

**Jahrbuch
für
kritische
Medizin**

Band 6

ARGUMENT-SONDERBAND AS 53

Redaktion dieses Bandes

Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Dieter Borgers, Marianne Engelhard,
Dr. med. Christian Gaedt, Dr. Sigurd v. Ingersleben, Dr. med. Bar-
bara Nemitz, Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. med. Udo Schagen

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jahrbuch für kritische Medizin. — Berlin:

Argument-Verlag.

ISSN 0341-0943

Bd. 6. - 1. - 4. Tsd. - 1980.

(Das Argument: Argument-Sonderbd.; AS 53)

ISBN 3-920037-62-6

ISSN 0341-0943

ISBN 3-920037-62-6

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1980. Alle Rechte — auch das der
Übersetzung — vorbehalten. — Redaktion und Verlag: Altensteinstr. 48 a, 1000
Berlin 33, Telefon 030/831 40 79. — Auslieferung: Argument-Vertrieb, Tegeler
Straße 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/461 90 61. — Satz: Arnholdt, Hamburg. —
Herstellung: alfa druck, Göttingen. — Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgar-
ten und Hans Förtsch. — 1.-4. Tausend Mai 1980

Inhalt

Editorial	5
Arbeitsplatz Krankenhaus	
<i>Wolfgang M. Evers, Dietrich J. von Klein, Rolf A. Kromat-Häckel</i> Gesundheitliche und soziale Folgen der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten	6
<i>Wolfgang Bolm</i> Die hilflosen Helfer – über die seelischen Leiden der Beschäftigten in der Psychiatrie	26
<i>Hagen Kühn</i> Privatisierungstendenzen im Krankenhaus	33
Medizin und Arbeitswelt	
<i>Giovanni Berlinguer</i> Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften – Einige italienische Erfahrungen	43
<i>Adolf Brock, Hajo Funke, Edgar Einemann, Heinz-Harald Abholz, Thomas Hoppensack</i> Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft – Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD	49
<i>Winfried Wotschack</i> Integrierte Belastungsanalyse industrieller Arbeitstätigkeiten – über das Verhältnis von medizinischer Streßforschung und Arbeitsbelastungsanalyse	75
<i>Rainer Müller</i> Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz.	97
Primärversorgung	
<i>Rik von den Bussche</i> Qualifikationsprobleme in der Allgemeinmedizin.	109
<i>Konrad Tidow</i> Gesundheitszentrum Gropiusstadt – Allgemeinmedizin in einer Gruppenpraxis	128

Dieter Borgers
Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken
und Gesundheitszustand der Bevölkerung 135

Rolf Rosenbrock, Heinz-Harald Abholz
Klinische Pharmaforschung und Verbrechen 153

Bertram Häussler
Das Falldenken als Vermittlung zwischen medizinischer
Wissenschaft und ärztlicher Praxis 174

Psychiatrische Versorgung

Gunther Kruse
Situation und Aufgaben sozialpsychiatrischer
Beratungsstellen am Beispiel der
Beratungsstelle Linden (Hannover) 188

Miranda Ralli, Monique Kriescher-Fauchs
Überlegungen zur regionalisierten Versorgung in der
italienischen Psychiatrie – erste Erfahrungen
nach dem neuen Psychiatriegesetz 205

☆ ☆ ☆

Bernward Vieten
Vom Verband deutscher Medizinerschaft zur NS-Medizinerschaft –
medizinstudentische Politik 1918–1933 214

Detlev Uhlenbrock
Anmerkungen zum dritten Rehabilitationskongreß,
Heidelberg 1978 235
Über die Autoren 240

Editorial

Der hier vorliegende 6. Band des „Jahrbuches für Kritische Medizin“ erscheint – hoffentlich rechtzeitig – zum „Gesundheitstag 1980“, der parallel zum 83. Deutschen Ärztetag inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Alternativen zur und eine Kritik an der herrschenden Medizin darstellen will. Die Medizin-Redaktion unserer Zeitschrift begrüßt diesen „Gesundheitstag“ und wird auch an Veranstaltungen dort beteiligt sein.

Dem Konzept entsprechend sind im vorliegenden Jahrbuch wieder Beiträge aus den verschiedensten Bereichen sozialmedizinischer und gesundheitspolitischer Arbeit zusammengebracht worden. Besonders möchten wir auf die Arbeit von *Evers u. a.* hinweisen, die sich mit den Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten beschäftigt und die Kurzfassung eines Gutachtens für die ÖTV/Berlin darstellt. Dieses Gutachten wird wahrscheinlich noch wesentliche Bedeutung bei der Auseinandersetzung um die Kündigung des jetzt geltenden Tarifvertrages für angestellte Ärzte haben. Es geht dabei darum, die Zahl der zugelassenen Nachdienste im neu zu schließenden Tarifvertrag zu reduzieren bzw. die „überlangen Dienste“ nicht mehr zuzulassen.

In der Arbeit von *Brock u. a.* wird über die Erfahrungen bei der Zusammenarbeit zwischen Beschäftigten eines Industriebetriebes und Wissenschaftlern am Thema „betriebliche Gesundheit“ berichtet. Unseres Wissens erstmalig in der BRD und Westberlin sind hier die Beschäftigten – nach dem Vorbild der italienischen *Arbeitermedizin* (Vergl. *Berlinguer* in diesem Heft und *Wintersberger*, Jahrb. f. Krit. Med. – Band. 3) – in die aktive Untersuchung ihrer betrieblichen Belastungen und der Gesundheitsstörungen mit einbezogen worden. Nicht *Forschung über*, sondern *mit* den Beschäftigten hat an einem betriebsrelevanten Thema einen Anfang bekommen.

Der Beitrag von *Häussler* nimmt im *Argument* erstmalig eine medizin-theoretische Diskussion auf. Einigen wird er möglicherweise noch etwas abstrakt – fernab der gesundheitspolitischen Brennpunkte – erscheinen. Wir meinen jedoch, daß hiermit Grundlagen angesprochen sind, die auch – über zahlreiche Vermittlungsschritte – für Sozialmedizin und Gesundheitspolitik eine große Bedeutung haben.

Wie schon im Editorial des „Jahrbuches 4“ angekündigt, sollen in Zukunft neben dem „Jahrbuch für Kritische Medizin“, das auch mehr als einmal im Jahr erscheinen kann, die „Argumente für eine Soziale Medizin“ als Schwerpunktheft erscheinen. Arbeitstitel für die Planung der nächsten Bände sind: 1. Primärprävention, 2. Gewerkschaft und Medizin und 3. Alternative Medizin. Wir fordern potentielle Autoren auf, Vorschläge, Beiträge, Exposés zu schicken.

Wolfgang M. Evers, Dietrich J. von Klein, Rolf A. Kromat-Häckel

Gesundheitliche und soziale Folgen der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten.*

* Aufgrund der z.Zt. laufenden Klagen von Krankenhausärzten und der sich häufenden massiven Proteste von Krankenpflegepersonal gegen ihre Arbeitsbedingungen, insbesondere die Regelung der Bereitschaftsdienste (BD) und der Nachtdienste gab die Bezirksverwaltung Berlin der Gewerkschaft ÖTV Frieder Naschold, Direktor am Wissenschaftszentrum Berlin, den Auftrag zur Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens über: „Auswirkungen von Nachtarbeit und Bereitschaftsdienst auf den Gesundheitszustand von Arbeitnehmern im Gesundheitswesen, sowie Auswirkungen auf die Patientenbetreuung.“ Dem ehrenamtlichen Beirat, der die Erstellung des Gutachtens betreute, gehörten Wolfgang Bolm, Dieter Borgers, Wolfgang Fritz, Rainer Gensch, Constanze Jacobowski, Frieder Naschold und Rolf Rosenbrock an. In diesem Gutachten werden auch die Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals untersucht, die in diesem Aufsatz jedoch unberücksichtigt bleiben.

Fragestellung

Tausende von Krankenschwestern und -pflegern sowie Ärzten müssen jede Nacht arbeiten, um die notwendige Kontinuität der Behandlung und Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Sie tun dies unter den spezifischen Anforderungen, die krankenbetreuende Tätigkeit in der Organisationsform des Krankenhauses mit sich bringt.

Angesichts der laufenden Veränderungen dieser Anforderungen und vor dem Hintergrund der Tatsache, daß Krankenhausärzte in verschiedenen Städten der Bundesrepublik und in Westberlin gegen ihre Arbeitsbedingungen, insbesondere gegen die Bereitschaftsdienstregelungen, vor Arbeitsgerichten Klage erhoben haben, stellt sich die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen von Nachtarbeit und Bereitschaftsdienst auf den Gesundheitszustand von Arbeitnehmern im Krankenhaus und den Auswirkungen dieser Dienstformen auf die Versorgung und Betreuung der Patienten.

Herkömmliche Betrachtungen dieses Problemkomplexes beschränken sich zumeist auf einen relativ engen arbeitsmedizinischen und arbeitswissenschaftlichen Ansatz, der auf der Entstehungsseite nur einige ausgewählte Anforderungen in die Erfassung der Belastungen einbezieht und auch die Auswirkungen auf die Betroffenen nur hinsichtlich weniger, meist physiologisch faßbarer Größen berücksichtigt.

Demgegenüber weisen neuere Studien verstärkt daraufhin, daß die Isolierung einzelner Anforderungsfaktoren als Belastungen oder auch deren additive Berücksichtigung nicht ausreichen, um die Belastungssi-

die Ergebnisse dieser Auswertung informiert worden ist, geht man daran, entsprechende Arbeitsplätze in ihren Bedingungen zu verändern. Dies ist jedoch nur möglich, wenn eine entsprechende gewerkschaftliche Macht – wie sie in den genannten Betrieben vorhanden ist – für eine betriebliche Umsetzung sorgt. Die betriebsärztliche Versorgung ist aus der Hand der Unternehmensleitung in die Kompetenz der Gemeinde überführt worden. (Die Unternehmensleitung hat jedoch weiterhin für die Kosten der ärztlichen Versorgung aufzukommen). Entstanden ist so ein kontinuierlicher Prozeß der Reflexion der Beziehung zwischen Arbeitswelt und Gesundheit mit daraus resultierenden Veränderungen der Arbeitswelt. Diese Veränderungen sind allerdings immer wieder nur betriebspolitisch durchzusetzen und verlangen immer wieder den Arbeitskampf oder zumindest die organisierte Macht der abhängig Beschäftigten. Offensichtlich ist, daß damit nicht automatisch alle Erkrankungen zu „quasi-Berufserkrankungen“ werden. Immer muß ein Zusammenhang zwischen Krankheit und speziellem Arbeitsplatz nachgewiesen und dann betriebspolitisch eine entsprechende Veränderung durchgesetzt werden. Mit der Aufmerksamkeit bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeitsplatzbedingungen wächst auch das Bewußtsein, das häufig durch die Produktionsbedingungen die Gesundheit geschädigt wird. Zu erwähnen ist, daß in den jetzt zehn Jahren, in denen dieses Modell in Terni funktioniert, mehrfach die Befragungsbögen für die „Gesundheitstagebücher“ aufgrund wachsender und differenzierterer Einsicht verändert worden sind. Inzwischen ist die Arbeitermedizin auch in zahlreichen anderen italienischen Betrieben eingeführt und ist schließlich in Zukunft gesetzlich vorgeschriebene Pflicht.

III. Gesundheit und Arbeitsplatz – Erfahrungen aus einer norddeutschen Werft

Sowenig das italienische Modell aufgrund unterschiedlicher Traditionen in den sozialen Beziehungen und in der gewerkschaftlichen/politischen Organisierung ohne weiteres übertragbar scheint, so bot es uns doch zentrale Anregungen. Ziel unserer Arbeit im Rahmen einer längerfristigen Lerneinheit war es, in der Zusammenarbeit zwischen Arbeitern, Sicherheitsbeauftragten, Vertrauensleuten und Betriebsräten einerseits und Wissenschaftlern andererseits die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeitsplatz zu untersuchen und dabei über das hinauszugehen, was durch die klassische Arbeitsmedizin hierzu gesagt werden kann. Dennoch stand am Anfang die klassische Arbeitsmedizin mit ihren Untersuchungsergebnissen, ihrer Arbeitsweise und ihrer Anwendung in der Praxis. Im folgenden sollen die verschiedenen

strategien, die *selbst* zentrale Momente von psychischen Belastungen darstellen.¹¹ Befindlichkeitsstörungen werden somit zu Sensoren von Belastungen im Betrieb; sie sind dabei sehr viel empfindlicher als es – meist erst später auftretend – Krankheiten sein können. Eine präventiv orientierte Gesundheitspolitik muß dies zur Kenntnis nehmen.¹²

II. Das Konzept der Arbeitermedizin

Die Arbeitermedizin – im Gegensatz zu Arbeitsmedizin – hat die Erfahrungen und Befindlichkeitsstörungen der Beschäftigten zum zentralen Ansatz.¹³ Politisch ist sie nur auf dem Hintergrund der Kritik an der enteignenden tayloristischen Arbeitsorganisation zu erklären, die im Laufe der sozialen Auseinandersetzungen in den 60er Jahren in Italien zu einer Wiederaneignung von Kompetenz gegenüber der betrieblichen Entscheidungszentrale geführt hat.¹⁴ Die Grundzüge der Arbeitermedizin sollen hier noch einmal an der Geschichte der Betriebe aufgezeigt werden, die das Konzept der Arbeitermedizin erstmals politisch durchsetzten.¹⁵

In der italienischen Industriestadt Terni haben die Arbeiter eines großen Chemie- und eines eisenverarbeitenden Betriebes Ende der 60er Jahre mit entsprechendem politischen Druck erfolgreich gefordert, den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheit bzw. Gesundheitsstörungen selbst mit zu untersuchen. Für ihre beiden Betriebe konnten sie mit Hilfe der starken Gewerkschaft und der gleichzeitigen Unterstützung der kommunistisch und sozialistisch geführten Stadtregierung das folgende System durchsetzen: Jeder Arbeiter hat über seine Gesundheitsstörungen über jeweils ein viertel Jahr Buch zu führen. Am Ende einer solchen Periode findet eine Zusammenfassung der einzelnen ‚Gesundheitstagebücher‘ in Form einer Diskussion und Auswertung in der Arbeitsgruppe statt. Die Gruppe, die den gleichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist – z. B. Mischer von Chemikalien oder Walzarbeiter an einem anderen Arbeitsplatz –, schreiben die bei ihnen am häufigsten auftretenden Gesundheitsstörungen auf. Parallel dazu werden die von ihnen als besonders belastend empfundenen Arbeitsbedingungen aufgeführt. Diese *homogenen Gruppen*, also die Zusammenfassung der abhängig Beschäftigten, die unter ähnlichen Arbeitsbedingungen tätig sind, werden in einer Gesamtauswertung miteinander verglichen. Die durch den werksärztlichen Dienst gewonnenen medizinischen Daten werden hinzugezogen. Die sehr plausible Argumentation ist die, daß bei besonders gehäuftem Auftreten bestimmter Krankheiten oder Gesundheitsstörungen in *bestimmten* homogenen Arbeitsgruppen die Arbeitsplatzbedingungen kausale oder zumindest auslösende Funktion haben. Nachdem die Belegschaft über

da muß man doch Kopfschmerzen kriegen.“⁷ So und ähnlich wird dann doch der Zusammenhang erfaßt – allerdings wird dabei gewußt, daß die Fachleute, die Mediziner, diese Erklärungen nicht akzeptieren. Bei Klagen über belastende Arbeitsplätze wird daher häufig von den Arbeitern nach den „akzeptierten“ Dingen, d. h. z. B. den MAK-Wert-Überschreitungen gesucht; und dies selbst bei Bedingungen, die so offensichtliche ganz andere als „akzeptierten Belastungen“ für das Wohlbefinden der Beschäftigten beeinhalteten.⁸

Störungen des Wohlbefindens – *Befindlichkeitsstörungen* –, welche im wesentlichen nicht Gegenstand der klassischen Arbeitsmedizin sind, können sehr verschiedene Ursachen haben: so kann es durch Lärm oder durch Farb- und Lösemittel ebenso zu Kopfschmerzen kommen wie durch Zeitdruck bei Akkordarbeit oder durch widersprüchliche Anforderungen eines Arbeitsplatzes; Kopfschmerzen können weiterhin auch als Krankheitssymptom unbewältigter aktueller Konflikte verstanden werden.

In Diskussionen mit Werftarbeitern werden zahlreiche Beispiele von Befindlichkeitsstörungen genannt – wie z. B. ein dauernder süßer Geschmack im Mund, Schwindelgefühl, ein Gefühl wie im Rausch, Kopfschmerzen, andauernde Müdigkeit oder ein dauerndes Gefühl der Kribbligkeit... –, die offensichtlich das Wohlbefinden deutlich einschränken. Die Betroffenen sind zugleich bei den betriebsärztlichen Untersuchungen zumeist gesund, obwohl sie sich elend fühlen. Fast immer sind die angegebenen Befindlichkeitsstörungen bei Kenntnis der Belastungen über Plausibilitätshypothesen zu erklären. Nur liegen eben nicht die „anerkannten“ pathologischen Veränderungen vor bzw. sind keine „gesundheitsbedrohlichen“ MAK-Wert-Überschreitungen gegeben.⁹ Ziel muß daher sein, derartige Befindlichkeitsstörungen neben die von der Medizin akzeptierten Erkrankungen hinsichtlich der gesundheitlichen Einschränkung zu stellen. Darüber hinaus bleibt bei den genannten Befindlichkeitsstörungen offen, ob sie nicht Grundlage einer späteren „klassischen Erkrankung“ werden können. Zu fragen ist z. B., ob nicht der chronische Kopfschmerz mit zum Hochdruck beitragen kann oder ob nicht die gastrischen Beschwerden längerfristig zu organisch nachweisbaren Erkrankungen im Bereich der Magenschleimhaut führen. Dies ist ein Bereich, der von der Medizin nicht wissenschaftlich untersucht ist und somit vorerst allein auf der Ebene von Plausibilität und Hypothesenbildung diskutiert werden kann.¹⁰

Die Erweiterung der Arbeitsmedizin um das Konzept der Befindlichkeitsstörung ist nicht auch ohne eine stärkere Einbeziehung von Wahrnehmung und Erfahrung auf Seiten der Beschäftigten zu realisieren. Dies wird zugleich auch notwendig aus der beobachtbaren Einschränkung fachlich-sozialer Kompetenz im Zuge aktueller Rationalisierungs-

Einkommen, Wohnsituation etc., sie alle haben – nachgewiesen oder hier einfach als plausibel anzusehen – einen Einfluß. Aber auch die Arbeitstätigkeit selbst dürfte nach diesen Befunden einen nicht unwesentlichen Einfluß auf die Krankheitshäufigkeit haben. Die Analyse der offiziellen englischen Mortalitätsstatistik konnte diese Vermutung erhärten. In dieser Statistik werden alle Todesfälle auch nach dem Beruf des Verstorbenen registriert.⁵ Bei den verstorbenen Frauen wird – wenn sie nicht selbst berufstätig waren – eine Zuordnung nach dem Beruf ihres Ehemannes vorgenommen. Dies nun erlaubt bei der Analyse den folgenden Gedankengang: Es wurde davon ausgegangen, daß die Relationen der Sterblichkeitsraten für bestimmte Todesursachen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen für Männer und Frauen gleich sein müßten, wenn allein die sozialen Lebensbedingungen, nicht die Berufstätigkeit aber an sich, für die unterschiedlichen Raten verantwortlich wären.⁶ Wäre also eine alleinige soziale Abhängigkeit vorhanden, so müßte die Relation der Sterblichkeitsraten für z. B. die chronische Bronchitis bei männlichen Lehrern gegenüber Bergarbeitern in etwa die gleiche sein, wie sie zwischen den Frauen von Lehrern gegenüber den Frauen von Bergarbeitern besteht. Eine Analyse der Daten jedoch zeigte, daß dies nicht der Fall ist: Für zahlreiche Krankheiten – so auch die chronische Bronchitis als hier gewähltes Beispiel – zeigten sich deutliche Abweichungen zu Ungunsten der Männer. Sie sind offensichtlich – neben der sozialen Situation, die sie gleich mit ihren Ehefrauen haben – noch berufsspezifischen Belastungen ausgesetzt. Betrachtet man die heute wichtigsten Todes- und Krankheitsursachen unter Hinzuziehung derartiger Statistiken, so läßt sich belegen, daß für die Mehrzahl von Erkrankungen und Todesursachen arbeitsbedingte Belastungen offensichtlich eine Rolle spielen. Dies steht – wie oben angesprochen – in krassem Gegensatz zu dem, was Schwerpunkt der Arbeitsmedizin ist.

Die Bedeutung von Befindlichkeitsstörungen

Der Vernachlässigung des Zusammenhanges zwischen Arbeitsbedingungen und den volksgesundheitlich wichtigen Erkrankungen durch die Arbeitsmedizin entspricht auch häufig das Bewußtsein der Hauptbetroffenen, d. h. der abhängige Beschäftigten. So wie für die Arbeitsmediziner sind auch für sie „ihr“ Hochdruck, die Bronchitis oder „ihre“ Magenbeschwerden zur Privatsache geworden. Und dennoch – so wird in entsprechenden Diskussionen mit Arbeitern immer wieder deutlich – ist zugleich auch eine „Ahnung“ vom Zusammengang der für sie so häufigen Erkrankungen mit den Arbeitsbedingungen erhalten geblieben. „Daß ich es mit den Bronchen habe, ist doch klar bei dem Staub und immer ‚raus ins Kalte und wieder‘ rein in die warme Halle“. Oder: „Bei dem Lärm und dann den ganzen Tag der Gestank der Verdünner,

über deren erste Ergebnisse und Folgen für die betriebliche Politik wir hier u. a. berichten.²

Der Bericht gliedert sich in folgende Teile: In Teil I soll anhand der „Grenzen der Arbeitsmedizin“ erklärt werden, warum die Effizienz des Arbeitssicherheitssystems und der Arbeitsmedizin bezweifelt werden muß. Als Konsequenz dieser Kritik an der Arbeitsmedizin wird deren systematische Erweiterung um die subjektbezogene Erfahrung der Betroffenen – wie sie sich etwa in den *Befindlichkeitsstörungen* und in Beschwerden äußert – vorgeschlagen. Hierzu wird in Teil II auf das italienische Konzept der Arbeitermedizin eingegangen. In Teil III „Gesundheit und Arbeitsplatz – Erfahrungen aus einer norddeutschen Werft“ werden entsprechende Erfahrungen der Grenzen herkömmlicher Arbeitsmedizin *aus dem Werftbetrieb* interpretiert. In Teil IV wird über Lernprozesse und Ergebnisse eines von uns gemeinsam unternommenen Versuches berichtet, eine Gesundheitsfragebogenaktion mit den Beschäftigten zusammen durchzuführen. Abschließend werden einige Folgen und Folgerungen dargestellt. (Teil V)

I. Grenzen der Arbeitsmedizin

Bekanntermaßen konzentriert sich die Arbeitsmedizin in ihrer wissenschaftlichen wie auch in ihrer praktischen Ausrichtung auf diejenigen Erkrankungen, die als vorwiegend durch arbeitsbedingte Belastungen hervorgerufen verstanden werden, auf die *Berufserkrankungen*. Darüber hinaus sind die Berufsunfälle ein weiteres Aufgabengebiet der Arbeitsmedizin. Heutzutage spielen Arbeitsunfälle und anerkannte Berufserkrankungen, so schrecklich sie für den Betroffenen sind, von der Zahl der Gesundheitsstörungen insgesamt eine nur untergeordnete Rolle. Dies läßt sich an dem geringen Prozentsatz der Berufserkrankungen als Todesursache oder Berentungsursache ablesen.

Für jeden dürfte jedoch offensichtlich sein, daß Arbeit und Gesundheit nicht nur so wenig miteinander zu tun haben, wie es sich in den Zahlen über Berufsunfälle und Berufserkrankungen widerspiegelt. Insbesondere weisen die zahlreichen Befunde der Sozialepidemiologie darauf hin, daß die zahlenmäßig wichtigsten und auch folgenschwersten Erkrankungen deutliche Zusammenhänge zu den sozialen Lebensbedingungen haben.³ Nimmt man z. B. die soziale Schicht als Orientierungsgröße, so zeigt sich, daß für über $\frac{1}{3}$ aller Todesursachen eine eindeutige Häufung in den unteren sozialen Schichten nachzuweisen ist. Entsprechendes gilt für die Krankheitshäufigkeit, gemessen an Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung.⁴

Nun dürfte der Einfluß der sozialen Schicht vielfältig auf die Krankheitsentstehung und den Krankheitsverlauf sein. Ausbildungsstand,

Adolf Brock, Hajo Funke, Edgar Einemann, Heinz-Harald Abholz,
Thomas Hoppensack

Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft – Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD*

Vorbemerkung:

In einer Phase, in der die Strategie zur Humanisierung der Arbeit sich der Entwicklung von Gegenwehr und Kontrolle seitens der Beschäftigten gegenüber der weiteren Arbeitsverschlechterung im Zuge betrieblicher Rationalisierungsprozesse zuwenden sollte, kann der folgende Bericht über eine mehrjährige Kooperation zwischen Arbeitern einer norddeutschen Werft und Wissenschaftlern der Universität Bremen sowie des Wissenschaftszentrums Berlin Anregungen bieten. Für die seit 1977 bestehende Kooperation zum Thema Arbeitssicherheit/Belastungsabwehr mit Sicherheitsbeauftragten, gewerkschaftlichen Vertrauensleuten, Arbeitern und Betriebsräten kam es uns darauf an:

- Gesundheit am Arbeitsplatz so zu begreifen, daß über die üblicherweise eingeschränkten Definitionen der Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit hinausgegangen werden kann,
 - Zugang zur Bekämpfung der Arbeitsintensivierung (z. B. durch Akkord) zu gewinnen,
 - die Kompetenz zur Einschätzung und zur Bewältigung der erfahrenen Gesamtbelastung mit zu entwickeln
 - und über die Kritik an der bisherigen Arbeitssicherheitspolitik zu einer betriebsnahen Politik der Belastungsabwehr zu kommen.¹

Es war Absicht, die Probleme der Arbeitssicherheit nicht an Spezialisten delegiert zu lassen, sondern anhand der Ausweitung der Thematik die Beteiligung der Beschäftigten zu fördern. So sollte eine eher technokratisch-bürokratische und im Endeffekt ineffiziente Verwaltung von Arbeitssicherheit unterlaufen werden.

Zu diesen Themen fanden im Zusammenhang eines längerfristigen Lernprojekts mit jeweils fast gleichem Teilnehmerkreis seit 1977 Wochenseminare und Wochend- bzw. Abendveranstaltungen statt. Eine zentrale Frage war dabei, wie die von den einzelnen in den Lehrgängen gewonnenen Erkenntnisse den anderen Kollegen in den Berufsgruppen (Gewerken) mitgeteilt und wie entsprechende Aktivitäten zur Belastungsabwehr entwickelt werden können. Die Lehrgangsteilnehmer entschieden sich im Zuge dieser Arbeit zu einer Fragebogenaktion,

* Gekürzte Fassung in: WSI-Mitteilungen 5/1980

verallgemeinert, sondern es werden auch neue Forschungsrichtungen und Informationskanäle angeregt. Diese Vorstellung von einer ‚auf Wissenschaft aufgebauten Gesellschaft‘ konnte durch Einbeziehung von Arbeitern *und* Bürgern als deren Vorreiter erweitert werden.

c) Gesundheitsberufe und die arbeitenden Schichten kommen sich näher (immer noch ungenügend), indem beide neue Sprachen lernen und indem die soziale Rolle eines Teils der Gesundheitsarbeiter verändert wird.

d) Die Stärkung eines revolutionären Modells von Aktionen für die Gesundheit. Revolutionär deshalb, weil es auf einer Umwandlung der Arbeits- und Lebensumwelt und der führenden Rolle der Arbeiterklasse beruht. Die objektive Basis, nicht nur verbal oder als Idee, dieser Rolle besteht darin, die Ansteckungskette Fabrik – Umwelt vom Kopf auf die Füße zu stellen: die Arbeiterklasse bestimmt ihre eigenen Erkrankungen, bekämpft sie, steckt damit die Bevölkerung, die denselben Risiken unterworfen ist, an und führt sie so zu einer Umwandlung der Gesundheitsorganisation und des sozialen Systems.

e) Die Machtausübung in der Gesellschaft und die Beziehungen zwischen den Massen und dem Staat verändern sich. Diese Veränderung hat im inneren Leben der Gewerkschaften teilweise schon stattgefunden und sie findet statt im Leben des Staates durch die Transformation der Sozialversicherungen in einen nationalen Gesundheitsdienst.

Ich muß wiederholen, daß diese Erfahrungen und ihre Umsetzung zum großen Teil noch ungenügend sind, mehr noch, es muß damit gerechnet werden, daß das ohnedies vorhandene Risiko, sie weiter zu befestigen, in der ökonomischen und politischen Krise Italiens und anderer kapitalistischer Länder größer wird. Sie stehen unter großem Druck, den Perioden des Fortschritts folgen auch Perioden des Rückschritts. Trotzdem gehören sie, insbesondere in der Periode von 66/67 bis heute, zu den grundlegenden Fragen, an denen sich die Aktivitäten der arbeitenden Schichten und der fortschrittlichen Kräfte in der Medizin entwickelt haben. Dabei haben sie in erstaunlichem Umfang die ganze politische und kulturelle Situation Italiens beeinflusst.

Geld die Löhne zunehmen und garantiert werden. Erst später wurden neue Formen und neue Ziele im Anschluß an politische Bewegungen mit der Wiederentdeckung der Feststellung von Marx über den Standpunkt des bewußten Arbeiters entwickelt: „Die Arbeitskraft nützlich anzuwenden und sie auszubeuten, sind zwei vollständig verschiedene Dinge.“

Diese neuentwickelten Ziele basierten auf der Erkenntnis, daß Einkommensverbesserungen schnell durch Inflation aufgehoben werden konnten, wohingegen Verbesserungen der Gesundheit dem Arbeiter direkt zugute kamen, stärkeren Einfluß auf sein Bewußtsein, auf die Technologie und seine Macht hatten. Die Gewerkschaftspolitik wurde deshalb in der Weise verbessert, daß Forderungen nach lediglich ökonomischer Kompensation schrittweise gegen Forderungen nach Kontrolle und Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsumwelt ausgetauscht wurden. Gleichzeitig wurde berücksichtigt, daß die beiden traditionellen Beurteilungskriterien für den Gesundheitszustand der Arbeiter, die ärztliche Untersuchung und die objektive Analyse der Umwelt und der Organisation der Arbeit, um folgendes Kriterium ergänzt werden mußte: die subjektive Beurteilung durch die Arbeiter selbst und durch Gruppen, die den gleichen Risiken ausgesetzt waren. Hier handelt es sich um neue, aber nicht ausschließlich wissenschaftliche Kriterien.

In der Gesundheitspolitik bestand der Wechsel in folgendem: Ausgangspunkt war nicht mehr die Hilfe oder der Kontakt mit den medizinischen Berufen, sondern die Krankheiten selbst als Zeichen falscher Beziehungen im Mensch-Umweltverhältnis; Kämpfe für soziale Verbesserungen und wissenschaftliche Forschung, administrative Experimente und Gesetze, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und eine Reform der Gesundheitsdienste zielten, wurden unterstützt.

Einige Unternehmungen endeten in Niederlagen oder darin, daß zunächst erreichte Erfolge relativ bald durch das System so absorbiert wurden, daß die gefährlichen Arbeitsbedingungen zu gewerkschaftlich schlechter organisierten Firmen oder in andere Länder mit weniger wirksamer Kontrolle exportiert wurden. Die größte Schwierigkeit auf nationaler Ebene liegt derzeit darin, soziale Kämpfe für die Gesundheit bei einer wirtschaftlichen Situation der Massenarbeitslosigkeit zu fördern.

Nichtsdestotrotz kann auf positive Ergebnisse hingewiesen werden. Diese können wie folgt zusammengefaßt werden:

- a) Partielle Reduktion der Arbeitsunfälle und einiger Berufskrankheiten, allerdings noch in einem völlig unbefriedigenden Ausmaß.
- b) Eine positive Veränderung in der Kommunikation zwischen Wissenschaft und Arbeit. Nicht nur wird das vorhandene Wissen schneller

b) Die Entwicklung einer neuen Pathologie der Berufskrankheiten

Die arbeitsbedingten Erkrankungen weisen Entstehungsursachen verschiedenster Art und eine massenhafte Verbreitung auf; ihre Erscheinungsformen sind nicht wie früher durch Mangelernährung und Müdigkeit geprägt, sondern durch unangepaßte und falsche Ernährungsweise, Bewegungsarmut und Fehlbelastung; es überwiegen Krankheiten psychosomatischer Herkunft (Stress- oder cortico-visceraler Bedingtheit); sie sind gekennzeichnet durch äußere gewaltsame Einwirkungen, z. B. Verletzungen und Selbstverletzungen wie Unfälle und Drogenabhängigkeit.

c) Die Umweltverschmutzung durch Fabriken

Giftstoffe, wie Blei, Asbest und Einflüsse, die durch die Art der Produktionsweise verursacht sind, wie nicht mit der Physiologie der Körperfunktionen übereinstimmende Arbeitsrhythmen, ergreifen krankheitsverursachend einen immer größeren Teil der gesamten Bevölkerung. Wir erkennen dabei, daß es unmöglich ist, die Medizin, vor allem in ihren Präventionsaufgaben auf die Konsumtionssphäre zu begrenzen, da doch zunehmend offensichtlich ist, daß krankheitsverursachende Faktoren aus der Produktion stammen.

Diese Phänomene liegen der Krise der Medizin wie der Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Berufe zugrunde. Keine dieser Institutionen kann ihrer traditionellen Aufgabe, der Bekämpfung von Krankheiten, gerecht werden, ohne gleichzeitig die neuen Aufgaben einer Veränderung der Technologie in der Produktion, einer Änderung der sozialen Beziehungen und einer Umwandlung des Staates in Angriff zu nehmen. Die Erweiterung des „Marktes für Gesundheit“, die Vermehrung medizinischer Aktivitäten, die Zunahme medizinischer Berufe bleiben ohne Nutzen; positive Ergebnisse für die Gesundheit des Menschen bleiben aus.

Was soll die Marschrichtung in dieser dritten Phase der gegenseitigen Abhängigkeit von Arbeit und Gesundheit sein? Den folgenden Beobachtungen liegen hauptsächlich die italienischen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zugrunde. Diese Erfahrungen sind noch unvollständig und unsicher, aber sie basieren auf großen Massenbewegungen, auf kulturellen Konfrontationen, auf sozialen und politischen Kämpfen, in die Millionen Männer und Frauen einbezogen waren. Bis in die Jahre 66/67 folgte die Arbeiterbewegung noch folgenden Prinzipien: In der Gesundheitspolitik sollte die medizinische Betreuung über die Sozialversicherung ausgeweitet werden, ohne daß dabei auf Qualität und Kontrolle der Dienste Einfluß genommen wurde; in der Gewerkschaftspolitik sollten bei einer Kompensation der Risikofaktoren durch

Kinderarbeit wurde teilweise oder ganz verboten und die Frauenarbeit nur in bestimmten Grenzen gestattet. Der Staat intervenierte, wenn auch nicht in ausreichender Weise, mit Kontrollen durch eingesetzte Arbeitsinspektoren. Die Ausweitung der Sozialversicherung brachte den Fortschritt der medizinischen und biologischen Wissenschaften teilweise auch zu den Arbeitern. Allerdings nahm die Erkrankungs Häufigkeit der Arbeiter fast immer schon ab, *bevor* neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen wurden und bevor spezifische präventive Maßnahmen ergriffen werden konnten. So nahm die Tuberkulose z. B. schon in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, vor den Entdeckungen Robert Kochs und lange vor der Einführung der Chemotherapie, ab; die Pellagra nahm mit einer vollständigen und variationsreichen Ernährung ab, ohne daß das Vitamin B₂ entdeckt war; das Fleckfieber (Rickettiose) nahm ab, als wollene Kleider durch solche aus Baumwolle mit der stärkeren Ausbeutung der Kolonien ersetzt wurden. Allgemein kann gesagt werden, daß Ernährung und Gesundheit der Arbeiter in den kapitalistischen Ländern sowohl dank ihrer Arbeitskämpfe als auch zu Lasten des in den Kolonien produzierten Hungers und der Unterdrückung dort meßbar besser wurden.

In dieser zweiten Phase erhöhte sich die Lebenserwartung der Arbeiter, ihr Gesundheitszustand wurde verbessert. Eine vergleichsweise hohe Zahl von Erkrankungen, von Unfällen, ein schlechter Gesundheitszustand bestanden weiterhin, insgesamt aber gab es eine deutliche Verbesserung von der Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts.

Heute müssen wir fragen: Hat mit neuen Schwierigkeiten eine dritte Phase begonnen? Die Antwort ist offensichtlich: ja. Tatsächlich geben heutige Technik, gesellschaftliche Anlage der Produktion, Organisation der Gesundheitsdienste einigen Spielraum für die Entwicklung nicht nur der medizinischen Behandlung, sondern auch der Verbesserung der Gesundheit. Gleichzeitig gibt es aber eine Reihe negativ wirkender Umstände. Sie können wie folgt zusammengefaßt werden:

a) Die Lebenserwartung wird nicht größer, sondern scheint sogar abzunehmen

Ein nur ökonomistisch orientierter und damit deformierter Marxismus, der biologische Faktoren nicht genügend berücksichtigt, hat bisher auch zu wenig beachtet, daß der derzeitige Fortschritt in den Mortalitätsraten ausschließlich durch Verbesserungen bei der Säuglingssterblichkeit und der Lebenserwartung der Frauen zu erklären ist, während es bei den männlichen Erwachsenen eine Stagnation und teilweise sogar eine Rückentwicklung gibt.

Ramazzinis Buch: *De morbis artificum diatriba*. Bis dahin existierten nur lückenhafte Studien über diese Frage. Woher kam dieses plötzliche Interesse an der Gesundheit der Arbeiter? Das Jahr 1700 beschloß das Jahrhundert der Wissenschaft, das 1610 mit Galileis „*Sidereus Nuncius*“ begann und 1687 mit Newtons „*Principia*“ endete. Außerdem gab es im 17. Jahrhundert eine unvorhergesehene demographische Krise mit einem Mangel an Arbeitskräften gerade zu dem Zeitpunkt, als die moderne Produktionsweise sich entfaltete. Im Interesse des Profits und nicht etwa einer stärkeren Beachtung der Menschenwürde entstand auch das wissenschaftliche Interesse an der Gesundheit der Arbeiter.

Danach herrschte für etwa 150 Jahre innerhalb der offiziellen Wissenschaft wieder große Stille, nur vereinzelte Stimmen sprachen überhaupt von Berufskrankheiten. Zwischenzeitlich hatte sich die demographische Situation aber verändert; die industrielle Produktion fand Überfluß an Arbeitskräften aus der Landbevölkerung; Arbeiter kamen unorganisiert und unausgebildet auf den Arbeitsmarkt. Grundlage des bürgerlichen Staates war der totale Liberalismus: die ersten Arbeitsgesetze fixierten ein *Maximum* für Löhne und ein *Minimum* für die Arbeitszeit. Sogar in einer Zeitung des Großbürgertums, wie der *Times*, stand am 5. November 1851: „Obwohl die Gesundheit der Bevölkerung ein sehr bedeutender Faktor des Kapitals einer Nation ist, bedauern wir, sagen zu müssen, daß die Kapitalisten nicht einmal daran denken, diesen Schatz anzuerkennen und zu erhalten.“ Und Marx klagte an: „Dem Kapital sind Gesundheit und Lebenserwartung des Arbeiters gleichgültig, wenn es nicht durch die Gesellschaft gezwungen wird, sie zu erhalten und zu bessern.“

In dieser Situation verbreiteten sich Krankheiten verschiedener Ursachen massenhaft unter den Arbeitern: Infektionskrankheiten aller Art, insbesondere die Tuberkulose in den Städten und die Malaria auf dem Lande; Fehlernährungskrankheiten wie die Pellagra, verursacht durch einseitige Maisernährung, sowie Unterernährung und Rachitis bei Kindern und Jugendlichen; toxische Erkrankungen wie die Bleivergiftung bei Druckern und die Staublungge bei Bergleuten und Eisenarbeitern. Wegen der steigenden Bedeutung dieser Erkrankungen wurde die Lebenserwartung trotz der Fortschritte der Medizin nicht größer; im Gegenteil wurden Klassenunterschiede in der Sterblichkeitsrate größer; sie hatten zwar vorher schon, aber in geringerem Umfang, existiert, weil die großen Epidemien (Cholera, Pocken, Syphilis, Pest etc.) jeden trafen. Dieses war die erste Phase.

Schon im 19. Jahrhundert machte die Organisation der Arbeiter Fortschritte. Löhne, Ernährungs- und Wohnbedingungen wurden verbessert. Die Zielsetzung der Sozialgesetze wurde verändert, sie legten nun ein *Maximum* für die Arbeitszeit und ein *Minimum* für Löhne fest.

- 2 Vgl. Kluncker, H.: Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen. Der Versuch, sozialstaatliche Errungenschaften abzubauen, in: WSI-Mitteilungen (Sonderheft) 1977, (Gewerkschaftsstaat oder Unternehmerstaat, II), S. 39ff.; Däubler, W.: Privatisierung – Speerspitze der Gegenreform?, in: Leviathan, Sonderheft 1/1978, S. 173ff. Sorgfältig aufgearbeitete Materialien und Analysen finden sich in der Schriftenreihe der Gewerkschaft ÖTV: „Zur Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen“, Stuttgart, lfd.
- 3 Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre, Bd. I, (2. Aufl.), Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1974, S. 24)
- 4 Vgl. ebenda, S. 15
- 5 Holler, A.: Strukturelle Wirkungen, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 8/9 – 1977, S. 306
- 6 wie Anm. 2
- 7 Die amtliche Statistik faßt (im Unterschied zum Gesetzgeber) unter „Sonderkrankenhäusern“ vorwiegend jene Anstalten zusammen, die eine längere Behandlungszeit zur Heilung, Linderung oder Rehabilitation benötigen. Entsprechend werden als „Akutkrankenhäuser“ Allgemein- und Fachkrankenhäuser mit (meist) kürzerer Verweildauer bezeichnet. Die Akutkrankenhäuser machen 1977 einen Anteil von 64 Prozent der gesamten Krankenhäuser und 67,4 Prozent der planmäßigen Betten aus und leisten 67,2 Prozent der gesamten Pflegetage, werden jedoch von 87,4 Prozent der insgesamt stationär behandelten Patienten in Anspruch genommen. In dieser Differenz drückt sich die stark unterschiedlich durchschnittliche Verweildauer aus.
- 8 Vgl.: Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze v. 30.12.1975 (BT-DS 7/4530); Müller, H.-W.: Zur permanenten Kritik an den Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, Nr. 9/1976, S. 293
- 9 Auerbach, W.: Problem Krankenhaus – Alternativen, in: Patient – Arzt, Krankenhaus – Krankenkasse, Berlin/W 1969, S. 33
- 10 Z. B.: „Arzt + Presse“ v. 9.3.1978: Thesen und Argumente der Bundesärztekammer zur Novellierung des KHG. Pkt. X; oder: Antwort der Bundesregierung auf die „kleine Anfrage“ der CDU/CSU-Fraktion zur „Beeinträchtigung der menschlichen Atmosphäre im Krankenhaus“, Bundestags-DS 8/1652 v. 20.3.1978

Giovanni Berlinguer

Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften

Einige italienische Erfahrungen*

Die Entwicklung der Produktivkräfte schafft immer gleichzeitig neue Gesundheits- und neue Krankheitsfaktoren. Die erste historische Analyse dieser gegensätzlichen Tendenzen erschien im Jahre 1700 mit

* Referat in englischer Sprache auf der 2. Konferenz der „International Advanced Study Group on Political Economy of Health“, 23.–27. 7. 1979, Ariccia. Übersetzung von Udo Schagen.

Aus dem gleichen Sachverhalt ergibt sich ein kostentreibender Faktor für die öffentlich vorgehaltenen Krankenhäuser: Deren Haupteinnahmequelle sind die Pflegesätze. Diese sind vollpauschaliert, ihre Kalkulation beruht auf den Durchschnittskosten je „Pflegetag“. D. h.: die überdurchschnittlich hohen Kosten von „teuren“ Patienten werden ausgeglichen durch entsprechende Überschüsse, die bei Patienten mit unterdurchschnittlich teurer Pflege und Behandlung erzielt werden. Da nun das selektive Anlageverhalten der Privaten gerade auf die „billigen“ Patienten zielt, erhöhen sich in den anderen Kliniken die Durchschnittskosten und damit auch die Pflegesätze. Dieser Effekt wiederum erhöht den Preissetzungsspielraum der Privatkliniken und begünstigt somit deren weitere – von öffentlicher Einflußnahme weitgehend unabhängige – Expansion.

72,2 Prozent aller Privatkrankenhäuser hatten 1977 eine Bettenzahl von unter 100 (46,2 Prozent unter 50). Von den Krankenhäusern mit unter 100 Betten sind 54,7 Prozent privatwirtschaftlich (bei unter 50 Betten sind es 64,7 Prozent). Diese Zahlen beleuchten auch einen Teil des interessenpolitischen Hintergrundes der Kampagnen, die seit einiger Zeit vor allem von ärztlichen Standesorganisationen, der CDU/CSU und der ihr nahestehenden Presse gegen die Gefährdung kleiner Krankenhäuser geführt werden. Die Argumentation beruht fast ausschließlich auf einem behaupteten – und nicht einmal plausiblen – Kausalzusammenhang zwischen geringer Bettenzahl und einem hohen Grad von „Menschlichkeit“. ¹⁰ Daß die kleinen Kliniken bislang (mit Ausnahmen bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern) nicht gefährdet sind, wurde gezeigt. Gefährdet sind allenfalls die Subventionen für die Minderheit privater Allgemeinkrankenhäuser, denen es nicht gelingt, als „Ausnahme“ dennoch gefördert zu werden. Nicht der drohende Verlust von „Menschlichkeit“, sondern der von staatlichen Zuschüssen scheint also der tatsächliche Grund der Klagen zu sein. Das ist auch deshalb umso wahrscheinlicher, als es die gleichen politischen Fraktionen sind, die hier die Menschlichkeit im Munde führen, während sie zugleich die schärfsten Verfechter einer restriktiven Sparpolitik im Krankenhaus sind, durch deren Folgen die Versorgung der Patienten und die soziale Lage der Beschäftigten tatsächlich ernsthaft bedroht sind.

Anmerkungen

- 1 Zur analytischen Ergänzung der folgenden deskriptiven Ausführungen vgl. Kühn, H.: Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Kronberg/TS 1980, bes. Kap. 9 u. 10; ders.: Gesamtwirtschaftlicher Bedingungswandel der Krankenhauspolitik, in: Argument-Sonderband 12, Berlin 1976, S. 26ff.

gungsgrade, die ja in jedem Falle kontraktpflichtig sind, zur Verfügung. Die Attraktivität vieler Privatkliniken bei den Nachfragern dürfte vor allem auf das Sozialprestige zurückgehen, das in bestimmten Schichten mit der Inanspruchnahme solcher Kliniken verbunden ist.

Im Grunde bedürfte es keines Beleges, daß das Kriterium der relativen Kostengünstigkeit bei der Kapitalanlage auch im Krankenhauswesen eine zentrale Rolle spielt. Bei der besonders großen Rolle der *Personealkosten* an den Gesamtkosten sind die Vergleiche der Bettenzahl je Arzt, Facharzt und Pflegeperson zwischen den einzelnen Krankenhausgruppen nach Trägern in dieser Hinsicht aufschlußreich. Während in den öffentlichen Krankenhäusern ein Arzt 9,7 Betten betreut, sind es bei den Privatkliniken 19,6 Betten. Der größte Unterschied besteht bei den Pflegepersonen. In den Privatkliniken haben diese mehr als das 2,6-fache der Bettenzahl zu betreuen, als das im gesamten Durchschnitt der Fall ist. Wenn bei der Facharztausstattung die Differenz am geringsten ist, so kann das darauf zurückgeführt werden, daß die Privatkliniken häufig sehr kleine Häuser im Eigentum eines Facharztes sind. 21,3 Prozent aller Privatkrankenhäuser haben (1977) weniger als 25 Betten; 72,2 Prozent liegen noch unter einer Bettenzahl von 100.

5. Krankenhauspolitische Folgen der „schleichenden“ Privatisierung

Wenn einerseits knapp dreiviertel der Privatkrankenhäuser eine Bettenzahl von unter 100 aufweisen und zugleich expandieren, so kann daraus geschlossen werden, daß die Förderungsklausel des § 8 KHG – durch die die Subventionierung von Häusern unter 100 Betten eingeschränkt werden sollte – wirkungslos geblieben ist. Das hat vor allem drei Gründe: Zum einen sind die von privaten Anliegern bevorzugten „Spezialkrankenhäuser“ von dieser Regelung von vornherein ausgenommen. Zum anderen lassen die Gesetze einen weiten Spielraum für Ausnahmen zu. Ein wesentlicher struktureller Grund wird bereits 1969 vom damaligen sozialdemokratischen Staatssekretär *Auerbach* formuliert:

„Eine ganze Reihe von Krankenhäusern sieht sich schon heute (also vor der Pflegesatzexpansion von 1972 bis 1974, H.K.) in der Lage, bei Erstinvestitionen auf öffentliche Mittel zu verzichten und außerhalb der Bedarfsplanung zu erweitern. (...) Privatkrankenhäuser können ihr wirtschaftliches Risiko dabei dadurch verringern, daß sie nur eine Auswahl von Erkrankungen behandeln. Auf diese Weise gefährden sie nur zu häufig den wirtschaftlichen Ausgleich in einem Vollkrankenhaus.“⁹

Damit sind die Privatkrankenhäuser ein strukturelles Hindernis für alle auf eine bedarfsorientierte Versorgung gerichtete Planungsbemühungen.

Die Kurkrankenhäuser liegen mit 45,9 Prozent (1974: 44,4 Prozent) bzw. 56,1 Prozent aller Betten an der Spitze. Über 20 Prozent der Privatkliniken haben sich auf bestimmte chirurgische Eingriffe oder internistische Fachgebiete spezialisiert. Es ist zu erwarten, daß hier eine Expansion vor allem im Bereich der weniger pflege- und behandlungsintensiven Nachsorgeeinrichtungen erfolgen wird.

Tab.5: Privatkrankenhäuser nach Zweckbestimmung (1977)

Zweckbestimmung	Kr'h.	Betten	Kr'h.	Betten
			in v.H.	
insgesamt	1.017	87.867	100	100
darunter: Kur-Krankenhäuser	467	49.280	45,9	56,1
Allg.Kr'h.m.abgegr. Fachabt.incl.innere Krankheiten	99	7.775	9,7	8,8
Rehabilit.Krankenh.	33	6.016	3,2	6,8
Psychiatrie,Neurolog.	23	5.411	2,3	6,2
Chirurgie,Urologie, Neurochir.,Zahn-u. Kieferkrankheiten	113	5.106	11,1	5,8
Gynäkolog.-geburts- hilfl.Krankenhäuser	87	2.863	8,6	3,3

Quelle: wie Tab.4; eigene Berechnung

Tab.6: Planmäßige Betten je Arzt, Facharzt und Pflegeperson (1977)

	insgesamt	Öffentl.	Freigemeinn.	Private
je Arzt	11,3	9,7	12,7	19,6
je Facharzt	23,7	22,5	24,2	28,3
je Pflegeperson	2,9	2,5	2,9	7,8

Quelle: Stat. Bundesamt, FS 12, R. 6

Die gynäkologisch-geburtshilflichen Krankenhäuser sind für die Anbieter vor allem wegen des relativ hohen Maßes an Standardisierbarkeit der erforderlichen Arbeitsprozesse attraktiv. Bei eventuellen Komplikationen stehen die öffentlichen Krankenhäuser höherer Versor-

Prozent.⁸ Dies war Ergebnis der Überwälzung bisheriger Defizite auf die nun vollpauschalierten Pflegesätze sowie des relativen Rückgangs öffentlicher Zuschüsse zu den Krankenhauskosten. Mit dieser Pflege-satzentwicklung erhöhte sich auch der Preissetzungsspielraum und die Rendite der privaten Anbieter erheblich.

2.) Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen ist wenig konjunktur-reagibel. Da bei allgemeinem Geldkapitalüberschuß aber die hier erzielten Gewinne außerhalb des Medizinsektors verschlechterte An-lagemöglichkeiten vorfanden, kann angenommen werden, daß diese in höherem Maße in den privaten Krankenhausbereich zurückgeflossen sind.

4. Selektivität des privaten Anlageverhaltens

Es zeigt sich, daß die allgemeinen Anlagekriterien für privates Erwerbsvermögen auch das Kapitalanlageverhalten im Krankenhaus-sektor bestimmen.

Insgesamt wurden 1977 von den 1231 Sonderkrankenhäusern 49,2 Prozent privatwirtschaftlich betrieben; an der Bettenzahl waren die Privaten mit 28,5 Prozent, an der Patientenzahl dagegen mit 40,5 Pro-zent beteiligt. Die differenzierten Prozentsätze lassen auf ganz spezifi-sche Anlagensektoren schließen. 59,6 Prozent aller Privatkrankenhäuser mit 77,1 Prozent aller darin befindlichen Betten befanden sich 1977 im Bereich der Sonderkrankenhäuser (Tab. 4).

Tab.4: Anteil der Krankenhäuser nach Zweckbestimmung an den Privatkrankenhäusern 1977

	Krankenh.	Betten	Krankenh.	Betten
			in v.H.	
Insgesamt	1.017	87.867	100,0	100,0
Sonderkrankenh.	606	67.709	59,6	77,1
Akutkrankenh.	411	20.101	40,4	22,9

Quelle: Stat. Bundesamt: FS 12, R. 1 u. 6; eigene Berechnng.

Die Reihenfolge der Arten der Zweckbestimmung ist ein aufschluß-reicher Indikator dafür, inwieweit privatwirtschaftliche Rentabilitäts-kriterien, wie Sicherheit und Kontinuität und Kalkulierbarkeit des „Marktes“, Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen (hier: öffentli-chen) Anbietern gleicher Leistungen, günstige Personalkostenrelatio-nen usw. von den einzelnen Krankhaustypen erfüllt sind (Tab. 5).

wird nach 1975 noch deutlicher. Im Zuge der restriktiven Sparpolitik im Krankenhaus gingen die Bettenzahlen erstmals zurück. Von 1975 bis 1977 verringerte sich die Bettenzahl in den öffentlichen Krankenhäusern um 2,4 Prozent, während die privaten eine Steigerungsrate von + 5,9 Prozent aufweisen.

Dabei fällt auf, daß die Steigerung der Anteilsquoten auf eine überproportionale Expansion im Bereich der Sonderkrankenhäuser zurückzuführen ist. Das zeigt der Vergleich der gesamten Anteilsquote mit derjenigen der Akutkrankenhäuser.⁷ (Tab. 3).

Wenn die Steigerungsraten bei den Privatkrankenhäusern besonders seit 1973 zugenommen haben, so mag das vorwiegend zwei Gründe haben:

1.) Nach Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bewegten sich die Pflegesätze schlagartig nach oben: 1972/73 um 25 bis 38 Prozent, 1973/74 um 30 bis 50 Prozent und 1974/75 um 8 bis 11

Tab.2: Zunahme des Bettenbestandes nach Krankenhausträgern und Zweckbestimmung

- Prozent -

Jahr von ... bis	insges.	Akuth.	Öffentl.	Freigemeinn.	Priv.
1955-60	+ 4,5	-	+ 10,1 ⁺⁾	+ 6,3 ⁺⁾	+ 34,5 ⁺⁾
1960-65	+ 8,2	+ 4,2	+ 6,7	+ 7,3	+ 24,6
1965-70	+ 8,2	+ 8,0	+ 7,1	+ 8,0	+ 16,2
1970-75	+ 6,8	+ 7,1	+ 4,3	+ 3,2	+ 36,6
Index 1975 1960=100	125,1	120,6	119,3	119,6	197,7
1975-77	- 0,9	- 0,4	- 2,4	- 0,9	+ 5,9

⁺⁾ 1955 ohne West-Berlin und Saarland; daher Steigerungsraten zu hoch.

Quelle: wie Tab. 1; eigene Berechnung

Tab.3: Anteilsquote der Betten in den Privatkrankenhäusern an der Gesamtbettenzahl und der Akutbettenzahl - in v.H.

Jahr	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
insg.	8,5	8,6	8,6	8,6	8,9	8,8	9,3	9,6	10,5	11,4	11,9	12,2
Akut- betten	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,0	4,2	4,1	4,0	4,1

Quelle: Wie Tab.1; Bundestags-DS. 7/4530 (1975); eigene Berechnung.

enthaltenen Posten „Abschreibungen“ zu einem erheblichen Teil die erhöhte Sachvermögensbildung zum Ausdruck kommt.

Im folgenden soll nun ein Aspekt der Privatisierung, die Ausweitung des Anteils der Privatkrankenhäuser an der Gesamtversorgung, etwas näher beleuchtet werden.

3. Verteilung von Krankenhäusern und Betten auf die Krankenhausträger (Eigentümer)

Betrachtet man die Verteilung der Krankenhäuser und planmäßigen Betten auf die Krankenhausträger (Tab. 1) über den Zeitraum von 1955 bis 1975, so lassen sich einige langfristige Trends erkennen. Bei insgesamt ständig steigender Zahl der Betten haben sich die Anteile der einzelnen Träger verschoben. Dabei ist der relative Rückgang der öffentlichen Krankenhäuser größer als derjenige der von ihnen vorgehaltenen Planbetten.

Das gleiche Bild zeigt sich für die freigemeinnützigen Träger. Das ist ein Zeichen dafür, daß der Trend zum größeren Krankenhaus von diesen beiden Eigentümergruppen übertragen wird. Entgegengesetzt ist die entsprechende Entwicklung bei den Privatkrankenhäusern. Deren Anteile stiegen sowohl bei der Zahl der Krankenhäuser als auch bei der Zahl der Betten, allerdings stieg der Krankenhausanteil stärker als der Bettenanteil, was dem Trend zu größeren Einheiten sogar entgegenläuft.

Aufschlußreich sind die nach 5-Jahreszeiträumen berechneten Zuwächse des Bettenbestandes (s. Tab. 2):

Die Zunahmeraten sind für den gesamten Zeitraum bei den Privatkrankenhäusern mit Abstand am höchsten. Für die 60er Jahre rangieren die Freigemeinnützigen jeweils leicht vor den Öffentlichen, was sich im ersten Jahrfünft der 70er Jahre umkehrt.

Besondere Beachtung verdient die Entwicklung der relativ kleinsten Gruppe, der *Privatkrankenhäuser*: Sie erweitern nicht nur von Jahr zu Jahr ihren Anteil, sondern weisen auch die weitaus höchsten Steigerungsraten auf. Ihr Bettenbestand nahm von 1960 bis 1975 um 97,7 Prozent zu, während die Zunahme bei den freigemeinnützigen Trägern 19,6 Prozent und den öffentlichen Trägern 19,3 Prozent ausmachte. Interessant ist, daß gerade im ersten Jahrfünft der 70er Jahre, in dem ständig – auch und gerade von „Experten“ – von Tendenzen zur „Sozialisierung des Gesundheitswesens“ die Rede ist, die gewinnwirtschaftlich betriebenen Privatkrankenhäuser die weitaus höchsten Zuwächse in der gesamten Krankenhausentwicklung der Bundesrepublik aufweisen (+ 36,6 Prozent) und ihren Bettenanteil von 8,6 (1969) auf 11,4 Prozent (1975) auszudehnen vermochten. Diese ungleiche Entwicklung

gung des Bedarfsdeckungsprinzips durch das Gewinnprinzip. Denn auch in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern ist keinesfalls – wie beispielsweise *Eichhorn* vorgibt⁴ – „sämtliches Betriebsgeschehen“ bedarfswirtschaftlich orientiert. So werden den Chefarzten in der Regel öffentlich finanzierte Betriebsmittel und Personal gegen Entgelt überlassen zwecks privater Gewinnerzielung. Auch die Art und Struktur des Leistungsangebots ist teilweise weniger auf eine medizinisch-pflegerische Zweckrationalität, als auf die Marktmacht privater Zulieferer zurückzuführen.

Im Zuge der eingangs skizzierten Entwicklung verstärken sich die Versuche, das öffentliche und freigemeinnützige Krankenhaus dem privaten Gewinnstreben noch weiter zu öffnen:

a) So enthält das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (1977) die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, „auf eine leistungsfähige *belegärztliche Versorgung* hinzuwirken“.⁵ Diese ist zwar bislang noch ohne durchschlagende Wirkung geblieben, eröffnet für die Zukunft jedoch Ausweichperspektiven für den Fall einer verschärften Konkurrenz im Bereich der niedergelassenen Ärzte.

b) Spürbar sind bereits jetzt Reprivatisierungen, die eine partielle *Auslagerung* von Teilleistungen zur Folge haben. Vor allem nicht direkt patientenbezogene Leistungen, die standardisierbar und zentralisierbar sind, wie Speise- und Wäscheversorgung, Hausreinigung, EDV, Labordiagnostik usw. werden für private Kapitalverwertung lukrativ. Bereits vorliegende Erfahrungen⁶ deuten auf folgende Wirkungen hin:

- Senkung des Lohnniveaus und der Beschäftigungslage;
- verschlechterte Arbeitsbedingungen;
- Qualitätsverschlechterung (z. B. bleiben Teile des Spezialbedarfs durch kostensenkende Überstandardisierungen ungedeckt); schließlich auch
- Kostenerhöhungen, denn zu den Sach- und Personalkosten muß nun ja noch ein lohnender Gewinn hinzukalkuliert werden. Empirische Untersuchungen belegen dies.^{6a}

c) Statt die vorhandenen medizinisch-technischen Kapazitäten des Krankenhauses der ambulanten Versorgung zugänglich zu machen, wird gerade die *Verdoppelung* dieser Kapazitäten durch ihren Ausbau in Gemeinschaftseinrichtungen niedergelassener Ärzte erheblich forciert. Kostenmäßig werden dadurch die Sozialversicherungen gleich doppelt belastet: Zum einen entstehen in den Krankenhäusern Unterauslastungen, welche zu erhöhten Fallkosten und damit zu Pflege-satzsteigerungen führen. Auf der anderen Seite werden die zusätzlichen Investitionskosten der Arztpraxen über höhere Honorare abgegolten. Wenn die Ärztelobby auf die erhöhten Praxiskosten hinweist, dann verschweigt sie, daß (soweit das überhaupt stimmt) in dem darin

Gemeinnützigkeit zuerkennt, der mit erheblichen Steuervergünstigungen verbunden ist. Dazu kommt noch das Privileg des „Tendenzschutzes“.

In die *Privatkrankenhäuser* investieren die Eigentümer Erwerbsvermögen (Kapital), um mithilfe fremder Arbeitskraft einen Gewinn zu erzielen. Das Vermögen ist nicht an einen speziellen Versorgungszweck gebunden, sondern dient primär dem Zweck seiner ständigen Vermehrung. Die Bedarfsdeckung gilt als „Sekundäreffekt“.³

Die Verteilungsrelationen (Tab. 1) der Häuser und Betten auf die einzelnen Träger geben allein kein hinreichendes Bild von der Verdrän-

Tab. 1: Verteilung der Krankenhäuser und planmäßige Betten auf die Krankenhausträger

- in Prozent -

Jahresende	öffentliche		freigemeinn.		private	
	Kr'häuser	Pl'betten	Kr'h.	Pl'b.	Kr'h.	Pl'b.
1938	-	62,6	-	31,4	-	6,0
1955	40,4	55,9	37,7	38,2	21,9	5,9
1960	39,1	56,0	36,1	37,0	24,9	7,0
1965	37,5	55,2	35,5	36,5	27,0	8,3
1966	37,6	55,1	35,5	36,5	26,9	8,5
1967	37,5	54,8	35,4	36,7	27,1	8,6
1968	37,4	54,9	35,2	36,9	27,4	8,6
1969	37,4	54,7	35,6	36,7	27,1	8,6
1970	37,3	54,6	35,4	36,5	27,3	8,9
1971	37,8	54,7	35,2	36,5	27,0	8,8
1972	37,6	54,4	35,2	36,4	27,2	9,3
1973	38,1	54,6	34,8	35,8	27,1	9,6
1974	37,6	54,1	34,5	35,4	28,0	10,5
1975	37,3	53,4	34,1	35,3	28,6	11,4
1976	37,0	52,8	33,7	35,3	29,3	11,9
1977	36,8	52,6	33,4	35,3	29,8	12,2

Quellen: eigene Berechnung nach: Wirtschaft und Statistik, Jg. 8 (1956) ff. (jeweils nach aktuellsten Angaben); Stat. Bundesamt, PS 12 R. 1 und 6

sozialpolitischen Standards drängen. Dabei geht es sowohl um den ökonomischen Umfang als auch die inhaltliche Ausgestaltung sozialer Leistungen und Dienste.¹

Beide Tendenzen ergänzen und verstärken sich gegenseitig mit den Folgen:

- verschlechterter Arbeits- und Beschäftigungssituation im Bereich öffentlicher Dienstleistungen;
- Qualitätsverschlechterungen bei den Sozialleistungen; und damit
- Abbau sozialstaatlicher Errungenschaften. Dabei ist auch zu bedenken, daß die Überführung sozialer Dienstleistungen in die private Warenproduktion zugleich auch die öffentlichen Gestaltungs- und Kontrollrechte reduziert und damit ein Weniger an (möglicher) Demokratie bedeutet.²

Auch das Krankenhaus bleibt von Privatisierungstendenzen nicht unberührt. Teilweise werden bereits bestehende Formen der Indienstnahme dieser Institution für gewinnwirtschaftliche Zwecke verstärkt, teilweise entwickeln sich neue Strategien in dieser Richtung. In den folgenden Ausführungen liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung *einer* Privatisierungsform, der bislang das geringste Maß an Aufmerksamkeit zugekommen ist, was wahrscheinlich auf die „schleichende“, undramatische Art zurückgeht, mit der sie sich durchsetzt: dem überproportionalen Anwachsen der Privatkrankenhäuser. Dieses wirkt sich auf die Versorgungsqualität, die Beschäftigungssituation, die Plan- und Steuerbarkeit ebenso nachteilig aus, wie auf das Kostenniveau und die Angebotsstruktur der gesamten stationären Versorgung.

2. Eigentumsformen und private Erwerbswirtschaft im Krankenhaus

Das bundesdeutsche Krankenhauswesen kennt drei verschiedene Typen von Eigentümern (Trägern):

Die Träger der *öffentlichen Krankenhäuser* sind vorwiegend Gemeinden und Kreise, teilweise Länder und in geringem Maße der Bund oder die Sozialversicherungen. Die vorherrschende Eigentumsform ist die der öffentlich-rechtlichen Körperschaft, ihre Zweckbestimmung ist prinzipiell bedarfswirtschaftlich.

Die *freigemeinnützigen Krankenhäuser* sind im Eigentum von christlichen und anderen caritativen Trägern, wie Kirchengemeinden, Ordensgemeinschaften, Wohlfahrtsverbänden, gemeinnützigen Stiftungen. Ihre Eigentumsform ist privatrechtlich; da jedoch – im Unterschied zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen – ihr Vermögen an einen bestimmten Versorgungszweck gebunden ist, sichert der Staat die bedarfswirtschaftlichen Ausrichtungen, indem er ihnen den Status der

- M. Frese, S. Greif, N. Semmer (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie, Huber, Bern 1978.
- M. Gaujard: Pathologie psychiatrique du personnel hospitalier. Arch. Mal. Prof. 1973, 34/12, 710-711.
- Gutachten für die ÖTV-Berlin: „Belastung und Beanspruchung im Krankenhaus durch überlange Dienste und Schichtarbeit“, in Vorbereitung.
- Hauptvorstand der ÖTV: Forderungen zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus, Stuttgart 1978.
- Ch. Maslach, S. E. Jackson: The Measurement of Experienced Burnout. Manuskript, Berkeley, Californien, o.J.
- Ch. Maslach: The Client Role in Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, Vol. 34, 1978, 111-124.
- A. Pines, Ch. Maslach: Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. Hospital & Community Psychiatry Vol. 29, 1978, 233-237.
- H. E. Richter: Flüchten oder Standhalten? Rowohlt, Hamburg 1976
- K. D. Rose, I. Rosow: Physicians Who Kill Themselves. Archives of general psychiatry, Vol 29, 1973, 00-805.
- W. Schmidbauer: Die hilflosen Helfer, Rowohlt, Hamburg 1977.
- G. E. Vaillant, N. C. Sobowale, Ch. McArthur: Some psychologic vulnerabilities of physicians. The New England Journal of Medicine Vol 287, 1972, 372-375.
- E. M. Waring: Psychiatric Illness in Physicians: A Review. Comprehensive Psychiatry Vol. 15, 1974, 519-530.
- Ch. und J. Zenker: Demokratische Psychiatrie in Italien – Alternative zur deutschen Sozialpsychiatrie? Argumente für eine soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband 30, Argument-Verlag, Berlin (West) 1979.

Hagen Kühn

Privatisierungstendenzen im Krankenhaus

1. Zum Problem

Die wirtschaftliche und politische Situation der letzten Jahre förderte u. a. zwei Entwicklungen, die sich auf Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen förderlich auswirken: Zum einen entsteht gesamtwirtschaftlich ein Geldkapitalüberschuß aus realisierten Gewinnen. Dieser führt zu einem Verdrängungswettbewerb auf der Suche nach rentablen Anlagemöglichkeiten. Wie die Konkursstatistik zeigt, dringt dabei das große Kapital in traditionell „mittelständische“ Sektoren ein. Vom kleinen und mittleren Kapital geht daher wiederum ein verstärkter Druck auf die Privatisierung von – meist im kommunalen Bereich angesiedelten – öffentlichen Dienstleistungen aus.

Parallel dazu hat sich das politisch-soziale Kräfteverhältnis zugunsten jener Interessen verschoben, die auf einen Abbau der erreichten

politische Ziele, für die sich jeder Helfer – z. B. in der ÖTV – einsetzen kann. Das Beispiel der „Demokratischen Psychiatrie“ in Italien könnte ebenfalls einen politischen Ausweg aus der Hilflosigkeit von Helfern zeigen (vgl. Zenker & Zenker 1979).

3. Etwas ausführlicher möchte ich hier nur die präventiven Möglichkeiten auf der betrieblichen Ebene ausführen:

- Verringerung der Arbeitsbelastung durch Verkürzung der Arbeitszeit, Verlängerung von Pausen und Urlaub, Verbesserung der Stellen-schlüssel.

- Einführung von Teambesprechungen zur gegenseitigen Unterstützung bei der Arbeit mit schwierigen Patienten. Das erfordert neutrale außenstehende Supervisoren und unbedingt

- einen Abbau der hierarchischen Beziehungen in den Einrichtungen. Ein Schritt in diese Richtung ist die paritätische Mitbestimmung am Arbeitsplatz und im Betrieb.

- Rotation der Beschäftigten, sodaß die Arbeitsaufgaben (akute oder chronische Patienten, stationäre oder ambulante Behandlung z. B.) sich abwechseln.

- Die Ideologie von der Selbstaufopferung der Therapeuten für die Patienten muß entschieden zurückgewiesen werden. Diese überhöhten Leitwerte verführen die Patienten zu passiven Riesenerwartungen, das Personal zu Allmachtsphantasien. Vielmehr sollten die Helfer durch Ausbildung und anschließende Supervision zu einem Engagement befähigt werden, das in der Regel im Rahmen der eigenen Dauerbelastbarkeit bleibt.

Der Hauptvorstand der ÖTV hat im Dezember 1978 in seinen Forderungen zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus eindeutig erklärt: Eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung ist nur zu erreichen, wenn die Arbeitsbedingungen des Personals genau so ernst genommen werden wie die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten. Die Mitglieder helfender Berufe würden nur ihr selbstverständliches Recht fordern, wenn sie an die Zumutbarkeit ihrer Arbeitsbedingungen dieselben fortschrittlichen Maßstäbe anlegten, wie an die Behandlungsbedingungen ihrer Patienten.

Literaturverzeichnis

N. Belardi, B. Glinka: Die verzweifelte Omnipotenz. Sozialmagazin Juni 1979, S. 30–33.

M. J. Colligan, M. J. Smith, J. J. Hurrell: Occupational Incidence Rates Of Mental Health Disorders. Journal of Human Stress 3, 1977, 34–39.

C. Cooper, R. Payne (Eds.): Stress at work, Wiley, New York 1978.

H. J. Freudenberg: Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, Vol. 30, 1974, 159–65.

den Verpflichtungen als Vertreter einer gesellschaftlichen Kontrollinstanz dar. Ein Beispiel liefert das Problem der Psychotherapie in geschlossenen Anstalten.

Es sind also strukturelle Mängel des psychiatrischen Versorgungssystems, die die Helfer objektiv hilflos machen. Dazu rechne ich noch Folgendes:

- Die skandalöse Verweigerung ausreichender Finanzmittel für die Psychiatrie, die eine Ursache darstellt für den Mangel an ausgebildetem Personal, an modernen Behandlungseinrichtungen und beschützten Wohn- und Arbeitsplätzen.
- Die Kontinuität der Behandlung über verschiedene Einrichtungen und verschiedene Berufsgruppen hinweg ist meist nicht herzustellen.
- Die massiven Vorurteile der Bevölkerung gegen psychisch Kranke erschweren die Rehabilitation enorm.
- Der wissenschaftliche Kenntnisstand über die Entstehung, die Verhütung oder Behandlung großer psychiatrischer Krankheitsgruppen ist sehr lückenhaft, sodaß in diesen Bereichen die psychiatrische Praxis mehr Kunst als Wissenschaft ist. Man bedenke nur, wie wir bei der Behandlung der Suchtkranken mit leeren Händen vor den drängendsten Problemen stehen.

Zusammenfassend muß der dringende Verdacht geäußert werden, daß im Rahmen der Misere des psychiatrischen Versorgungssystems eine Vielzahl belastender Arbeitsbedingungen die individuell je verschiedene Bewältigungskapazität der Beschäftigten in einem unzumutbaren Ausmaß überfordert. Zwar stecken die empirischen Untersuchungen dieses Gebiets noch in den Kinderschuhen, dennoch ist die Alltagserfahrung der Betroffenen im Verein mit den vorläufigen Forschungsergebnissen so schlüssig, daß praktische Konsequenzen ergriffen werden sollten.

Entsprechend den oben dargestellten drei Ursachenbündeln bieten sich zur Verhütung des „burn-out“ folgende Schritte an:

1. Auf der individuellen Ebene: Psychotherapieausbildung, Balintgruppe, Selbsterfahrungsgruppe, eventuell eigene Psychotherapie. Das stärkt die Kompetenz als Helfer, auch bei der Bewältigung von objektiver Hilflosigkeit in dieser Rolle. Allerdings sollten alle Berufsgruppen, die intensiv mit psychiatrischen Patienten arbeiten, in der Ausbildung oder in der Arbeitszeit solche Qualifikation auf Staatskosten erhalten können.

2. Soziale Ursachen von psychischen Störungen zu beseitigen kann nur das Ergebnis langfristiger sozialpolitischer Prozesse sein; gemeint ist beispielsweise die Schaffung menschengerechter sicherer Arbeitsplätze, die Kontrolle wirtschaftlichen Machtmißbrauchs, die Bekämpfung des Patriarchats und der Armut. Das sind zugleich gewerkschafts-

Die Einschränkung Richters von den psychischen Problemen in helfenden Berufen erscheint mir vergleichsweise angemessener zu sein. Er behauptet zwar auch, daß besonders Menschen mit Isolationskonflikten in der Kindheit in soziale Berufe gingen, um in dieser Arbeit mehr Kontakt zu finden; dagegen stellt er aber die Beobachtung, daß diese legitimen Kontaktwünsche in der Ausbildung tabuisiert werden, so daß ein Bereich möglicher beruflicher Konflikte geradezu der rationalen und kollektiven Bewältigung entzogen bleibt. Richter beschreibt verschiedene Formen, wie neurotische Betreuer ihre Klienten zur eigenen Stabilisierung mißbrauchen. Ihm ist aber genauso wichtig, darauf hinzuweisen, daß neben frühkindlichen Konfliktpotentialen die aktuelle soziale Wirklichkeit für emotionale Störungen von Betreuern verantwortlich ist: Die berufliche Abhängigkeit von manipulierenden Autoritätspersonen dränge manchen Betreuer in eine „partielle Reinfantilisierung“; die gesellschaftliche Verleugnung des Todes und die Verlagerung des Sterbens in die Kliniken lasse die Sterbenden und ihre Betreuer allein in einer schwer erträglichen Situation.

Selbstverständlich gibt es bei „Helfern“ wie bei anderen Berufstätigen psychische Störungen, zu denen berufliche Belastungen gar nicht beigetragen haben. Aber im Gegensatz zu Schmidbauer und Maslach sehe ich als Hauptquelle der weitverbreiteten Hilflosigkeit von Mitgliedern helfender Berufe weder individuelle noch betriebliche Mängel an, sondern die zwiespältige gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie.

Es ist also von einer institutionalisierten Hilflosigkeit die Rede. Das bezieht sich erstens auf die sehr gefährliche Tendenz, soziale Probleme als medizinische Angelegenheit des Einzelnen in ärztliche und pflegerische Obhut zu geben und so zu tun, als wäre diese psychiatrische, internistische etc. Verwaltung sozialen Elends bereits eine zivilisatorische Glanzleistung. Die Autoren Belardi und Glinka haben diesen gesamtgesellschaftlichen Aspekt der Hilflosigkeit für Sozialarbeiter herausgestellt: Wenn sie den Alkoholismus eines jugendlichen Arbeitslosen oder die kriminelle Karriere eines Heimkindes günstig beeinflussen sollen, dann versetzt sie ihr beruflicher Auftrag objektiv in eine hilflose Situation – sie müßten schon an den Schalthebeln der gesellschaftlichen Macht sitzen, um an den wirklichen Ursachen dieser Probleme etwas ändern zu können.

Es fehlen also therapeutische und präventive Einwirkungsmöglichkeiten auf überindividuelle pathogene Bedingungen in Familie, Wohnbereich, Schule oder Beruf. Angesichts der zahlreichen sozialen Bedingungen seelischer Leiden ist die vorwiegend praktizierte individuelle Diagnostik und Therapie eine Quelle ständigen Irrtums und Versagens.

Eine weitere soziale Bedingung von Hilflosigkeit stellt der Rollenkonflikt von Helfern zwischen der Solidarität mit den Patienten und

Häufung von psychischen Störungen bei Ärzten und Krankenschwestern nachgewiesen worden (Vgl. auch Gutachten für die ÖTV). Als Beispiel seien hier nur zwei Studien erwähnt: Colligan u.a. haben 1977 in Tennessee die Erstaufnahmen psychiatrischer Krankenhäuser nach Berufen geordnet; unter den 22 Berufen mit den höchsten Aufnahmezeiten waren 6 aus dem Gesundheitswesen, besonders Krankenschwestern. Rose und Rosow (1973) untersuchten die Totenscheinkartei von Kalifornien. Die Suicidrate unter Ärzten war fast doppelt so hoch, wie in der Bevölkerung oder unter allen Akademikern; dieser Unterschied wurde im höheren Alter noch krasser.

Von konservativer Seite werden solche Ergebnisse nicht dem Arbeitsstress angelastet, sondern dem Einzelnen, der infolge ererbter oder erworbener Schwäche zusammenbricht, wo noch die meisten „gesund“ bleiben. Jedoch sind die Beweise, die z.B. Vaillant u.a. oder Waring für ein starkes Überwiegen von individuellen Ursachen psychischer Störungen bei Ärzten vorbringen, nicht sehr stichhaltig – zumal mögliche berufliche Ursachen gar nicht genau analysiert wurden.

Eine derartige Tendenz zur Psychologisierung des Problems überwiegt auch in dem vielgelesenen Buch von Schmidbauer „Die hilflosen Helfer“. Der Autor reduziert die Ursachen der Hilflosigkeit auf einen Mangel an elterlicher Liebe in der Kindheit der späteren Helfer. Sie erlitten so eine Störung des Selbstgefühls, identifizierten sich zur eigenen Rettung mit dem aggressiven Überich der Eltern, entwickelten eine verborgene narzißtische Unersättlichkeit, vermieden später gleichberechtigte Beziehungen zu Nicht-Hilfsbedürftigen und blockierten so die außerberufliche Erfüllung ihres unersättlichen Verlangens nach Liebe und Anerkennung, das sich nur in ständiger, bis zur Selbstschädigung gesteigerter Tätigkeit äußern könne.

Derart vorgeschädigte Helfer würden dann ihren Klienten die Liebe zu geben versuchen, die sie unbewußt selbst empfangen möchten – ein zum häufigen Scheitern verurteiltes neurotisches Arrangement. Schmidbauer schätzt, daß durch dieses Scheitern ein Drittel der gesamten Arbeitszeit von Helfern verloren gehe. Andererseits könnten die sozialen Dienste in unserem Lande gar nicht mehr funktionieren, wenn sich durch die Mechanismen des „Helfersyndroms“, wie er es nennt, nicht immer wieder Menschen fänden, die bereit seien, sich selbstschädigend aufzureiben. Schmidbauer beschränkt sich auf eine tiefenpsychologische Sicht des Problems; die Einseitigkeit dieses Ansatzes wird da ganz klar, wo er sogar die totale Institution der psychiatrischen Großklinik als Äußerungsform des skizzierten „Helfersyndroms“ deutet oder in seinen Fallbeispielen die betrieblichen Arbeitsbedingungen nie ernsthaft als Anlaß für „Hilflosigkeit“ in Erwägung zieht.

oder den Kollegen und zum Wechseln des Berufes führt sowie Depressionen, Alkoholismus oder Medikamentenmißbrauch auslösen kann. Als Erklärung kämen nach Maslach weniger Persönlichkeitsmängel der Helfer in Frage als vielmehr schlechte Arbeitsbedingungen, unter denen auch sehr gute Kräfte versagen müßten.

Neben zermürenden Interaktionen mit Patienten können noch andere berufliche Belastungen das seelische Gleichgewicht gefährden: Nacharbeit, Zeitdruck, unvorhersehbarer Arbeitsanfall, häufige Störungen des Arbeitsablaufes, zuwenig Personal, ungenügende Qualifikation, Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten, hohe Verantwortung, unklare oder widersprüchliche Handlungsanweisungen.

Um diese Mehrfachbelastung anschaulich zu machen, möchte ich ein Beispiel aus einem Nachtdienst schildern: Ich werde morgens um zwei Uhr geweckt, weil ein Patient zu einem erneuten Selbstmordversuch die Rettungsstelle verlassen will. Ich versuche aus meiner Müdigkeit heraus verständnisvoll auf seinen verzweifelten Liebeskummer einzugehen; das fällt mir schwer, weil er angetrunken ist. Ich stehe unter Druck: Bei seiner akuten Suicidalität muß ich ihn zum Hierbleiben bewegen, sonst ist eine Unterbringung notwendig. Dabei finde ich die in Frage kommende Großklinik schrecklich, außerdem sind Unterbringungen oft abscheuliche Szenen, im Team verpönt. Auf dem Flur lärmt während des Gesprächs ein Betrunkener. Plötzlich werde ich zu einem Unfallopfer herausgerufen; der Patient liegt auf dem Röntgentisch, von Tropfständern und Weißkitteln umringt. Ich soll bei dem mehrfachverletzten Bewußtlosen eine cerebrale Blutung ausschließen – zwischendurch wird geröntgt; in der Neurologie fühle ich mich nicht so fit, die Folgen einer Fehlentscheidung könnten für den Mann fatal werden.

Hinterher gibts noch Krach mit den Schwestern, weil „die Tablette“ – wie die Opfer von Suicidversuchen mit Medikamenten leider zynisch benannt werden, weggelaufen ist. Wegen mehrerer Neuaufnahmen konnte sich niemand um ihn kümmern.

Es gibt keinerlei Beweise, daß solche Mehrfachbelastungen im Krankenhaus über die Dauer des Berufslebens hinweg schadlos getragen werden. Das Gegenteil ist viel wahrscheinlicher. Dafür spricht z.B. ein Erfahrungsbericht eines französischen Psychiaters. Gaujard, Personalarzt von Krankenhäusern in Lyon, behauptet, bereits für Menschen mit leichter psychischer Labilität habe das Krankenhausmilieu eine psychopathogene Wirkung. Vor allem die Hilfsschwestern besäßen nicht die fachlichen Kenntnisse, um die Konfrontation mit dem Leiden der Patienten objektivierend bewältigen zu können. Zudem habe die Rationalisierung des Krankenhausbetriebs die informelle Kommunikation des Personals als Mittel der Streß-Bewältigung weitgehend gelähmt.

In angloamerikanischen Untersuchungen ist eine beunruhigende

der individuellen Ebene und schließlich auf der Ebene der gesellschaftlichen Bedingungen und Funktionen psychosozialer Dienstleistungen.

Das Thema wurde unter dem Stichwort „burn-out“ (ausbrennen) zuerst von Freudberger, dann von Maslach, Pine und anderen in den USA untersucht. „Burn-out“ sei die Folge eines engen und langen Umgangs mit schwierigen Menschen; es wird definiert als eine Kombination aus Erschöpfung („ich kann nichts mehr geben“), zynischer und bürokratischer Haltung gegen die Patienten, dem Verlust der mitfühlenden Fürsorge und dem Gefühl des Versagens im Umgang mit Klienten.

Maslach sieht die Ursachen von „burn-out“ vor allem in interaktiven Belastungen durch den dauernden Umgang mit extremen Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen der Patienten. Die psychiatrische Arbeit erfordert ja ständig eine große Offenheit für heftigste Gefühle und Verwirrungen der Patienten, erfordert die Anteilnahme an haarsträubenden familiären oder beruflichen Mißständen. Helfer geraten noch bei anderen Gelegenheiten in interaktiven Streß:

- wenn Patienten die Behandlung ablehnen oder sich ganz anders behandelt sehen wollen als die Helfer für richtig halten.
- wenn Patienten gar nicht zu helfen ist, oder bei Rückfällen,
- wenn Patienten ihren Ärger über die schlechte Institution beim Personal abladen.
- wenn die Beschäftigten den Patienten Zwang oder Einschränkungen auferlegen müssen,
- wenn man keine kollegiale Unterstützung bei den genannten Schwierigkeiten erfährt.

Pines und Maslach (1978) fanden durch eine Befragung von 76 Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen bei San Francisco heraus, daß mit der Anzahl der Dienstjahre die Anzeichen des „burn-out“ zunahmen: je länger jemand in der Psychiatrie gearbeitet hatte, desto weniger mochte er die Arbeit mit Patienten, desto weniger erfolgreich fühlte er sich dabei und seine Einstellung zu psychischen Krankheiten war eher kustodial als humanistisch. Er sucht nicht mehr Erfüllung in der Arbeit, fühlte sich dabei sehr selten wohl und empfand nur noch die materiellen Bedingungen des Jobs als lohnend.

In der Befragung von Maslach und Jackson zeigte sich bei verschiedenen sozialen Berufen eine mittelstarke Korrelation zwischen einigen Aspekten des „burn-out“ und Arbeitsbedingungen wie der Zahl der zu betreuenden Klienten, der Autonomie und der Informiertheit über die Ergebnisse der eigenen Tätigkeit – der Zusammenhang von „burn-out“ mit der Häufigkeit zwischenmenschlicher Kontakte bei der Arbeit hingegen war erstaunlich schwach ausgeprägt. Aus den genannten Untersuchungen geht hervor, daß „burn-out“ zu Spannungen mit der Familie

Die hilflosen Helfer – über die seelischen Leiden der Beschäftigten in der Psychiatrie *

Unter günstigen Bedingungen kann Arbeit sehr viel zum seelischen Gleichgewicht und zur Persönlichkeitsentfaltung beitragen, entfremdete Arbeitsbedingungen dagegen tragen zu seelischem Leiden und einer Verkümmern der Persönlichkeit bei. Vor allem für industrielle Tätigkeiten wurde diese Gefahr mit vielen Untersuchungen belegt. Einen guten Einstieg in das Für und Wider dieser Diskussion geben die Sammelbände von Cooper und Payne sowie von Frese, Greif u. Semmer. Im Folgenden geht es um dieses allgemeine Problem am Beispiel der Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen.

Bei Beschäftigten in psychiatrischen Einrichtungen führt die Kritik an der mangelhaften Versorgung der psychisch Kranken oft dazu, daß sie sich bei ihrer Arbeit doppelt anstrengen, um dieses Elend etwas zu lindern. Durch dieses bewundernswürdige Engagement ist vielen Patienten schlimmeres erspart geblieben. Aber wie lange kann man sich unter skandalösen Arbeitsbedingungen verausgaben, ohne selbst Schaden zu nehmen? Diese Frage hat eine große Bedeutung für die Gewerkschaftsarbeit. Hier verbergen sich eine Menge berufsbedingter Gesundheitsschäden in einer Grauzone von ungenügendem Forschungsstand und einer professionellen Ideologie, nach der sich „Halbgötter in Weiß“ schon immer für ihre Patienten zu opfern hatten. Dazu kommt die begreifliche Befürchtung der Betroffenen, der Protest gegen seelische Überlastung im Beruf würde am Ende als Zeichen persönlicher Unfähigkeit gegen sie gewendet.

Die meisten Schriften zur Helferrolle betonen die Macht der Helfer über ihre Klienten und die Distanz, die Verwaltungsakte und die Verwahrung in totalen Institutionen zwischen Helfer und Klient schaffen. Deshalb liegt es für engagierte Helfer näher, sich und „ihre“ Institution als potentielle Gefahr für die Klienten zu begreifen; demgegenüber hat die Frage nach der möglichen Gefahr des Helfer-Milieus und des engen Umgangs mit den Klienten für die psychische Verfassung der Helfer etwas Anstößiges. Sie rührt an die Angst, sich „psychisch infizieren“ zu können, die viele Berufsanfänger im stillen Kämmerlein bewältigen lernen mußten und an die gleichlautenden massiven Vorurteile in der Öffentlichkeit.

