Jahrbuch für Kritische Medizin 13

Gesundheit als Ware
Arbeitslosigkeit und Alkoholismus
Arbeitsbedingte Erkrankungen
Computereinsatz im Krankenhaus
Gesundheitsförderung
Krankenpflege
Aktuelle Krankenhauspolitik

Argument

Das Argument-Konzept

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Argument-Verlag Berlin/Hamburg

Kritische Medizin im Argument

Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 13

Pflege und Krankenhaus
Krankenhaus und Politik
Politik und Gesundheit
Gesundheit und Umfeld

Mit Beiträgen von
Bernhard Badura, Johanna Bleker, Wolfgang Bödecker,
Thomas Elkeles, Gine Elsner, Dieter Henkel,
Karl-Heinz Jöckel, Franz Köppl, Hagen Kühn,
Wolfgang Lauber, Werner Maschewsky,
Karlheinz Ortmann, Herbert Reichelt, Hartmut Reiners,
Heinz-Alex Schaub, Klaus Stahl, Michael Veittinger

ARGUMENT-SONDERBAND AS 155

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

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

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

Die Existenz zweier Reihen stiftete Verwirrung unter den Lesern. Wir beschlossen daher, ab 1983 alle unsere Bände unter dem einheitlichen Reihentitel »Kritische Medizin im Argument« erscheinen zu lassen. In dieser Reihe bringen wir pro Jahr einen *Themen-Band* heraus (wie z.B. AS 125 »Umweltmedizin« oder AS 141 »Technologie und Medizin« sowie ein *Jahrbuch für kritische Medizin*. In jenem bemühen wir uns ebenfalls um eine Schwerpunktsetzung, wollen aber zugleich den Charakter eines Diskussionsforums erhalten, weshalb wir auch Aufsätze außerhalb des Schwerpunktes aufnehmen.

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

Alle Rechte vorbehalten.
©Argument-Verlag 1988
Argument-Verlagsbüro: Rentzelstr. 1, 2000 Hamburg 13, 040 / 45 60 18
Argument-Redaktion: Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, 030 / 461 80 49
Umschlaggestaltung Johannes Nawrath, Hamburg
PC-Texterfassung durch die Autoren/Autorinnen
Konvertierung: Fotosatz Barbara Steinhardt, West-Berlin
Druck: alfa Druck, Göttingen

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Schwerpunkte: Pflege und Krankenhaus, Krankenhaus und Politik, Politik und Gesundheit, Gesundheit und Umfeld / mit Beitr. von Bernhard Badura ...
1.-2. Tds. — Berlin ; Hamburg : Argument-Verl., 1988
(Das Argument : Argument-Sonderband ; AS 155)
(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd. 13)
ISBN 3-88619-155-9
NE: Badura, Bernhard [Mitverf.]; Das Argument / Argument-Sonderband; 2.GT

Inhalt

Pflege und Krankenhaus

Thomas Elkeles
Arbeitsorganisation in der Krankenpflege
Zur Kritik der Funktionspflege 5

Klaus Stahl
Auswirkungen des Computereinsatzes im Krankenhaus auf das Krankheitsverständnis, die Pflege des Patienten und die medizinische Forschung — Thesen zu ausgewählten Aspekten 20

Krankenhaus und Politik

Franz Köppl und Wolfgang Lauber
Strukturen der Medizintechnik im Krankenhaus 26

Hagen Kühn
Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung 30

Politik und Gesundheit

Johanna Bleker
Biedermeiermedizin — Medizin der Biedermeier?
Ärzte zwischen Anpassung und Opposition 47

Hartmut Reiners
Gesundheit als Ware — Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen 62

Herbert Reichel
Rationalität weitgehend Fehlanzeige
Daten zur Arzneitherapie in der Bundesrepublik Deutschland 82

Gesundheit und Umfeld

Dieter Henkel
Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation 100

Wolfgang Bödecker, Gine Elsner,
Karl-Heinz Jöckel und Michael Veittinger
Vertrauensärztliche Gutachten als Datenpool
zur Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen 117

Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub
Sozialarbeit und Gesundheit 127

Bernhard Badura
Örtliche Gesundheitsdienste
und die Idee der Gesundheitsförderung 146

Werner Maschewsky
Psychosomatisch oder neurotoxisch? 154

Über die Autoren/Autorinnen 165

Thomas Elkeles

Arbeitsorganisation in der Krankenpflege

Zur Kritik der Funktionspflege[1]

Seit langem besteht in Fachkreisen Einigkeit darüber, daß die in den Krankenhäusern der BRD praktizierte Funktionspflege ungünstige Wirkungen hat. Vor allem wird dabei an eine negative Beeinflussung der Arbeitsmotivation von Pflegekräften und der Befindlichkeit der Patienten gedacht. Wie auch bei anderen Problemen des Pflegedienstes wird jedoch vor allem lamentiert und nicht gehandelt. In letzter Zeit ist es sogar ziemlich still um die Funktionspflege geworden. Diskutiert wird über patientenorientierte Pflegekonzepte und in diesem Zusammenhang entsteht der Eindruck, als sei die Funktionspflege längstens überholt. Tatsache ist, daß in der Praxis des Krankenhausalltags weiterhin Funktionspflege betrieben wird, als ob es noch nie eine Diskussion darum gegeben hätte. Als Grund wird man — neben der generellen Schwerfälligkeit des Gesundheitswesens gegenüber Reformen und strukturellen Eingriffen — auf Seiten der Verantwortlichen vermuten müssen, daß diese sich wirtschaftliche Vorteile von der Beibehaltung der Funktionspflege versprechen. Gerade dies stellt aber einen Irrtum dar. Auch im Bereich der Effektivität des pflegerischen Arbeitsprozesses sind, wie zu belegen sein wird, negative Wirkungen der Funktionspflege zu verzeichnen.

Handeln würde auch eine bessere Kenntnis über den Charakter der Probleme bei der Funktionspflege sowie Vorstellungen über Alternativen voraussetzen. Bisher gibt es kaum Ansätze zu einer arbeitssoziologischen Analyse der Arbeitsorganisation im Pflegedienst. Dazu hat sicher beigetragen, daß Krankenpflege immer noch keine durchgängige Anerkennung als Berufsarbeit gefunden hat, sondern als ein pathosbehafteter Dienst am Kranken angesehen wird, der so außergewöhnlich und ausnahmehaft sein soll, daß er sich einer rationalen Analyse entziehen müsse. Auch der Widerstand gegen die im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen üblich gewordenen Betriebsuntersuchungen trägt derartige Züge einer »ritualisierten Notstandshaltung« (Rohde 1974).

Fraglich kann jedoch nicht sein, ob Arbeitsabläufe untersucht werden sollen, hier ist die traditionelle Arbeitswissenschaft ohnehin weiter als manche Kritiker vermuten, sondern nach welchen Maßstäben dies geschieht. Es wäre an der Zeit, Maßstäbe einer menschengerechten

Gestaltung von Arbeit in die Diskussion einzubringen und damit die nach wie vor aktuelle Debatte um die Humanisierung der Arbeitswelt auch auf Arbeitsplätze in der Krankenpflege auszuweiten. Dies könnte ein sinnvoller Beitrag zur Realisierung eines humanen Krankenhauses sein.

Will man vermutete negative Wirkungen der Funktionspflege untersuchen, ist also zunächst eine nähere Analyse der strukturellen Bedingungen von Arbeit in der Funktionspflege angebracht. Mit meiner Untersuchung versuchte ich, zu beidem einen Beitrag zu leisten.

Arbeitsorganisation und Krankenpflege

Der Begriff Arbeitsorganisation stößt in Pflegekreisen meist auf Un- oder Mißverständnis. »Bei uns gibt es überhaupt keine Organisation in der Arbeit«, kann man hierzu hören. Ob und inwieweit eine bewußte Planung und sinnvolle Koordination in der zeitlichen Abfolge von pflegerischen Arbeitshandlungen auf der Normalstation besteht, ist aber eher eine Frage, mit welcher Qualität Leitungs- und Führungsaufgaben auf der Krankenstation wahrgenommen werden. Unter Regelungen zur Arbeitsorganisation soll hier verstanden werden, auf welche Art und Weise die anstehenden Aufgaben auf das Personal verteilt werden. Unabhängig davon, ob dies formal geregelt wird oder nicht, bedingt die Menge an Funktionsanforderungen auf einer Station in Beziehung zum vorhandenen Personalbestand bestimmte Maßnahmen von Division und Integration. Daraus resultieren an den einzelnen Arbeitsplätzen unterschiedliche Tätigkeitspektren, Informationsniveaus, Anforderungen, Einflußchancen und Entscheidungsspielräume.

Da die Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsorganisation, im Unterschied zu anderen Betrieben, jedoch nicht nach einem von der Betriebsleitung im einzelnen vorgeschriebenen System detaillierter Anweisungen geschehen, ist es schwierig, wahrzunehmen, worin diese überhaupt bestehen. Selbst Stellenbeschreibungen, soweit sie existieren, geben keine klare Auskunft über die Abgrenzung der Aufgaben auf der Station. Hinzu kommt, daß ein Arbeitsplatz in der Krankenpflege schwierig zu lokalisieren ist. Die Tätigkeiten auf der Normalstation sind nicht an einzelne Orte oder gar technische Apparaturen gebunden, sondern erfordern eine hohe Mobilität. Dennoch bestehen insofern verschiedene Arbeitsplätze, als die Tätigkeiten in unterschiedlicher Art und Weise auf das Personal verteilt sind.

Noch ein weiterer Aspekt erschwert die Analyse der Arbeitsorganisation. Der tägliche Bedarf an pflegerischen Handlungen auf der Station

ist von Umfang und Charakter her starken Schwankungen unterworfen und daher nur zum Teil regelhaft und voraussehbar. Krankheitsverläufe und Befindlichkeit der Patienten können wechselnde Arbeitserfordernisse begründen. Nicht jeden Tag sind z.B. Infusionen zu überwachen; Medikamente werden abgesetzt und neue angesetzt. Der sich verändernde Zustand eines Dekubitus bringt u.U. andere Pflegemaßnahmen mit sich. Durch Zugänge und Entlassungen kommt es zu ständigen Veränderungen im Patienten- und Krankheitspektrum. Je nach vorhandenem Personalbestand, der hohen täglichen Schwankungen unterworfen ist, werden bestimmte Grundpflege-Maßnahmen mehr oder weniger häufig und gründlich ausgeführt. Siegrist (1978) bezeichnet dies als »Variabilität der Vollzüge«, wodurch der Eindruck einer Irregularität des Arbeitsablaufes hervorgerufen werde.

Dennoch können im zeitlichen Ablauf bestimmte Regelmäßigkeiten festgestellt werden. Durch die Verflechtung mit anderen Leistungsstellen des Krankenhauses, insbesondere den Funktions-und Zentralen Diensten, sind Arbeitsabläufe auf der Station bestimmten Zeitlimits unterworfen und werden routinemäßig zu bestimmten Zeiten durchgeführt wie z.B. das Essenausteilen. Fest steht z.B. auch, daß täglich Kurven zu führen und Verordnungen auszuführen sind. Auch hierfür werden durchaus Routineprogramme entwickelt. Wenn also für den Bereich des zeitlichen Ablaufs Regelungen möglich und auch beobachtbar sind, zeigt dies, daß nicht etwa der variable Charakter der Pflegearbeit Regelungs- und Gestaltungsmöglichkeiten überhaupt ausschließt. Das Gleiche muß auch für die Art und Weise der Arbeitsverteilung gelten. Üblicherweise wird die Arbeitsverteilung nach dem Prinzip der Funktionspflege vorgenommen: die Aufgaben werden nach funktionellen Gesichtspunkten zerlegt und einzelnen Pflegekräften zur Durchführung an allen oder mehreren Patienten zugewiesen. Diese Form der Arbeitsorganisation ist traditionell üblich und bedarf keiner gesonderten Anweisungen.

Der Funktionspflege wurde in der Krankenhausbetriebslehre (vgl. Eichhorn 1975) das Prinzip der Gruppenpflege entgegengestellt, bei dem einem Pflegeteam definitionsgemäß sämtliche Funktionen für eine Pflegegruppe übertragen sein sollen. Heute kann man die Gruppenpflege als gescheitert ansehen. Abgesehen von Verkleinerungen der Pflegeeinheiten ist es bei Gruppenpflege zu keinen anderen Veränderungen gekommen, als daß Bezeichnungen ausgetauscht wurden, z.B. Gruppen- statt Stationsschwester. Das zentrale Problem der Funktionspflege, die Arbeitsteiligkeit, wurde nicht angegangen. Welche Form der Arbeitsorganisation gewählt wird, ist keine Frage baulicher Gegebenheit

oder der Größe der jeweils zu betreuenden Pflegeeinheiten wie Stations-, Gruppen-, Saal- oder Zimmerpflege, sondern eine Frage der Entscheidung für ein bestimmtes Organisationsprinzip. Weder schließt Zimmerpflege aus, daß die Arbeitshandlungen in Form zerlegter Partialverrichtungen ausgeführt werden, noch verhindert eine große Station eine Pflegeorganisation mit ganzheitlichem Charakter.

Für Untersuchungszwecke hielt ich es für sinnvoll, ein analytisches Modell zu entwickeln, das auf der Unterscheidung zwischen einer funktionellen und einer ganzheitlichen Arbeitsorganisationsform beruht, und deren jeweilige Merkmale in idealtypischer Weise in einer Extremausprägung anzugeben. Die Beschreibung des Modells »Traditionelle Funktionspflege« greift auf Erfahrungsberichte von Pflegekräften zurück und charakterisiert die Funktionspflege in ihrer klassischen Form. Demgegenüber hat die Beschreibung des Modells »Ganzheitspflege« eher thesenhaften Charakter, da es in der Praxis der BRD bisher so gut wie nicht existiert. Eine solche modellhafte Beschreibung hat den Vorteil, daß die Unterschiede in den strukturellen Merkmalen klarer hervortreten und in der Praxis möglicherweise vorhandene Mischformen als solche identifizierbar werden.

Taylorismus in der Krankenpflege?

Das hierarchisch-zentralistische Modell der »Traditionellen Funktionspflege« ist folgendermaßen gekennzeichnet: Das Tätigkeitsprofil ist statusabhängig: je patientenferner eine Tätigkeit, desto höher das Sozialprestige. Der Schreibtisch stellt in der Pflege ein Statussymbol ersten Ranges dar. Das Maß an Informiertheit ist positionsspezifisch verteilt. Zugangs- und Besitzmöglichkeiten von Informationen wie Patientenunterlagen, Teilnahme an der Visite und Dienstübergabe sind klassischerweise von der Stationsleitung monopolisiert. Kommunikation mit dem ärztlichen Sektor — Mitteilung von Krankenbeobachtungen, Entgegennahme von Aufträgen — findet nicht direkt, sondern indirekt über die Zentralinstanz der Stationsleitung statt. Die Arbeit wird zerlegt und in einzelnen Runden durchgeführt: Blutdruck-, Getränke-, Verbände-, Spritzen-, »Abtöpf«-Runde. Einzelaufträge werden im Rapportsystem mit jeweilig zu erfolgender Rückmeldung erteilt, was hohe Kontrollunterwerfung begründet. Kommunikation mit den Patienten wird als Einzel-Arbeitselement betrachtet und hat tendenziell wenig Chancen, in die auf schnelle Hintereinander-Erledigung gerichteten Runden eingeflochten zu werden.

Das dezentral-egalitäre Modell »Ganzheitspflege« zeichnet sich durch gleichmäßige Verteilung von Kompetenzen (Tätigkeitsprofil) und Informiertheit, patientenorientierte Arbeitsaufteilung nach quantitativen Gesichtspunkten, z.B. Anzahl der zu betreuenden Patienten, und dezentrale Koordination der ganzheitlich belassenen Tätigkeiten durch die Pflegekräfte aus. Planende und ausführende Anteile der Pflegearbeit werden nicht voneinander getrennt.

Krankenpflege auf der Station ist vom Arbeitsinhalt her eine relativ qualifizierte Tätigkeit. Selbst ein Vorgang wie das Bettenmachen, der gemeinhin als unqualifizierte Anlern- oder als hausarbeitsähnliche Tätigkeit angesehen wird, bedarf der Berücksichtigung und des Einbringens von Kenntnissen über Krankheitsverläufe. Auch wenn Krankenpflege zum Teil in Zu-, Vor-und Nacharbeit für Ärzte besteht, erfordert und vermittelt sie ein breites Wissen um Krankheitsäußerungen und deren Beeinflußbarkeit, Wissen um abstrakte Funktionszusammenhänge (Anatomie, Physiologie), Fertigkeiten zur Ausübung pflegerischer Fürsorgehandlungen und Kenntnisse der Bedienungs- und Wirkungsweise der technischen Hilfsmittel. Ferner erfordert sie: Fähigkeiten wie Problemlösungsvermögen, Aufmerksamkeit, Reaktionsschnelligkeit, manuelle Geschicklichkeit, psychosoziale Sensibilität und Verantwortung. Der Arbeitsinhalt ist multifunktional zusammengesetzt, und es besteht ein Muster komplexer Anforderungen physischer, intellektuell-kognitiver und psychisch-affektiver Art. Ganzheitlichen Charakter trägt die Krankenpflege sowohl wegen des gemeinsamen Auftretens verschiedener Handlungsarten zur Befriedigung von Patientenbedürfnissen als auch wegen des entlang einer Zeitachse prozeßhaften Verlaufs. Die Arbeit »begleitet ein Bedürfnis von seiner Äußerung bis zu seiner Befriedigung« (Ostner und Beck-Gernsheim 1979, 44).

Dieser ganzheitliche Charakter, der der Pflegearbeit an sich innewohnt, wird nun durch die Regelungen bei Funktionspflege zerstört. Durch isolierte Inanspruchnahme einzelner Qualifikationen resultiert Dequalifikation. Das Arbeitszerlegungsmuster ruft einseitige Beanspruchungen hervor, z.B. überwiegend physische Beanspruchung bei bestimmten Runden. Durch die Rundenpflege tritt repetitive Teilarbeit mit entsprechender zeitlicher und inhaltlicher Gleichförmigkeit (=Monotonie) auf. Vor allem ist für die »Normal«-Pflegekräfte der Handlungs- und Entscheidungsspielraum eingeschränkt.

Man sollte erwarten, daß die Verantwortlichen auch offen für die Funktionspflege eintreten. Das ist aber sowohl in der Literatur als auch in der Praxis kaum der Fall. Das Interesse an der Funktionspflege kann aber daran ermessen werden, daß diese stillschweigend weiterhin

durchgeführt wird. Wäre man der Überzeugung, eine andere Form der Arbeitsorganisation sei geeigneter und vor allem effektiver, hätte man deren Einführung längst in Angriff genommen.

Hierfür lassen sich mehrere Gründe finden. Zum einen trägt eine hierarchische Arbeitsorganisation dazu bei, die grundlegenden Herrschaftsbeziehungen in Arbeitswelt und Gesellschaft zu verfestigen. Zum anderen wird gerade vom Krankenhaus erwartet, die dort geleistete Arbeit solle möglichst fehlerfrei sein; diesem Anspruch wird nach bisher herrschender Auffassung am ehesten dadurch entsprochen, daß Kontrolle und Aufsicht verschärft werden. Man geht davon aus, die Sicherheit für die Patienten werde durch die monopolisierte Koordination seitens der Stationsleitung sowie durch sichere Einübung in nur wenige Partialverrichtungen erhöht. Daneben werden bei Arbeitsteilung Rationalisierungseffekte erwartet: Möglichkeit, einen hohen Anteil an Hilfskräften einzusetzen; leichtere Behebbarkeit kurzfristiger Personalausfälle, geringerer Zeitaufwand und Personalbedarf. »Aufgrund der Arbeitsteilung ist die Funktionspflege von der Geschwindigkeit und der Perfektion der Ausführung her eindeutig im Vorteil ...« (Forschungsbericht des BMAS 1983, 39).

In gewisser Weise und vermutlich ohne davon zu wissen, steht die Funktionspflege in der Tradition des Taylorismus.[2] Wenngleich das Wirken der Stationsleitung nicht entfernt einem mit wissenschaftlichen Methoden arbeitenden betrieblichen Management ähnelt, wie es Taylor einführen wollte, so entspricht es doch den Prinzipien Taylors, wenn den Pflegekräften die Dispositionsmöglichkeiten entzogen werden, wenn zur rationellsten Form der Arbeit angeleitet wird (Spezialisierung), und wenn der Arbeitsprozeß insofern zwangsweise festgelegt wird, wie seine Zerlegung in möglichst kleine Teileinheiten als oberste Maxime gilt, z.B. Durchführung von Rundenpflege, Tendenz zur Standardisierung des Arbeitsprozesses. Meiner Ansicht nach kann man die Funktionspflege als tayloristisch orientierte Arbeitsorganisation bezeichnen. Mit dieser Feststellung wird auch die Kritik am Taylorismus auf die Krankenpflege anwendbar. Das gilt vor allem für die Vermutung, auch in der Krankenpflege ließe sich das Phänomen von »Grenzen der Arbeitsteilung« (Friedmann 1959) vorfinden. Wird Arbeitszerlegung auf die Spitze getrieben, sinkt die Produktivität — vor allem durch die Demotivation der Arbeitenden infolge Sinnentleerung der Arbeit. Die Vermutung, bei der Funktionspflege seien solche »Grenzen der Arbeitsteilung« überschritten, stützt sich jedoch nicht nur auf arbeitspsychologische Gründe, sondern auch auf mehr oder weniger direkt wahrnehmbare Einbußen an Effektivität bei den Arbeitsabläufen.

Zum einen kommt es zu *zeitökonomischen Nachteilen*, zur Vergeudung von Arbeits- und Zeitquanten. Unnötige Wege und Wegzeiten entstehen. Sind z.B. zwei Einzelfunktionen bei einem Patienten im hintersten Ende des Stationsflurs zu verrichten und infolge der typischen Arbeitszerlegung damit zwei verschiedene Pflegekräfte beauftragt, so ist einer der zurückzulegenden Wege überflüssig eingesetzte Arbeitszeit. Auch können sich die Runden gegenseitig überschneiden und dadurch ablaufbedingte Wartezeiten entstehen. Kommt eine Pflegekraft während einer Runde an ein Patientenbett und dort führt gerade eine Kollegin eine andere Verrichtung aus, so muß sie u.U. warten oder zunächst zu einem anderen Patienten gehen und später zurückkehren. Ferner steigt infolge der hohen Arbeitszerlegung der Koordinationsaufwand. Ständige Nachfragen: »Hat jemand schon Frau X. gespritzt?«, »Sind die Medikamente schon gestellt?«, »Hat Herr Y. heute gegessen?«, »Gehen Sie doch mal fragen, ob ... schon jemand gemacht hat«, sind ein typisches Ereignis im Arbeitsalltag und mit hohem, unnötigen Zeit- und Wegeaufwand verbunden.

Zum anderen steigt bei Funktionspflege tendenziell die *Fehlerquote*, da infolge der hohen Arbeitszerlegung die Koordinierbarkeit teilweise nicht mehr zu gewährleisten ist. So herrscht ständige Unklarheit, wer jeweils mit welchen Aufgaben beauftragt worden ist bzw. zu welcher Aufgabe bestimmte Arbeitshandlungen vermutlich zu rechnen sind. Vor allem wissen Pflegekräfte nie, ob eine Aufgabe vielleicht schon von Kolleginnen ausgeführt ist oder nicht. So kommt es vor, daß vorgesehene Verrichtungen unterlassen werden — man nahm an, die jeweilige Aufgabe sei bereits von Kolleginnen ausgeführt — oder auch mehrfach ausgeführt werden — man nahm an, die jeweilige Aufgabe sei noch nicht von Kolleginnen ausgeführt. Infolge des schlechten Informationsstands kommt es auch zu dem geradzu typischen Fehler, daß Verrichtungen an anderen als dafür vorgesehenen Patienten ausgeführt werden, die Patienten also schlichtweg verwechselt werden. Man braucht kaum darauf zu verweisen, daß es bei diesen Arten von Fehlern zu medizinisch bedenklichen Situationen kommen kann.

Effektivitätseinbußen stellen sich ferner durch eine negative Beeinflussung des Genesungsprozesses der Patienten ein, da bei der arbeitsteiligen Pflege eine kontinuierliche »Schwester-Patient-Beziehung« nicht entstehen kann. Auch sinkt das Pflegeniveau, da bei fehlender Beanspruchung bestimmter Fähigkeiten die Qualifikationen der Pflegekräfte verkümmern.

Neben unerwünschten Wirkungen im Bereich der Effektivität der pflegerischen Arbeitsabläufe tritt als weitere negative Wirkung der

Funktionspflege eine Beeinträchtigung der Arbeitsmotivation der Pflegekräfte auf.

Einen der grundlegenden Interessenbereiche des arbeitenden Menschen bildet das Gestaltungsinteresse, das sich auf die Gewährleistung hinreichender Verhaltensspielräume bei der Arbeit richtet (vgl. Fürstenberg 1977). Der Handlungsspielraum am Arbeitsplatz muß es dem Arbeitenden ermöglichen, Planung, Kreativität, soziale Kontaktfähigkeit und Selbstkontrolle einzubringen und zu entwickeln. Dies erfordert die Überlassung einer gewissen Autonomie, auch für zeitliche Dispositionen, und eines gewissen Verantwortungsbereiches und ist mit der Erhöhung der Arbeitskompetenz verbunden. Kurz: den Dimensionen des Tätigkeitspielraums (Aufgabenvielfalt) und des Entscheidungs- und Kontrollspielraums ist Rechnung zu tragen und dabei der Ganzheitscharakter der Aufgabe zu wahren. Bei Funktionspflege wird dem Gestaltungsinteresse der »Normal«-Pflegekräfte nicht annähernd entsprochen, woraus negative Konsequenzen für die Arbeitsmotivation abgeleitet werden können.

In welcher Form diese negativen Konsequenzen auftreten ist eine ganz andere und komplizierte Frage. Zum Beispiel ist es naheliegend zu vermuten, daß die Demotivation infolge der Funktionspflege die hohe Fluktuation und die kurze Verweildauer im Beruf bei Pflegekräften mitbedingt. Da hier jedoch noch viele andere Gründe eine Rolle spielen, ist es — jedenfalls bisher — nicht möglich, anzugeben, welchen Anteil dabei die Verletzung des Gestaltungsinteresses einnimmt. Ähnliches gilt für die »Arbeitszufriedenheit« bzw. »Arbeitsunzufriedenheit«, die Qualität der Arbeitsausführung oder die Fehlzeiten-Quote, welche als Indikatoren der Arbeitsmotivation teilweise umstritten sind und bei der Erhebung im übrigen besondere meßtechnische Probleme mit sich bringen. Unabhängig davon, ob sich die negative Beeinflussung der Arbeitsmotivation in solchen Indikatoren ausdrückt oder überhaupt ausdrücken läßt, ist an Arbeitsplätzen in der Funktionspflege ein objektiver Handlungsbedarf für Maßnahmen zur Humanisierung der Arbeit gegeben.

Ergebnisse der Befragung

Der empirische Teil meiner Untersuchung sollte zum einen nähere Aufschlüsse über die reale Ausgestaltung der Arbeitsorganisation auf Normalstationen erbringen. Zum anderen sollten die Hypthesen von den unerwünschten Wirkungen der Funktionspflege überprüft werden. Die Untersuchung gliederte sich in zwei Teile — Set A und Set B.

Im Set A wurden 11 Gruppendiskussionen mit insgesamt 77 berufserfahrenen Pflegekräften durchgeführt, die zum Zeitpunkt der Befragung Teilnehmer/innen von meist außerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen waren und von unterschiedlichen Stationen verschiedener Krankenhäuser, Fachabteilungen, Regionen, Krankenhausgrößen und -trägerschaften stammten. In den Gruppendiskussionen wurden die Teilnehmer/innen aufgefordert, ihre Tätigkeiten und Erfahrungen anhand zweier exemplarischer Situationen aus dem Arbeitsalltag zu schildern und untereinander zu diskutieren:

— einerseits die mit Routinearbeiten angefüllte und besonders arbeitsintensive Zeit der Morgenarbeit (6-8 Uhr);
— andererseits Umsetzungsschritte einer ad hoc, d.h. unvorhergesehen geschehenen, ärztlichen Arbeitsanweisung (Ansetzen eines Medikamentes zur Thromboseprophylaxe).

Die Auswertung der Gruppendiskussionsprotokolle ergab eine weitgehende Übereinstimmung der Erfahrungen der Teilnehmer mit der Modellkennzeichnung der »Traditionellen Funktionspflege«. Die Kompetenzstruktur läßt eine relativ rigide Hierarchisierung im Tätigkeitsprofil erkennen, bei der zwar im einzelnen flexible Zuordnungen nicht ausgeschlossen sind, aber bereits aufgrund einer räumlichen Division in Innendienst (Dienstzimmer) und Außendienst (Station) eine deutliche Aufteilung zwischen planenden und ausführenden Tätigkeitsanteilen erkennbar wird. Die Arbeitszerlegung findet zwar nicht systematisch statt, stellt jedoch die Tendenz dar, soweit nicht andere Umstände, wie insbesondere situativ bedingte erhöhte Pflegeintensität eines Patienten, entgegenstehen. Das Ausmaß an erreichter Arbeitszerstückelung war nicht sicher beurteilbar. Abweichungen vom »Traditionellen Funktionspflege«-Modell ergaben sich in zwei Bereichen: Die Informationsverteilung scheint heute breiter zu sein als bei der traditionellen Variante. Die Teilnahme an der Dienstübergabe, Einsichtnahme in Patientenunterlagen — jedoch kaum die Teilnahme an der Visite — werden den Beschäftigten heutzutage ermöglicht. Ferner scheint an die Stelle des Rapportsystems die Möglichkeit von Arbeitsabsprachen getreten zu sein, an die verbesserte Sozialkontakte geknüpft sind (positives »Betriebsklima«). Allerdings überschreiten die Absprachen nicht gewisse Kompetenzbereiche, sondern beschränken sich vielmals auf die Regelung, wer welche Runde übernimmt (Job Rotation-Modell).

Die gegenüber der traditionellen, idealtypischen Variante feststellbaren Änderungen in der »modernen« Funktionspflege sind vermutlich u.a. darauf zurückzuführen, daß die Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Einführung von Schichtdienst, zu-

nehmende Verbreitung von Pflegedokumentationssystemen sowie die gestiegene Arbeitsintensität schlechthin eine breitere Streuung der Information sowie eine Teilentlastung der Stationsleitung von Koordinationsaufgaben erforderlich machen. Gleichwohl wird weiterhin von erheblichen Informationsstaus berichtet. *Zusammenfassend* ist auch die »moderne« Funktionspflege als Fortsetzung der »Stationsschwesternwirtschaft« einzuschätzen, bei der der Handlungsspielraum der Beschäftigten eingeschränkt ist und die Stationsleitungen mit Koordinationsaufgaben überlastet sind. Wenn den Ergebnissen zufolge bei situativ bedingter höherer Pfegeintensität, z.B. perioperative Betreuung eines Patienten, gelegentlich Verrichtungen von der starren Rundeneinteilung ausgespart werden, ist das ein Hinweis auf die Unvereinbarkeit der Arbeitszerlegung mit dem Erfordernis einer bestimmten Pflegequalität. Dafür spricht auch, daß auf Intensiv- und pädiatrischen Stationen ganzheitliche Arbeitsverteilung üblich, da für den Arbeitserfolg notwendig ist. — Zur *Überprüfung* der Hypothese *von Effektivitätseinbußen bei Funktionspflege* wurden die Indikatoren »Pflegefehler« und »Zeitökonomie« benutzt. Von 17 berichteten Pflegefehlern aus der Berufserfahrung der Gruppendiskussionsteilnehmer waren 14 auf unklare Zuständigkeiten infolge der Arbeitszerlegung zurückzuführen. Sind Aufgaben aus ihrem Gesamtzusammenhang gelöst und ist in der Betreuung keine Kontinuität vorhanden, schleichen sich leicht Fehler ein:

»Oder der Patient verlangt ein Abführmittel. Das Abführmittel wird vergessen. Irgendwann fällt es einem ein, und man bringt ihm das Abführmittel, und man sagt ihm, er soll das einnehmen. Und er nimmt das auch ein. Und irgendwann erfährt man dann, daß der Patient vorher von jemand anderem schon ein Abführmittel bekommen hat.« »Mit den Abführmitteln, das passiert oft, oooh!«[3]

Abgesehen von der Bedeutung, die solche Fehler für die Patienten haben können, wird auch eine ökonomische Seite an ihnen deutlich:

»Ich habe das besonders oft erlebt: Ein Patient soll untersucht oder operiert werden; jemand anders teilt das Essen aus und gibt dem zu essen, oder der Patient ist nicht aufgeklärt, daß er nichts essen darf. Und der Patient ißt, und die OP muß verschoben werden. Das ist nur eines von vielen Beispielen.«

Die Neigung, in der Funktionspflege möglichst viele Verrichtungen rundenmäßig zusammenzufassen, steht mit der erforderlichen Variabilität im Konflikt und führt leicht zu Fehlern:

»Ich habe da auch noch ein Beispiel ..., und zwar war es so, daß die Medikamente für den nächsten Tag vormittags gerichtet wurden und daß anschließend die Visite war, worauf die Kurven wieder neu durchgesehen werden mußten, um die Medikamente zu ändern, und daß das erst am nächsten Tag ausgeteilt wurde und es dann häufig vorkam, daß Patienten zu der Stationsschwester kamen und sagten, daß sie am anderen Tag andere Tabletten da drin gehabt hätten ...«

Die Diskussion eines als Gesprächsstimulus vorgelegten Fehlerbeispiels führte zu der in allen Gruppen überwiegend geäußerten Meinung, daß die Schaffung eines abgegrenzten Verantwortungsbereiches — wie im Modell der »Ganzheitspflege« — infolge einer Verbesserung des Informationsniveaus, der Koordination und generell der Arbeitsmotivation die Fehlerquote senken würde. Anhand der Berichte und der Diskussion von zeitökonomischen Aspekten läßt sich belegen, daß die Arbeitszerlegung nicht nur die vorgesehenen Rationalisierungseffekte hat, sondern infolge vermehrten Arbeitswege-Aufkommens, Arbeitsüberschneidungen und vermehrtem Koordinationsaufwand gerade gegenteilige Folgen hat. Allerdings sind die Ergebnisse, welches die zeitsparendste Form der Arbeitsausführung sei, teilweise widersprüchlich. Es gab sowohl Teilnehmer/innen, die zwecks Zeitersparnis die Arbeitszerlegung zurücknahmen und Tätigkeiten kombinierten, als auch solche, die in Zeiten hoher Arbeitsintensität die Arbeitszerlegung steigerten. Realistischerweise wird man deshalb bezweifeln müssen, ob es überhaupt eine einzige Art der Rationalisierung der pflegerischen Arbeitstätigkeiten gibt. Vielmehr scheint der Zeiteffekt der Arbeitsteilung je nach Art der Verrichtung, der Pflegeintensität eines Patienten, dem Verhältnis von jeweils vorhandenem Personal zu den zurückzulegenden Wegen und möglicherweise weiteren Faktoren zu variieren.

Der *motivationalen Bewertung von Arbeitsorganisationsformen* durch die Teilnehmer diente als Diskussionsstimulus die Vorlage von Fiktivaussagen, in denen unter Zufriedenheitsgesichtspunkten einerseits für »Traditionelle Funktionspflege« (Aussage A), andererseits für »Ganzheitspflege« (Aussage B) und als dritte Variante für eine »moderne« Funktionspflege (Aussage C) plädiert wird. Bei ersterem Modell erblickten die Teilnehmer lediglich demotivierende Aspekte. Sie kritisierten die *fehlende Verantwortung, mangelnde Informiertheit, Monotonie* und *Sinnentleerung*:

»Wenn man bei 30 Patienten Blutdruck messen muß, wird das stupide, während, wenn man nur bei 6 oder 7 Patienten Blutdruck machen muß und weiß, was bei diesen Patienten speziell zu beachten ist, dann gewinnt das eine ganz andere Wertigkeit«

sowie *qualitative Unterforderung*.

»Außerdem fühlt man sich etwas unterfordert. Meiner Meinung nach ist die Ausbildung nicht für eine solche Arbeitsteilung gedacht, sie ist wesentlich umfassender, als man nachher auf der Station arbeiten kann.«

Einen zweiten Schwerpunkt der Kritik bildet die *fehlende Berücksichtigung von Normen der Berufsausübung*:

»Ich würde so argumentieren, daß jeder Patient irgendwo einen ganz fundamentalen Anspruch darauf hat, ganzheitlich versorgt zu werden.«

Als Zusammenfassung der Kritik kann gelten:

»Die Fließbandarbeit am Menschen. Mehr gibt es dazu eigentlich nicht zu sagen. So wie ich an 10 Autos 10 Radmuttern andrehen kann, kann ich natürlich auch an 12 Patienten Blutdruck messen, das Inhaliergerät stellen, Betten machen, wie eine Maschine.«

Demgegenüber werden dieselben Aspekte, die die »Traditionelle Funktionspflege« kritikwürdig machen, nach Ansicht der Teilnehmer bei »Ganzheitspflege« motivierend gelöst. Autonomie (»Ja, in B kannst du doch selbst organisieren. B ist toll, wenn das so laufen würde ...«), Übernahme von Verantwortung, erhöhte Informiertheit, Erfahrbarkeit der Sinneinbettung der Verrichtungen werden dieser Arbeitsorganisationsform zugeschrieben und als solche gewünscht, ebenso wie angenommen wird, daß damit den Interessen der Patienten entsprochen wird, was für Pflegekräfte eine starke Norm darstellt:

»Ich fühle mich wohl, wenn ich weiß, daß der Patient sich auch wohl fühlt, das ist für mich etwas ganz Wichtiges, das ist auch ein Wechselwirkungsverhältnis.«

Breite Zustimmung für »Ganzheitspflege« schließt allerdings nicht aus, daß entlastende Momente der »modernen« Funktionspflege-Variante als solche begrüßt werden, denn teilweise Unterstützung fand auch die in Aussage C herausgestellte Möglichkeit zu Rotation und zu Arbeitsabsprachen mit den Kollegen, auch wenn dabei lediglich Partialverrichtungen auszuführen sind. Zu dieser Bewertung dürfte zum Teil die Befürchtung beitragen, daß bei »Ganzheitspflege« mit neuen, insbesondere zusätzlichen psychischen Belastungen zu rechnen sei.

Im Set B des empirischen Teils der Untersuchung wurden zwei in der Form der Arbeitsorganisation (»Traditionelle Funktionspflege« versus »Ganzheitspflege«) differierende Stationen, zunächst auch mit dem Mittel der Gruppendiskussion, untersucht, wobei sich für die Beschreibung der Arbeitsorganisation keine neuen Gesichtspunkte ergaben. Die Diskussion motivationaler Gesichtspunkte war von derartigen gruppendynamischen Effekten gekennzeichnet, daß ihre Ergebnisse nur bedingt zur exemplarischen Beurteilung von Organisationsformen herangezogen werden können. Beide Gruppen äußerten hohe Zufriedenheit, wobei die wenigen Diskutierenden unter den Teilnehmern auf der Funktionspflege-Station sich mehr darauf bezogen, ihre Station nach außen hin als »gut« und ohne Änderungsbedarf darzustellen, während die Teilnehmer/innen der »Ganzheitspflege«-Station die Verbesserung ihrer Motivation gegenüber der auf »Traditionellen Funktionspflege«-Stationen schilderten, auf denen sie zuvor eingesetzt gewesen waren. Hinsichtlich der Fehleranfälligkeit wurde in der »Ganzheitspflege«-Gruppe berichtet, daß es zu einer deutlichen Verringerung von Dekubitusfällen

gekommen sei. — Zusätzlich zur Gruppendiskussion wurde im Set B ein standardisiertes Erhebungsinstrument (Fragebogen) unter der Fragestellung eingesetzt, ob sich in Abhängigkeit von der Form der Arbeitsorganisation vermutete Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsstationen in den Bereichen Einfluß, Information, Belastungen und Zufriedenheit zeigen lassen würden. Infolge der geringen Fallzahl (n=14) waren überwiegend nur deskriptive Aussagen möglich, die als zusätzliche Informationen zu den Ergebnissen der qualitativen Untersuchung einzustufen sind.

Während die Einflußchancen auf pflegerische Entscheidungen in beiden Gruppen gleich groß angegeben wurden, waren diejenigen auf medizinisch-ärztliche Entscheidungen auf der »Ganzheitspflege«-Station höher, was als Folge des erweiterten Handlungsspielraums interpretiert werden kann. Insgesamt konnte diese Gruppe auch als besser informiert gelten, besonders im psychosozialen Bereich; hier wurde weniger Bedürfnis nach zusätzlichen Informationen dieses Typs angegeben. Im Bereich koordinativer Anforderungen fühlte sich die »Ganzheitspflege«-Station etwas mehr belastet, was hauptsächlich durch höheres Konfliktbewußtsein in dieser Gruppe erklärt werden kann. Beide Gruppen äußerten hohe Zufriedenheit, wobei im Zusammenhang mit der Frage nach potentiellen Fluktuationsgründen andeutungsweise erkennbar wurde, daß auf der »Ganzheitspflege«-Station höherer Wert auf den Handlungs- und Kontrollspielraum gelegt wurde. Ferner waren die Befragten der Funktionspflege-Station erheblich stärker autoritätsfixiert eingestellt als diejenigen der »Ganzheitspflege«-Station.

Wenngleich die Untersuchung, über die hier berichtet wird, nicht so angelegt war, daß eine Verallgemeinerung der Ergebnisse zulässig wäre, bleibt *resümierend* festzuhalten, daß sich hier erste empirische Belege für die ja weit verbreitete Hypothese von unerwünschten Wirkungen der Funktionspflege ergaben, die einen Handlungsbedarf für Gestaltungsmaßnahmen am Arbeitsplatz von Pflegepersonal anzeigen. Im Grunde müßte es, wie gezeigt wurde, im eigenen Interesse der Arbeitgeber liegen, die im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen ständige Zunahme von Arbeitszerlegung zu stoppen und sich dem internationalen Trend zu ganzheitlich organisierter Krankenpflege anzuschließen. Von einer solchen Haltung scheint die Arbeitgeberseite aber nach wie vor weit entfernt. Zwar befürworten sie mittlerweile verbal das Prinzip der Gruppenpflege, halten aber in einem entsprechenden Grundsatzbeschluß entgegen, »diese Zielvorstellung« sei »aus personalwirtschaftlichen und organisatorischen Gründen derzeit nur schwer realisierbar«. Statt dessen wird als »Kompromiß« die Schaffung von »Pflegeeinheiten in über-

schaubarer Größe« propagiert. Dieser Beschluß kann nicht anders gewertet werden, als daß eine de facto-Festschreibung der Funktionspflege verfolgt wird.[4]

Für die Gewerkschaftsseite wird nahegelegt, verstärkt für Maßnahmen der Humanisierung am Arbeitsplatz einzutreten; im Pflegebereich würde dazu die Einführung von Modellversuchen mit der Arbeitsorganisationsform »Gruppenpflege« zählen.

Schlußfolgerungen

Abschließend soll auf einige Voraussetzungen hingewiesen werden, deren Berücksichtigung zur Abwehr möglicher neuer Belastungen für die Beschäftigten bei einer Einführung von Gruppenpflege notwendig wäre:

1. Ganzheitliche Arbeitsprozesse erfordern eine ausreichende Qualifikation.

2. Es ist auf die Gefahr steigender Arbeitsintensität zu achten, falls etwa versucht werden sollte, die einsetzende Motivierung zur Produktionssteigerung zu verwenden.

3. Die Arbeitgeber müssen die eindeutige Verantwortung für die Regelung der Arbeitsorganisation im Krankenhaus übernehmen. Die bisherige Praxis, bei der die Funktionspflege quasi nach einem ungeschriebenen Gesetz durchgeführt wird, muß geändert werden. Gruppenpflege ist keine Frage von individueller Bereitschaft oder stationsweisem Engagement. Ihr Nicht-Vorhandensein darf nicht länger Anlaß sein, dem Pflegepersonal Schuldgefühle zu suggerieren, es komme seinem Helferbild nicht auf die erforderliche psychosoziale Art nach. Vom Krankenhaus muß klar entschieden werden, welche Arbeitsorganisationsform gewählt werden soll. Hierfür muß es für das Pflegepersonal einen klaren Ansprechpartner geben. Detailregelungen sind mit einer verantwortlichen Stelle des Managements gegebenenfalls dann auszuhandeln.

4. Neuen Belastungen, insbesondere durch Überforderung mit neuartiger Verantwortung, muß bereits im Ansatz begegnet werden. Geeignete Vorbereitung, Rotationsregelungen, regelmäßige Stationsbeprechungen unter Einschluß aller beteiligten Berufsgruppen u.ä.m. könnten geeignete Formen sein, die notwendigen Entlastungen zu institutionalisieren.

Anmerkungen

1 Dieser Aufsatz basiert auf meiner — 1985 abgeschlossenen — medizinsoziologischen Dissertation, zu der ich durch frühere berufliche Erfahrungen als Krankenpflegehelfer und Krankenpfleger sowie durch Problemstellungen aus der gewerkschaftlichen Betriebs- und Bildungsarbeit angeregt wurde. Die Arbeit entstand im Rahmen eines Arbeitszusammenhanges mit dem ÖTV-Hauptvorstand — Hauptabteilung Gesundheitswesen — und wurde von der Hans-Böckler-Stiftung finanziell gefördert.

2 Daß ein Zusammenhang zwischen Krankenpflege und Taylorismus keineswegs hergeholt ist bzw. erst bei einer Analyse deutlich wird, läßt sich auch daran ersehen, daß in den USA eine Zeitlang führende Vertreter des Pflegedienstes vehement für die Einführung der Taylormethoden und industrial engineering auf den Stationen plädierten. Ihre, auf den Begriff »nursing yardstick« gebrachten Bemühungen stießen allerdings auf eine reservierte Haltung der Krankenhausbetriebsleitungen (vgl. Reverby und Rosner 1979).

3 Die Zitate aus den Tonbandprotokollen der Gruppendiskussionen stellen eine exemplarische Auswahl von Aussagen dar, die die systematische Strukturanalyse des Gesamtmaterials belegen. Dies ist ein bei der Darstellung qualitativer empirischer Ergebnisse übliches Verfahren. In diesem Beitrag wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die in der Originalarbeit dokumentierte Diskussion von Methodenfragen und der Herleitung der gewonnenen analytischen Kategorien wiederzugeben.

4 Beschluß des Vorstandes der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.3.1984 zu »Struktur und Organisation des pflegerischen Dienstes im Krankenhaus«, in: das krankenhaus, Heft 5, 1984, 225.

Literaturverzeichnis

Eichhorn, Siegfried, 1975: Krankenhausbetriebslehre. Bd. I. 3. Auflage. Stuttgart, West-Berlin, Köln, Mainz

Elkeles, Thomas, 1985: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege — Zur Kritik der Funktionspflege. Dissertation. Med. Hochschule Hannover

Friedmann, Georges, 1959: Grenzen der Arbeitsteilung. Bd. 7 der Reihe Frankfurter Beiträge zur Soziologie. Frankfurt/M.

Fürstenberg, Friedrich, 1977: Einführung in die Arbeitssoziologie. Darmstadt

Ostner, Ilona, Beck-Gernsheim, Elisabeth, 1979: Mitmenschlichkeit als Beruf. Frankfurt/M., New York

Reverby, Susan, Rosner, David (Ed.), 1979: Health Care in America. Philadelphia.

Rohde, Johann Jürgen, 1974: Soziologie des Krankenhauses. 2. Auflage. Stuttgart

Siegrist, Johannes, 1978: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart

Klaus Stahl

Auswirkungen des Computereinsatzes im Krankenhaus

Krankenverständnis — Pflege des Patienten — medizinische Forschung — Thesen zu ausgewählten Aspekten

In seinem Aufsatz »EDV in der Pflege: Krise einer beruflichen Identität« (Argument-Sonderband 141, 1986, 97ff.) nimmt C. Ohm eine sogenannte »Informationskrise« im Krankenhaus zum Ausgangspunkt für die EDV-Anwendungen im Krankenhaus. Eine überproportional angewachsene Datenlawine in allen Bereichen des Krankenhauses dränge sozusagen darauf, daß die Information und Kommunikation durch elektronische Techniken rationalisiert werden. Ohm sieht in den elektronischen Informations- und Kommunikationstechniken eine Grundlage für die »Vergesellschaftung« von Information, die allerdings auch, und das sei zu kritisieren, privat angeeignet werden könne. Pflegekräfte sollten daher einen »Datenschutz von unten« betreiben und sich bezüglich der EDV weiterqualifizieren, um nicht zum Handlanger anderer EDV-Nutzer im Krankenhaus zu werden.

Demgegenüber wäre m.E. die Triebfeder des EDV-Einsatzes woanders zu suchen als in den Arbeits- und Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus. Die reale Elektronisierung der Informationsverarbeitung strebt keineswegs natürwüchsig eine »Vergesellschaftung« von Information an, wie es beispielsweise auch vom Bundespostministerium bezüglich der Neuen Medien behauptet wird. Die absehbaren realen Entwicklungen sind auch von ihren technischen Resultaten her nicht mit einer Verbesserung der Krankenversorgung oder der Situation des Pflegepersonals gleichzusetzen. Von daher müßte die Auseinandersetzung von Krankenhausbeschäftigten mit der EDV in ihrem Arbeitsbereich einen wesentlich umfangreicheren und kritischeren Charakter haben, als sich zu motivieren, Computerkenntnisse zu erwerben.

Im folgenden sollen ausgewählte Aspekte des Computereinsatzes im Krankenhaus in Thesenform beleuchtet werden, um die beginnende Diskussion zu diesem Thema fortzusetzen.

1. Die Einführung von EDV in den engeren medizinischen Bereich und in die Pflege stellt sich aus guten Gründen schwieriger dar als in den anderen Bereichen des Krankenhauses. So kann die Tätigkeit der Verwaltung und der zentralen Dienste mit Hilfe der EDV quasi bruchlos

unterstützt werden, weil die dort anfallenden Daten und Teilaufgaben so beschaffen sind, daß sie sich ohne weiteres durch den Computer verarbeiten lassen bzw. durch ihn zu lösen sind. Das Interesse und die Zielsetzung der Krankenhausverwaltung bzw. die Funktion, die ihr die aktuelle Krankenhauspolitik zuweist, »verlangen« tatsächlich nach technischer Rationalisierung der Arbeit. Dagegen stellt sich das Verhältnis vom Computer und Behandlung bzw. Pflege zur Zeit eher umgekehrt dar. Aus diesen Bereichen selbst wird kaum ein Verlangen nach EDV laut, sondern von seiten der Computertechnologie bzw. durch Kräfte, die die Anwendung dieser Technik verbreitern wollen, wird nach Einstiegen gesucht, die EDV auch im Medizinalbereich attraktiv zu machen.

2. Ein Angebot an Computertechnologie für den Medizinalbereich müßte, wenn aus diesem Sektor selbst kaum ein Bedürfnis artikuliert wird, von anderen Krankenhausbereichen nachgefragt werden, die damit auch den maßgeblichen Einfluß auf die konkrete Ausgestaltung der eingesetzten EDV-Systeme haben. Begünstigt durch die neuere Krankenhausfinanzierungsgesetzgebung läßt sich in diesem Zusammenhang ein gesundheitspolitisch gewolltes Bestreben der Krankenhausverwaltungen feststellen, nicht nur die anfallenden Kosten undifferenziert zu verwalten, sondern eine Stufe tiefer in das Krankenhausgeschehen einzudringen. Gemeint ist, daß man versucht, die verschiedenen im Krankenhaus erbrachten Leistungen selbst quantitativ und qualitativ zu erfassen. Man will wissen, *wie* krank der Patient ist und *was* bei ihm *genau* unternommen wurde. Man möchte erfahren, *welche* Leistungen ein Dienst, eine Fachabteilung, eine Station oder ein Mitarbeiter tatsächlich in welchem Zeitraum erbringt. Der Zweck dieses Unterfangens liegt natürlich darin, die im Krankenhaus entstandenen Kosten zurückzuverfolgen, um sie gezielt reduzieren zu können oder sie z.B. gegenüber den Krankenkassen zu rechtfertigen. Angemerkt sei, daß der Krankenhausträger ggf. kaum darauf verzichten wird, die Leistungserbringung betriebswirtschaftlich zu »optimieren«, um Material- und vor allem Personalkosten einzusparen.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem Patientendatenschutz, wenn die patientenweise gespeicherten Verwaltungs- und medizinischen Daten in einem integrierten Krankenhausinformationssystem von allen Krankenhausbereichen ausgewertet werden können. Die Landesdatenschutzbeauftragten fordern deshalb auch die »informationelle Abschottung« von Verwaltung und ärztlichem Bereich.

3. In der *Praxis* findet das Eindringen der EDV in den Medizinalbereich also auf Drängen der Krankenhausverwaltung statt, und dies auf

der Grundlage vorausgesetzter gesundheitsökonomischer Zielsetzungen, die die Ausweitung des marktwirtschaftlichen Prinzips im Gesundheitswesen anstreben. Wenn aber primär ökonomische Interessen zu einer bestimmten Auslegung der EDV im Krankenhaus führen, dann kann der Computereinsatz durchaus im Widerspruch zu den professionellen Zielsetzungen der beteiligten heilenden bzw. helfenden Berufsgruppen im Krankenhaus stehen. Computeranwendungen, die zur Verbesserung der Behandlung und Pflege der Patienten beitragen, könnten ganz anders ausgestaltet sein. Solche Vorstellungen sind zur Zeit kaum entwickelt. *Ihre* praktische Umsetzung könnte durchaus auch eine Erhöhung der anfallenden Kosten und der Personalintensität bedeuten. Aus dem Interesse der helfenden Berufe heraus muß sich eine Computeranwendung in der Praxis als sinnvoller Fortschritt in der Patientenbetreuung erweisen. Was nicht ausschließt, daß dann Arbeitnehmerinteressen trotzdem noch negativ berührt werden.

4. Die sich heute abzeichnenden Computeranwendungen im Medizinalbereich sind in ihren wesentlichen Merkmalen jedoch kritisch zu betrachten. Einige Punkte seien hier angeführt.

In welchem Umfang ist Pflegetätigkeit standardisierbar?

Um die Pflegetätigkeit für die EDV »greifbar« zu machen — mit welchem Ziel auch immer —, ist es erforderlich, sie zu standardisieren. Bisher werden meist im Rahmen manueller Pflegedokumentationen sogenannte Pflegekategorien (1 bis 4) gebildet und festgehalten, die angeben sollen, wie intensiv der Patient gepflegt werden muß. Die Skala reicht von einem Patienten, der aufstehen und sich selbst versorgen kann, bis zu einem Intensivpflege-Patienten. Mit Hilfe dieser Kategorien lassen sich in erster Linie Rückschlüsse auf die notwendige Personal*intensität* ziehen, wenngleich die Kriterien für die Zuordnung des einzelnen Patienten zu einer der Kategorien noch aufzustellen sind. Die von der Pflege festgehaltenen Pflegekategorien dienen damit, wenn sie EDV-mäßig verarbeitet und mit Personaldaten verknüpft werden, der betriebswirtschaftlichen Optimierung des Personaleinsatzes und haben im Rahmen des Pflegeprozesses keine Bedeutung.

Rückschlüsse darauf, *welche* Pflegetätigkeit beim jeweiligen Patienten auszuführen ist, erlauben die genannten Pflegekategorien jedoch nur sehr eingeschränkt. Dazu wäre nämlich das Gesamtspektrum pflegerischer Tätigkeit in einzelne Teile zu zerlegen, die sich sozusagen als Bausteinchen beschreiben lassen (qualitativ und vom Zeitaufwand her) und sich abhängig von Krankheit und Zustand des jeweiligen Patienten

ständig wiederholen. Geeignete Grundlage für eine solche »Systematisierung« der Pflege kann aus informatischer Sicht die manuelle Pflegedokumentation darstellen.

In einem bestimmten Rahmen ließen sich diese »Pflegebausteine« selbst auch in Gestalt von Parametern individualisieren. Sehr viele Anteile der Pflege sind aber deshalb nicht standardisierbar, weil sie von der *persönlichen* Kenntnis des Patienten abhängen. Die Beziehung zum Patienten selbst bestimmt hier die Pflegetätigkeit und nicht nur das Wissen um seine »Krankheitsdaten«. Diese wesentlichen Momente von Pflegetätigkeit sind EDV-mäßig nicht beschreibbar.

Man müßte also die Pflege in standardisierbare und nicht standardisierbare Anteile unterteilen. An dieser Stelle wird deutlich, daß eine solche Aufteilung weniger mit den Möglichkeiten und Grenzen der EDV zu tun hat, als damit, welches Konzept von Pflege verfolgt wird. Bei einem ganzheitlichen Pflegekonzept werden die standardisierten Anteile schrumpfen und auch nicht so kompliziert sein, als daß man sie nicht mit geringen manuellen Hilfsmitteln festhalten könnte. Eine Ausweitung von standardisierten Pflegeanteilen führt dagegen zu einer Entwicklung in Richtung Funktionspflege, weil nur dann arbeitsorganisatorisch bedingte strenge Tätigkeitsabgrenzungen notwendig werden.

Leidet die Kommunikation mit dem Patienten?

Eines der Hauptelemente in der Pflege, aber auch in der medizinischen Behandlung, sollte die Kommunikation mit dem Patienten sein. Im Gegensatz zu einer Situation, in der der Patient bewußtlos ist und wo das helfende Personal notwendige Informationen wohl kaum im Gespräch, sondern u.a. über technische Hilfsmittel erhält, kommt es während der »normalen« Betreuung auf das persönliche Gespräch mit dem Patienten über seine persönliche Lage und seine Bedürfnisse an.

Wenn nun aber Krankheits- und Pflegedaten nicht nur über EDV erfaßt sind, sondern sich die Stationsarbeit im wesentlichen tatsächlich auch auf diese Daten stützt, besteht vereinfacht gesprochen die Gefahr, daß das Personal eher mit den EDV-Daten und -Anweisungen »kommuniziert« als mit dem Mensch Patient. Nicht daß der Patient dann »gläsern« ist spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle, sondern daß er quasi »verdoppelt« ist. Eine Hinwendung zum »Computer-Abbild« *kann* — und auf der Station ist die Situation eben anders als im Operationssaal — zugleich eine Abwendung vom »Patienten-Original« bedeuten.

Unterstützung beim Pflegepersonal oder Enteignung von Erfahrungswissen und Dequalifizierung?

