissende können einem falschen Medikamentenglauben eher ausgeliefert sein und die Anbieter können das »Wissen« leichter manipulieren.

Hier kann sich ebenfalls nur langsam etwas ändern; so wie Verhaltensweisen sind auch Glauben und Auffassungen zählebend. In unserem Gesundheitszentrum wollen wir der Gesudheitsaufklärung und der Diskussion von Gefahren der unkritischen medikamentösen Behandlung mehr Raum einräumen. Die Erfahrung zeigt immer wieder, daß die Patienten sich weigern, sich »aufklären« zu lassen, auch wenn eine nicht-medikamentöse Behandlung (Beratung) sie ja im Gegensatz zu einem Medikament nichts kostet. Die *Konflikte*, die sich zwischen unserer medizinischen Versorgung und den einheimischen Patienten abspielen, liegen in Nicaragua also bereits auf einer Ebene einer typisch westlich-medizinischen Auseinandersetzung: Die Patienten begehren unnötigerweise Medikamente, möglichst sogar in Form von Injektionen. Der Konflikt besteht also nicht im Gegensatz zu traditionellen Vorstellungen der Krankheitsentstehung und einem von uns importierten biomedizinischen Konzept der »kosmopolitischen« Medizin (wie wir sie in der Schweiz lernen).[9] Auch wenn einige Patienten die Auffassung äussern, ihre Krankheit beruhe auf einer Verwünschung, so erwarten sie doch Heilung durch eine »buena medicina«. Weitaus häufiger geben unsere Patienten jedoch an, sie hätten keine Ahnung, wodurch sie krank geworden sind.

Krankheit in seinen Lebensumständen zu suchen, ist denn die eigentliche revolutionäre Auseinandersetzung in Nicaragua. Der Konflikt mit den Konzepten der westlichen Medizin besteht in der offiziellen Gesundheitspolitik darin, die Konsumhaltung der Medizin gegenüber zu bekämpfen und an erste Stelle die Mobilisierung der Massen, die Erziehung zur Selbstverwaltung und Selbstverantwortung (nicht im beschränkten Sinne der abgedroschenen bürgerlichen Phrase) zu setzen. »Die Konsumhaltung, die durch die kapitalistische Gesellschaft hervorgerufen wird, und die in unseren Ländern durch den Imperialismus eingeschleppt worden ist, bewirkt, daß Ansprüche und Gebrauch der Ressourcen der Wirklichkeit unseres armen und bedrohten Landes entgegenstehen.«[10] Im Unterschied zu der bei uns öffentlich geführten Diskussion über Patienten-Begehrlichkeit und Kostenexplosion, die bei uns den Sozialabbau einheizt, wird dieses Problem in Nicaragua aber viel demokratischer als Schulungs- und Erziehungsfrage verstanden: man weiß, daß die Geschichte die Leute so gemacht hat.

Hindernisse der Prävention

Der Schlüssel zur Prävention liegt also vielfach in sozialen Veränderungen. Neben den hier nicht weiter diskutierten sozioökonomischen Verhältnissen lassen sich auf medizinsoziologischer Ebene — aufgrund der obigen Beobachtungen vor allem zwei wesentliche Hindernisse ableiten: das Verhalten gesundheitsgefährdeter Bevölkerungsgruppen und die Profession der Mediziner.

»Kultur der Armut: oder Passivität, wie ich sie oben zu charakterisieren versuchte, kann ein soziologisches Hindernis für Krankheitsprävention oder »Gesundheitspromotion« werden. Hinderlich für objektiv nützliche Maßnahmen ist also eine fast naive Gläubigkeit an Medikamente (und andere biomedizinische Eingriffe) als die einzige Lösung von Gesundheitsproblemen. Paradigmatisch dafür ist hier zum Beispiel das Verhalten gegenüber Wurmerkrankungen: Immer wieder erhoffen unsere Besucher des Gesundheitszentrums durch Pastillas die Genesung ihres aufgrund der Würmer bereits unterernährten Kindes, welches aufgrund der hygienischen Verhältnisse einer dauernden Reinfektion ausgesetzt bleibt, ohne auf der Ebene der Hygiene selbst präventiv aktiv zu werden. Dieser falsche Glaube fördert also das Verharren in ungünstigen Verhaltensweisen.

In Nicaragua wird von offizieller Seite her dieses Problem erkannt und diese Konsumhaltung denunziert. Demokratische Betätigung in allen Lebensbereichen sind heute in Nicaragua garantiert und bilden eine wichtige Voraussetzung für die Aktivierung der Bevölkerung. Ich glaube, daß der dadurch ausgelöste Erziehungsprozess hier schon erstaunlich viel erreicht hat, wenn auch noch viel zur Überwindung dieser Konsumhaltung zu tun bleibt.

Ein wichtiges Hindernis der Prävention bildet aber auch hier sehr oft die medizinische Profession, die kosmopolitisch in der naturwissenschaftlichen Tradition ausgebildet ist. Es gehört auch bei uns schon zur medizinsoziologischen Binsenwahrheit, daß die Mediziner die Kontrolle der Gesundheit oft nur zu ihrem eigenen (materiellen) Nutzen ganz an sich gerissen haben.[11] Die Profession der Mediziner versucht sich durch alle möglichen »Erfolge«, die, wie oben gezeigt, aber oft nur Scheinerfolge sind und einer kritischen Wissenschaft nicht standhalten, unentbehrlich zu machen und sich Arbeit und Verdienst zu sichern. »Gesundheit für Alle« wird allzuoft nur als »Medizin für Alle« mißverstanden, und die sozialen Fragen werden ausgeklammert, obwohl diese oft die entscheidenden sind.

Es ist ein präventivmedizinisches Ereignis erster Güte: Die sandinistische Revolution hat die Gesundheit der nicaraguanischen Bevölkerung entscheidend verbessert! Und es ist zu erwarten, daß in Nicaragua auch die bestehenden Hindernisse durch den revolutionären Prozeß, durch das Lernen, überwunden werden.

Anmerkungen:

1 Somozismus, nordamerikanischer Imperialismus. Direkte militärische Einsetzung feudal-kapitalistischer Oberschichten durch die USA, z. B. Ermordung Sandinos 1934, Grenada 1983.
2 vgl. A. Kroeger in: Diesfeld/Wolter: Medizin in Entwicklungsländern, Frankfurt 1984
3 vgl. W. Bichmann in: Schmidt: Argumente zur Entwicklungspolitik, Verband der schweizer Medizinstudenten VSM, Basel 1980
4 T. McKeown: Die Bedeutung der Medizin, Suhrkamp 1982
5 Ministerio de Salud, Region VI: 5 anôs en revolución de salud 1980 — 1984, Nicaragua
6 vgl. Meldung in »Gesundheitspolitische Informationen« 1984
7 Insbesondere Herzkrankheiten wie Herzinfarkt, funktionelle psychosomatische Störungen (»Herzneurosen«)
8 vgl. M. Bühler: Geschäfte mit der Armut. medico international 1983
9 vgl. P. Unschuld: in Diesfeld/Wolter a. a. O.
10 Ministerio de Salud, VI. Region a. a. O.
11 vgl. E. Freidson: Dominanz der Experten München/Berlin/Wien 1975

Constanze Jacobowski

Als Allgemeinärztin in Nicaragua

Seit dem November 1983, dem Zeitpunkt, als zum ersten Mal die Gefahr eines US-amerikanischen Einmarsches in Nicaragua konkret drohte, schickte der Gesundheitsladen Berlin in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium Nicaragua Brigaden von Ärzten und Krankenschwestern nach Nicaragua, wo sie an drei festgelegten Einsatzorten innerhalb der Kriegszonen für mindestens ein halbes Jahr in Gesundheitszentren und Krankenhäusern arbeiten.

Was ursprünglich als Hilfsangebot für den absoluten Katastrophenfall gedacht war, wurde schließlich zur kontinuierlichen Unterstützung dieses kriegsgeschüttelten Landes, in dem es neben materiellen Ressourcen auch besonders an ausgebildetem und qualifiziertem Personal aller Fachrichtungen fehlt.

Das ehrgeizige Regierungsprogramm zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung, insbesondere aber der Armen, ist mit dem vorhandenen medizinischen Personal nicht zu realisieren. Bis zur Revolution konzentrierte sich der Hauptteil der nicaraguanischen Ärzte in Managua und anderen größeren Städten, wo sie ihre lukrativen Pri-

vatpraxen und -kliniken betrieben. Viele verließen nach dem Erfolg der Revolution das Land. Zwar werden seit dem Sieg der Sandinisten jährlich dreimal so viele Ärzte ausgebildet wie vorher, auch vervielfachte sich die Zahl der ausgebildeten Krankenschwestern und Helfskrankenschwestern, aber noch immer herrscht besonders auf dem Land und in den kleineren Städten großer Mangel an Ärzten und ausgebildetem Pflegepersonal. Aus diesem Grund nimmt Nicaragua die solidarische Hilfe internationaler »Cooperantes« in Anspruch. Im Rahmen dieser internationalistischen Hilfe habe ich ein halbes Jahr in Somoto, einer kleinen Stadt im Norden Nicaraguas nahe der honduranischen Grenze gearbeitet.

Die beruflichen Voraussetzungen, mit denen ich nach Nicaragua ging und auf deren Hintergrund der anschließende subjektive Bericht zu sehen ist, sind folgende:

Ich bin seit 12 Jahren Ärztin und arbeite seit 9 Jahren an einer großen Inneren Abteilung mit cardiologischer und intensivmedizinischer Schwerpunktsetzung in einem Berliner Krankenhaus. Durch diverse Praxisvertretungen sind mir auch die Probleme der ambulanten Medizin in Umrissen vertraut.

In Somoto habe ich Kinder- und Erwachsenen-Sprechstunden im dortigen Gesundheitszentrum sowie in den »Puestos de Salud« (Gesundheitsposten) der umliegenden Dörfer gemacht. Täglich waren etwa 50 bis 90 Patienten zu behandeln.

Mit meiner beruflichen Identität als Ärztin bin ich bei dieser Arbeit in erhebliche Schwierigkeiten geraten. Mein schulmedizinischer Anspruch, eine rationale, d.h. wissenschaftlich begründbare Therapie zu betreiben, wurde ebenso oft über den Haufen geworfen wie meine »alternativmedizinischen« Vorstellungen vom »mündigen Patienten« und einer mehr auf Beratung als auf Medikamentenverschreibung gerichteten Behandlung. Sehr schnell ging mir auf, wie wenig gerade die in der ambulanten Versorgung auftauchenden Probleme rein medizinische und mit rein medizinischem Wissen zu lösende Probleme sind. Natürlich hatte ich als Ausländerin aus einem ganz anderen Kulturkreis besondere Schwierigkeiten — unkundig der Lebensumstände und Denkweise meiner Patienten und der Sprache nur begrenzt mächtig.

Ich mußte zunächst einmal viel über das Land und die Menschen lernen, ehe ich mir sinnvolle therapeutische Konzepte ausdenken konnte. Eine medizinisch vertretbare, organisatorisch machbare und dem Patienten einleuchtende (also Voraussetzungen für die Einhaltung der ärztlichen Anordnung schaffende) Behandlung kam denn am Ende trotzdem oft nicht heraus.

Ich will im folgenden zunächst einige zentrale Probleme der kurativen ambulanten Medizin Nicaraguas, wie ich sie erlebt habe, darstellen. Im zweiten Teil will ich den Zusammenhang mit dem anderen — in meinen

Augen wesentlicheren — Aspekt des nicaraguanischen Gesundheitswesens herstellen: der Präventivmedizin. Die Kenntnis der Existenz des präventivmedizinischen Teils der Gesundheitsversorung hat meine Arbeit psychisch erträglich, teilweise sogar befriedigend gemacht und mich das Gefühl der »Scharlatanerie« ertragen lassen.

Das erste Problem ist das einer rein auf Pharmakotherapie ausgerichteten Medizin — als Arzt in der Ambulanz ist man ein reiner »Fließbandarbeiter im Tablettenverschreiben«. Obwohl das Gesamtkonzept des nicaraguanischen Gesundheitswesens durchaus eine »ganzheitliche« Medizin anstrebt, d.h. den Patienten als Produkt seiner physichen, psychischen und sozialen Lebensumstände sieht und die Gesundheitsprobleme auch als solche behandeln will (ich komme später noch darauf zu sprechen), herrscht in dem Bereich der kurativen Medizin — was gleichzeitig der den Ärzten zugeordnete Bereich ist — eine ziemlich eindimensionale Medikamentenfixiertheit. Nun können Medikamente ja bekanntlich nützlich und hilfreich sein, wo sie aber zum einzigen und zwingenden therapeutischen Prinzip werden, kommt viel Unsinniges dabei heraus.

Die Gründe für diese Medikamentenfixiertheit sind vielfältig und bei allen Beteiligten zu suchen:

Erstens gibt es so gut wie keine alternativen therapeutischen Angebote, keine Psychotherapie, keine Krankengymnastik, Massagen oder andere physikalische Therapie. Dies ist zunächst einfach der gesamten Rückständigkeit des Gesundheitswesens zuzuschreiben, das schon genug Mühe hat, ausreichend Ärzte und Krankenschwestern auszubilden und zu bezahlen.

Das zweite Problem ist die begrenzte Zeit, die dem Arzt für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht. Angesichts der genannten Patientenzahlen pro Arzt und Tag wird jedem klar sein, daß die Tendenz zur 5-Minuten-Medizin groß ist. Je kürzer aber die Zeit, desto größer die Notwendigkeit, *schnell* etwas zu tun. Und die Verordnung von Medikamenten ist immer die schnellste aller Möglichkeiten. Dem Patienten den Zusammenhang zwischen Kummer und Kopfweh, Unhygiene und Durchfall, Lasten schleppen und Rückenschmerzen klarzumachen, dauert allemal länger.

Das dritte, vermutlich wirksamste Prinzip ist das der Patientenerwartung. Es gibt in Nicaragua kaum eine entwickelte traditionelle Medizin; einige »curanderos« (Heiler) arbeiten mit Zauberformeln, Kräutersuden und Tabletten vom Schwarzmarkt, sind aber meist nicht in den Dorfgemeinschaften verankert und genießen kein großes Vertrauen. Medizinische Behandlung heißt für die Patienten also ärztliche Behandlung, und ärztliche Behandlung gab es vor dem Umsturz nur für die, die sie auch bezahlen konnten. Diese nach privatwirtschaftlichen Prinzipien arbeitenden Ärzte verstanden sich natürlich nicht primär als Ratgeber in Sachen Gesundheit, sondern als Verwalter von Wissen zur Handhabung medikamentöser Therapie. Dies ist auch heute noch die Erwartung an den Arzt. Und je »medi-

zinischer« die Verordnung ist, desto größer das Zutrauen der Patienten in ihre Wirksamkeit. Der Patient mit Muskelverspannungen erwartete vom Arzt einfach, daß der ihm Tabletten, besser noch Spritzen gibt, die seine Leiden beseitigen. Er ist nicht mehrere Stunden zum Puesto gelaufen und hat noch einmal ein paar Stunden gewartet, bis er an der Reihe war, um sich sagen zu lassen, er solle warme Packungen und gymnastische Übungen machen. Bei Abwesenheit genauerer Kenntnisse über Körperfunktionen und erst recht bei fehlenden Vorstellungen über Wirkungsmechanismen von Medikamenten ist das Verhältnis der Patienten zu Medikamenten ein eher magisches: sie werden wie Zaubermittel angewandt und ihre Entzauberung ist auch nicht erwünscht. Kaum einem Nicaraguaner (es sei denn, er ist Arzt oder studierte Krankenschwester) ist klarzumachen, daß Vitamine in Obst und Gemüse genauso gut oder besser sein sollen als Vitamintabletten oder daß Spritzen nicht *grundsätzlich* wirksamer sein müssen als Tabletten.

Seit dem Sieg der Sandinisten gibt es — neben den verbliebenen privatwirtschaftlich organisierten Praxen und Kliniken — ein staatliches Gesundheitssystem. Dieses organisiert und finanziert die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten in Polikliniken, Gesundheitszentren und -posten sowie in Krankenhäusern. Für ambulante Behandlungen, einschließlich der Medikamente, müssen die Patienten einen geringen — fast mehr symbolischen — Betrag bezahlen (der aber aus sozialen Gründen auch erlassen werden kann), die Krankenhausbehandlung ist kostenlos.

Den beschriebenen Patientenerwartungen gegenüber sehen sich die im staatlichen Gesundheitswesen arbeitenden Ärzte in erbeblichem Zugzwang. Es gibt so etwas wie ein ungeschriebenes Gesetz, daß kein Patient die Sprechstunde verlassen darf, ohne ein Medikament verschrieben bekommen zu haben. (Dieses Gesetz wurde bisher nicht einmal von dem nackten Mangel umgestoßen: so lange es Medikamente gibt, werden sie verordnet und ausgegeben, wenn sie alle sind, heißt es eben »no hay« — »gibt's nicht« in der Apotheke, eine Situation, die den Nicaraguanern aus allen Lebensbereichen vertraut ist, — »vielleicht nächste Woche.« Neuerdings gibt es allerdings Bestrebungen, pflanzliche Heilmittel wieder auszugraben, um dadurch Medikamente einzusparen.) Nach medizinischen Gesichtspunkten ist so ein Prinzip natürlich unsinnig, aber es geht dabei auch um etwas anderes, nämlich um das Ansehen des öffentlichen Gesundheitswesens in Konkurrenz zu den Privatärzten, die — gegen bares Geld — großzügig mit der Verschreibung der begehrten Antibiotika, Vitamine und Injektionen sind.

Ein Beispiel, das ich so oder ähnlich vielfach erlebt habe, soll dies demonstrieren. Eine Mutter kommt mit ihrem Säugling, der eine einfache Erkältung hat, in's Gesundheitszentrum. Dort verschreibt man ihr Nasentropfen und rät ihr, dem Kind viel Flüssigkeit zu trinken zu geben. Für den

Fall, daß das Kind Fieber bekomme, kriegt sie noch zwei oder drei Säuglingszäpfchen mit. Im Übrigen erklärt man ihr, daß die Erkältung ein paar Tage dauern werde, aber nicht gefährlich sei und schließlich von selbst wieder verschwinden werde. — Wenn die gleiche Mutter zum Privatarzt geht, bekommt der Säugling dort in jedem Fall eine Antibiotika-Injektion (manchmal nur eine, manchmal wird die Therapie — wohl je nach Finanzlage der Mutter auch über 2 oder 3 Tage fortgesetzt); gerne gegeben wird Gentamycin. Vom medizinischen Standpunkt ist eine derartige »Therapie« unsinnig und sogar gefährlich. Wenn ich wieder einmal auf einen solchen Fall traf, fragte ich mich oft, ob ich mich mehr darüber ärgern sollte, daß überhaupt ein (bei Virusinfekten unwirksames) Antibiotikum und dazu noch in einer (selbst in indizierten Fällen) unwirksamen Einzeldosis gegeben wurde, oder ob ich mich lieber darüber freuen sollte, daß von diesem nebenwirkungsreichen und nicht ungefährlichen Antibiotikum wenigstens nur eine einzige Dosis gespritzt wurde! — Die Mutter aber ist zufrieden mit der Therapie, das Kind hat eine Spritze bekommen und ein Antibiotikum dazu (was als Name und Zauberformel durchaus ein Begriff ist), sie fühlt sich ernster genommen, adäquater behandelt. Das öffentliche Gesundheitssystem, so scheint es ihr, biete eben doch nur zweitklassigen Ersatz für die »richtige« Medizin, die nach wie vor nur mit Geld zu kaufen ist.

Die Gefahren durch solch unkritische Verordnung und Einnahme von Pharmaka liegen für uns auf der Hand: rein organmedizinische Fixiertheit der Ärzte unter Ausklammerung psychischer und sozialer Faktoren »Reparaturverständnis« der Patienten sowie Medikalisierung sozialer Probleme, Nebenwirkungen von Medikamenten, Suchtpotential von Beruhigungsmitteln, mögliche Resistenzentwicklungen gegen Antibiotika. Kritische Medizin-Ansätze, epidemiologische Forschung, eine aufgeklärte und kritischere Öffentlichkeit haben unser Bewußtsein für diese Dinge geschärft.

In Nicaragua befindet sich die Entwicklung an einem anderen Punkt. Zum erstenmal in der Geschichte des Landes ist medizinische Versorgung wirklich für alle zugänglich. Für die Patienten eine als segensreich empfundene Entwicklung, für die Regierung ein wichtiger Faktor auf der Positiv-Seite ihres Kontos, wenn über Erfolge und Mißerfolge des neuen Gesellschaftssystems geredet wird. Alles Machbare soll denn auch wirklich gemacht werden — keine Seite hat ein Interesse daran, dies einzuschränken.

In diesem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, den Patienten zu helfen, sie in ihren Erwartungen möglichst wenig zu enttäuschen, dem Wissen um die politische Funktion der eigenen Arbeit — und dem Bedürfnis, dabei doch eine möglichst sinnvolle Medizin zu machen, bewegte ich mich. Bei allem Bemühen um Aufkärung und Rationalität mußte ich doch verschiedentlich von meinen Grundsätzen abweichen und machte dabei eine Medizin, die häufig genug von vernünftigen medizinischen Überlegungen

nicht mehr getragen war — bis hin zu Dingen, die ich selbst nur noch als Hokuspokus empfand. Gentamycin gegen Schnupfen habe ich niemals verordnet, aber mein Umgang mit Aspirin und Paracetamol (Schmerzmittel) muß als großzügig bezeichnet werden und den heißbegehrten Vitamin-B_{12}-Injektionen, die einfach gegen alles helfen, hatte ich mich in Augenblicken großer persönlicher Erschöpfung, diagnostischer Ratlosigkeit bezüglich der vom Patienten geschilderten Beschwerden und angesichts der eindeutigen Erwartungshaltung (»das hab ich immer bekommen und es hat immer ganz wunderbar geholfen!«) des Pat. nicht entziehen können.

Als ein weiteres großes Problem für den kurativ tätig werdenden Arzt stellt sich der — nicht unerwartete, aber in seiner handgreiflichen Sinnfälligkeit doch bedrückende — soziale Ursprung der meisten in der ambulanten Medizin zu behandelnden Krankheiten heraus.

Die häufigsten Beschwerden, mit denen die Patienten zum Arzt kommen, sind Durchfälle und Leibschmerzen, banale und ernsthaftere Infektionen der Atemwege, eitrige sowie Pilz- oder Milben-bedingte Hautkrankheiten, aber auch viele mehr diffuse Beschwerden wie Appetitlosigkeit, allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerzen und »Schmerzen im ganzen Körper«. Ein Blick in die Wohnverhältnisse der Menschen klärt bereits vieles: zugige Hütten, in die es hineinregnet und durch die der in den Bergen oft kalte Wind weht. Auf dem nackten Erdboden schlafen, spielen und essen die nur notdürftig bekleideten Kinder gemeinsam mit Hunden, Hühnern und Schweinen. Die nächste Wasserstelle ist oft hunderte von Metern weit weg, Latrinen sind bei weitem nicht in allen Häusern vorhanden. Der Speiseplan der Landbevölkerung besteht aus Maisfladen und Bohnen, manchmal noch Reis, tagein, tagaus. Gemüse zu essen ist wenig üblich, Obst gibt es je nach Region und Jahreszeit. Fleisch selten oder nie. Das Leben ist karg und hart, die jungen, kräftigen Männer sind größtenteils für die Verteidigung mobilisiert, die übriggebliebenen müssen, inklusive der Kinder, die schwere Landarbeit verrichten. Die Frauen bekommen ein Kind nach dem anderen, mehr als 10 ist die Regel, oft sind es bis zu 20. Die Sorgen durch den Krieg sind groß, es herrscht Mangel und fast keine Familie, die nicht mindestens einen Angehörigen verloren hätte — entweder noch in der Erhebung gegen Somoza oder jetzt im Kampf gegen die Contra.

Daß allgemeine Mangelernährung, harte Arbeit und Auslaugung speziell der weiblichen Körper den Boden für Infektionskrankheiten bereiten, daß der Kreislauf der Parasitosen nie durchbrochen wird, daß Hautkrankheiten in diesen unhygienischen Zuständen gedeihen, daß Kummer und Sorgen, aber auch Vitaminmangel diffuse körperliche Beschwerden hervorrufen, ist unmittelbar einsichtig. Als Arzt hier immer und immer wieder Wurmkuren und Amöbenmittel gegen den Durchfall zu verschreiben, Aspirin gegen den Kopfschmerz, Vitamine gegen vermutete Mangelzustände, Hautsalben und Krätzemittel gegen den Ausschlag, kommt einem

dabei ziemlich unsinnig vor: ein Kampf gegen Windmühlenflügel.

Ein anderes großes Problem ist es, sich als (westeuropäischen Standard gewöhnter) Arzt mit der Beschränktheit der medizinischen Möglichkeiten abzufinden. Daß Herzkatheter-Untersuchungen und Herzoperationen nicht zum diagnostisch-therapeutischen Repertoire gehören, daß es in den Provinzkrankenhäusern keine Intensivstationen mit Beatmungsgeräten gibt, daß es in ganz Nicaragua kein Durchleuchtungsgerät zur röntgenologischen Darstellung von Bewegungsabläufen (wichtig für die Untersuchung innerer Organe) und keine Möglichkeit der Elektrolytbestimmnung gibt (zumindest nicht im staatlichen Gesundheitswesen) — all diese Dinge wußte ich vorher. In einem Entwicklungsland mit beschränkten finanziellen Möglichkeiten ist das einsichtig, manchmal schmerzlich — aber die Entscheidung über ökonomische Schwerpunktsetzung muß hier zugunsten einer Breitenversorgung und zuungunsten teurer Spezialeinrichtungen fallen.

Schwieriger fand ich es, mit der therapeutischen Begrenztheit umzugehen, die aus den Lebensbedingungen der Patienten, der mangelhaften Organisation des Medizin-Systems und dem fehlenden Verständnis der Patienten für medizinisch-rationales Handeln resultiert. Trotz prinzipiell vorhandener diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten bleibt manche ernsthafte Erkrankung unentdeckt bis zu einem nicht mehr behandelbaren Stadium, weil eine kontinuierliche Beobachtung und Behandlung des Patienten fehlt oder auch, weil der Patient sich an den Ratschlag des Arztes (etwa sich in's Krankenhaus zu begeben) nicht hält oder nicht halten kann.

Die ärztliche Versorgung der ländlichen Gebiete wird zur Zeit weitgehend von Ärzten in ihrem »Sozialen Dienst« bestritten. Das ist die zweijährige Pflichtzeit, die jeder nicaraguanische Arzt — nach Abschluß seines Medizinstudiums und seines Praxisjahrs im Krankenhaus — im staatlichen Gesundheitswesen ableisten muß. (Die gleiche Pflichtzeit gilt übrigens für Krankenschwestern.) Zu diesem System der jährlich ihren Einsatzort wechselnden »Sozialdienstler« gibt es zur Zeit keine Alternative, weil es einfach noch nicht genug voll ausgebildete Ärzte gibt, die im staatlichen Gesundheitswesen arbeiten und bereit sind, auf's Land zu gehen.

Dieser häufige Wechsel der Ärzte (auch der Internationalisten) bringt es mit sich, daß die Patienten immer wieder von anderen Ärzten gesehen werden. Hinzu kommt, daß das System der Krankenkarteien einstweilen noch wenig ernst genommen wird, so daß die Informationsweitergabe von einem Arzt zum nächsten fast gleich Null ist. Auch die Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus und die Berichte der Spezialambulanzen enthalten kaum Information. (Manchmal habe ich mir dort sehnlichst ein bißchen mehr von dem hier so verhaßten »Papierkram« gewünscht!) So kann es passieren, daß ein Patient mit Bauchschmerzen so lange symptomatisch mit Antacida und Vitaminen behandelt wird, bis sein Dickdarmkrebs nun

auch wirklich nicht mehr operabel ist. Als Westeuropäer, der Organisation und Planung sozusagen schon seit dem Kindergartenalter lernt, ist es kaum zu verstehen, warum beispielsweise nicht wenigstens das Krankenaktensystem — das es gibt! — verbessert wird. Für die Nicaraguaner, die in ihrer Mehrheit erst vor 5 Jahren lesen und Schreiben gelernt haben und die meistens in einer Umwelt mit weit weniger komplexen Anforderungen des täglichen Lebens aufgewachsen sind, sind solche organisatorischen Aufgaben viel komplizierter als für uns und viel mühevoller zu bewältigen. In der Frage der Krankenakten beispielsweise hatte ich mich in einem von mir betreuten Puesto schließlich durchgesetzt: ich bekam zu jedem Patienten ein Blatt Papier mit Namen, Alter, Gewicht und Temperatur und schrieb meine Befunde und Therapien dort fein säuberlich auf. Erst nach einiger Zeit — als ich nämlich bei der nächsten Vorstellung der Patienten meine alten Aufzeichnungen nicht wiederfand — stellte ich fest, daß die Schwestern die Papiere zerschnitten und die Rückseiten zu Rezepten gemacht hatten, angesichts des allgemeinen Papiermangels ein durchaus rationelles und rationales Vorgehen...

Auf der anderen Seite stehen die in der Mentalität oder im Bildungsgrad oder einfach in den Lebensverhältnissen der Patienten liegenden Begrenztheiten. So gibt es beispielsweise viele schlecht eingestellte Epileptiker, deren exakte Therapie die Erfahrung der in der Provinz tätigen Allgemeinärzte bei weitem überfordert. Nun gibt es in Managua eine gute neurologische Poliklinik, die neurologische Diagnostik inklusive EEG sowie Anfallseinstellungen vornimmt. Aber die wenigsten Patienten nutzen diese Möglichkeit. Die Schwierigkeiten des Transports, die Unmöglichkeit, die Familie unversorgt zurückzulassen, die Angst, sich in der großen Stadt nicht zurechtzufinden, nicht zu wissen, wo man schlafen soll, die Furcht vor der undurchschaubaren, großen Institution und schließlich der Mangel an finanziellen Mitteln für Transport und Verpflegung unterwegs bilden schier unüberwindliche subjektive und objektive Schwierigkeiten. So leben sie also ergeben mit ihren Anfällen und die Ärzte probieren tapfer mit Zentropil, Mylepsin, Tegretal und Valium herum, ob sie irgendetwas verbessern können. Für mich oft eine schwer erträgliche Situation, sehenden Auges eine völlig dilettantische Medizin zu machen!

Ein ungelöstes Problem blieb auch die Antibiotika-Therapie für mich. Schon die Indikationsstellung entfernt sich von den strengen Kriterien der Schulmedizin: vor die Therapie gehört die Diagnose. Eine Diagnosesicherung (z.B. im Sinne von Erreger- und Resistenzbestimmung) ist kaum je möglich, man stützt sich also auf Wahrscheinlichkeitsdiagnosen, angereichert durch Überlegungen wie »Ob das unterernährte Kind nicht doch vermehrt für bakterielle Superinfektionen seiner Bronchien anfällig ist? Und wenn's nun übermorgen nicht besser ist, macht die Mutter bestimmt nicht nochmal den Ganztagsausflug zum Arzt!« Also verordnet man häufiger

Antibiotika, als man das hier tun würde, mit schlechtem Gewissen wegen der bekannten Gefahren der Resistenzentwicklung. Im Übrigen kam ich bald dahinter, daß Medikamente praktisch nie nach Anweisung des verschreibenden Arztes eingenommen werden. Eine Mutter, die — selbst krank — mit vieren ihrer Kinder zum Arzt kommt und für jeden auch nur ein Medikament mit unterschiedlichen Einnahmevorschriften erhält, *kann* diese gar nicht auseinanderhalten und richtig eingeben. Selbst wenn die weißen Papiertütchen, in denen die Tabletten ausgegeben werden, mit Medikamentennamen und Einnahme-Anweisung versehen sind, (was nicht immer der Fall ist).

Auch stellte ich fest, daß z.B. die Angabe »dreimal täglich drei Tabletten über 7 Tage« (die notwendige Therapie für die Amöbenruhr, eine häufig vorkommende Krankheit) zwar widerspruchslos hingenommen, aber in den seltensten Fällen so ausgeführt wird. Die Menge von 63 Tabletten, die dem Patienten ausgehändigt wird, erscheint ihm absolut abundant. Er nimmt ein paar davon, bis er den Eindruck hat, daß es ihm entweder besser geht oder die Tabletten doch nicht helfen, den Rest hebt er für spätere, ähnlich gelagerte Fälle auf oder verkauft ihn auf dem blühenden Schwarzmarkt. In den Kramläden jedes kleinen Dorfes kann man fast jedes gewünschte Medikament kaufen. »Ich hätte gerne Tabletten gegen Halsschmerzen.« »Ja, da nehmen Sie doch Ampicillin.« »Gut. Was kosten sie? 5 Pesos? Geben Sie mir zwei.« Zunächst war ich verzweifelt, bemühte mich unter Einsatz meiner ganzen ärztlichen Autorität (die ich mir, nach Jahren bewußt un- und antiautoritären Verhaltens, auch erst mühsam wieder antrainieren mußte!), mein Therapieregime durchzusetzen. Später bekam ich auch daran Zweifel, beispielsweise angesichts der Tatsache, daß aufgrund des verseuchten Trinkwassers jeder Mensch sowieso früher oder später wieder Amöben bekommt, eine völlige Sanierung also nur einen fragwürdigen vorübergehenden Erfolg bringt, aber mit erheblichen Nebenwirkungen der Medikamente verbunden ist, (wie ich selbst Gelegenheit hatte festzustellen). Aber was bleibt dann überhaupt noch als ärztlich sinnvolles Handeln übrig?

Wie diesen Problemen der ambulanten Versorgung zu begegnen ist, darüber gibt es in Nicaragua (nicht anders als hier übrigens — vgl, Abholz in diesem Band) keinerlei verbindliche Vorstellungen. Die nicaraguanischen Ärzte, die die Verhältnisse natürlich besser kennen als wir, gehen individuell und je nach Charakter und Fähigkeit damit um. Zwischen Zynismus und Resignation, engagiertem persönlichem Einsatz und schlichtem Nicht-zur-Kenntnis-Nehmen der Fragwürdigkeit ihrer Berufspraxis ist alles vertreten. Insgesamt scheinen sie weit weniger als wir von Skrupeln und Zweifeln geplagt. Sie gehen davon aus, daß das, was sie machen, was sie auf der Uni gelernt und von ihren Standeskollegen übernommen haben, schon richtig sein wird und genießen unbekümmert das hohe Ansehen ihres Be-

rufsstandes. Der Staat unterstützt ihre manchmal erstaunlich hohe Selbsteinschätzung. Die Entthronung der Halbgötter in Weiß, die Entzauberung des Arztbildes kann ein Staat sich nicht leisten, der auf seine Spezialisten angewiesen ist. Die Attraktivität des staatlich Gesundheitswesens als Arbeitsgebiet könnte sonst womöglich noch weiter sinken, der Absprung von Ärzten ins Ausland noch mehr zunehmen.

Ich selbst kämpfte, wie gesagt, einerseits mit beträchtlichen persönlichen Insuffizienzgefühlen (was wußte ich schon, wie Vitaminmangelzustände wirklich aussehen, wenn's nicht gerade das Vollbild einer Pellagra ist? und wieviele Fälle von Haut-Leishmaniose mag ich übersehen haben?) und andererseits dem Gefühl, eine völlig an den Problemen vorbeigehende Arbeit zu machen. Die Versuchung, ständig etwas umorganisieren zu wollen, zu glauben, ich wisse viel besser, wo und wie man ansetzen müsse, war groß.

Dieses Gefühl änderte sich im Laufe der Zeit, je mehr ich mitkriegte, daß meine Tätigkeit im Rahmen eines gut geplanten (wenn auch noch nicht immer gut funktionierenden) und komplexen Gesundheitsversorgungssystems zu sehen war. Nachdem der örtlich Chef der »Frente Sandinista« das erste Mal bei uns war, um mit dem Leiter des »Centro« und uns zu besprechen, wer von uns in der nächsten Zeit an welchen Tagen in welchen Dörfern die »Außen-Consulta« machen sollte, wie der Transport dahin geregelt werden könne, wie die Medikamentenversorgung sicherzustellen sei, usw., — nachdem ich also gesehen hatte, daß auch die politischen Instanzen sich systematisch und verantwortungsbewußt um die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung kümmern, wuchs meine eigene Motivation, an diesem Ziel mitzuarbeiten. Nachdem ich an der ersten Polio-Impfkampagne teilgenommen und miterlebt hatte, mit welchem Ehrgeiz Frente Sandinista, Beschäftigte des Centro de Salud und Mitglieder der Massenorganisationen daran arbeiten, möglichst eine hundertprozentige Durchimpfung zu erreichen, wurde mit klar, daß an den anderen Aspekten der Gesundheitsversorgung ebenso gearbeitet wird wie an der kurativen Medizin. Der erste Vortrag der »Gesundheitserzieherin« zusammen mit dem Zahnarzt über persönliche Hygiene und Vorsorgemaßnahmen, den ich in einem Dorf in den Bergen mithörte, zeigte mir, daß ich eben nicht allein und nicht nur gegen Windmühlenflügel kämpfte.

Ich lernte die »Conedores infantil« kennen, in denen alle Kinder bis zu 15 Jahren sowie schwangere und stillende Mütter eine warme Mahlzeit am Tag umsonst bekommen, erfuhr von der kostenlosen Ausgabe von Zusatznahrungsmittel für unterernährte Kinder und viele andere Dinge mehr.

Gesundheit, so legt die neue Verfassung Nicaraguas fest, ist ein Recht des Volkes und eine Pflicht des Staates. Die sandinistische Gesundheitspolitik beruht auf einleuchtenden Prinzipien:

— Die Gesundheitseinrichtungen müssen für jeden Nicaraguaner zugänglich sein, unabhängig von seinem sozialen Status, seiner Überzeugung, Re-

ligion oder Rasse. Sie müssen verbessert und ausgebaut werden, dem erreichten sozio-ökonomischen Niveau des Staates jeweils entsprechend.
— Alle Regionen müssen gleich gut versorgt werden: nicht nur die Städte und die infrastrukturell bevorzugte Westküste, sondern auch das Land, die Elendsviertel, die traditionell unterversorgte Atlantikküste.
— Der Lebensstandard und das hygienische Niveau müssen angehoben werden, um das Auftreten von Krankheiten zu verhindern oder einzudämmen.
— Prävention und Gesundheitserziehung haben Priorität im Gesundheitswesen.
— Das Volk selbst muß einbezogen werden in die Planung und die Bemühungen, die Volksgesundheit zu verbessern.

Die Fälle von Masern und Tetanus gingen entscheidend zurück, die Kinderlähmung konnte praktisch ausgerottet werden. Die Diarrhoe, früher kindliche Todesursache Nr.1 ging um 75 % zurück. Die wesentlichsten Erfolge wurden sicher nicht durch die Kurativ-Medizin, sondern durch den Ausbau der Prävention erreicht.

Die Schwestern und Auxiliares (Hilfsschwestern), die ja häufig selbstständig in den Puestos arbeiten, werden so ausgebildet, daß sie die vorherrschenden Massenkrankheiten erkennen und behandeln können (z.B. orale Rehydration, das heißt Verabreichung einer Trinklösung mit Zucker und verschiedenen Salzen, um die Austrocknung als Folge von Durchfallerkrankungen zu verhindern — eine der häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern; Medikamentenausgabe sowie Betreuung und Überwachung von Tuberkulose-Paienten, inklusive Umgebungsbehandlung und Dokumentation). Hauptsächlich aber nehmen sie präventive und gesundheitserzieherische Aufgaben wahr. Hierzu gehören z.B.:
— Die Mutter-und-Kind-Fürsorge (Schwangerenbetreuung, Überwachung des Ernährungs- und Entwicklungszustandes aller Kinder bis zu sechs Jahren, Motivation zum Stillen, Unterweisung in oraler Rehydratation, Imfungen);
— Hygiene- und Sauberkeits-Erziehung, Motivierung der Bevölkerung zu Latrinen- und Brunnenbau-Projekten.

Ein entscheidender neuer Ansatz in der Gesundheitspolitik sind die »Jornadas des Salud« (Gesundheitstage), die seit 1981 durchgeführt werden und jeweils bestimmte Aufgaben haben. Es gab eine Kampagne zur Umwelthygiene (Abfallbeseitigung, Einzäunung der Schweine, persönliche Hygiene, Latrinenbau etc. — alles Dinge, die in Nicaragua keineswegs eine Selbstverständlichkeit sind), eine Malaria-Kampagne, bei der einerseits die Mückenbrutplätze vernichtet wurden (eine Aufgabe, für die es heute ein kontinuierlich arbeitendes Institut gibt) und andererseits 75 % der Bevölkerung einer vollständigen Malaria-Behandlung unterzogen wurden, um damit die Infektionskette zu unterbrechen. Außerdem gab es

Impfkampagnen gegen Tollwut, DPT (Diphterie, Tetanus und Keuchhusten), Masern und Poliomyelitis. — Das Gesundheitsministerium leitet diese Kampagnen an, gibt Aufklärungsbroschüren in Comic-Form heraus, um Motivation und Kenntnisse der Bevölkerung zu verbessern, organisiert die Propaganda in Presse und Rundfunk, koordiniert die Aktionen. Die Kampagnen werden auf der Ebene der »Areas«, also der Gebiete, für die jeweils ein Gesundheitszentrum zuständig ist, durchgeführt. Die Gesundheitsarbeiter führen sie zusammen mit den Massenorganisationen durch: Gewerkschaften, CDS (Comié de Defensa Sandinista — eine Art Stadtteil- und Dorf-Kommittee), Sandinistische Jugend. Eine wichtige Funktion haben die Gesundheitsbrigadisten, das sind Verantwortliche aus jedem Dorf und jedem Stadtteil, die in Kursen einiges Wissen über Massenimpfungen, Malariabekämpfung, Hygiene und einfache Wundversorung gelernt haben und die in ihrem Gebiet für die Durchführung der Kampagnen verantwortlich sind.