Die psychischen Störungen von Helfern haben Ursachen auf der Ebene des Arbeitsinhalts und der betrieblichen Arbeitsorganisation, auf

*Nach einem Vortrag vor Mitgliedern der Abt. Gesundheitswesen im ÖTV-Haus Berlin am 11.12.79

- Elliot, F.R.: The conflict between work and family in hospital medicine, Health bulletin, Edinburgh, 36/3, 1978
- Freudenberger, H.J.: Staff Burn Out, New York, J.S.I., 1974
- Freyberger, H.; Barth, P.; Bessert, J.; Bödeke, H.: Klinisch-psychologische Probleme der Schwestern-Pfleger Gruppen in der modernen Medizin. TdK 1974, Jg. 1, Bd. 2
- Friedmann, R.E.; Kornfeld, D.S. Bigger, T.J.: Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. J.M.E. 1973
- dies. The intern and sleepless, N.E.J.M 1971
- Girth, E.; Drexler, H.S.; Weiler, Th.: Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit – eine empirische Untersuchung (1970 – 77), in: Jahrbuch f. Krit. Medizin 4, Argument-Sonderband AS 37, Berlin 1979 S. 72ff.
- Jung, H.: Arbeitswissenschaften und das Problem der psycho-sozialen Dienstleistungen, in Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 11. Jg. 2/1979, S. 277
- Langa arbetspass i Sverige men bättre handläggning än i Danmark, Nordisk Medicin, Vol. 90, 4/1975 Natarbete-men till vilket pris, VF, 3-1978, S. 3-17
- Mc Manus, C.: The preregistration year: Chaos by consensus, T.L. 1977, Febr., S. 413-416
- Maslach, Ch.: Job Burn out, How People Cope, J.S.I. 1978
- dies. The client role in staff Burn-out, JSJ, 1978
- Masterton, J.P.: Sleep of hospital medical staff. T.L. 1965, No. 41
- Münstermann, J.; Preiser, K.: Schichtarbeit in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Oktober 1978
- Murray, F.A.; Topley, L.: Nurses and their workload. H.S.S.J., 1974, S. 2723-2724
- Peitsch, U.: „Acht Stunden plus Nachtdienst sind genug“, Berlin (West), 1979, unveröff. Manuskript des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der Gewerkschaft ÖTV in Berlin (West)
- Porschek, B.; Gräß, L.: Die psychosoziale Situation des Patienten im Krankenhaus, T.d.K. Jg. 2, Bd. 2
- Poulton, E.G.; Hunt, G.H.; Carpenter, A.; Edwards, R.S.: The performance of Junior Hospital Doctors following reduced sleep and long hours of work, E. 1978, 4
- Rohde, J.J.: „Der Patient im sozialen System des Krankenhauses“, in: Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, hrsg. D. Ritter-Röhr, Frankfurt, 1975, Verlag Suhrkamp
- Schäcke, G.: Wissenschaftliches Gutachten für das Landesarbeitsgericht Hamburg vom 19.4.1978
- Sole, De, D.E.: Suicide and role strain among Physicians, I.J.S.P., 15-1969, S. 294ff.
- Tasto, D.L.: Health consequences of shift work. Stanford research institute international, Menlo Park, Calif. 1978
- Vaillant G.E.: Some psychological vulnerabilities of physicians
- Sobowale N.C., Mc Arthur C. NEJM 278, 745-48, 1966
- Weber, Dietmar: Das Krankenhaus der Zukunft. T.d.K. Jg. 2, Bd. 4, 507-527, 1973
- Wegner, R.: Die berufliche Belastung von Hamburger Krankenhausärzten, Hamburger Ärzteblatt, August 1977
- Wilkinson, Tyler, P.; Varely, C.A.: Duty hours of young hospital doctors: Effects on the quality of work, J.O.P., Vol. 48, 1975, S. 219-299

dung unterbricht, um sich zu regenerieren und andere Verkehrsteilnehmer nicht der Gefahr von Fehlreaktionen auszusetzen. Führt er gleichwohl weiter, so handelt er nach einhelliger Rechtsauffassung pflichtwidrig und hat demgemäß, wenn es zu einem Verkehrsunfall kommt, die entsprechenden strafrechtlichen und zivilrechtlichen Konsequenzen zu tragen. Es liegt aber auf der Hand, daß sich der Arzt gegenüber seinen Patienten, insbesondere lebensbedrohend erkrankten Patienten in einer Situation befindet, die derjenigen des Kraftfahrers gegenüber den anderen Verkehrsteilnehmern in dem Punkt, um den es sich handelt, durchaus vergleichbar ist. Auch der Arzt muß über sein gesamtes Konzentrationsvermögen, seine gesamten sachbezogenen Fähigkeiten und seine gesamte innere Einsatzbereitschaft voll verfügen können, um Fehler zu vermeiden, die unter Umständen außerordentlich schwerwiegende Folgen haben. Deshalb kann ihm bei verantwortungsbewußter Betrachtungsweise nicht zugemutet werden, in übermüdetem Zustand den Bereitschaftsdienst zu versehen.“

Anmerkungen

- 1 Die wöchtl. Gesamtarbeitszeit schwankt wie die BD-Häufigkeit zwischen den einzelnen medizinischen Fachrichtungen zum Teil erheblich.
- 2 Einen guten Überblick über den Stand und Ergebnisse der Nacht- und Schichtarbeitsforschung gibt der vom Bundesminister für Arbeit herausgegebene Forschungsbericht 8, Münstermann, Preiser: Schichtarbeit in der BRD
- 3 Die Untersuchung von *Maslach* bezieht sich auf alle „helfenden Berufe“, das „burn out“-Syndrom ist auch bei Krankenpflegeberufen oder unter Sozialarbeitern zu finden.)
- 4 Die Autoren führten im Herbst 1979 intensive Interviews mit jeweils 10 Ärzten und 10 Krankenpflegepersonen, die im Bereitschafts- bzw. Nacht- und Schichtdiensten tätig waren, durch. Die befragten Personen wurden so ausgewählt, daß eine möglichst große Heterogenität der Gruppen hinsichtlich der vertretenen Fachrichtungen und Bereitschaftsdiensttypen bzw. Einsatzstationen entstand.

Die befragten Ärzte kamen aus 8 Fachrichtungen und waren eingesetzt in den Bereitschaftsdienststufen C und D, das Krankenpflegepersonal war auf Stationen, in der Intensivpflege und in Rettungsstellen tätig. Die Gespräche wurden mit Hilfe von Interviewleitfäden geführt, die überwiegend offene Fragen enthielten. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug zwischen 2 und 3 Stunden.

- 5 Die Leistungsfähigkeit der Ärzte wurde mittels einer Selbsteinschätzungsskala erhoben

Literaturverzeichnis

- Böhme; Hübner, Niering; Schlott; Seehuber; Triebel; Urban: Arbeitsgestaltung im Krankenhaus, Lempp Verlag, Schwäbisch Gmünd, 1976
- Bolm, W.: Die hilflosen Helfer? Über die seelischen Leiden der Beschäftigten in der Psychiatrie, s. Aufsatz in diesem Band
- Bösel, R.: Streß. Einführung in die psychosomatische Belastungsforschung. Hoffmann und Campe 1979, Hamburg
- Brook, M.F. et. al.: Psychiatric illness in the medical profession. Brit. J. of Psychiatry 113, 1013- 1023, 1967
- Crammond, W.A.: Anxiety in medical practice – the Doctors own anxiety. A.N.Z.J. 1969, S 324-329

- Einführung von Schichtdienst,
- für Berufsanfänger sollte eine Einarbeitung in den Bereitschaftsdienst erfolgen, d. h. zum Beispiel in den ersten Monaten Dienst nur zusammen mit erfahrenen Ärzten,
- Altershöchstgrenze von 40 Jahren für den Einsatz von Bereitschaftsdienst.

Die Einführung von Schicht- statt Bereitschaftsdienst wird zwar im Grundsatz befürwortet, es wird jedoch auf eine Reihe von Problemen hingewiesen. Zu diesen zählen z. B. die Belastung durch eine komplette Woche Nachtdienst, wie sie bei anderen Schichtdienst leistenden Berufsgruppen üblich ist, die Gefährdung einer kontinuierlichen Patientenversorgung und der hohe personelle Aufwand.

Hierbei wird erneut deutlich, wie notwendig eine generelle Neuregelung der tariflichen Vereinbarungen für die Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte ist, auch wenn einzelne Ärzte sich gerichtlich gegen die geforderte Häufigkeit von zu leistenden BDs durchsetzen konnten, wobei die Gerichte bereits in den Urteilsbegründungen auf mögliche Überbelastung, die zu „Kunstfehlern“ und gesundheitlichen Schädigungen führen können, eingehen: So entschied beispielsweise das Oberlandesgericht München in einem Verfahren wegen fahrlässiger Tötung zugunsten eines Assistenzarztes (OLG München, 20. 12. 1978, AZ: 1WS 376/77). Der Arzt sollte während des Nachtdienstes einen Herzinfarkt übersehen haben, an dessen Folgen der Patient beim Weitertransport in ein anderes Krankenhaus verstorben sein soll. Die Anklageerhebung wurde unter anderem deshalb abgelehnt, weil nicht auszuschließen sei, daß dem Arzt ein Versäumnis infolge Übermüdung nach überlanger Arbeitszeit (19. Stunde) unterlaufen sei. Das Gericht machte dazu unter anderem folgende allgemeinen Ausführungen:

„Das inkriminierte Verhalten des Beschuldigten gibt Anlaß zu der Vermutung, es könne seine Ursache nicht zuletzt in der physischen Überlastung dieses Arztes gehabt haben. Nach 19stündiger ununterbrochener Arbeitsleistung sind selbst bei einem überdurchschnittlich leistungsfähigen Menschen erhebliche Ermüdungserscheinungen zu erwarten, die sich sowohl in einem Nachlassen der Konzentration und der Verfügung des an sich vorhandenen fachlichen und sonstigen Könnens als auch in unterschwelligen Abwehrreaktionen äußern können. Daß dies auch für Ärzte gilt, bedarf keiner weiteren Erörterung. Folglich kann es in Notfällen infolge krankheitsbedingten Personalausfalls u. ä. einmal abgesehen – mit Rücksicht auf die betroffenen Patienten nur als unverantwortlich bezeichnet werden, wenn zum Bereitschaftsdienst in den Krankenhäusern immer noch Ärzte eingestellt werden, die vor der Nacht, in der sie den Bereitschaftsdienst zu leisten haben, den ganzen Tag über im Krankenhaus tätig sind, ohne eine längere Erholungs- oder Ruhepause, die auch einen Schlaf ermöglicht, einhalten zu können. Von jedem Kraftfahrer wird heute als selbstverständlich erwartet, daß er die Fahrt mit dem PKW oder LKW bei eintretender Übermü-

durch überlange BD und und berufsspezifische Anforderungen kommt in den von uns durchgeführten Interviews klar zum Ausdruck. Im Gegensatz zur BRD, in der z. T. mit einseitigen Ansätzen diese Dienstform als unbedenklich angesehen wird. (vgl. Gutachten v. G. Schäcke), werden diese Untersuchungen in Schweden, das ein dem deutschen Bereitschaftsdienst vergleichbares Dienstsysteem hat, positiv anerkannt und führen in mehreren medizinischen Fachzeitschriften zu Diskussionen um eine Änderung der Länge des Arbeitstages wie sie bei Piloten und Lastwagenfahrern üblich sind, um das Risiko von psychischen Beeinträchtigungen und reduzierter Leistungsfähigkeit gering zu halten. Insbesondere wird ein freier Tag nach dem Bereitschaftsdienst für unabdingbar gehalten. Häufig wird das dänische System, in dem die Abgeltung dieses freien Tages mit Geld nicht gestattet ist, als positives Beispiel angeführt.

Anachronistisch erscheinen die jetzt laufenden Gerichtsverfahren bezüglich der langen Dienste, wenn man liest, daß in Dänemark der vorgeschriebene Freizeitausgleich im Anschluß an einen Bereitschaftsdienst, in der Bundesrepublik und Berlin (West) eine kaum noch praktizierte Regelung, bereits als Umverteilung normaler Tagesarbeitszeit auf unangenehmere Nachtarbeitszeit und somit als veränderungswürdig kritisiert wird (vgl. Nordisk Medicin, 4, 1975; *Lindsjo*, 1974, *B. Müntzing*, 1974; *Läkartidningen*, 1969, S. 3692–3693). Ebenfalls augenfällig ist, wieweit die Bereitschaftsdienstregelungen der Krankenhausärzte von den Vorschlägen zur Verbesserung der Lage der Schichtbeschäftigten an anderen Dienstleistungsbereichen und der Industrie noch entfernt sind. So heißt es im Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (1978) zur Schichtarbeit u. a.:

1. Bei der Festlegung der Tagesarbeitszeit *ist auf die Beibehaltung des Acht-Stunden-Regelarbeitstages zu achten*. Überstunden vor und nach einer Nachtschicht sind genehmigungspflichtig zu machen. Eine Genehmigung durch das Gewerbeaufsichtsamt sollte grundsätzlich gar nicht, eine Ausnahmegenehmigung nicht für längere Zeit und maximal für zwei Stunden erteilt werden. Doppelschichten sind unzulässig.

2. Die Schichtarbeiter stellen auf die Fragen nach Möglichkeiten der Verbesserung ihrer Situation folgende Forderungen auf:

- Mehr Urlaub (68%)
- Mehr Fortbildung (55%)
- Mehr Zeit für Familie und Kinder (46%).“

Die von uns befragten Ärzte machten zu Verbesserung der Dienstregelungen folgende Vorschläge:

- Kürzere und weniger häufige Dienste,
- Freizeitausgleich für überlange Dienste,
- Verminderung der Belastungen durch bessere personelle und sachliche Ausstattung und durch bessere Organisation,

eindeutiger als alle Querschnittsstudien das gesundheitliche Risiko der Schichtarbeit. Wenn *Schäcke* die krankmachende Wirkung von Wechselschicht und Nachtarbeit trotzdem bezweifelt, so kann er sich dabei auf keinen Fall auf gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse berufen.

c) Der Gutachter war vom Gericht nicht nach Krankheiten, sondern nach „physischen und psychischen Ausfallerscheinungen“ gefragt worden. Hätte er sich auf diese Frage des Gerichts konzentriert und nach Beschwerden von Schichtarbeitern in der Literatur gesucht, hätte er sehr viele Untersuchungen finden können, die feststellen, daß die vom Kläger genannten Beschwerden bei Schichtarbeitern mit Nachtarbeit deutlich häufiger auftreten als bei Nichtschichtarbeitern.

Die im vorangehenden Abschnitt dargestellten Interviews mit Krankenhausärzten weisen darauf hin, daß die psychischen Beschwerden wie Nervosität und Müdigkeit das Kunstfehlerrisiko erhöhen.

ad 3) a) Die erwähnte Senkung der BD-Häufigkeit ist gering und es gibt, anders als *Schäcke* behauptet, keine allgemeinen Erkenntnisse, welche Verringerung der Nachtdiensthäufigkeit ein deutliches Nachlassen von Beschwerden mit Sicherheit, auch im Einzelfall erwarten läßt.

b) Selbst wenn *Schäcke* Untersuchungen beibringen könnte, wonach auch im Einzelfall die Verursachung von Schlafstörungen durch 1,1 BD pro Monat als unwahrscheinlich gelten müßte, dann muß noch ein weiterer wichtiger Einwand gegen seine Argumentation beachtet werden: *Schäcke* läßt außer acht, daß durch die erhebliche BD-Belastung während des Jahres 1976 beim Kläger chronische Schlafstörungen entstanden sein könnten, die naturgemäß selbst bei einer gänzlichen Befreiung vom BD fortbestehen müßten. Da beim augenblicklichen Stand der Schichtarbeitsforschung die Möglichkeit von Dauerschäden nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Beweisführung von *Schäcke* also auch in diesem letzten Punkt nicht stichhaltig.

Insgesamt betrachtet kann sich dieses Gutachten auf keine einzige wissenschaftliche Studie stützen, die im Falle überlanger und häufiger BD die gesundheitliche Unbedenklichkeit oder die Ungefährlichkeit für Patienten, nachgewiesen hätte. Die indirekte Beweisführung hingegen wird weder dem Stand der Streßforschung noch dem der Schichtarbeitsforschung gerecht und geht an der Tatsache der psychosozialen Mehrfachbelastung am ärztlichen BD vorbei.

Schluß

In den von uns vorgefundenen neueren Untersuchungen über Bereitschaftsdienst bei Ärzten wird diese Dienstform einhellig als veränderungswürdig angesehen. Die Mehrfachbelastung der Krankenhausärzte

So schreiben u. a. *H. Strasser et. al.*, 1977 über die Herzfrequenz:

„Verschiedene Arbeitsgruppen konnten jedoch zeigen, daß dieser Parameter zur Objektivierung informatorischer Belastung häufig versagt. ... kann man feststellen, daß es *den* Beanspruchungsindikator nicht gibt. Wie es bspw. durch Leistungsmessungen allein nicht gelingt, die Beanspruchung zu quantifizieren, ist es auch nicht möglich, über die Beurteilung des Herzfrequenzverhaltens allein, die Sinusarrhythmie oder über psychologische „ratingscales“ diese ausreichend zu bewerten.“

b) Der Begriff „Überbelastung“ wird nicht definiert, die Grenze der Überlastung nicht empirisch ausgewiesen. Zudem beziehen sich die hierzu genannten Quellen auf arbeitsphysiologische Untersuchungen, sind also zur Beurteilung psychomentaler Beanspruchung ungeeignet.

c) Methodische und theoretische Mängel des Gutachtens werden offenbar in der absurden Behauptung über die Vergleichbarkeit der Beanspruchung durch Trompete spielen und BD. So kann man nur urteilen, wenn man zuvor den Begriff „Beanspruchung“ irrtümlich auf überdurchschnittliche Beschleunigung der Herzfrequenz eingeengt hat und den Belastungsbegriff loslöst vom Gesamtzusammenhang. (Nach 8–24 Stunden Anwesenheit im Krankenhaus Notoperation durchführen vs. am Feierabend 3 Stunden in einer Jazzband spielen.)

ad 2) a) Wie bereits ausgeführt kommen 5,6 BD pro Monat der Nachtarbeitsbelastung von Wechselschichtarbeitern im Drei-Schichtsystem nahe, danach dürften die Forschungsergebnisse über Befindlichkeitsstörungen und Krankheit bei Nachtschichtarbeitern durchaus von Bedeutung für Ärzte im BD sein.

b) Die widersprüchlichen Ergebnisse über das Vorkommen von Krankheiten bei Schichtarbeit beruhen im wesentlichen darauf, daß in Querschnittsuntersuchungen die Tatsache des Abwanderns von Schichtarbeitern mit Beschwerden oder Störungen aus der Schichtarbeit und Nachtschichtarbeit nicht genügend berücksichtigt wurde. Trotz dieses Mangels, der zur Annahme einer irrtümlich niedrigen Krankheits- und Beschwerderate bei Schichtarbeitern führen muß, gelangen viele Untersucher zu dem Schluß, daß Schichtarbeit ein gesundheitlicher Risikofaktor für das Auftreten von Magen-Darm-Erkrankungen sei.

Darüberhinaus stellen *Tasto et al.* (1978) an über 1200 Krankenschwestern in Kalifornien fest, daß im Wechselschichtdienst Beschäftigte signifikant häufiger die Poliklinik aufsuchen mußten als Krankenschwestern im Tagdienst. Ebenso konnten *Akerstedt und Torsvall et. al.* (1978) einen signifikanten Rückgang von krankheitsbedingten Fehltagen bei Stahlarbeitern feststellen, nachdem diese ein Jahr zuvor von Wechselschicht mit Nachtarbeit in Tagschicht versetzt worden waren. Diese Längsschnittuntersuchung und die von *Meers* (1978) belegen viel

Sinne einer Erkrankung, die gleichzeitig die Gefahr von Kunstfehlern gegenüber den Patienten beinhalten könnte.

2. Die regelmäßige Freizeittätigkeit als Trompeter ist hierbei insofern von Bedeutung, als die durch die Freizeittätigkeit dargestellte Belastung absolut mit einer Belastung verglichen werden kann, die sich aus einem Bereitschaftsdienst ergibt. Die subjektive Beurteilung der inhaltlich verschiedenen Belastungen aufgrund einer unterschiedlich hohen Motivation hat hinsichtlich der Höhe der Beanspruchung keine entscheidende Bedeutung.“

Diese gutachterliche Einschätzung wird auch in einer zweiten Stellungnahme (*Schäcke*, August 1978) aufrechterhalten. Die Argumentation *Schäcke's* lautet dem Sinne nach so:

1. Die operative Tätigkeit führt nur zu einer mäßigen körperlichen Beanspruchung, die nicht einmal Trainigseffekt habe, gemessen an der Herzfrequenz. Die Herzfrequenz sei, verglichen mit biochemischen Streß-Indikatoren, ein guter Indikator auch für die psychomenteale Beanspruchung. Also liege die Gesamtbelastung der Operateure unterhalb der Überbelastungsschwelle. Die Argumentation gipfelt in der Behauptung:

„Absolut ist festzustellen, daß die Beanspruchung durch das Blasen einer Trompete mit der Beanspruchung durch einen chirurgischen BD verglichen werden kann.“ (*Schäcke*, 4/78, S. 14)

2. Weil im chirurgischen BD der Stufe D nur höchstens 49% der normalen Belastung erreicht werde und der Kläger im Durchschnitt nur 5,6 BD pro Monat leistet, könne die BD-Belastung qualitativ und quantitativ nicht mit der Belastung verglichen werden, die ein Erwerbstätiger während der Wechselschicht unterliegt. Außerdem liefere die Literatur keine

„konkreten Hinweise für eine zweifelsfrei höhere Krankheitsrate bei Wechselschicht- oder Nachtarbeitern.“ (*Schäcke*, 4/78, S. 14)

3. Ein Kausalzusammenhang zwischen der BD-Belastung und den Beschwerden des Klägers (Schlafstörungen, Nervosität, Verdrossenheit, Nachlassen von Arbeitsleistung und Arbeitsfreude) sei nach den allgemeinen medizinischen und arbeitsmedizinischen Erkenntnissen nicht wahrscheinlich zu machen, weil die Beschwerden nicht nachgelassen hätten, nachdem die durchschnittliche Zahl von BD des Klägers (1976 = 1,59/Woche, 1977/78 = 1,1/Woche) reduziert wurde. (*Schäcke*, 8/1978, S. 10)

Bei einer kritischen Würdigung dieses Gutachtens ergeben sich folgende Einwände:

ad 1) a) Die psychomenteale Beanspruchung durch den chirurgischen BD an einem einzigen biologischen Indikator messen zu wollen, entspricht in keiner Weise dem Erkenntnisstand der interdisziplinären Streßforschung. (*Bösel*, 1979, S. 109)

langfristige Tätigkeit im Krankenhaus in Erwägung ziehen. Auch von diesen Befragten wird der Bereitschaftsdienst allerdings nur als „bittere Pille“ geschluckt und wird die Hoffnung auf eine Veränderung der Dienstzeitregelungen geäußert.

Ein arbeitsmedizinisches Gutachten – oder – Die Einseitigkeit eines rein arbeitsphysiologischen Belastungskonzepts

Die in den empirischen Untersuchungen festgestellten negativen Auswirkungen auf das Befinden der jeweiligen Ärzte durch überlange Dienste und auf die medizinische Versorgung der Patienten ist bei einigen Autoren umstritten.

So kommt beispielsweise der Verfasser des Artikels „Die müden Assistenten“ (Berliner Ärzteblatt, Jg. 92, Heft 14, S. 1–8) zu folgendem Schluß:

„Daß ein Arzt sich als „Gefahr für seine Patienten“ bezeichnet, weil er die Streß-Situation des Bereitschaftsdienstes hinter sich hat, ... sollte sofortiger Anlaß sein, diesen Kollegen zu empfehlen, seine Krankenhauslaufbahn zu beenden und sich nach einem ruhigeren Job umzusehen. Von einem Arzt wird nach wie vor erwartet, daß er sich für seine Patienten einsetzt und ihnen hilft.“

Dieser, wenn auch arbeitswissenschaftlich weniger relevante Artikel, gibt dennoch eine von vielen Seiten vertretene Meinung wider, daß nämlich nicht der immerhin zugestandene Arbeitsstreß für die höhere Krankheits- bzw. Suicidrate bei Ärzten und das Auftreten von Arbeitsfehlern verantwortlich ist, sondern das einzelne Individuum, das auf Grund seiner schlechten Konstitution oder mangelnden Einstellung für den ärztlichen Beruf ungeeignet sei.

Aber auch in arbeitsmedizinischen Gutachten sind die negativen Auswirkungen häufiger überlanger Bereitschaftsdienste umstritten, beispielhaft dafür ist das Gutachten des Berliner Arbeitsmediziners *Prof. G. Schäcke*, FU-Berlin, anläßlich des gerichtlichen Verfahrens des Chirurgen *Junghans* gegen die Hamburger Gesundheitsbehörde. In diesem Verfahren sollte durch ein arbeitsmedizinisches Gutachten geklärt werden, ob mehr als ein BD pro Woche auf Dauer zu einer Überlastung mit der konkreten Gefahr physischer und psychischer Ausfallerscheinungen führt, die zugleich zu Kunstfehlern gegenüber den Patienten führen können. Der Gutachter *G. Schäcke* (April 1978) kommt zu folgender abschließenden Beurteilung:

„1. Die Ableistung von mehr als einem, aber nicht mehr als zwei Bereitschaftsdiensten wöchentlich unter Berücksichtigung der Arbeitssituation des Herrn Dr. Junghans sowie gesicherter arbeitsmedizinischer Erkenntnisse führt nicht mit Wahrscheinlichkeit auf Dauer zu einer arbeitsmäßigen Überbelastung mit der konkreten Gefahr physischer und/oder psychischer Ausfallerscheinungen im

Neben der medizinischen Behandlung im engeren Sinne kommen auch Gespräche mit Patienten und Angehörigen (bei Neuaufnahmen) im Bereitschaftsdienst häufig zu kurz. Dies gilt insbesondere für die Nachtzeit, in der es auch vorkommt, daß Patienten „ignoriert“ oder „angeschnauzt“ werden. Ferner können sich leistungsmindernd auswirken, daß Fachpersonal und medizinische Untersuchungsanlagen nicht zur Verfügung stehen und daß nicht genügend Informationen über Krankheiten und Behandlungsmethoden der zu versorgenden Patienten zur Verfügung stehen.

Die folgenden negativen Punkte werden benannt:

- Die Bereitschaftsdienste dauern mit durchschnittlich 32 Stunden insgesamt zu lange und müssen zu häufig geleistet werden.
- Der ständige Schlafmangel, die folgende Übermüdung und ihre gesundheitlichen Folgen werden als besondere Belastung empfunden.
- Bei reduzierter Leistungsfähigkeit müssen Aufgaben mit erhöhten Belastungen wie z. B. mit mehr Verantwortung und mit stärkerem Entscheidungsdruck erfüllt werden. Die berufliche Gesamtbelastung wird insbesondere dadurch zu hoch.
- Die Freizeit ist zu kurz, um Schlafdefizite aufzuholen.
- Die Möglichkeiten für persönliche Entfaltung, Partnerbeziehungen, soziale Kontakte usw. sind stark eingeschränkt.

Als positiv werden angesehen:

- Der Einsatz im Bereitschaftsdienst vermittelt viel Praxiserfahrung und berufliche Routine. Die durch Vorschriften der Facharztausbildung vorgeschriebenen „Operationskataloge“ werden schnell erfüllt.
- Zeit für Gespräche mit Patienten ist häufig nur während des Bereitschaftsdienstes gegeben.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und dem Pflegepersonal im Bereitschaftsdienst wird gelegentlich als positives Erlebnis empfunden, da sich im Bereitschaftsdienst mehr Möglichkeiten als im Tagesdienst zu intensiveren persönlicheren Gesprächen bieten.

Positive Seiten der Bereitschaftsdienstregelung werden also zunächst darin gesehen, daß bestimmte negative Erscheinungen der Arbeitssituation im Tagesdienst nicht auftreten. Andere Dienstzeitregelungen würden diese positiven Seiten der Nachtarbeit im Krankenhaus im übrigen auch nicht aufheben.

Der durch den Bereitschaftsdienst mögliche Zusatzverdienst (von monatlich durchschnittlich 1000 DM brutto) ist nur von einem befragten Arzt ohne Einschränkungen als positiv und motivierend bewertet worden. Alle anderen äußerten eine Präferenz für eine normal lange Arbeitszeit bei Verzicht auf den Zusatzverdienst.

Angesichts der überwiegend negativen Einschätzung der Bereitschaftsdienstsituation ist es überraschend, daß 4 der 10 Befragten eine

nicht vom Arbeiten ab. Die langen Arbeitszeiten und die hohe Arbeitsbelastung im BD wirken sich erheblich im privaten Bereich aus. Die freie Zeit reicht selten aus, das permanente Schlafdefizit aufzuholen. Partnerbeziehungen sind stark belastet.

Gemeinsame Angelegenheiten müssen genau koordiniert sein wie z. B. die Versorgung von Kindern, häusliche Arbeitsteilung und Freizeitaktivitäten. Sind Kinder vorhanden, so müssen Ehepartnerinnen von Krankenhausärzten häufig auf eigene Berufstätigkeit verzichten oder Erschwernisse in der eigenen Ausbildung hinnehmen. Es wurde im übrigen in den Interviews in diesem Zusammenhang auch erwähnt, daß Partnerschaften von Krankenhausärzten mit Bereitschaftsdienst besonders instabil sind.

Bereitschaftsdienste wirken sich also durch ihre zeitliche Beanspruchung darüberhinaus in jedem denkbaren Freizeitbereich einschränkend aus, indem sie

- die Pflege und den Ausbau eines eigenen Bekanntenkreises erschweren,
- Mitarbeit in gesellschaftlichen Gruppen wie Gewerkschaften, Parteien und Bürgerinitiativen nicht oder nur unregelmäßig gestatten,
- Sport und Hobby-Aktivitäten erschweren,
- Teilnahme an beruflicher oder allgemeiner Fortbildung verhindern.

Dem zusätzlichen Einkommen, das der Bereitschaftsdienst mit sich bringt, stehen häufig erhöhte Ausgaben gegenüber.

Auswirkungen der Bereitschaftsdienstregelung auf die Patientenversorgung lassen sich insbesondere messen an den Einschätzungen der betroffenen Ärzte in Bezug auf ihre eigene Leistungsfähigkeit sowie an ihren Aussagen über mögliche Mängel der Patientenversorgung im Bereitschaftsdienst. Der durchschnittliche Leistungsverlauf von Ärzten während des Bereitschaftsdienstes⁵ weist darauf hin, daß bereits bei Beginn des Dienstes um 16 Uhr, d. h. nach einem mindestens 8-stündigen Tagesdienst die Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist („recht reduziert“, „nicht ausgeruht“, „etwas erschöpft“, „zunächst erholungsbedürftig“). Einen Tiefpunkt der Leistungsfähigkeit haben die meisten Ärzte nach Mitternacht. Wenn dieser „tote Punkt“ mit intensivem plötzlichem Arbeitsanfall zusammenfällt, dann können sich die „typischen Bereitschaftsdienstfehler“ ergeben:

- „Symptome werden nicht ernst genommen“.
- „Es wird etwas vergessen“.
- „Patienten werden nicht hinreichend informiert“.
- „Falsche Diagnose“.
- „Zu schnelle Entscheidungen“.
- „Medikamenteneinsatz zu breit“.

gilt für die Beratung mit Kollegen anderer Fachrichtungen umso stärker, als alle befragten Ärzte angeben, im Bereitschaftsdienst mindestens gelegentlich, zum Teil auch häufig Fertigkeiten und Kenntnisse zu benötigen, über die sie auf Grund ihrer fachspezifischen Ausbildung nicht verfügen. Als Beispiele dafür werden fehlende Kenntnisse der Kinderheilkunde, der Chirurgie, der Röntgenologie und der Neurologie von Angehörigen jeweils anderer Fachrichtungen genannt.

Ebenso hat die Kooperation mit dem Krankenpflegepersonal einen wichtigen Einfluß auf den Ablauf eines Bereitschaftsdienstes. Zu den erschwerenden Bedingungen des Bereitschaftsdienstes gehört auch, daß die Arbeit nicht planmäßig gestaltet werden kann. Ein Mangel an Überschaubarkeit wird von allen zehn Befragten in Bezug auf ihre Arbeit im Bereitschaftsdienst festgestellt. Ferner kann die Arbeit durch fehlendes Personal oder ungenügende Arbeitsgeräte erschwert sein. Die Verfügbarkeit moderner Geräte und moderner Methoden scheint im Bereitschaftsdienst gegenüber dem Tagesdienst wesentlich vermindert zu sein. In diesem Zusammenhang werden z. B. veraltete Röntgengeräte, Störanfälligkeiten und Bedienungsprobleme neuer Geräte genannt. Auch macht das Fehlen von Fachpersonal die Durchführung von Analysen zeitraubend, da die Bedienung etwa von Röntgengeräten oder EKG-Geräten durch die Ärzte selber vorgenommen werden muß. Einige Untersuchungen müssen deshalb völlig unterbleiben. Der ärztliche Bereitschaftsdienst im Krankenhaus wird von den befragten Ärzten als ein erhöhtes gesundheitliches Risiko empfunden. Zur Begründung dieser Einschätzung werden sowohl Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten als auch deren möglicherweise im Bereitschaftsdienst liegenden Ursachen genannt. Den in den Intensivinterviews geäußerten Meinungen über mögliche Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Störungen und dem Bereitschaftsdienst im Krankenhaus kommt selbstverständlich keine endgültige Beweiskraft zu. Die Angaben können jedoch auf mögliche Zusammenhänge hinweisen.

Die interviewten Krankenhausärzte nannten folgende Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten, die bei ihnen oder auch bei anderen auf Grund von Belastungen im Bereitschaftsdienst aufgetreten sein können: Magen- und Darmstörungen; Schlafstörungen; Häufige Erkältungen; Kopfschmerzen; Nervosität, Reizbarkeit. Hervorzuheben ist auch der Tatbestand, daß Ärzte ihren Bereitschaftsdienst auch dann leisten, wenn sie selber erkrankt sind. Bei der Mehrzahl der Befragten war dies in den letzten 12 Monaten der Fall gewesen. Solange die Ärzte sich noch selber für arbeitsfähig halten, vermeiden sie es, anderen Kollegen ihre Krankheitsvertretung im Bereitschaftsdienst aufzubürden. Bei der Beurteilung der eigenen Krankheiten werden offensichtlich großzügige Maßstäbe angelegt und allein eine Erkältung oder eine Angina halten

gestellten. Als Anzeichen dafür, daß diese überlangen Arbeits- und Anwesenheitszeiten als belastend und leistungseinschränkend angesehen werden, können interne Regelungen gelten, die einen regelmäßigen früheren Schluß des zweiten Tagesdienstes zum Teil schon ab mittags, zum Teil aber auch nur gelegentlich eine Stunde vor Dienstschluß vorsehen. Auch wird von betroffenen Ärzten die Regelung des BATSR 2 c 7 als Grundlage dafür genannt, daß ein Tagesdienst vorzeitig abgebrochen wird. Andererseits gaben Befragte an, daß sie den folgenden Tagesdienst stets vollständig ableisteten, weil interne Regelungen bezüglich eines vorzeitigen Dienstschlusses nicht bestünden oder auch ein gewisser „Ehrgeiz zum Durchhalten“ da sei.

Nach Angaben der Befragten kommt es so gut wie gar nicht vor, daß ein Arzt seinen Bereitschaftsdienst abbricht, was ja eine kurzfristige – und die Kollegen belastende – Vertretung erforderlich machen würde. Auch plötzlich auftretende Krankheiten oder große Erschöpfung führen nicht zu einem Abbruch von Bereitschaftsdienst. Dabei ist zu bedenken, daß sich Arbeitssituationen im Bereitschaftsdienst ergeben, in denen nach 15 bis 20 Stunden Arbeit der dienstleistende Arzt total erschöpft ist und anfallende Aufgaben nicht mehr einwandfrei erfüllen kann.

Es kommen arbeitsreiche Nächte vor, in denen nur kurz (2–4 Stunden), nicht im Zusammenhang oder auch gar nicht geschlafen werden kann. Andererseits werden auch Schlafzeiten von 6–7 Stunden erreicht, die nicht durch Arbeitsanfall unterbrochen sind. Die Schlafqualität allerdings ist häufig schlecht. Zum ersten führen Störungen oder deren Erwartung zu einem leichten, wenig erholsamen Schlaf, zum zweiten schränken ungünstige Bedingungen wie unbequeme Betten, überhitzte oder zu kleine Schlafräume oder weit entfernte sanitäre Einrichtungen die Güte des Schlafes bzw. der Erholung ein.

Der Aufgabenumfang und die Verantwortlichkeit ist im Bereitschaftsdienst in den meisten Fällen gegenüber dem Tagesdienst erweitert. Dies ist insbesondere erkennbar an der erhöhten Patientenzahl und den zusätzlich zu betreuenden Stationen. Die Zahl der von einem Bereitschaftsarzt im stationären Bereich („Hausdienst“) zu versorgenden Patienten kann – je nach Fach bzw. Aufgaben – zwischen 50 und über 400 Patienten betragen. Gegenüber dem Tagesdienst sind fast immer mehr Patienten und mehr Stationen zu versorgen. Hinzu kommen in der Regel Aufnahmen und ambulante Behandlungen. Die Aufgaben während des Bereitschaftsdienstes umfassen neben Routinearbeiten auch unklare und überdurchschnittlich schwierige Fälle, für die eine erhöhte Leistungsbereitschaft erforderlich ist. Zu den wichtigsten Arbeitsbedingungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst im Krankenhaus zählt die Zusammenarbeit mit anderen während dieser Dienste. Dies

helfender Berufe beschreiben die Autoren das Syndrom als mit Depressionen und hoher Suchtgefährdung verbunden. (*Maslach, 1978; Freudenberg, 1974*). Je länger dieser interaktive Streß anhält, desto häufiger soll das „burn out“-Syndrom auftreten. *Maslach* sieht die Erklärung für das „burn out“-Syndrom nicht in einer Persönlichkeitsschwäche des Helfers oder mangelnder Berufseignung, sondern in erster Linie in den schlechten Arbeitsbedingungen, unter denen auch sehr gute Kräfte versagen müssen. (*W. Bolm, 1979*)

In den vorliegenden Untersuchungen fehlen Arbeiten, die die vielfältigen Auswirkungen von Nacht- und Bereitschaftsdienst in ihrem kumulativen Zusammenwirken mit diesen psychosozialen und übrigen Anforderungen der Krankenhausarbeit deutlich machen. Um dieses Defizit ansatzweise aufzuzeigen, wurde von uns eine Reihe von Intensivinterviews mit betroffenen Krankenhausärzten durchgeführt.

Ergebnisse der Interviews mit betroffenen Krankenhausärzten

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, daß die Problematik von überlangen Arbeitszeiten im Krankenhaus in der vorliegenden Literatur nur ungenügend dargestellt wird. Es finden sich keine Untersuchungen, die den Ansprüchen einer integrierten Belastungserfassung und Beanspruchungsbemessung dieser Dienstformen genügen würden. Diesen Mangel teilt der Untersuchungsbereich „Krankenhaus“ mit allen Bereichen lohnabhängiger Arbeit. Hieraus resultiert die Unmöglichkeit, strenge kausale Beziehungen zwischen den mannigfaltigen Belastungen der im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen und ihren arbeitsbedingten Erkrankungen herzuleiten. Die Qualität der Patientenversorgung bleibt bei diesen Untersuchungen zumeist völlig außer Betracht. Dies hängt zum einen damit zusammen, daß grundsätzlich ein medizinisch-technischer und organmedizinisch ausgerichteter Qualitätsbegriff vorherrscht und die psychosoziale Betreuung unterbewertet wird. Zum anderen bleiben Untersuchungen zumeist auf die Auswirkungen bei den unmittelbar Betroffenen, den Ärzten, Schwestern und Pflegern beschränkt.

Aus diesen Mängeln ergab sich das Vorhaben, durch Intensivinterviews der betroffenen Beschäftigten eine größere Vielfalt von Problemdimensionen zu erkunden und damit empirisch zwar nicht fundierte, jedoch zumindest gestützte Hypothesen zu entwickeln. Hauptziel der Interviews war es, wesentliche Auswirkungen von Nacharbeit im Krankenhaus unter dem Blickwinkel eines integrativen Belastungskonzeptes herauszufinden, zu systematisieren und in ihrer Bedeutung einzuschätzen.⁴ Die für die befragten Ärzte geltenden Arbeitszeitregelungen entsprachen im Wesentlichen den im Text weiter oben bereits dar-

3. Patientenferne Tätigkeiten, wie Befundung technischer Untersuchungen etc. hatten drastisch zugenommen. *Die Möglichkeit, Patienten psychosozial zu betreuen hatte sich durch die Technisierung der Medizin bei gleichbleibender Zahl der Arbeitsplätze verschlechtert.*

Daß die von vielen geforderte „psychosoziale Dienstleistung“ im Krankenhaus noch keinen Niederschlag in arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen gefunden hat, belegt eine Literaturanalyse von *H. Jung* (1979) der verschiedene Untersuchungen auf die Abbildung und Berücksichtigung psychosozialer Dienstleistungen ausgewertet hat. Nach *Jung* gilt als Grundproblem bei der Erfassung der psychosozialen Betreuung, „daß sie weder als Lehrinhalt in den Ausbildungsgängen noch bewußt beim Personal als Tätigkeit vorhanden ist.“ (*Jung*, 1979, S. 279)

Die psychosoziale Betreuung wird in den meisten Arbeitsablaufuntersuchungen als versteckter Bestandteil in den allgemeinen Pflegeangeboten angesehen, sie wird in den bisherigen Tätigkeitskatalogen des Krankenhauspersonals weder quantitativ noch qualitativ ausreichend erfaßt. Vermehrte psychosoziale Leistungen können vom Arzt auf diesem Hintergrund nicht erbracht werden. Im Gegenteil stellt die Notwendigkeit neben der Erfüllung rein somatischer Patientenbedürfnisse, auch psychosoziale Dienstleistungen zu erbringen, eine vermehrte Belastung für den Krankenhausarzt dar. Folgende Belastungsmerkmale ergeben sich aus dem Umgang mit kranken Menschen:

1. Konfrontation mit schweren Krankheiten und Verletzungen.
2. Umgang mit (durch Krankheit verursachten) regressivem Verhalten von Patienten.
3. Objektverluste durch den Tod von Patienten.
4. Hilflosigkeit angesichts schwerer Rückfälle oder Erkrankungen ohne Aussicht auf Heilung.

(vgl. *D. Weber*, 1975; *Freyberger et al.*, 1974; *B. Porschek et al.*, 1975).

Diese Aussagen gehen einher mit den Ergebnissen mehrerer Untersuchungen der Psychologen *Maslach* und *Freudenberger*, die die psychischen Auswirkungen des dauerhaften Umgangs von professionellen Helfern mit schwierigen Menschen als „burn out“³ Syndrom bezeichnen. „Burn out“ ist hier zu übersetzen mit „völlig ausgebrannt“, der Helfer kann eigentlich nichts mehr geben. Nach *Maslach* führt enger überfordernder Kontakt mit Patienten, der Umgang mit ihren schwierigen Problemen, chronischen Krankheiten, Enttäuschungen und Hilflosigkeit auf dem Hintergrund langer Arbeitszeiten und Zeitdruck zu einem „Ausgebranntsein“, das sich in Erschöpfung, Zynismus und Resignation äußert.

Auf der Grundlage von mehr als 200 Interviews mit Angehörigen

werden in den letzten Jahren vermehrt „psychosoziale Dienstleistungen“ der Ärzte und des Krankenpflegepersonals gefordert. Dies wird aus Erkenntnissen der Krankenhaussoziologie und der psychosomatischen Medizin abgeleitet. Danach ergibt sich durch die Krankenhausaufnahme eine psychosoziale Entwurzelung des Patienten, eine „relative Entpersönlichung“ und „relative Infantilisierung“ (s. *Robde*, 1975). Unter anderem machen diese Probleme „psychosoziale Dienstleistung“ notwendig.

In einer umfassenden Auslegung bezieht sich der Begriff auf die gesamte soziale Situation des Patienten, d. h. auf seine Krankheit in ihrer komplexen Wechselwirkung mit dem unmittelbaren und weiteren Umfeld des Patienten, wie Familie, Arbeitsplatz, Freizeit etc., sowie deren innerer psychischer Widerspiegelung. Danach zählen zur psychosozialen Betreuung der Patienten folgende, sicherlich nicht vollständigen Arbeitsaufgaben:

- krankheits- und krankenhausbedingte Ängste im Gespräch abzubauen,
- dem Patienten ausreichende Information über die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten geben,
- Beteiligung des Patienten an Entscheidungen über den Behandlungsverlauf, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen,
- Information über die Struktur des Krankenhauses und die Funktion der einzelnen Mitarbeiter zu geben,
- Kennenlernen der Arbeitsbedingungen der Patienten, um so eine tätige Mitarbeit der Patienten am Gesundungsprozeß fördern zu können,
- Unterstützung des Patienten in seinem Kontakt mit der sozialen Umwelt.

Dieser Gegenstandskatalog psychosozialer Betreuung steht jedoch im krassen Widerspruch zu den Veränderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit in den letzten Jahren. So kommt die Untersuchung von *E. Girth* et. al. über die Veränderung krankenhausärztlicher Tätigkeit an einigen ausgewählten Krankenhäusern im Raume Frankfurt zu folgenden Ergebnissen:

1. Durch steigende Patientenzahlen und die Verkürzung der allgemeinen Liegedauer hatte sich das Zahlenverhältnis Arzt pro Patient seit 1970 im Untersuchungsgebiet verschlechtert.

2. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Bereich der apparativen Medizin hatten drastisch zugenommen. Kaum eine dieser medizinisch-technischen Neuerungen sparte Arbeitskraft im Sinne von Rationalisierung ein, sie erfordern im Gegenteil mehr ärztliche und nichtärztliche Arbeitszeit.

ten Fehlerwahrscheinlichkeit mit bedrohlichen Konsequenzen für den Patienten. Das Bewußtsein der erhöhten Fehlerwahrscheinlichkeit wird von den Ärzten als zusätzliche Belastung erlebt. (Wilkinson 1975, Poulton 1978). Zu diesen negativen Auswirkungen des BD treten manifeste Störungen der sozialen Befindlichkeit hinzu, die das Maß des Zumutbaren übersteigen. Neben der Unmöglichkeit sozial befriedigender Umweltkontakte treten Störungen des Familienlebens und Beeinträchtigungen notwendiger Fortbildung.

In der Untersuchung von C. *Mc Manus* (1977) empfanden sich die befragten Ärzte durch ihre überlangen Dienstzeiten in ihren gesamten außerberuflichen Aktivitäten, sowie der Möglichkeit fachlicher Weiterbildung erheblich eingeschränkt. Übereinstimmend stellten die Untersuchungen von *Wilkinson* (1975) die negativen Folgen der überlangen Arbeitszeit auf das soziale Leben der Krankenhausärzte fest. Insgesamt wurde von den befragten Ärzten ein Mangel an sozialem Leben überhaupt beklagt. Der größte Teil der „Freizeit“ besteht oft in der Erholung vom erschöpfenden Arbeitsalltag. Nicht nur die persönlichen Beziehungen zu den Familienangehörigen werden durch das Arbeitszeitregime als in Mitleidenschaft gezogen angesehen, sondern auch der Kontakt zu den Kollegen und zum Pflegepersonal.

Der Anteil der befragten Hamburger Krankenhausärzte, die trotz BD genügend Zeit für die Familie bzw. ein Hobby fanden, beträgt nach *Wegner* nur 29%. Der größte Teil der Ärzte gab an, daß ihnen nur wenig Zeit für Familie und Hobby zur Verfügung steht (63%). Daß diese Einschränkungen auch für den zeitaufwendigen und für Ärzte immer wieder geforderten Bereich Fortbildung gelten, ist zumindest stark anzunehmen. Aus der Untersuchung *Elliot* (1978) geht hervor, daß die Arbeitsüberlastung der Krankenhausärzte erhebliche negative Auswirkungen auf das Familienleben hatte. Insbesondere fühlten sich die Frauen der Ärzte dadurch überfordert, daß sie die gesamte Verantwortung für die Familie allein erfüllten und sich in sozialen Aktivitäten eingeschränkt fühlten. Die befragten Ärzte hingegen entwickelten Schuldgefühle aufgrund der eingeschränkten familiären Aktivitäten.

Zur Problematik der psychosozialen Dienstleistungen

Neben der Vernachlässigung dieser negativen Folgen überlanger Dienste in einseitigen arbeitsphysiologischen Ansätzen (s. weiter unten) stellt auch der Umgang mit sozialen und psychischen Problemen der Patienten einen bisher vernachlässigten Belastungsfaktor krankenhauserztlicher Tätigkeit dar.

In den Diskussionen um eine verbesserte Arbeitsgestaltung im Krankenhaus, der Forderung nach „Humanisierung des Krankenhauses“,

chischen) liegt zwar als Hypothese nahe, kann aber nicht im strengen Sinne als bewiesen gelten, da 1. die Spitzenbelastungen durch Dienstformen wie den Bereitschaftsdienst in aller Regel in einer Altersstufe ertragen werden, in der solche Erkrankungen noch nicht ausbrechen und die Spätfolgen noch nicht untersucht sind und da 2. Ärzte, die sich solchen Belastungen nicht gewachsen fühlen, frühzeitig aus dem Krankenhaus und häufig auch aus ihrem Beruf ausscheiden.

Bereitschaftsdienste mit bis zu 32 Stunden Arbeitszeit führen jedoch eindeutig zu Störungen der gesundheitlichen Befindlichkeit (dauernde Übermüdung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Störungen des Magen-Darm-Traktes, nervöse Störungen, subjektive Arbeitsunzufriedenheit), deren langfristige Folgen noch nicht abzuschätzen sind.

So kommt erstmals 1965 eine Untersuchung des Schlafs von BD leistenden Ärzten zu dem Ergebnis, daß diese Ärzte ein durch Erholung und Urlaub nicht zu kompensierendes Schlafdefizit kumulierten. (Masterton, 1965) Eine Untersuchung von Friedman et al. (1971) ergab, daß Ärzte in unausgeruhtem Zustand während und nach BD signifikant weniger Emotionen, Vitalität, Freude, Selbstbewußtsein und soziale Ansprechbarkeit und signifikant mehr Erschöpfung erlebten. Diese Ärzte berichteten über Denkschwierigkeiten, Depression, Hypererregbarkeit, Depersonalitätsgefühl u.ä. als direkte Folge von Übermüdung und BD. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die Untersuchungen von Mc Manus 1977, Poulton et al. 1978, Wilkinson, 1977, Friedmann et al. 1971, 1973. Störungen der Befindlichkeit, nervöse Störungen u.a. als Folge der überlangen Dienstzeit ergaben sich auch in der von uns durchgeführten Befragung BD-leistender Krankenhausärzte.

Das durch den BD entstehende Schlafdefizit führt in der Regel zu einer beträchtlichen Minderung der Leistungsfähigkeit der Ärzte. So ergaben Untersuchungen

- signifikante Differenzen in der Leistungsfähigkeit der Ärzte, je nachdem ob sie ausgeruht oder durch BD erschöpft waren (Friedmann 1971, 1973),
- subjektive Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch Schlafdeprivation während des BD (Friedman et al. 1971, 1973, Wegner 1978),
- eine besondere Einschränkung des sozial-emotionalen und kommunikativen Kontaktes mit dem Patienten als Folge von Erschöpfung im BD (Friedman 1971),
- konkrete Fehler in der ärztlichen Tätigkeit als Folge fehlenden Schlafs (Wilkinson 1975),
- negative Beeinträchtigung der Beziehung zum Patienten durch überlange Dienstzeiten, (Mc Manus 1977) und allgemeine Einschränkung, Interesse für den Patienten zu zeigen (Wilkinson 1975).

Insgesamt führen die Belastungen überlanger Dienste zu einer erhöh-

- daß die unter Mehrfachbelastung stattfindende Nachtarbeit neben dem Erkrankungsrisiko auch die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöht,
- daß das Bewußtsein der Wahrscheinlichkeit von Fehlern einen erneuten Belastungsfaktor darstellt.²

Aus einer Reihe von Untersuchungen ergeben sich konkrete Hinweise für die Verursachung von psychischen Störungen und Magen-Darmerkrankungen durch Nacht- und Schichtarbeit (im Zusammenwirken mit anderen Belastungsfaktoren) (Akerstedt, Torsvall, 1978, Meers, 1978, Nachreiner, Rutenfranz, 1978, sowie Forschungsbericht Schichtarbeit in der BRD) Aus spezifischen Untersuchungen an Ärzten geht hervor, daß

1. sie erheblich häufiger in psychiatrische Kliniken eingewiesen wurden, als es gemäß ihrer Zahl in der Bevölkerung (*Brook*, 1967) und im Vergleich zu sozioökonomisch vergleichbaren Gruppen zu erwarten wäre (*Vaillant*, 1972),

2. ihre Selbstmordhäufigkeit statistisch signifikant höher als die der Durchschnittsbevölkerung ist, nach einer englischen Statistik 2,5 Mal so hoch. In der Altersgruppe zwischen 25 und 39 Jahren betragen bei Ärzten Selbstmorde 26% aller Todesfälle, dies ist somit sogar 3 Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung (*De Sole*, 1969),

3. sie gegenüber Vergleichsgruppen eine besonders suchgefährdete Gruppe darstellen (*Murray*, 1974), Alkoholismus steht hier gefolgt von Medikamentenabhängigkeit an erster Stelle,

4. sie sich häufiger einer Psychotherapie unterziehen als vergleichbare Bevölkerungsgruppen (*Vaillant*, 1972),

5. sie bedeutend mehr unter Ängsten leiden als in der Durchschnittsbevölkerung festgestellt (*Crammond*, 1969),

Als Gründe für diese Auffälligkeiten wurde von den Ärzten genannt:

1. Überarbeitung, Übermüdung,
2. Angst vor therapeutischen und diagnostischen Fehlern,
3. Gefühle, den Berufsansforderungen nicht gerecht zu werden. (*Crammond*, 1969).

Die Auswirkungen dieser Belastungsdimensionen und die mit ihnen verknüpften instrumentellen und interaktiven Handlungskompetenzdefizite des Arztes werden z.B. als „Ausgebranntsein“ („Bourn-out-Syndrom“, *Maslach, Freudenberg*, 1978) verbunden mit einer Reihe von Befindlichkeitsstörungen beschrieben.

Ob das vermehrte Auftreten v.a. psychischer Erkrankungen bei Ärzten ursächlich auf Belastungen aus ihrer Arbeit unter Einschluss des Bereitschaftsdienstes zurückzuführen ist, läßt sich beim derzeitigen Stand der Forschung allerdings nicht schlüssig beantworten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und manifesten chronischen Erkrankungen bei Krankenhaus-Ärzten (physischen wie psy-

tuation zu kennzeichnen oder gar zu messen. Aber auch hinsichtlich der Wirkung von Belastungen setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, daß es notwendig ist, mehr als die unmittelbar physiologisch faßbaren Beanspruchungen zu erfassen. Anzustreben ist die Berücksichtigung der kumulativen Wirkung verschiedenartiger Anforderungen mit dem Ziel einer integrierten Belastungsanalyse. Auf der Wirkungsseite müssen – will man neben der Ausführbarkeit und Erträglichkeit von Tätigkeiten zu Urteilen über die physische, psychische und soziale Zumutbarkeit kommen – außer den manifesten arbeitsbedingten Erkrankungen auch Befindlichkeitsstörungen sowie Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens in die Analyse einbezogen werden. Erfahrungen aus anderen Bereichen, namentlich der IG Metall, belegen die Notwendigkeit und die Fruchtbarkeit einer solchen erweiterten Betrachtungsweise.

Auswirkungen überlanger Dienste

Dem von Ärzten geleisteten Bereitschaftsdienst (BD), der in der Regel zwischen normalen Tagesdiensten geleistet wird, kommt größte Bedeutung zu (Wegner, 1978). Die Bereitschaftsdienststufe D, mit einer regelmäßigen Arbeitsleistung von bis zu 49%, ist gemäß dieser Untersuchung die häufigste Dienstform. Dieser BD wird von den befragten Ärzten im Mittel 5,5 Mal im Monat geleistet. (Costas 1980, Peitsch 1979) Dies bedeutet, daß Krankenhausärzte 5–6 Mal im Monat durchschnittlich 31,5 Stdn. im Dienst sind, bei einer nominellen Arbeitsleistung von 25 Stdn. Die wöchl. Gesamtarbeitszeit summiert sich im Mittel auf 61 Stdn. (Wegner 1978, Costas, 1980)¹ Leisten Krankenhausärzte 5–7 BD im Monat, so kommen sie der Nachtarbeitsbelastung von Wechselschichtarbeitern im Dreischichtsystem (ca. 7,5 Nachtschichten im Monat) sehr nahe. Bedenkt man, daß der Arbeitsanteil von 49% im BD Stufe D häufig überschritten wird (Wegner, 1978), vorhandene Pausen keine ausreichende Erholung zulassen, der Arzt sich im Gegensatz zum Wechselschichtarbeiter nach der Nachtarbeitszeit nicht erholen kann und seinen normalen Tagdienst ableistet, so erscheint die Nachtarbeitsbelastung von Ärzten der von Wechselschichtarbeitern durchaus vergleichbar. Folglich sind die Untersuchungen über Befindlichkeitsstörungen und Krankheit bei Nachtschichtarbeitern auch für Ärzte mit 5–7 BD im Monat von Bedeutung. Ungeachtet der noch bestehenden Forschungslücken läßt sich aus den Ergebnissen der Nachtarbeitsforschung insgesamt feststellen:

- daß Nachtarbeit mit hoher Wahrscheinlichkeit einen krankheitsrelevanten Risikofaktor darstellt,
- daß dieses Risiko durch hinzukommende Belastungen erheblich verschärft werden kann,

- daß die unter Mehrfachbelastung stattfindende Nachtarbeit neben dem Erkrankungsrisiko auch die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöht,
- daß das Bewußtsein der Wahrscheinlichkeit von Fehlern einen erneuten Belastungsfaktor darstellt.²

Aus einer Reihe von Untersuchungen ergeben sich konkrete Hinweise für die Verursachung von psychischen Störungen und Magen-Darmerkrankungen durch Nacht- und Schichtarbeit (im Zusammenwirken mit anderen Belastungsfaktoren) (Akerstedt, Torsvall, 1978, Meers, 1978, Nachreiner, Rutenfranz, 1978, sowie Forschungsbericht Schichtarbeit in der BRD) Aus spezifischen Untersuchungen an Ärzten geht hervor, daß

1. sie erheblich häufiger in psychiatrische Kliniken eingewiesen wurden, als es gemäß ihrer Zahl in der Bevölkerung (*Brook*, 1967) und im Vergleich zu sozioökonomisch vergleichbaren Gruppen zu erwarten wäre (*Vaillant*, 1972),

2. ihre Selbstmordhäufigkeit statistisch signifikant höher als die der Durchschnittsbevölkerung ist, nach einer englischen Statistik 2,5 Mal so hoch. In der Altersgruppe zwischen 25 und 39 Jahren betragen bei Ärzten Selbstmorde 26% aller Todesfälle, dies ist somit sogar 3 Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung (*De Sole*, 1969),

3. sie gegenüber Vergleichsgruppen eine besonders suchtfährdete Gruppe darstellen (*Murray*, 1974), Alkoholismus steht hier gefolgt von Medikamentenabhängigkeit an erster Stelle,

4. sie sich häufiger einer Psychotherapie unterziehen als vergleichbare Bevölkerungsgruppen (*Vaillant*, 1972),

5. sie bedeutend mehr unter Ängsten leiden als in der Durchschnittsbevölkerung festgestellt (*Crammond*, 1969),

Als Gründe für diese Auffälligkeiten wurde von den Ärzten genannt:

1. Überarbeitung, Übermüdung,

2. Angst vor therapeutischen und diagnostischen Fehlern,

3. Gefühle, den Berufsanforderungen nicht gerecht zu werden.

(*Crammond*, 1969).

Die Auswirkungen dieser Belastungsdimensionen und die mit ihnen verknüpften instrumentellen und interaktiven Handlungskompetenzdefizite des Arztes werden z.B. als „Ausgebranntsein“ („Bourn-out-Syndrom“, *Maslach, Freudenberg*, 1978) verbunden mit einer Reihe von Befindlichkeitsstörungen beschrieben.

Ob das vermehrte Auftreten v. a. psychischer Erkrankungen bei Ärzten ursächlich auf Belastungen aus ihrer Arbeit unter Einschluss des Bereitschaftsdienstes zurückzuführen ist, läßt sich beim derzeitigen Stand der Forschung allerdings nicht schlüssig beantworten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und manifesten chronischen Erkrankungen bei Krankenhaus-Ärzten (physischen wie psy-

tuation zu kennzeichnen oder gar zu messen. Aber auch hinsichtlich der Wirkung von Belastungen setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, daß es notwendig ist, mehr als die unmittelbar physiologisch faßbaren Beanspruchungen zu erfassen. Anzustreben ist die Berücksichtigung der kumulativen Wirkung verschiedenartiger Anforderungen mit dem Ziel einer integrierten Belastungsanalyse. Auf der Wirkungsseite müssen – will man neben der Ausführbarkeit und Erträglichkeit von Tätigkeiten zu Urteilen über die physische, psychische und soziale Zumutbarkeit kommen – außer den manifesten arbeitsbedingten Erkrankungen auch Befindlichkeitsstörungen sowie Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens in die Analyse einbezogen werden. Erfahrungen aus anderen Bereichen, namentlich der IG Metall, belegen die Notwendigkeit und die Fruchtbarkeit einer solchen erweiterten Betrachtungsweise.

Auswirkungen überlanger Dienste

Dem von Ärzten geleisteten Bereitschaftsdienst (BD), der in der Regel zwischen normalen Tagesdiensten geleistet wird, kommt größte Bedeutung zu (Wegner, 1978). Die Bereitschaftsdienststufe D, mit einer regelmäßigen Arbeitsleistung von bis zu 49%, ist gemäß dieser Untersuchung die häufigste Dienstform. Dieser BD wird von den befragten Ärzten im Mittel 5,5 Mal im Monat geleistet. (Costas 1980, Peitsch 1979) Dies bedeutet, daß Krankenhausärzte 5–6 Mal im Monat durchschnittlich 31,5 Stdn. im Dienst sind, bei einer nominellen Arbeitsleistung von 25 Stdn. Die wöchl. Gesamtarbeitszeit summiert sich im Mittel auf 61 Stdn. (Wegner 1978, Costas, 1980)¹ Leisten Krankenhausärzte 5–7 BD im Monat, so kommen sie der Nachtarbeitsbelastung von Wechselschichtarbeitern im Dreischichtsystem (ca. 7,5 Nachtschichten im Monat) sehr nahe. Bedenkt man, daß der Arbeitsanteil von 49% im BD Stufe D häufig überschritten wird (Wegner, 1978), vorhandene Pausen keine ausreichende Erholung zulassen, der Arzt sich im Gegensatz zum Wechselschichtarbeiter nach der Nachtarbeitszeit nicht erholen kann und seinen normalen Tagdienst ableistet, so erscheint die Nachtarbeitsbelastung von Ärzten der von Wechselschichtarbeitern durchaus vergleichbar. Folglich sind die Untersuchungen über Befindlichkeitsstörungen und Krankheit bei Nachtschichtarbeitern auch für Ärzte mit 5–7 BD im Monat von Bedeutung. Ungeachtet der noch bestehenden Forschungslücken läßt sich aus den Ergebnissen der Nachtarbeitsforschung insgesamt feststellen:

- daß Nachtarbeit mit hoher Wahrscheinlichkeit einen krankheitsrelevanten Risikofaktor darstellt,
- daß dieses Risiko durch hinzukommende Belastungen erheblich verschärft werden kann,

Diskussionsstufen kurz dargestellt werden.

Gerade bei den Werftarbeitern war das Bedürfnis sehr groß, mehr von seiten der klassischen Arbeitsmedizin zu den im Betrieb vorhandenen Gesundheitsproblemen zu erfahren. Übergroße Hoffnungen, von dieser Antworten auf die wichtigen Gesundheitsprobleme in der Werft zu bekommen, und eine zu hohe Einschätzung ihrer Erklärungsmöglichkeiten zeichneten die anfängliche Diskussion aus. Hierbei wurde deutlich, daß die von der klassischen Arbeitsmedizin vorgegebene Definition, in welchem Rahmen Gesundheit und Arbeitsplatz zu untersuchen sind, in weiten Teilen von den Arbeitern übernommen worden war. Immer wieder fiel auf, daß – explizit oder implizit – all' die Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die im Alltag recht häufig von den Betroffenen erlebt wurden, gerade nicht im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz gesehen wurden. Vielmehr standen – entsprechend der genannten Orientierung auf die klassische Arbeitsmedizin – Fragen von MAK-Wert-Überschreitungen, Berufserkrankungen wie Silikose und die Frage des Lärms am Arbeitsplatz etc. im Vordergrund.

Für die Wissenschaftler kann gesagt werden, daß in dieser Anfangsphase des gemeinsamen Diskussionsprozesses sich eine gewisse Enttäuschung darüber breit machte, daß wieder die „klassischen“ und ja nur *einen* Sektor der Gesundheitsstörungen betreffenden Fragestellungen behandelt wurden. Dann jedoch stellte sich bald heraus, daß es offenbar zahlreiche Probleme der Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz in dieser Werft gab, die es sehr wohl zunächst durch die Kenntnis klassischer Arbeitsmedizin zu untersuchen und aufzudecken galt: Bereits die Anwendung des klassischen arbeitsmedizinischen Wissens auf die betrieblichen Verhältnisse offenbarte an den verschiedensten Stellen erhebliche Mängel des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Ein Beispiel hierfür war die Einführung neuer japanischer Schweiß-Elektroden. Die in diesem Zusammenhang durchgeführten Konzentrations-Messungen von Schadstoffen, die beim Schweißvorgang als Gase bzw. Dämpfe entstanden, waren in einem für den Arbeitsvorgang unrealistischen Abstand von der Elektrode vorgenommen worden. Aufgrund der in der Arbeitsgruppe durchgeführten Diskussion kam es am Arbeitsplatz zu Auseinandersetzungen hierüber; es wurde eine entsprechende Branchen-Versammlung einberufen und schließlich der Betriebsleitung gegenüber durchgesetzt, daß neue, realistische Messungen durchgeführt wurden. Diese hatten mit zur Folge, daß andere Schweiß-Elektroden eingesetzt werden mußten.

Darüber hinaus wurden die Fragen der Mehrfachbelastungen einschließlich der Probleme des Zusammenkommens mehrerer Schadstoffe diskutiert. Mit einer derartigen Diskussion waren die Möglichkeiten und üblichen Verfahrensweisen klassischer Arbeitsmedizin

schon überschritten. Hierzulande gibt es kaum Untersuchungen über Mehrfachbelastungen durch verschiedene Schadstoffe gleichen Charakters (z. B. verschiedene Gase) und erst recht nicht über die Kombinationen verschiedener Schadstoffe unterschiedlichen Charakters (z. B. Gas und Staub und Lärm).

Wie sich im Verlauf der Diskussion herausstellte, war die Beschäftigung mit der klassischen Arbeitsmedizin nicht nur lehrreich für Werftarbeiter, sondern machte auch den beteiligten Wissenschaftlern sehr klar, daß wahrscheinlich in der Mehrzahl der Betriebe in unserem Lande selbst die Anwendung der vorliegenden Kenntnisse der klassischen Arbeitsmedizin nur unzureichend erfolgt.

Die Diskussion der bekannten Problematik, daß Arbeitsplatzsicherheitsbestimmungen häufig von den Beschäftigten umgangen werden, daß die Einhaltung dieser Bestimmungen im Widerspruch zum unmittelbaren Wohlbefinden (z. B. das Tragen von Ohrstöpseln gegen Lärm) oder zu Einbußen im Verdienst führt, war ebenfalls ein für die Veränderung betrieblicher Praxis wichtiger Diskussionspunkt. So war für die Maler innerhalb des Schiffes vorgeschrieben, Absaugeinrichtungen jeweils vor der Arbeit zu installieren, damit Farbdämpfe nach außen geleitet werden konnten. Doch wurde dies häufig deswegen nicht eingehalten, weil das Heranschaffen entsprechender Gerätschaften mit großem Aufwand verbunden war. Da im Akkord gearbeitet wurde, ging der Zeitaufwand des Heranholens entsprechender Absaugeinrichtungen vom „anderen Ende“ der Werft zu Lasten der im Akkord Arbeitenden. Schon allein die Diskussion dieser Problematik führte dazu, daß es im Betrieb zu einer spontanen Arbeitsniederlegung kam, mit dem Ziel, das Heranschaffen der genannten Absaugeinrichtungen außerhalb der zu berechnenden Akkordzeit durchzusetzen. Die Argumentation war offensichtlich für die Kollegen so überzeugend, daß sie fast geschlossen an dieser Arbeitsniederlegung teilnahmen.

Zwar wurde in der Anfangsphase der gemeinsamen Diskussion der Rahmen klassischer Arbeitsmedizin kaum verlassen. Doch immer wieder wurde auch über „Nicht-Berufserkrankungen“, wie z. B. Bronchitis, hohen Blutdruck, Magenbeschwerden und – bei älteren Kollegen – auch über Herzinfarkt gesprochen. Dabei wurde von den Beschäftigten zwar gesehen, daß diese Krankheitssymptome oder Krankheiten häufig vorkamen, jedoch hielt man sich bei expliziten Formulierungen daran, daß diese Krankheiten nichts mit der Arbeitssituation zu tun haben. Die Vorstellungen klassischer Arbeitsmedizin haben hier also ihre Auswirkungen: Eine Kompetenzrücknahme durch die Betroffenen schien zu erfolgen. Dennoch fielen in Gesprächen – mehr auf der inoffiziellen Ebene – immer wieder Bemerkungen wie diese: „Das ist doch klar, daß ich meine Rückenschmerzen vom Zug in der kalten Halle habe; und

dann immer 'rein und wieder 'raus.“ Oder: „Bei den Farbdämpfen und dem Gestank der Verdünner, da muß man's ja mit dem Magen kriegen.“ Erst im Verlauf der Seminare wurden derartige Erklärungen über Zusammenhänge zunehmend auch in der „offiziellen“ Diskussion ausgesprochen. Dieses Zurückerklangen einer eigenen Kompetenz war auf dem Boden einer kritischen Darstellung des medizinischen Wissens zu den vorliegenden Gesundheitsproblemen zustande gekommen. Denn es konnte deutlich gemacht werden, daß die Medizin – generell und speziell auch die Arbeitsmedizin – für die Mehrzahl der zahlenmäßig und von der Schwere her wichtigen Erkrankungen keine ätiologischen Modelle zur Erklärung von Zusammenhängen hat. Bestenfalls existieren Bruchstücke zu pathophysiologischen Abläufen einzelner Erkrankungen. Da nun auch kaum epidemiologische Untersuchungen vorliegen, die auf Zusammenhänge aufmerksam machen könnten, scheint zum jetzigen Zeitpunkt die Laienerklärung dem medizinischen Wissen zu diesen Fragen zumindest gleichberechtigt zu sein.

Mit der Entmystifizierung medizinischen Fachwissens gelang es dann, plausible Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Arbeit und Krankheit am eigenen Arbeitsplatz zu entwickeln. Die einen steuerten ihre Erfahrung, die anderen das für die geplante Untersuchung notwendige und brauchbare Wissen aus den Fachwissenschaften in diesem Prozeß bei. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: *Gastritische Beschwerden* wurden von den Malern sehr häufig berichtet. Bei einer Analyse der Farbstoffe, mit denen sie arbeiten, ließen sich zahlreiche finden, die – auch ohne MAK-Wert-Überschreitung – zu einer dauernden Irritation der Magenschleimhaut führen dürften. Eine Beziehung zu den Magenbeschwerden erscheint so – ohne im einzelnen wissenschaftlich belegt, aber eben auch nicht untersucht – sehr plausibel. Weiß man nun noch, daß die Maler im Akkord und auch Schicht arbeiten, und daß es bei Arbeiten im Schiff auch zu einer erheblichen Lärmbelästigung kommt, so wird das häufige Auftreten von Magenbeschwerden noch plausibler. Denn auch diese Belastungen führen schon als Einzelbelastung – und nicht wie hier als Mehrfachbelastung – zu Magenbeschwerden.^{16 17}

Mit derartigen Plausibilitätsüberlegungen im Hintergrund wurde im Verlaufe der Arbeit die Überzeugung gewonnen, daß mit einer Fragebogen-Aktion im Betrieb die systematische Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und betrieblichen Belastungen aufgenommen werden müßte. Dies geschah nach etwa dem Motto: „Wenn's die Medizin nicht weiß und nicht untersucht, dann müssen wir es machen!“ Dabei standen die italienischen ‚Gesundheitstagebücher‘ Pate für einen derartigen Fragebogen zur Erfassung betrieblicher Belastungen und Gesundheitsstörungen. Ein ähnliches Vorgehen sollte – da

institutionell nicht wie in Italien abgesichert – auf freiwilliger Basis in den einzelnen Branchen der Werft versucht werden. Auch war der Fragebogen bei weitem nicht so entwickelt und detailliert wie er heutzutage aus der italienischen Arbeitermedizin bekannt ist. Diese Fragebogen-Aktion war als Anfang einer derartigen Arbeitsweise gedacht; der Modell-Charakter und die Erfahrungssuche bei einer solchen Untersuchung standen im Vordergrund.

Zwei verschiedene Formen möglicher Angst und Abwehr bei den Beteiligten mußten durch die Art der Durchführung der Fragebogenaktion möglichst ausgeschaltet werden: zum einen die Angst davor, daß die Geschäftsleitung sich aus personalpolitischem Kalkül (z. B. Selektionsinteressen) Informationen zunutzemachen könnte und damit die Konkurrenz innerhalb der Beschäftigten vergrößern würde; zum anderen die Abwehr, ohne zureichend konkrete Veränderungsperspektive überhaupt Gesundheitsprobleme offen zu besprechen.

Daher wurde die Fragebogenaktion von Vertretern des eigenen Vertrauens in den nur von den Arbeitern der jeweiligen Berufsgruppe besuchten Branchenversammlungen vorgestellt; die Bögen wurden während der Versammlung anonym ausgefüllt und von den gleichen Vertrauensleuten wieder eingesammelt und keiner Instanz des betrieblichen Management zugänglich gemacht. Eine Berichterstattung über die Ergebnisse wurde versprochen und nach einer in einem weiteren Bildungsseminar durchgeführten gemeinsamen Auswertung den Branchenversammlungen vorgelegt.

Diese Anonymität und das Vertrauen, daß man den Vertrauensleuten entgegenbrachte, vermittelte den Beteiligten die Chance zur Offenheit: „Daß man 'mal ehrlich ist“ – wie es ein Beteiligter sagte.

IV. Auswertung der Fragebögen

Es wurden insgesamt 361 auswertbare Fragebögen abgegeben und in die Analyse mit aufgenommen.¹⁸ Im folgenden soll eine Darstellung einiger hier wichtig erscheinender Teilergebnisse gegeben werden. Der Kern des Fragebogens läßt sich aus den Tab. 1, 3, 5 entnehmen.

1. Alter und Betriebszugehörigkeit:

72% der Befragten waren über 30 Jahre alt; 55% hatten ein Alter zwischen 31 und 50 Jahren. Die Betriebszugehörigkeit lag bei 57% bei über 10 Jahren; nur 7% waren erst bis zu 2 Jahren im Betrieb. Schlosser, Dreher und Werkzeugbauer, Maler, Schweißer, Rohrschlosser stellten das Hauptkontingent der Befragten.

2. Belastungen am Arbeitsplatz

Der durchgehend hohe Anteil von Belastungen wird aus der Tbl. 1 ersichtlich:

Tab. 1: Belastungen am Arbeitsplatz (N = 361) Angaben in % der Befragten

Schadstoffe: Dämpfe (z. B. Öldämpfe)	45%
Gase	54%
Staub	75%
Sand	17%
Lärm	81%
Hitze	43%
Witterungseinflüsse (z. B. Zugluft, Nässe, Frost)	64%
Schweres Heben und Tragen	56%
Zwangshaltungen	34%
Einseitige Belastungen	32%
Schlechtes Licht	48%
Ständiges Hinsehen	35%
Unfallgefahren	58%
Schichtarbeit	20%
Besondere Arbeitshetze und Streß	
durch Termine	60%
durch Akkord	68%
durch Vorgesetzte	41%

Tab. 2: Belastungskombinationen (N = 361)

- Belastung durch Dämpfe oder Gase oder Staub	(88%)
- Belastung durch Dämpfe oder Gase	(70%)
- Belastung durch Dämpfe oder Gase <i>und</i> Staub	(58%)
- Belastung durch Hetze überhaupt	(82%)
- Belastung durch schlechtes Licht oder genaues Hinsehen	(66%)
- Belastung durch schlechtes Licht <i>und</i> genaues Hinsehen	(21%)
- Belastung durch überhaupt Hetze <i>und</i> Lärm	(67%)
- Belastung durch Witterung <i>und</i> schweres Heben	(42%)
- Belastung durch überhaupt Hetze <i>und</i> Lärm <i>und</i> schweres Heben	(44%)
- Belastung durch überhaupt Hetze <i>und</i> Lärm <i>und</i> ständiges Hinsehen	(44%)
- Belastung durch überhaupt Hetze <i>und</i> Lärm <i>und</i> überhaupt Schadstoffe	(65%)
- Belastung durch überhaupt Hetze <i>und</i> Lärm <i>und</i> überhaupt Schadstoffe <i>und</i> schweres Heben	(34%)
- Belastung durch überhaupt Hetze <i>und</i> Lärm <i>und</i> Unfallgefahren <i>und</i> überhaupt Schadstoffe <i>und</i> schweres Heben	(29%)

Wie schon aus den Zahlen der Tab. 1 zu entnehmen, liegt ein hoher Prozentsatz von Belastungs-Kombination vor. Und zwar sind – wie in Tab. 2 zu ersehen – Belastungskombinationen vorhanden, die im Sinne einer Plausibilitätshypothese in gleicher Richtung wirksam sind. So dürften z. B. Dämpfe/Gase *und* Staub in Richtung einer bronchitischen

Symptomatik oder auch der Magenbeschwerden wirksam sein (58% gaben diese Kombination an). Hetze und Lärm (67% gaben diese Kombination an) dürften als Belastungen beide in Richtung der Hochdruck-Begünstigung oder der Nervosität wirksam sein. Andererseits sind auch Kombinationen nachweisbar, die sich wahrscheinlich in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken dürften: z. B. „Hetze und Lärm und schweres Heben“ (von 44% genannt).

3. Krankheiten und Beschwerden

Aus der Tab. 3 sind die Angaben über Beschwerde- bzw. Krankheits-häufigkeit zu entnehmen: Auch hier fällt bei den meisten Beschwerden der hohe Prozentsatz positiver Beantwortung auf.

Tab. 3: Beschwerden und Krankheiten (N = 361)

Übelkeit	25%
Schwindelgefühl	25%
Kopfschmerzen	52%
Schüttelfrost	7%
Erbrechen	8%
Vorzeitige Müdigkeit, Mattigkeit	55%
Atemnot	17%
Nervosität	42%
Schlafstörungen	29%
Hustenreiz	34%
Bronchitis	20%
Sodbrennen	26%
Magenverstimmung	36%
Magenschleimhautentzündungen	20%
Magengeschwüre	6%
Magenoperationen	2%
Kreislaufstörungen	26%
Herzbeschwerden	16%
Blutdruck niedrig	14%
Blutdruck hoch	13%
Rückenschmerzen	64%
Rheuma	24%
Bandscheibenschäden	25%
Zerrungen	19%
Grippe	31%
Gehörschäden	32%
Hämorrhoiden	21%
Augenverletzungen durch Fremdkörper	24%
Sehschäden	12%

Nur 4,7% der Befragten gaben keine Beschwerden an; 37% gaben bis zu 5 Beschwerden an. Bei 34% wurden 6–10 Beschwerden und bei 24% 11 und mehr Beschwerden angegeben.

4. Zusammenhänge zwischen Belastungen und Beschwerden/Krankheiten

Es geht hier darum, zu untersuchen, ob es bei bestimmten Belastungen – entsprechend der oben angesprochenen Plausibilitätshypothesen – eine Häufung von entsprechenden Beschwerden/Krankheiten gibt. Die statistische Prüfung wurde mit dem 4-Felder-Chi-Quadrat-Test nach folgendem Muster durchgeführt:

		Krankheit (z. B. Rückenschmerzen)	
		Nein	Ja
Belastung z. B. schweres Heben	Nein	(1)	(2)
	Ja	(3)	(4)

Eine Häufung von Antworten in den Zellen (1) und (4) würde die oben genannten Hypothesen bestätigen.

s, ss oder sss besagen, daß solche Häufungen statistisch signifikant beobachtet wurden: Unterschiede gegenüber einer Gleichverteilung – oder erwartete Werte anhand der Randsummen – sind nicht mehr durch den Zufall zu erklären.

Die Tabelle 4 enthält die Ergebnisse einer Vielzahl von Vierfelderprüfungen. Von einer überzeugenden und schlüssigen Gliederung der Befunde wird man nach Betrachten der Tabellen nicht sprechen können. Eine detaillierte Analyse oder Überlegungen, warum teilweise sehr plausibel erscheinende Zusammenhänge – wie z. B. Lärm und Hörstörungen – gar nicht statistisch gesichert als Zusammenhang nachweisbar sind, können hier nicht verfolgt werden.

Einzelne Zusammenhänge sind hingegen für sich genommen plausibel.

Betrachtet man allein die Anzahl der bedeutsamen Zusammenhänge zwischen Belastungen und Krankheiten, so sind es die folgenden Belastungen, die sich *in breiter Weise* auf die Gesundheit auswirken: (Neunmal und öfter signifikante Zusammenhänge in der Tabelle 4)

A.: Jede Form der Hetze; Unfallgefahren; Gase, Dämpfe; Staub; Witterung/Zugluft; schweres Heben; Zwangshaltungen; einseitige Belastungen.

Weniger breit, aber *eher spezifisch* auf nur wenige Krankheiten wirken sich offensichtlich folgende Belastungen aus:

B.: Lärm; Hitze; ständiges Hinschauen; Schichtarbeit.

Tabelle 4: Korrelation von Belastungen und Beschwerden//rankheiten

	Kopf- schmerzen	Nervosi- tät	Schlaf- störungen	Herzöse Störungen*	Atemnot	Hustenreiz	Bronchitis	Magenschleim- hautentzündg.	Magenge- schwüre	Magenstörun- gen	Kreislauf- störungen	Herzbe- schwerden	Kreislauf oder Herz*	Rücken- schmerzen	Rheuma	Bandschleim- häute	Rheum. Be- schwerden	Gehörgänge	Augenver- letzungen	Schnecken	
Dämpfe	0	sss	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gase	sss	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staub	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sand	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
weit.Schad.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lärm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hitze	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Witterung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
schw.Heben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zwangshalt.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eins.Belast.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
schl.Licht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
stünd.Hins.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unfallgef.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schichtarb.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terminhetze	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Akkordhetze	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vorg.Hetze	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*Nervöse Störungen: Ja bei Kopfschmerzen
oder Nervosität oder Schlafstörungen.

Kreislauf od. Herz: Ja bei Schwindel oder
Kreislauf oder Herzbeschwerden oder Blut-
druck zu niedrig oder zu hoch.

Magenstörungen: Ja bei Übelkeit oder
Sodbrennen oder Magenverstimmung oder
oder Magenschleimhautentzündung.

Rheumatische Beschwerden: Ja bei Rückenschmerzen
oder Rheuma oder Bandscheibenschäden.

s, ss, sss = bedeutsamer Zusammenhang im Chi-Quadrat-Test; siehe auch Tabelle 3

ad A.) Bei den sich in breiter Weise auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkenden Belastungen lassen sich keine stringenten und plausiblen Erklärungen anbieten; detaillierte Analysen allein wären hierzu nötig. Dennoch kann anhand der vorliegenden Daten vermutet werden, daß sich hinter den genannten Beziehungen sowohl eine unspezifische Mehrfachbelastung verbirgt, als auch wahrscheinlich die erfaßten Belastungen ‚Indikatorfunktion‘ für weitere, hier gar nicht erfaßte und dabei möglicherweise spezifische Belastungen haben. So könnte z. B. jede Form von Hetze am Arbeitsplatz zu einer konstanten Überforderungssituation beitragen. In dieser könnten spezifische – möglicherweise sogar kleinere Belastungen – ausreichen, bei den Betroffenen in dieser oder jener Richtung zu einer Erkrankung oder Befindlichkeitsstörung führen. Die spezielle Erkrankung/Befindlichkeitsstörung wäre dann durch die ‚zufällige‘ spezifische Zusatzbelastung und/oder durch spezifische Verarbeitungsweisen der Belastung durch den Betroffenen sowie durch konstitutionelle Momente beim Betroffenen bestimmt. Konkret hieße dies, daß in einer konstanten Überforderungssituation durch Hetze bei dem einen eine zusätzliche Belastung mit Gasen/Dämpfen dann besonders leicht zur Bronchitis, bei einem anderen die zusätzliche Belastung durch einseitige Körperhaltung z. B. besonders leicht zu ‚rheumatischen‘ Beschwerden führt. Oder in der konstanten Überforderungssituation durch Hetze führt bei einem Betroffenen zusätzlicher Lärm aufgrund spezifischer Verarbeitung und/oder Konstitution zu Hochdruck, bei einem anderen hingegen eher zu Schlafstörungen.

Offensichtlich wird hierbei, daß zu einer zuverlässigeren Aussage weitaus mehr Kenntnisse über die Ätiologie und Pathogenese der angesprochenen Krankheitsbilder vorhanden sein müßten. Darüber hinaus hätten auch detailliertere Analysen erlaubende Daten vorhanden sein müssen, um hier über hypothetische Überlegungen hinausgehen zu können.

Mit der angesprochenen ‚Indikatorfunktion‘ der breit sich auf die Gesundheit auswirkenden Belastungen ist gemeint, daß möglicherweise hinter z. B. ‚einseitiger Belastung‘ sich derart unterschiedliche Belastungen verbergen, daß schon allein dadurch die Breite der angenommenen Auswirkungen auf die Gesundheit erklärlich wird.

ad B.) *Lärm*: Die Belastung ‚Lärm‘ weist nur Beziehungen zu ‚Magenstörungen‘ und ‚rheumatischen Beschwerden‘ auf. Nicht erklärlich ist, warum keinerlei statistisch signifikante Beziehung zu Gehörschäden deutlich wird. Das subjektive Empfinden einer Hörstörung ist allerdings auch erst in einer sehr späten Phase zu erwarten. Arbeitsmedizinisch bekannt ist, daß sich Lärm über Sekretionsveränderungen im Bereich des Magens und über Veränderungen der Magen-Darm-Bewegung im Sinne vermehrter Magenbeschwerden auswirkt.

Die Beziehung zu ‚rheumatischen Beschwerden‘ mag aufgrund einer unter Lärm vermehrten muskulären Anspannung erklärt werden: möglicherweise kommt es hierunter zu stärkerer Verspannung im Bereich des Halte- und Stützapparates, die dann als ‚rheumatische Beschwerden‘ erlebt werden.¹⁹

Hitze: Eine enge Beziehung besteht zu Hustenreiz, Magenstörungen und Kreislaufbeschwerden. Die Verbindung zum Hustenreiz dürfte über trockene Luft und die damit auch irritierte Bronchialschleimhaut Erklärung finden. Die Verbindung zu Magenbeschwerden bleibt unplausibel. Vielleicht liegt hier nur eine ‚Indikatorfunktion‘ der Belastung „Hitze“ vor, oder es werden Beziehungen angesprochen, die nach dem jetzigen – ja ätiologisch und pathophysiologisch wenig entwickelten – medizinischen Wissensstand noch nicht erklärbar, jedoch vorhanden sind. Da „Kreislaufbeschwerden“ nicht näher aufgegliedert sind, kann keine feste Aussage über die gefundene Beziehung gemacht werden. Plausibel wäre hier, daß es im Gefolge von Hitze zu niedrigerem Blutdruck mit Folgeerscheinungen (Orthostase) kommt.

Ständiges Hinsehen: Die enge Beziehung zu Augenverletzungen erscheint nachvollziehbar. Die gefundene Beziehung zu ‚Rückenschmerzen‘ könnte über eine Verspannung/einseitige Körperhaltung beim konzentrierten ständigen Hinschauen plausibel werden. Die Beziehung zu Kreislaufbeschwerden kann nicht erklärt werden.

Schichtarbeit: Enge Beziehungen bestehen zwischen Schlafstörungen, nervösen Störungen, Magenschleimhautentzündungen und Magenstörungen insgesamt. Bei keiner anderer Belastung ist die Beziehung zu bestimmten Gesundheitsstörungen derart überzeugend. Die genannten Beziehungen sind alle aus der Arbeitsmedizin und den entsprechenden Untersuchungen über die Auswirkungen der Schichtarbeit bekannt.

Vergleicht man weiterhin die angegebenen Belastungen (Tab. 6) und Krankheiten/Beschwerden (Tab. 7) für Arbeiter in Schichtarbeit und denen in Normalschicht, so fällt zusätzlich auf, daß die Schichtarbeiter bei allen Belastungen (Ausnahme: „Weitere Schadstoffe“) eine stärkere Beeinträchtigung erleben. Zum Teil dürfte dies auf objektive Mehrbelastung, zum Teil auf die durch Schichtarbeit verminderte Toleranz weiteren Belastungen gegenüber zurückzuführen sein.

Bei 11 von 29 Beschwerden (Tab. 7) sind die Angaben bei Schichtarbeit signifikant häufiger. Neben den schon eingangs genannten Beziehungen ergeben sich noch folgende häufigere Beschwerden: Übelkeit, Hustenreiz, Sodbrennen, Grippe, Gehörschäden, Bandscheibenschäden, Kopfschmerzen, hoher Blutdruck. Aufgrund der ja niemals gelingenden Umstellung des physiologischen Tag-Nacht-Rhythmus sind die Entstehung von Hochdruck und Kopfschmerzen vorstellbar (veränder-

ter Gefäßtonus?). Übelkeit und Sodbrennen können im Zusammenhang mit den schon oben beschriebenen Magenstörungen gesehen werden. Die vermehrte Angabe von Grippe könnte entweder auf eine vermehrte Infektanfälligkeit durch das „Leben gegen die physiologischen Abläufe“ oder auf eine vermehrte „Flucht in die Krankheit“ aufgrund der Überforderung hinweisen.