Auch wenn sich das Tätigkeitsbild einer Krankenpflegekraft schon dann verändern wird, wenn die bisher manuell geführten Aufzeichnungen jeder Art durch EDV ersetzt werden, so ist damit noch lange nicht das Ausmaß möglicher Veränderungen an die Qualifikationsanforderungen bei einer weitergehenden Computerisierung der Pflege gekennzeichnet. Zunächst *kann* sich — wenn man den Rationalisierungseffekt hier nicht betrachtet — die Übertragung von Papier- und Organisationsarbeit auf EDV als Entlastung und Unterstützung der im Rahmen eines Pflegeprozesses vorzunehmenden Schritte darstellen. Wenngleich die Vorteile einer EDV-Dokumentation gegenüber einer manuellen zumindest bei einem ganzheitlichen Pflegekonzept nicht von vornherein einleuchten und manche Schreibarbeit zunächst einmal nur durch Eintipparbeit ersetzt wird. Ziel eines weitergehenden Einsatzes von EDV ist aber das Eingreifen in die Gestaltung des Pflegeprozesses bzw. die Konzipierung des Pflegeplanes selbst.

Hatte man sich im Rahmen von Krankenpflegetheorie zu der Vorstellung von einer prozeßhaften und systematischen Krankenpflege durchgerungen und diese z.T. auch schon in die Praxis umgesetzt, so kann die Computeranwendung diese Entwicklung nutzen, indem Pflegeprozesse, -planungen und -erfahrungen von der EDV »erlernt« werden. Vorausgesetzt die Pflegetätigkeiten sind entsprechend standardisiert und die Pflegeverläufe schematisiert, kann der Computer auf der Grundlage einzugebender Ausgangsdaten über den Patienten Vorschläge zum Pflege- und Therapieverlauf ausgeben. Würde ein solches Modell praktiziert, müßten möglichst viele Pflegeerfahrungen vom Computer verwertet werden und gingen auf der anderen Seite als Qualifikationsanforderungen an die Pflegekraft verloren. Pflegetätigkeit wäre wieder auf die *Ausführung* bestimmter Arbeiten beschränkt, kaum daß begonnen wurde, sie um Planungs- und Konzeptionskompetenzen zu erweitern und zu bereichern.

In welche Richtung entwickelt sich das Krankheitsverständnis?

Die vielfach als Vorteil angesehene Möglichkeit für die behandelnden Ärzte, durch Anwendung von EDV in verschiedenen Bereichen der Patientenversorgung »auf Knopfdruck« alle gewünschten Informationen über den Patienten (Werte, Beobachtungen, Therapie ...) sowohl in der aktuellen Form als auch in der Zeitreihe zu erhalten, birgt aber auch die Gefahr nicht erwünschter Entwicklungstendenzen im Krankheitsver-

ständnis. Die Vorteile einer aktuellen, systematisch geordneten und an *einem* »Ort« zusammengefaßten Gesamtinformation über den Patienten für den Arzt liegen auf der Hand. Die Fehlentwicklungsmöglichkeiten bestehen in den Verselbständigungstendenzen eines solchen Informationssystems. Es könnte sich so die Praxis einschleichen, ärztliche aber auch pflegerische Entscheidungen *nur* noch nach »Datenlage« zu treffen. Die Grundlage für eine solche Tendenz ist durch die Eigenschaften eines EDV-Systems in einer ganz anderen Qualität gegeben, als durch »verzettelte« manuelle Aufzeichnungen.

Das praktizierte Krankheitsverständnis wäre dann eines, das die (Krankheits-)Situation des Menschen als die Gesamtheit möglichst vieler sichtbarer und meßbarer Daten über den Patienten auffaßt. Dies würde eine rein naturwissenschaftlich-technische Vorgehensweise der Medizin bedeuten, die in letzter Zeit zunehmend kritisiert wird. Hinzu kommt, daß nicht alle Daten über den Patienten, z.B. Befinden, Schmerzen oder psychischer Zustand, die gleiche Qualität haben, wie etwa die Zustandswerte eines Werkstoffs, der hinsichtlich seiner Eigenschaftsveränderungen unter verschiedenen Bedingungen untersucht werden soll.

Die »neuen Möglichkeiten« der Forschung

Die Möglichkeiten der Forschung bei einem ausgebauten EDV-Patienteninformationswesen scheinen ins Unermeßliche zu steigen. Prinzipiell kann jeder Patient — mehr oder weniger anonymisiert — und jede praktizierte Therapieform ein Moment eines Auswertungsprogramms sein, in dem der Input (Therapie bis Kosten) mit dem Output (Patientenzustand) unter variierenden Voraussetzungen verglichen wird. Hier tun sich nicht nur eine Vielzahl von rechtlichen Problemen auf.

Die Pharmaforschung hätte nicht nur im Rahmen der klinischen Vorprüfung von neu angemeldeten Medikamenten, sondern auch in der »Nachprüfung« bereits zugelassener Medikamente ganz andere empirische Grundlagen, an deren Nutzung sie interessiert sein wird. Ob sie allerdings genutzt werden, um die Qualität der Medikamente zu verbessern, mag bezweifelt werden. Die Zulassungsschwelle neuer Medikamente könnte mit dem Argument schneller übersprungen werden, daß es durch die neuen Auswertungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern *nachher* möglich sei, langfristige Nebenwirkungen gesichert zu erfassen.

Franz Köppl und Wolfgang Lauber

Strukturen der Medizintechnik im Krankenhaus

Detaillierte Zahlen zur Krankenhausökonomie gibt es weniger als es ökonomistische Dogmen zum Krankenhaus gibt. Das kurzgefaßte Ergebnis der im folgenden dargestellten österreichischen Untersuchung belegt: vier Fünftel der Technikinvestitionen gehen allein in die Diagnostik, bei weiter ansteigender Tendenz. Damit ist auch der größte Teil des medizinisch-technischen Funktionspersonals gebunden und — wie hier gezeigt wird — ein überproportional steigender Teil der Betriebskosten. Von einem Schilling, der für das Krankenhaus ausgegeben wird, absorbieren die direkten und (vor allem) indirekten Technikaufwendungen für Diagnostik also einen zunehmenden Anteil.

Über die Verwendung medizinischer Technik in Österreich gibt es kaum Angaben. Die vorliegenden Ausführungen, die einige Ergebnisse einer Untersuchung zusammenfassen[1], stützen sich vor allem auf zwei Quellen: Kostendaten des Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds (KRAZAF) über österreichische Krankenanstalten und Inventardaten (Anschaffungen, Bestand) der Gemeinde Wien über medizintechnische Investitionen.

Die Tabelle zeigt die Aufteilung der Geräte-Anschaffungskosten (zusammen 183 Mio. ÖS) in Wiener Spitälern im Jahr 1984 entsprechend den Kategorien Diagnose, Therapie sowie Behandlungs- und Krankenhauseinrichtungen nach Bause et al. Die jeweils kostenintensivsten Bereiche — diagnostische Technik sowie innerhalb dieser die bildgebenden Verfahren — sind weiter aufgeschlüsselt.

Diagnost.Technik	78,7 %	Bildgewinnung	42,3 %	Röntgengeräte	29,5 %
				Ultraschall	5,6 %
				Mikroskope	3,1 %
				Nukleardiagn.	2,5 %
				Endoskope	1,6 %
					42,3 %
		Labortechnik	24,0 %		
		Biomeßtechnik	11,2 %		
		einfache Geräte	1,2 %		
			78,7 %		
Therap.Technik	13,3 %				
KH-Einrichtung	6,5 %				
nicht zuordenbar	1,5 %				
	100,0 %				

Ein Vergleich der Kostenstruktur (Abschreibungen) der Wiener Krankenanstalten mit jener der gesamten in Österreich mit dem KRAZAF abrechnenden Anstalten zeigte, daß sich die hier für die Wiener Anstalten dargelegte Struktur mit jener der übrigen österreichischen Anstalten im wesentlichen decken dürfte.

Wie in der obigen Tabelle angegeben, betrug der Anteil der diagnostischen Technik bei den Neuanschaffungen des Jahres 1984 78,7 %. Die Anschaffungen der letzten 5 Jahre zeigen sehr ähnliche Strukturen. Der medizintechnische Bestand dagegen enthielt 1984 erst einen Anteil von 70,4 % diagnostischer Technik. Darin drückt sich die bekannte Tatsache aus, daß der Anteil der diagnostischen Technik langfristig zunimmt.

Hersteller

Etwa ein Drittel (34,1 %) der in Wien 1984 ansgeschafften Geräte kostete mehr als 1 Mio. ÖS, ein weiteres Drittel (30,7 %) lag in den Kosten zwischen 0,2 und 1 Mio. ÖS, die übrigen darunter.

Die Zahl der Hersteller, von denen die medizintechnischen Geräte gekauft werden, ist sehr groß. Aber es zeigt sich eine Konzentration bei zwei Firmen: Der Anteil der Firma Siemens bei den Neuanschaffungen lag im Durchschnitt der Jahre 1980-1984 bei 30 %, der von Philips bei knapp 10 %.

Technik und Betriebskosten

Da die beiden Bereiche Radiologie und Labordiagnostik bei den Investitionen besonders hervorstechen, wurde für diese Bereiche versucht, den Anteil an den gesamten Betriebskosten sowie den Zusammenhang zwischen Umfang der technischen Ausstattung und Höhe der Betriebskosten zu ermitteln.

Um den Anteil der Betriebskosten eines Bereiches an den gesamten Betriebskosten der Krankenanstalten zu ermitteln, wurden die Betriebskosten von 79 Laborabteilungen bzw. von 32 Röntgenabteilungen entsprechend ihrem Anteil am jeweiligen Technikbestand hochgerechnet: Die 79 Laborabteilungen sind an den Betriebskosten mit 5,3 % beteiligt, sind aber nur mit rund einem Drittel der labormedizinischen Geräte (Bestände aus den Inventardaten, gemessen am Anschaffungswert) ausgestattet. Da, wie weiter unten gezeigt wird, ein einigermaßen proportionales Verhältnis zwischen Technikausstattung und Betriebskosten vorausgesetzt werden kann, können die 5,3 % auf den Gesamtwert von 16,5 % hochgerechnet werden.[2] Diese Größenordnung entspricht auch

den Ergebnissen ausländischer Studien. Dort werden Anteile zwischen 10 % (Everett et al.) und etwa 25 % (Leisten et al., Grossmann) angegeben.

Eine entsprechende Hochrechnung ergibt für den Anteil der mit radiologischer Technik verknüpften Betriebskosten einen Wert von 6,8 %. Die Gemeinde Wien nennt für das Jahr 1983 einen Kostenanteil der Radiologie von 6 %, der KRAZAF für ganz Österreich 5,1 % (Imhof). Die WHO schätzt den Anteil der Radiologie weltweit auf 6-10 %.

Die radiologischen Untersuchungsfrequenzen in Österreich weisen für den Zeitraum 1975-1984 eine jährliche Steigerung von 3 % auf (Imhof). Die Untersuchungen der »traditionellen« Röntgenbereiche Thorax, Gstrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt und Skelett nahmen in diesem Zeitraum nur minimal zu. Dazu kamen aber Ultraschall, Computertomgraphie und Angiographie, die 1984 zwar nur 13 % der Untersuchungsfrequenzen, aber bereits 40 % der Untersuchungs- und Befundzeiten beanspruchten. Die gesamte Untersuchungs- und Befundzeit hat sich damit, mit einem jährlichen Zuwachs von 8 %, in diesem Zeitraum verdoppelt.

Aus den Angaben der KRAZAF über Spitzenversorgungsleistungen ergibt sich, daß die Kosten des CT-Einsatzes in den Wiener KRAZAF-Spitälern im Jahr 1984 einen Anteil von 1,1 % hatten, also immerhin rund ein Siebentel der gesamten mit Radiologie verbundenen Betriebskosten (11 Computertomographen).

Die Kostenrechnungsdaten erlaubten keine Längsschnittuntersuchung, da sie seit wenigen Jahren erhoben werden. Deshalb wurde über Querschnittsvergleiche versucht, zu einer empirisch begründeten Aussage über Folgekosten zu gelangen. Freilich gehen diese Überlegungen von einem gegebenen Stand der Technisierung aus. Zu wesentlich weitreichenderen Auswirkungen führen sicherlich Überlegungen, die ganze Teile der medizinischen Versorgung als Folge der Medizintechnik betrachten, da sie diese zur Voraussetzung haben.

Es ist klar, daß zwischen Patientenzahlen, technischer Ausstattung und Betriebskosten ein Zusammenhang besteht. Legt man aber die summierten Investitionskosten für Medizintechnik je Abteilung (also die Anschaffungskosten des Technikbestands) und deren jährliche Betriebskosten auf die jährliche Anzahl der Patienten in Labor- und Röntgenabteilungen um, ermittelt also die »spezifischen« Technik- und Betriebskosten, ergibt sich eine breite und einigermaßen gleichmäßige Streuung dieser Werte. Zwischen den spezifischen Technik- und den spezifischen Betriebskosten je Abteilung zeigt sich ein annährend proportionaler Zusammenhang, bei Labors mit einem Faktor von etwa

1,2 bei Röntgenabteilungen von etwa 0,4. Mit anderen Worten, teurere Ausrüstung schlägt sich in entsprechend höheren Betriebskosten nieder. Daraus folgt, daß eine Zunahme bzw. Verteuerung der diagnostischen Technik auch zu einer zunehmenden Beanspruchung der Betriebskosten für diesen Bereich führt, ohne zwangsläufig mit entsprechendem Nutzen für die Patienten verbunden zu sein.

Anmerkungen

1 Nähere Angaben über die in dieser Zusammenfassung angeführten Daten und Auswertungen sind enthalten im Bericht: Arbeiterkammer Wien (Hrsg.), 1986: Medizintechnik im Krankenhaus, Wien; erhältlich bei der Arbeiterkammer Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22, A-1041 Wien.

2 Diese der Kostenrechnung entnommenen Betriebskosten schließen auch die jährlichen Kosten für kalkulierte Abschreibungen und Zinsen für Investitionen ein. Diese Kosten machen rund 10 % der Betriebskosten aus.

Literaturverzeichnis

Bause, U., Forke, K., Matauschek, J., 1984: Medizintechnik. Berlin/DDR

Everett, G., DeBlois, S., Pao-Fang Chang,Holets, T., 1983: Effect of Cost Evaluation. Cost Audits and Faculty Chart Review on the Use of Laboratory Services. In: Arch Intern Med, Vol. 143, 942-944

Grossmann, R., 1983: A Review of Physician Cost-Containment Strategies for Laboratory Testing. In: Med Care, Vol. 21, 784-802

Imhof, H., o.J.: Bildgebende Verfahren heute und in naher Zukunft. Typoskript. Wien

Leisten, J., Van der Geer, F., Scholten, M., Goldschmidt, H., 1984: The Costing of Tests in a Laboratory for Clinical Chemistry and Haematology. In: Ann Clin Biochem, Vol 21, 109-115

WHO (World Health Organization) (Hrsg.), 1983: A Rational Approach to Radiodiagnostic Investigations. Genf

Weiterführende Literatur: Medizin und Technologie. Argument-Sonderband 141. West-Berlin 1986

Hagen Kühn

Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung

1. *Das Zeitalter der Kostendämpfung*

Was man in der Bundesrepublik Gesundheitspolitik nennt, ist seit Mitte der 70er Jahre nahezu identisch mit »Kostendämpfungspolitik«. Das Bekenntnis dazu wird parteiübergreifend abgefordert gleich dem zur NATO-Mitgliedschaft oder zur sozialen Marktwirtschaft. Mittels solcherlei Formeln versichern sich die berufsmäßigen Akteure des politischen Lebens, daß sie »dazugehören«. Tatsächlich ist seit nunmehr dreizehn Jahren Gesundheitspolitik nicht viel mehr als eine Deklination von Wirtschafts- und Finanzpolitik, mit der sie drei Merkmale gemeinsam hat: Erstes und auffälligstes Merkmal ist ihre Eigenschaft, Objekt und Medium gesellschaftlicher *Umverteilungs*strategien zu sein. Wie insbesondere die Selbstbeteiligung deutlich offenbart, geht es um die »Dämpfung« jenes Teils der Gesundheitsausgaben, der von den Krankenkassen geleistet wird und somit unmittelbar die Lohnkosten der Unternehmen erhöht. Die tatsächlichen Kosten von Gesundheitssicherung und Krankenversorgung interessieren in diesem Zusammenhang ebensowenig wie deren Qualität. Zweites Merkmal ist die *Tabuisierung des Produktionsbereichs*. Die sozialen Kosten der Produktion, die Arbeit sowie das Angebot an Waren bleiben als Hoheitsbereich privater Entscheidungen unangetastet. Prävention hat sich auf die Konsum- und Freizeitsphäre zu beschränken. Das dritte Merkmal schließlich ist der *Reformstopp*. Seit Beginn des Kostendämpfungs-Zeitalters gab es keine nennenswerten gesundheitspolitischen Verbesserungen, ebensowenig wie Reformen in anderen Sektoren der sozialen Infrastruktur. Vom Bundeskanzler Helmut Schmidt ist überliefert, er habe gesagt, man wolle ja schließlich die Bundesrepublik nicht in einen Kurort verwandeln und es gelte, »anständig zu regieren«.

Mißt man die große Koalition von Gesundheitspolitikern, Verbandsfunktionären, Ministerialbürokraten und Politikberatern an ihren selbstgesteckten Zielen, dann sollten die Reformkräfte ihre Verzagtheit ablegen und selbstbewußter werden können: Es wird nicht nur das falsche Ziel angestrebt — Ausgaben statt Wirksamkeit (Effizienz)[1] —, sondern dieses wird auch verfehlt.[2] Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen ist nach wie vor ansteigend. In strukturschwachen

Gebieten sind 15 Prozent bei Ortskrankenkassen keine Seltenheit. Dabei sind Leistungen ausgegrenzt, gekürzt und verschlechtert worden und die Selbstbeteiligung hat ein schmerzhaft spürbares Maß erreicht. Das Konzept besteht darin, auf steigende Beiträge mit Ausgabenkürzungen zu reagieren. Das ist ebenso sinnvoll wie das Bemühen, übergroße Hitze zu bekämpfen, indem man das Thermometer abkühlt, anstatt die Flamme zu drosseln. — Weder ist aber hier die Menschheit an die Grenzen ihrer Erkenntnisfähigkeit gelangt, noch handelt es sich um ein Problem der individuellen Intelligenz. Das Konzept der Kostendämpfung trägt vielmehr charakteristische Züge von »Realpolitik«. Zum Realpolitiker wird man durch die Verlagerung der individuellen Anpassung bereits in die Wahrnehmung hinein.[3] Was oft zu Unrecht als »Dummheit« bezeichnet wird, ist meist nichts anderes als das Resultat spezifischer Wahrnehmungsraster und Denkhemmungen, die den (vermeintlichen) Subjekten durch Machtverhältnisse und Interessenkonstellationen auferlegt sind und von ihnen als ihre freie Meinung empfunden werden. Drei der wichtigsten solcher Konstellationen, an die Gesundheitspolitik sich anpaßt, sind:

Erstens ist das Gesundheitswesen ein stabiler *Absatzmarkt* für vielfältige Dienstleistungen, Pharmazeutika und Geräte. Dieser Markt kennt nahezu keine konjunkturellen Abhängigkeiten. Die Honorare und Gewinne, die auf ihm erzielt werden, steigen aber um so mehr, je weniger erfolgreich die Leistungen sind und je weniger sie durch Prävention in gesellschaftlichen Lebensbereichen überflüssig gemacht werden: Wo also soll das *private* Interesse an der Wirksamkeit des Gesundheitswesens liegen, da es doch gerade in seiner Unwirksamkeit so gut aufgehoben ist? Zweitens konservieren die Strukturen des Gesundheitswesens in hohem Maße soziales *Mittelklassepotential*. Ihre gründliche Veränderung würde also gerade jene Gruppen schwächen, denen für den Status quo der gesellschaftlichen Machtstrukturen eine gewichtige Rolle zukommt. Wer diese These nicht gänzlich von der Hand weisen kann, der fragt sich: Wo soll das *konservative* Interesse an einer echten Strukturreform des Gesundheitswesens liegen? Darauf verweist schließlich drittens, daß die medizinische und pflegerische Versorgung auch als Instrument der *Legitimationsbeschaffung*, insbesondere für kirchliche Träger von Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungen dient. Es haben sich hier große und wenig kontrollierte Bürokratien herausgebildet, die — kurioserweise — unter der Flagge des »Subsidiaritätsprinzips«[4] auf dem Posten für den strukturellen Status quo stehen.

Die Strukturen des Gesundheitswesens verdankten also bislang ihre bemerkenswerte Stabilität vor allem dem Umstand, daß dieselben

Eigenschaften, die es teuer und schlecht sein lassen (soweit es teuer und schlecht ist!) für die Anbieter höchst wirtschaftlich und für die politisch-ökonomischen Machtverhältnisse höchst begünstigend sind. An dieser Konstellation nagt nun allerdings der Zahn der ökonomischen Stagnation:

In den Zeiten des »Wirtschaftswunders« konnten die Kosten von Ineffizienz und Marktmacht im Gesundheitswesen recht konfliktfrei aus den allgemeinen Wachstumszuwächsen bestritten werden, ja, die Ausgabensteigerungen galten als Zeichen sozialen Fortschritts. Darum sprach niemand von »Kostenexplosionen«. Bei fortschreitender wirtschaftlicher Depression wird sich die Entwicklung auf zwei Alternativen zuspitzen: entweder steigert man energisch die Wirksamkeit (Effizienz) der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die medizinische Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation usw., was allerdings unvereinbar wäre mit den bestehenden Strukturen, mit der Tabuisierung der Produktionssphäre (Arbeit, Umwelt, Güterangebot) und dem Reformstopp. Oder man hält am »realpolitischen« Prinzip fest. Dann bliebe nur, die weiterhin wachsenden Kosten (je nach Betroffenheit ausgedrückt in Geld, Leid, Lebensqualität) weiterhin den Sozialversicherten aufzubürden, um die Belastung der Unternehmen und Staatshaushalte zu begrenzen. Auf dieser Linie liegt der vorliegende Regierungsentwurf zur sogenannten Strukturreform im Gesundheitswesen. Interessant sind die ersten Risse, die sich in der Diskussion darüber zwischen Bundesregierung und Arbeitgeberverbänden einerseits sowie Gesundheitsindustrie und mittelständischen Interessengruppen (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte usw.) auf der anderen Seite zeigen. Die Bedrängnis scheint so groß zu sein, daß vereinzelt sogar schon zur Wahrheit gegriffen wird. So verteilte etwa der Hartmannbund eine Informationsschrift gegen die Zustimmung der Arbeitgeberverbände zum Referentenentwurf unter der Überschrift »Profit statt Gesundheit«.[5] Auch die Pharmafirmen, im Chor mit dem Vorstand der Chemiegewerkschaft, sehen sich erstmals von einer Bundesregierung in Verlegenheit gebracht.

Wie es aber aussieht, sind die Ängste der Anbieter auf den Gesundheitsmärkten (soweit sie sich nicht im öffentlichen Eigentum befinden) übertrieben und verfrüht. Erst eine politische Konstellation, in der weitere Zerrüttungen qualitativer und quantitativer Leistungsansprüche verhindert, in der das Zeitalter der Kostendämpfung beeendet und die Gesundheitssicherung und Krankenversorgung entschieden verbessert würden, brächte die Krankheitsgewinnler in wirkliche Bedrängnis. Erst die Abwehr von Kürzungen und Selbstbeteiligungen könnte die Ent-

lastungsventile der gegenwärtigen Strukturen und Bündnisse verstopfen und die Transformation von Gesundheits- und Strukturfragen in Sparpolitik blockieren. Erst dann könnte der mit ihnen verbundene ökonomische Problemdruck tendenziell in Richtung auf die Ursachen gelenkt werden und Gesundheitspolitik somit eine bessere Chance bekommen. Derzeit ermöglicht es die Schwäche der politischen und gewerkschaftlichen Reformkräfte, daß sich »Kabinett und Kapital« bei weitgehender Schonung ihrer Verbündeten im Gesundheitswesen auf Kosten der Sozialversicherten entlasten können. Mit der sogenannten Strukturreform wird das Zeitalter der Kostendämpfung nicht zu Ende sein. Das Ende der 80er Jahre vor uns liegende konjunkturbedingte Anwachsen der Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen Einnahmeverluste und Mehrausgaben für Sozialversicherungen und Staatshaushalte (verstärkt durch die Steuerreform) werden die »Sachzwänge« produzieren für weitere Fortsetzungen und Steigerungen.

2. *Krankenhauspolitische Orientierung*

Eine gravierende Gesetzmäßigkeit der praktizierten Kostendämpfung ist ihr *machtdeterminiertes Interventionsprofil*. Das heißt: Je größer die Fähigkeit der einzelnen Interessenten im und am Gesundheitswesen ist, politische Macht zu entfalten, desto mehr wird das Profil der Interventionen dahingehend bestimmt, daß

- Eingriffe um so weniger erfolgen,
- die eingesetzten Instrumente (z.B. Preisfestsetzungen) um so struktur- und interessenkonformer assimiliert werden können und
- Probleme und Kosten um so leichter auf andere abgewälzt werden können.

Somit wurden die *Sozialversicherten* (und hier wiederum besonders die chronisch Kranken und Alten) zum bevorzugten Objekt sowohl der Kostenpolitik (Kürzungen, Ausgrenzungen, Selbstbeteiligung) als auch der Abwälzungen seitens der Anbieter (über Verschreibung, Einweisung, Leistungsqualität, Selektion).

Entgegen gängiger Meinung, die nur den Bundesgesetzgeber, nicht aber die konkrete Politik in Ländern und Gemeinden sieht, steht unter den Anbietern das *Krankenhaus* an der Spitze der Eingriffe. Das betrifft sowohl die Häufigkeit als vor allem auch die Tiefe, insbesondere was die *direkten* Interventionen in die Bedingungen der Leistungserstellung angeht (z.B. Kontrolle der »Wirtschaftlichkeit«, Stellenkürzungen, [Teil-] Privatisierungen usw.). In einer besonders schwachen Position befinden sich die kommunalen und landeseigenen Krankenhäuser. Hier hat

der Staat durch Eigentumsrecht unmittelbaren Zugriff, der — und das ist das Problem — nach fiskalpolitischen Kriterien genutzt wird.

Es versteht sich, daß der Interventionsschwerpunkt Krankenhaus auch seine »realpolititschen« Begründungen findet. So sehen zahlreiche Experten im Krankenhaus den entscheidenden Hebel zur ökonomischen Sanierung des gesamten Gesundheitswesens. Es handele sich um den »Hauptkostentreiber« (Blüm) und größten Ausgabenposten der Krankenkassen. Manche fügen noch hinzu, das Krankenhaus nehme ein Drittel der Finanzen in Anspruch und behandele dafür nur ein Zehntel der Patienten, indessen ließen die niedergelassenen Ärzte ihre Dienste für nur ein Fünftel der Ausgaben den übrigen neunzig Prozent zukommen. Hier hatten bisher Hinweise noch keine Chance, daß die Effizienz zweier Hersteller von unterschiedlichen Produkten nicht mit dem Umsatzvolumen vergleichbar sein kann. Außerhalb der Gesundheitsökonomie käme niemand darauf zu behaupten, die Wirtschaftsbranche A sei effizienter als die Branche B, weil sie einen geringeren Anteil am Sozialprodukt und mehr Kunden hat. Noch nicht einmal die faktische Grundlage solcher Expertenvergleiche stimmt: zur ambulanten Versorgung zählen außer den Kassenarzthonoraren noch die Arzneimittel (die im Pflegesatz enthalten sind), die Heil- und Hilfsmittel, Früherkennungen usw. Aber das so entstehende umgekehrte Ausgabenverhältnis wäre als Grundlage irgendeiner Politik genauso unsinnig wie das Behauptete.

Entscheidend ist, daß sich der vornehmlich machtdeterminierte Interventionsschwerpunkt Krankenhaus (der noch ausgebaut werden soll) gerade spiegelverkehrt zu den Prioritäten verhält, die sich aus den Interdependenzen zwischen dieser Institution, dem Gesamtprozeß des Gesundheitssystems sowie der Risikostruktur der Lebensbedingungen ableiten lassen. Ich plädiere damit nicht für die Konservierung des Krankenhauses, sondern für die grundlegende Umorientierung der krankenhauspolitischen Sichtweise. Die Prioritäten müssen gefolgert werden aus der Funktion des Krankenhauses für den einzelnen Patienten und der Stellung dieser Institution im arbeitsteiligen Gesamtzusammenhang des Gesundheitswesens:

Für den einzelnen Patienten ist das Krankenhaus eine »Spezialumwelt«, in die er gelangt, wenn sich aus dem Zusammenhang von Krankheit und physisch-psychischer Disposition sowie der sozialen Alltagswelt (Arbeit, Familie, Wohnung usw.) ergibt, daß er auch mit Hilfe der ambulanten Möglichkeiten nicht mehr in dieser alltäglichen Umwelt verbleiben kann.

Verglichen mit den anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist also das Krankenhaus dasjenige Teilsystem, das — bezogen auf die

Patientenkarriere — erst sehr spät intervenieren kann. Daraus resultiert ein wichtiger krankenhauspolitischer Grundsachverhalt: *Wieviele Patient/inn/en in welchem Stadium ihrer Krankheit mit welchem Behandlungs- und Pflegebedarf in die Klinik gelangen, wird zum überwiegenden Teil außerhalb dieser Institution entschieden.* Das heißt: Je später und seltener gesundheitsbezogene Vorsorge in der normalen Arbeits- und Freizeitumwelt in krankheitsverursachende und begünstigende Bedingungen eingreift, je später und erfolgloser die erkrankten Menschen ambulant diagnostiziert und versorgt werden, je geringer ihre Selbsthilfemöglichkeiten und -fähigkeiten zu Hause und am Arbeitsplatz sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Leistungsanforderungen an das Krankenhaus weiter zunehmen werden. Bei allen Ineffizienzen und Irrationalitäten im Krankenhaus selbst, ist die Expansion der Kosten zu einem großen Teil die Expansion von Leistungsanforderungen, die nach Umfang und Inhalt extern, also von außerhalb bestimmt sind.

Aus dieser Interdependenz ergeben sich folgende Orientierungen und *Kriterien* für die Krankenhauspolitik:

1. Trotz seiner Reformbedürftigkeit kann das Krankenhaus kein Hebel zur Sanierung des Gesundheitswesens sein. Auf die meisten Faktoren seiner Inanspruchnahme hat es selbst keinen Einfluß, sei es die Lebens- und Arbeitsqualität, die sich wandelnde Familienstruktur und die Vereinzelung mit den damit verbundenen abnehmenden Selbsthilfefähigkeiten oder sei es die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung.

2. Aus den wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungseinrichtungen folgt, daß eine isolierte *Planung* allein des Krankenhauses, ohne Einbeziehung des ambulanten Sektors, zum Scheitern verurteilt sein muß.

3. Krankenhauspolitik mit gesundheitspolitischer Perspektive kürzt nicht, sondern *entlastet*, insbesondere durch sozialpolitische Stärkung der Selbsthilfefähigkeit, verbesserte ambulante Versorgung (auch durch das Krankenhaus), Pflege und Rehabilitation. In der Entlastung liegt auch die realistische ökonomische Voraussetzung qualitätsorientierter Reformen der Institution selbst. Es werden dadurch Ressourcen frei, die zur patientenzentrierten Behandlung und Pflege (und damit auch zur Effizienz) erforderlich sind.

4. Die Vorstellung, »medizinische« Faktoren der Krankenhausversorgung ließen sich von »sozialen« trennen, ist eine technokratische Illusion: Die Berücksichtigung der psychosozialen Individualität jedes Patienten ist weder als ethisches Beiwerk noch als Sonderleistung für

Zuzahler zu betrachten, sondern Grundlage der Wirksamkeit. Die große, in vielen Fällen sogar entscheidende Bedeutung der körperlich-seelischen Befindlichkeit für die therapeutische Situation kann nicht mehr ernsthaft bestritten werden. Die dazu erforderliche Pflege, Zuwendung und Aufklärung durch das medizinisch-pflegerische Personal ist nicht allein eine Frage der subjektiven Humanität, sondern ein ungelöstes Problem von Strukturen, Ausstattung, Qualifikation und qualitätorientierter Leitung, in der sich eine humane Medizin entfalten kann. Hauptprobleme sind die überkommenen Hierarchien und die systematische Unterbewertung der Pflege.

Es entspricht dem platten Ökonomismus der Kostendämpfungspolitik, daß diese Zusammenhänge weitgehend ignoriert werden und stattdessen die Umgestaltung des Pflegesatzes zum ökonomischen Hebel der Verbilligung im Zentrum der Diskussion steht.

3. *Der Pflegesatz als ökonomischer Hebel?*

Die Gründe für den (auch internationalen) Trend des Pflegesatzanstiegs sind vielfältig: Sie liegen bei den gesundheitlichen und sozialen Faktoren der Inanspruchnahme, in der Dysfunktionalität der vor- und nachgelagerten Versorgungsbereiche, in der gesamtwirtschaftlich unterdurchschnittlichen Steigerungsfähigkeit der Produktivität von personenbezogenen Dienstleistungen[6], im Rückzug des Staates aus der Krankenhausfinanzierung, in mangelhafter medizinischer und pflegerischer Leistungsqualität des Krankenhauses und in dessen ineffizienten Binnenstrukturen. Im Gegensatz zu dieser Ursachenvielfalt hat sich der Horizont der krankenhauspolitischen Diskussion auf nur zwei Faktoren verengt, auf das Kräfteverhältnis bei Pflegesatzverhandlungen und auf die Methoden der Pflegesatzgestaltung. Auf die entscheidende Frage, zu welchen gesundheitspolitischen Folgen unter den gegebenen Strukturen die wirtschaftliche Stimulierung führt, wird keine Energie verschwendet. Statt dessen wird die Diskussion in Form eines betriebswirtschaftlichen Dogmenstreits geführt. Von einem Bewußtsein, daß es hierbei um die Beeinflussung hochkomplexer Prozesse geht, deren Gegenstand jährlich elf Millionen Kranke sind, findet sich dabei keine Spur.[7]

Diskutiert werden verschiedene Grundformen differenzierter Pflegesätze wie degressive, fachabteilungsspezifische sowie diagnose- und fallgruppenspezifische Pflegesätze.[8] Der — in jeweils unterschiedlicher Form — versprochene ökonomische Anreiz für die Krankenhäuser besteht prinzipiell in der Unterbietung der statistisch durchschnittlichen

Liegezeit und in der Verringerung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Unter anderem die folgenden schweren Bedenken wären *vor* dem Einsatz solcher Hebel auszuräumen:

— Es gibt kein statistisch einsetzbares System von Krankheitsarten bzw. Fallgruppen, das klinisch trennscharf wäre, das die Multimorbidität berücksichtigt und den Schweregrad, ebensowenig die Selbsthilfefähigkeit des Einzelfalls. Jeder Kranke ist aber ein Einzelfall.

— Die Anreize, die von den derzeit diskutierten Pflegesatzmodellen ausgehen, zielen auf die Kürze der Liegezeit, nicht auf das individuelle Optimum. Die Verweildauer muß nach den individuellen medizinischen und psychosozialen Umständen der Patienten bestimmt werden können. Ihre Verkürzung ist daher primär auf die Verbesserung dieser — sowohl inner- als auch außerklinischen — Umstände zu richten. Die ökonomisch erzwungene und technokratisch exekutierte Verweildauerfestsetzung wird nicht nur individuell prekäre, sondern auch gesamtgesellschaftlich kostspielige Folgen haben.

— Wenn Verweildauersenkungen ohne einen Mehraufwand an Behandlung, Pflege, Aufklärung und Gesundheitsberatung vorangetrieben werden, sinkt die Versorgungsqualität, steigt die Krankenhaushäufigkeit (Wiedereinweisungen) und erhöhen sich somit im Zeitverlauf die Krankenhauskosten.

— Durch die diskutierten ökonomischen Anreize können alte und multimorbide Patienten, die einen komplikationsreichen Krankenhausaufenthalt erwarten lassen, zum finanziellen Risiko einer Klinik oder Abteilung werden. Dadurch entsteht ein massives Interesse an einer ökonomisch-risikobezogenen Selektion bei Aufnahme/Entlassung.

— Unter unveränderten strukturellen Bedingungen sind die Krankenhäuser in der Regel weder interessiert noch in der Lage, auf ökonomische Hebel *qualitätsorientiert* zu reagieren. So fehlt es in den Kliniken bis heute an jeglichem systematischen Versuch, die Adäquanz und Relevanz einzelner Leistungen im Hinblick auf die medizinisch-pflegerische Qualität des Behandlungsprozesses zu beurteilen und zu vergleichen. Niemand kann also erwarten, daß bei bloßer Mittelverknappung »an der richtigen Stelle gespart« werden kann und wird. Im Gegenteil:

— Der globale Kostendruck über die Preise (statt gezielter Vorgaben) verteilt sich innerhalb des Krankenhauses nach der Maßgabe des Kräfteverhältnisses. Eingespart wird somit gerade nicht an überbordenden Einrichtungen und Ausstattungen, da diese sich in der Regel gerade der Stärke verdanken.

— Vielmehr bleibt es dabei und verstärkt sich, daß die Berufsgruppen mit dem stärksten Einfluß sich auf Kosten der Schwächeren, besonders des nachgeordneten Personals behaupten. Der Vorrang der technischen und pharmakologischen Medizin vor der pflegerischen und psychosozialen Betreuung wird damit festgeschrieben und ausgebaut.
— Leistungsverschlechterungen im Krankenhaus, insbesondere in der Pflege sind für die besserverdienenden Arbeitnehmer ein starker Anreiz für private Zusatzversicherungen bzw. dafür, sich dann insgesamt durch den Abschluß von Privatversicherungen dem zu entziehen. Die vage Hoffnung auf Kostendämpfung im Krankenhaus würde durch die sozialen Krankenversicherungen mit einer ganz gewissen Schwächung ihrer Solidargemeinschaft bezahlt.

Wenn die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses erhöht werden soll, dann kann das nur heißen, das angestrebte Versorgungsniveau unter möglichst sparsamem Einsatz von Ressourcen zu erreichen, nicht aber das Niveau zu zerrütten. Geld ist als Steuerungsmedium prinzipiell blind gegenüber Fragen der medizinischen Relevanz und Adäquanz oder der Menschenwürdigkeit von Maßnahmen und Unterlassungen. Dafür bieten die Marktgesellschaften Beispiele genug. Wie auch in anderen Lebensbereichen (etwa dem der Ökologie) müssen wir lernen, die Dinge unmittelbar auf ihren Nutzen für die Menschen zu beurteilen und dafür praktikable Kriterien zu entwickeln, anstatt auf indirekte Wirkungen von Finanzierungsmechanismen zu spekulieren. Solche Spekulationen scheitern in der Realität überdies meist daran, daß finanzielle Anreize von den Stärkeren, die die Spielregeln der Anpassung daran bestimmen, für ihre Interessen instrumentalisiert werden, gleich welches Motiv ihnen auch immer zugrunde lag. Die Attraktivität finanzieller Anreize liegt für die Realpolitiker in der Konfliktarmut, aber die »Geräuschlosigkeit« ihrer Wirkungsweise verdankt sich nichts anderem, als daß sie machtkonform assimiliert werden, Bestehendes also nicht ändern, sondern intensivieren. Das Resultat etwa von nicht kostendeckenden Pflegesätzen wären nicht weniger Chefärzte, sondern weniger Pflegepersonal, keine Reduzierung überflüssiger Diagnostik, sondern weitere Industrialisierung der Grundpflege. Vorrangig sind darum Anstrengungen zur Qualitätsbeurteilung und -kontrolle von Behandlung und Pflege. Es geht erstens um gesundheitspolitisch rationale Instrumente zur »Durchforstung« von therapeutischen und diagnostischen Verfahren, Pflegeroutinen, Ausstattungsbestandteilen usw. nach den Kriterien der Relevanz und Adäquanz, um zweitens innerhalb der Institution Mittel freizusetzen, die in dringende Verbesserungen (z.B. in

die Qualifikation des Personals) reinvestiert werden können. (Dieses wäre dann tatsächlich »Gesundheitsökonomie«.)

4. *Qualitätssicherung und Kontrolle*

Es ist eine Binsenweisheit in allen Bereichen ökonomischen Handelns, daß die einzelwirtschaftlichen Subjekte auf Preisdruck u.a. zunächst mit dem strukturkonformen Versuch reagieren, wo immer möglich, Kosten zu externalisieren (an Umwelt und Gesellschaft), die Arbeit zu intensivieren und die Produktqualität zu senken. Aber im Zeitalter der realpolitischen Kostendämpfung wird ausgerechnet im Krankenhaus, wo »Produktion« und »Konsumtion« identische Prozesse sind und diese Strategien einen nahezu hilflosen »Kunden« treffen (der nicht ausweichen kann), der Druck auf die Preise (Pflegesätze) ohne jede verbindliche und wirkungsvolle Maßnahme zur Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität ausgeübt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzieren Leistungen und verhandeln über deren Preise, ohne sich der Qualität zu vergegenwärtigen. Die Krankenhäuser müssen verpflichtet werden, neben den Kosten gleichberechtigt den Standard der medizinischen und pflegerischen Qualität zu dokumentieren. Womit, wenn nicht mit Qualitätsstandards soll die Berechtigung von Preisen oder die Entscheidung über Ausbau und Schließung überprüft werden?

Die in der Bundesrepublik anzutreffenden Ansätze zur Qualitätskontrolle sind völlig unzulänglich. Sie sind wenig verbreitet und beschränken sich allenfalls auf die ordnungsgemäße Anwendung medizinisch-technischer Regeln, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des juristischen Schutzes ärztlichen Handelns. Häufig resultiert daraus eine aufgeblähte »Absicherungsdiagnostik«, die die Patient/inn/en und die Krankenkassen zusätzlich belastet. Wichtig ist, daß die *Dimension* der Leistungsqualität alle Aspekte der medizinischen und pflegerischen, an der Individualität des Patienten orientierten Krankenversorgung umfassen. Der Hinweis auf die zweifellos bestehenden Operationalisierungsschwierigkeiten kann Untätigkeit nicht legitimieren. Wir haben es hier mit einem Gebiet zu tun, das von der trendbewußten Gesundheitsforschung bisher vernachlässigt worden ist. Pragmatisches und additives Vorgehen ist notwendig und möglich. So können transparente Kriterien für die medizinisch-pflegerische Qualität und ihre wirksame Kontrolle nicht nur auf der Ebene der *Ergebnis*qualität von Behandlung und Pflege formuliert werden, sondern auch auf der Ebene der *Prozesse* und Verläufe (Leistungs- und Behandlungsabläufe usw.) sowie auf der

Ebene des *Ressourceneinsatzes* (Personal, Qualifikation, Ausstattung usw.) und der *Strukturen* (z.B. Gruppenpflege, Personalstruktur).

In der stationären Versorgung sind die Voraussetzungen für wirksame Qualitätssicherung günstiger als in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung. In gut geführten Häusern findet sich in Diagnostik und Behandlung ein detailliertes System der Dokumentation, das bei korrekten Aufzeichnungen das Nachvollziehen der Abläufe ermöglicht. Gleichwohl erfordert die Sicherung der Qualität Ergänzungen nicht nur durch unmittelbar fallbezogene, sondern auch durch institutionsbezogene (d.h. auf die Abteilungen und Stationen bezogene) Beurteilungshilfen (z.B. Patienten-, Behandlungs- und Leistungsprofile). Wesentlicher Bestandteil ist die Pflegedokumentation. Auf dem Stand der informationstechnischen Entwicklung handelt es sich meist um Daten, die ohnehin anfallen sollten und die oft nur einer speziellen Aufarbeitung für die Zwecke der Qualitätssicherung bedürfen.

In Abgrenzung von technokratischen (und insofern auch illusionären) Konzepten der Qualitätskontrolle ist besonders darauf hinzuweisen, daß es sich um die *Qualität sozialer Prozesse* handelt. Daher muß die Bedeutung der *Patientenrechte* und deren Gewährleistung ebenso hervorgehoben werden wie die Erfordernisse von befriedigenden *Arbeitsbedingungen* im Krankenhaus.

In der Qualitätssicherung liegt auch eine arbeitspolitische Perspektive für die Beschäftigten, die von soliderer Tragfähigkeit sein kann als die zunehmend erfolgloseren Versuche herkömmlicher Bestandsicherung.[9] Die Transparenz des Leistungsgeschehens und glaubwürdige Nachweise seiner Abhängigkeiten von den Bedingungen der Arbeit können die institutionelle Isolierung, etwa gegenüber den gewerkschaftlichen Selbstverwaltungsmitgliedern, überwinden. Freilich werden solche Bündnisse nur in solchen Fragen auf eine Stärkung hinauslaufen, in denen die Beschäftigteninteressen mit der Versorgungsqualität identisch oder zumindest vereinbar sind, während ständische und individualistische Positionen auf der Strecke blieben. Die Struktur der Einheitsgewerkschaft könnte hier geradezu ideale Voraussetzungen bieten, die wechselseitig nötigen Lernprozesse zu fördern.

5. *Zum Prozeß der Veränderung*

In der Reformdiskussion (nicht nur bezüglich des Gesundheitswesens) mangelt es weniger an Modellen besserer Versorgung, als an realistischen Vorstellungen über den *Prozeß* der Veränderung.

Wer einigermaßen in der Tradition der Reformdiskussion seit Beginn der 70er Jahre zu Hause ist, der kann sich z.B die Integration von stationärer und ambulanter Versorgung gut vorstellen. Aber wie könnten Veränderungsprozesse von Politik und Institutionen aussehen? Wer könnte daran ein Interesse haben und wie könnten diese Interessenten zu Subjekten der Veränderung werden? Kurz: Wo in der Gegenwart ist Zukunft angelegt und wie kann man sie stärken und weiterentwickeln zu Veränderungsprozessen?

Der Reformprozeß in Richtung auf ein humanes Gesundheitswesen ist ein dreifaches Problem: erstens stellt sich seine Durchsetzung als *ökonomisches Problem* der Umverteilung und des Einsatzes personeller und materieller Ressourcen; zweitens stellt sie sich als *Machtproblem*, betreffend die Interessen *im* Gesundheitswesen und die widersprüchlichen Interessen *am* Gesundheitswesen; und drittens ist sie ein gesellschaftliches *Lernproblem*, das sowohl die vorhandenen Potentiale an Qualifikationen, Methoden und Denktraditionen im medinzinisch-pflegerischen Bereich, die Qualität und Selektivität der Forschung, als auch das Verhältnis der Menschen zu sich selbst, zur Krankheit und zu den Institutionen des Gesundheitswesens angeht. Realismus (im Gegensatz zu »Realpolitik«) als Einheit von tätigem Hoffen und Prozeßkenntnis muß hier illusionslos auf den unterschiedlichen Besonderheiten und Zeitdimensionen auf jeder dieser Ebenen aufbauen.

So hat die Ressourcenfreisetzung durch Umverteilung von Budgets (z.B. durch Abschöpfung bei oberen Gewinn- und Honorargruppen) einen sehr viel geringeren Zeitbedarf als die notwendigen inhaltlichen Veränderungen von Medizin und Pflege. Die hierzu erforderlichen Lernprozesse im gesellschaftlichen Maßstab werden sich nur allmählich und in der Dialektik mit sich verändernden Strukturen durchsetzen. Strukturreformen wiederum sind nicht nur Macht- und Lernfragen, sondern fast immer auch ökonomische Investitionen, wo gegenwärtigem Mehraufwand erst zukünftiger Effizienzgewinn gegenübersteht. Diese Mehraufwendungen können durchaus vom Gesundheitswesen selbstfinanziert werden. Aber nur, wenn die durch Umverteilung mobilisierten Mittel nicht für fremde Zwecke entzogen werden (zur direkten und indirekten Sanierung des Staatshaushalts, z.B. zur Kompensation der Steuerreform). Es geht also nicht um die Frage: Sparen — ja oder nein; sondern erstens: wo und was wird eingespart nach welchen Kriterien und zweitens: was geschieht mit den absoluten oder relativen Einsparungen?

Die Entwicklung positiver, d.h. auf die Entfaltung des Menschseins bezogener Gestaltungsvorstellungen bezeichnet Ernst Bloch als »Wärme-

strom« der Theorie, der erst zusammen mit dem »Kältestrom«, d.h. einer von Wunschdenken freien Möglichkeitsanalyse ein Konzept ausmacht. Dazu gehört die in »Reformodellen« meist unauffindbare Frage nach den *Subjekten* der Durchsetzung, Steuerung und Kontrolle einer effizienten und humanen Gesundheitssicherung und Krankenversorgung.

Die derzeitige Dominanz grün-alternativer Ideen unter den Reformkräften führt in dieser Frage zur Hochschätzung und — wie ich meine — Verabsolutierung der Funktion des »Betroffenseins«. Zunächst einmal ist anzuerkennen, daß diese Hochschätzung motiviert ist von der Sorge, »Stellvertreterpolitik« zu vermeiden und dem Wunsch, die Menschen für ihre eigenen Interessen zu mobilisieren. Aber der unter den Intellektuellen in den 70er Jahren verbreitete Heilsglaube an ein »Proletariat« (als Projektionsobjekt eigener Hoffnungen) sollte nicht lediglich durch den Glauben an die »Betroffenen« ersetzt werden. Hinzu kommt noch der sehr reduktionistische Gebrauch des Begriffes, etwa wenn Betroffenheit von Gesundheitspolitik auf die *Patient/inn/en* beschränkt wird. Beispielsweise heißt es in einer programmatischen Schrift der Grünen, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung seien »die ermutigten, organisierten, informierten und aufmüpfigen — kurz: die emanzipierten Patienten erforderlich«, denen gegenüber sich der Arzt eine unsachgemäße Behandlung nicht leisten könne. Die Qualität der Versorgung darf aber gerade *nicht* davon abhängen, ob die Patient/inn/en »ermutigt, organisiert, informiert und aufmüpfig« sind. Denn diese Abhängigkeit besteht bereits im existierenden Gesundheitswesen. Weil nämlich diese Eigenschaften in der Klassengesellschaft ungleich verteilt sind, liegt hier eine wesentliche Ursache für die schichtenspezifisch unterschiedliche Behandlungs- und Betreuungsqualität. Außerdem wird vorschnell aus der Betroffeneneigenschaft auf die Möglichkeit geschlossen, zum *Subjekt* von Prozessen zu werden. Der soziale Status der Patient/inn/en, insbesondere im Krankenhaus, ist aber doch gerade durch die krankheitsbedingte Einschränkung ihrer aktiven Möglichkeiten gekennzeichnet. Kranke, als »Menschen in gestörtem Zustand«, sind hilfsbedürftig, oft physisch und psychisch geschwächt und nicht selten sozial bedroht. Politische Wirksamkeit hingegen hängt von der Fähigkeit ab, Interessen zu artikulieren und zu organisieren und dabei Konflikte einzugehen. Das Wunschdenken von der Kraft des Betroffenseins unterstellt, den durch Kranksein ohnehin ichgeschwächten und vereinzelten Patient/inn/en könne in den Institutionen das gelingen, wozu sie oft in der Alltags- und vor allem in der Arbeitswelt nicht fähig sind und was sie dort in der Regel auch nicht erlernt haben: sich

gegen die sie bedrängenden Verhältnisse unter Inkaufnahme eines Sanktionsrisikos zur Wehr zu setzen. Das Sanktionsrisiko muß im Krankenhaus gesenkt und die Patient/inn/enrechte erweitert werden; davon läßt sich eine — wenn auch sozial selektive — qualitätssichernde Wirkung, aber kein Impuls für Veränderungen erwarten. Die Frage nach den *politischen* Subjekten sollte sich also auf die Gesunden konzentrieren. Dazu abschließend nur einige Stichworte:

Wie eingangs gezeigt, sind die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen sehr resistent. Daher setzen Veränderung die breite Zustimmung der *sozialversicherten Bevölkerung* voraus. Zunächst gilt es zu begreifen, daß die Entsolidarisierungstendenzen kein reines Bewußtseinsproblem sind, sondern durch reale und beeinflußbare Entwicklungen gefördert werden. So gibt es bereits 5.4 Millionen Voll- und 4,5 Millionen Zusatzversicherte in den privaten Krankenversicherungen. Wenn durch weitere Aufweichung der *Versicherungspflicht* diese Tendenz weitergetrieben wird, so kann sich ein wachsender und relevanter Anteil der Bevölkerung (es sind dies gerade die artikulationsfähigsten Gruppen) weiteren Verschlechterungen und Verteuerungen der GKV-Leistungen individuell entziehen. Sie sind nicht mehr betroffen, wenn die Sozialversicherung allmählich auf eine Minimalsicherung reduziert wird. Mahnendes Beispiel ist der britische Thatcherismus, dem die fast reibungslose Destruktion der sozialen Alterssicherung gelingen konnte, weil ein relevanter Teil der sicher und gutbezahlten Beschäftigten über die Betriebe privatversichert ist.[10] Die Bedeutung einer möglichst hohen Pflichtversicherungsgrenze für die Entwicklung im Gesundheitswesen kann also nicht hoch genug veranschlagt werden.

Eine wichtige Rolle spielen *die Beschäftigten im Gesundheitswesen*. Allein im Krankenhaus arbeiteten 1985 mit 807.000 mehr Menschen als in der gesamten Automobilindustrie (718.000). An anderer Stelle habe ich gezeigt[11], daß der gesamtwirtschaftliche Ökonomisierungsdruck auf die Institutionen in der Tendenz die Vertretung ständischer Sonderinteressen zunehmend erfolgloser werden läßt. Die Frage ist allerdings offen, ob dies zu individueller Resignation oder gewerkschaftlicher Gegenwehr führt. Um in dem zur Gegenwehr erforderlichen sozialen Maßstab bündnisfähig zu werden, muß sich die Interessenvertretung ohne Etikettenschwindel am gesellschaftlichen Gebrauchswert ihrer Arbeit orientieren. Gewerkschaftliche Politik im Gesundheitswesen kann also nicht nur »Forderung«, sie muß auch »Streben« sein, d.h., die Veränderung der Verhältnisse schließt die eigene Veränderung mit ein. Sie wird nur insoweit erfolgreich sein, wie sie sich auf die Legitimation bei den auf ihre Dienste angewiesenen Sozialversicherten stützen kann.

Darum liegt auch die Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität in ihrem Interesse.

Exemplarisch für den absteigenden (wenn auch noch immer kräftigen) Ast, auf dem Standespolitik heute sitzt, ist die Situation bei den Ärzten. Die Standespolitik kann der jüngeren Generation der Ärzte noch nicht einmal mehr das sichern, was sie als ihr ausschließliches Interesse ansieht: eine Berufsperspektive. Als der Beginn des Kostendämpfungszeitalters Grenzen der Honorarsteigerungen signalisierte, versuchten sie die Haut der Niedergelassenen auf Kosten des Krankenhauses zu retten (Stichwort: »Bayernvertrag«): Sie trugen somit dazu bei, daß das Krankenhaus die wachsende Zahl der jungen Ärzte nicht mehr aufnehmen kann. Der Ausbau anderer Bereiche, etwa der öffentlichen Gesundheitsdienste, wurde ebenfalls weiterhin abgewehrt. Seit sich dadurch die Anzahl der niedergelassenen Ärzte steigert, trägt Standespolitik zunehmend die Züge eines Kampfes gegen die eigene jüngere Generation, vom Numerus clausus bis zu den Zulassungsregelungen und Facharztanerkennungen. Die Legitimation, im »Patient/inn/eninteresse« zu handeln, ist durch exzessiven Gebrauch dauerhaft geschädigt und die Erfolge oppositioneller Listen bei den Ärztekammerwahlen gehen wohl vor allem darauf zurück, daß sich viele, meist jüngere Ärztinnen und Ärzte eine nichtständische Politik erhoffen, ohne damit ihre beruflichen Interessen preisgeben zu wollen.

In dieser Konstellation liegt eine gesundheitspolitische Chance zur Verbesserung der Krankenhausversorgung. Gewerkschaftliche und politische Reformkräfte könnten hier eine Bastion gewinnen: Obwohl 83,000 Ärzte im Krankenhaus beschäftigt sind, existiert kein eigenständiges Berufsbild »Krankenhausarzt«. Noch immer gilt die Klinik für die meisten Ärzte als Durchgangsstation; wer dauerhaft hier arbeitet, ist »hängengeblieben«. Dieser Zustand ist nicht nur beruflich unbefriedigend, sondern zugleich auch eine wesentliche Ursache für die mangelhafte medizinische Versorgung im Krankenhaus, das mit seinen Aus- und Weiterbildungsfunktionen derzeit völlig überfordert ist. In der insgesamt fragwürdigen ärztlichen Hierarchie ist besonders die Relation zwischen erfahrenen Fachärzten (mit und ohne Oberarztstatus) und Assistenzärzten ungünstig. Die Folgen: Assistenzärzte werden weitgehend autodidaktisch zu Fachärzten. Für die einzelnen Patient/inn/en hängt die Qualität ihrer medizinischen Versorgung nicht zuletzt davon ab, ob sie das Glück haben, an einen begabten Autodidakten zu gelangen. Die Arbeit der ausgebildeten Fachärzte besteht in zu hohem Maße in partiellen Eingriffen und zu wenig in der gesamten Behandlung der Patient/inn/en. Zum Nachteil ihres geringen zahlenmäßigen Anteils

addiert sich dadurch noch ihre Dequalifizierung. — Durch das veränderte Zahlenverhältnis zugunsten höherer Qualifikationen würden sich bei der Entwicklung des Krankenhaus-Facharztes zunächst die Personalkosten begrenzt erhöhen. Aber auf der anderen Seite könnte die Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden, besonders durch Vermeidung von Fehldiagnosen und der bei Assistenzärzten gängigen häufigen Defensiv- und Absicherungsdiagnostik sowie übermedikation, durch schnellere, präzisere und konsistentere Erstellung von Therapieplänen usw. Einsparungen bei den Behandlungskosten als Ergebnisse von (zu kontrollierenden) Qualitätsverbesserungen sind nicht nur humaner, sondern auch realistischer zu erwarten, als durch indirekte ökonomische Hebel.

Damit sollte nur *ein* Beispiel von vielen angeführt werden für die — besonders auch im Pflegebereich liegenden — Möglichkeiten, Perspektiven für die Beschäftigten mit dem Interesse an verbesserter Leistungsfähigkeit zu verknüpfen als Elemente einer arbeitnehmerorientierten und finanzierbaren Gesundheitspolitik.