Daß die Druchführung dieser Kampagnen und Maßnahmen keineswegs immer reibungslos läuft, hat mehrere Ursachen:

— Einmal ist es die ungeheuer schwierige ökonomische Situation, in der der nicaraguanische Staat steckt. Die Sandinisten haben noch aus der Somoza-Zeit eine hohe Auslandsverschuldung übernommen. Hinzu kommt, daß die Exportgüter auf dem Weltmarkt (hauptsächlich Kaffee, Baumwolle, Fleisch und Zucker) derzeit immer schlechtere Preise erzielen, während die notwendigen Importgüter (hauptsächlich Öl für die Energieversorgung) immer teurer werden.

— Die ständigen Überfälle, Sabotageakte und die Bedrohung der Grenzen durch die »Contra« (die von den USA und dem CIA unterstützten und finanzierten Regimegegner) bedingen, daß das Land rund die Hälfte seines Nationaleinkommens in die Verteidigung stecken muß. Dies macht sich natürlich im sozialen Bereich bemerkbar, z.B. in der Ausstattung der Puestos mit Verbandsmaterial, Instrumenten, Medikamenten.

— Die Contra sucht sich für ihre Aktionen gezielt diejenigen Einrichtungen aus, die der Bevölkerung unmittelbar nützlich sind und so das Ansehen der Regierung stärken. So können seit einiger Zeit in manchen Gebieten keine Impfaktionen mehr durchgeführt werden, weil die Impfbrigaden immer wieder überfallen wurden. Aus dem gleichen Grund stehen in den durch Contra-Aktionen besonders gefährdeten Gegenden die Gesundheits-Puestos verwaist.

— Die Menschen, die auf allen erwähnten Ebenen an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, müssen sich in ihre Aufgaben und ihre Verantwortung erst einarbeiten. Man stelle sich nur vor, daß z.B. die Gesundheitsbrigadisten im allgemeinen Leute sind, die überhaupt erst vor fünf Jahren lesen und schreiben gelernt haben. Die Auxiliares, die selbstständig einen Gesundheitsposten betreuen, haben nach ihrer sechsjährigen Schulbildung

einen zehnmonatigen Kursus gemacht. Die Chefin der Krankenschwestern einer Area (welche ca. 20 — 30 000 Einwohner umfaßt) ist meistens eine Krankenschwester im Sozialen Jahr, d.h. gerade nach Abschluß ihrer dreijährigen Ausbildung. Für den ärztlichen Leiter gilt das gleiche: auch er kommt gerade von der Universität, hat keine Berufs- und keine Organisationserfahrung. — Und so geht es weiter auf allen Ebenen: die Gesundheitsministerin ist keine 30 Jahre alt.

Angesichts all dieser Schwierigkeiten sah ich manches mit anderen Augen. Ich registrierte nicht mehr so sehr, was alles nicht klappte, sondern war voller Bewunderung dafür, was unter diesen Umständen nach so wenigen Jahren des Aufbaus und der Entwicklung schon alles möglich war. Und ich wurde — aufgrund meiner eigenen Erfahrungen, aber auch aufgrund der Tatkraft und des Optimismus vieler Nicaraguaner, die ich bei der Arbeit kennenlernte — zuversichtlich, daß sich die Gesundheitsversorgung langsam aber sich er weiter verbessern wird.

Vor diesem Hintergrund änderte sich auch die Motivation für meine eigene Arbeit.

Ich akzeptierte, daß die ambulante kurative Medizin, so fragwürdig sie in Teilaspekten auch immer wieder scheinen mag, eine wichtige Aufgabe erfüllt. Für die Bevölkerung ist es eine ungeheure Errungenschaft, ihren Krankheiten nun nicht mehr allein und hilflos ausgeliefert zu sein, sondern einen Arzt zu haben, der ihnen hilft — und sei es auch nur subjektiv.

Vor- und Nachteile der kurativen Versorgung können überhaupt nicht verstanden werden, wenn die politische Funktion nicht mitbedacht wird: Das Wissen, im Krankheitsfall konkrete medizinische Hilfe zu bekommen, ist notwendig, um bei den Menschen Vertrauen in das Gesundheitswesen zu schaffen. Und dieses Vertrauen ist notwendig für die Durchführung sämtlicher präventiver Maßnahmen, die zunächst einmal für die Bevölkerung nicht einsichtig sind. So versuchten beispielsweise Regime-Gegner die ersten Polio-Schluckimpfungen 1981 damit zu diskreditieren, daß sie das Gerücht ausstreuten, mit der Impfung werde der Kommunismus übertragen. Und das Gerücht wurde geglaubt, die Beteiligung an den ersten Impfaktionen war schlecht. Mittlerweile aber beträgt die Durchimpfung der Kinder fast 100% und die Krankheit ist ausgerottet.

In *irgendeinem* »Entwicklungsland« oder »Katastrophengebiet« hätte ich meine Arbeit nicht ausüben mögen. Auch in Nicaragua fragte ich mich oft, ob ich nicht mithalf, ein fragwürdiges, die Kuration als »eigentliche Medizin« favorisierendes System einzuführen. Ob das Reparaturverständnis, das wir *hier* inzwischen bekämpfen, weil es den Menschen als eine Art Maschine und seine Krankheiten und Beschwerden lediglich als reparable Defekte auffaßt, nicht unwiderruflich in den Köpfen der Leute festgesetzt wird. Ich denke auch nach wie vor, daß diese Gefahren bestehen.

In den ersten Monaten meines Aufenthaltes nahm ich in erster Linie die-

se Inadäquanz und die Unzulänglichkeiten wahr. Im Laufe der Zeit aber erfuhr ich sinnlich wahrnehmbar im täglichen Leben, in der täglichen Arbeit, was ich theoretisch schon früher wußte: ich erfüllte mit meiner Arbeit eine Teilfunktion in einem Teilbereich, wobei weder die Teilfunktion noch der Teilbereich für sich genommen befriedigend waren. Aushaltbar und positiv lebbar wurde die Arbeit dadurch, daß ich mehr und mehr die Einzelteile in Beziehung zur Gesamtbewegung setzen konnte.

»Revolucion es salud« — »Revolution ist Gesundheit« las ich in Nicaragua einmal auf einer Wand geschrieben. Ich empfand das nicht als eine leere Parole. Die nicaraguanische Revolution ist der Versuch, allen Menschen — besonders aber denen, die vorher davon ausgeschlossen waren — ein menschenwürdigeres und damit gesünderes Leben zugänglich zu machen. Die Verbesserung der Bildung, die gerechte Verteilung der materiellen Reichtümer, die Teilnahme des Volkes an allen politischen und gesellschaftlichen Entscheidungen — das Gesundheitswesen in diese Ziele eingebettet zu sehen, hat mich optimistisch gemacht.

Heinz-Harald Abholz

Das Besondere der Allgemeinmedizin

I. Einleitung

Zu dem, was Allgemeinmedizin ist, gibt es extreme Positionen: auf der einen Seite steht die Einschätzung, daß in der Allgemeinmedizin eine Vielzahl medizinischer Fachdisziplinen — jeweils schlecht beherrscht — zur Anwendung kommen. Der Facharzt kenne einen kleinen Bereich der Medizin gut, der Allgemeinarzt einen weiten Bereich der Medizin schlecht. Allgemeinmedizin wird als ein Sammelsurium medizinischer Einzeldisziplinen verstanden, etwas Spezifisches existiert nach diesem Verständnis nicht.

Auf der anderen Seite steht die Einschätzung, daß Allgemeinmedizin — neben der Vielzahl berührter Fachdisziplinen — auch etwas Spezifisches beinhaltet: es handele sich um die umfassende Betreuung von Gesunden und Kranken unter Berücksichtigung von medizinischen, psychologischen und sozialen Bedingungen. Neben der Therapie habe die Prävention eine zentrale Bedeutung. Schließlich — und dies wird nur noch von einigen Autoren betont — sei die Arzt-Patienten-Beziehung in der Allgemeinmedizin von zentraler Bedeutung. Dabei sei — im Vergleich zur Klinik — der Patient als selbständiger Partner anzusehen. Bei diesem Verständnis von Allgemeinmedizin ist selbstverständlich, daß es um die Beschreibung einer ärztlichen *Tätigkeit* geht, die nicht ausschließt, daß auch ein Spezialist — z. B. der Internist — allgemeinmedizinisch arbeiten kann.

Als ich mich im Mai 1984 nach dreizehnjähriger klinischer Tätigkeit als Allgmeinarzt niederließ, glaubte ich zu wissen, was Allgemeinmedizin sei. Ich ging von der Spezifität des Faches aus. In den fünf Jahren vor der Niederlassung hatte ich mich relativ intensiv durch Lesen, durch Teilnahme an einem Arbeitskreis sowie durch eigene Publikationen mit dem Thema beschäftigt. Doch das, was ich dann in der Praxis erlebte, war völlig anders als erwartet. Es schien so, als sei meine theoretische Beschäftigung keine ausreichende Vorbereitung gewesen. Erst nachdem es mir gelang, meine Erlebnisse mit dem Fach etwas zu systematisieren, stellte ich fest, daß ich dabei zu sehr ähnlichen Verallgemeinerungen kam, wie ich sie aus der Literatur und meiner Vorbereitung kannte. Es scheint mir so zu sein, daß die allgemeinmedizinische Literatur auf einer abstrakten Ebene sehr wohl eine Charakterisierung des Faches in seiner Spezifität zu vermitteln in der Lage ist. Nur ist dabei die Abstraktion so weit vorangetrieben, daß die konkrete Arbeit in dem Bereich nicht mehr erkennbar bleibt. Und hiermit wiederum scheint mir einiges, das die Spezifität des Faches Allgemeinmedizin ausmacht, verloren zu gehen. Aus dieser Erfahrung heraus will ich den Versuch unternehmen, meine Erlebnisse mit dem Spezifischen der Allgemein-

medizin anhand von Fallbeispielen mitzuteilen. Obwohl Allgemeinmedizin ganz wesentlich auch durch die Langzeitbetreuung charakterisiert ist, erscheint es mir gerechtfertigt, schon nach so kurzer Zeit — nach eineinhalb Jahren Tätigkeit — Bemerkungen zum Thema zu machen. Gerade als Neuling in dem Fach fallen die Besonderheiten ins Auge, Routinen haben den Blick für das Besondere noch nicht verstellt.

Es war möglich, aus der Vielzahl der Behandlungsabläufe einige wenige Beispiele auszuwählen, die eine idealtypische Darstellung zur Spezifität des Faches erlauben (Teil II). Erst im letzten Teil (Teil III) werden generelle Schlußfolgerungen zur Spezifität des Faches als auch zu gesundheitspolitischen Konsequenzen gezogen.

Zu den Beispielen ist anzumerken, daß sie — wenn in der Regel auch nicht in dieser idealtypischen Weise — die Mehrzahl aller Behandlungssituationen charakterisieren. Die relative Eindimensionalität des in der Klinik so im Vordergrund stehenden *medizinischen* Aspektes des Krankseins stellt die große Ausnahme dar und wird — bei der Anstrengung allgemeinmedizinischer Tätigkeit — eher als Erholung erlebt.

II. Fallbeispiele

These I:
Wesentlicher Inhalt allgemeinmedizinischer Tätigkeit ist es, die unterschiedlichen Aspekte des Krankseins in ihrer Bedeutung zu erkennen und adäquat bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Beispiel 1:

Eine 30jährige Patientin kommt in Begleitung ihres Freundes neu zu mir, nachdem sie am Vortage aus dem Krankenhaus bei noch bestehendem drohendem Darmverschluß (Subileus) entlasen worden war. Bei der Patientin war aufgrund mehrerer vorangegangener Bauchoperationen sowie einer 3 Jahre zurückliegender Eiterung im Bauchraum (eitrige Peritonitis) an eine Verklebung mit folgendem drohendem Darmverschluß (Bridenileus) zu denken. In der Betreuung ging es also darum, zu überwachen, ob die Darmtätigkeit wieder normal in Gang kam oder ob sich ein totaler Darmverschluß und damit eine sofortige Operationsnotwendigkeit ergab. Die Patientin kam täglich — zumeist in Begleitung ihres Freundes — zur Vorstellung: es bestand ein druckschmerzhaft geblähter Bauch, sie berichtete über Darmkrämpfe und das Ausbleiben von Stuhlgang. Nach 8 Tagen ohne eindeutige Besserung der Symptomatik entschloß ich mich, ihr orale Abführmittel — zusätzlich zu den schon zuvor verordneten Einläufen — zu geben. Nach einer weiteren Woche entstand für mich eine zunehmende Diskrepanz zwischen den Angaben der Patientin über das Ausbleiben ihres Stuhlganges und dem bei den Untersuchungen doch zunehmend unauffäl-

liger werdenden Bauch. Diese Diskrepanz wurde so groß, daß mir schließlich Zweifel kamen, ob die Patientin überhaupt wahrheitsgetreue Angaben machte. Bei meinen Überlegungen zu dieser Diskrepanz rückten auf einmal Beobachtungen, die anfänglich registriert, aber von mir nicht weiter beachtet wurden, in den Vordergrund. Eigentlich schon immer auffällig war, daß der die Patientin begleitende Freund höchst aufgeregt, fast in Panik über die Symptomatik sprach, die Patientin selbst jedoch höchst gelassen, fast lieblich lächelnd sich präsentierte. Schließlich gab es sogar einige Unstimmigkeiten bezüglich ihrer Angaben über Bauchschmerzen sowie das Ausbleiben von Stuhlgang mir und dem Freund gegenüber. Wobei ich den Eindruck gewann, daß dem Freund eine noch dramatischere Situation als mir gegenüber geschildert wurde. Ja, ich stellte fest, daß alles Dramatische der Beschwerdesymptomatik eigentlich nur durch den Freund, nicht aber durch die Patientin vermittelt wurde. Bei dem nächsten Besuch machte ich die Patientin darauf aufmerksam, daß sich aufgrund der Untersuchungen — inzwischen war auch eine Kontrolle des Röntgenbildes (Abdomen leer) angefertigt worden — eine Besserung des Beschwerdebildes eindeutig abzeichne. Dagegen stünden ihre Angaben zur weiter bestehenden Symptomatik. Ich stellte die Hypothese auf, daß inzwischen nicht mehr das Bild eines drohenden Darmverschlußes, sondern eine einfache Verstopfung vorläge. Die Symptomatik sei schließlich fast identisch, eine Verstopfung in ihrem Alter jedoch sei als psychosomatische Störung aufzufassen. Aus meinen Beobachtungen des »Zusammenspiels« von ihr und ihrem Freund würde ich ableiten, daß sie an der Symptomatik festhalte, weil sie einen offensichtlichen Krankheitsgewinn in der Fürsorge ihres Freundes habe. Die Patientin lehnte dies vehement mit der Begründung ab, daß sie ihren Freund immer hasse, wenn er wegen ihrer Beschwerden so überfürsorglich mit ihr umgehe, alles für sie regele und »den Krankenpfleger herausstelle«. Seine panische Reaktion bei ihrer Symptomatik sei ihr eher peinlich. Sie kam ins Erzählen, wobei deutlich wurde, daß ihr Freund sie nach ihrem Empfinden zu sehr umsorgte, ihr einen Großteil ihrer Aufgaben aus der Hand genommen hatte. Wenn er einmal verreist sei, lebe sie wie befreit auf. Andererseits hänge sie sehr an ihm und wolle sich — trotz noch weiterer erwähnter Schwierigkeiten — nicht von ihm trennen. Auf der Hand lag nun die Hypothese, daß sie durch ihr Krankheitsverhalten ihren Freund zu einem Verhalten brachte, welches ihr erlaubte, ihn zu hassen und somit möglicherweise einen Weg zur Trennung vorzubereiten. Ich formulierte der Patientin gegenüber diese Hypothese, wir diskutierten noch einiges Für und Wider, wobei sie emotional — ganz im Gegensatz zu vorangegangenen Besuchen — sehr beteiligt war und zu weinen begann. Am nächsten Tag kam der Freund — wie schon manchmal — alleine in die Praxis und stieß in Panik getrieben den Satz aus: »Jetzt ist es passiert.« Sofort schoß mir die Idee durch den Kopf, daß meine Hypothese zum Trotz

nun doch ein Darmverschluß aufgetreten sei. Er aber fuhr fort, daß er gestern nach Hause gekommen einen Brief vorgefunden habe, in dem seine Freundin ihm ihren kurzfristigen Auszug aus der gemeinsamen Wohnung mitgeteilt habe. Vier Tage später erst kam die Patientin wieder in die Praxis und berichtete, daß sie seit dem Tag ihres Auszuges regelmäßig Stuhlgang habe, die Bauchschmerzen seien auch besser beworden. Bis auf eine kurze Episode — etwa ein halbes Jahr später — sind die Beschwerden im Bereich des Bauches — trotz der vorhandenen zahlreichen Verwachsungen — im Hintergrund geblieben. Etwa zwei Wochen nach dem Auszug ist die Patientin dann doch wieder zu ihrem Freund in die Wohnung zurückgezogen. Sie berichtete mir, daß dieser — seitdem sie wieder gesund sei — unter schweren depressiven Zuständen litt. Dann hörte ich eine Weile nichts mehr von ihr, schließlich kam sie nach einigen Wochen mit einem rein psychologischen Problem, nämlich der endgültigen Trennung von ihrem Freund zu mir. Es soll hier abgebrochen werden, obwohl die »weitere Krankengeschichte« noch mehrere weitere Beispiele immer des gleichen Wechsels zwischen körperlichen Erkrankungen und festgehaltener Symptomatik in ähnlicher wie der oben geschilderten Weise zeigte. Dabei »rückten« die Patientin und ihr Freund währen der verschiedenen Krankheitsepisoden jeweils noch einmal zusammen, um dann jedoch Schritt für Schritt auf eine Trennung hinzusteuern.

Beispiel 2:

Diese Patientin kam das erste Mal mit den Worten zu mir: »Vielleicht können sie mir helfen, eine Freundin hat sie mir empfohlen«. Sie erzählte, daß sie seit fünf Jahren die folgenden Beschwerden habe: Ein bis zweimal pro Monat komme es zu heftigen Bauchkrämpfen, an die sich dann vier bis sieben Tage durchfälliger Stuhl anschließe. Insgesamt habe sie in der Zeit seit Bestehen der Symptomatik stark an Gewicht bis zur jetzigen Magerkeit verloren. Die genauere Anamnese erbrachte — bis auf einen geringen Hinweis auf eine Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz) — keinerlei Verdacht auf eine organische Erkrankung. Das Beschwerdebild hatte etwa sechs Wochen nach Geburt ihres ersten und einzigen Sohnes begonnen. Diese Schwangerschaft war völlig unerwartet eingetreten und hatte — so berichtete die Patientin — erst einmal ein Erschrecken bei den jungen Eheleuten ausgelöst. Da sie viele Jahre lang immer wieder unter Unterleibsbeschwerden — einschließlich Entzündungen — zu leiden hatte, sei es — so die behandelnden Ärzte — zu Verklebungen gekommen, die eine Schwangerschaft eigentlich als nicht möglich hatte erscheinen lassen. Aus diesem Grunde habe sie auch keinerlei Verhütungsmittel angewendet.

Ich hatte drei Gründe, davon auszugehen, daß es sich um ein psychosomatisches Krankheitsbild handelte: einmal sprach die für eine somatische Erkrankung untypische Anamnese dafür; zum anderen auch der Zeit-

punkt des Beginns des Krankheitsbildes nach Geburt des unerwarteten Kindes. Zum Dritten schien es mir sehr unwahrscheinlich zu sein, daß eine normal intelligente Frau in einer Großstadt in einem Zeitraum von fünf Jahren keinen Arzt zu finden in der Lage ist, der ihre — hier einmal angenommene somatische Erkrankung zu diagnostizieren vermochte. Ich teilte meinen Eindruck der Patientim mit, und wir führten ein längeres Gespräch über die psychischen Auswirkungen ihrer Erkrankung als auch über mögliche Ursachenbereiche. Meine Vermutung einer psychosomatischen Erkrankung schränkte ich ihr gegenüber etwas dadurch ein, daß ich ihr sagte, man müsse noch eine einzige, für mich im Zusammenhang vorstellbare organische Ursache — eine Milschzuckerunverträglichkeit — ausschließen. Alle weiteren vorstellbaren Untersuchungen waren zuvor bei anderen Ärzten durchgeführt worden. Drei Tage später kam die Patientin zu einer einfachen Laboruntersuchung, die dann schließlich die Laktoseintoleranz sehr wahrscheinlich machte. Schon bei unserem dritten Zusammentreffen konnte ich also der Patientin diesen Befund mitteilen. Ich riet ihr dann noch zu einer Dünndarmbiopsie, die noch weitere Intoleranzen von Nahrungsmitteln auszuschließen helfen sollte. Sie stimmte diesem Vorschlag zu und begab sich in die Ambulanz einer Klinik.

Ich hatte also die große diagnostische Leistung vollbracht, innerhalb von zwei Konsultationen bei der Patientin eine organische Erkrankung zu diagnostizieren, die in den vorangegangenen fünf Jahren von all den anderen aufgesuchten Ärzten nicht gefunden worden war. Meine Begeisterung und mein Stolz hierüber ließen mich meinen ersten Eindruck, den der Psychogenese der Erkrankung, vergessen. Anfangs wurde ich auch von der Patientin mit Erfolgsmeldungen belohnt: unter meinem Rat, Milchprodukte zu meiden, nahm sie in den nächsten Wochen ständig an Gewicht zu. Bauchschmerzen, Durchfälle traten nicht mehr auf. Parallel dazu liefen die Untersuchungen in der Klinik. Als nach einigen Wochen der Zeitpunkt gekommen war, an dem die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen mit der Patientin besprochen werden sollten, meldete sie sich nicht mehr. Ich rief sie mehrmals an und erfuhr jeweils, daß sie zu den Besprechungsterminen nicht zu gehen in der Lage gewesen sei, da verschiedene — für mich nichtige — Dinge dazwischen gekommen seien. Außerdem ging es ihr auch nicht mehr so gut, sie bezweifele inzwischen die von mir gestellte Diagnose, weil es zu erneuten Beschwerden und einer erneuten Gewichtsverminderung gekommen sei. Nachdem ich in einem weiteren Telefongespräch von der Verschlechterung erfuhr, fragte ich sie, ob sie möglicherweise doch Dinge esse, die sie nicht vertrage. Und sie berichtete mir, daß sie zur Gewichtszunahme jetzt regelmäßig Schlagsahne esse. Gerade diese Speise aber hatte mich viele Monate zuvor auf die Idee der Laktoseintoleranz gebracht, was ich auch damals der Patientin erklärt hatte. Auf meinen Hinweis, daß dies wohl das Verkehrteste sei, was sie tun könne,

sagte sie nur, daß sie ja schließlich irgendetwas unternehmen müsse, um wieder an Gewicht zu gewinnen. Seit diesem Zeitpunkt habe ich nichts mehr von der Patientin gehört. Aus der Klinik jedoch habe ich erfahren, daß sich die Patientin bis zum jetzigen Zeitpunkt nie nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen erkundigt hat — die übrigens eine isolierte Laktoseintoleranz bestätigten.

Beide Beispiele illustrieren die Schwierigkeit allgemeinmedizinischer Tätigkeit, die entscheidenden Aspekte des jeweiligen Krankseins zu erkennen und adäquat zu werten. Im ersten Beispiel scheint mir dies gelungen zu sein, wobei die Anstrengung der Arbeit im wesentlichen darin bestand, bei fast gleichbleibender Symptomatik die unterschiedliche Bedeutung der Symptome zu begreifen. Das zweite Beispiel illustriert hingegen das Mißlingen einer adäquaten Berücksichtigung der einzelnen Aspekte des Krankseins. Hatte ich medizinisch zwar »richtig« gehandelt, so kam es — unter allgemeinmedizinischem Blickwinkel beurteilt — doch zu einem »falschen« Behandlungskonzept. Hätte ich die Patientin länger und somit genauer gekannt, wäre dieser Fehler möglicherweise nicht geschehen. Dieses Beispiel illustriert somit möglicherweise einen typischen Anfänger-Fehler. Dennoch erscheint mir das Beispiel mitteilenswert, illustriert es doch auch ein grunsätzliches Problem. Wie ein »richtiges« Konzept hätte aussehen müssen, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Zumindestens aber steht fest, daß es mir nicht gelungen war, die Patientin überhaupt näher kennenzulernen, weil ich mich — zeitlich — überschlug, die Organdiagnostik weiter zu treiben. Vielleicht wäre es sinnvoller gewesen, die Patientin zu mehreren Untersuchungen — medizinisch gesehen unsinnig — einzubestellen, um uns somit die Gelegenheit des Kennenlernen zu geben. Hierbei hätte ich möglicherweise dann Hinweise für ein besseres Behandlungskonzept gewinnen können.

Es lassen sich einige Verallgemeinerungen aus den beiden Beispielen ziehen:

a) der Umgang mit den verschiedenen Aspekten des Krankseins setzt auf Seiten des Arztes eine *profunde Kenntnis* infragekommender Krankheitsbilder, der psychischen und sozialen Aspekte des Krankseins sowie eine gute Menschenkenntnis voraus. Nur so ist es möglich, eine adäquate Berücksichtigung der jeweils relevanten Aspekte des Krankseins vornehmen zu können. Insbesondere soll darauf hingewiesen werden, daß nur so der Angst standgehalten werden kann, mögliche organische Ursachen zu übersehen. Folgt man dieser Angst und der dahinter steckenden juristischen Drohung eines Kunstfehlerprozesses etc., so läßt man sich auf einen immer weiter gehende organmedizinische Diagnostik auch dann ein, wenn man mit hoher Wahrscheinlichkeit eine solche Erkrankung schon ausgeschlossen hat. Dies ist aber für ein allgemeinmedizinisches Vorgehen schädlich,

wird doch dem Patienten dadurch das Unverständnis seiner Problematik gegenüber illustriert — ganz abgesehen von erheblichen Kosten und der Gefährdung durch eine unnötige Diagnostik.

b) Allgemeinmedizinische Tätigkeit ist durch ein hohes Maß von *Subjektivität* charakterisiert. Wie die einzelnen Aspekte des Krankseins und in welcher Wertigkeit gesehen werden, hängt stark vom Arzt und seiner Interaktion mit dem Patienten ab. Daraus läßt sich ableiten, daß unterschiedliche Ärzte aufgrund ihrer Subjektivität und der dann spezifischen Interaktion mit ein und demselben Patienten unterschiedliche »richtige« Konzepte der Behandlung entwickeln können.

c) Akzeptiert man die unterschiedlichen Aspekte des Krankseins und insbesondere den psychischen Aspekt, so muß man auch akzeptieren, daß im Sinne des Patienten selbst eine *»Entmündigung« therapeutisch sinnvoll* sein kann. Der im Anschluß an das Beispiel 2 gegebene Entwurf für ein richtigeres Behandlungskonzept beinhaltete ja eine derartige Entmündigung in Form eines taktierenden Hinhaltens des Patienten — hier zum Zweck des besseren Kennenlernens —, anstelle der zielstrebigen und schnelleren Diagnostik.

These II

Die Beurteilung eines »richtigen« Vorgehens in der Allgemeinmedizin ist von außen betrachtet nur selten möglich. Medizinisch richtiges Handeln kann inadäquat sein und medizinisch falsches Handeln kann der Situation angemessen sein.

Beispiel 3:

Eine Patientin, die schon längere Zeit bei mir in Behandlung war, berichtete immer wieder über ihren kranken Mann, der mit seinen Beschwerden — Gewichtsabnahme, Müdigkeit und Schwäche -nicht zum Arzt gehen wolle. Eines Tages gelingt es ihr dann offensichtlich doch, ihren Mann zu einem Arztbesuch zu bewegen. Als der etwa 60jährige Patient durch die Tür tritt, bin ich schon durch den Aspekt davon überzeugt, daß er an einem fortgeschrittenen Krebsleiden erkrankt ist: blaß, eingefallen, ja fast ausgezehrt. Die Anamnese und körperliche Untersuchung erbringen jedoch keinen lokalisierenden Hinsweis für ein Tumorgeschehen. Als weiteren Schritt der Diagnostik nehme ich zahlreiche Blutuntersuchungen ab. Aufgrund der Vorinformation durch die Ehefrau beginne ich sehr vorsichtig ein Gespräch über die möglichen Krankheitsursachen seines Zustandes. Der Patient signalisiert mir mehr oder minder offen, daß er an ernstere Dinge nicht denken möchte. Die Laborbefunde ergeben dann weitere Hinweise für ein Tumorleiden, ohne daß eine Lokalisation hiermit nahegelegt ist. Der Patient kommt zu der Besprechung dieser Ergebnisse gar nicht zu mir,

sondern läßt diese über seine Frau erfragen. Ich bin im Zwiespalt, einerseits zu akzeptieren, daß ein Patient über einen möglichen Tumor nichts näheres zu erfahren wünscht. Dies konnte ich akzeptieren, weil auch nach meiner Einschätzung eine solche Diagnose bei den dann anzunehmenden Auswirkungen des Leidens wahrscheinlich ohne therapeutische Konsequenzen sein würde. Andererseits muß ich mir auch darüber Gedanken machen, daß mir ohne eine weitere Diagnostik eines Tages der Vorwurf gemacht werden wird, ich hätte nichts unternommen. In dieser Situation verhalte ich mich nicht sehr eindeutig, sondern versuche die Entscheidung zusammen mit dem Patienten auszuloten: ich fordere ihn erneut über seine Frau auf, doch noch einmal zu einer Besprechung zu kommen. Als er dann bei mir ist, wünscht er sehr entschieden Medikamente gegen seinen niedrigen Blutdruch und die im Labor festgestellte Anämie. Ich versuche ihm klarzumachen, daß diese Art symptomatischer Therapie nicht sehr sinnvoll sei, man müsse zu den Ursachen vordringen. Der Patient geht darauf nicht ein und ringt mir dann ab, ihm Eisen und ein Mittel gegen niedrigen Blutdruck zu verschreiben. Nach weiteren zwei Wochen kommt der Patient nochmals, um sich erneut diese Medikamente verschreiben zu lassen. An seinem Zustand hat sich nichts geändert, der Patient weicht jedoch in einem Gespräch immer wieder aus, er bagatellisiert seine Situation. Schließlich akzeptiert er dann doch die Röntgenuntersuchung seiner Lunge. Nach schulmedizinischen Aspekten war dies sicherlich richtig gehandelt, hatte der Patient doch vermehrt Husten. Bei einer kritischen Einschätzung der Möglichkeiten zur Therapie eines Bronchialkarzinoms war es hingegen nicht sehr sinnvoll: für ein Bronchialkarzinom in diesem Stadium gibt es keine Therapie.

Auch dieser diagnostische Schritt zeigt, wie ich, innerlich dem rechtlichen Aspekt der Problematik folgend, das Interesse des Patienten — zumindestens seinen Wunsch — aus dem Auge verlor. Die Röntgenuntersuchung erbrachte übrigens keinen Tumorhinweis. Der Patient kam noch mehrere Male in die Praxis bzw. forderte per Telefon weitere Rezepturen für seinen niedrigen Blutdruck und seine Anämie. Seit einem halben Jahr habe ich ihn nicht mehr gesehen, auch blieb die Ehefrau von der Praxis fern. Ich gehe fest davon aus, daß der Patient einen Tumor hat und sehe schon in Gedanken die klinisch tätigen Kollegen zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten mit einem vernichtenden Urteil über den medizinisch völlig katastrophal behandelnden Doktor, der eine Tumoranämie mit Eisen und einen tumor-bedingten Schwächezustand mit Antihypotonika behandelt.

Beispiel 4:

Ich lernte einen 73jährigen Patienten neu bei einem Hausbesuch kennen, der wegen hohen Fiebers, Husten und Inappetenz seit drei bis vier Wochen

angefordert wurde. Auch dieser Patient hatte sich lange Zeit geweigert, einen Arzt aufzusuchen bzw. zu rufen. Die Untersuchung erbrachte den Verdacht auf eine fieberhafte Bronchitis als auch auf einen Oberbauchtumor. Möglicherweise — so dachte ich — waren die hohen Temperaturen auch durch den angenommenen Tumor bedingt. Da es zwei Tage vor Ostern war, mußte ich schnell entscheiden, ob der Patient von mir zu Hause oder im Krankenhaus betreut werden sollte. Auch hier ging ich bei dem schon tastbaren Oberbauchtumor davon aus, daß eine medizinische Hilfe mit Sicherheit zu spät käme, eine Krankenhauseinweisung daher eigentlich nicht sinnvoll sei, sondern der Patienten alleine früher über seine totbringende Erkrankung informiert werden würde. Dennoch wies ich ihn ein, und hierfür waren zwei Gründe entscheidend: einmal hatte ich schon durch den Hausbesuch als auch durch Vorgespräch mit der Ehefrau mitbekommen, daß zwischen den beiden Eheleuten ein heftiger und gehässiger Kampf geführt wurde. Der Patient in seiner hilflosen Situation schien mir hierbei der Unterlegene. Die Krankenhauseinweisung stellte eine Möglichkeit dar, ihn den Angriffen seiner Frau zu entziehen. Zum anderen entschloß ich mich aus sehr egoistischen Gründen zu der Krankenhauseinweisung, weil — diese unterlassend — ich um meinen Ruf fürchtete. Denn ich ging davon aus, daß über kurz oder lang das Leiden unübersehbar werden würde und mir dann den Vorwurf ärztlicher Unterlassung gemacht werden würde. Die Ehefrau, die ich als »gehässige Klatschbase« einschätzte, würde mich sicherlich für den Schuldigen am Tod ihres Mannes erklären. Einen von manchen Ärzten gegangenen Mittelweg, die Diagnose zu stellen und nur dem Partner mitzuteilen, schien mir in diesem Falle nun besonders ausgeschlossen zu sein, da im dem feindlich-gehässigen Verhältnis der beiden Eheleute zueinander dies von der Ehefrau wahrscheinlich gegen den Patienten benutzt worden wäre. Der Mann wurde in das Krankenhaus eingewiesen, nach fünf Tagen konnte man ihm sagen, daß die Leber voller Metastasen sei und eine weitere Suche nach dem eigentlichen Tumor sich nicht lohne. Diese deutliche Aufklärung war erfolgt, obwohl ich zuvor dem Krankenhaus gegenüber sowohl auf die eheliche Situation als auch auf den eher grüblerischen Charakter des Patienten hingewiesen hatte. Innerhalb von fünf Wochen, in denen sich der Patient der Welt gegenüber verweigerte — kaum sprach, keine Nahrung aufnahm —, verstarb er schließlich.

Beispiel 5:

Eine 33Jährige Patientin war aufgrund einer Empfehlung von ihrem bisherigen Arzt weggegangen und zu mir übergewechselt. Bei der ersten Begegnung berichtete sie über zahlreiche Beschwerden wie Herzjagen, Hitzeanwallungen, Angstzustände, Schwindelgefühle etc., die sie alle auf ihre Schilddrüsenstörung zurückführte. Aus der Schilderung und später aus

entsprechenden Befunden entnahm ich, daß eine Vergrößerung der Schilddrüse mit normaler Hormonlage vorlag. Die Symptomatik war also nicht auf die Schilddrüse zurückführbar. Für die Schilddrüse nahm die Patientin ein Hormonpräparat, das sie bei der obigen Indikation (Euthyreote Struma) unterdosierte und dabei — je nach Befinden — in diesem Bereich auch noch in wechselnder Menge einnahm. Weiterhin berichtete die Patientin über einen Herzklappenfehler, der nach Vorstellung ihres bisherigen Arztes mit einer Herzkatheteruntersuchung in einer Klinik abgeklärt werden sollte.

Leicht ließ sich überblicken, daß die Patientin eine starke Tendenz hatte, eine Somatisierung vorzunehmen, d. h. psychisch bedingte Symptome auf körperliche Erkrankungen zu fixieren. Das war ihr mit ihrer Schilddrüse in einer Weise gelungen, die auch in dem bisher eineinhalbjährigen Kontakt mit der Patientin für mich nicht zu durchbrechen war. Obwohl wir über viele Problembereiche in ihrem Leben gesprochen haben, kommt sie immer wieder auf ihre Schilddrüse als eigentliche Ursache für ihre Mißempfindungen zurück. Inzwischen habe ich ihren Umgang mit dem Schilddrüsenhormon akzeptiert; ob dies wirklich eine für die Situation adäquate Verhaltensweise ist, kann ich nicht mit Sicherheit entscheiden, eine andere Lösung ist mir jedoch micht gelungen.

Aber noch einen weiteren — medizinisch gesehen — »Fehler« in meiner Behandlung habe ich begangen: aus der Einschätzung der Somatisierungs-Tendenz heraus bin ich bezüglich des Herzklappenfehlers — eines kombinierten Mitralvitiums — diagnostisch nicht weitergegangen. Vielmehr habe ich der Patientin gegenüber diesen »kleinen« Fehler als zumindest momentan irrelevant heruntergespielt. Es drohte sich nämlich an den angenommenen Herzklappenfeher eine Invalidisierung zumindestens beruflicher Natur anzubahnen. Für ihre psychische Situation — so schätzte ich nach vielen Gesprächen ein — wäre jedoch eine Berufsunfähigkeit katastrophal.

Zu dem schon unter These I aufgeführten charakterisierenden Momenten allgemeinmedizinischen Handelns kommt also noch das folgende hinzu:

Neben den unterschiedlichen Aspekten des Krankseins auf Seiten des Patienten sind von Seiten des Arztes — neben der Subjektivität bei der Bewertung der einzelnen Aspekte — noch *weitere Bestimmungsmomente* für das Handeln gegeben: in den Beispielen sind *juristische*, aber auch rein *egoistische Überlegungen* aufgeführt. Im Beispiel 3 und 5 habe ich juristische Konsequenzen für meine Unterlassungen weitergehender Diagnostik hintenangestellt. Dennoch bleibt eine Bedrohung bei einem solchen Handeln bestehen, da vor Gericht fast immer rein medizinisch — also unter Auslassung aller anderen Aspekte — geurteilt wird. Im Beispiel 4 habe ich mich sowohl nach juristischen und egoistischen Aspekten in meinem Handeln wesentlich bestimmen lassen — zum Schaden des Patienten, wie ich schon vorher wußte.

These III:

Das, was in der Behandlung geschieht, ist immer Ergebnis von Interessen und Wünschen bei Arzt und Patient.

Schon Beispiel 3 und 5 haben gezeigt, daß das Behandlungskonzept ganz wesentlich auch vom Patienten mitbestimmt wird: angesprochen ist das Wehren gegen die Diagnostik beim Karzinomverdacht und der — medizinisch gesehen — unsinnige Umgang mit dem Schilddrüsenhormon. Zwei weitere Beispiele sollen folgen:

Beispiel 6:

Ein 35jähriger Patient kam immer wieder wegen unterschiedlicher kleinerer organischer Beschwerden. Mir schien es so, daß diese kleineren Leiden eher ein Vorwand für den Arztbesuch als die eigentlichen Ursachen waren. Nach häufigeren Kontakten sprach der Patient dann über seine ihn belastenden Probleme, die ihn — so meinte er — auch zum Alkoholabusus gebracht hätten. Dabei ist zu erwähnen, daß der Patient von Anfang an meinen Umgamg mit seimen Alkoholproblem bestimmte: schon beim ersten Besuch leitete er damit ein, daß er seinen bisherigen Arzt verlassen habe, weil dieser ihn immer auf sein Saufen angesprochen habe. Mir blieb also nur, dies zu unterlassen, oder darauf zu warten, daß er auch mich verlassen würde. Die Konsultationen mit ihm liefen immer nach dem gleichen Muster ab: ein kleineres medizinische Problem bildete den Anfang, dann kam er — teilweise sehr emotional — zu seinem eigentlichen Problem. Zum Beispiel berichtete er — teilweise dabei weinend — daß er von seiner Frau immer häufiger bei sexuellen Annäherungen abgewiesen werde und sie als Begründung sein Alkoholabusus anführte. Er aber meinte, daß er zum Alkohol greifen müßte, weil er sich von ihr immer abgewiesen fühlte. Nach einer Weile Gespräch hierüber beendete er dies dann mit dem Satz: »Ach, Herr Doktor, gucken sie doch mal mein Exzem am Hintern an«. Was besichtigt werden konnte, war eine leichte Rötung, die angeblich heftige Schmerzen bereitete. Medizinisch gesehen wäre nichts oder nur ein Eincremen mit einer normalen Hautcreme ausreichend gewesen. Aus vorangegangenen Behandlungsanlässen wußte ich jedoch, daß der Patient das »medizinische Ritual« brauchte. So schrieb ich ihm auch in dieser Situation eine Exzem-Salbe auf. Zu den Behandlungsanlässen gehörte auch der immer wiederkehrende Schmerz in einem Knie. Der Patient berichtete, daß der Orthopäde ihm früher Cortison injiziert habe. Ich wollte dies bei dem sonst unauffällig aussehenden Knie nicht tun und erklärte dem Patienten mehrmals und ausführlich, daß das Cortison auf die Dauer eher negative bis katastsrophale Folgen für das Gelenk habe. In diesem Fall weigerte ich mich also, ihm sein »medizinisches Ritual« zu geben. Aber immer wieder kam er deswegen, andere therapeutische Maßnahmen waren ihm

nicht ausreichend. Und schließlich sagte er — dabei lächelnd — »wenn Sie mir nicht etwas ins Knie spritzen, dann gehe ich wieder zum Orthopäden, der gibt mir mit Sicherheit Cortison«. So entschloß ich mich, medizinisch unsinnige Injektionen außerhalb des Kniegelenkes an vom Patinten angegebenen Schmerzpunkten mit einem Lokalanästhetikum zu setzen. Dieses Verfahren reicht zumindest aus, für 10 bis 14 Tage eine Beschwerdefreiheit zu erreichen. Mehrmals wurde dies wiederholt — inzwischen ist das Knie aus anderen Gründen kein Thema mehr. Daß es eigentlich auch nie um das Knie gegangen war, scheint mir auch dadurch illustriert zu werden, daß bei zweimaligen Ansätzen einer weitergehenden Diagnostik der Kniebeschwerden entsprechende Überweisung zum Röntgen oder zum Spezialisten vom Patienten nie eingelöst worden waren. Vor einem halben Jahr kam der Patient von sich aus, um einen ambulenten Alkoholentzug zu machen. Dies scheint bis heute auch gelungen zu sein; der Patient sucht deutlich weniger als früher die Praxis auf, braucht offensichtlich nicht mehr die Behandlungsanlässe.

Beispiel 7:

Ein 81jähriger, ziemlich hinfälliger Patient mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus (Zucker), Schwindelzuständen wahrscheinlich auf der Basis von Durchblutungsstörungen sowie sehr quälenden Blasenpolypen und dabei immer wieder auftretenden Harnwegsinfekten habe ich jetzt seit etwa einem Jahr in Behandlung. Immer wieder klagt der Patient — und noch mehr seine Ehefrau — über seinen Schwächezustand. Und immer wieder werden »Aufbauspritzen« verlangt. Mehrmals habe ich mich mit den beiden hingesetzt und ihnen erklärt, daß es keine Aufbauspritzen gäbe und daß derartige Behandlungswege eigentlich nur darauf bauen, daß der Patient an die Behandlung glaube. Ich würde ihm gegenüber dies jedoch als Betrug empfinden. Anfänglich waren die beiden über die ehrlichen Worte dankbar, später kamen sie jedoch immer wieder mit dem Wunsch nach irgendeinem Medikament, was gegen die Schwäche, gegen den Schwindel helfen könnte; sie würden es auch privat bezahlen. Ich lehnte beharrlich immer wieder ein solches Ansinnen ab.

Nachdem — bei sonst sehr schlecht eingestellten Zuckerwerten — einmal ein relativ guter Wert bestimmt wurde, gestand mir der Patient, daß dies wahrscheinlich auf seine mir bisher verheimlichte Sauerstoffmehrschrittherapie beim Heilpraktiker zurückzuführen sei. Er sei dort seit einem viertel Jahr in Behandlung und fühle sich seitdem auch deutlich besser. Der bessere Blutzuckerwert sei ihm jetzt Beweis für den Erfolg der Therapie. Meine anfangs gewählten Worte bezüglich des Betruges durch Placeboeffekte benutzte er für eine Kritik: Was denn das ewige Gerede solle, der Heilpraktiker helfe nur, wenn man an ihn glaube, Hauptsache es werde einem geholfen.

Beispiel 8:

Eine 28jährige Frau, die zumeist wegen medizinisch geringfügiger Störungen oder Beschwerden zu mir gekommen war, kam eines Tages mit ihrem fünfjährigen Sohn in die Praxis. Ich schaute interessiert auf das völlig gesund erscheinende herumspielende Kind und erfuhr von der Mutter, daß sie wegen einer seit gestern abend bestehenden schweren Bronchitis ihres Sohnes hier sei. Ich mag etwas hilflos bis zögernd geschaut haben, fragte ich mich doch, was wohl der eigentliche Grund der Vorstellung des Kindes sein mochte. Denn die Bronchitis — einen halben Tag anhaltend — bei einem so gesund aussehenden Kind konnte es wohl nicht sein. Dennoch ließ ich mich auf die »Bronchitis« ein — und hörte das Kind ab. Einen pathologischen Befund konnte ich nicht erheben. Ich teilte dies der Mutter mit und sie antwortete mir darauf: »Ja, was kriegt er nun verschrieben, mit Milch und Honig ist er nicht zufrieden.« Ich darauf: »Ach, bestehen Kinder jetzt auch schon auf einem richtigen Medikament, wenn Hausmittel genauso gut helfen?« Die Patientin »klärte mich darüber auf«, daß Kinder im Alter von sechs Jahrem im Schnitt pro Jahr zwölf Medikamente verschrieben bekommen. Komischerweise erschien mir diese Aufklärung nicht ohne Kritik gegen den geschilderten Tatbestand als auch gegenüber meinem Unwissen diesem Skandal gegenüber. Ich entschied mich dann für einen pflanzlichen Hustensaft. Irgendwie nicht sehr zufrieden zogen beide ab. Eine Woche später kam die Patientin alleine wieder zu mir und leitete mit den Worten ein: »Bei den Behandlungen bei mir war ich immer sehr zufrieden mit Ihnen, aber bei Ihrer Behandlung meines Sohnes wußte ich von vornherein, daß ich Grund zur Skepsis habe. Wir sind am nächsten Tag zur Kinderärztin gegangen und diese hat eine Lungenentzündung festgestellt und sofort mit einem Antibiotikum behandelt. Nach Einnahme des Antibiotikums ist es ihm dann auch gleich am nächsten Tag deutlich besser geganden.« Und sie fügte noch hinzu, daß die Kinderärztin sogar vorgeschlagen habe, daß Kind zu röntgen. Ich war mir aus mehrerlei Gründen sehr sicher, daß eine Lungenentzündung nicht vorgelegen hatte: einmal schien mir das Kind viel zu gesund für eine Lungenentzündung, zum anderen traute ich mir ein Überhören einer Lungenentzündung nicht zu. Zum Dritten sprach auch das schnelle Ansprechen des Antibiotikums eher für ein Placebo als für ein Medikamenteneffekt. Und schließlich dürfte eine Kinderärztin, wenn sie sich sicher über den Befund einer Lungenentzündung ist, kaum einem Kind zu einer Röntgenuntersuchung raten. All' dies machte mich sicher in der Annahme, daß die Patientin für ihr Kind eine Behandlung bei der Ärztin »erzwungen« hatte, die sie bei mir zuvor nicht bekommen hatte. Mir war sehr gut vorstellbar, daß die Patientin zur Kinderärztin gehend und darauf verweisend, daß der erste Arzt keine richtige Therapie begonnen habe, diese unter noch größeren Zugzwang brachte. Mit diesen meinen Überlegungen machte ich etwas, was sicherlich der Si-

tuation in keiner Weise adäquat war: ich klärte die Patientin über meine Gedanken auf. Das Ergebnis war deutliche Verärgerung auf Seiten der Patientin, brachte ich sie durch meine Überlegungen in die Situation, entweder zu akzeptieren, daß sie durch die Kinderärztin — und dann noch auf ihren eigenen Wunsch — betrogen worden sei, oder mich als schlechten Arzt abzulehnen. Verständlicherweise entschloß sie sich für Letzteres; sie ist seitdem auch nicht mehr zu mir gekommen. Auf anderem Wege habe ich erfahren, daß die Patientin zwei Jahre zuvor ihr zweites Kind aufgrund eines »sudden death« verloren hatte. Möglicherweise hierüber bzw. über die damit häufig verbundenen Schuldgefühle ließ sich das Verhalten der Patientin retrospektiv verstehen.

Gerade das letzte Beispiel illustriert, daß erst bei besserer Kenntnis aller Aspekte des Krankseins eine adäquatere Handlungsweise vorstellbar ist. Ich stelle mir in diesem Zusammenhang die Frage, ob die antiobiotische Therapie — so medizinisch unsinnig und in seltenen Fällen sogar gefährlich — in diesem Fall nicht richtig war. Grundsätzlich frage ich mich sogar, ob mein Verhalten, wie es im Beispiel 7 dem alten Herrn gegenüber illustriert ist, nicht unhuman, wenn auch »medizinisch sauber« ist. Kann man nicht eine »Humbug-Medizin« zum Teil als humaner ansehen, als den Rückzug auf eine rationale Herangehensweise? Wie ich im Beispiel 6, den Injektionen an das schmerzhafte Kniegelenk illustriert habe, tue ich dies manchmal — in diesem Beispiel, um Schlimmeres (Cortison) zu verhüten. Aus den Beispielen läßt sich somit folgende, bei den vorangehenden Thesen bisher noch nicht genannte Bedingung ableiten:

Das Greifen zum *»medizinischen Ritual«* oder zur *»Humbug-Medizin«* kann in der allgemeinärztlichen Betreuung eine Rechtfertigung haben. Das Problem besteht jedoch darin, daß derartige Formen des Heilens auch zum Verdecken von eigentlich zu lösenden Problemen benutzt werden können. Andererseits wirft eine strikte Ablehnung derartiger Methoden zumindest die Frage nach einem inhumanen Umgang mit dem Kranken auf. Die gewissenhafte Entscheidung über das, was an »medizinischem Ritual« und »Humbug-Medizin« angewendet werden darf, wird in einer Situation besonders erschwert, in der *Ärzte um Patienten konkurrieren.* Der Patient kann von seinem Arzt das, was er wünscht, besonders leicht erpressen, weiß er doch, daß sein Arzt auch von ihm abhängig ist und dieser mit anderen Ärzten in Konkurrenz steht. Das Eingehen auf die Patientenwünsche wird zudem noch dadurch gefördert, daß nach dem System der Einzelleistungs-Honorierung zusätzliche medizinische Handlungen belohnt werden.

These IV:

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist auf Seiten von Patient und Arzt teilweise auf extrem unterschiedlichen Ebenen angesiedelt.

Beispiel 9:

Eine 40jährige Frau kommt aufgrund einer Empfehlung eines Bekannten von mir, um ihre bisher schwer einzuordnenden rheumatischen Beschwerden abklären zu lassen. Es ginge ihr nur darum zu klären, was es sei; die Beschwerden seien momemtan nicht so stark, daß eine Therapie — insbesondere eine medikamentöse — von Nöten sei. Anamnese, Untersuchung und Labor führten zu der Verdachtsdiagnose einer sehr seltenen rheumatischen Erkrankung. Ich erklärte der Patientin, um welche Erkrankung es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit handele, und daß ein Beweis hierfür nur durch eine weitergehende, dann aber eingreifende Diagnostik möglich sei. Da dies allerdings zum jetzigen Zeitpunkt ohne therapeutische Konsequenzen sei, würde ich ihr nicht zu diesem Vorgehen raten. Die Patientin fragte mich dann und bei weiteren Konsultationen immer wieder nach Möglichkeiten einer therapeutisch bzw. präventiven nicht-medikamentösen Beeinflussung. Die Patientin ist Wissenschaftlerin und aus dem Teil ihrer Publikationen, den ich kenne, weiß ich, daß sie in ihrer Denkweise sehr stark den Prinzipien der Rationalität verpflichtet ist (hierbei soll keinerlei Gegensatz zu Emotionalität gemeint sein). Mit diesem Hintergrundwissen ausgerüstet, bemühte ich mich, der Patientin die Problematik zu erklären, die darin liegt, daß bei einer derart seltenen Erkrankung und bei den bekannten Schwerpunktlegungen unserer Medizin keine Empirie über nicht-medikamentöse Therapieverfahren oder Prävention vorliegen. Das, was sie tun könnte — denn sie fragte immer wieder hiernach — wäre eher mit einem Ausprobieren zu vergleichen. Ich schlug ihr einige Dinge vor, konnte ihr jedoch keinen Erfolg versprechen, sondern verwies sie auf ihr Experimentieren. Insgesamt wirkte sie dann mit diesen Ratschlägen nicht sehr zufrieden.

Einige Zeit später berrichtete sie mir, daß sie sich in Behandlung eines Heilpraktikers begeben habe, der sich auch erst über die Krankheit habe belesen müssen. Er beginne jetzt aber mit ihr eine Umstimmugsbehandlung. Zudem habe er ihr viele Medikamente zur äußerlichen als auch innerlichen Anwendung verschrieben. Die sonstigen Prinzipien der Patientin kennend, begann ich ein Gespräch darüber, wie es ihr — sonst dem Prinzip der Rationalität folgend — möglich sei, sich hier auf etwas einzulassen, was so ganz außerhalb dieses Prinzips läge. Schnell konnten wir uns darauf verständigen, daß ich mit Rationalität nicht Naturwissenschaft meine und auch die Denkweise eines Heilpraktikers möglicherweise in sich geschlossen sei. Es blieb jedoch der Bruch ihres sonstigen Denkens zu einem völlig anderen Denksystem. Nach einem ziemlich langen Gespräch verwies die

Patientin darauf, daß — wenn man krank sei — doch etwas getan werden müsse. Der Heilpraktiker mache etwas mit ihr und erlaube ihr aktiv zu werden. Ich problematisierte, was hier »aktiv« beinhaltet.

Bewußt ist hier das Beispiel der intellektuellen Patientin gewählt worden, weil diese — so bleibt zu vermuten — die Brüche in ihrem Denken sehr viel eher bemerken sollte bzw. man dies mit ihr besprechen kann. Das geschilderte Problem ist jedoch an sich in vielen Konsultationen wiederzufinden.

Beispiel 10:

Eine 58jährige sehr gewissenhafte, ängstliche Patientin kommt regelmäßig wegen kleinerer Leiden und der Blutdruckkontrolle in meine Praxis. Sie steht schon unter einer laufenden Hochdruckmedikation, die die Blutdruckwerte in eien Normalbereich halten. Wie ich nach längerer Zeit feststellte, kommt sie immer dann zu Blutdruckkontrollen, wenn Befindlichkeitsstörungen in ihrem Leben, die sie auf schwankende Blutdruckwerte zurückführt, eingetreten sind. Fast immer liegen die Werte auch bei diesen Kontrollen im Normbereich. Schließlich erfahre ich — mehr zufällig —,daß die Patientin ihre Blutdrucktabletten auch in Abhängigkeit von ihrem Befinden phasenweise an- und absetzt. Ein solches Vorgehen ist medizinisch gesehen sichlich nicht sinnvoll und da ich zugleich fast immer normale Meßwerte gemessen habe, schlage ich vor, dann doch versuchsweise das Präparat einmal ganz wegzulassen, um zu schauen, ob der Blutdruck überhaupt nocht relevant erhöht sei. Dies wehrt die Patientin energisch und ängstlich ab, wobei sie auf den doch so bekannten Risikofaktor Hochdruck verweist. Ich versuche ihr zu erklären, daß bei sehr mildem Hochdruck dieses Risiko gar nicht so hoch sei wie man immer annähme, und daß in ihrem Fall ein konsequentes Weglassen der Medikation möglicherweise ohne Probleme sei. Dies wird ängstlich abgewiesen und die Patientin fährt fort — davon bin ich überzeugt — je nach ihrem Wohlbefinden die Medikation zu nehmen oder wegzulassen. Hier mischt sich bei der Patientin das sehr moderne medizinische Konzept einer präventiven Beeinflussung von Risiko-Erkrankungen (symptomlos) mit der dazu sehr veraltet wirkenden Vorstellung, Krankheit müsse Symptome haben (Medikationsausrichtung nach Befinden).

Ein solches Nebeneinander unterschiedlicher Konzepte stellt mit Sicherheit keine Ausnahme dar. Dieses Nebeneinander nicht vereinbarer Konzepte kann sich im Kopf des Patienten abspielen, es kann sich jedoch auch — wahrscheinlich viel häufiger — als Nebeneinander unterschiedlicher Vorstellungen von Arzt und Patient zum gleichen Therapieprinzip zeigen.

Als Charakteristika allgemeinmedizinischer Tätigkeit lassen sich aus den Beispielen folgende Schlüsse ableiten:

a) Kranksein stellt etwas derart Besonderes dar, daß die *gewohnten Um-*

gangsformen mit Problemen nicht selten *aufgegeben werden* (Flucht in die Irrationalität, in den Glauben an das Wunder).
b) Die Prinzipien einer rationalen Medizin sind auf Seiten der Patienten so wenig aufgenommen, daß es zu dem beschriebenen *Nebeneinender unterschiedlicher, häufig nicht vereinbarer Vorstellungen* zur Behandlung kommen muß. Ergebnis ist, daß Arzt und Patient, über die gleichen Dinge sprechend, völlig unterschiediche Dinge damit verbinden.

III. Schlußfolgerungen

Die Beispiele scheinen mir repräsentativ für *meine* Praxis zu sein. Hier liegt jedoch auch die Einschränkung: da die Interaktion zwischen Patient und Arzt eine so wesentliche Rolle in der Allgemeinmedizin spielt, ist davon auszugehen, daß jeder Arzt mit seiner Umgangsform eine Selektion der Patienten betreibt. So haben unterschiedliche Ärzte unterschiediche Patienten, eine Repräsentativität ist damit immer nur eingeschränkt möglich. Bei einem Anfänger entfällt ein Charakteristikum allgemeinmedizinischer Betreuung, das jahrelange Kennen der Patienten. Dennoch gehe ich davon aus, daß die von einem Anfänger gesehenen Probleme in jeder allgemeinmedizinischen Betreuung bestehen. Durch unterschiedliche Selektion und durch unterschiedlich ausgeprägtes Zurückdrängen und Verdrängen der Problematik dürften die Probleme nur unterschiedlich verteilt und unterschiedlich offensichtlich sein.

Zusammengefaßt ergeben sich folgende Spezifika allgemeinmedizinischer Tätigkeit:

1. Die Allgemeinmedizin geht mit einer *Vielzahl von Aspekten des Krankseins* um. Dies schließt den medizinischen, sozialen und psychischen Bereich ein, meint jedoch auch das spezifische Krankheitsverständnis des Patienten, den mystischen Umgang mit Krankheit etc..
2. In der Allgemeinmedizin und — in geringerem Maße — im ambulanten Bereich überhaupt ist der *Patient* im Vergleich zur Klinik ein ungeheuer starker *Partner*, der das, was in der Behandlung geschieht, wesentlich mitbestimmt. Dadurch ist die Patienten-Arzt-Beziehung — wie jede andere Beziehung — sowohl durch gemeinsames Handeln als auch hartes Ringen miteinander gekennzeichnet. Es werden von beiden Seiten Kompromisse geschlossen, Taktiken überlegt, Niederschläge eingesteckt und Siege triumphierend festgehalten.
3. Neben den unter 1 und 2 festgehaltenen Bestimmungsmomenten greifen *institutionelle, juristische und egoistische Einflußfaktoren* in den Behandlungsablauf ein (Konkurrenz um Patienten, Einzelleistungsabrechnung, Angst vor juristischen Folgen etc.).
4. Bei der Vielzahl der Aspekte und angesprochenen Ebenen ist davon auszugehen, daß *Allgemeinmedizin* nur stark *subjektiv* orientiert über-

haupt möglich ist. Standardisierte Verfahren würden bestenfalls einem oder wenigen Aspekten Rechnung tragen können.

Einige weitergehende Schlußfolgerungen

1. Beurteilung allgemeinmedizinischer Tätigkeit

Die oben beschriebenen Bedingungen allgemeinärztlicher Tätigkeit und insbesondere die der Subjektivität von Entscheidungen bei der Vielzahl der Aspekte des Krankseins macht eine Beurteilung der Tätigkeit in diesem Bereich extrem schwierig (vgl. These II). Mit Sicherheit ist eine Beurteilung der Qualität ambulanter Tätigkeit im Einzelfall nur bei detailliertester Kenntnis der jeweiligen Situation überhaupt möglich. Für juristische (z. B. Kunstfehlerprozeß), kassenarztrechtliche (z. B. Regress) und wissenschaftliche Fragen (z. B. Analyse von GKV-Daten) wird in der Regel nur ein Aspekt allgemeinmedizinischen Handelns — und damit eigentlich nicht für die Spezifität des Faches adäquat — herausgenommen: der medizinische. In einem Kunstfehlerprozeß geht es in der Regel darum, ob medizinisch richtig gehandelt wurde. Wie die Beispiele zeigten, muß dies nicht die adäquate Frage für die jeweilige Problemsituation gewesen sein. Selbst die Vertreter der kassenärztichen Vereinigung, die ambulante und allgemeinmedizinische Tätigkeit kennen, urteilen in entsprechenden Regress-Verfahren entweder nur nach medizinischen Aspekten, oder entscheiden nach Standesinteressen, ein Explizit-machen der Vielfältigkeit der Aspekte allgemeinmedizinischer Tätigkeit erfolgt in der Regel jedoch nicht. Wird bei wissenschaftlichen Untersuchungen auf der Basis von GKV-Daten z. B. festgestelt, daß die Hochdruckbetreuung — geurteilt nach Verordnungen und durchgeführter Hochdruckdiagnostik — unzureichend ist, so ist dies eine Aussage, die sich allein auf den medizinischen Aspekt bezieht. Ob bei den Patienten mit der Diagnose Hochdruck die Krankheit selbst oder ein anderes dahinter stehendes Problem von zentraler Bedeutung war, bleibt dabei unbeantwortet. Allerdings — das Beispiel ausweitend — kann man sich fragen, warum es denn dazu gekommen ist, daß andere, hier einmal angenommene, im Hintergrund stehende Probleme über das Vehikel der Hochdruckbehandlung betreut werden.

Es läßt sich feststellen, daß immer, wenn es um eine Beurteilung der Qualität allgemeinärzticher Betreuung geht, auf nur den einen Aspekt, den der Medizin, rekurriert wird. Daß dies möglicherweise aus Praktikabilitätsgründen gerechtfertigt ist, mag sein, ausreichend ist es sicherlich nicht.

Auf der anderen Seite liegt in der Betonung der Vielfältigkeit der Aspekte des Krankseins als auch der Subjektivität ärztlicher Entscheidung die Gefahr, daß alles, was in der ärztlichen Praxis geschieht, mit dem Verweis hierauf gerechtfertigt werden kann. Das Verschreiben gefährlicher Medikamente, das regelmäßige Einbestellen zur Durchführung medizinisch un-

sinniger Injektionen etc. kann eben seinen nachvollziehbaren Sinn haben, kann aber auch nur Ausdruck des Verdienens am Patienten bzw. der Abwehr einer Diskussion über im Hintegrund stehende Probleme der Patienten sein.

Kann im Einzelfall auch nur die detaillierte Kenntnis eine Beurteilung erlauben, so ist für die Beurteilung ganzer Patientengruppen — z. B. *aller* vom Arzt behandelten Patienten mit Rückenschmerzen — schon weniger dataillierte Kenntnis ausreichend. Erhalten z. B. fast alle Patienten mit diesem Beschwerdebild Injektionen, so darf der Verdacht laut werden, daß dies nicht einer adäquaten und im Einzelfall angepaßten Behandlung entspricht. Es ist also bei aller Subjektivität und bei aller »Verwirrung« durch die Vielzahl der Aspekte des Krankseins dennoch möglich, Annäherung an eine Qualitätsbeurteilung vorzunehmen.

2. Ausbildung und Organisation der Allgemeinmedizin

Es läßt sich ableiten, daß eine rein medizinische Ausbildung mit Sicherheit keine ausreichende Voraussetzung für allgemeinmedizinische Tätigkeit ist. Auch die Kenntnis in Psychologie und Soziologie ist allein eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung. Immer wieder schlecht zu beschreiben, dennoch notwendig sind zahlreiche Persönlichkeitsmerkmale des Arztes, die für eine Entscheidungsfindung im oben genannten Zusammenhang Voraussetzungen sind. Sind derartige Merkmale nicht da, flüchtet der Arzt entweder in die eindimensionale Betrachtung des Medizinischen, oder er betreibt — für sich und andere unkontrolliert — eine dann zufällige »Humbug-Medizin«, wenn er bemerkt, daß rein medizinische Antworten auf allgemeinmedizinische Probleme inadäqut sind.

Durch unser Versorgungssystem, in dem der Allgemeinarzt in Konkurrenz mit den Spezialisten steht, in dem für beide das System der Einzelleistung die Art der Medizin bestimmt (Abholz/Dreykluft, 1983) und er um den Patienten mit anderen Ärzten konkurriert, in einem solchen System werden ganz grundsätzliche Probleme der Allgemeinmedizin — wie oben geschildert — besonders verstärkt. So können Konzepte der Behandlung mit dem Patienten nicht durchgehalten werden, weil dieser beliebig auf andere ausweichen kann bzw. durch Hinweis, auf das, was üblich ist, auch das Übliche häufig durchzusetzen in der Lage ist. Dies betrifft nicht nur das beschwerliche Angehen psychischer Aspekte des Krankseins, sondern kann sogar mittten in der Schulmedizin angesiedelt sein. So ist die schulmedizinische Position, daß auch bei nicht-insulinpflichtigen Diabetikern mit mehrmaligen Insulingaben am ehesten Spätfolgen — im Vergleich zur Tablettentherepie — zu verhindern sind, in der Praxis in unserem Lande nur ausnahmsweise überhaupt durchzusetzen. Der Patient kann in »schlagender Argumentation« darauf verweisen, daß alle seine Bekannten, die die gleiche Erkrankung haben, ja die viel bequemeren Tabletten bekämen.

Die Tatsache, daß man an medizinischen Einzelleistungen verdient, führt zu einem übermässigen Anwenden derselben. Dies wiederum läßt auch in den Köpfen der Patienten ein Bild dessen, was für ihr Verständnis richtig ist, entstehen. Die Tendenz zur Medikaisierung von Problemen wird somit in einem solchen System verstärkt vorzufinden sein. Davon unberührt bleibt die Einsicht, daß — dies sollten obige Beispiele illustriert haben — eine Medikalisierung eines Problems auch einmal sinnvoll sein kann. Ja, ich habe mich bei den Beispielen zur Ritualisierung medizinichen Handelns und denen zur »Humbug-Medizin« sogar gefragt, ob im Einzelfall ein solches Vorgehen nicht humaner als das Bestehen auf Rationalität sein kann.

Für ein gutes Versorgungssystem zu fordern ist jedoch, daß die Arbeitsbedingungen des handelnden Arztes das schnelle Nachgeben in Richtung einer »Humbug-Medizin« erschweren und so zu einer Einzelentscheidung werden lassen. Die Konkurrenz um die Patienten, die Honorierung nach Einzelleistung bei nicht limitierter Patientenzahl: dies sind die entscheidenden Arbeisbedingungen, die eine Medikalisierung zur Routine und hochproblematische Entscheidung zu einer »Humbug-Medizin« zur Regel werden lassen.

Die zusammenfassende Darstellung stellt in keiner Weise etwas Neues dar. In abstrakter Form ist in der allgemeinmedizinischen Literatur ein ähnlicher Beitrag zur Spezifität des Faches Allgemeinmedizin geliefert worden (z. B. Dreibholz/Haehn 1982, Hamm 1980, Sturm 1983). Die Arbeiten von Balint und Mitarbeitern (1977) haben sogar eine hervorragende Konkretion eines wesentlichen Teilbereiches gegeben.

Für praktizierende Ärzte sind die Beispiele banal, weil sie nur ihre Alltäglichkeit illustrieren. Solche Beispiele tauchen in der Literatur aber wiederum nicht auf, sie werden bestenfalls von den Allgemeinärzten und Praktikern am Biertisch ausgetauscht. In der offiziellen Diskussion ziehen sich die Allgemeinärzte immer wieder auch auf die Ebene der Medizin, also genau das Unspezifische ihres Faches, zurück. Da werden z. B. die Behandlung des Bluthochdruckes oder die Diagnostik beim akuten Bauchschmerz so diskutiert, als ob es sich allein um ein medizinisches Problem handeln könnte.

Wie kommt es dazu, daß über Allgemeinmedizin nur in einer abstrakten und damit die Problematik deutlich reduzierenden Weise oder aber am Stammtisch in Form der Annekdote gesprochen werden kann? Ärzte sind Autoritäten und wollen dies auch bleiben. Ärzte sind zwar nicht Wissenschaftler, wollen aber Akademiker sein. Der Rückzug auf die medizinische Ebene, die wissenschaftliche und von den Ärzten erlernte, erlaubt ihnen, ihre Position als Akademiker zu halten und sie mit Autorität auszustatten. Die Vielzahl der Aspekte des Krankseins würde sehr viel mehr Wissen erfordern und — was hier das Entscheidendere ist — sehr viel mehr Vagheit

in ärztliche Entscheidungen bringen. Eine Bekenntnis zur Vagheit würde aber auch der teilweisen Abgabe von Autorität gleichkommen. Das explizite Zugeben, daß man als Allgemeinarzt häufig bei Entscheidungen nicht auf einen Fundus von im akademischen Studium Erlernten zurückgreift, sondern auf Lebensefahrung etc., macht die eigene Position deutlich angreifbarer. Dies gilt für den einzelnen Arzt, als auch für die kollektiv zu verteidigende Machtposition der Ärzteschaft. Allgemeinmedizin braucht Medizin, Psychologie und Soziologie als Grundlage, hat viel mit Lebenserfahrung und Persönlickeitsmerkmalen des Arztes und sehr viel mit Alltagsentscheidungen zu tun. Eine niederschmetternde Erkenntnis für jemanden, der als Akademiker, als Autorität und Sachverständiger in allen Fragen des Lebens angesehen werden will.

Aber auch diese eher kritische Sicht des Arztstandes kann aus dem Erlebnis der Allgemeinmedizin nicht ungebrochen ausgesprochen werden: zu fragen ist, ob nicht ein wesentlicher Teil von Patienten in ihrer Krankheit die Autorität sucht — und möglicherweise — auch braucht.

Solange die Allgemeinmedizin die hier angesprochenen Probleme nicht offen diskutiert, sondern durch Abstraktion, Verniedlichung oder Verbannung an den Biertisch glaubt erledigen zu können — solange werden die vielfachen Probleme in diesem Fach keine ausreichenen Lösungen finden. Ich bin sicher, daß die Allgemeinmedizin erst dann zu einem wirklich eigenständigen und dann auch akademisch fundierten Fach werden kann, wenn sie die angesprochenen Problembereiche systematisierend durch empirische Untersuchungen und theoretischer Reflektion angeht.

Literatur

Abholz, H.-H., H.R. Dreykluft: Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument Sonderbd. 102, Berlin 1983, S. 5-22

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

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

Dreibholz, J., K.-D. Haehn (Hrg.): Hausarzt und Patient — Lehrb. der Allgemeinmedizin. Hannover 1982

Hamm, H. (Hrg.): Allgemeinmedizin, Familienmedizin — Lehrb. und praktische Handlungsanweisung für den Hausarzt. Stuttgart 1980

Sturm, E.: Renaissance des Hausarztes. Heidelberg 1983

Thomas Rein

Thesen zur Krankenpflege

Bei meiner Arbeit als Krankenpflegeschüler im Krankenhaus begegnen mir die Menschen oft an einem Schnittpunkt ihres Lebens: zwischen dem, was sie bisher als ihr normales Leben gelebt haben und dem, was ihr/e Körper/Seele jetzt bereit ist, unter Zuspitzung von Lebensumständen mitzumachen. Die Krankheit gibt ihnen ein ungeschminktes Signal über ihre wirklichen Lebensumstände und ihre wirkliche Lebens-Zufriedenheit. Um seine Krankheit zu überwinden, muß der Mensch sich auf bisher unbekannte und unvertraute Zusammenhänge im Krankenhaus einlassen. Hier soll ihm ja geholfen werden.

Die Behandlung und Pflege hat dabei ihre traditionellen Methoden und ein Menschenbild, das ich an einem relativ beliebigen Beispiel kurz erläutern will.

»Die Selbstmessung des Blutdrucks erleichtert bei kooperativen und verständigen Kranken die optimale Blutdruckeinstellung wesentlich« [1], heißt es in einem Lehrbuch für Krankenpflege. Daß diese Feststellung eher der ambulanten Pflege zuzuordnen ist, tut hier nichts zur Sache.

Die Äußerung suggeriert, daß es auch nicht-kooperative und unverständige Kranke gibt, eine Haltung, die in der Praxis bei vielen Medizinern und Pflegekräften anzutreffen ist: Die Patienten sabotieren eher ihre Behandlung als sie zu unterstützen, sind zumindest gleichgültig, sie können keine Einsicht in die 'objektiven Notwendigkeiten' der Medizin haben. Diese hat ein Sachwissen und eine Sachkompetenz, die unangetastet bleiben muß. Der »kooperative und verständige Kranke« kann zwar seinen eigenen kleinen Beitrag zur Genesung leisten, die eigentlichen, wahren und wesentlichen Zusammenhänge bleiben ihm aber verborgen. Mit dieser Unterstellung wird die Verantwortung für Heilungserfolge entweder verobjektiviert oder dem Individuum zugeschoben. Eine eigene konstruktive Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Krankheit, Aufklärung und das Aufdecken von Zusammenhängen wird ausgeblendet. Medizin/Pflege macht sich somit unangreifbar, riegelt sich gegen laienhafte Fragen und Kritiken ab.

Diese alltägliche Praxis v.a. auch bei der Krankenhausbehandlung wird — oberflächlich betrachtet — durch das Verhalten vieler Patienten bestätigt, die sich ergeben in die Behandlung einfügen — man sollte sich selbst beim Arztgang 'mal überprüfen — bzw eine Gleichgültigkeit zu den sie zentral betreffenden Sachverhalten demonstrieren, ('es ist besser, ich weiß nicht, was auf mich zukommt...') die bei tieferem Bohren z.T. recht brüchig ist.

Hier wird eine alltäglich anzutreffende opportunistische Haltung ins Krankenhaus hinein verlängert und unter einer manchmal existenziellen

Bedrohung noch verstärkt.[2)]

Der hieraus resultierende Ansatz von Pflege, wie er in vielen Abhandlungen und Lehrbüchern zu finden ist, sieht den Patienten letztendlich als passives, hilfsbedürftiges Objekt, Pflege als Hilfeleistung und auch patientzentrierte Pflege als 'absolute Hilfeleistung' setzt nur oberflächlich an den Bedürfnissen des Kranken an.

Eine Alternative zu den bestehenden Konzeptionen bietet sich m.E. über den von Ute Holzkamp-Osterkamp entwickelten Begriff der »gesellschaftlichen (kooperativen) Integration«:

»Da die Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen nur über die gesellschaftliche Integration verbessert werden kann, sind die Aufhebung der Abhängigkeit von anderen Menschen und die Erhöhung der Selbstbestimmung auf der einen Seite und die ständige Erweiterung der kooperativen sozialen Beziehungen auf der anderen Seite nur zwei Aspekte des gleichen Entwicklungsprozesses als Einheit von zunehmender Selbständigkeit und erhöhter Bezogenheit auf die anderen Menschen zugleich,«[3)]. Plege kann einen neuen Inhalt erhalten, wenn wir durch sie mit dazu beitragen, daß das Individuum durch »motiviertes Handeln die Not des Ausgeliefertseins an zufällige Situationen überwindet[4)]. Für den Patienten heißt das, daß das Krankenhaus ihn befähigt, seine verlorengegangene Handlungsfähigkeit auf einer ersten Stufe wiederherzustellen. Für das Personal würde das eine Neubestimmung des Selbstverständnisses und Berufsbildes bedeuten, welches mit dem alten Bild von Aufopferung, Hingabe und Hilfeleistung nicht mehr zu vereinbaren wäre, auch weil dies krankmachende Lebenshaltungen sind. Im Vordergrund stände das gemeinsame Ziel, mehr Verfügung über die Lebensumstände zu gewinnen.

Die Neubestimmung von Krankenpflege müßte von folgenden Prämissen ausgehen:

Gesundheit/Krankheit wird in unserer Gesellschaft oft als etwas relativ zufälliges erlebt (höchstens Einfluß durch sog. gesunde Lebensweise, Trimm-dich, usw.), sie und der Genesungsprozeß sind eher Schicksalsfragen, als daß man in unserer Gesellschaft darüber verfügen kann. Der Versuch, sich im Krankheitsfall selbst zuhause im vorhandenen sozialen Bezugssystem zu helfen, scheitert oft wegen fehlendem Wissen, fehlender ambulanter Versorgung usw. Im Fall einer schweren Erkrankung wird die Verantwortung für die Überwindung dieses Zustandes an andere Menschen und Institutionen abgegeben. Der Patient wird zum Patient: ein passives, geduldiges Wesen.

Für die Pflege ergibt sich aus dem oben Gesagtem eine neue Schwerpunktbestimmung. Zur Grund- und Behandlungspflege kommt hinzu die gemeinsame Planung der Pflege mit dem Patienten einschließlich der Planung, Besprechung und Auswertung von Diagnostik und Therapie — der Arzt müßte folglich ins Team integriert sein. Beim Patienten müßte eine

entsprechende Fragehaltung, Neugier und Interesse, sofern nicht vorhanden, gefördert und gefordert werden.

Pflegeplanung

Für eine Pflegeplanung sind folgende Aspekte zu konkretisieren:

— Was ist mit dem Patienten geschehen bevor er ins Krankenhaus kam? Die Sozialanamnese soll ein umfassendes Bild von dem Patienten geben und eine Einordnung der Erkrankung in seine psychische und soziale Lebensgeschichte ermöglichen. Die Pflegeplanung soll somit bewußt auf das »Vorher« und »Nachher« bezogen sein.

— Wo liegen die Pflegeprobleme bei dem Patienten bezogen auf sein spezifisches Krankheitsbild? Die Pflegenamnese erarbeitet dazu die jetzige psychische und physische Situation des Patienten, seine Schwierigkeiten im Umgang mit seiner Erkrankung und seiner Situation im Krankenhaus. Dazu gehört auch die Frage nach den Fähigkeiten des Patienten, auf die wir uns noch stützen können. Außerdem müssen die Aspekte des Verhaltens des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit erhoben werden, die über die medizinisch-medikamentöse Seite hinausgehen — wo wir z. B. Einstellungsveränderungen des Patienten für wünschenswert halten.

— Damit ist der »pädagogische« Aspekt der Pflegeplanung angesprochen. Man könnte die Frage so formulieren: wo können wir und wo wollen wir Einsichten und Erkenntnisse bei dem Patienten fördern? Die Erarbeitung diesbezüglicher Pflegeziele hängt natürlich vom Schweregrad der Erkrankung ab und der Bereitschaft des Patienten, sich auch fördern zu lassen. Hier ist m.E. aber für die Krankenpflege ein besonders interessanter Aspekt, weil die praktische Umsetzung erfordert, daß man mit psychosozialer Kompetenz und fachlichem Wissen jeweils auf die individuelle Situation des Patienten eingeht. Eine solche Herangehensweise stellt also von sich aus einen dynamischen Faktor dar und ist ein Gegenspieler gegen Gewohnheit, Routine und Langeweile im Krankenhausalltag.

Bei der Planung muß uns also klar sein, daß selbst unter den Bedingungen der heutigen Krankenhausstrukturen der Patient immer noch Handlungsalternativen besitzt. Er kann sich für oder gegen etwas entscheiden — z.B. beim Tagesablauf, bei der Behandlung, Ernährung, Entlassung — und kann auch mit Information und Wissen und dem entsprechenden Rückhalt (durch uns) Entscheidungen durchsetzen. Eigene Fähigkeiten und Energien des Patienten werden oft mit einem Schwall von Hilfeleistung zugedeckt und der Patient macht geduldig und zufrieden mit, weil er es nicht anders kennt. Indem wir dem Patienten gezielt und geplant Wissen und Informationen anbieten, können wir diesen Kreislauf vielleicht ansatzweise durchbrechen.

Ein letzter Aspekt bei der Pflegeplanung ist die Enbeziehung der Familie/Angehörigen, um eine adäquate Weiterpflege zuhause zu sichern, dazu

gehört das Üben von Betten, Lagern, Prophylaxen, Spritzen im Krankenhaus mit den Angehörigen, aber auch die Aufklärung über ambulante Versorgungseinrichtungen, Rehabilitationorganisationen und Selbsthilfegruppen.

Eine Schwachstelle meiner Ausführungen ist sicher das Aufzeigen von praktischen Konsequenzen, weil mir erstens die Erprobung und Diskussion meiner Vorstellungen kaum möglich war und zweitens ein Teil meiner Vorschläge kein »eigenes Profil« hat; soll heißen, sich nicht von den Elementen der Pflegeplanung, wie sie z.B. im Rahmen des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK) diskutiert wird, unterscheidet. Zur Klärung dieser Problematik wäre z.B. eine intensive Auseinandersetzung mit dem »Übungsprogramm für die innerbetriebliche Fortbildung — Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation» von Renate Reimann notwendig [5]. Es wäre eventuell vergleichend herauszuarbeiten, wo meine doch grundsätzlich andere theoretische Herangehensweise, die auf den ersten Blick sehr plausibel klingenden Vorschläge von Reimann in einem neuen Licht erscheinen lassen.

Was auf den ersten Blick bei ihr sehr auffällig ist, ist die Bedeutung, die das »individuelle Individuum« besitzt. Unter dem Stichwort Pflegequalität wird u.a. formuliert »Seine (des Pat., der Verf.) Unabhängigkeit wird gefördert. Er wird mit der größtmöglichen Selbständigkeit in seiner persönlichen Lebensführung entlassen,« [6]. M.E. sollte aber gerade die Einsicht in Abhängigkeiten gefördert werden, denn Krankeit/Gesundheit ist von sehr vielen Faktoren abhängig, die nur bewußt und im solidarischen Bezug auf andere beeinflußt werden können. Die »Selbständigkeit in seiner persönlichen Lebensführung« ist die Verbreitung einer Illusion, denn die Behauptung leugnet eine reale Abhängigkeit von Gesellschaft. Das Erkennen von Handlungsalternativen zur Verbesserung der Lebenssituation kann gerade bedeuten, sich auf andere einzulassen.

Überlegungen zum Pflegesystem

Die Neubestimmung des Inhalts von Krankenpflege würde das Pflegesystem und den Arbeitsalltag auf Station grundsätzlich verändern. Im Vordergrund stehen nicht mehr die gewohnten Routinetätigkeiten, Medikamente stellen und austeilen, Botengänge machen etc., an die sich gerne geklammert wird und die vom Personal als relativ wichtig eingestuft werden — diese Tätigkeiten sind eher die »Begleitmusik«.

Der neue Schwerpunkt ist das Arbeiten an der Einbezogenheit und Informiertheit des Patienten in die und über die Pflege, bzw. diese Aspekte gewinnen einen eigenständigen Stellenwert als Pflege. Um Veränderungen im Krankheitsbild des Patienten systematisch zu erfassen, Entwicklungsprozesse voranzutreiben und auch einen zunehmenden Eigenanteil des Patienten am Genesungsprozess kontinuierlich zu überprüfen, ist das Formu-

lieren von Pflegezielen sinnvoll. Pflege darf nicht das sein, was man jeden Tag automatisch macht, sondern muß gezielt geplant werden, wobei eine optimale Kommunikation im Team stattfinden muß. Daraus ergibt sich zwangsläufig, daß ein Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem auf Station eingerichtet werden muß. Weitere neue Schwerpunkte der Pflege sind regelmäßige Teambesprechungen, eine Art Bezugspersonensystem und eine Pflegevisite, auf die ich noch weiter unten näher eingehen möchte.

Um für diese Arbeiten Zeit zu haben (auch im Rahmen der augenblicklich knappen Personalsituation) und dem Personal nicht zusätzlich neue Belastungen aufzubürden, müßte die schon oben genannte Umstrukturierung des Arbeitsablaufs auf Station vorgenommen werden.

Es ist natürlich ein heikler Aspekt, im Rahmen der im Augenblick laufenden Diskussion über Kostendämpfung im Gesundheitswesen Überlegungen anzustellen, wie Patienten — v.a. was die reinen Serviceanteile unserer Arbeit anbetrifft — mehr in bestimmte Tätigkeiten miteinbezogen werden können. Es sprechen zwei Gründe dafür, dem Patienten mehr Verantwortung als bisher zu übertragen:

1. Der Patient soll zur Selbstständigkeit angeregt werden; »kooperative Integration« bedeutet auch das selbst aktiv werden und sich gemeinsam mit den anderen Patienten um die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zu kümmern. Es spricht nichts dagegen, daß gehfähige Patienten mehr als bisher mobilisiert werden, damit sie sich z.B. Tee selbst kochen und ihre Betten selbst machen, (gerade auf Männerstationen könnte hier noch so manche fruchtbare Initiative erfolgen).

2. Dieser Vorschlag darf natürlich nicht zur weiteren Kostendämpfung im Gesundheitswesen mißbraucht werden, sondern soll dem Personal mehr Spielraum für die wichtigen Aufgaben, wie Anamneseerhebung, Pflegeplanung, Beratung und Aufklärung geben, z.B. bei der *Pflegevisite.*

Bei der Pflegevisite soll — eventuell im 2-Tages-Abstand — die für ein Zimmer zuständige Pflegeperson oder Bezugsperson über folgende Punkte mit dem Patienten sprechen, wobei dem Patienten möglichst viel Spielraum für eine eigene Bewertung seines Zustandes gegeben werden sollte:

— Auswertung des bisherigen Pflegeverlaufs
— aktuelles Befinden
— geplante weitere Pflegemaßnahmen und Absprache über deren organisatorischer Umsetzung
— durchgeführte und geplante Maßnahmen im diagnostischen und therapeutischen Bereich

Eine besondere Bedeutung kommt bei der Pflegevisite der kompetenten Gesprächsführung durch das Personal zu. Sie sollte nicht darauf hinauslaufen, dem Patienten gerade einmal Verständnis und Zuwendung zu vermitteln, sondern sollte eine bewußte und von den Pflegezielen abhängige Auseinandersetzung mit dem Patienten sein.

Ich möchte nun an einem kurzen Beispiel erläutern, inwieweit für mich aus dem bisher gezeigten veränderten Selbstverständnis von Pflege eine veränderte Praxis entsteht und zudem das Pflegepersonal auch mit neuen praktischen Erfahrungen konfrontiert wird. Das Beispiel stammt aus einer Pflegefallbearbeitung.

Ein Patient liegt nach einem Herzinfarkt den 4. Tag auf der Intensivstation, sein Allgemeinzustand ist relativ gut. Entsprechend seines Zustands formuliere ich — bezogen auf seine Mobilisierung — folgende Pflegeziele:

— H.X. soll über die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen informiert werden, deren Sinn erkennen und eigene Bedürfnisse artikulieren können — auch solche, bei denen er pflegerische Unterstützung braucht.

— H.X. soll die Stufen seiner Mobilisierung erfahren, erste Übungen mit der Krankengymnastin durchführen und mit auf weitere Durchführung und Einhaltung des Mobilisierungsplans achten.

Als entsprechende Maßnahme zu dem zweiten Ziel bespreche ich gemeinsam mit H.X. den Stufenplan und lege besonderen Wert darauf, daß er daraus Schlußfolgerungen für sein Verhalten selbst ziehen kann. Zusammen mit der Krankengymnastin erfolgen die ersten praktischen Übungen. Nach meiner Aufkärung über die weitere Mobilisierung verlangt der Patient nach dem schriftlichen, eigentlich internen Stufenplan. Nach Rücksprache mit dem Stationspfleger gebe ich H.X. den Plan, was an der Klinik nicht üblich ist, obwohl die »Gefahr« besteht, daß er nun im Verlauf des weiteren stationären Aufenthalts auf den anderen Stationen genau auf dessen Einhaltung achtet und eventuell das Personal »nervt«. In meinen Augen bedeutet das für H.X. jedoch eine größere Verfügung und Kontrolle über seine Genesungsprozeß.

Außerdem verweist die Angst vor der Eigenständigkeit des Patienten nur auf die in der Praxis zu wenig koordinierte und geplante Pflegearbeit, was bei einem unmündigen Patienten besser vertuscht werden kann.

Bei Patienten mit Herzinfarkt bietet es sich allgemein an, mit ihnen den Zusammenhang zwischen ihrer Lebensgeschichte, den sog. Risikofaktoren und dem pathologischen Ablauf am Herz zu besprechen. Der Patient kann so eine Vorstellung davon bekommen, was an seinem Herz abgelaufen ist, in welchem Ausmaß sein gesamter Körper an der Krankheit beteiligt ist und welche Ressourcen sein Körper besitzt, um mit der Krankheit fertig zu werden. Er kann dann entweder Maßnahmen mittragen, die eine Rehabilitation fördern, oder eventuell auch in Auseinandersetzung mit seinem bisherigen Leben krankmachende Einflüsse außerhalb von sich verändern; oder er kommt zu neuen Verarbeitungsstrategien.
Oder er läßt beides.

Zielvorstellung und Fazit:

Das Individuum müßte als »problembewußter Patient« entlassen werden. Für den Kranken müßte eine Persönlichkeitsentwicklung über die Erfahrung und Verarbeitung seines Krankheitszustandes in Richtung von mehr Bewußtheit und Verfügung über die eigenen Lebensumstände stattgefunden haben, so daß er ambulante Möglichkeiten, soziale Beziehungen etc. nützt, eventuell auch Auseinandersetzungsfelder betritt, zur Verbesserung seiner körperlichen und seelischen Situation.

Zum Abschluß noch eine Bemerkung zu der Frage, was die ganze Diskussion uns als Pflegepersonal bringt.

Beim Pflegepersonal in den Kliniken herrscht in weiten Bereichen eine mehr oder weniger ausgesprochene Berufsunzufriedenheit. Für mich ist es daher nicht ausreichend, mich hinzustellen und zu sagen, alle meine Probleme mit dieser Tätigkeit lösen sich erst, wenn wir mehr Personal bekommen. Der Kampf für mehr Personal am Krankenhaus ist unbedingt notwendig. Ich denke aber auch, daß es berechtigt ist, Fragen nach dem Inhalt unseres Berufs, unserer Tätigkeit aufzuwerfen.

Gerade in gewerkschaftlich organisierten Kreisen gibt es ein Defizit in der inhaltlichen Diskussion darüber, was für uns befriedigende Pflege hier und heute ist.

Natürlich stößt man mit einem fortschrittlichen Modell von Krankenpflege sehr schnell an personelle, organisatorische, finanzielle und auch psychische Grenzen; aber kann das ein Argument sein, alles beim Alten zu lassen? Wir sollten uns auf diesem Feld nicht von der aktiven Einflußnahme auf unsere Lebens- und Arbeitsbedingunggen ausschließen, sondern mit Kollegen und Kolleginnen realistische Konzeptionen von Pflege erarbeiten und ausprobieren.

Anmerkungen

1) Geisler, L.: Innere Medizin I, Stuttgart 1983, S. 87
2) Holzkamp-Osterkamp, U.: Erkenntnis, Emotionalität, Handlungsfähigkeit, in: Forum Kritische Psychologie,3) 1978, S. 13ff
3) Holzkamp-Osterkamp, U.: Motivationsforschung 2, Berlin 1982, S. 41ff
5) Reimann, R.: Anleitung zur Pflegeplanung und Dokumentation. Ein Übungsprogramm für die innerbetriebliche Fortbildung, o. Ort 1985,
6) ebda: S.29

Claudia Bischoff

Hat die »Patientenorientierte Pflege« Durchsetzungschancen?

Innerhalb der Krankenpflege wird seit einigen Jahren das aus den USA stammende Konzept der »Patientenorientierten Pflege« diskutiert. Gegenwärtig werden Versuche unternommen, es in die Praxis umzusetzen, obwohl aufgrund der finanziellen Lage der Krankenhäuser die Bedingungen dafür mehr als ungünstig sind. Um der Frage nach den Durchsetzungschancen näher zu kommen, soll zunächst die Situation in der Krankenpflege sowie ihre Funktion im Krankenhaus betrachtet werden. In einem zweiten Schritt wird das Konzept der patientenorientierten Pflege dargestellt und zum Schluß werden seine Funktion und seine Einordnung in die Strategien der Krankenhäuser zur Effizienzsteigerung untersucht. Die folgenden Ausführungen haben dabei vorläufigen Charakter, denn noch liegen keine verwertbaren Erfahrungen mit der patientenorientierten Pflege vor. Es werden deshalb auch keine Lösungen angeboten, sondern eher Fragen aufgeworfen als beantwortet. Damit wird die Hoffnung verbunden, daß dieser Aufsatz den Anstoß gibt, sich kritischer als dies bisher der Fall war, mit der patientenorientierten Pflege auseinanderzusetzen.

1. Die Situation in der Krankenpflege

Die Krankenpflege ist gegenwärtig von den Folgen zweier Entwicklungen im Gesundheitswesen betroffen: zum einen von der Kostensenkungspolitik (a.), zum anderen von der Diskussion um mehr Humanität im Krankenhaus (b.).

a. Seit dem Beginn der 70er Jahre sind die Ausgaben für Gesundheitsleistungen stark angestiegen. Im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Rezession 1974/75 kam es zu einer Veränderung der Sozialpolitik, die, über eine stärkere Betonung der Subsidiarität, den Ausbau ambulanter Dienste, die Aktivierung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe bis hin zu einer Stärkung der »Eigenverantwortlichkeit« der Versicherten, insgesamt auf einen Abbau von Leistungen zielte — und das nicht erst seit der politischen »Wende«.

Seit dieser Zeit wird eine nicht mehr abreißende Diskussion um die »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen geführt. Obwohl bei differenzierter Betrachtung weder von einer Explosion der Kosten die Rede sein kann[1], noch das Krankenhaus der größte Kostenblock an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ist[2] und zudem die finanzielle Situation der Krankenhäuser keineswegs erst seit den 70er Jahren problematisch ist, konzentrieren sich staatliche Kostensenkungsmaßnahmen und öffentliche

Vorwürfe in erster Linie auf das »unwirtschaftliche« Krankenhaus. Die Vermutung, daß damit »... der Rest der am Gesundheitswesen Beteiligten meinte, ungestört seinen eigenen Geschäften und Geschäftigkeiten nachgehen zu können«, erscheint in diesem Zusammenhang nicht abwegig[3].

Die 1972 erfolgte Verabschiedung des KHG und der entsprechenden Pflgegesetze in den Ländern sollte Abhilfe schaffen und die Krankenhäuser auf eine wirtschaftlich sichere Basis stellen. Durch ein Bündel von Maßnahmen, insbesondere die im KHG verankerte Verpflichtung der Krankenhäuser zu einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung (§4 Abs. 1), die mittels Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Betriebsvergleichen kontrolliert wird, sowie den Zwang zu selbstkostendeckenden aber sozial tragbaren Pflegesätzen, wurden die Krankenhäuser gezwungen, alle Möglichkeiten der Kostensenkung und Rationalisierung zu nutzen, auch über den Weg der Leistungseinschränkung und des Leistungsabbaus. Insbesondere der Personalbereich steht im Mittelpunkt der Kostensenkungsmaßnahmen, sind doch über 70% der Betriebskosten Personalkosten, deren relativer Anteil zudem noch ständig gestiegen ist.

Auf die Krankenpflege wirken sich vor allem zwei Maßnahmen aus: zum einen die Ausgabenkürzungen in Form von Personalreduzierungen, zum anderen die Senkung der Verweildauer der Patienten.

— Betrachtet man sich die quantitative Entwicklung der letzten Jahre im Pflegepersonalbereich, so zeigt sich eine durchaus positive Bilanz. Von 1970 bis 1981 hat das Pflegepersonal bei jährlichen Steigerungsraten zwischen 5-10% von 121 Tsd. auf 211 Tsd. zugenommen, also um rund drei Viertel. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der belegten Betten pro Pflegekraft von 3,5 auf 2,0 vermindert[5]. Setzt man jedoch die Anwesenheit der Patienten (168 Std/Wo) in Bezug zur Arbeitszeit des Personals (40 Std-/Wo), so ergibt sich ein anderes Bild: die Deutsche Krankenhausgesellschaft schätzt, daß eine Pflegekraft im Durchschnitt ihrer Anwesenheit mehr als 12 Patienten zu versorgen hat[5].

Jeweils 60% der Planstellen werden mittels sogenannter Anhaltszahlen ermittelt, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in unregelmäßigen Abständen herausgegeben werden (zuletzt 1974). Anhaltszahlen werden entgegen den Intentionen der DKG nicht als Orientierungswerte, sondern als starre Schlüsselzahlen angewendet[6]. Gemäß den Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenzen von 1975 und 1976 werden zudem noch die Anhaltszahlen aus dem Jahr 1969 (Umgerechnet auf die 40 Std/Wo) angewendet, die auf überholten Vorgabewerten für den Pflegezeitaufwand pro Patient auf Tag beruhen, außerdem eine viel zu geringe Ausfallquote beinhalten (15%). Die Personalbemessung mittels der veralteten Anhaltszahlen wird bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zudem besonders dogmatisch kontrolliert. Auch wenn es Hinweise gibt, daß die 1969er Zahlen nicht mehr ausschließlich angewendet werden müssen, beruht doch

der heutige Stellenplan darauf. Im Übrigen sind auch die Zahlen von 1974 inzwischen über zehn Jahre alt und den heutigen Anforderungen ebenfalls nicht mehr angemessen.

Wichtigstes Instrumentarium der Ausgabenkürzungen sind Personalreduzierungen. Sie reichen von direkten Stellenkürzungen über Nichtbesetzung von freiwerdenden Stellen, Vermeidung von Stellenplanerweiterung, der Anrechnung von Krankenpflegeschülern bis hin zur Betonung der »Selbstverantwortung« der Patienten[7].

— Eine weitere Maßnahme zur Kostensenkung besteht in der zeitlichen Verdichtung der Behandlungsmaßnahmen mit dem Ziel der Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes der Patienten. Von 1970 bis 1981 hat die Zahl der behandelten Patienten von 9,3 Mio auf 11,6 Mio zugenommen; die Zahl der Pflegetage ist jedoch fast gleichgeblieben (-3,2%), was auf eine Verkürzung der Verweildauer von 24,9 Tagen auf 19,2 Tage zurückgeführt werden kann[8]. Der durchschnittliche Arbeitsaufwand pro Patient und Tag ist dagegen nicht in gleichem Umfang gesunken, da bestimmte Leistungen unabhängig von der Aufenthaltsdauer in jedem Fall erbracht werden müssen. Besonders gravierend ist, daß es im Zusammenhang mit den Verweildauersenkungen zu Stellenkürzungen gekommen ist[9].

Wenn als zweifelhafter Erfolg der Kostensenkungsmaßnahmen gemeldet wird: »Weniger Betten, weniger Krankenhäuser, weniger Pflegetage, kürzere Verweildauer, konstante Patientenzahl«[10], dann heißt das für das Pflegepersonal trotzdem mehr Arbeit.

Nun ist die Krankenpflege per se ein Beruf mit hohen psychophysischen Belastungen. Erschwerend kommt hinzu, daß sich die Arbeitsanforderungen durch medizinisch-technische Entwicklungen[11], durch Veränderungen in der Altersstruktur und im Krankheitsspektrum und die erhöhte Inanspruchnahme des Krankenhauses ständig erweitert haben.

In der Folge kam es zu einer ständigen Intensivierung der Arbeit, die durch Kostensenkungsmaßnahmen und künstliche Personalverknappung verschäft wurde. Die steigenden Anforderungen, die kaum noch durch die Mehrarbeit des Personals kompensiert werden können, haben bereits zu einer Verschlechterung der Pflegequalität geführt.

Die Auswirkungen der Arbeitsintensivierung auf den Pflegebereich kann eine empirische Untersuchung illustrieren, die an zwei Krankenhäusern im Bundesgebiet und Westberlin durchgeführt wurde. Danach gaben 63% der befragten Pflegepersonen an, daß sie die Mehrarbeit durch Überstunden, 62% durch schnelleres Arbeiten und 62% durch Verzicht auf Gespräche mit dem Patienten kompensieren müssen[12]. 52% gaben an, daß ihre freien Tage wegfallen, ebenfalls 52% waren gezwungen, oberflächlicher zu arbeiten und von der Grundpflege Abstriche zu machen. Zwei von drei Pflegepersonen leisteten Überstunden zwischen 5 und 19 Stunden im Monat, das sind durchschnittlich 4-5% Mehrarbeit[13]. Dazu kommen Über-

stunden, die nicht offiziell als solche angegeben werden. Fast 27% haben das Gefühl, die Arbeit nicht zu schaffen, bei 65% kommt dies manchmal vor. 70% geben an, daß sie sich bei der Arbeit hetzen müssen. Psychische Belastungen kommen hinzu. So litten 69% unter den ständig wechselnden Anforderungen, 60% unter dem miterlebten Leid der Patienten, 51% unter dem ständigen Zeitdruck[14].

Die zunehmende Arbeitsintensivierung führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die von Befindlichkeitsstörungen bis hin zu arbeitsbedingten Erkrankungen führt. Die festgestellte hohe Fluktuationsrate und die geringe Berufsverweildauer veranlaßte die Autoren der Studie zu der Frage, ob die Krankenpflege überhaupt ein Beruf sei, der längerfristig ausgeübt werden könne[15].

Die Kostensenkungsmaßnahmen im Personalbereich wirken sich jedoch nicht nur auf das Personal, sondern auch direkt auf den Patienten aus. Unter dem Druck der ständigen physischen und psychischen Überforderung werden bei der Grundpflege und der Kommunikation mit dem Patienten Abstriche gamacht. Für menschliche Zuwendung bleibt keine Zeit.

b. Genau dies wurde in der seit Ende der 70er Jahre verstärkt gaführten Diskussion um »Humnanität« im Krankenhaus[16] dem Personal zum Vorwurf gemacht. Die Kritik richtete sich vor allem auf den Umgang mit dem Patienten. Bemängelt wurden die unzureichende individuelle Betreuung, die mangelnde Informations- und Gesprächsbereitschaft, der anonyme und stereotype Umgang, also diejenigen Aspekte, die eine psychosoziale Betreuung ausmachen, aufgrund der Arbeitsbedingungen aber nicht geleistet werden.

Nicht nur konservative Kritiker, sondern vielfach auch Stimmen aus der Krankenpflege selbst, führten dies auf individuelle Ursachen zurück. Verantwortlich gemacht wurde die mangelde Dienstbereitschaft des Personals, die »falsche Einstellung« oder Qualifikationsdefizite beim Einzelnen. Dies gipfelte in der Aussage, daß gute Krankenpflege keine Sache der Personalmenge, sondern der »Einstellung« sei[17].

Die wahren Ursachen der »Inhumanität« wurden selten bis nie angeführt: die sich immer weiter ausdifferenzierende Arbeitsteilung; ein ungebremster »Fortschritt« in der Medizin, der alles, was machbar ist, auch macht, ohne Rücksicht auf die menschlichen Folgekosten; eine Gesellschaft, die ihre Mitglieder wenig human behandelt; eine Arbeitswelt, in der entfremdete Arbeit geleistet werden muß; vor allem aber der Zusammenhang zwischen inhumanen Arbeitsbedingungen und menschenunwürdiger Behandlung des Patienten.

Die Debatte um Humanität hatte — abgesehen davon, daß einige es ganz ernst damit meinten — im Wesentlichen Alibifunktion. Sie sollte von den Ursachen der Inhumanität und den Auswirkungen der Kostensenkungsmaßnahmen ablenken, indem die Einzelnen verantwortlich gemacht

wurden für Humanitätsdefizite. Wenn Humanität zu einer Sache der »Ethik« und der Einstellung erklärt wird, wenn also gesellschaftliche Sachverhalte auf die individuelle Ebene verschoben werden, dann werden auch die Lösungsstrategien individuell ausgerichtet sein: Apelle, moralischer Druck, Vorwürfe oder Qualifizierungsprogramme ersetzen dann notwendige Veränderungen der Arbeitsbedingungen. Die Probleme können so natürlich nicht gelöst werden, aber Veränderungsbestrebungen ist damit ein wirksamer Riegel vorgeschoben worden.

Die Krankenpflege allerdings hat den Vorwurf, sich nicht genügend aufzuopfern, ernstgenommen. Die Humanitätsdebatte verweist ja zugleich darauf, daß die Krankenpflege ihre Funktion im Krankenhaus nicht mehr erfüllen kann. Seit ihren beruflichen Anfängen im 19. Jahrhundert, seit sie als »Familienersatz« und gleichzeitige Lohnarbeit ins Krankenhaus eingezogen ist, steckt die Krankenpflege in einem unlösbaren Widerspruch, der darin besteht, daß sie eine — den Zielen des Krankenhausses entsprechende — widersprüchliche Funktion zu erfüllen hat[18]. Das Krankenhaus unterliegt einem Doppelzweck: einerseits, von seinem Selbstverständnis her und in seiner Präsentation nach außen, ist es eine humane Institution zum Zweck der uneigennützigen Krankenversorgung, andererseits ist es ein Wirtschaftsbetrieb, der verbrauchte Arbeitfähigkeit reproduzieren soll und dabei orientiert ist an den Prinzipien auch anderer wirtschaftlicher Organisationen: an Rationalität, Effektivität und Effizienz, an störungsfreiem Ablauf.

Die humanen und ökonomischen Zielsetzungen des Krankenhauses stehen sich widersprüchlich gegenüber. Den Widerspruch hilft die Krankenpflege zu überbrücken. Sie hat eine Doppelfunktion zu erfüllen: zum einen repräsentiert sie den humanen Charakter der Institutionen nach außen; unterstützend wirkt dabei die Berufsideologie der Krankenpflege, die Pflege als uneigennützige, menschliche und persönliche Hilfeleistung, als Einzelpflege mit quasi-familialen Beziehungen und maximaler Bedürfnisbefriedigung für den Patienten definiert. Zum anderen ist die Krankenpflege den Prinzipien der Organisation unterworfen und hat nach innen einen reibungslosen Arbeitsablauf zu garantieren, d. h., sie hat die Aufgabe der Anpassung und Verfügbarmachung des Patienten für die Zwecke der Institution und der Medizin. Nach außen erscheint die Krankenpflege deshalb als Sinnbild der Menschlichkeit, nach innen macht sie Funktionspflege.

Tatsächlich darf sich die Zuwendung zum Patienten, wenn sie über ein absolut notwendiges Maß hinausgeht, höchstens individuell äußern, als individuelle Mehrarbeit, jedenfalls keine Kosten und keine Störung der Arbeitsabläufe verursachen. Bis heute gelten ja im Arbeitsalltag der Pflege Gespräche mit dem Patienten nicht als Arbeit, sondern eher als Drückebergerei und werden durch vielfältige Sanktionen geradezu verhindert.

Zwischen den beiden Polen — der persönlichen, familialen Einzelpflege und der Forderung nach Rationalität, Funtktionalität und Effektivität oszilliert die Krankenpflege in einem mehr als prekären Gleichgewicht. Sie kompensiert, gleicht aus, ohne jedoch jemals die Zustände verändern zu können. Die Zwitterstellung der Krankenpflege zeigt sich auch im beruflichen Selbstverständnis: bis heute ist der Krankenpflege nicht klar, was sie eigentlich ist — persönliche Dienstleistung oder Arbeit? Beruf oder Liebestätigkeit?

Verschärft durch die Kostensenkungsmaßnahmen und die Verschlechterung der Pflegequalität ist das Gleichgewicht empfindlich gestört worden. Tagtäglich mit Bedingungen konfrontiert, die patientenorientierte Pflege nicht zulassen, tagtäglich dem Gefühl ausgesetzt, wider besseres Wissen zu handeln, öffentlichen Vowürfen preisgegeben, ohne jedoch die gesellschaftlichen Zusammenhänge zu durchschauen, kam es zu einer Krise im beruflichen Selbstsverständnis, die sich in individuellen Schuldgefühlen, in Versagensängsten und unzweckmäßigen Abwehrreaktionen, in Fluktuation und Berufsflucht äußert — also in individuellen Lösungsversuchen. Die Krankenpflege kann ihre Funktion nicht (mehr?) erfüllen. Ist die patientenorientierte Pflege die Antwort auf diese Situation, ist sie als kollektiver Lösungsversuch der unlösbaren Widersprüche, als Versuch, ihre Funktion unter veränderten Bedingungen doch noch zu erfüllen? Der Eifer, mit dem das Konzept trotz der eingangs geschilderten ungünstigen Bedingungen aufgenommen wurde, scheint auf das spezifische Interesse der Krankenpflege hinzuweisen.

Das Konzept der Patientenorientierten Pflege

Die patientenorientierte Pflege wurde bereits in den 50er Jahren innerhalb der amerikanischen Krankenpflege entwickelt[19] und hat in der Folge zu weitreichenden Veränderungen in der dortigen Krankenpflegeausbildung und -praxis geführt. Ausgangspunkt war — ähnlich wie hier — zum einen die Kritik an der als unzureichend empfundenen Krankenversorgung, zum anderen gab die in den USA Anfang der 60er Jahre einsetzende Kostensteigerung im Gesundheitswesen Anlaß, sich mit kostengünstigeren Alternativen zur herkömmlichen Gesundheitsversorgung auseinanderzusetzen. Patientenorientierte Pflege wurde im Zusammenhang mit der Einführung der Progressivpflege[20] diskutiert, auf deren Anforderungen sie zugeschnitten ist. Die Progressivpflege stellt ein Rationalisierungskonzept innerhalb des amerikanischen Gesundheitswesens dar, das zur Effizienzsteigerung der medizinisch/pflegerischen Versorgung führen sollte. Eine Wurzel der patientenorientierten Pflege liegt somit in betrieblichen Rationalisierungsbestrebungen begründet[21].

Theoretische Annahmen

Gesundheit und Krankheit werden nicht als statische Zustände, sondern als dynamische Prozesse auf einer Skala menschlichen Wohlbefindens gesehen[22]. Krankenpflege ist in diesem Verständnis ebenfalls ein Prozeß, ein dynamisches Geschehen zwischen Gesundheit, Krankheit und Sterben[23].

Analog zu den amerikanischen Überlegungen wird auch hier Krankenpflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozeß definiert[24].

Im Mittelpunkt der patientenorientierten Pflege steht der kranke Mensch mit seinen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen. Der Patient wird als mündiger Bürger gesehen, der selbstverantwortlich an seinem Gesundungsprozeß teilnimmt. Die Beziehung zum Patienten ist partnerschaftlich und darauf gerichtet, seine Abhängigkeit zu veringern, seine Fähigkeiten und Ressourcen zu aktivieren und ihm Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Entsprechend dieser Auffassung nimmt die Forderung nach Mitbestimmung, Aufklärung und Information eine zentrale Rolle ein.

Auch die Beziehung zu den anderen Gesundheitsberufen soll partnerschaftlich sein und unnötige Hierarchien abbauen. Arbeitsorganisatorisch drückt sich dies im Pflegeprinzip der Gruppenpflege[25] aus. Das Ziel ist die Verbesserung der Pflegequalität, womit gleichzeitig die Hoffnung auf eine höhere Berufszufriedenheit beim Personal verbunden wird.

Die patientenorientierte Pflege geht somit vom einzelnen Menschen und seinen Pflegebedürfnissen aus. Sie ist individualistisch und ganzheitlich ausgerichtet, von den Arbeitsbeziehungen her kooperativ. Das Konzept trägt durchaus emanzipative Züge, ist aber selbst noch nicht emanzipativ zu nennen.

Dies liegt vor allem daran, daß in der Bundesrepublik das — ohnehin problematische — Konzept mit bedeutenden Einschränkungen rezipiert wurde, die hier allerdings nur in aller Kürze dargestellt werden können. So läßt sich auch nach fünfzehn Jahren der Diskussion noch nicht einmal der Ansatz einer Theorie finden. Patientenorientierung hat hier eher den Charakter einer sozialen Bewegung angenommen. Eng an die amerikanischen Auffassungen angelehnt übernimmt die deutsche Krankenpflege deren affirmative und unkritische Haltung gegenüber Gesundheitspolitik und Strukturen des Gesundheitswesens.

Auf der anderen Seite wird die theoretische und intellektuelle Seite des Konzeptes vernachlässigt, die bei den Amerikanern sehr ausgeprägt ist. Dies führt zum einen dazu, daß mit ungeheuer komplexen Begriffen wie »Selbstwertgefühl des Patienten«, »psychosoziale Betreuung«, »ganzheitliche Bedürfniserfassung«, usw. jongliert wird, die nicht definiert sind, mit denen in der Praxis aber bereits unbefangen umgegangen wird[26]. Zum zweiten wird das Konzept auf die Methode der Pflegeplanung reduziert und damit praktizistisch verkürzt[27]. Die Theorieabstinenz der bundesdeut-

schen Krankenpflege zeigt sich zum dritten darin, daß die Bedingungen und Modalitäten der Umsetzung von patientenorientierter Pflege noch in keiner Weise geklärt sind.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die individualistische und kompensatorische Auffassung von patientenorientierter Pflege, die die gesellschaftlichen Bedingungen der Krankenpflege verdrängt, vielmehr suggeriert, inhumane Zustände könnten individuell aufgehoben werden[28]. Zusammengenommen bewirkt dies, daß mit dieser Auffassung von Patientenorientierung die Verhältnisse nicht verändert, sondern stabilisiert werden. Damit wird das Konzept nicht nur konservativ, sondern es werden Entpolitisierung und Entsolidarisierung hervorgerufen und die Arbeitenden daran gehindert, ihre Lage als kollektive zu begreifen, die kollektiv verändert werden kann.

Die Pflegeplanung

Die Pflegeplanung nach dem Paflegeprozeßmodell ist die Methode der patientenorientierten Pflege. Hierbei werden Lösungsstrategien angewendet, wie sie z. B. auch in der Betriebswitschaft üblich sind; sie bestehen aus einer Anzahl vorgeschriebener und untereinander in Beziehung stehender planerischer Schritte, die auf ein Ziel ausgerichtet sind und deren Erfolg kontrolliert wird. Planung, Steuerung und Kontrolle des Abeitsablaufes sind das Ziel. Vier Schritte werden üblicherweise unterschieden:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse

Im ersten Schritt werden Informationen über die körperlichen und psychosozialen Pflegebedürfnisse des Patienten erhoben, was in Form eines Aufnahmegespräches zwischen Schwester und Patient vor sich geht. Außer der Sammlung von Informationen ist hierbei von Bedeutung, daß die Pflegeperson den Patienten kennenlernt, und dieser eine Bezugsperson hat, denn in der Regel soll er von dieser Pflegekraft auch weiterhin versorgt werden. Das Aufnahmegespräch dient zusamen mit der Krankengeschichte und dem Verordnungsplan als Grundlage für die Festlegung der Pflegeziele. Neue Informationen können im Lauf der Zeit eingearbeitet werden.

2. Festlegen der Pflegeziele und Erstellen eines Pflegeplanes

Je nach Art der Pflegeprobleme und Bedürfnisse des Patienten werden Pflegeziele definiert. Pflegeziele beschreiben bestimmte Stadien, die der Patient zu einer bestimmten Zeit oder bei der Entlassung durch Pflege und Therapie erreicht haben sollte.

Dabei sind einige Forderungen zu beachten:

— die Pflegeziele sollen in eine Rangfolge gebracht werden,
— sie sollen realistisch sein, d. h., mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden können,

— sie sollen eine Zeitangabe enthalten,
— sie werden in Nah- und Fernziele untergliedert,
— sie müssen ständig überprüft werden.

Den Pflegezielen zugeordnet werden Pflegemaßnahmen, mit denen die Ziele unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten erreicht werden sollen. Der ärztliche Verordnungsplan kann an dieser Stelle integriert werden. Der Patient wird über die Pflegeziele und Pflegemaßnahmen informiert und so weit wie möglich einbezogen.

3. Durchführung der Pflege

Die pflegerischen Maßnahmen werden anhand des Pflegeplanes durchgeführt. Der Vorteil liegt darin, daß alle Mitarbeiter gleichermaßen informiert sind und die Pflege einheitlich durchführen. In die Pflegeverrichtungen soll der Patient so weit wie möglich einbezogen werden, d, h., daß über die Körperpflege und Ausführung von Verordnungen hinaus auch beraten, erklärt, und informiert wird. Alle Pflegemaßnahmen, Beobachtungen über den Zustand des Patienten sowie seine Reaktionen werden im Pflegebericht kurz festgehalten.

4. Kontrolle der Pflege anhand der Pflegeziele

Die Wirkung der Pflege wird anhand des Pflegeplanes und der Pflegeziele fortlaufen beobachtet und kontrolliert. Dies kann im Rahmen von täglichen Übergabe- und Teambesprechungen stattfinden. Dabei wird ggf. die Pflege den veränderten Bedürfnissen des Patienen angepaßt, d. h., neue Pflegeziele und Maßnahmen werden festgelegt.

c. Die Pflegedokumentation

Die Pflege wird schriftlich in einem geeigneten Dokumentationssystems festgehalten[29]. Das Dokumentationssystem ersetzt die bisher üblichen, unsystematischen Datenträger (Nachtwachenbuch ...), die einen beträchtlichen Zeitaufwand verursachen und zudem durch Übertragungsfehler unzuverlässig sein können. Bei einem Dokumentationssystem finden sich die gesamten Informationen über einen Patienten an einer Stelle und sind jederzeit abrufbar. Wird es richtig eingesetzt und können alle Mitarabeiter damit umgehen, wird Zeit gespart. Es dient außerdem als Grundlage für die Dienstübergabe zwischen den Schichten. Die Pflegedokumentation ist somit ein Arbeitsmittel mit Rationalisierungseffekt.

Nun ist aber zu bedenken, daß die patientenorientierte Pflege mit einem höheren physischen, psychischen und zeitlichen Aufwand durch die intensivere Betreuung und die größere Nähe zum Patienten verbunden ist. Dies soll im Einzelnen etwas näher ausgeführt werden.

Zum einen wird die Grundpflege aufgewertet und soll vor allem nicht

mehr an Hilfkräfte abgegeben werden. Wie gezeigt wurde, wird aber gerade die Grundpflege aus Zeitmangel vernachlässigt. Da an der Behandlungspflege, die weisungsgebunden und kontrolierbar ist, keinesfalls Abstriche gemacht werden können, muß also eine zusätzliche Leistung erbracht werden.

Weitere Belastungen entstehen durch die psychosoziale Betreuung, also die andere Qualität der Zuwendung zum Patienten: es werden mehr Gespräche geführt, auch mit Angehörigen. Schwerkranke und Sterbende werden intensiver betreut, Gesundheitsberatung wird durchgeführt.

Nicht zu vernachlässigen ist auch der erhebliche Zeitaufwand, der durch die Pflegeplanung und Dokumentation entsteht. Meistens wird nur auf die Zeitersparnis hingewiesen, es wird jedoch vergessen, daß die Pflegeplanung etwas Neues ist, das zu der üblichen Arbeit hinzukommt. Individuelle Pflegeplanung bedeutet nachdenken, reflektieren, kommunizieren, schreiben, kontrollieren und erneut nachdenken. Koordinations- und Kommunikationsaufwand werden steigen, Teambesprechungen, Übergaben zwischen Schichten und Kooperation mit anderen Berufen kommen hinzu.

Da die patientenorientierte Pflege noch nicht eingeführt ist, liegen natürlich noch keine konkreten Erfahrungen, geschweige den Abeitszeitstudien vor, die dieses belegen können; trotzdem ist der Einwand nicht von der Hand zu weisen, daß eine solche, patientenbezogene Pflege mehr Aufwand verursacht, der nicht allein durch Rationalisierung der Arbeitsorganisation aufgehoben werden kann, sondern geradezu zwangsläufig mehr Personal voraussetzt. Dies wird von der Krankenpflege nicht bedacht, die mit ihrer Behauptung, die patientenorientierte Pflege braucht nicht mehr Personal, ihre eigenen Ziele gefährdet.

Interessant ist nun, daß die patientenorientierte Pflege sowohl eine rational-betriebsorientierte Komponente hat (Planung, Steuerung, Kontrolle von pflegerischen Betriebsabläufen), als auch eine emotional-humanitäre (individuelle Zuwendung, Bedürfnisbefriedigung, psychosoziale Betreuung), die sich zwar nicht scharf trennen lassen, aber doch voneinander abgegrenzt werden können.

Diese Doppeldeutigkeit verweist auf die Doppelfunktion der Krankenpflege, einmal betriebsorientiert zu arbeiten und reibungslose Arbeitsabläufe zu ermöglichen, zum anderen die Humanität im Krankenhaus zu garantieren. An dieser Stelle erhebt sich also folgende Frage: Kann die patientenorientierte Pflege dazu beitragen, daß die Krankenpflege ihre Doppelfunktion besser als bisher erfüllt? Kann die patientenorientierte Pflege die Ziele des Krankenhauses nach Wirtschaftlichkeit und Humanität erfüllen? Und wenn ja, was bedeutet dies in Bezug auf ihre Durchsetungschancen?

Diese Überlegungen sind nicht so abwegig, wie sie denen, die die Patientenorientierung allein als humanitäres Konzept sehen, erscheinen mögen.

Nicht allein ist in der amerikanischen Krankenpflege die betrieswirtschaftliche Seite der patientenorientieten Pflege niemals geleugnet worden, auch bei uns gibt es Hinweise, daß das Konzept zur Optimierung der Betriebsabläufe im Krankenhaus eingesetzt werden kann, wie im folgenden ausgeführt wird. Allerdings handelt es sich hierbei um vorläufige Überlegungen, denn noch kann auf keine praktischen Erfahrungen zurückgegriffen werden.

Patientenorientierung als Möglichkeit der Effizienzsteigerung

Kostensenkungen durch reine Sparmaßnahmen im Personalbereich finden dort ihre »natürliche« Grenze, wo die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses so weit absinkt, daß sie auch mit freiwilliger Mehrarbeit nicht mehr zu kompensieren ist. Dieser Punkt scheint jetzt erreicht zu sein. In dieser Situation spielen betriebswirtschaftliche Lösungsstrategien, d. h. solche, die eine Optimierung der betrieblichen Abläufe durch Rationalisierung aller Leistungsbereiche zum Ziel haben, eine immer größere Rolle. Neuere Strategien zur Kostensenkung, vor allem im Personalbereich, konzentrieren sich zunehmend auf eine Effizienzverbesserung, d. h., eine Verbesserung der Relation zwischen Leistungen und aufgewendeten Mitteln. Die Frage lautet hierbei: Wie kann eine möglichst hohe Leistung bei möglichst geringem Personaleinsatz erzielt werden? Unter den Bedingungen der ständigen Mittelknappheit kann die Antwort nur lauten: durch Erhöhung der Arbeitsproduktivität des vorhandenen Personals, sprich: durch Intensivierung der Arbeit.

Wenn selbst von Krankenhausexperten die finanziele Lage der Krankenhäuser sehr pessimistisch beurteilt wird[30] und außerdem davon ausgegangen werden kann, daß auch die neuen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung den Zwang zur Rationalisierung eher noch verstärken werden[31], dann erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß auch in Zukunft kaum zusätzliche Planstellen geschaffen werden.

Welche Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung ohne Kostenerhöhung bietet nun die patientenorientierte Pflege? Zwei Möglichkeiten sind denkbar: Zum einen durch Arbeitsrationalisierung (a.), zum anderen durch Erhöhung der Qualifikation und Arbeitsmotivation des vorhandenen Personals (b.).

a. In der Betriebswirtschaftslehre werden die Aufbauorganisation eines Betriebes, die die Verteilung der betrieblichen Aufgaben auf die einzelnen Stellen und ihre Beziehungen untereinander regelt und die Ablauforganisation, d. h., die räumlich-zeitliche Strukturierung von Arbeitsvorgängen unterschieden. Beides ist allerding nicht scharf voneinander zu trennen. Ziel einer Rationalisierung der Arbeitsorganisation ist es, die Auslastung der Betriebsmittel und die Durchlaufzeit der Arbeitsabläufe zu optimieren, um Kosten zu sparen.

Im pflegerischen Bereich ist dies einmal möglch durch die in patienten-

orientierten Pflege favorisierte Gruppenpflege. Bisher herrscht noch überwiegend das arbeitsteilige Funktionspflegeprinzip vor[32]. Ab einem bestimmten Komplexitätsgrad der Abeitsaufgaben wird dieses System dysfunktional, da die Vorteile der routinisierten Arbeitsabläufe durch einen erhöhten Kommunikations- und Koordinationsbedarf aufgehoben werden. Zudem ist das hierarchische Einliniensystem, bei dem alle Informationen über die Stationsschwester laufen, nicht mehr in der Lage, die anfallenden Informationen zu verarbeiten und bereitzustellen. Im Sinne des Betriebsablaufes optimaler ist die Gruppenpflege, bei der mehrere Pflegegruppen zu einer Abteilung zusammengefaßt sind. Die Überlegung dabei ist, daß eine einzelne Pflegegruppe (Station) nur in der Hauptbetriebszeit wirtschaftlich arbeiten kann, es für betriebsschwache Zeiten aber größerer Einheiten bedarf, um eine effiziente Personalauslastung zu erreichen, d. h., das Personal je nach Arbeitsanfall auf die Gruppen zu verteilen[33]. Die Kompetenzen und Verantwortlchkeiten sind in diesem System verteilt. Dies entspricht den Methoden moderner effizienter Betriebsführung und soll die Motivation des Personals erhöhen. Für die Arbeitenden ist damit jedoch eine Verdichtung der Arbeit verbunden, da die »betriebsschwachen« Zeiten für die dringend benötigte Regenerierung nicht mehr genutzt werden können.

— Die patientenorientierte Pflege beinhaltet eine größere Nähe zum Patienten, was auch den Wünschen der Krankenpflege entspricht, die von patientenfernen Tätigkeiten befreit werden möchte. Dies deckt sich mit Strategien des Krankenhauses, den »Direktpflegeanteil« zu erhöhen, bzw. »Leerläufe« abzubauen. Dabei werden die sogenannten pflegefernen Tätigkeiten ausgegliedert und an andere, niedriger qualifizierte Berufe delegiert. Bisher betraf dies vor allem die Hol- und Bringedienste, Reinigungsdienste, und Schreibarbeiten, seit neuestem werden auch ganz neue Berufe, wie die Versorgungsassistenten[34] geschaffen, die die Materialbeschaffung übernehmen. Sinn und Zweck dieser Maßnahmen ist die Einsparung der teuren Arbeitskraft der Krankenschwester, also der Abbau »qualitativer Leerkosten«. Leerläufe sollen abgebaut werden, indem eine gleichmäßige Auslastung der Arbeisabläufe angestrebt wird. Da dies nur möglich ist, wenn die gesamte Krankenhausorganisation umgestellt wird, ist zu vermuten, daß unter dem Deckmantel des »Wohles des Patienten« an die Wiedereinführung des geteilten Dienstes gedacht wird[35].

Nicht berücksichtigt wird in solchen Überlegungen, daß sowohl die patientenfernen Tätigkeiten als auch die aus einer verengten betriebswirtschaftlichen Sichtweise so bezeichneten Leerläufe (wenn es sie überhaupt noch gibt) eine wichtige Entlastungsfunktion haben. Es ist fraglich, ob der — jenseits aller Ideologie — stark belastende Umgang mit dem Patienten weiter ausgedehnt werden kann ohne Gefahr für die psychische Gesundheit der Arbeitenden. Auf der anderen Seite sind gerade diese »Leerläufe« die einzige Zeit, die für die Kommunikation mit dem Patienten genützt

werden könnte und wer garantiert, daß die durch Arbeitsrationalisierung gewonnene Zeit auch tatsächlich für den Patienten zur Verfügung steht und nicht zum Personalabbau führt, wie das aufgrund der Verweildauerverkürzungen schon vorgekommen ist?[36]

Pflegeplanung und -dokumentation sind selbst Mittel zur Rationalisierung der Arbeitsorganisation, denn sie planen, steuern und kontrollieren pflegerische Arbeitsabläufe, vermeiden also Reibungsverluste. Die Krankenpflege erhofft sich von der Pflegedokumentation einerseits eine Zeitersparnis, andererseits eine Verbesserung der Pflegequalität. Dies mag zutreffen, nur ist die Dokumentation noch keine patientenorientierte Pflege und nützt nicht unbedingt nur dem Patienten.

Zunächst nützt sie nämlich der Krankenpflege selbst. Mit der Pflegeplanung hat die Krankenpflege ein Instrument in die Hand bekommen, das ihre Existenzberechtigung beweist. Indem sie sich für kompetent erklärt, die umfassende Betreuung kranker Menshen bewerkstelligen zu können, hat sie sich zur Expertin in diesem Bereich gemacht und kann sich deutlich von anderen Berufen abgrenzen. Damit ist ein großer Schritt in Richtung Eigenständigkeit getan.

Weiterhin nützt die Dokumentation dem Krankenhaus und zwar in mehrerlei Hinsicht. Zum einen wird bei sinkender Verweildauer der Patienten eine exakte Planung und Dokumentation unumgänglich, da der Arbeitsaufwand pro Patient und Tag so verdichtet wird, daß er anders nicht mehr bewältigt werden kann. Es werden also damit reibungslosere Arbeitsabläufe ermöglicht[37]. Bedenkt man die Neigung der Krankenpflege, die patientenorientierte Pflege auf die reine Technik zu verkürzen, dann ist durchaus zu vemuten, daß eine mechanisch ausgeführte Pflegeplanung, die ja eine Rationalisierung vorher nicht-rationalisierter Bereiche, nämlich der Beziehung zum Patienten darstellt, eine noch größere Distanz zum Patienten bedeutet. Läßt man sich nicht mit der Planung qualitativer Bereiche völlig auf einen rationalistischen Umgang mit dem Patienten ein?

Zum zweiten ist mittels der Dokumentation eine laufende überprüfung der Leistungsprozesse möglich. Geprüft werden kann, welche und wieviele Leistungen erbracht worden sind und in welchem Verhältnis die Leistungen zu den aufgewendeten Mitteln stehen. Nun ist aber eine qualitative Leistungsmessung in der Krankenpflege (noch?) nicht möglich[38] und es ist sogar zu fragen, ob sie überhaupt wünschenswert ist. Ist es der richtige Weg, Qualitatives quantitativ zu messen? Was mißt man dabei eigentlich? Und begibt man sich damit nicht völlig in die Hände der Meßfanatiker? Welche »Leistung« wird z. B. durch das Gespräch mit dem Patienten erbracht? Wie stellt man sie dar? Wieviel Zeit ist dafür zu veranschlagen und steht diese im Verhältnis zum Erfolg? Was ist der Erfolg eines Gesprächs? Die Zufriedenheit oder das bessere Befinden des Patienten? Und wenn er sich nicht besser befindet nach dem Gespräch, war es dann ineffiziente Ar-

beit und läßt man sie dann weg? Wie leistet man psychosoziale Betreuung und wie mißt man sie an den aufgewendeten Mitteln? Da qualitative Leistungen weder meßbar, noch darstellbar, noch eigentlich kotrollierbar sind, besteht die Gefahr, daß sie unter dem Druck der Arbeitsbedingungen auch unberücksichtigt bleiben.

Wenn man dazu noch den theoretischen Rückstand der Pflege bedenkt, der es bisher nicht erlaubt, psychosoziale Betreuung zu definieren, dann sind diese Bedenken umso mehr gerechtfertigt. Die Krankenpflege erhofft sich durch eine zeitsparende Dokumentation mehr Zeit für den Patienten. Aber abgesehen davon, daß Pflegeplanung und -dokumentation nicht unbedingt so viel Zeit ersparen, wie angenommen wird, muß auch bezweifelt werden, daß die gewonne Zeit für den Patienten benutzt werden kann und nicht zu Stellenkürzungen führt.

Zum dritten kann die Dokumentation im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Betriebsvergleiche zwischen Krankenhäusern herangezogen werden. Leistungsüberprüfungen im Krankenhaus beruhen auf betrieblichen Kennziffern, die aus betriebswirtschaftlichen Vergleichen gewonnen werden, wobei die billigste Leistung als Maßstab genommen wird. Dies setzt aber repräsentatives Datenmaterial voraus, welches die Dokumentation bereitstellen kann. Stelt sich nun bei einem Betriebsvergleich heraus, daß die gleiche Arbeit von weniger Personal verrichtet werden kann, kann dies zum Hebel für Stellenkürzungen werden.

Somit ist mit der Pflegeplanung und -dokumentation im betriebsorientierten Sinn eine Effizienzsteigerung vielleicht möglich, aber nur über den Weg der Arbeitsintensivierung und der vermehrten Kontrolle über das Personal. Ob die Pflege damit im qualitativen Sinn wesentlich verbessert werden kann, ist fraglich.

b. Getreu der Auffassung innerhalb der Krankenpflege, die die patientenorientierte Pflege als individualistisches Konzept sieht, das vor allem durch Einstellungsänderung und Qualifizierung individuell durchgesetzt werden muß, konzentrieren sich alle Bemühungen in der Krankenpflege auf die Aus- und Weiterbildung. Die für patientenorientierte Pflege benötigten Qualifikationen gehen weit über die in der heutigen Ausbildung vermittelten hinaus. Nicht nur das berufsbezogenen Wissen muß intensiviert, erweitert und präsent sein, auch die soziale Kompetenz (Beobachtungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, Sensibilität, Zuwendungstechniken) muß ausbebildet werden. Vergessen wird fast durchgängig, daß die patientenorientierte Pflege auch intellektuelle Kompetenz voraussetzt (analytisches, logisches, systematisches und problemlösendes Denken, Entscheidungs- und Bewertungsfähigkeit, schriftliches Ausdrucksvermögen, Wichtiges vom Unwichtigen trennen können, Ursache- und Wirkungszusammenhänge erkennen können, Reflexionsvermögen, kritisches Denkvermögen, um nur einiges zu nennen).

Unabhängig davon, ob die Qualifikationen im Rahmen des bestehenden Ausbildungssystems und der jetzigen nicht-akademischen Lehrerbildung überhaupt vermittelt werden können, ist die Qualtfizierung des Krankenpflegepersonals für die patientenorientierte Pflege auf dem Weg der Ausbildung ohne jede Kostensteigerung für das Krankenhaus möglich, da sie von den vorhandenen Lehrkräften übernommen wird. Auch die Fort- und Weiterbildung, die von Berufsverbänden, Gewerkschaften und anderen Institutionen durchgeführt wird, verursacht keine Kosten, sieht man einmal von gelegentlichen Dienstbefreiungen ab. Es gibt zum Beispiel keine Anzeichen dafür, daß für die innerbetriebliche Fortbildung, für die die leitende Pflegekraft verantwortlich aber oft überfordert ist, Stellen geschaffen werden. Hier wäre aber ein wichtiger Weg, patientenorientierte Pflege im Krankenhaus umzusetzen, denn über die Ausbildung allein, würde es eine Krankenschwesterngeneration dauern.

Von der Einführung der patientenorientierten Pflege wird eine höhere Arbeitsmotivation und Berufszufriedenheit erhofft, da sich Berufsmotivation (Menschen helfen wollen) und Patientenorientierung zu entsprechen scheinen. Ein wichtiges Moment der Arbeitsmotivation ist die Möglichkeit, auf die eigenen Arbeitsabläufe einzuwirken, d. h., einen gewissen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum zu haben. Dies wäre mit der Ganzheitspflege, die übermäßige Arbeitsteilungen aufhebt, sicher möglich. Durch Qualifizierung und Motivierung erscheint eine Leistungssteigerung somit zwar denkbar, ist aber dann mit einer Intensivierung der Arbeit verbunden, wenn beides zur Produktivitätssteigerung genutzt wird, d. h., wenn nicht genügend Personal zur Verfügung gestellt wird.

4. Fazit

Wie gezeigt wurde, ist eine Effizienzsteigerung mit Hilfe der patientenorientierten Pflege zwar möglich, ließe sich aber nur über eine Intensivierung der Arbeit zu Lasten des Pflegepersonals durchsetzen.

Darüberhinaus liegt aber in der Doppeldeutigkeit der patientenorientierten Pflege als gleichzeitig betriebsorientiertes und humanitäres Konzept die Gefahr, daß sich unter den Bedingungen der gegenwärtigen Kostensenkungspolitik nur die betriebsorientierten Anteile durchsetzen lassen werden. Die humanitären Anteile, die psychosoziale Betreuung also, werden — so ist zu vermuten — in den Bereich der persönlichen Mehrarbeit fallen. Damit werden sie aber zufällig und beliebig ausführbar.

Durchsetzen lassen werden sich im Wesentlichen also die Anteile, in denen sich die Interessn der Krankenpflege und des Krankenhauses begegnen: in der Pflegedokumentation. Die Krankenpflege erhofft sich davon eine Leistungsdarstellung, bezweckt also (unter anderem) Professionalisierungs- und Profilierungsabsichten; die Krankenhäuser können damit ihre Betriebsabläufe optimieren. Dokumentation ist aber noch keine patienten-

orientierte Pflege.

Setzen sich nur die betriebsorientierten Anteile durch, dann ist eine Effizienzverbesserung, die sich in Mark und Pfennig ausdrückt, eine »leistungsfähigere« Pflege, so weit sich Leistung auf das Meßbare und Darstellbare beschränkt, vielleicht möglich. Aber ob die Pflege damit auch humaner, d. h., qualitativ verbessert wird?

Qualitativ kann die Pflege nur dann verbessert werden, wenn dafür die Voraussetzungen geschaffen werden: genügend Personal mit patientenorientierten Qualifikationen und Arbeitsbedingungen, die eine menschliche Zuwendung zum Patienten erlauben. Dazu wären aber Veränderungen notwendig.

Die kompensatorische und individualistische Auffassung der Krankenpflege von Patientenorientierung, die zugleich Ausdruck eines spezifischen gesellschaftlichen Interesses an einer unmündigen Pflege ist, ist aber ein Hemmschuh für Veränderungen. Sie stabilisiert bestehende Verhältnisse eher.

Spricht dies nun gegen die Einführung der patientenorientierten Pflege? Keineswegs. Mißbrauch spricht nicht gegen Gebrauch. Aber über die Möglichkeiten des Mißbrauches sollte man sich im Klaren sein. Beim Umgang mit diesem Konzept ist es wichtig, sich nicht von eigenen Ansprüchen und Wuschdenken leiten zu lassen, sondern sich Klarheit zu verschaffen über die Möglichkeiten, Ziele und Folgen. Patientenorientierung verstanden als kritische Theorie und Praxis birgt sehr wohl Möglichkeiten der Emanzipation von Patient und Personal, wird aber das Krankenhaus verändern.

Anmerkungen

1 vgl. *Wachtel* in: »das Krankenhaus« 10/1984, S. 428-432
2 vgl. *Regler* in: »das Krankenhaus« 1/1985, S. 3
3 *Heinemann* in: »das Krankenhaus« 3/1983, S. 89
4 *Pröll, U.* und *Streich, W.*: Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Forschungsbericht Nr. 386 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund 1984, S. 8ff
5 Deutsche Krankenhausgesellschaft: Erhebung zur Personallage in den Krankenhäusern, Düsseldorf 1982, S. 72
6 vgl. dazu: Personalbemessung für den ärztlichen und pflegerischen Dienst der Krankenhäuser in: »das Krankenhaus» 8/1982, S. 348-350
7 Aus der »Selbstverantwortung« wird nur zu leicht Selbstverschuldung. So wird z. B. die »Larmoyanz und Liebe der Deutschen zum Leiden« (vgl. ötv-dialog, September 1985, S. 14) verantwortlich gemacht für die gegenüber amerikanischen Verhältnissen längere Verweildauer der Patienten im Krankenhaus, ohne zu berücksichtigen, daß bei uns krankenhausexterne flankierende Maßnahmen fehlen, zudem die Patienten auf die Verweildauer wohl kaum nennenswerten Einfluß haben. Dies ist gleichzeitig ein gutes Beispiel für die Psychologisierung und Individualisierung gesellschaftlicher Sachverhalte.

8 *Pröll* ..., S. 3
9 vgl. »das Krankenhaus« 3/1981
10 *Schütz* in: »das Krankenhaus« 10/1984, S. 424
11 *Girth, E.*, u. a.: Veränderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit — eine empirische Untersuchung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 4, Berlin 1979, S. 72-85
12 *Pröll* ..., S. 59
13 *Pröll* ..., S. 60
14 *Pröll* ..., S. 68f, S. 76
15 *Pröll* ..., S. 170
16 vgl. »Aktion mehr Menschlichkeit«, Sonderdruck »Deutsches Ärzteblatt — Ärztliche Mitteilungen«, Heft 30/1980
17 vgl. *Meier, M. und Schellenberg, M.*: Krankenpflege heute, in: *Rocom Monitor*, Jan-Feb-Mrz 1984; Herbstsitzung der Konzerierten Aktion im Gesundheitswesen, in: »das Krankenhaus« 1/1981, S. 32
18 vgl. *Bischoff, C.*: Frauen in der Krankenpflege, Campus-Verlag 1984, S. 170ff
19 vgl. *Abdellah, F.* u. a.: Patient-centered Approaches in Nursing, New York 1960
20 Im Pflegesystem der Progressivpflege werden die Patienten nicht mehr nach Krankheiten, Diagnosen oder medizinischen Disziplinen gruppiert, sondern nach dem Grad der Pflegeabhängigkeit. Vgl. *Vopp, S.*:Zur Einführung der Progressivpflege in Universitätskliniken, in: »das Krankenhaus« 10/1973, S. 393-399; *Swertz, P.* und *Unkelbach, E.*: Modellkrankenhäuser mit Minimalpflege im Land Rheinland-Pfalz, in: »das Krankenhaus« 3/1983, S. 135-138
21 vgl. *Abdellah, F.* u. a.: New Directions in Patient-centered Nursing, New York 1973, S. 39-68
22 *Fiechter, V.* und *Meier, M.*: Pflegeplanung. eine Anleitung für die Praxis, Rocom, Editiones Roches, 1981, S. 18f
23 *Bitzer, L.* und *Leschik, M.*: Der Krankenpflegeprozeß als Methode zur Verbesserung der Krankenpflege aus der Sicht der Unterrichtskräfte, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 4/1983, Beilage
24 Krankenpflege wird also nicht als Arbeit definiert. Dazu muß man wissen, daß in den USA die praktische Pflege nicht von den ausgebildeten Krankenschwestern (Registered Nurses) ausgeübt wird, sondern von Helferberufen. Insofern ist es dort logisch, Krankenpflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozeß zu definiern. In der deutschen Krankenpflege liegen jedoch andere Verhältnisse vor und insofern verschleiert eine soche Definition hier den Arbeitscharakter der Pflege. Vgl. *Kabus, L.*: Entmündigung der Krankenpflege — die Formel von Virginia Henderson, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 9, Berlin 1983; *Bischoff, C.*:Frauen ... 1984
25 Die Gruppenpflege ist eine Form des Pflegesystems der Ganzheitspflege. Hierbei werden vier bis sechs Pflegruppen, die jeweils zwölf bis achtzehn Patienten betreuen, zu einer Abteilung zusammengefaßt. Die Patienten werden nicht arbeitsteilig, sondern ganzheitlich versorgt.
26 vgl. *Weisbrod-Frey, H.* in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5/1983, S. 305
27 Ein Beispiel für die Theorieabstinenz der Krankenpflege ist das vom Deutschen Berufsverband für Krankenpflege herausgegebene Heft »Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation« (1985) zur innerbetrieblichen Fortbildung.

Hier wird im Vorwort angeführt, daß »bewußt« auf eine theoretische Behandlung des Themas verzichtet wurde und auf weiterführende Literatur im Anhang verwiesen. Auch dort findet man jedoch kaum Abhandlungen zur Theorie der patientenorientierten Pflege. Dies verführt geradezu zu einer technizistischen und mechanistischen Anwendung der Pflegeplanung.

28 Exemplarisch hierzu vgl. *Juchli, J.*: Sein und Handeln, Rocom, Editones Roches 1983; zur Kritik von *Juachli* vgl. *Bischoff, C.*: Frauen ... 1984

29 Dokumentationssysteme werden von verschiedenen Firmen angeboten (Kardex, Hinz, Stocker, Optiplan, usw.). Sie bestehen im Wesentlichen aus einer Klarsichtkartei, d. h. aus einer Mappe mit 10-25 Taschen. Jeder der Taschen enthält einen Formularsatz pro Patient. Eine Leiste mit farbigen Signalstreifen ergänzt das Formularsystem.

30 vgl. *Müller in: »das Krankenhaus« 1/1984, S. 1*

31 vgl. Regler in: »das Krankenhaus« 1/1985, S.2

32 entfällt

33 vgl. *Sorgatz* in: »das Krankenhasu« 1/1984, S. 47

34 vgl. *Naegler/Richter* in: »das Krankenhaus« 4/1985, S. 126

35 In diesem Zusammenhang muß an den Versuch erinnert werden, Krankenpflegeschüler/innen erneut zu kasernieren. Dies ist eine Vorstufe zur Einführung des geteilten Dienstes. Vgl. »Die Schwester/Der Pfleger« 10/1985, S. 834

36 vgl. »das Krankenhaus« 1/1984, S. 47

37 vgl. die Stellungnahme des Deutschen Krankenhausinstitutes zur Organisation des pflegerischen Dienstes, in: »das Krankenhaus« 2/1984, S. 224

38 Eine vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnugn in Auftrag gegebene Studie zur Qualitätsmessung in der Krankenpflege lag mir bei Redaktionsschluß noch nicht vor. Es ist jedoch fraglich, ob hier das — prinzipielle — Problem der quantitativen Messung qualitativer Bereiche gelöst worden ist.

Eberhard Göpel

Wohin treibt die »Gesundheitsbewegung«?

Überlegungen zur politisch kulturellen Bedeutung des Gesundheitsmotivs

In einer historischen Betrachtung wird deutlich, daß Gesundheit als Kategorie der gesellschaftlichen und politischen Verständigung in den letzten 300 Jahren immer dann aufgegriffen wurde, wenn es darum ging, eine grundlegende Verhaltensänderung in der Bevölkerung aufgrund veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Zielsetzungen zu erreichen. So zu Beginn der bürgerlichen Epoche, in der »Gesundheit« eine zentrale Disziplinierungskategorie neben »Staatsräson« und »Sittlichkeit« war, oder auch bei der Durchsetzung der industriellen Produktionsweise, bei der Gesundheit zum Gegenstand volkswirtschaftlicher Kalküle wurde und zur Entwicklung öffentlicher Sanitärmaßnahmen und privater Krankenversicherung führte und ebenfalls im Faschismus, für den die Propaganda »Volksgesundheit« zu einer wesentlichen Legitimation auch für mörderische Eingriffe am »Volkskörper« wurden.

In den Zeiten gesellschaftlicher Stabilisierung ist es die Krankheit, als ein je spezifisches Übel einer Minderheit, die öffentliche Aufmerksamkeit beansprucht und die Mehrheit in ihrer Normalität bestätigt. Die Thematisierung der Gesundheit bedeutet dagegen, daß auch für die Mehrheit die Grundlagen der normalen Existenz ihre Selbstverständlichkeit verloren haben und eine Neuaneignung durch die Individuen unter veränderten Vorzeichen notwendig machen. Da es sich in der Regel um widersprüchliche Entwicklungen handelt, die eine derartige Krise im öffentlichen Bewußtsein erzeugen, kann eine Untersuchung der vorherrschenden Argumentation Hinweise auf den Charakter dieser Veränderung geben.

In den gegenwärtigen Veröffentlichungen zu den gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit werden verschiedenartige Begründungszusammenhänge entwickelt, die eine grundlegende Verhaltensänderung der Individuen in ihrer Lebensgestaltung fordern und in denen sich verschiedene Motivationen und Interessenlagen widerspiegeln. Die folgende Klassifizierung in drei grundlegende Argumentationsmuster stellt den Versuch dar, die unterschiedliche Reichweite der Begründungen und sozialen Konsequenzen zu erfassen, um abschließend zu einer Einschätzung zu gelangen, welche gesellschaftlichen Veränderungen mit der gegenwärtigen Gesundheitsdiskussion verbunden sein könnten.

1.Korrektur von Risikofaktoren und Verhaltensfehlern

Ausgangspunkt ist hier in der Regel der Hinweis auf den historischen Wandel des Krankheitsspektrums in Richtung auf sog. Zivilisationskrankheiten, die als ein Resultat negativer Verhaltensweisen bzw. krankheitsfördernder Risikofaktoren gewertet werden. Am Beispiel der koronaren Herzerkrankungen, die in den Industrienationen zur häufigsten Todesursache aufgerückt sind, wurde versucht, den maßgeblichen Einfluß einer überschaubaren Zahl von »Riskofaktoren« im alltäglichen Leben zu identifizieren, deren Beseitigung zu einer drastischen Senkung der Krankheitshäufigkeit führen könnte.

Als maßgebliche Einflußfaktoren, die auch bei einer Reihe anderer chronisch-degenerativer Krankheiten wirksam sind, wurden z.B. identifiziert: Zigarettenrauchen, Bewegungsmangel, Ernährungsfehler, psychischer Dauerstreß.

Ein aus dieser Erkenntnis abgeleitetes Modell eines angemessenen Gesundheitsverhaltens besteht daher in einer systematischen Verhaltensmodifikation hisichtlich krankheitsdisponierender Verhaltensweisen (Rauchen, Ernährungsfehler, körperliche Beanspruchung, Umgang mit »Streß«) und einer systematischen Früherkennung disponierender physiologischer Faktoren wie Bluthochdruck oder erhöhter Blutfettwerte durch regelmäßige ärztliche Kontrolle.

Nur durch eine systematische Vorsorgeuntersuchung der Bevölkerung in regelmäßigen Abständen, bei denen jeweils die individuellen Risikofaktoren bestimmt und verbindliche Verhaltens- und Behandlungsprogramme festgelegt werden, kann eine ärztlich geleitete Lebensführung erreicht werden, die vorzeitige Erkrankung und Tod vermeidet.

Anhand von eindrucksvollen Berechnungen des volkswirtschaftlichen Schadens durch die entsprechenden Risikofaktoren (die Behandlungskosten, die durch die Folgen des Zigarettenkonsums entstehen, werden z.B. auf mehr als 20 Milliarden DM geschätzt — allerdings erreichen die staatlichen Einnahmen aus der Tabaksteuer annähernd die gleiche Summe) wird die Notwendigkeit umfassender Programme der Gesundheitserziehung und der Krankheitsfrüherkennung begründet.

Autogenes Training, Nichtraucher-Training, Trimm-Dich-Aktionen, Gewichts- und Blutdruckkontrollen so wie regelmäßige ärztliche Überwachung bilden die Bestandteile von sog. Vorsorgeprogrammen, die durch Krankenkassen und Gesundheitsministerien finanziert und durch »Multiplikatoren« in den Medien, Schulen oder Vereinen verbreitet, zur Ausprägung eines neuen gesundheitsbewußten Sozialtypus beitragen sollen.

Durch Forschungsprojekte begleitet und ausgewertet, werden hier Erfahrungen gesammelt, wie sich flächendeckende Verhaltensmodifikationen durch gemeindebezogene multimediale und bezugsgruppenorientier-

ten Kampagnen inszenieren lassen.

Solange die Ärzte als Anlaufstationen für ein regelmäßiges Check-up in diese Aktionen eingeschlossen bleiben, unterstützen sie diesen Trend, daher ihre Autorität als Supervisoren der physiologischen Daten eher stützt.

Unterstützt wird dieser Trend auch von denen, die die entsprechende Ausrüstung für die postulierten Gesundheitsaktionen verkaufen können und für die sich ein neuer Markt eröffnet: Jogging-Schuhe, Blutdruckgeräte, Trainingsanzüge, Belastungsfahrräder, Entspannungskurse werden so zu festen Requisiten einer neuen Gesundheitskultur.

Durch die Standardisierung der Anforderungen und gesundheitsbezogenen Verhaltensmuster kann auch die Entwicklung der gesundheitlichen Belastungsfähigkeit der Bevölkerung durch Screening Tests regelmäßig überprüft werden. Die dabei erreichten physiologischen Daten und Leistungsprofile können wiederum durch Rabatte bei der Krankheits- und Lebensversicherung honoriert werden und so als ökonomische Verstärker für die angestrebten Verhaltensmodifikationen wirksam werden.

Auch bei der Einstellung von Arbeitnehmern können Screenings auf Verhalten, Gewohnheiten und physiologische Belastungsfähigkeit eingesetzt werden, um eine Risiko-Evaluation durchzuführen und Arbeitnehmer entsprechend ihrer gesundheitlichen Belastungsfähigkeit angemessen zu selektieren. Psychische und physische Gesundheitsindikatoren können so zu bestimmten sozialen Werten werden, die ähnlich wie formale Bildungsnachweise den sozialen Auf- und Abstieg begleiten.

2. Krise des Gesundheitswesens und die Notwendigkeit einer stärkeren Selbstbeteiligung der Konsumenten

Ausgangspunkt sind in diesen Argumentationen einerseits die steigenden Kosten für das Gesundheitswesen und andererseits der Hinweis auf den mangelnden Ertrag, da die Lebenserwartung der Bevölkerung eher sinke und die Medizin in einigen Bereichen bereits »kontraproduktiv« geworden sei, indem sie mehr Schaden anrichte als nutze und ein ungezügeltes »Anspruchsdenken« der Patienten unterstütze, das im Rahmen der Sozialversicherung nicht mehr zu finanzieren sei. Notwendig sei daher, daß die Patienten die Verantwortung für ihre Lebensgestaltung wieder in stärkerem Maße selbst übernehmen und durch eine erweiterte finanzielle »Selbstbeteiligung auch zur Entwicklung einer angemessenen ökonomischen Steuerung des »Medizin-Marktes« beitrügen. Da sich in dieser globalen Argumentationsfigur häufig verschiedene Interessen überlagern, werden im folgenden noch einmal drei verschiedene Motivstrukturen unterschieden, hinter denen sich unterschiedliche gesellschaftliche Interessen verbergen:

Kostendämpfung

Seit Beginn der 60er Jahre ist der Anteil der Aufwendungen für das Gesundheitswesen am Bruttosozialprodukt ständig gestiegen. Es beträgt in allen Industriestaaten bereits mehr als 10% und würde bei weiterem Ansteigen mit der gleichen Beschleunigung bereits Mitte des nächsten Jahrhunderts mehr als 90% des Bruttosozialproduktes ausmachen. Die Aufwendungen in der BRD betragen gegenwärtig etwa 250 Milliarden DM und haben den medizinisch-industriellen Komplex zum größten Wirtschaftsbereich gemacht.

Wesentlicher Grund für die deutliche Ausweitung des Gesundheitswesens Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre ist seine Inanspruchnahme für staatliche Konjunktursteuerungsmaßnahmen gewesen, da es sowohl für Arbeitnehmer, die in anderen Wirtschaftsbereichen durch Rationalisierung entlassen wurden als auch besonders für weibliche Arbeitskräfte neue Beschäftigungsmöglichkeiten bot und öffentliche Neubauten und Investitionen im Krankenhausbereich der Konjunkturbelebung dienten.

Da die Folgekosten jedoch im Wesentlichen als Teil der allgemeinen Lohnkosten über die Krankenversicherungen finanziert werden, sind die Aufwendungen für das Gesundheitswesen vor allem bei den Wirtschaftsverbänden zu einem zentralen Kritikpunkt geworden. »Kostendämpfung« ist daher zu einem zentralen Thema der gesundheitspolitischen Diskussion geworden, wobei die folgende Strategie erkannbar ist:

— drastische Begrenzung des Gesamtvolumens der staatlich garantierten Aufwendungen (Deckelung)
— Abkehr von aufwendigen persönlichen Dienstleistungen und Entwicklung rationalisierungsfähiger technischer Behandlungsverfahren.
— zunehmende Privatisierung der Nachfrage und des Angebotes durch Ausweitung der »Selbstbeteiligung« und Ausgrenzung von Leistungen aus der Sozialversicherung sowie Unterstützung eines privaten Gesundheitsmarktes.

Ideal wäre aus dieser Sicht die mittelfristige Auflösung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Eröffnung eines öffentlichen »Gesundheitssupermarktes«, in dem die gewünschte Leistung als Teil des privaten Konsums nach freier Wahl aus einem überschwenglichen Warenangebot ausgesucht werden können und an der Kasse selbst zu bezahlen sind.

b) Neue Warenangebote

Die Ausgeprägte Bereitschaft der Bevölkerung für ihre Gesunderhaltung zu zahlen und die außerordentlichen Wachstumsmöglichkeiten dieses Marktes veranlassen sowohl Warenproduzenten als auch private Dienstleister sich diesem Tätigkeitsfeld zuzuwenden und die Konkurrenz mit anderen Anbietern aufzunehmen. Als besonders marktbegrenzend erweist sich

dabei das Therapie-Monopol des Ärztestandes und dessen Verbindung mit der Pharma-Industrie. Diese läßt sich ihre mehr als 15 000 Ärzte-Berater bereits mehr kosten als die Aufwendung für den gesamten öffentlichen Gesundheitsdienst betragen — von den zusätzlichen Werbe-Milliarden für Anzeigen, Werbegeschenke, Gratifikationen für Politiker, Verbandsvertreter und »Meinungsbildner« ganz zu schweigen und hat es immerhin erreicht, daß die Verabreichung von Spritzen, Pillen oder Tropfen als Inbegriff einer angemessenen medizinischen Therapie gelten. Dennoch hat die Möglichkeit des kapitalistischen Arbeitsmarktes, persönliche Hilfen auch als private Dienstleistungen zu verkaufen, sofern es gelingt, eine entsprechende Nachfrage zu schaffen, besonders im Bereich psychologischer und gesundheitlicher Probleme den Unternehmergeist unübersehbar angeregt.

Die offensichtlichen Unzulänglichkeiten der gegenwärtigen medizinischen Versorgung eröffnen so neue Marktchancen, in denen z.b. Lebensberater, Bewußtseinserweiterer, Sensibilitätstrainer oder Naturheiler ein Auskommen finden können, wenn es ihnen gelingt, durch geschicktes Marketing und eine Patentierung ihres Markenzeichens öffentliche Anerkennung zu gewinnen.

Die Zahl der anerkannten »Gesundheitsberufe« beträgt in den USA bereits mehr als 400 bei stark steigender Tendenz. Mehr als 73% aller Arbeitnehmer sind dort bereits im Dienstleistungsbereich tätig und der Gesundheitsmarkt gilt als der expansionsfähigste, da die Sorge um das Leben eine prinzipiell unbegrenzte Nachfrage stimmulieren läßt, sofern das Angewiesensein auf den Warenkonsum objektiv aufgrund sozialer Vereinzelung und /oder subjektiv durch eine entsprechende Bedürfnisstruktur verankert ist.

Derartige Erfahrungen über die Reaktionsweise des »medizinischen Monopols« haben dazu beigetragen, die Rolle als Konsumenten des Gesundheitswesens selbstbewußter in Anspruch zu nehmen und über Mechanismen der »Verbraucherberatung« und des »Angebotsvergleichs« eine stärkere »Marktkontrolle« zu gewinnen.

Beratende Zeitschriftenartikel und Fernsehsendungen versuchen in der Regel, diesen Aspekt hervorzuheben und zu einem selbstbewußteren »Verbraucherverhalten« anzuleiten.

Die Rollenzuweisung als Konsument bleibt jedoch erhalten. Nicht zuletzt deshalb erhält diese Konsumbewegung durchaus die Unterstützung der vorgenannten Bestrebungen — trägt sie doch zur Belebung des Marktes bei und eröffnet neue Vermarktungsformen. Denn wenn man den Ärzten nicht mehr trauen kann, dann muß man sich die Bücher zur Selbstbehandlung und die Geräte zur Selbstkontrolle und Selbstüberwachung selbst besorgen und ggf. auch noch entsprechende Einführungskurse belegen, unterschiedliche Heilkundige konsultieren und eine größere Zahl verschiedener Heilverfahren ausprobieren, und eine derartige Entwicklung eröffnet für viele Menschen neue Beschäftigungsmöglichkeiten.

c) Aufhebung der professionellen Entmündigung

Ausgangspunkt ist hier vor allem eine kulturkritische Betrachtung der Rolle der Medizin und einer zunehmenden »Medikalisierung des Lebens« durch das professionelle Monopol der Ärzte für alle Lebensfragen. Ausgelöst wurde diese Diskussion vor allem durch das Buch Ivan Illichs »Die Nemesis der Medizin, in dem dieser ausführlich die vielfältigen »kontraproduktiven« Wirkungen der gegenwärtigen Medizin verdeutlicht, die diese bereits in vielen Bereichen selbst zu einer Gesundheitsgefährdung werden lassen.

In zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Jahre ist die Kritik an der gesellschaftlichen Monopolstellung der Ärzte erweitert worden. Seitens der Frauenbewegung wurden die Phasen der Enteignung des weiblichen Körpers und die Ausgrenzung der Frauen aus der Heilkunde in den letzten Jahrhunderten durch den Ärztestand rekonstruiert, von Sozialhistorikern wurde beschrieben, in welchen Formen vor allem gegenüber den Unterschichten medizinische Gesundheitsnormen als soziale Kontroll- und Disziplinierungskategorien wirken. Von Sozialpsychologen und Philosophen wurde hervorgehoben, daß das mechanisch-materialistische Körperbild der Medizin zwar eine systematische naturwissenschaftliche Beschreibung von Krankheitsverläufen gefördert hat, durch diese einseitige Sicht aber ein Verständnis der sozialen und psychischen Aspekte der Krankheitsentwicklung systematisch verhindert werde.

Von Medizinsoziologen wurde beschrieben, daß die gegenwärtigen Formen der Honorierung medizinischer Tätigkeit dazu zwingen, das ärztliche Gespräch zu reduzieren und technische Dienstleistungen auszuweiten, die häufig überflüssig und evtl. sogar schädlich sein können. (In den USA wurde geschätzt, daß pro Jahr ca. 2 Millionen überflüssige Operationen durchgeführt würden, die nicht nur mehr als 7 Milliarden DM an unnötigen Kosten verursachen, sondern auch mehr als 10 000 Menschen das Leben kosteten.)

Als Schlußfolgerung aus diesen medizinkritischen Veröffentlichungen drängt sich jeweils auf, daß die Menschen wieder eine stärkere Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und Lebensführung übernehmen sollten, um die »Entmündigung durch Experten« und die »Enteignung ihrer Gesundheit« aufzuheben. »Selbsthilfe« und »Eigenverantwortung« sind daher dezentrale Begriffe einer öffentlichen Diskussion geworden, als deren Ergebnis eine wachsende innere Distanz zu den »Schul«-medizinischen Behandlungsformen in der Bevölkerung erkennbar ist. Auch unter den Mitgliedern der Gesundheitsberufe sind durch die kritischen Diskussionen Impulse für eine Veränderung medizinischer Praxis ausgelöst worden. Seit z.B. Hausgeburten wieder positiv diskutiert und z.T. praktiziert werden, wächst auch die Bereitschaft die Geburtssituation im Krankenhaus neu zu gestalten — und sei es auch nur, um die sich leerenden Betten der Geburtsstationen wieder zu füllen.

3. Ökologische Krise und die Suche nach Zusammenhängen

Ausgangspunkt für Veröffentlichungen, die sich diesem Argumentationsmuster zuordnen lassen, ist in der Regel die Annahme, daß elementare Lebensvoraussetzungen für menschliches Leben durch unsere gegenwärtige Produktions- und Lebensweise in vielfältiger Form bedroht sind und ein verändertes Denken und Handeln notwendig machen.

Gefahr eines Atomkrieges, Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden, zerstörerische Wohn-, Siedlungs- und Verkehrsformen, belastende Arbeitsverhältnisse, krankmachende Lebensmittel, suchterzeugende »Genußmittel«, Auflösung von stützenden Sozialbeziehungen, drohende Arbeitslosigkeit bilden dabei Facetten in dem gegenwärtigen Kaleidoskop aus gesellschaftlich vermittelten Lebensgefährdungen.

»Grenzen des Wachstums« sind in den letzten 10 Jahren in vielen gesellschaftlichen Bereichen ins öffentliche Bewußtsein gerückt und haben auch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in hohem Maße berührt.

Angesichts von atomarer Zerstörung oder Vergiftung von Wasser, Luft und Boden verlieren alle individuellen Anstrengungen um ein gesundes Leben ihren Sinn.

Die »Volkskrankheiten« signalisieren deutlich das gestörte Verhältnis zur Umwelt:

An der äußeren Haut, den Atemwegen, dem Verdauungstrakt zeigt sich in Form von Allergien, gut- und bösartigen Neubildungen, Reizungen und Infektionen eine zunehmende Unverträglichkeit mit Umgebungseinflüssen.

Regulationsstörungen aller vegetativ beeinflußten Organe deuten auf eine zunehmende Unfähigkeit hin, die widersprüchlichen Umweltanforderungen angemessen zu verarbeiten.

Zu hohe »Spannung«, die sich in der Muskulatur oder dem Blutdruck manifestiert oder mangelnde »Energie«, die den Blutdruck und die Lebenslust sinken läßt, signalisieren die verbreiteten Schwierigkeiten, sich auf die sozialen Anforderungen situationsgerecht einzustellen. Nur durch ständige Manipulation des Vegetativums gelingt es, sich den äußeren Lebensrhythmen anzupassen:

Wecker, Kaffee, Tee oder Aufputschmittel sollen helfen, rechtzeitig wach und leistungsfähig zu sein; Alkohol, Fernsehen, Schlafmittel dagegen, endlich wieder Abstand zu gewinnen.

Die Manipulation der Befindlichkeit etwa durch Zigaretten, Schmerzmittel oder stimmungshebende und -dämpfende Psychopharmaka hat längst die Dimension einer chronischen Volksvergiftung angenommen.

Elementare Lebensvollzüge wie Essen, Schlafen, Lieben haben den Charakter des Selbstverständlichen verloren und charakterisieren in ihren vielfältigen Störungsformen die wachsenden Schwierigkeiten der Individuen, in sich auflösenden Sozialstrukturen, wandelnden Geschlechtsrol-

len, bedrohlichen Umweltwirkungen und schwindenden Sinnperspektiven eine stabile Lebensorientierung und Alltagsgestaltung zu entwickeln. Entsprechend wächst die Sehnsucht nach »Ganzheit«, »Integration«, »Sammlung«, »Zentrierung«, »Konzentration« und die Suche nach einer Mitte, einem Zentrum, einem »Ich« oder einer transzendentalen Sinnperspektive.

Als Ursache für die Entwicklungen werden verschiedene Erklärungsmuster herangezogen, die sich häufig ergänzen.

Ein zentraler Kritikpunkt ist das gegenwärige mechanistisch-materialistische Weltbild, das auch der Medizin zugrunde liegt und einen ausbeuterischen Umgang mit der Natur und auch dem eigenen Leben fördert. Die dualistische Unterscheidung von Körper und Geist als getrennte Wesenheiten des Menschen, die in ihrer philosophischen Ausformulierung auf Descartes zurückgeführt wird, erscheint als zentrales Erkenntnishindernis für eine ganzheitliche Lebensauffassung. Die der Naturwissenschaft seit Beginn der Neuzeit zugrunde liegende Annahme, die Natur und damit auch der menschliche Körper funktionierten wie eine maschinenhafte Ordnung, die bei Kenntnis ihrer Bewegungsgesetze auch entsprechend kontrolliert werden könnte, hat eine einseitige biologisch-physiologische Beschreibung von Lebenserscheinungen begründet, die sich darum bemüht, mathematisch-physikalische Gesetzmäßigkeiten der menschlichen Natur aufzuspüren und somit therapierbar zu machen. In zahlreichen sozialhistorischen Betrachtungen ist die Funktionalität dieser Weltsicht für eine sich entwickelnde bürgerliche Gesellschaft und eine industrielle Produktionsweise rekonstruiert worden. Die verläßliche Ausrichtung der menschlichen »Arbeitskraft« auf die Maschinenordnung der industriell-kapitalistischen Produktionsweise hat eine »Entfremdung« und »Verdinglichung« menschlicher Lebensäußerungen bewirkt, deren selbstzerstörerische Wirkung mit der fortschreitenden Unterordnung menschlichen Lebens unter fremdbestimmte, ritualisierte und ihren Sinn verlierende Zeitstrukturen und Verhaltensanforderungen immer deutlicher zu Tage treten.

Einer zunehmenden Anzahl von Autoren erscheint es dabei notwendig, die vielfältigen Erkenntnisschranken des vorherrschenden Weltbildes mit seiner einseitig rationalen, auf Unterdrückung und Beherrschung ausgerichteten Moral, seiner patriarchalisch-sexistischen Struktur und seiner Ausblendung »transpersonaler« oder spiritueller Dimensionen zu beseitigen und Grundlagen für eine neue, ökologisch gegründete Lebensform zu entwickeln.

Als theoretische Grundlage für derartige Veränderungsbemühungen gilt meist ein neues Systembild des Lebens, das etwa von *F. Capra* in dessen Buch »Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild« ausführlich entwickelt wird.

Die in diesem Systembild des Lebens angelegte Relativierung der klassischen Gegensätze der bürgerlichen Philosophie hat zur Neubelebung einer

dialektischen Weltsicht beigetragen, wie sie etwa in der chinesischen Lehre von der gegensätzlichen Einheit der grundlegenden Weltprinzipien Yin und Yang zum Ausdruck kommt.

Gesundheit und Krankheit erscheinen nicht mehr als sich ausschließende Gegensätze, sondern als Entwicklungstendenzen eines dynamischen Systems, in dem Krankwerden und Heilung integrale Bestandteile der Selbstorganisationsbemühungen eines Oragnismus im Austausch mit seiner Umgebung sind. Die Blockierung der lebendigen Austauschprozesse des Organismus mit seiner Umgebung bedingt Erstarrung, Verhärtung, Stillstand, Tod und die vielfältigen Körpertherapien, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt oder aus fernöstlichen Kulturen übernommen wurden, zielen daher auf eine erneute Freisetzung der »Lebensenergie« und einen damit verbundenen Bewußtseinswandel.

Die Zielsetzungen der dabei angestrebten »Ich«-Findung schwanken zwar zwischen radikaler Abgrenzung und transzendentalem Verschmelzen, jedoch ist insgesamt eine Tendenz zur Idee einer »ökologischen Selbstverwirklichung« feststellbar, die sich der Abhängigkeit der eigenen Entwicklung von dem Austausch mit der konkreten sozialen und materiellen Umwelt bewußt ist und daher die eigenen Entwicklungsbemühungen mit einer geistig-seelischen und ökologisch bewußten Koevolution mit der belebten Umwelt zu verbinden sucht. (Auf die eingehende Darstellung und Kritik von *Fritjof Capras* »Wendezeit«-Thesen durch *Rolf Nemitz, Yin und Yang und die neuen sozialen Bewegungen — Über Capras technokratische Romantik* in: Umweltmedizin, Argument-Sonderband 125, Berlin 1985, wird verwiesen. Red.)

Ist eine emanzipatorische Gesundheitsförderung möglich?

In einer historischen Betrachtung der bisherigen Verwendung des Gesundheitsmotivs in pädagogisch-propagandistischer Absicht lassen sich die folgenden Erkenntnisse gewinnen: Das Gesundheitsmotiv, als ein Versuch, die individuellen Lebenschancen durch bewußtes Handeln zu verbessern, kann bei kollektiver Verbreitung eine unmittelbare politische Wirkung entfalten. Gesundheit als eine aus ihrer Negation (Erstarrung, Krankheit, Tod) empirisch ableitbare Kategorie kann in Auseinandersetzungen mit ökonomischen Interessen zu einem politischen Leitbegriff aller derjenigen werden, die aufgrund ihrer Stellung im gesellschaftlichen System um die Realisierung ihrer historisch möglichen Lebenschancen betrogen werden. Eine derartige Qualität hat z.B. die bürgerliche Aufklärungsbewegung im 18. Jahrhundert gehabt und hat z.T. die gegenwärtige Ökologie- und Gesundheitsbewegung. Gegenüber derartigen Emanzipationsbestrebungen einer Gesundheit »von unten« überwiegt historisch bei weitem der autoritative Versuch, Gesundheit »von oben« unter dem Gesichtspunkt staatspolitischer Interessen und ökonomischer Kalküle als eine Kategorie der so-

zialen Disziplinierung und Verhaltensstandardisierung zu inszenieren. Das Gesundheitsmotiv als konkrete Utopie eines besseren Lebens erweist sich in besonders hohem Maße für manipulativen Mißbrauch anfällig, da es für den Einzelnen in seiner Angemessenheit nur durch das Nicht-Eintreten denkbarer schlechterer Verläufe empirisch nachvollziehbar ist.

Durch Manipulation spezifischer Ängste und Verfälschung der Risikowahrscheinlichkeit kann die soziale Handlungsbereitschaft daher in erheblichem Maße beeinflußt werden. Dies kann sowohl im Sinne einer bewußten Dramatisierung (vgl. z.B. die medizinische Begründung des Onanieverbotes im 19. Jahrhundert) oder bewußten Entdramatisierung geschehen (vgl. die moderne Zigarettenwerbung oder Stellungnahmen zu Arbeitsplatz- oder Umweltkrisen, radioaktiven Strahlenrisiken etc.).

Das Gesundheitsmotiv bleibt daher anfällig für machtpolitischen Mißbrauch oder wirtschaftliche Verwertungsinteressen, solange es nicht durch eine »Demokratisierung von Lebenswissen« und eine soziale Lebenspraxis gestützt wird, die derartigen Interessen die gesellschaftliche Basis entzieht.

Da die angestrebten Wirkungen sich nicht aus der Begrifflichkeit allein erschließen lassen, kann es für eine Bewertung der öffentlichen Gesundheitsdiskussion hilfreich sein, die gesellschaftliche Position derjenigen zu beachten, die diese Diskussion initiieren.

Wenn »Selbsthilfe« im wesentlichen »von oben« gefordert und verordnet wird, zeigt sich in ihr häufig ein Abwehrbemühen von sozialen Unterstützungsansprüchen.

Als Forderung »von unten« kommt in ihr in erster Linie der soziale Anspruch auf selbständige Regelung der eigenen Lebenszusammenhänge zum Ausdruck.

Der Versuch, »Ganzheitlichkeit« abschließend »von oben« zu definieren, bedeutet in der Regel einen totalitären Zugriff auf die Lebensinterpretation der Individuen. Als sozialer Anspruch »von unten« dokumentiert sie jedoch eher einen Befreiungsanspruch aus Abgrenzungen und Einengungen und einen Zugriff auf »das ganze Leben«.

»Prävention« als Forderung »von oben« erhoben, trägt eine deutliche Gefahr zentralistischer Gleichschaltung der Lebensläufe in sich.

»Von unten« kann sie eine selbstregulierende Risikoabschätzung ermöglichen und dazu beitragen, zerstörerische Umwelteinflüsse zu meiden. »Gesundheit« als objektivierter Befund abschließend »von außen« formuliert, vernachlässigt individuelle Lebensbedeutungen und bedeutet eine soziale Vergewaltigung des Subjektes. »Von innen« beschrieben, dokumentiert es dagegen die subjektiven Integrationsbemühungen von äußerer und innerer Realität.

In diesem Sinne bezeichnet Gesundheit einen aktiven Aneignungsprozess der natürlichen und sozialen Umwelt durch die integrierende Tätigkeit des menschlichen Bewußtseins und begründet dadurch eine individuelle

Lebensgeschichte, die durch die jeweiligen konkreten kulturellen und materiellen Lebensumstände geprägt wird.

Sie hat notwendigerweise einen subjektiven Kern, der das Wesen menschlicher Individuation ausmacht. Eine positive Wertschätzung und Verteidigung dieses subjektiven Anteils gegen alle Versuche der äußeren Standardisierung und Normalisierung ist daher eine zentrale Voraussetzung für eine emanzipatorische Gesundheitsförderung. Die subjektiven Maßstäbe, Hoffnungen und Bedürfnisse entwickeln sich in einem tranpersonalen Bezug und bedürfen der praktischen Erprobung, des sozialen Austausches und des Vergleiches, um das Allgemeine und Wesentliche der je individuellen Wahrnehmung erkennen zu können. Die Befreiung dieses sozialen Kommunikationsprozesses von wirtschaftlichen und machtpolitischen Nebeninteressen muß daher als ein weiteres wesentliches Ziel einer emanzipatorischen Gesundheitsförderung angesehen werden.

Eine solidarische Gewinnung und Verbreitung der »Lebens-Mittel« und des »Lebens-Wissens« bilden den Kern einer menschlichen Gesellschaft, die sich der Notwendigkeit einer »ökologischen Koevolution« bewußt ist.

In diesem Zusammenhang kann »Gesundheit« zur Kategorie einer universellen Lebensethik werden, die den gemeinsamen Wunsch nach sozialem, psychischem und physischem Wohlbefinden zum gesellschaftlichen Bezugspunkt macht und auf dieser Grundlage eine Entwicklung der sozialen Beziehungen und des Stoffwechsels mit der Natur anzuleiten sucht.

Außerhalb eines derartigen Zusammenhangs verkommt das Gesundheitsmotiv zu einem ideologischen Warenmuster zur Eröffnung neuer Marktchancen für Güter und Dienstleistungen des privaten Konsums.

Eine Gesundheitsbewegung mit einem emanzipatorischen Anspruch muß daher mehr leisten als lediglich eine alternative Verbraucherberatung. Sie muß sich auch auf eine andere Lebenspraxis einlassen und deren soziale Voraussetzungen schrittweise entwickeln und erkämpfen.

Literatur:

1. Ivan Illich, »Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens«, Hamburg 1977
2. Helmut Milz, »Ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit« Königstein 1980
3. Fritjof Capra, »Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild«, München 1983
4. Morris Bermann, »Wiederverzauberung der Welt. Am Ende des Newtonschen Zeitalters.« München 1983
5. Jacques Attali, »Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin«, Frankfurt 1981
6. Jürg Willi, »Koevolution. Die Kunst gemeinsamen Wachsens«, Hamburg 1985
7. G. Göckenjan »Kurieren und Staat machen, Krankheit und Medizin in der bürgerlichen Welt.« Frankfurt 1985

J. Warren Salmon

Profitorientierte Gesundheitsversorgung in den USA*

Noch im Laufe dieses Jahrzehnts werden nationale und multinationale Unternehmen zu den führenden Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen gehören, und das in erster Linie zum Zweck der Profitschöpfung. Geschwindigkeit und Ausmaß dieses Trends sind phänomenal, wenn man berücksichtigt, daß Privatunternehmen im Gesundheitswesen der USA erst in den späten sechziger Jahren Fuß faßten.

Obwohl sich das US-amerikanische Wirtschaftssystem im allgemeinen dadurch auszeichnet, daß einige Großunternehmen im jeweiligen Sektor vorherrschen, basierte das Gesundheitswesen bisher auf Tausenden von ärztlichen Einzelunternehmern und kleineren Leistungsanbietern. Das Großkapital spielte — außer in Unternehmen der Zulieferindustrien (z.B. in den Bereichen Pharmaka, Medizintechnik, Bauwesen) — keine bedeutende Rolle bei der Erbringung der eigentlichen Gesundheitsdienstleistungen. Hier dominierten als größte und kostenintensivste Einrichtungen die nicht am Gewinnprinzip ausgerichteten städtischen Lehrkrankenhäuser. Eine Analyse der Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Pharma- und Geräteindustrie sowie anderen Zulieferindustrien zeigt, daß diesem »medizinisch-industriellen Komplex« insbesondere seit der Subventionierung der Leistungsanbieter aus Bundesmitteln durch Medicare und Medicaid erhebliche Profite zuflossen. Gegenwärtig unterwirft ein erstarkender und modifizierter »neuer medizinisch-industrieller Komplex« von Privatunternehmen mittels »moderner Betriebsorganisation und Technologie« das Angebot medizinischer Dienstleistungen einem grundlegenden Wandel.

Arnold Relman, Herausgeber des renomierten New England Journal of Medicine, hält den »neuen medizinisch-industriellen Komplex« für »die wichtigste Entwicklung im amerikanischen Gesundheitswesen in jüngerer Zeit« (Relman 1980: 963).

Er konstatiert eine überraschend schnelle Zunahme privater Anbieter und schätzt, daß private Krankenhaus- und Hauskrankenpflegegesellschaften, Laboreinrichtungen, Dialysezentren, selbständige Zentren für ambulante, psychiatrische und Notfall-Versorgung sowie eine Vielzahl anderer Dienste 1979 zwischen 35 und 40 Millarden Dollar oder 25% der persönlichen Gesundheitsausgaben produzierten. Eine andere Schätzung setzt die Bruttoeinnahmen gewinnorientierter Anbieter für 1981 auf 40 Milliar-

* Gekürzte Fassung aus: John B. McKinlay (ed.), Issues in the Political Economy of Health Care. New York 1984, S. 143-186.
Übersetzt von Andreas Reichelt

den Dollar an (Gray 1983). Beide Ziffern sind in den Jahren darauf erheblich angestiegen.

Gewinnorientierte Krankenhausunternehmen besitzen gegenwärtig 15% der Akutbetten in Allgemeinkrankenhäusern der USA und mehr als 50% der Psychiatriebetten (jeweils ohne staatliche Einrichtungen). Das zahlenmäßige Anwachsen dieser Unternehmen und ihres Bettenanteils steht in schroffem Gegensatz zur Schrumpfung nicht gewinnorientierter und staatlicher Bereiche des Gesundheitswesens, Schätzungen des Bettenanteils der Privatgesellschaften für 1990 bewegen sich zwischen 25 und 30%, es spricht allerdings viel dafür, daß er noch höher sein wird.

Getrieben von der steigenden Nachfrage nach Hauskrankenpflege diversifizieren sich die privaten Krankenhausunternehmen, um mit gemeinnützigen Hauskrankenpflegeketten zu konkurrieren, bzw. sie zu übernehmen, so wie sie bereits in ein breites Spektrum anderer Gesundheitsdienste eingedrungen sind, die den »neuen medizinisch-industriellen Komplex« ausmachen.

Die gesamte Entwicklung des Vordringens der Privatgesellschaften begünstigt das Entstehen einer neuen Organisationsform, der des multi-institutionellen Anbieters. Diese Form trägt der Verschärfung des Konzentrationsprozesses auf der Anbieterseite Rechnung. Privatunternehmen im Gesundheitswesen haben transnationale Ausmaße angenommen. Darüberhinaus wird ihnen ihre Verflechtung mit dem Finanzkapital (d.h. kommerziellen Versicherungsunternehmen, die sich ihrerseits schnell diversifizieren) voraussichtlich eine quasi-Richtlinienkompetenz in der Gesundheitspolitik verschaffen.

Will man bei einer Analyse dieser Trends nicht einer unvollständigen, ungenauen und oftmals apologetischen Sicht der Dinge Vorschub leisten, ist man auf eine bewußte Reflexion der kapitalistischen Entwicklung angewiesen. Diese Perspektive auf die wesentlichen und langfristig das Gesundheitswesen bestimmenden Kräfte gilt es einzunehmen, um ihre möglichen Auswirkungen auf die Volkgesundheit nicht zu vernachlässigen.

Der medizinisch-industrielle Komplex

Eine Klassifizierung des Angebots medizinischer Dienstleistungen wird für gewöhnlich nach dem Kriterium der Eigentumsverhältnisse vorgenommen: danach unterscheidet man den privaten, durch Spenden finanzierten und nicht gewinnorientierten Bereich als größten Sektor; die Privatunternehmen als den Bereich mit den höchsten Zuwachsraten; und den zunehmend schrumpfenden staatliche Sektor einschließlich der Programme auf lokaler, bundesstaatlicher und Bundesebene. Die ärztliche Privatpraxis ist repräsentativ für das Gros der ambulanten Versorgung. Wie bei allen privaten Einrichtungen dominiert hier das Gewinnprinzip, wenn sich auch Spielraum und Geschäftsvolumen der ärztlichen Kleinunternehmer von

denen landesweiter Unternehmen unterscheiden. Bevor auf diesen Punkt näher eingegangen wird, soll ein kurzer historischer Abriß der Entwicklung des Gesundheitswesens zur Profitquelle gegeben werden.

Von der Jahrhundertwende an brachten stürmische Fortschritte der medizinischen Wissenschaften im Verbund mit den maßgeblichen politischen Strömungen ein hochentwickeltes Krankenhaussystem hervor, das zum Zentrum dessen wurde, was man als »Gesundheitswesen« definierte. Die Besonderheit des amerikanischen Gesundheitswesens bestand in einer freiwilligen Krankenversicherung, einer Subventionierung des Krankenhausbaus aus Bundesmitteln und der krankenhauszentrierten Aufbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Die mit den Sozialprogrammen der »Great Society« und der Einrichtung von Medicare und Medicaid sowie entsprechender Blue Cross und Blue Shield-Programme entstandenen Formen der Leistungsvergütung und der damit verbundene gewaltige Kapitalzustrom in die Zulieferindustrie beeinflußten auch die Art der Gesundheitsversorgung (Kelman 1971). Übermedikalisierung und passives Patientenverhalten (Renaud 1975; Illich 1976) hatten krankheitszentrierte und technische Interventionen zur Folge. In einem derart vom Profit und nicht der Gesundheitssicherung der Bevölkerung getriebenen System gestaltete sich die Befriedigung der Bedürfnisse chronisch kranker Menschen zu kostspieligen »technischen Reparaturen«, die als solche i.a. uneffektiv sind.

Ende der sechziger Jahre bildeten die mit den medizinischen Fakultäten verbundenen städtischen Großkrankenhäuser (»medical empires«) die Eintrittspforte für einen Strom neuer Produkte und Dienstleistungen: von Krankenhauseinrichtungs-, Pharma- und Gerätefirmen über Bau- und Computerunternehmen bis zu Banken, Rechtsanwälten, Verwaltungen und Unternehmensberatern (Ehrenreich und Ehrenreich 1970)

McKinlay zählt einige Charakteristika des Gesundheitswesens auf, die es als Profitquelle attraktiv machen:

a) Es gibt einen großen und oftmals im Wortsinne festgelegten Markt. (Jeder wird einmal krank, aber einige Leute sind immer krank).
b) Die Öffentlichkeit räumt dem Gesundheitswesen oft Priorität vor anderen Ausgaben ein, und die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung scheint unersättlich zu sein.
c) Eine Verbindung mit dem Gesundheitswesen ermöglicht eine strategische Kontrolle nahezu der gesamten Verbraucherschaft.
d) Es fördert die Kontrolle über hochwertige Technologie und qualifizierte Arbeitskräfte und verbessert so die Wettbewerbsposition.
e) Es ist ein Bereich, in dem der Staat als Garant der Profite auftritt.
f) Es ermöglicht in anderen Bereichen (z.B. im Umweltbereich) bedrohten Institutionen sich das falsche Image offensichtlicher Wohltätigkeit zu geben. (McKinlay 1977: 39)

Unter diesen Bedingungen kam es zum rapiden Zuwachs neuer, für eine technische Medizin entwickelter Produkte von seiten der großen Zulieferindustrien.

Das Eindringen des Kapitals in die Gesundheitsversorung

Seit geraumer Zeit zeigen sich die Unfähigkeit und teilweise auch die mangelnde Bereitschaft der Unternehmen, ihr Geschäftsgebaren unter Kontrolle zu halten; »managementgemäße« Lösungen unter Anwendung »marktwirtschaftlicher Prinzipien« sind in Mode gekommen. Zurückdrängung der Rolle des Bundes im Gesundheitswesen, finanzielle Einengung der Krankenversorgung und die Schaffung von »Gewinnanreizen« bilden jetzt die neue Strategie. Diese »Reform von innen« umfaßt die Rationalisierung nicht gewinnträchtiger Bereiche, eine gezielte Kürzung von Bundesmitteln, eine erhöhte Selbstbeteiligung der Patienten, das Erstarken und die Fusion großer Privatunternehmen und setzt sich unter den Rahmenbedingungen einer konservativen Bundespolitik durch.

Die Unternehmer machen geltend, ihr Interesse sei die Herabsetzung der Gesundheitsausgaben für ihre Beschäftigten, die Zurückdrängung des Absentismus und die Erhöhung der Arbeitsproduktivität: alle drei Momente beeinflußen direkt die Unternehmerprofite. Selten jedoch findet man eine detaillierte Darstellung der Intentionen und Folgeerscheinungen des Kapitalinteresses an einer Umstrukturierung des Gesundheitswesens. Es ist wichtig, zu begreifen, daß der Gesundheitszustand der Arbeitenden über die Aspekte von Produktivität und Erhalt der Arbeitskraft hinausgeht und daß Menschen nicht als bloße Produktionsorgane behandelt werden sollten. Darüber hinaus werden andere, von der Unternehmerpresse als »unproduktiv« bezeichnete Teile der Bevölkerung bei der geplanten Neuverteilung der Ressourcen des Gesundheitswesens unter der zunehmend unzureichenden Versorgung zu leiden haben.

In einer längeren Periode wirtschaftlicher Stagnation sieht das Kapital möglicherweise die strategische Notwendigkeit, verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens unter strafferer Kontrolle zur Verbesserung ihrer Profitabilität und Planbarkeit miteinander zu integrieren. Einzelkapitale sind in jeweils unterschiedlichem Ausmaß am Gesundheitswesen beteiligt, wobei sie oft in Konflikt mit den Interessen des Gesamtkapitals geraten. Navarro schreibt:

Wir erleben nicht sosehr eine Demontage als vielmehr einen Umbau des Sozialstaats mit dem Ziel, das Niveau der kollektiven Konsumption zu senken; diese geschieht durch aktives Eingreifen in die Umstrukturierung des Kapitals, um es in die Lage zu versetzen, besser auf die internationale kapitalistische Krise zu reagieren.

Dieser Umbau des Sozialstaats findet statt a)durch umfangreiche Mittelumverteilungen innerhalb des staatlichen Sektors und vom staatlichen in den privaten Sektor; b) durch einen Wechsel des Führungspersonals in bestimmten Staatsapparaten und

gezielte Beeinflussung derselben und c) durch veränderte Kriterien der Entscheidungsfindung und Mittelverteilung.
(Navarro 1982a: 172).

Eine ähnliche Entwicklung hin zu einem grundlegenden Kurswechsel in der Sozialpolitik findet in Großbritannien unter Premierminister Margaret Thatcher statt.

Auswirkungen der Kostendämpfung auf die Anbieter

Die Reagan-Adminstration kündigte 1980 bei ihrem Amtsantritt in Washington grundlegende Veränderungen sowohl in der Innen- als auch in der Außenpolitik an. Die Versprechungen hinsichtlich einer Verminderung des Staatseinflusses, einer Verwaltungsreform und einer Beteiligung des Privatsektors wurden eingelöst, wobei die volle Tragweite dieser Wende in der Gesundheitspolitik noch nicht abzusehen ist. Während der Ruf nach einer »wettbewerbsorientierten Gesundheitpolitik« etwas leiser geworden ist, versucht man Teilaspekte dieser Politik, Verminderung des Angebots an Gesundheitsleistungen und höhere Eigenleistungen der Patienten, als Mittel zur Kostendämpfung einzusetzen (Salmon 1982). Angesichts des von der Reagan-Administration betriebenen Abbaus des Gesundheitswesens rechnen sich die angeblich wirtschaftlicher arbeitenden Großunternehmen günstige Profitchancen aus.

Schon vor dem Regierungsantritt der Republikaner war es, ausgelöst durch den Druck der Bundesregierung und der Unternehmer auf die Gesundheitsausgaben, zu einschneidenden Neuentwicklungen im Krankenhauswesen gekommen. Angesichts der immer schlechter werdenden finanziellen Situation bestand die Überlebensstrategie der staatlichen und gemeinnützigen Krankenhäuser in der Anpassung an das Vorgehen ihrer privaten Konkurrenten.

Zwischen 1974 und 1977 wurden 85 staatliche Krankenhäuser geschlossen. In Kalifornien wurden von 1974 bis 1980 21 Bezirkskrankenhäuser geschlossen oder verkauft. Allein in New York City wurden von 1976 bis 1980 29 Krankenhäuser geschlossen.

Die Schließung von Krankenhäusern nimmt insbesondere im staatlichen Bereich zu, seit die Reagan-Administration die Gesundheitsbehörden ins Abseits gestellt hat (Brown 1981).

Zuvor konnten Inanspruchnahme, Qualität und Kosten im Zusammenhang mit Krankenhausschließungen anhand der lokalen Gesundheitsplanung überprüft werden. Wieviele Menschen mit ernsten Gesundheitsproblemen werden bei dem einer Krankenhausschließung folgenden auf 24-38% geschätzten Rückgang von Krankenhausaufnahmen aus finanziellen Gründen keinen Zugang mehr zu anderen Gesundheitseinrichtigen finden? Kann man ohne weiteres davon ausgehen, daß Krankenhausschlie-

ßungen zu einem Rückgang der Gesamtkosten führen? Finanzkräftigere Einrichtungen, die vor der Schließung bewahrt bleiben, werden von Patienten überlaufen werden, von denen ein größerer Anteil als bisher nicht über ausreichende Mittel für einen Krankenhausaufenthalt verfügt. Vielen gemeinnützigen Krankenhäusern, vor allem den von Minderheiten und Einkommensschwachen aufgesuchten, bleibt keine andere Wahl als den Konkurs anzumelden, das Krankenhaus zu verpachten oder ihr Leistungsangebot zu verändern. Solange eine landesweite Erhebung der lokal unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung fehlt, hat der andauernde Verfall der Krankenhausversorgung in vielen Städten gravierende Folgen für die Armen, Alten und Behinderten, denen der Zugang zu einer guten Krankenhausversorgung verwehrt wird.

Um die wegen des Bettenleerstand ausbleibenden Einnahmen zu kompensieren haben sich gemeinnützige Krankenhäuser auf Neuerwerbungen, Zusammenschlüsse und eine Reihe anderer Diversifikationsmodelle eingelassen. Die Krankenhausindustrie preist in ihrer Presse die Notwendigkeit einer Veränderung ihrer historischen Rolle durch Diversifikation in neue »Märkte« hinein. Die angespannt in die Zukunft blickenden Krankenhausleitungen stehen unter dem Druck, an langfristiger strategischer Planung teilzunehmen, »profit centers« zu gründen und »bindende Distributionssysteme« zu finden, die den Patientenzustrom garantieren sollen. Es ist üblich, die Unternehmen umzustrukturieren, eine Tochtergesellschaft oder ein Stammunternehmen zu gründen und die Geschäftstätigkeit in neue Bereiche auszudehnen wie z.B. Sterbekliniken, arbeitsmedizinische Programme, Kliniken für Sportmedizin, biomedizinische Gerätefirmen, mobile diagnostische Einheiten, Rehabilitätionszentren für Alkoholkranke, klinische Labore, chirurgische Zentren, Dialysezentren, Pflegeheime, Hauskrankenpflege, Altenheime, Restaurants, Parkplätze, medizinische Bäder, Blumengeschäfte, Einkaufszentren u.a.m.. Einige Diversivikationsbereiche stehen nur noch sehr entfernt in Beziehung zur ursprünglichen Aufgabe des Gesundheitswesens, was den Unterschied zwischen dem gemeinnützigen und dem Privatsektor noch mehr verwischt.

Landesweite Resonanz im Gesundheitswesen fanden in den siebziger Jahren die Befürchtungen eines Vertreters der Universitätskliniken:

> Es gibt deutliche Anzeichen dafür, daß viele Einrichtungen solcher Unternehmen ihre Gewinnspanne dadurch zu steigern versuchen, daß sie auf die eine oder andere Weise diejenigen Patienten von der Versorgung ausschließen, die die vollen Kosten ihres Krankenhausaufenthalts nicht bezahlen können. Methoden der Patientenselektion sorgen dafür, daß sich das Krankenhaus nicht um die komplizierteren internistischen oder chirurgischen Fälle kümmern muß; man bietet jene Leistungen, die den Krankenhäusern von jeher finanzielle Verluste einbrachten, nicht mehr an; oder beide Methoden kommen kombiniert zur Anwendung. Dadurch gerät das Profitinteresse der Privatkrankenhäuser offensichtlich in direkten Konflikt mit den Bedürfnissen der Gesamtbevölkerung nach medizinischer Versorgung. (Cannedy 1970: 65)

Die Zunahme der Krankenhausketten

Die privaten Krankenhausketten mit ihrem aggressiven Wachstum und ihren erfinderischen Geschäftspraktiken sind *das* Phänomen der siebziger Jahre geworden. Während der Krankenhaussektor insgesamt in jüngerer Zeit schrumpfte, expandierten die Privatkrankenhäuser schnell. Von 1977-1982 stieg die Zahl der US-amerikanischen Privatkrankenhäuser im In- und Ausland um 42%, deren Bettenzahl um 62% an (Federation of American Hospitals 1982: 6).

Allein 1981 expandierten die zehn größten privaten Krankenhausunternehmen um durchschnittlich 42,5% (Johnson und Punch 1982). 1982 waren insgesamt 120 848 Betten in 1 045 Krankenhäusern im Besitz von Privatfirmen (Federation of American Hospitals 1982). Neunzehn Privatketten steigerten ihre Einnahmen im Jahre 1982 um 34,2% und ihre Gewinne um 51,7 (Johnson 1983).

Die privaten Krankenhausketten haben ihre Wachstumsstrategien stets sehr flexibel den jeweiligen Verhältnissen angepaßt. In den späten sechziger Jahren nahmen sie an der Börse Anteilskapital zum Bau neuer Einrichtungen auf. Später trat bei höheren Zinsen, Geldknappheit und steigenden Baukosten das Management auf Vertragsbasis in den Vordergrund. Gegenwärtig besteht die Strategie im Aufkauf von gemeinnützigen und staatlichen Krankenhäusern mit Finanzproblemen. Seit 1979 wurden 23 staatliche Krankenhäuser aufgekauft (Hull 1983). Punch (1982) stellt fest, daß »katholische Krankenhäuser erstrangige Kaufobjekte sind«, da Religionsgemeinschaften offenbar ihre eigentliche »Mission« überdenken, wenn sie vor Finanzschwierigkeiten stehen. HCA, der Marktführer in der Privatisierung, kaufte zwischen 1975 und 1980 16 städtische, bzw. Bezirkskrankenhäuser auf (Lancaster 1980). Die zehn mächtigsten Krankenhausketten betreiben mittlerweile 70% aller Privatkrankenhäuser, von denen sich jedes wiederum in andere Bereiche — hauptsächlich Hauskrankenpflegeketten und selbständige Zentren für ambulante Versorgung — diversifiziert.

Die Krankenhausketten haben inzwischen auch die vergleichsweise lukrativere Profitmöglichkeit entdeckt, das Management staatlicher und gemeinnütziger Häuser zu übernehmen, ohne viel Kapital zu binden. In den letzten zehn Jahren benötigten diese Häuser zahlreiche Verbesserungen in den Bereichen Finanzverwaltung, Informationssysteme, Kredit- und Einziehungswesen, Arbeitsorganisation und Materialverwaltung. Privatfirmen boten einzelnen Krankenhäusern in diesen Bereichen Betriebsberatung an, was oft zu Managementverträgen führte, die die Krankehhausverwaltungen ersetzten.

1981 managten Privatfirmen 278 Krankenhäuse, was einer Steigerung von 40% gegenüber dem Vorjahr entspricht (Johnson und Punch 1982). Zwischen 3 und 8% der gesamten Krankenhauseinnahmen gehen gewöhnlich an die Unternehmenskette, die für eine Erhöhung der Einnahmen und

eine Senkung der Kosten sorgt. Das bedeutet, daß das Krankenhaus in das Einkaufssystem der Kette für Medikamente, Zubehör und Versicherungen gelangt und daß eine höhere Kostenerstattung von dritter Seite und von Selbstzahlern angestrebt werden. Business Week (1975) zufolge können die eingesparten Kosten für das Krankehhaus das drei- bis fünffache der vertraglichen Managementkosten betragen; kritische Stimmen halten dem jedoch entgegen, daß die eigentlichen Einsparungen durch die Senkung des Personalschlüssels und die Abschaffung von Leistungen zustandekommen (Dalleck 1981).

Die privaten Krankenhausketten stehen vorerst noch im Schatten des nicht gewinnorientierten Sektors, der sich seinerseits auf multiinstitutionelle Anbietersysteme orientiert. Die Bildung von Zusammenschlüssen gemeinnütziger Krankenhäuser sowie örtlicher Verwaltungen stellt eine Parallelerscheinung zu den landesweiten privaten Krankenhausketten dar.

Katholische Ketten, die insgesamt keinen wesentlichen Zuwachs zu verzeichnen hatten, verfügten 1981 über 80 737 Betten, und andere konfessionelle Ketten wuchsen um 7,2 auf insgesamt 23 685 Betten. Dieser Zuwachs neben dem Wachstum der privaten Ketten um 27,4% kontrastiert mit der Abnahme des staatliche Krankenhaussektors um 4,6%. Das Seventh Day Adventist Health System mit drei Regionalketten rangierte an zweiter Stelle nach der Maiser Foundation, einer HMO (Health Maintenance Organization), die mit 2,4 Milliarden Dollar die größte gemeinnützige Krankenhauskette ist. Die Sisters of Mercy Health Corporation in Farmington Hills, Missouri, mit 5 750 Betten im Jahre 1982 ist die größte katholische Kette. Verschiedene andere konfessionelle Ketten haben sich unter der Regie katholischer Orden und protestantischer Religionsgemeinschaften zusammengeschlossen.

Die Voluntary Hospitals of America, Inc. mit Sitz in Dallas, Texas z. B. ist ein Zusammenschluß im Besitz von 30 großen steuerfreien Krankenhäusern, der 1985 voraussichtlich eine 8 Milliarden Dollar-Aktiengesellschaft mit 100 Teilhabern sein wird. Im staatlichen Sektor hatten 1981 die New York City Health and Hospital Corporation 8 027 Betten und die County of Los Angeles Hospital Corporation 3 754 Betten, obwohl beide Organisationen wegen ernster Finanzprobleme weiterhin Häuser schließen müssen.

Die gegenwärtige Entwicklung läuft auf ein wesentliches Wachstum dieser Zusammenschlüsse unter gemeinnützigen Krankenhäusern und ein anhaltendes Schrumpfen der staatlichen Häuser hinaus. »Nach allgemeiner Einschätzung werden mehr als 50% aller Krankenhäuser des Landes in fünf Jahren deratigen Zusammenschlüssen angehören.« (Johnson 1983: 93). Die vermutete Wirtschaftlichkeit der Tarife und die bessere Verfügbarkeit von klinischer und Managementerfahrung für die einzelnen Häuser sind die Gründe für diese Tendenz zum multiinstitutionellen Anbieter.

Die Breite ihres Tätigkeitsfelds und ihre Finanzkraft stärken ihren politischen Einfluß und verbessern ihren Zugang zu privaten Kapitalmärkten. Darüberhinaus werden die in Aussicht stehenden kostendeckenden Gebührensätze die unabhängigen Häuser schnell zu deratigen Zusammenschlüssen zwingen.

Konzentration als »Wettbewerb«

Neben der Umwälzung im Krankenhaussektor haben einschneidende Entwicklungen in der ambulanten Versorgung eingesetzt, da Ärzte und Verbände im Gesundheitswesen die Pläne der Reagan-Administration für »mehr Wettmewerb im Gesundheitswesen« vorwegnehmen. Die jährlich wachsende Zahl ausgebildeter Ärzte bildet ein Arbeitskräftereservoir für die Krankenhausketten und Unternehmer, die selbständige Kliniken gründen (Weiss 1982). Humana betrieb 1981 55 MedFirst-Zentren und plante für Mitte 1983 die Eröffnung von 25 weiteren Zentren (Punch 1983); für die nächsten fünf Jahre plant Humana den Bau von 500 weiteren Zentren (Rhein 1982).

Auch National Medical Enterprises und American Medical International nehmen an diesem Trend teil der die Arbeit in solchen Zentren zu vorherrschenden Form der ärztlichen Praxis macht.

Bisher ist es den Ärzten als Berufsgruppen gelungen, ihre Proletarisierung — einen Prozeß, der die meisten anderen Berufsgruppen schneller und leichter erfaßt hat — hinauszuzögern oder auf ein Mindestmaß zu beschränken (McKinlay 1977). Nichtsdestotrotz scheint die gegenwärtige Umstrukturierung des Gesundheitssektors in Kombination mit der für das Jahr 2 000 erwarteten »Ärzteschwemme« die ärztliche Tätigkeit allmählich der Arbeitsweise von »Proletariern« in bürokratischen Großorganisationen anzugleichen.

Unter den zukünftigen Bedingungen der Industrialisierung der Gesundheitsversorgung wird die ärztliche Einzelpraxis nicht aufrechtzuerhalten sein und die ärztlichen Berufsprivilegien werden in größeren Tätigkeitszusammenhängen allmählich verschwinden. Cunningham (1982:818) scheint die auf der Anbieterseite vorherrschende Auffassung wiederzugeben, wenn er schreibt: »Möglicherweise gibt es zwischen privaten und gemeinnützigen Krankenhäusern mehr gemeinsame Ideen und Überzeugungen und weniger kontroverse Konzepte als das bisher in der Vergangenheit der Fall gewesen ist. Verantwortungsbewußte Unternehmer und Manager im Privatsektor des Gesundheitswesens werden keine vorübergehende Erscheinung bleiben.« Bei der offensichtlichen professionellen Akzeptanz, um nicht zu sagen vorbehaltlosen Zustimmung für ein profitorientiertes Gesundheitssystem werden die Amerikaner diesen Umbau ihres Gesundheitswesens leider hinnehmen, vorausgesetzt, die Profite bleiben in »angemessenem Rahmen« und ein gewisser Qualitätsstandard wird »garantiert«.

Die bevorstehende Industrialisierung der Gesundheitsversorgung wird die meisten Berufsgruppen und die kleinen Anbieter von den Großunternehmen abhängig machen. Für das nächste Jahrzehnt sind zu erwarten: 1) eine anhaltende Diversifikation der »Produktgruppen« in dem Maße, wie die Vermarktung der Gesundheitsbedürfnisse zunimmt, 2)eine Zunahme des Konzentrationsprozesses bei Zulieferfirmen, Anbieterorganisationen und Versicherungsunternehmen, voraussichtlich mit zahlreichen Verflechtungen untereinander, 3) der Zugang bisher nicht auf diesem Sektor tätiger Unternehmen zur Gesundheitsversorung und 4) die Entwicklung der Krankenhausketten zu einem international bedeutsamen Exportfaktor.

Profitproduktion im Gesundheitswesen bedeutet eine Abkehr vom Prinzip der gerechten Verteilung von Gesundheitsversorgung unabhängig von Klasse, Geschlecht, Rasse, Alter oder Sprache. Das Arzt-Patientverhältnis wird sich grundlegend verändern. Es bleibt abzuwarten, wie sich gegenseitiges Vertrauen und Respekt voreinander als für den Gesundungsprozeß unerläßliche Faktoren unter veränderten ökonomischen Beziehungen zwischen Arzt und Patient aufrechterhalten lassen.

Sichtweise und Lösungsstratgien zahlreicher bioethischer Probleme werden ebenso wie zukünftige Prioritäten medizinischer Forschung und die ideologische Ausrichtung der Gesundheitssystemforschung durch die Tendenz zur Profitmaximierung beeinflußt werden, denn die Art des Gesundheitssytems und zukünftige biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse stehen in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis zueinander. Darüberhinaus wird die »Revolution der Informationssysteme« eine konzentrierte Gesundheitsindustrie im nächsten Jahrzehnt in die Lage versetzen, nicht nur die Inhalte ärztlicher Tätigkeit zu verändern, sondern auch bei der Definition von Gesundheit eine beherrschende Stellung einzunehmen. Diese Aussicht ist angesichts des letztlich politisch verursachten unaufhaltsamen Anstiegs sozial- und umweltbedingter Gesundheitsprobleme um so bedenklicher. Auch ist zweifelhaft, ob gerade die Fähigkeiten der Manager günstige Resultate bei der Zurückdrängung erwiesenermaßen uneffektiver Behandlungsmethoden, ausufernder Anwendung von Biotechnologie, unnötiger Laboruntersuchungen, überflüssiger chirurgischer Eingriffe u.ä. zeitigen werden (McKinlay 1981). Das Profitstreben im Gesundheitswesen ist die Ursache dieser Erscheinungen, die zur Abdeckung der Kosten weiterhin aufrechterhalten werden, auch wenn die Unternehmer bei der Gesundheitsversorgung ihrer Beschäftigten Effizienz und Kostengünstigkeit fordern. Wahrscheinlich wird sich der wesentliche, über das Maß des als noch akzeptabel Präsentierbaren hinausgehende Teil dieser Entwicklung unbemerkt von den Augen der kritischen Öffentlichkeit vollziehen.

Die Ausdehnung des profitorientierten Sektors in Großbritannien

Die privaten Krankenhausketten haben sich aus ähnlichen Gründen wie andere multinationale Unternehmen auch über die nationalen Grenzen hinaus ausgedehnt: neben Steuervorteilen und weniger staatlichen Vorschriften sind das v.a. die im Vergleich zu den USA meist höheren Profitspannen. Neun Ketten betreiben Krankenhäuser außerhalb der USA in 17 Ländern, wobei die Investitionstätigkeit gerade in den letzten Jahren sehr rasch zunahm.

Trotz seines National Health Sevice (NHS) wird Großbritannien nicht von dieser privatwirtschaftlichen Durchdringung ausgenommen. AMI betreibt sieben Krankenhäuser in Großbritannien und hat zwei weitere im Bau. HCA hat sechs britische Krankenhäuser und prüft gerade die Investitionsbedingungen in einigen anderen Ländern. Die Whitaker Corporation zog 50% ihrer Spitzengewinne aus ausländischen Investitionen u.a. in Saudiarabien (Hull 1982).

Der Hauptunterschied der Gesundheitssysteme in den USA und Großbritannien reicht in die Kriegsjahre zurück, als die britische Sozialstaatspolitik mit der Schaffung des NHS entscheidende Weichen stellte (Adams 1981). Ein derart strukturiertes Gesundheitssystem sperrt sich natürlich viel eher gegen eine Neuorientierung auf eine privatwirtschaftlich verfaßte Medizin.

Die konservative Wirtschaftspolitik Margaret Thatchers setzte eine Verknappung des Geldangebots, ein hohes Zinsniveau und eine Verminderung der staatlichen Kreditaufnahme ein, um die britischen Unternehmen den neuen Realitäten der Weltwirtschaftsordnung anzupassen. Auch wenn die Inflation nicht mehr auf dem hohen Stand von 1979 ist, kennzeichnet eine Arbeitslosenzahl von 4 Millionen die tiefste Rezession in Großbritannien, seit den dreißiger Jahren. Unter den Bedingungen einer der niedrigsten Wachstumsraten in Europa, einer enorm schrumpfenden Exportwirtschaft und geringer werdenden Ressourcen an Nordseeöl besteht angeblich die Notwendigkeit noch drakonischerer Einschnitte bei den Sozialausgaben sowie des Verkaufs von Staatsunternehmen.

Im Verlauf des letzten Jahrzehnts wurde der NHS zunehmend als angeblich unkontrollierbares und kostspieliges System akuter Krankenhausversorgung angegriffen. Man lancierte einen ideologischen Kreuzzug für die Einschränkung des Gesundheitsbudgets, die Schließung von Krankenhäusern und die Verminderung des Leistungsangebots, obwohl die Gesundheitsausgaben mit 5,5% des Bruttosozialproduktes zu den niedrigsten in den entwickelten kapitalistischen Ländern zählen.

Der NHS kommt für 93% der Gesundheitskosten auf, was etwa 20 Milliarden Dollar pro Jahr entspricht (Newman 1983). Obwohl die steigende Nachfrage nach Gesundheitsversorung zusätzliche Mittel erfordert, versuchen die Konservativen über die Kontrolle des NHS-Budgets das »soziale

Netz« abzubauen, das sie im Verhältnis zur Produktivität für zu dicht halten. Es gibt Vorschläge, die bisherige Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen auf ein Versicherungssystem mit hoher Selbstbeteiligung umzustellen, um ein Drittel der Patienten dem privaten Sektor zuzuführen (Newman 1983). Eine derartige Umstellung würde einkommensschwache Bevölkerungensgruppen belasten und das Egalitätsprinzip des NHS in Frage stellen (Radical Statistics Health Group 1980). Die Politik gegenüber dem NHS strebt eine an Kosten/Nutzen-Kriterien orientierte effektivere Nutzung der schwindenden Ressourcen an und soll die Realitäten der Ausgabenkürzungen verschleiern, deren Auswirkungen als Verbesserungen der Gesundheitsversorgung ausgegeben werden (Doyal 1979:208).

Inzwischen hat sich angesichts der schwierigen Lage des NHS der Privatsektor mit staatlicher Unterstützung weiter ausgedehnt. Die Versuche der Labour-Regierung von 1976-79 die Zahl der Privatbetten in NHS-Krankenhäusern zu senken schufen die Grundlage für das Wachstum der Privatkrankenhäuser. Die Regierung Thatcher unterstützte den Privatsektor mit Steuerermäßigungen und erleichterten Niederlassungsmöglichkeiten für Privatpraxen. Arbeitern, die sich privat versichern, wurden Steuervergünstigungen gewährt. In Erwartung eines wachsenden »Markts« haben sich amerikanische multinationale Krankenhausketten England zum Hauptinvestitionsgebiet ausgewählt. Der NHS findet jedoch in der Öffentlichkeit immer noch großen Rückhalt, so daß es unwahrscheinlich ist, daß sein Grundlagen zerstört werden (Howe 1981). Trotzdem hat sich seine Struktur als nicht resistent gegenüber Beschneidungen in Randbereichen erwiesen. In dem Maße, wie die britische Wirtschaft weiter unter Druck gerät, werden sich Kürzungen beim NHS zum Vorteil des Privatsektors auswirken. Das Ausmaß der Expansion des letzteren hängt nicht nur von der Politik der Regierung Thatcher ab, sondern auch von der Höhe der im Privatsektor möglichen Profite. Die Erfolge des »neuen medizinisch-industriellen Komplexes« in den USA werden seine Ausdehnung nach Großbritannien beeinflußen, sowohl als Modell für »Initiativen des Privatsektors« als auch als Quelle von Auslandsinvestitionen.

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Es wurde versucht zu zeigen, welche zentrale Bedeutung der Prozeß der Kapitalakkumulation für die Entwicklung auf dem Gesundheitssektor hat. Entwicklungstendenzen und Trends, die die Profichancen im Gesundheitswesen der USA und Großbritanniens beeinflussen, wurden diskutiert. Im Zusammenhang mit der anhaltenden ökonomischen Krise des westlichen Kapitalismus kündigen sich wichtige Anpassungsvorgänge sowohl im Gesamtcharakter als auch in der Struktur des Gesundheitswesens beider Länder an. In beiden Ländern spiegelt sich die Schwäche des Kapitals im verlangsamten Wachstum der Investitionen und in im Vergleich zu vergan-

genen Jahrzehnten signifikant niedrigerern Ertragsraten wider. Die Instabilität des internationalen Währungssystems, zwischenstaatliche politische Kontroversen und die anhaltenden Herausforderungen sowohl durch andere fortgeschrittene Länder als auch durch Entwicklungsländer werden die Innenpolitik beeinflussen.

Der Vormarsch der Privatunternehmen im Gesundheitswesen konnte, indem er mit seinen Verheißungen von Effektivität, Kostendämpfung und ökologischem Erfolg für die Unternehmer und die Regierung attraktiv wurde, einen Gewinn an Legitimität verbuchen. Diese Kräfte mußten dabei wohl ihre offensichtliche Unfähigkeit, die Krankmachenden Aspekte der kapitalistischen Gesellschaft durch andere als Marktmechanismen zu überwinden, erkennen. Darüberhinaus gab es von jeher starke ökonomische und ideologische Affinitäten zwischen der institutionalisierten Medizin und jener Geschäftswelt deren Expansion im Gesundheitswesen wir jetzt beobachten.

Der eigentliche Zugriff der Privatunternehmen auf das Gesundheitswesen fand im letzten Jahrzehnt in einer Phase des steigenden Ungleichgewichts zwischen einem »sozial ineffektiven« Gesundheitssystem und dem Drängen des Kapitals nach neuen Profitmöglichkeiten statt. Der wachsende Einfluß der Planungsstäbe der Großunternehmen und zahlreicher lokaler Zusammenschlüsse von Unternehmen auf die Ausarbeitung von Gesundheitspolitik konstituiert einen neuen Wirkungsmechanismus für zukünftige Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor.

Im Rahmen dieser Entwicklung können neue Formen von Klassenherrschaft entstehen, mittels derer die Ideologie der Medizin und der spezifische Inhalt von Gesundheitsversorgung im Sinne einer grundsätzlichen Neuorientiertun allmählich umgestaltet wird. Der Verlust der relativen Autonomie der am Gesundheitswesen beteiligten Berufsgruppen bedroht auch den ärztlichen Beruf.

O'Connot (1973) vertritt die Ansicht, daß sich allmählich ein »sozial-industrieller Komplex« zur Organisation »rationellerer« Gesundheits-, Bildungs- und Sozialdienste herausbilden wird. Es wäre im Rahmen einer klassenbewußten Politik der Unternehmer plausibel, diese für die Reproduktion der Arbeitskraft unter kapitalistischen Bedingungen unerläßlichen Dienste umzubauen, um ihren Anteil am Verbrauch des gesellschaftlichen Mehrproduktes zu verringern. Wenig produktive und unterpriviligierte Bevölkerungsgruppen spielen kaum eine Rolle bei der Erzeugung von Profiten in diesen Bereichen oder gar bei der Umverteilung gesellschaftlicher Ressourcen. Da bei diesen Bevölkerungsgruppen Gesundheit in hohem Maß von den durch den gesamten Prozeß der Kapitalakkumulation verursachten sozialen, strukturellen und ökologischen Bedingungen abhängt, wird die Divergenz zwischen der sozialen Verursachung von Krankheit und profitorientierter Gesundheitsversorgung zunehmend die Grenzen medizi-

nischer Interventionen erkennen lassen.

Es entwickelt sich Widerstand gegen die Aufzwingung eines solchen Systems. Der in der Öffentlichkeit zu beobachtende Bewußtseinswandel deutet darauf hin, daß sich viele Menschen nicht damit zufrieden geben werden, daß ihr Gesundheitszustand das Resultat eines vom Wert ihrer Arbeitskraft abhängigen ökonomischen Transaktion ist. Darüberhinaus weist Navarro (1982 b) nach, daß es kein öffentliches Mandat für den Entzug von Leistungen für die alten und Benachteiligten oder für die Verminderung staatlichen Schutzes für Arbeiter, Verbraucher und unsere Umwelt gibt. Da immer mehr Amerikaner und Briten ihre Gesundheit in einem weiteren Sinne begreifen, wird der Bedarf an sinnvolleren und differenzierteren Kontakten mit Gesundheitsarbeitern zunehmen. Auf der ideologischen Ebene wird gegenwärtig mit der Medikalisierung einer ganzen Reihe von politischen, kulturellen und persönlichen Entstehungsbedingungen chrosch-degenerativer Krankheitsbilder der soziale und ökologische Ursprung von Krankheit verschleiert.

Auch wenn sie dieser Tendenz nicht immer entschieden genug entgegentreten, artikuklieren die Beiträge aus der feministischen, der Selbsthilfe- und der holistischen Gesundheitsbewegung sowie aus ökologischen, spirituellen und »New Age«-Kreisen doch die politischen und sozialen Probleme. Aus diesen Kreisen kamen Angriffe auf das »medizinische Modell«, das sich als höchst anfällig für die Einführung verkaufsgerechter Einzelleistungen zur Reparatur akuter Erkrankungen erwiesen habe (Berliner und Salmon 1980)

Wenn sich ein ausreichend großer Teil aus beiden Bevölkerungsgruppen für eine grundsätzliche Neubestimmung der Funktion des Gesundheitswesens entscheidet, wenn die Bevölkerung dezentralisierte, gemeindenahe und demokratisch kontrollierte Gesundheitsdienste fordert, und wenn die Gemeinden versuchen, die Gesundheitsdienste mit anderen sozialen Bereichen zu integrieren, wird es möglich sein, profitorientierte Ansätze zurückdrängen und Fortschritte auf dem Weg zu kollektiver Gesundheit zu machen.

Literatur

Adams,P. (1981) Health of the State. New York: Praeger

Berliner, H.S. and Salmon, J. Warren (1980) The Holistic Alternative to Scientific Medicine: History and Analysis. *International Journal of Health Services 10:133-47*

Brown, E.R. (1981) *Public Medicine in Crisis: Public Hospitals in California.* California Policy Monograph No 11. Institute of Governmental Studies: University of California.

Business Week (1975) How Outsiders Manage Hospitals For profit. 24 November: 50, 55-6

Cannedy, L.L. (1970) An Historical Analysis of the Viability of for-profit Hospitals. *Hospital Progress* 51 (November): 64-71

Cunningham, R.M. (1982) Changing Philosophies in Medical Care and the Rise of the Investor-owned Hospital. *The New England Journal of Medicine* 307 (13) :817-19.

Dallek, G. (1981) The private (Mis-) Management of Public Hospitals: Feeding at the Public Trough. *Health Law Project Library Bulletin* 6:62-76

Doyal, L. (1979) *The Political Economy of Health:* Boston, MA: South End Press
Ehrenreich, J. and Ehrenreich, B. (1970) *The American Health Empire: Power, Profits and Politics.* New York: Random House.
Federation of American Hospitals (1982) *The 1983 Directory: Investor-owned Hospitals and Hospital Management Companies.* Little Rock, Arkansas: Federation of American Hospitals.
Gray, B.H. (ed.) (1983) *The New Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment.* Washington D.C.: National Academy Press.
Howe, G. (1981) Health and the Economy: A British View. *Health Affairs* 1(1):30-8.
Hull, J.B. (1982) Hospital Firms are Expanding Foreign Work. *The Wall Street Journal,* 9 July: 19, 33.
— (1983) How Ailing Hospital in South was Rescued by a For-profit Chain. *The Wall Street Journal,* 28 January: 1
Illich, I. (1976) *Medical Nemesis.* New York: Pantheon.
Johnson, D.E.L. (1983) Multi-units are Ready to Boost Their Market Share. *Modern Healthcare* 13(5):89-122.
Johnson D.L. and Punch, L. (1982) Multi Hospital Systems Survey. *Modern Healthcare* 12(5):74-122.
Kelman, S. (1971) Review of *The Rising Cost of Hospital Care* by M.S. Feldstein. *International Journal of Health Services* 3(2):311-14.
Lancester, H. (1980) More Public Hospitals are Sold to Firms Despite Objections from Poor and Aged. *The Wall Street Journal,* 11 November: 48
McKinley, J.B. (1977) Toward the Proletarianization of Physicians. Unpublished manuscript.
— (1978) On The Medical-Industrial Complex. *Monthly Review* October:38-42.
— (1981) From 'Promising Report' to 'Standard Procedure': Seven Stages in the Career of Medical Innovation. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 59(3):374-411.
Navarro,V. (1982a) The Crisis of the International Capitalist Order and its Implictions for the Welfare State. *International Journal of Health Services* 12 (2): 169-90.
— (1982b) Where is the Popular Mandate? *The New England Journal of Medicine* 307 (24): 1516—517,
Newman, B. (1983) Frugal Medical Service Keeps Britons Healthy and Patiently Waiting. *Wall Street Journal,* 9 February: 1.
O'Connor, J. (1973) *The Fiscal Crisis of the State.* New York: St Martin's Press.
Punch, L. (1982) For Profit Nursing Homes Systems Consolidate; Beds Grow by 18 per cent. *Modern Healthcare* 12 (6): 74
Radical Statistics Health Group (1980) In Defense of the National Health Service. *International Journal of Health Services* 10 (4): 611-45.
Relman, A.S. (1980) The New Medical-industrial Complex. *The New England Journal of Medicine* 303 (17): 963-70.
Renaud, M. (1975) On the Structural Constraints to State Intervention in Health. *International Journal of Health Services* 5 (4): 559-71.
Rhein, R.W. (1982) The New Cost-control 'Coalition': Will Big Business Run the Show? *Medical World News* 23 (3): 54-64.
Salmon, J. Warren (1982) The Competitive Health Strategy: Fighting for your Health. *Health and Medicine* 1 (2): 21-30.
Weiss, K. (1982) Corporate Medicine: What's the Bottom Line für Physicians and Patients? *The New Physician* 9: 19-25.

Norbert Schmacke

AIDS: Reale Gefahren und Hysterie*

Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichen Handeln

Die reale Bedrohung: Gewißheiten und Spekulationen

Es hat sich mittlerweile herumgesprochen, daß AIDS keine exotische Krankheit ist, die aus beruhigender Ferne als randläufige Erweiterung des Diagnosespektrums medizinischer Experten eingeordnet werden könnte. Die Zahl der am Vollbild von AIDS Erkrankten verdoppelt sich bislang in Zeiträumen von sechs bis zehn Monaten. Dieses exponentielle Wachstum wird in den unmittelbar vor uns liegenden Jahren vermutlich fortbestehen; dies ist wahrlich Grund zur Sorge, auch wenn man davon ausgeht, daß die angestellten Hochrechnungen bis über das Jahr 2000 hinaus nichts als unsinnige Spekulation sind. Es bleiben einstweilen aber nicht zu beantwortende Fragen: Wieviele der mit dem HTLV-III-Virus infizierten Personen werden erkranken? Wann ist ein Ende der Ausbreitung in den am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen in Sicht? Wie groß wird die Verbreitung von AIDS in den Teilen der Bevölkerung werden, in denen HTLV-III-Infektionen bislang kaum beobachtet worden sind? Es herrscht zwar Einigkeit darüber vor, daß die Infektion mit dem HTLV-III-Virus nicht zwangsläufig zur Entwicklung von AIDS führen muß; unter welchen Bedingungen sich aber beim einzelnen AIDS entwickelt, ist bislang nicht wissenschaftlich zu erkennen. Wenn man über AIDS spricht, so geht es also einstweilen auch um das Standhalten, um das Aushalten einer neuen, bislang noch keineswegs vollständig aufgeklärten Erkrankung. Diese Bereitschaft aber ist kaum vorhanden. Andere häufige Todesursachen werden in unserer Gesellschaft nahezu fatalistisch akzeptiert. Die Opfer von Krebs, Alkoholismus, Herz-Kreislauferkrankungen, die Opfer des Straßenverkehrs und von Gewalttätigkeiten erwecken allenfalls temporär das im Grunde erforderliche breite gesellschaftliche Engagement. Die Hungertoten der unterdrückten Länder Asiens, Afrikas und Lateinamerikas provozieren einstweilen nicht wesentlich mehr als gut organisierte Benefiz-Veranstaltungen, deren positiver Effekt nicht darüber hinwegtäuschen kann, daß damit die Ursachen dieses verbrecherischen Systems des Welthungers unangetastet bleiben. Keine Mißverständnisse: es geht nicht um ein billiges Aufrechnen von Toten sondern um die Tatsache, daß unsere Gesellschaft AIDS mit anderen Maßstäben mißt, weil — davon soll die Rede sein — ganz offenkundig die Betroffenheit eine andere ist.

* Der Aufsatz ist die geringfügig erweiterte Fassung des gleichnamigen Artikels in der Deutschen Volkszeitung/Die Tat Nr. 37 vom 13.9.1985

Schuldtheorien

Als ab 1980 aus den USA die ersten kaum beachteten Berichte über AIDS publiziert wurden, fand mehr als die Krankheit selber die Information Aufmerksamkeit, daß von AIDS weit überhäufig männliche Homosexuelle und Fixer betroffen waren. Es konnte nur eine Frage der Zeit sein, bis die griffige und diskriminierende Formel von der Schwulenseuche geprägt war. Die Schuldigen waren gefunden: hatte es das gesunde Volksempfinden denn den Schwulen nicht schon immer gesagt, wohin ihre Perversität führen müsse? Es schmerzt zu sehen, daß dieses archaische Schuld-und-Sühne-Denken von nicht wenigen der AIDS-Kranken und Antikörper-Positiven tief verinnerlicht worden ist. Auch wenn von Beginn an klar war, daß die Theorie einer neuen Schwulenkrankheit unhaltbar sein mußte, wurde erst mit dem Steigen der Erkrankungszahlen allmählich auch im breiten Bewußtsein deutlich, daß die bequeme Zuordnung von AIDS zum Homosexuellen-Milieu kurzschlüssig war. Mit der neuen Botschaft »Jeder ist gefährdet« gerät nun in der zweiten Phase der Schuldzuweisungen unweigerlich die »aufgeweichte« Sexualmoral ins Schußfeld. Werden wir eine sexuelle Konterrevolution erleben? Diese Frage wird nur derjenige sinnvoll untersuchen können, der problematisiert, was sich hinter dem Begriff der sexuellen Revolution seit den sechziger Jahren verbirgt, und damit zugleich hinter den glitter und glamour von Pornographie, »freier« Sexualiät und vermeintlicher Aufgeklärtheit blickt. Es ist keine Kunst vorherzusagen, daß die auf uns zukommende moralische Entrüstung über die tatsächliche und vermeintliche Libertinage einmal mehr an den Grundfragen der Möglichkeiten und Grenzen einer Entfaltung der libidinösen Bedürfnisse vorbeizielen wird.

Das Zusammentreffen der tiefverwurzelten Angst vor Infektionen und Seuchen mit der Infragestellung der erträumten wie der erlebten Sexualität — weit über die schale Wirklichkeit des Sex-Marktes hinaus — birgt eine soziale Sprengkraft in sich, die möglicherweise bisherige geschichtliche Erfahrungen einschließlich derjenigen der Syphilis-Ära in den Schatten stellen kann. Die immer noch argwöhnisch betrachtete und kaum entwickelte Sexualwissenschaft in der Bundesrepublik wird ihre liebe Mühe haben, in der AIDS-Debatte Gehör zu finden, wenn sie nicht eilfertig bereit ist, sich auf die Ebene der Bekanntmachung vermeintlich sicherer oder gefährlicher Sexualtechniken zu beschränken. Die kritische Auseinandersetzung mit dem Triebleben, die nicht heute schon Patentrezepte preisbieten kann, ist weniger denn je gefragt.

Verlogene Sexualmoral

Wer Sexualität nicht als Widerspiegelung der gesellschaftlichen Verhältnisse begreift, dem bleibt bei der oberflächlichen Betrachtung von AIDS nur

das Schaudern vor Promiskuität, Prostitution und Fixen. Es bleibt dann kein Raum danach zu fragen, welchen Schranken das Bedürfnis nach Zärtlichkeit, Geborgenheit, Sexualität und Liebe sich in unserer Gesellschaft entgegengestellt sieht. Zurück aber bleibt der Haß oder der Neid auf diejenigen, die mutmaßlich ihre Bedürfnisse hemmungsloser und freier ausleben können — Reaktionen, die nicht zuletzt auf eigenen Projektionen basieren und eine Abkoppelung sündiger und gefährlicher Bereiche versuchen, die nur scheinbar nichts mit der Triebstruktur der »Normalen« zu tun haben. Weil die einfache Abgrenzung mit dem Denken in den Kategorien von Risikogruppen nicht mehr ohne weiteres gelingt, bricht nun die Sexualmoral der Gesellschaft insgesamt auf. Die neue Botschaft, die da lautet: »Jeder ist bedroht«, verbreitet Panik; wer ist sich sicher, daß er nicht am Ende einer »Infektionskette« selber Opfer der »gewöhnlichen« Sexualiät wird? Wer davon überzeugt ist, daß es kein zu verordnendes Rezept gibt, zu einer allgemein akzeptierten »ungefährlichen« Sexualität zu kommen, der wird sich auch der Frage stellen müssen, wie Treue in einer Gesellschaft zur Primärtugend werden kann, in welcher der Kampf aller gegen alle, Mißtrauen, Käuflichkeit und ökonomischer Erfolg um jeden Preis die Zielrichtung gesellschaftlichen Handelns bestimmen und in der von der dekretierten Norm abweichendes Sexualverhalten geächtet und wie bei der Homosexualtät mit einer Diagnosenummer im Krankheitenschlüssel belegt wird. Eine aufgeklärte Gesellschaft aber würde angesichts von AIDS über ihre eigenen Strukturen nachdenken, die doppelte Moral in der Sexualitätsdebatte aufdecken und nach den Voraussetzungen für die Befriedigung der vitalen Bedürfnisse des Menschen fragen.

Homosexualität und AIDS

Während die Medien ihre Aufmerksamkeit für AIDS drastisch gesteigert haben, weit über die sogenannten Risikogruppen hinaus, und neben dem AIDS-Risiko durch Blutübertragungen und Injektionen von Gerinnungsfaktorkonzentraten die Gefahr der HTLV-III-Infektion durch »normale« Intimkontakte zum Thema wurde, gerät möglicherweise Schritt für Schritt in Vergessenheit, daß bislang homosexuelle Männer die meisten Opfer von AIDS auf der nördlichen Halbkugel stellen. Mag diese neue Aufmerksamkeit auch ihre positiven Seiten haben, da sie vielleicht schneller die erforderlichen gesellschaftlichen Ressourcen für Forschung und Betreuung ertrotzen kann, so darf doch nicht übersehen werden, daß AIDS für die homosexuellen Männer über die gesundheitliche Bedrohung hinaus zu einer allgemeinen Gefährdung ihrer Existenz werden kann, wenn die Gesellschaft die bereits entstandene Identitätskrise vieler homosexueller Männer durch Unverstand und Repression eskaliert. Kein Wort des Mitleids, kein Aufruf zur Solidarität findet sich in der landläufigen Abhandlung des Themas. Wo bleibt die Scham angesichts des Doppellebens, das viele Homose-

xuelle nach wie vor zu führen gezwungen sind? Was hat diese Gesellschaft nach 1945 geleistet, um aus der Geschichte der Homosexuellen-Verfolgung Schlüsse zu ziehen? Der rosa Winkel ist tief eingebrannt, die Decke der Toleranz gegenüber Homosexuellen ist dünner denn je. Die Kranken, die Antikörper-Positiven, die Ängstlichen, alle sie werden in ihren vitalen Fragen an die Selbsthilfebewegung verwiesen, die ihrerseits in all ihren Schattierungen darum kämpfen mußte und muß, gehört, ernstgenommen und unterstützt zu werden.

Mit niemandem reden können die vielen, die weder den Mut haben, professionelle Helfer aufzusuchen noch den Schritt in ein Selbsthilfezentrum wagen. Wenn man hinter die Lippenbekenntnisse blickt, denenzufolge die Diskriminierung von Homosexuellen als historisch erledigt zu betrachten ist, so findet sich im Kern zumeist nichts anderes als das Moralisieren über homosexuelle Lebensweisen und damit implizit immer wieder den Schuldvorwurf, jetzt getarnt als Ruf zur Abkehr von »gefährlicher« Sexualität. Nirgends thematisiert wird die Notwendigkeit, gesellschaftliche Verhältnisse einzufordern, in denen Homosexualität nicht mit Entsetzen belegt wird und das coming-out nicht mehr ein quälender Prozeß des Ringens um die Anerkennung der eigenen, fremden Bedürfnisstruktur werden muß.

Das Thema Prostitution

Unausweichlich führt die Debatte über AIDS in den Bereich der Prostitution, stehen die Prostituierten doch seit Menschengedenken in dem Ruf, hauptverantwortlich für die Verbreitung sexuell übertragbarer Erkrankungen zu sein. Dieser Betrachtungsweise ist zunächst einmal entgegenzustellen, daß es vor allem die Prostituierten selber sind, die durch häufige Intimkontakte gesundheitlich gefährdet sind. Zu fragen ist also, wie Prostituierte sich vor wiederholten HTLV-III-Infektionen schützen können. Diese nur scheinbar einfach zu beantwortende Frage verweist auf die keineswegs einheitliche Welt der Prostitution und das gesellschaftliche Bedürfnis nach käuflicher Zuwendung. Berufsverbot für antikörperpositive Prostituierte mit Strafandrohungen lautet die nicht nur fragwürdige sondern letztlich hilflose Reaktion eines gesellschaftlichen Ordnungssystems, dessen Vertreter die Dimension von Prostitution in unserer Gesellschaft nicht kennen oder verschweigen. Nichts ist einfacher, als die Prostituierten zum Sündenbock in einem Verständnis von Sexualität zu stempeln, welches Glück und Befriedigung mit der Beherrschung und Käuflichkeit von Frauen verwechselt. Wer fragt nach der Veranwortlichkeit der Freier, die als Geschäftsleute und Touristen auf ihren Reisen von Zaire über Bangkok bis Hamburg das Kaufen von Frauen längst zum Bestandteil ihres Berufs- und Lebensverständnisses gemacht haben? Wie bestimmt sich die Risikozuweisung im Verhältnis des Freiers zu einer drogenabhängigen Frau, die das Geld für den nächsten Druck benötigt? Wir kennen die Nazi-Variante der »saube-

ren« Prostitution, die gleichwohl der Fiktion erlegen war, Prostitution insgesamt steuern zu können. In den Wehrmachtbordellen wurde die hygienisch unbedenkliche und ärzliche zwangsüberwachte Kondomprostitution vorexerziert, in der den Frauen Namen zugeteilt wurden und die Soldaten zur Meldung der Prostitutierten verpflichtet waren, wenn bei ihnen eine Geschlechtskrankheit auftrat. Wer mit dem staatlichen Zwang liebäugelt, um den »Risikofaktor« Prostitution zu bekämpfen — nicht ohne Grund ist bis heute von der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten die Rede —, der wird den Polizeistaat herbeireden und die Möglichkeiten zunichte machen, die gesundheitliche Betreuung und die Beratung der Prostituierten zu verbessern. Die Angst vor AIDS wird unweigerlich dazu führen, daß Politiker und verantwortliche Behörden der Bevölkerung das trugschlüssige Konzept präsentieren werden, die Prostitution mittels regelmäßiger HTLV-III-Tests staatlich kontrollieren zu können. Reihenuntersuchungen von Prostituierten auf HTLV-III-Antikörper sind bereits in großem Stil begonnen worden, oftmals ohne Wissen der Frauen aus dem Blut, das regelmäßig zur Syphilis-Diagnostik abgenommen wird. Die hektische Betriebsamkeit derartiger »epidemiologischer Forschung« ohne durchdachten Arbeitsansatz und fernab aller Skrupel bezüglich Datenschutz und anderer juristischer wie ethischer Voraussetzungen wirft ein Licht auf die gefährliche Allianz von Hilflosigkeit und entschlossenem Handeln, welche staatliches Handeln in den sozialen Brennpunkten des AIDS-Problems kennzeichnet.

Das Dilemma der Drogenpolitik

Gefährdet, sozial geächtet, kaum in der Lage zu Selbsthilfeansätzen sind die Fixer, die zahlenmäßig bislang als zweitgrößte AIDS-Risikogruppe gelten müssen. Drogenabhängige Frauen, die auf den Strich gehen, sind nicht nur gegenüber den Freiern hilflos, sie geraten möglicherweise sogar in Gefahr, von den anderen Prostituierten mit in das Schußfeld der öffentlichen Debatte gebracht zu werden. Nirgendwo sonst wird die Hilflosigkeit der Gesellschaft größer, wenn es um AIDS geht, als bei dem Nachdenken über die Perspektive der Fixer. Machen wir uns nichts vor: wer nicht angeben kann, wie die intravenösen Drogenabhängigen aus dem Teufelskreis von Beschaffungsdruck, Kriminalität, Prostitution, Knast und Szene herauskommen können, der muß hilflos zusehen, wie sich die HTLV-III-Infektionen unter den Fixern epedemisch ausbreiten. Patentrezepte wird es wiederum nicht geben. Aber wohin geht eine Drogenpolitik, die zugeben muß, daß der auf dem Papier bestehende Grundsatz »Therapie statt Strafe« an der gesellschaftlichen Realität gescheitert ist? Bleibt wirklich nur die stoische und objektiv zynische Feststellung, daß im. Drogenmilieu ein Trend weg von der Nadel hin zu Cocain und einer Vielzahl persönlichkeitszerstörender Psychopharmaka und natürlich Alkohol zu beobachten ist?

Therapiewillige Fixer werden von den Kostenträgern gezwungen, sich vor Antritt der Behandlung testen zu lassen. Einzelne Landesversichungsanstalten weigern sich bereits, die Therapie antikörperpositiver Fixer zu bezahlen: die Investition könnte sich ja nicht mehr lohnen. Der Zynismus dieser Einstellung ist unerträglich angesichts der Tatsache, daß eine drogenfreie Lebensweise mit der Vermeidung wiederholter HTLV-III-Infektionen für bereits infizierte Fixer die einzige Chance darstellt, aktiv etwas gegen die Gefahr der Entwicklung von AIDS zu tun. Und während die Beschaffungsprostitution von staatlichen Stellen als wachsendes Problem für die Weiterverbreitung von HTLV-III-Infektionen beschworen wird, droht die Gefahr, die Therapieplätze antikörperpositiven Fixern zu verschließen. Gelingt es nicht, diese Tendenz wieder umzukehren, wird der Ruf nach Einweisung infizierter Menschen in Lager nicht mehr lange auf sich warten lassen — die Fixer könnten die ersten sein.

Aufklärung ist angesagt

Wer würde nicht zustimmen, daß breiter und präziser als bisher über die Infektionswege des HTLV-III-Virus aufgeklärt werden muß? Aufklärung tut in der Tat not, um auch jenen hysterischen Tendenzen entgegenzutreten, die mittlerweile schon das Biertrinken im Lokal und den Besuch des Freibades zum unkalkulierbaren AIDS-Risiko erklären. Und ohne Zweifel ist das Wissen über AIDS sowohl im Bereich der Medizin wie in der Gesamtbevölkerung nach wie vor unzureichend. Die Rede soll hier aber von den Prinzipien der Aufklärung sein, die bislang erkennbar sind. Soweit Aufklärung mit dem Anspruch präventiver Wirksamkeit auftritt, bedient sie sich fast durchweg eines Mittels, das in der Theorie der gesundheitlichen Aufklärung als unwirksam erkannt worden ist: Angst soll die Sexualität auf jenes Maß an Treue und Normalität sowie Einübung an »sicheren« Sexualtechniken zurückbringen, das die Weiterverbreitung des Virus einzudämmen verspricht. Der Rückgang der rektalen Gonorrhoe in Untersuchungskollektiven homosexueller Männer in San Franxisco dient gegenwärtig als Beweis der Wirksamkeit des Propagierens von safer sex. Selbst wenn diese von *Haeberle* landauf landab vorgetragenen Zahlen einer kritischen Betrachtung standhalten sollten, so läßt sich doch vorhersagen, daß eine angstgesteuerte Änderung, die nicht nach der Möglichkeit der Befriedigung des Sexualtriebes fragt und — wie Haeberle dies tut — u.a. den kommerziellen Aufbau eines Telefon-Sex-Netzes als Lösungsweg empfiehlt, ist nicht nur im wörtlichen Sinne inhuman sondern muß zwangsläufig scheitern. Konzepte einer längerfristig erfolgreichen Aufklärung wären demgegenüber erst im Rahmen einer kritischen Begleitforschung zu erarbeiten. Jene kurzatmigen und verqueren Ansätze, die sich in vermeintlicher Tatsachenübermittlung erschöpfen oder durch angstbesetzte Appelle an »Umkehr« zu »vernünftigem« Verhalten ihr Ziel erreichen wollen, dro-

hen morgen gegen jene gerichtet zu werden, die »uneinsichtig« geblieben sind und die dann erneut zu Opfern von staatlichen Verfolgungsmaßnahmen werden können. Der Schritt von den gutgemeinten Ratschlägen, wie das eigene Triebleben zu bändigen sei, bis zu jener resignativen Haltung »Ihr habt die Chance nicht genutzt, die wir Euch geben wollten«, ist nicht weit. Einstweilen aber bleibt Aufklärung über AIDS im wesentlichen auf dem Niveau mehr oder weniger bunt bedruckter Merkblätter stehen, die nicht wissen, wie sie Hysterieabwehr und Vermittlung von »Faktenwissen« miteinander vereinbaren sollen und dabei im Umgang mit dem Thema »safer sex« den schalen Eindruck einer technischen Gebrauchsanleitung für das neue Leben nach AIDS hinterlassen.

Das Lob des Staates für die Selbsthilfebewegung

Nicht allein Unwissen und Ratlosigkeit staatlicher Instanzen und der erklärten Experten produzierte das Setzen des Staates auf die Selbsthilfegruppen homosexueller Männer wie der Selbsthilfebewegung insgesamt, wo es um Information und Beratung zum AIDS-Problem geht; mittlerweile werden einzelne dieser Gruppen — wenn auch nur in bescheidenem Umfang — mit Steuergeldern unterstützt. Man kann es einzelnen Vertretern in den zuständigen Ministerien sogar abnehmen, daß sie die Selbsthilfegruppen deshalb schätzen, weil diese ungleich besser als öffentliche Einrichtungen den Zugang zu den sogenannten Risikogruppen finden. Die andere Seite dieser Medaille aber ist, daß die Selbsthilfebewegung das erforderliche Engagement des professionellen Helfersystems in schier unglaublicher Weise übernommen hat und damit gut in das neokonservative Subsidiaritätsprinzip hineinpaßt. Kein Zweifel: Die massive Unterstützung der Selbsthilfebewegung durch staatliche Gelder wäre ein richtiger und erfolgversprechneder Schritt in der Auseinandersetzung mit AIDS, so daß auch dort professionellere Formen von Informationsarbeit und Beratung wie Hilfe möglich würden. Dies kann aber nicht den Staat von der Verpflichtung entbinden, in seinen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Beratungs- und Hilfsangebote für AIDS-Kranke, Antikörper-Positive wie alle, die Informationen wünschen, aufzubauen. Es ist heute bereits klar, daß die Betreuung antikörperpositiver Menschen und AIDS-Kranker Qualifikationen und Kräfte erfordert, die nicht allein aus dem Hilferuf nach Solidarität erwachsen werden, sondern massive materielle Unterstützung, Finanzierung von Planstellen bis hin zur Supervision von Betreuungsteams voraussetzen.

Das ganze Volk testen?

Kein Labortest der gegenwärtigen Medizin verspricht so hohe Gewinne für den Hersteller einzufahren wie der HTLV-III-Elisa, ein immunulogischer Test zum Nachweis von Antikörpern gegen das Virus. In all der Hilflosig-

keit angesichts von AIDS scheint dieser Test endlich eine objektive Größe zu sein, an der man/frau sich aufrichten kann. Es werden mit Sicherheit eine Vielzahl bitterer Erfahrungen mit diesem Test gemacht weren: nach der erfolgten HTLV-III-Infektion dauert es vermutlich bis zu drei Monaten, bis sich der Antikörper nachweisen läßt, die Mehrzahl der »Positiven« wird wahrscheinlich gar nicht krank, genaue Aussagen über den Wert des Tests beim einzelnen gibt es nicht. Die Dauer von der Infektion bis zum Auftreten von Krankheitszeichen kann viele Jahre dauern, vielleicht fünf oder auch mehr Jahre. Der Test beweist also nicht, daß jemand AIDS hat, das positive Ergebnis hängt über dem Menschen wie ein Damoklesschwert: er kann erkranken und er kann andere infizieren. Es kann sein, daß Mehrfachinfektionen mit HTLV III das Syndrom der Immunschwäche hervorrufen, daß zusätzliche Krankheiten wie Hepatitis und Syphilis oder Herpes als Kofaktoren wirken. Viele Fragen, viele Unsicherheiten. Ungeachtet dieser in der Forschung noch zu lösenden Probleme ist der Test aber längst zum sozialen Kontrollinstrument geworden. Länder wie Syrien und Saudi-Arabien verlangen den »AIDS-Test« von Ausländern zur Bewilligung des Visums. Betriebsärzte spielen mit dem Gedanken, ganze Belegschaften durchzutesten. Sanitätsoffiziere der Bundeswehr sollen an der Einführung des Tests arbeiten. Die US-Armee hat beschlossen, alle Soldaten durchzutesten und die Positiven »in Ehren« zu entlassen. Es ist nicht bloße Utopie zu vermuten, daß bestimmte Krankenkassen den Test in ähnlicher Weise einsetzen könnten: die Risikokalkulationen gerade der privaten Versicherungen könnten ja durch AIDS-Kranke ins Wanken geraten. Die gespenstische Vision einer Zweiteilung der gesamten Gesellschaft in Positive und Negative tut sich auf, warum sollte nicht der Gedanke gedacht werden, sämtliche gesellschaftlichen Einrichtungen zu spalten und damit angeblich die Negativen vor den Positiven zu schützen? Nicht nur die AIDS-Kranken, die heute bereits um ihre Integration bangen müssen, auch die Positiven sind in der Gefahr, die Aussätzigen des ausgehenden zwanzigsten Jahrhunderts zu werden. Wenn der Verunsicherung nicht Einhalt zu bieten ist, wird morgen der Ruf nach einem permanenten Durchtesten der gesamten Bevölkerung laut werden. Und liegt der Gedanke fern, daß Menschen in nicht beherrschbarer Angst Intimkontakte erst dann wagen, wenn der Partner nach einer Dreimonats-Karenz durch einen aktuellen Test »beweist«, daß er sich nicht auf einer Auslandsreise oder dem Dorffest angesteckt hat? Institutionen, die diese Dimensionen nicht begriffen haben, sollten den Test seriöserweise nicht anbieten, sie wären zu einer Beratung nicht imstande. Auch wenn aus der notwendigen kritischen Distanz klar ist, daß der Test kein taugliches Mittel zur eigenen Lebensgestaltung sein kann, so muß doch befürchtet werden, daß sich eine neue Droge breit macht: die Sucht nach dem negativen Test-Ergebnis. Die seelische Belastung für die Positiven ist gewaltig. Wiederum hat die Selbsthilfebewegung

als erste reagiert, Positiven-Gruppen haben sich gebildet, um dem Druck besser standhalten zu können. Gleichwohl wissen die viel zu wenigen AIDS-Berater, daß bei den Positiven Panikreaktionen bis hin zu Suiziden auftreten können. Wird die Gesellschaft ihnen helfen oder sie ausgrenzen? Werden die anonymisierten Testangebote wirklich überall seriös gehandhabt? Wann ist der Punkt erreicht, wo es gefährlich wird, den Test überhaupt durchführen zu lassen, weil das möglicherweise positive Ergebnis zu einer lebenslangen Brandmarkung und zu sozialem Abstieg wie psychischer Deprivation führt?

Gesetzliche Maßnahmen

Unter allen ernstzunehmenden Wissenschaftlern — und auch Politikern — herrscht Einigkeit darüber, daß die klassischen Maßnahmen der Seuchenhygiene, so vor allem der Bestimmungen des Bundesseuchengesetzes und des Geschlechtskrankengesetzes, für die Prophylaxe von AIDS nicht nur erfolglos bleiben müssen sondern im medizinischen und sozialen Sinn kontra-produktiv wären. Dennoch hatte das Bundesministerium für Gesundheit bereits einen Entwurf in der Schublade: Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte. Es muß als ermutigend betrachtet werden, daß Geißlers Ministerium diesen Entwurf blitzartig in der Versenkung verschwinden lassen mußte, nachdem alle zuständigen Fachgesellschaften und relevanten gesellschaftlichen Gruppierungen massiv protestiert hatten. Immer wieder aber taucht die Frage der namentlichen Meldepflicht auf, das Bonner Ministerium reagiert bislang mit dem Hinweis: wir sind im Grunde dagegen, behalten uns aber eine Änderung dieser Haltung vor, wenn die Erkrankungszahlen drastisch steigen. Im Klartext heißt dies, daß die verantwortlichen Politiker in Bonn bereit sein werden, dem öffentlichen Druck nachzugeben, wenn »Handeln« gefordert wird. Es wird eine permanente Aufgabe der kritischen Öffentlichkeit werden, derartigen Entwicklungen jetzt bereits vorzubeugen. Jede namentliche Registrierung (nur von AIDS-Kranken oder im nächsten Schritt aller Positiven?) ist eindeutig abzulehnen; sie ist medizinisch sinnlos, sie öffnet Tür und Tor für eine unerträgliche Schnüffelpraxis und sie zerstört jeden Ansatz einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfebewegung und professionellem Gesundheits- und Sozialwesen. Kranke, Positive und Gefährdete würden de facto in einen Zustand der Semilegalität abgedrängt, der medizinische Polizeistaat neuen Typs stünde auf der Tagesordnung.

Juristen haben längst begonnen, darüber nachzudenken, welchen Straftatbestand sie im Intimkontakt eines antikörperpositiven mit einem -negativen Menschen zu sehen haben. Wer so denkt, plant bereits die ersten Prozesse mit dem Schuldvorwurf der Körperverletzung mit Todesfolge. Das Ende von Aufklärung und Betreuung wäre damit in Reichweite.

Was bleibt?

Wer sich durch die umfängliche Literatur zu AIDS durchgearbeitet hat, muß zu dem ehrlichen Resultat kommen, daß es Patentrezepte für die Prävention von AIDS bislang nicht geben kann. Aufklärung, Information und Beratung über risikoärmere Lebensweisen sind notwendig, Grenzen dieser Ansätze aber unübersehbar. Es geht mithin auch um das Eingeständnis der eigenen Hilflosigkeit und um Standhalten, Aushalten, ohne kopflos zu werden. Letztlich werden nur weitere Fortschritte in der Forschung die Bedrohung durch AIDS aus der Welt schaffen können. AIDS ist ohne Frage die größte aktuelle Herausforderung an die medizinische Wissenschaft, die mit entsprechend ernsthaften Bemühungen an diesem Problem arbeiten muß. Dafür ist aber Voraussetzung, daß auch in der Bundesrepublik ein allgemeines Forschungskonzept erarbeitet wird und die gegenwärig völlig überlasteten wissenschaftlichen Einrichtungen massiv finanziell unterstützt werden. Derartige Forschungsansätze müssen für die Öffentlichkeit transparent gemacht werden, da die Gefahren sozialer Diskriminierung, wissenschaftlicher Profilierungssucht um jeden Preis einschließlich fragwürdiger »Therapie«-Versuche sowie die Mißachtung ethischer Voraussetzungen allgemein unübersehbar sind. Die Millionen, die das Bonner Ministerium bislang für die Forschung zusätzlich bewilligt hat, reichen keinesfalls aus.

Ein Sturm des Protestes muß losschlagen, wenn man diese Summe mit den Millionen und Milliarden vergleicht, die in arbeitsplatzvernichtende Technologien und Rüstungsforschung gesteckt werden. Die Zeitspanne bis zur Entwicklung eines Impfstoffs oder einsetzbarer virushemmender Medikamente hängt ohne Frage davon ab, wieviel hier und heute in die entsprechende Forschung investiert wird. Daß psychosoziale Forschungsansätze bisher überhaupt nicht zu verzeichnen sind, muß es erwähnt werden? Daß es keine Integration epidemiologischer und sexualwissenschaftlicher Arbeitsansätze gibt, wen wundert es? Begleitforschung zur Arbeit der Gesundheitsaufklärung wäre dringend erforderlich, will man nicht in der Merkblatt-Phase und im Moralisieren stecken bleiben; diese kaum erhobene Forderung stößt bislang auf taube Ohren. Erhebliche Geldmittel müssen für eine humane Betreuung der Kranken und Krankheitsverdächtigen bereitgestellt werden. Das Krankenhauspersonal in Schwerpunktkrankenhäusern ist schon heute mit der Versorgung der AIDS-Kranken bis an die Grenze des Belastbaren strapaziert. Es wird nicht ohne Bewilligung neuer Planstellen gehen, will man nicht eine massive Zuspitzung der Konflikte in den Krankenhäusern, morgen auch in den Pflegeheimen und in der ambulanten Krankenpflege hinnehmen. Der Umgang mit der Angst darf nicht spontanen »Lösungen« überlassen bleiben. Und nicht zuletzt haben die Kranken selber Anspruch nicht nur auf eine hochqualifizierte medizinische Betreuung, sondern auch auf eine stützende psychosoziale Hilfe. Die er-

forderlichen ambulanten Untersuchungen wird nur ein spezialisiertes System von Fachärzten leisten können; ein Weg dorthin könnte die Schaffung von Institutsambulanzen an großen Krankenhäusern sein. Beratungsstellen im Selbsthilfebereich wie im öffentlichen Gesundheitswesen mit qualifizierten Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen müssen jetzt eingerichtet werden, nicht morgen, wenn die Zahl der Erkrankten auch den letzten Politiker und Krankenkassenvertreter zu unbestimmtem Handeln zwingen wird. Vergessen wir aber nicht: AIDS trifft diese Gesellschaft zu einem historischen Zeitpunkt, da die gigantischste Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums zu Lasten des Gesundheits- und Sozialbereichs in Angriff genommen worden ist. Planstellenabbau heißt die Devise des Neokonservatismus, Forderungen für eine humane AIDS-Behandlung und -Beratung schwimmen gegen den Strom. Umso wichtiger ist jetzt das Sammeln all derjenigen gesellschaftlichen Kräfte, die verstanden haben, was auf dem Spiel steht: das Bewahren der kritischen Vernunft. Der Spielraum für derartiges kritisches Denken und Handeln ist klein. Aber wie anders sollte kritische Vernunft sich bewähren als gegen jene schrecklichen Vereinfacher, die in der Geschichte der Menschheit allemal über die Bedürfnisse von Kranken, Ausgegrenzten und sozial Schwachen hinweggegangen sind? Engagement ist gefordert, Suche nach Bündnispartnern. AIDS geht uns alle an. Überlassen wir das Feld nicht denjenigen, die angesichts der Gefahren durch AIDS die Kranken und Gefährdeten isolieren und diese Gesellschaft in einen Überwachungsstaat zurückverwandeln wollen. Die bisherigen Forschungsergebnisse lassen Fatalismus als unbegründet erscheinen, der Fortschritt aber wird gegen jene gesellschaftlichen Kräfte zu erkämpfen sein, die die Zerstörung der Erde und die Verschärfung der sozialen Frage in unserer Gesellschaft mit den aufwendigsten Mitteln und wissenschaftlichen know hows vorantreiben.

Redaktion

AIDS — Probleme und offene Fragen

Die Krankheit

Epidemiologie

Seit Frühjahr 1981 wurden — zunächst in den USA — erste Fälle einer bis dahin unbekannten Erkrankung AIDS — Acquired Immune Deficiency Syndrome — diagnostiziert. Ungefähr ein Jahr später war AIDS auch in den europäischen Großstädten angekommen. Über 70% der Erkrankten

waren und sind homo- oder bisexuelle Männer mit häufigem Partnerwechsel. Bei Homosexuellen mit fester Partnerschaft ist das Erkrankungsrisiko gegenüber der Durchschnittsbevölkerung nicht erhöht[1]. Weitere »Risikogruppen« stellen Drogenabhängige dar, die Drogen i.v. applizieren, sowie Hämophilie-Patienten, die aus therapeutischen Gründen immer wieder Blut bzw. Blutprodukte erhalten[2]. In der letzten Gruppe sind kaum neue Erkrankungsfälle zu erwarten, seitdem der Erreger bekannt ist und die Blutkonserve bzw. die Blutspender regelmäßig überprüft werden. Insgesamt jedoch hat sich, zumindest bis Juni 1985, die Anzahl der manifest an AIDS Erkrankten alle 6 bis 8 Monate verdoppelt. Im Oktober 1985 veröffentliche CDC (Centers of Disease Control) neue Zahlen. Auf der Basis des bisherigen Verlaufs rechnet man in den USA nun nur noch alle 14 Monate mit einer Verdoppelung der AIDS-Patienten. Die Verteilung auf die einzelnen »Risikogruppen« ist allerdings gleich geblieben[3].

Atiologie

Unabhängig voneinander kamen zwei Forschergruppen innerhalb eines Jahres dem Erreger auf die Spur. Im Mai 1983 veröffentlichten Mitarbeiter des Institute Pasteur (Paris) ihre Forschungsergebnisse über LAV (*L*ymph*a*denopathie-*V*irus) als Auslöser von AIDS. Im Mai 1984 publizierte die Arbeitsgruppe des National Cancer Institute Bethesda/Maryland ihre Entdeckung des HTLV III (*H*uman-*T*-Cell-*L*eukemia-*V*irus Typ III). Morphologisch und biochemisch sind beide Viren identisch, und nach derzeitigem Stand des Wissens ist LAV/HTLV III die Ursache von AIDS[4]. Fast 100% der AIDS-Patienten haben Serumantikörper gegen LAV/HTLV III, während über 98% der Durchschnittsbevölkerung seronegativ sind[5].

Die Übertragung des Virus erfolgt ausschließlich durch Blut- und Körperflüssigkeit wie z. B. Samenflüssigkeit und Speichel. Anfangs hielt man das Virus außerhalb des Körpers für sehr labil. Eine neuere Arbeit weist jedoch darauf hin, daß LAV/HTLV III auch nach 6 bis 10 Tagen außerhalb des Körpers in feuchtem Milieu durchaus reaktivierbar sei[6]. Nach dem derzeitigen Wissensstand (November 1985) ist die parenterale Inokulation (direktes Eindringen in die Blutbahn) die notwendige Voraussetzung für die Infektion. Eine Übertragung z.B. durch Eßgeschirr, Händeschütteln und Anhusten ist unwahrscheinlich.

Diagnostik

Der wahrscheinlich frühestmögliche und sinnvolle Termin zum Nachweis von LAV/HTLV-III-Antikörpern liegt 3 bis 4 Wochen nach der mutmaßlichen Ansteckung. Als relativ spezifischer Suchtest gilt der *e*nzyme *l*inked *i*mmuno *s*orbent *a*ssay (ELISA). Bei positivem Ergebnis, d.h. Nachweis von LAV/HTLV-III-Antikörpern, werden Bestätigungstests durchge-

führt (immuno-blot / western-blot)[7]. Der direkte Erregernachweis ist bisher nicht routinemäßig durchführbar.

Bisher gibt es in Europa schätzungsweise 1 Million LAV/HTLV-III-Antikörper-Positive, in den USA 1,5 Millionen und in Afrika 10 Millionen. Antikörperträger zu sein bedeutet nicht, zwangsläufig auch zu erkranken. Nach den bisherigen Beobachtungen, die allerdings nahezu ausschließlich an Gruppen mit einem hohen Erkrankungsrisikò gemacht wurden, enden maximal 20% der Infektionen in der Manifestation von AIDS.

Krankheitsverlauf

Man unterscheidet 4 Stadien:

1. Wenige Tage nach der Infektion Auftreten eines flüchtigen Hautausschlags, der meist unbemerkt bleibt.
2. Symptomfreie Latenzzeit, die Monate bis Jahre dauern kann.
3. Auftreten von Lymphknotenschwellungen (LAS-Lymphadenopathiesyndrom) zusammen mit unspezifischen Krankheitserscheinungen wie Leistungsabfall, Fieber, Durchfall und Gewichtsabnahme.
4. Manifeste AIDS-Erkrankung: auf der Basis des Versagens der körpereigenen Abwehr, Auftreten von Infektionskrankheiten, vor allen Dingen der Lunge und der Verdauungsorgane. Krebsartige Neubildungen in verschiedenen Organsystemen (Blutbildungs-, Nerven- und Hautsystem)[7].

Eine ursächliche Therapie gibt es bisher nicht, die Symptome können nur zeitweise gelindert werden. Für Patienten des 4. Stadiums beträgt die Letalität fast 100% innerhalb von 3 bis 5 Jahren.

An der Entwicklung eines Impfstoffs wird gearbeitet. Vor 1990 ist nach übereinstimmender Meinung der Fachwelt nicht mit seiner Verfügbarkeit zu rechnen.

Im September 1985 gab es in der BRD und West-Berlin insgesamt ca. 360 manifest an AIDS Erkrankte; in der USA ca. 14. 000[8]. Es gibt Hinweise dafür, daß mehr als 80% der LAV/HTLV-III-Antikörper-Positiven in allen Stadien des Infektionsverlaufs LAV/HTLV-III auf dem oben zitierten Weg übertragen können[7]. Und das ist für viele Menschen das eigentlich Beängstigende an dieser Erkrankung: daß Virusträger selbst möglicherweise nie erkranken und auch nichts von ihrer Infektion wissen, aber andere infizieren können und das unter Umständen über Jahre.

Test — ja oder nein?

Der Verlockung des Tests erliegen, der scheinbar die »Positiven« von den »Negativen« trennen kann? Teilweise wird er bereits so eingesetzt: Von Versicherungen zur Überprüfung der Aufnahmebegehrenden, von den Landesversicherungsanstalten bei Drogenabhängigen vor der Bewilligung eines Heilverfahrens, von Betriebsärzten in Kliniken als Ausgangsbefund zum späteren Nachweis einer Berufserkrankung bei Beschäftigten im Ge-

sundheitswesen. Dabei gibt es weltweit bisher (Stand: Oktober 1985) erst 3 Fälle *beruflicher* LAV/HTLV-III-Infektion[9]. Sämtliche Infektionen kamen über Stichverletzungen mit an AIDS-Patienten benutzten Injektionsnadeln zustande. Unter Berücksichtigung der bekannten Übertragungsmöglichkeiten ist für Beschäftigte im Gesundheitswesen bei Einhaltung der üblichen Hygienevorschriften beim Umgang mit Blut, Blutprodukten und Körperflüssigkeiten das Infektionsrisiko gering[9a]. Es fehlen damit die epidemologischen, rechtlichen und hygienischen Grundlagen zur generellen Durchführung eines LAV/HTLV-III-Antikörpertests in diesem Bereich. Trotz hoher Spezifität gibt es falsch positive Ergebnisse, es gibt falsch negative Ergebnisse im frühesten und im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Der Nachweis von Antikörpern gegen LAV/HTLV-III besagt nur, daß ein Kontakt mit den Viren stattgefunden hat, über die Prognose im Einzelfall sagt er nichts.

Die Problematik des Testes auf HTLV-III-Antikörper

Zum Verständnis der Problematik des Testes auf HTLV-III muß etwas Grundsätzliches zur Aussagekraft von medizinischen Tests überhaupt gesagt werden[10,11]. Jeder Test — ob Laborwert oder technische Untersuchung (z.B. Belastungs-EKG) — hat das Ziel, Gesunde von Kranken trennen zu helfen. Dies gelingt jedoch mit keinem Test 100%ig. Bei jedem Test gibt es falsch positive Befunde, d.h. einige Gesunde haben einen pathologischen Befund im Test. Entsprechendes gilt für falsch negative Befunde: immer haben einige Kranke einen normalen Testbefund. Dieses Phänomen wird mit Spezifität und Sensivität des Testes beschrieben. Bei »idealen« Tests liegen diese zwischen 95 und 99%, d.h. nur 5 bis 1% falsch positive bzw. falsch negative Befunde sind zu erwarten.

Wie findet man unter den Personen mit einem pathologischen Befund diejenigen heraus, bei denen ein falsch positiver Wert vorliegt? Eine Identifizierung der richtig und der falsch positiven Befunde kann nur in Annäherung, d.h. über Wahrscheinlichkeiten erfolgen. Ein plausibles Beispiel soll dies illustieren: Ist der HTLV-III-Test wiederholt bei einem homosexuellen Mann mit zahlreichen vorwiegend passiv-analen Kontakten positiv, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß hier ein richtig positiver Befund vorliegt, weitaus höher als z. B. bei einer 17-jährigen Internatsschülerin aus Oberbayern. Die hier angesprochenen Wahrscheinlichkeiten lassen sich auch statistisch ausdrücken: Kennt man die Häufigkeit der gesuchten Erkrankung in einer Bevölkerungsgruppe, dann läßt sich auch die Wahrscheinlichkeit eines richtig positiven Befundes unter den überhaupt positiven Befunden festlegen. Dies geschieht mit Hilfe des Prädiktiven Wertes eines Tests[10,11]. Im Gegensatz zu Sensivität und Spezifität, die beide nur von der Testqualität abhängig sind, ist der Prädiktive Wert eines Tests von diesen beiden Größen und von der zu erwartenden Häufigkeit der gesuchten Erkran-

kung in der untersuchten Bevölkerung abhängig. Die prädiktive Bedeutung eines Tests wird in % angegeben und bezeichnet den Prozentsatz derjenigen, bei denen ein positives (oder auch negatives) Testergebnis richtig positiv ist.

In folgender Tabelle sind die Prädiktiven Wertigkeiten des ELISA auf HTLV-III für angenommene Spezifitäten und Sensivitäten von 95 bzw. 99% *und* unterschiedliche Häufigkeiten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ausgerechnet. Die ELISA-Spezifität und -Sensivität liegt bei den erhältlichen Tests eher bei 99%[12,13].

Angenommene Prävalenz (Häufigkeit) von HTLV-Positiven (in %)		*Prädiktive Wertigkeit (in %) bei einer Spezifität/Sensivität von*	
		99%	95%
0,01	(sehr ungünstige Annahme für eine »Normalbevölkerung«)	1	0,2
0,1	(Annahme für alleinstehende Männer) (Tab in:[14])	9	2
1	(Annahme für homosex. Männer aus Großstädten der USA[14]	50	16
5	(Annahme für »Risiko-Verhalten« bei homosexuellen Männern[14]	84	50
50	(angenommene Prävalenz bei Personen mit hohem Risiko und einigen krankheitsverdächtigen Symptomen)	99	95

Die Annahmen zur Häufigkeit sind eher als »ungünstig« anzusehen, d. h. es wurden zu hohe Häufigkeiten angesetzt. Z. B. fanden sich in der BRD bei Blutspendern nur zu 0,002% wiederholt positive HTLV-III-Befunde; diese waren zu 90% auf Homosexuelle in der Spendergruppe zurückzuführen[15,16].

Was ergibt sich aus der obigen Tabelle zur prädiktiven Bedeutung eines positiven Tests? Bei *Personengruppen* mit anzunehmender sehr *niedriger Prävalenz* muß die Durchführung des Tests als unsinnig angesehen werden. Bei einer Prävalenz von 0,01 z. B. wären ja nur 1 bzw. 0,2% der positiven Fälle richtig positiv! Denjenigen mit positivem Ausfall müßte gesagt werden, daß sie mit hoher Wahrscheinlichkeit gar keinen Kontakt mit HTLV-III hatten. Für eine solche Auskunft aber hätte man sich den Test sparen können. In der reflektierenden Medizin (Hierunter verstehen wir eine bestimmte professionelle Haltung, die z. B. vor Einsatz jedweder diagnostischen Methode die Frage nach der Auswirkung des möglichen Ergebnisses auf das therapeutische Handeln stellt.) werden für solche Konstellationen Test-Durchführungen auch abgelehnt (z. B. Belastungs-EKG's[17]).

Die Durchführung des HTLV-III-Tests wird hierzulande — im Gegensatz zu England und USA — bisher kaum problematisiert. Dabei sollte offenkundig sein, welch ehtisches Problem dahintersteckt, jemandem von einem positiven Test Mitteilung zu machen, obwohl dieser aus einer Personengruppe mit anzunehmender geringer Wahrscheinlichkeit für HTLV-III-Kontakt stammt[18,19].

Für *Personengruppen* mit anzunehmender *höherer Prävalenz* eines HTLV-III-Kontakts ist der Test brauchbar; insbesondere, weil man über die Durchführung eines Bestätigungstests (western blot) die richtig Positiven mit höherer Wahrscheinlichkeit bestimmen kann. Welchen Sinn hat aber der Test in solchen Personengruppen? Im folgenden Überblick werden Konsequenzen und Handlungsalternativen bei positivem und bei negativem Testergebnis für diese Personengruppen angegeben:

Testergebnis negativ: Erleichterung beim Betroffenen. Diese kann aber nur für den Augenblick von Bedeutung sein, da eine Infektion ja täglich eintreten kann, es sei denn, folgende Handlungsalternativen werden gewählt:

1. kein Sexualkontakt mehr; nur heterosexueller Kontakt; wenige Partner
2. safer sex (bei angestrebt hoher Sicherheit müßte dies auch die Unterlassung des Küssens beinhhalten)
3. nur Kontakt mit Test-Negativen

Testergebnis positiv: Entsetzen und Panik — möglicherweise »umsonst«, da auch falsch positiv noch möglich und zudem nur maximal 20% der Positiven erkranken. Nicht zum eigenen, sondern zum Schutz der anderen ergeben sich folgende Handlungsalternativen:

1. kein Sexualkontakt mehr; wie oben
2. safer sex
3. nur noch Kontakt mit Test-Positiven. (Da eine Erklärung für die Manifestation der Krankheit aber häufiger HTLV-III-Kontakt ist, kann man dieses Vorgehen — bis zum Beweis des Gegenteils — als risikoreich für die Partner ansehen.)

Für die Handlungsalternativen 1. und 2. bietet das Testergebnis also keine Orientierungshilfe: ob positiv oder nagativ, es resultiert — fast — das gleiche Verhalten, obwohl es sich doch um hochbrisante ethische Fragen vor dem Hintergrund einer möglichen unheilbaren Erkrankung handelt. Nur für die Handlungsalternative 3 ist die Durchführung des Tests hilfreich. Diese Handlungsalternative ist jedoch nur dann realisierbar, wenn es gültige »Pässe« gäbe, die — medizinisch gesehen — mindestens alle 4-6 Wo-

chen bezüglich ihrer Noch-Gültigkeit überprüft werden müßten. Dies zu fordern wäre dem Ruf nach einer Medizinischen Polizei gleichzusetzen. Bei aller Unsicherheit einer positiven Testaussage erscheint eine solche Forderung höchst problematisch.

Prognose

Die Prognose ist aus verschiedenen Gründen nicht einfach anzugeben. Die bisherigen Angaben einer Letalität von ca 16% der HTLV-III-Test-Positiven innerhalb von 5 Jahren sind aufgrund wirksamer Selektionsmechanismen nicht auf die Allgemein-Bevölkerung übertragbar. Die Angabe, daß bis zu 20% der Infizierten erkranken und von den manifest Erkrankten schließlich 80% sterben, findet sich auch in dem Anfang Dezember 1985 an alle Haushaltungen verteilten Merkblatt des Bundesgesundheitsministeriums. Eine Krankheit, die in gesundheitlich gefährdeten Gruppen eine hohe Letalität aufweist, kann aber in der Allgemein-Bevölkerung eine um mehrere 10er-Potenzen geringere Letalität haben. Z. B. ist die Letalität der Hepatitis bei Fixern sehr hoch, während in der Allgemein-Bevölkerung das Letalitätsrisiko verschwindend gering ist. Da die Hepatitis-Analogie für die präventiven Ratschläge bei AIDS die entscheidende Rolle spielt, erscheint es angebracht, diese Analogie auch für die Frage der Virulenz zu benutzen. Wenn es bei einer Infektionskrankheit sehr lange und sehr verschiedene Verlaufsformen gibt, (sowohl bei den Latenzzeiten als auch bei den klinischen Verläufen, wobei der Übergang von bloßer Infektion zu klinischer Erkrankung ein Kontinuum darstellt, das an jeder Stelle unterbrochen werden kann), ist die Angabe einer allgemeinen Letalität (im Sinne einer Haupt-Verursachung durch das Virus oder Bakterium) wenig aussagekräftig. Entscheidend für die Letalität sind dann häufig andere Faktoren, die vom allgemeinen Gesunheitszustand bis zum Bestehen anderer Krankheiten reichen. Die derzeit diskutierten Prognoseangaben beruhen auf Erfahrungen bei AIDS-Patienten, die gleichzeitig Hepatitiden, Geschlechtskrankheiten, Unterernährung und anderes aufweisen (60% aller Fälle in New York sind Fixer; 80% alle AIDS-Patienten hatten eine positive Hapatitis-Serologie[20]). Hierauf wird im Merkblatt des Bundesministeriums nur indirekt eingegangen, wenn es heißt, »eine geregelte Lebensweise, gesunde Ernährung, ein ausgewogener Tagesablauf, Vermeidung von Alkohol, Nikotin und Drogen können helfen, die Abwehrkräfte zu stärken« (warum nicht ein von der Bundesregierung bezahlter Urlaub im Süden?). Diese Art von gut gemeinten, aber hilflosen Ratschlägen erinnert an jene Versuche zur Bekämpfung der Tuberkulose, die sich in einem Merkblatt des damaligen kaiserlichen Gesundheitsamtes so äußerten: »Bei keiner Volkskrankheit hat der Mensch, auch der schwächste, es so in der Hand, sich selbst zu helfen, wie bei der Tuberkulose, wenn er nur Einsicht mit Selbstbeherrschung verbindet.«

Es ist zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich, eine andere genaue Prognose für einen AIDS-Infizierten zu geben, als die im ungünstigsten Fall zu erwartende mit dem Erkrankungsrisiko von 20%, da es andere Zahlen aus »normalen« Bevölkerungsgruppen (noch) nicht gibt. Dieser »worst case« muß aber nicht eintreten und kann sich ebensogut als irreale Erwartung erweisen[21]. Bei vielen zunächst auch als »letal« angesehenen Infektionskrankheiten (z. B. dem Lassa-Fieber, der Ebola-Virus-Krankheit u. a.) erwies sich bei späteren seroepidemiologischen Untersuchungen, daß eine hohe Durchseuchung in der Bevölkerung besteht. In der »Entdeckungsgeschichte« einer Infektionskrankheit, die mit den tödliche Fällen beginnt — meistens durch klinische Fallbeschreibungen — ist ein systematischer Bias enthalten (unter Zugrundelegung einer Normalverteilung der Prognose), der dazu führt, daß zunächst oft unrealistische Letalitätsrisiken in bezug auf den Verlauf der Infektionskrankheit in der gesamten Bevölkerung vermutet werden. Die derzeitigen Aussagen über Risiken von AIDS für die Allgemein-Bevölkerung beruhen auf Hochrechnungen. In diese gehen sowohl die bekannten Todesfälle der letzten 5 Jahre als auch Schätzungen über die Zahl der Seropositiven aus der Zeit *vor* dem Bekanntwerden der Todesfälle ein. Aufgrund der derzeit geschätzten Zahl wird dann die Zahl der Todesfälle und damit die erwartete Letalität für die Zukunft hochgerechnet[22]. Wenn diese Hochrechnungen als Prognosewerte auch für Seropositive in der Allgemeinbevölkerung angewandt werden, geht als weitere Annahme in die Prognose ein, daß sich Erkrankungs- und Sterberisiko dort genauso darstellen werden, wie in den oben beschriebenen Risikogruppen. Alle diese Annahmen brauchen aber keineswegs zuzutreffen. Wenn etwa das allgemeine Infektionsrisiko (gegenüber speziellen Gruppen) und das Erkrankungsrisiko (gegenüber einem bereits immungeschwächten Menschen, »compromised host«) jeweils um den Faktor 100 sinkt, ergibt das eine Verminderung des Gesamtrisikos um das 10 000-fache (Siehe hierzu nochmals die im Test-Kapitel dargestellte Tabelle über angenommene Prävalenz und Prädiktive Wertigkeit und die dort anschließende Diskussion.). Im Moment sind viele Prognosen möglich; mit Hilfe der kürzlich begonnen sero-epidemiologischen Studien wird eine realistischere Aussage möglich sein.

Anmerkungen

1. Bogdan, Ch., W. Salbach, Das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS). Fortsch. Med. 1985, 103: 817-821
2. ebd., 833-837
3. T. U. K., AIDS-Erkrankung nimmt langsamer zu. Fortschr. Med. 1985, 103:11
4. Kathke, N., AIDS, Starnberg 1985. S. 37-54
5. Centers for Disease Control (CDC), Morbidity and mortality Weekly Report (MMWR), 1985, 34: 1-5

6. Resistance of AIDS-Virus at roomtemperature. The Lancet, 85/2 vom 28.9.85, S. 721-722
7. Das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS). Ratschläge für Ärzte. Bundesgesundheitsblatt 1985, 28: 307-311
8. Haeberle, E. J., AIDS — was nun? Die Zeit, Nr. 43, 18. 10. 85, S. 81-85
9. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome — Europe. JAMA 1985, 254: 2052-2054
9a. Daschner, F., Keine besondere Gefährung von Patienten und Pflegepersonal. Klinikarzt, 14: 814-825
10. Galen, R. S., S. R. Gambino: Beyond Normalty: The Predictive Value and Efficiency of Medical Diagnosis. New York 1975
11. Köbberling, J.: Der prädiktive Wert diagnostischer Maßnahmen. Dtsch. Med. Wschr. 1982, 107: 591-94
12. Weiss, St. H. et al: Screening test for HTLV-III-Antibidies. JAMA 1985, 235: 221-225
13. Council of Scientific Affairs: Status Report on the AIDS. JAMA 1985, 254: 1342-45
14. De Vita, V. T.: Epidemiology of AIDS. in ders.: AIDS. Philadelphia 1985
15. Laufs, R. et al.: AIDS — Virusinfektion bei Blutspendern. Dtsch. Ärzteblatt 1985 Hft. 48: 3593-96
16. Gürtler, L. et al: LAV/HTLV-III-Antikörper in Blut und Blutprodukten. Dtsch. Med. Wschr. 1985, 110: 1639-40
17. Timmis, A. D.: Probability analysis in the diagnosis of coronary artery disease. Brit. Med. J. 1985, 291: 143-44
18. Osterholm, M. T. et al: Screening donated blood and plasma for HTLV III antibody — Facing more than one crisis? New. Engl. J. Med. 1985, 312: 1185-89
19. Hall, G. H.: AIDS antibody testing and counselling. Brit. Med. J. 1985, 291: 1424
20. Cook, K. M., AIDS: an old disease in Africa? Brit Med. J. 289, 306-308, 1984
21. Goedert, J. J., Blattner, W. A., The Epidemiology of AIDS and related conditions. In: De Vita (Hrsg), AIDS Philadelphia 1985
22. Council on Scientific Affairs, The Acquired Immundeficiency Syndrome, JAMA 252, 2037-2043, 1984

Über die Autoren

Abholz, Heinz-Harald, Dr.med., geb. 1945, Lehrbeauftragter für Sozialmedizin und Allgemeinmedizin an der FU-Berlin. Arzt für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin. Arbeitet nach 13jähriger Kliniktätigkeit (vorwiegend an der FU-Berlin) seit dem Mai 1984 als Allgemeinarzt. Seit 1970 Mitglied der Medizinkommission, »DAS ARGUMENT«. Wiss. Arbeitsschwerpunkte: Fragen der Allgemeinmedizin, Epidemiologie und insbesondere Klinische Epidemiologie.

Bischoff-Wanner, Claudia, geb 1943, Dipl-Päd., Krankenschwester. Tätigkeit in der Betrieblichen Fortbildung. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Theorie der Krankenpflege, Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Göpel, Eberhard, Dr.med., geb. 1947, wiss. Mitarbeiter am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkt: Theoretische Grundlagen einer Gesundheitswissenschaft.

Jacobowski, Constanze, geb. 1946, Ärztin. Arbeitet seit 1976 an der I. Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin (vorher in Anästhesie und Sozialpsychiatrie). Personalrätin und Mitglied der ÖTV.

Luger, Hans, geb. 1951. Dipl.-Psych. Aufbau der psychosozialen Kontaktstelle »Treffpunkt Waldstraße«. 1979 Mitbegründer des »KommRum«. Arbeitet seither dort u.a. als Therapeut, neuerdings auch als Wirt im dazugehörigen Café.

Rein, Thomas, geb. 1953, Lehrer, Krankenpflegeschüler am Elisabethstift Darmstadt, Arbeitsgebiet: Theorie der Krankenpflege

Riquelme-Urrea, Horacio, Dr.med., geb 1951 in Chile. Philosophie- und Medizinstudium in Chile und der Bundesrepublik. Emigration in die Bundesrepublik Ende 1973. Wiss. Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg. Mehrere Forschungsaufenthalte in Lateinamerika zu Fragen der anthropologischen Medizin. Arbeitsgebiet: Transkulturelle Psychiatrie.

Salmon, J. Warren, PhD, Professor an der School of Urban Policy and Planning, University of Illinois, Chicago. Koordinator der Fachrichtung Gesundheitswesen. Verwaltungs-, Planungs- und Beratungstätigkeit im Gesundheitsbereich. Arbeitsgebiete: Gesundheitspolitik, Privatunternehmen im Gesundheitswesen, Selbsthilfe und holistic health-Bewegung. Herausgeber von *Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives.*

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

Schmidt, Johannes, geb. 1955, Arzt. Bisherige Tätigkeiten in der Schweiz, der BRD und in Nikaragua. Arbeitsschwerpunkte: Primärversorgung/Allgemeinmedizin, Medizinerausbildung, klinische Epidemiologie/Therapieforschung (1 Jahr Mitarbeiter der »Pharmakritik«, dem schweizer Pendant des »Arzneitelegramm«).

Wulff, Erich, Prof. Dr.med., geb. 1926. 1961-1967 Lehrtätigkeit an der Universität Hué, Südvietnam, seit 1968 Professor Associé an der Universität Paris VIII (Vincennes); Leiter der Abt. Sozialpsychiatrie und Mitdirektor der psychiatrischen Klinik an der Med. Hochschule Hannover. Veröffentlichungen und wiss. Arbeitsgebiete: klinische Psychiatrie, Psychopharmakologie, Ethnopsychiatrie, Sozialpsychiatrie sowie Vietnam.