Betrachtet man in gleicher Weise die Beziehungen von den Krankheiten aus, so zeigt sich, daß folgende Krankheiten Beziehungen zu der Mehrzahl der Belastungen (zu 10 und mehr) und auch zu allen Belastungsbereichen zeigen:

Kopfschmerzen, Nervosität sowie nervöse Störungen; Hustenreiz; Magenschleimhautentzündungen, Magenbeschwerden; Rückenschmerzen, rheumatische Beschwerden; Augenverletzungen.

Diese Krankheiten erweisen sich also als abhängig von der hohen Gesamtbelastung der Werftarbeiter.

Nur zu wenigen Belastungen haben folgende Krankheiten eine Beziehung (siehe globale, aber spezifische Folge):

Bronchitis; Magengeschwüre; Kreislaufbeschwerden; Rheuma; Bandscheibenschäden; Gehörschäden.

Bronchitis hat Beziehungen zu Belastungen wie ‚Sand‘, ‚weitere Schadstoffe‘ (bei Gase, Dämpfe, Staub weist die Signifikanzprüfung auf 5% bis 6% Irrtumswahrscheinlichkeit, also „fast nicht mehr zufällig“). Bronchitis korreliert mit „einseitige Belastungen.“

Magengeschwüre korrelieren mit Vorgesetztenhetze und Beeinträchtigungen durch Sand.

Kreislaufbeschwerden haben Beziehungen zu Vorgesetztenhetze, einseitigen Belastungen und Hitze.

Herzbeschwerden zeigen Beziehungen zu Vorgesetztenhetze, schwerem Heben und weiteren Schadstoffen.

Rheuma hat Beziehungen zu Termin- und Akkordhetze, einseitigen Belastungen, weiteren Schadstoffen und Gasen.

Bandscheibenschäden korrelieren mit Zwangshaltungen, einseitigen Belastungen und Gasen (bei schwerem Heben 6% Irrtumswahrscheinlichkeit).

Bei fast allen Beschwerden/Belastungen ist eine Zunahme in Abhängigkeit von der Zahl der angegebenen Belastungen nachweisbar (basiert auf einer hier nicht wiedergegebenen Signifikanz-Berechnung).

5. Belastungen und Beschwerden in den Berufsgruppen

In den Tabellen 5, 6 und 7 sind die Belastungs- und Beschwerden-Angaben nach den Berufsgruppen aufgeschlüsselt. Sowohl die unterschiedlichen Belastungen und Beschwerden einerseits als auch die teilweise in allen Berufsgruppen ähnlich hohen Belastungen und Beschwer-

den andererseits sind leicht den Tabellen zu entnehmen. Erkennbar wird insgesamt die geringere Belastung sowie die geringere Beschwerdebhäufigkeit bei den Drehern einerseits und die besonders hohe Belastung und Beschwerdebhäufigkeit bei den Schweißern andererseits. Die Belastungen/Beschwerden von Malern, Schlossern und Rohrschlossern sind denen der Schweißer ähnlicher. Auch durch die Summe der angegebenen Belastungen wird dies noch einmal deutlich (Tab. 5):

Tabelle 5: Summe der angegebenen Belastungen nach Berufsgruppen (Angaben in % pro Zeile)

Berufsgruppen	Summe der angegebenen Belastungen		
	0 – 5	6 – 10	über 11 Belastungen
Schlosser	26	34	40
Dreher	44	45	11
Maler	32	36	32
Schweißer	11	44	44
Rohr-/Masch.schl.	25	35	40
Sonstige	17	30	52
	29 %	37 %	34 %

Auf die Ergebnisse soll beispielhaft anhand zweier Berufsgruppen – den Schweißer und den Schlosser – eingegangen werden.

Schweißer:

Im Vergleich der Berufsgruppen liegen die Schweißer bei der Nennung von Belastungen an der Spitze. Die Fragen nach den verschiedenen Formen der Arbeitshetze werden überwiegend positiv beantwortet; den Akkord als Belastung zu erleben, wird sogar von 85% der befragten Schweißer angegeben. Ähnlich stark sind die Schweißer auch durch Schadstoffe – nach ihren Angaben – belastet: So geben 82% eine Belastung durch Gase und 93% eine durch weitere Schadstoffe an; es handelt sich hierbei im Vergleich der Berufsgruppen um die höchsten Prozentzahlen positiver Nennungen. Als weitere, die überwiegende Mehrheit betreffende Belastungen werden genannt: Lärm (81%), Witterungseinflüsse, einseitige körperliche Belastung und ständiges Hinsehen.

Den hohen Prozentzahlen bei den Belastungen entsprechen ebenso hohe positive Nennungen bei den Beschwerden/Erkrankungen; auch hier stehen die Schweißer an der Spitze im Berufsgruppenvergleich. Die in dieser Berufsgruppe höchste Nennung von Magenbeschwerden (41% Sodbrennen, 44% Magenverstimmung, 33% Magenschleimhaut-

entzündung) erscheint bei Kenntnis der Art und Häufigkeit der angegebenen Belastungen sehr plausibel und konnte mit Hilfe des Chi²-Vierfelder Testes bestätigt werden. Sowohl die Belastung durch Gase/Dämpfe – selbst ohne MAK-Wert-Überschreitung – als auch die Belastung durch Akkord und Arbeitshetze sowie schließlich die durch Lärm, sie alle tragen – das ist arbeitsmedizinisch bekannt²⁰ – zu Störungen im Bereich des Magens bei.

Die im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen höchste Nennung von Kopfschmerzen (74%) und Hustenreiz (48%) sowie Bronchitis (26%) steht ebenfalls erwartungsgemäß im Zusammenhang zur Häufigkeit der Belastung durch Gase/Dämpfe und Staub. Die Maler, die ähnlich hohen Belastungen durch Gase/Dämpfe und Staub ausgesetzt sind, geben in einem ähnlich hohen Ausmaß die genannten Beschwerden an.

Die wiederum höchste Nennung von Schlafstörungen (41%) und Nervosität (40%) in der Gruppe der Schweißer weist – wahrscheinlich – auf die hohe Belastung durch Arbeitshetze und insbesondere Akkord hin. Möglicherweise ist auch der besonders hohe Prozentsatz derjenigen, die in dieser Berufsgruppe Kopfschmerzen angeben (74%), durch die besonders häufige Belastung durch Arbeitshetze/Akkord mit zu erklären. Die Maler – unter ähnlichen Belastungen durch auch Kopfschmerz verursachenden Dämpfen/Gasen – geben bei weniger häufig genannter Belastung durch Arbeitshetze/Akkord „nur“ in 58% Kopfschmerzen an.

Schlosser:

Bei den Schlossern wird – im Vergleich der Berufsgruppen – mit höchsten Prozentangaben das schwere Heben als Belastung angegeben (77%). Mit 35% liegt die Belastung durch einseitige körperliche Belastung ebenfalls im Berufsgruppen-Vergleich weit vorn. Die Hetze durch Termine und Akkord steht mit 67% bzw. 71% ebenfalls – nach den Schweißern – an der Spitze der Nennungen. Unter den Schadstoffen wird mit 83% die durch Staube (höchste Nennung der Berufsgruppen), durch Gase (61%) und die durch Dämpfe (45%) ebenfalls sehr häufig genannt. Besonders häufig sind offensichtlich die Belastungen durch Lärm (77%) und Unfallgefahren (67%).

Entsprechend der hohen Nennung einseitiger körperlicher Belastung sowie des schweren Hebens werden in dieser Berufsgruppe die meisten positiven Angaben über Rückenschmerzen (66%), „Rheuma“ (22%), Bandscheibenschäden (25%) und Zerrungen (21%) gemacht. Auch in dieser Berufsgruppe werden besonders häufig die Beschwerden Hustenreiz (40%) und Bronchitis (21%) genannt. Eine Beziehung zur relativ hohen Belastung durch Staube und Dämpfe/Gase ist naheliegend. Der hohe Prozentsatz von Angaben über Lärm-Belastung mag sich im relativ hohen Prozentsatz von Gehörschäden (26%), aber auch im

Tabelle 6: Belastungen in den Berufsgruppen
sowie Schichtarbeiter gegen Normalschicht
- Ergebnisse der Signifikanzteste - (N = 361)

	alle 361	Schicht: Nein	Schicht: Ja	Signifik. Schicht: ja/nein	Schlosser	Dreher	Maler	Schweißer	Rohrschlosser	Sonstige	Signifik. Berufe
Dämpfe	45	40	61	sss	45	43	56	41	42	39	-
Gase	57	55	63	-	61	15	80	82	67	70	ss
Staub	75	73	81	-	83	49	82	81	81	83	ss
Sand	17	14	23	6 %	19	1	18	4	21	52	ss
weitere Schadstoffe	15	16	13	-	12	0	8	93	7	35	ss
Lärm	76	72	87	s	77	68	78	81	84	61	-
Hitze	38	34	49	s	34	41	52	0	49	30	sss
Witterung	64	60	73	s	68	51	54	81	74	56	ss
schw.Heben	56	53	66	s	77	20	42	30	77	70	ss
eins.Belast.	32	25	52	sss	35	24	28	44	28	48	-
schl.Licht	51	46	64	ss	54	32	58	48	61	56	s
st.Hinsehen	36	33	45	s	29	45	30	67	28	35	s
Unfallgef.	58	54	68	s	67	29	62	56	68	65	-
Schichtarb.	20	0	77	sss	17	28	12	7	26	26	7 %
Termine	60	53	81	sss	67	56	52	67	49	70	-
Akkord	68	63	80	ss	71	60	68	85	65	61	-
Vorg.Hetze	41	37	53	sss	41	23	44	63	44	65	ss
Zwangshalt.	34	28	53	sss	37	25	30	37	40	39	-

Die Zahlen bedeuten % pro Zeile.

Signifik.: Ergebnis des Chi-Quadrat-Signifikanztestes;

"-" = zufällige Unterschiede

sss = Unterschiede innerhalb der Zeile sind
nicht durch Zufall zu erklären;
Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 0,0001

ss = Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 0,001

s = Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 0,05
und größer 0,01

6%, 7% = Irrtumswahrscheinlichkeit ist direkt angegeben

hohen Prozentsatz von Kopfschmerzen (48%) sowie den Magen-Beschwerden (41%) niederschlagen. Denn Lärm führt über Veränderungen der Magen-Darm-Bewegungen und der Magensaftproduktion

Tabelle 7: Krankheiten und Beschwerden in den Berufsgruppen
(Angaben in % pro Zeile)

	alle 361	Schicht:nein	Schicht:ja	Signifikanz Schicht:ja/nein	Schlosser	Dreher	Maier	Schweißer	Rohrschlosser	Sonstige	Signifikanz Berufsgruppen
Übelkeit	25	21	34	s	36	8	26	26	11	44	5 %
Schwindel	26	23	32	-	26	8	34	44	23	44	ss
Kopfschmerz	52	49	61	6 %	48	39	58	74	58	61	s
Schüttelfrost	7	5	11	-	8	3	6	15	4	13	-
Erbrechen	8	6	12	-	11	0	20	0	2	13	sss
Müdigkeit	53	51	59	-	53	44	58	56	53	61	-
Atemnot	17	16	20	-	17	7	34	26	9	30	-
Nervosität	42	39	48	-	43	37	40	48	40	48	-
Schlafstörungen	29	23	46	sss	30	24	22	41	26	48	-
Hustenreiz	35	32	44	s	40	15	44	48	30	44	s
Bronchitis	19	17	23	-	21	9	16	26	14	48	s
Sodbrennen	24	20	36	ss	30	9	30	41	18	26	s
Magenverstimmung	36	32	48	ss	41	23	50	44	28	35	s
Magenschleim.	21	16	34	sss	20	16	20	33	23	17	-
Magengeschwüre	6	6	5	-	keine Unterschiede						
Magenoper.	2,5	3	1	-	0*	0*	2*	3*	2*	2*	s
Kreislaufstör.	26	24	30	-	25	21	34	30	21	35	-
Herzbeschw.	16	16	16	-	39	9	14	22	14	22	-
nied. Blutdruck	14	17	4	ss	keine Unterschiede						
hoh. Blutdruck	13	10	22	ss	keine Unterschiede						
Rückenschmerzen	61	62	60	-	66	48	54	67	74	57	s
Rhouma	23	22	26	-	22	11	24	33	28	39	s
Bandscheibe	25	22	33	s	26	16	22	22	30	39	-
Zerrungen	19	16	24	-	21	7	12	26	28	26	-
Grippe	31	27	42	s	35	20	32	44	25	44	7 %
Cohörschäden	30	27	38	s	26	24	20	59	39	30	s
Hämorrh.	21	19	26	-	15	16	28	48	21	22	s
Augenverl.	24	24	23	-	22	16	26	44	30	22	6 %
Fremdkörper	12	12	11	-	keine Unterschiede						

Erläuterungen zum Signifikanztest siehe Tabelle 3.

* = absolute Zahlen

zu Magenbeschwerden. Auch wird durch Lärm die Gefäßweite der Blutgefäße des Kopfes verändert, was zu Kopfschmerzen beitragen kann.²¹

6. Einige Überlegungen zur Befragung

Bei der ‚Grobheit‘ der angewendeten Befragungs-Methode (nicht scharf definierende Laienbegriffe, Form der Durchführung der Befragung etc.) kann es allein um das Herausarbeiten von Tendenzen gehen. Dies scheint auch gelungen zu sein.

Neben zahlreichen Korrelationen zwischen Belastungen und Beschwerden/Krankheiten, die auch eine hohe Plausibilität aufweisen, gibt es zahlreiche, bei denen eine solche Plausibilität nicht gegeben ist. Plausibel ist z. B. der Zusammenhang von Dämpfen/Gasen/Staub/Sand und Witterung mit ‚Hustenreiz‘. Nicht plausibel erklärbar hingegen ist der Zusammenhang von Akkord- und Terminhetze mit Hustenreiz. Hier kann es sich um Korrelationen handeln, die nur – im Sinne einer ‚Indikatorfunktion‘ – auf eigentlich spezifischere Belastungen verweisen (Vergl. oben). Derartige Beziehungen könnten aber auch über Interkorrelationen zustandekommen, die *selbst* gar keine sinnvollen kausalen Zusammenhänge beinhalten.

Da für die meisten der hier infrage kommenden Beschwerden/Krankheiten auch von Seiten der Medizin keine ausreichenden Kenntnisse zur Ätiologie oder den Risikofaktoren dieser Erkrankungen bekannt sind, ist es aber ohne weiteres möglich, daß sich hinter zahlreichen erst einmal nicht plausibel erscheinenden Korrelationen mittelbar über eine dritte Größe, die nicht erfaßt wurde, eigentlich sinnvolle und somit auch plausible Beziehungen verstecken. Derartige nicht plausible Korrelationen sollten somit Anlaß für weitere Untersuchungen sein. Eine Ablehnung als unsinnig sollte – beim geringen Kenntnisstand der Medizin – nur mit Zurückhaltung erfolgen.

Der mögliche Einwand, es handle sich bei den Angaben ja nur um subjektive Daten, ist zutreffend. Es geht jedoch nicht zuletzt um das Wohlbefinden der Arbeitenden (s. Diskussion der Befindlichkeitsstörungen), so daß ein derartiges Vorgehen gerechtfertigt erscheint. Darüberhinaus scheint durch die gefundenen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen deutlich zu werden, daß in den subjektiven Angaben sich auch objektive Verhältnisse widerspiegeln. Denn nur so scheinen Berufsgruppenunterschiede plausibel erklärbar, wollte man nicht eine Selektion schon primär Kranker oder Anfälliger zu den einzelnen Berufsgruppen postulieren. Zudem ist dies bei der durchschnittlich sehr langen Berufszugehörigkeit am gleichen Arbeitsplatz auch fast schon auszuschließen.

Aber auch in sozialwissenschaftlicher und insbesondere methodischer Hinsicht birgt die Befragung einige Probleme. Die Befragungsbedingungen waren nicht standardisiert, die Begriffe in ihrer Treffsicherheit für das Gemeinte (z. B. ‚rheumatische Beschwerden‘, ‚einseitige Belastung‘) nicht validiert. Daß dennoch ein solch ‚grobes‘ Verfahren

Tabelle 7: Krankheiten und Beschwerden in den Berufsgruppen
(Angaben in % pro Zeile)

	alle	361	Schicht:nein	Schicht:ja	Signifikanz Schicht:ja/nein	Schlosser	Dreher	Maler	Schweißer	Rohrschlosser	Sonstige	Signifikanz Berufsgruppen
Übelkeit	25	21	34	s	-	36	8	26	26	11	44	s
Schwindel	26	23	32	-	-	26	8	34	44	23	44	ss
Kopfschmerz	52	49	61	6	8	48	39	58	74	58	61	s
Schüttelfrost	7	5	11	-	-	8	3	6	15	4	13	-
Erbrechen	8	6	12	-	-	11	0	20	0	2	13	sss
Müdigkeit	53	51	59	-	-	53	44	58	56	53	61	-
Atemnot	17	16	20	-	-	17	7	34	26	9	30	-
Nervosität	42	39	48	-	-	43	37	40	48	40	48	-
Schlafstörungen	29	23	46	sss	-	30	24	22	41	26	48	-
Hustenreiz	35	32	44	s	-	40	15	44	48	30	44	s
Bronchitis	19	17	23	-	-	21	9	16	26	14	48	s
Sodbrennen	24	20	36	ss	-	30	9	30	41	18	26	s
Magenverstopfung	36	32	48	ss	-	41	23	50	44	28	35	s
Magenschleim.	21	16	34	sss	-	20	16	20	33	23	17	-
Magenschwüre	6	6	5	-	-	keine Unterschlade						
Magenoper.	2,5	3	1	-	-	0*	0*	2*	3*	2*	2*	s
Kreislaufstör.	26	24	30	-	-	25	21	34	30	21	35	-
Herzbeschw.	16	16	16	-	-	39	9	14	22	14	22	-
nied.Blutdruck	14	17	4	ss	-	keine Unterschlade						
hoch. Blutdruck	13	10	22	ss	-	keine Unterschlade						
Rückenschmerzen	61	62	60	-	-	66	48	54	67	74	57	s
Rhouna	23	22	26	-	-	22	11	24	33	28	39	s
Bandscheibe	25	22	33	s	-	26	16	22	22	30	39	-
Zerrungen	19	16	24	-	-	21	7	12	26	28	26	-
Grippe	31	27	42	s	-	35	20	32	44	25	44	7
Gehörschäden	30	27	38	s	-	26	24	20	59	39	30	s
Hämorrh.	21	19	26	-	-	15	16	28	48	21	22	s
Augenverl.	24	24	23	-	-	22	16	26	44	30	22	6
Fremdkörper	12	12	11	-	-	keine Unterschlade						6

Erläuterungen zum Signifikanztest siehe Tabelle 3.
* = absolute Zahlen

zu Magenbeschwerden. Auch wird durch Lärm die Gefäßweite der Blutgefäße des Kopfes verändert, was zu Kopfschmerzen beitragen kann.²¹

6. Einige Überlegungen zur Befragung

Bei der ‚Grobheit‘ der angewendeten Befragungs-Methode (nicht scharf definierende Laienbegriffe, Form der Durchführung der Befragung etc.) kann es allein um das Herausarbeiten von Tendenzen gehen. Dies scheint auch gelungen zu sein.

Neben zahlreichen Korrelationen zwischen Belastungen und Beschwerden/Krankheiten, die auch eine hohe Plausibilität aufweisen, gibt es zahlreiche, bei denen eine solche Plausibilität nicht gegeben ist. Plausibel ist z. B. der Zusammenhang von Dämpfen/Gasen/Staub/Sand und Witterung mit ‚Hustenreiz‘. Nicht plausibel erklärbar hingegen ist der Zusammenhang von Akkord- und Terminhetze mit Hustenreiz. Hier kann es sich um Korrelationen handeln, die nur – im Sinne einer ‚Indikatorfunktion‘ – auf eigentlich spezifischere Belastungen verweisen (Vergl. oben). Derartige Beziehungen könnten aber auch über Interkorrelationen zustandekommen, die *selbst* gar keine sinnvollen kausalen Zusammenhänge beinhalten.

Da für die meisten der hier infrage kommenden Beschwerden/Krankheiten auch von Seiten der Medizin keine ausreichenden Kenntnisse zur Ätiologie oder den Risikofaktoren dieser Erkrankungen bekannt sind, ist es aber ohne weiteres möglich, daß sich hinter zahlreichen erst einmal nicht plausibel erscheinenden Korrelationen mittelbar über eine dritte Größe, die nicht erfaßt wurde, eigentlich sinnvolle und somit auch plausible Beziehungen verstecken. Derartige nicht plausible Korrelationen sollten somit Anlaß für weitere Untersuchungen sein. Eine Ablehnung als unsinnig sollte – beim geringen Kenntnisstand der Medizin – nur mit Zurückhaltung erfolgen.

Der mögliche Einwand, es handle sich bei den Angaben ja nur um subjektive Daten, ist zutreffend. Es geht jedoch nicht zuletzt um das Wohlbefinden der Arbeitenden (s. Diskussion der Befindlichkeitsstörungen), so daß ein derartiges Vorgehen gerechtfertigt erscheint. Darüberhinaus scheint durch die gefundenen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen deutlich zu werden, daß in den subjektiven Angaben sich auch objektive Verhältnisse widerspiegeln. Denn nur so scheinen Berufsgruppenunterschiede plausibel erklärbar, wollte man nicht eine Selektion schon primär Kranker oder Anfälliger zu den einzelnen Berufsgruppen postulieren. Zudem ist dies bei der durchschnittlich sehr langen Berufszugehörigkeit am gleichen Arbeitsplatz auch fast schon auszuschließen.

Aber auch in sozialwissenschaftlicher und insbesondere methodischer Hinsicht birgt die Befragung einige Probleme. Die Befragungsbedingungen waren nicht standardisiert, die Begriffe in ihrer Treffsicherheit für das Gemeinte (z. B. ‚rheumatische Beschwerden‘, ‚einseitige Belastung‘) nicht validiert. Daß dennoch ein solch ‚grobes‘ Verfahren

Tabelle 7: Krankheiten und Beschwerden in den Berufsgruppen
(Angaben in % pro Zeile)

	alle 361	Schicht:nein	Schicht:ja	Signifikanz Schicht:ja/nein	Schlosser	Dreher	Maler	Schweizer	Rohrschlosser	Sonstige	Signifikanz Berufsgruppen
Übelkeit	25	21	34	s	36	8	26	26	11	44	5 %
Schwindel	26	23	32	-	26	8	34	44	23	44	ss
Kopfschmerz	52	49	61	6 %	48	39	58	74	58	61	s
Schüttelfrost	7	5	11	-	8	3	6	15	4	13	-
Erbrechen	8	6	12	-	11	0	20	0	2	13	sss
Müdigkeit	53	51	59	-	53	44	58	56	53	61	-
Atemnot	17	16	20	-	17	7	34	26	9	30	-
Nervosität	42	39	48	-	43	37	40	48	40	48	-
Schlafstörungen	29	23	46	sss	30	24	22	41	26	48	-
Hustenreiz	35	32	44	s	40	15	44	48	30	44	s
Bronchitis	19	17	23	-	21	9	16	26	14	48	s
Sodbrennen	24	20	36	ss	30	9	30	41	18	26	s
Magenverstimmung	36	32	48	ss	41	23	50	44	28	35	s
Magenschleim.	21	16	34	sss	20	16	20	33	23	17	-
Magengeschwüre	6	6	5	-	keine Unterschiede						
Magenoper.	2,5	3	1	-	0*	0*	2*	3*	2*	2*	s
Kreislaufstör.	26	24	30	-	25	21	34	30	21	35	-
Herzbeschw.	16	16	16	-	39	9	14	22	14	22	-
nied. Blutdruck	14	17	4	ss	keine Unterschiede						
hoh. Blutdruck	13	10	22	ss	keine Unterschiede						
Rückenschmerzen	61	62	60	-	66	48	54	67	74	57	s
Rheuma	23	22	26	-	22	11	24	33	28	39	s
Bandscheibe	25	22	33	s	26	16	22	22	30	39	-
Zerrungen	19	16	24	-	21	7	12	26	28	26	-
Grippe	31	27	42	s	35	20	32	44	25	44	7 %
Cehörschäden	30	27	38	s	26	24	20	59	39	30	s
Hämorrh.	21	19	26	-	15	16	28	48	21	22	s
Augenverl.	24	24	23	-	22	16	26	44	30	22	6 %
Fremdkörper	12	12	11	-	keine Unterschiede						

Erläuterungen zum Signifikanztest siehe Tabelle 3.

* = absolute Zahlen

zu Magenbeschwerden. Auch wird durch Lärm die Gefäßweite der Blutgefäße des Kopfes verändert, was zu Kopfschmerzen beitragen kann.²¹

6. Einige Überlegungen zur Befragung

Bei der ‚Grobheit‘ der angewendeten Befragungsmethode (nicht scharf definierende Laienbegriffe, Form der Durchführung der Befragung etc.) kann es allein um das Herausarbeiten von Tendenzen gehen. Dies scheint auch gelungen zu sein.

Neben zahlreichen Korrelationen zwischen Belastungen und Beschwerden/Krankheiten, die auch eine hohe Plausibilität aufweisen, gibt es zahlreiche, bei denen eine solche Plausibilität nicht gegeben ist. Plausibel ist z. B. der Zusammenhang von Dämpfen/Gasen/Staub/Sand und Witterung mit ‚Hustenreiz‘. Nicht plausibel erklärbar hingegen ist der Zusammenhang von Akkord- und Terminhetze mit Hustenreiz. Hier kann es sich um Korrelationen handeln, die nur – im Sinne einer ‚Indikatorfunktion‘ – auf eigentlich spezifischere Belastungen verweisen (Vergl. oben). Derartige Beziehungen könnten aber auch über Interkorrelationen zustandekommen, die *selbst* gar keine sinnvollen kausalen Zusammenhänge beinhalten.

Da für die meisten der hier infrage kommenden Beschwerden/Krankheiten auch von Seiten der Medizin keine ausreichenden Kenntnisse zur Ätiologie oder den Risikofaktoren dieser Erkrankungen bekannt sind, ist es aber ohne weiteres möglich, daß sich hinter zahlreichen erst einmal nicht plausibel erscheinenden Korrelationen mittelbar über eine dritte Größe, die nicht erfaßt wurde, eigentlich sinnvolle und somit auch plausible Beziehungen verstecken. Derartige nicht plausible Korrelationen sollten somit Anlaß für weitere Untersuchungen sein. Eine Ablehnung als unsinnig sollte – beim geringen Kenntnisstand der Medizin – nur mit Zurückhaltung erfolgen.

Der mögliche Einwand, es handle sich bei den Angaben ja nur um subjektive Daten, ist zutreffend. Es geht jedoch nicht zuletzt um das Wohlbefinden der Arbeitenden (s. Diskussion der Befindlichkeitsstörungen), so daß ein derartiges Vorgehen gerechtfertigt erscheint. Darüberhinaus scheint durch die gefundenen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen deutlich zu werden, daß in den subjektiven Angaben sich auch objektive Verhältnisse widerspiegeln. Denn nur so scheinen Berufsgruppenunterschiede plausibel erklärbar, wollte man nicht eine Selektion schon primär Kranker oder Anfälliger zu den einzelnen Berufsgruppen postulieren. Zudem ist dies bei der durchschnittlich sehr langen Berufszugehörigkeit am gleichen Arbeitsplatz auch fast schon auszuschließen.

Aber auch in sozialwissenschaftlicher und insbesondere methodischer Hinsicht birgt die Befragung einige Probleme. Die Befragungsbedingungen waren nicht standardisiert, die Begriffe in ihrer Treffsicherheit für das Gemeinte (z. B. ‚rheumatische Beschwerden‘, ‚einseitige Belastung‘) nicht validiert. Daß dennoch ein solch ‚grobes‘ Verfahren

gewählt wurde, erklärt sich aus der Zielsetzung und den Arbeitsmöglichkeiten des durchgeführten Projektes. Primär ging es darum, Gesundheit und Gefährdung von Gesundheit als Thema in die gewerkschaftliche Arbeit einzuführen. Hierbei war die Durchführung der Befragung nur *eine* Form gemeinsamer Arbeit von Belegschaftsangehörigen mit Wissenschaftlern. Für die Erarbeitung eines ausgefeilten Untersuchungsinstrumentariums gab es dabei keinen Raum. Zudem war auch aufgrund der betrieblichen Möglichkeiten gar nicht an eine übliche Interview- oder Fragebogenuntersuchung im Betrieb zu denken.

Schließlich ist daran zu erinnern, daß diese Erhebung mit Hilfe eines Gesundheitsfragebogens erst einmal auch Modellcharakter hatte. Es mußte ausprobiert werden, ob eine Arbeit mit einem solchen oder ähnlichen Fragebogen in der hier beschriebenen Weise überhaupt möglich ist.

Beim Einwand, daß Fragebögen in homogenen Gruppen ausgefüllt wurden, ist zu fragen, ob die Antworten bei einem solchen kollektiven Vorgehen nicht u. U. dem realen Erleben der durch die Befragung zu erfassenden Situation adäquater ist, als in der – für die Beschäftigten einer Werft eher ‚unnatürlichen‘ – Vereinzelung.

V. Folgen und Folgerungen

In die Fragebogenuntersuchung sind Fragen nach Veränderungsvorstellungen aufgenommen worden. Zusammenfassend ergab sich dabei folgender Forderungskatalog:

- | | |
|--|------|
| 1. Arbeitsplatzuntersuchungen auf Belastungen durch Lärm, Staub und Gase | 68 % |
| 2. Abschaffung des Akkords | 65 % |
| 3. Jährliche Untersuchungen | 57 % |
| 4. Bezahlte zusätzliche Pausen | 55 % |
| 5. Verkürzung des Arbeitstages | 42 % |
| 6. Abschaffung der Schichtarbeit | 32 % |
| 7. Verringerung der Überstunden | 29 % |
| 8. Mitbestimmung bei der Arbeitsplanung | 14 % |

In den Forderungen werden sowohl Interessen sichtbar, die sich auf die Verbesserung der bestehenden Arbeitssicherheitspolitik richten, als auch Interessen, die die Bedingungen extensiver und intensiver Leistungsverausgabung zum Gegenstand haben. Beispielhaft soll abschließend auf einige Kernpunkte betrieblicher Auseinandersetzungen eingegangen werden.

1. In dem untersuchten Betrieb ist Gesundheit und die betriebliche Bedrohung von Gesundheit innerhalb der letzten Jahre zu einem Thema

betrieblicher Auseinandersetzungen geworden. Auf Branchenversammlungen sind Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes mit zum zentralen Thema geworden. Am Arbeitsplatz selbst spricht man eher als früher über die Gesundheit; Befindlichkeitsstörungen werden eher wahr- und ernstgenommen. Dies drückt sich z. B. aus in der Weigerung der Schweißer, selbst dann nicht in geschlossenen Räumen mit frischer Lackierung zu arbeiten, wenn keine MAK-Wertüberschreitungen vorliegen. Im Laufe dieser Auseinandersetzungen um Gase und Dämpfe kam es erstmalig dazu, daß die Gewerbeaufsicht das „subjektive Gefühl“ der gesundheitlichen Beeinträchtigung als Grund zur Arbeitsniederlegung akzeptieren mußte. Später wurde dies jedoch – offensichtlich unter Druck – wieder daraufhin eingeschränkt, daß die Gewerbeaufsicht unmittelbar zur Entscheidung herangezogen werden kann.

2. Diese über die Gesundheitsdiskussion erhöhte Sensibilisierung richtet sich auch auf den Bereich der Lohn- und Leistungsgestaltung. Entsprechend der engen Koppelung von Arbeitssicherheit und Leistungsgestaltung beziehen sich die Forderungen und Auseinandersetzungen auf bessere Vorgabezeiten und – wie aus der Untersuchung hervorgeht – perspektivisch auf die Abschaffung des Leistungsdrucks durch die Akkordentlohnung. So finden sich fast identische Angaben zu „Arbeitshetze und Streß durch Akkord“ – 68% – und der Forderung nach „Abschaffung des Akkords“ – 65%.

3. Unter den Bedingungen einer eher defensiven Betriebspolitik angesichts der gegenwärtigen krisenhaften Situation in der Werftindustrie richten sich Interessen und Aktivitäten – neben den Forderungen nach besseren Informationen und Arbeitsplatzuntersuchungen – vor allem auf ein Mehr an Arbeitssicherheit.

So hat die bisherige Auseinandersetzung um die Arbeiten mit Asbest folgendes erbracht: Die Verwendung dieses Schadstoffes, der zu schweren Lungenerkrankungen und auch zu Krebs führen kann, konnte weitgehend im Zuge immer wieder aufflammender Auseinandersetzungen eingedämmt werden. So werden z. B. keine Asbestplatten mehr an Bord – ehemals die Hauptquelle der Arbeitsbelastung durch Asbest – eingebaut. Immer wieder hatten sich die Arbeiter an verschiedenen Stellen geweigert, mit Asbest zu arbeiten; die Geschäftsleitung sah sich mehrfach gezwungen, verschiedene Schutzmaßnahmen zu treffen, um der Kritik gerecht zu werden. Schutzeinrichtungen wie Saugeräte und Container waren installiert worden, später Einweganzüge gestellt worden. Das vorläufige Ergebnis ist, daß eine vergleichsweise hohe Investition zur Ausgestaltung eines speziellen Raumes für Asbestarbeiten in der zweiten Jahreshälfte 1979 von der Geschäftsleitung zugesagt werden mußte.

Durch den Druck der Belegschaft mußten arbeitsmedizinische Überprüfungen der belastenden Arbeitsbedingungen (so z. B. bei bestimmten Schweißelektroden) durchgeführt werden. Dies hat zu Revisionen in den Arbeitsanordnungen geführt. (So hat es bei Schweißarbeiten an Grundplatten aufgrund der hohen Schadstoffbelastungs-Empfindungen der Betroffenen Arbeitsniederlegungen gegeben, wodurch dann das Schweißen unter Gasmasken und die damit verbundene Erschwerniszulage vereinbart wurde).

Die Reichweite der oben aufgeführten Forderungen macht gewerkschaftliche Strategien auf Branchenebene erforderlich. Um unter den Konkurrenzbedingungen der Wertindustrie überhaupt perspektivisch Änderungen zu erzielen, sind *betriebsübergreifende Abwehrstrategien* und betriebsübergreifende Regelungen wie etwa die Einschränkung von Überstunden, die Regelung der Entlohnung, Formen zeitlicher Entdichtung und der Arbeitszeitverkürzung generell notwendig. Das heißt, die Forderungen verweisen auf eine Gegenmachtentwicklung, die die Grenzen betrieblicher Abwehrkraft bei weitem überschreitet. Eine abschließende Bemerkung: Daß diese Ausführungen eher den Charakter eines Zwischenberichts tragen, verweist auf den stärker prozessualen Charakter der *Kooperation von Arbeitnehmern eines Betriebes und Wissenschaftlern*. Es ist ein Stück eines noch nicht abgeschlossenen Lernprozesses. U.E. kommt es unter den dargestellten zugespitzten Belastungsbedingungen darauf an, neben der Erforschung präziserer und aufbereiteter Analysen zu den betrieblichen Ursachen von Krankheiten Prozesse der kontinuierlichen Kommunikation zwischen Arbeitnehmern und Wissenschaftlern in Gang zu setzen. Diese erst bieten die notwendige Offenheit für gegenseitige Lernprozesse.

Anmerkungen:

- 1 Vgl. H. Abholz, H. Funke, E. Hildebrandt, F. Naschold, C. Watkinson, Die Entwicklung der Arbeitermedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit, in: WSI-Mitteilungen 2/1978
- 2 Gegenwärtig entsteht ein wesentlich von den im Betrieb beteiligten Kolleginnen und Kollegen erstellter Bericht zu dieser Fragebogenaktion, der sich besonders an die Belegschaften von Werftbetrieben richtet und der von F. Bettelhäuser u. a. unter dem Titel „Belastungen und Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz – Ergebnisse einer Untersuchung auf einer norddeutschen Werft“ herausgegeben wird.
- 3 S. hierzu z. B. mehrere Arbeiten in: Abholz, H.-H. (ed.): Krankheit und soziale Lage – Befunde der Sozialepidemiologie. Frankfurt, New York 1976
- 4 Rieke, J., W. Karmaus, R. Höh: Frühinvalidität – Arbeiterschicksal?, Jahrbuch f. Kritische Medizin, Bd. 2, Argument Sonderband 17, Berlin (West) 1977, S. 148–61
- 5 Office of Population Censuses and Surveys: Occupational Mortality,

- Decennial Suppl. 1970–72, HMSO, London 1978. Vergl. auch den Artikel von Borgers, D. in diesem Heft.
- 6 Preston, B.: Statistik der Ungleichheit. in: Abholz, H.-H. (ed.): Krankheit und soziale Lage, s. Fußnote 3
 - 7 Zitate aus den Diskussionen mit Werftarbeitern. Vergl. Teil III
 - 8 So wurde z. B. von Arbeitern eines großen westdeutschen Autokonzerns gefragt, ob beim Pressen der gefetteten Stahlbleche nicht gesundheitsgefährdende Dämpfe/Gas entstehen, die im Bereich von MAK-Wertüberschreitungen liegen könnten. Bei Besichtigung der Arbeitsplätze konnten tatsächlich minimale Dampf-/Gasentwicklungen gesehen werden und es roch nach warmem Fett in unmittelbarer Nähe der Presse. Die ‚Inhumanität‘ des Arbeitsplatzes scheint aber viel eher durch extreme Monotonie (täglich 1600 mal Einlegen des Bleches, doppelter Knopfdruck), Isolierung (wegen des Lärmes mußten Ohrstöpsel getragen werden, die Pressen ließen die Sicht auf den Nachbarbeiter nicht zu) und Lärm gekennzeichnet zu sein.
 - 9 Ein Beispiel für die Diskrepanz zwischen Befindlichkeitsstörung und „formaler Gesundheit“ ist das sog. Gießerei-Fieber. Seit Jahrzehnten bekannt kommt es bei Gießereiarbeitern, aber auch manchmal bei Schweißern, durch Einatmen von Metallrauch – insbesondere Zink – zu Fieber, das über Stunden anhält. Sowohl in der arbeitsmedizinischen Literatur als auch in der betriebsärztlichen Versorgung wird auf die „Harmlosigkeit“ dieses Fiebers verwiesen. Der Betriebsarzt einer norddeutschen Werft beruhigte damit, daß auch keine Spätfolgen bekannt seien, die dieses Fieber irgendwie als gesundheitliche Gefährdung erscheinen lassen kann. Was bei dieser Darstellung unterschlagen wird, ist, daß sich die Betroffenen häufig täglich und über mehrere Stunden elend fühlen.
 - 10 Da in der Medizin nur bei wenigen Krankheiten einigermaßen gesichertes Wissen zur Krankheitsursache und Krankheitsentstehung vorhanden ist, sich die Kenntnisse zumeist nur auf einige isolierte Faktoren in der Krankheitsentstehung beschränkt, ist es auch nicht verwunderlich, daß derartig geringe Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheit vorhanden sind. Hinzu kommt hier noch das politische Problem, daß nur in Ausnahmen überhaupt epidemiologische Studien zu diesem Zusammenhang angefertigt werden; diese könnten zumindest auf der Ebene der Korrelationen Hinweise auf Zusammenhänge geben.
 - 11 Vgl. hierzu F. Naschold u. Mitarbeit v. H. Funke, E. Hildebrandt, J. Rinderspacher, C. Watkinson, Arbeitszeit und Belastung, in AfA-Mitteilungen 3/79, Seite 15 f.
 - 12 Ebenda, S. 15 f.
 - 13 Eine Darstellung ist als Übersicht gegeben in: Wintersberger, H.: Gesundheitskämpfe in Italien – Von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin. Jahrbuch f. Kritische Medizin Bd. 3, Argument Sonderband 27, Berlin (West) 1978, S. 151–63 Vgl. auch H. Abholz u. a., a.a.O. sowie H. Funke, Taylorisierungstendenzen und Bedingungen der Gegenwehr, Berlin (West) 1978
 - 14 Vgl. zum folgenden Gerlinde Dörr, Roland Klautke, Gesundheitsinteressen und Industriearbeit, Aspekte der italienischen Arbeitermedizin, am WZB erstelltes Manuskript, Berlin 1980
 - 15 Über die spezifischen Bedingungen, die Entstehung und über die ersten Ergebnisse gibt Auskunft: Briziarelli, L. et al: Salute e Ambiente di lavoro – L'esperienza di Terni. Reihe: Riforme e Potere, Bari/Italien 1976
 - 16 Vergl. Lüsebrink, K.: Gesundheitliche Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit. Soziale Medizin (VII), Argument Sonderband 12, Berlin (West) 1976, S. 221–46

- 17 Elsner, G.: Lärmquellen und Möglichkeiten ihrer Bekämpfung im Urteil von Betriebsräten und Arbeitnehmern, Bundesminist. f. Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1977, S. 88 f., Vergl. auch: Valentin, H. et al: Arbeitsmedizin, Bd. 1, Stuttgart 1979
- 18 Die EDV-Auswertung machte: Thomas Hoppensack
- 19 Karmaus, W.: Lärm und Monotonie – Überlastung u. Unterforderung, in! Karmaus, W., V. Müller, G. Schienstock: Streß in der Arbeitswelt. Köln 1979. Vergl. auch Fußn. 17
- 20 s. Fußnoten 19 und 21
- 21 s. Fußnoten 17 und 19

Winfried Wotschack

Integrierte Belastungsanalyse industrieller Arbeitstätigkeiten

Über das Verhältnis von medizinischer Streßforschung und Arbeitsbelastungsanalyse*

Neben der Einschätzung von verschiedenen (auch in der Zeitschrift „Das Argument“ veröffentlichten) Ansätzen zur Problematik der Arbeitsbelastung ist diese Arbeit wesentlich bestimmt durch einige Erfahrungen und Überlegungen, wie sie mit der Forschungsaufgabe eines empirischen Belastungsprojektes verbunden sind.¹ Hierbei geht es zugleich um den Versuch, theoretische und methodische Elemente eines integrierten Belastungskonzeptes stufenweise aufzubauen. Ziel ist damit eine Erklärung und eine Präzision des – vielfach individualistisch oder zu global reflektierten – Belastungsphänomens auf allgemeinerer Ebene.

Angesichts einer kürzlich wieder verstärkt geführten Auseinandersetzung unter Medizinern um die *Ursachen des Herzinfarktes*, die als einen wesentlichen Aspekt auch Angriffe gegen die Streßforschung enthielt (vgl. Abschnitt 1) soll die Problematik der *Streßforschung* in einigen Grundzügen behandelt werden (Abschnitt 2). Hierzu muß jedoch der Streßbegriff operationalisiert, d. h. in diesem Falle auf ein adäquates Arbeitsverständnis bezogen werden. Aus der Kritik der *Arbeitswissenschaft* (Abschnitt 3) und der *industriesoziologi-*

* Für das „Argument“ bearbeitete Fassung von: „Arbeits-Stress als psychosomatisches Risiko. Über das Verhältnis von arbeitsinhaltlicher und sozialer Belastung und Beanspruchung. (Integrierte Belastung, Teil I)“, Preprint am Wissenschaftszentrum Berlin, September 1979

schen Forschung (Abschnitt 4) soll als Resümee auf Grundzüge eines *Konzeptes zur Belastungsforschung* eingegangen werden, welches den Zusammenhang von objektiven Arbeitsanforderungen und der Arbeitskraft in einen gesellschaftlichen Kontext stellt. Aus der medizinischen Sichtweise kann dies jedoch nur allgemeinste Hinweise auf Krankheitsursachen bedeuten. Eher geht es um die Problematik, inwieweit psychosomatische Krankheiten allgemeine Beanspruchungsindikatoren für die Industriearbeit darstellen können.

1. Eine medizinische Kontroverse?

Grundsätzlich werden als Entstehungsbedingungen für Herzinfarkt verschiedene Faktoren angeführt: Erstens „medizinische Risikofaktoren“ wie Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes, Übergewicht. Zweitens bestimmte Lebensgewohnheiten und drittens soziale Stressoren. Der Stellenwert bzw. die Berechtigung einiger der aufgezählten Bedingungen ist jedoch nicht unbestritten: Der Rückgang der Todesrate für koronare Herzkrankheiten in den USA ist G. Schettler und H. Greten Anlaß, eine analoge Entwicklung in der Bundesrepublik anzustreben. Konkret verstehen sie darunter, „wissenschaftlich erarbeitete Erkenntnisse der Bevölkerung so zu vermitteln, daß diese bereit ist, ihre Lebensgewohnheiten entsprechend zu ändern.“² Diese Bereitschaft der Bevölkerung hätte einen „außerordentlich kostensparenden Effekt: Nach vorsichtigen Schätzungen würde ein Rückgang der kardiovaskulären Krankheiten um 25 Prozent (also wie für die USA angenommen – W. W.) eine Einsparung von ca. 30 Milliarden bedeuten, wobei Akut- und Nachfolgekosten eingeschlossen sind.“³ Als Änderung der Lebensgewohnheiten bestimmen sie vor allem den Rückgang des Tabak- und Fettkonsums in den USA, von welchem auf eine Abnahme der Risikofaktoren Rauchen, Bluthochdruck, Hypercholesterin geschlossen werden könne. Die präventiven Überlegungen resultieren daher in der Übertragung dieses Modells auf die Bundesrepublik.

Hinter der Argumentation der Autoren verbirgt sich jedoch mehr. Denn sie nehmen zugleich Stellung zu der umstrittenen Frage nach den Ursachen von koronaren Herzkrankheiten, insbesondere des Herzinfarktes. Nicht psychosozialer Streß, sondern die benannten Risiko-Lebensgewohnheiten spielen ihrer Ansicht nach die wesentliche Rolle für diese Erkrankungen: erstens entbehre das „mit viel Enthusiasmus wieder aufgenommene Streßkonzept als der führenden Ursache insbesondere in der Entstehung der Herzinfarkte... bisher leider aussagekräftiger wissenschaftlicher Unterlagen...“ Und zweitens sei mit der Entwicklung in den USA nun der empirische Nachweis für die Irrelevanz des Stresses als Ursache augenscheinlich, es gäbe „keinerlei stich-

haltige Daten dafür, daß es in den Jahren des drastischen Rückganges der koronaren Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten eine nennenswerte Verminderung von Streß im allgemeinen, aber auch im speziellen gegeben habe.“⁴

Eben diese empirische Schlüssigkeit wird in verschiedener Hinsicht angezweifelt. M. Pflanz kritisiert eine Empfehlung der Ärztekammer,⁵ die eine ähnliche Stoßrichtung wie die obige Argumentation hat: „Zu der Zeit als die Empfehlungen verabschiedet wurden, lagen aber bereits die Ziffern für die Bundesrepublik Deutschland für 1977 vor, die einen Rückgang von 2,5% (der Sterblichkeit an kardiovaskulären Krankheiten – W. W.) bescheinigen.“ Dies lasse den Schluß zu, daß *ohne* veränderte Ernährungsgewohnheiten auch in der Bundesrepublik „der steile Anstieg. . . um 1972 abgestoppt ist und demnächst derselbe Trend wie in den USA und England zu beobachten sein wird.“⁶ D. h. aber, daß neben den Ernährungsgewohnheiten weitere Faktoren beteiligt gewesen sein müssen. Eben dies wird – unbenommen der Richtigkeit ärztlicher Ernährungsvorschläge – damit von der Ärztekammer bzw. von G. Schettler und H. Greten unterschlagen.

Nach M. Pflanz beruht der von den Autoren geglaubte Grad der Abnahme von Cholesterinwerten der Nahrung überdies auf statistischen Fehlschlüssen. Dagegen fordert er den Einbezug der Fragestellung, ob in den USA möglicherweise veränderte körperliche Aktivitäten eine Rolle spielten. Und ob nicht viele den Streß des Alltags reduziert haben. Der ausschließlichen Betrachtung des Ernährungs- bzw. Tabakkonsums stellt M. Pflanz also ein möglicherweise gestiegenes Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung gegenüber.⁷

Warum dann die vermutlich wissentlichen Fehlschlüsse? Diejenigen, welche die Beteiligung des sozialen Stresses bei der Herzinfarktgenese nicht ausschließen, negieren damit keineswegs umgekehrt die Rolle medizinischer Risikofaktoren. Dies wird jedoch von konservativer Seite unterstellt, um die Erweiterung einer traditionellen medizinischen Lehrmeinung zu verhindern. Überdies: Wer die Ausschließlichkeit der Lehrmeinung von den Ernährungsgewohnheiten nicht vertritt, „von dem wird nun der Beweis dafür verlangt, daß die Lehrmeinung unrichtig ist, aber diese braucht wie ein Glaubenssatz nicht mehr belegt zu werden.“⁸

Die „Lehrmeinung“ befindet sich beispielsweise im Widerspruch zum Faktum von Herzinfarkten, die keine „medizinischen Risikofaktoren“ aufweisen („paradoxe“ Fälle), während in einer Untersuchungsreihe nur ca. jeder siebente der Probanden mit den drei wichtigsten Risikofaktoren erkrankte („Escapers“). „Paradoxe und Escapers beweisen, daß die Risikotheorie des Infarkts in ihrer bisherigen Form zur Erklärung der Tatsachen nicht ausreicht.“⁹ Ähnlich hatten in einer

Schweizer Untersuchung jüngerer Herzinfarkt-Patienten (30 bis 40 Jahre) „somatische Risikofaktoren mit Ausnahme von übermäßigem Rauchen bei dieser Altersgruppe keine große Bedeutung. . .“¹⁰ Entsprechend fordert der Mediziner G. Wolff, daß Herzinfarkte, gekennzeichnet durch die „Ausschaltung der ‚traditionellen Faktoren‘ . . . in keinem Falle außer acht gelassen werden“ dürfen. Auch aus klinischer Sicht sei „eine synthetische Betrachtungsweise aller Risikofaktoren, einschließlich möglicher psychosozialer Faktoren bei der Infarktgenese. . .“ notwendig.¹¹

Die „Lehrmeinung“ ist also nicht unrichtig, sondern erweiterungsbedürftig. Dazu ist jedoch weitere empirische Forschung notwendig, deren Berechtigung eben mit den dargestellten Argumentationen insgesamt infrage gestellt wird. Hierbei geht es anscheinend nicht schlechthin um das erweiterte „Gesundheitsbewußtsein“ der Bevölkerung. Vielmehr zeigt sich in der Streßforschung eine zunehmende Berücksichtigung von tieferliegenden gesellschaftlichen Ursachen. Selbst für die „traditionellen Faktoren“ stellt sich die Frage, inwieweit etwa bestimmte „Gewohnheiten“ nicht selbst Ausdruck von psychosozialen Belastungen sind. Der Kardiologe H. Schaefer unterscheidet am Beispiel der Kzinomgenese entsprechend zwei Ursachenzusammenhänge. Der gesellschaftliche Streß könnte „teils die Karzinomentstehung direkt begünstigen, teils indirekt über Verhaltensformen wie Rauchen und Trinken pathogenetisch wirksam sein. . .“¹² Die Analogie zur Genese von koronaren Herzkrankheiten ist naheliegend. Beide Ursachenzusammenhänge müßten sowohl in ihrer Verbindung wie auch in ihren jeweiligen Kausalzusammenhängen untersucht werden.

Ein allgemeiner Gesundheitsappell läuft also Gefahr, sich nur auf eine Erscheinung zu beziehen, ohne die tiefer liegenden Ursachen ebenfalls zu berücksichtigen. Oder anders ausgedrückt: Das Mittel sekundärer Prävention darf nicht zum Vehikel werden, von der primären, auf die Ursachen gerichteten Prävention abzulenken. Allerdings zeigt sich bereits in dem Hinweis auf die Komplexität der Krankheitsgenese, daß eine umfassendere Theorie der Genese koronarer Herzkrankheiten und überhaupt psychosomatischer Symptome schon von der Sache her vor beträchtlichen Problemen steht. Nicht zuletzt wird hierdurch die Kritik von Seiten der konservativen Medizin beträchtlich erleichtert.

2. Streß als gesellschaftliches Problem

Die Argumente für und wider Analysen psychosozialer Belastung verweisen damit auch für den konkreten Bereich der Prävention von koronaren Herzkrankheiten auf dahinterstehende gesellschaftliche Interessen. Denn mit der Vernachlässigung etwa von Arbeitsbelastun-

gen als eine der Ursachenbedingungen würden spezifischer Belastungsfaktoren im Arbeitsleben aus der Diskussion ausgeblendet. Dies bedeutet nicht zuletzt einen Rückfall hinter das gesundheitspolitische Programm der Bundesregierung, in welchem festgestellt wurde: „In der Bundesrepublik Deutschland fehlen weitgehend epidemiologische Untersuchungen zur Identifizierung von Risikogruppen in Abhängigkeit von Veranlagung, Umweltfaktoren, insbesondere Belastungen am Arbeitsplatz, Ernährungsgewohnheiten, Freizeitverhalten, traditionellem Rollenverhalten usw.“¹³

Mit dem Streßkonzept läßt sich ein Zusammenhang von unspezifischen Belastungen und einer bestimmten physiologischen Auswirkung denken: „Es läßt sich also das Schicksalhafte der leiblichen Reaktionen verstehen als das Gleichartige in der Vielgestalt der ätiologischen Erscheinungen.“¹⁴ Die qualitative Vielfalt der ätiologischen Erscheinungen entpuppt sich nach H. Schaefer als letztlich meist „emotionale Reaktion auf eine nur gesellschaftlich zu verstehende Umwelt. Damit ist der Streß ein zur gesellschaftlichen Umwelt synonymen Begriff geworden, der uns gleichsam garantiert, daß es bei der Wirkung der gesellschaftlichen Noxen mit rechten, nämlich physiologischen Dingen zugeht.“ Die Streßforschung ist aufgefordert, es nicht bei einer Betrachtung der verschiedensten „Einzelfhänomene“ bewenden zu lassen, sondern diese selbst auf ihre grundlegenden Bedingungen zu beziehen: „Der Streßbegriff wird damit zum Eckpfeiler einer Nosologie, welche die Aitia der Krankheiten bis in ihre gesellschaftlichen Wurzeln hineinverfolgt.“¹⁵

Der Hinweis auf die letztlich gesellschaftlichen zu bestimmenden Ursachen ist zwiespältig. Auf der einen Seite scheint für H. Schaefer eine hieraus abzuleitende Forschungsaufgabe praktisch nicht zu bewältigen, sondern: „Die einzige Einsicht wäre, daß das Leben, so wie es nun einmal ist, lebensgefährlich ist. Die Gesellschaft macht krank durch psychosozialen Streß... Offenbar müßte es eine ideale Gesellschaft sein, in der Einsamkeit ebensowenig vorkommt wie emotionale Belastung. Wer kann eine solche Gesellschaft garantieren?“ Als Konsequenz bliebe eine Aufklärung über diesen Sachverhalt, behaftet mit dem Widerspruch, sekundär-präventiv über primäre, aber als stabil verstandene Ursachen aufzuklären – d.h. Fatalismus.“ „Streßforschung mündet also in einen Appell zu neuem Leben, zu Umkehr, zu Besinnung ein. Dies ist, so scheint es, die Endstation einer großartigen Entwicklung. Naturwissenschaft pervertiert sich, wenn man will, in Ethik.“¹⁶ Für abstrakte Appelle an das Gesundheitsverhalten, zu „neuem Leben“ ist kritisch anzumerken, daß sie weitgehend auf der Ebene individualistischer Bewältigungsformen von geringerer Effektivität verbleiben und nicht selten modisches Gewand von Entpolitisierung sind. Aus der

Sicht des Forschers entziehen sich zugleich soziale Probleme, insbesondere der Streß im Arbeitsleben, dem Forschungsprozeß.

Auf der anderen Seite läßt sich jedoch ein entgegengesetzter Schluß ziehen, den im übrigen auch H. Schaefer aus der Sicht des Physiologen gezogen hat. Um „für alle Phänomene Ursachen zu entdecken und die Ursachen selber wieder auf ihnen vorgeschaltete Ursachen zurückzuführen“, stellte er die „Hypothese einer Hierarchie der Risikofaktoren“ für das Entstehen von Herzinfarkt auf. Diese Hierarchie reicht von der gesellschaftlichen Umwelt (als gesellschaftliche Wurzel) bis zum Endergebnis Herzinfarkt bzw. Angina pectoris.¹⁷ „Die Gesellschaft“ wirkt sich gegenüber ihren Individuen in konkreten Lebenszusammenhängen und -zwängen aus, wie sie vor allem im gesellschaftlichen Produktionsprozeß wirksam werden und grundsätzlich auch der Forschung zugänglich sind. Als Stressoren in der Industriearbeit sind dies etwa (nach Kornhauser)¹⁸: Die Unmöglichkeit, eigene Fähigkeit einsetzen zu können, Unsicherheit des Arbeitsplatzes, schlechtes Auskommen mit Vorgesetzten und Kollegen, keine Aufstiegsmöglichkeiten.

Nun ist – bei aller Unschärfe des Streß-Begriffs – der „soziale Streß“ nicht nur eine geläufige Bezeichnung für sehr verschiedenartige und relativ unspezifizierbare negative Einflüsse und Auswirkungen auf die Menschen der Gegenwart geworden. Streß ist ebenso eine reale Erscheinung, die volkswirtschaftliche – und betriebswirtschaftliche – Einbußen bedeutet. Läßt sich hieraus einerseits ein verstärktes Interesse ableiten, den Kostenfaktor „Streß“ genauer zu untersuchen, so führt andererseits dieses systemfunktionale Motiv nur zu begrenzten Untersuchungen bzw. eingeschränkten theoretischen Ansätzen. Zwar gelangen in das Gesichtsfeld dieser „systemfunktionalen“ Streßforschung notwendig auch grundlegendere Bedingungen von Industriearbeit, also die spezifischen Produktionsverhältnissen, was sich auch in der Studie von Kornhauser andeutet. Umgekehrt dient der Streßbegriff aber nicht zuletzt durch Subsumption verschiedenster Zusammenhänge der Verschleierung von grundlegenden gesellschaftlichen Ursachen. Früh forderte etwa der Sozialmediziner H. Abholz¹⁹, tatsächlich könne der Streßbegriff durch die inhaltliche Bestimmung der Bedingungen am Arbeitsplatz ersetzt werden. Gerade hier tendiert insbesondere die frühere Streßforschung zu einem Arbeitsbegriff, der sich auf abstrakte Momente des Lust- bzw. Unlustprinzips, auf die Anstrengungen zum Erreichen eines Ziels usw. reduziert. Durch diese Gleichsetzung der Arbeit mit vielfältigen menschlichen Betätigungen werden die ökonomischen Faktoren ausgeblendet, welche sowohl die Stabilität von Arbeitsbelastungen hervorbringen, als auch für Überlegungen einer institutionellen Prävention von entscheidender Bedeutung sind. Die Streßforschung ist – zumindest für sich genommen – daher wenig geeig-

net, kollektive Maßnahmen gegen Belastungen abzuleiten, da die grundlegenden gesellschaftlichen Bedingungen der Lage der Arbeitskraft vernachlässigt sind. Dafür wird nicht selten ein scheinbares – möglicherweise subjektiv zufriedenstellendes – Erklärungsmodell geliefert, welches vergebliche Versuche individueller Streßabwehr fördern könnte.

Die Orientierung an den Interessen der Betroffenen ist daher eine Voraussetzung, um zu einer präziseren Formulierung der Forschungsaufgabe zu gelangen. Ein so verstandenes Forschungsinteresse muß als praktische Konsequenzen eine verbesserte medizinische Prävention ebenso reflektieren wie präventive Maßnahmen auf dem Gebiet der Beanspruchung und Belastung im Arbeitsleben. Einen Ausgangspunkt stellt L. Levi's Zusammenfassung der Aufgaben der Streßforschung dar: „In der Streßforschung verfolgen wir drei Ziele: Das erste Ziel ist, *Risikosituationen* zu identifizieren. Das zweite Ziel ist, *Risikogruppen* zu identifizieren, also Menschen die in besonderer Weise verletzlich sind. Das dritte Ziel, ist *Risikoreaktionen* zu identifizieren, also Reaktionen von pathogenetischer Bedeutung.“²⁰

Verschiedene neuere Projekte lassen sich als Operationalisierung dieser grundlegenden Aufgabenstellung begreifen. Auffallend ist insbesondere die Tendenz, die Stressoren stärker auf die Bedingungen abhängiger Arbeit zu beziehen.²¹ Als grundlegendes Problem dürfte sich hierbei der reale Zusammenhang von „objektiven“ Bedingungen mit dem subjektiven Arbeitsvermögen erweisen. Die von der Streßforschung als Ursachenzusammenhang für die Entstehung von psychosomatischen Störungen unterstellten Bedingungen sind *konkrete Situationen* wie: Ambiguität, widersprüchliche Anforderungen, Arbeitsunterbrechungen, Niveau und Grad der Kontrolle der Arbeitstätigkeit usw. Jedoch scheint es sich für diese „Situationen“ um das Zusammenwirken zweier Komponenten der Arbeitssituation zu handeln: Eine spezifische Persönlichkeitskonstellation (Verdrängen von Konflikten, berufsbiographische Erfahrungen, Zukunftsängste usw.) und zugleich nur langfristig pathogen wirkende objektive Arbeitsfaktoren können als konkrete Basis der Krankheitsgenese nicht ausgeschlossen werden. D. h. Persönlichkeitsstruktur und Arbeitsbedingungen sind in ihrem wechselseitigen Zusammenhang zu analysieren.

Damit ergibt sich als wesentliches Problem, gerade jene Beanspruchungen aufzudecken, die einer Analyse an sich schwer zugänglich sind. Gemeint sind „verborgene“ bzw. „latente“ und schwer spezifizierbare Anforderungen an Arbeiter, die eine erhöhte Arbeitsleistung hervorbringen, aber langfristig zu einer Überlastung des Organismus führen. Von praktischer Bedeutung dürfte es sein, daß diese Überlastung von den Betroffenen selbst kaum nachweisbar ist; sie wird ver-

mutlich auch nicht mit Erschwerniszulagen kompensiert (wie etwa bei der „Staublung“), oder direkte bzw. indirekte Erschwerniszulagen dienen der Perpetuierung von überlastenden Arbeitssituationen (z. B. durch Prämiensysteme). Die möglichen pathogenen Auswirkungen gelten konsequenterweise nicht als Berufskrankheit. D. h. alle Risiken solcher – bisher wenig konkretisierbarer – Belastungen werden folglich von den Betroffenen selber getragen.

Für den Ausbruch von psychosomatischen Krankheiten werden oft Persönlichkeitsvariablen besondere Bedeutung zugeschrieben. Ähnlich dem Appell an das Gesundheitsverhalten wird hieraus ein Appell zur Veränderung von individuell-psychischen Verhaltensweisen als präventive Schlußfolgerung abgeleitet. Für die Analyse der Arbeitssituation als Wechselwirkung von objektiven und „subjektiven“ Momenten könnte der Schluß lauten, daß weniger die „objektive Seite“ der Arbeitssituation, sondern eben ein „falsches Verhalten“ angesichts dieser Situation das Risiko darstellt.

Eine soziologische Betrachtungsweise läßt hingegen eine andere Deutung zu. Wenn nicht spezielle Personalselektionen vorliegen – d. h. die gleiche Verteilung von „Persönlichkeitstypen“ unterstellt –, so sind Arbeitssituationen dann als Risikosituationen zu betrachten, wenn gehäuft gesundheitliche Störungen auftreten. Mit gewissen Einschränkungen läßt sich auch sagen, daß bei einer Kumulation von Risikopersonlichkeiten diese Arbeitssituationen ebenfalls als Risikosituationen zu betrachten sind – der „Persönlichkeitstyp“ ist nämlich hier als ein Bestandteil des Arbeitsvermögens, also als Bedingung für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe aufzufassen.

Hiermit schält sich als ein nicht unwesentliches Problem die Frage heraus, was unter „Arbeitsbedingungen“ verstanden werden muß, um nicht zu einer ausschließenden Abstraktion zu gelangen. Die medizin-soziologische Sichtweise zur Arbeitsbelastung muß also auf grundsätzlichere Bestimmungen bezogen werden, die zum Forschungsgegenstand der (arbeitsbezogenen) Belastungsforschung gehören. Anders ausgedrückt: Krankheit stellt einen Belastungsindikator für Arbeitsanalysen dar.

U. Mergner hat folgende grundlegende Bestimmung als komplexen Hintergrund von Belastungen gegeben: „...der fast exponentielle Anstieg der beruflich bedingten *Lärmschädigungen*, *Schichtarbeit*, die ständige *Verfeinerung der Arbeits- und Leistungsbewertungsverfahren* sowie der *Entlohnungssysteme* mit dem Ziel einer immer konsequenteren Funktionalisierung und möglichst totalen Ausnutzung der in der menschlichen Arbeitskraft liegenden Potenzen für den Betriebszweck (zeigen), daß die Struktur und Höhe der Arbeitsbelastungen nicht von den abstrakt gefaßten Arbeitsaufgaben abhängt, sondern namentlich

auch von Umständen, unter denen diese zu erfüllen sind: von den Bedingungen des konkreten Produktionsablaufs, in den sie eingebettet sind, und von der Regelung der betrieblichen Rahmenbedingungen des Arbeitsvollzugs.“²²

Dieses qualitativ umfassende Verständnis von „Gesamtbelastung“, gekennzeichnet durch die wechselseitige Durchdringung der Momente, führt U. Mergner dazu, nach allgemeineren Belastungsindikatoren zu suchen. Diese Indikatoren – unter ihnen bestimmte Krankheiten – lassen sich als Belastungsfolgen kennzeichnen, die auch ohne genauere Analyse der im einzelnen wirkenden Bedingungen den Grad bzw. die Veränderungen der gesellschaftlichen Gesamtbelastung anzeigen. Im folgenden sollen demgegenüber Zugangsmöglichkeiten für die konkretere Bestimmung von „objektiven Arbeitsbedingungen“ diskutiert werden. Grundsätzlich sind arbeitswissenschaftliche und industriesoziologische Vorgehensweisen zu unterscheiden. Das Forschungsinteresse der Arbeitswissenschaft zielt in gewisser Hinsicht auf den Arbeitsinhalt, das heißt auf die körperlich-psychischen Verrichtungen in einem bestimmten Zeitverlauf. Industriosociologische Forschung bezieht die allgemeineren Arbeitsbedingungen mit ein.

3. Belastung durch konkrete Arbeit?

Für die Arbeitswissenschaft läßt sich zusammenfassen, daß sie zwar die Belastung durch Arbeit als einen ihrer Forschungsgegenstände betrachtet. Allerdings zielt ihre Forschung eher auf den Aspekt der „Auslastung“ des Arbeitsvermögens. Dies zeigt sich etwa an einem Forschungsinstrumentarium, welches auf die „Ermüdung“ und auf die Erkenntnis der Leistungsfähigkeit unterhalb der Schwelle pathogener Überlastungen im Sinne von Arbeitsunfähigkeit gerichtet ist. Aus arbeitsmedizinischer Sicht erscheint der Arbeiter weitgehend als „durchschnittliches“ Arbeitsvermögen mit möglichen Abweichungen, als reagierendes Moment auf objektive Anforderungen, kurz: als Faktor des Arbeitsprozesses analog dem vergegenständlichten Produktionsmittel.

Welcher Begriff von „Arbeitsbedingungen“ entspricht diesem Verständnis? Als Arbeitsbedingungen gelten vor allem die gegenständlichen Verrichtungen, d. h. die am Arbeitsplatz gemessenen Anforderungen zur Erfüllung der Arbeitsaufgabe, bzw. der so verstandene Inhalt der Arbeit. Als belastende Arbeitsbedingung erscheint daher – neben den chemisch-physikalischen Umgebungseinflüssen – die konkrete Arbeit. Die Abstraktion von der Gesamtheit der Arbeitsbedingungen durch die Arbeitswissenschaft ist eine Folge ihres Forschungsinteresses. „... für die Arbeitswissenschaft stehen im Mittelpunkt die

Beziehungen von Arbeitsergebnis und menschlichem Einsatz. ²³ D. h. das wesentliche Anliegen besteht erstens in Erkenntnissen über das unmittelbare Verhältnis von Arbeitsverausgabung und Arbeitsergebnis. Zweitens beansprucht die Arbeitswissenschaft in Analogie zu den Naturwissenschaften eine Objektivität, die im wesentlichen mit der Quantifizierbarkeit begründet wird. Trotz verschiedener Versuche der „Überwindung“ dieser auf F. Taylor zurückgehenden Wurzeln²⁴ ist das Versagen ihrer Instrumente für die Analyse psychischer Belastung offensichtlich.

Einmal unterstellt, daß psychische Belastung isoliert in der konkreten Arbeit untersucht werden kann, bringt das reduktionistische Verständnis der Arbeitswissenschaft folgende Defizite hervor: Die traditionell ergonomische Orientierung wird weitgehend auf die psychischen Beanspruchungen übertragen. D. h. diese werden ebenfalls mit Hilfe von gegenständlichen Indikatoren zu quantifizieren versucht. Die Beschränkung auf „Verrichtungen“ im Sinne der Bedienung von Produktionsmitteln bzw. der Handhabung von Arbeitsgegenständen bringt es mit sich, Arbeitsbedingungen mit dem technischen und arbeitsorganisatorischen Design zu identifizieren. Indem das Arbeitsvermögen durch diese Anforderungen definiert wird, erscheint die Arbeitskraft als reagierendes Glied. Die Folge ist die Abstraktion von den kognitiven und emotionalen Voraussetzungen und Fähigkeiten sowie die Vernachlässigung der aufzubringenden Leistungsbereitschaft. Schließlich bleiben durch „Momentaufnahmen“ viele der langfristigen Belastungen unberücksichtigt.

Diese Defizite zeigen sich auch, wenn neuere Entwicklungen der Industriearbeit betrachtet werden. Gemeint ist die Bewertung neu entstehender Arbeitstätigkeiten und Kooperationszusammenhänge, die – gemessen an einem abstrakten Verständnis des Arbeitsinhalts – positive Momente etwa der Selbstverwirklichung der Persönlichkeit enthalten, aber bei Einzug weiterer Bedingungen negativ belastende bis pathogene Wirkungen bei den Arbeitern hervorbringen könnten. Hier fehlen eindeutige Belastungsanalysen, welche die möglicherweise neu entstehenden Zwänge durch Autonomie und Kooperations-„Spielräume“ miteinfassen. Konkret werden etwa kollektive bzw. kooperative Fähigkeiten, die Notwendigkeit von Prozeßkenntnissen auch für die Verrichtung von Detailarbeiten arbeitsanalytisch vernachlässigt bzw. tariflich nicht bewertet.²⁵ Dem auf Seiten der Arbeitskraft geförderten Interesse an der konkreten Arbeit stehen differenzierte Formen der Leistungsverdichtung, Konkurrenzmechanismen, Personalselektion gegenüber.

Die Arbeitskraft wird also – zusammengefaßt – durch eine bestimmte Auswahl von Arbeitsanforderungen definiert, nicht durch die tatsächlich für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe notwendigen Voraussetzun-

gen. Dies gilt im wesentlichen auch für neuere Konzeptionen, die mit der Unterscheidung von objektiver Belastung und subjektiver Beanspruchung operieren.²⁶ Aufgrund ihres selektiven Begriffs von „Arbeit“ dienen diese Analysen nicht selten als objektive Basis für die Ausdünnung von interessanten Tätigkeitseinhalten einerseits und der Verfestigung von belastenden Bedingungen – insbesondere den Umgebungseinflüssen –, da diese mit Lohnzulagen „kompensiert“ sind, andererseits.

Nicht unwesentlich für das Verhältnis der Arbeitswissenschaft zum technischen Wandel dürfte die Nachwirkung der in den 60er Jahren verbreiteten These sein, daß mit der Automatisierung der Produktion körperliche und psychische Belastungen naturgemäß abnehmen. Der Arbeitswissenschaft falle die Aufgabe zu, schrieb W. Rohmert 1968, „... die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Menschen aufzuzeigen, um Überforderung zu vermeiden und rechtzeitig eine Automatisierung technologischer Prozesse aus arbeitswissenschaftlichen Gründen anzustreben.“²⁷ Die Beurteilung kann sich jedoch nicht mit dem Faktum zufriedengeben, daß „automatisiert“ wird. Auch hier ist zwischen der „Belastung“, die aus dem Interesse an der konkreten Arbeit resultiert und der Überlastung durch Einseitigkeit, Intensivierung, Überforderung aufgrund unzureichender Qualifikation, sensorischer Überbeanspruchung usw. zu unterscheiden. Daher ist *empirisch* zu verfolgen, ob selbst neu entstehende Arbeiter-Tätigkeiten der Planung und Organisation (zum Beispiel des Materialflusses bei „autonomen Gruppen“) nicht durch nur scheinhafte Kontrolle über den Arbeitsablauf, durch Hektik, durch Anforderungsverdichtung usw. neue Belastungen nach sich ziehen: Es geht also um die Analyse der *gesamten* (Tätigkeits-)Anforderungen in ihrer Beziehung zur Leistungsbereitschaft auch für diejenigen der verbleibenden Arbeitskräfte, welche höherqualifizierte Tätigkeiten erhalten.

F. Friczewski und R. Thorbecke etwa haben gefordert, auch für die Einschätzung der weiteren technologischen Entwicklung die Ergebnisse von Streßforschung und Industriesoziologie aufeinander zu beziehen.²⁸ Dabei gehen sie notwendigerweise über die auf den bloßen sachlichen Arbeitsinhalt reduzierte Analyse hinaus. Andererseits vermuten sie jedoch auch in den „Tätigkeitsanforderungen“ verborgene Kontroll- und Sanktionsformen, welche bei der Entstehung streßbedingter psychosomatischer Auswirkungen beteiligt sein könnten.

Die Autoren haben eine Resonanz in ihrem Kritiker Th. Waldhubel gefunden.²⁹ Th. Waldhubel sieht sich aufgrund der Entwicklung der Automatisierung gezwungen, das Belastungskonzept als nicht mehr tragfähig zurückzuweisen. Die „Probleme des Neuen“ in der Arbeit sieht er in der Zunahme von geistigen Anforderungen, stellt diese aber in einen Gegensatz zu den physiologischen Belastungen. Dabei gelangt

der Autor faktisch wieder in das Fahrwasser der von ihm auch kritisierten Arbeitswissenschaften, indem er vor allem die – gerade bei geistig-nervlichen Anforderungen belastend wirkenden – Intensivierungen und Zwänge in der Arbeitswelt nicht in die Gesamtheit der Bedingungen miteinbezieht. Dies zeigt sich an seinem Verständnis des Streßbegriffes: Mit dem Argument des verstärkten Einbezuges höherer Handlungsregulationsebenen bei Tätigkeiten mit automatisierten Technologien wird von dem Autor „Streß“ als stärkere psychische Anspannung im Sinne von kognitiv-intellektuellen Anforderungen akzentuiert. Streß würde damit zum positiven Begriff, weil er umgekehrt Überlastungen mit (schwerer) körperlicher Arbeit gleichsetzt³⁰. Auch beliebig gesteigerte psychische Anforderungen müssen nach dieser Logik zu einem Indikator für leichtere, d. h. entlastende Arbeitsbedingungen werden. Würde die Gewerkschaft, fragt er also, „die Interessen der Arbeitenden wahrnehmen, wenn sie Unter- und Überforderung vermeidend etwas Mittleres herstellt? Wäre Mittelmaß nicht Gleichmaß . . . (usw.) . . . Auch im Spiel fragen wir in der Begeisterung nicht nach einer möglichen Belastung über das Normalmaß hinaus.“³¹ Th. Waldhubel verbleibt grundsätzlich im Rahmen des arbeitswissenschaftlichen Gesichtsfeldes. D. h. die gesellschaftlichen Bedingungen der Arbeit erscheinen bei ihm nur als ein dem Arbeitsinhalt gegenüber äußerliches Moment, allerdings als eine subjektiv angsterzeugende Begleiterscheinung, die jedoch durch bessere berufliche Qualifizierung optimal zu bewältigen sei.

Der Grundgedanke, daß vor allem die Analyse von Tätigkeitsverrichtungen eigentliches Ziel von Belastungsuntersuchungen zu sein hätte, wird am deutlichsten in den Arbeitsanalyseverfahren. Diese setzen nicht nur den Taylorismus unmittelbar – wenn auch in verfeinerter Form – fort. Mit dem Anschein der wissenschaftlichen „Objektivität“ einer „gerechten“ Zuordnung von Lohn und Vorgabezeit wird dadurch der Verhandlungsspielraum für die Gewerkschaften eingeschränkt. Aber abgesehen von dieser Funktion ist die Anwendung dieser Verfahren aus der Sicht der Arbeitsbelastungen selbst noch für die Analyse von Belastungen ungeeignet, die unmittelbar aus der Tätigkeit folgen. Die Meßkriterien sind nämlich bereits ein Verhandlungsergebnis der Tarifgruppen, besitzen also keine platte, unmittelbare Objektivität. Vor allem aber wird die langfristig belastende Wirkung in diesen Verfahren – aus welchen Gründen immer – ausgeklammert.

Die Orientierung an den aktuellen und daher anscheinend plausibel mit physiologischen Tests meßbaren Belastungen in der Industriearbeit hängt stark mit der traditionellen ergonomischen Orientierung der Arbeitswissenschaften zusammen. In neuerer Zeit geriet die Arbeitswissenschaft aufgrund jener Probleme in eine Krise, welche mit der These zunehmender *psychischer Belastung* in Verbindung gestellt wer-

den. Offensichtlich versagen die physiologischen Meßmethoden schon aufgrund des langfristigen Charakters dieser Belastungen. Andererseits bewirkt die augenscheinliche Konkretisierbarkeit von – zumindest „typischen“ – Industriearbeitstätigkeiten (eben wegen des gegenständlichen Charakters solcher „Verrichtungen“) eine anscheinend berechnete Vernachlässigung psychisch-emotionaler Belastungsaspekte.³²

4. „Integrierte Belastung“

Das dargestellte Defizit bezieht sich also auf die in der Arbeitswissenschaft verbreitete Reduktion der Industriearbeit auf Bedingungen des konkreten Arbeitsinhalts. Dieses Vorgehen ist aus den dargestellten Gründen offensichtlich ungeeignet, wenn Krankheitsursachen in „verborgenen“ Arbeitsbedingungen oder in den Reaktions- (bzw. Nichtreaktions-) Formen durch die Betroffenen zu suchen sind. Gleichwohl ist der konkrete Arbeitsinhalt aber als eine Determinante miteinzubeziehen bzw. bildet er die „stoffliche“ Bezugsbasis für Arbeitsanalysen.

Insbesondere als Weiterentwicklung der Arbeitssituationsanalyse von H. Kern und M. Schumann sind von der industrie-soziologischen Forschung inzwischen differenzierte Ansätze entwickelt worden, mit welchen die tatsächlichen *Anforderungen* an das Arbeitsvermögen nicht mehr auf die „offensichtlichsten“ Bedingungen reduziert bleiben. Die „objektiven“ Belastungsbedingungen, d. h. die tatsächlichen Anforderungen an das lebendige Arbeitsvermögen werden in Modellen abgebildet, welche etwa die mentalen und emotional-motivationalen Anforderungen und Zwänge der Arbeitssituation einbeziehen. Mit dieser Entwicklung werden wichtige Voraussetzungen geschaffen, um die Belastungen tendenziell auf die Gesamtanforderungen an das Arbeitsvermögen zu beziehen. Hier ließe sich unterscheiden nach Anforderungen aus dem Qualifikations- bzw. Fähigkeitsbereich, den motivationalen Voraussetzungen, den Anforderungen aus dem Kooperationsgefüge usw., die in „Arbeitssituationen“ vorfindbar sind.³³ Einerseits wird der Begriff der „Anforderungen“ relativiert, d. h. in eine Beziehung zu den Voraussetzungen auf Seiten der Arbeitskräfte gestellt. Andererseits werden die „Anforderungs“-Strukturen nicht unmittelbar auf arbeitsinhaltliche Bedingungen beschränkt. G. Bosch etwa bezieht den (bereits erreichten) Verschleißgrad des Arbeitsvermögens auf die Qualifikationsmerkmale.³⁴

O. Mickler, E. Dittrich, U. Neumann orientieren sich bei ihrer Operationalisierung der Arbeitsbelastungen „an einem Konzept, das von Arbeitsbelastungen und Qualifikationsforderungen als zwei zusammenhängenden wenn auch strukturell unterschiedlichen Formen der Nutzung des Arbeitsvermögens ausgeht, so daß in Anlehnung an die

Differenzierung des Qualifikationschemas drei zentrale Belastungsarten unterschieden werden, nämlich physische, psychisch-kognitive und psychisch-affektive Arbeitsbelastungen.³⁵

Ohne auf diese Bestimmungen an dieser Stelle im einzelnen einzugehen, ist jedoch festzuhalten, daß die differenzierten Analysen der grundsätzlichen *objektiven Anforderungen* an den „ganzen Menschen“³⁶ eine entscheidende Voraussetzung für einen „integrierten Belastungsbegriff“ darstellen. Zwar werden die Arbeiter aufgrund ihrer konkreten Erfahrungen und der (Kindheits- bis betrieblichen) Sozialisation individuell unterschiedlich auf die Anforderungen reagieren. Für praktische Konsequenzen gegenüber überlastenden Anforderungen ist jedoch nach den grundlegenden Zwängen, d. h. den objektivierten Strukturen zu fragen, in deren Rahmen sich das Bewältigungshandeln vollzieht. Neben der konkreten Tätigkeit sind zunächst die Determinanten gemeint, die aus dem jeweiligen betriebliche Gefüge, und aus der Arbeitsmarktsituation des entsprechenden Berufes resultieren.³⁷

Der zweite Ausgangspunkt eines integrierten Belastungsbegriffes ist die *aktive Rolle der Arbeitskräfte*. Diese Aktivität kann als Bewältigungshandeln gegenüber den Anforderungen aufgefaßt werden.³⁸ Bewältigungshandeln ist einerseits zielgerichtet und hat andererseits eine emotional-motivationale Komponente. D. h. es ist auch nach jenen Voraussetzungen auf Seiten der Arbeitskräfte zu fragen, die sich als soziale Kompetenz beschreiben lassen. Und es ist zu fragen, wie diese Voraussetzungen entstehen.

Das eigentliche Problem besteht jedoch in dem wechselseitigen *Zusammenhang von objektiven und subjektiven Bedingungen* der Industriearbeit. D. h. beide Bestimmungen von „integrierter Belastung“ – die Gesamtforderungen und die Bewältigungsvoraussetzungen – sind aufeinander zu beziehen. Die Notwendigkeit dieses Bezuges ergibt sich nicht allein aus dem Forschungsinteresse an einer institutionellen und primären Prävention, sondern betrifft den Inhalt gesellschaftlicher Arbeit. Aus handlungstheoretischer Sicht zieht W. Volpert den Schluß, daß die Handlungen des Arbeiters „niemals vollständig manipuliert werden können, daß diesem kraft seiner menschlichen Natur immer ein Mindestmaß an Verfügung über die eigene Handlung verbleibt, und zwar hinsichtlich der Güte der Arbeitsleistung und hinsichtlich der Menge der Arbeitsverausgabung.“³⁹ Versuche, den Zwang zu perfektionieren, d. h. den Dispositionsspielraum des Arbeitenden zu beseitigen, führten nicht zu der beabsichtigten Wirkung: „Wenn der Zwang zunahm, stiegen auch der ‚Ausschuß‘, die ‚Leistungszurückhaltung‘ und die ‚Unruhe‘.“⁴⁰

W. Volpert operationalisiert diese Überlegungen in dem Konzept der *partialisierten Handlung*, aus welchem sich insbesondere diejenige Art

von Industriearbeit als belastend erweist, die sich durch geringen arbeitsinhaltlichen Dispositionsspielraum auszeichnet.⁴¹ Als allgemeinere Erkenntnis der Handlungstheorie kann demgegenüber die These gelten, daß das Verhältnis von objektiven Arbeitsanforderungen und Arbeitshandeln nicht als Reiz-Reaktions-Mechanismus zu begreifen ist. Für das Zusammenwirken von „Mensch und Maschine“ weist der handlungstheoretische Ansatz nach, daß mit der Definition einer vorgegebenen Arbeitsaufgabe keine unmittelbaren Aussagen über das Arbeitshandeln möglich sind. Die Erfüllung der Arbeitsaufgaben ist vielmehr als ein vielfach vermittelter, durch die „inneren“ Bedingungen der Individuen „gebrochener“ Prozeß von Arbeitsinhalt und „Reaktion“ anzusehen.⁴²

Dieser Prozeßcharakter von Anforderungen und „Reaktionen“ liegt auch weiteren Bedingungen von Industriearbeit zugrunde, wie der Abhängigkeit des „Arbeitsplatzes“ von dem Sozialgefüge und den hierarchischen Bedingungen des Betriebes. Die Arbeits- bzw. Leistungsanforderungen können grundsätzlich nicht im Detail, nicht „vollständig“ von den Betrieben vorgegeben, d. h. vorausgeplant werden – auch wenn dies überhaupt beabsichtigt wäre. Folglich existieren „Lücken“ in den objektivierten und geplanten Leistungsabforderungen. Überlegungen der empirischen Industriesoziologie führten in diesem Sinne zu der Erkenntnis, daß die betrieblichen Leistungsanforderungen nicht „deckungsgleich“ mit der tatsächlichen Leistungsbereitschaft der Arbeiter sind: „Wenn auch die Bedeutung einer Erfassung und Festlegung quasi objektiver Beanspruchungswerte nicht übersehen werden darf, so lassen sich daraus freilich keine Schlußfolgerungen für die im Arbeiterinteresse liegenden Formen und Intensitäten von physischen und psychischen Beanspruchungen ziehen. Inwieweit die Belastungen aus dem Arbeitsprozeß für den Arbeiter als ‚Arbeitsbeanspruchungen‘ im Sinne subjektiv erfahrbarer Beeinträchtigungen der Arbeitskraft relevant werden, wird vielmehr entscheidend davon abhängen, welche kurz- und langfristigen Auswirkungen die konkrete Belastungskonstellation für die individuellen und gesellschaftlichen Reproduktionsmöglichkeiten des Arbeiters hat. Da sich die Reproduktionsmöglichkeiten und mit ihnen die an sie gerichteten Ansprüche im Laufe der Geschichte wandeln, kann die Arbeitsbeanspruchung auch nicht ausschließlich physiologisch bestimmt werden, sondern ist jeweils historisch konkret zu fassen.“⁴³

Wenn die Analyse der verausgabten menschlichen Leistung grundsätzlich nicht auf die oben beschriebenen Anforderungen reduzierbar ist, dann heißt dies, daß andere, nicht mit der konkreten Arbeitssituation oder dem betrieblichen System als Anforderungen und Reaktionen beschreibbare Bedingungen auf Seiten des „subjektiven“ Faktors exi-

stieren. Anders ausgedrückt: Das menschliche Arbeitsvermögen besitzt eine relativ eigenständige Handlungsweise. Diese Feststellung bedeutet, daß in die Analyse der Belastung bzw. Beanspruchungen persönlichkeits-theoretische Gesichtspunkte integriert werden müssen. Die Voraussetzungen eines „integrierten Belastungsbegriffes“ implizieren ebenso eine inhaltliche Bestimmung des Produktionsprozesses wie auch eine Theorie „menschlichen“ Handelns. Daher erhalten die von der Herzinfarkt- bzw. Streß-Forschung konstatierten Risiko-Persönlichkeitstypen eine bestimmte Plausibilität.

5. Der „subjektive Faktor“ der Arbeit

Als ursächliche Faktoren für den Ausbruch streßbedingter Krankheiten werden etwa folgende Bedingungen des subjektiven Arbeitsvermögens angenommen: Entweder als „Verhaltenstyp-A“⁴⁴ oder als „erlerntes“ Verhalten nach einem Männlichkeitsideal⁴⁵ ist diejenige Personengruppe besonders gefährdet, die sich durch Verhaltensmerkmale wie Aufstiegs-wille, Prestigestreben, Energiegeladenheit, Ergeiz usw. auszeichnet. Diese Gruppe scheint also Belastungen nicht nur zu billigen d. h. entwickelt entsprechend keine belastungsverringern-den Bewältigungsmaßnahmen, sondern befindet sich auf der Suche nach Belastungen. Eine weitere Konzeption siedelt Stressoren in den widersprüchlichen Anforderungen an das Rollenverhalten an.⁴⁶ Indem die Personen den an sie gestellten Rollenerwartungen nachzukommen suchen, geraten sie in Konflikte, Überforderungen oder besitzen zu wenig Information, um ihre Rolle „angemessen“, d. h. ohne Ängste und Selbstüberforderung, realisieren zu können („Rollenambiguität“).

Der grundlegende Mangel dieser Konzeptionen besteht in der unzureichenden Bezugnahme auf die objektivierten Anforderungsstrukturen. Zwar wird mit dem Rollenbezug eine Verbindung zum sozialen Charakter der Arbeit hergestellt. Jedoch verbleibt auch dieses Modell auf der Ebene des subjektiven Faktors (als Konformität, Gruppenzwänge usw.). Die vergegenständlichten Anforderungsstrukturen bleiben diesem Konzept äußerlich und die Bedingungen, welche zu bestimmten gesellschaftlichen Wertsystemen führen, werden nicht als Voraussetzung des Handelns reflektiert.