Anmerkungen

1 Vgl. meinen Aufsatz: Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung? In: WSI-Mitteilungen, Nr. 10/1979, 537ff. Dort wird der (noch immer gültige) Nachweis geführt, warum ein solches Konzept scheitern muß, u.a. aufgrund seiner Budget- bzw. Einnahmeorientierung, der Machtdeterminiertheit des Interventionsprofils und der Blindheit seiner finanziellen (indirekten) Steuerungsmechanismen gegenüber den Kriterien der Qualität und Wirksamkeit.

2 Als immanentes und auf diese Weise eindrucksvolles Fazit vgl. Berg H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Sankt Augustin: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.

3 Als Marx meinte, eine Idee müsse sich stets blamieren, wo sie dem Interesse gegenübersteht, konnte er die gesundheitspolitischen Realpolitiker und ihre Experten noch nicht gekannt haben. Hier kann nämlich von »Ideen«, in denen sich nicht sogleich herrschende Interessen ausdrücken, kaum die Rede sein.

4 Das meint u.a. die Vorrangigkeit privater und frei-gemeinnütziger vor staatlichen Trägern, die nicht zuletzt mit größerer Kontextnähe und Überschaubarkeit legitimiert wird.

5 HB-Information vom 10.01.1988.

6 Zu diesem ökonomischen Grundsachverhalt s. Kühn, H.: Kostendämpfung ..., a.a.O., 539 u. 546.

7 Exemplarisch für die technokratische Desinteressiertheit am empirischen Geschehen im Krankenhaus vgl. Westphal, E., 1986: Das Fiasko der Krankenhauskosten. In: Die Ortskrankenkasse, 21/1986, 640ff. Der Autor ist Direktor im AOK-Bundesverband und möchte u.a. die Chefarztvergütung an das Ausmaß von

Kürzungen binden (»erfolgsabhängige Chefarztverträge«) und mit dem Instrument der diagnoseabhängigen Fallpauschale »eine geräuscharme Kapazitätspolitik« betreiben.

8 Vgl. Reichelt, A., 1986: Der ICD-Schlüssel als ökonomischer Hebel für die Krankenhäuser? In: Technologie und Medizin. Argument-Sonderband 141, West-Berlin.

9 Vgl. Kühn, H., 1979: Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenpolitik im Krankenhaus. In: Soziale Medizin. Argument-Sonderband 30, Berlin, 46ff.

10 Vgl. Lawson, R., 1987: Gegensätzliche Tendenzen in der sozialen Sicherheit. Ein Vergleich zwischen Großbritannien und Schweden. In: Zeitschrift für ausländische und internationales Sozialrecht, 1. Jg. Heft 1/1987, 23ff.

11 Kühn, H.: Zur Theorie ..., a.a.O.

Johanna Bleker

Biedermeiermedizin — Medizin der Biedermeier?

Ärzte zwischen Anpassung und Opposition*

»Schau dort spaziert Herr Biedermeier
Und seine Frau, den Sohn am Arm;
Sein Tritt ist sachte, wie auf Eier
Sein Wahlspruch: weder kalt noch warm.
Das ist ein Bürger hochgeachtet,
Der geistlich spricht und weltlich trachtet;
Er wohnt in jenem schönen Haus
Und — leiht sein Geld auf Wucher aus.«

So beginnt der erste gedruckte Steckbrief der Figur, die einer deutschen Kulturepoche ihren Namen geben sollte; erschienen 1846, zwei Jahre vor der Revolution, zwei Jahre vor dem Ende dieser bürgerlichsten Periode deutscher Geschichte.

»Herr Biedermeier, Mitglied der 'besitzenden und gebildeten Klasse'« — wie der Autor Ludwig Pfau (1821-1884) das Gedicht überschrieb — ist ein Produkt des Vormärz. Er entstand aus dem Auseinanderdriften der bürgerlichen Opposition, aus der radikaldemokratischen und sozialistischen Kritik am bürgerlichen Liberalismus. Herr Biedermeier ist scheinheilig und selbstgefällig, hartherzig, politisch feige und opportunistisch. Eine wenig liebenswürdige Gestalt. Doch dies sollte sich bald ändern.

Schon wenige Jahre später, im Jahre 1853, trat an seine Stelle der treuherzige Poet Gottlieb Biedermeier. Er war eine Erfindung des jungen Arztes Adolf Kußmaul (1822-1902). Kußmaul hatte durch einen Zufall die Gedichte des braven Dorfschulmeisters Samuel Friedrich Sauter (1766-1846) entdeckt. Er fand, wie er später schrieb, den »ungehobenen Schatz einer eigenartigen Poesie von ungewöhnlicher« — weil ungewollter — »komischer Kraft.«

Sauter füllte seine Gedichte mit den Freuden und Sorgen seines schlichten Lebens im badischen Kraichgau. Zum Tode seiner Ehefrau dichtete Sauter:

* Leicht überarbeitetes Manuskript des Karl-Sudhoff-Gedächtnis-Vortrags auf der 70. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik am 27.9.1987 in Bayreuth. Eine erweiterte und kommentierte Fassung erscheint im Medizinischen Journal 23 (Heft 1), 1988.

»Traurig ist es einsam seyn!
Traurig so allein zu leben.
Einsam schlafen, nichts daneben,
Nichts vom gleichen Fleisch und Bein ...«

Ein drohendes Sommergewitter entlockte dem Dichter aus dem Badischen die besorgten Verse:

»Es steht ein Wetter wohl über der Erd.
Wenn's nur ins Württembergische fährt! ...«

Kußmaul stellte die komischsten dieser Gedichte zusammen, fügte noch einige eigene Produkte gleichen Stils hinzu und gab die Sammlung, gemeinsam mit seinem Freund Eichrodt, als Werke eines fiktiven Gottlieb Biedermeier heraus. Die Gedichte erschienen auch in den Münchener Fliegenden Blättern.

Herr Biedermeier als politische Karikatur des Vormärz geriet in Vergessenheit. Der liebenswerte naive Biedermeier Kußmauls stand Pate für den Begriff des Biedermeier, der am Ende des 19. Jahrhunderts zunächst als Stilbezeichnung in Gebrauch kam.

In der hektischen und überladenen Salonkultur des Fin de Siècle entstand eine neue Wertschätzung der schlichten Wohn- und Familienkultur einer guten alten Zeit. Das Biedermeier wurde zum Inbegriff der vorindustriellen bürgerlichen Idylle.

Die Postkutsche, der Pfeife rauchende Familienvater, die heiteren Kinder, die fleißige Hausfrau, Bratäpfel im Ofenrohr, blankgescheuerte Dielen, züchtige Rüschen, Schutenhüte und Zylinder, Nachtwächter und Gendarmen, rotbäckige Mägde, brave Bauern, kauzige Gelehrte, arme Poeten, Schlafmützen und zierliche Blumensträuße — das war die Welt des Biedermeier. Spitzweg und Richter gehörten dazu, Jean Paul und Mörike, Stifter und Lenau.

Etwa um 1930 einigte man sich darauf, die Zeit nach den Restaurationsbeschlüssen ab 1815 und vor der Revolution von 1848 als einheitliche Stil- und Kulturepoche anzuerkennen. Es ist, wie Martin Greiner schreibt, die Zeit »zwischen zwei enttäuschten bürgerlichen Hoffnungen, für die man in der privaten Sphäre, im Geselligen und Gemüthaften einen Ausgleich sucht ... Es ist eine Epoche des Sammelns und Hegens und des liebevollen antiquarischen Interesses ... der Andacht zum Kleinen ... Die Achtung und Ehrfurcht vor dem Bestehenden bestimmen ... das Verhältnis zu Staat und Religion«.

Von vornherein war die Epochenbezeichnung »Biedermeier« problematisch. Denn sie impliziert nicht nur Mittelmäßigkeit und einen ans Langweilige grenzenden Mangel an Spannung. Sie entsprang außerdem

Jahre keineswegs um wertfreie Zustandsschilderungen, sondern um höchst polemische Streitschriften handelte. Ebenso wie die Kulturhistoriker des Biedermeier nur jenen Ausschnitt wählten, den das wilhelminische Deutschland zu sehen bereit war, so vermochten auch die Ärzte der Jahrhundertwende ihre Sichtweise nicht aus der Perspektive der naturwissenschaftlichen Medizin zu lösen. Die Zeit vor der Jahrhundertmitte blieb in ihren Augen die Zeit der blinden Empiriker und blassen Eklektiker, eine Zeit der Stagnation. Rothschuhs Versuch, die Biedermeiermedizin als eigenständige, forschungsrelevante Periode zu begreifen, hat sich in der wissenschaftlichen Literatur bis heute kaum durchgesetzt.

Werfen wir zunächst einen Blick auf die äußeren Verhältnisse der Medizin des Biedermeier. Es ist verschiedentlich darauf hingewiesen worden, daß die gesellschaftliche Stellung der Ärzte dieser Zeit noch relativ unbedeutend war. Landbevölkerung und Unterschichten verzichteten noch weitgehend auf ärztliche Hilfe, teils aus Mißtrauen gegenüber der gelehrten Medizin, teils aus finanziellen Gründen. Die ärztliche Klientel waren in erster Linie die Besitz-und Bildungsbürger. Die Biedermeiermedizin war eine Medizin für Biedermeier.

Aus dieser Zeit stammt das verklärte Idealbild des weisen Hausarztes, der alle Familienmitglieder von klein auf kannte. Er wußte um die Lebensführung seiner Patienten, um Geldsorgen und Liebeskummer und orientierte seine Ratschläge an der individuellen persönlichen Situation seiner Patienten. Dieses auf allseitiger Erfahrung beruhende Individualisieren war ein Zentralbegriff der damaligen praktischen Medizin. Aus der beruflichen Perspektive der Privatpraxis heraus betrachtete man die französische Hospitalmedizin, die große Massen von Patienten ohne Rücksicht auf individuelle Konstitution und Krankheitsverlauf nach einer einzigen Methode behandelte, mit äußerster Skepsis. Dieses herzlose Verfahren war in den Augen der deutschen Ärzte allenfalls von wissenschaftlichem Interesse, für die angestrebte private Praxis hatte es keinen Wert.

Das Betriebskapital der Hausärzte waren Erfahrenheit, sicheres Auftreten und kultivierte Manieren, und am Ende erwarteten sie ein angemessenes Honorar. In dieser Zeit, in der die Lohnarbeiter zwischen 100 und 200 Talern jährlich verdienten, erstrebten die Ärzte ein Jahreseinkommen von etwa 1000 Talern, um eine standesgemäße Lebensführung zu bestreiten.

Doch abgesehen von einigen ärztlichen Großverdienern gelang es offenbar nur wenigen, dieses Einkommen aus eigener Praxis zu erwirtschaften. Denn die wohlhabende Mittelschicht war schmal. In Köln

etwa waren 1845 knapp 60 Ärzte und 20 Wundärzte registriert. Bei einer Bevölkerungszahl von 85 000 hatten aber nach dem Wahlzensus nur etwa 4000 Wahlberechtigte ein Jahreseinkommen von mehr als 400 Talern. Die Gruppe derer, die sich einen wohldotierten Hausarzt leisten konnte, dürfte außerordentlich klein gewesen sein.

Eine andere und weitaus sicherere Einkommensquelle war der Staatsdienst. Eine Hof- oder Leibarztstelle oder die Berufung in eine der Staatlichen Obermedizinalbehörden waren die begehrten Endstationen ärztlicher Karrieren. Eine Lehrstuhl oder eine Amtsarztstelle sicherten ein mäßiges Einkommen. Sogar eine Armenarztstelle, die allenfalls das Existenzminimum von 100 bis 200 Talern abwarf, war nur durch Protektion zu erlangen.

Der Bamberger Armenarzt August Siebert (1805-1855), der später Professor in Jena wurde, spottete 1838: »Die Konservativen aller Fakultäten werden häufig Hofräte, wegen ihres Erhaltungstriebs, unter diesen aber am häufigsten die Mediciner, welche wegen des gewohnten Erhaltungsgeschäfts (die Gesundheit anderer und deren Geld) meist einen sehr kultivierten Selbsterhaltungstrieb besitzen.« Die Abhängigkeit vom Wohlwollen der Obrigkeit war ein Nährboden für politische Intrigen. Sie beförderte aber andererseits auch die Kritik an staatlicher Willkür und das Interesse an liberalen und demokratischen Reformen.

Die Pariser Julirevolution von 1830 hatte auch in den deutschen Staaten die demokratische Bewegung neu belebt. Doch bald folgten heftige staatliche Repressionen. 1832 nach dem Hambacher Fest und dem Attentat auf die Frankfurter Hauptwache wurden allein an der Würzburger medizinischen Fakultät fünf Professoren ihrer Ämter enthoben. Der Würzburger Arzt und Herausgeber des oppositionellen »Baierischen Volksblatts«, Gottfried Eisenmann (1795-1867), hatte schon in den 20er Jahren in Untersuchungshaft gesessen. 1832 wanderte er erneut ins Gefängnis und wurde 1836 wegen Hochverrats zu lebenslanger Kerkerhaft verurteilt. Erst 1847 wurde er begnadigt. Als Jacob Henle 1836 in Berlin sein Habilitationsgesuch einreichte, wurde er zunächst einmal wegen seiner früheren Beteiligung an burschenschaftlichen Unruhen inhaftiert. Nur durch die Intervention Alexander von Humboldts kam er nach einigen Wochen frei. 1837 wurden sieben Göttinger Professoren entlassen und des Landes verwiesen, weil sie die Einhaltung der Verfassung forderten. Die kritischen Literaten des sogenannten »Jungen Deutschland«, wie Heine, Büchner oder Börne, wurden Mitte der 30er Jahre verboten und gingen ins Ausland. In Zürich und Paris wimmelte es geradezu von deutschen Emigranten. 1842 verlor Hoffmann von Fallersleben, der Dichter des Deutschlandliedes, seine Professur in

Breslau: Die Junghegelianer und Anhänger des frühen Sozialismus begannen ab 1838 ihre kritischen Ansichten in neuen Zeitschriften zu popularisieren. Und wieder gab es Verbote, Ausweisungen, Entlassungen. Spätestens mit dem Weberaufstand von 1844 wurde die vorrevolutionäre Stimmung allgemein. Es war eine schwelende Unruhe im Volk und auch im Bildungsbürgertum.

Der bereits erwähnte August Siebert sprach von einer Zeit des »somatischen Friedens und des psychischen Unfriedens der Völker und Staaten«. Es war ein Warten auf den großen Sturm. »... glühende Kohlen trägt mancher im Herzen«, schrieb Siebert 1841, »und wenn es auch schmerzt, diese mögen zusehen, daß sie nicht verlöschen, denn wenn der Sturm sie todt und kalt antrifft, wirds mit der Beleuchtung schlecht aussehen.« Nein, wohl keiner der damaligen Ärzte hätte die Zeit zwischen 1830 und 1850 als eine besonders friedvolle Periode bezeichnet.

Auch innerhalb der Medizin spielte die Tagespolitik eine nicht unerhebliche Rolle. Die Geschichte der sogenannten naturhistorischen Schule macht dies besonders deutlich. Die naturhistorische Schule ist verknüpft mit dem Namen von Johann Lukas Schönlein (1793-1864), der bis 1832 als klinischer Professor am Würzburger Juliusspital unterrichtete. Schönleins Anliegen war es, durch strikt empirische Beobachtungen am Krankenbett eine theoriefreie Krankheitslehre zu entwickeln. Er war ein begnadeter Lehrer, und seine Würzburger Klinik erfreute sich wachsender Beliebtheit. 1832 wurde er zusammen mit anderen wegen demokratischer Umtriebe denunziert und seiner Ämter enthoben. Nach Ansicht des Münchener Leibarztes Johann Nepomuk von Ringseis (1785-1880) gehörte Schönlein zu den Universitätslehrern, die durch ihren gottlosen Liberalismus und Materialismus die Seelen der akademischen Jugend vergiften: durch eine »seichte und verbrecherische Theorie, lehrend die ursprüngliche Souveränität des Volkes ... und die Unrechtmäßigkeit aller erblichen Bevorrechtigung«.

Ein Gerücht brachte Schönlein auch mit dem Attentat auf die Frankfurter Hauptwache in Verbindung. Er floh nach Zürich und erhielt dort die Stelle des klinischen Professors an der neugegründeten Universität. Die politische Verfolgung machte den damals 38jährigen Schönlein zum Helden der akademischen Jugend. Seine Lehr- und Forschungsmethode wurde zum Inbegriff des medizinischen Fortschritts überhaupt.

Zum Kreis der Schönleinianer gehörte auch Gottfried Eisenmann, der 1832 verhaftet worden war und seitdem im Kerker schmachtete. Eisenmanns Schicksal erweckte lebhafte und dauernde Anteilnahme bei den zeitgenössischen Ärzten. Sie wählten ihn zum Mitglied ihrer

Vereine und veröffentlichten seine Arbeiten. Seine Monographien wurden stets von einer großen Zahl von Zeitschriften wohlwollend rezensiert. Dabei waren die Schriften des »armen gefangenen Eisenmann« überaus langatmig und der Mangel an eigenen Beobachtungen machte sich nachteilig bemerkbar. Das rastlose Schreiben und die Solidarität seiner Kollegen halfen ihm aber, die Kerkerhaft zu überstehen.

Schönlein dagegen publizierte so gut wie nichts. Seine Ansichten waren nur durch fehlerhafte Mitschriften von Studenten oder vom Hörensagen bekannt. Dennoch entwickelte sich gegen Ende der 1830er Jahre in Deutschland die Idee einer neuen klinischen Richtung, die man zunächst als Schönleinsche Schule, später als naturhistorische Schule bezeichnete. — Auch andere Kliniker waren damals um eine empirische Bearbeitung der Krankheitslehre bemüht — so etwa Johann Heinrich Ferdinand Autenrieth (1772-1835) in Tübingen oder Friedrich Nasse (1778-1851) in Bonn. Doch mit Eisenmann im Gefängnis und Schönlein im Exil feierte die empirische Medizin Triumphe. Nicht nur die Märtyrer der naturhistorischen Schule, sondern auch ihre Methode galt ihren Anhängern als demokratisch. Robert Volz (1806-1882) schrieb 1839: »Kein Einzelner leiht hier einem System seinen eigenen Namen; es entsteht durch die vereinzelten, nur in der Richtung vereinten Arbeiten Gleichdenkender. Das wird kein Bau, den ein König aufführt auf seine Kosten; ein ganzes Volk errichtet ihn in seiner Begeisterung, mit seiner Kraft.«

Im Jahre 1840 wurde Johann Lukas Schönlein nach Berlin berufen und kehrte aus dem Exil zurück. Dieses Ereignis löste allseitige Begeisterung aus. Ein mächtiger Staat hatte die naturhistorische Schule unter seine Fittiche genommen! Sogar die Ängstlichen und Abhängigen konnten jetzt offen ihre Sympathie erklären. Ferdinand Jahn (1804-1859), der Hofarzt in Meiningen war, erklärte 1840, er verdanke Schönlein »alles, was ich bin und sein werde«. In den acht Jahren davor hatte er sogar die Nennung von Schönleins Namen vermieden.

Im August 1840 bestieg in Preußen Friedrich Wilhelm IV. den Thron und erließ eine Amnestie für alle politischen Vergehen. Die liberalen Hoffnungen blühten auf. Die Zensur wurde gelockert. Fortschrittliche politische Blätter, wie die Deutschen Jahrbücher oder die Rheinische Zeitung, konnten erscheinen. Zwei Jahre später war dies alles vorüber. Die Zeitungen wurden wieder verboten, die Schriftsteller verbannt. Doch die scheinbare Liberalisierung in Preußen hatte nicht nur die revolutionären Geister in allen deutschen Staaten neu belebt. Sie provozierte auch den Groll der Konservativen.

1841 erschien Johann Nepomuk von Ringseis' »System der Medizin«. Ringseis war inzwischen nicht nur Königlicher Leibarzt und Mitglied

der obersten Medizinalbehörde, sondern auch konservativer Landtagsabgeordneter in Bayern. In seinem Buch vertrat er unter anderem die Ansicht, daß die Heilslehre der katholischen Kirche mit der Medizin und allen anderen Bereichen der Wissenschaft verknüpft werden müsse. Er leitete die Krankheit vom Sündenfall ab, forderte Gebet und Entsündigung am Krankenbett und betonte den Vorrang des Glaubens und der Offenbarung vor der Vernunft. In diesem Sinne bekämpfte er den naturwissenschaftlichen Fortschrittsglauben, die Vergötterung von Vernunft und Natur, die liberale Staatsauffassung und die Lehre vom Naturrecht. Vor allem aber kämpfte er gegen Schönlein als den Hauptrepräsentanten der neuzeitlichen »Verdummung durch die Naturwissenschaft«.

Er nannte Schönlein »so kolossal in der Medicin als Rotteck in der Geschichte ist«. — Der Freiburger Staatsrechtler Karl Rotteck (1775-1840) war einer der führenden Liberalen dieser Zeit. Auch Rotteck wurde 1832 als Professor entlassen. — Schönleins Ruhm sei ein »von Studenten und Liberalen gemachter«. Die Lehren der naturhistorischen Schule seien ein haltloses Gefasel: »Welches Misere«, ruft Ringseis aus, »welches Babel, welche Widersprüche vom Anfang bis zum Ende. Welcher Geist und schamlose Materialismus ... Oh Schmach dieser Zeit, ohne Gleichen!«

Hier ging es um mehr als um einen medizinischen Theorienstreit. Es war wohl auch nicht nur eine alte persönliche Animosität, die Ringseis zu solchen Schmähungen trieb. Hier ging es um etwas Grundsätzliches, das den Zeitgeist bewegte. Das öffentliche Aufsehen, das das Buch erregte, spricht für sich. Sowohl die konservativen »historisch-politischen Blätter für das katholische Deutschland« wie auch die progressiv-kritischen »Hallischen Jahrbücher« befaßten sich ausführlich mit dem Fall.

Kaum einer der Rezensenten des Buches setzte sich ernsthaft mit den medizinischen Ansichten von Ringseis auseinander. Dies zeigen schon die Titel der Aufsätze: In den »Hallischen Jahrbüchern« äußerte sich ein Anonymus »Zur Kritik des modernen Afterchristentums. Herr Dr. Nepomuk von Ringseis oder Hippokrates in der Pfaffenkutte«. Der Schönlein-Anhänger August Siebert betitelte seine Rezension: »Die Schlange des Aeskulap und die Schlange des Paradieses. Eine Remonstration im Interesse der freien Wissenschaft gegen die Restauration des Dr. Johann Nepomuk von Ringseis«. Siebert zitierte seitenweise aus den Landtagsreden, die Ringseis 1837 gegen die Abschaffung des »Zehenten« (einer berüchtigten Feudalsteuer) gehalten hatte. Denn das eigentliche Anliegen von Ringseis und seinesgleichen sei es, »vor allem die Klarheit des Volkes und seine Selbständigkeit zu zerbrechen«. »Keinen Fußbreit darf man diesen Männern lassen«, schrieb Siebert, »welche als Philosophen

unsere freie Wissenschaft, als Theologen unser freies Bewußtseyn, als Mediciner unsere freie Natur, als Politiker den unabhängigen Staat, als Volksvertreter theure wiedererworbene Freiheiten der Curie überantworten wollen ...«. Oder in den Worten Arnold Ruges: »Das Prinzip, um das sich jetzt alles dreht, ist die Autonomie des Geistes, und zwar im Wissenschaftlichen die Fortbildung des Rationalismus und im Staatlichen des Liberalismus ...«.

In einem späteren Aufsatz trieb Siebert die politische Interpretation sogar noch weiter, indem er einen für Ringseis eintretenden Autor der Denunziation beschuldigte: »Er mag«, schrieb Siebert, »Herrn von Ringseis einen einfachen Conservativen schelten, er mag ihn hierdurch 'mit den geistreichsten und erudiertesten Volksvertretern und Staatsmännern' auf eine Stufe stellen ..., aber wer giebt ihm das Recht, mich und 'meine Consorten' des Republikanismus zu zeihen? wer giebt ihm das Recht, mich als 'Hambacher' zu denunzieren? — Das muß ich mir verbitten, denn darauf pflegt man die Leute einzusperren ...«.

Es ist nicht auszuschließen, daß Siebert den politischen Aspekt hochspielte, um der naturhistorischen Schule eine breite öffentliche Sympathie zu sichern. So jedenfalls sah es Wilhelm Griesinger, der 1842 provokant formulierte: »Ob aber eine Verwerfung der mystischen Lehre des Herrn R. vom empirisch-rationellen Standpunkte aus, denen zu Gute kommt, die in dem 'System der Medicin' am heftigsten angegriffen und am schwersten bedrängt sind, nemlich der Schönleinschen Schule, das ist eine andere Frage, und es wird wirklich zu untersuchen seyn, ob das eherne Schwert der Philosophie, der Naturwissenschaft und des bonsens, das Herrn R.'s Schale so hoch fliegen macht, in die der naturhistorischen Schule zu legen ist.« »Denn«, schreibt er an anderer Stelle, »Hrn. Schönleins persönlicher ärztlicher Ruf wird unangetastet bleiben, aber die ganze Betrachtungs- und Forschungsweise in der Pathologie, welche sich die naturhistorische nennt, muß es sich gefallen lassen, wenn sie jetzt als ein schon überwundenes Moment in der Entwicklung der Wissenschaft betrachtet wird.«

Bereits am Ende der 1830er Jahre hatte sich unter den Ärzten ein gewisses Unbehagen an der empirischen Beschränkung der Medizin bemerkbar gemacht. Zwar war die Arbeit der Empiriker durchaus erfolgreich. Gerade der Schönleinschen Schule gelang es, durch genaue Krankenbeobachtung klar umrissene Krankheitsbilder aufzustellen, die zum Teil bis heute Gültigkeit besitzen. Die Beobachtung des gesamten Krankheitsverlaufs, die Anwendung aller diagnostischer Hilfsmittel und die pathologische Anatomie gehörten zum Rüstzeug der empirischen Medizin. Doch was das pathogenetische Zustandekommen der

speziellen Symptomenkomplexe betraf, herrschte weitgehend Unklarheit und eine Theorie, die die Entstehung von Krankheit überhaupt erklären konnte, fehlte ganz; ja man lehnte es sogar ab, eine solche zu versuchen. Die empirische Medizin verfügte ihrer Natur nach weder über eine allgemeine Physiologie noch über eine allgemeine Pathologie. Dies führte bei vielen Ärzten zu einem Gefühl der Orientierungslosigkeit und, wie die Kritiker meinten, zur Entstehung von Pseudotheorien, in denen den Krankheitsprozessen eine unzulässige Eigenständigkeit unterstellt wurde.

Vor diesem Hintergrund entstand 1842 das Programm der »Physiologischen Heilkunde«, das Carl August Wunderlich (1815-1877), Wilhelm Griesinger (1817-1868) und Wilhelm Roser (1817-1888) mit geradezu revolutionärem Pathos der Öffentlichkeit vorstellten. Es ging ihnen darum, die empirische Methode zu überwinden und der wissenschaftlichen Theorie wieder zu ihrem Recht zu verhelfen. »Dies heißt uns: *physiologische* Medicin«, schrieben sie, »die, nicht trennbar von der Physiologie, sich stützend auf die erwiesensten Tatsachen, die Gesetze lehren muß, nach denen der Organismus lebt und erkrankt, genest und stirbt«.

Damit trat der Streit um die naturhistorische Schule in seine zweite und eigentlich erbitterte Phase. Nun ging es nicht mehr allein um das Ansehen einer Schule, es ging um medizinische Grundsatzfragen. Es ging darum, die naturwissenschaftliche Methode als den Königsweg der modernen Medizin durchzusetzen. Was die Reformer wollten, war »die Umgestaltung des ganzen Gedankenganges, die ... Ausmerzung aller irrationalen Voraussetzungen, die Verdrängung der Autoritäten durch Thatsache und Vernunft«.

Die Durchsetzung der Naturwissenschaftlichen Methode fällt in die Phase des Biedermeier, die wir den eigentlichen »Vormärz« nennen. Die empirische Medizin und der bürgerliche Liberalismus, die August Siebert so eng miteinander verknüpft gesehen hatte, wurden nahezu zeitgleich in Frage gestellt.

> »Pereant die Liberalen
> die nur reden, die nur prahlen,
> nur mit Worten stets bezahlen
> aber arm an Thaten sind ...«

Die politische Literatur des Vormärz drängt nach Veränderung, fordert die Aktion. Drängender als die Forderungen nach persönlicher Freiheit wird nun die Lösung der sozialen Frage. Der frühe Sozialist Moses Hess schrieb damals: »Das Gerede von Freiheit und politischen Reformen ist

abgenutzt ... Alle, auch die radikalsten politischen Reformen sind ohnmächtig gegen die Grundübel der Gesellschaft und interessieren die Welt nicht mehr. Der Inhalt alles und jedes Interesses ist die Socialreform.«

Deutschland stand am Anfang des industriellen Zeitalters. Tausende von Menschen verließen das Land und zogen in die Städte. Sie wanderten von Osten nach Westen, und bald lag im Rheinland die Armutsrate zweimal höher als etwa in Pommern. Im Jahre 1830 behandelten die Kölner Armenärzte 6584 amtlich anerkannte Arme, 1846 waren es über 21 000.

Die Medizin des Vormärz war von dieser Entwicklung in mehrfacher Hinsicht betroffen: Die für die meisten Ärzte unvermeidliche Erfahrung mit dem Elend der Unterschichten schuf in diesem bürgerlichen Berufsstand eine stärkere Sensibilität für die sozialen Probleme, als dies bei anderen der Fall gewesen sein mag. Die in den 30er Jahren allgemein gültigen Regeln der Privatpraxis versagten vor der Aufgabe, die wachsenden medizinischen Bedürfnisse des armen Bevölkerungsteils zu befriedigen. Und schließlich führte die Veränderung der Einkommensverhältnisse in der Gesellschaft auch zu einer Bedrohung der materiellen Grundlage der Ärzteschaft.

Bereits 1842 heißt es in einem Bericht des Ärztlichen Vereins zu Köln: »Von den 75 000 Einwohnern der Stadt Köln (sind) 21 000 so arm, dass ärztliche Hülfe oder Arzneien aus öffentlichen Fonds ihnen beschafft werden müssen; die nächste Schicht der Gesellschaft, die zwar die Arzneien bezahlt oder von einem Gönner erhält, dem Arzt aber seine Bemühungen nicht zu honorieren vermag ... reicht bis zu den Handwerksmeistern, Subalternbeamten, Handlungsdienern usw. hinauf und kann nicht unter 10000 Seelen angeschlagen werden.«

Bekanntlich waren in Preußen, wie übrigens auch in Bayern und anderen Staaten, zur Krankenversorgung der Armen besondere Armenärzte vorgesehen. Außerdem waren alle Ärzte verpflichtet, Arme zumindest in dringenden Fällen unentgeltlich zu behandeln. Sie konnten ihre Honorarforderung nachträglich bei der Armenbehörde vorlegen. Doch vielfach wurden diese Forderungen abgewiesen. Denn längst nicht alle Bedürftigen waren auch amtlich registriert, und bei der wachsenden Zahl von Arbeitslosen, Obdachlosen und Hungernden reichten die Armenfonds der Städte bei weitem nicht aus. Die Verschlechterung der allgemeinen Sozialverhältnisse bedeutete so eine Verringerung der ärztlichen Einnahmemöglichkeiten und zugleich eine Vermehrung von unbezahlter ärztlicher Arbeit.

Die Armenkrankenversorgung wurde damit zum Thema der Medizinalreformbewegung, die eine Verbesserung der Stellung der Ärzte in

Staat und Gesellschaft zum Ziel hatte. Ein Teil der Reformer ging allerdings über die rein standespolitische Sicht der Probleme hinaus und erklärte, daß auch die ärztlichen Probleme erst durch die »Aufhebung der Armut selbst« gelöst werden könnten.

Die liberalen Vorstellungen von Freiheit und Demokratie reichten nicht mehr aus. Forderungen nach sozialer Gerechtigkeit, nach Gleichberechtigung, nach einer radikalen Veränderung des Staates und der Gesellschaftsform wurden auch im ärztlichen Lager laut.

Außerdem war die Medizin der Erfahrung in besonderem Maße geeignet, die sozialen Bedingungen von Krankheit wahrzunehmen. Die naturwissenschaftliche Medizin der zweiten Jahrhunderthälfte reduzierte den ärztlichen Blick auf die kausal erklärbaren organischen Prozesse. Die empirische Richtung dagegen bezog auch die äußeren Umstände wie Wohnort und Behausung, Kleidung, Ernährung und Gewerbe in ihre Beobachtungen ein. Schon 1842 forderte Friedrich Nasse seine rheinischen Kollegen auf, sich mit den gesundheitlichen Gefahren der industriellen Werkstätten zu befassen und die Schutzmittel dagegen zu prüfen.

Nasse wollte durch Apelle an den Gesetzgeber und an die Vernunft der Fabrikbesitzer Verbesserungen erzielen. Andere, vornehmlich jüngere Ärzte, träumten von einer Staatsform, in der der Mensch der Maßstab der Produktionsverhältnisse sein sollte, oder, wie Virchow dies formulierte, von der »Konstituierung der Gesellschaft auf physiologischer Grundlage«.

Ein anderes Problem war, wie die Gleichberechtigung aller auch in der Medizin erreicht werden könnte. Die Bedeutung der sozialen Verhältnisse für Entstehung und Verlauf von Krankheiten war allen Ärzten bewußt, denn das Individualisieren, die Einschätzung der persönlichen Situation der Kranken, gehörte zu ihrem Geschäft. Sie sahen nun, daß für die wirklich Armen sogar die Einweisung in ein Krankenhaus einen Vorteil bedeuten konnte.

Im Kölner »Allgemeinen Volksblatt« finden wir 1845 die folgende interessante Kritik an den bestehenden Spitalverhältnissen: »In unserer gegenwärtigen gesellschaftlichen Ordnung hat das Spital nur die Bedeutung einer Wohltätigkeitsanstalt; es ist der Zufluchtsort nicht ausschließlich der Kranken und Leidenden, sondern speciell der *armen* Kranken und Leidenden. Unter einer anderen Voraussetzung ... würde bei einer Vergleichung der Spitalbehandlung mit der Privatbehandlung sich ein entscheidender Vortheil der ersteren vor der letzteren ergeben.« Der Kranke, heißt es weiter, würde den Schädlichkeiten seiner gewöhnlichen Lebenssphqäre entrückt, er erhielte eine angemessene

Versorgung und Pflege, und nach dem angestrebten Ideal sei auch stets ein Arzt zur Stelle. »Aber«, erklärt der anonyme Autor, »unsere gesammten socialen Verhältnisse erlauben das Allgemeinwerden der Spitalbehandlung nicht ... sie beruhen auf dem Familien- und Einzelleben. So werden denn factisch die Spitäler nur nothwendig, wo die Familienbande und häusliches Glück zugrunde geht: die Armuth löst jene gezwungen auf und bevölkert die Spitäler ... Das Spital sinkt zum Asyl der Armuth herab ... Es wird im Munde des Volkes in dieselbe Kategorie gestellt mit dem Gefängnis; man ruft einem Taugenichts zu 'du stirbst noch im Spital'.«

Ein anderer Vorschlag zur Realisierung der gesundheitlichen Gleichberechtigung kam von den Anhängern der naturwissenschaftlichen Medizin. Die empirische Medizin war, zumindest in ihrer Anwendung, subjektiv, auf den Einzelfall zugeschnitten und nicht generalisierbar. Die neue Medizin jedoch wollte objektiv sein. Der Leipziger Arzt Carl Reclam schrieb 1848: »Es gibt in der Wissenschaft gewisse Errungenschaften, welche nicht minder wertvoll sind, als die des politischen Lebens. So steht dem Satze 'Alle Deutschen sind gleich vor dem Gesetz' jener andere, mit vieler Mühe erworbene, würdig zur Seite: 'Naturgesetze haben überall die gleiche Geltung'.«

Auch Rudolf Virchow forderte »die gleichmäßige Berechtigung aller auf eine gesundheitsgemäße Existenz«. Und in seiner Kritik an der Armenkrankenversorgung schrieb er: »Wäre die practische Medicin ... eine exacte Wissenschaft, ja wäre sie überhaupt erst eine Wissenschaft, so würde sich dieses Verhältnis bald ändern.«

So erhielt die Utopie der naturwissenschaftlichen Medizin am Ende des Vormärz eine eigentümliche Funktion. Sie ermöglichte die Vorstellung einer gleichen Medizin für alle, ohne daß dadurch die ärztlichen Standesinteressen, die auf dem Liberalismus fußten, beeinträchtigt wurden. Denn die Mehrzahl der damaligen Ärzte wollte in erster Linie die Verbesserung ihrer eigenen Verhältnisse und eine möglichst große Freiheit bei der ärztlichen Berufsausübung erreichen.

Mit der Revolution von 1848 erreichte die Medizinalreformbewegung ihren Höhepunkt. Fast alle Ärzte wollten Veränderungen. Manchen ging es gewiß nur um eine Verbesserung der eigenen Lage. Doch den meisten war bewußt, daß die staatlichen Mißstände nicht nur ihren eigenen Stand betrafen. Einige bauten auf die revolutionäre Umgestaltung der Gesellschaft, und einzelne verließen den Boden der Medizinalreform und widmeten sich ganz der Politik. Hierzu gehörten vor allem die Ärzte aus dem rheinischen Kreis, die dem Sozialismus nahestanden. »Wer kann sich darüber wundern, daß die Demokratie und der Socialis-

mus nirgend mehr Anhänger fand, als unter den Ärzten?«, schrieb damals Rudolf Virchow, »dass überall auf der äußersten Linken, zum Theil an der Spitze der Bewegung Ärzte stehen? Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft und Politik ist weiter nichts als Medicin im Grossen«.

Tatsächlich war die Zahl der Ärzte, die sich mit der Forderung nach radikalen Lösungen politisch exponierte, klein. Die damalige Ärzteschaft wollte nicht den Umsturz, sondern mehr Freiheiten und demokratische Reformen.

> »Gern will ich sein ein Rater,
> Verlangt nur keine Tat —
> Ich bin Familienvater
> Und auch Geheimerat«

spottete Hoffmann von Fallersleben über »den guten Willen« dieser Liberalen.

Die Ärzte des Biedermeier waren Familienväter und Geheimräte, sie trugen geblümte Westen und hofften auf eine einträgliche Privatpraxis. Sie standen in Opposition zum Staat und waren gleichwohl bemüht, ihre Karriere nicht zu gefährden.

Die Karikatur des »Herrn Biedermeier« richtete sich gegen die Schwächen ihres Liberalismus. Doch das Biedermeierbild des wilhelminischen Deutschland sollte auch ihre Tugenden ignorieren. Die wohletablierten Ärzte des späten 19. Jahrhundert, die so stolz waren auf den objektiven und unpolitischen Charakter ihrer Wissenschaft, begriffen die Medizin der Biedermeierzeit nur noch als eine unvollkommene Vorstufe der modernen Medizin. Sie sahen nicht, daß die damalige Medizin weit mehr war als dies und daß die damaligen Ärzte weit mehr Probleme begriffen, als die naturwissenschaftliche Medizin je lösen sollte.

Hartmut Reiners

Gesundheit als Ware

Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen

1. *Der Aufstieg der Gesundheitsökonomie*

Vor zehn Jahren hat Theo Thiemeyer in *Das Argument* angesichts der damals von der sozialliberalen Koalition kreierten Kostendämpfungsgesetze die Erwartung geäußert, daß sich die bundesrepublikanischen Forschungsinstitute »im Großeinsatz auf die Gesundheitsökonomik stürzen« würden (Thiemeyer 1977, 35). Es hat freilich noch etliche Jahre gedauert, bis es so weit war. Die Lehrbuchökonomie hält ein nicht gerade bestechendes Instrumentarium zur Analyse des Gesundheitswesens parat (vgl. hierzu Reiners 1978), und man brauchte Zeit sowie vor allem eine veränderte politische Landschaft, um sich an diesen von einer komplizierten Gemengelage wirtschaftlicher Interessen, sozialpolitischer Vorstellungen und moralischer Aspekte gekennzeichneten Reproduktionsbereich heranzuwagen. Mittlerweile hat man aber alle Skrupel über Bord geworfen, und es melden sich Ökonomen und wirtschaftspolitische Instanzen in Sachen Gesundheitswesen zu Wort, die sich zuvor noch nicht einmal am Rande mit diesem Thema beschäftigt haben. Den Auftakt bildete eine von 39 Ökonomieprofessoren unterzeichnete Anzeige in der WELT und der FAZ vom 22.02.1984, in der das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der »Verschwendung knapper wirtschaftlicher Ressourcen« beschuldigt wurde. Blüm reagierte prompt und lud die Unterzeichner nebst einigen anderen Gesundheitsökonomen zu einer Tagung über »Ordnungspolitik im Gesundheitswesen« ein (vgl. Bundesarbeitsblatt Nr. 12/1984). Kurz darauf übte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) in Interdisziplinarität und bezog in seinem Jahresgutachten 1985/86 ausführlich zur Krise im Gesundheitswesen Stellung; desgleichen im Jahresgutachten 1986/87 (SVR 1985 und 1986). Sogar die Deutsche Bundesbank verließ ihr angestammtes Fachgebiet und äußerte sich zur finanziellen Schieflage der GKV (Deutsche Bundesbank 1985). Daß die Gesundheitsökonomie auch in akademischen Kreisen hoffähig geworden ist, machte der Verein für Sozialpolitik, der wohl wichtigste Zusammenschluß von Wirtschaftswissenschaft-

lern im deutschsprachigen Raum, deutlich, indem er seine Jahrestagung 1985 komplett diesem Thema widmete (vgl. Gäfgen 1986).

Im Zentrum dieser Kampagne steht eine Forderung, die der Kronberger Kreis, ein Zirkel marktradikaler Ökonomieprofessoren um den Wirtschaftswoche-Herausgeber Wolfram Engels und den FAZ-Kolumnisten Walter Hamm, auf den Punkt bringt: »Mehr Markt im Gesundheitswesen!« (Engels u.a. 1987). Mit welcher Gewißheit dieses Postulat formuliert wird, macht der Gesundheitsökonom Henke, Mitglied des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), deutlich, wenn er a priori behauptet: »Die Notwendigkeit einer Reform (des Gesundheitswesens; H.R.) ergibt sich aus einer ordnungspolitischen Neubesinnung auf die konstituierenden und regulierenden Prinzipien einer sozialen Marktwirtschaft und auf die in diesem System erforderliche finanzielle Absicherung des Krankheitsfalles« (1985, 40).[1] Es ist für die herrschende wirtschaftswissenschaftliche Lehre eine ausgemachte Sache, daß die soziale, über Umverteilung laufende Finanzierung des Gesundheitswesens für dessen wirtschaftliche Misere verantwortlich ist und allein das freie Spiel der Marktkräfte für eine rationale Verteilung der Ressourcen sorgen kann. Zweifelsohne gibt es unter den Ökonomen auch entschiedene Kritiker dieser marktideologischen Position (vgl. Sozialer Fortschritt Nr. 10/1986), jedoch handelt es sich dabei um eine Minderheit.

Auf die Frage, weshalb marktwirtschaftliche Reformkonzepte in letzter Zeit eine so große öffentliche Resonanz haben, will ich hier nicht näher eingehen. Zu nennen wären da zwei wirkungsmächtige Interessen. Zum einen »sind im Bereich des Assekuranzkapitals und der privatkapitalistischen Zurichtung des Medizinsystems (Krankenhausketten, Medizin-Holdings) noch große und interessante Anlagefelder unerschlossen« (Rosenbrock 1985, 328). Zum zweiten stellen die GKV-Ausgaben für die Unternehmer Lohnnebenkosten dar, die bei einer unmittelbaren Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten sinken würden. Dieser Sachverhalt erklärt z.B. das massive Interesse des SVR an einer marktwirtschaftlichen Reform des Gesundheitswesens (vgl. hierzu Reiners 1986). Für den SVR sind bekanntlich die Lohnkosten ein entscheidender Faktor im internationalen Wettbewerb.

Wie gesagt, auf die hinter der Forderung nach einer »Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt« (SVR 1985, Tz.378) stehenden Interessen will ich hier nicht weiter eingehen. Vielmehr möchte ich mich um die theoretischen bzw. ideologischen Konstrukte kümmern, derer sich marktradikale Gesundheitsökonomen bedienen. Ferner geht es mir im folgenden um die wichtigsten Instrumente

in deren gesundheitspolitischem Werkzeugkasten: Zuzahlungen (Selbstbeteiligung) und Wettbewerb unter den Krankenkassen.

2. *Der Markt als die »natürliche« Wirtschaftsordnung*

Die Auffassung, die Probleme unseres Gesundheitswesens seien nur durch die konsequente Realisierung marktwirtschaftlicher Prinzipien lösbar, basiert auf einem recht einfachen Argumentationsschema. Budgetierung (Ausgabenbeschränkungen) und Staatseingriffe — wie z.B. die Kostendämpfungsgesetze — gelten als Irrwege. Sie orientierten sich nicht an den auf dem »freien« Markt geäußerten Bedürfnissen der Menschen, erzeugten ständig neuen Interventionsbedarf und seien nichts weiter als eine Politik des permanenten Durchwurstelns. Der Markt hingegen gewährleiste eine Verteilung der Güter nach dem Willen der Menschen und stelle daher die einzig rationale Allokationsform dar. Arnold, wie Henke Sachverständiger der KAiG, faßt dieses marktwirtschaftliche Credo bündig zusammen (Arnold 1986, 18):

»Der Bedarf an medizinischen Leistungen für das Kollektiv läßt sich nicht wie eine Naturkonstante bestimmen und auch nicht durch einen internationalen Vergleich, sondern er ergibt sich am eindeutigsten und überzeugendsten aus den Individualpräferenzen der Bevölkerung. Diese Präferenzen können sich aber bei der Finanzierung des Gesundheitswesens vorzugsweise durch die GKV nicht widerspiegeln. Bei dem bestehenden vollen Versicherungsschutz wird es für den einzelnen Patienten ökonomisch rational, möglichst viele Gegenleistungen für seinen Versicherungsbeitrag zu beanspruchen, und zwar unter Umständen auch über den seiner Präferenz entsprechenden Bedarf hinaus. Dieses individuell rationale Verhalten führt aber kollektiv zu immer höheren Kapazitäten und damit zu anhaltenden Kostensteigerungen bei gleichzeitigem Abbau des eigenverantwortlichen Schutzes der Gesundheit.«

In dieser Argumentationsfigur vereinigen sich zwei Lehrgebäude. Zum einen kommt die Doktrin der ordoliberalen Freiburger Schule um Walter Eucken zum tragen, wonach der Markt die quasi natürliche Wirtschaftsordnung ist. Hinzu gesellt sich die These der »Neuen Politischen Ökonomie«, daß über Umverteilung finanzierte Systeme prinzipiell mit der auf Maximierung des eigenen Vorteils konditionierten Psyche des Individuums kollidieren.

Die duale Ordnungstheorie des Ordoliberalismus

Wenn bei uns die Diskussion über Strukturreformen im Gesundheitswesen unter der Überschrift »Ordnungspolitik« läuft (vgl. Bundesarbeitsblatt Nr. 12/1984), dann drückt sich darin eine Besonderheit der deutschen Wirtschaftswissenschaft aus. Es handelt sich um einen Begriff,

der — ähnlich wie Blitzkrieg, Berufsverbot oder Waldsterben — kaum übersetzbar ist und in der internationalen Fachliteratur im Original verwendet wird (vgl. Schefold 1981, 690). Derartige sprachliche Auffälligkeiten markieren in der Wissenschaft in aller Regel weniger die Eigentümlichkeiten des Wortschatzes einer Sprache, als vielmehr Unterschiede in der grundsätzlichen Orientierung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Hierzulande besteht, wie Gäfgen — im übrigen alles andere als ein Gegner der Marktwirtschaft — kritisiert, die Tendenz zu einer »aprioristischen Ordnungspolitik«, die »ideale Gesamtordnungen entwirft oder doch Einzelmaßnahmen einzig nach ihrer Konformität mit solchen Ordnungen zu beurteilen versucht« (Gäfgen 1984, 19).[2]

Eine Durchsicht der nach 1945 erschienenen Lehr- und Handbücher sowie Lexika der Wirtschaftswissenschaft zeigt, daß als theoretischer Bezugsrahmen von Ordnungspolitik durchweg das von Walter Eucken geprägte Begriffspaar »Verkehrswirtschaft — Zentralverwaltungswirtschaft« verwendet wird (vgl. Herder-Dorneich 1981, 671f.). Das Euckensche »Denken in Ordnungen« ist jedoch nicht so zu verstehen, daß mit den genannten Begriffen zwei Grundformen beschrieben werden, die die Pole auf einer Skala von Ordnungstypen bilden. Vorstellungen wie die des Schweden Akermann, der bereits vor Eucken das Verhältnis von Markt- und Planwirtschaft untersucht hatte und in beiden Elementen gleichsam die Endpunkte einer Spannungsreihe sah, in der beliebig viele Mischverhältnisse auftreten können (Akermann 1938), lehnen Eucken und seine ordoliberalen Mitstreiter ab. Für sie gibt es »nur die Wahl zwischen zentralverwaltungswirtschaftlicher Lenkung wesentlicher Teile des Wirtschaftsprozesses und der Wettbewerbsordnung« (Eucken 1959, 154). Alle anderen »Lösungen des Ordnungsproblems« können seiner Auffassung nach nur »vorübergehend Bestand haben« (ebd.). Für die Ordoliberalen gilt klipp und klar: »Es gibt nur zwei Formen der gesellschaftlichen Organisation — Märkte und Bürokratien« (Engels 1976, 10).

Hat man die gesellschaftlichen Strukturen erst einmal auf eine solche Polarisierung verkürzt, dann fallen auch die gewünschten Assoziationen leicht. Markt bedeutet Freiheit, Plan und Bürokratie hingegen Zwang und Bevormundung: Der »Wille zur Wettbewerbsordnung (ist) mit dem Willen zur Freiheit eng verbunden« (Eucken 1959, 156). Jede Abweichung von marktwirtschaftlichen Prinzipien erscheint so als ein Verlust an Freiheit, als ein erster Schritt zu einem Zwangssystem. Die von Eucken entwickelte Morphologie von Wirtschaftssystemen stellt die verschiedenen Systeme nicht — wie das Akermannsche System — quasi wertneutral nebeneinander, sondern bildet eine vertikale Skala

mit einem »guten« und einem »bösen« Ende. Die ordoliberale Wirtschaftstheorie hat dementsprechend — wie englische Kritiker vermerken — durchaus Züge einer Kreuzzugsideologie (vgl. Riese 1974, 294).

Eucken selbst hätte den Vorwurf, er sei ein Ideologe, weit von sich gewiesen. Ihm ging es mit seiner Theorie darum, der auf vollkommenen Wettbewerb ausgerichteten Marktwirtschaft einen quasi naturrechtlichen Status zu verleihen (vgl. ebd., 302ff.). Er hatte es sich zur Aufgabe gemacht, diejenige Ordnung zu suchen, »welche der Vernunft oder der Natur des Menschen und der Dinge entspricht« (Eucken 1959a, 239), und das ist für ihn der Markt.[3] Allerdings unterscheidet sich der Ordoliberalismus vom traditionellen Manchester-Liberalismus insoweit, als er davon ausgeht, daß sich diese »natürliche« Ordnung des Marktes nicht von selbst durchsetzt und behauptet. Erforderlich sei eine »Wirtschaftsverfassungspolitik ..., die darauf abzielt, die Marktform der vollständigen Konkurrenz zur Entwicklung zu bringen und so das Grundprinzip zu erfüllen« (Eucken 1959, 160). Die Wirtschaftspolitik des »Laisser faire« mit ihrer Überzeugung, daß der freie Wettbewerb ein sich selbst beständig reprodzierendes System darstellt, kritisierte Eucken aufs heftigste. Der Marktwirtschaft sei ein universeller »Hang zur Monopolbildung« immanent, jeder Markteilnehmer »erspäht die Möglichkeit, um Monopolist zu werden« (ebd., 37f.). Man könne sie daher nicht sich selbst überlassen, da sie sonst ihre eigene Grundlage — den freien Wettbewerb — zerstören würde.

Die ordoliberale Wirtschaftstheorie macht es zur zentralen Aufgabe des Staates, die marktwirtschaftliche Ordnung durchzusetzen und abzusichern. Staatliches Handeln »solle auf die Gestaltung der Ordnungsformen der Wirtschaft gerichtet sein, nicht auf die Lenkung der Wirtschaft« (ebd., 189). Staatliche Eingriffe in den Ablauf des Wirtschaftsgeschehens sind höchst unerwünscht, auch die Sozialpolitik hat »in erster Linie Wirtschaftsordnungspolitik zu sein« (ebd., 179).

Die Gewißheit der Ordoliberalen, mit der die Marktwirtschaft zur menschlichen Ordnung schlechthin erhoben wird, und die aus dieser Gewißheit abgeleitete staatliche Pflicht zur Bewahrung dieser Ordnung kommt bei Kirsch (1981) unmißverständlich zum Tragen. Das seiner Meinung nach bei uns weitgehend akzeptierte Gesellschaftsverständnis bestehe darin, daß »jeder für sich verantwortlich sein und seine Wohlfahrt nur durch den durch Tausch vermittelten Dienst am anderen erhöhen können (soll)« (ebd., 257). Ordnungspolitik muß daher gegen »leistungsunabhängige Verteilungsvorteile« vorgehen. Im Prinzip läßt Kirsch nur zwei Verteilungsmechanismen gelten: den Tausch und den Raub (260). Sozialpolitische Umverteilung ist eine »Aushöhlung der

Ordnung« (274), ein schwerer Verstoß gegen den »staatsbegründenden Entscheid Erhards für die marktwirtschaftliche Ordnung« (273). Die Anarchie droht: »Der Staat wird, indem er aus der Rolle des Ordnungshüters in diejenige des Verteilers von Wohlfahrtsleistungen hinüberwechselt, schwerfällig. Die Nichtregierbarkeit des Staates wächst nach Maßgabe seiner interventionistischen Entartung« (274). Hoffnung auf eine Wende bestehe nur dann, wenn der Staat so ohnmächtig wird, daß die allgemeine Unsicherheit wächst und »die Einsicht in die Notwendigkeit einer allgemeingültigen Ordnung« (274) Platz greift. Aus der »Unordnung« des Wohlfahrtsstaates wächst das Verlangen nach einer neuen Ordnung: »Es zeichnet sich damit die theoretische Möglichkeit eines Zyklus ab: »... Die gesellschaftliche Unordnung schafft jene Unsicherheit, die eine Voraussetzung für die Thematisierung der Ordnungspolitik in der politischen Auseinandersetzung ist. Die gesellschaftliche Unordnung wäre so die notwendige Voraussetzung der Ordnungspolitik.« (275)

Der Ruf nach dem »wohlwollenden Diktator« — das ist die von Kirsch formulierte Konsequenz ordoliberalen Politikverständnisses, von der Kirsch hofft, sie möge falsch sein (vgl. 274). Die Ordnungsidee, die angetreten war, wirtschaftliche Machtbildung zu verhindern und den »freien« Markt zu garantieren, läuft Gefahr, »der Tyrannei Tür und Tor zu öffnen, da jede noch so rigide Politik im Namen der Rettung der Ordnung legitimierbar wird« (Riese 1974, 310).

Ordoliberale sehen in dieser Dichotomie von freiem Wettbewerb und autoritärem Staat keinen Widerspruch. Sie waren schon immer der Auffassung, daß sich ihre Politik nur mit einem »starken« Staat realisieren läßt (vgl. Eucken 1959, 197ff.). Allenfalls gibt es, wie Rüstow einräumt, Erklärungsschwierigkeiten: »Wir befinden uns da in einer paradoxen Lage. Wir sind ja Gegner der Planwirtschaft und treten für Wirtschaftsfreiheit ein. Aber das tun wir innerhalb des Marktbereichs. Der Markt hat jedoch einen überwirtschaftlichen Rahmen, und innerhalb dieses Rahmens kann die Sache gar nicht planmäßig genug hergehen. Was der Staat tut, das muß er planmäßig tun.« (Rüstow 1971, 26) Die Freiheitsideale der bürgerlichen Revolution werden komplett mit der Marktwirtschaft identifiziert — »Sire, geben Sie Gewerbefreiheit!« — und zur Erhaltung dieses Systems dürfen andere Freiheiten auch schon mal außer Kraft gesetzt werden. Daß es auch andere demokratisch legitimierbare Steuerungen als den Markt gibt, ist für den doktrinären Ordoliberalen ein fremder Gedanke. Er geht umstandslos davon aus, daß das Glück der Menschheit in der Marktwirtschaft liegt, und wenn die Leute das nicht begreifen, muß man sie mitunter zu ihrem eigenen Glück zwingen.

2.2 *Eine ökonomische Theorie des sozialen Handelns: die »Rationalitätenfalle«*

Der ordnungspolitische Dualismus der ordoliberalen Wirtschaftstheorie bildet gleichsam das ideologische Rückgrat der Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen. Mittlerweile konstatieren aber auch Anhänger dieser Schule einen gewissen Mangel, der darin liege, daß man staatliches Handeln durch die Marktfixiertheit und die Beschränkung staatlicher Aktivitäten auf die Überwachung wettbewerblicher Prinzipien zu wenig problematisiert habe. Herder-Dorneich, einer der wenigen Ökonomen, die sich bereits seit den 60er Jahren mit dem Gesundheitssystem auseinandergesetzt haben, fordert einen »Paradigmawechsel in der Ordnungstheorie« (Herder-Dorneich 1981), da sich die sozialen Systeme und auch die Marktwirtschaft seit den Zeiten Walter Euckens weiterentwickelt hätten. Die ordoliberale Orthodoxie sei in den Gründerjahren unserer Republik, als es um die Festlegung der wirtschaftlichen Grundordnung ging, die angemessene Lehre gewesen. Mittlerweile aber seien neue Bedürfnisse und Probleme entstanden, die eine Weiterentwicklung dieser Theorie verlangten. Angesichts der Tatsache, daß fast 50 % des Sozialprodukts über den Staat bzw. parafiskalische Systeme verteilt würden, müsse man nolens volens eine ökonomische Theorie staatlichen Handelns entwickeln.

Dieses Defizit versucht die Lehrbuchökonomie seit den frühen 70er Jahren durch eine »Neue Politische Ökonomie« zu decken (vgl. hierzu Frey 1970 und 1974, Elsner 1975/76), deren theoretische Basis allerdings alles andere als neu war (und ist). Wie so oft wurde eine in den USA längst gelaufene akademische Diskussion importiert. Grundlage dieser Lehre ist die von Schumpeter (1972) und Downs (1965) entwickelte »Theorie der Demokratie«, die dem Problem nachgeht, wie ein politisches System in einer Gesellschaft von Individuen funktioniert, die sich grundsätzlich als subjektive Nutzenmaximierer verhalten. Diese Frage drängt sich auf, wenn man nicht von einem mystischen, irgendwie a priori existierenden Gemeinwohl ausgehen will, das als selbstverständliches Handlungsziel der Politik gilt. Die Vorstellung der traditionellen Wohlfahrtökonomie, »daß es ein Gemeinwohl als sichtbaren Leitstern der Politik gibt, das stets einfach zu definieren ist und das jedem Menschen mittels rationaler Argumente sichtbar gemacht werden kann« (Schumpeter 1972, 397), verspottet Schumpeter als Vision aus der Welt eines Eisenwarenhändlers des 18. Jahrhunderts. Downs konstatiert, daß die Annahme, die Politiker seien stets bestrebt, die soziale Wohlfahrt zu maximieren, auch mit der Grundannahme der (neo-

klassischen) Wirtschaftstheorie nicht vereinbar sei: dem Eigennutzaxiom. Dabei sei dieser Widerspruch ganz einfach und im Sinne der Neoklassik zu lösen, indem man auch in der Politik von dieser Figur des »homo oeconomicus« ausginge. Dementsprechend geht es dem Politiker in dem Schumpeter-Downschen Modell nur darum, seine persönlichen Ziele zu verwirklichen, die auf die Erringung von Macht, Prestige oder Reichtum ausgerichtet sind. Auch den Wahlbürger interessiert nur der eigene Vorteil, den er sich von einer bestimmten Politik verspricht. Beide Parteien des »Wahlstimmenmarktes« (Max Weber) verhalten sich gemäß der bereits bei Adam Smith, dem Stammvater der Nationalökonomie, anzutreffenden Mentalität des Warenbesitzers.[4] Konkurrenzverhalten und Nutzenmaximierung werden zum quasi anthropologischen Grundzug erklärt: »Jeder ... ist um sein eigenes Glück mehr besorgt, als um die Sicherheit und das Glück anderer; und wo diese in Gegensatz treten, ist er bereit, die Interessen anderer seinen eigenen zu opfern« (Downs 1965, 26).

Olson hat diesen Grundgedanken, der in nichts anderem als einer in die Politik transponierten Marktanalogie besteht, in die These umgesetzt, kollektive Politikziele und individuelles Verhalten seien nicht deckungsgleich, sondern entwickelten sich auch bei Interessenidentität auseinander: »Aus der Tatsache, daß es für alle Mitglieder einer Gruppe vorteilhaft wäre, wenn das Gruppenziel erreicht würde, folgt *nicht*, daß die ihr Handeln auf die Erreichung des Gruppenziels richten werden, selbst wenn sie völlig rational im Eigeninteresse handeln« (Olson 1968, 2). Angesichts des allgemein menschlichen Strebens, seinem eigenen Vorteil mehr oder weniger rücksichtslos nachzugehen, sind laut Olson nur zwei Formen der Organisierung kollektiver Interessen möglich:

— Die Gruppen bzw. Verbände müßten Mitgliedern Vorteile bieten, die sie ohne Mitgliedschaft nicht erhalten würden. Biete ein Verband — z.B. eine Gewerkschaft — Kollektivgüter an, also z.B. Tarifverträge für den Betrieb oder Wirtschaftszweig, dann trete der »Trittbrettfahrereffekt« ein. Dann lohne es sich nämlich für das rational denkende Individuum nicht, zahlendes Mitglied dieser Organisation zu werden, da sich ohne jeden Aufwand für ihn der gleiche Erfolg erzielen ließe.
— Daraus folge, daß eine Organisation, die Kollektivgüter anbietet, nur bei Zwangsmitgliedschaft bestehen könne. Jeder, der von der Arbeit des Verbandes profitiere, müsse sich an der Finanzierung beteiligen. Das aber wiederum provoziere eine Überinanspruchnahme der von dem Verband bereitgestellten Güter, da jeder versuche, so viel wie möglich für das eingezahlte Geld herauszuholen, und zwar ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Bedarf.

Olsons »Theorie des kollektiven Handelns« hat sich im Laufe der Jahre zu *der* theoretischen Grundlage von Deregulierungskonzepten in der Sozialpolitik entwickelt. Der amerikanische Gesundheitsökonom Pauly leitete daraus seine These vom durch den Sozialstaat im Gesundheitswesen verursachten »moral hazard« (sinngemäß: moralische Verführung) ab (Pauly 1968, 1971). Die Menschen würden durch eine soziale Krankenversorgung dazu verleitet, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen. Da es für das einzelne Mitglied einer Krankenversicherung nicht möglich sei, die Gegenleistung für seine Beitragszahlungen abzuschätzen, und seine Beiträge in ihrer Höhe von der Leistungsinanspruchnahme unabhängig seien, sei jeder Versicherte bestrebt, so viele Leistungen wie irgend möglich in Anspruch zu nehmen. Das sei ein ökonomisch rationales Verhalten, da ihm jede zusätzlich in Anspruch genommene Leistung keine Zusatzkosten verursache. Er müsse sogar bei bescheidener Inanspruchnahme befürchten, benachteiligt zu werden. Verhalten sich nun alle Versicherten so — und davon gehen alle Verfechter des »Moral-Hazard-Theorems« aus —, dann ist eine übermäßige medizinisch nicht zu rechtfertigende Ausweitung der Gesundheitsausgaben unausweichlich. Die »Rationalitätenfalle« (Herder-Dorneich 1982) ist entstanden: das für den einzelnen rationale Verhalten — die übermäßige Inanspruchnahme — führt zu einem für das Kollektiv irrationalen Ergebnis, der Beitragssteigerung.

Der empirische Beleg für die Relevanz der Rationalitätenfalle im Gesundheitswesen steht freilich noch aus, auch wenn die Behauptung, die GKV verführe quasi zum Versicherungsbetrug, bei uns auf ein ehrwürdiges Alter zurückblicken kann.[5] Nicht von ungefähr weichen Anhänger dieses Theorems auf so exotische Gleichnisse aus, wie sie uns Herder-Dorneich präsentiert. Er illustriert die Rationalitätenfalle anhand eines promilleträchtigen Betriebsausfluges. Werde ein solches Vergnügen von den Teilnehmern per Umlage finanziert, sei es für niemanden lohnend, auf ein Bier zu verzichten. Im Gegenteil, vernünftig erscheine es dem einzelnen, das Doppelte wie alle anderen zu trinken, um hinterher nicht derjenige zu sein, der mit seiner Einlage den Rausch der anderen finanziert hat. Herder-Dorneich konstatiert daher: »Bei Umlagen wird Zurückhaltung im Konsum irrational« (1982, 50). Andere Autoren bevorzugen das Beispiel eines mißratenen Gefängnisausbruchs, das aus der Spieltheorie bekannte »Gefangenendilemma« (vgl. zusammenfassend Schaper 1978, 96ff.). Was fehlt sind Fakten aus dem Gesundheitswesen, die ein solches Verhalten belegen. Statt dessen wird in eine unwissenschaftliche Bildersprache verfallen (»Wo es Freibier gibt, da wird gesoffen!«). Aber selbst auf dieser Ebene des Appells an platte Alltags-

erfahrungen macht das alles wenig Sinn. Folgt man dem Gedanken des »moral hazards«, dann ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Genuß, von dem man — wie der Trinker vom Bier — gar nicht genug bekommen kann. Demnach müßte jeder Krankenhausaufenthalt wie eine Sommerfrische sein, der Zahnarztbesuch unter die Vergnügungssteuer fallen und der Durchschnittsbürger einen Hang zu Drogen haben wie die Comic-Hippies »Freak Brothers«. Das Konstrukt der Rationalitätenfalle ist noch nicht einmal als Arbeitshypothese geeignet, da es von einem Verhalten ausgeht, das bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen absurd erscheint. Kein Zweifel, es gibt im Medizinsystem massive Fehlinanspruchnahme. Aber wenn alte Menschen die Wartezimmer füllen, wo doch ein Sozialarbeiter oder von mir aus auch ein Pastor ihnen eher helfen könnte als ein Arzt, dann hat das mit der bei uns verbreiteten Medikalisierung sozialer Probleme sehr viel, mit einer Angst vor Übervorteilung à la »moral hazard« hingegen überhaupt nichts zu tun.

3. *Das Arsenal der Marktwirtschaftler*

Die Theorie von der Rationalitätenfalle beinhaltet ausdrücklich keinen moralischen Vorwurf an die Versicherten. Pauly wendet sich entschieden gegen eine sittliche Verurteilung ihres (unterstellten) Verhaltens, das in seinen Augen nur konsequent ist (Pauly 1968). Kollektive Rationalität könne nicht im Gegensatz zur individuellen stehen, vielmehr müsse sie dieser entsprechen. Die Verschwendung von Ressourcen wird nicht dem Individuum angelastet, sondern dem Krankenversicherungssystem, das nach Ansicht marktradikaler Ökonomen mit seiner sozialen Finanzierung und dem Sachleistungsprinzip falsche Anreize gibt.

Wenn der GKV ein derartiger systematischer Webfehler unterstellt wird, dann liegt der Ausweg aus der Rationalitätenfalle auf der Hand. Der Sachverständigenrat (SVR) bringt die Lösung auf die Formel »Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt« (SVR 1985, Tz.378). Man sollte die GKV mit versicherungswirtschaftlichen Grundsätzen infizieren: »gegen die Umlagementalität bzw. 'Null-Tarif-Mentalität' sind zwar auch Privatversicherungen nicht völlig gefeit, es gibt dort aber Techniken, die die Tendenz zur Übernachfrage begrenzen. Zu ihnen gehört die unmittelbare Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten. Man kann bestimmte Leistungen aus der Erstattungspflicht herausnehmen, also beispielsweise nur 'Großrisiken' in der Zwangsversicherung belassen und die Mitglieder im übrigen auf freiwillige private Sicherungen verweisen« (ebd., Tz.367).

Außerdem müßten »Chancen für eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungsträgern eröffnet werden« (ebd., Tz. 369). Alles in allem räumen zwar auch marktradikale Ökonomen ein, »daß eine rein marktwirtschaftliche Lenkung der Allokation im Gesundheitswesen nur schwer möglich erscheint« (Metze 1981, 69). Jedoch könne bei der Reform der GKV »die Analogie zur marktwirtschaftlichen Versorgung hilfreich sein« (SVR 1985, Tz.366), und es sei »denkbar, die für eine marktwirtschaftliche Allokation erforderliche Voraussetzung so weit wie möglich herzustellen« (Metze 1981, 69). Die Hauptinstrumente für diese »marktökonomische Brückenkopfbildung« (Rosenbrock 1985, 328) sind schnell genannt: Selbstbeteiligung und Wettbewerb in der GKV.

3.1 *Direktzahlungen mit Selbstbeteiligung der Versicherten*

Mit dem Vorschlag, die GKV durch Zuzahlungen der Versicherten zu sanieren, wird »eine zu Recht schon vor 20 Jahren begrabene Idee exhumiert, eine konservative Utopie wieder politisch gepflegt« (Scharf 1980, 165). Sowohl die Vorschläge zur Form der Selbstbeteiligung als auch die inhaltliche Substanz der Begründung derartiger Regelungen[6] haben eine lange Tradition (vgl. Griesewell 1977). Dementsprechend sind auch die Gegenargumente weitgehend standardisiert[7], wobei diese den Vorteil haben, sich auf empirische Forschung stützen zu können. Geißler faßte schon vor Jahren die Erfahrungen mit Selbstbeteiligungsregelungen wie folgt zusammen:

»1. Geringe Kostenbeteiligungen weisen — außer dem statistischen Entlastungseffekt für die GKV — keine nennenswerten Effekte auf. 2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen — zumindest kurzfristigen — Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen. 3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obgleich die Kostenexpansion gegenwärtig von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluß des Patienten nur begrenzt zugänglich sind.« (Geißler 1980, 55)

Die Erfahrungen mit den Kostendämpfungsgesetzen haben diese Erkenntnis noch einmal deutlich bestätigt. Obwohl sich die Zuzahlungen der Versicherten seit dem ersten Kostendämpfungsgesetz verdreifacht haben (vgl. Paffrath/Reiners 1987, 371), sind die GKV-Ausgaben weiter gestiegen. Da, wo Selbstbeteiligung eingeführt bzw. ausgedehnt wurde, hat »sie lediglich den Druck von den Einkommensquellen der Anbieter genommen« (Berg 1986, 79).

Nun mögen diese Effekte ja mit den Halbherzigkeiten der »K-Gesetze« zusammenhängen. Der SVR fordert denn auch, »daß die Belastung

spürbar sein muß, damit das Interesse an einer sorgfältigen Kosten-Nutzen-Abwägung geweckt wird« (SVR 1985, Tz.368). Damit aber läuft man Gefahr, gerade sozial Benachteiligte zu treffen, was angeblich niemand will. Die Frage stellt sich also, ob es eine sozial verträgliche Selbstbeteiligung gibt, die zugleich ausgabenmindernd wirkt. Folgt man Geißlers Ausführungen (s.o.), dann gleicht das einer Quadratur des Kreises. Seit zwei Jahren liegt nun eine Studie von Schneider (1985) vor, die zu dem Ergebnis kommt, »daß die Ausgabenunterschiede und Kostenentwicklung im internationalen Vergleich die kostendämpfende Wirkung von Selbstbeteiligung stützen« (9). Außerdem wird behauptet, dies sei in sozial verträglicher Form möglich (ebd., 121ff.). Den Nachweis der Steuerungswirkungen versucht Schneider anhand der von Maxwell (1981) erstellten internationalen Vergleichszahlen und des Rand-Experimentes von Newhouse et al. (1981).

In seiner Auswertung der Maxwell-Daten unterläuft ihm allerdings ein schwerer methodologischer Schnitzer, wie Reichelt (1985) zeigen konnte.[8] Bezeichnenderweise geht Schneider in seiner Replik auf diese, seine ursprünglichen Aussagen vernichtende Kritik überhaupt nicht ein (vgl. Schneider 1986, 29ff.). Allerdings formuliert er dort seinen Anspruch schon erheblich bescheidener. Er will nicht mehr belegen, daß Selbstbeteiligung kostendämpfend wirkt, sondern nur noch zeigen, »daß es bisher keine empirischen Anhaltspunkte dafür gibt, daß die Selbstbeteiligung die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und deren Kosten nicht dämpft« (ebd., 29).

Damit geht Schneider der eigentlichen Streitfrage aus dem Weg. Kaum ein Gegner der Selbstbeteiligung bestreitet, daß diese bei entsprechender Höhe ausgabensenkend wirken kann (vgl. Geißler 1980). Der Nachweis — den Schneider ja schon wegen seiner methodischen Fehler nicht bringen kann —, daß die Nachfrage nach medizinischen Leistungen preiselastisch ist und daher bei durch Selbstbeteiligung verursachten Kostensteigerungen die individuelle Inanspruchnahme sinkt, wäre für Kritiker der Selbstbeteiligung also keine Widerlegung ihrer These. Ihnen geht es um die Behauptung, Selbstbeteiligung könne »sozial tragbar« gestaltet werden und zugleich kostendämpfend wirken. Aber gerade die Untersuchung, auf die sich Schneider glaubt stützen zu können — das Rand-Experiment von Newhouse et al. (1981) —, zeigt, daß die Elastizität der Nachfrage um so höher ist, je niedriger das Einkommen (vgl. Pfaff 1985, 273). Die Wirkung der Selbstbeteiligung ist also von der sozialen Lage abhängig, was wohl nicht weiter erstaunlich ist. Einkommensschwache Personengruppen müßten, wenn man den Anspruch der Sozialverträglichkeit erfüllen will, von der Selbstbe-

teiligung ausgenommen werden. Dann aber kann man dieses Instrument in der GKV vergessen, da die Ausgaben der GKV ausschließlich im Bereich der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) überproportional steigen (vgl. Bauer/Steffens 1987), d.h. bei einer nicht gerade vom Wohlstand verwöhnten Personengruppe. Hinzu kommt noch ein Aspekt, der bei der Diskussion über Wirksamkeit und Tragbarkeit der Selbstbeteiligung gern vergessen wird: Die wirklich kostenträchtige Inanspruchnahme von Leistungen betrifft nur einen Bruchteil der Versicherten. Nach Berechnungen von Berg verursachen jeweils 1 % aller Versicherten 39 % der Zahnersatzkosten, 38 % der Krankenhausausgaben, 27 % der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und 12 % der Arzneimittelkosten (vgl. Berg 1986, 80). Andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, daß 7 % der Versicherten knapp 50 % der Ausgaben der Krankenkassen beanspruchen, wobei es sich um Langzeitkranke (Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen) handelt (vgl. Gut u.a. 1983). Alles in allem würde also eine ausgabensenkende Selbstbeteiligung Personengruppen treffen müssen, die eigentlich besonders schutzbedürftig sind: Alte und Schwerkranke. Kurzum, die »sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung« (Schneider 1986) ist eine Schimäre.

3.2 *Wettbewerb in der GKV*

Der Wettbewerb ist die zentrale Kategorie marktwirtschaftlicher Ordnungspolitik (s.o.), der dementsprechend auch in der gegenwärtigen Reformdebatte eine zentrale Rolle spielt. Dabei sind zwei verschiedene Ebenen zu unterscheiden, einmal der Wettbewerb unter den Leistungserbringern, zum zweiten die Konkurrenz der Krankenkassen. Münnich, einer der marktwirtschaftlichen Vordenker, fordert darüber hinaus zwar noch einen »geordneten Wettbewerb zwischen Versicherten und Leistungserbringern« (1984, 9), jedoch dürfte dieses Postulat wohl eher unter die Kategorie »Begriffsverwirrung« fallen, da es einen Wettbewerb zwischen Anbietern und Nachfragern ex definitione nicht geben kann. Die Fragen des Wettbewerbs unter Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaherstellern usw. sind zu komplex, um in der hier gebotenen Kürze abgehandelt zu werden. Ich beschränke mich auf den Wettbewerb in der GKV, der ohnehin »Dreh- und Angelpunkt der gegenwärtigen Reformdebatte (ist)« (Cassel 1984, 31).

Das gegliederte System der GKV kennt nur einen stark eingeschränkten Wettbewerb um Mitglieder, da nur 50 % der Versicherten die rechtliche Möglichkeit haben, eine Krankenkasse frei zu wählen (vgl. Smigielski 1982, 236f.). Arbeiter müssen prinzipiell der AOK angehören,

sofern ihr Betrieb keine Betriebskrankenkasse (BKK) hat oder — bei Handwerkern — ihre Innung keiner Innungskrankenkasse (IKK) angehört. Lediglich einige Berufsgruppen — z.B. Feinmechaniker — haben die Möglichkeit, in eine Arbeiter-Ersatzkasse zu gehen. Angestellte hingegen genießen die volle Wahlfreiheit zwischen der für ihren Arbeitgeber zuständigen RVO-Kasse (AOK, BKK, IKK) und einer Angestellten-Ersatzkasse. Die unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten haben — zusammen mit dem regionalen Wirtschaftsgefälle — zu schweren Verwerfungen in der Risikostruktur und damit der Beitragshöhe der verschiedenen Kassenarten geführt (vgl. hierzu Brunkhorst 1987, Paquet 1987).[9] Das Solidarprinzip wird systematisch verletzt, da der fatale Mechanismus wirkt, daß Krankenkassen mit einer sozial schwachen Mitgliederstruktur (niedrige Grundlohnsumme, viele mitversicherte Familienangehörige, hoher Altersdurchschnitt) besonders hohe Beitragssätze verlangen müssen, um die medizinische Versorgung ihrer Versicherten finanzieren zu können.

Von Wettbewerb kann unter diesen Bedingungen natürlich nicht die Rede sein, was auch einhellig kritisiert wird. Marktwirtschaftler monieren, die im GKV-System enthaltenen Barrieren und Privilegien ließen keinen geordneten Wettbewerb zu (vgl. u.a. Henke 1985, SVR 1985, Oberender 1986). Vor allem von gewerkschaftlicher Seite wird der Sachverhalt beklagt, daß die AOK und die Arbeiter systematisch benachteiligt werden (vgl. Kirch 1987). Mittlerweile liegen auch diverse Vorschläge zur Reform des Mitgliedsrechts und damit der Gliederung der GKV vor. Jedoch will ich darauf nicht näher eingehen und verweise auf eine andere Veröffentlichung (Reiners 1987, 120ff.). Ich gehe statt dessen der eher prinzipiellen Frage nach den Möglichkeiten nach, die GKV nach Wettbewerbsprinzipien zu organisieren. Was bedeutet eine »Freigabe der Wettbewerbsparameter« (Cassel 1984, 33) in der GKV, wie sie in allen marktwirtschaftlichen Reformkonzepten gefordert wird?

Als Aktionsparameter, mit denen Krankenkassen im Wettbewerb Mitglieder gewinnen können, sind in Anlehnung an Begriffe aus der Betriebswirtschaftslehre die Produkt- und Sortimentspolitik, die Preisgestaltung, die Distributionsstrategie sowie die Werbung zu nennen (vgl. Smigielski 1982, 237). Zur Beurteilung der Funktion des Wettbewerbes in der GKV genügt es, sich auf die Betrachtung der Wirkung von Produktpolitik und Preisgestaltung zu beschränken, da hier der Charakter der GKV als einer sozialen Krankenversicherung tangiert wird und die beiden anderen Parameter eh nur nachgeordnete Bedeutung haben.

Wettbewerb kann es eigentlich nur dann sinnvollerweise geben, wenn unterschiedliche Produkte und Leistungen angeboten werden. Für den Krankenversicherungsmarkt hieße dies: der Versicherte kann zwischen mehreren Leistunspaketen und Versicherungstarifen wählen. Eine solche Produkt- und Preisdifferenzierung enthält z.B. der wiederholt gemachte Vorschlag, die Leistungen der GKV in Grund-und Zusatzleistungen aufzuteilen (vgl. u.a. Münnich 1980, SVR 1985, Oberender 1986). Die Grundleistungen, die sich auf das »medizinisch Notwendige« beschränken sollen, sollen allen Bürgern gleichermaßen zustehen. Wer über diesen Basistarif hinaus Leistungen beanspruchen möchte, kann dies mit einer Zusatzversicherung tun, die unterschiedlichen Umfang haben kann. Den einzelnen Versicherungen bliebe es überlassen, verschiedene Versicherungspakete anzubieten. Oberender äußert allen Ernstes die Erwartung, daß sich die Basisleistungen mit einem Beitragssatz von 1 % (!) finanzieren lassen, mithin über 90 % der jetzigen GKV-Ausgaben über eine private Versicherung laufen würden.

Pfaff hat in einer empirischen Analyse die Auswirkungen eines solchen auf alternativen Tarifen beruhenden Krankenversicherungssystems auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen untersucht. Dabei nahm er den Anspruch von Oberender & Co. beim Wort, ein solches System auch nach sozialen Kriterien zu gestalten. Pfaffs Analyse kam zu folgendem Ergebnis (vgl. Pfaff 1986, 115ff.):

Für den relevanten Teil der Versicherten bietet sich die Wahl eines reduzierten Tarifs gar nicht an, sofern man davon ausgeht, daß der Normaltarif als fixer Prozentsatz des Bruttolohns bzw. der Rente erhoben wird:

— Bestimmte Personengruppen (z.B. Arbeitslose) zahlen keine Versicherungsbeiträge. Sie können daher auch keine Beitragszahlungen einsparen, indem sie bestimmte Risiken selbst übernehmen.
— Andere Personengruppen scheiden aus, weil entweder die Beiträge für sie zu niedrig (Studenten) oder die Risiken zu hoch sind (ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Personen), da man mit Sicherheit davon ausgehen kann, daß ihre eigenen Kosten höher sind als die Selbstbeteiligung bzw. die Kosten des Leistungsausschlusses.
— Kinder sollten im Hinblick auf ihre besondere Schutzwürdigkeit für Tarife mit geringer Deckung nicht in Betracht kommen.

Auf diese Weise kommen von den 65,4 Mio. GKV-Versicherten des Jahres 1984 30 Mio. Versicherte für eine Wahl von Zusatztarifen nicht mehr in Frage. Von den verbleibenden 26,4 Mio. Versicherten sind 15,4 Mio. Pflichtversicherte, 3,1 Mio. freiwillig Versicherte und 7,9 Mio. mitversicherte Familienangehörige. Aber auch bei dieser einen knappen

Hälfte der Versicherten, die überhaupt in Betracht kommen, wirft der Wahltarif Probleme auf. Untere Einkommensgruppen werden kaum in der Lage sein, sich die Zusatztarife zu leisten. Dies ist in sozialpolitischer Hinsicht um so fragwürdiger, als diese Personengruppe in der Regel höhere gesundheitliche Risiken aufweist, für sie also die Beschränkung auf den Normaltarif ein Zusatzrisiko darstellen würde. Vor allem aber kommt auf die unteren Einkommensgruppen noch eine zusätzliche finanzielle Belastung hinzu. Die »guten Risiken«, d.h. die Besserverdienenden und/oder Gruppen mit geringerer Inanspruchnahme, werden sich wohl eher im Wahltarif ansammeln, wodurch automatish eine Konzentration von »schlechten Risiken« im Normaltarif erfolgt, der dadurch um so teurer werden muß. Ein solcher Prozeß der doppelten Benachteiligung — hohe Risiken bei niedrigem Einkommen — läßt sich ja bereits heute in der GKV beobachten.

Von diesem sozialen Problem einmal abgesehen wird es auch wohl sehr schwierig sein, die mit dem Normaltarif verbundenen medizinischen Leistungen so zu definieren, daß darin keine medizinisch problematischen Beschränkungen liegen. Ist eine bestimmte Leistung aus medizinischen Gründen erforderlich, dann gehört sie in den Normaltarif. Ist sie nicht erforderlich, dann ist angesichts des Wirtschaftlichkeitsgebots der RVO auch nicht einzusehen, weshalb sie in den Leistungskatalog der GKV gehören soll. Anders ausgedrückt: Es dürfte schwerfallen, einen Unterschied zwischen Normalleistungen einer nach Wahltarifen organisierten GKV und dem herrschenden Leistungskatalog medizinisch zu begründen. Der Eid des Hippokrates kennt meines Wissens keinen Wahltarif. Jedes Krankenversicherungsmodell, das einen Wettbewerb über Wahltarife kennt, macht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen von der Zahlungsfähigkeit der Individuen abhängig. Die zwangsläufige Folge ist ein Medizinsystem, das an den Bedürfnissen einer zahlungskräfigen Minderheit ausgerichtet ist — siehe USA.

So ganz nebenbei wäre auch noch zu berücksichtigen, daß der mit einem solchen System verbundene Wettbewerb um Mitglieder nicht unbedingt billig ist. Die hohen Ausgaben der privaten Krankenversicherungen (PKV) für die Akquisition (Gehälter und Provisionen des Außendienstes), die 1985 8,4 % der Ausgaben der PKV ausmachten (vgl. BPI 1987, Tab. 9-4.1), sind ein Hinweis auf die Kosten, die bei wettbewerblicher Ausrichtung der GKV unvermeidlich sind. Die Versicherten hätten per saldo nur dann einen Vorteil von diesen Ausgaben, wenn sich dadurch die Risikostruktur der eigenen Kasse verbessert und die Beiträge gesenkt werden. Da — Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten vorausgesetzt — alle Kassen verstärkt in den Außendienst investieren

müßten, würde der Wettbewerb in der GKV »eine Eigendynamik bekommen, die alle Krankenversicherungen unterschiedslos zwänge, die Wettbewerbsparameter um der attraktiven Risiken und der Bestandssicherung willen bedingungslos einzusetzen. Zweifellos bliebe dabei das Solidarprinzip und mit ihm das gewachsene System der sozialen Krankenversicherung auf der Strecke« (Cassel 1985, 35).

4. *Fazit*

Die hier dargestellten und vertretenen Argumente können keineswegs den Anspruch erheben, in irgendeiner Weise neu oder originell zu sein. Die Auseinandersetzungen über marktwirtschaftlich orientierte Reformen im Gesundheitswesen sind seit Jahr und Tag inhaltlich gleich geblieben. Was sich ändert, ist allenfalls die Intensität, mit der die Diskussion geführt wird, was wiederum mit politischen Konjunkturen zusammenhängt. Um diese chronisch auftauchenden Debatten zu rationalisieren, wäre es aus meiner sehr persönlichen Sicht äußerst nützlich, wenn man die Argumente einmal in Modulform zusammenstellen würde. Jeder Beteiligte hätte dann auf jedes Argument der Gegenseite sofort die entsprechende, natürlich rhetorisch geschickt aufbereitete Antwort parat. Man würde eine Menge Zeit sparen.

Was aber insgesamt nottut, ist eine Verlagerung der Diskussion auf eine wirklich gesundheitspolitische Ebene. Die Frage, ob denn der Markt nun die Krankenversorgung besser organisieren kann als eine soziale Krankenversicherung, muß sicherlich schon deshalb diskutiert werden, weil sie von politisch nun einmal relevanter Stelle ins Gespräch gebracht wurde. Aber diese Auseinandersetzung nur auf der Ebene »Kampf dem Sozialabbau« zu führen und sich dabei auf die Geißelung der Marktwirtschaft zu beschränken, hieße, eine sehr kurzatmige Politik zu praktizieren. Gerade das Gebiet der Gesundheitspolitik öffnet der politischen Linken eine Chance, ein ganzes Politikfeld zu besetzen, zumal sie hier einen wirklichen Diskussionsvorsprung hat. Vielleicht gelingt es ja, die oft noch sehr akademisch geführte Debatte über den Gesundheitsbegriff und die daraus abgeleiteten Konzepte einer »gemeindenahen Gesundheitsversorgung« in verständliche Politikentwürfe umzusetzen. Angesichts der Diskussionen, die zur Zeit von gewerkschaftlichen Gesundheitspolitikern angeregt werden (vgl. Schmidt u.a. 1987), und der von den Grünen und der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) präsentierten Vorschläge ist in dieser Hinsicht Pessimismus nicht angebracht.

Anmerkungen

1 Ins gleiche Horn stößt Oberender, ein von der FDP vorgeschlagener Sachverständiger der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Für ihn geht es bei der Reform des Gesundheitswesens »vor allem auch um die Wiederherstellung und Erhaltung der freiheitlichen Grundordnung in der Bundesrepublik« (Oberender 1986, 186).

2 Gäfgen übernimmt hier einen Ausdruck von Tinbergen (vgl. Tinbergen 1966, 384).

3 Damit setzt Eucken in gewisser Hinsicht eine Familientradition fort, wie Schefold bemerkt (Schefold 1981, 671f.). Euckens Vater, der Philosoph Rudolf Eucken, war prominenter Vertreter der ontologischen Naturphilosophie des 19. Jahrhunderts, die das Erkenntnisziel hatte, die ewigen Werte des Lebens und Seins aufzudecken. Postuliert wird ein verborgener Strukturplan der Welt, eine Wesensordnung, die der Natur des Menschen entspricht. Walter Eucken hat diese ontologische Phänomenologie auf die Nationalökonomie übertragen.

4 »Nicht vom Wohlwollen des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsre Mahlzeit, sondern von ihrer Bedachtnahme auf ihr eigenes Interesse. Wir wenden uns nicht an ihre Humanität, sondern an ihre Eigenliebe, und sprechen ihnen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen.« (Smith 1923, 18f.)

5 Der Ärztefunktionär Gustav Hartz schrieb 1928, als die Krankenkassen von den Ärzteverbänden heftig befehdet wurden: »Geht man nicht bedenkenlos ein dutzendmal zum Arzt, wenn einmal genügte — nur weil es die Kasse bezahlt?« (zitiert nach Höhn 1986, 23)

6 Pro Selbstbeteiligung vgl. u.a. Sozialenquete 1966, 217-220; Münnich 1980; Nord 1980; Metze 1981.

7 Contra Selbstbeteiligung vgl. u.a. Griesewell 1977; Schaper 1978, 213-297; Geißler 1980; Felsberg 1984.

8 Die von Schneider angewandte regressionsanalytische zweistufige Methode der »kleinsten Quadrate« ist für den von ihm gedachten Zweck nicht anwendbar, da sie — infolge einer unzulässigen Übertragung der Logik der Zusammensetzung des Volkseinkommens — zu systematisch unterschätzten Regressionskoeffizienten kommt und damit die reduzierende Wirkung der Selbstbeteiligung überschätzt.

9 Der durchschnittliche Beitragssatz der AOK liegt bei 13,1 %, der der Angestellten-Ersatzkassen bei 12,1 % und der der Betriebskrankenkassen bei 11,1 % (Stand: 1.1.1987). 23 % der AOK-Mitglieder zahlen einen Beitragssatz von 14 % und mehr (vgl. Statistik der AOK, Reihe 1.2, 1.6.1987).

Literaturverzeichnis

Akermann, J., 1938: Das Problem der sozialökonomischen Synthese. Lund

Arnold, M., 1986: Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt. Stuttgart

Bauer, G., Steffens, J., 1987: Perspektiven für die Rentnerkrankenversicherung. In: Die Ortskrankenkasse Nr. 6/1987, 169-172

Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik 1977-1984. St. Augustin

BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie) (Hrsg.), 1987: Basisdaten des Gesundheitswesens 1986/87. Frankfurt/M.

Brunkhorst, J., 1987: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung. West-Berlin

Cassel, D., 1984: Wettbewerb in der Krankenversicherung — Möglichkeiten und Grenzen: In: Bundesarbeitsblatt Nr. 12/84, 31-33

ders., 1985: Wettbewerbselemente im gegenwärtigen System der sozialen Krankenversicherung. Referat auf dem Symposium Marktorientiertes Handeln der AOK vom 7.-9.11.1985 in Bochum. Tagungsbericht, 30-35

Deutsche Bundesbank, 1985: Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Monatsberichte der Deutschen Bundesbank Nr. 1/85, 29-39

Downs, A., 1965: Ökonomische Theorie der Demokratie. Tübingen

Elsner, W., 1975/1976: Die »neue politische Ökonomie« und Ansätze politisch-ökonomischer Neubesinnung in den Wirtschaftswissenschaften. In: Blätter für Deutsche und internationale Politik Nr. 11/1975, 1233-1247, und Nr. 1/1976, 71-88

Engels, W., 1976: Mehr Markt. Soziale Marktwirtschaft als Politische Ökonomie. Stuttgart

Engels, W., u.a. (Kronberger Kreis) (Hrsg.), 1987: Mehr Markt im Gesundheitswesen. Schriften des Frankfurter Instituts für wirtschaftspolitische Forschung Bd. 13. Bad Homburg

Eucken, W., 1959a: Grundlagen der Nationalökonomie. 7. Auflage. Berlin, Göttingen, Heidelberg

ders., 1959: Grundsätze der Wirtschaftspolitik. Reinbek

Felsberg, U., 1984: Die »Selbstbeteiligung« in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Argument-Sonderband 113. West-Berlin, 79-95

Frey, B.S., 1970: Die ökonomische Theorie der Politik oder die neue politische Ökonomie. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswirtschaft. Bd. 126, 1-23

ders., 1974: Entwicklung und Stand der Neuen Politischen Ökonomie. In: Widmaier, 30-63

Gäfgen, G., 1984: Sparen durch Gestalten. In: Bundesarbeitsblatt Nr. 12/84, 19-22

ders., (Hrsg.), 1986: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Neue Folge Bd. 159. West-Berlin

Geißler, U., 1980: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Internationale Gesellschaft 1980, 37-57

Grieswell, G., 1977: Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt Nr. 4/77, 84-89 und Nr. 5/77, 110-112

Gut, P., u.a., 1983: Ausgaben für medizinische Behandlung und Lohnfortzahlung. In: Volkholz, V., u.a. (Hrsg.): Kosten der Arbeitsunfähigkeit. Dortmund, 116-138

Henke, K.-D., o.J.: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in einer sozialen Krankenversicherung. Referat auf dem Symposium Marktorientiertes Handeln der AOK. Tagungsbericht, 36-43

Herder-Dorneich, Ph., 1981: Die Entwicklungsphasen der Sozialen Marktwirtschaft und der Paradigmenwechsel in der Ordnungstheorie. In: Issing (Hrsg.) 1981, 671-687

Höhn, W., 1986: Selbstbeteiligung — nicht nur ein gesundheitsökonomisches, sondern auch ein gesundheitspolitisches Thema. In: Mensch. Medizin. Gesellschaft. 11. Jg. (1986), 23-29

Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.), 1980: Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. Stuttgart

Issing, O. (Hrsg.), 1981: Zukunftsprobleme der Marktwirtschaft. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Neue Folge Bd. 116. West-Berlin

Kirch, P., 1987: Ungeachtet der Strukturreform im Gesundheitswesen müssen die Strukturprobleme der GKV jetzt gelöst werden. In: Soziale Sicherheit Nr. 6/87, 161-163

Kirsch, G., 1981: Ordnungspolitik als Gegenstand der politischen Auseinandersetzung. In: Issing (Hrsg.) 1981, 255-275

Maxwell, R.J., 1981: Health and Wealth: An International Study of Health-care Spending. Lexington-Toronto

Metze, I., 1981: Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie. In: Herder-Dorneich, Ph., Sieben, G., Thiemeyer, Th. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Bd.1. Wege zur Gesundheitsökonomie I. Gerlingen, 63-90

Münnich, F.E., 1980: Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung. In: Pharmazeutische Zeitung, 125 Jg./ Nr. 24, 1143-1152

ders., 1984: Mehr Markt. In: Bundesarbeitsblatt Nr. 12/1984

Newhouse, J.P., et al., 1981: Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance. In: New England Journal of Medicin. Vol 305 (January '81), 1501-1507

Nord, D., 1980: Verhaltenssteuerung durch Direktbeteiligung. Gedanken um ein Kasko-Modell der Direktbeteiligung in der GKV. In: Internationale Gesellschaft, 106-114
Paffrath, D., Reiners, H., 1987: 10 Jahre Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Eine empirische Bilanz. In: Die Ortskrankenkasse Nr. 13/87, 369-372
Paquet, R., 1987: Umverteilung und Wettbewerb in der GKV. Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, Bd. 19. West-Berlin
Pauly, V.M., 1968: The Economics of Moral Hazard. In: American Economic Review, Vol. 58, 531-537
ders., 1971: Medical Care at Public Expense. A Study in Applied Welfare Economics. New York, Washington, London
Pfaff, M., 1985: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig »sozial tragbar« und kostendämpfend sein? In: Sozialer Fortschritt Nr. 12/1985, 272-276
ders., 1986: Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt Nr. 5-6/1986
Reichelt, H., 1985: Sozial tragbare Selbstbeteiligung oder statistische Artefakte? In: Sozialer Fortschritt Nr. 12/85, 265-271
Reiners, H., 1978: Die Ökonomen und das Gesundheitswesen. In: Eggeling, F. (Hrsg.): Ökonomie und Strategien der gesundheitlichen Versorgung. Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen. Bd. 8. West-Berlin, 16-32
ders., 1986: Die Grenzen des Sachverstandes. Anmerkungen zum Jahresgutachten 1985/86 des SVR. In: Soziale Sicherheit 2/1986, 49-52
ders., 1987: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. WIdO-Materialien Bd. 30. Bonn
Riese, H., 1974: Ordnungsidee und Ordnungspolitik. Kritik einer wirtschaftspolitischen Konzeption. In: Widmaier (Hrsg.), 294-312
Rosenbrock, R., 1985: die Kolonialisierung des Sozialstaates. In: Soziale Sicherheit 11/85, 324-330
Rüstow, A., 1971: Sozialpolitik diesseits und jenseits des Klassenkampfes. In: Külp, B., u. W. Schreiber (Hrsg.): Soziale Sicherheit. Köln, West-Berlin, 17-26
Schaper, K., 1978: Kollektivgutproblematik einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Frankfurt/M.
Scharf, B., 1980: Durch Selbstbeteiligung zur Kostendämpfung und Selbstverantwortung? Gedanken zur Unsterblichkeit einer konservativen Utopie. In: Soziale Sicherheit 6/80, 164-169
Schefold, B., 1981: Die Relevanz der Cambridge-Theorie für die ordnungspolitische Diskussion. In: Issing (Hrsg.), 689-715
Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B., (Hrsg.), 1987: Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. WSI-Studie Nr. 60. Köln
Schneider, M., 1985: Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart
ders., 1986: Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung. In: Sozialer Fortschritt 1/1986, 29-34
Schumpeter, J.A., *1972: Kapitalismus. Sozialismus. Demokratie. München
Smigielski, E., 1982: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt 10/82, 234-243
Smith, A., 1923: Untersuchungen über den Wesen und den Reichtum der Nationen, Bd. I. Jena
Sozialenquete, 1966: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, West-Berlin, Köln, Mainz
SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung), 1985: Jahresgutachten 1985/86. Bonn ders., 1986: Jahresgutachten 1986/87. Bonn
Thiemeyer, Th., 1977: Irrwege der Gesundheitsökonomik. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 2, Argument-Sonderband 17. West-Berlin, 35-46
Tinbergen, J., 1966: Über die Theorie der Wirtschaftspolitik. In: Gäfgen, G. (Hrsg.): Grundlagen der Wirtschaftspolitik. Köln, 383-396
Widmaier, H.P. (Hrsg.), 1974: Politische Ökonomie des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt/M.

Herbert Reichelt

Rationalität weitgehend Fehlanzeige

Daten zur Arzneitherapie in der Bundesrepublik Deutschland

Wird die Arzneitherapie in der Bundesrepublik Deutschland einer kritischen Analyse unterzogen, so lauten die Ergebnisse seit vielen Jahren ähnlich: 1. Es werden zu viele Arzneimittel verordnet. 2. Unter den verordneten Arzneimitteln befindet sich ein hoher Anteil an Präparaten, deren Wirksamkeit zweifelsfrei erwiesen ist oder die nicht sinnvoll zusammengesetzt sind. 3. Auch die Verordnung zweifelsfrei wirksamer Medikamente erfolgt oft ohne ausreichende und entsprechende Indikation. 4. Zu alledem kommt, daß die Auswahl der Präparate zu wenig preisbewußt erfolgt. Es werden vorzugsweise teure Marken- und Originalpräparate verschrieben, obwohl preisgünstige Alternativen existieren.

Die Belege für diese Urteile sind mittlerweile zahlreich.[1] Dennoch waren sie über lange Zeit von einem erheblichen Mangel gekennzeichnet: Es handelte sich weitgehend um punktuelle, ausschnitthafte empirische Analysen. Repräsentative Erhebungen, mit denen auch Entwicklungstendenzen nachgezeichnet werden können, gab es bis 1981 nicht — besser: es gab sie schon, aber sie waren nicht öffentlich zugänglich, sondern wurden vom Institut für medizinische Statistik in Frankfurt lediglich an Unternehmen der Pharmazeutischen Industrie verkauft (Paffrath 1984b).

Der GKV-Arzneimittelindex: Transparenz der Arzneiverordnungen

Seit 1981 hat sich die Situation — was die Datenlage angeht, nicht etwa die ärztliche Verordnungsweise — grundlegend gewandelt. Denn mit dem Forschungsprojekt »GKV-Arzneimittelindex«[2] wurde die Basis für eine systematische Analyse der ärztlichen Arzneiverordnungen geschaffen. Im Rahmen des GKV-Arzneimittelindex wird eine repräsentative, nach Großregionen der Bundesrepublik Deutschland geschichtete Stichprobe mit einem durchschnittlichen Auswahlsatz von 0,1 % aus allen Rezeptblättern der gesetzlichen Krankenversicherung gezogen. In den Jahren 1981 bis 1986 kamen somit aus den insgesamt rd. 2,5 Mrd. Rezeptblättern, die von den niedergelassenen Kassenärzten ausgeschrieben wurden, rd. 2,5 Mio. zur Erfassung und Auswertung. Nicht

erfaßt werden im GKV-Arzneimittelindex die auf Privatrezepten verordneten Arzneimittel (ca. 5 bis 10 %)[3] und die ohne ärztliches Rezept in der Apotheke gekauften Arzneimittel (Selbstmedikation), die rd. 30 % des gesamten Arzneiverbrauchs umfassen (ABDA 1987, 33).

Mit Hilfe der Daten des GKV-Arzneimittelindex lassen sich die Konturen der »arzneistabilisierten Gesellschaft« (H. Bourmer zit. nach Sichrovsky 1984, 66) ausmalen. Dabei wird im folgenden als Maßeinheit des Arzneiverbrauchs vorzugsweise die »definierte Tagesdosis« (Defined Daily Doses: DDD) verwendet, die als rechnerische Größe diejenigen Mengen eines Arzneistoffes oder Präparates angibt, die bei »durchschnittlicher« Anwendung für genau einen Tag ausreicht.[4]

Im Jahre 1986 wurden an die 55 Mio. GKV-Versicherten (Mitglieder plus anspruchberechtigte Familienangehörige) rd. 18,7 Mrd. Tagesdosen von Arzneimitteln verordnet (Schwabe/Paffrath 1987, 1). Damit wurden im Durchschnitt jedem Versicherten 340 Tagesdosen verordnet. Diese immense Arzneimittelmenge hätte also rein rechnerisch ausgereicht, nahezu jeden GKV-Versicherten über das ganze Jahr hinweg mit irgendeinem Arzneimittel unter Dauertherapie zu stellen.

Übermedikation

Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, daß der Arzneimittelkonsum in bestimmten Bevölkerungsgruppen, vor allem mit höherem Lebensalter, Ausmaße einer geradezu gigantischen Übermedikation annimmt. Nach Altersgruppen aufgeschlüsselte Verordnungsdaten liegen für das Jahr 1985 vor.[5] Die Schwerpunkte der Übermedikation lassen sich daran deutlich erkennen.

Bereits die globale Durchschnittsbetrachtung zeigt, daß sich der Arzneiverbrauch stark auf die höheren Altersgruppen konzentriert. Von den insgesamt 16,8 Mrd. Tagesdosen an Arzneimitteln, die nach dem Lebensalter der Patienten zugeordnet werden konnten, erhielten die Versicherten mit einem Lebensalter von mehr als 60 Jahren 9,1 Mrd. Tagesdosen. Damit entfiel auf diese Gruppe, die nicht einmal ein Fünftel aller Versicherten umfaßt, über die Hälfte des gesamten Arzneiverbrauchs (Tabelle 1).

In Tabelle 2 sind die Verordnungsdaten des Jahres 1985 aufgeschlüsselt nach den wichtigsten Indikationsgebieten als pro Kopf-Werte ausgewiesen. Dabei wird ganz allgemein der Zusammenhang zwischen Lebensalter und Arzneiverbrauch deutlich. Abgesehen von den Kindern im Vorschulalter, bei denen die relativ hohen Verordnungszahlen vorwiegend durch die Präparate zur Karies- und Rachitisprophylaxe

bedingt sind, steigt der Verbrauch mit dem Lebensalter kontinuierlich an. An die 61- bis 70jährigen Versicherten werden bereits 662 Tagesdosen je Kopf und Jahr verordnet. Mithin wird im Durchschnitt jeder in dieser Altersgruppe mit fast zwei Medikamenten dauertherapiert. Dies steigert sich nochmals in den höheren Altersgruppen und erreicht bei den Frauen mit einem Lebensalter von mehr als 80 Jahren den Höhepunkt mit 1272 Tagesdosen pro Kopf und Jahr, was im Durchschnitt (!) 2,5 Medikamenten in Dauertherapie entspricht.

Da nicht nur entlang der Altersachse eine Konzentration des Verbrauchs besteht, sondern auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen aufgrund der Ergebnisse anderer Untersuchungen (Berg 1986, 80) erhebliche Konzentrationen vermutet werden müssen, dürfte eine Dauertherapie mit fünf, sechs, sieben oder noch mehr Medikamenten kein Einzelfall sein. Der von Sichrovsky (1984, 46ff.) angeführte Fall der 64jährigen Marianne P., die über Wochen hinweg 14 verschiedene Präparate nach den Anordnungen ihres Hausarztes einnahm, gerät vor diesem Hintergrund vielleicht aus dem Licht des Extremfalles und gewinnt eher exemplarischen Charakter.

Tranquilizer-Verordnungen

Die Übermedikation hat aber nicht nur eine globale quantitative Dimension. Dies veranschaulicht ein Blick in einige »Problemindikationsgruppen«. Von den Tranquilizern der Benzodiazepin-Struktur wurden im Jahre 1985 insgesamt über 650 Mio. Tagesdosen als Schlaf- oder Beruhigungsmittel verordnet (Lohse 1986, 184, 257). Wegen des vergleichsweise hohen Abhängigkeitspotentials dieser Arzneistoffe gilt jede Behandlungsdauer von mehr als 14 Tagen bereits als kritisch. Nach den Meldungen an die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft stehen die Benzodiazepine mittlerweile an der Spitze der mißbräuchlich verwendeten Arzneimittel. Mehr als die Hälfte aller Mißbrauchs-Meldungen der Ärzteschaft betreffen die Benzodiazepin-Derivate (Keup 1986, 4). Als Obergrenze für eine noch sinnvolle Behandlungsdauer werden von Fachleuten in der Regel vier Wochen genannt.[6] Soweit keine weiteren Daten über die Verteilung der 650 Mio. Tagesdosen an Benzodiazepinen vorliegen, kann man mit Hilfe einer Art »Arzneiverbrauchs-Hyperbel« einige theoretische Verteilungsmuster ableiten. Verteilt man die Gesamtmenge gleichmäßig auf alle 55 Mio. GKV-Versicherten, so erhielt jeder Versicherte 1985 im Durchschnitt Benzodiazepine als Tranquilizer oder Hynotika für 12 Tage. Diese Vorstellung erscheint schon reichlich abenteuerlich. Aber selbst wenn man an-

nimmt, die Behandlung mit den Benzodiazepinen erfolge stets vier Wochen lang, so ergibt sich das schauerliche Bild von rd. 23 Mio. Tranquilizer-Behandlungen im Jahr. Unter Ausschluß von Mehrfachbehandlungen wären dann mehr als 40 % (!) aller GKV-Versicherten 1985 mit diesen Arzneimitteln therapiert worden. Eine andere mögliche Verteilung kommt der Realität wahrscheinlich näher, erscheint aber kaum weniger bedrückend: Die 650 Mio. Tagesdosen reichen aus, um 1,8 Mio. Versicherte in Dauertherapie zu halten.

Mit der Kenntnis der Altersverteilung vermag man besondere Kulminationspunkte einzukreisen: In der Altersgruppe der 71- bis 80jährigen finden sich bereits unter den 100 verordnungshäufigsten Präparaten 11 Benzodiazepin-Präparate und ein Kombinationsarzneimittel aus einem Benzodiazepin mit einem Antidepressivum in einer Verordnungsmenge von zusammen mehr als 140 Mio. Tagesdosen (Tabelle 3). Allein diese Arzneimittelmenge reicht aus, um jeden zehnten Versichterten dieser Altersgruppe ganzjährig zu behandeln. Hinzuzurechnen wären hier im übrigen noch weitere 14 Mio. Tagesdosen des Koronarmittels Persumbran. Dieses Arzneimittel, das seit vielen Jahren einen Spitzenplatz in der »Hitliste« der Verordnungs-Renner einnimmt, enthält nämlich neben dem von Fachleuten als obsolet eingestuften Koronartherapeutikum Dipyridamol (Ad hoc-Kommission 1984, 64) in jeder Tablette 10 mg Oxazepan, also ebensoviel wie der Tranquilizer Adumbran als Monopräparat aufzuweisen hat. Da die Koronartherapie fast immer als Dauertherapie betrieben wird, darf man vermuten, daß ein großer Teil der Persumbran-Patienten bereits abhängig geworden ist.

Nimmt man alle Verordnungen der Indikationsgruppen Psychopharmaka und Hypnotika/Sedativa für die Gruppe der 71- bis 80jährigen zusammen (Tabelle 2), so erkennt man, daß im Durchschnitt an jeden Versicherten 71 Tagesdosen derartiger Medikamente verordnet wurden. Diese Menge hätte also ausgereicht, nahezu jeden fünften Versicherten in Dauertherapie mit einem Psychopharmakon zu halten. Noch höher sind die Pro-Kopf-Werte bei den über 80jährigen Versicherten, und bei den Frauen mit einem Lebensalter von mehr als 80 Jahren erreichen sie mit über 100 Tagesdosen pro Kopf und Jahr einen traurigen Höhepunkt. Hier wird schlaglichtartig die vielerorts beklagte Medikalisierung psycho-sozialer Probleme deutlich.

Herzglykosid-Verordnungen

Digitalispräparate sind Arzneimittel zur Stärkung der Herzfunktion. Es besteht kein Zweifel, daß es sich um wirksame Arzneimittel handelt,

die zudem in den Tagestherapiekosten sehr günstig liegen.[7] Digitalispräparate sind dennoch problematische Arzneimittel, weil sie eine extrem kleine therapeutische Breite aufweisen. So kann es bereits bei nur 1,5- bis 3facher Überdosierung gegenüber der therapeutischen Dosis zu ernsten toxischen Symptomen kommen (Kuschinsky/Lüllmann 1984, 139). Zudem schwanken therapeutische und toxische Dosis individuell sehr stark. Deshalb kommt es bei Patienten unter Digtalisglykosiden relativ häufig zu teilweise gefährlichen Nebenwirkungen. Realistischen Schätzungen zufolge treten bei ca. 3 % aller Digitalispatienten Symptome einer Intoxikation durch Überdosierung auf (Schüren/Rietbrock 1982).

Seit langem wird beklagt, »... daß Herzglykoside in der Bundesrepublik Deutschland (6- bis 7mal) häufiger verordnet werden als in vergleichbaren Industrieländern wie Frankreich, Dänemark oder Großbritannien ...« (Schönhöfer 1985, 12). Auch wenn die Verordnung der Herzglykoside seit Jahren rückläufig ist[8], muß der Verbrauch als erheblich zu hoch eingestuft werden. In vielen Ländern wird die Herzinsuffizienz heute vorwiegend mit Diuretika behandelt. Die Frage ist aber, ob überhaupt bei jedem dritten Versicherten über 70 Jahre und gar fast jedem zweiten Versicherten über 80 Jahre eine behandlungsbedürftige Herzinsuffizienz vorliegt. Dies nämlich wäre zu erwarten, wenn die 119 Tagesdosen bzw. 161 Tagesdosen pro Kopf und Jahr an herzwirksamen Glykosiden und anderen Kardiaka eine sachgerechte Arzneitherapie widerspiegeln sollten. Der Gießener Pharmakologe Habermann hat indessen bereits die Menge der Kardiaka-Verordnungen des Jahres 1981 als »grotesk überzogen« (Habermann 1985, 111) bezeichnet. Grundlegendes hat sich seitdem nicht geändert.

Andererseits sollte nicht verschwiegen werden, daß die Längsschnittanalyse gerade bei den Herzglykosid-Verordnungen auch positive Trends zutage fördert. Der noch für das Jahr 1981 von Glaeske bemängelte hohe Verbrauch »... pharmakologisch völlig unsinniger Digitalis-Kombinationspräparate ...« (Glaeske 1983, 40) ist seither von rd. 8,8 % an allen Digitalis-Verordnungen im Jahre 1981 auf rd. 6,3 % im Jahre 1985 überproportional zurückgegangen. Angesichts der wiederholten Warnungen von Pharmakologen, der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und angesichts der öffentlichkeitswirksamen Diskussion im Anschluß an die bekannte Veröffentlichung von Schüren/Rietbrock (1982) muß allerdings gefragt werden, warum hier kein stärkerer Verordnungsrückgang erfolgte.

Das Bild der bei Psychopharmaka und Herzglykosiden augenfälligen Übermedikation der bundesdeutschen Bevölkerung ließe sich noch

durch weitere Facetten ergänzen. Die Daten über den Verbrauch von oralen Antidiabetika beispielsweise sind mit den Empfehlungen der Fachgesellschaft kaum in Einklang zu bringen. Nach Aussagen der Deutschen Diabetesgesellschaft ist zu erwarten, daß lediglich einer von drei Diabetespatienten mit oralen Antidiabetika behandelt werden muß (nach Habermann 1985, 115). Die Verordnungsdaten von 1985 zeigen aber, daß in der Bundesrepublik Deutschland das Verhältnis von oralen Antidiabetika- und Insulin-Verordnungen nicht 1:2, sondern 4:5 lautet (Mengel 1986, 64ff.), woraus zu folgern wäre, daß hier massenhaft Arzneimittel zur Substitution einer viel sinnvolleren diätetischen Lebensweise eingesetzt werden.

Die Diagnose »Hypotonie« (niedrige Blutdruckwerte) ist in anderen Industrienationen wie z.B. England weitgehend unbekannt — ebenso natürlich die medikamentöse Behandlung (Sichrovsky 1984, 123). In der Bundesrepublik Deutschland werden täglich 750000 Menschen mit sogenannten Antihypotonika behandelt.

Von den sicher wirksamen H_2-Antagonisten zur Behandlung peptischer Ulcera wird unter Bezug auf eine Kosten-Nutzen-Analyse des interdisziplinären Forschungszentrums St. Gallen von interessierter Seite immer wieder gern behauptet, sie hätten allein im Jahre 1980 durch die Vermeidung oder die Verkürzung von stationären Krankenhausaufenthalten eine Gesamtkostenersparnis von rd. 170 Mio. DM eingebracht (Nord 1984, 72). Die Verordnung dieser Arzneimittel ist aber keineswegs billig. Allein 1985 haben die gesetzlichen Krankenkassen mehr als 400 Mio. DM für die Verordnungen der drei betreffenden Präparate Tagament, Sostril und Zantic aufbringen müssen. Diese Arzneimittel dämpfen die Säureproduktion des Magens und sollten nach allgemeiner Auffassung im wesentlichen nur bei diagnostisch gesicherter Ulkuskrankheit sowie bei Refluxösophagitis eingesetzt werden. Bei derartig eingeschränkter Indikation ist aber kaum vorstellbar, daß die Zunahme der verordneten Tagesdosen von 1981 bis 1985 um mehr als 80 % ausschließlich auf eine ebenso drastische Zunahme der bezeichneten Krankheiten zurückgeführt werden kann. Auch hier muß also die Frage gestellt werden, »... ob diese gut wirksamen, aber teuren Präparate über das therapeutisch Zweckmäßige hinaus verordnet wurden« (Ad hoc-Kommission 1985, 125).