Ziel eines „integrierten Belastungsbegriffes“ ist es, wie schon bemerkt, Belastung bzw. Beanspruchung als Verbindung von objektiven bzw. objektivierten Anforderungen des Produktionsprozesses und der Handlungsweise der Individuen aufzufassen. Die Notwendigkeit dieses Zuganges läßt sich an dem Belastungsmerkmal „Streß am Arbeitsplatz“ deutlich demonstrieren. Einerseits sind die Bewältigungsmuster für Belastungen ein potentiell pathogenes Belastungsmoment, welches ver-

änderte Persönlichkeitsstrukturen nach sich ziehen kann. Andererseits ist die „Empfindung“ von Belastungen bzw. die bewußt gewordene Belastung Ausdruck der „Arbeitsbedingungen“ in einem weitesten Sinne, der Reproduktionsbedingungen, der Persönlichkeitsstruktur. Konkrete Belastungsmerkmale werden folglich nur in Bezug auf bestimmte Erfahrungen von den Betroffenen gewertet werden. In dieser Wertung könnten Momente wie die Leistungsideologie und Arbeitsplatzunsicherheit eine bedeutende bis durchschlagende Rolle spielen. Das heißt z. B., daß bestimmte „belastungsunsensible“ oder „-verdrängende“ Persönlichkeitsmerkmale mittelbar ebenfalls mit der Art des gesellschaftlichen Produktionsprozesses in Verbindung stehen.

Konkreter läßt sich der Zusammenhang von objektiven Arbeitsbedingungen und dem lebendigen Arbeitsvermögen an der Problematik älterer Arbeitnehmer darstellen. Das höhere Lebensalter kann als eine wesentliche „subjektive“ Beanspruchungsbedingung aufgefaßt werden. Es gilt zugleich als medizinischer Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten. Integriert in die Problematik „älterer Arbeitnehmer“ zeichnet sich jedoch ab, daß das Alter einen entscheidenden *sozialen* Risikofaktor darstellt: Bei abnehmender Leistungsfähigkeit müssen nicht selten höhere Arbeitsleistungen erbracht werden, um die Arbeitsstelle gegenüber Neubesetzungen zu behaupten. Dies gilt auch als von den Betroffenen antizipierte Bedingung, welche ein entsprechendes Arbeitsverhalten nach sich ziehen dürfte. Gesundheitliche Vorschädigungen bleibenden Charakters häufen sich gegen Ende des Arbeitslebens und sind auch Grund reduzierter oder als reduziert eingeschätzter Leistungsfähigkeit. Die (individuellen) Bewältigungsformen sind weniger flexibel, da die berufliche Mobilität eingeschränkt ist. Arbeitsumstellungen – etwa durch Rationalisierung – können weniger leicht nachvollzogen werden. Die Kompensation der Arbeit durch Freizeitgestaltung modifiziert sich usw.

Die Altersproblematik ist mehr als nur ein „Beispiel“ für den Zusammenhang „subjektiver“ Handlungsvoraussetzungen und Arbeitsanforderungen. Denn das Alter als sozialen Risikofaktor zu betrachten bedeutet konkret, die „berufsbiographischen“ Momente zu reflektieren und die Gefährdung durch eingeschränkte Handlungsspielräume hervorzuheben: „Es kommt zwar zu einer fortwährenden Selektion, da viele mit der Fabrikarbeit aufhören. Aber dies bedeutet nicht – wie die Ergebnisse zeigen –, daß diejenigen, die bleiben, es deshalb tun, weil ihnen die Arbeit gut gefällt. Es ist eher wahrscheinlich, daß viele deshalb bleiben, weil sie zu gebunden sind, um aufzuhören, und weil sie tatsächlich keine andere Wahl haben“.⁴⁷

Aus der Tatsache schließlich, daß sich für Ältere eben aus den Bedingungen ihrer Situation auch eine Modifikation ihres „Selbstwertge-

fühls“ ergibt, d. h. daß diese ihre Situation anders wahrnehmen, muß geschlossen werden, daß dies auch Einfluß auf ihr Bewältigungshandeln hat. „Die Tatsache, daß Ältere oft sagen, daß sie sich bei der Arbeit wohl fühlen und weniger kritisch eingestellt sind als Jüngere, ist also u. E. eine schlechte Bewertungsgrundlage für die tiefergehendere Wirkung der immer stärker intensivierten Mechanisierung und der steigenden Anforderung nach Effektivität im Betrieb auf Ältere.“⁴⁸

Die „Selbstbewertung“ der „älteren Arbeitnehmer“ kann nicht ausreichend mit der *konkreten* Arbeit, die sie ausführen, erklärt werden. Hier scheinen eher Bedingungen eine Rolle zu spielen, die mit dem Begriff der „Jugendlichkeitsideologie“ beschrieben werden, also mit dem gesellschaftlichen Bewußtsein in Verbindung stehen. Die Problematik älterer Arbeitnehmer könnte also in verschiedener Hinsicht einen speziellen Risikofaktor für psychosomatische Belastungsfolgen darstellen. Diese Problematik verdeutlicht jedoch zugleich die Rolle allgemeinerer Beanspruchungsdeterminanten von Industriearbeit. Eine solche „subjektive“ Beanspruchungsbedingung dürfte in dem mehr oder weniger ausgeprägten Leistungsbewußtsein bestehen.

Bewußtsein kann – so eine letzte These – in verschiedener Weise Bestandteil des Beanspruchungsverhaltens sein. U. Mergner hat die Arbeitsbelastungen folgendermaßen auf die Konstitution von Bewußtsein bezogen: „Steigende Arbeitsbelastungen können – noch dazu bei stagnierenden Reallöhnen – Unzufriedenheitspotentiale schaffen, die eine Verstärkung kritischer Momente des gesellschaftlichen Bewußtseins bewirken und zu einer Problematisierung der Legitimität der herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse führen können. Denn gerade die Belastungsanforderungen der Arbeit sind, begünstigt durch ihre unmittelbare sinnliche Erfahrbarkeit, besonders bewußtseinsprägend.“⁵² Diese Schlußfolgerung ist jedoch nicht zwingend für – vielleicht zu spezifizierende – konkrete Belastungen, da durch psychische Überbeanspruchungen die Aktivitätspotentiale der Betroffenen vermindert werden können.

Der Zusammenhang von Bewußtsein und Belastung kann jedoch auch unter einem anderen Gesichtspunkt betrachtet werden. Denn als „Leistungsideologie“ erscheint Bewußtsein auch als Voraussetzung der Beanspruchung. Mit dieser These ist eine wichtige Nahtstelle zu den Möglichkeiten eines „gesellschaftlichen Bewältigungshandels“ angedeutet. Denn ohne die Bedeutung von sekundärer Prävention – etwa in Form von therapeutischen Maßnahmen – zu bestreiten ist eine Primärprävention nur mit Hilfe der Interessenvertretung der Betroffenen durchsetzbar. Aus dieser Sicht erscheint das Bewußtsein gegenüber den Belastungen als eine entscheidende Bedingung institutioneller Prävention, denn präventive Maßnahmen sind in diesem Falle nur in Abhän-

gigkeit von dem „Belastungsbewußtsein“ der Betroffenen durchsetzbar.

Abschließend kann zusammengefaßt werden, daß eine gesundheitsbezogene Belastungsanalyse zu dem produktiven Zwang des Forschers führt, die Lage der Arbeitskräfte in ihrer Komplexität zu reflektieren. Sicher sind neben der Gesundheit auch andere Kriterien als Belastungsindikatoren denkbar. Der Grad der „Gesundheit“ sagt unmittelbar nichts darüber aus, zu welchem Sinn und Ziel Gesundheit verschlissen wurde. Zu denken ist etwa an den Betriebsrat, der aufgrund von Doppelbelastungen einen Herzinfarkt erleidet, während sich aber die vorangegangenen Belastungen mit einer sinnvollen gesellschaftlichen Tätigkeit decken. Auch kann es im Einzelfall gerade das Interesse an der konkreten Arbeit sein, welches zu einer Selbsterfüllung, gleichwohl aber auch durch erhöhten Arbeitseinsatz zu einem vorzeitigen Gesundheitsverschleiß führte. Jedoch weisen auch diese Beispiele darauf hin, daß der Belastungsindikator „Gesundheit“ als ein gesellschaftlicher Begriff zu verstehen ist.

Diesen Problemen müssen sich jedoch auch andere denkbare Belastungskriterien stellen. Als Beispiel sei auf die Begriffe „Arbeitsunzufriedenheit“, des „Interesses an der Arbeit“, des Grades der „Selbstbestimmung“ in der Arbeit hingewiesen. Abgesehen von den methodischen Erfassungsproblemen ist etwa die Arbeitszufriedenheit ein relativer Begriff, der unmittelbar keine Aussagen darüber gestattet, welche Bedingungen der Arbeit die „Zufriedenheit“ hervorrufen oder ob die Zufriedenheit gerade mit der Nichtbetroffenheit von potentiellen, d. h. denkbaren oder bekanntgewordenen Restriktionen zusammenhängt. Ähnliches ließe sich für andere „Lebenskriterien“ schlußfolgern: Eine gesellschaftliche Betrachtungsweise, d. h. die Bestimmung des Verhältnisses von Gesellschaft und Individuum bleibt letztlich immer der grundlegende Bewertungsstab.

In Belastungsanalysen stellt sich prinzipiell das Problem, daß nicht jede Anforderung vorschnell mit einer Belastung bzw. Überlastung identifiziert werden darf. D. h. Belastungsanalysen haben – explizit oder implizit – einen Punkt aufzuweisen, an dem Anforderungen in negative Belastung (d. h. Über- oder Unterforderung) oder Entlastungen umschlagen. Dies dürfte sich als zentrales Problem vor allem in empirisch orientierten Belastungsanalysen erweisen. Die Operationalisierung von Belastungsdeterminanten – für welche die obige Argumentation nur eine Voraussetzung darstellen kann – fußt letztlich auf dem Verhältnis von Biologischem (also „Naturhaftem“) und Sozialem, d. h. auf der Wechselwirkung von sozialen, psychischem und biologischen Faktoren der Determination psychonervaler Störungen und Krankheiten. Der Ansatz der Analyse von Korrelationen der Symptomatik und

der Ursachenfelder der Beanspruchung verweist in diesem Zusammenhang auf die Reserven des Menschen und auf die Möglichkeiten seines Adaptationsvermögens in einer von ihm selbst nur mehr oder weniger beeinflussten sozialen Umwelt.

Für einen gesellschaftsbezogenen Gesundheitsbegriff bedeutet dies allgemein zweierlei: Erstens darf dieser grundsätzlich nicht auf das Faktum des akuten Krankheitsausbruches beschränkt bleiben, sondern muß psychonervale Störungen unterhalb der Schwelle der Arbeitsunfähigkeit ebenso einbeziehen wie die Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung.⁵⁰ Zweitens ist Gesundheit grundsätzlich auf die politökonomische Kategorie der Vermarktung der Arbeitskraft zu beziehen und nicht auf arbeitsunabhängige Kriterien. Verkauf der Arbeitskraft bedeutet immer auch Verkauf von Leistungsvermögen, also des Gesundheitspotentials.⁵¹

Diese allgemeinen Bestimmungen führen zur Präzisierung „objektiver“ Beanspruchungswerte als Analyse jener Bedingungen, die in einem gegebenen gesellschaftlichen Rahmen im kurz- und langfristigen Reproduktionsinteresse der Betroffenen liegen. Hieraus leiten sich letztlich auch die instrumentellen Anforderungen an industrie- und arbeitssoziologische (Belastungs-) Untersuchungen ab. Diese müßten vor allem den Anspruch erfüllen, die Beanspruchungswerte auf den prozessualen Charakter der Arbeit und auf die langfristige Dynamik des Verhältnisses von Reproduktionschancen und Arbeitsanforderungen zu beziehen.

Konkret muß in diesem Falle die integrierte Belastung stufenweise aus der Realität in einer Weise rekonstruiert werden, daß ihre innere Struktur sichtbar wird und es gelingt, ihre Dimensionen praxisrelevant zu erforschen. Dies bedeutet insbesondere, daß zugleich mit der Analyse des Arbeitsinhalts dessen – auch systematische – Zusammenhänge mit den „betrieblich-sozialen“ Belastungsfaktoren sowohl im Forschungsprozeß⁵² zu berücksichtigen sind, wie schließlich auch für eine primäre oder sekundäre Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen.

Anmerkungen

- 1 Projekt „Herz-Kreislaufkrankheiten und industrielle Arbeitsplätze“ am Wissenschaftszentrum Berlin.
- 2 In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 40, 5. 10. 78, S. 2263 ff.
- 3 Ebenda
- 4 Ebenda
- 5 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 39, 28. 9. 78, S. 2193 f.
- 6 M. Pflanz, in: Medical Tribune, 3. Nov. 1978, S. 80 ff.
- 7 Hinzuzufügen wären weitere mögliche Bedingungsfaktoren, etwa die Frage, ob mit der Mortalität auch die Morbiditätsrate gesunken ist, oder ob hier

gigkeit von dem „Belastungsbewußtsein“ der Betroffenen durchsetzbar.

Abschließend kann zusammengefaßt werden, daß eine gesundheitsbezogene Belastungsanalyse zu dem produktiven Zwang des Forschers führt, die Lage der Arbeitskräfte in ihrer Komplexität zu reflektieren. Sicher sind neben der Gesundheit auch andere Kriterien als Belastungsindikatoren denkbar. Der Grad der „Gesundheit“ sagt unmittelbar nichts darüber aus, zu welchem Sinn und Ziel Gesundheit verschlissen wurde. Zu denken ist etwa an den Betriebsrat, der aufgrund von Doppelbelastungen einen Herzinfarkt erleidet, während sich aber die vorangegangenen Belastungen mit einer sinnvollen gesellschaftlichen Tätigkeit decken. Auch kann es im Einzelfall gerade das Interesse an der konkreten Arbeit sein, welches zu einer Selbsterfüllung, gleichwohl aber auch durch erhöhten Arbeitseinsatz zu einem vorzeitigen Gesundheitsverschleiß führte. Jedoch weisen auch diese Beispiele darauf hin, daß der Belastungsindikator „Gesundheit“ als ein gesellschaftlicher Begriff zu verstehen ist.

Diesen Problemen müssen sich jedoch auch andere denkbare Belastungskriterien stellen. Als Beispiel sei auf die Begriffe „Arbeitsunzufriedenheit“, des „Interesses an der Arbeit“, des Grades der „Selbstbestimmung“ in der Arbeit hingewiesen. Abgesehen von den methodischen Erfassungsproblemen ist etwa die Arbeitszufriedenheit ein relativer Begriff, der unmittelbar keine Aussagen darüber gestattet, welche Bedingungen der Arbeit die „Zufriedenheit“ hervorrufen oder ob die Zufriedenheit gerade mit der Nichtbetroffenheit von potentiellen, d. h. denkbaren oder bekanntgewordenen Restriktionen zusammenhängt. Ähnliches ließe sich für andere „Lebenskriterien“ schlußfolgern: Eine gesellschaftliche Betrachtungsweise, d. h. die Bestimmung des Verhältnisses von Gesellschaft und Individuum bleibt letztlich immer der grundlegende Bewertungsstab.

In Belastungsanalysen stellt sich prinzipiell das Problem, daß nicht jede Anforderung vorschnell mit einer Belastung bzw. Überlastung identifiziert werden darf. D. h. Belastungsanalysen haben – explizit oder implizit – einen Punkt aufzuweisen, an dem Anforderungen in negative Belastung (d. h. Über- oder Unterforderung) oder Entlastungen umschlagen. Dies dürfte sich als zentrales Problem vor allem in empirisch orientierten Belastungsanalysen erweisen. Die Operationalisierung von Belastungsdeterminanten – für welche die obige Argumentation nur eine Voraussetzung darstellen kann – fußt letztlich auf dem Verhältnis von Biologischem (also „Naturhaftem“) und Sozialem, d. h. auf der Wechselwirkung von sozialen, psychischem und biologischen Faktoren der Determination psychonervaler Störungen und Krankheiten. Der Ansatz der Analyse von Korrelationen der Symptomatik und

der Ursachenfelder der Beanspruchung verweist in diesem Zusammenhang auf die Reserven des Menschen und auf die Möglichkeiten seines Adaptationsvermögens in einer von ihm selbst nur mehr oder weniger beeinflussten sozialen Umwelt.

Für einen gesellschaftsbezogenen Gesundheitsbegriff bedeutet dies allgemein zweierlei: Erstens darf dieser grundsätzlich nicht auf das Faktum des akuten Krankheitsausbruches beschränkt bleiben, sondern muß psychonervale Störungen unterhalb der Schwelle der Arbeitsunfähigkeit ebenso einbeziehen wie die Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung.⁵⁰ Zweitens ist Gesundheit grundsätzlich auf die politökonomische Kategorie der Vermarktung der Arbeitskraft zu beziehen und nicht auf arbeitsunabhängige Kriterien. Verkauf der Arbeitskraft bedeutet immer auch Verkauf von Leistungsvermögen, also des Gesundheitspotentials.⁵¹

Diese allgemeinen Bestimmungen führen zur Präzisierung „objektiver“ Beanspruchungswerte als Analyse jener Bedingungen, die in einem gegebenen gesellschaftlichen Rahmen im kurz- und langfristigen Reproduktionsinteresse der Betroffenen liegen. Hieraus leiten sich letztlich auch die instrumentellen Anforderungen an industrie- und arbeitssoziologische (Belastungs-) Untersuchungen ab. Diese müßten vor allem den Anspruch erfüllen, die Beanspruchungswerte auf den prozessualen Charakter der Arbeit und auf die langfristige Dynamik des Verhältnisses von Reproduktionschancen und Arbeitsanforderungen zu beziehen.

Konkret muß in diesem Falle die integrierte Belastung stufenweise aus der Realität in einer Weise rekonstruiert werden, daß ihre innere Struktur sichtbar wird und es gelingt, ihre Dimensionen praxisrelevant zu erforschen. Dies bedeutet insbesondere, daß zugleich mit der Analyse des Arbeitsinhalts dessen – auch systematische – Zusammenhänge mit den „betrieblich-sozialen“ Belastungsfaktoren sowohl im Forschungsprozeß⁵² zu berücksichtigen sind, wie schließlich auch für eine primäre oder sekundäre Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen.

Anmerkungen

1 Projekt „Herz-Kreislaufkrankheiten und industrielle Arbeitsplätze“ am Wissenschaftszentrum Berlin.

2 In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 40, 5. 10. 78, S. 2263 ff.

3 Ebenda

4 Ebenda

5 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 39, 28. 9. 78, S. 2193 f.

6 M. Pflanz, in: Medical Tribune, 3. Nov. 1978, S. 80 ff.

7 Hinzuzufügen wären weitere mögliche Bedingungsfaktoren, etwa die Frage, ob mit der Mortalität auch die Morbiditätsrate gesunken ist, oder ob hier

Einflüsse der gesundheitlichen Versorgung zu verzeichnen sind; ob sich die Organwahl verändert hat.

- 8 M. Pflanz, a.a.O.
- 9 H. Schaefer, M. Blohmke: Herzkrank durch psychosozialen Streß, Heidelberg 1977
- 10 Hospital Tribune Nr. 6, 19. 12. 1978
- 11 G. Wolff, euromed Nr. 1/1979, S. 61
- 12 H. Schaefer: Streß als gesellschaftliches Problem, in: A. W. v. Eiff (Hrsg.), Seelische und körperliche Störungen durch Streß, Stuttgart/New York 1976, S. 11
- 13 Programm der Bundesregierung: Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, Bonn 1978, S. 21
- 14 H. Schaefer, Stress als gesellschaftliches Problem, a.a.O., S. 28
- 15 Ebenda
- 16 H. Schaefer, Streß als gesellschaftliches Problem, a.a.O., S. 14
- 17 H. Schaefer, in: M. J. Halhuber (Hrsg.), Psychosozialer „Streß“ und koronare Herzkrankheiten, Berlin-Heidelberg-New York, 1978, S. 13 ff.
- 18 A. Kornhauser: Mental Health of the Industrial Worker, New York, 1965
- 19 H. Abholz, Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankung, in: Das Argument Nr. 50, 1970 (jetzt auch in: Abholz/Böcker/Frießem/Jens: Arbeitsmedizin. Argument – Studienheft SH 35, Berlin 1979)
- 20 L. Levi, Streß: Nebenniere und Schilddrüse, in: A. W. von Eiff, a.a.O.
- 21 Vgl. etwa verschiedene Beiträge in: M. Frese, S. Greif, N. Semmer (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie, Bern-Stuttgart-Wien 1978
- 22 U. Mergner, Technisch-organisatorischer Wandel und Belastungsstruktur, in: R. Kasike (Hrsg.), Gesundheit am Arbeitsplatz, Reinbek bei Hamburg, 1976, S. 27
- 23 J.-H. Kirchner und W. Rohmert, Problemanalyse zur Erarbeitung eines arbeitswissenschaftlichen Instrumentariums für Tätigkeitsanalysen, in: J.-H. Kirchner u.a. Arbeitswissenschaftliche Studien zur Berufsbildungsforschung, Hannover 1973, S. 9
- 24 Vgl. dazu W. Volpert, Die „Humanisierung der Arbeit“ und die Arbeitswissenschaft, Köln 1974
- 25 Vgl. etwa H. Pornschlegel, Neue Formen der Arbeitsorganisation – Stoff für Lohnkonflikte?, in: Der Gewerkschafter, Heft 11/1978
- 26 Vgl. W. Rohmert und J. Rutenfranz, Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an industriellen Arbeitsplätzen, Bonn 1975
- 27 W. Rohmert, Arbeitsgestaltung, in: E. Hotz u.a. (Hrsg.): Handbuch der Rationalisierung, Heidelberg 1968, S. 3
- 28 F. Friczewski und R. Thorbecke, Arbeitssituation und koronare Herzkrankheiten, in: Argument-Sonderband AS 12, Berlin 1976, S. 190 ff.
- 29 Th. Waldhubel, Arbeit als gestörte Ruhe – oder: Von der Arbeitswissenschaft und ihren Zielen, in: Argument-Sonderband AS 30, Berlin 1979
- 30 Ebenda, S. 32
- 31 Ebenda, S. 31
- 32 Vgl. etwa Th. Hettinger, Beanspruchungsanalyse und Beanspruchungsoptimierung bei Büroarbeit, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Heft 4/1977, S. 229
- 33 z.B.: O. Mickler, W. Mohr, U. Kadritzke, Produktion und Qualifikation, Göttingen 1977

- 34 Vgl. G. Bosch, Arbeitsplatzverlust. Die sozialen Folgen einer Betriebsstilllegung, Frankfurt-New York 1978, S. 18 f.
- 35 Vgl. etwa O. Mickler, E. Dittrich, U. Neumann: Technik, Arbeitsorganisation und Arbeit, Frankfurt/M., 1976
- 36 Vgl. M. Abendroth, N. Beckenbach, S. Braun, R. Dombois: Hafenarbeit im Wandel, Bremen o.J., Bd. F
- 37 Vgl. etwa W. Wotschack, Arbeitstätigkeit und betriebliches System – eine Betriebsfallstudie zur integrierten Belastung von Instandhaltern, Preprint am Wissenschaftszentrum Berlin, Juli 1977
- 38 Vgl. F. Naschold, B. Tietze, Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33405: Psychische Belastung und Beanspruchung. In: Argument-Sonderband AS 14, Berlin 1977
- 39 W. Volpert, Der Zusammenhang von Arbeit und Persönlichkeit aus handlungstheoretischer Sicht, in: P. Groskurth (Hrsg.), Arbeit und Persönlichkeit, Reinbek bei Hamburg, 1979, s. 33
- 40 Ebenda
- 41 W. Volpert, Handlungsstrukturanalyse als Beitrag zur Qualifikationsforschung, Köln 1974
- 42 Vgl. F. Frei, Handlungsorientierte Tätigkeitsanalysen mit dem „Fragebogen zur Arbeitsanalyse“? Eine Erwiderung auf den Beitrag von C. Graf Hoyos. In: Mitteilungen des IfaA, 1977, Nr. 72
- 43 O. Mickler, u. a., 1976, a.a.O., S. 390
- 44 Vgl. M. Friedman und R.H. Rosenman, Der A-Typ und der B-Typ, Reinbek bei Hamburg 1975
- 45 Vgl. H.E. Richter, Lernziel Solidarität, Hamburg 1974
- 46 Vgl. R.L. Kahn, Konflikt, Ambiguität und Überforderung: Drei Elemente des Stress am Arbeitsplatz, in M. Frese, S. Greif, N. Semmer, a.a.O., S. 18 ff
- 47 B. Gardell, Arbeitsgestaltung, intrinsische Arbeitszufriedenheit und Gesundheit, in: M. Frese u. a. (Hrsg.). a.a.O., S. 69
- 48 Ebenda, S. 70. Vgl. auch K. Dohse, U. Jürgens, H. Russig, Probleme einer Beschränkung gewerkschaftlicher Bestandspolitik – die Absicherung älterer Arbeitnehmer – zum Verhältnis von Bestandsschutz und personalpolitischer Flexibilität, Diskussionspapier am Wissenschaftszentrum Berlin, Okt. 1978
- 49 U. Mergner, Technisch-organisatorischer Wandel und Belastungsstruktur, a.a.O., S. 12
- 50 Vgl. etwa H. Abholz, H. Funke, E. Hildebrand, F. Naschold, Ch. Watkinson, Die Entwicklung der Arbeitermedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit, in: WSI-Mitteilungen, Heft 2/1978
- 51 Vgl. G. Bosch, a. a. O., S. 18
- 52 Vgl. W. Wotschack, Arbeitstätigkeit und betriebliches System. . . , a.a.O., S. 13 ff. In dieser Arbeit wird am Beispiel der Betriebsmittel-Instandhaltung der Zusammenhang von „Arbeitsplatz“ und betrieblichem Sozialgefüge sowie betriebsexternen Determinanten empirisch untersucht. Die Belastungssituation wird als Folge der betrieblichen Technologie- und Arbeitseinsatzpolitik auf Qualifikation, Belastung und Arbeitsmarktchancen der Betroffenen erklärt.

Rainer Müller

Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz

Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß und Übergewicht werden als Risikofaktoren angesehen, die zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen¹. Dieser Beitrag versucht aufzuzeigen, daß das Risikofaktorenkonzept eine verkürzende Perspektive der Diskussion um Ursachen und den vermittelnden Prozessen bei der Entstehung von Krankheiten beinhaltet. Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum und auch Arzneimittelgebrauch müssen auf dem Hintergrund der sozialen und kulturellen Bedingungen der aktuellen Lebenslage sowie der Lebensgeschichte des Einzelnen gesehen werden. Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum sind als reaktives Verhalten in Bezug auf überfordernde Streßbelastung und erhöhte Leistungsanforderung zu würdigen. Der Einnahme von Medikamenten kommt zusätzlich eine indikatorische Bedeutung für gesundheitliches Unwohlsein und Krankheit zu.

Es werden hier die Daten der repräsentativen Befragung von Infas unter 1266 Arbeitern in Bremen im Jahre 1975² und der Vorsorgeuntersuchung an ca. 30 Tausend arbeitsfähigen Mitgliedern von Ortskrankenkassen in Baden-Württemberg in den Jahren 1969 und 1970³ benutzt.

Zu betonen bleibt, daß die hier behandelte Fragestellung nicht das zentrale Erkenntnisinteresse der beiden Untersuchungen darstellt. Dieser Beitrag soll trotzdem veranschaulichen, daß ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, verschiedenen Arbeitergruppen und Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum zu belegen ist. Präzisere Aussagen müssen speziellen Studien vorbehalten bleiben.

Häufigkeit von Arbeitsbelastungen bei Arbeitern in Bremen

Lärm ist der häufigste Belastungsfaktor bei berufstätigen Arbeitern in Bremen. Es folgen klimatische Belastungen wie Zugluft, Hitze, Kälte und Nässe, arbeitsorganisatorische Belastungen wie Zeitdruck (immer den gleichen Arbeitsgang ausführen), Monotonie und Wechselschicht. Noch 20% der Arbeiter müssen körperlich schwere Arbeit verrichten (Tab. 1). Die verschiedenen Arbeitergruppen sind unterschiedlich von den Belastungen betroffen. Beispielsweise arbeiten Facharbeiter um mehr als das Doppelte häufiger unter Lärm als an- bzw. ungelernete Arbeiterinnen. Bei an- bzw. ungelerten Arbeiterinnen sind am verbreitetsten Monotonie, Lärm, Zugluft und Zeitdruck. 43% der Arbeiter

gaben keine Belastung an, 24% ein bis drei Belastungen, 11% vier oder fünf und 22% mehr als fünf Belastungen. Wenn Belastungen am Arbeitsplatz auftreten, kommen sie in der Regel zugleich mehrfach vor.

Tabelle: 1
Arbeitsbelastungen bei Arbeitern in Bremen

Arbeitsbelastungen	Arbeiter	Fach-	An-, ungelernete		wöchentl. Arbeitszeit	
	insg. N = 1205	arbeiter N = 628	Männer N = 272	Frauen N = 273	40 Std. N = 548	Über 48 Std. N = 171
	%	%	%	%	%	%
Lärm	36	42	37	19	39	34
Nässe	19	22	23	7	21	20
Hitze	22	26	21	12	23	21
Kälte	19	21	24	7	19	16
Staub	20	25	23	7	23	20
Giftige Gase	14	20	13	3	16	18
Zugluft	24	28	27	15	25	32
Arbeit im Freien	23	20	33	3	27	26
Körperliche Schwerarbeit	21	24	20	16	22	27
Zwangshaltung	12	15	8	11	10	20
Monotonie	17	14	20	23	20	14
Vibration	4	6	5	0	3	9
Zeitdruck	22	25	17	15	23	30
Akkord	11	14	11	8	10	20
Nachtschicht	7	8	9	2	7	15
Wechselschicht	16	16	21	7	16	16

Quelle: Infas Repräsentativerhebung unter Arbeitern in Bremen.
Juli bis Oktober 1975

Tabelle: 2

Medikamenten-, Nikotin- und Alkoholkonsum bei Arbeitern in Bremen

	Zahl der	Medikamente	Mehr als 10	Mehr als 1 Liter
	Befragten	regelmäßig	Zigaretten	Bier täglich
	abs.	%	%	%
Arbeiter insgesamt	1.266	19	37	17
Facharbeiter	628	17	41	21
bis 34 Jahre	242	7	44	22
35 - 49 Jahre	268	20	40	24
50 Jahre und älter	118	28	40	11
An-, ungelernete Arbeiter	545	23	32	13
Männer	272	18	45	22
bis 34 Jahre	106	5	44	20
35 - 49 Jahre	96	14	52	27
50 Jahre und älter	70	43	36	17
Frauen	273	28	20	3
bis 34 Jahre	71	21	30	1
35 - 49 Jahre	115	26	19	4
50 Jahre und älter	87	36	13	3
Wöchentliche Arbeitszeit				
40 Stunden	548	19	38	19
41 - 48 Stunden	330	16	38	14
über 48 Stunden	171	12	50	25

Quelle: Infas Repräsentativerhebung unter Arbeitern in Bremen.
Juli bis Oktober 1975

Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Arbeitern in Bremen

Beim Rauchen, Alkoholgenuß und Arzneigebrauch zeigen sich alters- und geschlechtsspezifische Ausprägungen (Tab. 2). Männer rauchen und trinken mehr Alkohol als Frauen. Jüngere Frauen rauchen stärker als ältere. Arbeiterinnen im Alter bis 49 Jahre nehmen deutlich häufiger Medikamente ein als gleichaltrige ungelernete Arbeiter. Starke Raucher finden sich am häufigsten unter an- und ungelerten Arbeitern im Alter von 35 bis 49 Jahren. An- bzw. ungelernete Arbeiter im Alter von 50 Jahren und älter nehmen deutlich häufiger regelmäßig Medikamente ein als gleichaltrige Facharbeiter und auch an- bzw. ungelernete Arbeiterinnen. Dies weist auf Gesundheitsstörungen bei dieser Gruppe hin. Vergleicht man diejenigen Arbeiter mit 40 Wochenstunden mit denjenigen mit über 48 Arbeitsstunden, so zeigt sich der Einfluß von beanspruchenden Arbeitszeitregelungen auf Rauchen und Alkoholkonsum. Bei der Gruppe mit überlanger Wochenarbeitszeit tritt ein überdurchschnittliches Vorkommen von Zeitdruck, Akkord und Nachtschicht als Belastung auf. Außerdem arbeiten diese Arbeiter überdurchschnittlich häufiger unter Zugluft, in Zwangshaltung (Bücken, Knien, Liegen, über Kopf arbeiten) und körperlich schwer. 69% von ihnen arbeiten 49 bis 55 Stunden, 20% 56 bis 63 Stunden und 11% mehr als 63 Stunden in der Woche. Die Gruppe setzt sich fast ausschließlich aus Männern zusammen. Von den 171 Arbeitern sind 41% im Alter bis 34 Jahre, 46% zwischen 35 und 49 Jahre und 13% 50 Jahre und älter. Die entsprechende Altersverteilung bei allen befragten Arbeitern und den Arbeitern mit 40 Stundenwoche lautet: 36%, 41%, 23% bzw. 38%, 36%, 26%.

Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Mitgliedern von Ortskrankenkassen

Arbeitsfähige männliche Mitglieder von Ortskrankenkassen nehmen sowohl gelegentlich als auch regelmäßig unter beanspruchenden Arbeitsverhältnissen häufiger Medikamente ein als bei Arbeitsbedingungen ohne Belastungen (Tab. 3). Gase und Dämpfe (Chem. Luftverunreinigung) wirken besonders beeinträchtigend auf die Gesundheit. In den letzten zwei Jahren vor der Untersuchung haben berufstätige Frauen gegenüber Männern deutlich häufiger regelmäßig Medikamente eingenommen. Kurmäßig bzw. gelegentlich wurden Arzneimittel von beiden Gruppen etwa gleich häufig konsumiert. Frauen ohne stärkere gesundheitliche Störung, d. h. hier ohne Medikamentenkonsum, arbeiten vor allem im Freien bzw. an Arbeitsplätzen ohne Belastungen.

Tabelle: 3

Medikamenteneinnahme in den letzten 2 Jahren bei arbeitsfähigen Mitgliedern von Ortskrankenkassen nach Arbeitsbelastungen

Arbeitsbelastungen *	Männer				Frauen			
	gelegentlich	regelmäßig	kurzmäßig	Summe	gelegentlich	regelmäßig	kurzmäßig	Summe
Keine	49	16	3	32	56	23	3	64
Staub	54	20	3	10	55	28	4	10
Hitze	54	17	4	5	55	28	6	4
Kälte	55	18	2	3	53	33	3	2
Lärm/Erschütterungen	55	18	3	19	59	27	3	11
Chem. Luftverunreinigung (Geruchsbelastigung)	56	20	4	8	57	29	3	5
allgem. Witterungseinflüsse Arbeit im Freien	54	16	4	12	55	23	3	1
besonders unfallgefährdet	54	20	3	9	62	23	1	1
sonstige Erschwerungen	59	18	5	2	53	28	7	2
Summe abs.	8707	2895	556	16414	8712	3841	534	15508

* nur das stärkste Erschwerungsmerkmal wurde angekreuzt

Quelle: Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Baden-Württemberg 1969/70

aus: Hamacher, Preiser: Mehrfachbelastungen, a.a.O.

Arbeitsplatzbedingungen mit klimatischen Belastungen wie Hitze, Kälte oder mit Schadstoffen (Staub, Gase, Dämpfe) sowie erhöhtem Unfallrisiko beanspruchen die Gesundheit der beschäftigten Frauen stärker und bringen erhöhten Medikamentenverbrauch mit sich.

Tabelle: 4

Nikotinkonsum bei arbeitsfähigen Mitgliedern von Ortskrankenkassen nach Arbeitsbelastungen

Arbeitsbelastungen	Männer			Frauen			
	mäßig	stark	Summe	mäßig	stark	Summe	
Keine	29	29	32	19	5	64	
Staub	28	35	10	19	6	10	
Hitze	27	36	5	18	6	4	
Kälte	22	42	3	22	10	2	
Lärm/Erschütterung	26	33	19	19	7	12	
chem. Luftverunreinigung (Arbeitsbelastung)	28	34	8	23	8	5	
allgem. Witterungseinflüsse Arbeit im Freien	24	39	12	11	4	1	
besonders unfallgefährdet	26	36	9	23	5	1	
sonstige Erschwerungen	25	40	2	21	5	2	
Summe	abs.	4439	5515	16405	2936	859	15512

Quelle: Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung
Baden-Württemberg 1969/70
aus: Hamacher, Preisler; a.a.O.

Gegenüber allen Männern wird von denjenigen stärker geraucht, die in Kälte bzw. im Freien oder unter nicht näher bezeichneten „Erschwerungen beschäftigt sind“ (Tab. 4). Starke Raucherinnen finden sich überdurchschnittlich häufig an Arbeitsplätzen mit Kälte bzw. mit chemischen Luftverunreinigungen. Der Anteil der Nichtraucherinnen liegt mit 85% bei Frauen, die Witterungseinflüssen bei ihrer Arbeit ausgesetzt sind (Landwirtschaft), im Vergleich zu Frauen ohne Arbeitsbelastungen, höher. Ungünstige klimatische Verhältnisse bei der Arbeit veranlassen weibliche und männliche Arbeitnehmer zu überdurchschnittlichem regelmäßigen und reichlichen Alkoholkonsum (Tab. 5). Bei Männern ist dieser Einfluß besonders deutlich.

Da nicht Einfachbelastungen sondern Mehrfachbelastungen an den Arbeitsplätzen die Regel sind, wurde aus Merkmalen der Arbeitszeit, dem Vorliegen bzw. dem Fehlen von Arbeitsbelastungen sowie dem

Schweregrad der körperlichen Arbeit Arbeitsplatztypen⁴ gebildet und diese in einen Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten, Nikotin und Alkohol gebracht (Tab. 6 und 7).

Vergleicht man die männlichen Arbeitnehmer mit beanspruchenden Arbeitsbedingungen (Typen 2-11) mit der männlichen Arbeitnehmergruppe ohne Belastungen (Typ 1), so wird von den beanspruchten Gruppen vermehrt geraucht, mehr Alkohol getrunken und häufiger Arzneimittel eingenommen. Allerdings sind in der Gruppe ohne Belastungen (Typ 1) Jugendliche bis 20 Jahren mit 20% im Vergleich mit dem Anteil der Jugendlichen an allen befragten männlichen Arbeitnehmern mit 8% überrepräsentiert. Aus diesem Grund empfiehlt sich ein Vergleich der Zahlen mit den Durchschnittswerten aller untersuchten männlichen Arbeitnehmer. Körperliche Schwerarbeit in Tagschicht (Arbeitsbelastungstyp 3, 6, 8, 11) bringt gegenüber dem Durchschnitt einen deutlich erhöhten reichlichen Alkoholkonsum mit sich. Wird körperliche Schwerarbeit dagegen in Schicht mit Nachtarbeit (Typ 7) erbracht, so ist der reichliche und regelmäßige Alkoholgebrauch gegenüber dem Durchschnitt nur unwesentlich erhöht.

Tabelle: 5

Alkoholkonsum bei arbeitsfähigen Ortskrankenkassenmitgliedern nach Arbeitsbelastungen

Arbeitsbelastungen	Männer			Frauen		
	regelmäßig %	reichlich %	Summe %	regelmäßig %	Summe %	
Keine	29	1	32	4	64	
Staub	38	2	10	4	10	
Hitze	40	3	5	7	4	
Kälte	41	4	3	5	2	
Lärm/Erschütterungen	33	1	19	5	12	
chem. Luftverunreinigung (Geruchsbelästigung)	34	1	8	6	5	
allgem. Witterungseinflüsse Arbeit im Freien	49	3	12	9	1	
besonders unfallgefährdet	37	2	9	4	1	
sonstige Erschwerungen	32	2	2	4	2	
Summe	abs.					
		5724	285	16414	732	15522

Quelle: Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung
Baden-Württemberg 1969/70

aus: Hanacher, Preisler; Mehrfachbelastungen, a.a.O.

Körperliche Schwerarbeit fördert nicht nur den Alkoholkonsum, sondern auch starkes Rauchen. Wirkt Schichtarbeit mit Nachtarbeit auf den Alkoholkonsum einschränkend, so stimuliert diese Arbeitszeitregelung das Rauchen besonders stark. 46% aller Schichtarbeiter mit Nachtarbeit, die unter beanspruchenden Umgebungsbedingungen körperlich schwer arbeiten (Typ 7), rauchen stark; im Durchschnitt tun dies nur 34% der befragten Männer. Eine ähnlich fördernde Wirkung auf starkes Rauchen bei körperlicher Schwerarbeit haben Akkord bzw. regelmäßige Überstunden. So wird von 44% der körperlich schwer arbeitenden Tagarbeiter mit Akkord bzw. mit regelmäßigen Überstunden ohne oder mit Belastungen (Typ 11,6) stark geraucht. Eine Beeinflussung der Ergebnisse durch das Alter kann ausgeschlossen werden. Die Altersverteilung zeigt keine Über- bzw. Unterrepräsentation von jüngeren bzw. älteren Arbeitnehmern.

Ein ähnlicher Einfluß von Schichtarbeit mit Nachtarbeit und Akkord bzw. regelmäßigen Überstunden wie auf starkes Rauchen läßt sich für gelegentliche Medikamenteneinnahme ausmachen, wenn diese Arbeitszeitformen mit Erschwernissen oder Schwerarbeit oder sogar beiden verbunden ist. Bei Gruppen mit derartigen belastenden Arbeitszeitregelungen (Typ 6, 7, 9, 10, 11) werden überdurchschnittlich vermehrt Arzneimittel eingenommen. Eine Altersabhängigkeit zeigt sich nicht. Die geringgradige überdurchschnittliche Häufung von regelmäßigem Arzneimittelgebrauch bei Männern in den Arbeitsbelastungstypen 5 und 8 muß auf die Überrepräsentation der 50-60jährigen zurückgeführt werden. Ob in dem ebenfalls leicht erhöhtem regelmäßigem Medikamentenkonsument der Tagarbeiter ohne Schwerarbeit (Typ 4) sich die erschwerenden Arbeitsbedingungen auswirken, muß offen bleiben. Die überrepräsentation der Jugendlichen bis 20 Jahren mit 11% gegenüber durchschnittlich 8% bei durchschnittlicher Besetzung der sonstigen Altersklassen spricht eher für eine solche Vermutung.

Auch weibliche arbeitsfähige Arbeitnehmer trinken wie Männer deutlich überdurchschnittlich häufiger regelmäßig Alkohol, wenn sie körperliche Schwerarbeit verrichten (Typ 4, 5, 9, 11, 12, 13). Schichtarbeit mit Nachtarbeit wirkt im Gegensatz zu männlichen Schwerarbeitern bei Schwerarbeiterinnen (Typ 9) ausgesprochen verstärkend auf regelmäßigen Alkoholgenuß. Verglichen mit dem Durchschnitt ist der Alkoholkonsum bei diesen Frauen um mehr als das Doppelte erhöht. Überhaupt steigt, wiederum im Gegensatz zu Männern, bei Schichtarbeit mit Nachtarbeit (Typ 6, 7, 9) regelmäßiges Trinken von Alkohol bei Frauen. Ebenso nachteilig beeinflußt Schichtarbeit mit Nachtarbeit das Rauchverhalten von weiblichen Arbeitnehmern. Der verglichen mit dem Durchschnitt um mehr als das Doppelte erhöhte Anteil von starken Raucherinnen bei Schichtarbeiterinnen ohne Erschwernisse und ohne

Tabelle 6
Medikamenten-, Nikotin- und Alkoholkonsum bei arbeitsfähigen männlichen Mitgliedern
von Orckrankenkassen nach Arbeitsbelastungstypen (4)

Arbeitsbelastungstypen	Anzahl	Alter x)	Medikamentenkonsument gelegentlich	regelmäßig	kurmäßig	Nikotinkonsum mäßig	stark	Alkoholkonsum regelmäßig	reichlich
1		20							
Tag ohne xx)									
Keine Belastung	3271	54	48	15	-	30	25	25	1
Keine schwere Arbeit		26							
2		5							
Tag mit xx)									
Keine Belastung	1259	71	51	16	4	26	33	34	2
Keine schwere Arbeit		25							
3		3							
Tag ohne									
Keine Belastung	225	68	58	14	4	21	39	43	3
Mit Belastung		28							
Mit schwerer Arbeit		11							
4		61							
Tag ohne	39	29	53	19	-	28	31	33	-
Mit Belastung									
Keine schwere Arbeit		1							
5		63							
Schicht									
Keine Belastung	250	36	50	18	-	24	35	31	-
Keine schwere Arbeit									
6		2							
Tag mit									
Keine Belastung	121	70	59	12	5	22	44	43	5
Mit Belastung		28							
Mit schwerer Arbeit		4							
7		73							
Schicht									
Mit Belastung	164	23	60	12	3	22	46	40	2
Mit schwerer Arbeit		3							
8		64							
Tag ohne									
Mit Belastung	1285	33	53	20	13	24	38	48	3
Mit schwerer Arbeit		2							
9		73							
Schicht									
Mit Belastung	796	25	58	17	-	23	38	31	2
Keine schwere Arbeit		4							
10		71							
Tag mit									
Mit Belastung	2715	25	56	17	3	23	36	38	1
Keine schwere Arbeit									

Fortsetzung Tabelle: 6

Arbeitsbelastungen	Anzahl	Alter x)	Medikamentenkonsum			Nikotinkonsum		Alkoholkonsum regelmäßig reichlich
			gelegentlich	regelmäßig	kurmäßig	mäßig stark		
Tag mit	11							
Mit Belastung	1177	2						
Mit schwerer Arbeit		72						
Männliche Mitglieder		26	57	16	-	21	44	49
insgesamt	15912	8						
		64	53	17	3	27	34	35
		28						2

x) Die Altersangaben in % beziehen sich auf die Altersklassen 15 - 19 J., 20 - 49 J., 50 - 59 J.

xx) Tag ohne bzw. mit Akkord oder regelmäßig Überstunden

Quelle: Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung

aus: Hamacher, Preiser; a.a.O.

Tabelle: 7
 Medikamenten-, Nikotin- und Alkoholkonsum bei arbeitsfähigen weiblichen Mitgliedern von Ortskrankenkassen
 nach Arbeitsbelastungstypen (x) siehe Legende Tab. 6)

Arbeitsbelastungstypen	Anzahl	Alter x)	Medikamentenkonsum			Nikotinkonsum		Alkoholkonsum regelmäßig
			gelegentlich	regelmäßig	kurzmäßig	mäßig	stark	
Tag ohne Keine Belastung	1	21						
Keine schwere Arbeit	3545	60						
		20	56	20	3	22	5	4
Teilzeit	2	-						
Keine Belastung	2320	76						
Keine schwere Arbeit		24	57	26	3	16	4	4
Tag mit	3	6						
Keine Belastung	744	75						
Keine schwere Arbeit		19	59	21	3	21	4	3
Tag ohne	4	8						
Keine Belastung	1432	57						
Mit schwerer Arbeit		33	56	24	3	16	5	6
Tag mit	5	3						
Keine Belastung	208	66						
Mit schwerer Arbeit		31	54	24	2	15	4	6
Schicht	6	14						
Keine Belastung	59	60						
Keine schwere Arbeit		25	64	25	-	24	14	7
Schicht	7	8						
Mit Belastung	51	69						
Keine schwere Arbeit		23	67	18	6	26	8	6
Tag ohne	8							
Mit Belastung	1458							
Keine schwere Arbeit		14	57	27	4	21	6	4

Fortsetzung Tabelle: 7

Arbeitsbelastungstypen	Anzahl	Alter x)	Medikamentenkonsum gelegentlich	regelmäßig	kurzzeitig	Nikotinkonsum mäßig	stark	Alkoholkonsum regelmäßig
Schicht	9	4						
Mit Belastung	86	72	69	24	1	21	13	11
Mit schwerer Arbeit		24						
Tag mit	10	4						
Mit Belastung	711	74	57	28	4	20	6	5
Keine schwere Arbeit		22						
Tag mit	11	3						
Mit Belastung	476	70	59	26	2	18	9	6
Mit schwerer Arbeit		28						
Tag ohne	12	6						
Mit Belastung	1239	59	56	28	5	21	7	7
Mit schwerer Arbeit		35						
Teilzeit	13	-						
Mit Belastung	642	64	50	33	5	16	5	5
Mit schwerer Arbeit		35						
Weibliche Mitglieder	15564	8	56	25	3	19	6	5
insgesamt		66						
		26						

körperliche Schwerarbeit (Typ 6) kann nicht allein auf die gegenüber dem Durchschnitt stärker besetzte Altersgruppe der bis 20jährigen zurückgeführt werden. Denn wird in Schichtarbeit mir Nachtarbeit unter erschwerten äußeren Arbeitsbedingungen von Frauen körperliche Schwerarbeit (Typ 9) geleistet, dann erhöht sich der Anteil der starken Raucherinnen gegenüber dem Durchschnitt um mehr als das Doppelte, obwohl die Jugendlichen bis 20 Jahren um die Hälfte weniger an solchen Arbeitsplätzen beschäftigt sind als im Schnitt aller untersuchten weiblichen Arbeitnehmer. Die Gruppe der Schichtarbeiterinnen mit Belastungen (Typ 7) ist altersmäßig ähnlich besetzt wie die untersuchten Frauen insgesamt, dennoch wird in dieser Gruppe häufiger stark geraucht.

Was für die Auswirkung von Schichtarbeit auf das Rauchen bei Frauen gesagt wurde, gilt auch für den Zusammenhang von Schichtarbeit mit Nachtarbeit und gelegentlichem Medikamentenkonsum. Frauen in Schichtarbeit mit Nachtarbeit leiden vermehrt unter gelegentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so daß sie häufiger gelegentlich zu Arzneimitteln greifen.

Ein Drittel der in Teilzeit mit betriebsbedingten Belastungen und körperlicher Schwerarbeit tätigen Frauen (Typ 13), im Vergleich zu 25% aller untersuchten Frauen, leiden an manifesten gesundheitlichen Störungen, so daß sie regelmäßig Arzneimittel nehmen.

Zusammenfassung

Nikotin- und Alkoholkonsum hängen von den sozialen und kulturellen Lebensbedingungen ab. Ungünstige Arbeitsbedingungen wirken sich negativ aus. Bei genügender Differenzierung der Arbeitssituationen lassen sich diese Zusammenhänge empirisch aufzeigen. Insbesondere fördern beanspruchende Arbeitszeitregelungen wie Schichtarbeit, Nachtarbeit, Überstunden, Zeitdruck und Akkord vermehrtes Rauchen, sowie klimatische Belastungen und Schwerarbeit erhöhten Alkoholkonsum. Zu betonen bleibt, daß diese Belastungen in der Regel mit anderen Belastungsfaktoren vergesellschaftet auftreten, und von daher ungünstige Arbeitsbedingungen insgesamt mit ihren Auswirkungen auf Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol) und auf gesundheitliches Befinden (Medikamenteneinnahme) betrachtet werden müssen.

Anmerkungen

- 1 Schaefer, H., M. Blohmke: Sozialmedizin, Stuttgart 1972. Zur Kritik des Konzeptes der Risikofaktoren siehe Thoma, P.: Die Bedeutung der Mensch-Umwelt - Beziehung in der Medizin - zur theoretischen Begründung der Medizinsoziologie, in: Geissler, B., P. Thoma (Hgr.): Medizinsoziologie, Frankfurt/M. 1975

- 2 Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Jansen, R., J. Münstermann, K. Schacht: Arbeitsplätze und Arbeitsbelastungen. Eine Befragung von Arbeitern in Bremen, Band 3 des Forschungsprojektes „Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit“, weiter siehe: Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Zusammenfassender Bericht, herausgegeben vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1977
- 3 Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Zwischenbericht, Stuttgart 1970 und Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Schlußbericht, Stuttgart 1972 und Hamacher, B., K. Preiser, H. Prinz, M. Tücke: Mehrfachbelastungen, Neuauswertung der Vorsorgeuntersuchung Baden-Württemberg, Band 12 des Forschungsprojektes „Belastungsschwerpunkte“
- 4 Einzelheiten zur Konstruktion der Arbeitsbelastungstypen siehe Volkholz, a.a.O.

Rik van den Bussche

Qualifikationsprobleme in der Allgemeinmedizin*

I. Problemstellung

Das Thema Allgemeinmedizin hat in der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten 10 Jahre eine herausragende Stellung eingenommen. Unzählige sind die Tagungen und die Veröffentlichungen aus Wissenschaft¹, Verbänden und Presse zu diesem Thema. Hierbei ist eine erstaunliche Einmütigkeit in Bezug auf den allgemeinmedizinischen Mängelkatalog und die erforderlichen Maßnahmen zu seiner Abhilfe festzustellen. Einerseits wurde eine Veränderung der Qualität der Dienstleistungen in der ambulanten Versorgung beklagt: Eine in zunehmendem Maße technologieabhängige und „nur“ somatisch orientierte Leistungsstruktur drohe das ganzheits- und bedürfnisorientierte Leistungsspektrum des „Hausarztes“ zu verdrängen. Ebenfalls wurde viel-

* In diesem Aufsatz wird über ein Teilergebnis des Projektes „Empirische Untersuchung des Karriereverlaufs von Ärzten“ berichtet, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurde. An diesem Projekt waren beteiligt: H.-J. Andreß, R. van den Bussche (Projektleiter), H.U. Deppe (Projektleiter), U. Helmert, M. Oppen. Besonders H.-J. Andreß bin ich für die Durchführung der Rechenarbeiten und für viele wertvolle Diskussionbeiträge zu Dank verpflichtet.

fach die quantitative Dimension des Problemes der Allgemeinmedizin – Überalterung der Allgemeinmediziner, Nachwuchsmangel, ungleiche regionale Verteilung („Ländermangel“) – thematisiert.

In der Tat hat die Zahl der Allgemeinmediziner in den letzten 15 Jahren absolut wie relativ (zum Bevölkerungswachstum der niedergelassenen Fachärzte) abgenommen und zu erheblichen Verschiebungen in der Struktur des kassenärztlichen Versorgungsangebotes geführt. Im Augenblick sind bereits mehr Fachärzte als Allgemeinmediziner in der kassenärztlichen Versorgung tätig. Die ursprünglichen Richtzahlen in der Zulassung für Ärzte von 1957 ($\frac{2}{3}$ Allgemeinärzte zu $\frac{1}{3}$ Fachärzte) dürften realiter mittelfristig umgekehrt werden. Das einhellige Bedauern über diese Entwicklung geht mit einem weitgehenden Konsens über deren Gründe einher.

Verantwortlich für diese Entwicklung werden im wesentlichen gemacht:

– Das Medizinstudium, das durch Inhalt und Struktur eine ursprünglich vorhandene Motivation in Richtung Allgemeinmedizin auslösche.²

– Bis 1968: der im Vergleich zum Facharzt niedrigere Status des Berufs aufgrund des Fehlens einer eigenen Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin

– „Ungerechtigkeiten“ in der Gebührenordnung, die einerseits keine unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten für „Praktiker“ und „Ärzte für Allgemeinmedizin“ vorsähe und andererseits – im Vergleich zu den Fachärzten – den höheren personengebundenen Leistungsanteil beider Gruppen nicht gebührend honoriere.

Um den Nachwuchs- und Verteilungsproblemen abzuhelpen, sind in den letzten 10 Jahren verschiedene Aufwertungsstrategien erprobt worden: Neben bedeutenden finanziellen Hilfen bei einer Praxiseröffnung (im Rahmen des Sicherstellungsauftrages), wurden mehrere Professionalisierungsversuche betrieben. Der Allgemeinmediziner wurde in der Weiterbildungsordnung von 1968 in einen facharztähnlichen Status („Arzt für Allgemeinmedizin“) gehoben.³ In der jüngst novellierten Approbationsordnung für Ärzte von 1978 wurde ein Pflichtkurs in Allgemeinmedizin eingeführt.

Weniger thematisiert wurde – und wird – die Frage, wie eine wirklich adäquate Vorbereitung auf die Tätigkeit in der Allgemeinmedizin auszu sehen hätte, inwiefern sie früher und heute vorhanden war, und wie sie bei den gegebenen Eigentümlichkeiten des Gesundheits- und Weiterbildungssystems in der Bundesrepublik auch realisiert werden könnte.

Betrachtet man das Verhältnis von endgültiger ärztlicher Berufsstruktur und Struktur des postgradualen Qualifikationsprozesses, so ist zunächst festzustellen, daß die überwiegende Mehrzahl der Ärzte letzt-

endlich als niedergelassener Kassenarzt arbeitet. Die Zahl der vorhandenen vollwertigen Lebenszeitstellen im Krankenhaus und in den Bereichen „Verwaltung und Forschung“ ist vergleichsweise gering. Dieser Kassenarztstätigkeit als dominanter endgültiger Berufstätigkeit steht ein nahezu vollständig im Krankenhaus verlaufender Weiterbildungsprozeß gegenüber.

Vergleicht man die freie Praxis mit dem Krankenhaus, so unterscheiden sie sich beträchtlich – und historisch gesehen in zunehmendem Maße – u. a. in Bezug auf Komplexität der Arbeitsorganisation, Niveau und Umfang der angewandten Technologie und Merkmale der Klientel (Inanspruchnahmen, Morbiditätsstruktur). Die genannten Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Sektor sind in allen vergleichbaren Ländern vorzufinden, in der Bundesrepublik sind sie jedoch – aufgrund des über den Sicherstellungsauftrag weitgehend realisierten kassenärztlichen Monopols über die ambulante Versorgung – auf die Spitze getrieben. Ein Assistent in der Weiterbildung erfährt – da im Krankenhaus, wo nur bettlägerige Patienten anwesenheitsberechtigt sind – vergleichsweise wenig über die Bedürfnisse, die Morbiditätsstruktur und über die diagnostischen und therapeutischen Verfahren im ambulanten Bereich.

Für die Berufsgruppe der Allgemeinmediziner – und die, die es werden wollen – hat das geschilderte Problem noch eine zusätzliche disziplinäre Komponente. Für sie gibt es – im Gegensatz zu den Facharzt Disziplinen – im stationären Bereich keine spezifische korrespondierende Disziplin. Allgemeinmedizin existiert nur im ambulanten Bereich. Die Klinikstrukturen und die Weiterbildungsordnung sind primär auf die Produktion von Fachärzten ausgerichtet. Ärzte, die bewußt das Berufsziel Allgemeinmedizin anstreben, befinden sich – bildlich gesprochen – in einer fremden Welt, sie müssen ihr Berufsziel und ihren Qualifikationsprozeß primär gegen die Orientierungen der Klinik- und Weiterbildungsstruktur aufrechterhalten bzw. durchsetzen.

Es gibt zwar in der Literatur ein grobes „Idealmodell“ des disziplinären Qualifikationsprofils von Allgemeinmediziner (breite Qualifikation in mehreren, vor allem primärärztlichen Disziplinen – Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Kinderheilkunde – sowie eine längere Assistenz- bzw. Vertretungstätigkeit in der Allgemeinpraxis). Aber bis heute ist wenig darüber bekannt, in welchem Umfang dieses Idealbild in der Weiterbildung auch tatsächlich realisiert wurde. Man könnte nämlich auch begründet vermuten, daß die Tatsache einer fehlenden spezifischen Pflichtweiterbildung dazu führt, daß die Qualifikationsstruktur der Allgemeinmediziner sehr heterogen und schillernd sein muß, wenn eine spezifische Motivation der Approbierenden in Richtung Allgemeinmedizin nicht vorhanden ist oder diese durch die

Weiterbildungsbedingungen im Krankenhaus ausgelöscht wird. Man könnte auch vermuten, daß die Tatsache der weitgehenden Ableistung der Weiterbildung im Krankenhaus dazu führt, daß die jüngeren Ärzte zunächst die „angemessene“ Qualifikation in der jeweiligen Fachdisziplin anstreben und dabei unter Umständen in zeitlicher Hinsicht eine Qualifikationsstruktur entsteht, die der der Fachärzte sehr ähnelt. Dies hätte im Endeffekt ein Qualifikationsmuster zur Folge, das sich durch absolut wie relativ lange Weiterbildungszeiten in nur einer Disziplin auszeichnet. Die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Frage der realen Qualifikationsstruktur in der Allgemeinmedizin werden im nachfolgenden Kapitel zusammengefaßt.

II. Empirische Ergebnisse zur Weiterbildung der Allgemeinmediziner⁴

1. Die Untersuchungsgruppe

Aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg und den entsprechenden Anträgen auf Aufnahme in das Arztregister wurde der Weiterbildungsverlauf der Allgemeinmediziner im Bereich dieser kassenärztlichen Vereinigung zwischen Staatsexamen und Niederlassung in disziplinärer, institutioneller, positionaler und örtlicher Hinsicht lückenlos rekonstruiert. Die Untersuchungsgruppe ist definiert durch alle deutschen kassenärztlich tätigen Allgemeinmediziner im Bereich der KV Nord-Württemberg, die ihre Weiterbildung in der Bundesrepublik absolviert haben und sich vor dem 1. 1. 1975 niedergelassen haben (N = 1136). Besonders ausgewertet wurden die jüngeren Untergruppen der Staatsexamensabsolventen zwischen 1947 bis 1956 (N = 255) und 1957 bis 1973 (N = 198).

2. Die historische Entwicklung der Qualifikationsstruktur

Bei einer beachtlichen durchschnittlichen Weiterbildungsdauer (Staatsexamen bis Niederlassung) von 7,5 Jahren⁵ ist der zeitliche Anteil der Disziplinen Frauenheilkunde und Kinderheilkunde im Durchschnitt sehr gering (Frauenheilkunde 10%, Kinderheilkunde 5%). Untersucht man die historische Entwicklung der Breite der primärärztlichen Qualifikation, so läßt sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Trend zu ärmeren, mono- oder bidisziplinären Mustern erkennen (vgl. Tabelle 1). Berechnet wurde die Zahl der Ärzte, die in ihrem Weiterbildungsverlauf eine, zwei, drei oder alle vier primärärztlichen Disziplinen aufweisen.

Aus der Tabelle geht hervor, daß 24% der Allgemeinärzte, die sich nach 1955 niedergelassen haben, 3 oder 4 der primärärztlichen Disziplinen in der Weiterbildung aufweisen. Ein Drittel weist zwei oder nur

eine primärärztliche Disziplin auf. 8% der niedergelassenen Allgemeinmediziner weist überhaupt keine primärärztliche Disziplin auf. Bemerkenswert ist, daß im jüngsten untersuchten Jahrzehnt (1965–1974) die Hälfte der Allgemeinmediziner nur eine primärärztliche Disziplin aufweisen, während sich nur noch ca. 10% in drei bzw. vier Disziplinen qualifiziert haben.

Prozentuale Häufigkeit des Auftretens primärärztlicher Disziplinen

in der Weiterbildung (Approbation bis Niederlassung)

Niederlassungsjahr	N	Zahl der vertretenen primärärztlichen Disziplinen				
		eine	zwei	drei	vier	keine
1955 - 1964	285	20,7	33,3	24,2	11,9	9,8
1965 - 1974	254	49,2	35,0	8,7	2,0	5,1
Total	539	34,1	34,1	16,9	7,2	7,6

Diese Verringerung der Qualifikationsbreite ist wahrscheinlich auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1960⁶ zurückzuführen, das die bis dahin praktizierten Zulassungsregulierungen zur Kassenpraxis aufhob. Die Übernachfrage nach Assistentenstellen im Krankenhaus (aufgrund der gestiegenen Zahl von Approbationen im zweiten Weltkrieg und von Zuwanderungen nach dem Krieg) zwang die Ärzte, diejenigen Stellen – und somit Disziplinen – zu wählen, die ihnen überhaupt angeboten wurden. In Verbindung mit der – wegen der Zulassungssperre erzwungenen – langen Weiterbildungsdauer, ergab dies ein breites Disziplinmuster in der Weiterbildung. Nach 1960 dürfte – durch die relativ problemlose Erreichbarkeit der Niederlassung und den Stellenausbau in den Krankenhäusern – eher eine Orientierung am für die Zulassung Erforderlichen erfolgt sein, mit einer „ärmeren“ Disziplinstruktur als Konsequenz.

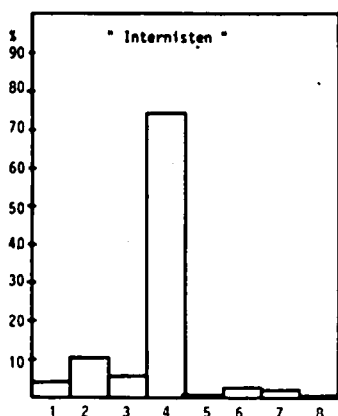
3. Zur Typologie der Allgemeinmedizin

Wegen der erkennbaren beträchtlichen Streuung der Zeitanteile und Disziplin kombinationen wurde versucht, mittels einer Clusteranalyse⁷ „Ordnung“ in die augenscheinlich schillernden Weiterbildungsverläufe zu bringen.

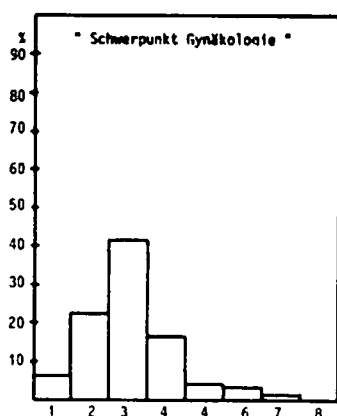
Die Ergebnisse zeigten deutlich, daß die Allgemeinmediziner – unter dem Gesichtspunkt der Qualifikationsstruktur – keine homogene

Berufsgruppe sind, sondern vielmehr ein Konglomerat von ca. 10 deutlich verschiedenen Qualifikationstypen. Diese wiederum lassen sich in eine Gruppe mit stark monodisziplinärer Ausprägung („Spezialisten“) und in eine Gruppe mit deutlich breit angelegtem Qualifikationsmuster („Breitqualifizierte“) zusammenfassen. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht zwei dieser Extreme aus der Untergruppe der Staatsexamina nach 1957:

SPEZIALISIERTE TYPEN



BREITQUALIFIZIERTE TYPEN



1 = Allgemeinmedizin; 2 = Chirurgie; 3 = Gynäkologie; 4 = Innere Medizin; 5 = Pädiatrie; 6 = sonstige Facharzt-disziplinen; 7 = Rest; 8 = unbekannt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung machen deutlich, daß die Allgemeinmedizin bis dato kaum auf einer einheitlichen, spezifischen und adäquaten Qualifikationsbasis arbeitet.

Innerhalb der sehr heterogenen Qualifikationsstruktur finden wir nur in geringem Umfang Qualifikationsmuster, die dem gängigen Idealbild des Allgemeinmediziners entsprechen. Die jüngere Untergruppe (Staatsexamen nach 1957) z. B., die ihre Weiterbildung unter relativ günstigen Stellenmarktbedingungen absolvierte, in der Zeit besteht nur zu ca. 25% aus Individuen, die insofern als adäquat qualifiziert angesehen

hen werden können, als sie drei der vier primärärztlichen Disziplinen zwischen Approbation und Niederlassung aufweisen können. Defizitäre Disziplinen sind in der Regel die Frauen- und die Kinderheilkunde.

Dafür gibt es in der Berufsgruppe der Allgemeinmediziner einen relativ hohen Anteil von spezialistisch ausgerichteten Individuen. In der Untergruppe der Staatsexamen nach 1957 z. B. beträgt ihr Anteil ebenfalls ca. 40%.

Die Weiterbildungsdauer der beiden Hauptgruppen unter den Allgemeinmedizinern weist im übrigen erhebliche Unterschiede auf. Die breitqualifizierten Allgemeinmediziner weisen bedeutend kürzere Weiterbildungszeiten auf. Die seit Mitte der 60er Jahre zu beobachtende Verkürzung der Weiterbildungsdauer der Allgemeinmediziner ist im übrigen vor allem auf eine entsprechende Entwicklung bei den „Breitqualifizierten“ zurückzuführen.

„Breitqualifizierte“ Allgemeinmediziner weisen neben ihren kürzeren Weiterbildungszeiten einen höheren Anteil an allgemeinmedizinischer Tätigkeit vor der Niederlassung auf. Die Niederlassung erfolgt eher in ländlichen Gebieten. „Spezialisierte“ Allgemeinmediziner weisen längere Weiterbildungszeiten auf, dafür aber einen geringen Anteil an Praxisvertretung. Die Niederlassung erfolgt eher im städtischen Bereich.

Wir konnten auch nachweisen, daß es signifikante Unterschiede zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten in Bezug auf die durchschnittliche Größe der Krankenhäuser bzw. der Abteilungen gibt, in denen die Weiterbildung stattfand. Fachärzte haben im Durchschnitt ca. 50% ihrer Weiterbildung in Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten verbracht, während dieser Anteil bei Allgemeinmedizinern nur 30% beträgt. Es drängt sich die Schlußfolgerung auf, daß die Allgemeinmediziner das Produkt einer Weiterbildung an kleineren Krankenhäusern sind. Man könnte nun einwenden, der ermittelte Zusammenhang sei darauf zurückzuführen, daß Ärzte, die sich auf die Tätigkeit als Allgemeinmediziner vorbereiten, wegen der größeren Nähe von Krankengut und medizinischer Leistungsstruktur, bewußt die kleinen Krankenhäuser wählten. Aber erstens ist die Annahme einer bewußten Strategie in Richtung Allgemeinmedizin durch die ermittelten geringen Anteile breiter und primärärztlich orientierter Qualifikationsmuster weniger plausibel geworden. Zweitens ist festzuhalten, daß sich verschiedene Typen von Allgemeinmedizinern in Bezug auf die Krankenhausgrößen ähnlicher sind als es die „spezialisierten“ Allgemeinmediziner und die niedergelassenen Fachärzte sind. Die Allgemeinmediziner mit „spezialisiertem“ Disziplinmuster sind also im Vergleich zu ihren Facharztkollegen derselben Disziplin vornehmlich an kleineren Häusern tätig gewesen. Sie sind somit als abgebrochene Facharztkarrieren zu begrei-

fen. Verantwortlich hierfür könnte die übermäßige Dauer der Weiterbildungszeit im Falle einer Teilermächtigung zur Weiterbildung des Chefarztes sein bzw. die Schwierigkeit, von dort in größere Krankenhäuser mit voll ermächtigten Chefarzten „aufzusteigen“.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich die Behauptung, Allgemeinmediziner wären speziell qualifiziert für die Erfordernisse der ambulanten Grundversorgung, weitgehend als Fiktion erweist. Theorien, Modelle und Forderungen, die die Aufgabenbeschreibung der Allgemeinmediziner mit deren „breiter Versorgungskompetenz von ihrer Weiterbildung her“⁸ begründen, fehlt weitgehend das materielle Substrat. Die bereits bekannte Teilsubstitution von allgemeinmedizinischer Tätigkeit durch Fachärzte (vgl. auch III. 2) findet also ihre Entsprechung im Qualifikationsprozeß der Kassenärzte.

III. Betrachtungen zu den Problemen und der Zukunft der Allgemeinmedizin

1. Zum Berufswahlprozeß in der Allgemeinmedizin

Die beschriebene Heterogenität des Qualifikationsmusters in der Berufsgruppe der Allgemeinmediziner macht es schwer, weiterhin davon auszugehen, daß es bis dato in relevantem Umfang *spezifische* Qualifikationsstrategien für dieses Berufsbild gegeben hat. Anderenfalls wäre eine stärkere Homogenität der Qualifikationsmuster zu erwarten, und zwar in Richtung der landläufigen Idealmodelle, d. h. in Richtung einer Mehrfachkombination primärärztlicher Disziplinen.

Der mögliche Einwand, entsprechende Motivationen seien bei den jungapprobierten Ärzten vorhanden, würden jedoch durch strukturelle Hemmnisse (Mangel an Rotationsstellen im Krankenhaus u. a.) zunichte gemacht werden,⁹ mag noch für die heutige Zeit zutreffen, nicht jedoch z. B. für die Weiterbildungsbedingungen der Jahre 1960–1974. Hier war das Verhältnis von Stellenangebot und -nachfrage wohl so günstig, daß jeder Bewerber eine Stelle in der Disziplin/den Disziplinen seiner Wahl erhalten konnte. Das wissenschaftlich und politisch so beliebte Rückschließen von bestimmten – über Befragung gewonnenen – Präferenzverteilungen von ärztlichen Berufsbildern bei Medizinstudenten und (jüngeren) Assistenzärzten, scheint dementsprechend von nur beschränktem Wert zu sein für Aussagen über die Nachwuchsentwicklung im Bereich der Allgemeinmedizin.

Wenn man – mit der Mehrzahl der empirischen Untersuchungen – davon ausgeht, daß zum Zeitpunkt der Approbation bei nur wenigen Mediziner eine Berufsentscheidung für die Allgemeinmedizin vorliegt und darüber hinaus bedenkt, daß die Krankenhaus- und Weiterbil-

dungsbedingungen nicht primär in der Richtung wirken, daß sie – nachträglich – die Entwicklung einer spezifischen Motivation zur allgemeinmedizinischen Tätigkeit geradezu fördern, so ist die Wahl des Berufsbildes Allgemeinmedizin in der Regel als defizitäre Berufswahl zu begreifen. Die Genese eines Allgemeinmediziners ist dann ein drop-out-Phänomen aus einer spezialistisch ausgerichteten und – in der Regel – Spezialisten produzierenden Krankenhaus- und Weiterbildungsstruktur.

Im Regelfall übernehmen jüngere Assistenzärzte – unabhängig von ihrer Motivationslage zum Zeitpunkt der Approbation – die Handlungsnormen und Wertvorstellungen der Abteilungen, in denen sie im Krankenhaus tätig sind, und diese sind eben hochspezialistisch ausgerichtet und bestimmt.

Es ist also konsequent, wenn die zwischenzeitlich veröffentlichte Sonderauswertung zur Allgemeinmedizin der Infratest-Untersuchung¹⁰ ergibt, daß die endgültige Entscheidung für die Allgemeinmedizin erst sehr spät im Weiterbildungsverlauf, d. h. erst unmittelbar vor der Niederlassung als Allgemeinmediziner stattfindet. In der Untergruppe der allgemeinmedizinisch Tätigen (N=89; Niederlassungszeitpunkt 1970/71) hatte sich, nach eigenen Angaben, nach dreijähriger Assistententätigkeit noch mehr als die Hälfte nicht für die Allgemeinmedizin entschieden (vgl. Tabelle 2).

Entwicklung des Berufsziels bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern

(in % der Untersuchungsgruppe)¹¹⁾

	Zeitpunkt			
	Staatsexamen	3 Jahre Assistent	6 Jahre Assistent	derzeit
Berufsziel Allgemeinmedizin	30,3	39,3	64,0	94,4
Berufsziel Facharzt	29,2	41,6	32,6	10,1

Begreift man den Nachwuchsmangel der Allgemeinmedizin als strukturelles Problem und nicht als – steuerbares – Motivationsproblem der Individuen, so sind Zweifel berechtigt in bezug auf die Frage der Wirksamkeit der gängigen Abhilfeschläge, wie z. B.:

– Eine Erhöhung der Motivation der Medizinstudenten durch stärkere Einbeziehung der Allgemeinmedizin in das Medizinstudium (vgl. III. 3). Wie soll sich das auswirken, wenn die Motivation zum Allgemeinmediziner – aus strukturellen Gründen – kurz vor der Niederlassung als Allgemeinmediziner erst entsteht?

– Eine Erhöhung der Zahl der der Allgemeinmedizin vorbehaltenen Rotationsstellen im Krankenhaus¹². Wären sie denn – in Anbetracht des Disziplinwahlverhaltens der Allgemeinmediziner unter günstigen Stellenangebotsbedingungen (z. B. 1960–1974) – überhaupt besetzbar bzw. nutzbar?

2. Zur Zukunft der Allgemeinmedizin

Man kommt im Ergebnis dem Problem des Nachwuchsmangels der Allgemeinmedizin und der Frage nach adäquaten Lösungsstrategien näher, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es kein *spezifisches* Tätigkeitsfeld und – wohl dementsprechend – kein *spezifisches* Weiterbildungssystem für die Allgemeinmedizin (bisher) gibt. Immanent betrachtet wäre eine verstärkte Professionalisierung der Allgemeinmedizin im Sinne von Kompetenzspezifität und Exklusivität des korrespondierenden Aus- und Weiterbildungssystems notwendig, um der Allgemeinmedizin eine Existenzgrundlage und eine Zukunft zu verschaffen. Nun könnte man einwenden, die Einführung eines „Arztes für Allgemeinmedizin“ in der Weiterbildungsordnung von 1968 sei nichts anderes als ein derartiger Professionalisierungsversuch im Sinne der Zuweisung eines facharztähnlichen Status und der Spezifikation von Qualifikationsanforderungen.¹³ Demgegenüber ist zunächst festzuhalten, daß dieser Professionalisierungsversuch nicht gegriffen hat. Unter den Neuzulassungen der letzten Jahre dürfte das Verhältnis von „Praktikern“ zu „Ärzten der Allgemeinmedizin“ in der Größenordnung von 8:1 liegen.¹⁴

Diese desolante Weiterbildungs- und Nachwuchslage hat in jüngster Zeit dazu geführt, daß die maßgeblichen Verbände bereits wieder konzeptionelle Abstriche vornehmen.¹⁵ In zunehmendem Maße scheint man sich von der Frage der Realisierbarkeit des „Arztes für Allgemeinmedizin“ mit vierjähriger Weiterbildung wegzubewegen in Richtung einer zweijährigen Weiterbildungskonzeption mit geringerer Spezifikation der Weiterbildungsorte und -disziplinen¹⁶ und größeren Anteilen in Praxen¹⁷ bzw. in praxisbegleitenden Seminaren.

Ob diese neue „Realpolitik“ die nicht-fachärztliche Landschaft nun mit einer dritten Berufsbezeichnung, nämlich der des „Hausarztes“¹⁸ bereichern wird, dürfte professionsintern im übrigen noch zu kontroversen Diskussionen führen.

Die bisherige Diskussion kreist also vornehmlich um die stellenmäßigen Voraussetzungen für die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern. Über das, was letztere sind, bzw. sein sollten herrscht augenscheinlich weitgehender Konsens. Jedenfalls werden die Gründe des Scheiterns der Weiterbildungsordnung von 1968 nicht auf der Ebene der Konzeption des Berufsbildes selbst gesucht.

In dieser Hinsicht ist jedoch festzustellen, daß sich die Berufsbezeichnung, das Tätigkeitsfeld und die entsprechenden Qualifikationsanforderungen in der Weiterbildungsordnung von 1968 nicht durch eine hohe Spezifität auszeichnen.¹⁹ Als Tätigkeitsbereich des Arztes für Allgemeinmedizin wird dort nichts weniger formuliert als:

„Die Allgemeinmedizin umfaßt den gesamten menschlichen Lebensbereich, die Krankheitserkennung und -behandlung, sowie die Gesundheitsführung der Patienten, unabhängig von Alter, Geschlecht und der Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen daher in der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen, in der Vorsorge und in der Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Krankheiten, in der Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, in der ärztlichen Betreuung chronisch Kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfe für die Kranken und in der Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens.“

Auch spätere Versuche der Konkretisierung und Operationalisierung²⁰ kranken in bezug auf die Kompetenz- und Funktionsbeschreibung des Allgemeinarztes daran, daß sie kaum innere Konsistenz und hochgradige Spezifität aufweisen, d. h. Tätigkeitsmerkmale bündeln, die untereinander einen engen Bezug aufweisen und nachweislich nur von *einer*, in spezifischer Weise qualifizierten Berufsgruppe geleistet werden können, wodurch sich diese einen berechtigten Standort innerhalb einer arbeitsteilig organisierten ärztlichen Berufsstruktur erwirbt. Des weiteren bleibt vielfach offen, in welchem Umfange die jeweils genannten Kompetenzen und Funktionen von dieser Berufsgruppe – und zwar nur von dieser – bisher ausgefüllt und übernommen worden sind.

Bereits die gegenständliche „Eingrenzung“ der 68er-Weiterbildungsordnung („Das Gebiet der Allgemeinmedizin umfaßt die gesamte Humanmedizin. . .“) bleibt in einem ungeklärten Verhältnis zur Realität der Differenzierungsprozesse von wissenschaftlichen und klinischen Disziplinen. Sie gibt darüber hinaus kaum eine brauchbare Basis ab für die praktische Realisierung von Intentionen, die auf eine Verwissenschaftlichung der Allgemeinmedizin bzw. auf die Entwicklung von adäquaten Qualifikationsmodellen zielen.

Auch etwas weniger umfassende Definitionen des Allgemeinmediziners („Mittler zwischen Bevölkerung und Medizin“, „patientenorientierter anstatt organorientierter Arzt“, „Lotse“ bzw. „Anwalt“ der Patienten, etc.) sind – sosehr sie auch objektive Betreuungserfordernisse und subjektive Erwartungen an die medizinische Versorgung ansprechen mögen – durch die Realität der Versorgung nicht voll gedeckt bzw. gar überholt.

Folgende Tatbestände mögen dies illustrieren:

– Als erste Anlaufstelle in der ambulanten Versorgung fungieren – dort, wo ein entsprechendes breitgefächertes Arztangebot vorhanden ist – nicht nur Allgemeinmediziner, sondern ebenso Internisten, Frauenärzte, Chirurgen, etc.²¹. Der Anteil der Originalkrankenscheine an der Gesamtscheinzahl verschiedener Disziplinen in einer süddeutschen Kassenärztlichen Vereinigung betrug 1977²²:

Kinderärzte	91,8 %
Praktiker	89,5 %
Internisten	83,5 %
Hautärzte	55,4 %
Frauenärzte	54,0 %
Orthopäden	51,8 %
Nervenärzte	43,8 %
HNO-Ärzte	41,9 %
Augenärzte	39,8 %
(Neurochir.)	38,5 %
Urologen	35,8 %
Chirurgen	19,8 %
Lungenärzte	12,4 %
Röntgenärzte	0,4 %
(Anästhesisten)	0,0 %

– Die Spezifität des Leistungsspektrums der Allgemeinmediziner – sofern sich dieses in den Abrechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte abbildet – ist im Vergleich zu dem der Fachärzte nicht so groß, wie vielfach angenommen wird. Die Differenz wird im übrigen im historischen Verlauf kleiner. Die Leistungsspektren von Allgemeinmedizinern und primärärztlichen Fachärzten zeigen eine Tendenz zur Angleichung.²³

– Die Veränderung der Familienstruktur, der Lebensverhältnisse und der Verhaltensmuster in Ballungsräumen läßt nicht darauf schließen, daß bestimmte behauptete spezifische Versorgungsfunktionen (Kenntnis und Berücksichtigung der familiären und beruflichen Verhältnisse, Betreuungskontinuität etc.) ohne weiteres heute – und vor allem in Zukunft – realisierbar sind, und dies unabhängig von deren fachlicher Qualifikation.

Wenn man somit zu der Einschätzung kommt, daß die bisherigen Konzepte zur Tätigkeit und Qualifikation von Allgemeinmedizinern sehr viel stärker geprägt sind von Allzuständigkeitsvorstellungen und naiv-nostalgischen Modellen des gesellschaftlichen Lebens als von Ist-Analysen und darauf aufbauenden, realisierbaren Soll-Vorstellungen, so muß man die Chance zu deren dauerhafter Realisierung als gering einschätzen.

Würde man die Erkenntnisse der professionssoziologischen Literatur²⁴ hier praktisch anwenden wollen, so müßten – immanent betrachtet, d. h. unter den Bedingungen des gegebenen Kassenarzt- und Berufsrechts – seitens der zuständigen Körperschaften u. a. folgende Maximen realisiert werden:

- Die Herausbildung eines hinreichend spezifischen Berufsbildes. Dazu würde nicht nur die Aufhebung der Dualität zwischen Praktikern und Ärzten für Allgemeinmedizin gehören²⁵, sondern auch die Abschaffung der Möglichkeit für Fachärzte, sich als Allgemeinmediziner niederzulassen.²⁶
- Die Herausbildung eines hinreichend spezifischen aber auch realistischen Tätigkeits- und Kompetenzkataloges. Mindestens gehörte hierzu das Monopol auf Erstkontakt und Überweisung²⁷ in den fachärztlichen Versorgungskreis.
- Die Entwicklung entsprechender Leistungskataloge und Honorierungsverfahren. Dies bedeutet substantiellere Änderungen als die vielfach geforderte relative Abwertung der technischen Leistungen.
- Die Entwicklung tätigkeitsadäquater Weiterbildungs- und Fortbildungscurricula, mit der Maßgabe jedoch, daß diese hinsichtlich Dauer und Status mit denen der Fachärzte vergleichbar sind.
- Die Bereitstellung eines quantitativ ausreichenden und regional adäquat verteilten Angebots an Allgemeinmedizinern, um die Postulate der Immer-Zugänglichkeit und der Kontinuität überhaupt realistisch werden zu lassen.

Es versteht sich, daß die Realisierung dieser Postulate unter realpolitischem Blickwinkel unmöglich erscheint, setzt sie doch entscheidende Eingriffe in die als unantastbar angesehenen Grundsätze der Niederlassungsfreiheit und eine Regulierung der Erstinanspruchnahme voraus, abgesehen davon, daß ihre Umsetzung unweigerlich zu empfindlichen intraprofessionellen Auseinandersetzungen führen würde. Fährt man jedoch auf den bestehenden „systemkonformen“ Gleisen weiter, ist ein weiteres Siechtum, gar ein Ableben der Allgemeinmedizin langfristig wahrscheinlich. Die Frage lautet: Wäre Trauer angebracht?

Dazu muß die Frage beantwortet werden, was denn eine revalorisierte, reprofessionalisierte „Allgemeinmedizin“ – im Sinne der Erfüllung der obigen Postulate – zur Lösung bereits bekannter Probleme der prästationären Versorgung beitragen könnte bzw. würde. Was wäre erreicht, wenn eine große Zahl von nach der Weiterbildungsordnung von 1968 qualifizierten Ärzten für Allgemeinmedizin zur Verfügung stünde?

Sicherlich hätten sie eine respektable Qualifikation in den primärärztlichen Disziplinen aufzuweisen. Es bleibt jedoch zu fragen, ob dies notwendige bzw. hinreichende Qualifikationsvoraussetzungen sind,

wenn es zutrifft, daß heute und in Zukunft auf folgende Probleme Antworten gefunden werden müssen (nicht nur, aber vor allem im außerstationären Bereich)²⁸:

- Strategien zur Prävention von Krankheiten;
- Verhaltenskorrekturen in der Bevölkerung zur Bekämpfung der Herz-, Kreislauf- und anderer „Volkskrankheiten“;
- Langzeitüberwachung chronischer Krankheiten; geriatrische Versorgung und Pflege;
- Detektion von und Abhilfe für psychosozial bedingte bzw. überlagerte Symptome und Beschwerden;
- Erhöhung der Eigenaktivität der Bevölkerung in allen Belangen von Gesundheit und Krankheit;
- regional bezogene Planung und Koordination von Gesundheitsdienstleistungen; Entwicklung entsprechender Datenerfassungssysteme.

Wo lernt denn der angehende Allgemeinmediziner die wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Fertigkeiten, die ihn in die Lage versetzen sollen, mit den obigen Problemen fundiert und adäquat umzugehen? In der (bisherigen) medizinischen Ausbildung? Im Krankenhaus unter den gegebenen Organisations- und Weiterbildungsbedingungen? Ist hierfür die Zahl der „klassischen“ medizinischen Disziplinen und die dort verbrachte Zeit die relevante Größe?

Alle diese Fragen gelten ceteris paribus für die Organisationsform der Versorgung. Ist die vorherrschende Form der Einzelpraxis hierfür eine adäquate Voraussetzung? In welchem Umfang sind Gruppen- und Gemeinschaftspraxen von Ärzten hierzu eine wirkliche Alternative?

Die oben erwähnten Probleme drängen bereits jetzt und heute zu ihrer Lösung. Der jüngst vorgelegte Referentenentwurf zum Psychologengesetz ist hierfür ein Indiz. Wenn die Allgemeinmedizin nicht zwischen einer sich weiterentwickelnden Facharztstruktur einerseits und sich anbahnenden alternativen Modellentwicklungen in der Grundversorgung durch nicht-ärztliche Berufe andererseits verkommen will, so wird sie sich mittelfristig weitgehend lösen müssen von dem Gedanken der Allzuständigkeit für Gesundheit und Krankheit in der Grundversorgung und möglicherweise von einigen Maximen des bisherigen Kasernenarztrechts.

Demgegenüber ist das Engagement der Allgemeinmedizin erforderlich bei der Entwicklung von Konzepten und Modellen einer kooperativen Organisation der Grundversorgung,²⁹ in der sie – neben anderen und mit anderen Berufsgruppen³⁰ – für die oben angesprochenen Komplexe aufgabenadäquate Handlungsstrategien findet und ihre Spezifität in diesem arbeitsteiligen Kontext – allmählich herausarbeitet.

In dieser Hinsicht ist in der Bundesrepublik jedoch ein auffälliger

Rückstand zu verzeichnen. Der bereits vor Jahren im Ausland begonnene Denk- und Experimentierprozeß, der sich mit dem Stichwort „primary care“ umschreiben läßt, und mittlerweile die internationale gesundheitspolitische Szene weitgehend beherrscht, wird in der Bundesrepublik bisher kaum zur Kenntnis genommen, geschweige denn produktiv verarbeitet. Das hierzulande kaum zu verzeichnende Echo auf die WHO/UNICEF-Conference on Primary Health Care (Alma-Ata, September 1978) hierzulande, dürfte dafür bezeichnend sein.³¹ In diesen Primary-Care-Konzepten wird jedenfalls versucht, eine bessere Befriedigung der individuellen Patientenbedürfnisse und der kollektiven Versorgungserfordernisse durch ein koordiniertes System von mehreren – für bestimmte Teilaufgaben adäquat ausgebildeten – Berufsgruppen zu gewährleisten. Wenn auch sicherlich im Augenblick noch einiges an konzeptioneller Unreife zu verzeichnen ist und praktische Modellerprobungen kaum über das Anfangstadium hinausgehen, so sind sie doch als ermutigende Denkanstöße zu bezeichnen, nach denen man in der Bundesrepublik mit der Lupe suchen muß.^{32,33}

3. Zum Verhältnis von Allgemeinmedizin und medizinischer Ausbildung

Die bisherigen Ausführungen treffen weitgehend auch auf das Problem des Verhältnisses von Allgemeinmedizin und medizinischer Ausbildung zu.

Es war und ist eine beliebte Denkfigur, den Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin maßgeblich auf die Struktur und die Inhalte der medizinischen Ausbildung zurückzuführen. In seltener Einmütigkeit führen verschiedene Institutionen, Verbände und Parteien hier vor allem die Theorielastigkeit, den mangelnden Praxisbezug des Medizinstudiums generell und speziell die mangelnde Berücksichtigung der Allgemeinmedizin auf. Ohne vielfach besonders darauf einzugehen, was darunter konkret zu verstehen sei, wird die – naheliegende – Forderung aufgestellt, eine stärkere Praxisorientierung und mehr Allgemeinmedizin in die medizinische Ausbildung zu integrieren.³⁴

Hierbei ist zu vermerken, daß die verstärkte Betonung der Allgemeinmedizin nicht primär unter dem Aspekt der Qualifikationserweiterung des Studenten gesehen wird, sondern vor allem als motivationaler Hebel. Es wird erhofft, daß das „Schnuppern von Praxisluft“³⁵ ein Gegengewicht zu einer zunehmenden Orientierung der Medizinstudenten an der Facharztweiterbildung darstellen könnte.

Einige Teilerfolge in dieser Richtung sind ja auch zu verzeichnen. Immer mehr Fachbereiche waren in den letzten Jahren bereits dazu übergegangen, Lehraufträge für Allgemeinmedizin zu erteilen. Für die vom Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) und anderen seit Jah-

ren geforderte „Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen“ ist jüngst durch die Einführung eines Pflichtkurses Allgemeinmedizin in der 1978 novellierten Approbationsordnung für Ärzte die Basis gefestigt worden.

Der wirkliche Gewinn aus der Einführung dieses Kurses dürfte jedoch weit kleiner ausfallen. Beruflich verwertbare Qualifikationen dürften im Rahmen des zur Verfügung stehenden Stundenkontingentes – wie im übrigen in vielen anderen Fächern der medizinischen Ausbildung auch – nicht vermittelbar sein. Warum der motivationale Effekt nicht als so nachhaltig eingeschätzt werden sollte, haben wir bereits an anderer Stelle (vgl. III.1., ausgeführt. Die Addition eines neuen Faches (bzw. Kurses) zu der bereits reichen Palette von Disziplinen und Kursen in der medizinischen Ausbildung dürfte – in Anbetracht der Beibehaltung der traditionellen Curriculumstruktur – lediglich den Effekt haben, daß der Schein der Kompetenzbreite des approbierten Arztes nur noch verstärkt wird.

Hier wäre eine gravierende Umorientierung des Ausbildungssystems – im Sinne einer stärkeren Ausrichtung auf und Verzahnung mit dem gesamten Versorgungsgeschehen „draußen“ – eine Grundvoraussetzung für nachhaltige Veränderungen der Motivation von Studenten und approbierten Ärzten.³⁶

Auch die curricularen Bemühungen im Ausbildungsprozeß anderer Berufsgruppen³⁷ im Gesundheitswesen wären hier zu berücksichtigen. Auch für die Frage der Ausbildung gibt es im Ausland relevante Denkanstöße.³⁸ Aber wie bewerkstelligt man, daß sie in der gesundheits- und ausbildungspolitischen Diskussion der Bundesrepublik zur Kenntnis und ernstgenommen werden?

Anmerkungen

- 1 Die Entwicklung und Probleme der Allgemeinmedizin wurden in diesem Zeitraum in der medizinsoziologischen Forschung mehrfach thematisiert. Mehrere Forschungsprojekte befassen sich mit dem Problem der sekundären Berufswahl in der Medizin allgemein und speziell mit dem Nachwuchsproblem in der Allgemeinmedizin. Hier sind vor allem die Arbeiten von Troschke, G. von (1968), Rohde, J.J. (1969 und 1979), Wacker, P.A. (1972) und Infratest (1972 und 1976) zu erwähnen.
- 2 „Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt“ ist heute nicht etwa durch einen Mangel an Stellen in Krankenhäusern oder in der freien Praxis erschwert, sondern sie ist durch die im Laufe des Studiums sich immer mehr verringernde und später weithin fehlende Motivation zu einer allgemeinärztlichen Tätigkeit bedingt“ (K. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, auf dem ersten Deutschen Hausärztetag in Dortmund (1978); zitiert nach: Der Praktische Arzt 27/1978, S. 3064.)
- 3 Die Weiterbildungsordnung von 1968 macht die Verleihung der Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ von einer Mindestweiterbildungszeit von

- 4 Jahren (davon 1.5 Jahre Innere Medizin, 1 Jahr Chirurgie/Gynäkologie und mindestens 3 Monate Allgemeinmedizin in der Praxis) abhängig (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1976, S. 1897f). Diese Weiterbildungsordnung bedeutet keine Pflichtweiterbildung. Nach wie vor ist eine Niederlassung als „Praktischer Arzt“ möglich, wenn die 1.5jährige Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit abgeleistet war. Diese Vorbereitungszeit bestand aus 3 bis 6 Monaten Assistenz oder Vertretungstätigkeit in der Praxis und aus 1 bis 1½ Jahr im Krankenhaus. (vgl. Bundesgesetzblatt, 1957 I, S. 572f).
- 4 Bei der summarischen Darstellung der Ergebnisse wird weitestgehend auf Ausführungen zur Anlage und zur Methodik der Untersuchung sowie auf die Darstellung der empirischen Ergebnisse verzichtet. Es wird verwiesen auf: Andreß H.J. et al., 1979.
 - 5 Die Dauer der Weiterbildung der Allgemeinmediziner verkürzt sich – im Gegensatz zu den Fachärzten – ab 1967 beträchtlich. Sie ist im Durchschnitt in der Niederlassungsgruppe nach 1970 um 18 Monate kürzer als in der Gruppe 1960–1970.
 - 6 Bundesverfassungsgericht: Urteil des ersten Senats vom 23. 3. 1960 (– 1BvR 216/51 –)
 - 7 Vgl. Wishart D.: CLUSTAN IA User Manual. St. Andrews, 1970.
 - 8 Schwartz, F.W. (Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) und Schwefel, D.: Zielvorhaben und Empfehlungen für die kassenärztliche Bedarfsplanung. Der Praktische Arzt, H. 14/1978, S. 1771)
 - 9 Dieses ist im übrigen das dominante Erklärungsmuster der entsprechenden Berufsverbände für die geringe Wirksamkeit der Weiterbildungsordnung von 1968. Vgl. – stellvertretend –: Blümel, J.: Alle Wege führen zum Hausarzt. Der Praktische Arzt 15/1978, S. 1807ff.
 - 10 Vgl. Infratest, 1976
 - 11 Berechnet nach: Infratest, 1976, S. 10.
 - 12 Die Krankenhäuser scheinen Bewerber zu bevorzugen, die eine Facharzt Karriere in der jeweiligen Disziplin anstreben. Andererseits sind vorbehaltene Weiterbildungsstellen für angehende Allgemeinmediziner rar. Im Bereich der Hamburger Gesundheitsbehörde z. B. sind gegenwärtig 10 von 1200 Assistenzarztstellen als Rotationsstellen für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) ist – als Alternative – zu (subventionierten) Fachpraxen als Weiterbildungsstätten übergegangen (vgl. Hamm, H.: Ein neues Modell der Weiterbildung zum Allgemeinarzt in der Praxis. Der Praktische Arzt 18/1976, S. 3457f). Über den Erfolg dieser Maßnahme ist bisher wenig bekannt. Jedenfalls forderte die KVH jüngst die Erhöhung der Zahl der Rotationsstellen im Krankenhaus auf 150 (Morgenpost 7. 11. 78).
 - 13 Die Entstehungsgeschichte dieser Berufsbezeichnung wäre im übrigen unter professionssoziologischen Gesichtspunkten eine eigene Untersuchung wert. Einige Hinweise auf die professionsinterne Auseinandersetzung um den Stellenwert des „Allgemeinmediziners“ und den Status der verschiedenen Berufsbezeichnungen finden sich in: Hamm, H.: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 1976, S. 175–176 und Medical Tribune Interview mit Prof. Dr. K.D. Haehn, Medical Tribune 41/78, S. 29/30
 - 14 Die Zeitschrift ‚Medical Tribune‘ bezeichnet das Verhältnis „gegenwärtig“ als 9:1 (vgl. Medical Tribune, 41/1978, S. 29). Derselben Zeitschrift können für die BRD 1976 das Verhältnis 5:1 (vgl. Wiede, H.-H.: Allgemeinmedizin in der Sackgasse. Medical Tribune 7/1978, S. 35f) und für Bayern 1977 das Verhältnis 7:1 (vgl. Mader, F.: Soll man den Praktischen Arzt sterben lassen? Medical Tribune, 30/1978, S. 15f) entnommen werden.

- 16 Stellvertreterend für diese Konzepte, vgl.: Sturm, E.: Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, vgl.: Sturm, E.: Hausarzt, 1977, S. 2969f, S. 3108f, S. 3344f, S. 3489f und 1978, S. 504f, S. 629f, S. 942f, vgl.: Hamm, H.: Hausarzt kontra Facharzt? Der Praktische Arzt, 12/1978, S. 148f, vgl.: Medical Tribune International, vgl. mit Prof. Dr. K.-D. Haahn, Medical Tribune, 41/78, S. 29f.
- 17 Aber auch diese Idee war bisher in der Praxis schwer zu verwirklichen. Über die ökonomischen und kommunikativen Gründe für dieses Problems kann man Erstes erfahren aus: Mangold, W., Wex, H.: Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Der Praktische Arzt 2/78, S. 98f; und: Sturm, E.: Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, Der Praktische Arzt, 18/1978, S. 2306f.
- 18 Vgl. Hamm, H.: Hausarzt kontra Facharzt? Der Praktische Arzt, 12/1978, S. 1487f; vgl. auch: Bundesverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin: Grundsatze zum Hausarztprinzip. Der Praktische Arzt, 7/1978, S. 797f, und 8/1978, S. 914f.
- 19 Dies gilt auch für Varianten wie das jüngere "Hausarzt"-Konzept (vgl. Fußnote 18).
- 20 Vgl.: Bundesverband der Praktischen Ärzte..., a.a.O. und Blümel, J.: Alle Wege führen zum Hausarzt. Der Praktische Arzt, 15/1978, S. 1897f.
- 21 Diese Berufsgruppen dürften ihre Stellung in der primärärztlichen Versorgung wohl nicht ohne weiteres räumen wollen. Vgl. die Leserbriefe in Medical Tribune, 23/1977, S. 42.
- 22 Entnommen aus Schwartz, F.W., Schwefel, D.: Zielvorhaben und Empfehlungen für die Kassenzentrale Bedarfsplanung. Der Praktische Arzt, 14/1978, S. 176f. Weitere Daten und Ausführungen zum Substitutionsprozess von Allgemeinmedizinern durch Fachärzte finden sich in: Van den Bussche, R.: Inanspruchnahme und Leistungsstruktur in der Kassenzentralen Versorgung. In: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Arzt und Gesundheitsberuf. Stuttgart 1978, S. 139-148.
- 23 Vgl. van den Bussche, R., a.a.O.
- 24 Vgl. u. a.: Freidson, E.: Profession of Medicine, New York 1970.
- 25 Bzw. der Zurückstellung weiterer Berufsbilder in diesem Bereich. Vgl. auch: Mader, F.: Soll man den Praktischen Arzt sterben lassen? Medical Tribune, 30/1978, S. 15f.
- 26 Auf dem 81. Deutschen Ärztetag (1978) wurde nach heftiger Debatte ein Antrag abgelehnt, der die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit von der Absolvierung einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin abhängig machen wollte. (vgl. mb 11/1978, S. 630). Die Diskussion ging auf dem Ärztetag von 1979 mit gesteigerter Heftigkeit weiter, wenn auch auf dem Nebenkongressschaffplatz der medizinischen Ausbildung. Vgl. hierzu: Schagen U., 1979.
- 27 Dies wird im übrigen vom Berufsverband der Praktischen Ärzte für Allgemeinmedizin gefordert (vgl. BPA: Grundsatze zum Hausarztprinzip II, Der Praktische Arzt, 8/1978, S. 923).
- 28 Diese Aufzählung beansprucht keine Vollständigkeit. Für weitere Ausführungen, Belege und Handlungsstrategien wird u. a. verwiesen auf: Noack, H., 1980, Wirtschaft- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes, 1977. Abholz, H.H., 1979.
- 29 Erste konzeptionelle Überlegungen, die die gewachsenen sozial- und gesundheitspolitischen Strukturen in der BRD berücksichtigen, finden sich in Wirtschaft- und Sozialwissenschaftliches Institut..., a.a.O.
- 30 Kopp, H., Zammseil, M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt a.M. 1978; vgl. Trojan, A., Waller, H., 1978.
- 31 Lediglich M. Pflanz hat bisher die Ergebnisse dieser Konferenz verbreitet und kommentiert (vgl.: Medical Tribune 41/1978, S. 32f und Der Praktische Arzt 32/1978, S. 3987f.)

- 32 Hier dürfte es eher zu einer verhängnisvollen Gleichsetzung von „primary care“ und „Allgemeinmedizin“ kommen. Ein Vergleich der „WHO-Definition der Allgemeinmedizin“ in der Rezeption von H. Hamm (vgl. Der Praktische Arzt 12/1978, S. 1492) und den entsprechenden WHO-Dokumenten (vgl. Hogart, J.: Glossary of Health Care Terminology. Public Health in Europe, Nr. 4, World Health Organization-Regional Office for Europe, Copenhagen 1975, S. 153–154 und 305–309) deutet darauf hin.
- 33 Als vereinzelt Ausführungen können erwähnt werden: Die Forderung nach Intensivierung psychotherapeutischer Qualifikationen mittels Balint-Gruppen (vgl.: Der Praktische Arzt, 8/1978, S. 914f.) und die Ausführungen von P. Lüth über Gemeinwesenmedizin mittels Sozialstationen (vgl.: Lüth, P.: Gerade kein Facharzt? Der Praktische Arzt, 20/1977, S. 3166f.).
- 34 Vgl. stellvertretend: CDU-Präsidium: Gesundheit in Freiheit und Solidarität (verabschiedet am 4. 9. 1978). Hier zitiert nach: Beske, F.: Die Allgemeinmedizin im gesundheitspolitischen Programm der CDU. Der Praktische Arzt, 30/1978, S. 3628f, Schmidt A. (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen): Gesundheit mit ökonomischen Grenzen. Der Praktische Arzt 31/1978, S. 378f, Kossow, K.-D.: (Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin): Weiterbildungsmöglichkeiten zum Arzt für Allgemeinmedizin. Der Praktische Arzt, 24/1977, S. 3785f.
- 35 Überschrift eines Artikels im Hamburger Abendblatt vom 12. 10. 1978 zur Einführung des Kurses Allgemeinmedizin in der novellierten Approbationsordnung.
- 36 Vgl.: Noack, H. a.a.O.
- 37 Vgl.: Keupp, H., Zaumseil, M. a.a.O. und Trojan, A., Waller H. a.a.O.
- 38 Vgl.: Katz, F.M., Fülöp, T., 1978.

Literaturverzeichnis

- Abholz H.H.: Erfordernisse an die ambulante Medizin-Ableitung aus klinisch-epidemiologischen Befunden. Argument-Sonderband AS 30, Berlin 1979, S. 100–119.
- Infratest: Berufsabsichten und Motivationen der deutschen Mediziner. II Bände. Eigendruck, München 1972. In gekürzter Form veröffentlicht als: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Berufsabsichten und Motivationen der deutschen Mediziner. Stuttgart 1973.
- Infratest: Untersuchung über Hausärzte und mögliche künftige Hausärzte. Herausgegeben vom Pressereferat des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Bonn-Bad Godesberg 1976.
- Katz F.M., Fülöp T.: Personnel for Health Care. Case Studies of Educational Programmes. World Health Organization. Genf 1978.
- Noack H. (Hrsg.): Medical Education and Primary Care. London 1980:
- Rohde, J.J.: Berufsorientierungen und -absichten von jungen Ärzten. Niedersächsisches Ärzteblatt 42 (1969), 545–549.
- Rohde, J.J.: Studie über die Berufsvorstellungen junger Ärzte. Der Praktische Arzt H 11 (1970), 990–1013.
- Schagen U.: Novellierung der AO statt Studienreform. Argument-Sonderband AS 37, Berlin 1979, S. 127–142.
- Trojan A., Waller H.: Sozialarbeit und Medizin. Argument-Sonderband AS 27
- Troschke, G.v.: Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen Nachwuchses. Manuskript. München 1972. In Kurzfassung veröffentlicht als: Verein für moderne und rationelle Gestaltung von Arztpraxen e. V. (Hrsg.): Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen Nachwuchses. Stuttgart
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (Hrsg.): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Köln 1977.

Gesundheitszentrum Gropiusstadt – Allgemeinmedizin in einer Gruppenpraxis

Das Gesundheitszentrum Gropiusstadt besteht seit dreieinhalb Jahren. Es wurde bisher von fast 25 000 Patienten aufgesucht. In ihm arbeiten z. Z. 15 Ärzte zusammen mit Arzthelferinnen, Krankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeitern, Psychagogin, Krankengymnasten, Bademeister, MTA (Labor, Röntgen) und Verwaltungskräften. Es wird ein zeitgemäßer Ansatz einer Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt auf psychosozialer Medizin und Hausbetreuung versucht. Das Projekt wurde fünf Jahre lang vor Inbetriebnahme geplant. Es wurden viele Planungsfehler gemacht, wesentliche Faktoren der Organisation und Mitbestimmung wurden geändert, Abstriche an vielen Vorhaben mußten gemacht werden. Trotzdem erscheint es immer noch als ein Ansatz einer zeitgemäßen ambulanten ärztlichen Versorgung, die sich von der Einzelpraxis der herkömmlichen Allgemeinmedizin wesentlich unterscheidet. Über Probleme und Möglichkeiten soll hier ein vorläufiger Erfahrungsbericht gegeben werden.

1. Dilemma der ambulanten Versorgung.

Die ambulante medizinische Versorgung der BRD und West-Berlins hat mehrere Probleme:

- Die naturwissenschaftlichen und psychologischen Erkenntnisse nehmen zu; ein entsprechender Wissensstand muß gehalten werden.
- Die Kluft zwischen Krankenhaus und Praxis wird größer. Immer mehr Spezialisten sehen über ihr Fachgebiet nicht mehr hinaus.
- Zuviel Technik wird eingesetzt für Untersuchungsergebnisse, die oft keine Konsequenz für den Patienten haben.
- Das Gesundheitswesen wird teurer.
- Die Versorgung ist ungleichmäßig strukturiert und für den Patienten meist undurchschaubar.
- Das Verhältnis Arzt für Allgemeinmedizin zu Facharzt verschiebt sich immer mehr zum Facharzt hin.

2. Zielvorstellungen über den Hausarzt

Der Hausarzt sollte der koordinierende und überwachende Arzt des Patienten in Aufklärung, Vorsorge, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation über viele Jahre sein. Bei ihm sollten alle Infor-

mationen über den Patienten zusammenlaufen und übersichtlich dokumentiert werden. Er sollte sie mit ihm besprechen, den Behandlungsplan aufstellen und den Patienten nach seinen Möglichkeiten an seiner Gesunderhaltung bzw. Wiedergewinnung beteiligen. Der Hausarzt sollte die Erkenntnis der einzelnen Fachgebiete so weit überschauen, daß er sie für den Patienten und mit ihm so weit umsetzen kann, damit dieser damit arbeiten kann.

3. Zielvorstellungen über die Ausbildung zum Hausarzt

Um einen Überblick über die wichtigsten Fächer der Medizin zu bekommen, müßte der Arzt für Allgemeinmedizin seine Ausbildung in den Fächern machen, die ihm später in der Praxis begegnen. Dazu gehört beim großen Fach Chirurgie sicher nicht das Operieren an Leib, Herz, Thorax oder Kopf, sondern vor allem Orthopädie, Unfallchirurgie und ein bißchen Urologie. So gehört das große Gebiet der gynäkologischen Operationen sicher nicht dazu, aber der hormonelle Teil der Gynäkologie und wichtigste Gesichtspunkte der Schwangerschaftsüberwachung sollten erlernt werden. So gehört zur Ausbildung in der Inneren Medizin ein Rotieren in den verschiedenen Abteilungen mit möglichst viel poliklinischer Behandlung dazu. Und so zählen die Fächer Dermatologie und Psychiatrie sicher zu den Haupt- und nicht, wie in der medizinischen Ausbildung, zu den Nebenfächern. Als ein Schwerpunkt muß die Fähigkeit der Behandlung von psychosomatischen Erscheinungen in der Ausbildung erlernt werden. Dazu gehören Teilnahme an einer Selbsterfahrungsgruppe ebenso wie regelmäßige Kontrolle der Behandlungsschwierigkeiten durch eine Balintgruppe. Dazu gehört ein Wahrnehmungs- und Explorationstraining sowie die Erlernung gezielter Gesprächsführung. Und vor allem gehört frühes und häufiges Arbeiten in der Praxis zu einer umfassenden Ausbildung, um möglichst früh überprüfen zu können, welches Wissen der Klinik man sich aneignen soll und welches nicht.

Eine getrennte Ausbildung für Ärzte, die in der Klinik bleiben wollen, und solche, die in die Praxis wollen, würde den Ausbildungsstand der ambulant arbeitenden Ärzte wesentlich verbessern können.

Die klinische Medizin ist eine Interventionsmedizin, die ganz besondere Schwerpunkte unter bestimmten Bedingungen außerhalb der psychosozialen Bezugspunkte behandelt. Mit dieser Art der Medizin hat man in der Praxis noch wenig zu tun. Bezeichnend für unser heutiges Medizinverständnis ist, daß mittlerweile mehr Ärzte in der Interventionsmedizin arbeiten, als in der ambulanten Medizin – nicht immer zum Nutzen des Patienten.

4. Möglichkeiten der Allgemeinmedizin.

Es gibt sicher noch lange die Möglichkeit, als allein arbeitender Arzt seinen Patienten mit seinem Können und Wissen zur Verfügung zu stehen. Aus vielen Gründen aber erscheint eine Doppelpraxis mit einem Kollegen aus der gleichen Fachrichtung heute für viele Ärzte die modernere Form der Praxisführung zu sein. Das Zusammenarbeiten von mehreren Ärzten in einem Hause scheint wenigstens dem Patienten kürzere Wege zu ermöglichen, ergibt aber meist keine inhaltliche Zusammenarbeit zwischen den Ärzten.

Erst ein fachübergreifendes, integriertes Zusammenarbeiten von mehreren ärztlichen Fachrichtungen und anderen Gesundheitsberufen scheint mir einen Fortschritt für Patienten und Behandelnde zu bringen.

5. Gruppenpraxis in Gropiusstadt

Das Gesundheitszentrum Gropiusstadt wurde für ein neuerrichtetes Stadtrandneubaugebiet konzipiert. Hier waren innerhalb von 10 Jahren fast 50 000 Menschen angesiedelt worden, ohne daß ein Plan für ihre ärztliche Versorgung entwickelt wurde. In der neuen Stadt hatte sich bei Beginn der Arbeit des Gesundheitszentrums Gropiusstadt neben einigen Spezialisten nur ein praktischer Arzt niedergelassen. Mit dem Gesundheitszentrum erreicht werden sollte ein Abbau der Unterversorgung sowie der Aufbau einer Basismedizin nach dem Hausarztprinzip durch integrative Zusammenarbeit der wichtigsten Facharzttrichtungen mit anderen medizinischen und sozialen Berufen. Es sind Allgemeinärzte, Internisten, Kinderarzt, Frauenarzt, Orthopäde, Psychiater und Röntgenarzt tätig. Angestrebt wurden Doppelpraxen, damit die Disziplinen ganztägig besetzt werden können und genügend Möglichkeiten für außerhäusige oder außerstädtische Fort- und Weiterbildung sowie Urlaubsvertretung besteht. Nicht aufgenommen wurden die Fachrichtungen HNO und Dermatologie, da sich Fachkollegen dieser Richtungen in der letzten Zeit in der Gropiusstadt oder deren unmittelbaren Umgebung niedergelassen hatten. Ein Psychotherapeut konnte bisher noch nicht gewonnen werden.

6. Inhaltliches Konzept

a) Im Gesundheitszentrum Gropiusstadt wird die Funktion „Hausarzt“ nicht nur von Praktikern oder Internisten erfüllt, sondern Gynäkologen, Orthopäden oder Psychiater übernehmen einen Teil dieser Aufgaben: Banale Erkrankungen aus einem anderen Fachgebiet werden

mitbehandelt, in fraglichen Situationen wird ein schneller konsiliarischer Rat geholt. Der ähnliche Arbeitsstil, die grundsätzlich gleiche Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, zu Behandlung und Mitbeteiligung und Mitverantwortung des – nach seinen Möglichkeiten – mündigen Patienten verhindern eine unnötige Aufsplitterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Das ist bei gemeinsamer Nutzung von Labor, Funktionsdiagnostik und gemeinsamem Gerät für den Patienten sehr bequem und auch für den Arzt befriedigend, führt aber zu kassentechnischen Problemen. So hat der Psychiater/Neurologe einen Regreß¹, weil er mehr Laboruntersuchungen macht als seine Fachkollegen, da er die durch Medikamentenverordnung notwendigen Kontrolluntersuchungen von Blutbild, Leber- und Nierenwerten nicht vom Internisten durchführen läßt. So mußten sich die Praktiker vom Sozialgericht bestätigen lassen, daß sie nicht mit dem im Durchschnittsalter 58jährigen in Einzelpraxis arbeitenden Praktiker zu vergleichen sind, sondern aufgrund ihrer Arbeit in einer solchen Einrichtung nur mit einem Internisten – andernfalls hätten sie erhebliche Regreßzahlungen zu leisten und könnten eine vernünftige Arbeit in dieser Situation nicht leisten.²

b) Bis auf Spezialitäten benutzen alle die gleichen Medikamente – diese so sparsam wie möglich – und versuchen die Patienten zu einem vernünftigen Drogengebrauch anzuleiten. So werden nur wenig Beruhigungs- oder Schlafmittel, Abführmittel, Schmerzmittel, Kreislauf- oder Aufputzmittel, Appetithemmer o. ä. verschrieben. Die Schwierigkeit damit hat allerdings weniger der Arzt als der Apotheker. Die dem Gesundheitszentrum gegenüberliegende Apotheke schloß sich diesem Konzept inhaltlich voll an: Sie versucht, Patienten, die diese Mittel zusätzlich kaufen wollen, durch Aufklärung zu einer vernünftigen Lebensweise oder zumindest zu harmloseren Naturheilmitteln zu überzeugen. Dies hat zum Ergebnis, daß mittlerweile fast 50% der Patienten des Gesundheitszentrums in andere Apotheken gehen. Besonders trifft dies auf alte Leute zu, die sich offenbar in ihrem Mißbrauchsverhalten nicht mehr umstellen können.

c) Ein Schwerpunkt der Arbeit sollte auch in der Betreuung der Patienten zu Hause liegen. Dazu wurde eine eigene Hauskrankenpflege für die Patienten eingerichtet, bei denen intensivere oder fachgerechtere Pflege, als durch die Angehörigen ausführbar, notwendig ist. Es sollte dies ein Ansatz einer Sozialstation sein, in der Ärzte, Sozialarbeiter und Schwestern eng zusammenarbeiten. Der Versuch wurde wieder eingestellt, da die Möglichkeiten, die Arbeit der Krankenschwestern durch die Kassen ersetzt zu bekommen, so begrenzt sind, daß höchstens ein Drittel ihres Gehaltes erwirtschaftet werden konnte. Die Kassen sind auf diesem Gebiet sehr zurückhaltend, weil die bisherige Gemeindepflege, die von den Kirchen oder Gemeinden organisiert wird, für sie

fast umsonst ist. Erschwerend für unseren Ansatz einer Sozialstation war noch, daß in der Gropiusstadt eine für Berliner Verhältnisse hervorragende Gemeindepflege funktioniert, mit der in allen Bereichen gut zusammengearbeitet wird. So geht ein Praktiker mit einer Gemeindegeschwester jede Woche an einem Morgen gemeinsam Besuche machen und trifft sich in Notfällen mit ihr zu aktuell verabredeten Krankenbesuchen.

d) Ein Schwerpunkt der gemeinsamen Behandlung sollte die Erkennung und Behandlung von psychosozial verursachten Beschwerden oder Erkrankungen sein. Dazu haben die Ärzte verschiedene Erfahrungen in Fortbildungsseminaren gemacht, an Einzel- oder Gruppentherapie teilgenommen und sitzen seit mehreren Jahren regelmäßig in einer Balintgruppe zusammen. In dieser Balintgruppe sind außer Ärzten auch die anderen Therapeuten des psychosozialen Bereiches. Dabei wird fast nur noch über Patienten berichtet, die mehrere Ärzte im Gesundheitszentrum Gropiusstadt aufsuchen und die von allen als ähnlich schwierig erlebt werden bzw. mit allen Ärzten ähnliche Schwierigkeiten haben. Immer wieder kommt dabei heraus, daß der einzelne Arzt nicht bis zum Kernproblem des Patienten vordringt und dieses nach dem bisherigen Behandlungsmuster vor sich herschiebt, bis dann durch die gemeinsame Besprechung einer aufgefordert wird, einen vorantreibenden Schritt zu unternehmen. Zusätzlich gibt es verschiedene Aufklärungs- und Selbsthilfegruppen: Diät-Einführungsveranstaltungen für Diabetiker; eine Gruppe für Diabetiker, die in mehreren Doppelstunden die Probleme der Diabetiker intensiver bearbeitet; eine Gruppe für Übergewichtige, eine Gruppe Anonymer Alkoholiker. In Verbindung mit der Volkshochschule laufen mehrere Gruppen für Frauen, eine Männergruppe ist in Vorbereitung; autogenes Training wird regelmäßig von mehreren Trainern angeboten; ein Training für Patienten mit Koronarerkrankung hat sich seit einem Jahr etabliert; sei einem Vierteljahr versucht eine Patienten-Initiative die Probleme der Patienten zu ermitteln und in den Rahmen des Gesundheitszentrums einzubringen.

e) In somatischer, naturwissenschaftlich-technischer Sicht leistet das Gesundheitszentrum für den Patienten viel unter einem Dach. Es werden behandelt: Kopfschmerzen der verschiedensten Ursachen, die banalen Infekte des HNO-Bereiches, akute, rezidivierende oder chronische Erkrankungen des Herzens, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes und des Harnwegsystems, Durchblutungsstörungen, Beschwerden des Skelettsystems, die häufigsten Hauterkrankungen, Stoffwechselstörungen, besonders Diabetes, Schilddrüse, Verletzungen, Verbrennungen und Unfälle, psychische und psychiatrische Veränderungen wie Konfliktverarbeitungsstörungen, Altersveränderungen, Depressionen, funktionelle Störungen, leichtere oder chronische Psychosen, Abhän-

gigkeiten bis zu einem gewissen Grade und Umfang. Folgende, aufwendigere Untersuchungstechniken stehen zur Verfügung: Ekg, Belastungs-Ekg; Spirometrie; Endoskopie (Gastroskopie, Proktoskopie, Koloskopie); Röntgen: Knochen, Lunge, Leib, Niere, Phlebographie; Sonographie; Reizstromuntersuchung; Gelenk-, Lungen-, Leberblind- und Sternalpunktion; Inhalationsallergologie. Zur Behandlung gehören neben Beratung, therapeutischem Gespräch und medikamentöser Therapie: Verbände, Gipse; Bestrahlung, Reizstrombehandlung, Extension; kleine Operationen; Krankengymnastik, Massagen, Bäder, Güsse, Packungen, Hydrotherapie, Behandlung im Bewegungsbad; Hausbesuche, z. B. auch regelmäßig mit der Gemeindeschwester; Psychosozialberatung durch Sozialarbeiter und Sozialpädagogin; Psychotherapie durch Einzelgespräche, Gruppenbehandlung, autogenes Training.

Es wurden zur Diagnostik und Therapie gemeinsame Einrichtungen geschaffen, die apparativ modern und ausreichend ausgestattet werden konnten: Eine neue Röntgenanlage, ein großes Labor (als Gemeinschaftslabor auch für andere Ärzte benutzbar; mittlerweile sind über 30 daran beteiligt), eine internistische Funktionsdiagnostik, ein Gips- und ein kleiner Operationsraum und eine Physiotherapie, eine krankengymnastische Abteilung und eine große Badeabteilung mit Bewegungsbad.

Für die Patienten wird eine gemeinsame Krankenakte angelegt, in der die behandelnden Ärzte mit Zustimmung der Patienten gemeinsam Einblick nehmen und alle Daten sammeln. So gibt es gemeinsame Seiten für Hauptdiagnosen und ständige Medikation, für Verschreibungen und Verordnungen, für Anamnese und Status präsens sowie wichtige Veränderungen für Labor- und Röntgenergebnisse. Dazu hat jeder Arzt farblich unterschiedliche Seiten für seine persönlichen Notizen und Verlaufsbeobachtungen. Neben der gemeinsamen Betreuung von Patienten durch verschiedene Fachärzte, die durch die gemeinsame Krankenakte Doppeluntersuchungen, Doppelverschreibungen und Mehrfacherhebungen von Anamnese und Sozialstatus vermeiden können, liegt bei vielen Patienten der Schwerpunkt der Behandlung bei einem Arzt, der in fachfremden Unsicherheiten den betreffenden Kollegen zum Konsiliargespräch auf schnellstem Wege hinzuziehen und dann sehr oft den Patienten fachgerecht weiterbehandeln kann.

f) Da fast jeder der Ärzte ein Spezialgebiet hat, in dem er durch die große Anzahl der gemeinsamen Patienten so häufig zu arbeiten hat, daß er es auch beherrscht (z. B. Endoskopie, Proktologie, Allergologie, Chiropraktik, Operationen, Akupunktur, Hämatologie u. a.), muß der Patient nur selten zu Spezialuntersuchungen zu weiter entfernt arbeitenden Spezialisten – und die Ärzte wissen mit diesen von ihnen

erbrachten Ergebnissen gut umzugehen.

Außerdem bemühen wir uns, die notwendigen Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu gestalten, indem wir die Patienten vorher gründlich durchuntersuchen, den betreffenden Krankenhausarzt vorher informieren und die Befunde mitgeben – von einigen Krankenhäusern werden sie sogar schon anerkannt – und eine eventuell nachbetreuende Hauskrankenpflege garantieren.

7. Zwei zentrale Probleme im Gesundheitszentrum Gropiusstadt

Die Durchsichtigkeit der Arbeitsabläufe in den einzelnen Arbeitsgruppen im Gesundheitszentrum Gropiusstadt ist für die Vielzahl der Mitarbeiter schwer herstellbar; eine wirkliche Selbstverwaltung war unter den gegebenen Bedingungen auf Dauer nicht machbar. Gruppenentscheidungen mit achtzig Mitarbeitern kosten Zeit und damit Geld. Diese Kosten werden von der Sozialversicherung nicht getragen. Deshalb haben wir jetzt die meisten Entscheidungen auf die Entscheidungsebene der einzelnen Arbeitsgruppen, die nicht mehr als zwölf Mitarbeiter haben, verlegt. Die Ansätze zu einer gleichberechtigten Mitbestimmung aller Mitarbeiter im Hause sind weitgehend auf der Strecke geblieben. Hierüber muß demnächst an anderer Stelle ausführlich berichtet werden.

Durch die auf der einen Seite sehr erwünschte Einrichtung eines großen Labors, einer Badeabteilung mit Bewegungsbad und einer Röntgenanlage mußten sich die Ärzte hoch verschulden. Die Abzahlung der Kredite zwingt sie, einen bestimmten Umsatz zu erreichen. Dies kann nur durch eine hohe Zahl von betreuten Patienten erreicht werden. Alle Ärzte betreuen zur Zeit mehr Patienten, als sie je gewollt haben und als für eine optimale Behandlung erstrebenswert ist. Die angestrebte Qualität der Betreuung wird durch bis zu 60 Arbeitsstunden (ohne Fortbildung) erreicht und ist als Dauerzustand unmöglich.

Anmerkungen

- ¹ Ein niedergelassener Arzt kommt in einen sogenannten Regreß, wenn er mit bestimmten Leistungen, die er erbringt, mehr als 40% über dem Durchschnitt der Fachkollegen liegt. Es werden ihm dann diese Leistungen nicht bezahlt, es sei denn, er kann nachweisen, daß er sich in seiner Ausbildung und Leistung ganz wesentlich von seinen Fachkollegen unterscheidet bzw. eine besondere Praxisführung hat. Dieser Nachweis wird den einzelnen sehr schwer gemacht, wird mitunter jahrelang vierteljährlich kontrolliert und entmutigt die meisten bald so, daß sie ihre Leistungen nach den Durchschnittswerten der Kollegen richten und nicht nach den Bedürfnissen der Patienten und ihren besonderen Fähigkeiten.
- ² Als besonders krasses Beispiel: Die Praktiker liegen in der Bestimmung des Kreatinins ungefähr zehnmal höher als ihre Fachkollegen. Dieser Wert gibt eine Kontrolle der Nierenfunktion und ist bei vielen Dauermedikationen, die besonders bei alten Patienten oft unumgänglich sind, notwendig. Die anderen Kollegen scheinen diese nach heutigem Medizinstandard notwendige Kontrolluntersuchung durch den vielgerühmten klinischen Blick zu ersetzen.

Dieter Borgers

Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung

Einleitung

Obwohl Meldungen über einzelne Todesfälle häufig in der Presse im Zusammenhang mit Umweltbelastungen auftauchen, ist doch wenig bekannt, welche Bedeutung der Untersuchung von Todesursachen und Sterblichkeit bei der Erforschung des Zusammenhangs von Krankheiten und Umweltbedingungen, sowie der Evaluation präventiver und kurativer Maßnahmen zukommt. Noch zu Beginn dieses Jahrhunderts waren Untersuchungen über die Mortalität von Bevölkerungsgruppen wichtige Instrumente der Sozialmedizin. Das ehemalige Reichsgesundheitsamt veröffentlichte z. B. in seinem wöchentlich erscheinenden Mitteilungsblatt jeweils die Mortalität von 50 deutschen Regionen und Städten mit 14tägiger Verzögerung. Dies diente zur Überwachung des Seuchengeschehens. Sozialmedizinische Untersuchungen über die Mortalität von Bevölkerungsgruppen waren Grundlage für präventive und kurative sowie sozialpolitische Entscheidungen. Als Beispiel sei hier eine Arbeit über die Sterblichkeit von Gefangenen dargestellt (Mosse, Tugendreich 1977, S.137). Die große Übersterblichkeit in den Gefängnissen war ein wichtiges Argument in der Auseinandersetzung um hygienische Bedingungen und ausreichende Ernährung in den Vollzugsanstalten (Abb.1). Heute wird zwar genauso wie damals eine allgemeine Todesursachenstatistik durch die Statistischen Landesämter und das Statistische Bundesamt geführt; die Auswertung beschränkt sich jedoch auf die jährliche Auszählung von Gestorbenen. Ätiologische Analysen mit Hilfe der Todesursachenstatistik sind selten und auch aufgrund der mangelhaften Organisation des statistischen Systems erschwert.

Das nachgelassene Interesse an Mortalitätsdaten ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen.

1. Die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung ließ bei oberflächlicher Betrachtung die Mortalität immer unwichtiger erscheinen. Dabei wurde übersehen, daß der Rückgang der Mortalität und die damit verbundene Erhöhung der Lebenserwartung fast ausschließlich die Säuglingssterblichkeit betraf, während das Sterberisiko der Bevölkerung im allgemeinen sich weniger positiv verändert hat (BMJFG 1977, S.25).

2. Der Rückgang von Infektionskrankheiten verringerte die Bedeutung der Todesursachenstatistik für die aktuelle Überwachung des Seuchengeschehens.

3. Die Emigration großer Teile der sozialhygienischen Wissenschaftler im Faschismus beendete die Tradition sozialhygienischer Untersuchungen auf Basis der Mortalität. Hinzu kam die Diskriminierung der Todesursachenstatistik im Faschismus, als die vielen aus politischen und rassistischen Gründen ermordeten Menschen in den Statistiken nicht auftauchten.

Abb. 1: Sterblichkeit in einem Zuchthaus im Vergleich zur Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung.

Es starben von 1000 Personen binnen Jahresfrist

im Alter von	Waldheimer Sträflinge	Deutsche Sterbetaf. f. Männ. 1871—1881
22 J.	22,2	8,53
25	21,0	8,48
30	23,7	9,28
35	26,5	11,01
40	25,0	13,63
45	25,0	16,80
50	40,1	21,45
55	53,9	27,90
60	77,4	38,20
65	119,8	55,20

Die weitere Zurückdrängung der Sozialmedizin in der Nachkriegsentwicklung ließ die Beschäftigung mit der Todesursachenstatistik weiter verkümmern. In anderen Ländern (z. B. England, skandinavische Länder, USA, DDR) wurde die Aufarbeitung der Todesursachenstatistik nach dem Krieg weiter vervollkommen. Die epidemiologisch-medizinische Bewertung der Todesursachenstatistik geschieht in der Bundesrepublik Deutschland nur sporadisch, lediglich nach Interesse einzelner Fachwissenschaftler, meistens mit dem Ziel die Bedeutung der gerade dargestellten Krankheit zu unterstreichen.

Mortalität und Todesursache

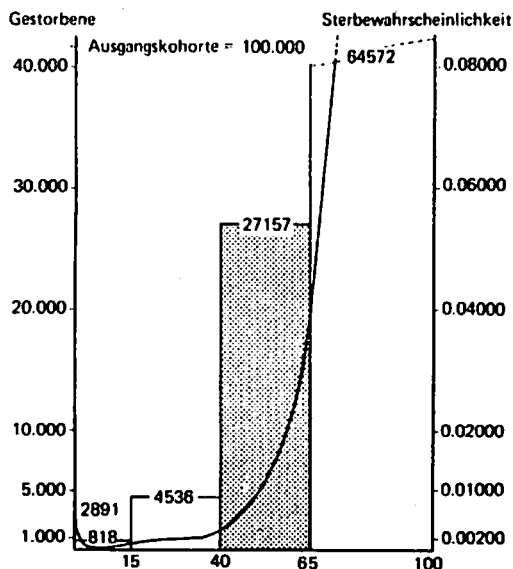
Der Tod, besonders im jungen und mittleren Lebensalter ist für das Individuum Ausdruck von Einwirkungen und Schädigungen (Krankheiten, Umweltbelastungen, Lebensbedingungen, äußere Gewalt), die seine biologisch mögliche Lebenserwartung negativ beeinflussen. Die

sozialmedizinische Analyse der Mortalität betrachtet vor allem die Häufigkeit von vorzeitigem Tod in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, um Risiken für die Gesundheit festzustellen. Der Eintritt des Todes aufgrund von Krankheit und Unfall ist als solcher natürlich weder Krankheit noch Gesundheit; wenn jedoch in einer Bevölkerung Todesfälle gehäuft auftreten, ist dies der valideste Ausdruck eines erhöhten Gesundheitsrisikos. Dieses Risiko gilt dabei nicht nur für die Mortalität, sondern die Mortalität ist die Spitze eines Eisberges von Krankheit, deren Bedeutung und Häufigkeit viel größer ist als die Zahl der Todesfälle selbst. Die Mortalitätsrate ist ein Indikator des erhöhten Krankheitsrisikos, selbst wenn Todesfälle wegen der geringen Letalität an sich selten sind. Oft ist jedoch die Mortalität die einzig bevölkerungsweit verfügbare Statistik und andere Phänomene, die unmittelbar die Morbidität betreffen (Krankheiten, biochemische und physiologische Veränderungen) sind nicht verfügbar oder nur unter Aufwand zu erheben. Für bestimmte Analysen, die die Lebenserwartung und das Sterberisiko ganz allgemein betreffen, ist schon die Berechnung der Mortalität ohne krankheitsspezifische Todesursache wichtig. Für spezifische Untersuchungen verwendet man jedoch die krankheitsbezogene Sterbestatistik, welche nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten gegliedert ist. Diese benennt eine Todesursache im Sinne einer medizinischen Diagnose. Da diese Systematik in gleicher Weise in allen Ländern der Erde angewandt wird, ist damit eine universelle Möglichkeit des Vergleichs gegeben, wie sie nur für wenige Statistiken existiert. Die Definition einer Todesursache geschieht im Sinne einer medizinischen Diagnose und ist eng an das nosologische Krankheitsverständnis und System der Diagnostik in der Medizin gebunden¹. Für das unmittelbare Verständnis des Arztes ist eine Todesursache dabei umso eindeutiger und klarer definierbar, je eindeutiger ein bestimmtes umschriebenes Krankheitsbild den Tod verursacht hat. Das Konzept der Todesursachenstatistik ist nur auf dem Hintergrund des medizinischen Krankheitsverständnisses sinnvoll interpretierbar. Die Frage nach der „eigentlichen Todesursache“ reicht weiter in den Zusammenhang der gesellschaftlichen Realität hinein und ist ohne Bezugssystem nicht beantwortbar.

Die quantitative Bedeutung der Mortalität für eine Bevölkerung läßt sich am besten mit Hilfe des Sterbetafelmodells veranschaulichen. Betrachten wir 1000 Neugeborene eines Jahres (z. B. des Jahres 1970/72 in Berlin) (Klein, Vötter, 1975) und verfolgen deren Schicksal als Geburtskohorte in bezug auf die Sterblichkeit, so ergeben sich folgende Sterbewahrscheinlichkeiten. Von den 1000 Lebendgeborenen sterben aufgrund der hohen Säuglingssterblichkeit (vor allem in den ersten Lebenstagen) im ersten Lebensjahr ca. 30. In den folgenden Jahren der

Kindheit (1.–15. Lebensjahr) sterben in jedem Jahr ca. 0,5 Kinder auf 1000. Mit dem 17. Lebensjahr steigt die Zahl der jährlich Gestorbenen auf ca. 1,5 auf 1000 an und erreicht im 40. Lebensjahr 4 auf 1000. Akkumuliert über die ersten 40 Lebensjahre sind dann von den 1000 Geborenen 100 (10%) gestorben. Zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr steigt die jährliche Sterbewahrscheinlichkeit von 4 auf 1000 bis 40 auf 1000 an, so daß mit dem 65. Lebensjahr 300 Todesfälle aufgetreten sind. 30% der Geborenen leben nach 65 Jahren nicht mehr. Die Sterbewahrscheinlichkeit steigt jetzt rapide an und erreicht nach 80 Jahren 130 auf 1000. Nach 80 Jahren leben nur noch 200 (20%) der ursprünglich 1000 Geborenen (Abb.2)². Für die Analyse chronischer Krankheiten ist besonders das Alter zwischen dem 40. und dem 65. Lebensjahr wichtig.

Abb. 2: Absterbeordnung nach der Berliner Sterbetafel von 1970 (Klein, Vötter 1975). Gestorbene einer Geburtskohorte von 100 000 in verschiedenen Lebensabschnitten.



In diesem Zeitraum sterben von 1000 Geborenen ca. 270 (27%), aufgrund zum Tode führender Krankheiten (Krebs, ischämische Herzerkrankung, Hirngefäßerkrankungen, Leberzirrhose, Bronchitis usw.), deren Lebenserwartung an sich weit höher ist. Unterschiedliche Frühmortalitätsraten im Alter zwischen 40–65 Jahren für diese Krankheiten lassen sich heranziehen, um den Gesundheitszustand der Bevöl-

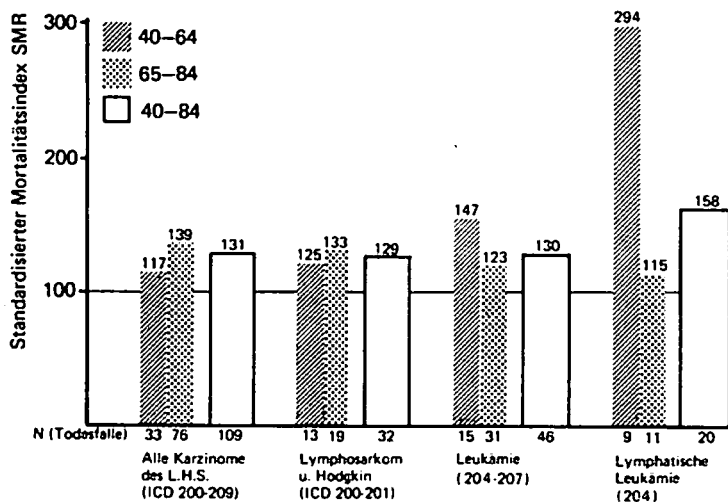
kerung zu beurteilen. Ein erhöhtes Sterberisiko schon in diesem Alter ist Ausdruck einer erhöhten gesundheitlichen Belastung. Die Tatsache, daß im Durchschnitt 27% einer Kohorte schon in diesem Alter an den Folgen chronischer Krankheiten sterben, deutet auf eine im allgemeinen hohe Belastung der Gesundheit hin. Unterschiedlich hohe Frühmortalitätsraten für diese wichtigen Krankheitsgruppen lassen sich heranziehen, um unterschiedliche Belastungen von bestimmten Populationen aufzuzeigen, wie dies am Beispiel unserer Analyse von Stadtbezirken in Berlin (West) noch diskutiert wird. Im folgenden soll mit Hilfe von empirischen Analysen gezeigt werden, wie Krankheitsursachen und Risiken mit Hilfe der Todesursachenstatistik beurteilt werden können.

Mortalitäts-Follow-up von Berufsgruppen

Krebserkrankungen, wie auch chronische Krankheiten, benötigen lange Zeiträume (Latenzzeit bei Krebs bis zu 7–20 Jahren) um sich zu entwickeln oder einen klinisch relevanten Schweregrad zu erreichen. Epidemiologische Untersuchungen der Auswirkung von Chemikalienexposition am Arbeitsplatz beinhalten daher extrem lange Beobachtungszeiträume der exponierten Arbeiter. Sie sind häufig durch die hohe Mobilität in Berufen erschwert, so daß der Nachweis eines Zusammenhanges von spezieller Noxe (z. B. kanzerogener Stoff) und Erkrankung kaum möglich ist. Es ist jedoch wichtig, die Summe der Schädigungen für große Berufsgruppen zu erfassen, um Hinweise auf Risiken zu erhalten. Solange keine allgemeine Krebsregistrierung existiert, ist die Berechnung des Sterberisikos an Krebs die einzig praktisch durchführbare Methode, um große Berufsgruppen zu beobachten. Keil(1979) berichtet über eine solche Studie aus den USA. In der Gummiindustrie (Uniroyal, Firestone, Goodyear) wurde zwischen Gewerkschaften und Industrieverband in tarifrechtlichen Regelungen vereinbart, daß eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe, welche von den Firmen finanziert wird, die Krebsrisiken der Gummiindustrie untersuchen sollte. Der Untersuchungsansatz der Forschung bestand in einem systematischen Mortalitäts-Follow-up aller Arbeiter und Rentner, die seit Beginn der 60er Jahre in der Gummiindustrie der USA gearbeitet hatten. Für solche Untersuchungen muß das Lebensschicksal mehrerer 10000 Menschen verfolgt werden, um die Todesursachen der Gestorbenen herauszufinden. Die Abbildung zeigt den standardisierten Mortalitätsindex (SMR) für verschiedene Krebsarten von Arbeitern in der Gummiindustrie im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung (100 – Risiko der allgemeinen Bevölkerung): z. B. lymphatische Leukämie bei 40 – 65 jährigen, SMR – 291, dies bedeutet ein fast 3fach erhöhtes Sterberisiko³ (Abb. 3). In Einzelstudien konnte weiter ein Zusammen-

hang zwischen der Mortalität an lymphatischer Leukämie und dem Umgang mit Lösungsmitteln (Xylen, Trichloräthylen usw.) gesichert werden.

Abb. 3: Sterberisiko an lympho-histiozytären Tumoren in der Gummiindustrie mit einem stark erhöhten Risiko für lymphatische Leukämie. Berechnungen getrennt für Altersgruppen: 40–64 Jahre, 65–84 Jahre, 40–84 Jahre.



In England wird seit ca. 100 Jahren die berufsspezifische Mortalität systematisch untersucht (OCPS 1978) (Abb. 4). Jeweils zum Zeitpunkt des Zensus (alle 10 Jahre) werden die Todesfälle von drei aufeinanderfolgenden Jahren auf die Berufe bezogen. Aus den Zensusinformationen kennt man jeweils die Zahl und die Altersverteilung der Berufe und kann aufgrund der Berufsangaben auf den Totenscheinen das Sterberisiko bestimmen. In gleicher Weise wird das Sterberisiko auch jeweils für fünf soziale Schichten bestimmt⁴. Die Abbildung 5 zeigt die Entwicklung des Sterberisikos für Männer zwischen dem 15. und 64. Lebensjahr seit 1911. Deutlich ist eine Zunahme des sozialen Gradienten (Sterberisikounterschied zwischen Schicht 1 und Schicht 5) in den letzten Jahrzehnten. Dies ist auch zurückzuführen auf einen in gleicher Weise zunehmenden sozialen Gradienten für die Herz-/Kreislaufkrankheiten, die wichtigste Todesursache in dieser Altersgruppe, sowie den eindeutigen Gradienten für Lungenkrankheiten (Holme 1976, Marmot 1978) (Abb. 6). Ähnliche Untersuchungen werden auch in den skandinavischen Ländern durchgeführt. Dort können mit Hilfe des zentralen Personenregisters und der darin enthaltenen Zensusinformationen, die Mortalitätsrisiken noch genauer beurteilt werden. Der Zensus (mit

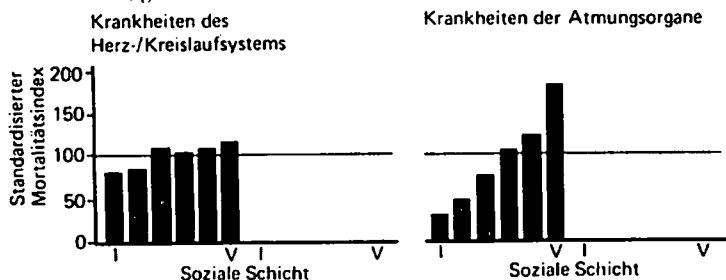
Abb. 4: Sterberisiko (SMR). Männer 15-64 Jahre in verschiedenen Berufen.

	Standardisierter Mortalitätsindex
Grubenarbeiter	180
Gastwirte	147
Fischer	144
Bäcker	118
Fleischer	105
Postarbeiter	95
Allgemeinärzte	89
Pfarrer	62
Lehrer	60

Abb. 5: Standardisierter Mortalitätsindex im Vergleich sozialer Schichten (siehe Anm. 4) in England seit 1911.

Zeitspanne	Soziale Schicht				
	I	II	III	IV	V
1910-12	88	94	96	93	142
1921-23	82	94	95	101	125
1930-32	90	94	97	102	111
1949-53	98	86	101	94	118
1959-63	76	81	100	103	143
1970-72	77	81	104	114	137

Abb. 6: Sterberisiko für Lungenkrankheiten und Herz-/Kreislaufkrankheiten in England 1970 für 5 soziale Schichten (siehe Anmerkung 4). Schwarze Balken = Männer; graue Balken = Frauen.



Angabe des Berufes, des Alters, des Familienstatus, des Einkommens usw.) gibt z. B. Informationen über alle 30–50jährigen Arbeiter in der Chemieindustrie. In den 10 auf den Zensus folgenden Jahren werden dann alle Todesursachenfälle diesen Daten zugeführt, so daß das Mortalitätsrisiko nach Krankheit, Alter, Geschlecht, Beruf, bzw. in bezug auf alle Zensusinformationen berechnet werden kann (Kopenhagen 1979, Oslo 1976). Ein solches System erweckt natürlich Befürchtungen in bezug auf den Datenschutz. In Dänemark und England wird aber bei Abwägung der Interessen, dem Erkenntnisgewinn durch solche Untersuchungen der Vorrang gegeben, da es sich ja auch nicht um Daten zur staatlichen Sicherung (Polizei und Verwaltung) handelt.

Evaluation von Gesundheitsdiensten

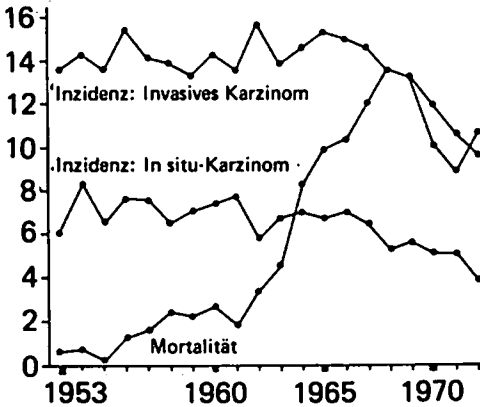
Die Einführung neuer medizinischer Leistungen und Dienste erfordert häufig die Beurteilung ihrer Effektivität und Wirksamkeit in bezug auf die Senkung von Krankheitshäufigkeiten und Mortalität. Für den Kliniker ist die Beobachtung der Sterblichkeit von Patienten im Vergleich von verschiedenen Behandlungsmethoden wichtig, während in bezug auf globalere und umfassendere neue Methoden, wie z. B. Früherkennungsprogramme von Krankheiten, die Senkung der Krankheitshäufigkeit und der Sterblichkeit nur bei Beobachtung großer Bevölkerungsgruppen nachweisbar ist. In der Bundesrepublik Deutschland ist die Frage nach dem Nutzen der bestehenden Früherkennungsprogramme nicht beantwortet, da keine ausreichenden epidemiologischen Bewertungen möglich sind. Insbesondere die Tatsache, daß bei Wiederholung der Früherkennungsuntersuchung bei immer wieder den gleichen Personen die bevölkerungsbezogene Effektivität stark sinkt (zur Früherkennungs-Problematik s. Abholz, 1977) macht eine kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung notwendig. Ein bevölkerungsweit eingeführtes Früherkennungsprogramm kann auch zu iatrogenen Beeinträchtigung der Gesundheit vieler Menschen führen, wie es die Diskussion um die Frage von Brustamputationen bei Mamma-Carcinom-Verdacht und die hohe Prävalenz von hysterektomierten Frauen (in einigen Regionen sind 40% aller Frauen im 45. Lebensjahr hysterektomiert) zeigen (Berlin 1979, Lyon 1977).

In Finnland wird das bestehende Krebsfrüherkennungsprogramm mit Hilfe der Todesursachenstatistik, des Nationalen Krebsregisters und der Früherkennungsbefunde selber überwacht (Hakama 1976). Die Abbildung 7 zeigt die Entwicklung des Krankheitsgeschehens am Beispiel des Cervix-Carcinom. Deutlich ist ein Ende der 60er Jahre einsetzender Rückgang der Neuerkrankungsrate an klinischen Karzinomen sowie der Mortalität. Die steil ansteigende Kurve zeigt die aufgrund der

Abb. 7: Entwicklung der Mortalität und Inzidenz (Karzinom der Cervix uteri) in Finnland in Zusammenhang mit Früherkennungsmaßnahmen.

Cervix uteri 1953–1972

Fälle pro 100.000



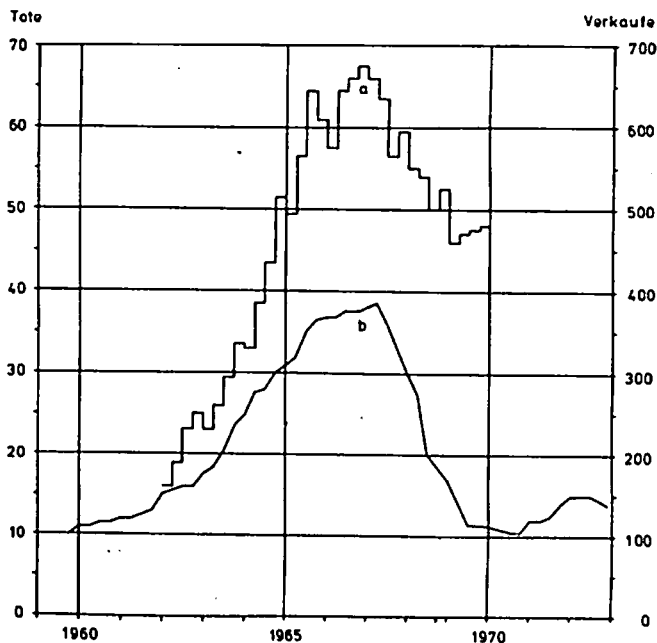
Ausdehnung des Früherkennungsprogramms zunehmende Zahl erkannter in situ-Karzinome (Frühformen), die durch Konisation und Operation behandelt wurden. An einem bestimmten Punkt nimmt die Zahl der erkannten in situ-Fälle ab, da der bei Beginn des Programms bestehende Nachhol-Effekt aufgehört hat. Mit zeitlicher Verschiebung folgt der Elimination früher erkannter Fälle ein Nachlassen der Prävalenz klinischer Karzinome und der Mortalität. Da dieser Rückgang jedoch keineswegs der Zunahme an früherkannten Fällen entspricht, ist man sicher, daß einerseits viele Fälle nicht früherkannt werden und andererseits viele in situ-Karzinome auch spontan ausheilen. Mit Hilfe des nationalen Krebsregisters und der Todesursachenstatistik ist – wie gezeigt werden sollte – eine Evaluation des Früherkennungsprogramms möglich.

Arzneimittelrisiken und Luftverschmutzung

Die folgenden Untersuchungen mit Hilfe der Todesursachenstatistik beruhen auf der zeitlichen Beobachtung der Sterblichkeit über Tage, Wochen oder Jahre, um den Einfluß von Umweltrisiken abzuschätzen. Diese kurzfristige zeitliche Beobachtung stand zu Beginn dieses Jahrhunderts im Vordergrund der Betrachtung, da man die Ausbreitung von Seuchen über Tage oder Wochen beobachten konnte. Heute spielt dies insbesondere für die Überwachung von Grippe-Epidemien eine

Rolle, da bei diesen eine kurzfristig höhere Mortalität aufgrund des Todes vor allem von alten und schwerkranken Menschen eintritt (Meyer 1975). Ein interessantes Beispiel für die Nützlichkeit der Todesursachenstatistik ist die Untersuchung von Inmann und Adelstein über den Zusammenhang von Arzneimittelleinnahmen (Bronchodilatoren für Asthmapatienten) und erhöhter Asthamortalität in England (Inman 1969). In seltenen Fällen kam es durch Überdosierung der Aerosole zu Todesfällen bei Asthmapatienten. Es gab einige kasuistische Beschreibungen, die jedoch einen Zusammenhang zur Arzneimittelleinnahme nicht sichern konnten. Die Seltenheit möglicher Todesfälle machte es nötig, eine Analyse auf nationaler Ebene und über mehrere Jahre durchzuführen. Die Abbildung 8 zeigt den Zusammenhang von Aerosolverkaufszahlen und Mortalität an Asthma. Da in England alle Totenscheine zentral im Office of Population Censuses and Surveys gelagert werden, konnten Inmann und Adelstein diesen Fällen nachgehen und die kausale Rolle des Aerosols nachweisen. Daraufhin wurde die Konzentration des sympathikomimetischen Wirkstoffes reduziert.

Abb. 8: Verkäufe Bronchospasmolytischer Aerosole und Asthamortalitätsverlauf der Altersgruppe 5–35 Jahre in England 1959–68. a = verkaufte Pakungen in 1000 b = Asthma-Tote in der Altersklasse 5–35 Jahre.



Besonders wichtig waren Mortalitätsanalysen in der Erforschung des Zusammenhangs von Luftverschmutzung und Krankheit. Noch 1968 konnte, wie das folgende Bild (Abb. 9) zeigt, der Nachweis geführt werden, daß während einer Smog-Episode die Mortalität in London erhöht war. Ein Zusammenhang von Luftverschmutzung und Mortalität konnte von uns auch in Berlin (West) nachgewiesen werden (Borgers 1978).

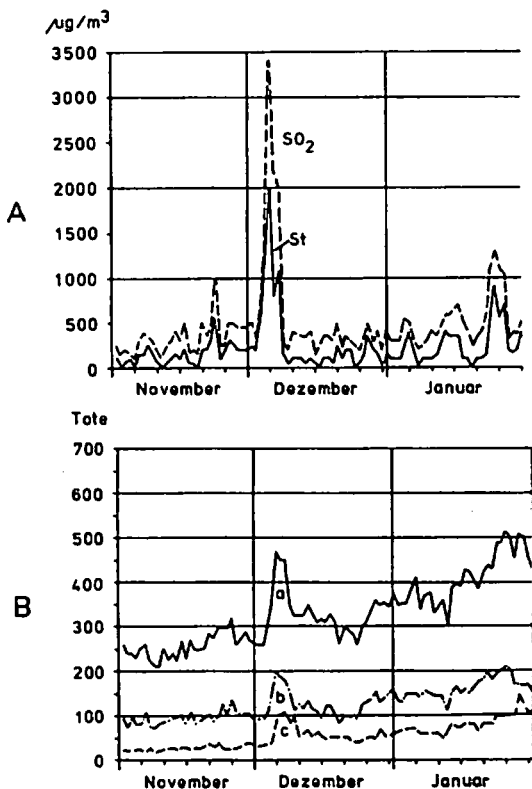
Abb. 9: A: Tägliche Staub- und SO_2 -Konzentrationen der Londoner Atmosphäre im Winter 1962/63.

B: Mortalitätsverlauf in London während des Winters 1962/1963

a) Gesamtmortalität

b) Tote an ischämischen Herzerkrankungen

c) Tote an Erkrankungen der Atemwege



Mortalitätsdaten als Grundlage zur Planung im Gesundheitswesen

Die folgende Untersuchung bezieht sich auf ein Forschungsprojekt am Bundesgesundheitsamt (5). Ziel der Untersuchung ist, Grundlagen für eine morbiditätsbezogene Planung im Gesundheitswesen zu entwickeln. Es werden Mortalitäts- und Frühberentungsdaten herangezogen, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu charakterisieren. Vorbild dieses Ansatzes ist die Verteilung finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen Englands (HMSO 1976). Um die Mittel des nationalen Gesundheitsdienstes auf die Regionen des Landes zu verteilen, werden die aufgrund der Todesursachenstatistik errechneten Mortalitätsraten herangezogen. Je höher die Mortalität einer Region, desto größer ist ihr Anteil am nationalen Gesundheitsbudget pro Kopf der Bevölkerung. Die Verwendung von Mortalitätsdaten als Maßstab für die Morbidität und den Bedarf an medizinischen Leistungen beruht auf der Annahme, daß erhöhte Mortalität der valideste Ausdruck einer erhöhten Krankheitsrate ist. Zwar wird nicht geglaubt, daß durch eine Vermehrung von kurativen Leistungen in einer Region die erhöhte Mortalität gesenkt werden kann; die Tatsache jedoch, daß die Krankheitsraten erhöht sind, verlangt aber als solche ein vermehrtes kuratives Angebot.

Wir haben auf der Ebene der Stadtbezirke eine Analyse der Frühmortalität (40. – 65. Lebensjahr) an zwei wichtigen Krankheitsgruppen (Lungenkrankheiten und Herz-/Kreislaufkrankheiten) vorgenommen, um die Anwendung dieses Indikators der allgemeinen Morbidität zu erproben. Für die Darstellung des unterschiedlichen Frühmortalitätsrisikos der Populationen (Bezirke) wird ein standardisierter Mortalitätsindex benutzt, der das unterschiedliche Sterberisiko in Prozent des durchschnittlichen Sterberisikos der Gesamtpopulation von Berlin (West) beinhaltet (Abb. 10). Dabei wird durch die Methode der indirekten Altersstandardisierung der Einfluß eines bezirklich unterschiedlichen Altersaufbaus der Population zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr konstant gehalten.

Die beiden ausgewählten Krankheitsgruppen hatten in den Jahren 1970–75 einen Anteil von 47 % Prozent an der Mortalität der Männer von Berlin in dieser Altersgruppe.

Das unterschiedliche Mortalitätsrisiko der Bezirke wird in der Abbildung 11 dargestellt. Für die Krankheiten der Atmungsorgane zeigt sich das geringste Sterberisiko im Bezirk Zehlendorf mit ungefähr 60 % der durchschnittlichen Mortalität, das höchste Risiko in den Bezirken Kreuzberg und Tiergarten mit ungefähr 130 % der durchschnittlichen Mortalität. Für die Herz-/Kreislaufkrankheiten ist die Anordnung der Bezirke in Bezug auf das Risiko in den Extrembereichen ähnlich. Zeh-

Abb. 10: Stadtbezirke von Berlin (West), Einwohner insgesamt, Einwohner männlich 40-65 Jahre (1970), absolute Zahl der Todesfälle an Herz-/Kreislaufkrankheiten (ICD 400-448) und Krankheiten der Atmungsorgane (incl. Lungengenen-Ca) ICD 160-163, 490-93.



Bezirk	Bevölkerung 1970	Todesfälle Herz-Kreis- laufkrankheiten (Männler, 40-65 Jahre)	Todesfälle Herz-Kreis- laufkrankheiten (Männler, 40-65 Jahre)	SMR*
Berlin (West)	2 115 300	251 655	2 404	7,542

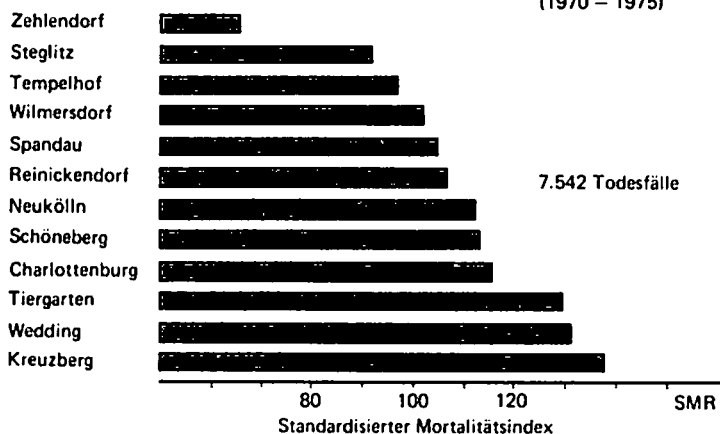
02 Tiergarten	97 142	11 128	133	353	130	110
03 Wedding	178 640	20 973	228	669	118	111
06 Kreuzberg	157 775	17 125	191	533	129	114
07 Charlottenburg	200 628	24 016	196	721	88	104
08 Spandau	197 178	24 156	248	722	106	98
09 Wilmersdorf	152 808	18 204	141	528	80	96
10 Zehlendorf	91 955	11 401	68	265	63	78
11 Schöneberg	167 939	18 466	191	540	113	102
12 Steglitz	186 736	21 914	187	609	89	92
13 Tempelhof	160 619	20 013	182	597	90	94
14 Neukölln	281 273	34 202	353	1 083	104	102
20 Reinickendorf	242 659	29 997	286	922	96	99
Berlin (West)	2 115 300	251 655	2 404	7,542	100	100

lendorf liegt mit 70 % des Durchschnitts wieder am unteren Ende, während Tiergarten, Wedding und Kreuzberg das höchste Mortalitätsrisiko aufzeigen. Diese Anordnung der Bezirke, die hier für den gesamten Zeitraum 1970–75 dargestellt ist, zeigt sich in gleicher Weise für jedes einzelne Jahr, womit die Stabilität des Phänomens nachgewiesen ist.

Abb. 11: Standardisierter Mortalitätsindex für Herz-Kreislaufkrankheiten (ICD 400–448) und Krankheiten der Atmungsorgane (ICD 160–63 + 490–93) für Berliner Stadtbezirke.

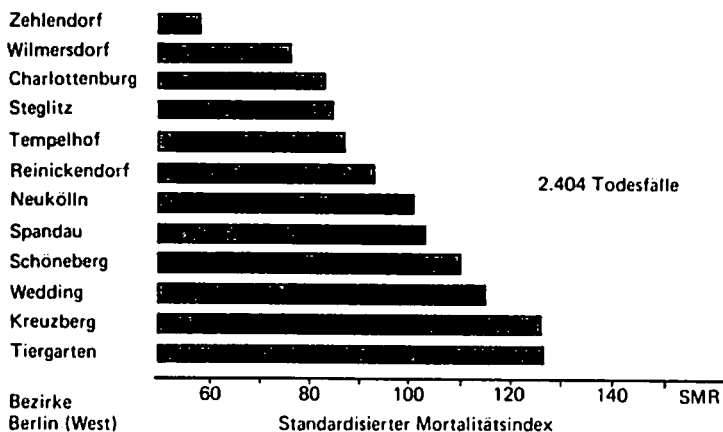
Herz-Kreislaufkrankheiten (ICD 400-448)

Männer: 40–65 Jahre
(1970 – 1975)



Krankheiten der Atmungsorgane (ICD 160-63+490-93)

Männer: 40–65 Jahre
(1970 – 1975)



Für die Fragestellung der Planung für Ressourcen im Gesundheitswesen ergeben sich aus diesen Befunden notwendige Konsequenzen, wobei die Ursachen und möglichen Vorgehensweisen (präventive Anstrengung, verbesserte medizinische Betreuung) nicht Gegenstand der Untersuchung sind. Die Ähnlichkeit der Verteilung des Risikos für die beiden großen Krankheitsgruppen über die Regionen läßt den Schluß zu, daß unabhängig von den spezifischen Risiken und Ursachen der Krankheiten, hier gemeinsame, sozial vermittelte Zusammenhänge wirksam sind. Die sozialätiologische Fragestellung, welche sich hiermit aufdrängt, ist von uns zunächst nicht untersucht worden. Durch zwei schon abgeschlossene Arbeiten lassen sich jedoch indirekte Schlüsse ziehen (Abholz 1973 u. 1974, Korporal, Zink 1979). Sowohl das Tuberkuloserisiko als auch das Säuglingssterblichkeitsrisiko haben in Berlin eine unseren Ergebnissen ähnliche Verteilung auf die Bezirke der Stadt. Diese beiden Krankheitsrisiken gelten als traditionelle Indikatoren des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. In den beiden genannten

Abb. 12: Vergleich von drei Morbiditätsanalysen: 1.) eigene Untersuchung 2. Abholz 1976 3.) Korporal, Zink 1978.

Bezirke Berlin (West)	Standard.Mortalitätsindex (Herzkreislauf) ¹⁾ 1970-75	Inzidenz/ 100.000 Bev. (Tuberkulose) ²⁾ 1971-73	Gestorbene Säuglinge/ 1.000 Lebendgeborene ³⁾ 1969-76
Kreuzberg	114	182	29
Wedding	111	149	24
Tiergarten	110	146	28
Charlottenburg	104	117	20
Schöneberg	102	128	24
Neukölln	102	107	29
Reinickendorf	99	88	21
Spandau	98	96	18
Wilmersdorf	96	98	21
Tempelhof	94	102	21
Steglitz	92	84	21
Zehlendorf	78	89	18
Berlin (West)	100	114	23

Arbeiten wurden sozialätiologische Zusammenhänge aufgearbeitet, die einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und bezirksspezifischem Krankheitsrisiko in einem sozialätiologischen Modell aufzeigen konnten. Die abschließende Abbildung 12 zeigt die Risikoanordnung der drei vorliegenden Untersuchungen.

Voraussetzungen für eine verbesserte Bearbeitung der Mortalitätsstatistik in der Bundesrepublik Deutschland

Die bisherigen Ausführungen sollten gezeigt haben, daß Mortalitätsdaten ein unerläßliches Instrument zur Beurteilung von Gesundheitsrisiken und Gesundheitszustand sind. Die Bearbeitung der Todesursachenstatistik in der Bundesrepublik Deutschland wird dieser Bedeutung nicht gerecht. Die Todesursachenstatistik ist auf der administrativen Ebene eher als ein Abfallprodukt der Bevölkerungsstatistik angesehen. Dies bedingt eine Loslösung der Statistik von den eigentlichen Zielen einer epidemiologischen Bearbeitung. Die Handhabung der Statistik in den Statistischen Landesämtern und im Statistischen Bundesamt geschieht ohne epidemiologische Unterstützung und ist auf die Einhaltung der Rechtsvorschriften zur Erstellung der Statistik ausgerichtet. Aufgrund der umständlichen Handhabung sind Auswertungen für die Bundesrepublik sehr schwierig. Eine Verbesserung der Situation könnte durch eine Vereinheitlichung und Vereinfachung der Handhabung erreicht werden.

1. Übernahme aller Informationen auf den Totenscheinen in die Statistik (multi-kausale Auswertung der Todesursachen, Hinzuziehung von Beruf oder anderen sozialen Merkmalen).

2. Einheitliche Signierung der unikausalen Todesursache in den Statistischen Landesämtern oder im Gesundheitsamt.

3. Beachtung des Sektionsbefundes für die Übernahme der Todesursache in die Statistik.

4. Systematische Auswertung der Todesursachenstatistik unter epidemiologischen Gesichtspunkten im Bundesgesundheitsamt. Die formale Zusammenführung der Länderstatistiken im Statistischen Bundesamt reicht nicht aus. Aufbewahrung der Totenscheininformationen über längere Zeiträume (länger als 5 Jahre). In einigen Bundesländern sind alle Daten vor dem Jahre 1968 in den Statistischen Landesämtern vernichtet worden. Damit sind notwendige retrospektive Untersuchungen verunmöglichlicht.

5. Verknüpfung der Todesursachenstatistik mit anderen Datenquellen, wie es in Dänemark möglich ist.

6. Regelung des Zuganges zu den Totenscheinen durch Wissenschaftler. Hierzu ist eine gesetzliche Regelung notwendig (z. B. eine Novellie-

zung des Gesetzes über die Statistik für Bundeszwecke). Diese könnte gewährleisten, daß die Mitarbeiter in wissenschaftlichen Forschungsprojekten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht ihre Vorhaben durchführen können.

Anmerkungen

- 1 Grundlage der Klassifikation von Todesursachen ist die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD). Diese Klassifikation benennt mehr als 1000 mögliche Todesursachen. Diese Todesursachen sind mit Ausnahme von Unfällen, Selbstmord usw. medizinische Krankheitsdiagnosen. Seit dem 1. 1. 1980 gilt die 9. Revision der ICD, die routinemäßig alle 10 Jahre von der WHO dem Fortschritt medizinischer Diagnostik angepaßt wird. Aus den Eintragungen der Ärzte auf dem Totenschein wird eine (unikausale) Diagnose ausgewählt, die als Grundleiden im medizinischen Krankheitsverständnis den Tod herbeigeführt hat. Die Auswahl dieses Grundleidens geschieht dabei nach festgelegten Regeln (Signierregeln). Besonders im höheren Lebensalter ist wegen der Multimorbidität Grundleiden oft nicht sinnvoll anzugeben.
- 2 Die Berechnung der Absterbeordnung (Sterbetafel) für eine Geburtskohorte (z.B. 1000 Geborene im Jahre 1970) kann natürlich nicht auf der realen Sterbeerfahrung dieser Kohorte beruhen, die sich ja erst in der Zukunft abspielt. Die Absterbeordnung beruht auf den Sterberisiken der Bevölkerung im Jahre 1970, die auf eine „künstlich“ Kohorte angewandt wird, um die Sterberisiken anschaulich darstellen zu können. Die Absterbeordnung für eine reale Kohorte kann natürlich nur retrospektiv angegeben werden, z.B. die Sterblichkeit der 1900 Geborenen bis heute.
- 3 Der in allen folgenden Untersuchungen verwendete standardisierte Mortalitätsindex (SMR-standardized mortality ratio) drückt das Sterberisiko einer untersuchten Population im Vergleich zu einem Standard (meistens die allgemeine Bevölkerung) aus. Eine SMR100 entspricht dem Standard, Abweichungen nach oben oder unten sind als prozentuale Abweichung zu interpretieren, z.B. SMR-50, d.h., das Sterberisiko ist 50 % des Standards, SMR-300, d.h., das Sterberisiko beträgt 300 % des Standards.
- 4 Die soziale Schichtung in 5 Gruppen ist Resultat einer Gruppierung von Berufen. Sie ist deshalb spezifisch für die Analysen des OCPS und nicht mit anderen Schichtmodellen vergleichbar. Die Berufe, klassifiziert nach der Standard Industrial Classification wurden folgenden fünf „social classes“ zugeordnet: I: Professionals; II: Intermediate occupations; III: Skilled occupations; IV: Partly skilled occupations; V: unskilled occupations. Für Einzelheiten siehe: OCPS, Occupational Mortality 1970-72, HMSO 1978.
- 5 Das Projekt „Ermittlung langfristiger Planungsgrundlagen für Einrichtungen des Gesundheitswesens aus morbiditäts- und mortalitätsstatistischen Daten“ (Dir. u. Prov. Hoffmeister, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes) wird vor der DFG im Rahmen des SFB 159 (Krankenhausbau) gefördert.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Einige Daten zur Beziehung von Tuberkulosehäufigkeit und sozialer Lage. In: Das Argument 1973, 78, 52-68.

- Abholz, H.-H.: Gesundheitsstand und Soziale Lage. Argument Sonderband Medizin Bd. 4, 1974, 206-30 – Eine Zusammenfassung beider Arbeiten ist in Abholz, H.-H.: (Hrg.): Krankheit und Soziale Lage. Frankfurt/New York, 1976, S. 171 ff
- Abholz, H.-H.: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen. Jahrb. f. Krit. Medizin, Bd. 2, Argument Sonderbd. 27, 1977.
- Berlin N. Screening for breast cancer today. Preventive Medicine. 1979, 8, 573-579.
- BMJFG. Daten des Gesundheitswesens. Bonn-Bad Godesberg 1977
- Borgers D., Prescher K.E. Epidemiologische Aspekte erhöhter Mortalität durch Luftverschmutzung. Bundesgesundheitsblatt 1978, 21, 433-439.
- Hakama, M; Räsänen-Virtanen U.: Effect of a mass screening program on the risk of cervical cancer. Am. J. Epid. 1976, 103, 512-517.
- Holme I., Helgoland H., Hjerman I. et al. Coronary risk factors and socioeconomic status. The Lancet. 25. Dezember 1976.
- HMSO. Sharing resources for England. London 1976.
- Inman, W.H.W., Adelstein A.M.: Rise and fall of asthma morality in England and Wales. Lancet 9. August 1969.
- Keil U., Andelskovich E., Hunt M., Symous, M., Tyroler H.A.: A case-control analysis within a cohort-study; about malignant lymphomas among rubber and tire industry workers. In: Lindberg D.A.B., Reichertz P.L. (Hrsg.) Lecture Notes in Medical Informatics 1979, 5, 166-175.
- Klein W., Vötter H.: Sterbetafel 1970/72 für Berlin (West). Berliner Statistik 29, 1975.
- Kopenhagen. Dode lighed og erherv 1970-75. Statistike Under sodelser nr. 37. 1979.
- Korporal J., Zink A.: Epidemiologie der Säuglingssterblichkeit. Thieme Verlag, Stuttgart 1978.
- Lyon, J.L., Gardner, J.W.: The rising frequency of hysterectomy: its effect on uterine cancer rates. Am. J. Epid. 1977, 105, 439-443.
- Mac Farlane A. Daily mortality and environment in English conurbations. Brit. J. prev. soc. Med. 1977, 31, 54-61.
- Marmot, M.G., Adelstein, A.M., Robinson N., Rose, G.A.: Changing social class distribution of heart disease. BMJ 1978, 2, 1109-1112.
- Meyer, K., Rückert, G.R.: Grippewellen und Sterblichkeitsentwicklung in Europa 1950-1970. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 1975. Referiert im Bundesgesundheitsblatt 1977, 20, 311-313.
- Mosse, Tugendreich: Krankheit und soziale Lage, S. 137. Jürgen Cromm. Selbstverlag Göttingen 1977.
- OCPS. Occupational mortality 1970-72. London 1978.
- Oslo. Occupational mortality 1970-73. Central Bureau of Statistics.

Rolf Rosenbrock und Heinz-Harald Abholz

Klinische Pharmaforschung und Verbrechen

I. Einleitung

Der Fortschritt in der klinischen Prüfung von Arzneimitteln hat mehrere Konsequenzen: *Zum einen* werden die Ergebnisse immer zuverlässiger; Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen können mit vordem unerreichter Verlässlichkeit festgestellt werden. *Zum anderen* sind die nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft fortgeschrittensten Untersuchungsverfahren derart geld-, organisations- und zeitaufwendig, daß sie nur noch von sehr finanzstarken Pharma-Herstellern oder von öffentlichen Geldgebern bezahlt und deshalb auch nicht beliebig wiederholt werden können. Wegen der Anzahl der daran beteiligten Institutionen und Menschen scheinen sie *zum dritten* gegen einfache Manipulationen und Fälschungen fast vollständig abgesichert. Andererseits steigt aber *viertens* das Interesse der Pharma-Unternehmen an – für sie – positiven Ergebnissen gerade solcher Studien, da sie kaum noch schlagbare Verkaufsargumente darstellen.

Wenn aber einerseits die relativ leicht zu realisierenden Möglichkeiten der Manipulation von Forschungsergebnissen zunehmend schwinden und andererseits das ökonomische Interesse an solchen Manipulationen steigt, liegt der Gedanke nahe, zum Zwecke der Erzielung der gewünschten Ergebnisse klinischer Arzneimittel-Prüfungen zum Mittel des Verbrechens zu greifen. Um diesen Sachverhalt zu beleuchten, bedarf es zunächst einer kurzen Betrachtung über das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Verbrechen auf dem Gebiet der Arzneimittelforschung, bevor in einem zweiten Schritt anhand der Entwicklung der klinischen Prüfung von Medikamenten auf die – für die Pharma-Unternehmen – zunehmende Komplizierung dieses Zusammenhangs eingegangen wird.

II. Pharma-Industrie und Verbrechen

Wo immer die Produktion von Wissen und Wissenschaft unter dem direkten Einfluß privater Wirtschaftsunternehmen betrieben wird, besteht die Tendenz, daß Problemauswahl, Problembearbeitung, Ergebnisse und Ergebnisverwertung nach den Interessen und Bedürfnissen des jeweiligen Unternehmens gestaltet werden. Ob dabei lohnabhängige Wissenschaftler bestimmte Ergebnisse nicht erzielen (oder publizieren) dürfen oder andere Ergebnisse erzielen müssen, ob Resultate aus Markt- und Profitgründen zurückgehalten werden, ob um sie

der Kampf mit den Mitteln der Industriespionage entbrennt, ob gefälschte Ergebnisse zum Zwecke der Werbung veröffentlicht werden – immer geht es darum, daß sich die Unternehmen die Wissenschaft nach ihren Interessen verfügbar zu machen versuchen.

Auf vielen Gebieten gerade der Ingenieur- und Naturwissenschaften ist dies mit den einfachen Mitteln der wahrheitswidrigen Behauptung auf Dauer kaum möglich: ob ein Werkstoff oder ein Konstruktionsprinzip einem anderen überlegen ist, kann geprüft, nachvollzogen, verworfen oder bestätigt werden. Wesentlich komplizierter ist es, wenn der Gebrauchswert der entwickelten Produkte nicht oder nur unter sehr großem Aufwand festzustellen ist. Zu diesen „sensiblen“ Produkten wissenschaftlicher Tätigkeit gehören zweifellos die Arzneimittel: ihre Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen liegen fast immer außerhalb des Erfahrungsbereiches des betroffenen Patienten oder des verordnenden Arztes, sind fast immer nur durch komplizierte wissenschaftliche Testverfahren feststellbar. Hinzu kommt, daß Arzneimittel keine Konsumgüter sind, über deren Erwerb und Verwendung nach Laune entschieden werden kann. Von ihrer Verwendung können Linderung und Heilung, Krankheit und Tod abhängen. Andererseits ist das Pharmakon – vom Standpunkt des produzierenden Unternehmens – eine Ware wie jede andere, an deren maximalem Absatz zu einem möglichst hohen Preis das größte Interesse besteht.

Angesichts dieser Beziehung kann es nicht verwundern, daß Pharma-Unternehmen immer wieder versuchen, die positiven Wirkungen ihrer Produkte übertreibend darzustellen oder einfach zu erfinden, die unerwünschten Wirkungen herunterzuspielen oder zu verschweigen. Sie bewegen sich bei diesen Manipulationen in einem verhältnismäßig großen Spielraum, der seinen Grund in der Schwierigkeit exakter wissenschaftlicher Gebrauchswertbestimmung auf diesem Gebiet und in der Möglichkeit, die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit zu beeinflussen, findet. Derartige Einflußnahmen werden in diesem Aufsatz als Verbrechen bezeichnet, weil es sich um Machenschaften handelt, die das Profitinteresse von Arzneimittelunternehmen gegen das Gesundheitsinteresse der Patienten auf Kosten des letzteren durchsetzen. Mit dieser Bezeichnung soll nicht gesagt werden, daß es sich um kriminelle Akte etwa im Sinne des Strafgesetzbuches handelt: im Gegenteil ist darauf hinzuweisen, daß wirksame Sanktionsmechanismen gegen solche Verbrechen fehlen, daß der Spielraum für Manipulationen auf dem Gebiet der Pharmaforschung derart weit ist, daß gefragt werden muß, ob ein so sensibler Bereich in den Händen der privaten Industrie, also abhängig von Profitinteressen, gut aufgehoben ist.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen und vor allem politischen Fehlschlüssen sei darauf hingewiesen, daß der Zusammenhang zwi-

schen der Verfügungsmacht über Kapital und der Nähe zum Verbrechen im hier gemeinten Sinne nicht in erster Linie irgendwelchen moralischen Defiziten oder Erziehungsfehlern bei den Tätern zuzurechnen ist. Der Zusammenhang kann viel treffender wie folgt skizziert werden:

„Kapital ... flieht Tumult und Streit und ist ängstlicher Natur. Das ist sehr wahr, aber doch nicht die ganze Wahrheit. Das Kapital hat einen Horror vor Abwesenheit von Profit, oder sehr kleinem Profit, wie die Natur vor der Leere. Mit entsprechendem Profit wird Kapital kühn. 10% sicher, und man kann es überall anwenden; 20%, es wird lebhaft; 50%, positiv waghalsig; für 100% stampft es alle menschlichen Gesetze unter seinen Fuß; 300%, und es existiert kein Verbrechen, das es nicht riskiert, selbst auf Gefahr des Galgens.“¹

Für die große Kriminalität wie Beteiligung an Massenmord, Rassismus, aggressiver Kriegspolitik, Sturz demokratischer Regierungen etc., jener „Chronik voller hinterhältiger Mordtaten, Betrügereien, Landräubereien...“^{1a}, seien an dieser Stelle nur beispielhaft die Namen Siemens², Krupp³, BASF⁴, Nestle⁵, Lockheed⁶, ITT⁷ und United Fruit Company⁸ genannt. Sie zeigen, daß es verfehlt wäre, irgendein Verbrechen nicht zu erwarten, wenn die in Aussicht stehenden Profite genügend hoch und die Umstände entsprechend günstig sind.