Eine Reihe weiterer Beispiele solcher Übermedikation ließe sich anführen. Statt dessen sollte aber noch auf eine andere, besondere Form der Überversorgung mit Arzneimitteln eingegangen werden. Es handelt sich um die massenhafte Verordnung von Arzneimitteln, deren therapeutische Wirksamkeit nicht ausreichend gesichert ist oder die — so-

weit es sich um Kombinationspräparate handelt — nicht sinnvoll zusammengesetzt sind.

Milliardenausgaben für Placebos?

In den bundesdeutschen Apotheken wurden im Jahre 1986 zu Lasten der GKV nahezu 1,3 Mrd. DM allein mit sogenannten durchblutungsfördernden Mitteln umgesetzt. Nach Angaben der Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt ist »das Ausmaß der therapeutischen Wirksamkeit von Vasodilatatoren ... ungeachtet experimentell nachweisbarer Wirkungen nach wie vor umstritten und bedarf weiterer Klärung durch klinisch-wissenschaftliche Untersuchungen« (vgl. Bundesanzeiger Nr. 196a vom 09.09.1983). Diese für medizinische Laien eher diffus wirkende Aussage wird andernorts klarer gefaßt: »Die Wirksamkeit aller dieser Arzneimittel ist zweifelhaft. Es ist Standardwissen in den Lehrbüchern, daß Vasodilatatoren und verwandte Substanzen bei peripheren Durchblutungsstörungen keinen therapeutischen Nutzen haben« (Schönhöfer 1985, 87). Für den Heidelberger Pharmakologen Schwabe, der in Zusammenarbeit mit einer Gruppe weiterer namhafter Pharmakologen und praktizierender Mediziner regelmäßig eine Bewertung der Daten des GKV-Arzneimittelindex vornimmt, »... besteht kein Zweifel, daß die Anwendung von durchblutungsfördernden Mitteln von den Experten in aller Welt mit großer Skepsis betrachtet wird. Um so erstaunlicher ist es, daß die Mittel aus dieser Indikationsgruppe in der praktischen Medizin in ständig steigendem Umfang verordnet werden« (Schwabe 1986, 116f.).

Das werden sie ganz ohne Zweifel. Seit 1981 stiegen die Ausgaben in der GKV für durchblutungsfördernde Mittel von 763 Mio. DM auf nunmehr 1276 Mio. DM im Jahre 1986 (+ 67 %). Kaum eine andere Indikationsgruppe hat solche Zuwachsraten aufzuweisen wie gerade diese umstrittenen Arzneimittel. Dabei führt »die Unsicherheit in der Bewertung eines therapeutischen Erfolges mit den neueren Mitteln ... oft zu unnötig langen Behandlungszeiten und entsprechend hohen Verordnungsziffern« (Ad hoc-Kommission 1985, 106). Zudem vermuten Fachleute, daß »die starke Bewegung im Markt der durchblutungsfördernden Mittel ... in erster Linie darauf zurückzuführen (sei), daß das Ausbleiben der erhofften Wirkungen der Präparate den 'Griff nach dem Neuen' initiiert« (Ad hoc-Kommission 1984, 47). Gerade diese Hypothese wird gestützt durch den massiven Verordnungszuwachs von zwei pflanzlichen Präparaten, die Flavonglykoside aus den Blättern des Ginkgo biloba-Baumes enthalten, Tebonin und Rökan. Schwabe führt den Anstieg von

Tebonin (1983: + 60,5 %, 1984: + 44,6 %, 1985: + 50,6 %, 1986: + 24,6 %) (WIdO 1987b) nicht zuletzt darauf zurück, daß »... das Marketing für dieses Präparat gezielt auf die phytopharmakologische Marktlücke in diesem Indikationsgebiet gerichtet (ist). Dabei ist es mit mittleren Verordnungskosten von 2,51 DM pro Tag fast 50 % teurer als die meisten anderen verordnungsstarken Präparate. Noch höher liegen die DDD-Kosten für das andere Ginkgo-Präparat Rökan (2,88 DM)« (Schwabe 1986, 172).

Fast schon tragikomisch mutet an, wenn die massenhafte Verordnung von durchblutungsfördernden Mitteln von kompetenter Seite wie folgt kommentiert wird: »Liegt bei älteren Patienten eine cerebrale oder arterielle Durchblutungsstörung vor, so kann eine leichte Anregung auch durch schwach wirksame Mittel wie Coffein (eine Tasse Kaffee) erzielt werden. In vielen Fällen dürfte auch bereits das Absetzen von eventuell nicht indizierten, aber verordneten Tranquillantien für diesen Effekt ausreichen« (Ad hoc-Kommission 1984, 47).

Warum aber wird ausgerechnet eine derart umstrittene Arzneimittelgruppe zu einem Marktrenner? Sehr wahrscheinlich ist der von Sichrovsky vermutete Zusammenhang, daß die Ärzte für die Werbung für durchblutungsfördernde Mittel besonders empfänglich seien, »... weil die medizinischen Möglichkeiten der Behandlung von Altersbeschwerden und 'Alterskrankheiten' tatsächlich sehr begrenzt sind. Das inflationäre Angebot dieser Durchblutungsmittel durch die Pharmaindustrie kaschiert die Hilflosigkeit des Arztes gegenüber dem Alter, für das er prinzipiell gar nicht zuständig ist; vermutlich deshalb sind sie ihm willkommen« (Sichrovsky 1984, 60). Hinzu kommt allerdings wohl ein (auch bei Ärzten) Verwirrung stiftender Sachverhalt, daß nämlich für einige dieser Substanzen durchaus tierexperimentell Wirkungen nachgewiesen wurden, ja sogar statistisch signifikante Ergebnisse in klinischen Studien erzielt wurden. Was jedoch fehlt, ist »... der Nachweis einer auch *therapeutisch relevanten Wirksamkeit* am Patienten« (AD hoc-Kommission 1985, 106). Hier wird erneut die Krux der bundesdeutschen Zulassungspraxis deutlich. Zu fordern wäre hier insbesondere, daß eine Zulassung für den Markt der Sozialversicherung von der Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit der betreffenden Produkte abhängig gemacht wird. Die häufig vorgebrachten Wirksamkeitsnachweise für die meistverordnete durchblutungsfördernde Substanz Pentoxifyllin (Marktführer: Trental) lesen sich im Klartext nämlich wie folgt:

»Der Schwerpunkt seiner (des Pentoxifyllin; H.R.) Anwendung liegt nach heutigen Vorstellungen bei den peripheren Durchblutungsstörungen. So hat das Bundesgesundheitsamt Rentylin nur noch für die peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen zugelassen. Für diese Indikation wurde Pentoxifyllin in zahlreichen kontrollierten Untersuchungen geprüft. Die Ergebnisse sind widersprüchlich geblieben. In einer schweizerischen Untersuchung nahm die Gehstrecke bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlußkrankheit nach achtwöchiger Behandlung mit Trental um 471 Meter im Vergleich zu nur 93 Meter mit Placebo zu (Bollinger et al. 1977). In einer amerikanischen Untersuchung betrug die Zunahme nach vierundzwanzigwöchiger Trental-Behandlung jedoch nur 96 Meter im Vergleich zu 69 Meter nach Placebotherapie (Porter et al. 1982). Ob derartige Veränderungen überhaupt von klinischer Bedeutung für den Patienten sind, bleibt umstritten. Beträchtliche Gehstreckenzunahmen wurden schon allein durch nicht-medikamentöse Verfahren erreicht. So ist schon seit längerem bekannt, daß sich die Gehstrecke während eines 6-monatigen Gehtrainings um 236 Meter erhöhen ließ (Clifford et al. 1980)« (Schwabe 1986, 170f.).

Weitere marktrelevante Arzneimittelgruppen, für die insgesamt der therapeutische Nutzen in Zweifel gezogen werden muß, sind in Tabelle 4 aufgelistet. Einige dieser Gruppen haben auch 1986 wieder überproportionale Zuwächse in den Verordnungen zu verzeichnen. Dazu zählen insbesondere die Expektorantien (hustenlösende Mittel), Mineralstoffpräparate sowie Mund- und Rachentherapeutika. Insgesamt hat die GKV allein 1986 für die in Tabelle 4 ausgewiesenen Arzneimittelgruppen rd. 4,8 Mrd. DM aufwenden müssen. Hinzu kommen freilich noch zahlreiche einzelne Arzneimittel, deren Wirksamkeit bislang niemals durch kontrollierte Untersuchungen nachgewiesen wurde.

Zu ähnlichen Größenordnungen gelangt man im übrigen bei einer Anwendung der Bewertungskriterien der »Bitteren Pillen« (Langbein et al. 1985) auf die verordnungshäufigsten Arzneimittel. Nach einer solchen Zusammenstellung wären 1985 mehr als 40 % aller Verordnungen unter die Kategorien »wenig zweckmäßig« (21,5 %) oder »abzuraten« (20,9 %) gefallen (Reichelt 1987). (Tabelle 5)

Aufschwung für preisgünstige Generika

Die geschilderten Zahlen machen deutlich, daß nach wie vor ein großes Rationalisierungspotential in der Versorgung mit Arzneimitteln schlummert. Erhebliche Kostensenkung ohne erkennbare therapeutische Nachteile für die Versicherten, ja sogar bei qualitativ verbesserter Versorgung ist zweifellos möglich.

In der Vergangenheit wurde aber auch stets die ausgeprägte Neigung der Kassenärzte bemängelt, Original- und andere teure Markenpräparate zu verordnen, statt auf erheblich preisgünstigere Alternativen aus-

zuweichen. Überall dort, wo der 20jährige Patentschutz wichtiger Arzneistoffe abgelaufen ist, haben in den vergangenen Jahren Zweitanbieter wirkstoffidentische Präparate auf den Markt gebracht, die aber erheblich preisgünstiger angeboten werden. Der Marktführer bei diesen sog. Generika[9] ist die Fa. ratiopharm, die nach der Zahl der abgesetzten Arzneimittelpackungen im Juni 1987 sogar die führende Position auf dem Gesamtmarkt übernommen hat. Allein daran läßt sich bereits erkennen, daß es in diesem Bereich in den letzten Jahren spürbare Veränderungen gegeben hat.

In der Tat hat — wohl unter dem Eindruck zunehmender Finanzierungsprobleme der GKV und der offensichtlichen Begrenztheit des zu verteilenden Kuchens — die Ärzteschaft in der Frage der Generika in nur wenigen Jahren einen erstaunlichen Wandel der Verordnungsgewohnheiten erkennen lassen. Wurde noch vor wenigen Jahren der Marktanteil der Generika auf nur rd. 4 % geschätzt (vgl. Die Ortskrankenkasse 68/1985, 672), so zeigen die Daten des Jahres 1987 einen Umsatzanteil von 10 % und einen Anteil an den verordneten Packungen von sogar 13 %. Werden nur diejenigen Wirkstoffe berücksichtigt, für die überhaupt Generika verfügbar sind, steigt der Anteil sogar auf über 40 % (Schwabe/Paffrath 1987). Damit nähert sich die Situation langsam den Verhältnissen in den USA, wo bereits 1983 ein Marktanteil von rd. 20 % zu verzeichnen war (Hartmann-Besche 1985).

Freilich besteht weiterhin auch hier ein erhebliches Rationalisierungspotential. Für das Jahr 1984 hatte das WIdO ein Einsparpotential von 1,3 Mrd. DM durch verstärkten Generika-Einsatz errechnet (WIdO 1985). Fast vollständig ausgeschöpft ist dieses Potential mittlerweile lediglich bei einigen Antibiotika wie Doxycyclin und Amoxicillin, bei denen der Generika-Anteil bereits fast 90 % beträgt, und bei einer Reihe weniger umsatzträchtiger Wirkstoffe. Bei einigen Wirkstoffen dagegen, für die schon seit vielen Jahren formale Preiskonkurrenz existiert, kommt der Generika-Zug aber überhaupt nicht auf Touren. Dies gilt nicht zuletzt für den Marktführer Novodigal (Acetyldigoxin), der lediglich einen Marktanteil von rd. 10 % an die Generika abtreten mußte.

Insgesamt hat die zunehmende Generika-Verordnung ein endgültiges Ausufern der Arzneimittelkosten (vorläufig?) verhindern können. Wichtiger als diese Art der preisbewußten Verordnung wäre freilich ein Wandel zu mehr *therapeutischer* Rationalität, der mit großer Sicherheit auch noch mit Kostensenkung verbunden wäre.

Einen derartigen Wandel zeigen die geschilderten Daten nicht oder nur sehr begrenzt. Insofern konnten hier auch keine grundlegend neuen Erkenntnisse präsentiert werden. Die geschilderten Mängel der bundes-

deutschen Arzneitherapie sind vielmehr seit Jahren, teilweise seit Jahrzehnten, Gegenstand kritischer Veröffentlichungen zum Arzneimittelmarkt. Daß sich dennoch so wenig verändert, muß um so bedrückender stimmen und dokumentiert die massive Marktbeeinflussung durch die pharmazeutische Industrie (vgl. hierzu Westphal 1982 sowie AOK-Bundesverband 1984, 1985, 1986). Die Zählebigkeit der Verhältnisse mag man hieran ermessen: »Die Hauptübelstände für diese Verordnungssituation scheinen sich zwischen 1914 und heute nicht wesentlich verändert zu haben. Bereits damals wendete sich der bekannte Pharmakologe Heubner gegen eine unsinnige Produktion, gegen mehrfache bzw. vielfache Namen für ein- und dieselbe Substanz, gegen therapeutisch nutzlose oder sogar schädliche Präparate mit wahrheitswidrigen Ankündigungen der Hersteller und gegen abnorme Preise« (Westphal 1986, 270).

Anmerkungen

1 Wegweisend für die Bundesrepublik Deutschland war sicherlich die Arbeit von Greiser und Westermann (1979). Vgl. aber ferner z.B. Patzelt (1979) oder Schönhöfer (1978). Bewertende Analysen des Arzneimittelangebotes finden sich zudem bei Greiser (1981), Lemmer (1977) und in zahlreichen weiteren Publikationen. Einen kurzen Überblick zur nationalen und internationalen Entwicklung der quantitativen Arzneimittelverbrauchsforschung gibt Kimbel (1987).

2 Der GKV-Arzneimittelindex wird als Gemeinschaftsprojekt der GKV-Spitzenverbände, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Apothekerschaft im Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) in Bonn durchgeführt. Er wurde 1980 mit Unterstützung der Bundesministerien für Forschung und Technologie sowie für Arbeit und Sozialordnung begonnen und ging 1983 in die gemeinschaftliche Finanzierung durch die o.g. Verbände über. Zu Einzelheiten der Konzeption und Organisation vgl. WIdO (1981), Paffrath (1984a), Reichelt (1986).

3 Genauere Angaben hierzu sind weder aufgrund der Angaben des Statistischen Bundesamtes noch des Verbandes der privaten Krankenversicherung möglich. Nach Angaben des PKV-Verbandes gab es 1986 5,36 Mio. Vollversicherte (PKV-Verband 1987, 27). Die vom Verband ausgewiesenen Ausgaben von 807,5 Mio. DM für Arzneimittel und Verbandstoffe im Jahre 1985 (PKV-Verband 1986, 68) sind v.a. wegen der hohen Selbstbehalte keine valide Grundlage für eine Schätzung des Anteils der Privatrezepte.

4 Die Berechnung der DDD erfolgt im DKV-Arzneimittelindex (soweit vorhanden) nach den Dosierungsangaben der Preisvergleichsliste, ansonsten (insbesondere für Kombinationspräparate) nach den Dosierungshinweisen der Hersteller. Zu den Einzelheiten vgl. Schwabe (1983).

5 Vgl. WIdO (1987a). Da für 1985 keine alters- und geschlechtsspezifische Aufschlüsselung der GKV-Versicherten verfügbar ist, wurde ersatzweise die Alters-

und Geschlechtsstruktur der gesamten Wohnbevölkerung auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten übertragen. Insofern enthalten die im folgenden zitierten Daten möglicherweise eine leichte Verzerrung, die aber für die Bewertung letztlich ohne Bedeutung bleibt.

6 Nach Aussage von Prof. Müller-Oerlinghausen (Berlin) auf dem 1. Pressesemi-nar der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft am 04.12.1986 in Köln. Allerdings werden in Einzelfällen auch längere Behandlungsdauern akzeptiert; vgl. z.B. Rüther (1984, 51). Auch Rüther stellt freilich fest: »Oberstes Prinzip bei der Behandlung mit Schlafmitteln ist, so kurz und so niedrig dosiert zu behandeln wie eben nötig.«

7 Die Tagestherapiekosten für Digoxin und Digoxinderivate (v.a. Beta-Acetyldigoxin) lagen 1985 bei durchschnittlich 0,25 DM (vgl. Scholz 1986, 194).

8 Die Verordnungen in der Indikationsgruppe Kardiaka sind von 40,9 Mio. im Jahre 1981 auf 26,1 Mio. im Jahre 1986 gesunken (vgl. WIdO 1983, Bd. 1, 104 sowie Scholz 1986, 192).

9 Mit Generika wurden ursprünglich nur diejenigen Präparate bezeichnet, die ohne Markennamen unter der internationalen Wirkstoffbezeichnung angeboten wurden (z.B. Acetyldigoxin, Doxycyclin etc.). Daneben gibt es aber auch zunehmend Zweitanbieter, die wiederum eigene Phantasienamen oder abgewandelte generische Bezeichnungen als Markennamen führen (z.B. ASS-ratiopharm, Doxy Wolff etc.). In der gegenwärtigen politischen Diskussion werden auch solche Präparate als Generika bezeichnet. Auch hier wird so verfahren.

Tabelle 2

Indikationsgruppe	Gr.	Arzneiverbrauch in DDD je Versicherten in der GKV nach Altersgruppen 1985										
		0-5	6-14	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 u.m.	Summe
05 Analget./Antirheum.	M:	4.34	3.18	5.36	6.79	8.98	14.91	25.50	27.81	40.26	61.68	14.53
	W:	6.06	3.95	6.12	6.70	9.37	16.16	29.76	44.87	67.04	84.05	24.01
	Z:	5.18	3.56	5.73	6.74	9.17	15.52	27.74	38.30	57.69	77.71	19.50
10 Antibiotika/Chemoth.	M:	3.57	1.94	3.14	2.47	1.93	1.71	2.17	2.03	2.17	3.80	2.36
	W:	4.62	2.94	3.48	2.72	2.45	1.94	1.95	1.84	1.88	2.20	2.56
	Z:	4.08	2.43	3.31	2.59	2.18	1.82	2.06	1.91	1.98	2.66	2.46
11 Antidiabetika	M:	0.00	0.00	0.00	1.29	0.00	4.47	12.07	23.48	33.28	36.03	6.41
	W:	0.19	0.50	1.05	0.00	1.39	3.26	13.39	36.44	61.45	55.47	14.50
	Z:	0.09	0.25	0.51	0.66	0.68	3.88	12.76	31.45	51.62	49.96	10.64
16 Antihypertonika	M:	0.28	0.00	0.26	0.75	2.56	9.69	27.72	39.43	51.84	59.14	12.30
	W:	0.23	0.22	0.30	0.54	2.41	10.54	33.38	69.58	100.54	101.29	27.14
	Z:	0.25	0.11	0.28	0.65	2.49	10.10	30.70	57.97	83.54	89.34	20.06
23 Antituss.u.Expector.	M:	19.46	7.30	4.60	4.37	4.84	6.33	11.05	14.69	18.67	26.56	8.94
	W:	24.37	9.28	6.61	6.08	6.26	6.44	8.79	11.88	14.27	18.73	9.94
	Z:	21.86	8.27	5.58	5.20	5.53	6.38	9.86	12.96	15.81	20.96	9.47
26 B-Rezeptbl/Ca-Antag.	M:	0.00	0.00	0.00	1.47	3.07	9.30	24.23	31.73	29.49	22.61	9.45
	W:	0.35	0.17	0.29	0.00	3.01	8.51	18.72	35.14	38.85	29.40	12.61
	Z:	0.17	0.08	0.14	0.76	3.04	8.91	21.33	33.83	35.58	27.48	11.10
27 Broncholy./Antiasth.	M:	1.64	2.50	4.07	5.83	5.35	9.43	23.13	33.74	43.22	46.59	12.64
	W:	1.73	2.32	3.46	4.57	3.95	8.33	13.23	17.77	19.83	20.32	9.22
	Z:	1.68	2.41	3.77	5.22	4.66	8.89	17.92	23.92	27.99	27.78	10.88
31 Dermatika	M:	11.71	5.58	12.24	10.49	9.47	9.42	12.15	12.91	15.14	25.55	11.06
	W:	15.67	9.56	17.11	13.71	11.49	11.37	12.43	14.34	18.08	25.52	14.33
	Z:	13.64	7.53	14.60	12.05	10.46	10.37	12.30	13.79	17.06	25.53	12.80
35 Diuretika	M:	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	3.67	10.76	16.70	28.37	39.79	5.45
	W:	0.00	0.00	0.22	0.47	1.70	6.62	14.88	25.30	43.95	62.79	12.41
	Z:	0.00	0.00	0.11	0.40	0.83	5.11	12.93	21.99	38.51	56.27	9.09

noch Tabelle 2

Indikationsgruppe	Gr.	Arzneiverbrauch in DDD je Versicherten in der GKV nach Altersgruppen 1985										
		0-5	6-14	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 u.m.	Summe
36 Durchblutungsfrd. M.	M:	0.08	0.00	0.28	0.55	1.01	3.17	12.19	27.40	48.16	67.71	8.14
	W:	0.14	0.18	0.40	0.69	1.78	4.62	13.26	34.81	65.49	87.55	16.14
	Z:	0.11	0.09	0.34	0.62	1.39	3.88	12.75	31.96	59.44	81.93	12.32
48 Hypnotika/Sedativa	M:	0.39	0.19	0.26	0.69	1.50	3.44	6.05	10.20	16.85	26.89	3.86
	W:	0.62	0.23	0.65	1.12	2.83	5.30	10.09	18.25	28.06	40.95	8.95
	Z:	0.51	0.21	0.45	0.90	2.15	4.35	8.18	15.15	24.15	36.96	6.52
52 Kardiaka	M:	0.21	0.29	0.39	0.35	1.10	3.42	15.57	43.28	91.38	121.50	13.13
	W:	0.71	0.46	0.72	1.07	2.15	6.73	24.97	73.46	133.44	176.03	32.29
	Z:	0.45	0.37	0.55	0.70	1.61	5.04	20.52	61.84	118.76	160.58	23.15
54 Koronarmittel	M:	0.00	0.00	0.00	0.16	0.74	4.40	22.02	44.05	66.31	65.80	11.55
	W:	0.69	0.36	0.00	0.22	0.52	2.84	14.69	40.55	66.83	76.76	16.13
	Z:	0.34	0.18	0.00	0.19	0.63	3.64	18.16	41.90	66.65	73.66	13.94
59 Magen-Darm-Mittel	M:	3.09	1.04	1.72	3.14	5.40	8.28	14.38	16.42	17.68	21.09	7.49
	W:	3.68	1.52	2.29	3.71	5.12	8.49	13.17	18.98	21.93	29.44	9.90
	Z:	3.38	1.28	1.99	3.41	5.26	8.39	13.75	17.99	20.45	27.08	8.76
67 Ophthalmika	M:	3.86	2.81	3.79	3.36	3.82	6.56	12.30	25.24	50.47	85.77	10.62
	W:	4.23	3.88	5.29	4.02	4.58	7.54	17.11	44.69	89.42	111.37	22.90
	Z:	4.04	3.33	4.52	3.68	4.19	7.04	14.83	37.20	75.82	104.13	17.03
70 Psychopharmaka	M:	0.87	0.39	0.91	2.70	6.58	11.24	19.71	23.53	31.31	42.39	10.05
	W:	1.35	0.89	0.75	3.28	10.44	19.82	33.65	45.53	55.84	64.34	21.76
	Z:	1.11	0.63	0.83	2.98	8.47	15.44	27.05	37.06	47.28	58.12	16.17
82 Venenmittel/Antivar.	M:	0.00	0.55	1.22	1.65	2.43	4.59	9.23	13.69	21.01	26.90	5.31
	W:	0.53	0.66	1.47	2.95	6.57	15.21	28.17	40.95	50.43	53.88	18.54
	Z:	0.26	0.60	1.34	2.28	4.45	9.79	19.20	30.45	40.16	46.23	12.22
ges.Markt Fert.arzn.	M:	166.58	61.15	63.53	80.08	97.97	173.87	360.27	537.02	755.42	966.43	221.42
	W:	220.96	85.74	98.77	121.28	153.02	248.19	444.54	739.81	1076.95	1272.19	389.19
	Z:	193.10	73.18	80.65	100.09	124.91	210.25	404.63	661.71	964.70	1185.61	309.34

Tabelle 1

Gesamtmarkt GKV-Rezepte mit Fertigarzneimitteln	Gr.	Arzneiverbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Altersgruppen 1985											
		0-5	6-14	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 u.ä.	missing	Summe
Verordnungen in Tsd. (in %)	M:	17554.7	12280.9	11517.9	19551.9	18681.5	31087.9	39068.9	32380.5	34695.2	13069.0	6741.1	236629.3
		(7.6)	(5.3)	(5.0)	(8.5)	(8.1)	(13.5)	(17.0)	(14.1)	(15.1)	(5.7)		
	W:	21047.4	15920.2	16121.1	27467.7	25749.7	41015.0	53821.5	70798.5	90689.5	41295.5	12916.9	416842.9
		(5.2)	(3.9)	(4.0)	(6.8)	(6.4)	(10.2)	(13.3)	(17.5)	(22.5)	(10.2)		
	Z:	38602.1	28201.1	27639.0	47019.6	44431.1	72102.9	92890.3	103178.9	125384.7	54364.5	20133.5	653947.7
		(6.1)	(4.4)	(4.4)	(7.4)	(7.0)	(11.4)	(14.7)	(16.3)	(19.8)	(8.6)		
Umsatz in Mio. DM (in %)	M:	204.6	166.1	207.9	408.3	439.6	853.8	1212.8	1065.7	1128.8	386.4	177.6	6251.5
		(3.4)	(2.7)	(3.4)	(6.7)	(7.2)	(14.1)	(20.0)	(17.5)	(18.6)	(6.4)		
	W:	244.1	213.5	273.1	528.3	554.3	1010.4	1498.1	2142.0	2721.0	1138.8	331.6	10655.0
		(2.4)	(2.1)	(2.6)	(5.1)	(5.4)	(9.8)	(14.5)	(20.7)	(26.4)	(11.0)		
	Z:	448.6	379.5	481.0	936.6	993.9	1864.3	2710.8	3207.6	3849.8	1525.1	522.4	16919.6
		(2.7)	(2.3)	(2.9)	(5.7)	(6.1)	(11.4)	(16.5)	(19.6)	(23.5)	(9.3)		
rechn. Tagesdosen in Mio. (in %)	M:	279.0	170.3	185.2	359.1	365.0	741.6	1109.7	1019.6	1131.6	398.7	160.8	5920.7
		(4.8)	(3.0)	(3.2)	(6.2)	(6.3)	(12.9)	(19.3)	(17.7)	(19.6)	(6.9)		
	W:	352.3	228.8	271.9	513.4	546.4	1015.4	1522.9	2242.2	3008.5	1324.1	339.3	11365.3
		(3.2)	(2.1)	(2.5)	(4.7)	(5.0)	(9.2)	(13.8)	(20.3)	(27.3)	(12.0)		
	Z:	631.2	399.2	457.1	872.5	911.4	1757.0	2632.6	3261.9	4140.1	1722.9	519.1	17304.9
		(3.8)	(2.4)	(2.7)	(5.2)	(5.4)	(10.5)	(15.7)	(19.4)	(24.7)	(10.3)		

Tabelle 3: Verordnungen von Benzodiazepinen in der Altersgruppe 71-80 Jahre

Verordnungs-rang	Präparat	Verordnungen 1985 in Tausend	DDD 1985 in Millionen
6	Adumbran	1 182,4	26,6
11	Lexotanil	859,5	35,4
14	Rohypnol	726,4	14,2
39	Tavor	352,8	10,0
43	Limbatril*	324,7	8,5
49	Mogadan	306,4	6,3
52	Halcion	300,8	12,0
54	Praxiten	290,6	6,7
58	Staurodorm	277,3	5,6
64	Valium	261,0	6,6
74	Noctamid	251,1	4,3
95	Diazepam-ratiopharm	223,9	5,3
* Kombinationspräparat		5 356,9	141,5

Tabelle 4:
Arzneimittelgruppen mit umstrittener Wirksamkeit (Verordnungen und Umsatz 1986)

Arzneimittelgruppe	Verordnungen in Mio. (In Klammern Veränderung zu 1985)		Umsatz in Mio. DM	
Antidiarrhoika (sonstige*)	2,0	(+ 7,2)	33,5	(+7,1)
Arteriosklerosemittel	0,2	(−7,3)	4,2	(−10,8)
Carminativa	2,9	(+7,0)	44,2	(+9,5)
Cholagoga	4,9	(−4,9)	140,4	(−0,2)
Chondroprotektive u. sonst. Antiphlogistika*	6,1	(+12,2)	181,3	(+17,7)
Dermatika (Varia*)	1,5	(−6,7)	27,0	(−7,2)
Durchblutungsfördernde Mittel	21,4	(+0,6)	1276,4	(+6,7)
Expektorantien (incl. Kombination)	40,4	(+12,0)	591,1	(+7,5)
Glucocorticoid-Kombinationen	1,0	(+26,2)	17,9	(+24,9)
Grippemittel	5,0	(+12,6)	42,7	(+13,6)
Herzglykosid-Kombinationen	2,3	(−15,3)	73,6	(−12,5)
Hypnotika-Kombinationen	5,1	(+2,8)	76,5	(+12,5)
Mineralstoffpräparate	11,9	(+25,1)	211,9	(+29,7)
Mund- und Rachentherapeutika	8,7	(+9,4)	76,1	(+12,6)
Muskelrelaxantien (Kombinationen)	2,9	(+2,3)	80,7	(+12,9)
Kardiaka (Pflanzenauszüge)	5,4	(+5,3)	92,1	(+7,7)
Koronardilatatoren	2,8	(−10,3)	90,5	(−9,7)
Lebertherapeutika	3,9	(−2,6)	156,0	(+1,2)
Lipidsenker-Kombinationen	0,2	(−7,0)	11,0	(−8,0)
Nootropika	2,0	(−10,7)	127,1	(−12,1)
Ophthalmika (sonstige*)	5,0	(+6,7)	61,4	(+6,2)
Rauwoltia-Extrakte	0,5	(−7,2)	12,0	(−2,1)
Rheumamittel (Externa)	22,8	(+3,6)	372,4	(+5,5)
Tetracyclin-Kombinationen	0,6	(+6,4)	22,0	(+4,2)
Umstimmungsmittel	4,2	(+12,0)	68,1	(+15,6)
Urologika (Kombinationen u. sonstige*)	10,5	(+6,7)	238,1	(+9,6)
Venenmittel	19,0	(+0,7)	558,2	(+3,0)
Verdauungsenzyme (Kombinationen)	3,8	(−3,7)	106,8	(−3,4)
Xanthin-Kombinationen	2,0	(−1,6)	50,3	(+1,1)
Summe	199,0	(+5,6)	4843,5	(+6,0)

Quelle: Arzneiverordnungs-Report '87. — * Die Bezeichnungen »Varia«, »sonstige« usw. beziehen sich jeweils auf die entsprechenden Tabellenbezeichnungen im Report.

Tabelle 5:
Bewertung der 300 führenden Arzneimittel
(eigene Zusammenstellung nach den Angaben der »Bitteren Pillen«)
(Quelle: Reichelt 1987)

	Anzahl	Verordnungen 1985		Umsatz 1985	
		in Mio.	(in %)	in Mio. DM	(in %)
therapeutisch zweckmäßig	90	105,5	(34,4)	3.466	(41,1)
eingeschränkt zweckmäßig	60	67,6	(21,2)	1.525	(18,2)
wenig zweckmäßig	68	68,3	(21,5)	1.825	(21,8)
„abzuraten"	73	66,4	(20,9)	1.432	(17,1)
Naturheilmittel	9	6,4	(2,0)	116	(1,4)
Summe	300	318,3	(100,0)	8.363	(100,0)

Literaturverzeichnis

ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände), 1987: Apotheken-Report Nr. 32. Frankfurt/M.

Ad hoc-Kommission des GKV-Arzneimittelindex, 1984: Arzneiverordnungen 1983 aus Daten des GKV-Arzneimittelindex. In: WIdO (Hrsg.). Bonn

dies., 1985: Arzneiverordnungs-Report '85. In: U.Schwabe/D.Paffrath (Hrsg.). Stuttgart

AOK-Bundesverband, 1984: Dokumentation Pharma-Marketing. Bonn

ders., 1985: Dokumentation II Pharma-Marketing. Bonn

ders., 1986: Dokumentation III Pharma-Kodex. Bonn

Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. In: WIdO (Hrsg.). St. Augustin

Glaeske, G., 1983: Kann die Versorgung mit Arzneimitteln besser sein als das Arzneimittelgesetz? In: Argument-Sonderband 102. West-Berlin

Greiser, E. (Hrsg.), 1981: Arzneimittelindex — eine bewertende Arzneimittelklassifikation. Wiesbaden

Greiser, E., Westermann, E., 1979: Verordnungen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen 1974 und 1976. Forschungsbericht 18. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn

Habermann, E., 1985: Ergänzendes Gutachten zum Forschungsprojekt »Analyse von Struktur und Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner«. In: Schönhöfer et al.,a.a.O.

Hartmann-Besche, W., 1985: Generika-Erfolg in Amerika. In: die Ortskrankenkasse 68, 218-221

Keup, W., 1986: Arzneimittel-Mißbrauch. In: Arzneiverordnung in der Praxis, Nr. 1

Kimbel, K.-H., 1987: Anschluß an internationalen Forschungsstandard durch den GKV-Arzneimittelindex und Arzneiverordnungs-Report. Ms. zu einer Pressekonferenz am 20. Februar 1987 in Bonn

Kuschinsky, G., Lüllmann, H., 1984: Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie. 10. Auflage. Stuttgart

Langbein, K., et al., 1985: Bittere Pillen. 2. Auflage. Köln
Lemmer, B., 1977: Weniger ist mehr — Arzneimittelflut kontra rationale Arzneimitteltherapie. In: Argument-Sonderband 17. West-Berlin
Lohse, M.J., 1986: Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe/Paffrath (Hrsg.). Stuttgart
ders., 1986: Psychopharmaka. In: Schwabe/Paffrath (Hrsg.). Stuttgart
Mengel, K., 1986: Antidiabetika. In: Schwabe/Paffrath (Hrsg.). Stuttgart
Nord, D., 1984: Strukturkomponente und Kostenwachstum. In: Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft (Hrsg.): Aspekte zur Pharmaökonomie. Mainz
Paffrath, D., 1984a: GKV-Arzneimittelindex. In: Ortskrankenkasse 66, 286-292
ders., 1984b: Die Datenquellen der pharmazeutischen Industrie. In: Ortskrankenkasse 66, 582-586
Patzelt, J., 1979: Arzneiverordnungen niedergelassener Kassenärzte in Berlin. Inaugural-Dissertation. FU Berlin
PKV-Verband, 1986: Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1985/1986. Köln
ders., 1987: Die private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 1986. Köln
Reichelt, H., 1986: Der GKV-Arzneimittelindex. Transparenz als Forschungsprogramm. In: Ortskrankenkasse 68, 389-391
ders., 1987: Fragwürdige Arzneitherapie verschlingt Milliarden-Beträge. In: Die Krankenversicherung 39, 130-133
Rüther, E., 1984: Wann Schlafmittel? In: Arzneiverordnungen in der Praxis, Nr. 5
Schönhöfer, P.S., 1979: Klinisch-pharmakologische Überlegungen zur rationellen Therapie mit Arzneimitteln. In: Die Ortskrankenkasse 60, 225-236
Schönhöfer, P.S., et al., 1985: Arzneitherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung. In: WIdO (Hrsg.). Bonn
Scholz, H., 1986: Kardiaka. In: Schwabe/Paffrath (Hrsg.). Stuttgart
Schüren, K.P., Rietbrock, N., 1982: Digitalisbehandlung in Deutschland. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 107, 1935-1938
Schwabe, U., 1983: Pharmakologisch-therapeutische Analyse der kassenärztlichen Arzneiverordnungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: WIdO (Hrsg.). Bonn
ders., 1986: Durchblutungsfördernde Mittel. In: Schwabe/Paffrath (Hrsg.). Stuttgart
Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.), 1985: Arzneiverordnungs-Report '85. Stuttgart
dies. (Hrsg.), 1986: Arzneiverordnungs-Report '86. Stuttgart
dies. (Hrsg.), 1987: Arzneiverordnungs-Report '87. Stuttgart
Sichrovsky, P., 1984: Krankheit auf Rezept. Köln
Westphal, E., 1982: Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse. Köln
ders., 1986: Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. In: WIdO, Ch. v. Ferber, U.E. Reinhardt, H. Schaefer, T. Thiemeyer (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München
WIdO (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen), 1981: GKV-Arzneimittelindex. Projektbeschreibung. Bonn
WIdO, 1983: Analyse von Struktur und Entwicklung der Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung der Rentner. Bonn
WIdO, 1985: Verordnungsstruktur bei Arzneimitteln der Preisvergleichsliste. 1983/1984 im Vergleich. Bonn
WIdO, 1987a: Arzneiverbrauch nach Altersgruppen 1985. Bonn
WIdO, 1987b: GKV-Arzneimittelindex. Liste der 2000 verordnungshäufigsten Arzneimittel 1986. Bonn

Dieter Henkel

Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation

Das System der Rehabilitation Alkoholabhängiger in der BRD genügt in seiner Kapazität und Struktur seit jeher nur äußerst unzureichend den Erfordernisssen, die sich aus der Epidemiologie des Alkoholismus, insbesondere aus seiner sozialstrukturellen Verteilung in der Bevölkerung ergeben (Henkel, 1979). Es kommt vor allem immer weniger dem Rehabilitationsbedarf nach, der aus der epidemiologischen Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus resultiert. Die damit verbundenen Mißstände haben Ausmaße angenommen, die strukturelle Reformen innerhalb des Rehabilitationssystems dringend erfordern. Doch statt mit Reformen zu reagieren, drohen die gesetzlichen Träger der Rehabilitation mit einer gezielten Politik der sozialen Selektion, um gerade jene Gruppen von Alkoholikern aus dem Bereich der Rehabilitation auszuschließen, die sich durch die Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit in beruflich und sozial instabilen, damit rehabilitativ ungünstigen Lebensverhältnissen befinden und bsonders umfassende Maßnahmen der Rehabilitation benötigen. In erster Linie gehören dazu die Arbeitslosen. Doch bevor ich darauf näher eingehe, stelle ich zunächst die Beziehungen dar, die zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Alkoholismus in ätiologischer und damit auch in epidemiologischer Hinsicht bestehen. Denn erst diese Fakten machen klar, welche gesundheitspolitische Brisanz dieser Ausgrenzungspolitik im Rehabilitationsbereich zukommt.

1. *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus*

Die bislang vorliegenden empirischen Forschungsergebnisse zur Bedeutung der Arbeitslosigkeit für die Herausbildung und die Verbreitung von Alkoholproblemen lassen sich in sieben Bereiche untergliedern[1]:

1.1. Alkoholkonsum. Faßt man die Befunde aller Studien, die mit Längsschnittmethoden Veränderungen im Alkoholkonsum unter Bedingungen von Massenarbeitslosigkeit untersuchten, zu einem allgemeinen Ergebnismuster zusammen, dann läßt sich die Arbeitslosigkeit relativ eindeutig als eine Lebenslage qualifizieren, mit der sich erhebliche Risiken der Intensivierung des Alkoholkonsums verbinden (Brenner, 1975, 1976; ISS-Studie, 1977; Brödel u.a., 1978; Smart, 1979; Heinemann u.a., 1979; Rayman u. Bluestone, 1982; Buss u. Redburn, 1983;

Fruensgaard u.a., 1983; Weeks u. Drencacz, 1983; Schmitt, 1987). Je nach Untersuchung[2] nimmt bei 20 bis 30 Prozent der Arbeitslosen der Alkoholkonsum nach Trinkhäufigkeit und nach Trinkmenge während ihrer Arbeitslosigkeit in Relation zur Zeit ihrer Berufstätigkeit signifikant zu[3], insbesondere bei langanhaltender Arbeitslosigkeit. Aus der BRD liegen Zahlen für jugendliche Arbeitslose und für arbeitslose Frauen vor. Die entsprechenden Prozentsätze bewegen sich hier zwischen 17 bis 25 bzw. 7 bis 10 Prozent (ISS-Studie, 1977; Heinemann u.a., 1979; Schmitt, 1987). Allerdings lassen all diese Studien offen, ob bzw. inwieweit die jeweils festgestellten Veränderungen im Alkoholkonsum schon Risiken der Alkoholgefährdung implizieren. Jedoch wenn bei Arbeitslosen der Kauf und Verbrauch von Alkohol zunimmt, und dies bei stark gesunkenem Einkommen und bei einem Rückgang des sog. geselligen Trinkens aufgrund der arbeitslosigkeitsbedingten Abnahme von sozialen Kontakten, dann verweist eine Steigerung des Alkoholkonsums auf Verschiebungen hin zu einem stärker problembezogenen Gebrauch des Alkohols. Dies bestätigen die Untersuchungen insofern, als besonders ausgeprägte Erhöhungen im Alkoholkonsum in erster Linie bei Arbeitslosen auftreten, die auch schon vor ihrer Arbeitslosigkeit den Alkohol als Mittel zur Verdrängung von Lebensproblemen benutzten und auch in der Arbeitslosigkeit nur über geringe objektive und subjektive Ressourcen zur Bewältigung der mit ihr verbundenen Belastungen und Konflikte verfügen (vgl. Brödel u.a., 1978; Smart, 1979; vgl. dazu auch Pearlin u. Radabough, 1982). Die Arbeitslosigkeit führt somit offensichtlich nicht zu bloß quantitativen Veränderungen im Alkoholkonsum, sondern scheint vielmehr bestehende Formen des Umgangs mit Alkohol zu verschärfen. Dies macht auch verständlich, warum in einem Land wie der BRD, wo eine generell weite Verbreitung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung besteht und der Alkohol zugleich eine kulturell fest verankerte Bedeutung als »Problemlöser« besitzt, bei massenhafter Arbeitslosigkeit und den daraus resultierenden materiellen und psychosozialen Lebensproblemen auch Intensivierungen im Alkoholkonsum in epidemiologisch so relevanten Dimensionen auftreten.

1.2. Alkoholgefährdung. Es liegen eine Reihe von Studien vor, die bestimmte Ausprägungsgrade und Formen im Alkoholkonsum als Alkoholgefährdung qualifizieren, definiert als erste kritische Stufe hin zur Herausbildung einer Alkoholabhängigkeit. Aus der BRD gehören dazu mehrere Repräsentativerhebungen aus verschiedenen Bundesländern zur Suchtproblematik bei Jugendlichen (Altersgrenze: 24 Jahre; s. Bayern-Studie, 1976; Baden-Württemberg-Studie, 1980; Nordrhein-West-

falen-Studie, 1981; Hamburg-Studie, 1981; Rheinland-Pfalz-Studie, 1983)[4]. Danach beträgt die Quote der Alkoholgefährdeten unter den Arbeitslosen rund 14 Prozent und übersteigt die Rate der Berufstätigen um das Zwei- bis Dreifache (zu den Ergebnissen im Überblick s. Henkel, 1984). Diese hohe Disproportionalität zu Lasten der Arbeitslosen bestätigen auch Forschungsarbeiten aus anderen Ländern, die z.T. sogar von noch extremeren Relationen berichten (bis hin zu 33 Prozent zu 7 Prozent, s. Garretsen 1983). Allerdings handelt es sich hier wie dort nur um Querschnittdaten, die für sich genommen noch keine Antwort auf ätiologische Fragen geben. Wenn man aber die o.a. Fakten zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum bedenkt und die Bedeutung der Arbeitslosigkeit unter suchtätiologischen Aspekten näher analysiert (Weber u. Schneider, 1982), dann läßt sich zusammen mit empirisch fundierten Plausibilitätüberlegungen (s. Henkel, 1984) der Schluß ziehen, daß in dem überproportional hohen Anteil Alkoholgefährdeter unter den Arbeitslosen nicht primär alkoholismusbedingte Mechanismen der Abdrängung in die Arbeitslosigkeit zum Ausdruck kommen, sondern in erster Linie Effekte der Arbeitslosigkeit, durch die sich Alkoholprobleme verstärken und zu Alkoholgefährdungen entwickeln. Ebenso bedeutsam wie der ätiologische Gehalt der hohen Alkoholgefährdetenrate bei den Arbeitslosen ist ihre epidemiologische Relevanz. Für die BRD veranschaulicht dies folgendes Beispiel: berücksichtigt man nur die Gruppe der arbeitslosen Männer und davon auch nur die amtlich Registrierten (derzeit ca. 1,1 Millionen), und legt für eine vorsichtige Hochrechnung lediglich 10 statt 14 oder mehr Prozent zugrunde, dann ergibt sich (und dies zweifellos als Mindestschätzung) eine Zahl von mehr als 100000 Alkoholgefährdeten allein unter den männlichen Arbeitslosen (zur Zahl der Alkoholabhängigen s. weiter unten).

1.3. Alkoholabhängigkeit. Hier liegen ätiologische Studien vor, die Einflüsse der Arbeitslosigkeit auf die Herausbildung oder Veränderung von Alkoholabhängigkeiten durch retrospektive Befragung[5] alkoholabhängiger Arbeitsloser (in Gegenüberstellung zu berufstätigen Alkoholabhängigen) analysieren. Dabei zeigt sich, daß die Alkoholprobleme von Abhängigen unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit sich weitaus häufiger intensivieren und stärker ausweiten als unter Bedingungen von Berufstätigkeit, und sich somit auch wesentlich schneller zu behandlungsbedürftigen Alkoholismusformen verschärfen (Henkel 1984, 1985, s. dazu auch 1988). Diese Veränderungen im Längsschnitt kommen auch in Querschnittanalysen zum aktuellen Erscheinungsbild des Alkoholismus[6] in hochsignifikanter Weise zum Ausdruck. Im Vergleich zu

Berufstätigen findet man bei Arbeitslosen u.a. ein ausgeprägteres Effekttrinken zur Verdrängung von Lebensproblemen. Es treten häufiger Angstzustände und depressive Verstimmungen beim Nachlassen der Alkoholwirkung auf. Arbeitslose konsumieren Alkohol exzessiver, häufiger bis zur Volltrunkenheit und öfter tagelang ohne Unterbrechung. Auch stellen sich bei ihnen vermehrt Entzugssymptome ein, ebenso delirhafte Zustände und Alkoholhalluzinationen (Henkel, 1987). Auch diese Untersuchung weist klar nach, daß diese insgesamt schwereren Formen sowie fortgeschritteneren Stadien des Alkoholismus der Arbeitslosen, die auch Wanberg und Horn (1973) und Klein (1984) diagnostizierten, auf Effekte der Arbeitslosigkeit zurückgehen. Sie bestanden in diesem Ausmaß nicht bereits vor Einsetzen der Arbeitslosigkeit, sondern bildeten sich erst im Prozeß der Arbeitslosigkeit heraus. Diese Zusammenhänge betreffen besonders stark die Gruppe der alleinstehenden und langfristig Arbeitslosen (Henkel, 1987).

1.4. Somatische Krankheiten. Ebenso treten alkoholbedingte somatische Beschwerden und Krankheiten bei Arbeitslosen in weitaus größerem Umfang auf als bei Berufstätigen (Wanberg u. Horn, 1973; Kilich u. Plant, 1981; Klein, 1984; vgl. auch Albrecht, 1981). Auch diese Differenzen gehen auf die Arbeitslosigkeit zurück, primär auf die exzessiveren Muster im Alkoholkonsum, die sich in dieser Zeit entwickeln (Henkel, 1984, 1985, 1987). Wichtige Ergebnisse liefern in diesem Zusammenhang auch die Studien von Brenner (1975, 1976, 1979). Denn sie weisen nicht nur Erhöhungen im Alkoholkonsum nach (im Bereich harter Alkoholika, der Spirituosen), sondern ebenso signifikante Zunahmen in der Leberzirrhose-Mortalität ein bis ca. drei Jahre nach dem Einsetzen ökonomischer Krisen und dem Anstieg der Massenarbeitslosigkeit.

1.5. Polytoxikomanie, Suizidalität. Bei alkoholabhängigen Arbeitslosen kommt es auch häufiger als bei Berufstätigen zur Herausbildung neuer Suchtprobleme. Aus den Untersuchungen von Fruensgaard u.a. (1983) und Henkel (1984, 1985, 1987) geht hervor, daß für Arbeitslose erhebliche Risiken bestehen, in Prozesse einer zusätzlichen Abhängigkeit von Medikamenten (Tranquilizer, Schlaftabletten) zu geraten. Der in diesen Untersuchungen bei ungefähr 25 bzw. 45 Prozent der Arbeitslosen (und nur bei 5 Prozent der alkoholabhängigen Berufstätigen) nachgewiesene, sich erst im Verlauf der Arbeitslosigkeit herausbildende, zusätzliche Medikamentenkonsum hat wahrscheinlich eine arbeitslosigkeitsspezifische Logik. Sie liegt vermutlich in dem hohen psychischen Konfliktdruck der Arbeitslosen bei gleichzeitig nur geringen finanziellen Ressourcen zur Beschaffung von Alkohol. Zum einen: etwa

drei Viertel der Arbeitslosen (vs. 4 Prozent bei den Berufstätigen) gaben an, oftmals kein Geld für genügend Alkohol gehabt zu haben. Zum anderen: die Stärke der psychischen Konflikte und Krisen, denen alkoholabhängige Arbeitslose unterliegen, läßt sich besonders krass daran ablesen, daß bei ca. einem Drittel der Befragten zunehmende Suizidgefährdungen im Verlauf der Arbeitslosigkeit auftraten (vs. 9 Prozent bei den Berufstätigen s. Henkel, 1984, 1987; vgl auch Schmidtobreick, 1980).

Die in 1.3. bis 1.5. referierten Forschungsarbeiten konzentrieren sich auf ätiologische Fragen. Angaben zur epidemiologischen Verbreitung des Alkoholismus unter Arbeitslosen enthalten sie nicht. Darüber geben andere Quellen Aufschluß. So beträgt z.B. allein schon im ambulanten Sektor der Suchtberatung und Suchttherapie in der BRD die Jahresprävalenz (Gesamtzahl) der arbeitslosen Klienten mit behandlungsbedüftigen Alkoholproblemen zur Zeit etwa 60-70000 (Männer und Frauen zusammen). Und die Jahresinzidenz (jährliche Neuzugänge) beläuft sich auf ca. 15.000-20000[7]. Bedenkt man, daß höchstens ein Drittel der Alkoholiker Kontakt zu Institutionen der Beratung und Therapie haben (Abholz, 1981; Weyerer u.a., 1981), dann läßt sich als Mindestschätzung formulieren, daß die Zahl der Arbeitslosen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen in der Gesamtbevölkerung über 200000 liegt. Zur institutionellen Epidemiologie des Alkoholismus in der BRD gibt es nicht nur aktuelle Bestandszahlen sondern auch Längsschnittdaten, aus denen sich, wie nachfolgend zu sehen, bedeutsame Entwicklungen ablesen lassen.

1.6. Entwicklung der institutionellen Prävalenz. Seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974-75 hat der Anteil der Arbeitslosen in allen institutionellen Sektoren der Suchtkrankenhilfe (Beratungsstellen sowie Fachkliniken für Suchtkranke, Psychiatrische Kliniken: PKH) erheblich stärker zugenommen als die Zahl der berufstätigen Patienten, und ebenso weitaus stärker sowie schneller als die gesamtgesellschaftliche Arbeitslosenquote. Derzeit beträgt der Arbeitslosenanteil unter den alkoholabhängigen Patienten im Bereich der Fachambulanzen und Fachkliniken ca 40 Prozent (1970: ca. 5 Prozent) und im PKH-Sektor schon 70 Prozent[8] (zur gesamten Datenreihe s. Henkel, 1984, 1986 1987). Diese Entwicklung dokumentiert auch die Statistik der Rentenversicherungen, die den allergrößten Teil der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich des Alkoholismus tragen (sog. stationäre Entwöhnungsbehandlungen s. Tabelle). Danach befanden sich im Jahr 1986 bereits 6.279 Arbeitslose unter den insgesamt 20.368 Personen, die mit der Diagnose »Alkoholismus« (ICD 303) in der Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung waren.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (ICD 303: Alkoholismus) von 1975 bis 1986.

G = Gesamtzahl aller Reha-Fälle. B = Berufstätige. A = Arbeitslose. P = A in Prozent von G. Männer und Frauen jeweils zusammengefaßt.

Jahr	G	B	A	P
1975	5 998	—	—	—
1976	7 495	6 975	520	6.9
1977	9 931	9 385	546	5.5
1978	13 709	12 543	1 166	8.5
1979	13 342	11 900	1 442	10.8
1980	12 763	11 066	1 697	13.3
1981	18 364	15 538	2 826	15.4
1982	18 167	15 225	2 942	16.2
1983	17 348	12 678	4 670	26.9
1984	20 144	13 692	6 452	32.1
1985	20 625	14 069	6 556	31.8
1986	20 368	14 089	6 279	30.8

Anmerkung: Der Alkoholismus wird in der VDR-Statistik erst ab 1975 eigenständig erfaßt, das Merkmal »arbeitslos bei Antragstellung« erst ab 1976; bis 1979 umfassen die Zahlen aufgrund fehlender statistischer Differenzierung den Alkoholismus (ICD 303) und die Suchtstoffabhängigkeit (illegale Drogen, Medikamente: ICD 304). In G und B sind in geringem Umfang auch Nicht-Erwerbspersonen enthalten (z.B. Hausfrauen, Rentner).

Quelle: (VDR) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen, Jahrgänge 1975 bis 1986, Frankfurt a.M.

Der Anteil der Arbeitslosen stieg damit in zehn Jahren um mehr als das Vierfache, von etwa 7 Prozent im Jahr 1976 auf ca. 31 Prozent im Jahr 1986 (Männer: von 8 Prozent auf 33.2 Prozent, Frauen: von 2.4 Prozent auf 19.3 Prozent). Untersuchungen zum Rehabilitationsverhalten und zum Rehabilitationssystem machen klar, daß die extreme Zunahme der Arbeitslosen sich weder aus institutionellen Selektionsstrukturen noch aus Besonderheiten im Gesundheitsverhalten erklären läßt, auch nicht allein daraus, daß überproportional viele Alkoholabhängige entlassen werden und arbeitslos bleiben (Henkel, 1984, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Der primäre Grund liegt vielmehr in den arbeitslosigkeitsbedingten Gefährdungen der Lebensexistenz und (wie bereits dargelegt) in den darüber vermittelten Verschärfungen der Alkoholprobleme, die sich bei Arbeitslosen häufiger sowie schneller als bei Berufstätigen zu behandlungsbedürftigen Formen der Alkoholabhängigkeit entwickeln und das Aufsuchen psychosozialer Dienste nach sich ziehen. In der Überproportionalität der Arbeitslosenzunahme unter den Patienten[9] kommt daher eine reale Zunahme von Alkoholkranken unter den Arbeitslosen in der Allgemeinbevölkerung zum Ausdruck.

Somit unterstreicht die Entwicklung des Arbeitslosenanteils in den Institutionen nicht nur die zunehmende epidemiologische Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus, sondern in ihr zeigt sich auch erneut die ätiologische Alkoholismusrelevanz der Arbeitslosigkeit (vgl. dazu auch Brenner, 1967 1973, 1979).

1.7. Rückfälle nach Behandlung. In großer Übereinstimmung weisen alle einschlägigen katamnestischen Untersuchungen nach, daß sich Rückfälle nach erfolgter Behandlung unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit wesentlich häufiger und in kürzerer Zeit einstellen als bei Rehabilitationsprozessen, die unter Bedingungen von Berufstätigkeit verlaufen. Innerhalb eines Katamnesezeitraums von 18 Monaten liegen die Rückfallquoten bei Patienten, die nach der Therapie arbeitslos bleiben, mit etwa 35 bis 45 Prozent um das Zweifache höher als bei Berufstätigen (Waldow u. Börner, 1985; Waldow u.a., 1985; Feuerlein u.a., 1986). Somit tritt auch unter dieser Perspektive die Arbeitslosigkeit recht eindeutig als Risikofaktor des Alkoholismus in Erscheinung, als hochpotenter destabilisierender Faktor im Prozess der Rehabilitation.

2. *Arbeitslosigkeit und Rehabilitation*

Faßt man die bisherigen Ergebnisse zu einer Gesamtbilanz zusammen, dann läßt sich folgendes festhalten: (1) Die Arbeitslosigkeit stellt eine Lebenssituation dar, mit der sich in gesundheitspolitisch relevantem Ausmaß weitaus mehr verbindet, als z.B. die Bundesregierung[10] offiziell verkündet, nämlich nicht bloß (wie dort behauptet) hohe Risiken der Intensivierung des Alkoholkonsums, sondern darüberhinaus auch der Herausbildung bzw. Verschärfung von Alkoholgefährdungen, Alkoholabhängigkeiten und Alkoholkrankheiten. (2) Diese Probleme haben im Zuge der Massenarbeitslosigkeit epidemiologisch bedeutsame Dimensionen angenommen und zu einer Zunahme der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken unter den Arbeitslosen geführt. Daraus entstand bei Arbeitslosen ein wachsender Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen. (3) Im Bereich der Rehabilitation Alkoholabhängiger entwickelte sich mit der Massenarbeitslosigkeit ein immer schärferer Widerspruch. Dort wo die größte Zunahme im Bedarf an Rehabilitation besteht, nämlich bei den Arbeitslosen, bleibt die Rehabilitation am häufigsten erfolglos (im Vergleich zur Gruppe der Berufstätigen und gemessen am Kriterium der Abstinenz). Ohne Zweifel liegt in der Massenarbeitslosigkeit, in dem Fehlen von Arbeitsplätzen, der gewichtigste Grund dafür, daß Rehabilitationsprozesse bei Arbeitslosen so oft scheitern. Doch auch das System der Rehabilitation selbst hat daran einen

wesentlichen Anteil. Dies zeigt sich an zahlreichen strukturellen Problemen. Dazu einige wenige Beispiele, jeweils in Gegenüberstellung zu der Gruppe der Berufstätigen:

a) Arbeitslose unterliegen größeren Risiken, innerhalb des im Bereich des Alkoholismus nach wie vor bestehenden Zwei-Klassen-Systems der Rehabilitation (Fachkliniken vs. Psychiatrische Krankenhäuser: PKH) in den PKH-Sektor und damit in den gegenüber Fachkliniken rehabilitativ weitaus schwächeren Institutionstyp abgeschoben zu werden, und dies, obwohl ihre Lebenslage als Arbeitslose und ihre in der Regel schwereren sowie komplexeren Alkoholprobleme eine vergleichsweise intensivere Form der Rehabilitation erforderlich machen. Diese institutionelle Selektion senkt die Rehabilitationschancen der Arbeitslosen massiv. Sie setzt keineswegs erst ein im Zuge wiederholt gescheiterter Rehabilitationsversuche in Fachkliniken im Sinne eines langsamen Prozesses von Ausgrenzungen der Arbeitslosen in psychiatrische Anstalten, vielmehr auch schon zum Zeitpunkt der erstmaligen stationären Einweisung, wie dies Studien zur institutionellen Inzidenz klar belegen (Henkel, 1979). Die Gründe liegen in dem Zwei-Klassen-System selbst, dessen Existenz und innere Logik zwangsläufig zur Verdrängung der sozial Schwachen in den prognostisch ungünstigen Bereich der Rehabilitation führen.

b) Auch innerhalb des fachklinischen Bereichs kommen Arbeitslose seltener in die Klinik ihrer Wahl und auch häufiger als Berufstätige (zu 31 Prozent vs. 10 Prozent) in sehr wohnortferne Kliniken (Distanz 300 km und mehr). Dieses Problem vergrößert ihre durch den Klinikaufenthalt ohnehin schon entstandene räumlich-zeitliche Isoliertheit vom Arbeitsmarkt noch weiter, reduziert ihre Bemühungen um Wiedergewinnung von Arbeit während ihres in der Regel 6 Monate dauernden Klinikaufenthaltes erheblich und erhöht dementsprechend das Risiko, auch nach Klinikentlassung weiterhin arbeitslos und damit in hohem Maße rückfallgefährdet zu sein (Henkel, 1986). Solche extrem wohnortfernen Unterbringungen kommen deshalb zustande, weil eine Regionalisierung der Klinikeinzugsgebiete bis heute immer noch weitgehend fehlt, vor allem bei den profitorientiert arbeitenden Suchtkliniken, die im gesamten Bundesgebiet auf Patientensuche gehen, um ihre Betten rentabel voll zu bekommen, oftmals auf der Basis von Belegungsverträgen mit den Rentenversicherungen, den Hauptträgern der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigen (vgl. auch DGB-Broschüre, 1986). Daß davon Arbeitslose besonders häufig betroffen sind, hat seinen Grund vor allem in den folgenden Problemen.

c) Aufgrund der passiv-statischen Organisationsform der Gesund-

heitsdienste, die sich durch die arbeitslosigkeitsbedingte Schwächung des Gesundheitsverhaltens besonders für Arbeitslose nachteilig auswirkt, und aufgrund ihrer selektiven Strukturen, die sich insbesondere gegen die unteren Sozialschichten richten, aus denen Arbeitslose bekanntlich häufig stammen, finden Arbeitslose schwerer Zugang zu ambulanten Institutionen wie z.B. zu Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Ärzten (Henkel, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Sie bekommen damit seltener Hilfen und Unterstützung gegenüber den Trägern der Rehabilitation, die über die Gewährung sowie über Art, Umfang und Ort der Rehabilitation entscheiden. Auch erhalten sie dementsprechend häufiger als Berufstätige keine ambulante Vorbereitung, bevor sie die medizinische Rehabilitation beginnen, die als Entzugsbehandlung und dann anschließend als sog. Entwöhnungtherapie stets stationär stattfindet. Diese strukturellen Probleme erschweren den Arbeitslosen den Kontakt zu ambulanten Diensten auch in der Phase der Nachsorge, von der die Stabilisierung der Abstinenz nach Abschluß der stationären Behandlung ganz wesentlich abhängt.

d) Die Unangepaßtheit und daraus resultierende Ineffizienz des Rehabilitationssystems gegenüber den spezifischen Problemen der alkoholabhängigen Arbeitslosen zeigt sich insbesondere darin, daß Arbeitslose die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation weitaus häufiger als Berufstätige als nicht zufriedenstellend empfinden (31 Prozent zu 5 Prozent) und die Behandlung auch öfter vorzeitig abbrechen (30 Prozent zu 19 Prozent s. Henkel, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Sie vermissen in den Kliniken ein adäquates Eingehen auf ihre in psychosozialer Hinsicht besondere Problemsituation als Arbeitslose, ebenso gezielte Beratungen in Fragen der beruflichen Rehabilitation (Fortbildung, Umschulung usw.) sowie flankierende Hilfen bei der Arbeitssuche (Henkel, 1986). Diese Defizite haben vor allem zwei Gründe. Zum einen bestehen im gesamten Bereich der Suchtkrankenhilfe hinsichtlich der ätiologischen und rehabilitativen Bedeutung der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus erhebliche Erkenntnislücken, die sich nicht zuletzt aus dem herrschenden Krankheitskonzept des Alkoholismus erklären, das den Alkoholismus auf psychopathologisches Trinkverhalten verkürzt, losgelöst von den zentralen gesellschaftlichen Dimensionen der Arbeit und damit auch der Arbeitslosigkeit, und dementsprechend auch das Rehabilitationsziel auf Alkoholabstinenz reduziert, abgetrennt von der beruflichen und sozialen Integration, die in Wirklichkeit aber eine der wesentlichsten materiellen Voraussetzungen für das Durchhalten der Abstinenz darstellt. Der zweite Grund liegt in der institutionellen und rechtlichen Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Reha-

bilitation, die sich für alkoholabhängige Arbeitslose besonders negativ auswirkt, denn sie befinden sich in einer doppelten, miteinander verbundenen Problemlage: sie sind alkoholabhängig und arbeitslos. Dies erfordert ein dementsprechend integratives Rehabilitationskonzept, das immer noch nicht existiert, und das nach nunmehr schon 12 Jahren Massenarbeitslosigkeit. Ebenso fehlen bislang weitgehend Ansätze zum Aufbau eines Systems der Rückfall-Prophylaxe für Arbeitslose. Wie dringlich es ist, dies zu entwickeln, zeigt die Tatsache, daß fast jeder, der bei Beginn der Rehabilitation arbeitslos war, auch nach Abschluß der Behandlung für längere Zeit arbeitslos bleibt, jeder Zweite sogar mindestens 18 Monate lang (Waldow u.a., 1985; Feuerlein u.a., 1986).

Die Liste der Probleme ließe sich noch lange fortsetzen (ausführlich dazu s. Waldow u.a., 1985; Henkel, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Dazu kommen noch zahlreiche ebenso gravierende Mängel, die die Effektivität der Rehabilitation bei Alkoholabhängigen generell, und damit auch bei alkoholabhängigen Arbeitslosen erheblich mindern (s. dazu Schlösser, 1981; DGB-Broschüre, 1986). Vorschläge für strukturelle Reformen liegen auf dem Tisch (s. z.B. Waldow u.a., 1985; DGB-Broschüre, 1986; Henkel, 1986). Sicherlich stellen sie nur Lösungen mit begrenzter Reichweite dar, solange es nicht gelingt, die Massenarbeitslosigkeit durch politisches und gewerkschaftliches Handeln (wie z.B. durch Arbeitszeitverkürzungen) entscheidend zu verringern. Aber ebenso deutlich zeigen die aufgeführten Problemfelder, daß auch die institutionelle Organisation sowie inhaltliche Gestaltung der Rehabilitation wesentlich mit dazu beiträgt, daß die Rückfallquoten bei Arbeitslosen so hoch liegen. Deshalb besteht dringend die Notwendigkeit, strukturelle Reformen durchzuführen, um die Rehabilitationschancen für alkoholabhängige Arbeitslose gerade unter den Bedingungen der zur Zeit herrschenden und noch lange anhaltenden Massenarbeitslosigkeit zu erhöhen.

3. *Ausgrenzung statt Reform*

Jedoch, wie bereits angedeutet, reagieren die politisch hauptverantwortlichen Institutionen im Bereich der Rehabilitation auf die bestehenden Probleme und Mißstände nicht mit Maßnahmen, um prognostisch ungünstige Strukturen im Rehabilitationssystem zu beseitigen, sondern mit einer Politik gezielter Selektion, um Personengruppen aus der Rehabilitation auszuschließen, die unter den derzeit unzulänglichen Verhältnissen im Bereich der Rehabilitation ungünstige Prognosen haben. Richtlinien des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger

(kurz: VDR-Richtlinien)[11] vom 26. Juni 1985 (Az. 451-01, 3.2) definieren, welche Patientenmerkmale eine schlechte Prognose begründen. Sie zielen generell (wie die Richtlinien selbst explizit betonen) auf sozial schwache und instabile Gruppen und treffen, wie sich leicht erkennen läßt, vor allem Arbeitslose. Denn folgende Kriterien gelten für das Rehabilitationsziel »Abstinenz« als prognostisch ungünstig: (1) arbeitslos (2) Arbeitsplatz wegen Alkoholmißbrauch verloren (3) Arbeitsstelle in letzten 2 Jahren gewechselt (4) alleinlebend ohne Ehepartner (5) Suizidversuch (6) in Wohnort mit mehr als 100000 Einwohner lebend (7) kein eigenes Haus bzw. keine Eigentumswohnung (8) obdachlos oder in Wohnheim lebend (9) bereits einmal eine stationäre Entwöhnungtherapie gehabt. Diese neun Merkmale gelten für Männer, für Frauen nennen die VDR-Richtlinien teilweise andere. Die Kriterien 2 und 5 beziehen sich auf die gesamte Zeit des Bestehens der Alkoholabhängigkeit. Als prognostisch ungünstig gilt bereits ein Arbeitsplatzverlust im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch sowie ein Suizidversuch in dieser gesamten Zeit, die bei Alkoholabhängigen bis zur ersten Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme etwa 6 bis 7 Jahre beträgt (Henkel, 1986). Auf die zweifelhafte empirische Begründung dieser Merkmale als prognostische Kriterien für den Erfolg bzw. Mißerfolg der Rehabilitation bei Alkoholabhängigen gehe ich hier nicht ein (kritisch und ausführlich dazu s. Waldow, 1987).

Treffen von diesen Kriterien sieben oder mehr zu, so gilt die Prognose als ungünstig mit der Konsequenz, daß dann (nach Prüfung des Einzelfalls) die beantragte Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt werden soll. Neben dem Merkmal 1 gelten für einen Großteil der Arbeitslosen mindestens auch noch die Kriterien 4 und 5. Denn nachweislich leben über 50 Prozent der alkoholabhängigen Arbeitslosen, die einen Rehabilitationsantrag stellen, ohne einen festen Lebenspartner (Henkel, 1987), und man findet (wie schon dargelegt) unter den Alkoholabhängigen mit hoher Suizidalität überdurchschnittlich viele Arbeitslose. Allein diese Merkmale (»arbeitlos«, »alleinlebend« und »suizidgefährdet«) treten bei etwa 30 bis 40 Prozent der arbeitslosen Alkoholabhängigen gemeinsam auf. Hinzu kommt oftmals das Kriterium 9 (s. Rückfallquote). Das Merkmal 3 betrifft häufig beruflich gering qualifizierte Arbeitslose, die bekanntlich in einen schnellen Kreislauf von Arbeitslosigkeit, Wiederbeschäftigung und erneuter Arbeitslosigkeit geraten. Wieviel Arbeitslose besitzen ein Haus oder eine Eigentumswohnung (s. Kriterium 7) ? Und schließlich: jeder zweite bis dritte Arbeitslose lebt in einer Stadt mit mehr als 100000 Einwohnern (Merkmal 6). Nimmt man dies alles zusammen, so beträgt die Quote der Arbeitslosen, für die der Bereich

der Rehabilitation gänzlich[12] verschlossen bleibt, meiner Einschätzung nach mindestens 20 bis 30 Prozent, wenn die VDR-Richtlinien in der Praxis so durchschlagen, wie die einzelnen Bestimmungen es vorsehen. Für sozial deklassierte Arbeitslose (s. Kriterium 8) bestehen offensichtlich gar keine Chancen mehr, eine Maßnahme der Rehabilitation zu erreichen.

Durch die bisherige Betonung der vergleichsweise hohen Rückfallgefährdung bei Arbeitslosen trat die Tatsache in den Hintergrund, daß ihre Abstinenzrate immerhin bei 55 bis 65 Prozent liegt. Mindestens jeder zweite also, der nach der Behandlung arbeitslos bleibt, steht die erreichte Abstinenz durch. Auch der VDR geht von 55 Prozent Abstinenten unter den Arbeitslosen aus. Und selbst bei einer nach den o.a. Kriterien ungünstigen Erfolgsprognose beziffern die Richtlinien die Abstinenzquote immer noch auf 30 bis 40 Prozent[13]. Daß man dennoch regelhaft den Ausschluß der »prognostisch Ungünstigen« intendiert, verweist auf die dahinter stehenden Interessen.

Die konkrete Zielsetzung besteht in nichts anderem, als die Kosten der Rehabilitation massiv zu senken, die im Zuge der Massenarbeitslosigkeit, aufgrund des massenhaften Überschusses an Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt aus der Perspektive der Rentenversicherungen immer unrentablere Dimensionen angenommen haben. Denn die Rentabilität der Rehabilitation bemißt sich nicht allein am Gesundheitserfolg, sondern daran, ob eine Reintegration ins Arbeitssystem erfolgt. Deshalb setzt die beabsichtigte Rentabilisierung der Rehabilitation durch Drosselung der Rehabilitationsfälle genau dort an, wo der Kostenaufwand den Nutzen nach Umfang und Höhe am stärksten übersteigt, nämlich bei den sozial schwachen und beruflich instabilen Alkoholabhängigen allgemein, und im besonderen bei den Arbeitslosen, weil gerade sie (in Relation zu Berufstätigen) am häufigsten Maßnahmen der Rehabilitation nachfragen (s. Tabelle), aufgrund ihrer Lebenslage rehabilitative Hilfen auch in qualitativer Hinsicht am umfassendsten benötigen, aber das geforderte Ziel der Rehabilitation, stabile Abstinenz und Wiedererlangung von Arbeit, in der Regel am wenigsten bzw. nur mit hohem Kostenaufwand erreichen (Mehrfachbehandlung, Lanzeittherapie usw.). Die Zielsetzung, auf dem Rücken der »prognostisch Ungünstigen« die Kosten der Rehabilitation zu rentabilisieren, erschließt sich nicht unmittelbar aus den VDR-Richtlinien, sondern erst aus dem übergeordneten Kontext der Rehabilitation, aus ihrer Funktion als Regulativ des Arbeitsmarkts und der daraus resultierenden ökonomischen und prinzipiell inhumanen Logik, derzufolge letztlich nur dem, der arbeitet, auch ein Recht auf Gesundheit zusteht, und nur der-

jenige eine Maßnahme der Rehabilitation erhält, den der Arbeitsmarkt braucht, und dessen Rückgliederung in das Arbeitsleben durch Wiederherstellung der Gesundheit auf rentable Weise gelingt (Riedmüller, 1978; Keupp, 1980; speziell zum Suchtbereich s. Henkel, 1986; vgl. auch DGB-Broschüre 1986).

Genau diese Logik liegt den VDR-Richtlinien zugrunde. Mit diesen vollziehen die Rentenversicherungen quasi unter dem Motto »Rehabilitation muß sich wieder lohnen« die politische Rechtswende im Bereich der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Die Richtlinien aber erfüllen nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine ideologische Funktion. Denn indem die Rentenversicherungen die Effektivität der Rehabilitation nicht mit ihren strukturellen Mängeln in Beziehung setzen, sondern ausschließlich mit personenbezogenen Merkmalen, leisten sie einem Ideologisierungsprozeß Vorschub, der letztlich darauf hinausläuft, systemspezifische Ursachen für scheiternde Rehabilitationsverläufe unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit zu individualisieren und schließlich in ein rehabilitationsresistentes Verhalten bei Arbeitslosen umzufälschen, was noch weitergehendere Diskriminierungen der Arbeitslosen nach sich zöge.

Doch bereits das derzeit durch die VDR-Richtlinien mögliche Ausmaß an sozialer Demontage verschärft die Situation der alkoholabhängigen Arbeitslosen erheblich. Denn bei der erwartungsgemäß weiter anhaltenden sowie ansteigenden Massenarbeitslosigkeit kommt es durch die Umsetzung der mit den Richtlinien intendierten Ausgrenzungspolitik gegenüber Arbeitslosen zunächst generell zu einer weiteren quantitativen Ausdehnung des ohnehin schon gravierenden Widerspruchs zwischen der (vermutlich noch zunehmenden) Zahl der Alkoholabhängigen unter den Arbeitslosen und der (durch die Richtlinien beträchtlich abnehmenden) Zahl derer, die Maßnahmen der Rehabilitation überhaupt noch erreichen. Aus diesem sich zuspitzenden Widerspruch resultiert ohne Zweifel: erstens eine noch häufigere Abschiebung behandlungsbedürftiger Arbeitsloser in den PKH-Sektor und zwar i.S. einer Verwahrung ohne Rehabilitation und zweitens eine noch stärkere Beschleunigung in der Zunahme der Frühinvaliditätsrate bei Alkoholabhängigen (s. Henkel, 1986). Für Arbeitslose droht durch die Richtlinien faktisch eine Umkehrung des formalrechtlich nach wie vor bestehenden Anspruchs »Rehabilitation vor Rente«. Vor dem Hintergrund der dargelegten ätiologischen und epidemiologischen Bedeutung der Arbeitslosigkeit für den gesamten Bereich des Alkoholismus lassen sich weitere gesundheitspolitisch hoch relevante Konsequenzen vorhersagen: eine Verschärfung der Suizidalität und ein Anstieg der Suizid-

rate, eine Zunahme somatischer Alkoholkrankheiten und ebenso ein Anstieg der Mortalitätsrate innerhalb der Gruppe der alkoholabhängigen Arbeitslosen, die keine Maßnahmen der Rehabilitation erhalten. Ebenso nimmt sicher die Zahl derer zu, die ohne Rehabilitation dauerhaft arbeitslos bleiben und dadurch nicht nur chronische Alkoholabhängigkeiten und Alkoholkrankheiten entwickeln, sondern auch in Prozesse sozialer Deklassierung geraten, unter Umständen bis hin zur Obdachlosigkeit und Nichtseßhaftigkeit.

Anmerkungen

1 Wenn nicht explizit vermerkt, beziehen sich alle im gesamten Aufsatz genannten Zahlen und Zusammenhänge auf Männer. Für arbeitslose Frauen liegen bislang nur sehr wenige Untersuchungsbefunde vor.

2 Die Variation der Prozentsätze erklärt sich vor allem aus Unterschieden in der Stichprobenzusammensetzung und aus verschiedenen Kriterien bei der Bestimmung des Alkoholkonsums.

3 Bei folgenden zwei Gruppen von Arbeitslosen scheint der Alkoholkonsum eher zurückzugehen: zum einen bei Arbeitslosen, bei denen ein hoher arbeitsplatzbedingter Alkoholkonsum bestand, der eng an ihre Arbeitssituation gekoppelt war und seine Bedeutung mit der Arbeitslosigkeit verliert (vgl. Warr, 1984; Iversen u. Klausen, 1986) und zum anderen bei Arbeitslosen, die ihren Alkoholkonsum ohne weiteres einschränken können und dies aus Geldmangel auch tun (vgl. Kendall u.a., 1983). Das stark reduzierte Einkommen bei Arbeitslosen zusammen mit vergleichsweise extrem hohen Alkoholpreisen scheint auch die Ergebnisse der Studien von Jyrkrämä (1980, 1981 zit. n. Mannila u. Lahelma, 1985) zu erklären, die sich auf die Verhältnisse in den skandinavischen Ländern beziehen (Norwegen, Schweden, insbesondere Finnland). Dort liegen die Alkoholpreise bekanntlich weitaus höher als in den Ländern, aus denen die im Text genannten Studien stammen (BRD, USA, Kanada, Dänemark, Großbritannien und Holland).

4 Die Alkoholgefährdung wurde in diesen Studien mit dem Münchner-Alkoholismus-Test von Feuerlein u.a. (1979) bestimmt.

5 Um mit prospektiven Längsschnittverfahren (beginnend mit dem Eintritt der Arbeitslosigkeit) zu analysieren, bei wieviel Arbeitslosen und unter welchen Bedingungen von Arbeitslosigkeit sich Alkoholabhängigkeiten herausbilden, braucht man extrem große Stichproben sowie sehr lange Untersuchungszeiträume. Der damit verbundene erhebliche Untersuchungsaufwand läßt sich nur schwer realisieren.

6 Diagnostiziert mit dem Trierer-Alkoholismus-Inventar von Keller u.a. (1983).

7 Berechnet anhand der Daten der Jahresstatistik 1985 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der BRD (EBIS-Bericht, Bd. 7), Hamm, 1986.

8 Arbeitslosenquote berechnet nach dem amtlichen Modus der Bundesanstalt für Arbeit, d.h. bezogen auf die Erwerbspersonen unter den Klienten bzw. Patienten (Daten für Männer und Frauen zusammen).

9 Der in der Tabelle zu erkennende starke Zuwachs der Reha-Fälle von 1977 auf 1978 erklärt sich daraus, daß ab 1978 die Rentenversicherungen für die Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigen primär zuständig sind (vorher: zusammen mit den Krankenversicherungen).

10 Siehe Bundestagsdrucksache 10/6623 vom 3.12.1986 (»Armut in der Bundesrepublik Deutschland«), S. 19.

11 VDR-Richtlinien: »Entscheidungshilfen für die Gewährung von stationären Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen durch die Rentenversicherung«. Diese Richtlinien wurden am 26. Juni 1985 vom Fachausschuß für Gesundheit des VDR nach eingehender Beratung gebilligt. Ob und inwieweit die einzelnen Träger der Rentenversicherung diese Richtlinien bereits als Grundlage für die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation bei Alkoholabhängigen übernommen haben oder übernehmen werden, ist noch unklar.

12 Bei Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahmen wegen ungünstiger Prognose durch die Rentenversicherung kommt eine Übernahme der Rehabilitation, finanziert durch die Krankenversicherung, nach Ansicht der Krankenkassen nicht in Betracht (s. DGB-Broschüre, 1986, S. 60).

13 Die Richtlinien stützen sich insgesamt auf die Untersuchung von Feuerlein u.a. (1986). Daraus stammen auch die Prognosekriterien und die dazu gehörigen Erfolgsquoten. Diese Untersuchung umfaßt drei Katamnesezeiträume: 6 Monate, 18 Monate und 4 Jahre. Die 4-Jahre-Katamnese ist noch nicht abgeschlossen. Sie kann, wie die VDR-Richtlinien es formulieren, noch zu Modifikationen führen. Dabei sind jedoch grundlegende Änderungen nicht zu erwarten.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.H., 1981: Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus. Ein Ansatz der Primärprävention. In: Das Argument: Argumente für eine soziale Medizin IX, AS 64, 191-218

Albrecht, G., 1981: Nichtseßhaftigkeit und Sucht. In: Feuerlein, W. (Hg.): Sozialisationsstörungen und Sucht. Wiesbaden, 63-94

Baden-Württemberg-Studie, 1980: Suchtmittelmißbrauch. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung. Stuttgart

Bayern-Studie, 1976: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern (Ministerium des Inneren). München

Brenner, M.H., 1967: Economic change and mental hospitalisation: New York State 1910-1960. In: Social Psychiatry, 180-188

Brenner, M.H., 1975: Trends in alcohol consumtion and associated illness. Some effects of economic changes. In: American J. of Public Health, 1279-1292

Brenner, M.H., 1976: Estimating the costs of national economy policy: Implications for mental health and criminal aggression. Vol. 1: Employment, Paper No 5. US-Congress, Washington

Brenner, M.H., 1979: Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. München

Brödel, R. u.a., 1978: Die soziale und psychische Lage der Arbeitslosen. Ansatzpunkte für Weiterbildung. Göttingen (Manuskript)

Buss, T., Redburn, F., 1983: Mass unemployment. Plant closings and community mental health. London, New York

DGB-Broschüre, Deutscher Gewerkschaftsbund, 1986: Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker (Diskussionsentwurf). Düsseldorf

Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C., Antons, K., 1979: Münchner-Alkoholismus-Test. Weinheim

Feuerlein, W., Küfner, H., Flohrschütz, T., Kaufmann, F., Diehl, R., 1986: Die stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung. In: Deutsche Rentenversicherung, 219-236

Fruensgaard, K., Benjaminsen, S., Joensen, S., Helstrup, K., 1983: Psychosocial characteristics of a group of unemployed patients consecutively admitted to a psychiatric emergency department. In: Social Psychiatry, 137-144

Garretsen, H.F.L., 1983: Probleemdrinken. Lisse (Niederlande)

Hamburg-Studie, 1981: briefliche Mitteilung von Infratest-Gesundheitsforschung, München, vom Mai 1984

Henkel, D., 1979: Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. In: Das Argument: Jahrbuch für kritische Medizin 4, AS 37, 86-113

Henkel, D., 1984: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Empirische Zusammenhänge und Analysen. In: Das Argument: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 10, AS 119, 120-141

Henkel, D., 1985: Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für Alkoholgefährdung und Hindernis für Rehabilitationsprozesse. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.): Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Psychologische Theorie und Praxis. Weinheim, 66-83

Henkel, D., 1986: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Ätiologische und rehabilitative Zusammenhänge. Forschungsbericht. Frankfurt a.M. (Kurzbericht in: Suchtgefahren, 4, 1987, 286-289)

Henkel, D., 1987: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. In: Drogalkohol, 2, 1987

Henkel, D., 1988: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: neue Ergebnisse der Forschung. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.): 2. Bremer Symposium: Arbeitslosigkeit. Psychologische Theorie und Praxis (i.V.)

Heinemann, K., Röhrig, P., Stadie, R., 1979: Arbeitslose Frauen (Msk.). St.Augustin

ISS-Studie, 1977: Forschungsbericht zur Jugendarbeitslosigkeit. Institut für Sozialforschung und Sozialwissenschaft. Saarbrücken

Iversen, L., Klausen, H., 1986: Alcohol consumption among laid-off workers before and after closure of a danish shipyard: a 2-year follow-up study. In: Social Science and Medicine, 107-109

Keller, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R., 1983: Trierer-Alkoholismus-Inventar. Universität Trier

Kendall, R.E., u.a., 1983: Influence of an increase in excise duty on alcohol consumption and its adverse effects. In: British Medical Journal, 809-811

Keupp, H., 1980: Thesen zum Thema: Arbeitsfähigkeit als normative Kategorie im System der sozialen Sicherheit der BRD. In: Jantzen, W. (Hg.): Arbeit und Arbeitslosigkeit als pädagogisches und therapeutisches Problem. Köln, 95-104

Kilich, B.A., Plant, M.A., 1981: Regional variations in the levels of alcohol-related problems in Britain. In: British Journal of Addiction, 47-62

Klein, M., 1984: Arbeitslose Alkoholkranke in der stationären Rehabilitation. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht und Gesellschaft. Hamm, 258-261

Mannila, S., Lahelma, E., 1985: Das problematische Verhältnis von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.), a.a.O., 152-166

Nordrhein-Westfalen-Studie, 1981: Repräsentativerhebung zum Mißbrauchsverhalten bei Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Infratest-Gesundheitsforschung (Forschungsbericht), München

Pearlin, L.I., Radabough, C.W., 1982: Economic strains and the coping function of alcohol. In: American Journal of Sociology, 652-663

Rayman u. Bluestone, 1982; zit. n. Liem, R., Rayman, P., 1982: Health and social costs of unemployment. Research and policy considerations. In: American Psychologist, 1116-1123

Rheinland-Pfalz-Studie, 1983: Drogen- und Rauschmittelmißbrauch. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung unter Jugendlichen (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt). Mainz

Riedmüller, B., 1978: Psychosoziale Versorgung und System sozialer Sicherheit. In: Keupp, H., Zaumseil, M. (Hg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Frankfurt/M., 59-89

Schlösser, A., 1981: Zur Lage der Suchtkrankenversorgung in der BRD. In: Demokratisches Gesundheitswesen, 2, V-VIII

Schmidtobreick, B., 1980: Suizidversuche bei Suchtkranken, Umfang und Bedingungsgefüge: Ergebnisse einer Untersuchung. In: Keup, W. (Hg.): Folgen der Sucht. Stuttgart, 118-126

Schmitt, A., 1987: Jugendliche und Alkoholmißbrauch. Eine empirische Untersuchung zu Ausprägung und Präventionsmöglichkeiten des Alkoholmißbrauchs arbeitsloser Jugendlicher. Phil. Diss. (unveröff.). Universität Tübingen

Smart, R., 1979: Drinking problems among employed, unemployed and shift workers. In: J. of Occupational Medicine, 731-736

Schneider, W., Weber, G., 1982: Jugendlicher Drogenkonsum und Arbeitslosigkeit. Ein Beitrag zum Entstehungszusammenhang jugendlicher Desorientierung. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 44-64

Süss, H., Waldow, M., 1987: Forschungsbericht. Universität Marburg (Manuskript)

Waldow, M., Börner, A., 1985: Berufliche und Praxis der sozialen Arbeit, 44-64. Integration bei arbeitslosen Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.), a.a.O, 410-421

Waldow, M., u.a., 1985: Forschungsbericht. Universität Marburg

Waldow, M., 1987: Zur Kritik der Feuerlein-Studie: Sind praktische Konsequenzen der Studie im Sinne der »Entscheidungshilfen« wissenschaftlich vertretbar zu schlußfolgern? Manuskript. Universität Marburg

Wanberg, K., Horn, K., 1973: Alcoholism syndroms related to sociological classification. In: International Journal of Addiction, 99-120

Warr, P., 1984: Job loss, unemployment and psychological well-being. In: Allen, V.L., van de Vliert, E. (Hg.): Role transition. London, 263-285

Weeks, E., Drencacz, S., 1983: Rocking in a small boat: The consequences of economic change in rural communities. In: International Journal of Mental Health, 62-75

Weyerer, S., Feike, D., Dilling, H., 1981: Nichterkannte Suchtkranke in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Keup, W. (Hg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, 29-38

Wolfgang Bödecker, Gine Elsner,
Karl-Heinz Jöckel und Michael Veittinger

Vertrauensärztliche Gutachten als Datenpool zur Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen*

Wir reden viel von Sozialversicherungsdaten — aber der Vertrauensärztliche Dienst (VäD) ist dabei in der Regel nicht mitgemeint. Viele Versuche gibt es inzwischen, die Arbeitsunfähigkeitsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung für eine Erforschung arbeitsbedingter Erkrankungen zu nutzen. Und es gab auch schon einmal den Versuch, die Informationen, die bei den Rentenversicherungsträgern anfallen, für eine Bearbeitung epidemiologischer Fragestellungen zu gebrauchen (Blohmke u. Reimer 1980).

Der VäD wird für die Krankenkassen tätig; aber er ist — bislang noch — der Landesversicherungsanstalt (LVA) angegliedert. Die Aufbaugesetzgebung aus dem Jahre 1934 schrieb diesen überregionalen Dienst vor (Elsner u. Knake-Werner 1984), wobei die Vertrauensärzte in der Folge nicht mehr nur für eine einzelne Krankenkasse arbeiteten, sondern für alle Kassen der Region, die zum Bereich der betreffenden LVA gehörten. Tätig werden die Vertrauensärzte aber nur auf Anforderung der Kassen; die Kassen laden diejenigen Arbeitsunfähigen zu den Vertrauensärzten vor, bei denen eine lange Arbeitsunfähigkeit (meist nach Ablauf der Lohnfortzahlung) besteht, bei denen Chronifizierungsprozesse drohen usw. Die Vertrauensärzte sehen also die langfristig Arbeitsunfähigen einer Region; und wenn davon auszugehen ist, daß Krankheiten, die zu langfristiger Arbeitsunfähigkeit führen, gehäuft auch arbeitsbedingten Ursprungs sind, so kann postuliert werden: daß Vertrauensärzte etwas aussagen können über regionale Schwerpunkte arbeitsbedingter Erkrankungen.

1. *Die Datenquelle*

Die Gutachten der Vertrauensärzte werden bundeseinheitlich erstellt. Darin werden die Krankheiten der Versicherten aufgeführt und gemäß

* Grundlage des vorliegenden Aufsatzes ist die gleichnamige Dissertation von Michael Veittinger. Die Untersuchung wurde finanziell gefördert von der Gesellschaft für Arbeitsschutz und Humanisierungsforschung, Dortmund.

der ICD-Klassifikation verschlüsselt; unterschieden wird nach der Krankheit, die die Arbeitsunfähigkeit begründet, und nach weiteren (höchstens) zwei Diagnosen. Festgehalten wird ferner der erlernte Beruf des Arbeitsunfähigen und die Zeit, bis zu der dieser Beruf ausgeübt wurde. Ebenfalls aufgezeichnet wird die jetzige Beschäftigung und die Zeit, seit wann jene besteht. Verschlüsselt wurden diese Berufsangaben (von uns) gemäß der Berufsklassifikation des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1977.

Möglich ist es also, die Berufsangaben mit den Diagnosen zusammenzubringen und zu prüfen, ob bestimmte Diagnosen bei bestimmten Berufstätigkeiten häufiger auftreten als bei anderen. Für 5000 Fälle war uns dies möglich dank der Bereitschaft der LVA Oldenburg/Bremen und insbesondere ihres Direktors, Klaus Zweigle. Wir erhielten 5000 Gutachten in anonymisierter Form; diese Daten fielen im ersten Halbjahr 1985 an.

Unbekannt ist die Grundgesamtheit. Bekannt sind nur die Tätigkeiten der kranken Arbeitsunfähigen, nicht aber die Anzahl der Gesunden in denselben Berufen (Frentzel-Beyme u. Seelos 1981). Wenn viele Schiffbauer vom Vertrauensarzt gesehen werden: heißt das dann, daß die Schiffbauer besonders häufig krank sind oder heißt das, daß es besonders viele Schiffbauer in dieser Region gibt? Hilfskonstruktionen zur Erfassung der Grundgesamtheit sind denkbar, für unsere Region jedoch unzureichend. Die LVA Oldenburg/Bremen erfaßt Versicherte des Landes Bremen, aber auch einen Teil des Umlandes aus Niedersachsen. 75 % unserer Daten stammten von Arbeitnehmern aus Bremen, der Rest aus dem niedersächsischen Umland. So ist die Grundgesamtheit auch nur äußerst unzureichend über die Bremer Berufsgruppenstatistik herstellbar; ansatzweise lassen sich Vergleiche jedoch herstellen.

Wäre das Krankheitsrisiko in allen Berufen gleich groß, so müßten die Berufstätigen, die vom Vertrauensarzt gesehen werden, die Arbeitswelt widerspiegeln. Das ist aber nicht der Fall. So fällt beispielsweise auf, daß Kraftfahrer häufiger vom Vertrauensarzt gesehen werden, als es ihrem Anteil an den Berufstätigen entspräche. Die Anzahl der Elektroinstallateure ist in Bremen ähnlich groß wie die Anzahl der Kraftfahrer; die Elektroinstallateure werden aber seltener vom Vertrauensarzt untersucht als jene. Ganz besonders häufig werden Schweißer zum Vertrauensarzt geschickt; hier sind es fast 5 % aller Schweißer, die im Laufe des ersten Halbjahres 1985 wegen einer Arbeitsunfähigkeit vom VäD begutachtet wurden.

Auffällig ist auch das Verhältnis der arbeitsunfähigen Frauen zur Anzahl der weiblichen Arbeitnehmer. Mehr als ein Drittel der Erwerbs-

tätigen im Lande Bremen ist weiblichen Geschlechts (39 %); und ähnlich hoch ist auch die Anzahl der Frauen unter den von den Vertrauensärzten Begutachteten (nämlich 36 %). Es sind jedoch vorwiegend die im gewerblichen Bereich tätigen Frauen, die vom VäD gesehen werden. Bei den (typischen) Arbeiterinnentätigkeiten fällt auf, daß Frauen offenbar häufiger vom Vertrauensarzt untersucht werden als Männer in vergleichbaren Berufspositionen. — So stellen Frauen von den als Küchenhilfen Beschäftigten knapp zwei Drittel (62 %). Von den Küchenhilfen aber, die zum Vertrauensarzt geschickt werden, sind vier Fünftel (79 %) weiblichen Geschlechts. Genauso bei den Fischverarbeitern; nach der bremischen Berufsgruppenstatistik sind mehr als die Hälfte dieser Arbeitnehmer Frauen (56 %). Aber bei den Fischverarbeitern, die vom Vertrauensarzt gesehen werden, sind 86 % Frauen. Vermuten läßt sich, daß Frauen jeweils in den beschwerlicheren Tätigkeitsbereichen beschäftigt sind und auch häufiger chronische Krankheiten mit langer Arbeitsunfähigkeit haben als ihre männlichen Kollegen.

Als Fazit läßt sich also formulieren: ein großes Manko der vertrauensärztlichen Daten ist die Unkenntnis der Grundgesamtheit. Notbehelfe lassen sich über Berufsgruppenstatistiken herstellen; unbefriedigend ist ein solches Verfahren aber ganz besonders dann, wenn die Grenzen eines LVA-Bereichs nciht mit den Landesgrenzen übereinstimmen; wenn also eine Erwerbstätigenerhebung nur unzureichend zur Verfügung steht — wie das bei der LVA Oldenburg/Bremen der Fall ist. Dennoch fällt auch hier auf, daß Krankheiten und Kranke nicht gleichmäßig über alle Berufstätigkeiten verteilt sind.

Versicherte der Orts- und Betriebskrankenkassen werden häufiger und eher zum Vertrauensarzt geschickt als Versicherte der Ersatzkassen. Nach zwölf Wochen Arbeitsunfähigkeit ist fast jeder zum Vertrauensarzt vorgeladen worden, der Mitglied in einer Orts- oder Betriebskrankenkasse ist (VäD-Report 1979). Aber nur rund 60 % der in Ersatzkassen Versicherten werden in derselben Zeit dem Vertrauensarzt vorgestellt. Von daher läßt sich formulieren, daß vor allem die pflichtversicherten Lohnempfänger vom Vertrauensarzt gesehen werden und weniger die Angestellten, die häufig in Ersatzkassen versichert sind. Für die pflichtversicherten Arbeiter kann aber gesagt werden, daß eigentlich jeder gewerbliche Arbeitnehmer, der zwölf Wochen arbeitsunfähig ist, während dieser Zeit vom Vertrauensarzt gesehen wird. Wenn überhaupt, so können die Daten des VäD also allenfalls dazu dienen, arbeitertypische Erkrankungshäufigkeiten herauszufinden.

Die beruflichen und diagnostischen Angaben der 5000 Gutachten wurden von uns elektronisch gespeichert. Es wurde geprüft, ob be-

stimmte Diagnosen bei bestimmten Berufstätigkeiten relativ häufiger auftreten als in der Gesamtheit der Begutachteten. Der Quotient aus den beobachteten (observed) und den erwarteten (expected) relativen Häufigkeiten ist gleich 1, wenn eine Diagnose in einer bestimmten Berufsgruppe relativ genauso häufig vorkommt wie in der Gesamtheit aller Untersuchten. Der Quotient ist größer als 1, wenn eine Diagnose in einer bestimmten Berufsgruppe häufiger vorkommt, und kleiner als 1, wenn sie seltener vorkommt als im Durchschnitt.

Ergebnisse

5000 Fälle sind eine ganze Menge — sollte man meinen. Und dennoch sind es zu wenige, wenn es gilt, verschiedene Differenzierungen vorzunehmen. Viele Krankheiten sind so selten, daß sie auch in unserem Kollektiv nur ganz vereinzelt auftraten; das gilt insbesondere für die Gruppe der bösartigen Tumoren. Krebse und andere bösartigen Geschwülste traten in unserer Fallsammlung so selten auf, daß eine differenzierte Auswertung — nach Geschlecht und nach einzelnen Berufstätigkeiten — gar nicht möglich war. Auch bei anderen Krankheitsarten war die Klassifizierung nach dem ICD-Schlüssel schon zu differenziert. Wir mußten Krankheitsgruppen zusammenfassen, um einigermaßen große Fallzahlen zu bekommen. So wurden vier große Krankheitsgruppen zusammengestellt: die Gruppe der verschleißbedingten Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, die Gruppe der durchblutungsbedingten Herz-und Kreislauferkrankungen, die Gruppe der gastro-intestinalen Erkrankungen und die Gruppe der psychovegetativen Leiden. Selbst bei derartigen Zusammenfassungen war die Verteilung auf einzelne Berufe so spärlich, daß eine Differenzierung nach dem Geschlecht nicht mehr möglich war. Oftmals erübrigt sich dieses, da der Arbeitsmarkt geschlechtsspezifisch untergliedert ist: Bestimmte Berufstätigkeiten werden entweder nur von Männern ausgeübt oder nur von Frauen. Es gibt nur wenige Tätigkeiten — wie auch in diesem Datensatz deutlich wird —, die von beiden Geschlechtern gleichermaßen ausgeübt werden.

Die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates waren in unserem Datenmaterial am häufigsten. Wegen Bandscheibenschäden und Rückenbeschwerden im weitesten Sinn (ICD-Diagnosen 721/722/724) sind von 5000 Fällen rund 800 Versicherte vom Vertrauensarzt gesehen worden, das waren 17,5 %. Knapp 5 % der Arbeitsunfähigen waren wegen eines HWS-Syndroms (ICD 723) beim Vertrauensarzt, das waren mehr als 200 Versicherte. Und knapp 300 Versicherte (das waren 6,5 %) wurden wegen rheumatischer Beschwerden der oberen Extremi-

täten (ICD 726-729) zum Vertrauensarzt geschickt. Die Berufstätigen, bei denen diese degenerativen rheumatischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig diagnostiziert wurden, sind den Tabellen 1-3 zu entnehmen. Bezüglich der Rückenbeschwerden (Tabelle 1) fällt auf, daß ganz besonders häufig die LKW-Fahrer erkranken.

Eine O/E-Rate von 2,6 bedeutet, daß 46 % der LKW-Fahrer wegen Rückenbeschwerden im weitesten Sinn vom Vertrauensarzt gesehen wurden, während bei Betrachtung aller Untersuchten diese Beschwerden nur in 17,5 % der Fälle diagnostiziert wurden. Insgesamt fällt darüber hinaus an der Tabelle 1 auf, daß vorwiegend solche Berufsgruppen dort aufgeführt sind, die von Männern besetzt sind. Dabei handelt es sich um Metallarbeiter, Bauhandwerker und Kraftfahrer aller Art.

Tabelle 1:
Rückenbeschwerden: überdurchschnittlich häufig diagnostiziert

Beruf (zuletzt ausgeübt)	Berufsgruppen Nummer	m/w	Fallzahl n	davon ICD 721/722/724 n	%	O/E
Dreher	2210	100/0	27	6	22	1,2
Schweißer	241	95/5	133	34	26	1,5
Maschinenschlosser	2730	99/1	76	17	22	1,3
Eisenschiffbauer	275	100/0	70	19	27	1,5
(vgl. Schlosser allgemein	2700	100/0	88	17	19	1,1)
Kfz-Mechaniker	2811	100/0	31	8	26	1,5
Maurer	4410		63	17	27	1,5
Dachdecker/Zimmermann/ Gerüstbauer	45	97/3	69	18	26	1,5
Tischler	501	96/4	73	19	26	1,5
Kranführer	5440	98/2	44	11	25	1,4
Kfz-Führer aller Art	714	96/4	199	53	27	1,5
Kfz-Führer allgemein	7140	95/5	123	32	26	1,5
Omnibus-Führer	7142	90/10	26	4	20	1,1
Lkw-Führer	7143	100/0	24	11	46	2,6
Zugmaschinen-Führer	7144	100/0	25	5	20	1,1
Müllarbeiter	9352	100/0	20	6	30	1,7
Insgesamt			4555	801	17,5	1,0

Anders bei den Krankheiten des Nacken-Schulter-Arm-Bereichs (Tabelle 2 und 3). Hier finden sich gehäuft auch Tätigkeiten, die vorwiegend von Frauen ausgeübt werden. Typische Frauentätigkeiten erledigen hier Fischverarbeiterinnen, Packerinnen, Verkäuferinnen im Nahrungs- und Genußmittelbereich, Putzfrauen. Sie alle haben entsprechend der Tabelle 2 gehäufte Beschwerden von seiten der Halswirbelsäule. Es gibt allerdings auch Männertätigkeiten, die mit einem stärkeren Verschleiß der HWS einhergehen: entsprechend der Tabelle 2

Tabelle 2:
HWS-Syndrom: überdurchschnittlich häufig diagnostiziert

Beruf (zuletzt ausgeübt)	Berufsgruppen Nummer	m/w	Fallzahl n	davon ICD 723 n	%	O/E
Schweißer	241	95/5	133	12	9	1,8
Schlosser allgemein	2700	100/0	88	6	7	1,4
Elektroinstallateur	3110	100/0	59	4	7	1,4
Montierer	3227	57/43	47	3	6	1,3
Fischverarbeiter	403	14/86	77	9	12	2,4
Packer	5223	28/72	86	5	6	1,2
Hilfsarbeiter	5317	57/43	401	39	10	2,0
Fließbandarbeiter		54/46	28	4	14	2,9
Verkäuferin allgemein	6820	5/95	84	1	1	0,2
Verkäuferin (Nahrung + Genußmittel)	6821	12/88	52	4	8	1,6
Raumpflegerin	9331	7/93	319	21	7	1,4
Insgesamt			455	222	4,8	1,0

Tabelle 3:
Rheumatische Erkrankungen der oberen Extremität: überdurchschnittlich häufig diagnostiziert

Beruf (zuletzt ausgeübt)	Berufsgruppen Nummer	m/w	Fallzahl n	davon ICD 726-729 n	%	O/E
Gartenarbeiter	517	97/3	31	4	13	2,0
Schweißer	241	95/5	133	12	9	1,4
Schlosser allgemein	2700	100/0	88	11	13	1,9
Eisenschiffbauer	2752	100/0	46	4	9	1,3
Montierer	3227	57/43	47	5	11	1,6
Metallarbeiter	3237	63/37	57	1	2	0,3
Näherin	3569	0/100	26	4	15	2,4
Maler/Lackierer	511	92/8	64	6	9	1,4
Hilfsarbeiter	5317	57/43	29	29	7	1,1
Kassiererin	7731	8/92	25	5	20	3,0
Krankenpflegehelferin	8541	3/97	67	6	9	1,4
Raumpflegerin	9331	7/93	319	23	7	1,1
Insgesamt			4555	298	6,5	1,0

sind dies die Schweißer. — Auch die Tabelle 3 verweist auf die geschlechtsspezifische Struktur unseres Arbeitsmarktes. Nur ganz wenige — meist ungenau bezeichnete — Berufe gibt es, in denen die Erkrankten aus beiden Geschlechtern kommen. Für die Tabelle 3 sind das die Montierer, die Metallarbeiter (ohne nähere Angaben) und die Hilfsarbeiter. In allen anderen Berufsgruppen gibt es nur kranke Männer oder nur

kranke Frauen: was sicherlich kein Artefakt ist, sondern Widerspiegelung eines Arbeitsmarktes, auf dem Männer und Frauen nicht um dieselben Arbeitsplätze konkurrieren.

Ähnlich wie bei den HWS-Beschwerden gibt es auch unter den Erkrankten mit Sehnenansatzerkrankungen und Weichteilrheumatismus der oberen Extremitäten im weitesten Sinn eine ganze Anzahl Frauen. Am stärksten beeinträchtigt sind hier die Kassiererinnen und die Näherinnen (Tabelle 3). Danach kommen dann schon die (männlichen) Gartenarbeiter.

Die Tätigkeitsgruppen der Tabellen 1 bis 3 beinhalten die »zuletzt ausgeübte Beschäftigung«. Unterschieden werden kann jedoch auch nach dem »erlernten Beruf«. Die einzelnen Fallzahlen reichen zur Zeit nicht aus, um größere Berufsmobilitäten nachzuzeichnen. Aber auffällig ist, daß manche Beschwerden häufiger nachweisbar sind, wenn der »erlernte Beruf« zugrundegelegt wird, als dann, wenn die »aktuelle Beschäftigung« als unabhängige Variable gilt. Deutlich überrepräsentiert waren beispielsweise HWS-Beschwerden bei einigen Berufsgruppen, wenn nach dem »erlernten Beruf« aufgeschlüsselt wurde (Tabelle 4). So fand sich eine O/E-Rate von 6,3 bei den *gelernten* Stahlschmieden, eine O/E-Rate von 3,9 bei den *gelernten* Schweißern und eine O/E-Rate von 2,3 bei den ausgebildeten Krankenschwestern.

Tabelle 4:
HWS-Syndrom (erlernter Beruf)

Beruf (erlernt)	Berufsgruppen Nummer	Fallzahl	davon ICD 721/722/724		O/E
		n	n	%	
Schweißer	241	28	4	14	3,9
Stahlschmied	251	30	7	23	6,3
Schlosser allgemein	2700	93	3	3	0,9
Elektroinstallateur	3110	104	4	4	1,1
Fleischer	4010	46	3	7	1,8
Einzelhandelskaufmann	6812	149	9	6	1,6
Verkäuferin allgemein	6820	103	2	2	0,5
Krankenschwester	8531	36	3	8	2,3
Insgesamt			109	3,6	1,0

Bei Schweißern, die diese Beschäftigung zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Vertrauensarzt ausübten, fand sich nur eine O/E-Rate von 1,8. Diese Schweißer waren weniger beeinträchtigt als die, die diesen Beruf auch *erlernt* hatten, ihn möglicherweise also schon längerfristig ausübten. Unter den Krankenschwestern, die diese Tätigkeit noch

zum Zeitpunkt der Untersuchung ausübten, waren HWS-Beschwerden nicht mehr überdurchschnittlich häufig zu verzeichnen. Waren jene erkrankten Frauen in andere — weniger strapaziöse — Berufe abgewandert? — Fragen, die mit unserem kleinen Datensatz nicht zu beantworten sind, die aber bei einer Vergrößerung der Fallzahl durchaus zu beantworten wären.

Tabelle 5:
Häufigkeit einzelner AU-Diagnosen bei ausgewählten Beschäftigungen (zuletzt ausgeübte Beschäftigung). Die in Klammern gesetzte Zahl gibt den Altersmedian bei der jeweiligen Erkrankung an

Beschäftigung	n	m	w	Alters-median	Spondylose %	Rücken %	HWS %	obere Extrem. %	andere %
Elektroinstallateur	59	59	0	48	2	14(44)	7(56,5)	3(55)	74(47)
Maler/Lackierer	51	49	2	44	8(42)	4(36,5)	2(44)	10(48,5)	76(45)
Schweißer	133	127	6	43	5(48)	20(44)	9(41,5)	9(42,5)	57(43)
Fahrer	199	191	8	46	7(46)	20(39)	3(57)	7(36,5)	63(46)
Küchenhilfe	96	6	90	44,5	6(59)	10(42)	1(42)	5(42)	78(45)
Fischerverarbeiter/in	77	11	66	38	3(41)	16(38,5)	12(36)	4	65(39)
Kassierer/in	25	2	23	42	—	4(54)	8(38)	20(42)	68(42)
Andere	4333	2751	1582		2(50)	10(45)	5(48)	4(45)	80(44)
männlich	2751				2(50)	11(45)	4(50,5)	4(46)	79(45)
weiblich	1582				2(49,5)	7(45,5)	7(46,5)	4(44)	80(44)
Insgesamt	4973	3196	1777	45					

Eine Differenzierung nach dem Alter erlaubt die Beantwortung der Frage, ob manche Berufstätigen eher erkranken als andere, die vielleicht weniger beruflich belastet sind. Wiederum wurde dies Verfahren am Beispiel der degenerativ rheumatisch Erkrankten angewandt, da hier die Anzahl der Erkrankten am größten war. Die Tabelle 5 zeigt den Altersmedian: die Hälfte der Erkrankten ist jünger, die andere Hälfte älter als dieses mittlere Alter. So ist daraus zu entnehmen, daß — bei Betrachtung aller an Rückenbeschwerden Erkrankten — der Altersmedian für Männer bei 45 Jahren liegt: die Hälfte der Patienten mit Rückenleiden ist also jünger als 45 Jahre, die andere Hälfte ist älter. Für die Berufskraftfahrer gilt aber, daß der Altersmedian bereits bei 39 Jahren liegt: Kraftfahrer erkranken also offensichtlich eher an rheumatischen Rückenleiden als der Durchschnitt aller Patienten. Berufskraftfahrer leiden auch früher an Erkrankungen der oberen Extremitäten als der Durchschnitt aller Erkrankten. Aber es gibt auch Frauentätigkeiten, die zu einem frühzeitigeren Verschleiß führen; so erkranken die Fischverarbeiterinnen beispielsweise schon durchschnittlich mit 36 Jahren an

einem HWS-Syndrom, während Frauen insgesamt erst mit 46,5 Jahren wegen dieser Beschwerden vom Vertrauensarzt gesehen werden.

Mehr als ein Drittel der 5000 Fälle unserer Auswertung litt an einer degenerativ-rheumatischen Krankheit. Demgegenüber waren alle anderen Diagnosegruppen sehr viel kleiner. Rund 5 % der Versicherten hatten ein durchblutungsbedingtes Herz- und Kreislaufleiden, 5 % litten an einer Erkrankung des Magen-Darm-Trakts, und bei weiteren 5 % wurde eine psycho-vegetative Krankheit im weitesten Sinn diagnostiziert. Die Fallzahlen bei allen diesen Diagnosegruppen waren entsprechend klein; ansatzweise lassen sich aber die folgenden Tendenzen aufzeigen. So war auffällig, daß die Hüttenfacharbeiter gehäuft wegen gastro-intestinaler Beschwerden vom Vertrauensarzt gesehen wurden, die O/E-Rate für gastro-intestinale Erkrankungen lag bei 8,5. Eine ebenfalls überdurchschnittlich hohe O/E-Rate hatten die Omnibus-Fahrer (O/E-Rate von 3,4), dann die Montierer (O/E-Rate von 2,4) und die Schweißer (O/E-Rate von 2,4).

Hohe O/E-Raten bei den Herz- und Kreislauferkrankungen fielen bei den Elektroinstallateuren (2,7), den Handelsvertretern (2,7) und den Taxifahrern (2,5) auf. Ganz anders die Verteilung bei den psychisch und psycho-vegetativ Erkrankten: die höchste O/E-Rate hatten hier die Fließbandarbeiter und -arbeiterinnen, und die zweithöchste O/E-Rate (3,1) hatten dann — unerwartetermaßen! — die Maler und Lackierer. Während bei den Fließbandarbeitern und -arbeiterinnen ja allgemein eine starke Beanspruchung durch Hetze und Montonie angenommen wird, die dann schon zu psychophysischen »Erschöpfungszuständen« im weitesten Sinne führen kann, war die hohe Erkrankungshäufigkeit der Maler und Lackierer für uns erstaunlich. Hier könnte ein ganz anderes Verursachungsmuster vorhanden sein: nämlich die hohe Belastung durch Farben und Lösemittel, die zu zentralnervösen Störungen führt (Bohne-Matusall u. Lißner 1986).

3. *Schlußbemerkung*

Insgesamt verweisen die Daten auf Bekanntes. Insofern ist zu fragen, ob sich der Aufwand lohnt. Der Nachweis von bekannten Zusammenhängen bei diesem hier dargestellten Versuch erlaubt jedoch den Hinweis, daß sich Verzerrungen in Grenzen halten. Der Nachweis bekannter Zusammenhänge verweist darauf, daß der Datensatz durchaus als brauchbar angesehen werden kann zur Darstellung von Auffälligkeiten. Denkbar ist, daß so ein »Frühwarnsystem« aufgebaut werden kann, das über regionale beruflich bedingte Häufungen von Krankheiten Auskunft

gibt. Dabei geht es ja nicht darum, einen solchen Datensatz neu aufzubauen. Es geht ja nur darum, vorhandene Daten, die eh erhoben werden, elektronisch zu speichern — was für andere Informationen des VäD bereits geschieht. Der Aufwand, die Informationen elektronisch in größerem Rahmen als hier zu speichern, ist minimal. Der Nutzen könnte aber ein größerer sein als hier vorgeführt; denn bei einer größeren Anzahl von Fällen ergeben sich mehr Möglichkeiten zur Differenzierung. Auch seltenere Krankheiten sind so einer Analyse zugänglich. Ein artifizieller Fall-Kontroll-Ansatz ließe sich herstellen; eine Gruppe von Versicherten mit einer bestimmten (weniger häufigen) Erkrankung ließe sich vergleichen mit einer künstlich (nach Alter und Geschlecht) erhobenen Kontrollgruppe. Für den von uns bearbeiteten Datensatz, der nur 5000 Fälle umfaßte, war dieser Ansatz jetzt nicht hinreichend durchführbar. Denn die Häufigkeit, mit der einzelne Diagnosen gestellt wurden, war zu gering, um weitergehende Rechnungen durchzuführen.

Literaturverzeichnis

Blohmke, M., u. F. Reimer, 1980: Krankheit und Beruf. Heidelberg

Bohne-Matusall, R. u. L. Lißner, 1986: Nervenschäden durch Lösemittel. In: G. Elsner, W. Karmaus u. L. Lißner (Hrsg.): Muß Arbeit krank machen? Hamburg

Elsner G., u. H. Knake-Werner, 1984: Der Vertrauensärztliche Dienst — Ein Beitrag zur Erforschung schichtenspezifischer Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bremen

Frentzel-Beyme, R., u. H.J. Seelos, 1981: Daten des vertrauenärztlichen Dienstes. In: R. Brennecke, E. Greiser, H.A. Paul u. E. Schacht (Hrsg.): Datenquellen für Sozialmedizin und Epidemiologie. West-Berlin

Statistisches Bundesamt, 1977: Klassifizierung der Berufe. Wiesbaden

Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub

Sozialarbeit und Gesundheit

Wir möchten im folgenden aufzeigen, daß ein Zusammenhang zwischen Sozialarbeit und Gesundheit besteht, aus dem sich Sozialarbeit auch als Gesundheitsarbeit verstehen läßt. Ferner werden wir der Frage nachgehen, welchen Beitrag eine so verstandene Sozialarbeit zur Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit leisten kann. Mit unseren Überlegungen möchten wir auch einen vorläufigen Beitrag zur Standortbestimmung der Sozialarbeit im Feld der Gesundheitssicherung leisten.

Bei der Bearbeitung des Themas lassen wir uns von der bekannten Definition von Gesundheit der WHO leiten, nach der neben der physischen und psychischen auch die soziale Dimension des Wohlbefindens als integraler Bestandteil zu werten ist. Wir greifen diese Definition als Utopie im positiven Sinne auf, weil sie über die tatsächlichen Verhältnisse in der Bundesrepublik hinausgeht. In der Definition erscheinen die drei Aspekte der Gesundheit als potentiell gleichrangig und gleichwertig, aber sie läßt völlig offen, wie sie in Beziehung zueinander stehen oder gar miteinander verbunden sind. Dies läßt schon erwarten, daß es schwierig sein wird, zwischen den verschiedenen Wissenschaften, die die Aspekte der Gesundheit repräsentieren und dafür ja spezifische Institutionsformen beruflichen Handelns entwickelt haben, sowohl theoretisch als auch praktisch eine Konsensfähigkeit herzustellen, die sich auf der Handlungsebene in Kooperationsfähigkeit zeigt.

Die uns hier interessierende Bedeutung der Sozialarbeit einschließlich ihres Arbeitsansatzes in Fragen der Gesundheit betrifft selbstverständlich den sozialen Aspekt von Gesundheit, der eng mit der »sozialen Frage« verknüpft ist und mit sozialwissenschaftlichen Fragestellungen und Methoden zu bearbeiten ist. Dieser soziale Aspekt ist in seiner gesellschaftlichen Wirksamkeit weniger bedeutend als der physische oder auch der psychische. Sozialwissenschaftliche Erklärungsmuster scheinen bisher noch keine machtvolle Methode entwickelt zu haben, die theoretische Erkenntnisse auch in praktisches Handeln umsetzen könnte. Darüber hinaus sind — anders als in der Medizin — Theorie und praktische Erfahrung traditionell getrennt. Es gibt keine eindeutige Verbindung zwischen der Soziologie als Wissenschaft und der Sozialarbeit als deren Handlungsebene mit »Praxis und Erfahrung«. Die Verknüpfung und gegenseitige Abhängigkeit sind gestört. Sie haben unter-

schiedliche Geschichten in derselben Gesellschaft und nicht viel mehr gemeinsam als die Vorsilbe.

Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Die Notwendigkeit der Einbeziehung der Sozialarbeit in die Gesundheitsversorgung wird in der neueren Literatur nicht mehr ernsthaft in Zweifel gezogen. Unterschiede bestehen aber in der Frage, wie dieses geschehen soll. Einerseits wird gefordert, die Sozialarbeit solle unter ärztlicher Gesamt- und Endverantwortung (Jungmann 1975, Deutsches Ärzteblatt 1982) stehen, und andererseits werden Gesundheitsteams (Trojan und Waller 1979) vorgeschlagen, in denen Sozialarbeiter gleichberechtigt neben anderen Gesundheitsberufen tätig sein sollen.

Für viele Autoren stellvertretend soll hier besonders auf die Arbeit von Regus (1983) eingegangen werden, weil dessen kritische Ausführungen u.E. das Dilemma der Sozialarbeit im Gesundheitswesen besonders gut aufzeigt. Regus weist darauf hin, daß die Debatte um mehr oder weniger Sozialarbeit im Gesundheitswesen einen objektiven Kern in der realen Krise der medizinischen Versorgung und der gegenwärtigen Arzt-Patient-Beziehung trifft. Er benutzt diese These zur Bearbeitung der Frage, ob psychosoziale Berufe in die primärärztliche Versorgung mit einbezogen werden sollten. Dabei definiert Regus die Kompetenz der Sozialarbeit, zu Fragen der Gesundheit Stellung zu nehmen, aus der Analyse der von den Medizinern beanspruchten »Primärversorgung« mit ihren Ansprüchen und Realitäten. Damit werden Probleme des beruflichen Selbstverständnisses der Ärzte und dessen Realisierung angesprochen. Insbesondere die Untersuchungen von Bollinger und Hohl (1981) konnten eine schwindende Autorität der Ärzte gegenüber ihren Patienten nachweisen, und solch eine Entwicklung läßt natürlich aufhorchen. Das mag neben vielen anderen Faktoren auch mit Kompetenzdefiziten in der praktischen Medizin angesichts wachsender Einsicht in und Kenntnis über psychosoziale und soziale Faktoren für die Ursachen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen zusammenhängen. Doch auch nach der Erweiterung des psychosozialen Aspekts im Medizinstudium hat sich die medizinische Versorgung in den Praxen niedergelassener Ärzte nicht wesentlich geändert.

Es liegt nicht daran, daß Mediziner nicht gewillt sind, psychosoziale Aspekte der Gesundheit anzuerkennen, zu berücksichtigen und anzuwenden, vielmehr ist es ihnen wegen ihrer spezifischen Praxisorganisation und Einbettung in das kassenärztlich organisierte und dort

materiell bestimmte Abrechnungssystem nicht leicht möglich, sich mit diesen Erkenntnissen vertraut zu machen und sie anzuwenden.

Einerseits ist vor allem unter jüngeren Ärzten die Krise der Arzt-Patient-Beziehung als Beziehungsproblem zwischen Medizinern und ihren Patienten aufgegriffen worden. Die zunehmende Nachfrage nach Balint-Gruppen mag darauf hinweisen. Ärzte sind »psychologisiert« worden. Andererseits unterliegen aber auch sie den grundsätzlich gleich gebliebenen Arbeitsbedingungen — vor allem dem Einzelabrechnungsverfahren durch die Krankenkassen — in der Primärversorgung. Was hätte sich also in ihrem Kooperations- und Organisationsgefüge auch ändern sollen? Regus weist mit Recht darauf hin, daß Patienten, deren Leiden Ausdruck sozialer Kränkungen sind, nur schwer zu »behandeln« sind. Auch in einer kooperativen, durch Balint-Gruppen-Arbeit verfeinerten, Subjekt-Subjekt-Beziehung in »einem übergreifend pädagogisch-therapeutischen Zusammenhang« (125) müsse man häufig mit einem Scheitern ärztlichen Bemühens rechnen, solange nicht die Versorgungsstrukturen im Sinne einer »Demokratisierung und Gemeindeorientierung« (127) reformiert sind.

Im weiteren Verlauf seiner kritischen Auseinandersetzung mit psychosozialen und sozialen Aspekten der Beratung in der primärärztlichen Versorgung diskutiert Regus prinzipielle Grenzen ausschließlich psychologischer Hilfskonzepte ebenso wie die Notwendigkeiten und Aufgaben medizinischer Sozialarbeit. Dabei problematisiert er die Schwierigkeiten einer integrativen interdisziplinären Kooperation bewußt aus der Sicht der »Sozialarbeit im Gesundheitswesen« (wie auch Mehs 1981, Kreuter et al. 1982, Weber-Falkensammer und Oppl 1983, Reinicke 1986).

Die relativ umfangreiche Literatur zur Kritik der primärärztlichen Versorgung hat u.a. den Weg für die Sozialarbeit geebnet, zu Fragen der Gesundheit mit herangezogen zu werden. Dieser Diskussionsstand präsentiert aber auch die dominante Medizinkonzentrierung der Gesundheitsversorgung, die gleichzeitig kritisiert wird, und läßt eher peripher, entsprechend dem politischen Standort verschiedener Autoren mehr oder weniger sozialwissenschaftlich begründete Fragestellungen ins Zentrum hinein- oder gar auf naturwissenschaftlich-medizinische Sichtweisen hinwirken. Folgende Sprachregelung mag das auch bei einem fortschrittlichen Autor verdeutlichen: Regus (1983) schreibt: Die Erfahrung, daß »selbst in berufsübergreifenden Gruppenpraxen mit *eigenen* (Hervorhebung d. Verf.) Sozialarbeitern« (135) in einer »ganzheits- und subjektorientierten Beratung auf primärärztlicher Basis« die Funktion der Sozialarbeit immer noch unsicher sei. Das ist

u.E. gar nicht anders zu erwarten und in diesem Arbeitszusammenhang sicherlich richtig gesehen. Es verdeutlicht vor allem die Notwendigkeit, den Standort der Sozialarbeit mitzureflektieren. Letztlich heißt dies auch, die Frage stellen zu dürfen: Kann sich die gesundheitsbezogene Sozialarbeit im System der offiziellen, staatlich durch die RVO geschützten Gesundheitsversorgung überhaupt adäquat entwickeln? Für die engagierten Mitarbeiter dieser von Regus erwähnten Gruppenpraxen kann eine solche Erfahrung unsicherer Funktion der Sozialarbeit resignative Folgen haben, schmerzlich ist es aber auch für die Klientel, die an chronifizierenden sozialen Kränkungen leiden und deshalb die medizinische Primärversorgung aufgesucht haben.

Das oft bedauerte, fehlende berufliche Selbstverständnis der Sozialarbeiter (auch in Gruppenpraxen) liegt sicher auch darin begründet, daß sie selbst von kritischen Medizinern als Defizitfüller und/oder -beseitiger gesehen werden. Sozialarbeit bietet im Gesundheitswesen häufig ein Unterstützungssystem an, das — ungewollt — eher zur Kompensation und Stabilisierung des mangelhaft funktionierenden Systems beiträgt als zu dessen qualitativer Weiterentwicklung, die zu mehr Gesundheit führen könnte als zur Zeit gelebt wird. Falls sich die Sozialarbeit wirklich mit diesen Fragen auseinandersetzen will, muß sie offensiv mit eigenen Methoden und Inhalten aktiv werden und den »Magdcharakter« (Schaub und Schwall 1984) gegenüber der Medizin in Fragen der Gesundheit und Krankheit, den sie im traditionellen Gesundheitssystem innehat, aufkündigen. Die Sozialarbeit muß selbst die Fragen formulieren, deren Beantwortung sie sich als Aufgabe gestellt hat.

Die Sozialarbeit ist behindert

Mit der Gründung der Fachhochschulen Anfang der 70er Jahre und der damit verbundenen Aufwertung der höheren Fachschulen zu Fachhochschulen ist eine damals längst überfällige Reform auf halber Strecke steckengeblieben. Seitdem können sich Studenten während eines dreijährigen praxisorientiert wissenschaftlichen Studiums soweit in die Problematik ihres Faches einarbeiten, daß sie sich gerade noch nicht selbst mit den Fragen ihrer Theorie und Praxis wissenschaftlich auseinandersetzen. Allein die Möglichkeit wissenschaftlichen Arbeitens ist damit schon von studentischer Seite eingeschränkt, obwohl gerade die Wissenschaftsgrundlage des Berufs, das geprüfte, systematisierte Wissen und Können, ein notwendiger Bestandteil der eigenen Professionalisierung ist. Darüber hinaus muß hervorgehoben werden, daß keine — zumindest vorläufig — abgeschlossene und in sich schlüssige »Theorie

der Sozialarbeit« existiert. Die Lehr- und Forschungsbedingungen, das Bemühen um eine Sozialarbeiterwissenschaft, die dem Beruf eine gewisse Eigenständigkeit geben könnte, wird bekanntlich staatlich nicht gefördert, sondern eher verhindert. Sozialarbeiter/innen werden auch nicht von Sozialarbeiterprofessoren ausgebildet, sondern von Vertretern der Basiswissenschaften der Sozialarbeit, die ihrerseits häufig wenig Erfahrungen mit praktischer Sozialarbeit haben und damit auch die Funktion des Berufs nur unzureichend kennen. Wie sollen diese Professoren den Studierenden eine Fachsicht oder gar Berufsidentität vermitteln (Mangold 1981)?

Weiterbildungsfragen sind für die Sozialarbeit nicht einheitlich geregelt. Es gibt keine umfassend wirksame Berufsorganisation, die selbst über die Qualifikationen von Sozialarbeiter/inne/n entscheidet, indem sie Prüfungen abhält, Lizensierungen vergibt oder gar über verpflichtende berufliche Verhaltensregeln befindet.

Auch Sozialarbeiter/innen selbst sind sich ihrer Einstellung zu ihrem Beruf nicht so sicher. Dies zeigt u.a. auch die Professionalisierungskontroverse, die mit Stichworten wie Intuition versus diagnostisches Denken, warmes Herz versus berufliche Beziehung, gesunder Menschenverstand versus erworbenes Fachwissen bezeichnet werden kann (Lotmar 1969). Soll über den gesunden Menschenverstand hinaus überhaupt professionell reflektiert werden?

In der Öffentlichkeit haftet wohl auch deshalb dem/der Sozialarbeiter/in immer noch der Ruch an, zwischen dem Ehrenamt des Amateurs im repressiv staatlichen Auftrag und dem bezahlten Hauptamt des professionellen Fachmannes, der eigenständig entscheidet, zu stehen.

Betrachtet man Sozialarbeiter/innen im Spiegel gesellschaftlicher Machtverhältnisse, dann deutet vieles darauf hin, daß sie ähnlichen Entwertungstrategien unterliegen, wie sie ihnen in bezug auf die ihnen anvertrauten gesellschaftlich Deklassierten bekannt sind. Diese Strategien können zu Selbstentwertungen führen und sich in der genannten Anwaltschaft zu sozialpsychologisch zu verstehenden Abwehrmustern im Sinne beruflicher Deformationen verbilden (Blinkert 1976), die eine adäquate Zusammenarbeit mit der Klientel stören. Typische Deformationsmuster sind u.a.:

Helfertyp oder regressive Identifikation (»Ich bin von den Betroffenen betroffen und wie gelähmt«), *Amtsarsch* oder distanzierte repressive Rationalisierung (»Laß die doch mal selbst was machen, dann kriegen die auch die finanzielle Unterstützung«), *Underdog* oder resignative Pseudokooperation (»Ich kann nichts für sie tun, weil die Ärzte (und Juristen) das Anliegen nicht unterstützen«), *Funktionär* oder apersonale

Politisierung »Ich kann nichts für sie tun. Erst müssen die gesellschaftlichen Verhältnisse geändert werden«).

Diese ausschnitthaften aber dennoch kennzeichnenden Beispiele dokumentieren den von vielen Sozialarbeiter/inne/n selbst eingeschätzten Stellenwert und weniger den Wert sozialer Arbeit. Es wäre sicherlich verfehlt, diese beruflichen Verhaltensmuster als persönliche Problematiken der Sozialarbeiter/innen zu werten. Sie sind vielmehr Kompensationsmuster, die die Abhängigkeit von gesellschaftlich mächtigen Strukturen und deren Vertreter widerspiegeln. Sozialarbeiter/innen haben eben im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, die an Hochschulen ausgebildet werden, einen unterprivilegierten Status und sie werden in der Regel niedriger bezahlt als andere Absolventen.

In den folgenden drei Abschnitten möchten wir darstellen, wie es dennoch möglich ist, Sozialarbeit als eigenständige Disziplin mit eigentümlichen Methoden zu entwickeln; denn u.E. ist es nur auf diesem Wege möglich, die brennenden Gesundheitsfragen in Kooperation mit anderen zumindest teilweise zu beantworten.

Der Stand der Professionalisierungsdebatte

Ende der 70er Jahre setzte ein Bruch in der Diskussion um die Entwicklung von mehr Professionalität der helfenden Berufe insgesamt ein. Die »Entmündigung durch Experten« schonte auch die Sozialarbeit nicht. Die Alltagswelt wurde neu entdeckt und mit ihr auch deren Problemlösungskapazität. Sozialarbeit als professionelle Arbeit habe entmündigenden Charakter und die Wirklichkeitsentwürfe der Klient/inn/en verschwänden spurlos in den Bewertungs- und Entscheidungsroutinen der Experten (Herriger 1986). Originäre Selbsthilfe (Kreutzer 1983) wandte sich gegen die als entmündigend erfahrene Sozialarbeit. Dadurch wurde die Diskussion über die »Selbstbeschränkung der Experten und die Unterstützung der Selbsthilfe« (Herriger 1986) unterstützt.

Mittlerweile scheint die Kontroverse um mehr Professionalität einerseits und Entprofessionalisierung der Sozialarbeit andererseits ausgestanden. Das fruchtbare Ergebnis dieser Auseinandersetzung liegt wohl darin, daß die Forderung nach ständiger Reflexion professioneller Intervention in bezug auf die subjektiven Bedürfnisse und Wünsche sowie Interessen der Klientel ein unverzichtbarer Bestandteil der Sozialarbeit geworden ist. Das »Defizitmodell« ist als herrschendes theoretisches Konstrukt für die Analyse und Interpretation sozialer Problemstellungen aufzugeben und den Ressourcen im weitesten Sinne (Friedrich et al. 1979) Bedeutung beizumessen, so daß Selbsthilfe und -organisation in

Verbindung mit sozialpolitischen Forderungen nach Verbesserung der sozialen Situation in Zusammenhang gesehen werden können.

Die Krise der Gesundheitsversorgung

Die Grenzen der Gesundheitsversorgung sind erreicht. Sie ist kaum noch finanzierbar und trotz steigender Arztdichte und dem Einsatz modernster Medizintechnologie wird die Bevölkerung in der Bundesrepublik insgesamt nicht gesünder (Schmidt et al. 1987).

Bekanntlich ist die Gesundheitsversorgung Domäne der Medizin, die mehr und mehr die Akutdiagnostik und Akuttherapie naturwissenschaftlich zu verstehender Erkrankungen in das Zentrum ihres Denkens und Handelns gerückt hat. Hier hat sie auch zweifellos große Erfolge zu verzeichnen. Es scheint jedoch fast so, als sei ihr entgangen, daß sich das Krankheitsspektrum erweitert hat. Hier hat die Verschiebung in Richtung einer Zunahme der chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen u.v.m.) stattgefunden, die mittlerweile weit über 70 % der Gesamtmortalität ausmachen. Dieses Problem kann die Medizin allein nicht lösen, weil es dafür keine schulmedizinischen Bewältigungsstrategien gibt. Ein anderer Zugang erscheint sinnvoller, der, gemessen an den hohen personellen und finanziellen Aufwendungen im kurativen Bereich, nur wenig Beachtung findet und gesellschaftlich über keine große Machtbasis verfügt.

Es sind dies Prävention — die Sicherung von Gesundheit weit im Vorfeld von Krankheitssymptomen und manifester Erkrankung — und Rehabilitation — die Sicherung der Lebensqualität Kranker und Behinderter — als zwei Bereiche gesundheitlicher Versorgung, die mehr Aufmerksamkeit verdienen. Wir sind der Ansicht, daß sich mit präventiver Gesundheitsarbeit mehr Gesundheit erreichen läßt. Dies klingt zunächst banal, ist aber bei näherer Betrachtung eine komplizierte These. Wir wollen sie sowohl theoretisch verfechten als auch an praktischen Beispielen begründen.

Überlegungen und Befunde

Im Mittelpunkt neuerer sozialwissenschaftlicher und sozialepidemiologischer Überlegungen und Forschungen steht die Suche nach psychosozialen Schutz- und Risikofaktoren und deren Einfluß auf Gesundheit und Krankheit. Einen Überblick über die empirische Literatur gibt Waltz (1981).

Badura (1983) nennt und belegt durch zahlreiche Befunde drei Arten psychosozialer Risiken, die gesundheitsgefährdend sind und die chronifizierende Krankheitsprozesse in Gang setzen können, in deren Verlauf es zu manifesten Erkrankungen kommen kann:

— Belastende Lebensereignisse (life-events), wie Verlust einer nahen Bezugsperson durch Scheidung oder Tod, Verlust des Arbeitsplatzes, Umzug ...
— Chronische körperliche und nervliche Belastungen in der Arbeitswelt und/oder Familie, wie chronische Arbeitsüberlastungen, andauernde Konflikte in der Familie ...
— Kritische Übergänge im Lebenszyklus, wie von der Krankheit zum Erwachsenenalter, von der Schule in die Arbeitswelt, Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und Eintritt ins Rentnerleben.

Die soziologische Gesundheitsforschung kann auch gesundheitsfördernde psychosoziale Faktoren empirisch belegen. So ist inzwischen nachgewiesen, daß positiv empfundene soziale Beziehungen einen direkten Einfluß auf das psychische Wohlbefinden haben und ebenso, daß Formen sozialer Unterstützung die physische Gesundheit beeinflussen, indem sie entweder vor Belastungen schützen oder, etwa bei chronischen Erkrankungen, deren Bewältigung erleichtern (Badura 1981, 1983, 1985).

Diese Ergebnisse, die wir hier sehr verkürzt wiedergegeben haben, haben zur »Wiederentdeckung eines zeitweilig verborgenen Gesundheitssystems« (Wenzel 1983) geführt, indem sie auf die Gesundheitsrelevanz sozialer Netzwerke wie Familien oder familienähnliche Lebensgemeinschaften, Freundeskreise, nachbarschaftliche Beziehungen, Freizeitgruppen etc. aufmerksam gemacht haben. Wenn auch die Forschungsergebnisse noch lückenhaft sind und Wirkungszusammenhänge noch nicht befriedigend erklärt werden können (Badura 1985), so sind doch schon jetzt Überlegungen zu ihrer Übersetzung in praktische Prävention und Rehabilitation gerechtfertigt.

Gerhardt und Friedrich (1985) fordern in der Auseinandersetzung mit Badura und von Ferber (1985) allerdings eine sorgfältige Klärung des Zusammenhangs von möglichen krankheitsverursachenden Faktoren und tatsächlich erkrankten Personen. Sie befürchten, und das ist schließlich sehr ernst zu nehmen, daß Menschen zu Objekten pathologischer Risikoeinflüsse aus ihrer Umwelt gemacht werden, wenn epidemiologische Befunde dazu benutzt werden, unter staatlicher Verfügung in die menschliche Natur und/oder das Alltagsleben einzuwirken, die bisher den Zugriffen staatlicher Rationalität entzogen waren. Badura und von Ferber — als Vertreter praktischer Forschungsaufgaben im

Bereich Prävention — wenden sich gegen diesen Verdacht auf »falsche Ideologie«, daß sie einer manipulativen Kontrolle von Machteliten in die Hände arbeiten, wenn sie auf Risikofaktoren, die die Gesundheit bedrohen können, aufmerksam machen. Man müßte Badura und von Ferber schon falsch verstehen wollen, wenn man ihnen unterstellt, mit der Interpretation epidemiologischer Befunde dazu beizutragen, daß »die (untersuchte) Person ... auf das Kräfteparallelogramm einer experimentell manipulierbaren Stimulus-response-Resultante reduziert (wird)« (Gerhardt und Friedrich 1985). Eher kann die von Badura und von Ferber propagierte Netzwerkförderung als praktische präventionsrelevante Folgerung aus den Ergebnissen epidemiologischer Forschung verstanden werden, die u.a. zu mehr Selbstbestimmung und Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger führt und damit möglichen zentralistisch-bürokratisch-staatlich manipulativen Eingriffen entgegenwirken kann.

Wenn (Medizin-)Soziolog/inn/en immer noch in ihrem Selbstverständnis davon ausgehen, daß sie kein eigenes Feld wirkungsvoller Praxis haben können, weil dies einer illusionären Sehnsucht nach umfassender Sicht und umfassendem Handeln gleichkäme (Gerhardt und Friedrich 1985), so ist dies eine elitäre Selbsteinschränkung, die mit dazu beitragen kann, daß die gesundheits- und sozialpolitischen Verhältnisse so bleiben wie sie sind. Darüber hinaus kann diese Sichtweise aber auch so verstanden werden, daß soziale Praxis und Erfahrung als von sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen abgekoppelte Elemente außer- und vorwissenschaftlichen Charakter haben sollen, um damit staatlich-bürokratischer Kontrolle verfügbar zu bleiben.

Das Problem, präventive Maßnahmen als Aufforderungen zu Verhaltensänderungen bzw. Regulierungen zu verstehen, die mit Verordnungen und gesundheitspolitisch begründeten Gesetzen sanktionierbar gemacht werden können, zeigt sich an der momentanen Auseinandersetzung um die tödliche Infektionskrankheit AIDS. Es kann als gesichert angesehen werden, daß z.Z. bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders gefährdet sind zu erkranken, und daß nur Verhaltensänderungen, also Veränderung von Risikoverhalten (Rosenbrock 1986), vor einer Ansteckung schützt. Gleichzeitig ist es aber sinnlos, diese notwendigen, oft lebensrettenden Änderungen zentral-bürokratisch zu verordnen oder gar zu überwachen. Vielmehr ist zumindest zu einem Teil das notwendige Schutzverhalten über Netzwerkarbeit wie z.B. Selbsthilfeinitiativen, Aufklärungen durch selbst potentiell Gefährdete (von Praunheim 1985) erfolgversprechender als staatliche Aufklärungsversuche, die vielleicht kurzzeitig einen leichten Rückgang der Infektionsrate zur Folge haben.

Zurück zu der Kontroverse zwischen Gerhardt/Friedrich und Badura/von Ferber. An ihr wird noch etwas anderes deutlich, das in bezug auf unsere Themenstellung von großer Bedeutung ist: Sozialarbeit als praxisorientierte Wissenschaft, die sich im wesentlichen auf Sozialwissenschaften beruft, wird von den Autoren gar nicht erwähnt! Dies entspricht dem herrschenden Trend in der Hochschulentwicklung, auf Gesamthochschulkonzepte zu verzichten und die sog. wissenschaftlichen von den praxisorientiert wissenschaftlichen getrennt zu halten. So kann auch in Fragen der Gesundheit die wissenschaftliche Entwicklung in den verschiedenen soziologischen Hochschulabteilungen ein Eigenleben führen, ohne mit der sozialen Praxis und Erfahrung in Berührung zu kommen, die von Fachhochschulabsolventen vielfach ohne wissenschaftlichen Anspruch durchgeführt wird.

Potentiale und Qualitäten

Die Erkenntnisse sozialwissenschaftlicher und sozialepidemiologischer Forschung münden in die Ablösung des sog. Risikofaktorenmodells, mit dem gesundheitsschädigende Risikofaktoren als individuelles Fehlverhalten erklärt wurden und in dessen praktischer Konsequenz als präventive Maßnahmen Programme zur »Gesundheitserziehung« durch Verhaltensänderungen konzipiert und praktiziert wurden (Kurse für Raucher/innen und Übergewichtige). Erst das Konzept der Lebensweise, die Verortung von Gesundheit und Krankheit in der Alltagswelt und ein Verständnis, wonach gesundheitsschädigendes und gesundheitsförderndes Verhalten in den Lebensbedingungen von Menschen eingebettet ist (Füller 1987), läßt einen direkten Zusammenhang zwischen Sozialarbeit und Gesundheit sichtbar werden.

Für die Sozialarbeit gilt es, die sozialwissenschaftlichen Befunde aufzunehmen, sie in die eigenen Erfahrungen zu integrieren und diese Kombination für praktische Präventions- und Rehabilitationsaufgaben nutzbar zu machen und weiterzuentwickeln. Keine Berufsgruppe im Spektrum der helfenden Berufe kann sich auf so reichliche Erfahrungen in alltagsorientierter Arbeit beziehen, wie die der Sozialarbeiter/innen. Diese haben sie allerdings bedauerlicherweise teilweise der Modeströmung therapeutischer Sozialarbeit, in der oft unkritisch für die Sozialarbeit wenig brauchbare Konzepte anderer Disziplinen übernommen wurden, geopfert.

Die Sozialarbeit sollte sich auf ihre Stärken besinnen und ihre Erfahrungen und Potentiale in die Diskussion um gesündere Lebensbedingungen und mehr Lebensqualität (Zapf 1984) einbringen, denn die dort

von anderen Disziplinen als neu entdeckten Themen und Arbeitsbereiche sind ihr längst bekannt.

So könnte sie an ihre Erfahrungen in Gemeinwesenarbeit anknüpfen und die von ihr in den 70er Jahren entwickelten, leidenschaftlich praktizierten und diskutierten Gemeinwesenarbeitskonzepte (Victor-Gollancz-Stiftung 1974) für die Gesundheitsförderung nutzbar machen. Die Gemeinde könnte zum Bezugsrahmen und die Gemeinwesenarbeit zum Arbeitsprinzip (Boulet et al. 1980) für die Sozialarbeit werden, denn die Gemeinde ist der Ort, in dem die gesellschaftliche Realität, die sich in mehr oder weniger lebbarer Lebensqualität zeigt, für die dort lebenden Menschen wahrnehmbar, erfahrbar und potentiell veränderbar wird (Becker und Franzkowiak 1982, Becker und Laugsch 1985).

Dabei könnte die Sozialarbeit auch auf ihre umfangreichen Erfahrungen in der Arbeit mit Selbsthilfepotentialen zurückgreifen. Die »Hilfe zur Selbsthilfe« ist seit langem durchgängiges Prinzip sozialarbeiterischen Handelns. Hier könnte sie eine besonders schwere Aufgabe übernehmen, die mehr denn je darin liegen wird, die Notwendigkeit professioneller Hilfe und die Möglichkeiten der Selbsthilfe oder Eigeninitiative betroffener Menschen im wohl verstandenen Sinne auszubalancieren (Ortmann 1987).

Unsere Bestimmung eines möglichen Standortes und in dessen Folge die Bestimmung möglicher Aufgaben und Arbeitsfelder für die Sozialarbeit im Feld der Gesundheitssicherung hat natürlich politischen Forderungscharakter und weist weniger auf die tatsächlichen Verhältnisse hin. Damit ist auch gemeint, daß zumindest in theoretischer Hinsicht und zum jetzigen Zeitpunkt der Versuch gemacht werden sollte, aus der Sicht der Sozialarbeit zu Fragen der Gesundheit Stellung zu nehmen, ohne zugleich die dominierende Position der Medizin im Visier zu haben und diese je nach gesundheits- und sozialpolitischem Standort zu schützen oder zu bedrohen.

Konturen und Perspektiven

Wir möchten die Sozialarbeit als »Gesundheitsarbeit« noch näher skizzieren. So verstehen wir die von uns im folgenden erwähnten Beispiele als Arbeitsgebiete der Sozialarbeit, deren Sinn und Erfolg von den sog. betroffenen Menschen bestimmt wird.

Die kleinen Netze

Es ist wünschenswert, daß Sozialarbeiter/innen möglichst viel von den komplexen familiendynamischen Zusammenhängen verstehen, mit denen sie als »Gesundheitsarbeiter/innen« konfrontiert werden. Denn Sozialarbeit als Netzwerkarbeit ist zuerst familienorientierte Arbeit, wobei wir unter »Familie« alle erdenklichen und tatsächlichen Möglichkeiten menschlichen Alleine-und Zusammenlebens verstehen. Für diese Arbeit ist es bedeutsam, daß emotionale Unterstützung nicht losgelöst werden sollte von der Unterstützung bei der Lösung konkreter Probleme sowie praktisch-materieller Hilfe. So erfordern z.B. die Beziehungen zwischen chronifizierter Erkrankung eines Familienmitglieds, seiner Arbeitslosigkeit, der materiellen Not der gesamten Familie und ihre drohende soziale Deklassierung ein differenziertes Analyse-und Interpretations- sowie ein entsprechendes Interventionsinstrumentarium, das gleichzeitig über die Grenzen familienorientierter Arbeit hinausgeht (Richter et al. 1976, Greitemeyer 1984, Oswald und Müllensiefen 1985).

Aber auch die Hilfe, sog. einfache familiäre Belastungen in schwierigen Lebenslagen besser bewältigen zu können, kann unter präventiven Gesichtspunkten gesundheitsfördernde Sozialarbeit sein. Dabei ist z.B. an Gesprächskreise und Begegnungsmöglichkeiten für Eltern mit kleinen Kindern zu denken, in denen sie ihre Erfahrungen in der Kindererziehung austauschen können, oder ähnliche Angebote für werdende Eltern, die sich so auf ihre zukünftige Rolle vorbereiten können. Auch die Schaffung von Spielplätzen oder Möglichkeiten zur Unterbringung von Kindern in Kindertagesstätten, als Voraussetzung für die Berufstätigkeit beider Eltern, ist familienorientierte Prävention in unserem Sinne (Gerlicher 1980).

Allgemein gilt es, vorhandene soziale Netze nutzbar zu machen, sie zu erweitern oder überhaupt erst zu knüpfen, um den Austausch mit anderen zu fördern. Ziel ist es, die soziale Integration (Lang und Müller-Andritzky 1984) zu verbessern und Vereinsamung und Isolation (z.B. alleinstehender und zurückgezogen lebender alter Menschen) zu verhindern oder rückgängig zu machen. Gesprächs- und Freizeitgruppen sind hier ebenso wichtig wie traditionelle Einzelfallhilfe.

Das Gemeinwesen

Untrennbar mit der Netzwerkarbeit verknüpft ist die Sozialarbeit im Gemeinwesen. Voraussetzung dafür ist die Analyse der Strukturen des Gemeinwesens, wie z.B. Zusammensetzung der Bevölkerung, Infra-

struktur, Ausländeranteil, Arbeitslosenrate (Geiger 1982). Aus einer solchen Sozialtopographie (Seippel 1976) ergeben sich viele Hinweise auf die spezifische Problematik. Das Ziel liegt in der »Aktivierung« der Bewohner/innen. Damit ist gemeint, daß in der Auseinandersetzung mit der unmittelbaren sozialen Welt die Lebensqualität im Gemeinwesen gestaltet wird. Die Sozialarbeit könnte dabei die Aufgabe übernehmen, soziale Aktivitäten zu fördern, diese zu verknüpfen und zu koordinieren. Im Verbund mit den Bewohner/inne/n und anderen Professionellen könnte sie die nötige Öffentlichkeit herstellen und soziale und gesundheitspolitische Forderungen stellen, die vor allem auf kommunaler Ebene zu realisieren sind. Das Spektrum denkbarer Ansätze zur Gemeinwesenarbeit reicht von der Einrichtung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften bis hin zur Schaffung von Begegnungsstätten. Zukünftig muß sich die Sozialarbeit im Bereich der präventiv orientierten Gesundheitsversorgung auch mehr um Fragen der Gesundheitsrelevanz des Umweltschutzes kümmern. Probleme mit der Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung, Folgen der Ernährungs-, Landwirtschafts- und Verkehrspolitik als krankheitsverursachende Faktoren sind ein heute noch nicht genügend berücksichtigtes Arbeitsfeld gemeinwesenorientierter Sozialarbeit. Dieser Aufgabenbereich wird neben den klassischen Bereichen der Arbeits- und Wohnwelt im Gemeinwesen immer wichtiger.

Erfahrungen

In vielen Projekten ist eine so verstandene Gesundheitsarbeit versucht worden. Zuletzt hat das Projekt »Gemeindebezogene Netzwerkförderung« unter Leitung von A. Trojan umfangreiche Ergebnisse zu diesem Thema gebracht. Auf der Tagung »Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft« im November 1986 in Hamburg wurde deutlich, wie Vereine, Initiativen und selbstorganisierte Einrichtungen diejenigen Menschen ansprechen, bei denen Gesundheitsförderung möglich und nötig ist (Enkerts 1987). Stellvertretend für viele solcher Initiativen möchten wir zwei Projekte näher beschreiben, in denen gesundheitliche Probleme als psychosoziale aufgegriffen wurden. Das eine, am Gesundheitszentrum Gropiusstadt, ist ein explizites »Gesundheitsprojekt« in einem definierten Gemeinwesen. Das andere wendet sich an eine bestimmte Gruppe von Menschen, die sich durch eine sie alle auszeichnende besondere Lebenslage, nämlich als Einelternfamilien zu leben, kennzeichnen läßt. Hier ist Gesundheitsarbeit eher implizit als wesentlicher Bestandteil allgemeiner Sozialarbeit berücksichtigt worden.

Entmedikalisierung von Alltagsproblemen

Aus der Arbeit der Sozialberatungsstelle am Gesundheitszentrum Gropiusstadt in Berlin wird über ein Projekt berichtet, in dem Sozialarbeit als Beitrag zur »Entmedikalisierung von Alltagsproblemen« (Kling-Kirchner 1981, 1982) verstanden wird.

Die ursprüngliche Zielgruppe der Projektarbeit sind Frauen, die unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Herz-, Magen-, Darm- und Genitalbeschwerden leiden, die im Zusammenhang mit Schlaflosigkeit, Migräne, Schwindel, Erschöpfung und Ängsten auftreten. Wegen dieser als psychovegetative und funktionelle Syndrome umschriebenen Beschwerden befinden sie sich in ärztlicher Behandlung. Die Diskrepanz zwischen dem anhaltend schlechten Befinden der Frauen und fehlenden organischen Befunden wird ärztlicherseits zum Anlaß genommen, die Frauen an die Beratungsstelle zu delegieren.

Dort wird nicht die Symptomatik der Frauen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, sondern deren unmittelbare Lebenssituation. Es zeigen sich neben den Gesundheitsbeeinträchtigungen auch und vor allem Aspekte des Alltags, die man als belastende Lebenssituationen bezeichnen könnte. Die Frauen berichten über finanzielle Sorgen, Alkoholprobleme, Scheidungen, Schul- und Drogenprobleme der Kinder, gewalttätige Ehemänner usw. Der Zusammenhang zwischen Symptomatik und Lebenssituation wird sichtbar. Im sozialen Kontext lassen sich die Krankheitsgefühle der Frauen als Aktionen und Reaktionen auf schwierige Lebenssituationen verstehen. Deren Analyse wird zur Basis des sozialarbeiterischen Handelns. Hier sind es Hinweise auf individuelle und familiäre Belastungen, die im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen in der Gropiusstadt zu sehen sind.

Es wird weiter beschrieben, daß nicht versucht wurde, den Frauen ihre Probleme abzunehmen — sie für sie zu lösen —, sondern nach Möglichkeiten gesucht wurde, mit denen die Frauen möglichst aus eigener Kraft an ihren Problemen arbeiten und diese lösen konnten. Es wurden Gesprächsgruppen eingerichtet, in denen die Frauen ihre isoliert gemachten Erfahrungen mit anderen austauschen und vergleichen konnten. Schließlich wurde sogar in Selbsthilfe ein Frauentreffpunkt — Café — geschaffen, das sich als offenes Angebot für Frauen in der Gropiusstadt versteht.

Über die Folgen dieser Arbeit wird berichtet, daß sich bei einigen Frauen die Symptome zurückbildeten. Arztbesuche waren nicht mehr so häufig erforderlich. Die Auswirkungen der Arbeit reichten bis in die Familie hinein. Andererseits kam es aber auch vor, daß Frauen die Spannungen zwischen Gruppenerfahrung einerseits und dem Berufs-

und Familienleben andererseits nicht aushalten konnten und fernblieben.

Wenngleich die Ergebnisse der Projektarbeit nicht nach wissenschaftlichen Bewertungskriterien beurteilt werden können und dürfen, liegen hier eindrucksvolle Erfahrungen vor, die die komplexen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialem Leiden sowie deren Bearbeitung durch die Sozialarbeit aufzeigen.

Die gesundheitspolitische Relevanz und Brisanz dieses Projekts wird noch deutlicher, wenn man einen größeren Zusammenhang herstellt. Nach Schätzungen werden in den Praxen niedergelassener Ärzte 50-60 % aller Patient/inn/en — darunter mehr Frauen als Männer — wegen solcher Krankheitsgefühle behandelt, denen die Schulmedizin hilflos gegenüber steht. Solche Symptome erfüllen nicht die Definitionsvoraussetzungen des schulmedizinischen Krankheitsbegriffs (Böhm und Erdmann-Rebhann 1981). Ungenaue Diagnosebezeichnungen wie »Psychosomatosen, neuro-dystonische Beschwerden, neuro-vegetative Dystonie, neuro-vegetative Dysregulation, psychovegetative Dysregulation und vegetative Dystonie« (Glaeske 1986) weisen auf die Hilflosigkeit hin, mit der Ärzte diesen Symptomen begegnen. Die Medikalisierung von Alltagsproblemen läßt sich deshalb auch als Reaktion auf erlebte Hilflosigkeit verstehen. 1984 standen »Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa mit 778 Mio. DM Industrieabsatz an erster Stelle aller ... verordneten ... Arzneimittelgruppen. Die Krankenkassen hatten hierfür 1,2 Mrd. DM aufzuwenden (Glaeske 1986).

Psychosoziale Arbeit mit Einelternfamilien

Nach dem Zahlenspiegel des VAMV (Verband alleinstehender Mütter und Väter, 1983) gab es bereits 1982 mit zunehmender Tendenz 927 000 alleinstehende Männer und Frauen mit 1,33 Mio. Kindern unter 18 Jahren. In einer Kleinstadt mit ca. 35 000 Einwohnern ist, von einem Sozialarbeiter initiiert, über drei Jahre versucht worden, eine psychosoziale Arbeit mit Einelternfamilien aufzubauen, um deren Lebenssituation zu verbessern. Diese Arbeit fand ihren Ausdruck in verschiedenen Gruppenaktivitäten, die sich vom »Stammtisch«, gemeinsamen Feiern, über zeitlich begrenzte geschlossene Gruppen mit Selbsterfahrungsanspruch, eine offene Arbeitsgruppe zur Stärkung der Selbsthilfepotentiale bis hin zur sozialen Arbeit mit den Kindern erstreckten (Schaub und Schaub-Harmsen 1984, 1986).

Die in diesem Projekt mitarbeitenden Alleinerzieher und auch deren Kinder signalisierten nahezu alle ein schweres Schicksal. Sie wirkten

hilfesuchend, gezeichnet, überfordert und häufig am Ende ihrer seelischen und körperlichen Kräfte. Viele Frauen litten während der oft jahrelangen konflikthaften Gesamtsituation vor der Trennung an chronifizierten funktionellen Beschwerden sowie psychischen und vor allem psychosomatischen Erkrankungen. Zum großen Teil waren sie jahrelang in ambulanter Behandlung und zeitweise auch immer wieder stationär. Die meisten hatten regelmäßig Sedativa, Psychopharmaka und Schlaftabletten eingenommen.

Nach der Trennung zeigte sich häufig eine Besserung der geschilderten Symptomatik, doch prägten oft starke Versagens- und Schuldgefühle sowie die Angst, es allein nicht schaffen zu können, die Stimmungen und Handlungen der Alleinerzieherinnen. Insgesamt wirkten diese Familien auf Grund ihrer Geschichte und Lebensumstände sehr störanfällig und die einzelnen Familienmitglieder in ihrer psychosozialen Entwicklung benachteiligt und bedroht.

Angesichts der komplexen Problemvielfalt war es notwendig, mögliche sozialarbeiterische Interventionen zu hierarchisieren und zu gliedern. Fragen der Sozialhilfe, des Wohngelds, des Sorge- und Besuchsrechts sind reale Probleme und erfordern andere Hilfestellungen als evtl. mögliche Schulschwierigkeiten eines Kindes oder Isolationsgefühle der Alleinerziehenden. Betrachtet man die oft eingeschränkten Ressourcen zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation der Einelternfamilien, so wird deutlich, daß eine positive Veränderung und Entwicklung auch besonders hohe Anforderungen an die psychosozialen Interventionen stellt. Effektive Arbeit mit Einelternfamilien, so eines der wesentlichen Ergebnisse des Projekts, setzt voraus, daß die herkömmlichen Grenzen der Sozialarbeit in Frage gestellt und neue Kooperationsformen mit Ärzten und Psychotherapeuten gefunden werden müssen. Professionelle Hilfe kann hier nicht berufs-, sondern nur problemorientiert angewandt wirkungsvoll sein und ein eigenes Netzwerk bilden.

Schlußbemerkungen

Bei selbstkritischer Rückschau auf die gemachten Ausführungen zum Thema »Sozialarbeit und Gesundheit« fällt uns die ansprüchliche Haltung auf, mit der wir nahezu generelle Aussagen machten, um dennoch die spezielle Problematik ansprechen zu können. Das hat sicherlich Folgen für die Stringenz der Bearbeitung und vielleicht notwendige Klarheit gehabt. Vielleicht ist die Herangehensweise auch typisch sozialarbeiterisch, nämlich Generalist/in sein zu wollen, weil die soziale

Problematik es erfordert, und Spezialist, weil jede konkret praktische Arbeit auch Abgrenzung verlangt.

Unser Hauptanliegen war es, für die selbstbestimmte Sozialarbeit einen Weg aufzuzeigen, um auf Fragen der Gesundheit Antworten zu finden. Erst der Blick über die strukturellen und institutionellen Gegebenheiten der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung hinaus läßt sichtbar werden, welche gesellschaftlichen Potentiale die Sozialarbeit aufgreifen kann, um für mehr Gesundheit zu sorgen. Auf der Basis der Eigenständigkeit wird die Integration der genannten Aspekte der Gesundheit im Sinne der WHO möglich und wirkliche Kooperation mit anderen Gesundheitsarbeitern (z.B. Ärzt/inn/en) sinnvoll.

Literaturverzeichnis

Badura, B. (Hrsg.), 1981: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M.

Badura, B., 1983: Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Bd. 5, 29-48

Badura, B., 1985: Zur Soziologie der Krankheitsbewältigung. Oder: Das emotionale Defizit soziologischer Handlungstheorie. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 14, Heft 5/85, 339-348

Badura, B., von Ferber, C., 1985: Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs »Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens«. In: Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4. Frankfurt/M., New York, 128-145

Becker, K., Franzkowiak, P., 1982: Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion. In: Abholz, H.-H., Borgers, D., Karmaus, W., Korporal, J. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. West-Berlin, New York, 249-257

Becker, K., Laugsch, B., 1985: Health Work in a Working-Class District of Mannheim. In: Laaser, U., Senault, R., Viefhues, H. (Hrsg.): Primary Health Care in the Making. West-Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 516-520

Blinkert, B., 1976: Berufskrisen in der Sozialarbeit. Weinheim

Böhm, R., Erdmann-Rebhann, C., 1981: Befindlichkeitsstörungen bei Frauen. In: Schneider, C. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/M., New York, 83-89

Bollinger, H., Hohl, J., 1981: Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Frankfurt/M., New York

Boulet, J.J., Krauss, E.J., Oelschlägel, D., 1980: Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip — eine Grundlegung. Bielefeld

Deutsches Ärzteblatt, 1982: Sozialarbeit: Ärzteschaft umreißt Tätigkeitsfeld. Jg. 79, Heft 16, 76-78

Enkerts, V., 1987: Gesundheit ist mehr! Bericht über die Tagung »Gemeindebezogene Netzwerkförderung« vom 28.-30.11.1986 in Hamburg. In: DGSP Rundbrief Nr. 36, März/87, 35

Friedrich, H., Fränkel-Dahmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streeck, U., 1979: Soziale Deprivation und Familiendynamik. Göttingen

Füller, A., 1987: Gesundheitsförderung im Gemeinwesen — Aktivierung der Bewohner und Koordination der Angebote. In: Prävention, Heft 1, Jg. 10, 3-7

Geiger, A., 1982: Gesundheitserziehung im Stadtteil. Konzeption eines Studienprojekts. In: Waller, H. (Hrsg.): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Ausbildungskonzepte, Praxisberichte, Forschungsergebnisse. Weinheim, Basel, 46-58

Gerhardt, U., Friedrich, H., 1985: Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. Zur Funktion der Soziologie in der Medizin. In: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4. Frankfurt/M., New York, 107-127

Gerlicher, K. (Hrsg.), 1980: Prävention. Vorbeugende Tätigkeiten in Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Göttingen

Glaeske, G., 1985: Frauentypische Diagnosen und Arzneiverordnungen — Zur Epidemiologie des Arzneiverbrauchs bei Frauen. Vortrag gehalten auf der Tagung »Medikamente für Frauen — Chemie für die Seele«, 4.-6.11.1985 in Bremen

Greitmeyer, D., 1984: Die Berücksichtigung sozialer Einflußfaktoren bei der Diagnose der Familieninteraktion. In: Brunner, E.J. (Hrsg.): Interaktion in der Familie. West-Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 59-87

Herriger, N., 1986: Die beschädigte Identität. Soziale Arbeit auf der Suche nach einem neuen professionellen Selbstverständnis. In: Soziale Arbeit, Heft 1, Jg. 35, 16-20

Jungmann, G., o.J.: Sozialarbeit und freie ärztliche Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 72, Heft 41, 2847-2848

Kling-Kirchner, C., 1981: Frauenspezifische Prävention im Bereich medizinischer Basisversorgung — Notwendigkeit, Möglichkeiten. In: Schneider, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/M., New York, 180-186

Kling-Kirchner, C., 1982: Sozialarbeit im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung — ein möglicher Ansatz zu einer Entmedikalisierung von Alltagsproblemen? In: Soziale Arbeit, Jg. 31, Heft 1, 9-16

Kreuter, H., Oppl, H., Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.), 1982: Sozialdienst im Krankenhaus. Gesetzlicher Auftrag und Selbstverständnis. Frankfurt/M.

Kreuzer, U., 1983: Zwischen Sozialpolitik und Expertenherrschaft. Über den Verlust originärer Merkmale von Selbsthilfegruppen. In: Gruppenpsychotherapeut. Gruppendynamik, Jg. 18, Heft 4, 297-315

Lang, S., Müller-Andritzky, M., 1984: Gesundheit und soziale Integration. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt/M., New York, 141-156

Lotmar, P., 1969: Professionalisierung in der Sozialarbeit. In: Der Sozialarbeiter, Heft 3

Mangold, J., 1981: Immer mehr neue Methoden werden uns nicht weiterhelfen. In: Sozialmagazin, Jg. 6, Heft 5, 50-72

Mehs, M., 1981: Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Wandel eines Arbeitsfeldes. In: Medizin Mensch Gesellschaft, Jg. 6, 153-158

Ortmann, K., o.J.: Krebsnachsorge. Zur Rolle der Sozialarbeit in der Rehabilitation Krebskranker. Erscheint in: Die Rehabilitation

Oswald, G., Müllensiefen, D., 1985: Psychosoziale Familienberatung. Freiburg

Praunheim, R. von, 1985: AIDS wird ein Teil der schwulen Kultur werden. In: Halter, H. (Hrsg.): Todesseuche AIDS. Hamburg, 163-173

Regus, M., 1983: Probleme psychosozialer Beratung in der primärmedizinischen Versorgung. Zu einer Funktionsbestimmung medizinischer Sozialarbeit. In: Argument-Sonderband AS 102. West-Berlin, 116-143

Reinicke, P., 1986: Sozialarbeit im öffentlichen Gesundheitswesen Berlins. In: Das öffentliche Gesundheitswesen, Jg. 48, 133-139

Richter, H.E., Strotzka, H., Willi, J. (Hrsg.), 1976: Familie und seelische Krankheit. Eine neue Perspektive der psychologischen Medizin und der Sozialtherapie. Reinbek

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

Schaub, H.-A., Schaub-Harmsen, F., 1984: Einelternfamilien. Erfahrungsbericht einer dreijährigen psychosozialen Arbeit. In: Familiendynamik, Jg. 9, 19-32

dies., 1986: Einelternfamilien aus der Sicht betroffener Kinder. Versuch einer familienorientierten Gruppenarbeit. In: Familiendynamik, Jg. 11, 143-150

Schaub, H.-A., Schwall, H., 1984: Ein sozialpsychiatrisches Projekt im Studium Sozialwesen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 14, Heft 4, 16-26

Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B. (Hrsg.), 1987: Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 60, Band 1. Köln

Seippel, A., 1976: Handbuch Aktivierende Gemeinwesenarbeit 1. Bochum, Dortmund, Bottrop

Trojan, A., Waller, H., 1979: Sozialarbeit und Medizin. In: Argument-Sonderband AS 27, 192-203

Verband alleinstehender Mütter und Väter (VAMV), 1983: Zahlenspiegel des VAMV (6/83). Bonn, hektografiert

Victor-Gollancz-Stiftung (Hrsg.), 1974: Reader zur Theorie und Strategie von Gemeinwesenarbeit. Materialien zur Jugend- und Sozialarbeit 8. Frankfurt/M.

Waltz, E.M., 1981: Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit — ein Überblick über die empirische Literatur. In: Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M., 40-119

Weber-Falkensammer, H., Oppl, H. (Hrsg.), 1983: Einführung in Sozialarbeit/Sozialpädagogik im Gesundheitswesen. Arbeitsbuch für soziale Berufe. Erlangen

Wenzel, E., 1983: Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Band 5, 1-18

Zapf, W., 1984: Individuelle Wohlfahrt. Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt/M., New York, 13-26

Bernhard Badura

Örtliche Gesundheitsdienste und die Idee der Gesundheitsförderung*

Trotz hoher Aufwendungen für den Gesundheitssektor der Bundesrepublik müssen die Situation örtlicher Gesundheitsdienste und die Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsförderlichen und präventiven Leistungen als durchaus mangelhaft angesehen werden. Das liegt sicherlich einmal an der gesundheitspolitischen Dominanz einer kurativen Medizin, die für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung nur dort Interesse entwickelt, wo entsprechende Dienstleistungen nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung abrechenbar sind. Der zweite Grund aber muß in der bereits lang anhaltenden Krise des öffentlichen Gesundheitswesens hierzulande als einem spezifisch bundesrepublikanischen Problem gesehen werden (Labisch 1984; Badura/Lenk 1986; Schmacke 1987). Das öffentliche Gesundheitswesen, d.h. der gesamte Bereich der nicht kurativen Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik ist ohne Leitbild und bedarf zukünftig eines verstärkten Rückhalts in solider, kontinuierlicher Grundlagenforschung und Ausbildung, um seinen Entwicklungsrückstand gegenüber den USA und anderen entwickelten Gesellschaften wieder aufzuholen (Roemer 1985; Heidenberger 1986).

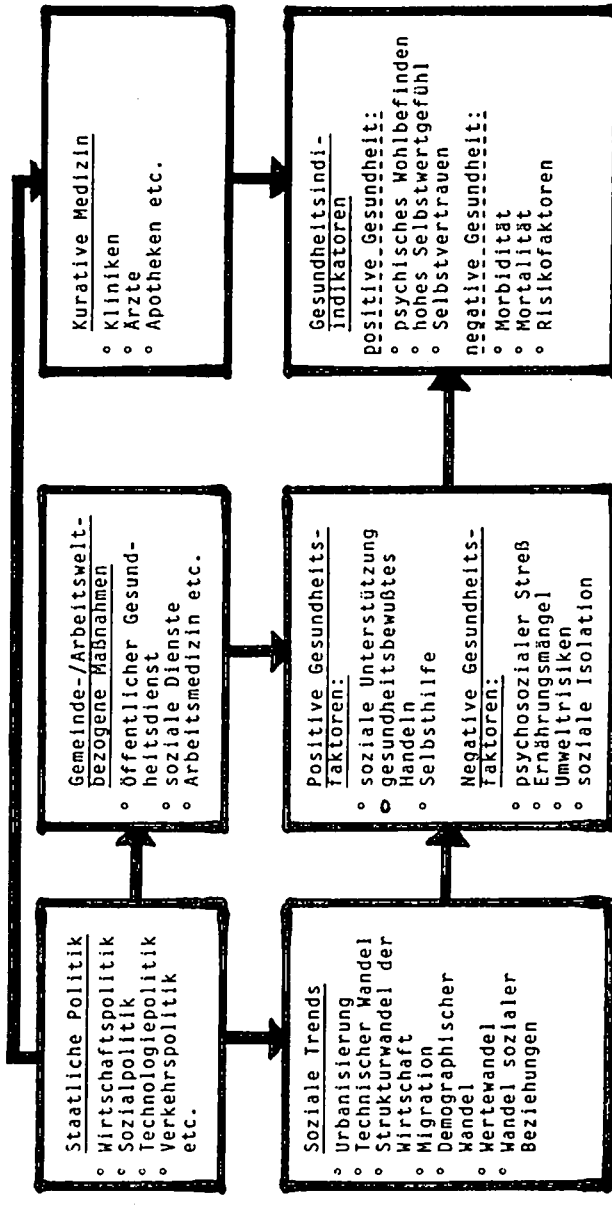
Die Idee der Gesundheitsförderung

Unter Gesundheitsförderung werden Bemühungen verstanden, die die Kontrolle der Bürger über ihre eigene Gesundheit verstärken und dadurch zur Verbesserung ihres physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens beitragen. Diese Bemühungen setzen beim Einzelnen selbst an, bei der Verbesserung seiner Gesundheitskompetenz und bei der Förderung gesundheitsbewußter Lebensweisen. Sie setzen darüber hinaus aber auch bei gesellschaftlichen Bedingungen und Entwicklungen an, die in der Gemeinde und auf gesamtgesellschaftlicher Ebene wirksam sind und nachweislich die Gesundheit gefährden, ihrer Förderung im Wege stehen oder aber positive Auswirkungen auf Gesundheit

* Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um die leichte Überarbeitung eines Vortrags, den der Verfasser auf der Präventa 1986 in Düsseldorf gehalten hat.

Schaubild 1

Ansatzpunkte und Ebenen der Gesundheitsförderung



und Wohlbefinden haben. Gesundheitsförderung zielt auf Gestaltung gesellschaftlicher Bedingungen nicht mehr nur auf am Individuum ansetzende Verhaltensprävention. Gerade die Strategie individueller Verhaltensprävention hat — inspiriert vom Risikofaktorenkonzept — jahrelang die gesundheitspolitische Diskussion beherrscht und dabei wesentlich zur Vernachlässigung, ja zur Ignoranz gegenüber gesellschaftlichen Bedingungen und Determinanten von Gesundheit beigetragen. Wenn ich die sachlichen Motive richtig deute, die das europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation dazu veranlaßten, sich unter dem Leitbild der Gesundheitsförderung an die Spitze einer New-Public-Health-Bewegung zu stellen, so liegen sie im wesentlichen erstens in neueren Erkenntnissen sozialwissenschaftlicher und psychobiologischer Gesundheitsforschung und zweitens in einem weithin fühlbaren Wandel gesundheitsrelevanter Einstellungen in der Bevölkerung, charakterisierbar durch Stichworte wie »neues Umweltbewußtsein« oder »neues Körperbewußtsein«. Eine nicht unwesentliche Rolle spielten schließlich die entweder nur sehr bescheidenen oder überhaupt nicht klar nachweisbaren Erfolge herkömmlicher, verhaltensbezogener Präventionsprogramme etwa bei der Bekämpfung koronarer Herzkrankheiten. Die Idee der Förderung der eigenen Gesundheit scheint insgesamt sehr viel motivierender zu wirken als die Idee der Verhinderung einer bloß statistisch wahrscheinlichen, zukünftigen Erkrankung.

Das Schaubild 1 gibt einen Überblick über Annahmen, Prämissen und Konzepte der Gesundheitsförderung. Der linke untere, mit »soziale Trends« überschriebene Block verweist auf gesellschaftliche Entwicklungen, die sich gegenwärtig weltweit eher günstig oder ungünstig auf die im zweiten Block angegebenen unmittelbar gesundheitsrelevanten Faktoren auswirken. Die in diesem zweiten unteren Block genannte Faktorengruppe hat — so wird angenommen — einen direkten, entweder positiven oder negativen Einfluß auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren des dritten Blocks. Migration, um nur ein Beispiel herauszugreifen, führt häufig zur Schwächung sozialer Bindungen und zum Rückgang sozialer Unterstützung, zugleich aber auch zu einer beträchtlichen Erhöhung von psychosozialem Streß und trägt dadurch zu überhäufiger Morbidität und Mortalität bei (vgl. dazu Badura 1987). Soziale Bewegungen haben ihrerseits in den vergangenen hundert Jahren wesentlich zur Verstärkung sozialpolitischer Anstrengungen und auf diesem Wege zur Verlängerung der Lebenserwartung und zum Rückgang häufig tödlich endender Infektionskrankheiten beigetragen, wie z.B. das bei Th. McKeown (1982) zusammengetragene Datenmaterial eindrucksvoll belegt. Auch das öffentliche Gesundheitswesen verdankt ja

seine Existenz und Wirksamkeit ursprünglich wesentlich sozialen Reformbewegungen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, gehört zu dem von Eduard Heimann (1929; 1980) so bezeichneten »institutionellen Niederschlag« der durch die »soziale« Frage und die Arbeiterbewegung motivierten sozialpolitischen Anstrengungen. Wenn der für die Idee der Gesundheitsförderung ebenfalls richtungsweisende René Dubos (1959) behauptet, die praktischen Erfolge der frühen Public-Health-Experten beruhten weniger auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen als auf Schlagworten, so kann davon heute jedenfalls keine Rede mehr sein. Heute spricht vielmehr vieles für eine Umkehrung der Situation: einem inzwischen rasch weiterwachsenden Bestand der für die Arbeit gemeindebezogener Gesundheitsdienste nützlichen wissenschaftlichen Grundlagen gegenüber steht mit dem öffentlichen Gesundheitsamt eine Behörde, die ihren Bezug sowohl zur neueren Grundlagenforschung wie auch zu sozialen Reformbewegungen weitgehend verloren hat.

Die Idee der Gesundheitsförderung, das deutlich zu machen ist die Absicht dieser knappen Bemerkungen, steht in einer Tradition von Prämissen und Leitideen, die für die ursprünglichen Erfolge des öffentlichen Gesundheitswesens mitentscheidend waren. Sie versucht sie weiter zu entwickeln und an die Erfordernisse des Tages anzupassen. Für die Praxis führt dies zu Ansatzpunkten, die im oberen Teil des Schaubildes angedeutet sind.

Staatliche Aktivitäten haben heute ein Ausmaß angenommen, das selbst die kühnsten Träume der frühen Sozialreformer übertrifft. Staatliche Wirtschafts-, Technologie-, Verkehrs- und andere Politiken werden damit wegen ihrer zum Teil sehr tiefgreifenden physischen, psychischen und sozialen Nebenwirkungen zu wichtigen Gegenständen gesundheitsbezogener Anstrengungen. Gesundheitsförderung auf staatlicher Ebene zielt auf eine frühzeitige Aufdeckung positiver oder negativer gesundheitlicher Folgen staatlichen Handelns und auf ihre Förderung bzw. Verhinderung oder Milderung. In diesem Zusammenhang wird häufig auch von der Bedeutung intersektoraler Anstrengungen für die Gesundheit einer Bevölkerung gesprochen. Praktisch hat sich hier bisher, wie z.B. die traurige Geschichte der zu niedrigen Alkoholbesteuerung in der Bundesrepublik und anderswo zeigt, sehr wenig getan. Auch die Erforschung dieses Bereichs steckt noch weitgehend in den Kinderschuhen. Nancy Milios Buch über »Promoting Health Through Public Policy« (1986) stellt eine in diesem Zusammenhang sehr beachtliche und nachahmenswerte Ausnahme dar. Eine wichtige Voraussetzung für gleichermaßen koordinierte und kontinuierliche An-

strengungen zur Entwicklung einer eigenen Health Promotion Policy auf bundesstaatlicher Ebene erscheint die Einrichtung einer gesonderten Abteilung für Gesundheitsförderung innerhalb der Ministerialorganisation, wie sie zum Beispiel die kanadische Regierung geschaffen hat. Die verwaltungswissenschaftliche Forschung lehrt uns jedoch, daß derartig weitreichende Innovationen administrativer Strukturen oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen und wir deshalb auch in Zukunft auf Initiativen und auf das Engagement bereits bestehender Abteilungen angewiesen bleiben werden. Auch hier hat die Bundesrepublik noch einiges nachzuholen, wenn einzelne sehr positive Entwicklungen, insbesondere im Bereich der Forschungsförderung, nicht einfach zu den Akten gelegt werden sollen.

Für die Ausarbeitung konkreter gemeindebezogener oder arbeitsweltbezogener Programme zur Gesundheitsförderung unerläßlich sind — dies zeigen die vorliegenden internationalen Erfahrungen — interdisziplinäre Anstrengungen sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung und Praxis. Insbesondere Mediziner und Sozialwissenschaftler müssen noch sehr viel mehr als bisher auf der Ebene der Forschung und der Programmentwicklung zusammenwirken, um Anschluß an den internationalen Stand zu finden. Für die Entwicklung von konkreten Programmen weiter erforderlich ist — das zeigen Ergebnisse des von Herrn von Ferber koordinierten und mittlerweile abgeschlossenen Förderungsprogramms zur »Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe« (1987) — ein verändertes Selbstverständnis von Experten und Laien und deren aktive Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung einzelner Programme. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens dürfen sich nicht mehr als verlängerter Arm eines Obrigkeitsstaates, sie müssen sich vielmehr als aktive, umweltoffene Dienstleistungseinrichtungen verstehen, deren Mitarbeiter tagtäglich das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe praktizieren und die sich gegenüber Behörden und Arbeitswelt als Advokaten positiver Gesundheit verstehen.

Risiken und Chancen gesellschaftlicher Entwicklungen für Gesundheit und Lebensqualität der Bürger müssen zwar auf zentralstaatlicher Ebene erkannt und entsprechend reguliert werden. Die bedarfsgerechte Umsetzung staatlicher Programme ist aber immer auch und vor allem Aufgabe gemeindebezogener Aktivitäten. Kommunale Gesundheitsdienste werden damit zukünftig zu einem Brennpunkt moderner Gesundheitspolitik, einmal wegen der Grenzen und Mängel der kurativen Medizin und zum zweiten wegen zahlreicher neuer oder neu erkannter Gesundheitsprobleme als Folge der sich ständig wandelnden natürlichen,

technischen und sozialen Lebensbedingungen moderner Metropolen. Beides: Mängel und Fehlentwicklungen vorhandener Dienste und die zahlreichen neuen Aufgaben und Probleme zwingen uns zu einem Aufbruch zu neuen Ideen, neuen Organisations- und Interventionsformen im Bereich nichtkurativer, gemeindebezogener und im weitesten Sinne ökologisch orientierter Gesundheitsdienste. Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik steht damit vor der folgenschweren Entscheidung, ob er sich dem sozialen Wandel und seinen Anforderungen stellen oder aber sich weiterer Auszehrung, weiterem Verfall und der Gefahr schließlicher Auflösung aussetzen will.

Netzwerkförderung

Eine knappe Konkretisierung dieser programmatischen Bemerkungen soll am Beispiel der »Netzwerkförderung« geschehen. Unsere Sozial- und Gesundheitspolitik konzentriert sich auf Befriedigung materieller Bedürfnisse und Heilung körperlicher Schäden. Die psychosozialen Lebensgrundlagen des Menschen wurden dabei bisher als weder sonderlich problematisch noch förderbedürftig erachtet. Dies erscheint immer weniger verständlich, je mehr uns Fortschritte der Streßforschung, der Sozialepidemiologie und der Psychobiologie informieren über die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Interaktionen für das seelische Gleichgewicht und — vermittelt über komplexe psychosomatische Mechanismen — auch für das körperliche Wohlbefinden. Soziale Netzwerke und ihre Leistungen beeinflussen Streßbewältigung und Wohlbefinden. Für Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedergenesung sind sie daher von unmittelbarer Relevanz. Aus der Vielzahl der diese These bestätigenden Befunde soll exemplarisch auf die von Berkman aus der Alameda-County-Study (Berkman/Breslow 1983) und die von Ruberman et al. (1984) aus New York verwiesen werden. Netzwerkförderung (englisch: »Networking«) ist daher ein wichtiger Schwerpunkt zukünftiger gemeindebezogener Gesundheitsförderung.

Aus der Sozialisations- und Lebensqualitätsforschung wissen wir, daß der Grad der sozialen Integration und die Qualität der sozialen Ökologie eines Menschen eine direkten positiven Einfluß auf Persönlichkeitsentwicklung und auf das Gefühlsleben haben. Stärkung vorhandener Netzwerke und Schaffung neuer Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten fördern daher in der Regel das psychische Wohlbefinden und die Kompetenz des einzelnen und bilden ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung.

Sind Menschen einer Gemeinde oder Region bereits zweifelsfrei identifizierten Risiken ausgesetzt, denen mit herkömmlichen Institutionen und Möglichkeiten nicht mehr begegnet werden kann, so erscheint die Initiierung oder Förderung einer Initiative oder sozialen Bewegung notwendig und gerechtfertigt. Dafür, daß drängende soziale und gesundheitliche Probleme erst auf den Druck sozialer Bewegungen weithin bekannt und ernsthaft bekämpft wurden, gibt es in der Geschichte und Gegenwart ausreichende Belege.

Zeigen sich in einer Population bereits massenhaft auftretende Symptome oder Risikofaktoren, so kann sich auch hier Netzwerkförderung als sinnvoll und wirksam erweisen. Eine jüngst in einer englischen Fachzeitschrift veröffentlichte Studie konnte bspw. zeigen, daß zur Bekämpfung von Hypertonie die Bildung von Entspannungsgruppen am Arbeitsplatz ebenso wirksam sein kann wie regelmäßige Medikamenteneinnahme (Patel et al. 1985).

Insbesondere für Genesungsverlauf und Lebensqualität chronisch Kranker sind soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von außerordentlicher Bedeutung (Badura et al. 1987a; Schafft 1987; Badura et al. 1987b). Angemessene Betreuung und Beratung durch den behandelnden Arzt, eine unterstützende Partnerbeziehung und die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen haben einen bedeutenden Einfluß auf den Langzeitverlauf einer Krankheit und, wie die Daten von Ruberman et al. und unsere eigenen Daten zeigen, auch auf die Mortalität chronisch Kranker.

Was tun?

Meine erste These lautet: Das öffentliche Gesundheitswesen benötigt ein neues Leitbild. Die zum Thema Gesundheitsförderung vorliegenden Ideen und Programme könnten dafür von großem Nutzen sein. Jenseits ihrer wissenschaftlichen Begründung ist Gesundheitsförderung eine überaus pragmatische Angelegenheit. Wer keinen Mut zu »Versuch und Irrtum« hat, sollte sich dabei eher zurückhalten. Ob eine klassische deutsche Behörde diesen Mut tatsächlich aufbringt, darf mit Recht in Zweifel gezogen werden.

Meine zweite These lautet: In der Bundesrepublik leiden gemeindebezogene Gesundheitsdienste — mehr noch als in vergleichbaren anderen Ländern — unter einem chronischen Mangel an innovativer und anwendungsbezogener Grundlagenforschung. Ein Studienfach »Gemeindemedizin« ist an deutschen Universitäten unbekannt. Wer sich dafür interessiert, muß nach England oder in die USA gehen. Über die beklagenswerte Situation der Epidemiologie hierzulande muß nichts mehr

gesagt werden. Dem öffentlichen Gesundheitswesen fehlt der dringend notwendige Rückhalt in einem Netzwerk angesehener Wissenschaftler und im Kenntnisschatz kontinuierlicher Grundlagenforschung. In Anlehnung z.B. an das Modell der London School of Hygiene and Tropical Medicine schlage ich daher an geeigneten Universitäten die Gründung von Hochschulen für öffentliche Gesundheit vor. Wenn wir auch nur einen Bruchteil der Mittel, die heute für kurative Forschung aufgewendet werden, regelmäßig in die gemeindebezogene Gesundheitsforschung fließen lassen, wäre der Volksgesundheit ein erheblicher Dienst erwiesen.

Literaturverzeichnis

Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H. , Schott, T., Waltz, M., 1987a: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg usw.

dieselben, 1987b: Leben mit dem Herzinfarkt: 4 1/2 Jahre nach Krankheitsausbruch. Oldenburg, West-Berlin. Manuskript

Badura, B., 1987: Krankheitsbewältigung als psychosozialer Prozeß. In: Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T., Waltz, M.: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg usw., 7-32

Badura, B., Lenk, K., 1986: Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? In: A. Evers, H. Wollmann (Hg.): Die Zweite Stadt. Leviathan-Sonderheft 7/1986, 306-320

Berkman, L.F., Breslow, L., 1983: Health and Ways of Living: Findings from the Alameda County Study. Oxford, New York

Dubos, R., 1959: Mirage of Health. New York

Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, 1987: Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg usw.

Heidenberger, K., 1986: Die Ausbildung in Gesundheitspolitik und -management an der Harvard School of Public Health. In: Öff. Gesundh.-Wes. 48, 19-24

Heimann, E., (1929), 1980: Soziale Theorie des Kapitalismus. Frankfurt/M.

Labisch, A., 1984: Staat — Gemeinde — Gesundheit. Thesen zur Entwicklung, zum Stand und zur möglichen Fortentwicklung öffentlicher Gesundheitsvorsorge: In: E. Kröger (Hg.): Geschichte und Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes. 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bd. 12. Düsseldorf

McKeown, Th., 1982: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt/M.

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

Patel, C., Marmot, M.G., Terry, D.J., Carruthers, M., Hunt, B., Patel, M., 1985: Trial of Relaxation in Reducing Coronary Risk: Four Year Follow Up. British Med. Journ. 290, 1103-1106

Roemer, M.I., 1985: More Schools of Public Health. In: D. Warning (ed.), Experiences in Primary Health Care Cooperation Conference Proceedings. Deutsche Stiftung f. Internationale Entwicklung (DSE). Berlin, 175-196

Rubermann, W., Weinblatt, A.B., Goldberg, J.D., Chandhary, B., 1984: Psychosocial Influences on Mortality after Myocardial Infarction. New Engl.J.Med. 311, 552-559

Schafft, S., 1987: Psychische und soziale Probleme krebserkrankter Frauen. München

Schmacke, N., 1987: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 12, 122-145

Werner Maschewsky

Psychosomatisch oder neurotoxisch?

Psychosomatik und Toxikologie beginnen sich »in die Quere« zu kommen. Bisher waren die Erkenntnisdomänen beider Disziplinen gut abgrenzbar; nur selten konkurrierten sie bei der Erklärung eines Falls. Inzwischen ist das anders: Einerseits hat die Psychosomatik ihren Erklärungsanspruch auf arbeits- und umweltbedingte Krankheiten ausgeweitet (vgl. Friedman/Roseman; Sroka; Zepf). Ziel ist eine »industrielle Psychopathologie«. — Andererseits hat die Neurotoxikologie psychische Phänomene als wichtiges Anwendungsfeld einer »Verhaltenstoxikologie« entdeckt (vgl. Altenkirch; Gilioli u.a.; Hernberg; Köhler; Konietzko; WHO; Xintaras). — Beispiele:

— Benommenheit und Schwindelgefühle eines Autolackierers — Streß oder Lösemittelwirkung?
— Kopfschmerzen und Übererregbarkeit eines Kindes — Sozialisationsschaden oder chronische Bleivergiftung?
— Impotenz eines Mannes — Beziehungskrise oder Alkoholexzeß?
— Depressive Verstimmung einer Hausfrau — »empty-nest«-Problem oder Valium-Nebenwirkung?
— Frühzeitiger Intelligenzabbau eines ehemaligen Flugzeugbauers — »psychischer Rentnertod«, Alzheimer-Krankheit oder Aluminium-Vergiftung?

Die Frage entsteht: Psychosomatisch oder neurotoxisch? — Vom Prinzip her läßt sie sich differential-diagnostisch zufriedenstellend klären durch Hinzuziehung verschiedener Anamnese- und Untersuchungsbefunde. Die Praxis sieht anders aus: Medizinische Theorien haben immer »blinde Flecken« — bevorzugt in der Arbeitswelt. Die Diagnostik ist weder in der Lage noch auch nur bemüht, arbeitsbedingte Noxen zu identifizieren. Auch der »gutwillige« Arzt weiß, wo die Suche nach Krankheitsursachen mühselig, schwierig oder gar gefährlich wird. Zudem sind psychosomatische Erklärungen inzwischen »gesellschaftsfähig« geworden, neurotoxische dagegen nicht: z.B. anerkennen die Berufsgenossenschaften von 40 Fällen, die Hausärzte überhaupt als Bleivergiftung anzeigten, nur jeweils einen (vgl. Hauptverband).

Dieser Aufsatz will die für Arbeitsmedizin und Arbeitspolitik wichtige Frage untersuchen, ob der Psychosomatik systematisch (und absichtlich) neurotoxische Störungen »untergeschoben« werden. Meine Thesen lauten: 1. Psychosomatische und neurotoxische Störungen lassen

sich verwechseln; 2. psychosomatische Erklärungen sind schwer nachprüfbar und bleiben meist folgenlos; 3. neurotoxische Störungen werden meist falsch diagnostiziert; 4. diese Fehldiagnosen behindern den Umwelt- und Arbeitsschutz; 5. der Streit zwischen Psychosomatikern und kritischen Arbeitsmedizinern ist vermeidbar.

1. *Psychosomatische und neurotoxische Störungen lassen sich verwechseln*

Der Begriff »psychosomatisch« wird in zwei unterschiedlichen Bedeutungen verwendet:

— Zum einen bezeichnet er psychisch bedingte »funktionelle« Krankheiten ohne »organischen Befund«, wie vegetative Dystonie, Herzneurose, Migräne und Spannungskopfschmerz;
— zum anderen meint er psychisch (mit-)bedingte somatische Krankheiten, wie Magengeschwür (Ulkus), Ekzem, Bronchialasthma, rheumatische Arthritis und Herzinfarkt.

In der ersten Bedeutung werden relativ unspezifische und (bisher) kaum objektivierbare Wirkungen (Beschwerdebilder) mit ähnlich unspezifischen psychischen Ursachen (»Streß«, innere und äußere Konflikte, Fehlanpassung, Entspannungsverlust, »Konversion«) in Beziehung gesetzt. Aufgrund geringer Spezifität und weiter Verbreitung der in Beziehung gesetzten Phänomene haben die Kausalvermutungen eine hohe apriori-Wahrscheinlichkeit und Plausibilität. — In der zweiten Bedeutung wird eigentlich das Prinzip der multifaktoriellen Genese von Krankheitsursachen soweit »liberalisiert«, daß auch psychische Faktoren als Ursache »toleriert« werden.

Ein historisches Verdienst der Psychosomatik besteht also in der Wiederentdeckung der Psycho- und Soziogenese von Krankheiten — gegen die naturwissenschaftliche Borniertheit der neuzeitlichen Medizin. Diese Stoßrichtung wurde beibehalten (vgl. Horn; Mitscherlich; von Uexküll).

Der Erklärungsanspruch der Psychosomatik für bestimmte Krankheitsbilder und Ausfallerscheinungen wird aber zunehmend durch neurotoxikologische Theorien und Studien infrage gestellt (vgl. Gregersen/Hansen; Katalyse u.a; Köhler; Schneider/Seeber; Schlipköter).

Der Begriff »neurotoxisch« bezeichnet dabei Vergiftungen des Nervensystems auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Wirkungen:

— zentrales Nervensystem — z.B. Gedächtnisstörungen, »Nervosität« und Gehirnschwund,

— peripheres Nervensystem — z.B. Sehstörungen, Gefühllosigkeit und Schmerzen in Armen und Beinen,
— vegetatives Nervensystem — z.B. Gleichgewichtsstörungen, Impotenz und Erschöpfungszustände.

Diese Störungen sind relativ unspezifisch und treten (bei niedriger Dosierung) erst nach langer Latenzzeit auf. Bekannte neurotoxisch wirkende Substanzen sind etwa Alkohol, Blei, »Per« (Perchlorethylen), Benzol, E-605 und Thalidomid. Daneben können solche Schädigungen aber auch entstehen durch Stoffwechselstörungen, Fehlernährung, Infektionskrankheiten (vor allem Neuro-Infekte), chronisch-degenerative Erkrankungen u.v.m.

Die Symptome psychosomatisch und neurotoxisch bedingter Krankheiten überschneiden sich nun häufig — was zu Verwechslungen führen kann. Dies gilt z.B. für folgende Symptombereiche:

— Befindlichkeitsstörungen wie Schwindel, Benommenheit, »Nervosität«, Müdigkeit und Schlaflosigkeit;
— Leistungsminderungen wie Konzentrationsschwäche, Erinnerungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen und psychomotorische Störungen;
— Antriebsstörungen wie Antriebsmangel und rasche Erschöpfung;
— Veränderungen der Stimmungslage wie Depression und Übererregung;
— spezifische Ausfallerscheinungen (wie Menstruationsstörungen und Lähmungserscheinungen) und Schmerzzustände;
— Persönlichkeitsveränderungen wie Verlust emotionaler Kontrolle, »sozialer Rückzug« und »präsenile Demenz«.

Solche Verwechslungsmöglichkeiten lassen sich an vielen Beispielen plausibel machen — etwa an Depression vs. Alzheimer-Krankheit vs. »Malerkrankheit«:

Die Depression ist nach einer Klassifikation der WHO von 1971 (vgl. Hoffmann u.a., 200) gekennzeichnet durch bestimmte

— Emotionen: depressive Stimmung und Angst;
— Kognitionen: Gefühl der eigenen Unfähigkeit, Pessimismus, Unzufriedenheit, Konzentrationsschwierigkeiten, Grübelei, Selbstunsicherheit, Schuldgefühle, veränderte Körperwahrnehmung, Sorge um die eigene Gesundheit und Gedächtnisschwäche;
— motivationale Störungen: Interessen- und Antriebsverlust, Selbstmordgedanken, Entschlußunfähigkeit und sozialer Rückzug;
— vegetative Manifestationen: Spannung, spezifische somatische Beschwerden, Neigung zum Weinen und Schlafstörungen;
— motorische Manifestationen: Retardierung und Agitation.

Die Alzheimer-Krankheit zeigt sich zunächst an Störungen des Kurzzeit-Gedächtnisses, die in der Familie meist unbemerkt bleiben, aber die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen:

»Die Kranken nehmen ihre Vergeßlichkeit wahr und reagieren darauf mit Besorgnis, nicht selten auch mit depressiven Verstimmungen. Mit der allmählich zunehmenden Gedächtnisschwäche kommt es zu Orientierungsschwierigkeiten, besonders in ungewohnter Umgebung. Depressive Verstimmungen und Angst können sich verstärken ... Der Horizont ehemaliger Interessen verengt sich, das Aktivitätsniveau sinkt. Gleichzeitig kann eine ziellose Unruhe auftreten. Werden die Kranken überfordert, so reagieren sie häufig mit Zorn oder panikartiger Angst.« (Kruz/Lauter, 973)

Bei Lösemittelvergiftung dagegen treten nach Gregersen (1984, 14ff.) folgende zentral- und vegetativ-nervöse Erscheinungen auf:

»Zuerst kommen Kopfschmerzen, möglicherweise Schwindel, bei einigen Unwohlsein, übelkeit, Mangel an Appetit und Erbrechen ... Danach kommt Abgestumpftheit und Müdigkeit, was oft dazu führt, daß viele in Schlaf fallen, wenn sie nach Hause kommen ... Setzen sich die Einwirkungen fort, so entwickelt sich ein Krankheitsbild mit bleibenden Symptomen. Es sind die gleichen, die auftreten, wenn Menschen altern, aber in diesem Falle treten die Symptome bei Arbeitern auf, die in der Regel um die Vierzig und in vielen Fällen auch noch jünger sind.
Sie klagen über Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Konzentration, und über steigende Müdigkeit bei steigendem Schlafbedürfnis. Ihre Persönlichkeit verändert sich, sie werden reizbar und leicht aufbrausend, brechen leicht in Tränen aus oder sind von Depressionen geprägt.«

Bei unzureichender (Differential-)Diagnose ist eine Verwechslung also möglich — unabsichtlich, aber natürlich auch absichtlich.

Entscheidend ist zum einen, mit welcher These »im Hinterkopf« die Suche nach Ursachen begonnen wird; zum anderen, mit welchem Ergebnis sich der Untersucher zufrieden gibt und die weitere Suche abbricht.

2. *Psychosomatische Erklärungen sind schwer nachprüfbar und bleiben meist folgenlos*

Wie erwähnt, haben psychosomatische Erklärungen wegen der Häufigkeit und Unspezifizität der theoretisch verknüpften Phänomene eine hohe apriori-Wahrscheinlichkeit. Entsprechend ist ihre Erkenntnis- und Handlungsrelevanz aber gering:

— Wenn globale, vergangene oder »unbewußte« Ereignisse als Krankheitsursachen gelten, lassen sich Ursache-Wirkungs-Annahmen kaum belegen oder widerlegen. Solche Annahmen sind zugleich schwer beweisbar und gegen Kritik immunisiert;
— ebenso ist die Beseitigung der Krankheitsursachen dann kaum möglich.

Psychosomatische werden daher leicht zu »Quasi-Erklärungen«, die ein Geschehen »rational rekonstruieren«, aber kaum vorhersagen und schon gar nicht »steuern« können. Psychosomatische Erklärungen erscheinen also wie »echte« Erklärungen, haben aber nur ihre psychohygienische und ideologische, selten jedoch ihre reale Nützlichkeit. Sie schaffen häufig ein »Anpassungs-«, aber kein »Veränderungswissen« (vgl. Kühn).

Vergleichbare »Quasi-Erklärungen« aus anderen Bereichen: »Männer (bzw. Frauen) sind eben so«; »da der Angeklagte nur Befehlen gehorchte, trifft ihn keine Schuld«; »der kalte Krieg hat die Entwicklung des 'realen Sozialismus' entscheidend geprägt«. Problematisch an solchen »Erklärungen« ist nicht ein fehlender Realitätsgehalt, sondern die geringe Präzision und Ableitbarkeit von Handlungsanleitungen.

Psychosomatische Erklärungen haben also eine zugleich entlastende und festschreibende Funktion. Sie verweisen auf ein »Sozialisations-Schicksal«, vergleichbar dem »biologischen Schicksal« der genetischen Erklärung.

Die Berufskrankheiten-Verordnung erkennt psychosomatische (»psychosoziale«) Krankheiten nicht an, obwohl »Streß in der Arbeitswelt«, Konkurrenz unter Kolleg/inn/en, schlechtes »Betriebsklima« etc. für den »gesunden Menschenverstand« als krankmachend gelten. Aber nach arbeitsmedizinischem Verständnis schließen sich Arbeitsbedingtheit und Psychosomatik per definitionem aus. Dies wird durchgesetzt durch das »Spezifitäts-Theorem« und das »Theorem der wesentlichen Bedingung« (vgl. Woitowitz, 322ff.). Diese Theoreme besagen folgendes: Nur solche Krankheiten werden — günstigenfalls — als Berufskrankheiten anerkannt, für deren Entstehung ganz spezifische Arbeitsbedingungen wesentlich waren.

Aufgrund dieser sehr engen Interpretation werden wichtige Gefährdungsbereiche von der Regelung ausgeschlossen:

— Verschiedene »primäre Streß-Krankheiten«, von Hypertonie über Diabetes bis Ulkus, die durch Belastungen im Erwachsenenleben entstehen;
— »sekundäre Streß-Krankheiten«, bei denen Belastungen des Erwachsenenlebens als Auslöser oder Verstärker einer (psycho-)genetisch bedingten Krankheits-Anfälligkeit wirken — z.B. Depression, Krebs, »Rheuma«.

Psychosomatische Krankheiten sind daher nach der Bk-Verordnung nicht entschädigungspflichtig. Umgekehrt lassen sich die wenigen prinzipiell als Berufskrankheit anerkannten psychischen Störungen im Einzelfall mühelos als psychosomatische Störungen »wegdrücken« — was

die gegenwärtige »Konjunktur« der Psychosomatik sicherlich miterklärt.

3. *Neurotoxische Störungen werden meist falsch diagnostiziert*

Im »Normalfall« medizinischer Versorgung erscheint Psychosomatik inzwischen oft in Form unverbindlicher »Allerwelts«-Diagnosen, die weder Arzt noch Patient gedanklich anstrengen, beide »Schein wahren« lassen (den Arzt auch im wörtlichen Sinne), und ihnen »symbolische Befriedigung« gewähren. Auch der psychosomatisch Kranke hat Anspruch auf Behandlung, »Krankenrolle« und »Krankheitsgewinn«. Das häufige Scheitern der Behandlung ist nicht problematisch, da es für die Behandlung chronischer Erkrankungen die Regel ist.

Als »psychosomatisch« diagnostizierte Beschwerden — etwa im Sinne der »vegetativen Dystonie«, mit Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Zittern, innerer Unruhe, Herzschmerzen, Schweißneigung, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Oberbauchbeschwerden und Schlaflosigkeit — sind in der Bevölkerung weit verbreitet. — Nach Pflanz und von Uexküll (vgl. Bräutigam/Christian 1981, 30) klagten z.B. ein Viertel der Patient/inn/en der Medizinischen Poliklinik Gießen über solche Beschwerden. Nach Fahrenberg (ebd., 31) zeigten bis zu 44 % einer »gesunden« Kontrollgruppe vegetative Beschwerden.

Als »neurotoxisch« diagnostizierte Beschwerden dagegen sind so selten, daß sich die Vermutung aufdrängt, hier werde falsch diagnostiziert. Solche Fehldiagnosen sind wahrscheinlich — und fast legitim — bei gestuftem diagnostischen Vorgehen. Hier werden der Reihe nach verschiedene Erklärungsmöglichkeiten abgearbeitet. Bei unspezifischer Symptomatik, unklarer oder multifaktorieller Genese kommt die Erklärung am Ende des Diagnose-Prozesses systematisch »zu kurz«. Gegenwärtig werden neurotoxikologische Erklärungen ganz »nach hinten gestellt«. — Aber jetzt zu einigen empirischen Befunden:

— Von den 1984 angezeigten 31 235 Berufskrankheiten entfielen 157 (oder 0,5 %) auf Blei-Krankheiten (Bk-Nr. 1101); von den erstmals entschädigten 3805 Berufskrankheiten sogar nur vier. Angesichts der umfangreichen Verwendung von Blei (u.a.: Akku- und Batterienherstellung, Farben- und Kabelindustrie, Kraftstoff) überraschen diese niedrigen Zahlen.
— Ebenfalls 1984 wurden insgesamt 17 Berufskrankheiten wegen des Umgangs mit Halogenkohlenwasserstoffen (z.B. Chloroform, PCB, DDT, Lindan, Tetrachlorkohlenstoff, Dichlormethan, Trichlorethan; Bk-Nr. 1302) oder Benzol (Bk-Nr. 1303) erstmals entschädigt

— ein Viertel weniger als 1950 (vgl. Bohne-Matusall/Lissner, 17). Produktion und Verwendung dieser Stoffe haben sich in demselben Zeitraum aber vervielfacht.

— In den skandinavischen Ländern ist seit Mitte der 70er Jahre die »Maler-Krankheit« als neurotoxische Berufskrankheit anerkannt. In Dänemark wurde sie inzwischen zu einer der häufigsten Berufskrankheiten. Bei uns ist hierzu zwar eine heftige Diskussion entbrannt (vgl. Bohne-Matusall/Lissner, Gromadies/Fuchs-Schmuck, Katalyse u.a., Köhler, Konitzko, Maschewsky). Eine Anerkennung als Berufskrankheit steht aber aus; sogar das Auftreten entsprechender Störungen wird noch bestritten (vgl. Triebig). Wenn aber vermutlich auch bei uns Zehntausende Arbeitnehmer/innen von der »Maler-Krankheit« betroffen sind, muß falsch diagnostiziert werden.

— In Dänemark werden jährlich etwa 140 Fälle von Hirnschäden als Berufskrankheit anerkannt bei 11 000 Maler/inne/n (vgl. Bohne-Matusall/Lissner, 16) — in der BRD dagegen bei etwa 220000 Maler/inne/n nur 100 Fälle jährlich (vgl. Triebig, 5), oder wahrscheinlicher sogar nur 44 Fälle in fünf Jahren (vgl. Hauptverband, 78f.)!

— Neurotoxische Schäden lassen sich nicht nur psychosomatisch »wegerklären«, sondern auch mit anderen »alternativen Erklärungsmöglichkeiten« wie: »natürlicher Altersabbau«, Alkohol-Spätfolgen, »Gehirnverkalkung«, Alzheimer-Krankheit, Multi-Infarkt-Demenz etc. Beispielsweise soll die Alzheimer-Krankheit in den USA sprunghaft zunehmen — vielleicht läßt sich diese Entwicklung teilweise auch als Umetikettierung verstehen.

— Viele Medikamente — wie Isoniazid, Chlorpromazin, Carbamazepin, Thalidomid — haben neurotoxische Nebenwirkungen (vg. Janzen/Kühn; Mumenthaler). Bei anderen Medikamentengruppen — wie Narkosemitteln, Schmerzmitteln, Psychopharmaka — sind sogar die Hauptwirkungen psychischer (»neurotroper«) Art. Angesichts des verbreiteten Mißbrauchs — wo sind die entsprechenden Diagnosen?

Aufgrund dieser Fakten ist anzunehmen, daß viele neurotoxische Störungen gar nicht erst festgestellt, sondern als psychosomatische Störung fehldiagnostiziert werden.

4. *Diese Fehldiagnosen behindern den Umwelt- und Arbeitsschutz*

Grundsätzlich konkurrieren »Disposition« und »Exposition« bei jeder Krankheitserklärung. Wissenschaftlich ist dies kein Problem, aber politisch: Psychosomatische Erklärungen für neurotoxische Phänomene lenken von Gesundheitsrisiken der Umwelt und Arbeitswelt ab und machen tendenziell das Opfer zum Täter. Das ist — auch ohne »böse Absicht« — ihre objektive Funktion. Eine gesundheitliche Sanierung von Umwelt und Arbeitswelt erscheint dann verzichtbar.

Die Psychosomatik gewinnt also eine wichtige Funktion bei der »politischen Verdrängung« der Umwelt- und Arbeitsbedingtheit psychischer Störungen. Alsen/Wassermann (vgl. 46ff.) — ähnlich Beck — haben die wissenschaftlich-politische »Karriere« des Nachweises einer umwelt- oder arbeitsbedingten Verseuchung in sechs Phasen beschrieben: 1. Ignorierung; 2. Abwiegeln: Herunterspielen der Schäden, Verdummung der Betroffenen und Diffamierung der Kritiker/innen; 3. Ablenkung des politischen Drucks durch Umdefinition des Regelungs- in ein Erkenntnisproblem; 4. Ablenkung des politischen Drucks durch Aufblähung des Erkenntnisproblems und Heraufsetzung des Beweisstandards; 5. Ablenkung des politischen Drucks durch Suche nach anderen Schuldigen (»Haltet-den-Dieb«-Strategie); 6. Ablenkung des politischen Drucks durch Drohung mit Vernichtung von Arbeitsplätzen.

Dieser politische Prozeß läßt sich auch bei der sozialen Behandlung neurotoxischer Schäden wiederfinden. Neben Theorien des »Risikoverhaltens«, der »genetischen Anfälligkeit« etc. wird dabei die Psychosomatik zur Ablenkung des politischen Drucks in der fünften Phase eingesetzt. Vor allem psychologisch oder soziologisch geschulte Kritiker/innen lassen sich hiermit erfolgreich verwirren. Aber auch wenn solche Schuld-Verschiebung die relevante Öffentlichkeit nicht lange täuscht — selbst die Widerlegung von Scheinargumenten kostet Zeit und Energie. Eine gesellschaftliche Auseinandersetzung über die Arbeits- und Umweltbedingtheit psychischer Krankheiten wird damit effektiv behindert.

Der Streit zwischen Psychosomatiker/inne/n und kritischen Arbeitsmediziner/inne/n ist vermeidbar

Psychosomatik kann also gegen Umwelt- und Arbeitsschutz ausgespielt werden — und dies nicht nur bei Nervenschäden, sondern z.B. auch bei Herzinfarkt, Krebs, »Unfäller-Persönlichkeit« etc.! Hier läßt sich die alternative Gesundheitsbewegung erneut in »Subjektivisten« und »Ob-

jektivisten« spalten und in ermüdende Debatten verstricken. — Doch ein unfruchtbarer Streit zwischen Psychosomatikern und (kritischen) Arbeitsmedizinern erscheint unter bestimmten Bedingungen vermeidbar:

1. Der »rationale Kern« der jeweils anderen Theorie darf nicht prinzipiell bestritten werden. Von richtigen und einsichtigen Analysen einzelner Fälle ausgehend, verallgemeinern beide Theorien auf Unbekanntes/Unverstandenes. Welche Theorie den betrachteten Einzelfall richtig abbildet, läßt sich nicht vorab festlegen. Auch mit Mischformen von Verursachung (»multifaktorieller Genese«) muß gerechnet werden. Das heißt: Psychosomatik und Neurotoxikologie können und sollen »friedlich koexistieren«, oder besser noch: »friedlich wettstreiten«.

2. Für einen begrenzten Zeitraum sollte die Neurotoxikologie vorrangig erprobt und in ihrem Erklärungspotential maximal ausgeschöpft werden — aber ohne wieder in theoretische Einseitigkeit zu verfallen. Dies erscheint notwendig, um den historischen Vorsprung der Psychosomatik aufzuholen und beide Theorien unter vergleichbaren Bedingungen einzusetzen.

3. Eine Wechselwirkung von psychosozialen und neurotoxischen Phänomenen ist möglich: Psychosomatische Beschwerden können Exposition und Expositionsfolgen verstärken (z.B. durch »exponierendes Verhalten«; vgl. Grossarth-Maticek). Umgekehrt kann durch Neurotoxika die physiologische und psychosoziale Bewältigungskapazität beeinträchtigt werden, z.B. durch Einengung des Bewältigungsspielraums, Herabsetzung von Wahrnehmungs- und Schmerzschwellen. Solche Wechselwirkung führt also zu einer Entwicklungsdynamik von Störungen, die berücksichtigt werden muß, wenn die Theorie nicht unrealistisch werden soll.

4. Es gibt Hinweise (vgl. Dörr/Naschold; Hacker; Rozzi; Selye), daß spezifische Noxen neben spezifischen zunehmend auch unspezifische Wirkungen hervorrufen. Das führt zu einer »Generalisierung« und »Homogenisierung« der Wirkung auf »höherem Regulationsniveau«. Selye z.B. spricht von einer Verschiebung von »lokalem Streß« zu »Systemstreß«. Anders betrachtet: In der Endphase oder »physiologischen Endstrecke« der Krankheit konvergieren unterschiedliche krankmachende Prozesse. Es besteht also vermutlich nicht nur eine Wechselwirkung, sondern auch eine wechselseitige Substituierbarkeit der Noxen.

6. *Schlußbemerkung*

Wer etwas verändern will, braucht — neben vielem anderen — auch ein »Veränderungswissen«, das Veränderungsmöglichkeiten aufzeigt und Veränderungen anleitet. »Anpassungswissen«, das Zustände zugleich erklärt und als unveränderbar oder gar »normal« bzw. gut »absegnet«, taugt nicht für Veränderungen (vgl. Kühn).

Die Psychosomatik hat ihren »revolutionären Schwung« verloren und ist vom Veränderungswissen zum Anpassungswissen »degeneriert« — kein Wunder also, daß sie inzwischen »hoffähig« ist. — Dagegen hat die Neurotoxikologie augenblicklich die Fähigkeit und Tendenz, bestimmte Normen (z.B.: »natürlicher Altersabbau«, gesellschaftlich durchschnittliche, »normale« Befindlichkeitsstörungen) und Erklärungen (z.B.: Verhaltensstörung durch MCD; präsenile Demenz durch »Verkalkung«) zu hinterfragen.

Die Naturwissenschaft ist hier jetzt »progressiver« als die Sozialwissenschaft — die »Risikogesellschaft« kennt also andere Konturen und Fronten als die »Mangelgesellschaft« (vgl. Beck).

Literaturverzeichnis

Alsen, C., Wassermann, O., 1986: Die gesellschaftliche Relevanz der Umwelttoxikologie. IIVG-report, Wissenschaftszentrum Berlin. West-Berlin

Altenkirch, H., 1984: Polyneuropathien durch organische Lösemittelgemische — klinische Beobachtungen und tierexperimentelle Grundlagen. In: Konietzko/Schuckmann (Hrsg.)

Beck, U., 1986: Risikogesellschaft — auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.

Bohne-Matusall, R., Lissner, L., 1986: Nervenschäden durch Lösemittel. Ein Vergleich zwischen der Bundesrepublik und den skandinavischen Ländern Dänemark und Schweden. In: Elsner u.a. (Hrsg.): Muß Arbeit krank machen? Für eine andere Arbeitsmedizin. Hamburg

Bräutigam, W., Christian, P., [3]1981: Psychosomatische Medizin. Stuttgart

Dörr, G., Nascholdt, F., 1982: Technologieentwicklung und Streß. Psychosozial 1/82

Ehrlich, H., 1987: Aufatmen — Deutsche vertragen Nervengift besser! Gegengift (Hamburger Infoblatt für Arbeit & Gesundheit) 6/87

Forth, W., u.a. (Hrsg.), [4]1983: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Mannheim

Friedman, M., Rosenman, R., 1975: Der A-Typ und der B-Typ. Reinbek

Gilioli, R., u.a., 1983: Neurobehavioral methods in occupational health. Oxford

Grandjean, P., Tarkowski, S., 1985: Preventive aspects of neurobehavioral research. In: WHO (Hrsg.)

Gregersen, P., 1984: Organische Lösungsmittel. Kooperationsstelle Hamburg, DGB-Gewerkschaften-Hochschulen. Hamburg

Gregersen, P., Hansen, T., 1986: Organic solvents/Milj-ed-ministeriet, Milj-ed-projekt Nr. 72. Kopenhagen

Gromadies, B., Fuchs-Schmuck, A., 1986: Psychologisch-neurologische Beschwerdeerfassung bei Malern und Lackierern mit neurotoxischer Exposition. Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Hamburg

Grossarth-Maticek, R., 1979: Krankheit als Biographie. Köln
Hacker, W., 1973: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Berlin/DDR
Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), 1986: Die Belastung des Berufs durch Berufskrankheiten. Sankt Augustin
Hernberg, S., 1984: Die subklinischen Wirkungen von Lösungsmitteln und Lösungsmittelgemischen auf das Nervensystem. In: Konietzko/Schuckmann (Hrsg.)
Hoffmann, N., u.a., 1976: Diagnostik bei Depressiven. In: Hoffmann (Hrsg.): Depressives Verhalten: Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie. Salzburg
Horn, K., u.a., 1984: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen
Janzen, R., Kühn, H., 1982: Neurologische Leit- und Warnsymptome bei inneren Erkrankungen. Stuttgart
Johnson, B., Xintaras, C. (Hrsg.), 1987: Prevention of neurotoxic illness in working populations. New York
Katalyse u.a., 1987: Chemie am Arbeitsplatz. Reinbek
Köhler, B., 1985: Neurotoxische Substanzen als Beispiele für gesundheitsgefährliche Arbeitsstoffe. Discussion paper, Wissenschaftszentrum Berlin, IIVG/AP. West-Berlin
Konietzko, H., 1984: Die Neurotoxizität von Arbeitsstoffen — ein kontroverses Thema. In: Konietzko/Schuckmann (Hrsg.)
Konietzko, H., Schuckmann, F. (Hrsg.), 1984: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. 24. Jahrestagung in Mainz. Stuttgart
Kühn, H., 1987: Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit. Jahrbuch für kritische Medizin 12. Argument-Sonderband 146. West-Berlin, Hamburg
Kurz, A., Lauter, H., 1987: Die Alzheimersche Krankheit. Deutsche medizinische Wochenzeitschrift 24/87
Maschewsky, W., 1982: Zum Stand der Belastungs- und Beanspruchungsforschung. Soziale Welt 3/4-87
Mitscherlich, A., 1967: Krankheit als Konflikt — Studien zur psychosomatischen Medizin. Frankfurt/M.
Mumenthaler, M., [7]1982: Neurologie. Stuttgart
Otto, D., 1977: Neurobehavioral toxicology: problems and methods in human research. In: Zenick/Reiter (Hrsg.): Behavioral toxicology: an emerging discipline. EPA, Triangle Park (North Carolina)
Rozzi, R., 1979: Psicologi e operai soggetivita nell'industria italiana. Mailand
Schlipköter, H., u.a., 1974: Zum Einfluß neurotoxischer Industriegifte auf unfallgenerierendes Fehlverhalten bei Kontroll-und Steuertätigkeiten, BAU. Dortmund
Schneider, H., Seeber, A., 1979: Psychodiagnostik bei der Erfassung neurotoxischer Wirkungen chemischer Schadstoffe. Zeitschrift für Psychologie 187, H.2
Selye, H., 1981: Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In: Nitsch (Hrsg.): Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern
Sroka, K., 1980: Zur Dialektik des Herzinfarkts. Frankfurt/M.
Swedish Work Environment Fund (ASF) (Hrsg.), 1980: Solvents in the work environment. Stockholm
Triebig, G., u.a. (Hrsg.), 1986: Erlanger Malerstudie. ASP, Sonderheft 9/86
Uexküll, T. von (Hrsg.), 1979: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München
Valentin, H., u.a., [3]1985: Arbeitsmedizin (2 Bände). Stuttgart
WHO (Hrsg.), 1985: Neurobehavioral methods in occupational and environmental health. Kopenhagen
WHO/Nordic Council of Ministers (Hrsg.), 1985: Organic solvents and the central nervous system. Kopenhagen
Woitowitz, H., 1985: Grundlagen der Begutachtungskunde. In: Valentin (Hrsg.)
Xintaras, C., u.a., 1974: Behavioral toxicology. NIOSH. Cincinnati
Zepf, S., 1976: Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankungen. Frankfurt/M.

Über die Autorinnen und Autoren

Badura, Bernhard, geb.1943, Prof.Dr.rer.soz., Leiter des Bereichs Arbeit, Technik, Gesundheit am Institut für Soziologe der Technischen Universität Berlin. Arbeitsgebiete: Sozialepidemiologie, Sozial- und Gesundheitspolitik.

Bleker, Johanna, geb.1940, Prof.Dr.med., Professorin für Geschichte an der FU Berlin (seit 1978). Schwerpunkte: Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts und theoretische Grundlagen der Medizin.

Bödecker, Wolfgang, geb.1956, stud.math., Universität Bremen.

Elkeles, Thomas, geb.1952, Dr.med., Dipl. Soziologe, exam. Krankenpfleger. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bereich Sozialmedizinische Forschungsprojekte und Lehrbeauftragter für Sozialmedizin der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Berufssoziologie der Gesundheits- und Sozialberufe, medizinsoziologische und gesundheitspolitische Themen, Epidemiologie der Säuglingssterblichkeit.

Elsner, Gine, geb.1943, Prof.Dr.med., Universität Bremen, Arbeitsmedizin.

Henkel, Dieter, geb.1944, Dipl.Psych., Professor für Psychologie an der Fachhochschule Frankfurt a.M., Fachbereich Sozialarbeit. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Sozialepidemiologie und Ätiologie psychischer Störungen, Arbeitslosigkeit und Sucht, Psychiatrie im Faschismus. Mitglied in ÖTV, DGSP, BdWi.

Jöckel, Karl-Heinz, geb.1953, Dr.rer.nat., Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

Köppl, Franz, geb.1951, Mag.rer.soc.oec., Arbeiterkammer Wien.

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

Lauber, Wolfgang, geb.1947, Dipl.Ing., Dr.phil., Arbeiterkammer Wien.

Maschewsky, Werner, geb.1944, Dr.habil., Dipl.Psych., Professor für Sozialmedizin an der Fachhochschule Hamburg. Arbeitsgebiete: Forschungsmethoden; koronare Herzkrankheiten; Neurotoxikologie; Sozialarbeit im Gesundheitswesen; EDV in der Sozialarbeit.

Ortmann, Karlheinz, geb.1953, Sozialpädagoge (grad.), tätig am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin. Veröffentlichungen zu Fragen gesundheitsbezogener Sozialarbeit und Selbsthilfe.

Reichelt, Herbert, geb.1951, Dipl.-Soz., Mitarbeiter im Forschungsprojekt »GKV-Arzneimittelindex« beim Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) in Bonn. Arbeitsschwerpunkte: Arzneimittelversorgung, Methoden der Indexstatistik.

Reiners, Hartmut, geb.1945, Diplom-Volkswirt, Referent im Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen; Sachverständiger in der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsgebiete: Gesundheitsökonomie, Probleme der Selbstverwaltung in der GKV.

Schaub, Heinz-Alex, Prof.Dr.med., Nervenarzt, Psychoanalyse. Mitglied des Fachbereichs Sozialwesen der Fachhochschule Ostfriesland. Veröffentlichungen zu familiendynamischen und sozialtherapeutischen Fragen.

Stahl, Klaus, geb.1956, Diplom-Sozialwissenschaftler, stud. Medizinische Informatik. Bisher tätig: Gesamthochschule Wuppertal, Begleitforschung zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung, nebenamtlicher Dozent am ÖTV-Fortbildungsinstitut für Krankenpflegeberufe (Duisburg); Projekt zur Erarbeitung einer Broschüre zum Thema »EDV im Krankenhaus« für die ÖTV.

Veittinger, Michael, geb.1959, Arzt, Bremen.

Forum Kritische Psychologie

Forum Kritische Psychologie 21

Krise der Psychologie
Verinnerlichte Gewalt
Objektive Hermeneutik
Normalität/Heilkunde

Argument

Band 21
Argument-Sonderband AS 161

Neben dem zentralen Aufsatz von Wolfgang Maiers (»Sechzig Jahre Krise der Psychologie«), der sich mit Bühler und Wygotski auseinandersetzt, geht es bei Ute Osterkamp (»Verinnerlichte Gewalt als ›innere Freiheit‹«) um die Fremdbestimmtheit des Individuums in dessen scheinbaren Freiräumen und um die kollative Verantwortlichkeit der Menschen für das gesellschaftliche Handeln. Klaus Irmer beschäftigt sich mit der »Läuterung der westdeutschen Soziologie seit 1945«, R. Bäcker macht kritische »Bemerkungen zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und zur Urschreitherapie« und Hartmut Böhm diskutiert das »Heilpraktikerurteil« von 1983.

Band 22

In diesem Band erörtert Ute Osterkamp die Frage nach dem Verhältnis zwischen politischem Widerstand der Verteidigung eher privater Privilegien (»Deutungen und Umdeutungen des Widerstandsbegriffs«); Ole Dreier analysiert die widersprüchliche gesellschaftliche Funktion psychologischer Therapien, Ralph Baller setzt sich mit Galperins Theorie der etappenweisen Bildung geistiger Handlungen auseinander. E. Leiser geht es in seinem Beitrag zur Intelligenzstrukturforschung u.a. um ein didaktisches Konzept für komplexe statistische Verfahren im Psychologie-Studium, und Morus Markard fragt nach der Vermeßbarkeit des Subjetivitätsbegriffs.

In den »Werkstattpapieren« stellt Andrea Burgstaller das Problem der eigenen Eßsucht in den Mittelpunkt ihrer Analyse. Peter Keiler arbeitet den Begriff »Aneignung« hinsichtlich einer materialistisch-psychologischen Perspektive auf, und Klaus Holzkamps Thema ist die Funktionskritik am Begriff der »Persönlichkeit«.

Jeder Band ca. 140 Seiten, br.

Argument

»Am Horizont wird die Möglichkeit eines schweren Finanzkrachs sichtbar, der — wie die Zusammenbrüche von 1929 und 1931 — eine tiefe weltweite Depression auslösen könnte.«
André Gunder Frank

Schuldenkrise und Armut in der Dritten Welt

Hrsg. v. Ullrich H. Laaser und Karl Ernst Wendt
212 S.

Die internationale Schuldenkrise hat sich zu einer Herausforderung entwickelt, die nicht nur das internationale Währungs- und Finanzsystem, sondern längst die ökonomische, politische und soziale Gesamtexistenz der Dritten Welt langfristig gefährdet.
Der sich mittlerweile auf 1000 Milliarden US-Dollar beziffernde Schuldenberg ist ohne existentielle Gefahren für die weitere Entwicklung der Dritte-Welt-Länder kaum mehr abzutragen und zementiert auf lange Sicht deren Abhängigkeit von der herrschenden Wirtschafts(un)ordnung, den Auflagen der Weltbank, den privaten Großbanken und des internationalen Währungsfonds (IWF).
Rechtzeitig zum Jahrestreffen von IWF und Weltbank in Berlin äußern sich im vorliegenden Band international renommierte Wissenschaftler (u.a. Altvater, Frank, Schui) zu diesem Promblemkomplex und diskutieren Ursachen, Entwicklungen und Lösungsstrategien der Weltschuldenkrise. Zudem versammelt der Band Analysen und Berichte, die politische, soziale sowie juristische Einzelfacetten des gesamten Verarmungszusammenhanges beleuchten.
»Die schönen Reden, die wir jetzt ja auch in der BRD immer wieder hören (daß die Inflation glücklich bekämpft worden, auf Null reduziert worden sei und dgl. mehr), sind nichts als hohle Phrasen. Man hat die Inflation in Form des Schuldenberges nur in den Süden geschleppt, und wenn die Schulden nicht mehr bedient werden können, wird die Inflation, insbesondere die US-Inflation, in alle Länder des OECD-Gebiets wieder zurückkehren. Eine Lösung für die Verschuldungskrise ist nicht in Sicht!« Elmar Altvater

Argument

Argument-Sonderbände (AS)
Die Taschenbuch-Reihe im Argument-Verlag

AS 1/2 Argument-Reprint, 2 Bände; 8,00 DM
AS 5 Hanns Eisler
AS 7 PAQ I: Automation in der BRD; 18,50 DM/15,- f.Stud.
AS 11 Brechts Tui-Kritik
AS 19 PAQ II: Entwicklung der Arbeit
AS 31 PAQ III: Theorien über Automationsarbeit
AS 40 Projekt Ideologie-Theorie: Theorien über Ideologie
AS 42 Musik der 50er Jahre
AS 44 Eurokommunismus und marxistische Theorie der Politik
AS 45 Frauenformen, hrsg. v. Frigga Haug
AS 47 Materialistische Kulturtheorie und Alltagskultur
AS 50 Aktualisierung Brechts
AS 58 Die Wertfrage in der Erziehung; Schule und Erziehung VIII
AS 60 Projekt Ideologie-Theorie: Faschismus und Ideologie 1
AS 61 Selbstverwaltung, ISD 1
AS 62 Projekt Ideologie-Theorie: Faschismus und Ideologie 2
AS 43, 55, 67. PAQ IV-VI, Empirie 1-3
AS 70 Projekt Ideologie-Theorie: Die Camera obscura der Ideologie
AS 74 Deutsche Arbeiterbewegung vor dem Faschismus
AS 75 Die 'Ästhetik des Widerstands' lesen. Über Peter Weiss; LHP 1
AS 76 Faschismuskritik und Deutschlandbild im Exilroman; LHP 2
AS 78 Neue soziale Bewegungen und Marxismus; ISD 2
AS 79 PAQ VII: Zerreißproben. Automation im Arbeiterleben
AS 80 W.F. Haug: Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts
AS 83 Nachkriegsliteratur in Westdeutschland 1945-49, LHP 3
AS 84 Rethinking Ideology (engl.); ISD 3
AS 90 Frauenformen 2. Die Sexualisierung der Körper, hrsg. v. Frigga Haug
AS 91 Marxismus und Theorie der Parteien. Elfferding, Jäger, Scheffler
AS 92 Literatur des 20. Jahrhunderts: Entwürfe von Frauen; LHP 5
AS 93 Kontroversen über Ideologie und Erziehung; FKP 11
AS 94 Arbeiteralltag in Stadt und Land, hrsg. v. Heiko Haumann
AS 95 Neue Technik und Sozialismus; ISD 4
AS 96 Die verborgene Frau, von Inge Stephan und Sigrid Weigel, LHP 6
AS 98 Das Subjekt des Diskurses, hrsg. v. M. Geier/H. Woetzel
AS 99 Entwicklungstheorie, Methodendiskussion; FKP 12
AS 100 Aktualisierung Marx', hrsg. v. Argument, Prokla, spw
AS 103 Kultur zwischen Bürgertum und Volk, hrsg. v. Jutta Held
AS 104 Alternativen der Ökonomie — Ökonomie der »Alternativen«; AWP 5
AS 106 Psychoanalyse; Feminismus/Arbeiterbewegung; FKP 13
AS 107 Arbeit, Frauen und Gesundheit; Jahrbuch für Kritische Medizin 9
AS 108 Literatur der 70er Jahre, hg.v. Mattenklott/Pickerodt; LHP 8
AS 109 Rethinking Marx (engl.); ISD 5
AS 110 Geschlechterverhältnisse und Frauenpolitik
AS 111 PIT: Der innere Staat des Bürgertums
AS 113 Wie teuer ist uns Gesundheit?
AS 114 Kindheitsentwicklung/Sozialarbeit; FKP 14
AS 116 Nachkriegsliteratur 2; hrsg. J.Hermand, H.Pertsch u. K.R.Scherpe; LHP 10
AS 117 Subjekt Frau: Kritische Psychologie der Frauen, Bd.1
AS 118 Rüstungskonversion; AWP 6
AS 119 Krankheit und Ursachen; JKM 10
AS 120 Feministische Literaturwissenschaft; LHP 11
AS 121 Arbeitsforschung/Jugendforschung; FKP 15
AS 122 Frieden, Paix, Peace; Gulliver 16
AS 123 Sozialismus im 21. Jahrhundert, Band 1, ISD 6
AS 124 Heinrich Heine, hrsg. v. Rolf Hosfeld; LHP 12
AS 125 Umweltmedizin
AS 126 Geschlechtsspezif. Arbeitsteilung, Berufspraxis; FKP 16
AS 127 Chicanos und Indianer in den USA; Gulliver 17