Zum Verständnis der Mechanismen im Umgang mit der Ware „Arzneimittel“ lohnt sich indes auch der Blick auf das „kleine Verbrechen“. Dies liegt z. B. vor, wenn ein Unternehmen systematisch dafür sorgt, daß objektive Informationen über die Qualität seiner Produkte die Öffentlichkeit nicht erreichen bzw. durch positive Information derart überlagert werden, daß selbst den Experten ein Urteil nicht mehr möglich ist.

Verständlicherweise wird dergleichen selten dokumentiert. Eine Ausnahme bilden Gerichtsverfahren wie etwa der Contergan-Prozeß, zu dessen Durchführung die Akten der beklagten Firma Chemie-Grünenthal beschlagnahmt wurden.⁹ Aus diesen Unterlagen wird deutlich, wie selbstverständlich die Informationsunterdrückung gehandhabt wird: Zu einem Zeitpunkt, als „das Unternehmen bereits 1600 Berichte über verschiedene Nebenwirkungen erhalten hatte“¹⁰, heißt es dort in einem internen Monatsbericht: „Auf lange Sicht werden wir nicht die Veröffentlichungen über Nebenwirkungen des Contergan unterbinden können ...“, und es ist die Rede vom Besuch leitender Herren beim Chefredakteur der „Medizinischen Welt“, „um vorbeugende Maßnahmen gegen den Artikel über Contergan zu diskutieren“.¹¹ Angesichts der firmenintern offiziellen Parole: „Wir beabsichtigen, für Contergan bis zum bitteren Ende zu kämpfen“,¹² kann zwar als Teilerfolg gewertet werden, „daß die Veröffentlichung ... zurückgestellt und daß die Berichte unter keinen Umständen vor dem Internisten-Kongreß erscheinen werden“, das Fazit muß aber insgesamt bedauernd ausfallen:

„Das Erscheinen negativer Artikel ist bisher verzögert worden, aber es kann für den nächsten Monat nicht vermieden werden.“¹³ Der Versuch der Unterdrückung unliebsamer Publikationen durch Druck auf die – vom Anzeigenaufkommen ja nicht gerade unabhängigen – Redaktionen von Fachzeitschriften reicht freilich nicht aus: Für positive Stimmen muß ebenfalls gesorgt werden. Auch hierzu Zitate aus dem Schriftwechsel der Firma Chemie-Grünenthal:

„Natürlich wäre uns eine gut fundierte wissenschaftliche Arbeit sehr wertvoll, aber das steht in diesem Fall gar nicht im Vordergrund. Um es ganz deutlich zu sagen: Eine schnelle Veröffentlichung ... ist uns wichtiger, als eine breit fundierte, große Arbeit ... Hieraus geht auch bereits hervor, an welche Art von Prüfern wir denken.“ ... besteht die Wahrscheinlichkeit, daß Material erscheint, das nur des Geldes wegen geschrieben wurde und lediglich den Überfluß an Arbeiten über medizinische Fragen vermehrt, ohne tatsächlich irgend etwas Nützliches an wissenschaftlicher Erkenntnis beizutragen. Nichts desto weniger muß man mit den Wölfen heulen, wie wir alle wissen, und aus diesem Grunde bitten wir Sie (gemeint ist ein Firmenrepräsentant in Portugal, R. R.), auch einen geeigneten Untersucher ... zu finden, der einen günstigen Bericht über dieses Präparat schreiben würde. Natürlich ist eine angemessene Vergütung vorgesehen (wir bitten Sie, einen Betrag vorzuschlagen).“¹⁴ Ergebnisse dieser Art von Wissenschaft lassen sich vorstellen, wenn ein Arzt erklärt, „daß er bereit sei, einen kurzen Bericht über (Thalidomid, Contergan) zu schreiben, wobei er uns (Grünenthal) die Endredaktion überlassen würde“¹⁵. „Als (er) seine Arbeit veröffentlichte, übersandte er sie zuerst Chemie Grünenthal zur Zustimmung“.¹⁶

Angesichts solcher „aktiver Veröffentlichungspolitik“ seitens der Arzneimittel-Hersteller ist es nicht verwunderlich, wenn hin und wieder zu verwirrenden Manipulationen in den Fachzeitschriften gegriffen werden muß:

„Boehringer/Ingelheim belegte die Aussagen, daß Fenfluramin (Wirkstoff des Appetitzüglers Ponderax, der nach Menocil, durch dessen Einnahme zahlreiche Menschen an Lungengefäßhochdruck gestorben waren, auf den Markt gebracht wurde, R.R.) keinen Lungenhochdruck erzeugt, mit der schon aus statistischen Gründen irreführenden Interpretation eines Diskussionsbeitrages aus England, in dem berichtet wird, daß bei lediglich 8 Patienten, die Fenfluramin über mehr oder weniger kurze Zeit eingenommen hatten, eine Messung des Lungenhochdrucks unternommen wurde und kein erhöhter Druck festgestellt werden konnte. Die im Basisprospekt zitierte Arbeit von Prime, der bei 8 Patienten den Lungendruck aus diagnostischen Gründen gemessen hat, fand sich *nicht* im Original der Zeitschrift, statt dessen war dort unter einer anderen Überschrift und anderem Autorennamen ein Vortrag von Prime abgedruckt, der von diesem nie gehalten wurde. In der nachträglich erfolgten Korrektur – ein für Zeitschriften ungewöhnlicher Vorgang – wurden zwar Name und Titel des Vortrages berichtigt, unkorrigiert blieb aber weiterhin, daß dieser Vortrag nicht auf der Tagung, die in der Zeitschrift dokumentiert ist, gehalten wurde, sondern für eine andere Tagung vorbereitet war, aber aus Zeitmangel nicht vorgetragen werden konnte.“¹⁷

Auch an die Qualität der klinischen Prüfer können offenbar nicht immer die höchsten Ansprüche gestellt werden: Ein von Senator *Edward Kennedy* mit Unterstützung der FDA durchgeführtes hearing¹⁸ erbrachte im Herbst 1979 erstaunliche Ergebnisse: Ablieferung von Studien, die nie durchgeführt worden waren; frei erfundene Patientenunterlagen; vorgetäuschte Überfälle und Feuersbrünste, um das Fehlen der Prüfunterlagen zu vertuschen; offensichtliche Manipulation mit Placebos und wirkstoffhaltigen Medikamenten etc. Ein ehemaliger Mitarbeiter an derartigen „Arzneimittel-Prüfungen“ bemerkte: „Was passierte, scheint mir ziemlich dreist und ziemlich offensichtlich. Ich verstehe nicht, warum (von den Firmen, R.R.) keine Rückfragen kamen.“ Der leitende Beamte der FDA für wissenschaftliche Untersuchungen, M. Hendsley, verwies darauf, daß es sich bei den ertappten „Prüfern“ keineswegs nur um irgendwelche privaten Auftragnehmer, wie z. B. Ärzte, die durch Betrug zu ihrem Titel gekommen waren, handelte, sondern um angesehene und um ihr Ansehen besorgte Akademiker. „Manche Leute halten dies (klinische Prüfung für Arzneimittel-Unternehmen, R.R.) für etwas Geringeres als echte Forschung.“ Am Schluß des hearings blieb für Senator Kennedy die „bohrende Frage, ob wir hier den Eisberg oder nur seine Spitze sehen“.

Diese Frage wird auch in der BRD angesichts der weitherzigen Regelungen des § 40 des 2. Arzneimittelgesetzes von 1976¹⁹ schwer zu beantworten sein: Nach diesem Gesetz führt das Bundesgesundheitsamt durchweg keine eigenen, industrieunabhängigen Prüfungen neuer Arzneimittel durch, darf die klinische Testung neuer Arzneimittel ohne weitere Genehmigung nach Abschluß der pharmakologisch-toxikologischen Prüfung erfolgen und darf ein Arzt ohne weitere Kontrollen Arzneimittel klinisch prüfen, wenn er nur zwei Jahre einschlägiger Erfahrung nachweist. Der Bereich der klinischen Prüfung muß angesichts des Fehlens durchgreifender gesetzlicher Regelungen und der fast naturwüchsigen Interessenkoalition zwischen umsatzinteressierter Pharma-Industrie und Ärzten, die auf diese Weise zu Geld und Reputation kommen können, als Grau-Zone mit jederzeitiger Möglichkeit der Abweichung vom medizinisch Notwendigen und Gebotenen bezeichnet werden. Einen Lichtstrahl in diese Grau-Zone warf eine Gruppe von Ärzten und Pflegepersonal in Bremer Krankenhäusern, die 1977 in einer Dokumentation²⁰ nachwies, daß von den 20 von ihr recherchierten Arzneimittel-Testungen in Bremer Krankenhäusern

- nur vier die methodischen Erfordernisse einer Doppel-Blind-Studie erfüllten. Dabei handelte es sich zudem um bereits eingeführte Präparate. „Indes verzichtete man auf diesen Härtestest bei den vier neuen Präparaten, die in der BRD noch nicht im Handel sind.“²¹
- durchweg keine oder keine zureichende Information des Patienten

erfolgte, obwohl diese teilweise erheblichen Zusatzbelastungen ausgesetzt wurden,

– das Pflegepersonal fast nie, Krankenhausleitung und Chefärzte nicht immer über die Durchführung der klinischen Prüfung informiert waren.

Welches Ausmaß der von niemandem effektiv kontrollierte Geschäftsverkehr zwischen prüfenden Ärzten und pharmazeutischer Industrie hat, bei dem „oft das Licht der Öffentlichkeit (selbst auch innerhalb des Krankenhauses) gescheut wird“²², kann man daraus erahnen, daß die Bremer Gruppe schätzte, bei Aufdeckung ihrer nur auf Bremen bezogenen Unterlagen würde man „einen Skandal riskieren, bei dem sich mindestens 100 Ärzte zu verantworten hätten.“²³

Während nun aber Ärzte in der Regel solcher Prüftätigkeit für die pharmazeutische Industrie nur nebenamtlich nachgehen und damit auch nicht existentiell auf für die Arzneimittel-Industrie positive Ergebnisse angewiesen sind, verschärft sich die Situation, wenn die Durchführung solcher Studien in den Händen von Unternehmen liegt, deren Geschäftszweck solche Untersuchungen sind: Diese können auf Dauer nur wirtschaftlich existieren, wenn sie entsprechende Prüfaufträge von der pharmazeutischen Industrie erhalten. Es steht nicht anzunehmen, daß solche Aufträge vorzugsweise an Unternehmen übergeben werden, die wiederholt zu für die Auftraggeber negativen Ergebnissen kommen. In dem bereits erwähnten FDA-Hearing befand sich unter den inkriminierten Arzneimittel-Prüfern auch die private Forschungs-Firma Bio/Basics International Corporation, NY, bei der 8 der 9 untersuchten Studien unzureichend waren. Der Verdacht war erst auf sie gefallen, nachdem in einer Studie über keinerlei Placebo-Effekte berichtet worden war, die eigentlich bei jeder Arzneimittel-Prüfung auftauchen müssen.²⁴ Auch die deutsche Rechtslage läßt derartige Firmen zu: 1977 wurde beim Amtsgericht Charlottenburg in Berlin eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung eingetragen, deren Gegenstand die „klinische Entwicklung, Prüfung und Begutachtung von Lebens- und Arzneimitteln, von kosmetischen Artikeln sowie die Vermittlung solcher Tätigkeiten im In- und Ausland“ ist.²⁵

Wenn also davon ausgegangen werden muß, daß die pharmazeutische Industrie direkt und indirekt auf die wissenschaftliche Prüfung ihrer Produkte und die Publikationspraxis der Fachzeitschriften Einfluß zu nehmen versucht, so bleibt es doch verwunderlich, weshalb darüber so selten – und dann fast nur anläßlich nicht mehr zu vertuschender Arzneimittel-Skandale – etwas an die Öffentlichkeit dringt. Der Grund hierfür liegt neben der häufig zu beobachtenden Interessenverknüpfung zwischen ärztlichen Prüfern und Industrie nicht zuletzt in der Tatsache, daß die Pharma-Industrie mit den Kritikern ihrer Produkte nicht immer

sehr glimpflich umgeht, wobei die Wahl der Mittel variiert: Chemie Grünenthal z. B. übertrug einem Privatdetektiv die Aufgabe, „über Ärzte, die gegenüber Contergan eine feindliche Haltung einnahmen, ... zu berichten“, wobei es auch um „Einzelheiten des Privatlebens und der Familienverhältnisse bestimmter Ärzte“ ging.²⁶ Generell wird das Ziel verfolgt, „daß alle Ärzte, besonders diejenigen, die in der Lage sind, die öffentliche Meinung zu beeinflussen und die kritische Erklärungen abgeben, mit den stärksten möglichen Mitteln dazu gebracht werden müssen, ihre Meinung zu ändern oder zumindest neutralisiert zu werden.“²⁷ Zu den weniger starken Mitteln gehört dabei sicherlich das Vorschicken unternehmerhöriger sogenannter Gewerkschafter, die den Arzneimittel-Kritiker darauf aufmerksam machen, er gefährde „alle 5000 Mitglieder (der Gewerkschaft) und ihre Familien“, wie es der japanische Arzneimittel-Hersteller Tanabe in Zusammenhang mit der *Smon*-Katastrophe (Oxychinolin) bei dem schwedischen Mediziner Hansson versuchte.²⁸ Auf eine Umfrage unter Klinikern nach den Erfahrungen mit der von der Firma Klinge für ihr Roßkastanien-Präparat Venostasin angegebenen Indikationen forderte diese vom Verlag eine Erklärung, daß bei Meidung einer Strafe von 10 000 DM die Veröffentlichung der Ergebnisse unterlassen wird.²⁹ Im Fall von AN 1, einem mißbräuchlich von Drogensüchtigen verwandten „Psychotonikum“, verwickelte der Hersteller, die Chemische Fabrik Dr. Voigt, Berlin, die damit befaßten Wissenschaftler in eine Unterlassungsklage im Streitwert von jeweils über 50 000 DM.³⁰ In der Menocil-Affäre versuchte der Hersteller, die Cilag-Chemie, über ein Gespräch mit Vorgesetzten den Assistenten, der sich mit diesem Skandal näher beschäftigt hatte, unter Druck zu setzen.^{31,32} Im Falle des höchst umstrittenen Lebermittels Legalon setzte die Herstellerfirma, Dr. Madaus KG, durch, daß zu einer Kritik dieses Mittels in der Studie „Neunmal teurer als Gold“³³ bei „Vermeidung eines Ordnungsgeldes von bis zu 500 000 DM und einer Ordnungshaft von höchstens zwei Jahren“ ein roter Zettel beigelegt werden mußte, auf dem eine im gleichen Buch abgedruckte Fußnote wiederholt wurde, in der die – wahrscheinlich nicht zuletzt auf Druck des Unternehmens erfolgte – teilweise Rücknahme eines negativen Gutachtens vermerkt war.³⁴ Die Firmen Dr. Madaus KG und Cilag AG erreichten es schließlich auch, daß der S. Fischer Verlag freiwillig die Restauflage des Buches „Die verordnete Krankheit“³⁵ einstampfen ließ, weil in einem Artikel des Sammelwerkes negative Äußerungen zu den Präparaten Legalon und Menocil enthalten waren.³⁶

Die Verfolgung unliebsamer Äußerungen geht so weit, daß Greiser in einem Referat vor der internationalen biometrischen Gesellschaft, das sich kritisch mit den zu Legalon vorgelegten Studien befaßte, zu dem Schluß kam, er werde sich „hüten, festzustellen, das Mittel sei unwirk-

sam: eine solche Behauptung ist im gegenwärtigen Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland für Haft bis zu drei Jahren oder eine halbe Million DM Geldstrafe gut.³⁷ Die Frage, warum „der Hersteller mit bemerkenswerter Schärfe sein Recht (verfolgt), Äußerungen über die Unwirksamkeit des Mittels mit juristischen Mitteln zu unterbinden“³⁸, läßt sich leichter beantworten, wenn man weiß, daß der Jahresumsatz mit Legalon schon 1977 „mit 18 Mill. DM etwa ein Fünftel des gesamten Umsatzes der Firma Madaus darstellt.“³⁹

Dies verweist auf die Größenordnungen, um die es beim Geschäft mit Arzneimitteln geht, und die generell den Anreiz schaffen, den Rahmen des moralisch oder gesetzlich Zulässigen zu überschreiten. Dies sei anschließend an zwei Beispielen illustriert.⁴⁰

Aus dem 1949 von der American Cynamid Co. patentierten Antibiotikum Aureomycin entwickelten Chemiker dieser Firma sowie Wissenschaftler der Charles Pfizer & Co. Inc. durch einfache Strukturveränderungen in den 50er Jahren ungefähr zur gleichen Zeit das wesentlich überlegene Antibiotikum Tetracyclin. Beide Unternehmen stellten Antrag auf Patentierung der Entwicklung, obwohl die nach US-amerikanischem Recht nicht patentfähig war, weil es sich nicht um eine echte Neuentwicklung handelt. Um die Patentierung und damit den Ausschluß weiterer Konkurrenten sicherzustellen, schlossen Pfizer und American Cynamid ein Abkommen, in dem jeder dem anderen im Falle einer Patentierung die Gewährung einer Vorzuglizenz für Tetracyclin zusicherte. American Cynamid zog daraufhin seinen Patentierungsantrag zurück.⁴¹ Das Patent wurde, nachdem auch der Vertreter der American Cynamid ausdrücklich vor dem Patentamt bestätigt hatte, daß es sich bei Tetracyclin um eine echte Neuentwicklung handele, der Pfizer und Co. zugesprochen. Fortan besaßen beide Unternehmen zusammen das Monopol. Als kurz darauf die Heyden Chemical Co. ebenfalls einen Patentierungsantrag stellte, kaufte American Cynamid kurzerhand die pharmazeutische Abteilung dieses Unternehmens auf. Als ein drittes Unternehmen, die Bristol Myers Co., ebenfalls die Substanz entwickelt hatte und als Konkurrent auf den Plan zu treten drohte, wurde es unter Vergabe einer Produktlizenz in die Monopolabsprachen einbezogen.

Das Monopol hielt weit über ein Jahrzehnt: Erst 1967 wurde Pfizer nach Aufdeckung der Patent-Täuschung dazu verpflichtet, allen Interessenten eine nicht exklusive und nicht diskriminierende Lizenz gegen maximal 2,5% des Netto-Umsatzes zu gewähren. Bis zu diesem Zeitpunkt war weltweit mit erheblich überteuerten Tetracyclin-Präparaten derart viel Profit gemacht worden, daß sich die Unternehmen angesichts der weltweiten Schadenersatzforderungen „zu einer Flucht nach vorn entschlossen: Sie erklärten sich bereit, Schadenersatz-Zahlungen

in einer Höhe von insgesamt 120 Mio. Dollar an die klagenden Staaten, Städte und Privatpersonen zu leisten.“⁴² Die Höhe dieses Betrages ist bislang nicht nur für die USA einmalig, er macht deutlich, welche Summen für Pharma-Hersteller beim „richtigen“ Umgang mit Forschungsergebnissen in Rede stehen.

An einem letzten Beispiel soll verdeutlicht werden, daß Manipulationen außerhalb der Legalität den Pharma-Konzernen nicht nur gewaltige Beträge einbringen können, sondern auch den Tod zahlreicher, aber meist ungezählter Menschen zur Folge haben. In den 60er Jahren wurde ein internationales Kartell, bestehend aus zwei französischen, drei englischen, einer niederländischen sowie den beiden deutschen Unternehmen C.E. Boehringer und Sohn GmbH und Buchler und Co. aufgedeckt, das keinen anderen Zweck verfolgte, als den Welthandel mit Chinin, an dem außer den beteiligten Firmen nur noch ein indonesisches Staats-Unternehmen beteiligt war, zu monopolisieren. Anlaß der 1959 beginnenden Verhandlungen war die Absicht des US-Verteidigungsministeriums, seine Vorräte von 14 Mio. Unzen Chinin – das entspricht etwa einem damaligen Zwei-Jahres-Weltbedarf – nach öffentlicher Ausschreibung zu verkaufen. Die beteiligten Unternehmen tüchteten hierdurch einen starken Preisverfall und einigten sich darauf, die Firma Nedchem (Niederlande) als Käufer auftreten zu lassen, sowie durch Einkaufs- und Exportkartelle dafür zu sorgen, daß der Rohstoffpreis für China-Rinde niedrig blieb und der Verkaufspreis der fertigen Arzneimittel nicht durch gegenseitige Preiskonkurrenz gedrückt wurde. Zu diesem Zweck wurden auch noch in einem geheimen Gentleman's agreement die Preise festgelegt. Der Handel glückte zunächst, doch dann stieg der vorgeschobene Käufer, Nedchem, aus und hinterließ seine Partner als „betrogene Betrüger“. Lediglich Boehringer wurde mit 40% an dem Einkaufsposten beteiligt.⁴³

„Die Folgen dieses Kartells zeigten sich unmittelbar: In der Zeit von 1960 bis 1966 stiegen die Chinin-Preise um das 6- bis 7fache, was einer Preissteigerung von über 500% entspricht. Diese Tatsache kann nicht dadurch beschönigt werden, daß die durch den Vietnam-Krieg bedingte Nachfrage-Steigerung möglicherweise einen gewissen Einfluß auf die Preisentwicklung gehabt hat. . . Wenn man bedenkt, daß Chinidin ein lebensnotwendiges Präparat für Herzranke ist (gemeint sind Herzrhythmusstörungen, RR), das Chinin für die Bekämpfung der Malaria unentbehrlich ist (diese Aussage bezieht sich auf den damaligen Zeitraum RR), so wird deutlich, daß diese Preissteigerungen für viele Menschen, insbesondere in den Entwicklungsländern, einem Todesurteil gleichkamen. In einem Brief des Präsidenten der American Quinine Co. an die General Services Administration, über die der Verkauf der staatlichen Chinin-Bestände abgewickelt wurde, befindet sich folgender bemerkenswerte Satz: „Die Millionen armer Menschen in den Tropen werden wieder einmal Tribut an das Monopol zahlen müssen und viele von ihnen werden zum Tode verurteilt sein, weil sie den Preis nicht bezahlen können.“^{44,45}

In diesem Abschnitt konnten nur einige, wenige Beispiele dafür gebracht werden, daß Pharma-Unternehmen immer wieder unter Beweis gestellt haben, daß ihr Interesse an Marktmacht, Umsatz und Gewinn vor den Interessen an der Gesundheit ihrer „Kunden“ rangiert und notfalls direkt gegen dieses durchgesetzt wird. Die relativ kleine Auswahl von Beispielen hat nicht nur Platzgründe an dieser Stelle, vielmehr ist zu berücksichtigen, daß Fragen der Forschung und des marketing von der Pharma-Industrie – wo immer möglich – mit einem dichten Schleier der Geheimhaltung umgeben werden.

III. Entwicklungsgeschichte klinischer Pharma-Forschung

Außerklinische Pharma-Forschung, d. h. die Entwicklung und tier-experimentelle Prüfung pharmakologischer Substanzen, betreiben die großen Pharma-Unternehmen fast ausschließlich in eigener Regie.^{45a} Vermittels der direkten Abhängigkeit der angestellt arbeitenden Wissenschaftler sind zahlreiche manipulative Einflußnahmen auf Richtung, Prozeß und Ergebnisse der Wissensgewinnung möglich. Dieser Einfluß wird teils durch subtile Mechanismen positiver und negativer Sanktionen, teils durch direkte arbeitsvertragliche Festlegungen mit sehr weitgehenden Geheimhaltungspflichten auf die lohnabhängigen Wissenschaftler ausgeübt und ist deshalb nur sehr selten öffentlich dokumentierbar. So kann es bereits zum Betriebsgeheimnis gehören, über bestimmte unerwünschte Wirkungen bestimmter Stoffe überhaupt etwas zu wissen; eine Weitergabe solchen Wissens würde dann für den in der Forschung tätigen Wissenschaftler straf- und zivilrechtliche Konsequenzen haben – von den Folgen für seine Karriere ganz zu schweigen. Entsprechende Beispiele sind z. B. aus der Geschichte des Duogynon oder der Chlofibrat-Entwicklung bekannt.⁴⁶

Die klinische Forschung dagegen – die Erprobung am Menschen und damit letzte Hürde vor der offiziellen Zulassung neuer Medikamente – liegt bislang noch fast ausschließlich außerhalb des direkten Einflußbereichs der Pharma-Industrie.⁴⁷ Damit wird zumindest die Fiktion einer unabhängigen Prüfinstanz aufrechterhalten.

Im folgenden soll nun anhand eines Überblicks über die Methoden der klinischen Pharma-Forschung auf jene systematischen Fehlerquellen hingewiesen werden, die den jeweiligen Forschungsansätzen immanent sind. Denn diese Fehlerquellen, die auch dann bestehen würden, wenn mit der Pharma-Forschung keine massiven Geschäftsinteressen verbunden wären, bieten in einem auf Kapitalverwertung orientierten Umfeld auch immer die möglichen Ansatzpunkte für manipulative Einflußnahmen auf die Forschungsergebnisse – bis hin zu großen Verbrechen. Bei den wissenschaftlich noch sehr wenig entwickelten For-

schungsansätzen, die auch heute noch zahlenmäßig weit überwiegen, ist die Einflußnahme durch die Pharma-Industrie durchaus auch schon durch das „kleine Verbrechen“, wie z. B. die sanfte Korruption, vorstellbar. Ein Klinikchef z. B. erhält von einem Unternehmen, das sich ihm gegenüber immer als sehr entgegenkommend gezeigt hat, den – meist lukrativen – Auftrag, ein Medikament zu untersuchen. Das „freundschaftliche Verhältnis“ kann nun – gepaart mit dem Bestreben, Positives als Forschungsergebnis zu finden – ein für das Unternehmen positives Ergebnis durchaus befördern, ohne daß dies dem Klinikchef vollständig bewußt sein muß. Dabei kommt es dem Interesse der Pharma-Unternehmen entgegen, daß in der Medizin, wie in keiner anderen Wissenschaft, offensichtlich eine starke immanente Motivation besteht, zu positiven Ergebnissen als Resultat der Forschung zu gelangen. Durch die enge Verbindung zu therapeutischen Fragen und dem damit verbundenen Anspruch, helfen zu wollen, werden fast ausschließlich Untersuchungen mit Ausgangshypothesen, die ein positives Ergebnis beinhalten, in Angriff genommen. Forschungsfragen, mit denen der Wert bestimmter therapeutischer Interventionen angezweifelt wird, sind dagegen sehr selten.

Wie zu zeigen sein wird, schwinden die Einflußmöglichkeiten mit Hilfe des „kleinen Verbrechens“, je entwickeltere Ansätze klinischer Pharma-Forschung zur Anwendung kommen. Eine manipulative Einflußnahmen auf die Ergebnisse von Wissenschaft im Bereich hochentwickelter klinischer Pharma-Forschung ist schließlich nur noch über das „große Verbrechen“ vorstellbar: Offene Bestechung, verbrecherisch organisierte Datenmanipulation, Erpressung.

Bei der im folgenden gegebenen Übersicht zur Entwicklung klinischer Pharma-Forschung können die entsprechenden verbrecherischen Einflußnahmen nicht jeweils benannt oder gar dokumentiert werden. Vielmehr bleibt es dem Leser überlassen, sich derartige Einflußnahmen vorzustellen. Die Basis hierfür sollen die Hinweise auf die Fehler- und damit Eingriffsmöglichkeiten bei den jeweiligen Forschungsansätzen sowie die Kenntnis der Tatsache bilden, daß Unternehmen der Pharma-Branche auch in der Vergangenheit nicht vor Verbrechen zurückschreckten, wenn die Profite genügend hoch und die Umstände entsprechend günstig waren (vgl. Abschn. II).

Da die folgende Skizze der Methoden klinischer Pharma-Forschung dem Gang der Entwicklung vom einfachsten bis zum höchstentwickelten Ansatz folgt, könnte der Eindruck entstehen, als sei die Vervollkommnung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln ein vorwiegend wissenschaftsimmanentes Problem, als werde Forschung heutzutage fast ausschließlich mit den entwickeltsten Ansätzen betrieben. Dem ist jedoch nicht so. Schon im Ansatz unzuverlässige Studien werden immer

noch ganz überwiegend produziert, ihr Anteil nimmt auch nicht ab.⁴⁸ Wie Gross (1963) zeigen konnte, war nicht einmal 1% klinisch-therapeutischer Forschung methodisch überzeugend durchgeführt worden und rund 90% waren weitgehend – vom wissenschaftlichen Ansatz – wertlos.⁴⁹ *Rahlf's* kommt bei einer entsprechenden kritischen Analyse zu dem Schluß, daß kaum 5% aller Untersuchungen über die Wirkung von Medikamenten und anderer Behandlungsverfahren den bereits 1958 aufgestellten Kriterien klinisch-therapeutischer Forschung entsprechen.⁵⁰ *Dengkwitz* hat am Beispiel der Publikationen zur Behandlung von Psychosen im Zeitraum von 1935–1965 anhand des „Zentralblatts für Neurologie und Psychiatrie“ untersucht, mit welcher Zuverlässigkeit die publizierten Untersuchungen durchgeführt worden sind. Er mußte feststellen, daß nur 0,1% der untersuchten 1001 Publikationen die Minimalbedingungen für klinisch-therapeutisch zuverlässige Untersuchungen erfüllen.⁵¹ *Fletcher* und *Fletcher* haben für die Jahre 1946–76 aus drei renommierten anglo-amerikanischen Zeitschriften (*Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *Journal of American Medical Association*) nach Zufallskriterien etwa 20% aller veröffentlichten Originalarbeiten ausgewählt.⁵² Dabei zeigt sich, daß über die 30 Jahre ein starker Rückgang der Längsschnitts-Studien bei gleichzeitigem Anstieg der Querschnitts-Untersuchungen nachzuweisen ist, was einem Qualitätsabfall entspricht. Die Dauer der Verlaufsbeobachtungen ging über die 30 Jahre von im Durchschnitt 300 Tagen auf im Durchschnitt 180 Tage zurück. Daten zur sozialen und beruflichen sowie psychischen Anamnese sind deutlich seltener geworden.

Die Tatsache, daß heute bei Kenntnis entwickelter und zuverlässiger Forschungsansätze in der klinischen Pharma-Forschung immer noch überwiegend unzulängliche und mit zahlreichen Fehlermöglichkeiten behaftete Ansätze verwendet werden, ist einmal auf die die Untersuchungen betreibenden Wissenschaftler zurückzuführen: Die einfacheren Ansätze sind mit weniger Aufwand und meist auch als „Ein-Mann-Untersuchung“ durchzuführen. Auf die Methodik der Untersuchung kann zudem auch noch – sollte eine Mitfinanzierung durch die Industrie erfolgt sein – von Seiten eben der Pharmaindustrie Einfluß genommen werden.

Für die Pharmaindustrie bietet die Verwendung überholter Forschungsansätze einen gewissen Schutz davor, zur Verwirklichung ihres Geschäftsinteresses vom möglicherweise „kleinen Verbrechen“ zum „großen Verbrechen“ übergehen zu müssen, ohne das eine Manipulation der Forschungsergebnisse bei entwickelten Ansätzen der Pharmaforschung nicht mehr möglich ist.

1. Retrospektive Studien⁵³

Bei dieser einfachsten Form klinischer Forschung werden Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild und unter der Behandlung mit dem zu untersuchenden Pharmakon bezüglich Heilung oder Symptomunterdrückung bzw. Linderung im Vergleich zu anderen Patientenkollektiven aus früheren Zeiträumen verglichen. Bei diesem Ansatz besteht die wesentlichste Fehlerquelle darin, daß die verglichenen Patientenkollektive u. U. nicht vergleichbar bezüglich der Krankheit, des Krankheitsverlaufes oder der Schwere der Erkrankung sind. Auch kann die Zusammensetzung der Kollektive aus dem früheren Zeitraum im Vergleich zum Untersuchungszeitraum hinsichtlich des Alters, weiterer Zweiterkrankungen sowie des Stadiums der Erkrankung unterschiedlich sein. Retrospektiv läßt sich auch auf der Basis alter Krankenunterlagen keine zuverlässige Aussage bezüglich der Vergleichbarkeit mehr konstruieren. Daher sind – wissenschaftlich gesehen – derartige retrospektive Studien im Rahmen klinischer Pharma-Forschung nicht als zuverlässig anzusehen. Dennoch wird allenthalben mit derartigen Studien der Nutzen bestimmter Therapieverfahren belegt. Heute noch ist die medizinische Literatur voll davon. Als Beispiel sei hier nur auf die „Beweisführung“ bei der Behandlung des Ischämischen Insultes (Schlaganfall) mit dem Medikament Rheomakrodex hingewiesen. Der Hauptverfechter dieser Therapie vergleicht dabei z. B. den Verlauf der Erkrankung bei Patienten 1971/73 mit solchen von 1968/70, als Rheomakrodex noch nicht regelmäßig gegeben wurde.⁵⁴ Zahlreiche Studien über den Erfolg einer zytostatischen Therapie bei verschiedenen Formen des Krebses arbeiten ebenfalls immer noch mit einem derartigen Ansatz. *Krokowski* konnte für repräsentative bundesrepublikanische Studien den „systematischen“ Selbstbetrug nachweisen: Bei entsprechender Sekundäranalyse vorgelegter Therapiestudien bei verschiedenen Karzinomen konnten *alle* Erfolge als durch therapieunabhängige Unterschiede in den verglichenen Gruppen bedingt nachgewiesen werden.⁵⁵

Offensichtlich dürfte sein, daß bei einem derartigen Ansatz die schon systematisch angelegten Fehlerquellen auch für eine Wissenschafts-Manipulation denkbar leicht genutzt werden können.

2. Prospektive Studien

In diesen Studien werden zwei Patientenkollektive gebildet: das eine bekommt die Wirksubstanz, das andere erhält keine Therapie. Der Erfolg der Therapie wird aus dem Vergleich der Kollektive anhand der klinischen Besserung oder an der Verbesserung von Labor-Parametern, die für das Krankheitsbild als wesentlich angesehen werden, abgelesen.

Die wesentlichste Fehlerquelle besteht darin, daß die therapierenden Ärzte – bewußt oder unbewußt – eine Zuteilung zur Therapie oder Nicht-Therapie-Gruppe vornehmen. Je nach Überzeugung – kann es so zu einer Selektion prognostisch günstiger bzw. ungünstiger Patienten für die eine der beiden Gruppen kommen. Wie stark derartige Selektionsmechanismen durch die Therapierenden sein können, zeigt eine der ersten größten randomisierten Studien (vgl. III, 3). In dieser Studie sollte geprüft werden, ob die Therapie mit Marcumar den Verlauf bei Herzinfarkt günstig oder ungünstig beeinflusst. Die Zufälligkeit der Medikamentengabe im Vergleich zur Versorgung ohne Marcumar sollte anhand der geraden und ungeraden Wochentage gewährleistet sein. Es hatte sich jedoch in Kürze unter den einweisenden Ärzten herumgesprochen, an welchem Tag Marcumar im Krankenhaus und an welchem dieses nicht gegeben wurde. Wie sich hinterher in einer Detailanalyse zeigen ließ, führte dies zu einer gezielten Einweisungspraxis: diejenigen Ärzte – und dies war die Mehrzahl – die an die Wirkung des Marcumars glaubten, verzögerten ihre Einweisung der Patienten in der Weise, daß eine Mehrzahl an den „Marcumar-Tagen“ in die Klinik geschickt wurde.⁵⁶

3. Randomisierte Studien

In den randomisierten Studien wird eine Zuteilung in Therapie- und Kontroll-Gruppe nach dem Zufallsprinzip – z. B. durch das Ziehen eines Loses – vorgenommen. Hierdurch soll die Problematik einer bewußten oder unbewußten Selektion der Patienten zur Therapie-Gruppe umgangen werden, um somit alle nur denkbaren oder auch zum jetzigen Zeitpunkt im einzelnen nicht benennbaren Einflußfaktoren auf den Krankheitsverlauf gleichmäßig auf die beiden Gruppen verteilen zu können. Es ist offensichtlich, daß ein derartiger Ansatz im Vergleich zu den vorhergenannten Forschungsansätzen sehr viel weniger an manipulativem Einfluß erlaubt. Der größte Teil der heute publizierten Arbeiten im Bereich der klinischen Pharma-Forschung hat jedoch immer noch keinen randomisierten Ansatz zur Grundlage, so daß zu befürchten ist, daß Selektionsmechanismen weiterhin einen ganz wesentlichen Einfluß auf die präsentierten Ergebnisse haben.

4. Blind- und Doppelblind-Studien

Da bekannt ist, daß die Beurteilung eines Therapie-Erfolges selbst nicht selten von subjektiven Momenten der Beurteiler oder des Behandelten abhängt, war ein weiterer Schritt in der Vervollkommnung klinischer Pharma-Forschung notwendig. Die Behandelten dürfen nicht wissen, ob sie Wirksubstanz oder Placebo erhalten (Blindansatz). Wissen auch die Therapierenden nicht, ob Placebo oder Wirksubstanz

gegeben wird, so spricht man vom Doppel-Blind-Ansatz. Anhand der dargestellten Entwicklung, läßt sich ableiten, daß in den randomisierten Doppel-Blind-Studien ein optimaler Untersuchungsansatz vorliegt. Manipulation an den Ergebnissen derartiger Studien sind nicht mehr über die herkömmlichen und oben benannten Fehlerquellen vorstellbar. Soll hier eine Manipulation erfolgen, so muß sie sich ganz offensichtlich verbrecherischer Methoden bedienen: Denkbar sind eigentlich nur Fälschungen an den bereits erhobenen, aber noch nicht publizierten Daten oder Manipulationen an den Datenquellen. Das Risiko solcher Aktionen ist hoch, sie sind nur vorstellbar, wenn für das betreffende Unternehmen hohe Beträge auf dem Spiele stehen.

Dennoch können auch mit diesem methodisch relativ zuverlässigen Ansatz immer noch irreführende Ergebnisse erzielt werden: auch ohne verbrecherische Manipulation kann auf diese Weise nämlich die Wirksamkeit eines Pharmakons belegt werden, obwohl dies inhaltlich – nach stringent logischen Überlegungen – nicht aus den Ergebnissen der entsprechenden Studie hervorgeht. Was ist hier gemeint?

Angesprochen ist das wissenschaftstheoretische, medizin-immanente Problem, das bei der Beurteilung eines Therapieerfolges meist allein pathophysiologisch als relevant angesehene Größen zum Indikator des Erfolges erklärt werden. Bei z. B. der Behandlung mit einem Antiarrhythmicums wird der Rückgang von Rhythmus-Störungen, beim Antidiabeticum der Rückgang erhöhter Blutzuckerwerte als Erfolgs-Indikator benutzt. Dies ist nur dann plausibel, wenn die pathologische Bedeutung der als Indikator benutzten Größe wirklich als abgesichert angesehen werden kann, wenn also z. B. die Bedeutung von Rhythmusstörungen für das Wohlbefinden oder die Lebenserwartung des Patienten wirklich bekannt ist. Wenn die Spätkomplikation des Diabetes mellitus über die Erhöhung des Blutzuckers, dessen Senkung fast immer als Indikator für den Therapie-Erfolg benutzt wird, wirklich *verursacht* ist, so ist es legitim, den Erfolg einer Therapie anhand der Blutzuckersenkung zu belegen. Wenn es aber so ist, daß ein hoher Blutzucker nur *Indikator* für eine schwere Störung auch anderer Stoffwechselforgänge im Rahmen des Diabetes mellitus ist, so erscheint die Blutzuckersenkung nicht als unbedingt sinnvolles Therapie-Prinzip.⁵⁷ Da jedoch bei der Mehrzahl der Erkrankungen eine detaillierte Ätiologie und Pathogenese der Komplikation nicht bekannt ist, ist die Heranziehung der als relevant für das Krankheitsbild angesehenen pathophysiologischen Größen immer problematisch. Aufgrund dieser Tatsache verbietet es sich eigentlich, pathophysiologisch als relevant angesehene Größen unhinterfragt zur Definition des Erfolges einer Therapie zu benutzen. Ausgeklammert bleibt bei einem derartigen Ansatz darüberhinaus eine Erfassung der – insbesondere bei Langzeitanwendung auf-

tretenden – Nebenwirkungen des untersuchten Präparats. Derartige Konstellationen sind durchaus bekannt: so zeigt z. B. eine WHO-Studie zum Nutzen der Clofibrat-Therapie, daß die gewünschte Cholesterin-Senkung (pathologischer Indikator) sogar mit der gewünschten Senkung der Infarkt-Sterblichkeit einherging – nur wurde der Erfolg über die sich herausstellende „Nebenwirkung“, das Auftreten tödlich endender Karzinome, aufgehoben.⁵⁸

5. Klinisch-epidemiologische Studien

Aus diesen Erfahrungen und Überlegungen ergab sich der Entwicklungsschritt klinischer Pharma-Forschung von der Doppelblind- und randomisierten Studie zur klinisch-epidemiologischen Studie. Bei diesen Studien werden zur Bestimmung des Erfolges nicht nur pathophysiologisch als relevant angesehene Größen herangezogen, sondern das gesamte klinische Bild, das Wohlbefinden des Patienten, der Krankheitsverlauf sowie die Sterblichkeit sind die entscheidenden Parameter der Erfolgsbeurteilung. Der Rückgang von Rhythmusstörungen oder die Senkung von Blutzuckerwerten bilden also nicht das entscheidende Erfolgskriterium, sondern das Wohlbefinden des Patienten, die Verminderung klinisch relevanter Komplikationen oder die Verminderung der Sterblichkeit bei der Patientengruppe unter Therapie im Vergleich zur Placebo-Gruppe werden zur Beurteilung vorrangig herangezogen. Selbstverständlich sind solche Studien finanziell, organisatorisch und zeitlich erheblich aufwendiger als bei allen anderen bisher erwähnten Ansätzen klinischer Pharmaforschung dies der Fall ist. So reicht es z. B. ohne weiteres aus, den Erfolg eines Antiarrhythmiums im randomisierten und Doppelblind-Ansatz mit zweimal 50 Patienten zu prüfen. Hat das Antiarrhythmicum einen erheblichen Einfluß auf den Rückgang von Rhythmus-Störungen, so kann dies bei kleinen Patientenzahlen ohne weiteres statistisch signifikant nachgewiesen werden. Sind jedoch – wie in den klinisch-epidemiologischen Studien – nicht der Rückgang der Rhythmus-Störungen an sich, sondern das Wohlbefinden und die Lebenserwartung der behandelten Patienten Beurteilungskriterien für den Erfolg, so muß mit einer sehr viel größeren Patientengruppe gearbeitet werden. Weiß man z. B., daß unter 1000 Patienten mit einer bestimmten Rhythmus-Störung im Laufe von zwei Jahren bei etwa 50 Patienten mit tödlichen Rhythmus-Störungen zu rechnen ist, so bedeutet dies, daß z. B. zweimal 1000 Patienten über zwei Jahre mit jeweils dem Antiarrhythmicum und ohne dies (Placebo-Gruppe) untersucht werden müssen. Nicht die Zahl der in die Studie Aufgenommenen, sondern allein die Zahl derjenigen, bei denen Komplikationen auftraten (sowohl in Placebo- wie in Therapie-Gruppe) ist für die statistische Auswertung relevant. Besteht für das eingesetzte Antiarrhythmicum

z. B. ein 50%iger Erfolg, so würden anstelle der 50 ohne Therapie zu erwartenden Todesfälle nur noch 25 in der Therapie-Gruppe auftreten.

Treten die angenommenen Komplikationen, die es mit der Therapie zu verhindern gilt, noch seltener auf, so müssen die Untersuchungsgruppen noch sehr viel größer, die Untersuchungszeiträume noch sehr viel länger gewählt werden. Dies ist bei einer Vielzahl von Erkrankungen, für die es Therapie-Konzepte zu entwickeln gilt, der Fall: als Beispiel sei hier die Untersuchung des Nutzens der Therapie mit Antihypertensiva bei jungen Hochdruckpatienten angeführt. Als Erfolgskriterium läßt sich die Verhinderung von Komplikationen des Hochdrucks in Form von Herzinfarkt, Schlaganfall sowie Herz- und Niereninsuffizienz benennen. Da mit diesen Komplikationen des Hochdruckes bei jugendlichen Hochdruck-Patienten jedoch nur selten und erst nach längeren Zeiträumen zu rechnen ist, lassen sich anhand der entsprechenden epidemiologischen Daten die notwendige Gruppengröße und der Untersuchungszeitraum für derartige Studien bestimmen. Auf Basis solcher Berechnungen laufen momentan in der Welt zu dieser Fragestellung 7 große Studien mit jeweils zwischen 1000 und 20 000 Patienten sowie bis zu 8 Jahren Dauer.⁵⁹ Erst dann ist mit einem statistisch abgesicherten Erfolgsnachweis zu rechnen. Untersuchungen derartigen Ausmaßes sind nicht mehr von einem Zentrum allein, sondern nur von mehreren gemeinsam – in Form von *multizentrischen Studien* – durchführbar.

IV. Schlußfolgerungen

Zuverlässige klinische Pharma-Forschung, die die klinische Relevanz von Pharmako-Therapie methodisch ausreichend prüfen will, bedarf eines unvergleichbar höheren Aufwandes an Geld, Organisation und Zeit als alle früheren Ansätze dieser Wissenschaft. Hieraus folgt viererlei:

1. Derartige Studien sind überhaupt nur noch von sehr potenten Geldgebern durchführbar. Dies können entweder große Pharma-Konzerne oder der Staat sein.

2. Die Ergebnisse derartiger Studien werden in der Fachwelt und zunehmend mehr auch von den praktizierenden Ärzten aufgrund der nachvollzogenen wissenschaftlichen Entwicklung als die seriösesten angesehen. Die Ergebnisse derartiger Studien werden unvergleichbar höher in ihrer Bedeutung eingestuft, als dies bei den anderen oben dargestellten Ansätzen klinischer Forschung der Fall ist. Hieraus wiederum läßt sich abschätzen, daß klinisch-epidemiologische Studien einen unschätzbaren Wert in der Argumentation *für* ein Pharmakon und somit *für den Absatz* oder *gegen den Absatz* eines pharmazeuti-

schen Produktes besitzen.

3. Aufgrund des hohen Aufwandes und aufgrund der längeren Untersuchungszeit lassen sich derartige Studien nicht beliebig oft und schnell genug wiederholen. Das Ergebnis einer medizinisch-epidemiologischen Studie, das gegen oder für den Einsatz eines Pharmakons spricht, kann nicht beliebig schnell durch eine „Gegenstudie“ aus dem Wege geräumt werden.

Aufgrund der oben geschilderten Fehlermöglichkeiten der wenig entwickelten Forschungsansätze in der klinischen Pharma-Forschung gibt es für die Mehrzahl der überhaupt klinisch untersuchten Pharmaka eine Vielzahl von methodisch fragwürdigen Untersuchungen mit teilweise sich widersprechenden Ergebnissen. Mit dem ausgereiftesten Ansatz, dem der klinisch-epidemiologischen Studie, ist nicht nur die Wahrscheinlichkeit sich widersprechender Ergebnisse in unterschiedlichen Studien reduziert, sondern auch die Möglichkeit, derartige Studien so zahlreich wie bisher anzulegen bzw. in Auftrag zu geben. Hieraus ergibt sich, daß das Ergebnis einer klinisch-epidemiologischen Untersuchung über die Marktmöglichkeiten eines Unternehmens oder wesentlicher Bereiche eines Unternehmens entscheiden kann. Fällt die Entscheidung einer derartigen Studie zugunsten eines Pharmakons aus, so ist die Zukunft für einige Zeit gesichert. Fällt hingegen das Ergebnis negativ aus, so kann das den Untergang eines ganzen Bereiches oder eines ganzen Unternehmens bedeuten.

4. Die Größe der Anlage derartiger Studien – multizentrisch und mit Einbeziehung mehrerer Forscher – macht eine Einflußnahme auf die Ergebnisse im Rahmen des „kleinen Verbrechens“ nicht mehr möglich. Da zugleich auch der „Reiz“ an einem positiven Ergebnis einer derartigen Studie unvergleichbar höher als bei allen Studien mit anderen wissenschaftlichen Ansätzen ist, liegt der Schritt zum „großen Verbrechen“ beunruhigend nahe.

Wenn die Ergebnisse derartiger Studien über das Schicksal ganzer Konzerne oder Konzernsparten entscheiden können, so liegen zwei Strategien in der Logik der Pharma-Unternehmen: Entweder wird der Einsatz solcher Studien so lange wie möglich verzögert, indem ihre Sinnhaftigkeit,⁶⁰ Durchführbarkeit und/oder Verlässlichkeit geleugnet werden. Oder aber es wird versucht, auf die Ergebnisse Einfluß zu nehmen. Da dies mit den Mitteln der „sanften Korruption“, der geschwinden Produktion „neuester Forschung“ durch willige Ärzte u. ä. nicht mehr möglich ist, bleibt nur das Mittel des „großen Verbrechens“. Bislang kann der Beweis, daß zu diesem Mittel gegriffen wurde oder wird, nicht geführt werden. Die Vermutung der Möglichkeit des Einsatzes dieses Mittels stützt sich jedoch auf Plausibilität, angereichert durch die Erfahrung der Bedenkenlosigkeit von Pharma-Unternehmen

bei der Erzielung ihres Profits. Es bleibt zu fragen, ob eine Gesellschaft gut beraten ist, einen derart sensiblen Bereich wie die Pharma-Forschung, deren Ergebnisse über Tod und Leben entscheiden können, faktisch ohne wirksame öffentliche Kontrollen in der Interessensphäre privater Unternehmen zu belassen.

Anmerkungen

- 1 T. J. Dunning, Trade Unions and Strikes, London 1860, S. 35f, zit. nach: K. Marx, Das Kapital, 1. Band, MEW 23, Berlin 1962, S. 788
- 1a So der Deutschlandsender in einer Besprechung von: G. Myers, Money – Die großen amerikanischen Vermögen, Nachdruck: Frankfurt 1979; vgl. dort
- 2 F. C. Delius, Unsere Siemenswelt, durch Gerichtsbeschluß auf Betreiben der Firma Siemens „bereinigte“ Ausgabe: Berlin 1976, S. 23ff
- 3 B. Engelmann, Krupp – Die Geschichte eines Hauses, Taschenbuchausgabe: Gütersloh 1978, S. 434ff
- 4 H. J. Räuschel, Die BASF, Köln 1975, S. 18ff
- 5 Exportinteressen gegen Muttermilch. Der tödliche Fortschritt durch Baby-Nahrung. Tötet Nestlé Babys? Reinbek bei Hamburg 1976
- 6 A. Sampson, Die Waffenhändler. Von Krupp bis Lockheed. Die Geschichte eines tödlichen Geschäfts, Reinbek bei Hamburg 1977, S. 110ff. D. Boulton, Die Lockheed-Papiere, Politik und Geschäft der Rüstungsgiganten, Oldenburg/München/Hamburg 1979
- 7 A. Sampson, Weltmacht III, Die politischen Geschäfte eines multinationalen Konzerns, Reinbek bei Hamburg 1975
- 8 K. R. Mirow, Die Diktatur der Kartelle, Reinbek 1978, S. 158f. U. Küntzel, Der nordamerikanische Imperialismus, Darmstadt und Neuwied 1974, S. 25, 46, 53, 159, 198
- 9 Daß selbst unter solch günstigen Voraussetzungen nicht alles Material zutage gebracht werden konnte, belegt folgender Bericht: „Als die strafrechtliche Ermittlung eingeleitet wurde, beschlagnahmte die Staatsanwaltschaft die Akten der Firma Chemie Grünenthal.“ Danach erhielt der Staatsanwalt „einen anonymen Telefonanruf, in dem ihm mitgeteilt wurde, es gäbe in den Grünenthal-Büros in Stolberg noch viel mehr Unterlagen über Thalidomid (Contergan)“ ... „mit guten Ergebnissen wurde eine zweite Durchsuchung vorgenommen. In einem weiteren anonymen Telefonanruf teilte die gleiche Person (dem Staatsanwalt) ... mit, wo man noch mehr Dokumente finden könnte: Es sollte im „Bunker“ gesucht werden ... einem großen Fabrik-schornstein, unter dem ein gut getarnter Bunker versteckt war. Dieser war in ein Archiv umgewandelt worden ... Trotz der erfolgreichen Suche im Archiv der Firma Grünenthal konnten nicht alle Originaldokumente dem Landgericht Aachen zugeleitet werden.“ H. Sjöström, R. Nielsson, Thalidomide and the Power of the Drug Companies, Harmondsworth (Penguin Books) 1972, hier zit. nach der Übersetzung: Contergan oder Die Macht der Arzneimittel-Konzerne, Berlin/DDR 1975, S. 52f
- 10 ebenda, S. 60
- 11 ebenda, S. 62
- 12 ebenda, S. 63
- 13 ebenda, S. 62
- 14 ebenda, S. 48
- 15 ebenda, S. 47
- 16 ebenda, S. 90

- 17 V. Friedrich, A. Hehn, R. Rosenbrock, Neunmal teurer als Gold – Die Arzneimittel-Versorgung in der Bundesrepublik, Reinbek 1977, S. 315
- 18 Der Bericht hierüber einschließlich der wiedergegebenen Zitate findet sich in: Science, Vol. 206, vom 26. Okt. 1979, S. 432f,
- 19 Vgl. I Simon, das zweite Arzneimittelgesetz in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3, Argument-Sonderband 27, Berlin 1978, S. 217ff
- 20 Arzneimittelversuche an Bremer Krankenhäusern oder: Die Pharma-Industrie, wie sie forscht und wirbt, Hrsg.: Bremer Klinik-Initiative, Broschüre, o.O., o.J.
- 21 J. P. Stoessel, Patienten als Versuchskaninchen, in: Deutsche Volkszeitung Nr. 46 vom 17.11.1977, S. 3
- 22 Bremer Klinik-Initiative, a.a.O., S. 3
- 23 J. P. Stoessel, a.a.O.
- 24 Science, a.a.O., S. 433
- 25 Handelsregister-Eintragung der Firma International Drug Experts Associates IDEA GmbH Berlin v. 20.6.77
- 26 H. Sjöström, R. Nielsson, a.a.O., S. 72
- 27 ebenda, S. 109
- 28 O. Hansson, Arzneimittel-Multis und der SMON-Skandal, Berlin 1979, S. 121
- 29 vgl. internistische praxis, 9 (1969), S. 510
- 30 Vgl. Dokumentation dieses Falles in: arznei-telegramm, Extraausgabe 6, 1972, S. II
- 31 Vgl. arznei-telegramm, 10 (1971), S. 51, 55
- 32
- 33 V. Friedrich, A. Hehn, R. Rosenbrock, a.a.O., S. 436
- 34 Beschluß des Landgerichts Hamburg vom 12.1.1977, A.Z. 740. 11/77, vgl. V. Friedrich, A. Hehn, R. Rosenbrock, a.a.O. 1. Auflage (1977) S. 309f, 2. Auflage (1977) S. 309–312
- 35 H. v. Nussbaum, (Hrsg.), Die verordnete Krankheit, Frankfurt/M. 1977
- 36 Vgl. F. Abel, „Mein Mandant will verkaufen...“, in: stern Nr. 37/1977, S. 152
- 37 E. Greiser, Probleme der Auswertung kontrollierter klinischer Studien, dargestellt an Untersuchungen eines zur Therapie von Leberkrankheiten empfohlenen Arzneimittels, Vortrag gehalten auf dem 24. biometrischen Colloquium der deutschen Region der internationalen biometrischen Gesellschaft (Biometric Society) 1. bis 3. März 1978 in Wuppertal, Ms. 1978, S. 8
- 38 ebenda S. 2
- 39 F. Abel, a.a.O.
- 40 Die Darstellung der beiden Fälle folgt den Ergebnissen der Studie: B.-P. Lange, J.-H. Mendner, H. Berzau, Konzentrationspolitik in den USA, Tübingen 1971, S. 637ff, S. 645ff, S. 650f
- 41 Das Verfahren, Patente für pharmazeutische Produkte so aufzuteilen, daß für die beteiligten Unternehmen ein kollektives Monopol entsteht, wurde auch für Cortison angewandt. Beteiligt waren die Firmen Inc. Merck und Co., Organon Inc. und Schering Co. sowie das amerikanische Tochterunternehmen von CIBA. Vgl. K. R. Mirow, Die Diktatur der Kartelle, Reinbek 1978, S. 147f
- 42 B.-P. Lange, H.-J. Mendner, H. Berzau, a.a.O., S. 651
- 43 Hinsichtlich der Einzelheiten der Kartellverhandlungen, die selten derartig detailliert dokumentiert werden konnten wie in diesem Fall vgl.: J. M. Blair, Das internationale Chinin-Kartell, in: Theorie und Praxis der Kartelle, hrsg. v. H. H. Barnikel, Darmstadt 1972, S. 462ff

- 44 Senate Committee on the judiciary, subcommittee on anti-trust and monopoly (Hg.), *Prices of Quinine and Quinidine, haerings*, 89th Congress, second session, Washington 1966, S. 135
- 45 B.-P. Lange, J.-H. Mendner, H. Berzau, a.a.O., S. 647
- 45a Die in diesem Zusammenhang notwendige Kritik am Vorgehen bei der Suche nach neuen Wirkstoffen, der Verteilung der Forschungsressourcen auf die verschiedenen Forschungsfelder sowie des Verhältnisses zwischen angewandter und Grundlagenforschung muß späteren Arbeiten vorbehalten bleiben. Vgl. V. Friedrich, A. Hehn, R. Rosenbrock, a.a.O., S. 150-255
- 46 vgl. J. Räuschel, Ein neuer „Fall Contergan“?, in *Berliner EXTRA Dienst*, Nr. 58/1978, S. 7ff; ders., Vorstand bildet Agitprop-Stoßtrupp. Zum letzten Stand der Duogynon-Cumorit-Affäre, in: *Berliner EXTRA Dienst*, Nr. 4/1979, S. 7ff. S. v. Ingersleben, Clofibrat – Fragliches Hyperlipidämie-Risiko versus sicheres Arzneimittelrisiko, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* 4, Argument-Sonderband 37, Berlin 1979, S. 114-127
- 47 Auch in der klinischen Pharma-Forschung zeigen sich erste Ansätze, diese in einem „direkteren“ Kontakt mit der Pharma-Industrie durchzuführen. So führt die Firma IDEA GmbH, ansässig in Berlin (West), im Auftrag von Pharma-Unternehmen und in Zusammenarbeit mit Ärzten klinische Pharma-Forschung außerhalb des Krankenhauses und ohne Zusammenhang mit Krankenhäusern oder Lut entsprechenden anderen Forschungsinstitutionen durch. Daß sich aus einer solchen Konstellation eine Abhängigkeit ergeben kann, ist offensichtlich. Vgl. Anmerkung 25 und 26.
- 48 Generell muß davon ausgegangen werden, daß die meisten der heute im Handel befindlichen Präparate einer nach wissenschaftlichen Kriterien zureichenden klinischen Prüfung unterworfen wurden. Dies gilt unabhängig davon, daß z. B. die Durchführung einer nicht-randomisierten Studie heute in der Biometrie allgemein als Kunstfehler gilt, und unabhängig davon, daß Methodik und Begründung der Notwendigkeit für klinisch-epidemiologische Studien seit den 60er Jahren wissenschaftlich nicht mehr umstritten sind.
- 49 Gross, F.: *Arzneimittelforschung*, 18 (1968), S. 743. zit. nach: Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock. a.a.O. S. 324
- 50 Rahlfs, V.: Über die Beurteilung klinisch therapeutischer Untersuchungen. *Med. Welt* 1970, 21, 2135ff
- 51 zit. nach: Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock. a.a.O. S. 325
- 52 Fletcher, R. H., S. W. Fletcher: *Clinical research in general medical journals*. *New Engl. J. Med.* 1979, 301, 180-83
- 53 Als methodisch gute Einführung in die Ansätze, Probleme und möglichen Fehlerquellen klinischer Pharma-Forschung sind zu empfehlen: Johnson, F. N., S. Johnson (eds.): *Clinical Trials*. Oxford, London 1977. Alderson, M.: *An Introduction to Epidemiology*. London 1976, Kap. 4 u. 5. Roberts, C. J.: *Epidemiology for Clinicians*. Turnbridge Wells, England 1978, Kap. 4 u. 6
- 54 Gottstein, U., I. Sedlmeyer, A. Heuß: Behandlung der akuten zerebralen Mangeldurchblutung mit niedermolekularen Dextran. *Dtsch. Med. Wschr.* 1976, 101, 223-27
- 55 Krokowski, E.: Befindet sich die kurative Krebstherapie in der Sackgasse? *Dtsch. Med. Wschr.* 1979, 104, 326-29
- 56 Wright, I. S., C. D. Markell, D. F. Beck: Report of the Committee for the Evaluation of Anticoagulant Treatment of Coronary Thrombosis with Myocardial Infarction. *Anm. Heart J.* 1948, 36, 801-15. Wright, I. S.: The modern Treatment of coronary thrombosis with myocardial infarction. *Circulation* 1950, 2, 929-36
- 57 Eine detaillierte Darstellung anhand einzelner Erkrankungen und Behand-

- lungsprinzipien – so z. B. auch des Diabetes mellitus – findet sich in: Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: Deppe, H.-U. (Hrg.): Vernachlässigte Gesundheit – Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat und Gesellschaft in der BRD. Köln 1980 (erscheint Sommer 1980)
- 58 Committee of Principal Investigators: A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrat. *Brit. Heart. J.* 1978, 40, 1069-1118
- 59 siehe z. B. Überblick bei: Borgers, D.: Milder Hochdruck: Pharmakoprophylaxe oder Primärprävention? *Münch. Med. Wschr.* 1979, 121, 1407-10
- 60 In diesem Zusammenhang muß wohl auch die gegenwärtig in der Bundesrepublik laufende Diskussion über die ethische Bedenklichkeit von klinisch-epidemiologischen Studien gesehen werden. Mit dieser Feststellung soll in keinem Fall die subjektive Redlichkeit der beteiligten Autoren in Zweifel gezogen werden. Es ist jedoch bemerkenswert, daß die gleiche Debatte bereits in den 60er und 70er Jahren in Großbritannien geführt und mit der allgemein akzeptierten Befürwortung klinisch-epidemiologischer Studien als der ethisch besten Lösung abgeschlossen wurde. Einen zusammenfassenden Überblick aus der US-amerikanischen Situation geben: D. Byar et al., Randomized clinical trials – Perspectives on some recent ideas. *New Engl. J. Med.* 1976, 295, S. 74 - 80. Von der Diskussion über die ethische Bedenklichkeit klinischer Pharma-Forschung muß deutlich das Problem unterschieden werden, daß Pharma-Unternehmen häufig wissenschaftlich völlig sinnlose, die Patienten belästigende oder gefährdende Studien in Auftrag geben. Zur systematischen Vermengung dieser beiden Problemkreise vgl. z. B. *Der Spiegel*/Nr. 37/1978: Experiment gelungen, Patienten tot, S. 54ff

Bertram Häussler

Das Falldenken als Vermittlung zwischen medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Praxis

Im Rahmen der Problematisierung des Gesundheitssystems und der gegenwärtigen Medizin bekam die Kritik am medizinischen Krankheitsbegriff einen zentralen Stellenwert. Wissenschaftssoziologisch auch unter dem Begriff des ‚medizinischen Paradigmas‘ gefaßt, wurde am herrschenden Krankheitsbegriff eine Reihe eng zusammenhängender Mängel kritisiert. Im Mittelpunkt steht dabei die naturwissenschaftliche Fixierung der Medizin, die Krankheit ausschließlich als eine mit dem Instrumentarium der Naturwissenschaften erklärbare Störung des organismischen Systems versteht und die die Therapie deshalb ausschließlich auf den Körper konzentriert: die Arzneimitteltherapie ist stellvertretend für die gesamte Medizin der herausragende Angriffspunkt. Weiterhin wird der naturwissenschaftliche Reduktionismus der

Medizin mit der fast vollkommenen Vernachlässigung der Prävention sowie der Passivierung des Patienten in Zusammenhang gebracht. Andere Kritiken verstehen den medizinischen Ansatz am Körper als an den Ursachen vorbeigehend, als ‚Symptomkuriererei‘ und verweisen damit auf die gesellschaftsstabilisierende, ideologische Funktion der Medizin.

In den vorliegenden Überlegungen soll die Bedeutung des Krankheitsbegriffes für die unmittelbare medizinische Praxis untersucht werden. Denn neben der „theoretischen Reproduktion der grundsätzlich allen Krankheiten zukommenden Merkmale“, also der „wissenschaftstheoretischen Funktion (..) beinhaltet der Krankheitsbegriff eine wesentlich praktische Dimension, indem er die Kriterien festlegt für die Bestimmung von ‚gesund‘ und ‚krank‘ und damit auch für den Einsatz therapeutischer Maßnahmen.“ (Thoma 1975, S. 38.) Im Unterschied zu den oben angeführten Kritiken, die die Verknüpfung von Krankheitsbegriff und medizinischer Praxis über den ausschließlichen naturwissenschaftlichen Inhalt sehen, soll hier untersucht werden, wie und ob der Krankheitsbegriff bei der einzelnen medizinischen Handlung deren Anleitung sein kann, d. h. ob er in Praxis und Wissenschaft der Medizin hilfreich ist. Es wird damit die Frage nach der Form, der ‚Feinstruktur‘ des Systems medizinischen Wissens und seiner Transformation in die Praxis gestellt. Dabei kann nicht mehr von *dem* Krankheitsbegriff ausgegangen werden, der als allgemeine Kategorie in der medizinischen Praxis umgesetzt wird. Er ist als die Summe vieler einzelner Krankheitsbegriffe zu verstehen, die bei medizinischen Handlungen das Zentrum der Transformation von Wissen bzw. Wissenschaft in die Praxis bilden.

Die Frage nach dem Krankheitsbegriff im einzelnen soll wissenschaftstheoretisch angegangen werden: es wird die Frage nach einer Basiskategorie der Medizin gestellt. Bei der Durchsicht der spärlichen medizinisch-wissenschaftstheoretischen Literatur finden sich immer wieder die Kategorien der ‚Krankheitseinheit‘ und des ‚Falles‘. Dies stimmt mit Alltagserfahrungen aus der Medizin überein: medizinisches Denken und Handeln bewegen sich um ‚Diagnosen‘, um ‚Fälle‘, es wird in Absehung von konkreten Patienten über allgemeine, festgefügte Sachverhalte gesprochen. Auch die Alltagserfahrungen der Betroffenen sind von dieser Problematik mitgeprägt: Im Medizinbetrieb als ‚Fall X‘ behandelt zu werden, ist als Kristallisationspunkt des Unbehagens an der gesamten Gesundheitsversorgung wohl bekannt.

Im folgenden soll deshalb versucht werden, ausgehend von einem kurzen Abriss der Geschichte des Falldenken dessen wesentliche Aspekte herauszuarbeiten. Es sollen dabei sowohl Fragen der ‚Validität‘, also des Angemessenseins an die entsprechenden Strukturen der Wirklichkeit untersucht werden, als auch diejenigen Probleme, die sich

aus der praktischen Dimension des Falles ergeben. Insbesondere soll die Möglichkeit geprüft werden, wie medizinisch-praktisches Handeln durch medizinische Wissenschaft begründet werden kann. Es wird sich eine Kritik an der Kategorie der Krankheitseinheit, am ‚nosologischen Denken‘ anschließen, Notwendigkeiten und Möglichkeiten seiner Überwindung werden angedeutet.

Zur Geschichte des Falldenkens

Als frühe Form des Falldenkens sind die Entstehung von ‚Nosologie‘ und ‚Nosographie‘ im Rahmen der von der praktischen Medizin geschiedenen akademischen Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts zu erwähnen. Sie stehen am Anfang der Verwissenschaftlichung der Medizin und sind im Zusammenhang mit den damals existierenden Wissenschaften, insbesondere der Botanik und der Zoologie, zu sehen. Ihnen nacheifernd, fing die wissenschaftliche Medizin damit an, ihr Gegenstandsgebiet, die Krankheiten, zu beschreiben, ihnen Namen zu geben und alles in eine Ordnung, in ein System zu bringen, also hauptsächlich klassifikatorisch vorzugehen.

Eine Nosologie, ein ‚nosologisches Tableau‘ im damaligen Sinne ist dabei wie das Tier- und Pflanzenreich in Familien, Klassen und Gattungen eingeteilt. Dabei spielen die Bestimmungen des Systems für die Abgrenzung und Einordnung der nosologischen Einheiten eine weit größere Rolle als tatsächliche empirische Beobachtungen. Insbesondere kann die zeitliche Dimension einer Erkrankung keinen Ausdruck finden: zu einer einzigen Krankheit gehörende Phänomene wie z. B. Fieber und Krämpfe werden auseinandergerissen, ihre zeitliche Aufeinanderfolge kann nicht als Ausdruck desselben Leidens verstanden werden. Wie für Tier- und Pflanzenreich wird auch bei den Krankheiten angenommen, daß die gefundene Ordnung gottgewollt ist: „Das Höchste Wesen hat sich bei der Hervorbringung der Krankheiten bzw. bei der Reifung der krankmachenden Körpersäfte von nicht geringeren Gesetzen leiten lassen als bei der Kreuzung der Pflanzen und Tiere.“ (Sydenham, zit. bei Foucault 1973, S. 23.) Da bei dieser Vorgehensweise ärztliche Erfahrung und empirisches Wissen doktrinärer Theorie untergeordnet sind, kann für praktisches Handeln wenig Konsequenz daraus gezogen werden. Der überwiegende Teil der medizinischen Versorgung lag zu dieser Zeit deshalb auch bei den nicht-akademischen Handwerkspraktikern.

Mit der Anfang des 19. Jahrhunderts entstehenden medizinischen Klinik als Ort der Behandlung und Forschung und dem sich herausbildenden ‚anatomischen Gedanken‘ (Morgagni), wurde das Falldenken auf eine neue Basis gestellt: die am Krankenbett beobachteten Fälle

wurden post mortem im Sektionsraum auf Läsionen von Organen und Geweben untersucht. Der Fall dient also zwar weiterhin – bis heute – der Strukturierung des klinischen Denkens, wurde aber über die anatomische Forschung der ‚natürlichen‘ gottgewollten Ordnung entrissen und in den Zusammenhang des Körpers gestellt: er wird zum Gegenstand der Pathologie.

Dieses Wissen über den Körper hat sich bis heute sprunghaft vermehrt und zwar sowohl durch klinische Forschung als auch durch die sich ab der Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelnden medizinischen Grundlagenwissenschaften, die sich in einen mehr morphologischen und einen eher funktionellen Zweig aufteilen lassen. In der Grundlagenforschung – so muß im Hinblick auf die weiteren Ausführungen bemerkt werden – tritt die Bedeutung des klinischen Falles als Ordnungselement zurück. Versucht die Klinik unter seiner Beibehaltung die Vielfalt der krankhaften Erscheinungen zu klassifizieren und fall-spezifische Therapien zu formulieren, so geht es in der Grundlagenforschung um die theoretische Rekonstruktion des Organismus als eines materiellen Systems, dem bestimmte Funktionen zu eigen sind.

Bedeutung und Eigenschaften des Falldenken und seine Problematik

Für die folgenden Überlegungen müssen einige terminologische Anmerkungen gemacht werden. Es muß zunächst, was in der medizinischen Literatur häufig nicht der Fall ist, zwischen ‚Fall‘ und ‚Krankheitseinheit‘ unterschieden werden. Eine Krankheitseinheit wie z. B. *die* Poliomyelitis, wird von der Medizin als ein Sachverhalt beschrieben, der unabhängig von konkreten Personen existiert. Ein ‚Fall‘ dagegen liegt dann vor, wenn die Erkrankung einer konkreten Person unter eine bestimmte Kategorie, eine Krankheitseinheit, subsumiert worden ist, d. h. eine diagnostische Einordnung erfolgt ist. ‚Fall‘ und ‚Diagnose‘ können deshalb gleichgesetzt werden.

Eine Krankheitseinheit stellt sich zunächst als eine ganz bestimmte Kombination von Symptomen und festgelegten Befunden mit einem Namen, dem der Krankheit, dar; es handelt sich also um eine Definition. Die Art und Weise der Kombination kann dabei verschieden sein: so gibt es ‚pathognomonische‘, d. h. obligatorische und beweisende Symptome oder Befunde, aber auch Symptome und Befunde, die bei vielen verschiedenen Krankheiten vorliegen, also für eine einzelne Krankheit nicht ausschließlich charakteristisch sind.

Hinter der nosologisch-klassifikatorischen Definition steht die Gesamtheit aller derzeit möglichen Sätze aus dem Bereich des Pathologischen, die über eine bestimmte Krankheit ausgesagt werden können.

Neben morphologischen und funktionellen Aussagen ist dabei die Ätiologie von besonderer Bedeutung. Es bleibt das erhoffte Ziel der nosologischen Forschung, „daß es einmal gelingt, ein System zu vollenden, in welchem alle Krankheitsbegriffe ätiologisch zentriert sind. (...) Unvollkommenheiten in diesem System wird man immer mit Lücken erklären, die durch künftige nosologische Forschung noch geschlossen werden müssen.“ (Wieland 1975, S. 121f.) Vom Vorliegen einer ätiologischen Aussage hängt es ab, ob es sich um eine ‚echte‘ Krankheitseinheit oder ein sogenanntes ‚Syndrom‘ handelt. Durch die zumeist auch heute noch ungeklärte Ursachenfrage sind Syndrome weitaus häufiger als echte Krankheitseinheiten. In der Umgangssprache und dem Selbstverständnis der Medizin wird allerdings auch dann von Krankheitseinheiten gesprochen, wenn es sich um Syndrome handelt. Syndrome und Krankheitseinheiten in einem System ‚kasuistischen Wissens‘ (Elsner) zusammenfassend, kommt der Nosologie in der theoretischen und praktischen Medizin eine zentrale Stellung zu. Dieses Wissenssystem strukturiert einen großen Teil der ärztlichen Ausbildung, es dient der ärztlichen Kommunikation über den Patienten, bildet die Grundlage für viele administrative Vorgänge, hilft dem Patienten, seinen Zustand zu benennen und ihm dadurch einen Teil seiner Unsicherheit zu nehmen. Vor allem dient die Krankheitseinheit der klinischen Forschung als Basiskategorie und somit auch der medizinischen Praxis als Bezugspunkt.

Die klinische Forschung bedarf der methodisch-wissenschaftlichen Prüfung ihrer therapeutischen Konzepte. Statistische Verfahren, das ‚klinische Experiment‘ (Feinstein) erfordern dabei die genaue Bezeichnung des dem Experiment unterzogenen Objektes, das von der Krankheitseinheit repräsentiert wird. Dadurch wird versucht, die Bedingungen der Repräsentativität, der Validität und der Reliabilität zu erfüllen. Klinische Forschung identifiziert und definiert demnach die Grundkategorie der Krankheit, stellt durch methodische Prüfungen Beziehungen zwischen Krankheiten, Therapien und Therapieerfolgen her und kodifiziert sie. Bei der Definition von Krankheitseinheiten ist die klinische Forschung natürlich bemüht, möglichst wesentliche Aspekte zusammenzufassen. Würde z. B. das gemeinsame Auftreten von Fieber und Kopfschmerz als Krankheitseinheit definiert, wäre damit weder eine wesentliche Aussage über Krankheitsablauf und Ätiologie gemacht, noch wäre diese Krankheitseinheit therapeutisch sinnvoll; nur ein kleiner Teil aller ‚Fälle‘ wäre z. B. mit Penicillin therapierbar.

Über das konkrete medizinisch-praktische Handeln liegen bisher kaum theoretische und empirische Untersuchungen vor. Der Status der Kategorie der Krankheitseinheit ist diesbezüglich auch unklar. Von medizinischer Seite her fehlen metatheoretische Überlegungen zur Klä-

zung des diagnostisch-therapeutischen Erkenntnis- und Handlungsprozesses weitgehend. Von sozialwissenschaftlicher Seite wird medizinisches Handeln lediglich im juristischen, ökonomischen, organisatorischen, sozialpsychologischen usw. Zusammenhang gesehen. Ausgehend von der Tatsache, daß das Konzept der Krankheitseinheit das derzeit einzige in der Medizin ist, wird im folgenden der Versuch unternommen zu untersuchen, welche Rolle es im medizinischen praktischen Handeln spielen kann.

Medizinisch-praktisches Handeln, als diagnostisch-therapeutischer Gesamtprozeß verstanden, setzt sich aus zwei ineinanderlaufenden, mehr oder weniger langen ‚Spiralen‘, einer diagnostischen und einer therapeutischen, zusammen. Die ‚diagnostische Spirale‘ (Gross) bezeichnet das fortgesetzte Abwechseln von logischem Schließen und diagnostischer Befunderhebung, an dessen Ende eine mehr oder weniger gesicherte Diagnose steht. Die diagnostische Spirale beginnt damit, daß der Arzt bereits nach den ersten Eindrücken eine vorläufige Diagnose stellt. Diese „muß nun auf ihre Richtigkeit gegenüber neuen Informationen, Labordaten, gezielten Untersuchungen usw. deduktiv geprüft werden. (...) Die vorläufige Diagnose wird dabei entweder verifiziert oder falsifiziert und damit verworfen. Wenn die meisten physikalischen und chemischen Untersuchungen die vermutete Diagnose nicht bestätigen oder widerlegen, beginnt der ganze Prozeß nochmals, diesmal aber bereits mit eingeeengten differential-diagnostischen Hypothesen.“ (Gross 1975, S. 579.)

Wissenschaftlich angeleitete Therapie greift auf die oben erwähnten Ergebnisse der klinischen nosologischen und therapeutischen Forschung zurück. Auf der Basis der gewonnenen, mehr oder weniger gesicherten Diagnose werden die erforschten Zusammenhänge zwischen Krankheitseinheiten, therapeutischen Handlungen und Erfolgen daraufhin überprüft, welche der alternativen Handlungen zu dem Ergebnis mit dem größtmöglichen ‚Nutzen‘ bzw. Erfolg führt. (Vgl. Hofer 1974.)

Diese Ausführungen beschreiben das bisher einzige Konzept der Medizin für eine wissenschaftliche und methodische Grundlage ihres Handelns. Danach ermöglicht es das nosologische Krankheitsverständnis, der klinisch-wissenschaftlichen Forschung als theoretische Basis zu dienen und der diagnostisch-therapeutischen Praxis eine wissenschaftliche Legitimation für ihr ‚vernünftiges Handeln‘ zu geben. Zugestandene Mängel werden als durch fleißige Forschungsarbeit behebbar interpretiert. Dies gilt zum einen für den mangelnden Systemcharakter des nosologischen Wissens. Dem Ideal der ätiologisch definierten Krankheitseinheit widerspricht die überwiegende und rasch zunehmende Zahl von nicht ätiologisch bestimmbar Syndromen sowie die

Heterogenität der Konstruktionsprinzipien der einzelnen Krankheitseinheiten: pathogenetisch, morphologisch, symptomatisch, therapeutisch und funktionell zentrierte Definitionen stehen nebeneinander (Wieland 1975, S. 122). Zum anderen sind die einzelnen Krankheitseinheiten nicht ‚randscharf‘ definiert, d. h. daß sich die Definitionen der einzelnen Krankheitsbilder so überschneiden, daß die diagnostische Subsumtion eines individuellen Zustandsbildes schon aus prinzipiellen Gründen nicht möglich ist. „Schon aus diesem Grunde haben konkrete Diagnosen je nach dem Typus des dem Patienten zugeordneten Krankheitsbildes ganz unterschiedliche Gewißheitsgrade.“ (Wieland 1975, S. 121.)

Nach dieser Darstellung der Konzeption der Krankheitseinheit, die hier als die bisher einzige einheitliche wissenschaftliche Grundlage des medizinischen Handelns angesehen wird, soll nun nach ihrer Zulänglichkeit und Nützlichkeit gefragt werden. Es soll danach gefragt werden, ob sie ihrem ‚Gegenstand‘, dem erkrankten Menschen, angemessen ist und ob sie dem handelnden Arzt eine wirkliche Basis bieten kann. Dies ist zu bezweifeln, wenn man grundlegende Eigenschaften dieser nosologischen Krankheitsauffassung betrachtet. Die nosologische Krankheitsauffassung ist dadurch gekennzeichnet, daß sie bei ihrer Kategorienbildung von drei wesentlichen Aspekten abstrahiert und sie dadurch unberücksichtigt läßt. Sie abstrahiert von

- a. der Dynamik des Krankheitsgeschehens,
- b. der Individualität jeder Erkrankung,
- c. den psychischen und sozialen Bedingungen der Krankheit.

zu a: Krankheitseinheiten sind Abstraktionen von prozeßhaftem Geschehen. Sie sind allgemeine Sachverhalte, deren spätere Diagnose ebenfalls wieder zeitlich punktförmig zu verstehen ist. In den nosologischen Symptomkombinationen in ihrer klassischen Form ist das Moment der Bewegung von Symptom zu Symptom bzw. von einem organischen Stadium zu einem anderen nicht erfaßt, obwohl diese Bewegung sehr wohl gesetzmäßigen Charakter haben und erklärbar sein kann. Eine definierte Krankheitseinheit kann nicht sie selbst und gleichzeitig eine andere sein; dies würde den Bedingungen der Exaktheit und Diagnostizierbarkeit widersprechen. Gerade aber die Dynamik spielt im Krankheitsgeschehen eine wesentliche Rolle. Zunächst ist dabei an die körperliche Eigendynamik zu denken. Z. B. läßt sich die Dynamik des Krankheitsbildes einer Glomerulonephritis nach ‚Auslösung‘ durch einen Infekt weder in ihrer detaillierten Pathogenese noch in ihrer prognostischen Dimension zuverlässig beschreiben. Was unter ‚Glomerulonephritis‘ als Krankheitseinheit verstanden wird, bezeichnet kein einheitliches Bild. Auch die Konstruktion bzw. Erweiterung in verschiedene pathomorphologische Sub-Krankheitseinheiten erlaubt

keine nur annähernd zuverlässige prognostische Aussage. Hinzu kommt eine weitere Dynamik, die durch das ärztliche Eingreifen einsetzt. Ärztliches Eingreifen erzeugt – im nosologischen Denken ausgedrückt – einen veränderten Zustand: es entsteht eine Handlungskette der Form „Krankheit K – Therapie T – das Resultat K'“, eine veränderte Krankheitseinheit. Da solche Handlungsketten jedoch durch die oft große Zeitspanne ärztlicher Behandlung mehrfach verlängert werden, ergibt sich das Problem, die einzelnen Zwischenschritte K', K"... kategorial zu erfassen, denn nach erfolgter Behandlung ist es nicht mehr die ursprüngliche Krankheitseinheit, die therapiert wird. So ist z. B. das klinisch erstmalig aufgetretene Krankheitsbild einer reumatoiden Arthritis sowohl nach Symptomatik als auch zum Teil nach Laborbefunden sowie nach Prognostik und therapeutischer Dimension eine andere Einheit als die Krankheitseinheit ‚rheumatoide Arthritis‘ bei einem Patienten, der hierunter seit 10 Jahren leidet. „Würde man dieser wirklichen Struktur krankhaften Geschehens mit Diagnosen (d. h. Subsumtionen unter Krankheitseinheiten – B. H.) gerecht werden wollen, so müßte man sie im Verlaufe eines solchen Geschehens dauernd ändern oder mit Beiwörtern situationsgerecht überprüfen.“ (Hartmann 1972, S. 121.) Nosologische Kategorien, konsequent zu Ende gedacht, müßten praktisch für sämtliche Therapiestufen ermittelt und kategorisiert werden und ihre Zahl praktisch ins Unendliche gesteigert werden.

zu b: Krankheitseinheiten, als Zusammengriffe allgemeiner Sachverhalte, klammern individuelle Besonderheiten als randständige aus. Es spielt dabei zunächst keine Rolle, ob es sich um Individualitäten aus dem organismischen Bereich oder aus dem psychisch-sozialen Bereich handelt. Nicht in Krankheitseinheiten enthaltene Informationen über individuelle Besonderheiten können im diagnostischen und therapeutischen Prozeß deshalb auch nicht berücksichtigt werden. So ist z. B. die Krankheitseinheit ‚ischämischer Insult‘, der übliche Schlaganfall, der durch eine Minderdurchblutung und nicht durch eine zerebrale Blutung verursacht ist, vorwiegend auf der Basis der angenömmenen Pathogenese und des Erscheinungsbildes (Halbseitenlähmung, Sprachstörung etc.) definiert. Die Tatsache der sehr hohen Variabilität des Verlaufes oder die Tatsache, daß bei allen bekannten Therapieverfahren möglicherweise nur einige wenige Patienten von diesen Verfahren profitieren, weist darauf hin, daß im gewählten Beispiel prognostische und therapeutische Aspekte in die Definition der Krankheitseinheit keinen nennenswerten Eingang gefunden haben. An diesem Beispiel kann die Frage gestellt werden, ob es wissenschaftlich und therapeutisch gerechtfertigt ist, alle Patienten mit Halbseitenlähmung, Sprachstörung und mangelnder Durchblutung unter der Krankheitseinheit ‚ischämischer Insult‘ zusammenzufassen, wo doch individuelle Besonderheiten wie

der Blutdruck, der aktuelle Blutzuckerwert, der Hämatokrit, das Alter des Patienten und anderes diagnostisch, therapeutisch und prognostisch eine größere Rolle spielen kann. Zwar ist die Möglichkeit denkbar, Sub-Einheiten zu bilden, die alle individuellen Größen erfassen, wodurch die grundsätzliche Problematik der Erfassung individueller Zustände durch nosologische Begrifflichkeiten jedoch nicht gelöst wird, wie unten noch gezeigt werden wird. An diesem Beispiel sollte auch deutlich werden, wie problematisch die Nützlichkeit des nosologischen Konzeptes für die medizinische Praxis und Wissenschaft ist. Besonders dann, wenn die Therapie sich starr an die diagnostizierte Krankheitseinheit hält, wenn sie ‚schulmäßig‘ als ‚Fall X‘ durchgeführt wird, sind therapeutische Nicht- oder Mißerfolge wahrscheinlich.

zu c: Daß die heutige naturwissenschaftliche Medizin besonders von psychischen und sozialen Momenten abstrahiert und welche negativen Konsequenzen sich daraus ergeben, soll hier nicht gesondert ausgeführt werden. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß theoretisch psychosoziale Momente in nosologische Kategorien gefaßt werden könnten. Sie würden dann wie organische Daten erfaßt werden, wobei jedoch der lebensgeschichtliche Sinnzusammenhang, in dem sie für den Patienten stehen, im nosologischen Formalismus völlig untergehen würde. In der Realität kommt es jedoch deshalb erst gar nicht zu einer Berücksichtigung der psychosozialen Dimension, da eine therapeutische Einflußnahme auf diesen Bereich meist gar nicht zum Aufgabenbereich der Medizin gerechnet wird. Selbst, wenn wie beim Beispiel der Patienten mit essentiellen Hochdruck, die psychosoziale Dimension gesehen wird, die die Krankheitseinheit ‚essentieller Hochdruck‘ mitbestimmt (Bluthochdruck fördernde Arbeitsplätze, konfliktvolle Familiensituationen etc.), so findet dies in der Regel bei der Therapie keinen Eingang.

Bezüglich zeitlicher, individueller und psychosozialer Besonderheiten, so hat sich gezeigt, besteht eine Spannung zwischen dem tatsächlich Vorliegenden, der Erkrankung eines bestimmten Patienten und der darauf bezogenen Kategorie der Krankheitseinheit. Begriff und Gegenstand fallen auseinander. Krankheitseinheiten, als ‚Modelle‘ im weitesten Sinne verstanden, besitzen zumindest für zeitliche, individuelle und psychosoziale Momente des Objektbereiches eine eingeschränkte Validität.

Auf der Basis des nosologischen Denkens betritt die Medizin nun die folgenden zwei Wege, um trotz der eingeschränkten Validität der nosologischen Kategorien handlungsfähig zu bleiben.

- a. durch Differenzierung und Erhöhung der Zahl der Kategorien werden diese den Einzelfällen angepaßt,

b. die Spannung zwischen Begriff und Einzelfall wird hingenommen und nach alternativen Orientierungen für praktisches Handeln gesucht.

Es ist nun zu fragen, welche Folgen sich aus diesen Versuchen ergeben.

zu a. Die von Dynamik und Individuellem abstrahierenden Kategorien werden individuellen Sachverhalten immer stärker angepaßt. Die Dynamik betreffend heißt dies, das nosologische System um die Gesamtheit aller Krankheitseinheiten zu erweitern, die das Resultat diagnostisch-therapeutischer Prozesse sind, also um K' , K'' ... Das Individuelle betreffend heißt dies, für Abweichungen von einer Krankheitseinheit selbst nochmals eine Kategorie zu bilden; für Abweichungen davon eine weitere und so fort. Dies hieße beispielsweise, nicht mehr von der Krankheitseinheit ‚akutes Nierenversagen‘ sondern von der Einheit ‚akutes Nierenversagen/postoperativ/bei bestehender pulmonaler Insuffizienz/beim Alter X des Patienten/beim Blutdruck Y/bei der familiären Lebenssituation Z etc.‘ zu sprechen. Somit käme es zu einer maßlosen Vermehrung der Zahl der Krankheitseinheiten; erst recht wäre dies der Fall, wenn zusätzlich zu somatischen Individualitäten noch solche aus dem Bereich des Psychisch-Sozialen aufgenommen werden würden. In letzter Konsequenz führte dies also zu einer symptomatischen Angleichung der Zahl der nosologischen Kategorien an die Zahl der denkbar möglichen Fälle, also gegen unendlich. Die aktuelle Anzahl von 30 000 bis 50 000 Kategorien würde damit noch weit überschritten. Die nosologische Art der Abstraktion treibt so aber ihrer eigenen Aufhebung entgegen, denn durch die Angleichung der Begriffe an die empirischen Einzelfälle wird Abstraktion und damit Theorie aufgehoben. Das Endresultat wäre die Abschaffung von Allgemeinbegriffen und die Reduktion auf einen absoluten Empirismus, der nur noch Aussagen der Art zuläßt, daß ein Zustand vorliegt, weil er eben vorliegt. Eine wesentliche Funktion von Theorie, die der Reduktion von Komplexität, ginge damit verloren.

zu b. Eine derartige Entwicklung ist jedoch weder praktisch noch theoretisch-logisch möglich. Medizinisch-praktisches Handeln auf der Basis der Nosologie richtet sich deshalb weiter auf die Spannung zwischen Kategorie und Einzelfall ein und versucht, mit alternativen Orientierungen zu diagnostisch-therapeutischen Entscheidungen zu gelangen. In diesem Sinne trifft Hartmann die „Feststellung, daß jede Beobachtung, jede Einsicht, mag man sie nun Erkenntnis nennen oder nicht, Ausgangspunkt für ärztliche Entscheidungen und Handeln sein kann.“ Dies sei wichtiger „als dieses Tätigwerden des Arztes von einer Diagnose abhängig zu machen.“ (Hartmann 1972, S. 120.) Zur Verdeutlichung soll ein Beispiel angeführt werden: „Unter mehreren Phar-

maka, die bei einer bestimmten Diagnose angewendet werden können, kommt ein Mittel dann nicht in Betracht, wenn der Patient gegen dieses Mittel bereits eine Allergie entwickelt hat. Hier liegt eine therapeutische Differenzierung vor, die nicht auf der Diagnose der zu behandelnden Krankheit beruht, sondern durch eine Disposition, nämlich durch eine bestimmte Reaktionsweise des von der diagnostizierbaren Krankheit befallenen Individuum erzwungen wird.“ (Wieland 1975, S. 33.)

Diese alternativen Orientierungen stützen sich hauptsächlich auf ein Wissen, das unter Umgehung nosologischer Abstraktionen besonders in der medizinischen Grundlagenwissenschaft entstanden ist. Eine unvollständige Aufzählung alternativer Orientierungen müßte enthalten: individuelle Reaktionsweisen, Allergien, Konstitutionen, Umweltbedingungen, Partialfunktionen einzelner Organsysteme etc. (Vgl. Wieland 1975, S. 33, 109, 110, 115, 130). Im Unterschied zur Angleichung der Begriffe an die Einzelfälle ergibt sich durch die alternativen Orientierungen folgendes Dilemma: Die Nosologie strukturiert Denken und Handeln, impliziert aber, daß ihrer Anwendung in der therapeutischen Praxis aufgrund der Spannung zwischen Kategorie und Einzelfall prinzipielle Grenzen gesetzt sind. Andererseits existiert ein alternatives Wissen, das zur diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsfindung auch herangezogen wird. Dieses Wissen ist aber weder systematisch entwickelt, noch gibt es einen geregelten Modus seiner Anwendung, insbesondere wie und wann die beiden Wissenssysteme alternativ angewandt werden sollen. „Es gibt gegenwärtig keine standardisierte Methode, Logik, Ordnung, System, Struktur oder rationales Verfahren zur Klassifikation der klinischen Daten menschlicher Krankheit.“ (Feinstein 1967, S. 124f – Übersetzung B.H.) Gleiches gilt für den therapeutischen Prozeß. Die Existenz von mindestens zwei konkurrierenden Entscheidungsgrundlagen führt aber zur systematischen Blockierung der Anwendbarkeit von Wissenschaft. Dieser Mangel im System medizinischen Wissens wird auf den einzelnen Arzt abgewälzt. Er muß zwischen den verschiedenen Orientierungen auswählen, ohne daß ihm ein Konzept oder gar eine integrierende theoretische Vorstellung vom Menschen dazu zur Verfügung stehen. Wie er letztlich handelt, ist von seiner individuellen Erfahrung abhängig, die sich isoliert und ohne theoretische Unterstützung bilden mußte. Der diagnostisch-therapeutische Prozeß bekommt dadurch tendenziell den Charakter des Zufälligen und Nichtbegründbaren, was Feinstein ‚clinical judgment‘ nennt. „Jeder Kliniker weiß sehr gut, daß seine therapeutischen Entscheidungen permanent nicht nur von einem diagnostischen Etikett beeinflusst sind, sondern auch von den Schattierungen seiner eigenen klinischen Beobachtung. Jeder Kliniker klassifiziert und wendet diese klinischen Schattierungen andauernd an und zwar nicht nur

bei den Schlußfolgerungen seiner diagnostischen Überlegungen, sondern besonders bei den Entscheidungen und Bewertungen der Therapie. Der Kliniker bemerkt jedoch selten seine eigenen Klassifikationen und die Anwendung dieser Schattierungen, weil er sie informell, mannigfaltig oder unbewußt macht – mit all den offenkundigen oder versteckten Nuancierungen einer Schattierung. Indem er glaubt, daß seine Unterscheidungen nicht identifizierbare Nuancen seien und indem er nicht in der Lage ist, den Weg zu bezeichnen, auf dem er sie benutzt, kommen ihm seine eigenen therapeutischen Überlegungen als eine nicht reproduzierbare Handlung vor und er nennt sie das klinische Urteil (clinical judgment).“ (Feinstein 1967, S. 125 – Übersetzung B.H.) Es fehlt also eine Methodik, derartige Erfahrungen mit Theorie zu verbinden, da Diskurs und Abstraktion stark behindert sind; die Theoriebildung ist erschwert. Letztlich leitet dies über zu Entscheidungsregeln, denen eine Wissensbasis vollständig fehlt: „Wegen der Komplexität und Unfertigkeit medizinischer Wissenschaft in Forschung und Praxis muß notwendig immer wieder auf außermedizinische Entscheidungs- und Interpretationsregeln zurückgegriffen werden.“ (Elsner 1975, S. 85.) Diese bestehen in Magie und Irrationalität: „die wichtigsten Eigenschaften, die der Arzt besitzen muß, sind irrational, also nicht meßbar.“ So betrachtet sind zwei Drittel von dem, was der Arzt in seiner Sprechstunde treiben muß, Psychotherapie – und magische Heilkunde.“ (Lippross 1971, S. 24 und 95.)

Aspekte einer zukünftigen Medizin: gegenständliches statt nosologisches Denken

Die oben dargestellten ‚alternativen Orientierungen‘ medizinischen Denkens und Handelns weisen in eine Richtung, die für die zukünftige Medizin charakteristisch sein dürfte. Bei dieser Entwicklung spielen zwei Momente eine wesentliche Rolle: das sich verändernde Krankheitsspektrum und die Zunahme medizinischen Wissens, d. h. die zunehmende Fähigkeit der medizinischen Wissenschaft, den komplexen Zusammenhang des menschlichen Organismus und des gesamten Menschen theoretisch zu reproduzieren.

Während der Entstehung der naturwissenschaftlich fixierten Medizin und des nosologischen Denkens hatten bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts die akut-infektiösen Krankheiten absoluten Vorrang vor den chronisch-funktionellen; die Entstehung sowohl der naturwissenschaftlichen Ausrichtung als auch des nosologischen Denkens müssen in diesem Zusammenhang gesehen werden. Nosologische Kategorien haben für diesen Typus eine größere Validität: ihre Ätiologie ist häufig geklärt und von einfacherer Art; ihr Verlauf ist meist kurz, genau

beschreibbar, eng umgrenzt und variiert weniger von Individuum zu Individuum; körperliche Manifestationen sind meist deutlich und begleiten fast die gesamte Erkrankung. Bei diesen Krankheiten ist es demnach am ehesten angebracht, sie als selbständige Entitäten zu betrachten, ihnen ein eigenes Wesen zuzuschreiben, sie als *die Pest, die Cholera etc.* zu bezeichnen. Es ist allerdings zu beachten, daß lange Zeit nur Teilmomente der Ätiologie bekannt waren: die Infektionserreger. Heute ist bekannt, daß diese nur eine notwendige Voraussetzung für die jeweilige Erkrankung sind. Ob jedoch der Kontakt mit dem Erreger zur Krankheit mit klinisch faßbaren Symptomen führt und wie der Krankheitsverlauf sich entwickelt, ist nachgewiesenermaßen vom Ernährungszustand sowie dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden abhängig. Wie McKeown in einer sehr überzeugenden historischen Analyse zeigen konnte, ist die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten wesentlich aus der Verbesserung der Lebensumstände zu erklären und nicht nur aus der Zurückdrängung und Bekämpfung der Infektionserreger.

Im 20. Jahrhundert hat sich das Spektrum beständig auf die Seite der chronisch-funktionellen Krankheiten verschoben. Bei chronischen Erkrankungen lassen sich selten deutlich voneinander abgrenzende Symptommuster zusammenfassen – unter anderem die Folge dessen, daß der Körper in einer relativ langen Latenzphase versucht, seine normale Funktionsweise aufrechtzuerhalten: „Es entstehen flüchtige Symptome, die bald wieder verschwinden. Andere verstärken sich und bleiben schließlich übrig, wenn die Auseinandersetzung zu einer umschriebenen Störung mit ihren Ausläufern geführt hat.“ (Rothschuh 1965, S. 188.) Das Ziel der nosologischen Kategoriebildung, genau definierte, zeitlich punktförmige Symptommuster zusammenzufassen und ätiologisch auszurichten, kann bei chronischen Erkrankungen aufgrund deren dynamischer Struktur nur sehr schlecht erreicht werden; nosologische Kategorien sind bezüglich chronischer Erkrankungen sehr eingeschränkt valide, wodurch die Notwendigkeit und die Möglichkeit ihrer Ablösung gegeben ist: „Der Zustand des Kranken und damit der Ansatzpunkt zur Therapie ist dynamisch und zeitbezogen. Er kann durch statische Klassifikationen nicht hinreichend gekennzeichnet werden.“ (Hartmann 1972, S. 121.)

Bei der Entstehung alternativer Orientierungen des Denkens und Handelns spielen nicht-nosologische Kenntnisse, vor allem über den Organismus als komplexes System, eine zunehmende Rolle. Dies zeigt eine Zielrichtung der Neufassung medizinischer Begrifflichkeiten an: „An die Stelle der Entitäten tritt das Rechnen mit quasi-stationären Durchgängen, mit Parametern und Organlimits, wird das allzu rigide Schema von Gesundheit und Krankheit durch Bestimmung von Aber-

rationen innerhalb von gewissen Schwankungsbreiten und Stabilitätsgrenzen ersetzt.“ (Lüth 1972, S. 109.) Damit bildet sich aber ein neues Verhältnis von medizinischer Theorie und der Realität krankhaften Geschehens heraus: An die Stelle kasuistischen Denkens tritt ein Denken, das einen umfassenden Begriff vom ganzen Menschen, zumindest von seinem Körper, hat. Dies soll als ‚gegenständliches Denken‘ bezeichnet werden.

Unter dem herrschenden, wohlgemerkt unzulänglichen naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin entsteht in der Form des kybernetischen Theoriebildungsprinzips ein solches alternatives Denken und Handeln. Die Kybernetik bietet auf der Basis der organismischen Auffassung vom Menschen das, was die Nosologie nicht kann: sie stellt ein Instrument zur Modellierung der komplexen Funktionsabläufe des Organismus zur Verfügung, aus dessen konkretisierten Elementen gleichzeitig ein Schema für Krankheiten abgeleitet werden, Krankheit also in Begriffen des Körpers gefaßt werden kann. „Überträgt man dieses stark vereinfachte Modell auf die Definitionsversuche von Krankheit, so können wir sagen: Krankheit ist eine Störung des Regelverhaltens. Unter Störung soll hier eine nicht optimale Sollwerteeinstellung verstanden werden.“ (Höpker 1977, S. 3.) In der Praxis ist damit die Möglichkeit gegeben, nosologisches Denken in der Form starrer „Krankheit – Therapie – veränderte Krankheit“-Ketten abzulösen: „Das Einbahnstraßenverhältnis Diagnose → Therapie“ würde ersetzt „durch ein Fließgleichgewicht, ein Wechselverhältnis von Krankheitsablauf und Therapie, in dem der Arzt oft mit technischen Hilfen Ist- und Sollwerte gegeneinander abgleicht.“ (Hartmann 1972, S. 11.) Aber auch die Kybernetik, die sämtliche Momente der Realität als gleichartige in einen sinnleeren, nicht verstehbaren Zusammenhang setzt, ist nicht in der Lage, einen umfassenden Begriff vom Menschen zu liefern.

Mit der zuletzt dargestellten Tendenz sollte gezeigt werden, daß in der theoretischen und praktischen Medizin eine Entwicklung notwendig und möglich wird, die sich durch eine Abkehr von der nosologischen Fassung des Krankheitsbegriffes auszeichnet und sich am ‚Gegenstand Mensch‘ orientiert, nicht an einer von ihm isolierten Größe, der ‚Krankheit‘. In diesem Sinne ist die Einbeziehung der Kybernetik als ein gewisser Fortschritt zu bezeichnen, der jedoch so lange unbefriedigend bleiben muß, so lange es nicht gelingt, die körperliche, die psychische und die soziale Dimension menschlichen Lebens in das medizinische Denken und Handeln zu integrieren, eine ‚allgemeine und integrierende Theorie der Medizin‘ (Thoma 1975, S. 37) zu schaffen.

Literaturverzeichnis

- Elsner, Gine: Medizinische Wissenschaft und ärztliche Tätigkeit, in: Gewerkschaften und Medizin 5, Westberlin 1975.
- Feinstein, Alvan, R.: Clinical judgment, New York 1967.
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik, München 1973.
- Gross, R.: Zur allgemeinen Theorie der medizinischen Diagnostik und Therapie; in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 35/1975.
- Hartmann, F.: Begriff und Funktion der Diagnose; in: Münch. medizinische Wochenschrift, 114. Jhg., Heft 4, Jan. 1972.
- Höpker, Wilhelm-Wolfgang: Das Problem der Diagnose und ihre operationale Darstellung in der Medizin, Berlin-Heidelberg-New York 1977.
- Hofer, E.: Die ärztliche Entscheidung; in: Deutsches Gesundheitswesen, 1974, H. 6-10.
- Lippross, O.: Medizin und Heilerfolg, Frankfurt a. M./Hamburg 1971.
- Lüth, P.: Kritische Medizin, Reinbek 1972.
- Rothschuh, K.E.: Prinzipien der Medizin, München/Berlin 1965.
- Thoma, P.: Zur Bedeutung der Mensch-Umwelt-Beziehung in der Medizin – Zur theoretischen Begründung der Medizinsoziologie; in: Geissler, B./Thoma P. (Hrsg.): Medizinsoziologie, Frankfurt a. M. 1975.
- Wieland, W.: Diagnose – Überlegungen zur Medizintheorie, Berlin/New York 1975.

Gunther Kruse

Situation und Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratungsstellen am Beispiel der Beratungsstelle Linden (Hannover)*

Im Januar 1972 wurde in Hannover die erste sozialpsychiatrische Beratungsstelle eröffnet, es folgten vier weitere. Die Initiative ging im wesentlichen von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) aus. Von dort wurde auch die Sektorisierung Hannovers in 5 Bereiche mit jeweils einer Beratungsstelle vorangetrieben, die mit dem zugeordneten psychiatrischen Krankenhaus zusammenarbeiten. Die Vorgeschichte und die Erfahrungen mit der sektorierten Psychiatrie hat Bauer¹ für den Hochschulbereich ausführlich dargestellt. Basaglia soll die Modelleinrichtung der MHH das „Brasilia der deutschen Psychiatrie“² genannt haben.

*Dieser Aufsatz beruht in einigen Teilen auf einer Darstellung⁴¹ in den „Sozialpsychiatrischen Informationen“, die vom Team der BS Linden erstellt wurde.

I Status der Beratungsstelle

Stadt als Träger der Beratungsstellen (BS)

Die Mitarbeiter von 4 Beratungsstellen, im allgemeinen pro BS 1 Psychiater, 1 Sekretärin, 3 Sozialarbeiter (davon 2 im Anerkennungs-jahr) und 1 Krankenschwester (mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung), sind Angestellte des Gesundheitsamtes. Damit hat die Stadt erhebliche finanzielle Verpflichtungen auf sich genommen (Kosten für 1978: DM 1 145 000)³, zu deren Übernahme sie rechtlich nicht verpflichtet war. Diese Vorleistung kann man sich nicht ohne weiteres erklären, zumal die sozialpolitische Werbewirksamkeit von BS für psychisch Kranke denkbar gering sein dürfte; die von Hallenbädern sei viel größer, bedeutete uns ein Ratsherr. Tatsächlich war es nicht die Not der unversorgten psychisch Kranken, die die städtischen Gremien zu solch löblichen und opfervollen Aktionen schreiten ließ, sondern die Erwartung, die sich später allerdings als falsch herausstellte³, daß man durch einen Ermächtigungsvertrag zwischen Fachärzten und den Krankenkassen die Unkosten ungefähr wieder hereinbekommen werde.

Seit April 1977 besteht ein Pauschalvertrag (DM 100,- im Quartal pro Patient) zwischen dem leitenden Arzt der Abteilung Sozialpsychiatrie und den RVO-Kassen. Im April 1978 wurde ein Vertrag zwischen den Fachärzten und den Ersatzkassen für Einzelleistungsabrechnungen geschlossen. Die eingegangenen Gelder beliefen sich z. B. 1978 auf DM 280 000³ und wurden der Stadtkasse zugeführt. Es verbleibt ein sogenanntes Defizit von ca. DM 850 000.³

Wegen dieser Mindereinnahmen wird seit Bestehen der BS – verstärkt in Zeiten scheinbarer finanzieller Engpässe (z. B. Wegfall der Lohnsummensteuer) – laut oder schriftlich darüber nachgedacht, wie sie zu verringern seien. Die Gedanken der Gremien (Gesundheitsdezernat, Gesundheitsausschuß, Verwaltungs- und Haushaltsausschuß) reichen von „Einschmelzung“ der BS (inzwischen in Angriff genommen) über die besonders beliebte Forderung nach Erhöhung der Krankenschein-zahlen (am besten auf 450–500)⁴ bis hin zur Anbindung direkt an die Kliniken (dadurch andere Kostenträger) oder die Privatisierung³ (möglich durch das neue Niedersächsische Psychisch-Kranken-Gesetz (Psych-KG). Durch dieses Gesetz wurde die Einrichtung eines sozialpsychiatrischen Dienstes zur Pflicht gemacht, so daß er jetzt keine freiwillige Leistung der Stadt mehr ist. Gleichzeitig sollen danach jedoch die Aufgaben gemäß dem Subsidiaritätsprinzip anderen Trägern überlassen werden.

Durchlöcherung des „Sicherstellungsauftrages“?

Über die Ermächtigungsverträge ist es einerseits gelungen, die Geldquelle der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzapfen, andererseits

wurde es dadurch den BS möglich, auch Behandlungen im kassenärztlichen Sinne durchzuführen.

Zu diesem Zeitpunkt lagen die Ergebnisse der Enquête schon vor, die u. a. in Aussagen⁶ gipfelten, daß nur bei einem Fünftel, auf dem Lande bei weniger als einem Zehntel aller entlassenen Patienten von einer qualitativ an der unteren Grenze des Erwartbaren liegenden nervenärztlichen Nachbehandlung gesprochen werden könne. „Durchgehend und gleichzeitig regelmäßig mindestens einmal monatlich, dabei mit einer über eine reine Medikationsverschreibung hinausgehenden Zuwendung in den Sprechstunden behandelt werden in der ambulanten Praxis niedergelassener Nervenärzte 9% aller Entlassenen.“⁶

Andere Patienten als in der Nervenarztpraxis

Untersuchungen haben ergeben, daß sich die Klienten von BS und Nervenärzten außerordentlich unterscheiden. 16% unserer Patienten⁷ kommen wegen psychiatrischer Störungen des höheren Lebensalters, im Berliner Sozialpsychiatrischen Dienst (SpsD) sind 33%⁸ der Klienten über 65 Jahre alt, während in Nervenarztpraxen⁹ um die 4% aus den gleichen Gründen in Behandlung sind. Bei den Süchtigen sind die Unterschiede noch gravierender: ca. 3% bei den Nervenärzten, ca. 27% in der Beratungsstelle Linden, ca. 33% im Berliner SpsD. Patienten mit der Diagnose Schizophrenie machen in der Nervenarztpraxis zwischen 5,0 und 8,4%^{9, 12} aus, in der BS Linden sind es 15,1% und in West-Berlin beim SpsD waren es 20%.¹⁰

Dörmer und Plog¹¹ gehen davon aus, „daß Patienten mit alterspsychiatrischen und schizophrenen Störungen, Abhängige, geistig Behinderte sowie Angehörige der sozialen Unterschicht und der Randgruppen – und das sind gerade die wichtigsten Problemgruppen – durch Nervenärzte nicht hinreichend ambulant versorgt werden“.

Ein besonderes Licht auf die Versorgungsqualität in nervenärztlichen Praxen wirft auch die von Weinland¹² mitgeteilte Zahl von 635 Patienten pro Quartal und Arzt; in der BS Linden wurden im ganzen Jahr „nur“ 691 Patienten registriert.

Auf das Quartal bezogen hatten wir IV/79 ca. 240 Patienten, die 180 Krankenscheine beibrachten; 60 waren nicht abrechenbar (Sozialamt, Kasse nicht bekannt, Anonyme). Zum Vergleich: Aus der Praxismgemeinschaft Heerstr. Nord¹³ werden 200 Scheine bei Halbtagsstätigkeit (Psychiatrie/Neurologie) abgegeben, die im Durchschnitt DM 85,- erbrachten; Krüger¹⁴ berichtet aus seiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis von ca. 220 Scheinen (pro Schein DM 120,-). Obwohl die beiden Beispiele schon weit unterhalb des vorn genannten Patientendurchschnittes liegen und dadurch dementsprechend für den einzelnen Patienten mehr Zeit zur Verfügung steht, müssen wir in der BS (bei einem Vielfachen des Personals) von einer höheren Intensität und einem größeren Zeitaufwand pro Patient ausgehen, was durch die „noch kläglichen psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Gebührenordnungen“¹⁵ nicht entfernt abgegolten wird.

Andere Sozialpsychiatrische Dienste

Müssen in bayrischen Gesundheitsämtern der Landkreise die Sozialarbeiter neben vielen anderen Aufgaben auch noch die psychiatrische Nachsorge betreiben ohne Kooperation vonseiten der Bezirksspitäler, so gibt es in München schon mehrere komplette sozialpsychiatrische Teams, meist in freier, eines in kommunaler Trägerschaft²¹. In keinem Fall darf jedoch ‚behandelt‘ werden, so daß man immer auf die Zusammenarbeit mit Nerven- oder Hausärzten angewiesen ist. Der Berliner Sozialpsychiatrische Dienst, vielfach beschrieben²², darf auch nur Patienten ‚behandeln‘, „bei denen aus Gründen mangelnder Eigeninitiative und krankheitsbedingter Hemmungen kein ausreichender Kontakt zu einem niedergelassenen Nervenarzt hergestellt werden kann oder die wegen der Eilbedürftigkeit oder ihrer besonderen sozialen Situation an einen niedergelassenen Arzt nicht überwiesen werden können“ (zitiert nach *Pontzen*²²). Aus dieser Regelung ließe sich eine ausreichende Handhabe für eine medikamentöse Behandlung ableiten, doch *Meine-Hagemann* und *Voigtländer*²² stellen fest, daß davon nur zögernd Gebrauch gemacht wird. Die Autoren halten das für problematisch, weil ihres Erachtens der SpsD für viele Patienten die einzige Versorgungseinrichtung darstellt und die Patienten somit medikamentös unversorgt bleiben; sie diskutieren, ob die fehlenden Laboreinrichtungen oder die mangelnde Erfahrung im Umgang mit Psychopharmaka für den zurückhaltenden Gebrauch verantwortlich seien. Wahrscheinlich dürfte die von Mitarbeitern der Modellberatungsstelle in Uelzen²³ vertretenen Auffassung sein, daß nach Möglichkeit in alternativen Versorgungseinrichtungen, wie sie die BS darstellen könnten, keine Medikamente benutzt werden sollten. Durch die bewußte Beibehaltung der Trennung in Sozialpsychiatrische Beratungsstellen einerseits und Nervenarztpraxis andererseits schützt man sich vor dem Griff zu Rezeptblock und Spritze (zumindest in der BS). Auch in Uelzen spekuliert man jedoch offenbar auf die Möglichkeit einer guten Kooperation mit den niedergelassenen Nervenärzten. Die Krönung der Zusammenarbeit wäre ein „Verbundsystem“, wie es die Enquête-Kommission vorschlägt. Zu Recht betont jedoch *Gaedt*²⁴, daß völlig unklar bleibe, wie der Nervenarzt integriert werden soll. Zufällig und unplanbar sei seine Niederlassung, zufällig sein Einzugsgebiet, zufällig die Zeiten seiner Sprechstunde, zufällig die Auswahl seiner Behandlungsmethoden, zufällig seine Kooperationsbereitschaft.

Beratung und Behandlung in einer Hand

In den Hannoverschen BS kann rezeptiert und behandelt werden, was – trotz Würdigung der vorgenannten Überlegungen – dringend erforderlich ist und weiter ausgebaut werden muß im Rahmen eines

öffentlichen Versorgungssystemes. Abgesehen davon, daß die Koordination der geplanten Maßnahmen zwischen BS und diversen Arztpraxen schwierig, umständlich, zeitaufwendig und für den Patienten unzumutbar ist (man denke an die vollen Wartezimmer), so ist es außerdem falsch, sich im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Konzeptes vor unpopulären Maßnahmen, wie Medikamentenverschreibung oder Einweisungen zu drücken. Mir scheint es geboten, die Notwendigkeit der ins Auge gefaßten Maßnahmen dem Patienten persönlich zu vermitteln. Der Gefahr, schon vor restloser Auslotung anderer Lösungsmöglichkeiten, Medikamente zu verschreiben, kann durch eine kritische Haltung und vor allem durch die Teamkontrolle begegnet werden.

Personelle Zusammensetzung und Sektorbeschreibung

In der BS Linden arbeiten 6 Personen: Arzt, Sozialarbeiterin, Krankenschwester, 2 Sozialarbeiterpraktikanten (jeweils nur 1 Jahr), 1 Sekretärin; gelegentlich kommen Kurzzeitpraktikanten hinzu. Zuständig sind wir für einen Sektor, in dem 120 000 Einwohner leben. Die BS findet man inmitten eines Arbeiterviertels (Linden) mit inzwischen überalterter Bevölkerungsstruktur und einem hohen Ausländeranteil. Die Umgebung gilt als Sanierungsgebiet. Um diesen Kern herum liegen weitere Stadtteile, ohne Sanierungsproblematik, mit überwiegender Arbeiterbevölkerung. Am Rande unseres Sektors entstanden 2 Satellitenstädte mit nahezu völlig fehlender Infrastruktur. Als zusätzliche Problemgebiete sind sogenannte Schlichtbausiedlungen anzusehen, in denen Menschen untergebracht sind, die früher als obdachlos bezeichnet worden wären; durch eine innerstädtische Sprachregelung wurden jedoch aus Asylen Schlichtbauwohnungen und dadurch die Problematik der Obdachlosen „aus der Welt geschafft“.

Die Ausdehnung des Sektors ist recht groß, in entferntere Gebiete muß man 10–12 km zurücklegen, z. T. allerdings auf Schnellstraßen. Für Klienten ohne Auto sind wir zwar mit der Straßenbahn zu erreichen, häufig jedoch erst nach Umsteigen. Eine stadtteilbezogene Versorgung kann deshalb nur für Linden und Limmer sichergestellt werden.

Vergleiche mit Italien

Das der Übertreibung aus reformerischen Überschwangs unverdächtige Deutsche Ärzteblatt²⁵ berichtet am Beispiel Triests, daß die Stadt in 6 Bezirke mit je 60 000 Einwohnern aufgeteilt wurde. In jedem dieser Bezirke wurde ein „Zentrum für seelische Gesundheit“ eingerichtet, in dem je 4 Ärzte, 2 Sozialarbeiter und rund 20 Pflegekräfte arbeiten. Nach Zenker²⁶ sind in der Stadt Arezzo 51 Mitarbeiter des psychohygienischen Dienstes für 100 000 Einwohner zuständig, in Valdarno 15 Mitar-

beiter für 50 000 Einwohner. Der Vergleich zeigt überdeutlich, welche anderen Bedingungen geschaffen werden konnten, indem das Personal nach partieller Auflösung der psychiatrischen Krankenhäuser aus der Krankenwärterrolle in eine aktive vorbeugende und nachsorgende Tätigkeit eingeschleust wurden.

II Aufgaben der Beratungsstelle

Es sind 2 Aufgabenkreise abzudecken, einerseits der amtsärztliche Dienst und die Amtshilfe, andererseits Betreuung, Behandlung und Beratung.

Amtsärztliche Tätigkeit

Die amtsärztliche Tätigkeit besteht im wesentlichen aus psychiatrischen Gutachten über Führerscheintauglichkeit, Dienstfähigkeit, aus sozialhygienischen Stellungnahmen und Begutachtungen gem. §§ 39/100 BSHG.

Bei der Einrichtung von Gebrechlichkeitspflegschaften beginnt schon die Überlappung von amtsärztlichem Dienst und betreuender Tätigkeit. Trotz des Prinzips äußerster Zurückhaltung haben wir 68 Gutachten zur Einrichtung von Gebrechlichkeitspflegschaften im Jahre 1979 erstattet; meist bei Patienten, die aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegt werden sollten und ihre Angelegenheiten (z. B. Heimaufnahmeantrag, Wohnungsauflösung) nicht mehr regeln konnten.

Soziale Kontrolle

Obwohl nach dem neuen „Psych-KG“ auch die Nervenärzte Gutachten über Schutzmaßnahmen (Zwangseinweisungen) abgeben können, verbleibt ein Großteil dieser Aufgaben beim Gesundheitsamt bzw. bei den BS. Ein Ärgernis war, daß wir anstelle des Nervenarztes Zwangseinweisungen vornehmen sollten, um dessen gutes Verhältnis zum Patienten zu erhalten. Festzuhalten bleibt, daß wir 1979 45 Patienten gegen ihren Willen in die psychiatrische Klinik eingewiesen haben, meist Alkoholranke und akut psychotische Patienten.

Gerade am Beispiel der Zwangseinweisungen wird die Bandbreite der Handlungsindikationen deutlich. Der fürsorglicherisch ärztliche Aspekt einer Einweisung, um die Gefahr „schwerwiegenden gesundheitlichen Schadens“ abzuwenden, kann auch zur Verdeutlichung dienen, „wie die Psychiatrie durch das Festhalten an einem ausschließlich auf das Einzelindividuum zentrierten „medizinischen“ Handlungsmodell immer wieder ganz widerstandslos zu einem mächtigen Mittel sozialer Kontrolle werden muß!“²⁷

Einem französischen Autorenkollektiv gelang die folgende Zuspitzung:

„Eine kapitalistische Gesellschaft kann Müßiggang nicht dulden und stellt alles mögliche an, um ungenutzte Arbeitskraft zu verwerten und sie erneut dem Produktionsmarkt zuzuführen. Und in dieser Hinsicht muß gesagt werden, daß es hier nicht mehr nur um die eigentlichen Psychiater geht, sondern auch um das ganze Netz von Psychologen, Psychotherapeuten, Betriebspsychologen, Sozialpsychiatern, Fürsorgern, Industriepsychologen und anderen Fachidioten, die fast überall die Polizei der Abweichung bilden. . . Die Psycho-Bullen sind die nützlichsten Agenten des Systems. . . Zwischen einem Psycho-Bullen und einem normalen Bullen besteht kein Wesensunterschied.“²⁸

In diesem Zusammenhang schreibt *Finzen*²⁹ von „jener ungunen, aber wohl unvermeidlichen Doppelfunktion der Psychiater: zum einen, dem Klienten zu helfen; zum zweiten, jene anderen, „Verwandte, Polizisten und Richter“ – Repräsentanten der Ordnungsgesellschaft – vor ihnen zu schützen, von ihnen zu entlasten, zu befreien.“ Die Janusköpfigkeit einer hervorragenden modellhaften sozialpsychiatrischen Versorgung wird besonders plastisch am Beispiel Italiens:

„Die Gefahr liegt hier in etwas, das als die „Reproduktion der Anstalt in die Sozialstruktur“ bezeichnet worden ist, ihre Dezentralisierung in eine Vielzahl von kleinen Einrichtungen, die zwar offen arbeiten, jedoch den gleichen Denkschemata folgen; die Erneuerung der Psychiatrie, vor allem eine solche ihrer Konzeptionen, des Verhältnisses der psychiatrischen Hilfe zu dem sozialen Problem des psychischen Leidens, muß sich auch gegenüber dieser Gefahr definieren. Die soziale Ausgrenzung, wie sie die Anstalt symbolisiert, findet ja primär im gesellschaftlichen Bereich selbst statt; die Frage, die sich die in die Gemeinde eingetretene Psychiatrie mehr denn je stellen muß, geht dann dahin, wie sie dieser Gesetzmäßigkeit der sozialen Ausgrenzung entgegen gehen kann, die auch ohne die Anstalt nicht aufhört. . .“ (*Riedmüller, Simons*)³⁰

Ob auch in der BRD „die Transformation der psychiatrischen Kontrollpraxis von der Anstalt in die sanfte Kontrolle der Sektorpsychiatrie“³¹ einmal Wirklichkeit wird, sei dahingestellt. Für's Erste scheint man sich noch auf plumpere Methoden zu verlegen, wie die Institutionierung des Chicagoer Modells „Präventionsprogramm Polizeisozialarbeit“ als Krisen- und Kriminalitätsprophylaktikum in Hannover aufzeigt. Nachdem in anderen Städten die Versuche mit Kontaktbereichsbeamten (in Hannover auch vorhanden) und Jugendpolizisten sehr zweifelhafte Ergebnisse zeitigten, ist dies jetzt eine neue Variante, deren Erprobung zunächst nur im Bereich der BS Linden läuft. Dort wurden im Polizeirevier 6 Sozialarbeiter (zumindest stellenplanmäßig) postiert, deren Arbeit von einem Wissenschaftlerteam begleitet wird.

Eigene Aufgabenstellung

Das Team der BS Linden hat vor einiger Zeit einmal gesprächsweise festgestellt, daß es zum Gutteil aus sozialromantischen Motiven im „roten Linden“ arbeiten wollte. Von den damit verbundenen Vorstellungen und Ideen haben wir erhebliche Abstriche machen müssen.

Doch guten Gewissens kann man feststellen, daß wir wenigstens ein Ziel verfolgt haben, nämlich denjenigen zu helfen bzw. sie zur Selbsthilfe zu befähigen, die sonst kaum oder keine Unterstützung bekommen.

Wir vermitteln möglichst alle Klienten weiter, die in der Lage sind, sich an anderer Stelle Hilfe zu besorgen (Nervenärzte, Psychotherapeuten, Ehe- und Familienberatung, Alkoholiker- und Angehörigengruppen usw.).

So sorgen wir dafür, daß außer den allgemeinen Aufgaben, wie sie im Zwischenbericht³² formuliert wurden,

1. Nachsorge nach Krankenhausentlassung
2. Vorbeugung, insbesondere Behandlung von Krisen und leichteren Erkrankungen in der natürlichen Umgebung der Patienten mit dem Ziel, eine stationäre Aufnahme zu verhindern,
3. Einweisung krankhausbedürftiger Patienten in das zuständige psychiatrische Krankenhaus, unter Umständen auch gegen den Willen des Betroffenen,
4. Vermittlung sozialer und beruflicher Hilfen im Rahmen von Vorbeugungs-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen,
5. Beratung anderer psychosozialer Einrichtungen

uns im wesentlichen die Betreuung der von *Kisker*¹⁵ beschriebenen Patientengruppen möglich wird:

„Bleiben die psychiatrischen Problemgruppen der Psychotiker (der zyklolythymen Verstimmungen und schizophränen Negativexistenzen aller Schattierungen), der psychischen Alterskrankheiten, der Alkohol- und Drogenabhängigen, der malignen Neurosen, Menschen, die häufig genug den Arzt meiden, weil ihre absonderliche Wirklichkeit weit weg von unserem medicosozialen Hilfsangebot angesiedelt ist“.

Zu unserem Vorgehen steht der Wunsch der städtischen Gremien nach einer Erhöhung der Scheinzahlen in völligem Widerspruch, denn die kann nur erhöht werden, indem man „möglichst leichte Fälle im Zweiminutenstil durchzieht“.

Gegen solche Ansinnen haben wir uns gewehrt und werden es weiter tun. Es gilt, den „Behandlungsschwierigen und den Behandlungsunwilligen“³³ Angebote zu machen. Dies sind die chronisch psychotischen Patienten, die psychogeriatrischen Patienten, die chronifizierten Neurotiker und Persönlichkeitsgestörten sowie die chronisch Alkoholabhängigen, die zahlenmäßig das Hauptkontingent stellen.

Aus dem bereits Dargestellten läßt sich ableiten, daß die meisten Klienten die BS nicht von sich aus aufsuchen, sondern über andere an uns vermittelt werden. Ein Großteil wird aus dem LKH Wunstorf bei uns zur Nachsorge angemeldet, andere werden über Dritte an uns verwiesen (niedergelassene Ärzte, Sozialamt, Polizei bzw. Polizeisozialarbeiter, Familie, Pastor bzw. Kirchengemeinde usw.) und zu einer weiteren Gruppe wird mehr oder weniger unfreiwilliger Kontakt hergestellt (Klienten in Altenoder Männerwohnheimen, Krankenhäusern oder über die Polizei).

Nachsorge für LKH-Patienten

Platt gesagt heißt Nachsorge für uns, Wiederaufnahmen in die Klinik zu vermeiden oder, um das modische Wort zu benutzen, Drehtürpsychiatrie zu verhindern. Man sollte an dieser Stelle darauf hinweisen, daß die Drehtürpsychiatrie immerhin schon eine Fortentwicklung der, – das Wortspiel sei erlaubt – „Schiebetürpsychiatrie“ ist, bei der die Patienten spätestens nach der 3. Zwangseinweisung auf chronischen Stationen „verschwanden“. Der Hinweis ist deshalb wichtig, weil wir einige der „verschollenen“ Patienten betreuen und, weil es gewichtige Überlegungen gibt, doch lieber einen gelegentlichen kurzfristigen Klinikaufenthalt³⁴ in Kauf zu nehmen, als eine dauernde medikamentöse Therapie mit den gefürchteten Spätnebenwirkungen³⁵.

Praktisch sieht unsere Arbeit so aus, daß wir noch vor der Klinikentlassung mit den Patienten Kontakt herstellen, meist in der Form, daß sie uns bei einem ihrer Urlaube aufsuchen und mit uns die weitere Art der Betreuung absprechen. Wenn erforderlich, sollten die Patienten schon vor der Klinikentlassung auf ein Depotneuroleptikum eingestellt sein, dessen Verabreichung dann durch uns sichergestellt wird, solange es notwendig ist. Nicht selten gehen die Ansichten über die Notwendigkeit einer Medikamententherapie zwischen den Therapeuten und den Patienten auseinander. Wenn es nicht gelingt, eine einvernehmliche Lösung zu finden, werden wir im Regelfall die Wünsche und Vorstellungen des Patienten beherzigen. Auf jeden Fall soll die Beziehung zum Patienten aufrecht erhalten werden, denn wir wissen spätestens seit den schon zitierten Untersuchungsergebnissen von *Bosch* und *Pietzcker*⁶, daß vor allem abgebrochene Behandlungen zur Wiederaufnahme führen. Demzufolge werden wir umso bemühter eine nachgehende Betreuung organisieren, je gefährdeter jemand ist bzw. je öfter jemand schon in der Klinik war. Selbstverständlich hüten wir uns davor, jemanden in ein Sozialpsychiatriekokon einzuspinnen, den eine einmalige Krise in die Klinik oder zu uns führte. Wir sehen uns damit einig mit *Plog*³⁶, die auf der letztjährigen DGSP-Tagung in Freiburg vor dem „stahlharten Spinnennetz ambulanter Versorgung“ warnte, „dessen Gefängnisartigkeit beinahe unsichtbar wird.“

Beratung und Vorbeugung

Hier spielt die Krisenprävention und -intervention eine gewisse Rolle, ohne daß sie jedoch sehr in den Vordergrund treten; von einem Kriseninterventionszentrum, schon gar im Sinne des zuletzt von *Bertram*³⁷ beschriebenen, unterscheidet uns eine ganze Menge, da wir von den meisten Krisen erst hören, wenn sie vorbei sind. Unsere Dienstzeiten sind tagsüber, während Krisen sich meist abends oder am Wochenende abspielen. Auch für die vielen Patienten, die nach einem Selbststö-

tungsversuch im Krankenhaus liegen, können wir an Betracht unserer Personalsituation nichts im Sinne der anerkannten Regeln tun, bestenfalls übernehmen wir die weitere Betreuung.

Außerdem kollidiert der Interventionsaspekt mit unserer Absicht, für die bei uns angemeldeten und betreuten Patienten genügend Zeit zu einem Gespräch zu erübrigen. Gelegentlich gibt es bei der Einhaltung dieser Regel schon deshalb Probleme, weil Klinikeinweisungen ja auch zur Krisenintervention zählen und nicht selten mit großem Zeitaufwand verbunden sind; noch größer ist er zumeist, wenn man die Einweisung verhindern kann.

Institutionsberatung

Institutionsberatung erfolgt vor allem bei der Familienhilfe des Sozialamtes, insbesondere den Außenstellen, im Altenwohnheim und in Krankenhäusern. Gerade mit den Altenwohnheimen hat sich eine recht gute Zusammenarbeit ergeben. Wir werden nicht mehr erst dann gerufen, wenn nichts mehr zu retten ist, sondern frühzeitig um Rat gefragt, da es gelang, gegenseitige Vorurteile abzubauen (z. B.: „die wollen den nur los werden“ oder „der BS-Arzt kommt nur für Zwangseinweisungen“). Wichtig ist, durch Übernahme eines Teiles der Verantwortung in der Betreuung eines neuen Heimbewohners eine Verlängerung der Eingewöhnungszeit im Wohnheim zu erzielen und dadurch eine Klinikeinweisung zu vermeiden, die meist, so sind unsere Erfahrungen, nicht mehr verkräftet wird (s. auch *Rempp*³⁸).

§ 218-Beratung und Indikationsstellung

Beides zählt zu unserem Aufgabengebiet. 1979 führten wir 25 sog. Schwangerschaftsberatungen durch, stellten 24 Indikationen fest, wovon 2 psychiatrisch und 22 mit sozialer Notlage begründet waren.

Wie werden die Kontakte gestaltet?

Grundsätzlich machen wir alle Erstgespräche und somit auch Hausbesuche zu zweit. Zu den Gesprächen bei uns haben die Klienten Termine, zu den Hausbesuchen melden wir uns schriftlich an. Anonymität kann, wenn erwünscht, zugesichert werden.

Wir gehen davon aus, daß der Verlauf des Erstgesprächs sehr wichtig für alles Künftige ist und stellen entsprechend Zeit zur Verfügung. Ziel ist es, die Problematik des Klienten abzuklären und zu sehen, ob er bei uns an der richtigen Adresse ist; ihn zum Ende des Gesprächs seine Erwartungen an uns ausformulieren zu lassen und eine Art Vertrag zu schließen – etwa mit dem Inhalt, daß „Selbsthilfe vor Fremdhilfe“¹¹ gehen soll.

Oft reicht ein Gespräch mit nachfolgender Einleitung entsprechender Maßnahmen (Sozialhilfe, Hauspflegerin usw.), gelegentlich werden über einige Zeit stützende Gespräche geführt, mitunter auch die Angehörigen (mit Einverständnis des Betroffenen) hinzugezogen.

Häufig ist das wesentliche Problem die Einsamkeit. Wir bemühen uns dann um Aufnahme in Gruppen. Wenn das aufgrund zu weitgehender Behinderung nicht möglich ist, bieten wir unsere eigenen Kaffeerrunden an.

Hausbesuche können erforderlich werden bei Leuten, die nicht von sich aus in die BS kommen können oder wollen. Sie sind manchmal die einzige Art, zu jemandem Kontakt herzustellen und beizubehalten. Selten dienen die Hausbesuche dazu, die familiäre Situation oder die Wohnverhältnisse kennenzulernen; wobei immer das Einverständnis der betreffenden Bewohner eingeholt wird, häufig dienen sie zur Not- einweisung Alkoholintoxikierter. In Krisen werden bei anderen Patienten nötigenfalls tägliche Hausbesuche durchgeführt, einschließlich Einkaufen, Ernähren, Waschen und Medikamentenverabfolgung. 1979 wurden auf diese Weise von 3 Mitarbeitern 8650 km verfahren.

Kaffeerrunden

Dienstags und donnerstags werden Kaffeerrunden durchgeführt. Persönlich halte ich diese Angebote für die wichtigsten und therapeutisch erfolgreichsten Maßnahmen der BS. Die Gruppenmitglieder sind zumeist sehr gestört, sowohl was ihre sozialen Fertigkeiten betrifft, als auch ihre psychiatrisch relevante Symptomatik mitsamt den sehr unangenehmen Langzeitnebenwirkungen der Neuroleptika (Schmatzbewegungen, Schleuderbewegungen der oberen Extremitäten). Nachdem man gemeinsam Kaffee und Kuchen zu sich genommen hat, werden Spiele veranstaltet.

Der Versuch einer themenzentrierten Gesprächsführung in einer anderen Gruppe darf als gescheitert angesehen werden (offenbar war es mehr unser Bedürfnis, eine anerkannte vorzeigbare Therapietechnik anzuwenden), nicht jedoch der Versuch, handwerkliche Tätigkeiten (Basteln, Malen, Granulararbeiten) auszuüben. An sich waren die Gruppen für den einzelnen Patienten nicht als Dauermaßnahme geplant, es besteht tatsächlich jedoch nur eine sehr geringe Fluktuation und diverse Abnabelungsversuche (sowohl einzeln als auch in einer Selbsthilfegruppe) waren nicht sehr erfolgreich. Zwar haben wir die *Dörnersche*³⁹ Maßgabe: „Bei jedem Schritt, den ich tue, denke ich: Wie mache ich mich überflüssig?“ nicht immer vor Augen gehabt, doch ist Zweifel erlaubt, ob es allein daran lag und nicht an der Situation, in der die betreffenden Klienten leben (ledig, verwitwet, geschieden, allein lebend). Etliche erhalten während der Kaffeerrunde Medikamente,

hauptsächlich orale Depotneuroleptika. Ausführlichere Darstellungen sind an anderer Stelle zu finden.^{7,41}

Ein weiteres Gruppenangebot war eine Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige.

Dokumentation

Einen erheblichen Teil der Arbeitszeit frißt die Dokumentation unserer Arbeit. Obligat bei unseren Kontakten ist die Niederschrift der Problematik, des Verlaufs und des weiteren Vorgehens in einer Akte oder einem Einmalvorgang; noch einmal zu betonen ist jedoch, daß auf Wunsch des Klienten seine gesamte Angelegenheit anonym behandelt wird. Im Moment meinen wir sicher stellen zu können, daß die Vorgänge bei uns nicht in unberufene Hände geraten, die Weitergabe an andere Ämter erfolgt nur mit Einwilligung der betroffenen Person.

Umständlich ist vor allem die Abrechnung mit den Kassen, so mit den Ersatzkassen (Dokumentation der Einzelleistungen), aber auch den RVO-Kassen (z. B. Kostenanerkennnisanforderungen in doppelter Ausfertigung). Im Berliner SpsD⁴⁰ wird ebenfalls der hohe, bis zu 40% der Arbeitszeit betragende Anteil an Organisationsarbeit bedauert.

III Teamarbeit

Weg von der Arztzentrierung

Die Arbeit in einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle kann nur durch Zusammenarbeit im Team geleistet werden. Die Zentrierung der Tätigkeit auf den Arzt, dem alle zuarbeiten, wie es in Nervenarztpraxen unumgänglich scheint, degradiert die anderen Mitarbeiter zu Statisten, die ihre Erfahrung und ihr Wissen (sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder langjährige Arbeit in der BS) nicht in gebührender Form einbringen können. Inzwischen hat sich bei uns die Vermutung zur Gewißheit verdichtet, daß die Betreuung durch andere Berufsgruppen für den Patienten mindestens ebenso wirkungsvoll ist. Es entsteht durch die Übernahme der Verantwortung eine ganz andere Motivation für die Arbeit.

Abgesehen von ideellen Gesichtspunkten gibt es in einer BS genügend zwingende Gründe von der anachronistischen Einteilung in Stellenleiter (Arzt) und medizinisches Hilfspersonal abzurücken. Allein schon die Häufigkeit von Hausbesuchen und die Unvorhersehbarkeit von Notfällen machen es erforderlich, daß jedes Teammitglied das andere weitgehend ersetzen kann. Die BS kann nicht allein deshalb brach liegen, weil der Arzt einen Hausbesuch macht. Ebenso wird die Krankenschwester oder die Sozialarbeiterin in krisenhaften Situationen Entscheidungen fällen müssen, in anderen Situationen tut sie es sowieso.

Dörner und Plog¹¹ fordern eine Rechtsform, „die es erlaubt, daß niedergelassene Nervenärzte bzw. Psychotherapeuten mit Angehörigen anderer psychiatrischer Berufe gleichberechtigt in einem Team zusammenarbeiten. Damit hätte das Teamprinzip auch in die nervenärztlich/psychotherapeutische Praxis Eingang gefunden. Dies auch als Befreiung des Nervenarztes aus seiner Isolation und als für zeitgemäße psychiatrische Arbeit unverzichtbares Instrument der gegenseitigen Kontrolle“.

Horizontaler Informationsaustausch, Mittagsrunde, Aufgabenverteilung

Die Qualifikationen und Kompetenzen müssen sich die Mitarbeiter allerdings erwerben, denn über das Studium bekommt weder Arzt noch Sozialarbeiter therapeutische Fähigkeiten vermittelt. Die Bereitschaft, von den anderen BS-Mitgliedern zu lernen und sich anderswo auch weiterzubilden, muß vorhanden sein. Wichtig ist ein fortlaufender Informationsaustausch über die einzelnen Klienten, d. h. also Aufnahme und Weitergabe der Informationen über die einzelnen betreuten Klienten.

Ein wichtiges Instrument unserer BS-Arbeit ist die tägliche Mittagsrunde. Sie dauert eine Stunde, und hier berichtet jeder kurz über seine Tätigkeit in der zurückliegenden Arbeitszeit sowie über in Aussicht genommene Vorhaben. Patientenkontakte, wichtige Telefonate und Auftragsannahmen werden dargestellt, zusätzlich wird die eingegangene Post gemeinsam besprochen.

Über Erstkontakte und Hausbesuche wird ausführlicher gesprochen, zumal die beiden Beteiligten (beide Aktivitäten werden grundsätzlich zu zweit durchgeführt) durchaus zu verschiedenen Ergebnissen in der Einschätzung des Sachverhaltes gekommen sein können. Man versucht die Gründe herauszubekommen und legt dann das vorläufige weitere Vorgehen fest.

„Sodann werden die neu anfallenden Arbeiten verteilt, wobei Interessen, Neigung, Belastbarkeiten (in verschiedenerlei Hinsicht) und Terminkalenderverplanung berücksichtigt werden. Jeder hat „seine“ Patienten, die er schwerpunktmäßig betreut, die anderen Teammitglieder sollen jedoch in der Mittagsrunde über wichtige Gesichtspunkte aufgeklärt werden, um auf dem Laufenden zu sein, insbesondere wenn krisenhafte Zuspitzungen absehbar sein sollten. Hat jemand bei der Betreuung eines bestimmten Patienten Probleme und kommt nicht recht voran, so kann die Mittagsrunde weiterhelfen, die Hemmnisse zu erkennen, vor allem können hier die Erfahrungen der älteren Mitarbeiter eingebracht werden. Es findet eine kritische Auseinandersetzung statt, aber auch gegenseitige Beratung und Unterstützung. Die Mittagsrunde wirkt der Vereinzelung durch und in der Arbeit entgegen, beabsichtigt ist Entlastung vom „Seelendruck“ und gegenseitige Rückenstärkung, zumal die Standfestigkeit häufig durch unpopuläre Maßnahmen strapaziert wird und auch die gelegentlichen Ritte im Paragraphenschwung zwischen „unterlassener Hilfeleistung“, „Freiheitsberaubung“

und dem Wunsch nach menschengerechterer Versorgung an den Nerven zehren.“⁴¹

Die Sekretärin wird am ehesten ausgespart bei der Annäherung der Tätigkeitsbereiche, wobei sie als Anlauf an einer sehr wichtigen Schaltstelle sitzt und in der Mittagsrunde eine bedeutsame Rolle spielt. Weitere Aufgabenteilungen ergeben sich aus rechtlichen Gründen bei speziellen Tätigkeiten (§218-Beratung, Injektionen, Rezepte).

IV Beispiel einer Patientengruppe

Aus Platzgründen kann hier nur eine Patientengruppe (andere Gruppen s. 7,41) vorgestellt werden. Mindestens 70 Patienten sind bei uns über 1 Jahr in Betreuung und Behandlung. Normalerweise kommen sie einmal pro Woche (siehe Kaffeerrunde), einige erscheinen nur in vierwöchentlichem Abstand; wenn es jemandem schlecht geht, hat er tägliche Termine. Drei Viertel dieser Patienten sind Frauen, über die Hälfte war öfter als 4 mal (Maximum 13 mal) in einer psychiatrischen Klinik, manche sogar langfristig (mehrere Jahre) untergebracht. 18 der zuletzt genannten Patienten – früher fast jährlich eingewiesen – waren seit Bestehen der BS nicht mehr im LKH, was nicht bedeutet, daß sie symptomfrei sind.

47 Patienten bekommen Medikamente, überwiegend orale Depotneuroleptika (Semap^R), in z. T. sehr niedriger Dosierung, andere erhalten injizierbare Depotpräparate. Eine nähere Aufschlüsselung findet sich in unserem Jahresbericht⁷.

In Kombination mit der Kaffeerrunde und sonstigen kommunikativen Aktivitäten sehen wir recht gute Erfolge (s. o.), wengleich zu berücksichtigen ist, „daß bis zu einem Drittel der Patienten trotz zuverlässig durchgeführter Langzeitmedikation einen Rückfall erleidet, auf der anderen Seite 10–20% der schizophrenen Patienten auch ohne Langzeitmedikation keinen Rückfall erleiden“.⁴²

Wir sind bemüht, so wenig wie möglich medikamentös zu behandeln und bei sehr enger Betreuung gelingt es, ganz ohne Medikamente auszukommen, doch wir werden die o. a. Zahl von 47 Patienten nicht wesentlich unterschreiten können (bei gleicher Mitarbeiterzahl). Auf der anderen Seite ist festzuhalten, daß von 242 Patienten (IV. Quartal 79) lediglich 20% Medikamente erhielten, dies ist angesichts der Problematik des beschriebenen Klientels sicher ein akzeptabler Prozentsatz.

V Kurzer Ausblick

Ein weiterer Ausbau sozialpsychiatrischer Dienste in öffentlicher Trägerschaft mit allen Möglichkeiten kassenärztlicher Praxis ist zu fordern. Die Doppelbödigkeit einer möglichst gemeindenahen Arbeit bei guter personeller Ausstattung

- Gespräch, Beratung, Ratschlag, Behandlung, Befreiung aus Einsamkeit, Gruppennachmittage, Vermeidung von Ausgrenzung
 - soziale Kontrolle, Registrierung von Devianz, Wiederherstellung der bloßen Arbeitskraft, Beseitigung von Irritationen des Systems, Psychiatrisierung und Individualisierung gesellschaftlich bedingter Phänomene

muß im Auge behalten werden. Eine Gefährdung im letztgenannten Sinne ist z. Z. angesichts der Versorgungsergebnisse der Nervenärzte zu vernachlässigen. Sie haben den selbstbeanspruchten „RVO-Sicherstellungsauftrag in mehrfacher Hinsicht nicht erfüllen können“¹¹, was gerade bei den krankesten Patienten und bei Randgruppen evident wird, denen jedoch die Schuld daran als „Eigenart ihrer Geisteskrankheit“⁵ in die Schuhe geschoben wird.

Vorrang hat der Aufbau interdisziplinär zusammenarbeitender Sozialpsychiatrischer Dienste mit entsprechender rechtlicher Absicherung. Allein mit der Vermeidung von Klinikeinweisungen und/oder guter Nachsorge ist es nicht getan, denn die Klinik ist nicht der Anfang, sondern das Ende der Ausgrenzung, die zu verhindern die SpsD zwar aufgerufen sind, deren spezialisiertes Tun jedoch gleichzeitig die Psychiatrisierung und Etikettierung schürt und die Ausgliederung somit fördert, anstatt die Verantwortung der Familie, Gemeinde, Gesellschaft zu belassen oder zurückzugeben.

M. E. müßte sich mit einem Team der beschriebenen Größenordnung zuzüglich einem Psychologen und/oder einem jugendpsychiatrisch versierten Mitarbeiter eine Gemeinde oder ein Stadtteil von etwa 50 000 Einwohnern sozialpsychiatrisch versorgen lassen, ohne daß sich die Waage der Kontrollseite zuneigt. Sehr wichtig ist auch, daß die BS im Kern des Versorgungsgebietes liegt und die Fähigkeit der Mitarbeiter, sich „normal“ zu verhalten, und nicht mit einer Fülle therapeutischer Techniken, ob analytisch oder verhaltenstherapeutisch, über die Ratsuchenden herzufallen.

Anmerkungen

- 1 Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik, Stuttgart 1977
- 2 Zitiert aus: Antipsychiatrie,rororo-Sachbuch, Hamburg, 1978, S. 87; aus dem Zusammenhang wird klar, daß Basaglia dies anerkennend meint.
- 3 Drucksache 297/79 des Dezernats D (Gesundheitsdezernat). Aus diesem Papier stammen die Angaben über Einnahmen und Ausgaben der Stadt bezüglich BS; ebenso die beiden folgenden Zitate: „Unter dem Eindruck der zunächst angenommenen sehr hohen Fallzahlen waren Einnahmen in Höhe von ¼ der entstandenen Kosten erwartet worden.“ „Heute kann nicht abschließend beurteilt werden, ob längerfristig freigemeinnützigen Trägern ein Teilbereich der Aufgaben bei angemessener Reduzierung des städtischen Dienstes zu übertragen ist. Dabei spielen auch wirtschaftliche Überlegungen eine wesentliche Rolle.“ Es wird m. E. wohl kaum einen freien Träger geben,

- der einen Zuschußbetrieb übernimmt, erst recht keine Privatperson, so daß entweder die Versorgung schlechter werden muß oder die Stadt das Privatdefizit „sozialisiert“.
- 4 U. a. wegen zu geringer Scheinzahlen in einer BS wurde den dortigen Mitarbeitern die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen untersagt.
 - 5 Niedersächsisches Ärzteblatt, Redaktioneller Artikel; Neuland in Hannover: Sozialpsychiatrische Beratungsstellen; 2/1978, 59
 - 6 Bosch, G., Pietzcker, A.: Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung; Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD; Drucksache 7/4201, 1975, S.352, 353, 360
 - 7 Kruse, G., Broschinski, K., Schwetje, S.: Exemplarischer Jahresbericht über die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Linden unter Betonung der Unterschiede zur Nervenarztpraxis; bisher unveröffentlicht. Manuskript für den „Endbericht für das BMJFG“ von M. Bauer al.; (s. auch Nr. 32) aus diesem Jahresbericht stammen auch alle weiteren Zahlenangaben, die die BS Linden betreffen.
 - 8 Fährndrich, E.: Über die Arbeit eines Assistenten der Universitäts-Nervenklinik im Sozialpsychiatrischen Dienst des Berliner Bezirks Charlottenburg; Nervenarzt 44, 1973, 581–584
 - 9 Die Angaben über die Nervenarztpraxen stammen alle aus folgenden 3 Arbeiten: Dilling, Horst, Nervenärzte in der Praxis – Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung, Psych. Praxis, 1, 1974, 99–106
H. Dilling, S. Weyerer, H. Lissou; Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte, Social Psychiatry, 10, 1975, 111–131; H. Dilling, S. Weyerer, Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den 3 Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein, Anhang zum Bericht über die Lage in der Psychiatrie..., 1975, 382–399
 - 10 Beyersmann, I., Kruckenberg, P., Pontzen, W., Reiners, B., Modell für eine sozialpsychiatrische Ambulanz, Psychiatrische Praxis, 3, 1976, 153–163
 - 11 Dörner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Wunstorf 1978, S. 417
 - 12 Weinland, W.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen u. Störungen, Spektrum, 3, 1975, 110–118
 - 13 Waechter, R.v., Kastner, P.: Praxisgemeinschaft Heerstraße-Nord – Planung und erste Erfahrungen, Argumente für eine soziale Medizin VIII, Argument Sonderband AS 30 Berlin 1979, S. 88–99
 - 14 Krüger R.T.: Pers. Mitteilung anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung für Wiss. Assistenten der Psychiatrie, MHH
 - 15 Kisker, K.-P.: Der „praktische Arzt“ und die „Gemeindepsychiatrie“, Nds. Ärzteblatt, 2, 1978, 55–58
 - 21 Schneider, P.: Konzept des Sozialpsychiatrischen Dienstes München, Referat auf Arbeitstagung für Sozialarbeiter der Staatl. Gesundheitsämter Oberpfalz am 8. 11. 79, Johannisthal
 - 22 Dettmering, P.: Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Betreuung psychisch Kranker, Nervenarzt 4 1973, 26–30. Pontzen, W.: Klientel und Arbeitsweise der sozialpsychiatrischen Dienste in Westberlin, Sozialpsychiatrische Informationen 47/48, 1978, 92–100. Fährndrich, E., Kruckenberg, P., Pontzen, W., Befragung von Psychiatern in Praxis und Klinik zur gegenwärtigen Versorgungssituation psychiatr. Patienten in Berlin, Psych. Praxis, 3, 1976, 214–221. Meine-Hagemann, B., Voigtländer, W.: Zur ambulanten Versorgung in der Psychiatrie – Die sozialpsychiatrischen Dienste in Westberlin, Argument-Sonderband AS 30, Berlin 1979, 150–165. Zum gleichen Themenkreis weitere Arbeiten unter Nr. 8, 10, 40

- 23 Die Angaben wurden sinngemäß nach einem Telefongespräch mit Frau C. Zenker wiedergegeben.
- 24 Gaedt, C.: Ein Lehrstück bundesdeutscher Reformpolitik: Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Argument-Sonderband AS 8, Berlin 1976, 138–150
- 25 Deutsches Ärzteblatt, 44, 1979, 2872–2876, Franco Basaglia und die institutionalisierte Antipsychiatrie, Ein Bericht von W. Burkart
- 26 Zenker, I. und C.: Demokratische Psychiatrie in Italien – Alternative zur deutschen Sozialpsychiatrie? Argument-Sonderband AS 30, Berlin 1979, 138–150
- 27 Bauer, M., Richartz, M.: Angepaßte Psychiatrie als Psychiatrie der Anpassung, Das Argument 60, Berlin 1970, 152–162
- 28 Französisches Autorenkollektiv: Gegen die Psychiatrie, aus: „L'Idiot International“, 1971, übersetzt von Eva Moldenhauer, Sozialistisches Jahrbuch 4, Hgb. W. Dreßen, 1972, 7–52, hier S. 28–31
- 29 Finzen, A.: Reformkosmetik statt Strukturreform. 1974; in Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Bd 25: A. Finzen, H. Schäde-Deiningner, „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“, Wunstorf 1979, S. 59–76
- 30 Riedmüller, B., Simons, T.: Die Psychiatrie im „Buon Governo“ – Ein Bericht über den Kongress „Psichiatria e Buon Governo“ in Arezzo vom 28. 10.–3. 11. 1978, in: Das Argument 120/1980, S.260
- 31 Castel, R.: zitiert nach Riedmüller und Simons, a.a.O. S.6
- 32 Zwischenbericht zu dem vom BMJFG geförderten Modellvorhaben „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung der Bevölkerung“ von Bauer, M., Lehtomies, T., W. Stumme, 1978, S.12
- 33 Diese Ausdrücke wurden von F. Stöckmann, dem Leiter der Sozialpsychiatrie am Gesundheitsamt, immer wieder in die Debatte mit den städt. Spargremien geworfen.
- 34 Finzen, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, Rehbürg-Loccum 1979, hier S.84
- 35 Degkwitz, R. Consbruch, U., Haddenbrock, S.: Therapeutische Risiken bei der Langzeitbehandlung mit Neuroleptika und Lithium, Nervenarzt 47, 1976, 81–87
- 36 Plog, U.: Therapie – Hilfe, Ersatz, Macht?; Vortrag auf der Jahrestagung der DGSP in Freiburg 1979
- 37 Bertram, W.: Angehörigenarbeit in der Kriseninterventions-Tagesklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, Psychosozial 2/79, 104–114
- 38 Rempp, B.: Zur stationären psychiatrischen Versorgung des Kreises Tübingen; in: Werkstattsschriften der Soz. Arbeitskreise der UNK Tübingen, 3. Auflage, 1974, Heft 1; zitiert aus Finzen, s. Nr. 29: „95% aller geriatrischen Patienten, die in ein 70 km entferntes psychiatrisches Krankenhaus verbracht wurden, verstarben dort innerhalb von 3 Monaten, ein Drittel in weniger als 10 Tagen“.
- 39 Dörner, K.: Bekenntnisse eines Oberarztes, Referat auf dem Deutschen Fürsorgetag 1977, Frankfurter Rundschau, 16. 7. 77, S.14
- 40 Pontzen, W., P. Kruckenberg: Psychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes – der Sozialpsychiatrische Dienst in Berlin, Arch. f. Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 7, 1976, 204–218
- 41 Broschinski, K.; Herzog, K., Kauffeld, R., Knopf, A., Kruse, G., Meier, R., Walz, M.: Beschreibung der Aufgaben der Beratungsstelle Linden und Darstellung unseres Konzeptes; Soz. Psych. Infos, Juni/Juli 79, 74–92
- 42 Pietzcker, A.: Langzeitmeditation bei schizophrener Kranken, Nervenarzt, 49, 1978, 518–533

Miranda Ralli und Monique Kriescher-Fauchs

Überlegungen zur regionalisierten Versorgung in der italienischen Psychiatrie.

Erste Erfahrungen nach dem neuen Psychiatriegesetz¹

1. Neuere Daten

Das Psychiatriegesetz 180 ist seit Mitte 1978 in Kraft. Es sanktioniert einen tiefgreifenden Bruch mit der traditionellen Großklinik, der „Irrenanstalt“. Die Probleme und Gefahren bei der praktischen Verwirklichung dieses an sich fortschrittlichen Gesetzes geben Anlaß zu folgenden Überlegungen. Auf dem Kongreß „Psichiatria e Buon Governo“ (Arezzo, 28.10. – 4.11.1979; vgl. den Kongreßbericht im Argument 120) wurden die in der Untersuchung des Centro Nazionale delle Ricerche (C.N.R.) gesammelten Daten vorgetragen. Dabei zeigten sich verschiedene Tendenzen in der Durchführung des Gesetzes.

Die Angaben betreffen den Krankenbestand für alle psychiatrischen Krankenhäuser Italiens bei Inkrafttreten des Gesetzes und ein Jahr später:

31.5.1978: 52 305 Patienten; 31.5.1979: 43 526 Patienten.

Der merkbliche Rückgang in der Belegung kommt durch die Entlassung von 8779 oder 16% der internierten Patienten zustande. Werden aber noch zusätzliche komplexere Daten hinzugezogen, so zeichnen sich problematische, ja widersprüchliche Tendenzen ab. Während 70% der italienischen Provinzen² eine eigene öffentliche psychiatrische stationäre Einrichtung besitzen, steht nur 53% der Provinzen darüberhinaus ein ambulantes Versorgungsnetz zur Verfügung. Die übrigen Provinzen beschränken sich auf die Finanzierung privater Einrichtungen oder Institutionen. In Rom zum Beispiel ist der Prozeß der Dehospitalisierung in den Privatkrankenhäusern,³ mit denen die Provinz Verträge geschlossen hat, kaum vorangekommen. Auf 9000 Patienten der Anstalten der Casa Divina Providenza entfallen nur 3% Entlassungen. Am 31.12.1980 laufen sämtliche Finanzierungsverträge zwischen der öffentlichen Hand und neuro-psychiatrischen Privateinrichtungen aus. Bei der Regierung ist aber schon jetzt ein Gesuch um zweijährigen Aufschub anhängig mit der Begründung, daß 15 000 Patienten aus den Privatkliniken Roms bei einer Entlassung keine Alternative haben.

In der Tat werden die 15 römischen Privatkliniken und die oben erwähnte Casa Divina Providenza mit ihren 10 500 Betten für 1979 98 Milliarden Lire ‚einnehmen‘ entsprechend den von der Region Latium und verschiedenen südlichen Provinzen entrichteten Pflegesät-

zen! Nicht ohne Bedeutung bleibt auch die Tatsache, daß in Süditalien 42,1% der Institutionen der Opera Pia⁴ konzentriert sind, während dieselben Regionen nur 25,5% an öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern aufweisen.

Überprüft man diese ersten Zahlen unter einem anderen Gesichtspunkt, so hat weder das angekündigte Umverlegen von Patienten aus dem öffentlichen in den privaten Sektor stattgefunden, wie im voraus die angeblich ‚wohlmeinende‘ Presse argwöhnte, noch kam es zu wilden Entlassungen von Patienten, die dann der Straße überlassen, den Bürger mit dem Schreckgespenst der Verrücktheit konfrontiert hätten.

Aus der oben zitierten Untersuchung resultiert ebenfalls ein klarer Rückgang der Zwangseinweisungen bzw. -behandlungen:

	1977	1978/79
Zwangseinweisungen ⁵ bzw. behandlungen nach T.S.O. ⁶	32 289	12 215
Freiwillige Aufnahmen	50 927	23 824
Freiwillige Wiederaufnahmen	–	41 071
Insgesamt	83 216	77 110

In Rom zum Beispiel waren 1977 2266 Zwangseinweisungen zu verzeichnen, während im Zeitraum vom 1.1978 bis zum 31.5.1979 die Zahl der Zwangsbehandlungen (T.S.O.) nur 364 erreichte. Gleichzeitig muß aber die Beschleunigung des Drehtüreffektes in dieser Anfangsphase der Entinstitutionalisierung festgestellt werden. Den Entlassungen entsprechen häufigere Wiederaufnahmen von Kranken, die früher zu längeren Aufenthalten gezwungen wurden.

Während die Untersuchung also einerseits positive Ansätze in der Ausführung des Gesetzes andeutet, bleibt doch das Problem der Versorgung mit sozialpsychiatrischen und komplementären Diensten offen und damit die Zukunft der entlassenen Patienten. Bekannt ist, daß viele Städte Mittel- und Süditaliens wegen allzu notdürftiger extramuraler Dienste oder wegen deren totalen Fehlens vor großen Schwierigkeiten stehen. Roms Situation ist ebenfalls prekär, wo für 4 Millionen Einwohner 80 psychiatrisch Tätige den gemeindenahen Diensten zugeteilt sind. Ferner geht aus der Untersuchung des C.N.R. hervor, daß die extramuralen Dienste im allgemeinen als bloße Ambulanz (durchschnittlich 6 Stunden Öffnungszeit pro Tag) konzipiert werden. Nur in einigen Fällen sind Einrichtungen mit Notdienst rund um die Uhr und an Feiertagen bereitgestellt worden.

Eine Analyse der Dichte von Wohngemeinschaften für ehemalige Patienten ergibt, daß 63% der nördlichen gegenüber nur 46% der mittelitalienischen Provinzen alternative Strukturen initiiert oder verwirk-

licht haben. In der Zwischenzeit sind einige freigewordene psychiatrische Abteilungen der Großkliniken für andere Verwendungen sozialer, schulischer oder gesundheitlicher Art umgestaltet worden mit dem Ziel ihrer langsamen Reintegration in die Stadtteile.

Weitere Daten betreffen die Einrichtung von Diagnose- und Behandlungsdiensten in Allgemeinkrankenhäusern (S.D.C.)⁷, die im § 6 des Gesetzes 180 vorgesehen sind:

	Anzahl der S.D.C.-Dienste	Bettenzahl
Norditalien	73	1027
Mittelitalien	28	325
Süditalien	48	672
<hr/>		
Insgesamt	149	2024

Im Norden konzentriert sich der höhere Prozentsatz solcher Dienste. In einigen Provinzen ist es aber schon vor 1978 zu einer punktuellen Zusammenarbeit mit Allgemeinkrankenhäusern gekommen. Dabei wurden psychiatrische Langzeitpatienten wegen Allgemeinerkrankung, Alkoholiker oder gar Patienten des umliegenden Gebietes wegen akuter psychischer Störungen aufgenommen. Die Region Toskana hat zum Beispiel erreicht, daß alle ländlichen Krankenhäuser in der Lage sind, psychiatrische Einweisungen aufzunehmen. Damit wurde ein siegreicher Kampf geführt gegen die Einrichtung kleiner, rein psychiatrischer Abteilungen in städtischen Krankenhäusern mit ihrer spezifischen Logik („Wenn es leere Betten gibt, gilt es sie zu belegen...“) und ihren wenig flexiblen Zeit- und Personalplänen. In der Provinz Arezzo – ein weiteres Beispiel – werden Betten für psychiatrische Aufnahmen im allgemeinen in den Abteilungen für Innere Medizin zu Verfügung gestellt. Die entsprechende Versorgung im Krankenhaus wird von Mal zu Mal unter Berücksichtigung einer Kontinuität der Betreuung durch Mitarbeiter der extramuralen Dienste aus dem Einzugsgebiet des Erkrankten organisiert.⁸

2. Die gegenwärtige Herausforderung der italienischen Psychiatrie

Im Anschluß an diese sehr knappe Einführung seien noch einige Bemerkungen gemacht zur aktuellen Situation der italienischen Psychiatrie.

Auf der einen Seite gibt es das neue Psychiatriegesetz 180, das inzwischen in das Gesetz über die Gesundheitsreform eingefügt worden ist. Es ist im Unterschied zu anderen Gesetzestexten unmittelbar aus einer antiinstitutionellen Bewegung hervorgegangen, die schon seit Jahren

die Praxis des psychiatrischen Systems und insbesondere der Großklinik in Aufruhr hält. Das führe Gesetz 431⁹ hingegen war 1968 ein von oben aufgesetzter, liberalisierender Versuch, die Krise der Psychiatrie zu beheben. Das neue Psychiatriegesetz enthält demgegenüber echte Fortschritte: 1. der juristische Begriff der „Gemeingefährlichkeit“ des „Irren“ ist beseitigt, 2. die Ursachen der Diskriminierung werden nicht mehr in der Krankheit selbst oder ihrer nosographischen Etikettierung gesehen, sondern in der Unzulänglichkeit der sozialen Organisation, welche die Bedürfnisse des Subjekts nicht befriedigen kann, 3. die therapeutische Betreuung orientiert sich an der Lebensgeschichte des Kranken, 4. der Schwerpunkt psychiatrischen Handelns wird mit Nachdruck auf die extramuralen, komplementären Dienste gelegt, 5. die stationäre Behandlung darf nur noch im äußersten Notfall erfolgen, 6. der Bau psychiatrischer Anstalten ist gesetzlich untersagt.

Auf der anderen Seite ist eine Reihe von beunruhigenden Problemen ungelöst. 42 000 psychisch Kranke bleiben weiterhin in Großkliniken hospitalisiert. Ihre Unterbringung kann man bestenfalls als Einkerkelung bezeichnen. Alternative Dienste kommen nur mühsam zustande. Das Gesetz 180 sieht in der Tat keine Vorgehensweise, keine Zeit- und Finanzierungspläne für die konkrete, materielle Überwindung der Großklinik vor. Mit der stationären Behandlung ist aber weiterhin die große Gefahr der Medikalisierung des disagio, des Unbehagens,¹⁰ verbunden. Die Unita Sanitarie Locali (U.S.L.)¹¹ entstehen – durch staatlichen Bürokratismus und zählebige Standesinteressen gebremst – nur zaghaft. Deshalb trifft man oft auf ambulante Einrichtungen, die, überlastet und auch isoliert von den übrigen sozialen Diensten, konfrontiert sind mit dem Zwang zur Normalisierung und zur Kontrolle immer größer werdenden Randgruppen. Da noch überall konkrete Möglichkeiten zu adäquaten Lösungen unter Ausklammerung des zerstörenden Klinikaufenthalts fehlen, ist die Gefahr, medikalisierende Wege einzuschlagen, stets gegeben. Dies bedeutet nämlich eine erneute Beschlagnahme der Krankheit durch die psychiatrische Fachdisziplin und eine Wiederausgrenzung des Leidens, wobei die Intervention auf die Akutsituation, ohne weitere epidemiologische Reflexe, beschränkt bleibt.

Die Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus trägt nicht mehr den Stempel der Unheilbarkeit, der der Einweisung in Anstalten anhaftet, wirkt auch dem Gefühl des Selbstverschuldens der Krankheit entgegen, bleibt näher an der aktuellen Konfliktsituation und erleichtert so das Verständnis für die konkreten Erwartungen des Patienten ohne Regressionen größeren Ausmaßes zu provozieren. Andererseits werden mit der Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus die Widersprüche nicht aufgehoben, die sich aus der vorhandenen schwerfälligen Hierarchie mit ihrer rigiden Rollenfestlegung und der Enteignung des Subjektes als

klinischer Fall ergeben. Deshalb ist man in vielen Provinzen bestrebt, kleine, vom übrigen Krankenhaus abgetrennte spezielle „Sedierungsabteilungen“ einzurichten – ein neuer Vorschlag zur isolierenden, ‚auswattierten‘ Bewirtschaftung der Widersprüche.

Die italienische Psychiatrie versucht die Dialektik zwischen der verbliebenen Irrenanstalt, den territorialen Diensten und den Allgemeinkrankenhäusern in offener Bewegung zu halten. In der Absicht, aus der ehemaligen Anstalt kein Chronikerheim zu machen, in den territorialen Diensten keine neuen Formen der Ausgrenzung zu praktizieren und aus den Allgemeinkrankenhäusern keine hochspezialisierten Ghettos werden zu lassen, stellt die italienische Psychiatrie eine Herausforderung an die traditionelle Psychiatrie dar.

Die psychiatrische Großklinik soll demokratisiert werden, ihre rigide Ordnung, die bestrafenden Regeln, ihre angeblich wissenschaftlich fundierte Logik werden zerstört. Das repressive psychiatrische Kustodialsystem ist in die Krise geraten. Die Sicherheit über die qualitative Trennung von Gesundheit und Krankheit, normal und abnorm, ist erschüttert. Anstrengungen vonseiten der Klinik und des Territoriums sind notwendig, um zu vermeiden, daß die Irrenhauslogik nach draußen übergreift.

Welchen Grad hat die Krise der Anstaltspsychiatrie in Italien, als Psychiatrie der Aussonderung und der Sanktion, erreicht? Diese Frage muß gestellt werden, da in der Gesellschaft weiterhin mit dem Begriff des Irren, des Gefährlichen und des Auszugrenzenden operiert wird. Und es ist richtig, „daß man den Mechanismus der Ausgrenzung analysieren muß, dort, wo er unablässig produziert wird, in seinen praktischen, ideologischen, kulturellen und von falschem Bewußtsein getragenen Aspekten. Im Projekt des C.N.R. „Prävention der psychischen Störungen“ ist intuitiv die Hypothese von der „diffusen Institution“ entstanden, die eine Ansammlung von erstarrten Rollen, Abgrenzungen, künstlichen Kompetenzen und Standesinteressen darstellt, also Inseln von verfehlten oder magelhaften Einsichten in die psychische Not und ihre weitere Bedeutung als Sozialindikator des Unbehagens.“¹²

Die aktuelle Aufgabe ist nun, die neuen Erfahrungen bekannt zu machen und eine zunehmende Verbreitung der sog. *verifica*¹³ anzustreben. Nur so ist das Psychiatriegesetz zum aufklärenden Instrument zu machen. Soll die Arbeit dieser letzten Jahre, über die Sprengung der Großklinik hinaus, eine wirkliche Prävention und das Hervorbringen neuer Wissenschaft bedeuten, so muß das psychiatrisierende Vorgehen als Verschleierung der Not gesehen und der psychiatrische ‚Techniker‘ als Beauftragter der gesellschaftlichen Macht bloßgestellt werden.

Der psychiatrische Tätige in Italien muß gegenwärtig eine Identitätskrise und einen Mangel an historischer Dimension bewältigen. Die

Sicherheiten des traditionellen Psychiaters sind ihm abhanden gekommen. Der identitätsgebende Kampf gegen die Großkliniken ist insoweit siegreich geführt, als er jetzt durch das Gesetz 180 legitimiert ist. Andererseits fehlen dem Psychiater Maßstäbe für die neue Arbeitsweise und er bleibt ungeschützt vor dem immer noch herrschenden Zwang der Psychiatrie zur bloßen Normalisierung. In der Tat verbergen sich hinter der psychiatrischen Nachfrage noch die Parameter der klassischen Psychiatrie mit ihrer präzisen Definition der Norm und der strengen Abgrenzung, deren Verletzung mit Sanktion beantwortet wird. Der psychiatrisch Tätige steht vor einem ideologischen und institutionellen Vakuum nach dem Bruch mit der Irrenanstalt, die die Funktion hatte, den Gesunden vor dem Kranken zu schützen. Ziel des gegenwärtigen Wagnisses ist es, die Fähigkeit zu erlangen, hinter dem subjektiven Leiden die Welt der psychosozialen Bedürfnisse und ihren Ursprung wahrzunehmen und der Geschichte zurückzugeben. Sie wird nur verschleiert, sobald man das Sich-Nicht-Wohlfühlen als Krankheit definiert. Von einem materiellen Elend zu sprechen, reicht nicht mehr aus. Es muß das Vorhandensein eines breiteren sozialen Elends erkannt werden, das sich in verschiedensten Formen des Unbehagens ausdrückt, die bisher stets in Krankheit übergangen. Dies bedeutet auch, sich der Angst auszuliefern, ohne sie in Krankheitsschemata zu objektivieren, so daß hinter der Subjektivität das Bewußtsein der eigenen individuellen aber auch der sozialen Geschichte sichtbar wird.

Es ist notwendig die Normen in der Psychiatrie neu zu definieren, die als Ausdruck der Kontrollideologie in Gesellschaften mit fortgeschrittenem Kapitalismus herrschen. Ein Vergleich mit Ländern wie den USA oder Großbritannien zeigt, daß häufig aus einem sich zunehmend ausweitenden Versorgungsnetz eine „diffuse Institution“ entsteht. Diese Fehlentwicklung zwingt uns, andere Richtungen der Analyse, des Kampfes und der Intervention einzuschlagen. Es muß analysiert werden, wodurch die psychiatrische Nachfrage bestimmt ist, ob und wie sie sich stillschweigend wandelt gegenüber einer ungewohnten, nicht psychiatrisierenden Antwort. Die psychiatrische Intervention als ganze und besonders die Bedeutung der Prävention müssen untersucht werden – Prävention nicht nur verstanden als Vermeidung der Krise, sondern auch als Gewährenlassen andersartiger Verhaltensweisen, womit die normierende soziale Abgrenzung in Frage gestellt wird.

Diese Überlegungen waren nötig, denn es ist nicht ausgeschlossen, daß hinter dem Rückgang der stationären Aufnahmen nur eine Problemverschiebung in der psychiatrischen Nachfrage sich vollzieht. Um dieser Gefahr zu entgehen, muß man das Phänomen der chronischen Morbidität, aber auch die neuen Formen der Inanspruchnahme der offenen Dienste durch die verschiedenen sozialen Problemgruppen untersuchen.

Im Augenblick besteht die ‚politische‘ Gefahr darin, daß das an sich sinnvolle Psychiatriegesetz 180 nicht in die Praxis umgesetzt wird oder der Hinweis, die finanziellen Mittel zur Ausführung würden fehlen, als Alibi für die Aufrechterhaltung des status quo dient. Die Qualität des Gesetzes wird an den realen Veränderungsprozessen, welches es in Gang bringt, gemessen werden. Dazu bedarf es des Engagements der Politiker für die Realisierung von Wohn-, Arbeits- und rehabilitativen Möglichkeiten in Zusammenarbeit mit den Gemeinden der Patienten. Es heißt auch die gesetzlich vorgeschriebene Konstituierung der *Unità Sanitarie Locali* zu beschleunigen und die Dekrete über das Personal und seine Ausbildung zu verwirklichen. Das Gesetz 180 läßt viele Freiräume offen, die von den fortschrittlichen Kräften für eine weitere Auflösung der Großkliniken genutzt werden sollten. Es bedeutet konkret gemeinsame Anstrengungen: 1. um mit der Unterstützung der öffentlichen Hand Kooperativen zu bilden, in denen Kranke und Nicht-Kranke zusammen arbeiten, (Dies wird schon in einem Aretiner Projekt mit jungen Arbeitslosen durchgeführt) 2. für billige Wohnmöglichkeiten und auch Wohngemeinschaften, 3. um rehabilitative Einrichtungen für Langzeithospitalisierte in engem Kontakt mit den angestammten Gemeinden und integriert in die entstehenden USL zu schaffen und 4. um die Verbreitung der aus der antiinstitutionellen Bewegung hervorgegangenen Erfahrungen und Erkenntnissen, insbesondere um die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit in der Bevölkerung mit Debatten, Filmvorführungen und Stadtteilversammlungen.

Anmerkungen

- 1 Gesetz Nr. 180 vom 13. 5. 1978, am 31. 5. 1978 in Kraft getreten über „Freiwillige und obligatorische Zwangsuntersuchungen und -behandlungen“; wurde zuerst als „Vorweg-Gesetz“ bezeichnet, ist aber jetzt integrierender Bestandteil des Gesetzes 833 (§§ 33–35) über die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes.
- 2 Die Provinz ist innerhalb der Region ein aus mehreren Kommunen bestehendes, autonomes Selbstverwaltungsorgan. Die 20 Regionen und 94 Provinzen Italiens besitzen eigene Parlamente. Die Provinz war bis zum Inkrafttreten des Nationalen Gesundheitsdienstes am 1. 1. 1980 für die psychiatrische Versorgung zuständig. Diese Aufgabe ist jetzt auf die Region übergegangen.
- 3 Unter „Privatkrankenhaus“ oder „Privatklinik“ sind hier unterschiedslos Einrichtungen im freigemeinnützigen wie auch im privaten Bereich zu verstehen, d. h. alle Krankenhauseinrichtungen, die nicht direkt in der Zuständigkeit der Region, der Provinz oder der Kommune liegen. Das Nord-Süd-Gefälle wirkt sich auch hier aus und zwar so, daß die Krankenversorgung in Richtung Süden immer ‚privater‘ organisiert ist.
- 4 Opera Pia: Name des katholischen Wohlfahrtsverbandes, welcher mit eigenen Einrichtungen im Bereich der Krankenpflege und Wohltätigkeit einen Großteil der allgemeinen Fürsorge in Italien versieht.

- 5 Aufgrund des Gesetzes 36 vom 14. 2. 1904 „Verfügungen über die Irrenanstalten und die Irren“ galten alle in psychiatrische Kliniken aufgenommene Patienten als zwangseingewiesen. 1968 (Gesetz 431) wurde erstmals die Möglichkeit der Umwandlung der Zwangseinweisung in einen freiwilligen Aufenthalt gesetzlich vorgesehen.
- 6 *Trattamento Sanitario Obbligatorio* (T.S.O) heißt medizinische Zwangsbehandlung und ist in den Paragraphen 1 und 2 des Psychiatriegesetzes 180 und 33 und 34 des Gesetzes über die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes geregelt. Dabei wird zwischen den psychiatrischen Zwangsbehandlungen und den übrigen Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Medizin (wie z. B. bei Infektions- und Geschlechtskrankheiten) nicht unterschieden. Die Vereinheitlichung der Zwangsmaßnahmen kann sicherlich als Fortschritt gewertet werden. Dennoch sieht darin die progressive italienische Psychiatrie einen Kompromiß, hat sie doch die Abschaffung jeglichen Zwangs besonders auf dem Gebiet der psychischen Störungen von jeher verfochten. Freiwillige wie auch zwangseingewiesene Patienten werden ab 1978/79 in Allgemeinkrankenhäusern versorgt. Für die Wiederaufnahmen allerdings sieht das Psychiatriegesetz (§ 8) die Möglichkeit vor, daß Patienten in die noch bestehenden psychiatrischen Kliniken aufgenommen werden können, vorausgesetzt, es ist ihr ausdrücklicher Wunsch und sie sind dort vor dem 31. 5. 1978 schon behandelt worden.
- 7 *Servizi Diagnosi e Cura* (S.D.C.) bedeutet Diagnose- und Behandlungsdienste für psychische Störungen der Allgemeinkrankenhäuser. Diese Dienste sind durch § 6 des Psychiatriegesetzes 180 geregelt. Sie umfassen auch die extramuralen ambulanten Einrichtungen und bilden mit diesen ein Ganzes: das Departement für psychische Gesundheit.
- 8 Um eine quantifizierte Vorstellung über das Konzept des „neuen Arbeitsstils“ (der in den letzten Jahren als „Primat des Territoriums“ leicht zum Slogan wurde) in der Psychiatrie zu vermitteln, seien hier einige Daten über die psychiatrischen Dienste der Provinz Arezzo aufgeführt. Diese Daten sind zu werten im Kontext des Grundgedankens der Prävention als tendenzielle Restitution an die Gesellschaft der von ihr selbst verursachten und durch die Anstaltspraxis ausgegrenzten Widersprüche. Im Versorgungsdistrikt von Arezzo (200 000 Einwohner, d. h. ca. 2/3 der gesamten Provinzbevölkerung) sind 8 Psychiater, 49 Pflegekräfte, 5 Sozialarbeiterinnen tätig, die alle am Experiment der psychiatrischen Klinik von Arezzo beteiligt waren. Die Klientel des SIM (*Servizio d'Igiene Mentale* = Psychohygienischer Dienst) von Arezzo hat zwischen 1975 und 1977 stets zugenommen. Ab 1978 ist ein Rückgang von 1217 (1977) auf 932 Patienten zu verzeichnen, der als Hinweis auf eine verminderte Psychiatisierung der Bürger hindeutet. Die Einweisungen in die psychiatrische Klinik sind von 450 (1974) auf 39 (1978), davon waren nur 4 Erstaufnahmen, zurückgegangen. 1978 wurden 46 Einweisungen in das Allgemeinkrankenhaus vorgenommen, 2 davon mit Zwangsbehandlung. Weitere 30 Patienten sind im Allgemeinkrankenhaus vom SIM betreut worden, obwohl sie wegen anderer gesundheitlicher Probleme eingewiesen waren. Wie wichtig die Arbeit dieser offenen Dienste zunehmend geworden ist, wird aus den obigen Angaben sehr deutlich. (Aus dem Bericht zum Haushaltspaln 1979 des *Consorzio Socio-Sanitario/Zone 58* von Arezzo).
- 9 Gesetz Nr. 431 vom 18. 3. 1968 über „Maßnahmen zur psychiatrischen Versorgung.“ Es betraf die Reorganisierung der Anstalten, der psychohygienischen Dienste wie auch die Möglichkeiten der freiwilligen Behandlung und der Umwandlung der Zwangs- in freiwillige Behandlung.

- 10 Unbehagen ist die Übersetzung des von der neuen italienischen Psychiatrie eingeführten Begriffes des „disagio“. Disagio ist die vage aber auch provokative Bezeichnung für einen Leidenszustand, der im Sinne einer Erweiterung des Gesundheitsbegriffes, vor allem auf gesellschaftliche Ursachen zurückzuführen ist.
- 11 *Unità Sanitaria Locale (U.S.L.)* ist die Örtliche Gesundheitseinheit, ein neues politisch-administratives Organ, durch das die Dezentralisierung des Gesundheitswesens, wie im Gesetz über die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes (§ 10) vorgesehen, verwirklicht werden soll. Das Versorgungsgebiet umfaßt eine Bevölkerungszahl von 50 000 bis 200 000 Einwohnern, je nach geomorphologischen und sozioökonomischen Eigenheiten.
- 12 Pirella, A.: Einleitungsreferat des Kongresses „Psichiatria e Buon Governo“, Arezzo, 28. 10.–4. 11. 1979.
- 13 So bezeichnet die neue Psychiatrie einen Gruppenprozeß, der als Arbeitsinstrument zur Verifizierung, Überprüfung oder Entlarvung der eigenen und fremden Ansichten und Handlungen dient. Diese Wahrheitsfindung ist ein Bewußtwerdungs Vorgang, der sowohl für die Kranken wie für die psychiatrisch Tätigen gilt. Bei den Kranken soll die Entfremdung zwischen der eigenen Person und der Erkrankung aufgehoben werden. Für die psychiatrisch Tätigen gilt die *verifica* als Kontrolle ihres Handelns.

Literaturverzeichnis

- Basaglia, F.; P. Tranchina (Hrsg.): *Autobiografia di un movimento, 1961–79. Dal manicomio alla Riforma Sanitaria*. Firenze 1979.
- Documenti del Congresso „Psichiatria e Buon Governo“, Arezzo, 28. 10.–4. 11. 1979 hrsg. v. R. Misiti. Enth. u. a.:
- Pirella, A.: *Relazione introduttiva a „Il te-ritorio e i servizi“*
 - Agostinelli, N.: *Il ruolo degli enti locali nella applicazione della Riforma Sanitaria*
 - Basaglia, F.; V. Accattatis; M. G. Giannichedda: *Problemi di legislazione psichiatrica nei paesi occidentali il caso italiano*
 - Marzi, V. (Hrsg.) *L'ospedale psichiatrico*
- Manacorda, A.; V. Montella: *La nuova psichiatria in Italia*. Milano 1977.
- Seppilli, A.; M. Mori; A. M. Modolo: *Significato di una riforma*. Roma 1976.
- Storia della sanità in Italia*. Hrsg. v. Centro Italiano di Storia Ospedaliera. Roma 1978.
- Tranchina, P.: *Norma e antinorma*. Milano 1979.
- Zeitschriften:*
- Fogli di Informazione. Hrsg. v. A. Pirella und P. Tranchina. Pistoia 1 (1972)ff.
Salute e Territorio. Firenze 2 (1978)ff.

Bernward Vieten

Vom Verband deutscher Medizinerschaften zur NS-Medizinerschaft – Medizinstudentische Politik 1918 bis 1933¹

Einleitung

„Die ethische Grundlage jedes organisierten Zusammenschlusses bildet das Gemeinschaftsgefühl und das Bewußtsein der Einheitlichkeit der Interessen, also der *Standessinn* (gesperrt i. Orig. d.V.). Diese Grundlage zu pflegen, scheint mir eine der wichtigsten Aufgaben auch der Medizinstudierenden zu sein, namentlich in einer Zeit, deren nivellierender Zug über die berechtigten Interessen des Mittelstandes und insbesondere der freien akademischen Berufe zur Tagesordnung überzugehen droht.“²

Ständische Politik, in diesem Zitat formuliert im Jahre 1920 vom Geschäftsführer des Verbandes der Ärzte Deutschlands in einem Artikel des „Medizinischen Studentenblattes“, dem Organ des „Verbandes Deutscher Medizinerschaften“ (VDM), betonte die „berechtigten Interessen“ der Ärzte auf eine uns heute gar nicht so ungewohnte Art und Weise. Der Autor berichtet davon, daß sein Verband schon „seit Jahrzehnten ... auf allen in Betracht kommenden Wegen vor dem Medizinstudium eindringlich gewarnt“ habe, denn: „... die Zukunftsaussichten für die heranwachsende Ärztegeneration sind nahezu trostlos.“³

Der Grundgedanke dieser Argumentation, die „akademische Berufsnot“ und verknüpft damit der Numerus Clausus für Mediziner, ist eine keineswegs neuzeitliche Erscheinungsform der Studienreglementierung und zieht sich durch die Geschichte der letzten knapp sechzig Jahre. Im Zuge der Weltwirtschaftskrise Ende der zwanziger Jahre mit einer enorm steigenden Arbeitslosigkeit wurde der Zugang zu Klinik und Berufsausbildung für Ärzte schwieriger. Nach dem 2. Weltkrieg wurden im Jahre 1953 vom Präsidium des Deutschen Ärztetages die Berufsaussichten der Medizinstudenten und Jungärzte als „nach wie vor ungünstig“ eingestuft.⁴ Gerade acht Jahre später warnte die Bundesärztekammer die Abiturienten vor dem Beginn des Medizinstudiums, und heute geistert das Gespenst von der medizinischen „Überversorgung“ und „Ärztenschwemme“ durch die Medien. Zeitlich gut placiert im Gefolge der Diskussion über das Kostendämpfungsgesetz, genährt mit Zahlenmaterial aus Auftragsstudien, dient diese Kampagne nur einem Ziel: die Studienanfängerzahlen zu drosseln und damit die zu erwartende Menge der Hochschulabsolventen der Medizin klein zu halten. Der Ausbildungsplatz in der Klinik wird, so heißt es, zum unüberwind-

baren Problem für viele frischexamierte Mediziner werden. Frühzeitige Niederlassung ungenügend qualifizierter Praktiker („Barfuß-Ärzte“) werden die zwangsläufige Konsequenz sein.⁵

Im folgenden Aufsatz soll nicht im einzelnen die Berechtigung und die unterschiedlichen Auslösemechanismen der Forderung nach einer Beschränkung des Studienzugangs in den letzten 60 Jahren untersucht werden. Es soll vielmehr der Versuch gemacht werden, das Selbstverständnis und die daraus abgeleitete Politik einer Gruppe von „Medizin-Akteuren“ zu untersuchen, und zwar anhand ihrer Geschichte als Organisation und ihrer Äußerungen zu wesentlichen politischen Fragen der Zeit, so auch der oben diskutierten. Die Frage ist: Kann aus der Geschichte der Medizinstudenten der Weimarer Republik, aus der ja als Gruppe spätere Ärztegenerationen im Faschismus hervorgegangen sind, eine Kontinuität von ständischer Politik abgeleitet werden, in deren „unpolitischem“ und rein fachlich orientiertem Selbstverständnis bereits das Scheitern ihrer Politik angelegt war? Sind davon ausgehend auch Rückschlüsse möglich für die heutigen politischen Auseinandersetzungen im medizinischen Bereich?

Zum besseren Verständnis der Politik der Medizinstudenten in der Weimarer Republik sollen einige Daten zur Geschichte der Deutschen Studentenschaft in dieser Zeit, sowie zur Herkunft, sozialen Lage und Berufsperspektive der Studenten, dabei speziell der Mediziner, vorangestellt werden.

Deutsche Studenten 1918 bis 1933

Nach zahlreichen Versuchen einzelner Studentenschaften im Kaiserreich, örtliche Selbstverwaltungsorgane zu bilden, kam es erst im Juli 1919 in Würzburg zur Gründung der „Deutschen Studentenschaft“ (DSt). Einigkeit bestand unter den Studenten hinsichtlich der Festlegung der Satzung und des auf der Tagung formulierten Selbstverständnisses auf den Gedanken der großdeutschen Volksgemeinschaft. Es gab jedoch bereits zu Anfang Differenzierungen in mehr abwartend und sich relativ loyal gegenüber dem Weimarer System äußernde Gruppierungen und den eindeutig rasse-völkisch und antisemitischen Gruppen, die sich auf dieser 1. Tagung der DSt noch nicht durchsetzen konnten, jedoch schon, besonders über die bereits „arisierten“ Österreichischen Studentenschaften, erheblichen Einfluß besaßen.⁶

Die Radikalisierung der Studentenschaft nach rechts setzte verstärkt Ende des Jahres 1919 ein. Mit der Zurücknahme der Ziele der Novemberrevolution durch die SPD-Regierung ergaben sich Anknüpfungspunkte, in denen politische Übereinstimmung zur punktuellen Zusammenarbeit zwischen Regierung und Studenten führte. Diese hatten in

ihrer Mehrheit die Revolution nicht mitgetragen und setzten den zeitweiligen Berührungspunkt zur Regierung für ihre Ziele ein: den gemeinsamen Kampf gegen den „inneren Feind“, den Bolschewismus.⁷ Der häufige Einsatz von Studenten in den Zeitfreiwilligenverbänden (Freikorps, Bürgerwehren, Technische Nothilfe etc.), unterstützt durch Aufrufe der Regierung⁸ und einzelner Hochschulen⁹, führte sie in zunehmendem Maße an die Seite der äußersten Rechtskräfte.¹⁰ Bis 1922, genauer dem 4. Deutschen Studententag in Würzburg, war die Nachkriegsentwicklung der DSt vorläufig zum Abschluß gekommen. Angeführt vom Deutschen Hochschulring (DHR), dem Zusammenschluß vor allem der schlagenden Verbindungen, konnten sich die rasse-völkisch und antisemitischen Gruppen in der DSt in Satzungsfragen und durch Besetzung des Vorstandes mit dem Burschenschaftler Hilgenstock durchsetzen.¹¹

Die wenigen fortschrittlichen Studentenverbände, so der Reichsbund deutscher demokratischer Studenten, der Verband sozialistischer Studentengruppen Deutschlands und Österreichs, der Deutsche Pazifistische Studentenbund und eine republikanische Abspaltung der Zentrumsstudenten, die sich 1922 zum „Kartell der Deutschen Republikanischen Studentenschaft“ zusammenschlossen, konnten zu keinem Zeitpunkt den Einfluß der in Richtung auf den Faschismus hindrängenden Studentenverbände und des DSt begrenzen. Schwarz gibt ihren Anteil unter den Studenten in den Jahren bis 1923 mit höchstens 5% an.¹²

Organisatorische Zusammenfassung fand die faschistische Bewegung unter den Studenten mit der Gründung des „Nationalsozialistischen Deutschen Studentenbundes“ (NSDStB) am 8. 12. 1925 in München. Der sich steigernde Zulauf zum NSDStB setzte 1928 ein – einem Jahr, in dem die meisten Studentenschaften nach Ablehnung einer staatlich verordneten, demokratischen „Mindestanforderungen“ genügenden Satzung, ihre staatliche Anerkennung verloren hatten und zunehmend auf antirepublikanischen Kurs gingen. Mit dem Ausbruch der Weltwirtschaftskrise und der damit verbundenen gesteigerten sozialen Not, Unsicherheit, ja zum Teil Hoffnungslosigkeit in den Berufsaussichten, mit der Installierung der Präsidialdiktatur Brüning und zunehmendem Abbau sozialer und demokratischer Rechte vergrößerte sich der Zulauf zur NS-Bewegung.¹³ Im WS 1930/31, dem SS 1931 und den dort stattfindenden Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der Studenten erreichte die „Eroberung“ der Hochschulen ihren Höhepunkt: einem politischen Erdbeben gleich erreichte der NSDStB an 15 Hochschulen die absolute Mehrheit, an 23 stellte er die stärkste Fraktion. In Erlangen und an der TH Berlin hatte man sogar die ⅔-Mehrheit erreichen können. Im SS 1931 wurde fast bei sämtlichen Wahlen die 50%-Marke

knapp erreicht bzw. überschritten. Die linken Studentenverbände konnten ihren Einfluß gegenüber Anfang und Mitte der zwanziger Jahre zwar vergrößern, ein substantielles Gegengewicht gegen den braunen Terror an den Hochschulen konnten sie jedoch nicht bilden, zumal sich der kommunistische „Reichsverband Freisozialistischer Studenten“ (RFS) und der SPD-nahe „Sozialistische Studentenbund“ noch gegenseitig befehdeten.¹⁴

Innerhalb der DSt zeichnete sich die auch formale Machtübernahme durch die Nationalsozialisten im Frühjahr 1931 ab, als der NSDStB schon acht von zehn Kreisleitern und acht von dreizehn Mitgliedern des Hauptausschusses der DSt stellte. Die Korporationen leisteten bei diesem Vormarsch innerhalb der DSt tatkräftige Schützenhilfe, u. a. durch Koalitionen oder Wahlabsprachen, und meinten so die konsequente Verwirklichung ihrer Programme zu leisten, die – so Faust – „auf aktive Liquidierung der demokratischen Staatsform ausgerichtet waren“.¹⁵

Im Juli 1931 wurde in Graz ein Nationalsozialist zum 1. Vorsitzenden der DSt gewählt. Die faschistischen Studenten feierten dieses Ereignis, das die „legale Machtübernahme“ bereits lange vor 1933 bedeutete, als „Markstein der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts“¹⁶.

Ein Jahr später wurde beim Studententag in Königsberg, als Demonstration der „Ostland-Arbeit“ der DSt, unterstützt von Teilen der Großindustrie, der Wehrmacht und Ministerialbürokratie, das faschistische Führerprinzip in der Satzung der DSt verankert.¹⁷

An den Hochschulen hatte der Faschismus schon zwei Jahre vor der Machtübertragung an Hitler zur entscheidenden Niederlage für Demokratie und Prinzipien der Weimarer Verfassung geführt.

Soziale Lage und Zusammensetzung der Studenten und Auswirkungen auf die Berufsperspektive

Faust gibt als Faktoren, die auf das Bewußtsein der Studenten wesentlichen Einfluß ausübten, neben der Herkunft der Studenten, ihrer familiären und schulischen Sozialisation, ihre soziale Lage als Studenten und die Berufsperspektive an.¹⁸ Für die Medizinstudenten lassen sich erste Daten zusammenfassen, die keine spezielle Untersuchung zu dieser Frage ersetzen können, jedoch Anhaltspunkte liefern. So ergibt die Statistik der Medizinstudenten an den preußischen Universitäten (incl. Akademie Düsseldorf)¹⁹ für das SS 1925 Zahlen, die beispielhaft den Hintergrund der sozialen Zusammensetzung der Studenten und ihrer politischen Tätigkeit erhellen.

Angelehnt an das Einteilungsmuster der Deutschen Hochschulstatistik²⁰ entstammten Medizinstudenten zu 43,1% den „oberen Schichten“, zu 50,5% den „Mittelschichten“ und zu nur 1,1% den „unteren

Schichten“, wobei die Arbeiterkinder allein gar nur 0,7% ausmachten. Wenn man unter Vernachlässigung regionaler Unterschiede (Preußen – Reich) und des dreijährigen Zwischenraumes die ersten Zahlen für die Zusammensetzung der reichsdeutschen Gesamtstudentenschaft aus dem Jahr 1928 zum Vergleich heranzieht, zeigen sich erhebliche Abweichungen: bei der ersten Gruppe sind die Mediziner um 9% überrepräsentiert, bei der zweiten Gruppe um ca. 9% unterrepräsentiert und bei den „unteren Schichten“ sind Medizinstudenten mit 2,6% weniger vertreten als bei allen Studenten. Diese Zahlen veranschaulichen sehr deutlich die Aussage von Kater, daß gerade Medizinstudenten aus einem vergleichsweise wohlhabenderem Elternhaus stammten.²¹ Zusätzlich enthält die preußische Statistik Angaben zur Konfession der Medizinstudenten: danach waren von 3456 männlichen (= 84,8%) und 619 weiblichen (= 15,2%) 50,5% evangelisch, 30,9% katholisch, 10,4% jüdisch und 8,2% Angehörige sonstiger Religionen.²²

Nachkriegsentwicklung, die Inflation Anfang der zwanziger Jahre sowie die Weltwirtschaftskrise sind als Stichworte zu nennen, wenn Kater von einem „Kausalzusammenhang von studentischer Notlage und rechtsradikalem Engagement“ sprechen kann.²³ Er sieht während der Weimarer Zeit einen „*permanenten* (gesperrt i. Orig., d.V.) wirtschaftlichen Notstand“, dem die Studentenschaft wie keine andere gesellschaftliche Gruppe ausgesetzt war.²⁴ Gleichwohl lassen sich in der Studentenschaft Abstufungen innerhalb des sozialökonomischen Gefüges nachweisen: Mediziner hatten einen geringeren Anteil an Werkstudenten zu verzeichnen als z.B. Angehörige der philosophischen Fakultät, was auf das vergleichsweise wohlhabendere Elternhaus zurückzuführen ist. Außerdem war häufig gerade für Medizinstudenten im Zuge der „Selbstrekutierung“ das Studium der vermeintliche Weg zur Erhaltung der einmal erworbenen relativ gehobenen sozialen Stellung der etablierten Arztfamilie. Kater spricht von einem „hohen Grad von Berufsvererbung unter Medizinern“, ohne jedoch konkrete Zahlen nennen zu können.²⁵

Betroffen von Krise und Inflation verschlechterte sich die Berufsperspektive der Studenten zusehends. Hatten sie das Studium als Durchgangsstation für eine gesicherte ökonomische Laufbahn angesehen, mußten sie gründlich desillusioniert werden. Die Lage der Medizinstudenten verschärfte sich insbesondere gegen Ende der Republik.²⁶ Gab es für Mediziner während des 1. Weltkriegs durchaus noch eine Anstellung, so wurde der Beruf nach dem Krieg durch Vergünstigungen während des Studiums zusätzlich attraktiv gemacht. Die Studentenzahlen stiegen von 16 440 im SS 1914 auf 22 474 im SS 1919 an. Die im Zuge der Reform des Krankenkassenwesens²⁷ erwarteten Einkommenseinbußen für Ärzte führten zu Kampagnen der Standesorgane der Ärzte und

Medizinstudenten (VDM) gegen eine Aufnahme des Medizinstudiums – ein Absinken der Studentenzahlen um die Mitte des Jahrzehnts war die Folge.

Mit der ansteigenden Arbeitslosigkeit auch bei Akademikern schienen – ganz im Gegensatz zu der objektiven Situation – viele Studenten im Gesundheitswesen einen relativ zu anderen Bereichen krisenfesteren Arbeitsplatz zu erwarten. Der Anteil der Mediziner an der Gesamtstudentenschaft stieg von 12,5% 1925 auf 22,4% 1931 und machte damit (absolut ca. 21 500) den größten Anteil unter den Studenten aus. Nach Angaben von Schairer wurden für die dreißiger Jahre zwei Medizinanwärter auf eine freie Assistentenstelle erwartet, bei 3000 Absolventen pro Jahr erbrachte dies einen Überschuß an arbeitslosen Ärzten von 1500. Angesichts der eingangs erwähnten beschwörenden Formel von der heute zu erwartenden „Ärztenschwemme“ erscheint die damalige Argumentation gegen die Aufnahme des Medizin-Studiums allzu bekannt. Wie Kater einräumt, hatte sie jedoch Anfang der dreißiger Jahre eine – mit Einschränkungen – reale Grundlage, die zu sehen ist auf dem Hintergrund der allgemeinen Arbeitslosigkeit, Inflation und Wirtschaftskrise sowie einer Verbesserung der Arzt/Bevölkerungs-Relation von 4,8 auf 8 pro 10 000 in der Zeit von 1913 bis 1930. Eine endgültige Entscheidung über die Berechtigung der Warnung vor dem Medizin-Studium soll hier nicht vorgenommen werden und erscheint beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht möglich, da ja auf der anderen Seite sicher 1930 bis 1933 nicht von einer sozialen und gesundheitlichen Absicherung der Bevölkerung gesprochen werden kann.²⁸

Das Zusammentreffen von enttäuschter Zukunftserwartung und der enormen sozialen Notlage der Studenten wirkte sich vor allem bei der aus proletarisierten Schichten des Mittelstandes stammenden Studentenschaft besonders in einer Hinsicht aus: Die soziale Deklassierung, der man selbst mitsamt seiner Familie ausgesetzt war, wurde dem „Weimarer System“ angelastet und, ausgehend vom Bewußtseinsstand der damaligen Studentenschaft, in immer größerem Ausmaß im Kampf gegen eben dieses System umgesetzt.

Ständische Medizinerpolitik – Der Verband Deutscher Medizinerschaften (VDM)

Am 12. Juli 1919 wurde der VDM gegründet. Dies geschah durch Ausweitung des seit 1908 als erste überregionale medizinstudentische Organisation bestehenden „Verband Deutscher Klinikerschaften“ auf die vorklinischen Studenten.

Als Zusammenschluß sämtlicher reichsdeutscher Studierender der Medizin sah der VDM – vorerst unabhängig von der DSt – vor allem in

wirtschaftlicher Interessenvertretung und „Förderung und Heranbildung der ärztlichen Standesforderungen“ seine wesentliche Zweckbestimmung.²⁹ Die Vertretung der wirtschaftlichen Interessen wurde in enger Beziehung zum „Verband der Ärzte Deutschlands“ gesehen, wobei die Betonung auf dem Kampf gegen die Überhandnahme der Konkurrenz (NC!) und der damit verbunden gesehenen Bedrohung der Lebensgrundlage der hauptsächlich „mittelständischen“ Ärzteschaft lag.³⁰

Die Hauptdiskussionspunkte zur Anfangszeit des VDM, so auf dem 2. Vertretertag vom 7. bis 9. 7. 1920, behandelten Forderungen nach Vergünstigungen für Kriegsteilnehmer³¹, die Auseinandersetzung mit der sozialen Notlage der Studenten, die Propagierung der Idee des Werkstudenten³², Fragen der Studienreform³³ und des Frauenstudiums sowie die Diskussion der Satzung und damit verbunden des eigenen Selbstverständnisses. Betonung legte der VDM vor allem darauf, seine Arbeit rein fachlich und „unpolitisch“ zu halten, was in einem Beschluß auf dem 2. Vertretertag festgehalten wurde: „partei- und rassenpolitische Fragen gehören nicht in die Medizinerschaft.“³⁴ In Anspielung auf die vom VDM als schädliche Politisierung angesehene Entwicklung der DSt wurde für die Gesamtstudentenschaft eine fachschaftliche Organisation vorgeschlagen, die aber, so der VDM,

„selbstverständlich, das sei zur Verhütung von Mißverständnissen ausdrücklich betont, wenn auch nicht politisch orientiert, so doch auf einem streng deutschen Standpunkt stehen wird.“³⁵

Der Widerspruch zwischen der „sachlichen“ Auffassung von der eigenen Tätigkeit und den zum Teil sehr wohl politischen Inhalten kommt in mehreren Stellungnahmen des VDM zum Ausdruck. So fand die Medizinerorganisation nichts dabei, in Verbindung mit dem Eintreten für Vergünstigungen für Kriegsteilnehmer die Nicht-Teilnehmer generell als „Drückeberger“ zu bezeichnen.³⁶ Ebenso wurde im Verbandsorgan „Medizinisches Studentenblatt“ im Herbst 1920 zu Zeiten wachsender Streikbewegungen ein Aufruf für die Streikbrecherorganisation „Technische Nothilfe“ veröffentlicht, in dem zur Unterstützung des technischen Personals in Krankenhäusern geworben wurde.³⁷

Die Angliederung der rasse-völkischen und antisemitischen Österreichischen Studentenschaften erfolgte im VDM ebenso, allerdings mit einer Verzögerung gegenüber der Entwicklung in der DSt: Waren noch 1920 Verhandlungen mit der Grazer Medizinerschaft um eine Aufnahme an deren antisemitischen Bedingungen „gescheitert“³⁸, erfolgte auf dem Verbandstag im SS 1921 die Aufnahme der Universitäten Wien, Prag, Graz und Innsbruck.³⁹

Bereits Anfang 1922 nahm der VDM positiv zur Rassenhygiene als neuem Lehrfach Stellung und wies auf die „außerordentliche Bedeutung der Rassenhygiene für das Schicksal unserer Rasse und unsres Volkes“ hin.⁴⁰

Die Stellung des VDM zur Gesamtstudentenvertretung in der DSt entwickelte sich widersprüchlich. Einerseits steuerte der VDM keinen politisch motivierten Kollisionskurs gegen die DSt, da man inhaltlich zu „nahe“ war und es im VDM u. a. aufgrund der oben angegebenen Faktoren („Schichten“zugehörigkeit, Sozialisation, Einfluß der reaktionären Universitäten, ärztlicher Standesdünkel etc.) keinen Einfluß fortschrittlicher Mediziner gab. Auf der anderen Seite bestanden auch Reibungspunkte mit der DSt, die auf die vom VDM betonte Eigenständigkeit der Mediziner in Organisations-, Satzungs- und Finanzfragen zurückzuführen waren, die 1924 heftiger ausbrachen. Trotz aller Differenzen bleibt festzuhalten, daß sich der VDM nach der Übernahme der DSt durch die rasse-völkische Mehrheit im Juli 1922 in einer Stellungnahme von Leo Conti zur neuen Verbandsstruktur unter dem Vorstand Hilgenstock bekannte und nach dem Ausschalten der Minderheit von einer „Festigung“ der DSt sprach.⁴¹ Für das Jahr 1923/24 wird von einem zufriedenstellenden Verhältnis zum DSt-Vorstand gesprochen, das nur durch die mangelnde finanzielle Unterstützung der fachlichen Arbeit von seiten der DSt und durch „abfällige Urteile über Fachgruppen und Fachschaften“ durch Amtsträger der DSt getrübt wurde.⁴²

Nach einem Streit über die Organisationsfrage einigten sich Mediziner und DSt 1924 schließlich darauf, Medizinische Fachgruppe der DSt und den VDM als Parallelorganisationen mit anzustrebender Personalunion in den Vorständen nebeneinander bestehen zu lassen.⁴³

Nach den neuen Verfassungen des VDM und der Fachgruppe⁴⁴ war Zweck des Verbandes

„die einheitliche Vertretung gemeinsamer beruflicher und wirtschaftlicher Belange der Studenten der Medizin und der Medizinalpraktikanten. . . , die Heranbildung des Verständnisses für die Wirtschafts- und Standesfragen der Ärzteschaft, Erziehung zur Kollegialität, Pflege der Geselligkeit und Förderung kultureller, geistiger und fachlicher Fragen.“⁴⁵

Kampf gegen die „Überfüllung“ – ein ständisches Konzept

Seit Mitte der zwanziger Jahre beschäftigte sich der VDM neben den immer aktuell bleibenden Fragen der Studienreform mit dem Problem der Abwehr des sog. Kurpfuschertums, wobei alle Einzelmedizinerschaften besonders seit ca. 1930 zu Abwehrmaßnahmen an ihren Hochschulorten aufgerufen wurden.⁴⁶

Ein Problem rückte in dieser Zeit besonders in den Vordergrund: das sprunghafte Anwachsen der Medizinstudentenzahlen Anfang der dreißiger Jahre verbunden mit einer katastrophalen Überfüllung der medizinischen Fakultäten.⁴⁷ Von der Münsteraner Medizinischen Fakultät sei dazu als Beispiel ein Bericht wiedergegeben:

„In Münster sind die Hörsäle der Frauenklinik und des Pathologischen Instituts zu klein. Im Sektionskurs sind zu wenig Leichen vorhanden. Auch im Schwangerenuntersuchungskurs ist die Zahl der Patientinnen im Verhältnis zu der der Studenten bei weitem zu gering. In allen vorklinischen Vorlesungen und Kursen ist die Überfüllung sehr stark.“⁴⁸

In der Stoßrichtung seiner Vorschläge gegen die Überfüllung kommt exemplarisch die Politik des VDM zum Ausdruck. So veröffentlichte er einen Aufruf, als Vorschlag zur Anwendung des NC an den Hochschulen gedacht:

„Kollegen! Wer sich ernstlich zum Arztberuf hingezogen fühlt und die höchsten geistigen und persönlichen Voraussetzungen dazu mitbringt, soll Medizin studieren. Zurücktreten sollen und müssen aber alle, die Medizin aus Verlegenheit studieren und die in ihren geistigen und persönlichen Eigenschaften den Durchschnitt nicht übertreffen, geschweige denn erreichen. *Der Beste allein ist fähig, die wirtschaftliche Not zu tragen und nichts von den Idealen des Arztberufes preiszugeben* (gesperrt i. Orig., d.V.)“.⁴⁹

Der 1. Vorsitzende der Münsteraner Klinikerschaft, Blömeke, brachte im „Praemedicus“, der Zeitschrift des VDM, einen weiteren Akzent in die Diskussion – die Verschärfung der sozialen Selektion:

„... in erster Linie trägt der Staat selbst die größte Schuld an der Überfüllung der Hochschulen und an der Hochzüchtung eines geistigen Proletariates. Unter der Devise ‚sozial‘ macht man mit Gewalt der Masse den Weg zum Studium frei, indem man dem Studenten wie sonst niemandem im Staate zu seinem Fortkommen unter die Arme greift. ... (..) Allmählich kommt der Glaube auf, der Staat sei geradezu verpflichtet, einer bestimmten Klasse von Studenten aus seinem Geldbeutel das Studium zu ermöglichen.“⁵⁰

1931 wurde auf einem Vertretertag des VDM ein Antrag angenommen, worin an den Reichsverband angestellter Ärzte die Aufforderung erging, „darauf hinzuwirken, daß Ausländer an deutschen Kliniken und Krankenhäusern keine bezahlten Assistentenstellen mehr bekommen.“ Die örtlichen Medizinerschaften hatten entsprechende Stellen dem VDM anzuzeigen.⁵¹

Interessant an den Stellungnahmen zum NC ist vor allem, daß ihre Intention im Gegensatz sowohl teilweise zur praktischen Arbeit der medizinischen Interessenvertretungsorgane in den vorhergehenden Jahren als auch zu ihren Satzungen bestand. In beiden Fällen wurde eingetreten für die Wahrnehmung wirtschaftlicher und sozialer Interessen und die Unterstützung bedürftiger Kommilitonen. Wenn mit der

Krise ab 1929 sich eine Änderung der Haltung in dieser Frage abzeichnete, so konnte damit nur das Ziel verknüpft sein, mit den Mitteln der sozialen und rassischen Selektion der Bedrohung des sozialen Abstiegs zu entgehen. Ein bewußter Kampf gegen die eigentlich die Misere an den Hochschulen insgesamt hervorrufenden Ursachen wurde von der medizinstudentischen „Standespolitik“ nicht geführt. Die von den linken Studenten ab 1929 forcierten Anstrengungen gegen die Verschlechterung der materiellen Lage, besonders der Studenten aus der Arbeiterklasse, durch Gebührenerhöhungen und Streichung sozialer Vergünstigungen, erhielten bei den Medizinern ebenso wie in der DSt wenig Resonanz. Boedecker schreibt dazu: „...die Fortschritte und die erhöhte Aktivität der revolutionären Kräfte an der Hochschule reichten bei weitem nicht aus, um zu verhindern, daß die Faschisten die Masse der Studenten unter ihren Einfluß brachten. Der weitverbreitete Antikommunismus, die kleinbürgerliche Herkunft der Masse der Studenten und ihrer Aufstiegsillusionen ließen die faschistische Propaganda auf fruchtbaren Boden fallen.“⁵²

Der Antisemitismus unter den Medizinstudenten

Der „kollektive Antisemitismus der Mediziner“ – Reizwort oder Realität unter Medizinstudenten in der Weimarer Republik? Die Indizien sind zahlreich, die Bleuel und Klinnert zu der angeführten Aussage veranlassen: sie sprechen von den Medizinstudenten als der, neben den Korporationen, beruflich orientierten Gruppe mit den stärksten antisemitischen Aktivitäten.⁵³ Eigene Untersuchungen über die Politik der „Münsterischen Vorklinikerschaft“ (M.V.K.) erhellen den Sachverhalt deutlich und sollen hier kurz wiedergegeben werden.

Die M.V.K. wurde im Frühjahr 1919 als „berufsständische Vereinigung der Medizinstudenten der Universität Münster in vorklinischen Semestern“ gegründet und lag mit ihrer Satzung etwa auf der Linie des VDM.⁵⁴ Bei den ersten allgemeinen Wahlen zum Allgemeinen Studenten-Ausschuß der Universität Münster im Januar 1920 kandidierte die M.V.K. in einer Listenverbindung gemeinsam mit den Listen der deutsch-völkischen und schlagenden Verbindungsstudenten als Block der äußersten Rechten innerhalb der Studentenschaft, der mit über 30% der Sitze eine starke Position erringen konnte. Die in Münster dominierenden „christlich-nationalen“ Studierenden von DV, KV und UV behielten bei einer Wahlbeteiligung von 53% mit 47 von 80 Sitzen (= 58,8%) die Oberhand; die sozialistischen Studenten blieben bei 3 Sitzen bedeutungslos.⁵⁵

Etwa zur Zeit der AStA-Wahlen, mit Beschluß vom 20. 1. 1920 erfolgte in Münster der Ausschluß der Juden aus der M.V.K. Wie die

Gruppe in einem Schreiben an den Rektor vom 31. 1. des Jahres erläuterte, wollte sie „dem Beispiele der Kliniker- und Vorklinikerschaft Marburgs folgend“⁵⁶ die Mitgliedschaft in § 6 der Satzung neu regeln. Bei nur 15 Gegenstimmen wurde in der Generalversammlung der ca. 500 Mitglieder der Gruppe am 20. 1. folgende Fassung angenommen: „Mitglied kann jeder Studierende der Universität Münster werden, der germanischer Abkunft ist.“⁵⁷

Diese völkisch-antisemitische Manifestation fand bei Rektor und Studentenschaft der Universität Münster eine unterschiedliche Reaktion. Die jüdischen Medizinstudenten hatten bereits kurz nach dem Beschluß der Generalversammlung in einem Schreiben an den Rektor „aufs energischste“ protestiert⁵⁸, was diesen jedoch zu keinerlei Maßnahmen gegen die Vorklinikerschaft bewegen konnte. Die Münsteraner SPD-Zeitung „Volkswille“ fragte auf dem Hintergrund der seit dem Ende des 19. Jahrhunderts auch unter Studenten bestehenden antisemitischen Tradition an, wie Rektor und Senat zu diesem „Ausbruch ‚echt deutschen‘ Empfindens“ sich verhalten würden. Der Rektor zog sich vielmehr in dieser, gerade im Bereich der Medizin hochpolitischen Frage hinter rechtliche Vorschriften zurück und ergriff keinerlei disziplinarische Maßnahmen. Der AStA seinerseits bezeichnete in diesem Falle die M.V.K. als „im Höchsthalle... Verein arischer Mediziner...“ und entzog die Geldmittel.⁵⁹

Die Münsteraner Medizinstudenten standen mit ihrem Antisemitismus keineswegs isoliert da unter den reichsdeutschen Studienkollegen. Als erste traten in dieser Beziehung die Marburger Mediziner hervor, die der M.V.K. in ihrem Beschluß als Vorbild gedient hatten. Im November 1919 bereits wandten sich die Marburger Kliniker mit folgender Beschwerde an die Leitung des VDM in Leipzig: „Während von dem Herbstzwischensemester für Kriegsteilnehmer viele deutsche Studierende wegen Platzmangel ausgeschlossen sind, sitzen in unseren Hörsälen russische Juden mit Ausweisen der Regierung.“⁶⁰

Der VDM fügte der Weiterleitung der Beschwerde an die DSt eine eigene Stellungnahme an, die an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt:

„Millionen von Deutschen müssen auswandern, und Hunderttausende von Ostjuden erhalten Erlaubnis, die deutsche Volksseele mit den nihilistischen Ideen asiatischer Fanatiker zu verpesten und das deutsche Volk auszupowern. Wir sind nicht gewillt, uns zu Mitschuldigen derjenigen Regierungskreise zu machen, die unser Vaterland zum Tummelplatz finsterner Existenzen werden lassen, indem sie rassenfremden und deutschfeindlichen Elementen die Grenze öffnen und Pässe zur Verfügung stellen. Es wäre angezeigt, der Regierung mitzuteilen, daß... die Medizinstudierenden aller Hochschulen das Studium von Ostjuden und Ausländern so lange unmöglich machen werden, als die Hörsäle für die eigenen Studenten nicht ausreichen und Deutsche in den betreffenden Ländern nicht als Studierende zugelassen werden.“⁶¹

Auf dem 2. Vertretertag des VDM im Juli 1920 wurde ein Beschluß zur „Judenfrage“ gefaßt, der „partei- und rassenpolitische Fragen“ aus der Medizinerschaft ausschließen sollte.⁶² Obwohl dieser Beschluß langfristig für die Politik des VDM, besonders in seinem Verhalten gegenüber den antisemitischen Österreichischen Medizinerschaften keine Konsequenzen zur Folge hatte, sah sich der Verband dazu gezwungen, bei einem erneuten Verstoß gegen die beschlossenen Grundsätze einzuschreiten. Im Herbst 1920 schloß die Königsberger Klinikerschaft, die auf dem vorangegangenen Vertretertag „um energisches Eintreten für Ostpreußen und Hilfe gegen den Bolschewismus“ gebeten hatte⁶³, die Juden aus ihrer Vereinigung aus.⁶⁴ Der Vorstand des VDM sah sich unter Zugzwang gesetzt und gab folgende Erklärung ab:

„... sieht sich der Vorstand des Verbandes leider (!, d.V.) genötigt, die Königsberger Klinikerschaft einstweilen... zu suspendieren, bis eine endgültige Regelung erzielt ist. Der VDM verkennt nicht, daß Königsberg als vorgeschobener Außenposten deutscher Kultur mehr als jede andere Universität unter dem Eindringen unerwünschter, ostjüdischer Elemente zu leiden hat, doch schiebt auch hier § 3 der Verbandssatzung einen Riegel vor.“⁶⁵

Zur Verstärkung des Antisemitismus unter den Medizinstudenten wurde von den Propagandisten dieser Ideologie regelmäßig auf die „Verjudung“ gerade im medizinischen Bereich hingewiesen, was angesichts des starken Konkurrenzkampfes um Studien- und Arbeitsplätze bei Medizinern einen hohen Stellenwert hatte und auf fruchtbaren Boden fallen konnte. So wurde z.B. der jüdische Anteil an den Berufen des Gesundheitswesens mit ca. 7% angegeben, und der bereits relativ hohe Prozentsatz der Juden unter der Professorenschaft (Durchschnitt ca. 2,6%) wurde nach einer Statistik von 1919 in den Medizinischen Fakultäten erheblich übertroffen und erreichte dort 11%.⁶⁶

Unter den Studenten kann ein Absinken des jüdischen Anteils von ungefähr 9,5 auf 5% in den Jahren 1887 bis 1930 gesehen werden, wobei zuletzt der Anteil bei den Medizinern um 2–3% höher lag als in der übrigen Studentenschaft. Der jüdische Bevölkerungsanteil insgesamt sank zwischen 1929 und 1933 von 0,9 auf 0,76%.⁶⁷

Es bestand also in der Weimarer Republik sehr wohl eine Überrepräsentierung deutscher Juden unter den Akademikern und Studenten, die, wie Kater ausführt, „aus traditionsbedingten Gründen der Berufsvererbung“ und dem Streben nach wirtschaftlicher Selbständigkeit geboren wurde.⁶⁸

Die antisemitisch ausgerichtete Argumentation der Medizinstudenten und später des NSDStB entsprang einer vermeintlich gleichgerichteten Interessenlage beider Seiten im Kampf gegen den sozialen Abstieg. Die NS-Studenten, die sich in diesem Punkt auch auf die Verbände und Korporationen stützen konnten, konnten diese Situation, u. a. auf-

grund der oben bereits erwähnten Sozialisation und Herkunft der Medizinstudenten, für ihre Interessen ausnutzen; sie betrieben unter Zuhilfenahme maßloser Übertreibung (so wurde im „Angriff“ vom 28. 11. 1929 behauptet, in manchen Städten würden die akademischen Berufe „bis über 80 Prozent von Juden ausgeübt“)⁶⁹ eine massive Propaganda für die „Reinerhaltung der Hochschulen“. Nach einem ersten „Erfolg“ mit der Einführung des Numerus Clausus für Juden Anfang der zwanziger Jahre an der TH Wien⁷⁰ wurden ab 1928 an verschiedenen Hochschulen durch die NS-Studenten ähnliche Anträge durchgebracht. Eine generelle Einführung des „Arier-Paragraphen“ innerhalb der DSt konnte jedoch vor 1933 nicht durchgesetzt werden.⁷¹

Bei dem Ausschluß fremdrassiger Studenten taten sich gegen Ende der Weimarer Republik auch wieder die Mediziner besonders hervor. Im Sommer 1932 beschloß die Medizinische Fachschaft der Universität Erlangen, „Juden, Judenstämme und nichtdeutsche Ausländer“ aus der Organisation auszuschließen, woraufhin der Rektor zwar der Fachschaft die Anerkennung entzog, aber nichts zum Schutz der jüdischen Minderheit unternahm.⁷²

Zu Recht weisen Bleuel und Klinnert in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der Antisemitismus als Bestandteil der faschistischen Ideologie⁷³ mehr als nur eine „Jugendsünde“ oder Nachlaufen einer ganzen Generation von Studenten hinter „geheimen Verführern“ gewesen ist. Die Ausbreitung des Antisemitismus erfolgte weder geheim noch war sie ein Werk von Verführern, sie war vielmehr Bestandteil der faschistischen Ideologie und breitete sich als solcher offen und besonders unter den Studenten mit frühzeitigem Erfolg aus.⁷⁴

Die Auflösung des VDM – Scheitern ständischer Politik

Gegen Ende der zwanziger Jahre, besonders nach der Zurücknahme der staatlichen Anerkennung für die Studentenvertretung und dem beginnenden Vordringen der faschistischen Bewegung an den Hochschulen ab 1927/28, wurde von der Deutschen Studentenschaft die „fachliche“ Arbeit der Fachgruppen zugunsten „vaterländischer“ Politik zurückgestellt – Young-Referendum, Wehrsport und die Grenzlandarbeit seien als Stichpunkte genannt. Dies führte 1930 und 1931 dazu, daß die medizinische Fachgruppe der DSt nur noch dem Namen nach existierte und die Interessenvertretung mehr schlecht als recht allein vom VDM wahrgenommen wurde.⁷⁵ Die „Krise der Medizinerschaften“, so ein Artikel im *Praemedicus* vom Februar 1931⁷⁶, sollte zumindest auf organisatorischem Gebiet durch den Königsberger Studententag im Juli 1932 behoben werden, der von der Organisations Spitze der Medizinstudenten wie folgt gewertet wurde:

„Der Deutsche Studententag hat eine Neuorientierung der Politik der Deutschen Studentenschaft gebracht, allerdings in einem Sinne, der aus der Not der Zeit geboren vielleicht zur Überwindung gegenwärtiger Schwierigkeiten führen kann, aber sich in seinem radikalen Sinne für eine geistige fruchtbare Arbeit kaum erfolgreich über längere Dauer erweisen wird.“⁷⁷

Mit dieser schwammigen Formulierung, die jedoch fernab von einem Protest gegen die auf diesem Studententag vorbereitete Einführung des Führerprinzips in der DSt anzusiedeln ist, wurde die Basis für eine Zusammenarbeit der faschistisch dominierten DSt und des VDM geliefert, die auch mit dem WS 1932/33 nach erstmaligen Zahlungen zur Wiederaufnahme der Arbeit der Fachgruppe führte. Im November 1932 betonten der gemeinsame Vorstand von VDM und Fachgruppe zum wiederholten Male als Grundsatz der fachlichen Arbeit, daß „die Erörterung und Behandlung irgendwelcher konfessioneller oder parteipolitischer Gegensätze unbedingt“ zu unterbleiben habe.⁷⁸

Damit waren auch in diesem Teilbereich der Studentenpolitik alle Voraussetzungen erfüllt, daß sich 1933 unter einem personell identischen Vorstand der Mediziner im – allerdings nur in den Köpfen der Funktionäre des VDM real existierenden – (un)politischen Vakuum die nationalsozialistische „Gesundheitspolitik“ mühelos ausbreiten konnte.

Nach der Machtübertragung an die Vertreter des offenen Faschismus in Deutschland am 30. Januar 1933 arbeitete der VDM in organisatorischer und personeller Kontinuität vorerst weiter.

Im April des Jahres veröffentlichte er „beseelt von dem Gedanken einer deutschen Volksgemeinschaft“⁷⁹ Vorschläge zur medizinischen Ausbildung. Danach sollten zum Medizinstudium „nur in ihren menschlichen und geistigen Anlagen wertvolle Deutsche“ zugelassen werden. Für die Semesterferien sollten vier Monate Zwangsfamulatur und zwei Monate Wehrdienst verbindlich gemacht werden. Die Beschränkung der Zahl der Kassenärzte sollte aufgehoben werden. Ferner sollte durch ein „Kurpfuschereiverbot“ die Kurierfreiheit für nicht approbierte Laienbehandler beseitigt werden.⁸⁰

Die ersten Maßnahmen der Gesundheitspolitik des faschistischen Staates wurden vom VDM mit Wohlwollen und Zustimmung aufgenommen. So begrüßte man freudig das Verbot der Erteilung deutscher Approbationen an Ausländer durch einen Erlaß des Reichsinnenministers vom 29. 3. 1933.⁸¹ Kurze Zeit später heißt es in einem Tätigkeitsbericht des VDM:

„Bemerkenswert war ein kurze Zeit danach erschieener Erlaß des bayerischen kommissarischen Ministers des Innern vom 4. III. 1933, in dem der Numerus Clausus für Medizinstudierende im Lande Bayern . . . endlich durchgeführt wurde. Angehörige der jüdischen Rasse sind seitdem in Bayern von der

Neuinskription für das Medizinstudium ausgeschlossen. Am 25. IV. 1933 erschien dann endlich ein Gesetz der neuen Reichsregierung, das die Möglichkeit bietet, dem Zustrom zu den akademischen Berufen Einhalt zu tun. Das tatkräftige Vorgehen der neuen Behörden kommt in allen Einzelheiten des Gesetzes zum Ausdruck.⁸²

Neben dieser Würdigung von Maßnahmen der Hitler-Regierung, die im Einklang steht mit der langen antisemitischen Tradition unter Medizinstudenten, informierte die Schriftleitung des nach wie vor erscheinenden „Praemedicus“ regelmäßig über neue Gesetze und Verordnungen, die die neue Politik innerhalb der Studentenschaft oder des Gesundheitswesens betrafen.

Der VDM hatte jedoch schließlich als eigenständiger Verband in einer auf faschistische Ideologie und Organisationsstrukturen ausgerichteten Gesellschaft keine Existenzberechtigung mehr – trotz seiner im Endeffekt gegenüber dem neuen System bejahenden Einstellung. Ende Mai 1933 wurden Anträge auf Auflösung des Verbandes bekanntgegeben, die von der Kölner und Leipziger Medizinerschaft gestellt wurden. Eine Weiterführung der Arbeit sollte nur noch „im Rahmen der neuen Fachschaftsordnung“ innerhalb der DSt erfolgen.⁸³ Obwohl zuerst vom VDM eine Überführung des Vermögens der alten Medizinischen Fachgruppe an die neue innerhalb der DSt vorgesehen war und bereits im Juni 1933 eine Auflösung des Verbandes bei Aufnahme der Arbeit durch die neue Medizinische Fachgruppe der DSt in Aussicht gestellt wurde⁸⁴, kam es zum Vollzug dieses Schrittes erst am 21. 8. 1933. Mit diesem Datum löste der Vorstand des VDM den Verband „auf Antrag seiner Mitglieder auf“ und legte sein Amt nieder. Dieser Schritt sei, nach Angabe der letzten Tätigkeitsberichte des VDM, nur gezwungen vorgenommen worden, „da er (der Vorstand, d.V.) die Fortführung der Arbeit nach den alten Grundsätzen nicht mehr gewährleistet sah“.⁸⁵ Es erfolgte ohne Angabe einer genaueren Begründung keine Überführung des VDM in die Medizinische Fachgruppe der DSt, und das Eigentum wurde an den Hartmann-Bund überwiesen.⁸⁶

Die Auflösung des VDM mitsamt seiner Erklärung durch den Vorstand spiegelt in sich das widersprüchliche Selbstverständnis des Verbandes wider. Einerseits sah sich der Verband unter Betonung der fachlichen Fragen in Einklang mit den neuen Machthabern, denen er allerdings andererseits durch seine prinzipiell – nach eigenem Verständnis – „unpolitische“ Auffassung der Interessenvertretung nicht weit genug ging. Dem Machtanspruch des faschistischen Staates und seiner Ideologie konnte ein derartiger, dazu noch auf eigenständige Organisation, Institutionen und Information bedachter Verband, lästig werden. Die „gezwungen“ vorgenommene Auflösung des VDM stellte für den Vorstand gleichwohl keinen Bruch mit dem neuen System da, da sie selbst

die Kontinuität der Arbeit betonten: „Die Auflösung... bedeutete nicht, daß von nun an die Medizinstudierenden keine Facharbeit mehr leisten sollten, im Gegenteil, man wollte, daß sich in Zukunft statt eines Teiles der Medizinstudentenschaft die gesamte mit fachlichen Fragen beschäftigt.“⁸⁷

Inhaltlich wird diese Einschätzung bestätigt durch den Schriftleiter des neuen Publikationsorgans der NS-Medizinerschaft, „Der Jungarzt“, der auf Überlegungen hinwies,

„den ‚Praemedicus‘ von der Deutschen medizinischen Wochenschrift loszulösen und auf breiterer Basis zu einem selbständigen Organ auszubauen, denn für die Aufgaben, die der jungen Generation im Rahmen der Neuordnung des Staates insbesondere auf ihrem (der Mediziner, d.V.) Fachgebiet erwachse, war das Vorhandene nicht genug.“⁸⁸

Ab Dezember 1933 erschien der „Jungarzt“ als „Zeitschrift der Deutschen Mediziner“ mit Unterstützung des Führers des Deutschen Ärztevereinsbundes (DÄVB) und des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB), Gerhard Wagner, des Leiters des „Aufklärungsamtes für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege“, Dr. Groß, und des Ministerialrats und späteren Reichsärztesführers Dr. Leonardo Conti.⁸⁹ In einem Aufruf in der ersten Ausgabe des „Jungarzt“, der zum Kampfblatt der Medizinstudenten werden sollte, steckte Wagner die Grundlinien der zukünftigen Politik der nationalsozialistischen Medizinstudentenschaft ab:

„Deutscher Medizinstudent! Jahrelang hast du auf scheinbar aussichtslosem Posten inmitten jüdisch-materialistischen Ungeists gestanden, ohne Aussicht, jemals an der Gestaltung der Zukunft des deutschen Volkes wesentlichen Anteil nehmen zu dürfen. Vor dieser jüdischen Überflutung hat der neue Staat die Medizinerschaft geschützt. Der Nationalsozialismus hat in die Hände des Arztes eine ungeheure Verantwortung gelegt. (...) Das junge Arztgeschlecht aber muß diese Aufgaben im nationalsozialistischen Geiste richtig lösen, wenn Deutschlands Zukunft gesichert sein soll...“⁹⁰

Diese „Aufgaben“ der jungen Ärztegeneration wurden zu Anfang umgesetzt in die Parole vom „Kampf gegen Liberalismus und Reaktion an den deutschen Hochschulen“⁹¹, die der neuen „Reichsfachschaft der Mediziner“ unter Leitung des Münsteraners Eduard Klein dazu dienen sollte, mit den Mitteln der Denunziation, Vorlesungsboykott und persönlicher Repression alle der Durchsetzung des faschistischen Führerprinzips an den Universitäten im Weg stehenden Hochschulangehörigen zu vertreiben, psychisch oder physisch zu vernichten.

Schlußbemerkung

Läßt sich aus der Geschichte des VDM als Geschichte ständischer Medizinerpolitik das Bild des „typischen“ jungen Mediziners und

späteren Arztes ableiten? Und: wo sind alternative Ansätze heute zu einer derartigen Politik zu finden und zu entwickeln?

Mit dem Herangehen an die Frage der politischen Standortbestimmung der Medizinstudenten taucht immer wieder ein wesentliches Problem bei ihrer Geschichte und Erfassung als gesellschaftlicher Gruppe auf: das Verständnis ihrer Tätigkeit als rein fachlich und „unpolitisch“. Eine derart ständische Politik schließt mehrere Faktoren mit ein: aus *isoliert* auf das Eigeninteresse des Berufsstandes gerichteten Forderungen erwachsen Bestrebungen zur verschärften sozialen Selektion beim Hochschulzugang. Ein bewußter Kampf gegen die eigentlichen Ursachen der Krise, besonders gegen Ende der Weimarer Republik mit Massenarbeitslosigkeit und Notverordnungspolitik, wurde nicht geführt. Darüber hinaus sind die Einflüsse zu berücksichtigen, die auf die junge Studenten- und Ärztegeneration eingewirkt haben. Einmal ist dabei die traditionell auf das Kaiserreich und die herrschende deutsch-nationale Ideologie verpflichtete Professorenschaft zu nennen, die sich nur zu einem ganz geringen Teil zur Loyalität oder gar einem positiven Verhältnis der Republik gegenüber durchringen konnte. Des weiteren konnte die von den studentischen Organisationen, besonders dem VDM, angestrebte und praktizierte Zusammenarbeit mit den ärztlichen Spitzenverbänden nicht ohne Einfluß auf die Heranbildung eines ärztlichen Selbstverständnisses bei den Medizinstudenten bleiben, das an den vorgegebenen Leitbildern der „Standespolitik“ der Verbände orientiert war. Arzt-Sein habe danach lediglich ethischen, beruflich-wissenschaftlichen und fachlichen, mit einem Wort „unpolitischen“ Charakteristika gerecht zu werden. Die Entlarvung dieses Begriffs von Standespolitik als Verschleierung der politischen Eingliederung der Ärzteschaft in die Rechtskreise des Weimarer Systems hat Kühn anhand der Entwicklung zur Reichsärztekammer und ihrer Vollendung im Faschismus aufgezeigt.⁹² Und vor allem Abendroth hat die ideologische Funktion der Herausstellung des „Unpolitischen“ in der deutschen Wissenschaft und Hochschulpolitik vor 1933 betont.⁹³

Als weiterer Bestimmungsfaktor medizinstudentischer Politik ist die Entwicklung in der Deutschen Studentenschaft zu nennen, die bereits ab 1922 rasse-völkisch beherrscht war und in der die NS-Studenten ab 1928 auf dem Vormarsch waren. Die Medizinstudenten entstammten darüber hinaus in ihrer Mehrzahl den „Mittelschichten“, einer Gruppe, die eine antiliberalen, irrationalen und auf den überkommenen autoritären Ideologien des Kaiserreiches fußende Tradition verinnerlicht hatte und in der sich verschärfenden Krise der Weimarer Republik sich zu großen Teilen der faschistischen Bewegung anschloß. Daß ihre objektiven Interessen ebenso wie die der Masse der Studenten nach z. B. Abbau der Arbeitslosigkeit und gesicherter beruflicher Zukunft in Frieden den

Interessen des hinter der Hitler-Partei stehenden Teilen der Großindustrie entgegengesetzt waren, konnte sie von einer Parteinahme für die „Bewegung“ angesichts des gegen Ende der Weimarer Republik sich darstellenden Klassenkräfteverhältnisses nicht abhalten.

Mit dieser Darstellung soll einer eindimensional aus der sozialen Lage und politischen Sozialisation hergeleiteten Bewußtseinsprägung der Studenten nicht das Wort geredet werden. Denn allein das von Kühnl angeführte Beispiel der antiautoritären Studentenbewegung der sechziger Jahre in der BRD zeigt, daß sich aus einer Krisensituation – sowohl ökonomischer als auch politisch-ideologischer Art – gänzlich anders geartete, nämlich systemkritische und antikapitalistische Bewußtseins- und Aktionsformen entwickeln können.⁹⁴ Die Ärztegeneration des Faschismus hatte – als Studenten – die Ausbildung der wilhelminischen Universität oder die der Republik durchlaufen und war insgesamt betrachtet vom Leitbild des unpolitischen Arztes geprägt worden, lediglich ethischen und „privaten“ moralischen Vorstellungen verpflichtet. Dennoch soll nicht der Schluß nahegelegt werden, aus einer derartigen Medizinstudentenschaft müsse widerspruchlos und unter jeglichen gesellschaftlichen Verhältnissen eine faschistische Ärzteschaft erwachsen. Es hat auch unter den deutschen Ärzten eine „innere Emigration“ als Flucht vor der Inanspruchnahme des ärztlichen Berufes für das faschistische System und ebenso Widerstand gegen die terroristische Ausrichtung des Gesundheitssystems gegeben.

Doch ähnlich wie unter dem Mantel des „Unpolitischen“ die Hochschulen sturmreif für die faschistische Studentenbewegung und bereit für die Gleichschaltung gemacht wurden, war das unpolitische Selbstverständnis der Medizinstudentenschaft ein, wenn nicht der wesentliche Faktor für die Etablierung einer NS-Medizinerschaft. Das Fehlen einer an den Bedürfnissen der Mehrheit der Bevölkerung und Studenten ausgerichteten Politik, die sich dem demokratischen und sozialen Fortschritt verpflichtet sah, schaffte – verbunden mit der von den Standesfunktionären vertretenen „Sachpolitik“ – ein Vakuum, in dem sich die nicht als Partei, sondern als „Bewegung“ agierende faschistische Studentenschaft ausbreiten konnte. Die faschistische Gesundheitspolitik mit all ihren Konsequenzen – Menschenversuche, Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung und Beteiligung am organisierten Massenmord – hätte ohne eine zum Teil aktive, zum Teil durch Nazi-Propaganda verhetzte oder „nur“ als Befehlsempfänger tätige Ärzte- und Studentengeneration nicht wirksam werden können.

Anmerkungen

- 1 Dieser Aufsatz beruht auf Teilen der noch unveröffentlichten Dissertation am Institut für Theorie und Geschichte der Medizin der Universität Münster mit dem Thema „Medizinstudenten in Münster – Universität, Studentenschaft und Medizin 1905 bis 1945“.
- 2 Medizinisches Studentenblatt (zit. als: M.St.Bl.), 1.JG, Nr. 4/1920, 7, in: Dtsch.Med.Wschr. (zit. als: DMW), 46. JG.
- 3 Ebenda.
- 4 Münch.Med.Wschr., Nr. 19/1953, 8. 5. 1953, 572.
- 5 Vgl. Albrecht, M./Weinrich, G., Stellungnahme zur „Ärzeschwemme“, in: Das Argument, AS 27 (= Jahrbuch 3), Berlin/West 1978, 8–13.
- 6 Vgl. Faust, A., Der Nationalsozialistische Studentenbund, Bd. 1, Düsseldorf 1973, 23; Schwarz, J., Studenten in der Weimarer Republik, Berlin/West 1971, 182–186.
- 7 Vgl. Schwarz, J., a.a.O., 220–222, dort z. B. zu den Angriffen von Studenten gegen pazifistische und jüdische Hochschullehrer.
- 8 Aufruf von Kultusminister Hänisch an die „Akademische Jugend Preußens“, vgl. Zorn, W., Die politische Entwicklung des deutschen Studententums 1918–1931, in: Darstellungen und Quellen zur Geschichte der deutschen Einheitsbewegung im 19. und 20. Jahrhundert, Bd. 5, Heidelberg 1965, 239.
- 9 Zum Einsatz studentischer Wehrformationen in Münster: Schulte, E., Münstersche Chronik zu Spartakismus und Separatismus, Quellen u. Forschungen zur Geschichte der Stadt Münster, Bd. 10, Münster 1939.
- 10 Über das Kapp nahestehende Studentenkörpers Marburg und den Arbeitermord in Thüringen vgl. bei: Bensch, U., StuKoMa, in: Kramer, D./Vanja, Chr., Universität und demokratische Bewegung – Ein Lesebuch zur 450-Jahr-Feier der Philipps-Universität Marburg, Marburg 1977, 187–212.
- 11 Vgl. Zorn, W., a.a.O., 276.
- 12 Vgl. Steinborn, N., Die Avantgarde des Faschismus – Zur politischen Rolle der Studenten in der Weimarer Republik, in: Facit 33, 2/1974, 24–25; Schwarz, J., a.a.O., 160.
- 13 Vgl. Kater, M., Studentenschaft und Rechtsradikalismus 1918–1933, Hamburg 1975, 202.
- 14 Vgl. Steinborn, N., a.a.O., 33; Faust, A., a.a.O., Bd. 2, 7–8; Boedecker, M., Revolutionäre Studentenbewegung in der Weimarer Republik, in: Facit, 34, 5/1974, 85–89.
- 15 Vgl. ebenda, 11–12; Faust ist hier insofern nicht ganz zuzustimmen, als die Bezeichnung „demokratische Staatsform“ auf die Präsidialkabinette Brüning, Papen und Schleicher nur noch bedingt anwendbar ist.
- 16 DDZ, Nr. 3, August 1931, zit. nach: Faust, A., a.a.O., Bd. 2, 21.
- 17 Vgl. Faust, A., a.a.O., Bd. 2, 38–40.
- 18 Vgl. Faust, A., a.a.O., Bd. 1, 113.
- 19 Abgedruckt in: Praemedicus, 6. JG, Nr. 12/1926, in DMW, 52. JG, Nr. 24, 1026.
- 20 Vgl. Deutsche Hochschulstatistik, Bd. 7, 1931, *41.
- 21 Vgl. Kater, M., a.a.O., 59.
- 22 Siehe Anm. 19.
- 23 Kater, M., a.a.O., 17.
- 24 Ebenda, 43.
- 25 Ebenda, 59, vgl. 58–62.
- 26 Vgl. zum folgenden: ebenda, 70–71.

- 27 Vgl. Parlow, S./Winter, I., Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik, in: Das Argument, AS 4, Berlin/West 1974, 54–58.
- 28 Vgl. Schairer, R., Die akademische Berufsnot, Jena o.J. (1932), 24–31; Kater, M., a.a.O., 70–71.
- 29 M.St.Bl., 1. JG, Nr. 1/1920, 1, in: DMW, 46. JG
- 30 Vgl. M.St.Bl., 1. JG, Nr. 4/1920, 7, in: ebenda; vgl. zur „Stellung der deutschen Medizinerschaft im Kampf der Ärzte mit den Krankenkassen“ in M.St.Bl., 1. JG, Nr. 6/1920, 14, in: ebenda; dazu auch Parlow, S./Winter, I., a.a.O., 46–72.
- 31 Vgl. M.St.Bl., 1. JG, Nr. 7/1920, 15, in: ebenda.
- 32 Vgl. Praemedicus, 1. JG, Nr. 4/1921, in: DMW, 47. JG, Nr. 35, 1050.
- 33 Vgl. zur Studien- und Prüfungsreform nach 1928: Sczibilanski, K., Von der Prüfungs- und Vorprüfungsordnung (1883) bis zur Approbationsordnung 1970 für Ärzte der BRD, Diss. Med., Münster 1977, 60–85 und 118–131.
- 34 M.St.Bl., 1. JG, Nr. 7/1920, 15, in: a.a.O.
- 35 Praemedicus, 2. JG, N3. 11/1922, in: DMW, 48. JG, Nr. 26, 890.
- 36 Vgl. M.St.Bl., 1. JG, Nr. 7/1920, 18, in: DMW, 46. JG.
- 37 Vgl. M.St.Bl., 1. JG, Nr. 10/1920, 24, in: ebenda.
- 38 Vgl. M.St.Bl., 1. JG, Nr. 7/1920, 15, in: ebenda.
- 39 Vgl. M.St.Bl., 2. JG, Nr. 6/1921, 17, in: DMW, 47. JG.
- 40 Praemedicus, 2. JG, Nr. 2/1922, in: DMW, 48. JG, Nr. 4, 147.
- 41 Vgl. Praemedicus, 3. JG, Nr. 1/1923, in: DMW, 49. JG, Nr. 1, 37: der Medizinstudent Leonardo Conti war im Vorstand der rasse-völkischen DSt ab 1922, s. a. hier am Schluß.
- 42 Praemedicus, 4. JG, Nr. 11/1924, in: DMW, 50. JG, Nr. 46, 1601; vgl. ebenda, 1601–1602.
- 43 Vgl. Praemedicus, &. JG, Nr. 4/1925, in: DMW, 51. JG, Nr. 8, 339.
- 44 Abgedruckt in: Praemedicus, 6. JG, Nr. 7/1926, in: DMW, 52. JG, Nr. 14, 599–600.
- 45 Ebenda, 599.
- 46 Vgl. Praemedicus, 12. JG, Nr. 41/1932, in: DMW, 58. JG, Nr. 41, 1627.
- 47 Vgl. Schairer, R., a.a.O., 24–3.
- 48 Praemedicus, 12. JG, Nr. 31/1932, in: DMW, 58. JG, Nr. 31, 1233.
- 49 Vgl. Praemedicus, 12. JG, Nr. 12/1932, in: DMW, Nr. 12, 473.
- 50 Vgl. Praemedicus, 12. JG, Nr. 41/1932, in: a.a.O., Nr. 41, 1627–1628.
- 51 Praemedicus, 12. JG, Nr. 46/1932, in: a.a.O., Nr. 46, 1825.
- 52 Boedecker, M., a.a.O., 87.
- 53 Bleuel, H.P./Klinnert, E., Deutsche Studenten auf dem Weg ins Dritte Reich, Gütersloh 1967, 153.
- 54 Universitätsarchiv Münster (UAM), Neue Universität, E II 2/67, Vorklinikerschaft, 1919–1920, Bl. 2; erst ab 1925 gab es in Münster die Möglichkeit des klinischen Studiums
- 55 Vgl. Schlemann, B., Die Wahlen zum Allgemeinen Studenten-Ausschuß an der Universität Münster, in: Academia, 32. JG, Nr. 10, 15. 2. 1920, 288–289.
- 56 UAM, a.a.O., Bl. 16–17.
- 57 Ebenda.
- 58 Ebenda, Bl. 14–15.
- 59 Ebenda, Bl. 21, Volkswille, o. Datum; vgl. ebenda, Bl. 19, Schreiben Rektor Schmidt, 1. 3. 1920; Hochschulstimmen (Hrsg.: Allgemeiner Studentenausschuß der Universität Münster), 1. JG, H. 15, 4. 3. 1920, 241.
- 60 Zit. nach: Bleuel/Klinnert, a.a.O., 154.
- 61 Nachrichtenblatt, 1. 11. 1919, 2ff., zit. nach: ebenda, 154; vgl. auch ebenda,

- 135: die Autoren weisen darauf hin, daß während des 1. Weltkriegs die deutschen und österreichischen Truppen unter den Juden Osteuropas um Sympathien geworben hatten, woraufhin eine große Anzahl Juden mit den zurückgehenden Truppen nach Deutschland und dort vor allem in die Großstädte kam.
- 62 Vgl. M.St.Bl., 1.JG, Nr. 7/1920, 15, in: DMW, 46.JG, Nr. 32.
- 63 Vgl. ebenda, 16.
- 64 Vgl. M.St.Bl., 1.JG, Nr. 11/1920, 28, in: a.a.O.
- 65 M.St.Bl., 2.JG, Nr. 1/1921, 2, in: DMW, 47.JG, Nr. 1; vgl. Faust, A., a.a.O., Bd. 1, 90: Königsberg, Marburg und Münster waren keine Einzelfälle. In Jena z. B. durften 1922 in klinischen Vorlesungen „die ersten vier Bankreihen nur von Studierenden germanischer Abstammung besetzt werden“.
- 66 Vgl. ebenda, 132, dort zit.: Bennathan, E., Die demographische und wirtschaftliche Struktur der Juden, Mosse 1965, 183–246.
- 67 Vgl. Kater, M., a.a.O., 148–149, 218–219; Praemedicus, 6.JG, Nr. 12/1926, in: DMW, 52. JG, Nr. 24, 1026.
- 68 Vgl. Kater, M., a.a.O., 149.
- 69 Zit. nach: ebenda, 148.
- 70 Vgl. Faust, A., a.a.O., Bd. 1, 89–90.
- 71 Vgl. ebenda, 90, und zu den NC-Anträgen der Nazi-Studenten dort 90–93.
- 72 Vgl. ebenda, 93: Der Dekan der Medizinischen Fakultät ging weiter und brach die Beziehungen zur Fachschaft ab
- 73 Vgl. besonders: Kühnl, R., Probleme der Interpretation des deutschen Faschismus, in: Das Argument 58, 12.JG, H.4–6/1970, 279.
- 74 Vgl. Bleuel/Klinnert, a.a.O., 173: zum „Fußvolk“ der NS-Studentenbewegung und ihres Antisemitismus: „Daß ihre antisemitische Ideologie mit der der Mörder identisch gewesen war, davon war nicht die Rede.“
- 75 Vgl. Praemedicus, 12.JG, Nr. 5/1932, in: DMW, 58.JG, Nr. 5, 202; Praemedicus, 12.JG, Nr. 6/1932, in: ebenda, Nr. 6, 240: „Wir sind gezwungen, die Facharbeit... wegen Zahlungsunfähigkeit und Interesselosigkeit des Vorstandes der Deutschen Studentenschaft... vorläufig niederzulegen...“
- 76 Vgl. Praemedicus, 11.JG, Nr. 6 u. 7/1931, in: DMW, 57.JG, Nr. 6 u. 7, 261 u. 303.
- 78 Praemedicus, 12.JG, Nr. 47/1932, in: a.a.O., Nr. 47, 1867; vgl. Praemedicus, 13.JG, Nr. 1/1933, in: DMW, 59.JG, Nr. 1, 37: für vereinbar mit seinem „unpolitischen“ Selbstverständnis hielt der VDM aber durchaus die am 6. 1. 1933 veröffentlichte positive Würdigung einer Ärztetagung, die die Forderung nach „Sterilisierung von Trägern schwerer körperlicher oder geistiger Erblichkeit“ entwickelte und die „deutsche Frau“ ihrem eigentlichen Beruf zurückführen wollte, nämlich „Ehefrau und Mutter erbtüchtiger Kinder zu sein“.
- 79 Archiv der ehemaligen Reichsstudentenführung und des NSDStB (ARN), II 552, VDM Rundschreiben 1928–1933, April 1933.
- 80 Vgl. ebenda.
- 81 Vgl. Praemedicus, 13.JG, Nr. 18/1933, in: DMW, 59.JG, Nr. 18, 713.
- 82 Vgl. Praemedicus, 13.JG, Nr. 42/1933, in: a.a.O., Nr. 42, 1624.
- 83 Vgl. ARN, a.a.O., VDM Rundschreiben 5, 27. 5. 1933.
- 84 Vgl. ebenda, Rundschreiben 6, 23. 6. 1933 und Schreiben VDM Med. Fachgruppe der DSt, 29. 7. 1933.
- 85 Praemedicus, 13.JG, Nr. 43/1933, in: a.a.O., Nr. 43, 1658.
- 86 Vgl. ARN, a.a.O., VDM an Med. Fachgruppe der DSt, 30. 8. 1933.
- 87 Praemedicus, 13.JG, Nr. 37/1933, in: a.a.O., Nr. 37, 1451.

- 88 Jungarzt, 1.JG, H. 3, 2/1934, 68; Dr. Fritz Gebhardt, der ehemalige Schriftleiter des Praemedicus, arbeitete weiter in der Leitung des Jungarzt, womit personell Kontinuität in Teilbereichen gewährt wurde.
- 89 Vgl. ebenda.
- 90 Jungarzt, 1.JG, H. 1, 12/1933, 1.
- 91 Vgl. Jungarzt, 2. Folge, H. 4, 5/1934, 18.
- 92 Vgl. Kühn, K., Zu Problemen der ärztlichen Spitzenverbände und Reichsärztekammer sowie der medizinischen Intelligenz im Hitlerfaschismus (1933–1945), in: ders. (Hrsg.), Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse, Berlin (DDR), 1977², 59–90.
- 83 Vgl. Abendroth, W., Das Unpolitische als Wesensmerkmal der deutschen Universität, in: Universitätstage 1966, Berlin (West) 1966, 189–208.
- 94 Kühnl, R., Aspekte der Faschismuskonversation, in: Blätter f. deutsche u. internationale Politik, 21.JG, 5/1976, 531–549.

Detlev Uhlenbrock

Anmerkungen zum dritten Rehabilitationskongress Heidelberg 1978

Wir vermerken in den letzten Jahren ein steigendes öffentliches Interesse an Fragen der Rehabilitation. Die Bereitschaft der Behinderten ist größer geworden, das ihnen auferlegte Gettodasein zu durchbrechen und ihre Probleme selbst in die Hand zu nehmen. Die Medien nehmen sich des Themas an, Politiker nutzen die Chance und werden nicht müde, die Erfolge und Fortschritte auf dem Gebiet der Rehabilitation zu loben.

Tatsächlich ist einiges geschehen: Die Zahl der Plätze in Berufsbildungswerken wurde auf 7000 erhöht (weitere 3000 sind geplant); die Berufsförderungswerke haben jetzt 12 000 Plätze, 1973 waren es gut 5000; erstmals können seit 1975 einige Behindertengruppen, z. B. diejenigen in „Werkstätten für Behinderte“, Mitglied der Kranken- bzw. Rentenversicherung werden und wir haben seit 1974 die kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in den ersten 4 Lebensjahren.

Vor diesem Hintergrund fand im Herbst 1978 der 3. Heidelberger Rehabilitations-Kongress statt. Er war mit über 2000 Teilnehmern – Funktionäre der Reha-Träger und Behindertenverbände, Ärzte,

Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeuten etc. – der bisher größte Kongreß dieser Thematik in der BRD. Sein Thema „20 Jahre Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz“ verweist auf die grundsätzliche Zielrichtung des ganzen Rehabilitationsgeschehens, die berufliche In- bzw. Reintegration als wesentliche Voraussetzung einer wirksamen sozialen Eingliederung. Es war aber auch geeignet, Illusionen zu erwecken. Hinter dieses Leitmotiv der 2 ½ Kongreßtage gehört zumindest ein großes Fragezeichen. Denn trotz z. T. aufwendiger Rehabilitationsabläufe, deren Kosten in den letzten Jahren stark gestiegen sind, ist eine wachsende Zahl Behinderter vom Dauerarbeitsplatz weit entfernt. So stieg die Schwerbehindertenarbeitslosigkeit von 38 000 im Juni 1977 auf jetzt etwa 65 000. 2 Sonderprogramme der Bundesregierung von je 100 Millionen DM zur Einrichtung von Arbeitsplätzen für Schwerbehinderte seit 1976 konnten diese Entwicklung nicht verhindern. Immer geringer wird die Zahl derer, so war von Rehabilitanden des Berufsförderungswerkes Heidelberg zu erfahren, die heute bei Abschluß der Reha-Maßnahme bereits einen festen Arbeitsplatz aufweisen können. Vor 5 Jahren lag ihre Zahl noch über 90%. Heute sind es weit unter 50%, für die eine Reha-Maßnahme mit dem Übertritt ins Berufsleben endet. Die meisten landen bei ihrem örtlichen Arbeitsamt und bleiben nicht vermittelbar.

Der Kongreß gab den Politikern die Möglichkeit, diese Situation zu verharmlosen, und die übrigen Referenten widersprachen nur zaghaft. Es ist zu dürftig, wenn zur Lösung dieses Problems lediglich die Verantwortlichen im Öffentlichen Dienst aufgefordert werden, ihren Beitrag zur Wiedereingliederung zu leisten, wie es auf dem Kongreß geschehen ist. Zwar sieht dieser Beitrag tatsächlich gering aus, was anhand einiger Zahlen über Bundesbehörden verdeutlicht sei. So haben anstelle der erforderlichen – gesetzlich vorgeschriebenen! – 6% das Bundesministerium des Inneren und nachgeordnete Dienststellen z. B. nur 3,4% seiner gesamten Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten besetzt, das BM für Verkehr 3,2%, das BM für Forschung und Technologie 5,6% und die Deutsche Bundesbahn 3,7%.

Aber, wer es versäumt, die Frage der Behindertenarbeitslosigkeit in den Zusammenhang mit den Ursachen der allgemeinen Arbeitslosigkeit zu stellen, wird keine schlüssige Lösung finden. Die Arbeitslosigkeit als Produkt der Eigentums- und Machtverhältnisse läßt sich unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht mit solchen – vielleicht sogar gutgemeinten – Aufforderungen beseitigen.

Dennoch ist es natürlich zu begrüßen, wenn im Gegensatz zu den verschleiern den Reden der Politiker einige Referenten aus dem Bereich der Heidelberger Stiftung Rehabilitation betonten, daß 80% der Behinderten ins Berufsleben eingegliedert werden könnten, wenn der Ausbau

der Rehabilitation zielstrebig vorangetrieben würde. Man muß bedenken, daß gegenwärtig von den rund 6 Millionen Behinderten ca. 850 000 erwerbstätig sind, was unter Abzug aller Behinderten im nicht-erwerbsfähigen Alter einer Zahl von ungefähr 20-30% (ein Drittel bis die Hälfte aller Behinderten sind nicht mehr im erwerbsfähigen Alter) entspricht. Diese Zahl von 80%, die keineswegs utopisch ist und von vielen Fachleuten geteilt wird, erfordert allerdings weitergehende Veränderungen, als sie auf dem Kongreß gefordert wurden. So ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine wirksame und rechtzeitige Rehabilitation – die Früherfassung – wegen der bestehenden ineffektiven Meldepflicht überhaupt nicht gelöst. Sämtliche geltenden gesetzlichen Bestimmungen, die eine Meldung an die Krankenkasse bzw. die Gesundheitsämter verlangen, werden von den hierzu verpflichteten Ärzten – zugegebenermaßen – nicht eingehalten. Außerdem bleibt jede Meldung ohne Namensnennung und ist von daher kaum verwertbar.

Schon längst fordern viele Behindertenorganisationen, wie der Reichsbund, die Einführung einer gesetzlichen namentlichen Meldepflicht, die gleichzeitig die Möglichkeiten böte für eine genauere Behindertenstatistik, was auch Voraussetzung für jede bedarfsgerechte Planung von Behinderteneinrichtungen sowie die ausreichende Ausbildung in den entsprechenden Berufszweigen wäre. Statt dessen ist es praktisch die Regel, daß behinderte Kinder nur sehr verspätet einer intensiven Rehabilitation zugeführt werden, was z. B. bei Sprach- und Hörgeschädigten einen unaufholbaren Zeitverlust darstellt.

Auf dem Kongreß wurde über diese Fragen der Früherfassung und Frühbehandlung in den Arbeitsgruppen sehr heftig diskutiert. Aber eine einheitliche Forderung zur Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht wurde nicht erhoben. Es gab auch tatsächlich eine große Zahl von Funktionären, vor allem unter den Reha-Trägern, die die Bedeutung dieses Problems nicht wahrhaben wollen.

Wie steht es mit der notwendigen nahtlosen Rehabilitation, die von allen Rehabilitationsfachkundigen seit Jahren gefordert wird? Hat das Reha-Angleichungsgesetz von 1974 hier Fortschritte gebracht? Auf dem Kongreß wurde hierzu mehrheitlich die Auffassung vertreten, daß mit dem Gesetz kein Schritt nach vorn getan wurde. Aber die sich daraus ergebenden Konsequenzen blieben im Dickicht politischer Ideologismen und Schranken hängen. Die seit Jahren gestellte Forderung nach einer weitgehenden Vereinheitlichung des Rehabilitationsgesetzes – durch ein Bundesrehabilitationsgesetz – blieb umstritten und wurde von einer Reihe von Kongreßteilnehmern mit fadenscheinigen Argumenten – „nur das gegliederte System entspricht unserem Verfassungsverständnis“ – abgetan. Dabei waren sie die gleichen, die aus der Praxis einige anschauliche Beispiele für den weiter fortbestehenden Finanz-

egoismus der Träger berichten konnten. Beispiele, aus denen hervorging, daß daraus den Betroffenen monatelange Wartezeiten entstehen.

Die Forderung des Reichsbundes und anderer Organisationen nach Errichtung einer Bundesanstalt für Rehabilitation ist bekannt. Als ein Schritt dahin wird die Benennung eines Bundesbeauftragten für Rehabilitation und weitergehend von Rehabilitationsämtern auf den verschiedenen Verwaltungsebenen gefordert. Dies könnten Schritte sein, die eine Vereinheitlichung des Rehabilitationsablaufes begünstigen würden und in diesem Zusammenhang auch Bestandteil eines Bundesrehabilitationsgesetzes zu sein hätten. Es ist unbedingt positiv zu vermerken, daß die Benennung eines Bundesbeauftragten für Rehabilitation auf dem Kongreß von maßgeblichen Referenten gefordert wurde. Hieran muß die tagespolitische Auseinandersetzung weitergehen. Denn auch in der SPD mehren sich die Stimmen, die solch einen Schritt unterstützen.

Hingewiesen werden muß auch auf einige Fehlentwicklungen in der Rehabilitation, die auf dem Kongreß in einzelnen Beiträgen zur Sprache gebracht wurden. Von seiten der Bundesregierung – vertreten durch Staatssekretär Buschfort aus dem Arbeitsministerium – wurde darauf verwiesen, daß an Plätzen in Werkstätten für Behinderte – gegenwärtig stehen etwa 35 000 zur Verfügung – noch annähernd 30 000 fehlten und man den bedarfsdeckenden Ausbau dieses Systems plane. Gegenwärtig sind in den Werkstätten zum Teil Behinderte mit weitgehend vollwertigem Arbeitsvermögen beschäftigt, die auch auf dem „freien Arbeitsmarkt“ untergebracht werden könnten. In der Regel erfüllt bereits jeder Abgänger von Sonderschulen die Voraussetzungen, um einen Platz in einer Werkstatt zu erhalten! Das Werkstattkonzept zielt auf eine leistungsbezogene Auslese unter den Behinderten ab, wobei dem Leistungsvermögen nach oben keine Grenzen gesetzt sind. Die Behinderten auf Werkstattplätzen müssen „ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen.“ Werkstätten müssen sich verpflichten, sich einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen! In der Praxis werden Arbeitsplätze für Behinderte angeboten, die auf dem Arbeitsmarkt nicht vermittelt werden können, was mit ihrem Leistungsvermögen häufig nichts zu tun hat. Der Grund besteht, so wurde kritisch geäußert, wohl darin, daß dem Anwachsen der Behindertenarbeitslosigkeit auf diese Weise abgeholfen werden soll. Die Behinderten sollen aus der Statistik heraus. Wer aber einmal in den Werkstätten gelandet ist, kommt kaum wieder heraus. Hinzu kommen die völlig rechtlosen Verhältnisse dort – keine gewerkschaftliche Vertretung, keine tarifvertragliche Absicherung und eine „Bezahlung“, die besonders im BSHG-Bereich der Werkstätten bei 80,- bis 100,- DM monatlich liegt. Mit dem Werkstättenausbau wird ein Ausleseprozeß getroffen, der die Arbeitgeber von ihrer Verantwortung für die Beschäftigung

Schwerbehinderter entlasten soll; eine Entwicklung, die von ihnen entsprechend begrüßt wird.

Ein weiterer kritischer Punkt sei vermerkt. Der Kongreß fand in den Räumen des Rehabilitationszentrums für Kinder u. Jugendliche in Neckargmünd statt, dessen Träger die Stiftung Rehabilitation ist. Die größte Einrichtung der Stiftung ist das Berufsförderungswerk Heidelberg, das größte dieser Art in der BRD, das auch für sich beansprucht, das fortschrittlichste zu sein. Es bestand Gelegenheit, diese Einrichtung zu besichtigen. Sie hat 1800 Plätze für eine internatsmäßige Unterbringung, wobei in etwa 30 Berufen ausgebildet wird. Die Ausbildung erstreckt sich von kaufmännischen Berufen über Datenverarbeitungszweige bis hin zu Elektronikern. Die Aufnahme erfolgt bundesweit und geschieht durch Vermittlung der Arbeitsämter, die Ausbildungsdauer beträgt in der Regel 2 Jahre. Nach diesem System sind mittlerweile im ganzen Bundesgebiet Berufsförderungswerke entstanden. Das Berufsförderungswerk Heidelberg hat mit dieser Einrichtung einen Weg eingeschlagen, der viele negative Aspekte enthält. Die Auswahl des Berufes erfolgt relativ losgelöst von den jeweiligen Arbeitsmarktbedingungen des Behinderten am Heimatort und richtet sich nach fragwürdigen psychologischen Tests bzw. dem Platzangebot der Einrichtung. In Gesprächen mit Behinderten wurde deutlich, daß sehr häufig persönliche Wünsche keine Berücksichtigung finden. Die psychischen Probleme einer 2jährigen Trennung von den Familien sind nicht zu unterschätzen. Es gibt bei den Behinderten verständlicherweise hohe Scheidungsraten, die zusätzlich zur psychischen Belastung der manchmal plötzlichen Behinderung verkräftet werden müssen.

Es stellt sich die Frage, ob diese Zentralisierung der Berufsförderung nicht einem dezentralisierten System weichen sollte, bei dem die Ausbildung wesentlich enger an die örtlichen Betriebe angebunden und so die Herauslösung des Behinderten aus seiner Umgebung vermieden wird. Diese Fragen wurden auf dem Kongreß nicht weiter diskutiert. Man berauscht sich viel zu schnell an den modernen und kostspieligen Hochbauten, deren Funktionalität von den Behinderten selbst wesentlich kritischer gesehen wird.

Die Stärke dieses Kongresses lag in der Breite und Repräsentativität des Teilnehmerkreises, in der umfassend angelegten Thematik, wie sie vor allem in den Symposien zum Ausdruck kam. Hier lag gleichzeitig aber auch der große Mangel. Zu wenig klare Forderungen sind aus der Diskussion erwachsen. Es fehlte an Überlegungen zu geeigneten Lösungsmöglichkeiten. Die wenigen Forderungen, die überhaupt aus dem Gestrüpp der langen Diskussionen und Referate herauskamen, werden – so ist zu befürchten – im Kongreßprotokoll untergehen und die öffentliche Diskussion nicht erreichen.

Über die Autoren

- Abbolz, Heinz-Harald*, Dr.med., geb. 1945, wiss. Ass. an der Med. Klinik des Klinikums Steglitz der FU Berlin; wissenschaftliche Arbeitsgebiete: Epidemiologie, klinische Epidemiologie, Sozialpsychiatrie; seit 1970 Mitglied der Redaktionskommission „Medizin“ der Zeitschrift *Das Argument*.
- Berlinguer, Giovanni*, Prof. Dr., Professor für Physiologie und Hygiene der Industriearbeit an der Fakultät für Mathematik, Physik und Naturwissenschaften der Universität Rom; Mitglied des Zentralkomitees der KPI.
- Bolm, Wolfgang*, Dr. med., geb. 1945, Psychiater. Arbeitsgebiete: Zusammenhänge von beruflicher Belastung und psychischen Störungen. Z. Zt. in einem Projekt über Mehrfachbelastungen von Schichtarbeitern im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes tätig.
- Borgers, Dieter*, geb. 1947, Arzt und Epidemiologe (M. P. H.), Mitarbeiter im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Lehrauftrag für Sozialmedizin an der FU Berlin. Arbeitsgebiete: Risikofaktoren für KHK bei Jugendlichen. Medizinalstatistik chronischer Krankheiten, Strukturforschung im Gesundheitswesen.
- Brock, Adolf*, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität im Kooperationsbereich zwischen Universität und Arbeiterkammer Bremen mit dem Schwerpunkt der Arbeiterbildung.
- Bussche, Rik van den*, Dr. med., geb. 1945; seit 1975 Professor für Didaktik der Medizin an der Universität Hamburg. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Struktur des Gesundheitswesens, Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsdienstberufen.
- Einemann, Edgar*, Industriesoziologe, arbeitet in einem DFG-Projekt zur Rationalisierung und Krise in der Wertindustrie im Kooperationsbereich zwischen Universität und Arbeiterkammer Bremen.
- Evers, Wolfgang Moritz*, Diplom-Psychologe, geb. 1950 in Oberhausen, selbständiger Kinder- und Jugendpsychotherapeut.
- Häussler, Bertram*, Dipl. Soz., geb. 1953; seit 1978 Studium der Medizin.
- Funke, Hajo*, Politikwissenschaftler, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung des Wissenschaftszentrums Berlin an Untersuchungen zu arbeitsbedingten Belastungen und Gewerkschaftspolitik; hat seit 1974 in Verbindung mit dem Schwerpunkt Arbeiterbildung der Universität Bremen an der dortigen gewerkschaftlichen Bildungsarbeit mitgewirkt.
- Hoppensack, Thomas*, Psychologe, arbeitet als promovierter Psychologe am Medizinisch-Psychologischen Institut des TÜV-Norddeutschland.
- Klein, Dietrich Joachim von*, geb. 1939, Studium der Architektur, Philosophie und Politischer Ökonomie.
- Kriescher-Fauchs, Monique*, arbeitet seit 1971 am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin.
- Kromat-Häckel, Rolf A.*, geb. 1951, Studium der Politologie und der Psychologie, Diplom-Psychologe, selbständiger Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Krankenpflegerausbildung.
- Kruse, Gunther*, Dr.med., geb. 1948; psychiatr. Facharztweiterbildung im LKH Wunstorf, in der Med. Hochschule (Psychotherapie), zuletzt in Soz. psych. Beratungsstelle, jetzt Nordstadt-Krankenhaus in Hannover; ÖTV, DGSP.
- Kühn, Hagen*, Dr. rer. pol.; Wiss. Angestellter am Wissenschaftszentrum Berlin, Veröffentlichungen: Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens (1980), Aufsätze zur Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik.