

**Jahrbuch
für
kritische
Medizin**

Band 4

ARGUMENT-SONDERBAND AS 37

Redaktion dieses Bandes

**Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Dieter Borgers, Marianne Engelhardt,
Dr. med. Christian Gaedt, Dr. Sigurd v. Ingersleben, Dr. med. Barbara
Nemitz, Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. med. Udo Schagen**

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Jahrbuch für kritische Medizin. — Berlin:

Argument-Verlag.

ISSN 0341-0943

Bd. 4. - 1. - 4. Tsd. - 1979.

(Das Argument: Argument-Sonderbd.; AS 37)

ISBN 3-920037-81-2

ISSN 0341-0943

ISBN 3-920037-81-2

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1979. Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten. — Redaktion und Verlag: Altensteinstr. 48 a, 1000 Berlin 33, Telefon 030/8314915. — Auslieferung: Argument-Vertrieb, Tegeler Straße 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/4619061. — Satz: Schmidt & Schmidt, Berlin. — Herstellung: Movimento Druck, Berlin. — Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgarten und Hans Förtsch. — 1.-4. Tausend August 1979

Inhalt

<i>Editorial</i>	4
<i>Wilfried Karmaus</i> Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologie- forschung.....	6
<i>Eberhard Göpel</i> Gesundheitserziehung oder Didaktik der Medizin?.....	42
<i>Klaus-Dieter Thomann</i> „Umwelt und Gesundheit“ — einige grundsätzliche Überlegungen am Beispiel des Funkkolleg.....	54
<i>E. Girth, M.S. Drexler, Th. Weiler, A. Zieger, J. Breddemann</i> Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit — eine empirische Untersuchung (1970 - 77).....	72
<i>Dieter Henkel</i> Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusam- menhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität... ..	86
<i>Sigurd v. Ingersleben</i> Clofibrat — Fragliches Hyperlipidämie-Risiko versus sicheres Arzneimittelrisiko.....	114
<i>Udo Schagen</i> Novellierung der AO statt Studienreform.....	127
<i>Wolfgang Bichmann</i> Elementare Gesundheitsbedürfnisse und Traditionelle Medizin: Zum Hintergrund des Konzeptionswandels medizinischer Versor- gung in Afrika.....	143
<i>Hans-Georg Güse und Norbert Schmacke</i> Aufstieg und Zerstörung der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland.....	166
<i>Rolf G. Heinze, Peter Runde, M. Treder</i> Betriebliche Beschäftigungsstrategien und gewerkschaftliche Politik gegenüber Behinderten.....	191
<i>Über die Autoren</i>	213
<i>Errata zu AS 30</i>	214

Editorial

20 Jahre Das Argument — 10 Jahre Argumente für eine Soziale Medizin

Für diejenigen, die es noch nicht wissen: *Das Argument* besteht in diesem Jahr — 1979 — 20 Jahre. Nachdem in den ersten Jahren des Bestehens vorwiegend philosophische, politische, ökonomische und soziologische Fragestellungen bearbeitet wurden, sind dann später — neben diesen Bereichen — auch die Wissenschaften Geschichte, Anglistik und Romanistik, Literaturwissenschaften, Naturwissenschaften, Psychologie und Medizin zum Thema geworden. Unter dem Ansatz der „Pluralität marxistischer und anderer progressiv-sozialkritischer Positionen“ (Editorial *Argument* 107, 1978) wird — in den Aufsätzen der laufenden Zeitschrift oder in themengebundenen Sonderbänden — regelmäßig in den genannten Bereichen gearbeitet.

Seit 1969 — also seit 10 Jahren — hat die Medizin-Redaktion in 12 Einzelbänden und in 6 Heften der Zeitschrift Beiträge mit einem Gesamtumfang von 3400 Seiten vorgelegt. 1969, zu einer Zeit, als es in der BRD und in Westberlin — von Ausnahmen abgesehen — noch keine Sozialmedizin gab, bestimmten wir mit unseren Publikationen nicht unwesentlich die Inhalte der sich entwickelnden „Sozialmedizin“. Themenschwerpunkte damals waren: Soziale Psychiatrie, Arzt-Patienten-Verhältnis, Krankheitsbegriff, Fragen der Arbeitsmedizin, Staat und Gesundheit. Erst in den letzten 4 bis 6 Jahren haben sich die Fächer Sozialmedizin und Medizinische Soziologie an den Universitäten so etabliert, daß „wir“ nur noch *einen* Teil des gesundheitspolitisch-sozialmedizinischen Spektrums repräsentieren. Geblieben sind wir jedoch das einzig regelmäßig erscheinende sozialmedizinische Publikationsorgan (sieht man von zwei weiteren mit nicht nennenswert verkauften Auflagen ab).

Anfangs ging es darum, die Medizin in ihrem sozialen Zusammenhang darzustellen und zu analysieren, also an die „Soziale Medizin“ der 20er Jahre anzuknüpfen. Die Anstöße und wissenschaftlichen Ansätze kamen vorwiegend aus den Sozialwissenschaften. Erst in den letzten Jahren haben sich dann Mediziner sozialwissenschaftlicher Denkansätze und Methoden bedient, um die in ihrem Fach vorhandenen Probleme und Widersprüche zu analysieren. Dies scheint uns ein ganz wesentlicher Schritt von der Kritik der Medizin zur „Kritischen Medizin“. Ausdruck dieser

Entwicklung ist das nun seit vier Jahren erscheinende „Jahrbuch für Kritische Medizin“, das in kurzen Beiträgen die Diskussion unter den Medizinern stimulieren sollte. Daneben erschienen weiterhin die „Argumente für eine Soziale Medizin“, in denen theoretische und ausführliche empirische Arbeiten — eher zur wissenschaftlichen Diskussion innerhalb der Sozialen Medizin gedacht — gesammelt wurden.

Eine Ausnahme in dem bisherigen Konzept wird das Jahrbuch Bd. 5 (AS 48) darstellen: Es wird noch im Herbst 1979 erscheinen und gibt die Protokolle und Referate der Gesundheitspolitischen Fachtagung des Bundes Demokratischer Wissenschaftler (BDWi) in München im Februar 1979 wieder. Die Ergebnisse dieser Tagung scheinen uns sowohl eine gute Zusammenfassung gesundheitspolitischer Einschätzungen und Analysen der verschiedenen Bereiche im Gesundheitswesen zu sein als auch sehr instruktiv die Fragen herauszuarbeiten, die in nächster Zeit detailliert bearbeitet werden müssen.

Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung

— Darstellung und Kritik —

Für die Untersuchung von Verursachungs- und Entstehungsfaktoren einzelner Erkrankungen stehen drei generelle Wege zur Verfügung: Fallstudien, experimentelle Laborstudien und Untersuchungen von Populationen. Obgleich verschiedenste Kombinationen existieren, unterscheiden sich die Forschungsansätze durch ihren Gegenstandsbereich, ihre Modellbildungen und Ergebnisse. Während beispielsweise das Streßkonzept seinen Ursprung eher in experimentellen Laborstudien genommen hat, ist das Risikofaktorenkonzept aufgrund seines probalistischen Charakters auf eine Vielzahl von Untersuchungseinheiten angewiesen und insofern ein Ergebnis der epidemiologischen Forschung.

Der wissenschaftliche Stand der Risikofaktorenforschung — besonders in bezug auf die zentrale Problemstellung der koronaren Herzkrankheiten — ist gekennzeichnet durch eine Fülle von empirischen Einzelergebnissen. Da aber methodisch-theoretische Auseinandersetzungen rar sind, soll in der folgenden Arbeit versucht werden, exemplarisch an einem amerikanischen Projekt über koronare Herzkrankheiten (Pooling-Projekt) und an eher formalen Konzepten aus dem deutschsprachigen Raum (Schaefer, Blohmke) grundsätzliche Probleme aufzuzeigen. Bei der sich daran anschließenden Erörterung methodischer Fragen und theoretischer Hintergründe der beiden Ansätze werden die Grenzen des Konzeptes deutlich, und es sollen Vorschläge zur Weiterentwicklung dargestellt werden.

1. Das Pooling-Projekt

1.1. Vorgehen

Im Pooling-Projekt sind fünf vergleichbare 10jährige Follow-Up-Studien über Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheiten zusammengefaßt worden. Die Untersuchungen wurden vornehmlich an weißen amerikanischen Männern durchgeführt. In drei Fällen handelt es sich um betriebliche Studien, die Albany Cardiovascular Health Center Study (New York), die Chicago Peoples Gas Co. Study, die Chicago Western Electric Co. Study und in zwei Fällen um Gemeindeuntersuchungen, die Fra-

* Für die kritische Durchsicht und Anregungen danke ich Dr. med., Dr. phil. habil. A. Trojan und D. Borgers

mingham Heart Disease Epidemiology Study und die Tecumseh Health Study. (The Pooling Project Research Group, S. 202).

Zu Beginn der Studien wurden als Prädiktorvariablen (unabhängige Variablen) der Blutdruck, der Cholesterinspiegel im Serum, Größe und Gewicht, die Rauchgewohnheiten und Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG) nach gleichen bzw. vergleichbaren Kriterien erhoben. Männer, die in der Anamnese Symptome einer manifesten koronaren Herzkrankheit nannten oder entsprechende Zeichen im EKG hatten, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen. Probanden mit Zeichen einer linksventrikulären Hypertrophie sowie anderen für koronare Herzkrankheiten nicht relevanten EKG-Abnormalitäten verblieben in der Studie. Für die endgültige korrelationsstatistische Analyse wurden die Prädiktorvariablen in Quintile mit von I bis V ansteigenden Werten eingruppiert. (The Pooling Project Research Group, S. 203ff.)

Als Kriteriumsvariablen (abhängige Variablen) wurden im Pooling-Projekt die Zeichen eines Myokardinfarktes und der plötzliche Herztod, sogenannte harte koronare Endpunkte (schwere koronare Herzkrankheit), berücksichtigt. Jedes dieser Ereignisse ging in die Berechnung eines standardisierten Inzidenz-Quotienten (standardized incidence ratio, SIR) ein, dessen Bezugsgröße 100 der durchschnittliche Wert der gesamten Untersuchungsgruppe war. (The Pooling Project Research Group, S. 205ff.)

1.2. Ergebnisse

Im Pooling-Projekt sind zwar nicht alle Teilanalysen der zusammengefaßten Studien wiedergegeben¹, so werden im folgenden nur die zentralen, dort wiedergegebenen Ergebnisse beschrieben. Zuerst soll auf Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen („Risikofaktoren“) und koronaren Herzkrankheiten eingegangen werden, anschließend wird eine multivariate Analyse dargestellt.

Bei der Beziehung zwischen systolischem Blutdruck und koronaren Herzkrankheiten fand sich zwar in jeder der Altersgruppen ein Mittelwert, der hochsignifikant größer war für die Gruppe der Erkrankten; die Standardabweichung ist aber so groß, daß beide Gruppen breite indifferente Überlappungsbereiche haben.

Die Differenz ist auch beim diastolischen Blutdruck hochsignifikant, die Standardabweichung hat jedoch wiederum eine derartige Größe, daß der Mittelwert der einen Gruppe im Standardabweichungsbereich der anderen liegt.

Ein ähnliches Bild wie beim Blutdruck ergibt sich auch für die Mittelwerte und Standardabweichungen des Cholesterinspiegels. Nach der Einteilung in Quintile mit steigendem Cholesterinspiegel (vgl. Tabelle 4) er-

Tabella 1: Diastolischer Blutdruck und schwere koronare Herzkrankheit (The Pooling Project Research Group, S. 222)

Gruppen	Statistiken	Alter bei Eintritt in die Studie			
		40-44	45-49	50-54	55-59
mit Erkran- kung	Anzahl	114	201	225	104
	durchschnitt- licher Druck	89,4	89,7	89,9	92,2
	Standardab- weichung	13,58	13,98	13,45	14,38
ohne Erkran- kung	Anzahl	2053	1929	1714	726
	durchschnitt- licher Druck	89,4	86,0	86,4	85,7
	Standardab- weichung	10,96	11,56	12,33	11,39

gibt sich dann, daß Männer mit mäßigem Hypercholesterinämien, deren Werte im Bereich des Normalen liegen — ähnlich wie beim Blutdruck — den Großteil der überdurchschnittlichen Inzidenzrate ausmachen. (The Pooling Project Research Group, S. 229)

Bei den Rauchgewohnheiten waren die Differenzen zwischen Rauchern und Nichtrauchern² für die Altersgruppe 40-44, 45-49 und 50-54 Jahre hochsignifikant. Mit zunehmendem Alter wurde der Unterschied kleiner. (The Pooling Project Research Group, S. 234)

Nur für Personen, die zu Beginn der Studie 40-49 Jahre alt waren, zeigt das relative Gewicht (Prozent des wünschenswerten Gewichtes) ein erhöhtes Herzinfarktrisiko. Für die übrigen Altersgruppen findet sich kein signifikanter Zusammenhang. Auch beim relativen Gewicht liegt der Zusammenhang der erkrankten Gruppe im Bereich der Standardabweichung der Gesunden, so daß auch für das Gewicht kein sicherer Prädiktorbereich existiert.

Tabelle 2: Cholesterin im Serum und schwere koronare Herzkrankheit (The Pooling Project Research Group, S. 229)

Gruppen	Statistiken	Alter bei Eintritt in die Studie			
		40-44	45-49	50-54	55-59
mit Erkrankung	Anzahl	112	195	222	105
	durchschnittlicher Spiegel	252,5	251,3	251,0	243,3
	Standardabweichung	56,60	50,03	49,50	50,98
ohne Erkrankung	Anzahl	2028	1904	1700	717
	durchschnittlicher Spiegel	232,8	234,0	236,2	233,5
	Standardabweichung	48,60	46,57	46,65	46,01

Abnormalitäten im EKG beim Eintritt in die Studie — einschließlich der linksventrikulären Hypertrophiezeichen — wurden in drei Klassen eingeteilt: keine, geringe oder stärkere Abweichungen. Für die Altersgruppe 40-44 Jahre war der Anteil der elektrokardiographischen Abnormalitäten unter den Erkrankten nicht höher als unter den Gesunden. Erst für die Altersgruppe über 45 Jahre wurden die Unterschiede signifikant. (The Pooling Project Research Group, S. 243ff.)

Nach Altersstandardisierung und Veredelung der Prädiktorvariablen durch Einteilung in Quintile zeigen alle Faktoren mit der Zunahme des Wertes steigende Tendenzen des standardisierten Inzidenz-Quotienten (SIR).

Ein Großteil der Inzidenzen findet sich aber schon bei normalen Werten. Erst die Kombination von drei Faktoren, dem diastolischen Blutdruck, dem Cholesterinspiegel und den Rauchgewohnheiten, zeigt einen größeren Abstand des SIR vom niedrigsten zum höchsten Quintil als eine einfache Mittelung der Werte von fünf Risikofaktoren. (The Pooling Project Research Group, S. 253) So liegt der Schluß nahe, daß die drei Risikofaktoren über eine Addition hinaus eine multiplikative Wirkung haben.

Tabelle 3: Relatives Gewicht und schwere koronare Herzkrankheit (The Pooling Project Research Group, S. 241)

Gruppen	Statistiken	Alter bei Eintritt in die Studie			
		40-44	45-49	50-54	55-59
mit Erkrankung	Anzahl	114	200	225	104
	Mittelwert (% des wünschenswerten Gewichts)	120,8	119,5	118,0	117,3
	Standardabweichung	17,83	16,99	16,13	15,72
ohne Erkrankung	Anzahl	2056	1921	1713	722
	Mittelwert (% des wünschenswerten Gewichts)	115,5	115,8	117,5	118,8
	Standardabweichung	15,72	15,60	15,43	16,69

1.3. Folgerungen

Einschränkend merken die Autoren zu den Ergebnissen des Pooling-Projektes an, daß multiple marginale Abnormalitäten von Risikofaktoren mit den Berechnungsverfahren unterschätzt und als mild und ohne Signifikanz übersehen werden können. (The Pooling Project Research Group, S. 265) Ferner kommen sie zu dem Schluß, daß der Nachweis eines „Überrisikos“ (excess of risk) bei „milden“ Erhöhungen der Risikofaktoren die Grenzen und Ungültigkeiten jener Risikofaktordefinitionen

Tabelle 4: Risikofaktoren und standardisierter Insidenz-Quotient
(standardized-incidence-ratio, SIR)

1		2		3		4		5		6		7	
Systolischer Blutdruck		Diastolischer Blutdruck		Serum - Cholesterin		Rauchgewohnheiten ^a		Relatives Gewicht ^b		Arithmetisches Mittel von 5 Risikofaktoren (Spalte 1-5)		Multivariate Funktion von 3 Risikofaktoren (Spalte 2,3,4)	
Quintil (mm Hg)	SIR	Quintil (mm Hg)	SIR	Quintil (mg/100 ml)	SIR	Quintil	SIR	Quintil (%)	SIR	Quintil	SIR	Quintil	SIR
I (bis 120)	70	I (bis 76)	72	I (bis 194)	72	I	72	I (bis 103)	84	I	71,2	I	32
II (120-130)	86	II (70-80)	69	II (194-218)	61	II	61	II (103-112)	96	II	76,6	II	53
III (130-138)	87	III (80-88)	93	III (218-240)	78	III	78	III (112-119)	97	III	91,8	III	75
IV (138-150)	102	IV (88-94)	108	IV (240-268)	129	IV	129	IV (119-129)	105	IV	112,8	IV	111
V (größer als 150)	150	V (größer als 94)	156	V (größer als 268)	158	V	158	V (größer als 129)	116	V	152,6	V	187

(The Pooling Project Research Group, S. 216, 223, 230, 236, 243, 255)

* siehe Anm. 2

+ in Prozent des wünschenswerten Gewichtes

unterstreicht, die den Grenzwert bei zwei oder mehr Standardabweichungen über dem Mittelwert festlegen. (The Pooling Project Research Group, S.265)

Letztlich betonen die Autoren aber die Rolle der drei Risikofaktoren diastolischer Blutdruck, Cholesterinspiegel und Rauchgewohnheiten. Die Beziehungen zur Erkrankung seien auf Grund der Evidenz aus tierexperimentellen, klinischen und epidemiologischen Studien fast sichere Ursache-Wirkung-Beziehungen und d.h. ätiologischer Natur, so daß sich tiefgreifende Folgerungen für die öffentliche Gesundheitspflege (public health) und die medizinische Behandlung ergeben müssen. (The Pooling Project Research Group, S.265f.)

2. Das Risikofaktorenkonzept von Schaefer und Blohmke

Im deutschsprachigen Raum definiert *Pflanz* den Begriff des Risikofaktors mit Vorsicht: „Risikofaktoren brauchen nicht selbst ursächlich beteiligt zu sein. Sie sind aber statistisch mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verknüpft.“ (*Pflanz*, S.79)³ *Schaefer* und *Blohmke* versuchen den Begriff — ähnlich der Ursache — Wirkung-Annahme des Pooling-Projektes — wie folgt zu präzisieren: „Risikofaktoren sind also bestimmte definierbare Noxen, die in nennenswertem Maß an der Entstehung von Krankheiten beteiligt sind.“ (*Schaefer*, *Blohmke* 1972, S.166) Demnach lösen die Faktoren selbst eine pathogenetische Kette aus oder begünstigen diese. Davon abgegrenzt werden nicht kausal wirksame Merkmale, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergehen, daß sich bei den Betroffenen eine Krankheit entwickelt. Diese Hilfskonstruktionen werden als Risikoindikatoren bezeichnet. Darunter fallen beispielsweise Veränderungen des Elektrokardiogramms, die selbst keine pathogenetische Potenz haben (*Schaefer*, *Blohmke* 1972, S.166). Als Erweiterung dieser Definitionen wurden 1977 die Begriffe Risikosituation, Risikopersönlichkeit und Risikodeterminator (Risikocharakteristikum) eingeführt (*Schaefer*, *Blohmke* 1977, S.18).⁴

Schaefer und *Blohmke* versuchen, für die empirischen Befunde erklärende und formale Modellbildungen zu entwickeln; diese Konzeptualisierungen lassen zwei Phasen erkennen. Die erste Fassung — das Risikofaktorenmodell — ist restriktiv naturwissenschaftlich, während der zweite Entwurf — die Hierarchie der Risikofaktoren — sich auch nicht naturwissenschaftlichen Disziplinen öffnen mußte.

2.1. Das Risikofaktorenmodell

Die Hypothesen für dies ätiologische Konzept sollen bei „Experimenten an Tier und Mensch“ sowie aus der Kasuistik gewonnen werden. Im

Forschungsprocedere können diese „hypothetischen Risikofaktoren“ dann durch Populationsstudien „falsifiziert“ oder „verifiziert“ und somit möglicherweise als „empirische Risikofaktoren“ eingestuft werden. (Schaefer, Blohmke 1972, S.170)

Methodisch werden keine subjektiven Aussagen anerkannt: „Nur 'objektive' Daten (Befunde), die von der Mitwirkung der Patienten unabhängig sind, sind in diesem Zusammenhang verlässlich.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.180) Sofern es sich dann um quantifizierbare Daten handelt, kann ein Grenzwert — als Wert der 2-Sigma-Grenze vom häufigsten Wert — bestimmt werden, der über pathogene Potenz oder Belanglosigkeit entscheidet. Die Grenzwerte sind andererseits aber nicht absolut, sondern relativ in ihrer Wirkung im Fall des Vorliegens von anderen Risikofaktoren. Bei qualitativen Daten hingegen ist das Vorkommen oder Fehlen je nach ätiologischer Bedeutung von Relevanz. (Schaefer, Blohmke 1972, S.170; 1978, S.178)

Theoretisch unbekannt ist bei vielen Einflußgrößen die Zuordnung zu Indikatoren oder Faktoren. Sie wird erst eindeutig, wenn erwiesen ist, daß das beobachtete Phänomen bei der Entstehung einer bestimmten Krankheit in nennenswertem Maße beteiligt ist: „Die Klassifikation eines Datums als 'Faktor' setzt bereits eine ätiologische Theorie voraus.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.166)

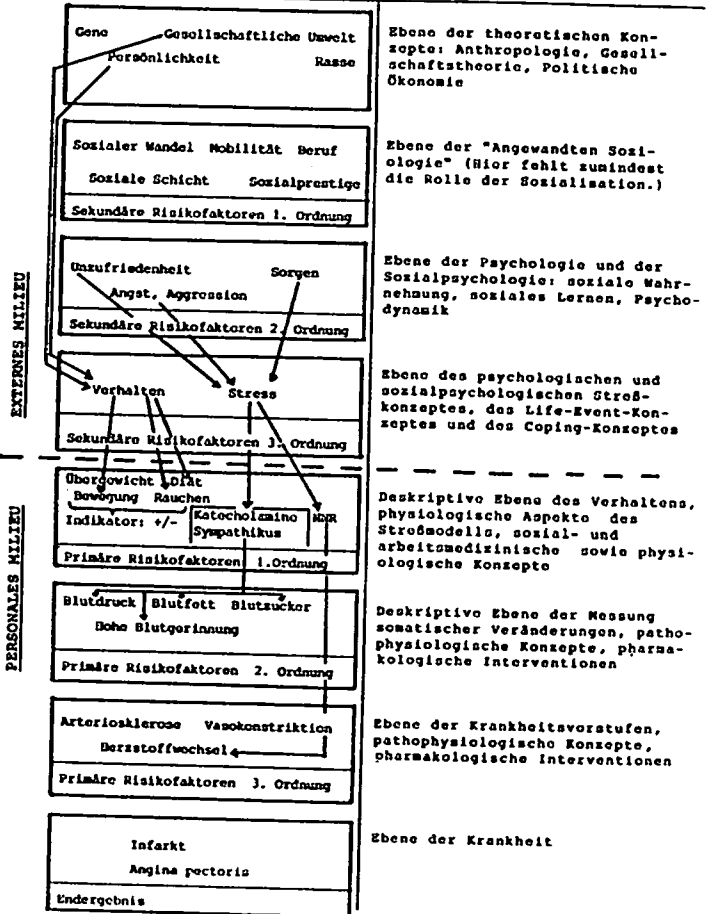
Werden die Risikofaktoren dann dem pathogenen Prozeß zugeordnet, so entsteht eine vielschichtige Einstufung: der Verlauf kann gegliedert werden in kurze Wegstrecken, jeweils von Risikofaktor zu Befund. „Ein Befund kann aber selbst wieder Ausgangspunkt einer weiteren pathogenetischen Entwicklung sein und nimmt, wenn diese nächste 'Strecke' in der Biographie des Kranken betrachtet wird, für diese Strecke den Charakter einer Ursache, mithin auch eines Risikofaktors, an.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.166ff.) Daher vermögen beispielsweise mehrere Risikofaktoren eine Hypertonie erzeugen, die nun wieder ein Risikofaktor für die Arteriosklerose darstellt, d.h. eine Funktionsabweichung ruft die nächste hervor. Risikofaktoren bezeichnen also Anfangsbedingungen von mehreren hintereinandergeschalteten Abläufen. Damit taucht auch das Problem der Abgrenzung der Risikofaktoren von Indikatoren sowie zwischengeschalteten Faktoren auf, die selbst nur abgeleitet sind. Einschränkend wird von den Autoren angeführt, daß letztendlich die wirkenden Schädlichkeiten, d.h. die Risikofaktoren, nur in prospektiven Langzeitstudien ermittelt werden können. (Schaefer, Blohmke 1972, S.167) Auch Schaefer und Blohmke verwenden die Begriffe Faktor und Indikator entgegen der vorher definierten Abgrenzung inkonsistent, so werden Veränderungen des EKGs als Risikofaktoren bezeichnet, obwohl sie selbst nur als Zeichen eines Prozesses dienen können.³

In Übersichten über mögliche Risikofaktoren für koronare Herzkrank-

ÜBERSICHT 1

Hierarchie der Risikofaktoren für den Herzinfarkt*

Beschreibung der Analyse- und Interventionsebenen



* vgl. Schaefer, H., 1976. Auf eine ausführliche Darstellung aller Abhängigkeiten wurde verzichtet; dargestellt werden nur solche, die sich auf den Übergang externes -personales Milieu bzw. die Stressreaktion beziehen.

heiten von *Haskell* und *Fox* (Schaefer, Blohmke 1972, S.178; 1978, S.193) und über Risikofaktoren für die Arteriosklerose von *Hartmann* (1972, S.435) werden eine Vielzahl von Faktoren aufgezählt: Alter, Geschlecht, Rasse Familiengeschichte vorzeitiger koronarer Herzkrankheiten, Diabetes, Gicht, Kurzwuchs, Hypertension, Hyperlipidämie, Cholesterin, Triglyceride, Hyperglykämie, Persönlichkeitstyp, Katecholamine, Zigarettenrauchen, Kalorienkonsum, körperliche Inaktivität, psychische Belastung, familiäre Belastung, Beruf, Weichheit des Trinkwassers, Blutdruck, abnormes EKG, Blutgerinnung, Fibrinolyse u.a.m. Sie werden in der ersten Übersicht sehr vage vier Kategorien zugeteilt: „familiäre Faktoren“, „inneres Milieu“, „Gewohnheiten und äußeres Milieu“ sowie „Funktionelle Meßwerte“. Die Aufteilung ist nicht eindeutig: so tauchen Blutgerinnung und Fibrinolyse als funktionale Meßwerte auf, andererseits sind Katecholamine, die eine gleiche funktionale Rolle spielen, dem inneren Milieu zugeordnet. Angedeutet wird mit dieser Kategorisierung jedoch schon, daß Risikofaktoren unterschiedliche Qualitäten haben können (vgl. S.26f.)

2.2. Die Hierarchie der Risikofaktoren

Einerseits die fehlende Klarheit der Abgrenzung zwischen Faktoren und Indikatoren, andererseits ihre unterschiedliche Rolle in der Pathogenese und ihre unterschiedliche Qualität werden *Schaefer* zu der Überzeugung geführt haben: „Es ist nun bemerkenswert, wie kurzschlüssig diese Theorie der multifaktoriellen Genese bis heute geblieben ist.“ (Schaefer 1976, S.142) Er folgert weiter, „daß aber die Risikofaktoren selbst einer ätiologischen Theorie bedürfen, also hinsichtlich ihrer Entstehung aufgeklärt werden müßten, ist noch wenig allgemein bekannt.“ (Schaefer 1976, S.142) Diese Behauptungen sind weitreichender als die Schlußfolgerungen des Pooling-Projektes. *Schaefer* nennt dann auch theoretische Implikationen, die sicher für viele Vertreter der herkömmlichen Medizin schmerzlich sind⁶:

„Nun gibt es zwei Klassen von ätiologischen Faktoren, genetische und umweltbedingte. Die Neigung, einen vorgefundenen Risikofaktor als genetisch bedingt anzusehen, ist der sofort auftretende Ausweg aus einer sonst schwierig werdenden theoretischen Situation. ... Wir kennen zwar z.B. genetisch bedingte Cholesterinämien, aber es ist vollkommen ausgeschlossen, daß die starke Zunahme der Infarktodesfälle der letzten zwanzig Jahre eine genetische Ursache haben könnte. Die Erbanlagen sind vermutlich nur ein Faktor unter vielen. Welche Faktoren sind es aber? Die klassischen Risikofaktoren beim Infarkt bedürfen alle einer weitergehenden Aufklärung. Diese Aufklärung kann, sofern die Mitursache von Erbfaktoren außer Betracht bleibt und einfache physische und chemische Effekte (Unfall, Infekt, Vergiftung) ebenfalls als unproblematisch beiseitegestellt werden, nur in der Person des Erkrankten und seiner Reaktion auf die Umwelt gesucht werden.“ (Schaefer 1976, S.144).

Als theoretische Lösung wird die Hierarchie der Risikofaktoren angeboten, hier dargestellt am Beispiel des Herzinfarktes (Übersicht 1). In dieser Hierarchie finden auch Daten Verwendung, die in dem ursprünglichen Ansatz als nicht „objektiv“ verworfen wurden. Diese Hierarchie stellt sicherlich einen erheblichen Fortschritt dar. „Ein solches Schema führt zu einem abgestuften 'System' von Faktoren, die jeweils eine Folge voneinander sind, sich also in Form einer Über- und Unterordnung von Faktoren darstellen lassen.“ (Schaefer 1976, S.144) Es werden in der Hierarchie drei Ebenen von funktionellen Abhängigkeiten postuliert:

1. Ebene des leiblichen Geschehens (physiologische Ebene)
2. Ebene der Emotionen (Angst, Aggression, Sorgen), des Stressses und des Verhaltens
3. Ebene der sozialen Umwelt (Schaefer 1976, S.144f.)

Um der unterschiedlichen Qualität der Risikofaktoren gerecht zu werden, wird in dem System dann auch eine Trennung zwischen personalem und externem sozialen Milieu zwischen den Ebenen der sekundären Risikofaktoren 1. und 2. Ordnung angedeutet. Dabei bilden Streß und Verhalten zentrale Zwischenglieder zwischen sozialen und psychischen Ursachen in der Wirkung auf die leibliche Ebene.

Diese Weiterentwicklung der Risikofaktorentheorie führt schließlich auch zur Modifikation der bisher objektivistisch-physiologischen Ätiologieforschung: „In der Rückverfolgung der Ursachenketten enden wir also in gesellschaftlichen Zuständen, deren Wirkungen auf das Individuum nicht mehr präzise beschrieben werden können, und die ihrerseits einer Rückführung auf ihre eigene Verursachung jedenfalls mit medizinisch-physiologischen Methoden nicht mehr zugänglich sind.“ (Schaefer 1976, S.145) Es werden hilfreiche Disziplinen genannt, damit diese Problemstellungen bewältigt werden können:

- die Sozialpsychologie für den Bereich der Lebensereignisse, Emotionen und der Risikopersönlichkeit und
- die Sozialphysiologie — als Teilgebiet der Physiologie — für den Zusammenhang zwischen Angst und somatischen Reaktionssystemen wie dem vegetativen Nervensystem und der hormonalen Steuerung.

Obwohl aber eine sozialwissenschaftliche Terminologie benötigt wird, bleibt die Rolle der Soziologie für die Ableitung der sekundären Risikofaktoren ungenannt.

3. Methodische Problematiken der Ansätze

Jede Gleichung in der Epidemiologie kann nur ein Modell der wirklichen Beziehungen sein und wird mit vereinfachenden Annahmen begründet. Bevor daher eine beobachtete Beziehung in einem Modell als kausal bezeichnet werden kann, ist das ätiologische Konzept auf die Ver-

einfachungen hin zu überprüfen, die es enthält (Susser, S.91). Anhaltspunkte für verborgene Annahmen können durch die Suche nach fremden Variablen deutlich werden, die das Beziehungssystem beeinflussen. Neben dieser eher theoriegeleiteten Überprüfung hängt die Schärfe der Darstellung auch davon ab, mit welcher methodischen Klarheit die Variablen und ihre Effekte vorgestellt, definiert und gemessen werden. Die Erörterung dieser methodischen Fragen soll im folgenden auf vier Aspekte eingehen:

- Fehlschlüsse des Risikofaktorenkonzeptes
- die Problematik von notwendigen und hinreichenden Faktoren
- die Problematik von Grenzwerten
- der „diachronische“ Aspekt oder die Bedeutung der Wirkung über die Zeit.

3.1. Fehlschlüsse des Risikofaktorenkonzeptes

Trugschlüsse in Populationsstudien des Risikofaktorenkonzeptes basieren oft auf blindem Vertrauen in statistische Korrelationen. Selbst geringe (vgl. Pooling-Projekt) und eventuell unbedeutende Unterschiede zwischen zwei Gruppen können allein durch die Größe der Stichprobe relevant werden, da die Korrelationsneigung mit der Stichprobengröße zunimmt (vgl. Schlosser 1976). Fehlschlüsse können sich ferner dadurch ergeben, daß die Variablen nicht differenziert genug dargestellt werden, sei es, daß sie zu global und nicht in ihre Komponenten gegliedert werden können oder daß sie Epiphänomene einer dritten Variable darstellen. Auch können aggregative Fehlschlüsse durch den Vergleich von Daten entstehen, die sich auf unterschiedliche Ebenen der Erhebungseinheiten beziehen.

a. Globalvariablen

Globalvariablen sind für die ersten Forschungsversuche nahezu charakteristisch und unvermeidlich (vgl. Susser, S.130). So stellt beispielsweise die Hypercholesterinämie, die noch im Pooling-Projekt als hochsignifikante und kausale Komponente dargestellt wurde (vgl. S. 3f.), eine Globalvariable dar. Eingehendere Untersuchungen fanden entgegengesetzte Beziehungen einzelner Cholesterinfraktionen zum Risiko einer arteriosklerotischen Erkrankung. Dabei sollen die „High-Density-Lipoproteine“ (HDL) eine protektive Rolle spielen, weil sie entweder den Transport von intrazellulärem Cholesterin zurück zur Ausscheidung durch die Leber anregen (Miller, Miller 1975) oder die Einschleusung von „Low Density Lipoproteinen“ (LDL) durch kompetitive Blockierung der Zellrezeptoren verhindern (Carew, Koschinsky, Hayes et al. 1976). Tatsächlich

fanden sich auch Beziehungen zwischen einem hohen HDL-Spiegel und einer niedrigen Rate an Myokardinfarkten (Goldbourt, Medalie 1979; vgl. auch Reardon et al. 1979).

Darüberhinaus sollen auch Zusammenhänge zwischen vermehrter körperlicher Aktivität bei der Arbeit, geringem Zigarettenkonsum (Goldbourt, Medalie 1979) und gemäßigtem Alkoholgenuß (Castelli, Doyle, Gordon et al. 1977) einerseits und hohem, d.h. protektivem HDL-Spiegel andererseits bestehen.

So wäre beispielsweise zu prüfen, ob nicht der über eine einfache Addition hinaus erhöhte Erklärungswert der Risikofaktorenkombination Cholesterinspiegel, Rauchgewohnheiten und Blutdruck im Pooling-Projekt mit dadurch zustande kommt, daß der Zigarettenkonsum jene Cholesterinwerte selektiert, die gleichzeitig einen niedrigen HDL-Spiegel haben.

Problematischer erscheinen Globalvariablen dann, wenn sie aufgrund von mangelnder Korrelationsstatistik zum eventuellen Ausschluß von Einflußgrößen aus einem ätiologischen Modell führen. Beispielsweise wurden keine Zusammenhänge zwischen sozialer Mobilität und dem Risiko einer koronaren Herzkrankheit gefunden (Hinkle, Whitney, Lehmann et al. 1968). Die Globalvariable „soziale Mobilität“ wurde aber in diesen Studien nicht weiter in Komponent-Variablen wie Aufwärts- oder Abwärtsmobilität bzw. nach schichtmäßigen Kontexten differenziert. So konnten Kaplan, Cassel u.a. im Rahmen der Evans County Studie herausarbeiten, daß Personen der unteren sozialen Schichten ein höheres Risiko bei einer Aufwärtsmobilität haben als stabile Populationen oder „aufsteigende Personen“ der oberen Schichten (Kaplan, Cassel et al. 1971).

b. Die Epiphänomenologie der Risikofaktoren

Eine typische Art von Scheinkorrelation — die Epiphänomenologie — zeichnet sich dadurch aus, daß ein Phänomen gleichzeitig und gemeinsam mit einem anderen auftritt, welches als auslösend angesehen wird, beide aber durch eine dritte Variable (confounding variable, Susser S. 95f.) bewirkt werden.⁸ Auf dieses Problem weist auch Schaefer hin: „.... und es bleibt zunächst ungewiß, ob ein Umweltfaktor, dessen überzufällig häufiges Zusammentreffen mit einer Krankheit festgestellt wurde, tatsächlich ein 'Faktor' im oben beschriebenen, kausalen Sinn ist, oder ob der Zusammenhang durch eine dritte Variable, die selber sowohl mit dem angeblichen Faktor, als auch mit der Krankheit überzufällig häufig zusammen auftritt (mit ihr korreliert ist), nur vorgetäuscht wird, die Krankheit aber de facto von dieser dritten Variablen abhängt.“ (Schaefer et al. 1977, S.62).

Von der Gefahr der Epiphänomenologie können Partialkorrelationen mit Kontrollvariablen — falls diese überhaupt erhoben wurden, was nur in wenigen Studien über Risikofaktoren der Fall ist — nicht immer schützen. Auch geben zeitliche Sequenzen keinen hinreichenden Schutz, wie die „Epiphänomenologie der Ursache“ zeigt, obwohl kausale Faktoren notwendigerweise vor den Effekten auftreten müssen (vgl. Susser, S.65f.). Ausschlußmöglichkeiten bieten nur differenzierte Modellbildungen bzw. Forschungsdesigns.

Im folgenden wollen wir zwei unterschiedliche Formen dieser Fehlschlüsse erörtern:

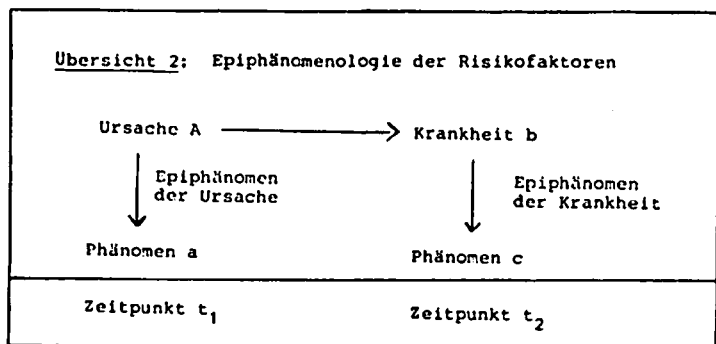
— Die Epiphänomenologie der Ursache

Eine gemeinsame Ursache A ruft zur Zeit t_1 ein Phänomen a und zur Zeit t_2 die Krankheit b hervor. Das Phänomen a kann ebenso wie die Krankheit b gut eruiert und gemessen werden. Aufgrund der kasuistischen Ergebnisse, der Korrelationen und des zeitlichen Verlaufes gelangte man zu dem Schluß, daß das Phänomen a die Krankheit b hervorruft (Übersicht 2) (Brown 1974, S.220f.). Beispielsweise wird angenommen, daß Veränderungen der Halswirbelsäule aufgrund nervaler Einflüsse mitverantwortlich sind für das Auftreten einer Epicondylitis humeri (Theorie der vertebraeagenen Verknüpfung, Reischauer). Man kam zu diesem naheliegenden Schluß, da die Epicondylitis-Patienten gleichzeitig überzufällig häufig eine Osteochondrose der Halswirbelsäule aufwiesen. Entgegen diesen Vermutungen konnten *Manz* und *Rausch* nachweisen, daß einseitig stereotype Arbeitsweisen mit den Armen das Risiko einer Epicondylitis stark erhöhen. Einerseits zeigten sie, daß eine Epicondylitis dreimal so häufig am Arbeitsarm auftrat und nicht an beiden Armen, wie es bei einer vertebraeagenen Verknüpfung zu erwarten wäre (Manz, Rausch 1965). Andererseits ist von anderen Autoren bekannt (vgl. Junghanns 1975), daß einseitig stereotype Arbeitsweisen auch HWS-Veränderungen hervorrufen können. Daher liegt es näher, davon auszugehen, daß einseitig stereotype Arbeitsweisen in Simultanprozessen sowohl das Epiphänomen HWS-Veränderung als auch die Krankheit Epicondylitis hervorrufen können.⁹

— Die Epiphänomenologie der Krankheit

Eine Ursache A zur Zeit t_1 ruft zur Zeit t_2 eine Krankheit b hervor, letztere bewirkt das Phänomen c (Übersicht 2). So kann etwa durch chronische Streßreaktionen (Ursache A) eine Hypertonie entstehen, die dann „Linkshypertrophiezeichen“ im Elektrokardiogramm bewirkt. Bei dieser EKG-Veränderung handelt es sich um eine „Gleichzeitigkeit“ mit der Krankheit Hypertonie und nicht um einen Risikofaktor derselben.¹⁰ In diesen Fällen kann die zeitliche Reihenfolge des Auftretens Klarheit bringen.

Als Epiphänomene bezeichnen wir also gleichzeitig mit der Krankheit



oder mit der Ursache auftretende Erscheinungen, die selber im Gegensatz zu intervenierenden Variablen keine pathogenetische Wirkung haben.

c. Aggregative Fehlschlüsse

Werden Daten, die auf unterschiedlichen Erhebungsebenen zusammengefaßt wurden, verglichen, so können sich Fehlschlüsse durch die Verbindung der verschiedenen Ebenen ergeben (Aggregative Fallacy, Atomistic Fallacy, Riley, zitiert nach Susser, S.60). So führt *Susser* an, daß verschiedene Studien auf der *ökologischen Ebene* eine konsistente Beziehung zwischen der Härte des Leitungswassers und der Todesrate gefunden haben (vgl. S.7). In der einzigen Studie aber, die die *individuelle Exposition* mit Haushaltswasser verschiedener Härtegrade prüfte, fand man keinen Zusammenhang mit „Tod durch Herzkrankheiten“ (*Susser*, S.60).

3.2. Die Problematik von notwendigen und hinreichenden Faktoren

Die Konsequenzen einer Risikofaktorenkombination mögen zum Tod führen; in den meisten Fällen überwiegt aber die Anzahl der „Escaper“ — beispielsweise 86 % in der Framingham-Studie (Schaefer, Blohmke 1978, S.179). Andererseits beträgt der standardisierte Inzidenz-Quotient immerhin 30 (Durchschnitt der Gesamtpopulation = 100), wenn in der Kombination der drei potentesten Risikofaktoren der niedrigste Wert angenommen wird (Tabelle 4).

Als Erklärung dieser Diskrepanzen ist neben anderen methodischen Präzisierungen auch die Unterscheidung zwischen notwendigen und hinreichenden Einflußgrößen von Belang (vgl. *Susser*, S.45f.). Als notwendigen Faktor bezeichnen wir eine Variable, deren Anwesenheit für den Pro-

zeß erforderlich ist, diesen aber nicht allein bewirken kann (z.B. permissive Faktoren). Hinreichenden Faktor nennen wir eine Variable, die den Prozeß allein oder bei Anwesenheit von notwendigen Faktoren hervorbringt. Für diese logischen Bedingungen lassen sich nach *Susser* vier Fälle konstruieren:

<u>Übersicht 3:</u> Logische Kombinationen von notwendigen und hinreichenden Variablen ^x			
Abhängige Variable	x ist notwendig	x ist hinreichend	Bedingungen
1. Fall: notwendig und hinreichend	+	+	Es wird nichts außer x benötigt, um y auszulösen: $x \rightarrow y$
2. Fall: notwendig, aber nicht hinreichend	+	-	X muß vorhanden sein, um y auszulösen, aber y ist nicht immer anwesend, wenn x anwesend ist. Einige weitere Faktoren z müssen anwesend sein, um y auszulösen: $y + z \rightarrow y$
3. Fall: hinreichend, aber nicht notwendig	-	+	X mag anwesend sein, wenn y vorhanden ist. X mag aber auch fehlen, da y noch andere Gründe z haben kann und auch ohne x auftritt: $x \rightarrow y$ oder $z \rightarrow y$
4. Fall: kontribu- torisch	-	-	X mag anwesend sein oder fehlen wenn y anwesend ist. Wenn x mit y auftritt, müssen noch weitere Faktoren z vorhanden sein. X ist also ein kontributorischer Grund für y in einigen Prozessen: $x + z \rightarrow y$ oder $w + z \rightarrow y$

x = unabhängige Variable, y = abhängige Variable, w, z = zusätzliche Variable

x erweitert nach *Susser*. S. 46

Anhand der Genese der essentiellen Hypertonie (Schaefer, Blohmke 1972, S.188; Haberland 1977, 1978; Siegenthaler et al. 1973, S. 579) soll versucht werden, die Rolle eines notwendigen Faktors, des Kochsalzes zu verdeutlichen. Es wird angenommen, daß mit der Industrialisierung und dem Wohlstand der Kochsalzkonsum steigt, und so ein Risikofaktor in der Population auftaucht, der die Zunahme der Hochdruckerkrankungen erklären könnte. Verdeutlichen wir uns die Rolle des Kochsalzes in der Synopsis der proteolytischen Systeme (Haberland 1977, 1978): Natrium- und Chlorid-Ionen spielen eine notwendige Rolle, damit der Prozeß ablaufen kann, an dessen Endpunkt die Hypertonie steht. Verursacht sein kann dieser Prozeß u.a. wiederum durch Streß, der mit Hilfe dieser physiologischen Prozesse abgefangen werden soll. Kochsalz ist damit ein notwendiger Faktor für diese proteolytischen Reaktionen, aber kein hinreichender. Eine geringere Verfügbarkeit von Kochsalz könnte somit die Reagibilität dieser physiologischen Reaktionssysteme minimieren; die Chlorid-Ionen können aus eigener Potenz die physiologischen Reaktionen aber nicht anstoßen.

Diese logischen Unterscheidungen mögen auch die widersprüchlichen Ergebnisse über Kochsalzkonsum und Hypertonie erklären helfen.

Der Fall, daß eine Variable sowohl notwendig als auch hinreichend ist, tritt in der Krankheitsgenese sehr selten auf. Nach *Susser* ist der vierte Fall, daß Faktoren nur kontributorisch sind, der häufigste in der Epidemiologie (*Susser*, S.46).¹¹ Jedenfalls ist es für eine Modellbildung unabdinglich, bei der Formulierung von zusammenhängenden Funktionen und Strukturen diese logischen Bedingungen einzubeziehen.

3.3. Die Problematik von Grenzwerten

Bei der Prüfung, ob eine Intensitäts-Wirkungs-Beziehung besteht, stoßen wir auf den Begriff des kritischen Wertes, der Schwelle (Schaefer, Blohmke 1972, S.170). Diese Annahme von Grenzwerten ist nur möglich unter Akzeptierung eines fiktiven, in physiologischer, psychischer und sozialer Hinsicht als Normalperson zu bezeichnenden Individuums. Die Annahme vermag nicht, besondere subjektive Empfindlichkeiten gegenüber Risikofaktoren zu erklären. Bestenfalls können Grenzwerte für einen Teil der physiologischen Mechanismen angenommen werden.

Gross problematisiert diese fiktiven Normalpersonen am Beispiel des Normalbereiches für die Leukozyten. Als normal gelten 4000 - 10000 Leukozyten/ccm; hingegen sind für zahlreiche Probanden, deren persönliches Blutbild aus früheren Untersuchungen bekannt ist, Werte innerhalb des Normalbereiches schon von individueller pathologischer Bedeutung (*Gross* 1969, S.87f.). Weiterhin weist *Gross* darauf hin, daß die Bestimmung der Normbereiche häufig durch Verfahren mit Normalvertei-

lung durchgeführt wird: „Gerade dies trifft aber für die menschliche Pathologie verhältnismäßig oft nicht zu.“ (Gross 1969, S.81).

Während *Schaefer* und *Blohmke* (1972, S.170; 1978, S.178) Grenzwerte noch statistisch festlegen wollen, folgern die Autoren des Pooling-Projektes, daß solche Definitionen invalide sind, da auch multiple Abnormalitäten eine pathogenetische Relevanz haben. (The Pooling Project Research Group, S.265). Eine mögliche Lösung stellen jene Ansätze dar, die einen individuellen Basiswert bestimmen und dessen Veränderung über die Zeit beobachten (Frankenhaeuser, Gardell 1976).

Methodenkritisch ist weiterhin anzumerken, daß die Postulierung von Schwellen wie auch alle korrelationsstatistischen Verfahren (vgl. Schlosser S.16f.) lineare Beziehungen zwischen den Variablen voraussetzen. Effekte können dann auf der Geraden oberhalb oder unterhalb einer Schwelle auftreten.

Problematisch bleibt aber, daß kausale Beziehungen nicht zwangsläufig linear sein müssen (Susser, S.155). Beispielsweise ist für das Risiko einer Leukämie durch Radioaktivität eine U-förmige Beziehung wahrscheinlich.

Tabelle 5: Risiko einer Leukämie durch Radioaktivität*

Durchschnittliche Beckenknochenmarksdosis (rads)	Standardisierter Inzidenz-Quotient (SIR)
159 - 318	282
159 - 503	321
333 - 522	458
300 - 900	127
900 - 4500	105

* Susser, S. 159

So kann für die Risikoträchtigkeit einer Leukämie ein Maximal- und Sättigungswert angenommen werden, oberhalb dessen die bestrahlten Knochenzellen entweder nicht überleben, oder die Kraft verlieren, eine Leukämie auszubilden (Susser, S.158).

Schaefer und Blohmke führen am Beispiel der Hyperlipidämie die Bedeutung des Grenzwertes in Bezug auf die Zeit der Einwirkung aus. (Schaefer, Blohmke 1972, S.176) Schematisiert ergeben sich folgende alternativen Fälle:

- | | |
|---|-----------|
| 1. unerschwelliger Risikofaktor
über einen langen Zeitraum | Krankheit |
| 2. überschwelliger Risikofaktor
über einen kurzen Zeitraum | Krankheit |

In dem Pooling-Projekt fand allein der zweite Fall Berücksichtigung: die Risikofaktoren wurden nur anfangs bestimmt und der Größe nach mit der Inzidenz korreliert.

3.4. Der diachronische Aspekt oder die Bedeutung der Wirkung über die Zeit

Die zeitliche Komponente ist m.E. eine *conditio sine qua non* für die Analyse von ursächlichen Zusammenhängen. Sie fehlt bei der Ursache-Wirkung-Kette in der Darstellung der „Hierarchie“ der Risikofaktoren“ bzw. ist in dem Konzept der Risikofaktoren durch die Zerlegung der Prozesse in Faktoren, wobei der zeitliche Aspekt entfällt, formalisiert¹²: es können mehrere Prozesse hintereinander geschaltet stattfinden, in denen Risikofaktoren neue andere Risikofaktoren und Krankheiten hervorrufen. Auch kann die Krankheit des ersten Ablaufes zum Risikofaktor des zweiten Prozesses werden.

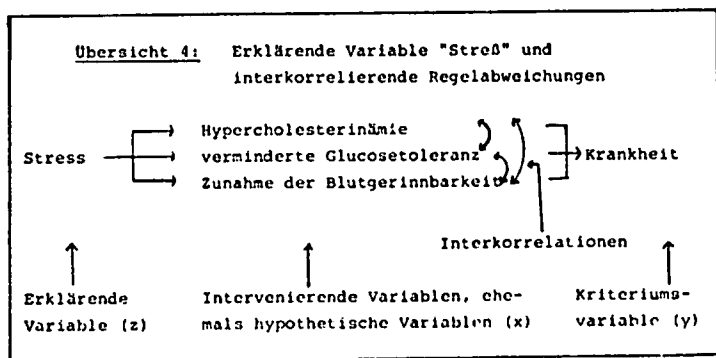
Susser erörtert verschiedene Variablentypen in der Besonderheit der Zeitordnung (Susser, S.118f.):

- a. einfache vorhergehende Variablen
- b. erklärende Variablen
- c. intervenierende Variablen
- d. vermittelnde (Moderator-)Variablen

(a) Einfache vorhergehende (antecedent) Variablen dehnen die kausale Kette nur weiter nach hinten aus, ohne die abhängige Variable in einem größeren Umfang zu erklären, als es die ursprüngliche Beziehung tat (Susser, S.120). So etwa: die Tochter hatte ein Gallensteinleiden und auch die Mutter und auch die Großmutter.

(b) Erklärende Variablen sind der hypothetischen Verursachungsvariablen immer vorangehend. Eine erst erscheinende Beziehung zwischen dieser hypothetischen Variable (x) und dem Effekt (y) verschwindet aber, wenn die explanatorische Variable (z) kontrolliert wird, da diese die Be-

ziehung zwischen (x) und (y) erklärt (Susser, S.120). So wissen wir aus der Streßforschung, daß bei der physiologischen Streßreaktion interne Regulationssysteme verändert werden, die sich dann durch Phänomene wie verminderte Glucosetoleranz, Hypercholesterinämie, Zunahme der Blutgerinnungsfähigkeit u.a. zeigen und mit einer möglichen Folgeerkrankung in Verbindung gebracht werden können.¹³ Diese Regelabweichungen stellen Einheiten eines verknüpften pathogenetischen Ablaufs dar. Aufgrund ihres Zusammenwirkens untereinander und des Zusammenhangs mit der Erkrankung werden diese Phänomene statistisch hoch korrelieren. Allein diese Aussage erlaubt aber nicht, diese Regelabweichungen zu ursächlichen Risikofaktoren zu erheben.



Diese ehemals hypothetischen Variablen (Risikofaktoren) können in der pathogenetischen Kette durch weitere Erklärungen zu intervenierenden Variablen werden. Andererseits kann eine erklärende Variable auch Epiphänomene (passenger variable, Susser, S.120) aufdecken.

(c) Intervenierende Variablen erscheinen als Bindeglieder zwischen der Prädiktor- und Kriteriumsvariable. „Wenn eine intervenierende Variable in der Analyse kontrolliert wird, so kann die initiale Assoziation zwischen der unabhängigen und der abhängigen Variablen verschwinden oder merklich reduziert werden.“ (Susser, S.122) Insofern hat die intervenierende Variable auch Erklärungsvermögen. Entscheidend für die Abgrenzung ist die zeitliche Abfolge der Variablen. Intervenierende Variablen verdeutlichen die Sequenz in einer Kausalkette und können die Pathogenese aufklären. Außerdem können sie als Zwischenschritte zwischen verschiedenen Erhebungsebenen aggregative Fehlschlüsse aufklären (Susser, S.124).

(d) Vermittelnde Variablen (Moderatoren) spezifizieren die Bedingungen, unter denen eine Beziehung auftritt. So kann unter bestimmten Bedingungen eine Beziehung stärker werden, unter anderen mag sie auch

verschwinden (Susser, S.124f.). Beispielsweise sind für manche Carzino-gene Co-Carzinogene als Moderatoren notwendig. Oder eine Aufwärts-mobilität ist nur dann herzfinktrchtig, wenn Männer aus der Unter-schicht betroffen sind (s.o., S.12).

Entweder zu klären oder bisher noch unklar bleiben in dem Risikofak-torenkonzept auch folgende diachronische Fragestellungen:

- Wie lange braucht ein Faktor zur Auslösung eines Befundes? D.h. las-sen sich in der Wirkung Kurzzeit- und Langzeitfaktoren unterscheiden?
- Existieren in der Lebensgeschichte besonders empfindliche Phasen ge-genüber einzelnen Risikofaktoren?¹⁴

Diese Differenzierungen von Variablen und ihren Abhängigkeiten fin-den sich — abgesehen von der Berücksichtigung des Alters — kaum in den Forschungen zum Risikofaktorenkonzept wieder. Es hat den An-schein, daß Überlegungen teilweise dort aufhörten, wo Korrelationen ge-funden wurden, die einer Biomedizin plausibel erschienen.

4. Existentielle Hintergrundannahmen

Viele methodische und theoretische Postulate des Risikofaktorenkon-zeptes und dessen Vereinfachungen bei der Modellbildung werden durch die Erörterung von sogenannten Hintergrundannahmen verständlicher. Diese können sowohl expliziter als auch impliziter Natur sein. Eher expli-zit sind die ideologischen Bekenntnisse zur Naturwissenschaftlichkeit und zur Notwendigkeit von „objektiven“ Daten. Hingegen werden viele Annahmen, die zur Modellbildung führten, sowie deren ideologische und Verwertungsaspekte nicht offengelegt. Angesprochen wird noch das Prinzip des Risikofaktorenmodells, die Annahme der multifaktoriellen Genese.²² Was ist aber darunter zu verstehen? Niehoff unterscheidet in der Medizin drei Modelle kausalen Denkens (Niehoff 1978a, S.86):

1. das Modell der Mono- oder Linearkausalität,
2. das Modell vom Zusammenwirken äußerer (Expositionen) und innerer Systembedingungen (Dispositionen, Adaptilität).

Monokausale Modelle sind — wie beispielsweise Annahmen, die nur eine Vererbung oder nur eine infektiöse Verursachung zulassen — in ih-ren Vorstellungen mechanisch. Derartige Wirkzusammenhänge können artifiziell erzeugt werden, wenn einzelne Erscheinungen in der Forschung aus dem Zusammenhang gerissen werden (Niehoff, 1978a, S.86); selten haben sie aber einen angemessenen Erklärungswert.

4.1. Das Modell der multifaktoriellen Genese

Gegenüber monokausalen Modellen hätte mit dieser Weiterentwick-lung das klassische Verständnis der Kausalität von Krankheit, das nicht

nur in einzelnen und individuellen, sondern auch in der sozialen und kosmischen Ordnung entscheidende Faktoren vermutete (vgl. Peset 1977), wieder aufgenommen werden können. Nicht unproblematisch in dieser Entwicklung ist jedoch das unbekannte Ausmaß neu hinzuziehender krankmachender Faktoren und die Bestimmung ihrer pathogenen Potenz. So wird es für die herkömmliche medizinische Forschung schwierig, soziale und psychologische Einflüsse zu erfassen, denn dabei versagen physiologische Meßmethoden. Als Folge haben wir heute einerseits das Bild einer noch vorherrschenden Prädominanz physiologischer Risikofaktoren in den multifaktoriellen Konzepten (siehe Pooling-Projekt) und andererseits eine erst jetzt (wieder) beginnende Erfassung von psychischen und sozialen Risiken.

Es mag unverständlich oder gar befremdlich erscheinen, daß psychosoziale Einflüsse in den Forschungen des Risikofaktorenkonzeptes stark vernachlässigt wurden. Auf der anderen Seite wird dieser offensichtliche Mangel aber sowohl abwehrend verwaltet (Heidelberger Sozialmedizin), als auch von einigen Klinikern mit Genugtuung gesehen. So schützen sich Kliniker, die ausziehen, das epidemiologische Forschen zu lernen, mit „pseudo-naturwissenschaftlichen“ Regeln wie den folgenden vor der Feststellung, daß sich die Komplexität von Populationsstudien doch von dem „physiologisch-klinischen Alltag“ unterscheidet.

4.1.1. Das Bekenntnis zur Naturwissenschaft

Unter der Überschrift „Allgemeine Methodenprobleme“ geben Schaefer und Blohmke Regeln für die Forschung (Schaefer, Blohmke 1972, S.106f; 1978, S.102f.). Diesen Autoren folgend ist menschliches Verhalten kausalanalytisch nur mit physiologischen Methoden erklärbar. „Wo diese Mechanismen der Forschung noch nicht oder grundsätzlich nicht zugänglich sind, tritt an ihre Stelle die psychologische Analyse, die mit hermeneutischen, d.h. verstehenden Methoden arbeitet.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.107) Der Mathematik wird für die Forschung die Rolle zugeordnet, die Ergebnisse auf Zuverlässigkeit und Aussagefähigkeit hin zu prüfen, zu ordnen und zu beschreiben. Die Anwendung der Soziologie wird beschrieben: „Will Soziologie nicht in dieser psychologischen Analyse mit ihrem *sozialkritischen Kern* (vom Verf. hervorgehoben), sondern kausalanalytisch operieren, kann sie sich nur mehr physiologischer und mathematischer Methoden bedienen.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.107f.)

In der Bestimmung der Psychologie wurde schon ein extremer Physiologismus (vgl. Seve 1973, S.216f.) durch die Reduzierung jeglicher selbständiger psychologischer Qualitäten und dem Verzicht auf die Analyse der historisch gewachsenen Persönlichkeit deutlich. In der Aufgabenzu-

weisung und Definition der Soziologie ergibt sich dann erst recht eine über die Einengung als „Verhaltenswissenschaft“ hinausgehende Reduktion, die jede eigene Qualität gesellschaftlicher Prozesse leugnet (Geißler, Thoma 1974, S.87).

Zur Verdeutlichung der Absurdität dieser Regeln stelle man sich jene Forscher vor, die Entscheidungen (Verhalten) bei Tarifverhandlungen über Gesundheitsschutzmaßnahmen physiologisch analysieren und erklären wollen.

Solche restriktiven Maßregeln finden sich weniger explizit in den Untersuchungen aus den USA. Gleichwohl ist der Ausgangspunkt identisch: von der Klinik aus gesehen soll primär mit klinisch-naturwissenschaftlichen Parametern (Risikofaktoren) versucht werden, Erklärungen für einzelne Krankheiten zu finden.¹⁵ Nach *Schaefer* und *Blohmke* ist es somit auch verständlich, „daß die pathologische Physiologie die naturwissenschaftliche Grundlage aller sozialmedizinischen Modelle ist, soweit die Forschung auf eine Kausalanalyse aus ist.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.117) Nach *Schaefer's* Definition von Wirklichkeit können kausale Analysen nur durch physiologische Tests wiedergegeben werden.¹⁶

Erfolgreiche Erklärungsansätze der Medizinischen Soziologie oder ältere Ansätze der Sozialen Pathologie (Grotjahn 1915) sowie der Medizinalstatistik (Prinzing 1931) sind nach diesen ideologischen Bekenntnissen zum Verständnis der Realität nicht zulässig. Sie finden auch in den nordamerikanischen Untersuchungen kaum bzw. keinen Eingang.

Diesen Regeln widerspricht ferner die wissenschaftstheoretische Gleichheit von Natur- und Sozialwissenschaften, d.h. der methodologische Monismus: Sozialwissenschaften können den gleichen methodologischen Standard wie Naturwissenschaften und damit einen gleichwertigen Erklärungswert erreichen (Popper 1972, S.121). Allerdings wird auch in dieser Gleichsetzung nur der *technisch-praktische Aspekt* (Kant) der Forschung erörtert, für den ohne Zweifel ein methodologischer Monismus von Natur- und Geisteswissenschaften angenommen werden darf. Die *sozial-praktischen Aspekte* (moralisch-praktische Prinzipien, Kant¹⁷) hingegen können unterschiedlich sein, solange naturwissenschaftliche Forschungen nicht von „irgendeiner Art von Anweisung“¹⁸ an die Gesellschaft abhängen.

Derartige Widersprüchlichkeiten zeigen sich deutlich in der Konfrontation von Natur- und Geisteswissenschaften, insbesondere in Überschneidungsbereichen wie der Sozialmedizin, Medizinischen Soziologie und Psychologie. In diesem Konflikt werden folglich wegen wissenschaftlicher Machtkonstellationen ähnliche Glaubensbekenntnisse verlangt wie das hier vorliegende von *Schaefer* und *Blohmke*. Die präskriptiven Aussagen bemühen den Leser dann aber in einen Bereich, dem ein wissenschaftlicher Zugang zur Problematik von technisch-praktischen und

sozial-praktischen Aspekten der Forschung fehlt.

Letztendlich können wir hier nicht entscheiden, inwieweit in der „Heidelberger Einengung der Sozialmedizin“ (Schaefer, Blohmke) die Fesselung an die Naturwissenschaften zurückgenommen wurde. Zumindest scheinen interne Widersprüche zu bestehen. So tauchen in der Hierarchie der Risikofaktoren Begriffe auf, die einem naturwissenschaftlichem Verständnis nicht zugänglich sind, wie Sozialprestige, Sozialer Wandel, Soziale Umwelt (Schaefer, 1976, S.143). Ferner lassen sich beinahe „ketzerische“ Aussagen finden wie: „Fast alle der oben beschriebener. somatischen Risikofaktoren stellen *sensu strictiori* eine 'verkürzte' ätiologische Betrachtung dar, bei der man danach fragen muß, woher denn diese Faktoren kommen. ... Eine konsequente ätiologische Beobachtung führt also gerade aus naturwissenschaftlicher Sicht zu einer Theorie, die sich rasch um die psychologische und damit wie wir sehen werden, notwendigerweise auch um die soziologische Dimension erweitert.“ (Schaefer et al. 1977, S.65f.)¹⁹

Während aber die Autoren des Pooling-Projektes auch 1978 noch auf den vorherrschenden Risikofaktoren beharren, war eine ähnliche Tendenzwende vereinzelt schon in der Evans County Studie zu erkennen, nachdem keiner der gemessenen Risikofaktoren die *Prävalenzdifferenzen* zwischen sozialen und ethischen Schichten (*classes*) erklären konnte (Cassel 1971, S.887).

In der Intention lassen sich diese Regeln und naturwissenschaftlichen Glaubensbekenntnisse auch als Versuch deuten, den „sozial-kritischen Kern“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.107) von epidemiologischen Studien zu unterdrücken. Das Prinzip einer Biomedizin (Engel 1979, S.66f.) wird unabhängig von jeglicher Wissenschaftlichkeit proklamiert, und damit wird die Möglichkeit verhindert, erneut sozialkritische Untersuchungen (Grotjahn 1915, Prinzing 1931 u.a.) wie vor der Zeit des Nationalsozialismus aufkommen zu lassen.

4.1.2. Die Notwendigkeit objektiver Daten

Für Schaefer und Blohmke sind nur „objektive“ Daten verlässlich (vgl. S.6). Ihr Verständnis von Objektivität bezieht sich nicht auf die Methode des wissenschaftlichen Vorgehens oder des Forschungsinstruments²⁰, sondern in der Bedeutung von „Exaktheit“ auf die Validität und Reliabilität der Messung an einem Probanden. Da die Bestimmung der Vitalkapazität beispielsweise von der Motivation beeinflusst werden kann, ist nicht sicher, ob die Vitalkapazität ein valider Indikator für die Lungenfunktion ist oder nicht eher ein valider Indikator für die Teilnehmereitschaft an epidemiologischen Studien. Gleiches gilt für die Zuverlässigkeit des Tests bei wiederholter Anwendung. Daß aufgrund solcher Überlegungen die

Erhebung subjektiver Daten verworfen wird, erscheint bei Kenntnis der Fragwürdigkeit „objektiver“ Daten aus dem klinischen Bereich unverständlich.²¹ Derartigen Bekenntnissen ist ferner entgegenzuhalten, daß die Frage der Gültigkeit und Zuverlässigkeit einer operationalen Definition unabhängig ist von der Charakterisierung eines Datums als „objektiv“ oder „subjektiv“. Letztendlich bleibt jede Entscheidung subjektiv, nur die Wissenschaft verlangt, daß sie in der Methodik und Theorie intersubjektiv nachvollziehbar ist.

4.1.3. *Die Orientierung an manifesten Daten*

Erkenntnistheoretisch ist das Risikofaktorenkonzept ausgerichtet an manifesten Daten — den Phänomenen oder Risiken — die nach hypothetischen Überlegungen bei der Genese einer Krankheit eine Rolle spielen können, wie z.B. die Hypercholesterinämie für den Herzinfarkt. Untersucht wird dann die Wahrscheinlichkeit, mit der diese Krankheit hervorgerufen wird (Schaefer, Blohmke 1978, S.176). So bilden neben physiologischen Wirkungsprinzipien wahrscheinlichkeitstheoretische Annahmen die Basis des ätiologischen Konzeptes. Eine sukzessive Annäherung an die „wahre“ Ätiologie soll durch das Sammeln neuer manifester Daten und die eventuell folgende Einordnung als Faktor möglich sein (Schaefer, Blohmke 1978, S.179; Schaefer et al. 1977, S.62).

Ähnlich wie die Bevorzugung objektiver Daten vor subjektiven bedeutet das Verlangen nach manifesten Phänomenen, die eben für die probabilistische Aussage notwendig sind, eine Negierung von „latenten“ — vorerst gar nicht oder nur unvollständig operationalisierten — Begriffen. Die Gefahren dieser simplen Selektion manifester Phänomene ohne kritische Würdigung ihrer operationalen Zuordnung zeigten sich schon bei der Gefahr von Fehlschlüssen. Hier wird diese Vereinfachung aber zum Prinzip erhoben. Als theoretisches Konzept stellt die Orientierung am Manifesten ein Zusammenwerfen von Erkenntnis und Sein dar.²² Solchem Zusammentragen manifester Daten ist entgegenzusetzen, daß der wissenschaftliche Fortschritt nicht darin liegt, daß wir Erlebnisse „emsig sammeln und ordnen. Nur die Idee, die unbegründete Antizipation, der kühne Gedanke ist es, mit dem wir, ..., die Natur einzufangen versuchen.“ (Popper 1973, S.224) Das gedankliche Konzipieren des Seins kann nicht durch das Sammeln und Ordnen von Manifestem ersetzt werden.

Auch beschreibt eine gefundene Korrelation zwischen zwei Phänomenen nur neue Phänomene, ohne eine Erklärung zu geben (vgl. Niehoff 1978a, S.89; 1978b, S.303). Niehoff schreibt weiter: „Der qualitative Inhalt, letztlich das Wesen dieses Prozesses, eingeordnet in die soziale Entwicklung des Menschen und der Gesellschaft selbst, bleibt so nicht nur

verborgen, sondern wird durch das Risikofaktoren-Konzept verkannt und fehlgedeutet." (Niehoff 1978a, S.148) Es ist gleichsam unmöglich, erkannte Phänomene ohne Hintergrundannahmen zu erklären. Das notwendige Wissen und die Orientierungen können aber nicht nur aus physiologischen Kenntnissen — die leider auch im Risikofaktoren-Konzept nicht immer gründliche Anwendung finden (vgl. Anm. 29) — bestehen, sondern eben auch aus einem allgemeineren Verständnis wie beispielsweise aus Annahmen über den Anwendungsbereich der Physiologie oder solchen über den Umgang mit manifesten Daten. Zu den existentiellen Hintergrundannahmen gehört im weiteren auch das Menschenbild des Risikofaktorenkonzeptes.

4.1.4. Das Menschenbild des Risikofaktorenkonzeptes

Sowohl in der ersten Formulierung von *Schaefer* und *Blohmke* als auch im Pooling-Projekt findet die unterschiedliche Qualität von Risikofaktoren keine Berücksichtigung: Zigarettenkonsum und psychosoziale Belastungen werden phänomenologisch auf der gleichen Ebene abgehandelt wie Hypercholesterinämie und Bluthochdruck (vgl. Geißler, Thoma 1974, S.85ff.). Diese Nivellierung qualitativer Unterschiede zwischen physiologischen, psychischen und sozialen Erscheinungen war in der Form nicht haltbar. So wird auch in dem Hierarchiemodell der Risikofaktoren versucht, qualitativ unterschiedliche Ebenen zu entwickeln. Dennoch ist die Problematik nicht gelöst, weil erstens das Risikofaktorenkonzept keine Trennung zwischen der intra- und der extrapersonalen Ebene vollzieht und zweitens dem Modell ein extrem passives Menschenbild zugrunde liegt.

Verschiedenste Risikofaktoren erhalten gleichermaßen Rollen in der Krankheitsgenese. Es wird nicht danach differenziert, ob es sich um Einflußgrößen handelt, die außerhalb des Menschen auf ihn einwirken, wie z.B. Überlastung am Arbeitsplatz, Kohlenmonoxidvergiftungen u.ä., oder ob diese im Rahmen des psychosomatischen Reaktionssystems des Einzelnen wie z.B. Katecholaminausschüttung, Blutdruckerhöhung u.ä. ablaufen. Abgetrennt als individueller Prozeß wird lediglich die Krankheit. Eine Summe von äußeren und inneren Risikofaktoren steht in dem Modell einer Krankheit gegenüber. Deutlich wird hier schon, daß der Mensch als handelndes Wesen in diesem Schema eigentlich keine Rolle spielt. Die Pathophysiologie kann auch an entsprechenden Tieren studiert werden.

In dem Konzept gerät die Person sozusagen unter Beschuß von Risikofaktoren ihres psychosomatischen Systems und ihrer Umwelt. Unbeleuchtet bleibt die entscheidende Frage, wie der Mensch — und hier ist die Unterscheidung von pathophysiologisch ähnlich reagierenden Tieren

wichtig — diese Kanonade von Risikofaktoren bewältigt.²³ Welche Möglichkeiten hat er, sein Krankheitsrisiko zu verändern bzw. „seine Krankheit zu wählen“? Diese aktive Rolle der Veränderung wird sowohl in dem Konzept der Risikofaktoren als auch in dem Hierarchiemodell vernachlässigt.²⁴ Ohne je beispielsweise die Rolle des Ernährungsverhaltens studiert zu haben, münden Folgerungen aus den Risikoforschungen in drei „heilige“ Regeln: „nicht rauchen, nicht völlern, nicht trinken.“ (Pflanz, Greiser u.a., zitiert nach Borgers 1979)

Das passive Menschenbild und somit die fehlende Trennung von Vorgängen in der Umwelt und im Menschen läßt auch nicht erkennen, in welchem Zusammenhang pathogene Ursachen zu suchen sind und auf welcher der unterschiedlichen Ebenen interveniert werden kann. Wegen dieser fehlenden Differenzierungen kann jedes Krankheitsrisiko, unabhängig davon, ob es gesellschaftlich oder natürlich bedingt ist, am Individuum (wie beispielsweise Ernährungsverhalten) festgemacht werden. Gleichsam damit werden auch Unterschiede zwischen sozialen, verhaltensmäßigen oder pharmakologischen Präventionsmöglichkeiten nivelliert.

4.1.5. Erklärungsansätze — die Spezifitätsannahme

Erklärungen werden in den Risikofaktorenforschungen meist posthum gesucht, ohne daß es vorher im Forschungsdesign gezielte Ausschlußverfahren konkurrierender Hypothesen gab. Die besten Korrelationen werden dabei ohnehin zwischen Daten gefunden, die einerseits zur pathogenetischen Kette (d.h. schon zur Krankheit) und andererseits zur Krankheit gehören. Eine derart begrenzte Sicht kann aber nicht zur Primären Prävention beitragen, die verlangt, daß ursächliche oder bedingende Faktoren aufgedeckt werden, die die Pathogenese erst einleiten (Susser, S.41f.). So ist wenig mit dem isolierten Ergebnis des Pooling-Projektes anzufangen, welches die Hypercholesterinämie als Risikofaktor einordnet (abgesehen von der Gefahr einer Globalvariablen). Zur Anwendung in der Primären Prävention wären Erklärungen für das Auftreten einer Hypercholesterinämie notwendig. Zu einfach wurde bislang mit Ernährungseinflüssen spekuliert, obgleich viele Untersuchungen dagegensprechen (vgl. Glatzel 1976). Beispielsweise fand man in der Tecumseh-Studie (Teil des Pooling-Projektes) keinen Zusammenhang zwischen Ernährungseinflüssen und dem Cholesterinspiegel (Nichols et al. 1976). (vgl. auch S.11)

Grundlegend und von anderen Modellen wie dem Streßmodell abgrenzend ist die Spezifitätsannahme. Damit ist die Präzision gemeint, mit der von dem Auftauchen einer Variable auf das Erscheinen einer zweiten geschlossen werden darf (Susser, S.152).²⁵ Das Konzept der Risi-

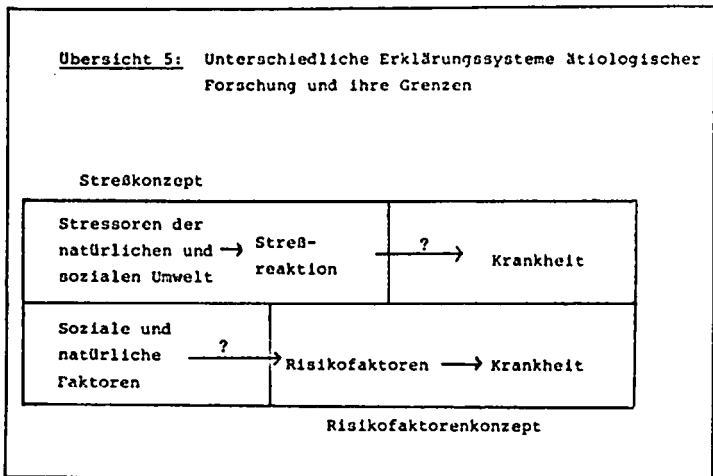
kofaktoren geht von dem Effekt eines Agens (Faktors) aus, das an einem Objekt (Mensch oder Tier) eine *spezifische Wirkung* hervorruft, für die es *charakteristisch* ist. So wird auf die kausale Rolle ausgewählter Risikofaktoren für die Genese eines Herzinfarktes, wie z.B. gesättigte Fettsäuren, erhöhter Fettverzehr, Blutcholesterinwerte u.a. hingewiesen (wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1978). Dabei wird ein spezifisches Ensemble von Risikofaktoren angenommen. Andere Faktoren wie beispielsweise der Harnsäurespiegel, der als Ursache einer Gicht gilt, sollen beim Herzinfarkt keine Rolle spielen (Heyden 1974, S. 52).

Während schon monokausale Modelle lineare und damit spezifisch-charakteristische „Eins-zu-Eins-Beziehungen“ (Susser, S. 24) postulieren, ist hier neu, daß mehrere Faktoren für eine „Viele-zu-Eins-Erklärung“ herangezogen werden. Die Annahme, daß dabei jeder dieser Faktoren in einer gleichsam linearen Relation den Effekt bewirken kann (vgl. Pooling-Projekt), bleibt unangetastet. Unter diesem Aspekt stellt das Prinzip der multifaktoriellen Genese eher eine Sammlung linearkausaler Wirkungszusammenhänge dar. Offen bleibt dann, unter welchen Bedingungen weitere spezifische (linear wirkende) Faktoren hinzugefügt werden können, und wann das Konzept für neue Faktoren geschlossen wird.

Wenn Forscher dann von der Präzisionsfähigkeit des Risikomodelles ausgehen und meinen, durch Beharrlichkeit und gutes Design fortschreitend spezifische von unspezifischen Variablen zu trennen (Susser, S. 154), so basiert dieses Vertrauen aber auf der Unkenntnis der Spezifitätsannahme, einer modellhaften Vereinfachung. Diese gilt z.B. nicht in Systemen, die nur funktionale Beziehungen zulassen.²⁶ So sieht das Streßkonzept — ein Reiz-Reaktions-Modell — vor, daß der unspezifische Anteil des Agens den wirkenden Stressor bildet (Selye 1974, Karmaus 1978). Mit der Unspezifität von Stressoren ist folglich gemeint, daß in der Herkunft und der Qualität unterschiedliche Faktoren nach einem Schlüssel-Schloß-Prinzip (Christian, Hahn 1972, S. 3699) eine vielfältige, aber stereotyp ablaufende Reaktion mit pathogenen Folgen hervorrufen. Dabei darf also nicht gefolgert werden, daß ein Reiz a immer eine Reaktion b bewirkt, sondern dies hängt entscheidend von der Funktionalität des Systems ab. Gegen die Unspezifitätsannahme des Streßkonzeptes ließe sich zwar einwenden, daß spezifisch doch das Schlüssel-Schloß-Prinzip sei; wird es jedoch als Moderator-Variable angesehen, so gilt letztendlich immer noch ein Ensemble von unspezifischen Faktoren als verursachend.

Im Rahmen dieser Erörterung ist daher auch die These von *Schaefer u. a.* als wissenschaftlich nicht haltbar zurückzuweisen, daß sich das Problem der Unterscheidung von Stressor und Risikofaktor in vollkommener Tautologie auflöse.²⁷ Die Unterscheidung zwischen Stressor und Risikofaktor wird auch weiterhin in der wissenschaftlichen Analyse eine entscheidende Rolle spielen, da es sich um durchaus ergänzende Erklärungs-

ansätze unterschiedlicher Systeme (Modelle) handelt. *Susser* folgend erlaubt ein System die Beschreibung einer Reihe von zusammenhängenden Faktoren als kohärente Strukturen oder Funktionen. Gleichzeitig definiert ein System aber die Grenzen der funktionalen oder strukturellen Beschreibung (*Susser*, S. 48f.). Das Streßkonzept und das Risikofaktorenkonzept unterscheiden sich daher auch in bezug auf die Organisation des ätiologischen Gegenstandsbereiches (Übersicht 5).



Das Risikofaktoren-Konzept geht aus von der Krankheit als Explanandum. Erklärt werden soll die Relation zwischen einer Summe von einzelnen spezifischen Faktoren — meist physiologischen Veränderungen — und einer dafür charakteristischen Krankheit. Beim Streßkonzept konzentriert sich das Erklärungssystem nicht primär auf die Krankheit, sondern auf das Verhältnis von externen Einflüssen zu bestimmten Reaktionen des innerorganistischen Systems. Während beim Risikofaktorenkonzept die Herleitung und Deutung von vorangehend-erklärenden, d.h. ursächlichen Faktoren vage bleibt, ist beim Streßkonzept die Beziehung zwischen Streßreaktion und Krankheit nicht immer begründet. Auch wenn das Streßkonzept eher eine funktionale Reiz-Reaktion- und das Risikofaktorenkonzept eher eine lineare Ursache-Wirkung-Erklärung postuliert, beanspruchen beide Modelle, kausale Prozesse zu deuten.²⁸ Außerhalb des Erkenntnisinteresses liegen dagegen bei beiden Konzepten mehr oder minder jene Prozesse, die die Prädiktorvariablen — Stressoren bzw. Risikofaktoren — aus der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt ableiten. Bevor aber anhand der Kritikpunkte auf Weiterentwicklungs-

möglichkeiten eingegangen wird, soll kurz erörtert werden, welches Praxisfeld durch das Risikofaktorenkonzept für die Primäre Prävention eröffnet wird.

4.1.6. *Verwertungsaspekte des Risikofaktorenkonzeptes*

Erhebliche Bedenken ergeben sich bezüglich der hoffnungsvollen Erwartung, daß das Zusammentragen von möglichst viel Wissen über die Ätiologie allein schon zur Verhinderung von Krankheiten beiträgt. Bei dieser Zielsetzung sind vielmehr die jeweiligen Institutionen, Träger oder Multiplikatoren zu berücksichtigen. Bei diesem Aspekt ist auch danach zu fragen, wem die Ergebnisse des Risikofaktorenkonzeptes dienen. Den Risikoträgern kann das Wissen nur in Form moralisierender Forderungen angetragen werden. Diese haben sich aber in ihrem Erklärungswert und in ihrer Umsetzung z.T. als Spekulation entpuppt (siehe Ernährungsverhalten, S.27; vgl. auch Mohler 1978). Denn wegen der naturwissenschaftlichen Einengung sind auch keine individuell-praktikablen Wege untersucht und geprüft worden, auf denen Risiken oder deren Ursachen abzubauen sind. Ebenso wenig nützlich bleibt das Wissen für die Gewerkschaften oder andere Interessenvertreter, da auch kollektiv-praktikable Präventionsmöglichkeiten fehlen.

Auch wenn der Cholesterinspiegel für das Ernährungsverhalten tatsächlich eine Rolle in der Ursachenkette spielen würde, erfährt der praktische Arzt, daß seine Patienten entsprechende Veränderungsvorschläge meist nicht befolgen, da diese fremd und unangemessen für den gesellschaftlichen Alltag des Patienten sind. Aus diesem Unverständnis resultiert dann oft der Vorwurf des Selbstverschuldens. Ferner stehen auch Gesundheitspolitiker diesem Geschehen mehr proklamativ als erfolgreich gegenüber.

Nutznießer und Promotoren dieses Konzeptes sind allerdings Teile jener Industrien, die Medikamente und Nahrungsmittel gegen Risiken anbieten, sowie jene Kliniker, deren Forschungen von diesen Industrien finanziert werden (Der Spiegel 1979). Vor diesem Hintergrund werden dann auch wegen der vorgesehenen Möglichkeiten pharmakologischer Intervention und des Absatzes an „gesunden Nahrungsmitteln“ einige Begrenzungen des Konzeptes verständlich.

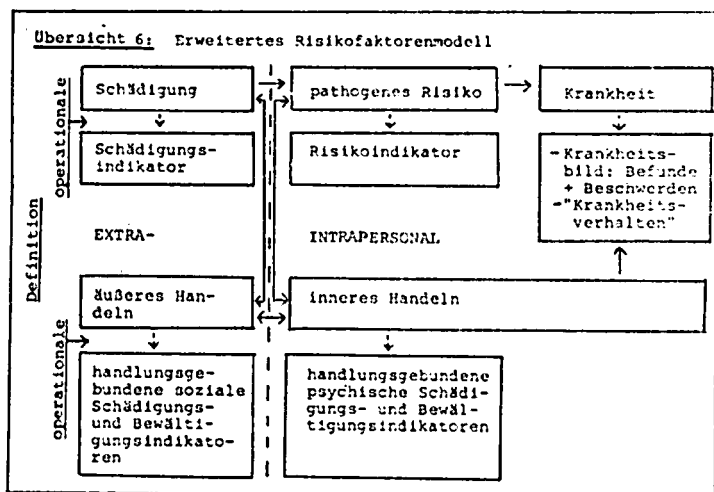
5. **Kriterien zur Weiterentwicklung der Risikoforschung**

Abschließend sollen vier wesentliche Kritikpunkte erörtert werden, die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung des Risikofaktorenkonzeptes beinhalten.

5.1. Unterscheidung zwischen Mensch und Umwelt

Alternativ zur Risikofaktorenforschung sollte zwischen Krankheit, handelndem Menschen und umweltbedingten Schädigungsfaktoren differenziert werden. Sowohl in dem extra- als auch in dem intrapersonalen System müßten Kausal- und Simultanprozesse bestimmt werden, aus denen dann Faktoren und Indikatoren unterschiedlicher Qualität isoliert werden können. Der Begriff des Risikofaktors soll dabei weiterhin für physiologische und psychische Merkmale der Person verwandt werden, so wie er vorherrschend schon benutzt wird und soweit er auch prozessuales Geschehen beschreiben kann. Als (potentiellen) Schädigungsfaktor wollen wir alle von außen durch die Gesellschaft oder die Natur auf den Einzelnen einwirkenden Einflüsse bezeichnen, die pathogene Folgen durch die Zunahme von Risikofaktoren oder in der direkten Einwirkung auf die Gesundheit (Unfälle usw.) zeitigen können.

Zwischen Schädigungsfaktor und Risikofaktor auf der einen Seite und Krankheit auf der anderen sollten in einem modifizierten Modell Bewältigungsprozesse von pathogenen Faktoren berücksichtigt werden. Darunter sind sowohl Handlungen nach außen als auch Reaktionen im intrapersonalen System zu verstehen. Der Mensch muß dabei nicht nur als Träger von Risiken bzw. als Objekt von Manipulationen gesehen werden, sondern auch im Zusammenhang seines gesellschaftlichen Handelns.



5.2. Unterscheidung von Phasen und Operationalisierung von Begriffen

Die fehlende Charakterisierung phasenhafter Abläufe nach Einwirkung eines Risikofaktors oder die fehlende Beschreibung typischer pathogener Abläufe kann zu unzulässigen Vereinfachungen der Darstellung und zur Gefahr der Fehlschlüsse führen (vgl. S. 17ff.). Die Vermittlungsprozesse zwischen Schädigungsfaktoren, Risikofaktoren und Krankheit sind zu analysieren. Diese Analyse kann nicht nur von manifesten Daten ausgehen, sondern sollte versuchen, hypothetische latente Variablen präzise zu operationalisieren (vgl. Übersicht 6). Gehen wir nämlich davon aus, Phänomene — Symptome oder Risiken — Zeichen und damit operationale Definitionsmöglichkeiten eines latenten Begriffes darstellen (Übersicht 6). So könnte die Aussage, daß die relative Sterblichkeit bei Herzinfarkt mit der Anzahl der Risikofaktoren von eins auf drei steigt (The Pooling Project Research Group, 1978; Schaefer, Blohmke 1978, S. 179), auch so interpretiert werden, daß zwei Indikatoren (Cholesterinspiegel und Blutdruck) eine bessere operationale Definition des Begriffes „Stressreaktion“ darstellen als nur einer.³⁰ Ferner böte auf der Verhaltensebene der Zigarettenkonsum eine weitere und zusammen mit den anderen Indikatoren eine umfassendere operationale Definition der Stressreaktion.

5.3. Berücksichtigung von gesellschaftlichen Prozessen

Mehr noch als im Stresskonzept zeigte sich beim Risikofaktorenkonzept, daß gesellschaftliche Prozesse aus dem System der Analysen und Erklärungen ausgeschlossen wurden. Dadurch mitbedingt blieben viele Annahmen des Konzeptes kurzschlüssig und Umsetzungsversuche versagten. Eine Erweiterung um die gesellschaftliche Komponente kann weniger von biomedizinisch orientierten Klinikern erzielt werden, als von sozial engagierten Medizinerinnen.

6. Zusammenfassung

Das Risikofaktorenkonzept fußt auf der plausiblen und sinnvollen Annahme, daß eine Summe von einzelnen spezifischen Faktoren für sie charakteristische Krankheiten bewirken kann. Anhand einer biomedizinischen Theorie ist eine Fülle von mehr oder minder „seriösen“ Risikofaktoren entdeckt worden. Bei diesen Forschungen haben sich methodische Mängel und Fehlschlüsse gezeigt. Theoretisch bleibt das Konzept durch die biomedizinische Beschränkung im Bereich der sozialen und psychischen Faktoren weitgehend oberflächlich und unbestimmt. Ferner ergibt sich aus der fehlenden Unterscheidung von extra- und intrapersonalen Faktoren ein analytisch unbefriedigendes und für praktische Konsequenzen nur bedingt taugliches Modell. Zur Verbesserung der Risikofaktorenforschung werden einzelne Vorschläge genannt.

Anmerkungen

1. Weitere Darstellungen finden sich u.a. bei Kannel 1961, Nichols 1976, Heyden 1974, Boehringer u. Söhne (Hrsg.) 1965.
2. Unter Nichtrauchern (Gruppe I) werden jene zusammengefaßt, die noch nie, früher oder weniger als eine halbe Packung am Tag rauchten. Gruppe II waren Zigarren- oder Pfeifraucher, Gruppe III rauchte durchschnittlich eine halbe Packung, Gruppe IV eine Packung und Gruppe V mehr als eine.
3. Der Autor fährt fort: „Erhöhte Cholesterinwerte im Serum, pathologischer Glucosetoleranztest, gedrungene Konstitution mit unterdurchschnittlicher Körperhöhe, Rauchen, erhöhter Blutdruck und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale sind keine Ursachen des Herzinfarktes, jedoch Risikofaktoren, die einen hohen Vorhersagewert haben.“ (Pflanz 1974, S.79)
4. Unter Risikosituationen werden wiederkehrende Bündel von Risikofaktoren verstanden, die für bestimmte Lebenssituationen eigentümlich sind. (Ähnlich einzuordnen ist der Begriff der prämorbidem Episode.) Der Begriff des Risikodeterminators oder des Risikocharakteristikums stellt einen Oberbegriff für die Gesamtheit aller Risikofaktoren und -indikatoren dar (vgl. Schaefer et al. 1977, S.18). Unter der Risikopersönlichkeit verstehen die Autoren die Risiken, die durch die persönlichen Eigenschaften und die besondere Reagibilität entstehen (ebd., S.19, S.116ff.).
5. So schreiben die Autoren: „Betrachtet man die Hypercholesterinämie (250 mg% und höher), die Hypertonie (160 mg Hg systolisch und/oder 95 mm Hg diastolisch und mehr) und Veränderungen im EKG (Linkshypertrophie, intraventrikulärer Block, unspezifische Veränderungen), so lag die Erkrankungsrate dreimal höher als bei Personen ohne Risikofaktor.“ (Schaefer, Blohmke 1972, S.177)
6. vgl. dazu die Antwort von H. Kesteloot auf die Modifikation des Risikofaktorenkonzeptes. (Kesteloot 1976, S.221f.)
7. Die beiden letztgenannten funktionellen Abhängigkeiten werden nicht explizit erklärt.
8. vgl. auch die Beispiele bei Glatzel 1976, S. 225ff. In ähnlichem Zusammenhang ist die Syntropie, „das überzufällig häufige Zusammentreffen (Koinzidenz) zweier Erkrankungen“ (Gross 1969, S.20) zu sehen.
9. vgl. auch die Beispiele von Susser, S.95ff., S.120f.
10. Obgleich Haberland die Streßreaktion zugunsten einer genetischen Erklärung vernachlässigt, so erscheint seine Auffassung doch für die Epiphänomenologie insofern von Bedeutung, daß der „Risikofaktor“ Katecholamin möglicherweise nur die Folge und nicht die Ursache der essentiellen Hypertonie bildet. (vgl. Haberland 1978)
11. Es ist bisher nicht ausreichend geklärt, welche Konsequenzen diese logischen Bedingungen für die Korrelationsstatistik haben.
12. Zur Hierarchie siehe S.4 und Schaefer, Blohmke 1978, S.182; zum Konzept der Risikofaktoren siehe Schaefer, Blohmke 1972, S.166f.
13. So stellen die proteolytisch gesteuerten Systeme (Aktivatorensystem, Gerinnungssystem, Lysissystem, Kininsystem, Renin-Angiotensin-System untereinander verknüpfte Einheiten dar. (vgl. Haberland 1977, S.269ff.; zur Hypercholesterinämie vgl. Friczewski, Thorbecke 1976, S.204)
14. In der Tagesperiodik werden diese Zeiten als „tempora minorae resistantiae“ bezeichnet, vgl. Rutenfranz, Colloquium, Ghata 1977, S.174,
15. vgl. dazu die Ansätze der Evans County Study (Hames 1971, S.883ff., Cassel 1971, S.887f.) und der Framingham Study (Kannel, Dawber et al. 1961, S.33ff.) sowie die ausgewählten Variablen.
16. „Alle solche Testungen von Methoden, die Verhalten über Beobachtungen

oder Befragungen feststellen und die nicht auf die Messung im naturwissenschaftlichen Sinn zurückgehen, testen also nur die Korrektheit einer Beschreibung ohne jeden kausalen Aspekt. Eine „Wirklichkeit“, die ihrem Begriff entspricht, also Wirkungen hervorruft und damit einen „Faktor“ darstellt, fassen wir in Hinsicht auf kausale Analyse nur insofern, als physiologische Tests eingesetzt werden, welche wirksame Mechanismen bloßlegen.“ (Schaefer et al. 1977, S.52)

17. Alles, „was als durch einen Willen möglich (oder notwendig) vorgestellt wird, heißt praktisch möglich (oder notwendig).“ Je nachdem, „ob der Begriff, der der Kausalität des Willens die Regel gibt, ein Naturbegriff, oder ein Freiheitsbegriff“ ist, handelt es sich um „technisch-praktische“ oder um „moralisch-praktische“ Prinzipien (hervorg. im Original). S.177: Die praktisch-technischen Sätze „gehören zur Kunst, das zustande zu bringen, wovon man will, daß es sein soll, die bei einer vollständigen Theorie jederzeit eine bloße Folgerung und kein für sich bestehender Teil irgendeiner Art von Anweisung ist.“ (Kant, zitiert nach Eckel 1978, S.41)
18. vgl. Anm. 17
19. Auch in der zweiten Auflage des oben zitierten Werkes „Sozialmedizin“ weichen die Autoren vom bisher Gesagten durch die Anerkennung der Psychologie ab: „....., muß sie natürlich von einem Modell ausgehen, das die zu analysierenden Phänomene auf physiologisch (d.h. physikalisch oder chemisch) erklärbare oder auf psychologisch verstehbare Mechanismen zurückführt.“ (Schaefer, Blohmke 1978, S.150)
20. Objektivität des Forschungsinstruments bedeutet, daß das erzielte Ergebnis unabhängig von den Personen ist, welche die Forschung durchführen.
21. vgl. dazu Glatzel 1974, S.616f.; Gross 1969 und Schaefer et al. 1977, S.46. Beim letzteren wird in Teilen eine Revision vollzogen. Es wird auf die begrenzte Verlässlichkeit der Diagnostik hingewiesen; und es werden Messungen im psychosozialen Bereich anerkannt.
22. So schreiben Schaefer und Blohmke (1972, S.117): „Der Beginn einer jeden Epidemiologie setzt also schon das voraus (nämlich eine Vermutung über die Krankheitsursache, die dann auf Richtigkeit geprüft werden soll), was eigentlich am Ende der Epidemiologie herauskommen soll. In dieser Zwickmühle hilft nur eine Art von statistischem Hilfsverfahren, daß man sich nämlich in einer Vorstudie gewisse Daten sammelt oder vorhandene Daten neu so ordnet, daß damit Modelle der Ätiologie der zu untersuchenden Krankheit eronnen werden können, die eine gewisse Chance haben, von der epidemiologischen Untersuchung nicht widerlegt zu werden, und für die sich außerdem eine physiologische oder psychologisch-hermeneutische Erklärung findet.“
23. Aufgenommen wurde diese wissenschaftliche Fragestellung durch den „Coping-Ansatz“, der sich im Rahmen der psychosozialen Stressforschung entwickelt hat. (vgl. Gerhard 1977)
24. Betrachtet wird lediglich, inwieweit die Persönlichkeit selbst wieder als Risikofaktor festgemacht werden kann. (vgl. Schaefer et al. 1977, S.116ff.)
25. Die Kennzeichnung „spezifisch“ ist abhängig vom Bezugspunkt. Im Zusammenhang von Ursache und Wirkung orientiert sich spezifisch an der Ursache; beispielsweise im Bezug auf die Aufgabe unterscheidet Hoyos zwischen spezifischer und unspezifischer Belastung. (vgl. Hoyos 1974, S.56f.)
26. Die Vereinfachung der Spezifitätsannahme ist auch nicht in jedem Fall mit physiologischen Modellen zu vereinbaren, da diese funktionale Systeme im Sinne des „steady-state“ oder der Homöostase vorsehen.
27. „In der Literatur hat sich nun unversehens und auch durchweg wenig kritisch die Übung herausgebildet, wirksame soziale Daten, die also 'Faktoren' dar-

- stellen, samt und sonders (als (Anm. d. Verf.) Stressoren, d.h. als Bedingungen eines psychosozialen 'Streß' zu bezeichnen (...). Der Gebrauch des Begriffes 'Stressor' wird damit reduziert auf einen Faktor, der unerwünschte Wirkungen hervorruft. Irgendeine andere Form von Faktoren als solche, welche mit Streß zusammenhängen und (falls die Nomenklatur kritisch durchgehalten wird) 'Stressoren' sind, gibt es in diesem Zusammenhang nicht. Das heißt aber, daß unser Problem in vollkommener Tautologie von Stressor, Streß, sozialer Auslösung von Risiken und Risiko aufgeht. ... Der Begriff des Streß wird damit zum potentiellen Vorläufer der Krankheit, ist also, in unserer oben wiedergegebenen Nomenklatur, ein Risikofaktor, der mit dem risikoauslösenden sozialen 'Faktor' kausalanalytisch in eins zusammenfällt." (Schaefer, Blohmke et al. 1977, S.52)
28. So müssen wir auch Friczewskis Aussage zurückweisen, daß funktionale oder intentionale Strukturen akausale Beziehungen darstellen. (Friczewski 1979, S.14ff.) Kausalität wird hier unzulässigerweise auf Beziehungslinierität eingengt.
 29. Von Experten werden diese Begrenzungen durchaus gesehen und es wird erwartet, daß die großen pharmazeutischen Werke in der Zukunft auch eigene psychosoziale Forschungsabteilungen eröffnen werden, um dieser Problematik zu begegnen.
 30. Zum Zusammenhang Streß und Cholesterinspiegel vgl. Levi 1976, S.60ff.; Friczewski, Thorbecke 1976, S.204.

Literatur

- Boehringer, C.F. u. Söhne (Hrsg.): Prophylaxe der Koronarerkrankungen (Die Ergebnisse der „Framingham-Studie“), Mannheim 1965
- Borgers, D.: Vorwort zu Crawford, R.: Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens. in: Argumente für eine soziale Medizin VIII, Berlin 1979
- Brown, C.W.: Meaning, Measurement, and Stress of Life Events, in: Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P. (Eds.): Stressful Life Events, Their Nature and Effects, New York, London, Sydney, Toronto 1974
- Carew, T.E., Koschinsky, T., Hayes, S.B. et al.: A Mechanism by Which High-Density Lipoproteins may slow the Atherogenic Process, in: Lancet, 1, 1976, S.1513-1519
- Cassel, J.C.: Summary of Major Findings of the Evans County Cardiovascular Studies, in: Arch. Interna Med., Vol. 128, Dec. 1971, S.887-889
- Castelli, W.P., Doyle, J.T., Gordon, T. et al.: Alcohol and Blood Lipids — The Cooperative Lipoprotein Phenotyping Study, in: Lancet, 2, 1977, S.153
- Christian, R., Hahn, P.: Streß aus der Sicht der psychosomatischen Medizin, in: Therapiewoche, 22, Heft 43, 1972
- Der Spiegel: Suche nach dem Schurken im Drama Herztod. Titelgeschichte, 33. Jg., Nr. 17, 23. April 1979, S.38-55
- Eckel, K.: Das Sozialexperiment — Finales Recht als Bindeglied zwischen Politik und Wissenschaft, in: Zeitschrift für Soziologie, 7, Heft 1, 1978
- Engel, G.L.: Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin, in: Keupp, H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung, München, Wien, Baltimore 1979
- Frankenhaeuser, M., Gardell, B.: Underload and Overload in Working Life: Outline of a Multidisciplinary Approach, in: Journal of Human Stress, Sep. 76, S.35-46

- Friczewski, F.: Betriebliche Primärprävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Überlegungen zu einem geeigneten Forschungsparadigma. Beitrag zum Soziologentag 1979 in Berlin
- Friczewski, F., Thorbecke, R.: Arbeitssituationen und koronare Herzkrankheiten, in: Soziale Medizin VIII, Karlsruhe 1976
- Geissler, B., Thoma, P.: Gesellschaft und Krankheit — Überlegungen zur sozialen Ätiologie von Erkrankungen, in: Volkholz, V. et al. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitssystems, Frankfurt/M. 1974
- Gerhard, U.: Stress and Coping. Unveröff. Manuskript, London, Mai 1977
- Glatzel, H.: Sinn und Unsinn in der Diätetik, VIII. Ischämische Herzkrankheiten (Herzinfarkt), in: Med. Welt 25, H. 14, 1974, S.61ff.
- ders.: Sinn und Unsinn in der Diätetik, X. Ischämische Herzkrankheiten (Prophylaxe), in: Med. Welt 27, H. 7, 1976
- Gross, R.: Medizinische Diagnostik — Grundlagen und Praxis, Berlin 1969
- Grotjahn, A.: Soziale Pathologie, Berlin 1915
- Haberland, G.L.: Esteroproteinasen in der Pathophysiologie des Hochdrucks, in: Med. Welt 28, H. 8, 1977, S.269ff.
- ders.: Gewebshormone der gesunden und kranken Niere, in: Med. Welt 29, H. 47, 1978, S.1844ff.
- Hames, C.G.: Introduction (Evans County Cardiovascular and Cerebrovascular Epidemiologic Study), in: Arch. Internal Med., Vol. 128, Dec. 1971, S.883-886
- Hartmann, G.: Gibt es eine Prophylaxe der Arteriosklerose?, in: Mitscherlich, A. et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln 1972
- Heyden, S.: Risikofaktoren für das Herz, Mannheim 1974
- Hinkle, L.E. jr., Whitney, L.H., Lehmann, E.W. et al.: Occupation, Education and Coronary Heart Disease, in: Science 161, 1968, S.238-246
- Hoyos, C.V.: Arbeitspsychologie, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1974
- Kannel, W.B., Dawber, Th.R., Kagan, A., Revotskie, N., Stokes, J.: Factors of Risk in the Development of Coronary Heart Disease - Six-Year Follow-Up Experience. The Framingham Study, in: Annals of Internal Med., Vol. 55, r. 1, July 1961
- Kaplan, B.H., Cassel, C., Tyroler, H.A. et al.: Occupational Mobility and Coronary Heart Disease, in: Arch. Internal Med., Vol. 128, Dec. 1971, S.938-942
- Karmaus, W.: Das Streßkonzept Medizinsoziologische Überlegungen zu einem Erklärungsmodell der Krankheitsgenese (unveröff. Manusk.), Hamburg 1978
- Kesteloot, H.: Hierarchie der Risikofaktoren, Ansichten eines klinischen Epidemiologen, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft 1, 1976, S.221ff.
- Levi, L.: Streß: Nebenniere und Schilddrüse, in: Eiff, A.W.v. (Hrsg.): Seelische und körperliche Störungen durch Streß, Stuttgart, New York 1976
- Mainz, A., Rausch, W.: Zur Pathogenese und Begutachtung der Epicondylitis humeri, in: Münch. Med. Wschr. 29, 1965, S.1406-1413
- Miller, G.T., Miller, N.E.: Plasma-High-Density-Lipoprotein Concentration and Development of Ischemic Heart Disease, in: Lancet 1, 1975, S.16-19
- Mohler, H.: Die Cholesterin-Neurose. Der Standpunkt des Ernährungswissenschaftlers, Frankfurt/M. 1978
- Nichols, A.B., Ravenscroft, C. et al.: Daily Nutritional Intake and Serum Lipid Levels. The Tecumseh Study, in: Am. J. of Clin. Nutrition 29, Dec. 1976, S.1384-1392
- Niehoff, J.-U.: Risikofaktoren - Risikofaktorentheorie — Risikokzept Teil 1, Teil 2, in: Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 72, H. 2, 1978a, S.84-89, S.145-149
- ders.: Bemerkungen zum gegenwärtigen Risikokzept in der Medizin, in: Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 72, H. 6, 1978b, S.302-305

- Peset, J.L.: Zur Geschichte der medizinischen Kausalität, Manuskript eines Vortrages in Hamburg 1977
- Pflanz, M.: Epidemiologie und Präventivmedizin, in: Volkholz, V. et al. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitssystems, Frankfurt/M. 1974
- Popper, K.R.: Prognose und Prophetie in den Sozialwissenschaften, in: Topitsch, E. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften, Köln 1972
- ders.: Logik der Forschung, Tübingen 1973
- Prinzing, F.: Handbuch der medizinischen Statistik, Jena 1931
- Rutenfranz, J., Colquhoun, W.P., Knauth, P., Ghata, J.N.: Biomedical and Psychosocial Aspects of Shift Work, in: Scand. J. Work Environm. and Health 3, 1977, S.165-182
- Schaefer, H., Blohmke, M.: Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin, Stuttgart 1972
- dies.: Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin, 2. überarb. u. erweiterte Aufl., Stuttgart 1978
- dies. et al.: Herzkrank durch psychosozialen Streß, Heidelberg 1977
- Schaefer, H.: Die Hierarchie der Risikofaktoren, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft 1, 1976, S.141-146
- Schlosser, O.: Einführung in die sozialwissenschaftliche Zusammenhanganalyse, Hamburg 1976
- Selye, H.: Stress, Bewältigung und Lebensgewinn, München 1974
- Sève, L.: Marxismus und die Theorie der Persönlichkeit, Frankfurt/M. 1973
- Siegenthaler, W., Veragut, U., Werning, C.: Blutdruck, in: Siegenthaler, W. (Hrsg.): Klinische Pathophysiologie, Stuttgart 1972
- The Pooling Project Research Group: Relationship of Blood Pressure, Serum Cholesterol, Smoking Habit, Relative Weight and ECG Abnormalities to Incidence of Major Coronary Events: Final Report of the Pooling Project, in: Journal of Chronic Disease, Vol. 31, Oxford, New York, Toronto, Sydney 1978, S.201-306
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Risikofaktoren, Nahrungsfette und degenerative Herz- und Gefäßkrankheiten, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 39, Sept. 1978, S.219ff.

Eberhard Göpel

Gesundheitserziehung oder Didaktik der Medizin?

1. Am Beginn einer neuen Kampagne

„Mehr Gesundheitserziehung“ ist eine der am wenigsten strittigen Forderungen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Vielfältige Initiativen, Veröffentlichungen¹, Vereinsgründungen, Forschungsprogramme, Institutsgründungen² sind Produkte dieses augenfälligen Konsens, der gegenwärtig allen Publizität zusichert, die zu diesem Thema etwas beizutragen in Aussicht stellen. Eine derartige Übereinstimmung, in der es bisher kaum kontroverse Diskussionen gibt, ist gleichermaßen erstaunlich wie erklärungsbedürftig. Der Hinweis auf die Kostenlawine im Gesundheitswesen, die ein Umdenken im Hinblick auf

eine verstärkte Präventivmedizin unabweisbar gemacht habe, ist zu pauschal, um allein ausschlaggebend zu sein.

Vielmehr spricht vieles für die Annahme, daß es unter dem Deckmantel des konsensfähigen Begriffs der „Gesundheitserziehung“ zumindest auch um eine neue ideologische Front im Kampf um das soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit geht.

Wenn die meisten Autoren und Verfechter einer verstärkten Gesundheitserziehung in ihren Vorreden betonen, daß es ihrer Meinung nach eigentlich gar nicht möglich sei, Gesundheit positiv zu definieren, dann darf man mit Spannung erwarten, mit welchen Hilfskonstruktionen sie die Zielbestimmung ihrer Aktivitäten vornehmen, denn in diesen wird der ideologische Hintergrund durchsichtiger. An vielen Stellen gleicht die Argumentation der Diskussion um „politische Bildung“ in den 50er oder der „Sexualerziehung“ in den 60er Jahren, auch wenn bisher die Konzeptualisierung der Gesundheitserziehung noch nicht so weit fortgeschritten ist, daß kontroverse Auseinandersetzungen um Zielvorstellungen politisch ausgetragen wurden.

Der Begriff der Gesundheit ist als ideologischer Leitbegriff deshalb so tragfähig, weil er sich im Rahmen einer säkularen Ethik als höchster Wert überhaupt konstituiert und gleichsam über den übrigen Wertvorstellungen rangiert. Auf diesen Zusammenhang hat z.B. W. Schoene aufmerksam gemacht.³

Die soziale Leitwirkung des Begriffs „Gesundheit“ hat daher ähnliche politische Bedeutung wie diejenige anderer zentraler Wertvorstellungen unserer Gesellschaft, wie z.B. des Begriffs der „Freiheit“ in der politischen Bildung oder der Begriff der „Natürlichkeit“ in der Sexualerziehung.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, daß die Definitionsmacht der Ärzte zwar für den Begriff der Krankheit unstrittig und durch das Sozialversicherungsrecht institutionalisiert ist, sich aber nicht unbestritten auch auf Fragen der Gesundheitserziehung bezieht.

Die Entwicklung in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen zeigt zwei typische Entwicklungslinien: In beiden Bundesländern wurden in letzter Zeit „Institute für Gesundheitserziehung“ gegründet. Während sich diese Gründung in Baden-Württemberg im Rahmen einer geistigen Mobilmachung des Bürgertums vollzieht (Gründungsmitglieder der „Deutschen Gesellschaft für Gesundheitserziehung“, der Trägerorganisation des Instituts, sind neben Ärzten auch Pädagogen, Journalisten, Medizinhistoriker, Apotheker und Pfarrer. (Ziel ist — laut Prof. Schipperges — eine „ökologisch orientierte Medizinische Anthropologie“)⁴, wird in dem sozialliberalen Nordrhein-Westfalen Gesundheits-erziehung als sozial-technologisches Problem der Verhaltenssteuerung behandelt. Als Grundlage für die dortige Institutsgründung dient ein

großspuriges Konzept zur „flächendeckenden (!) Gesundheitserziehung in NRW“.⁵

Das Spektrum der Bemühungen unter dem Etikett „Gesundheitserziehung“ reicht also von kulturpessimistischen Globalanalysen bis zu multimedialen Zahnputzaktionen. Konnte man bisher davon ausgehen, daß der Vertrieb von aufklärenden Glanzpapier-Schriften kaum Nutzen, aber auch kaum Schaden anrichtete, nimmt das Ausmaß konservativer Gesundheitsideologie gepaart mit werbepsychologischer Aufmachung in naher Zukunft möglicherweise Formen an, die eine intensive kritische Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Vorstellungen und Motiven dringend notwendig machen.

2. Wem nützt Gesundheitserziehung?

Eine verwirrende Vielzahl von Aktivitäten⁶ unter dem Etikett „Gesundheitserziehung“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich weiterhin im wesentlichen um eine programmatische Leerformel mit jeweils durchaus unterschiedlichen Inhalten handelt.

Die gegenwärtige Konzeptionslosigkeit beginnt bereits in der begrifflichen Festlegung. Der geläufigste und am meisten verwendete Begriff für eine systematische Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen ist der der „Gesundheitserziehung“, eine Wortbildung, die den Bedeutungsgehalt des englischen „health education“ nur unvollkommen wiedergibt und zudem sprachlich falsch ist.⁷

J.J. Rohde hat eine Begriffsbestimmung der Gesundheitserziehung veröffentlicht, die versucht, diesen Begriff in einen sozialisationstheoretischen Rahmen einzuordnen:

„Gesundheitserziehung soll im Sinne von gesundheitsbezogener Sozialisation die Gesamtheit aller Handlungen heißen, welche im Rahmen sozialer Systeme darauf abzielen oder aber die Konsequenz besitzen: (1) den Wert Gesundheit überhaupt und irgendwie zum bindenden Wert der Orientierung, des Verhaltens und Handelns der am System beteiligten 'Einheiten' (Individuen oder Kollektive) zu machen und/oder die einmal zustande gekommene Bindung an diesen Wert aufrecht zu erhalten und zu stärken; (2) die Einstellungen (Attitüden), Normen, Handlungsanweisungen und 'Techniken' aufzuzeigen, zu vermitteln, verbindlich durchzusetzen und zu kontrollieren, die für die situationsspezifische Verwirklichung des Werts Gesundheit und also bei der Bekämpfung von Krankheit im jeweiligen Systemzusammenhang für förderlich und wirksam erachtet werden.“⁸

Eine ähnlich allgemeine Aufgabenbestimmung der Gesundheitserziehung hat W. Fritsche, ehemaliger Präsident der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, veröffentlicht:

„Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, durch Einsatz von zweckgerichteten zwischenmenschlichen Kommunikationen die Gesundheit von Individuen und Menschengruppen positiv zu beeinflussen und Krankheiten sowie deren Folgen entgegenzuwirken.... Inhaltliches Anliegen der Gesundheitserziehung ist es, den Menschen unserer Zeit in die Lage zu versetzen, sich selbst ein Urteil darüber zu

bilden, was gesund und was ungesund ist, um ihm zu ermöglichen, auf freier Entscheidung ein Leben zu führen, das seine Gesundheit fördert und bewahrt."⁹

Beide Begriffs- und Aufgabenbestimmungen enthalten einen Ansatz zur Operationalisierung und unterscheiden sich deutlich von früheren bildungsidealistischen Proklamationen.¹⁰

In der Praxis offizieller Gesundheitserziehung in der BRD lassen sich verschiedene Strategien unterscheiden, die verfolgt werden, um Menschen zu gesundheitsgemäßem Verhalten zu veranlassen:

1. Gewohnheitsbildung

Dieser Ansatz faßt Gesundheitserziehung im wesentlichen als ein Verhaltenstraining auf. Entsprechend dem behavioristischen Verständnis von Erziehung gleicht das Vorgehen weitgehend einem Dressurakt.¹¹ Geeignete Verhaltensmuster sollen so früh wie möglich konditioniert werden. Die Bedeutung der Familie und der Volksschule für die Einübung von gesundheitsgemäßen Verhaltensweisen wird daher betont. Die Vorbildfunktion des Erziehers und die Notwendigkeit von Leitbildern wird unterstrichen. Auf eine rationale Erklärung wird weitgehend verzichtet. Verhaltenssteuerung wird durch eine schlichte Typisierung (im Sinne von: gut - böse bzw. gesund - krank) oder kurze Leitsätze (etwa im Sinne: Vor dem Essen Hände waschen! u.ä.) und entsprechende Sanktionen angestrebt.

2. Angstappell

Dieser Ansatz geht davon aus, daß Menschen zu prophylaktischem Verhalten dadurch motiviert werden können, daß ihnen mögliche Konsequenzen mangelnder Vorsorge abschreckend bewußt gemacht werden. Durch Darstellung möglicher Krankheits- oder Unfallfolgen sollen verschiedene Ängste ausgenutzt werden, um zu entsprechendem Vorsorgeverhalten aufzufordern. Diese Strategie wird besonders häufig zur Abschreckung gegen Genuß- und Rauschmittelgebrauch (Zigaretten, Alkohol, Drogen) verwendet. Ihre Wirksamkeit ist jedoch umstritten.¹²

3. Verantwortungsbegriff

Dieser Ansatz nimmt auf die Annahme Bezug, daß Gesundheit ein Gut sei, für dessen Erhaltung jeder Mensch verantwortlich sei. Während früher vorwiegend eine Verantwortung vor Gott betont wurde, wird heute im stärkeren Maße eine soziale Verantwortung in den Vordergrund gestellt. In beiden Fällen geht es darum, unter Bezug auf ethische Anforderungen ein den sozialen Konventionen entsprechendes Verhalten zu erreichen, deren Erfüllung gleichzeitig als Inbegriff von und Rechtfertigung für Gesundheit dargestellt wird. Seine Wirksamkeit ist jedoch weitgehend an eine traditionalistische Orientierung der Adressaten und ent-

sprechende soziale Sanktionen gebunden.¹³

4. Werbung

Dieser Ansatz geht davon aus, daß das Gesundheitsmotiv neben einer Reihe anderer konkurrierender Handlungsmotive steht. Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es danach, durch werbepsychologische Aktionen das Gesundheitsmotiv zu stärken. Für eine „Werbepsychologie der Gesundheit“ wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

„1. Gesundheit wird als Wert erlebt, sobald sie mit Erfüllung triebhafter Wünsche assoziiert werden kann. 2. Die Gesundheitserziehung muß, um wirksam zu sein, die anerkannten und bewährten Mittel zur Befriedigung und die Trägheit des Menschen überspielen.“¹⁴

Hieraus wird die Notwendigkeit abgeleitet, gesundheitspositives Verhalten darzustellen und dieses mit anderen sozialen Idealbildern in Zusammenhang zu bringen, um unter Ausnutzung deren Wertschätzung eine positive Verhaltensänderung zu erreichen. Dabei erfolgt jedoch häufig eine Verdinglichung des Gesundheitsbegriffs, durch die „Gesundheit“ als Ware erscheint und einer warenästhetischen Konkurrenz mit anderen Konsumgütern unterworfen wird.¹⁵ Wenn auch mit dem werbepsychologischen Ansatz Wirkungen erzielt werden, so bleibt fraglich, ob die „Neben“-Wirkungen einer derartigen Gesundheitspropaganda erwünscht sein können.¹⁶

Über die Wirksamkeit gesundheitserzieherischer Maßnahmen bestehen kaum empirisch gesicherte Vorstellungen. Dies erscheint um so erstaunlicher, wenn man die großen Mengen an Schriften, Filmen und Büchern betrachtet, die sich mit Gesundheitserziehung befassen und mit der Hoffnung auf Massenwirkung verteilt werden. Erst in den letzten Jahren sind im verstärkten Maße auch Kontrolluntersuchungen über die verhaltensbeeinflussende Wirkung von Gesundheitsaufklärungsaktionen durchgeführt worden. Nur wenige haben das Ergebnis einer Schweizer Untersuchung stützen können, die nach einer 3-jährigen Kontrolluntersuchung über den Erfolg konzentrierter gesundheitserzieherischer Beeinflussung zu dem Schluß kam, „daß durch ein langfristiges Gesundheitsbildungsprogramm, das Vermittlung von Gesundheitswissen und Erziehung zu hygienischen Verhalten beinhaltet, der Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten meßbar positiv beeinflußt werden können.“¹⁷

Eine Reihe anderer Untersuchungen über die Wirksamkeit von Aufklärungsaktionen konnte dagegen keinen oder nur sehr geringen Einfluß in Bezug auf längerfristige Verhaltensänderungen feststellen.¹⁸ Diese ernüchternden Resultate haben international zu einer verstärkten Grundlagenforschung und Methodendiskussion geführt. Die wichtigsten Kritikpunkte gegenüber der gegenwärtig vorherrschenden Praxis gesundheitlicher Aufklärung hat J. Siegrist in den folgenden Thesen zusammengefaßt:

„1. Gesundheitliche Aufklärung geht von einem Modell rationaler Informationsverarbeitung aus, in welchem unterstellt wird, daß die Darstellung bestimmter Gefahren und Schädlichkeiten der Lebensweise zu unmittelbaren Verhaltenskorrekturen führt. Verhaltensdispositionen, die langfristig, über Sozialisationstechniken, erlernt und im vorbewußten Bereich verankert sind, werden durch rationale Informationsverarbeitung nicht wesentlich berührt. Dasselbe gilt für affektiv bestimmte Verhaltensweisen.

2. Die das 'defizitäre' Krankheitsverhalten bestimmenden Sozialisationspraktiken der Grundsicht stellen Techniken der Situationsbewältigung auf dem Hintergrund von Erscheinungen der sozialen Lage wie schwerer körperlicher Arbeit, ökonomischer Unsicherheit, ungünstiger Wohnbedingungen usw. dar. Der Versuch, diese Praktiken zu beeinflussen, ohne gleichzeitig das sie stets verstärkende soziale Substrat zu berücksichtigen, dürfte daher wenig erfolgversprechend sein.

3. Die herkömmliche Gesundheitserziehung hat die gesellschaftliche Verankerung gesundheits- und krankheitsbezogener Verhaltensweisen zu wenig berücksichtigt. Sie hat dort einer individuellen Verantwortungsethik das Wort geredet, wo es um die Analyse kollektiver Zustände gegangen wäre. Mit dieser individuellen Verantwortungsethik hat sie die benachteiligten Gruppen überfordert; an Stelle von Aktivierung ist daher oft der gegenteilige Effekt einer passiv-resignativen Haltung gegenüber Gesundheit und Krankheit erzeugt worden.

4. Gesundheitliche Aufklärung vollzieht sich in einem quasi-akademischen, mittelschichtspezifischen Sprach- und Argumentationsrahmen. Zwischen Form und Inhalt sprachlicher Äußerungen der professionellen Mitglieder (Ärzte) einerseits und der Erfahrungs- und Vorstellungsweise der Zielgruppen, insbesondere der Mitglieder unterer Schichten, andererseits, besteht eine Kluft. Durch sie wird die Lernbereitschaft entscheidend beschnitten.“¹⁸

Die Kritikpunkte machen deutlich, daß die gegenwärtige Gesundheitserziehung in der BRD kaum in der Lage ist, der Mehrheit der Bevölkerung eine gesundheitliche Orientierung zu vermitteln, die diese befähigt, gesundheitswidrige Normen, Aktionen und Verhaltensweisen zu erkennen und sich aktiv um eine Änderung bedingender Faktoren zu bemühen.

3. Die soziale Bedeutung des Gesundheitsmotivs

Seinem sozialen Bedeutungsgehalt nach zielt der Begriff „Gesundheit“ auf eine rationale Bestimmung des individuellen Existenzoptimums und aus diesem Tatbestand erklärt sich seine allgemeine gesellschaftliche Wertschätzung, die ihn in der individuellen Einschätzung über alle übrigen gesellschaftlichen Werte hebt. Unter soziologischen Gesichtspunkten hat W. Schoene versucht, diese Hervorhebung des Gesundheitsideals als Ausdruck einer säkularisierten Ethik im Zusammenhang mit der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zu charakterisieren:

„Erst als das menschliche Leben — primär als physische Existenz begriffen — in immer größerem Umfang in den Bereich des wissenschaftlich Erkennbaren einbezogen wurde, erst als es gelang, das Optimum dieser physischen Existenz — die Gesundheit — in immer größerem Umfang in den Bereich des rational 'Machbaren' einzubeziehen —: erst da bot sich ein Maßstab, auf den potentiell alle ande-

ren Werte bezogen und hinsichtlich ihrer Leistung gemessen werden konnten.

Die schon genannten Eigenschaften der Gesundheit — die rationale Einsehbarkeit und die empirische Verifizierbarkeit — erlaubten es der leistungsorientierten Gesellschaft, die einhellige Zustimmung zu diesem Ideal als 'Vorgegebenheit' zu setzen und damit die Gesundheit als Höchstwert vorauszusetzen... Diese abstrakteste Ethik, die allein die Bewahrung des Lebens als die Voraussetzung aller anderen Möglichkeiten fordert, findet ihre Konkretion im Gesundheitsideal. Zumindest ist das Gesundheitsideal diejenige Konkretion, die der Leistungsorientierung der modernen Gesellschaft am genauesten entspricht. Denn was hier dem Menschen an konkreten Verhaltensanleitungen angeboten wird, ist — oder gilt als — rational gewonnen; es ist im Bereich der gefährdeten Gesundheit ermittelt worden — d.h. dort, wo alle nicht rational abgeleiteten und geprüften Werte ohnehin zurückzutreten haben; es entspringt (zumindest voraussetzungsgemäß) jener Haltung der Vorurteilslosigkeit, die die Phänomene allein auf ihre Leistung und daher auch menschliches Verhalten auf seinen meßbaren Effekt befragt — und die beides in Beziehung setzt zu dem abstrakten und universell anerkannten Wert der Erhaltung des menschlichen Lebens.

Soweit die Verhaltensanleitungen, die unter dem Namen des 'Gesunden' erscheinen und die Gesundheits-'Maximierung' zusichern, eine vorgegebene — oder auf Vorgegebenheiten gestützte — Ethik ersetzen oder doch ergänzen, übernehmen sie die sozial-regulative Funktion, die der Ethik im herkömmlichen Sinn innewohnt. Sie erweisen sich der tradierten Ethik jedoch darin als überlegen, daß sie über dem modernen Normenpluralismus stehen, daß sie ihre Respektierung schon und nur im Diesseits zu belohnen versprechen und daß ihnen das Odium des 'Moralischen um der Moral willen' fehlt (das dem Triebverzicht ohne 'vernünftigen' Grund, d.h. ohne allgemein als wünschbar anerkannte 'Gegenleistung' gemeinhin anhaftet). Sie fordern nicht, ohne zugleich ihr empirisches Begründetsein zu behaupten; sie setzen nicht einen Maßstab, nach dem der Effekt — oder gar die Intention — menschlichen Verhaltens beurteilt werden soll, sondern ihr Maßstab ist am Effekt menschlichen Verhaltens gewonnen und sagt den Effekt künftigen Verhaltens voraus... Orientiert am Automatismus der Naturgesetzlichkeit, haben Verhaltensnormen, die der Gesundheit dienen sollen, primär nur konstatierenden Charakter. Das fordernde Element, das eigentlich Normative also, wird nicht von einer überindividuellen Willensinstanz abgeleitet, sondern es wird vom Einzelnen, der sich an den Gesundheitsnormen orientiert, stets von neuem selbst aufgebracht."¹⁹

In einer historischen Betrachtung der bisherigen Verwendung des Gesundheitsmotivs in pädagogisch-propagandistischer Absicht in Deutschland²⁰ lassen sich die folgenden Erkenntnisse gewinnen: Das Gesundheitsmotiv, als der Versuch, die individuellen Lebenschancen durch bewußtes Handeln zu verbessern, kann bei kollektiver Verbreitung eine unmittelbare politische Wirkung entfalten.²¹ Gesundheit als eine aus ihrer Negation (Krankheit, Tod) empirisch bestimmbare Größe kann in Auseinandersetzung mit ökonomischen Interessen zu einem politischen Leitbegriff aller derjenigen werden, die aufgrund ihrer Stellung im gesellschaftlichen System um die Realisierung ihrer historisch möglichen Lebenschancen betrogen werden. Eine derartige Qualität hat z.B. die bürgerliche Aufklärungsbewegung im 18. Jh., die sozialistische Gesundheitsbewegung zu Beginn dieses Jahrhunderts gehabt und hat zum Teil die gegenwärtige Ökologie-Bewegung.

Andererseits ist das Gesundheitsmotiv als konkrete Utopie in besonders hohem Maße für manipulativen Mißbrauch anfällig, da es für den Einzelnen in seiner Angemessenheit nur durch das Nicht-Eintreten denkbarer schlechterer Verläufe empirisch nachvollziehbar ist. Durch Manipulation spezifischer Ängste und Verfälschung der Risikowahrscheinlichkeit kann die soziale Handlungsbereitschaft in erheblichem Maße beeinflusst werden. Dies kann sowohl im Sinne einer bewußten Dramatisierung (vgl. die medizinische Begründung des Onanieverbots im 19. Jh.) oder bewußten Entdramatisierung geschehen (vgl. die moderne Zigarettenwerbung, aber auch Stellungnahmen zu Arbeitsplatzrisiken, radioaktiven Strahlungsrisiken etc.).

Die Idee einer „gesundheitlichen Aufklärung“ hat in Deutschland seit etwa 200 Jahren Tradition.²² Während sie jedoch zur Zeit der Aufklärung Ausdruck bürgerlichen Emanzipationsstrebens war, bei dem durch eine unmittelbare Popularisierung medizinischen Wissens der Vernunft im gesellschaftlichen Bereich zum Durchbruch verholfen werden sollte, ist sie in der jüngeren Geschichte zunehmend in den Dienst staatlicher Steuerungs- und privatwirtschaftlicher Verwertungsinteressen geraten und hat zur Zeit des Faschismus eine unmittelbare staatliche Manipulationsfunktion gehabt. Die Forderung der Aufklärungszeit nach einer „öffentlichen Medizin“ im Sinne einer unmittelbaren gesellschaftlichen Umsetzung des medizinischen Erkenntnisfortschritts ist dabei zunehmend der Vorstellung von einer eigenständigen Vermittlungsinstanz zwischen medizinischem Expertenwissen und erzieherisch zu traktierendem Laienverhalten gewichen.

Da sich die Inhalte einer derartigen „Gesundheitserziehung“ nicht mehr auf den aktuellen medizinischen Kenntnisstand bezogen, sondern sich zu einem eigenständigen pädagogisch aufgepöppelten Normenkatalog verselbständigten, wurde die „therapeutische Entmündigung“ durch die kurative Medizin schließlich durch eine „pädagogische Entmündigung“ durch die Schar der „Gesundheitserzieher“ ergänzt. Der vielfach festgestellte Widerspruch zwischen der hohen sozialen Wertschätzung des Gesundheitsmotivs und der relativ geringen praktischen Handlungsrelevanz ist zumindest zum Teil auch als Folge eines Widerstands gegen derartige pädagogisch-propagandistische Beeinflussungsversuche zu werten.

4. Gesundheit als Wissenschaftsproblem der Medizin

Galt Gesundheit zur Aufklärungszeit und zu Beginn der bürgerlichen Gesellschaft als eine Art biologische Mitgift des Menschen und als Ausdruck intakter Natur, die es vor falschem Gebrauch und vorzeitiger Zerstörung zu bewahren galt, so wurden mit der Entfaltung der Produktiv-

kräfte unter den Bedingungen arbeitsteiliger Produktion zunehmend auch die elementaren Voraussetzungen menschlichen Lebens zu gesellschaftlich produzierten und beeinflussten Lebensbedingungen.

Gesundheit kann daher nicht länger als ein Problem individueller Eigenverantwortlichkeit betrachtet werden.²³ Die Realisierung gesunder Lebensmöglichkeiten ist unter den gegenwärtigen Bedingungen der individuellen Einflußmöglichkeit und Entscheidungsfreiheit weitgehend entzogen und zu einem politischen Problem geworden. Gesundheit kann nicht mehr als ursprünglicher Zustand erscheinen, den es lediglich zu verteidigen gilt, sondern nur noch als Ausdruck eines permanenten Prozesses, durch den ein Lebensoptimum realisiert werden soll.²⁴ Die Medizin hat in ihrer Wissenschaftsstruktur und Praxis diesen Wandel nicht mitvollzogen. Das Paradigma „Krankheit heilen“ hat zwar inzwischen zu einer Perfektionierung der Möglichkeiten geführt, ein Existenzminimum zu sichern, versagt jedoch vor der Anforderung, Richtlinien für die politische Verwirklichung eines historisch möglichen Existenzoptimums zu geben. — Ein Paradigmawechsel der Medizin zugunsten der Zielsetzung „Gesundheit ermöglichen“ hätte notwendig weitreichende Konsequenzen für die gesamte Medizin:

„Verlagern wir die Kriterien von Gesundheit heraus aus den nur sozialhistorisch noch zu verstehenden Zufälligkeiten des Arzt-Patientenverhältnisses in den wissenschaftlichen Erkenntnisprozeß, der die Bedingungen der Selbsterhaltung individuellen Lebens erforscht, dann geraten wir konsequenterweise auf den Weg einer aktiven Gesundheitspolitik.“²⁵

Ein derartiger Weg wurde bereits vor 125 Jahren von A. Virchow und S. Neumann propagiert und vor 60 Jahren von A. Grotjahn in Form der Sozialhygiene theoretisch entwickelt.

Aus einem derartigen Bezugswechsel medizinischer Forschung und Tätigkeit ergeben sich vor allem zwei wesentliche Konsequenzen für das Wissenschaftsverständnis der Medizin:

1. Die medizinische Forschung muß an den gesellschaftlichen Problemen gesundheitsfördernder Lebensbedingungen orientiert werden. Die sozialen Bedingungen und Auswirkungen individueller Lebenspraxis sind zu untersuchen und zu veröffentlichen, denn

„das Verhältnis zum eigenen Leib, die Erfahrungen mit der Bindung menschlicher Existenz an biologische Grundlagen, die Vorstellungen über die Beziehungen, die zwischen Handeln (Essen, Trinken, Schlafen, Sichbewegen, erotisch und sexuell Interagieren, Arbeiten, Sichern der personalen und sozialen Identität) und Gesundheit bestehen, also gerade der Bereich menschlicher Existenz, den Sozialmedizin und Gesundheitspolitik zu beeinflussen streben, ist in den entwickelten Industriegesellschaften in hohem Grade individualisiert, privatisiert, ja wissenschaftlich terra incognita.“

Die sozialgeschichtliche Fixierung der Produktivkräfte (industrielle marktvermittelte Arbeitsteilung, wissenschaftliche Medizin) hat diesen Bereich außer Sichtweite gestellt.

Soziale Ungleichheit als Gliederungsprinzip der Vergesellschaftung, die auf ungleiche Einkommenschancen, Hierarchisierung der Bildungsverteilung und unterschiedliche Zuschreibung von Prestige zu arbeitsteiligen Positionen für ihre Zwecke nicht verzichten will, und Privatisierung der menschlichen Grunderfahrung der Leibgebundenheit müssen von der Sozialmedizin und von der Gesundheitspolitik überspielt, in ihren Auswirkungen auf die Volksgesundheit außer Kraft gesetzt werden.²⁶

2. Um die „Privatisierung der leiblichen Erfahrung“ aufzuheben und kollektive Lernprozesse einzuleiten und zu fördern, muß die „didaktische Dimension der Medizin“ (W. Schulenberg) entwickelt und verstärkt werden.

„Die gegenwärtig praktizierte Gesundheitserziehung fußt nicht auf einer Didaktik der Medizin, weil es diese noch nicht gibt. Es ist vielmehr dringend nötig, endlich zu einer entfalteten Didaktik der Medizin zu kommen, beziehungsweise das, was sich heute noch gelegentlich Didaktik der Gesundheitserziehung nennt, durch eine genuine Didaktik der Medizin zu ersetzen. Das Ziel ist die medizinische Grundbildung als Teil einer humanen Allgemeinbildung ...²⁷ Die didaktische Dimension der Medizin fordert vom professionellen Mediziner, daß er die Gewinnung neuer Erkenntnisse, ihre Artikulation und erst recht ihre Anwendung unter der Perspektive einer Transformation dieses Fachwissens in allgemeine Bildung betreibt ... Die didaktische Dimension muß der Medizin nicht als etwas Neues hinzugefügt werden, sondern sie ist ihr von jeher immanent als die originäre Qualität aller medizinischen Einsichten, in Bildung umsetzbar zu sein. Diese Qualität ist jahrhundertlang unbewußt mißachtet oder bewußt gelehnt worden. Ihre Erforschung und Darstellung ist eine vorrangige wissenschaftliche Aufgabe der Disziplin selbst. Die Medizin mag einst aus der Verleugnung ihrer didaktischen Dimension Gewinn gezogen haben, heute erwachsen ihr daraus Zweifel an ihrer wissenschaftlichen Dignität.“²⁸

Es handelt sich durchaus nicht mehr um ein Problem zwischen dem Ärztestand und medizinischen Laien, sondern die Front verläuft längst innerhalb der Medizin. In der Folge der medizinischen Wissensexplosion und der Monopolisierung medizinischer Forschung durch theoretische Institute und Universitätskliniken sind nunmehr die niedergelassenen Ärzte selbst von einer „pädagogischen Entmündigung“ durch Pharmareferenten und Universitätsdozenten bedroht, die sich anschicken, den in unüberschaubaren Details naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse resignierenden Ärzten die Maßstäbe der heutigen Medizin zu vermitteln.

Unter diesem Gesichtspunkt verdient der verzweifelte Versuch der Allgemeinmediziner besondere Beachtung, einen eigenständigen Wissenschaftsansatz für die Allgemeinmedizin gegenüber den etablierten klinischen Disziplinen zu entwickeln. Mögen diese Anstrengungen, wie etwa der Kampf um Forschungs- und Lehrkapazität an den Medizinischen Fakultäten, zunächst auch wesentlich durch innerständische Konkurrenz provoziert sein, so sind in den letzten Jahren doch unter dem verschärften Legitimationsdruck eine Reihe wissenschaftstheoretischer Arbeiten veröf-

fentlich worden, die für eine zu entwickelnde Didaktik der Medizin von grundlegender Bedeutung sein können.²⁹

Anmerkungen

1. Vgl. Grundsatzartikel G. Jungmann: „Motivierung zur Gesundheit“ in: Deutsches Ärzteblatt, 73. (H.5) (1975) S. 279-282. H. Schnocks: „Gesundheitserziehung — eine gesellschaftliche Aufgabe“ in: Prävention 1. (1978) S. 3-5. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung Vol. XX (1977) S.104-111. — M. Franke, H. Schnocks: „Neue Grundrichtungen der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland“, F. Hartmann: „Gesundheitserziehung — eine neue Dimension der Medizin?“ in: Deutsches Ärzteblatt 75. (1979) S.81-89.
2. siehe u.a. „Deutsche Gesellschaft für Gesundheitserziehung und Institut für Gesundheitserziehung gegründet“ in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg, 32. (H.2) (1977) S.82. — K. Klein, V. Lehmann: „Ein Konzept zur flächen-deckenden Gesundheitserziehung in NRW“ in: Der praktische Arzt 6. (1978) S.2280-2298.
3. W. Schoene: „Zur sozialen Funktion und zur soziologischen Problematik des Gesundheitsideals“ in: Soziale Welt, 14. (1964) S.109-126.
4. Ärzteblatt für Baden-Württemberg, 32. (1977) S.82.
5. a.a.O. S.92.
6. Allein die „Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung in Bad Godesberg gibt mehr als 150 Verbände als Mitglieder an. Es ist absehbar, daß sich die Forderungen nach mehr „Gesundheitserziehung“ als Antwort auf die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen weiter verstärken werden. Schon wurde eine „Enquete zur Lage der Gesundheitserziehung“ gefordert. Durch diese Ablenkung auf den Erziehungsaspekt droht das zentrale Problem verdeckt zu werden: Das obsoletere Paradigma der gegenwärtigen Medizin. Für die Entwicklung eines primärmedizinischen Versorgungskonzeptes für die BRD und eine emanzipatorische Gesundheitsbildung ist es von entscheidender Bedeutung, daß diesen pädagogischen Bevormundungen versucht wird, Einhalt zu gebieten. Parolen wie „Das Lustprinzip umkoppeln“ (s.Anm. 30,31) oder „Ohne Pflicht (Ethos) zur Gesundheit keine Wende!“ (Anm. 32) lassen jedenfalls Schlimmes ahnen.
7. M. Pflanz: „Soziologische und sozialpsychologische Aspekte der Gesundheitspolitik-Soziologie und gesundheitliche Volksberatung“ in: Archiv für Verwaltungssoziologie des Innenministeriums Baden-Württemberg, 4. (1967) S.5.
8. J.J. Rohde: „Gesundheitserziehung im sozialen System“ in: „Praktischer Arzt und Sozialmedizin“, Heft 19 der Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Stuttgart 1968, S.72.
9. W. Fritsche: „Anliegen der Gesundheitserziehung“ in: Physikalische Medizin und Rehabilitation, 7. (1966), S.240.
10. E. Parow-Souchon: „Methoden und Medien der Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten“ in: „Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten“, hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, Bad. Godesberg 1970, S.49.
11. E. Otto: „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge in sozialen Brennpunkten aus sozial-psychologischer Sicht“ in: „Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten“, a.a.O., S.46.
12. vgl. H. Leventhal: „Foor communications in the acceptance of preventive health practice“ in: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 41. (1955) S.1144-1168.

13. K.P. Wallraven, E. Dietrich: „Politische Pädagogik. Aus dem Vokabular der Anpassung“, München 1970, S.94/95.
14. W. Klaff: „Kann man Gesundheit verkaufen? Werbepsychologie im Dienst der Gesundheitserziehung“ in: Therapie der Gegenwart, 111. (1972), S.941. Vgl. auch K. Grothey: „Werbepsychologische Grundsätze und ihre Anwendung auf die gesundheitliche Volkserziehung unter Berücksichtigung von Gesundheitsausstellungen und neuzeitlichen Methoden gesundheitlicher Volksbelehrung insbesondere bei den Jugendlichen“, Med.Diss. Düsseldorf 1964.
15. vgl. D. Duhm: „Warenstruktur und zerstörte Zwischenmenschlichkeit“, Köln 1973, S.82f. — W.F. Haug: „Zur Ästhetik von Manipulation“ in „Warenästhetik, Sexualität und Herrschaft“, Gesammelte Aufsätze, Frankfurt 1972, S.31-45.
16. W. Fritsche: „Gesundheitliche Aufklärung als Impuls für den Weg zum Arzt“ in: „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge“, hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, Bad Godesberg 1971, S.48.
17. K.J. Biener: „Effektivität der Gesundheitserziehung“ in: „Handbuch Gesundheitserziehung von A - Z“, a.a.O.
18. „Intention and effect have too often been confused, and the success of a programme has been measured by the enthusiasm with which it was planned and executed.“ Vgl. A. Cartwright und F.M. Martin: „Efficacy of an anti-smoking campaign“ in: The Lancet, 273./279. (1960), S.327-329. — M. Schär: „Gesundheitserziehung als Prävention. Wie wirkt Belehrung über Risikofaktoren?“ in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 111. (1969) S.1402-1405. — J. Siegrist: „Lehrbuch der Medizinischen Soziologie“, München 1974, S.99.
19. W. Schoene: „Zur sozialen Funktion und zur soziologischen Problematik des Gesundheitsideals“ in: Soziale Welt, 14.(1964) S.117 und S.119.
20. Zur historischen Entwicklung vgl.: E. Göpel: Gesundheit als Verhaltensnorm. Medizinsoziologische Untersuchungen sozioökonomischer, professioneller und pädagogisch-propagandistischer Beeinflussung des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Med.Diss. Göttingen 1974.
21. Vgl. M. Franke, H. Schnocks: „Neue Grundrichtungen der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland“, a.a.O., S.111.
22. H. Schipperges: „Gesundheit und Geschichte des Gesundheitswesens“ in: Ärzteblatt Baden-Württemberg 32. (1977) S.82-94. — G. Schwarz: „Geschichte des Gesundheitsunterrichtes und der Gesundheitserziehung in den Schulen“ in: Deutsches Ärzteblatt 74. (1977), S.698-700. — F. Hartmann: „Gesundheitserziehung — eine neue Dimension der Medizin?“ a.a.O. — D. Tutzke: Die historische Bedeutung der hygienischen Aufklärung zu Ausgang des 18. Jahrhunderts. Zschr. ärztl. Fortbild., 1955, 10, 233-235.
23. Vgl. Ch.v. Ferber: „Gesellschaftliche Grundlagen der Volksgesundheit“ in: Arbeit und Leistung, 25. (1971) S.7.
24. Ch.v. Ferber: „Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?“ in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1. (1971) S.104-119 (hier: S.108).
25. Ch.v. Ferber: „Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?“ a.a.O., S.113.
26. Ch.v. Ferber: „Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?“ a.a.O., S. 88.
27. W. Schulenberg: „Zur didaktischen Dimension der Medizin“ in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 8. (1973), S.226.
28. W. Schulenberg: „Zur didaktischen Dimension ...“ a.a.O. und S.228.

29. Vgl. etwa die Aufsätze von J.K. Gärtner: „Die Stellung der Allgemeinmedizin im Gesamtsystem der medizinischen Wissenschaften“ in: *Der praktische Arzt*, 5. (1977) S.816-819 und: „Systemtheorie und Allgemeinmedizin“ in: *Der praktische Arzt*, 5. (1977) S.2761-2768; außerdem: K.J. Dreiholz: „Die Weiterbildung und die Identität des Allgemeinarztes“ in: *Der praktische Arzt*, 7. (1979), S.980-984. — M. Pindung u.a.: „Beziehung zwischen Sozialmedizin und Allgemeinmedizin“ in: *Der praktische Arzt*, 6. (1978), S.3476-3486 — C. Vagn-Hansen: „Health and the Medical Profession“ in: *Der praktische Arzt*, 7. (1979), S.1266-1269.
30. *Deutsches Ärzteblatt*, 75. (1978), S.2954 und H. Schipperges: „Zur Lage der Gesundheitserziehung“ in: *Deutsches Ärzteblatt*, 76. (1979) S.238-242.
31. *Deutsches Ärzteblatt*, 75. (1978) S.1732.
32. H. Schipperges in: „Funkkolleg Umwelt und Gesundheit“, Studienbegleitbrief 8, Weinheim 1979, S.33.

Klaus-Dieter Thomann

Funkkolleg „Umwelt und Gesundheit“

Organisation und Zielsetzung

Nachdem in den vergangenen Jahren eine größere Anzahl von Funkkollegs zu den verschiedensten Themen von den Rundfunkanstalten ausgestrahlt wurden (Biologie, Sozialer Wandel, Beratung in der Erziehung, usw.), stand diesmal das Verhältnis von Umwelt und Gesundheit zur Diskussion. Inhaltlich federführend für das wissenschaftliche Team waren Hans Schaefer, ehemaliger geschäftsführender Direktor des Institutes für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg, und Maria Blohmke, Direktorin der Abteilung für Sozialmedizinische Epidemiologie und Arbeitsphysiologie an der Universität Heidelberg.

Das Ziel hatten die Autoren und Veranstalter hoch angesetzt; in dem Werbeprospekt formulierten sie:

„Umwelt und Gesundheit‘ bilden ein System der Wechselwirkungen, das uns alle, unser aller Leben entscheidend beeinflusst. Dieses darzulegen und zu begründen heißt, die Aspekte der Medizin in ihren gesellschaftlichen Zusammenhängen, also eine soziale Medizin darzustellen. Das ist die Aufgabe dieses Funkkollegs, im Interesse seiner Teilnehmer und ihres Gesundheitsverhaltens. ... Als Teilnehmer an diesem Studienangebot werden Sie hier also keine ‘Hauspostille‘ für den Gebrauch in kranken Tagen finden. Angeboten wird Ihnen eine allgemeine Theorie — und ihre konkreten Belege — für die Entstehung der Krankheiten. Das Kolleg handelt aber auch davon, was Sie als einzelner Bürger tun können, um gesund zu bleiben ...“

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde das Kolleg in neun Einheiten gegliedert¹:

1. Aspekte einer sozialen Medizin (Einführung)
2. Sozialphysiologie und Psychiatrie
3. Bevölkerungslehre und Gesundheitsstatistik
4. Epidemiologie
5. Gesellschaftliche Problematik der Medizin (Probleme der Tradition, Patient, Arzt, Allgemeinpraxis, Krankenhaus, Probleme der Bewertungen)
6. Gesundheitsgestaltung
7. Prävention und Rehabilitation
8. Soziale Sicherung
9. Perspektiven der sozialen Medizin

Die theoretische Konzeption

Als Voraussetzung für eine soziale Medizin oder soziale Hygiene kann die Tatsache gelten, daß kein Mensch isoliert und alleine lebt, daß der ganze Lebensprozeß in einem Austausch des Individuums mit der umgebenden Gesellschaft besteht. Wohlbefinden, Gesundheit oder Krankheit sind immer — in mehr oder weniger starkem Maße — von dieser Beziehung geprägt.

Schaefer bestätigt diese Aussage, er stellt fest, daß die moderne Medizin auch gelehrt habe, für die chronischen Krankheiten gesellschaftliche Ursachen zu suchen. Weiter heißt es in der Einführungssendung:

„Diese Krankheitsursachen liegen freilich, was ihren allerersten Ursprung anlangt, in gesellschaftlichen Zuständen, auf die das Individuum reagiert. Diese Reaktion ist zu einem nicht geringen Teil zwanghaft, denn *wir können die Welt um uns herum nicht ändern*, auch wenn wir uns ständig über sie aufregen müssen. *Ändern können wir aber unser Verhalten in dieser Umwelt. ... Krankheitsverhütung durch Ausschaltung von Risikofaktoren aber heißt jetzt: das Verhalten der Menschen zu ändern*, sie zu einem anderen Lebensstil zu bringen, ihnen liebge-wordene Lebensgewohnheiten abzugewöhnen, sie zu einem gesundheitsgerechten Leben zu erziehen. Die Lebensführung tritt in der Medizin in den Vordergrund im doppelten Sinn des Wortes: daß wir selbst ein anderes Leben führen müssen und daß der Arzt uns zu diesem Leben hinführt.“ (Manuskript I, S.17-18)²

Mit diesen wenigen Zeilen hat der federführende Autor das ideologische Fundament des Funkkollegs offengelegt. Zwar erkennt Schaefer ausdrücklich an, „daß die Gesellschaft selbst, also die soziale Umwelt der Menschen, den weitaus größten Teil dieser (chronischen) Krankheiten verursacht“ (SSB, O, S.7) und die Einflüsse der physischen Umwelt weit-aus geringer sind (ebenda), eine wissenschaftlich saubere Schlußfolge-rung zieht er daraus jedoch nicht. Wenn er feststellt, daß die Krankheits-ursachen durch die Reaktion des Individuums auf die Umwelt entstehen, so sollte zumindest die Frage beantwortet werden, warum diese Reaktio-nen zwanghaft sind, um welche Zwänge es sich handelt und wer oder welche gesellschaftliche Gruppen einen Einfluß auf diese Zwänge ha-ben. Der Hinweis, daß wir „die Welt um uns herum nicht ändern kön-

nen', ist ohne eine genaue Analyse der Bedingungen, unter denen wir leben, unwissenschaftlich; zudem ist er politisch doktrinär.

Schaefer führt eine Bestandsaufnahme der gesellschaftlichen Ursachen der Krankheitsentstehung durch, er ist jedoch nicht bereit, die gewonnenen Ergebnisse von seiner persönlichen Meinung zu trennen, sondern offeriert beides als wissenschaftlich erhärtete Tatsachen. Der Hörer der Rundfunksendung bekommt somit einen bewußten Agnostizismus als unzweifelhaftes Faktum mitgeliefert.

Obwohl mehrere Studieneinheiten sich mit der Geschichte der Medizin beschäftigen und auch die Herausbildung der sozialen Hygiene tangieren, wird auf eine wesentliche Bedingung der Entwicklung dieser neuen Wissenschaft durch Vertreter wie Alfred Gotjahn (1869-1931) oder Alfons Fischer (1873-1936) nicht eingegangen: Diese Wissenschaftler analysierten die gegebenen Verhältnisse und — getrennt davon — gaben sie ihre Meinung der Öffentlichkeit zur Kenntnis. Obwohl beide bürgerliche Positionen vertraten, ging es ihnen in erster Linie um die Beseitigung der krankheitserzeugenden Lebensbedingungen. Hätte diese Auffassung nicht durchgesetzt werden können, so würde die Senkung der Tbc- oder Säuglingssterblichkeit noch heute auf sich warten lassen. Denn auch damals führte der Einfluß der sozialen Umwelt in den geschwächten Menschen zu einer „zwanghaften Reaktion“, z.B. der Entstehung der Tuberkulose. Von der einseitigen Prämisse Schaefers ausgehend wird das ganze Funkkolleg inhaltlich festgelegt: Statt Beseitigung der gesellschaftlichen Ursachen für Krankheit — Änderung der Lebensweise der Bevölkerung.

Um einer evtl. aufkommenden Kritik an den vertretenen Positionen zuvor zu kommen, wurde als Grundanliegen der wissenschaftlichen Leitung des Kollegs formuliert:

„...die einigermaßen gesicherten Ergebnisse in den Vordergrund der Darstellung zu rücken, sich Spekulationen soweit wie möglich und politischen Beurteilung völlig zu enthalten.“ (SSB O, S.9)

Hielt sich der Leiter des wissenschaftlichen Teams bereits in der Einführungssendung nicht an diesen selbst auferlegten Grundsatz, so trifft das Gleiche auf die Studienbegleitbriefe zu. Im Vorwort zu den Briefen werden wichtige und relevante Fragen angesprochen, seien es Leistungsmängel in medizinischen Einrichtungen, Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens, die Tatsache, daß unser Gesundheitssystem ein „Krankheitssystem“ ist, da es sich mehr mit der Wiederherstellung der Gesundheit im Falle der Krankheit beschäftige, als mit der Erhaltung der Gesundheit selbst usw. Ohne von einer kurzen Einleitung zu viel erwarten zu wollen, steht aber auch hier die subjektivistische und ahistorische Betrachtungsweise im Vordergrund. So wird die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen darauf zurückgeführt, daß „der Sog einer allesbeherrschenden technischen Entwicklung auch die Medizin mit sich gerissen“

habe (SSB O, S.6). Sicher werden Behandlungsmethoden sowie die Diagnostik immer komplizierter, aber wenn die Technik als „allesbeherrschend“ bezeichnet wird, so vergessen die Autoren, daß Menschen deren Einsatz bestimmen, daß Investitionen, Produktions- und Einsatzentscheidungen in einem kapitalistischen Wirtschaftssystem in erster Linie nach Rentabilitätsgesichtspunkten gefällt werden.

Den Kritikern, die sich grundsätzlich mit unserem Gesundheitssystem auseinandersetzen und auch das wirtschaftliche Fundament analysieren, wird bereits in der Einleitung Irrationalismus unterstellt:

„Ideologische Argumente dringen in diese Kritik mit ein; bestimmte Gruppen sprechen beispielsweise von bürgerlicher Medizin (ohne genau zu definieren, was damit gemeint ist. — unterscheidet sich doch die Medizin sozialistischer Staaten hinsichtlich ihrer Praxis nicht wesentlich von der unseren). Die 'Verstaatlichung des Gesundheitswesens' findet sich in westlichen Nationen nur hier und da, mit Vorteilen vielleicht, sicher aber mit erheblichen Nachteilen für den Patienten.“ (SSB O, S.6)

Statt in einer Studieneinheit einen auf Tatsachen beruhenden Vergleich unterschiedlicher Gesundheitssysteme durchzuführen, wird die Diskussion auf die kapitalistische Organisationsform des Gesundheitswesens eingeschränkt.

Damit sind bereits durch die *Einführungsendung und das Vorwort die Grenzen des Funkkollegs* gezogen. Die zwei Kernthesen lassen sich so formulieren:

1. Die soziale Umwelt verursacht den größten Teil der (chronischen) schweren Erkrankungen. Die Gesellschaft ist jedoch nicht änderbar; änderbar und beeinflussbar ist das Verhalten und die Lebensweise der Menschen, nur hier gilt es anzusetzen.

2. Trotz aller Mängel ist das, durch die technische Entwicklung determinierte und kapitalistisch organisierte Gesundheitswesen ohne grundsätzliche Alternative. Kritik, die diese Prämissen in Frage stellt, ist „ideologisch“; grundlegende Änderungen führen nur zu Nachteilen für die Patienten.

Ausgewählte Lektionen

Umwelt und Gesundheit, die Risikofaktoren

In der ersten Lektion wird sowohl auf die Begriffe Krankheit und Gesundheit als auch auf die nähere Bestimmung der Umwelt eingegangen. Die gesundheitsschädlichen Umwelteinflüsse werden (in Tabelle 1, SBB 1, S.26) klassifiziert.

Bei den gesellschaftlich bedingten Faktoren fällt auf, daß die technischen Einflüsse an erster Stelle genannt werden, dabei werden z.B. Berufskrankheiten, Schäden durch Arzneimittel sowie Strahlenschäden und Abwässer darunter subsummiert. Aber sind Berufskrankheiten oder Arz-

Tabelle 1: *Schema der umweltbedingten Krankheitsfaktoren*

- (1) Nicht gesellschaftlich bestimmte Faktoren
- Naturgefahren, Naturkatastrophen
 - tierische und pflanzliche Krankheitserreger, wie Pilze, Infektionserreger oder Parasiten
 - Mangelkrankheiten (Vitaminmangel, Salz- und Eiweißmangel, Hunger, Durst; soweit sie nicht gesellschaftlich bedingt sind)
 - Vergiftungen
 - Witterungseinflüsse
 - natürliche Strahlungen
- (2) Gesellschaftlich bestimmte Faktoren
- Technisch bestimmte Faktoren
 - Berufskrankheiten durch betriebliche Einflüsse
 - technische Einflüsse wie Unfälle, Schäden durch Arzneimittel und ärztliche Eingriffe, Strahlenschäden durch technische Strahlungen
 - Lärm, Abwässer, Abgase
 - Gesellschaftliche Sitten
 - Ernährungsformen wie Fehlernährung, Überernährung
 - gesellschaftlich genormtes Verhalten wie Rauchen, Alkohol, Medikamente, Süchte, Bewegungsmangel, einschließlich der Folgen solchen Fehlverhaltens, wie Diabetes, Fettsucht u.a.
 - Psychosoziale Reaktionen
 - Folgen von übermäßigem Streß, Aufregungen, Sucht als Auswegreaktion
 - Affekte mit ihren körperlichen Begleiterscheinungen
 - Gesellschaftliche Prägungen der Persönlichkeit (Risikopersonlichkeit)
 - Frühkindliche Persönlichkeitsprägung, frühe Elternentbehrung, Erziehungsfehler, Familienkonflikte, Berufskonflikte, Rollenkonflikte, fehlerhafte Erziehung in der Schule

neimittelschäden wie im Falle des „Contergan“ primär technisch bedingt, oder werden die vorhandenen Schutzvorrichtungen bzw. -maßnahmen aus Kostengründen nicht angewandt? Gilt nicht das Gleiche für die Verschmutzung unserer Flüsse? Und wiederum die bereits oben gestellte Frage: Wer bestimmt den Einsatz der Technik?

Bestimmte, den Autoren wichtige Themenbereiche werden den Kollegiaten in den Studienbegleitbriefen in Frageform erneut vorgelegt. So auch in diesem Fall. Die Frage lautete:

„Die gesellschaftliche Umwelt beeinflusst den Menschen durch 4 Gruppen von Faktoren. Wie heißen sie?“ (SSB I, S.27)

Die im Anhang gegebenen Antworten lauten:

1. Einflüsse durch die Technik
2. Prägung gesundheitsschädigenden Verhaltens als Folge von Sitten und Gebräuchen
3. Auslösung emotionaler Reaktionen und deren körperliche Begleiterscheinungen
4. Faktoren, die eine risikoträchtige Persönlichkeit entstehen lassen, z.B. durch Deprivation, Erziehungsfehler, Bildungs- und andere Sozialisationsdefekte.“ (SSB I, S.81)

Wurden in dem dargestellten Schema wenigstens noch Berufskrankheiten erwähnt und bestand dort noch ein gewisser Bezug zu den gesellschaftlichen Verhältnissen, so ging er in den Lösungen völlig verloren. Im Gedächtnis des Kollegiaten bleibt „die Technik“ als gesellschaftlich nicht beherrschbare Kraft eingepägt.

Eine Grundlage der Schaefer / Blohmkeschen Sozialmedizin ist der *Risikofaktor*:

„Die moderne Medizin nennt alle diejenigen krankheitsauslösenden Faktoren, die entweder im Körper selbst wirksam sind, oder von der Umwelt auf den Menschen einwirken, Risikofaktoren.“ (SBB I, S.27)

Die einzelnen Risikofaktoren, z.B. beim Herzinfarkt: erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutfette, verstärkte Blutgerinnung und übermäßige Tätigkeit des Sympathikus, wirken unterschiedlich zusammen und führen so zu einer „multifaktoriellen“ Krankheitsentstehung. Im ersten Studienbegleitbrief gibt Schaefer eine Aufstellung einiger besonders wichtiger Risikofaktoren (Tabelle 2, SBB I, S.3).

In der unten wiedergegebenen Aufstellung stehen „Alter und Geschlecht“, „gesteigertes Konsumbedürfnis allgemein“, „viel Autofahren“ und „soziale Schicht“ beziehungslos nebeneinander. Kritik an der ungleichen Verteilung des Volksvermögens ließe sich ohne Zweifel als „Neid“ interpretieren, ebenfalls ein Risikofaktor.

Die Faktoren, die in der sozialen Umwelt liegen (Nr. 4) werden unterbewertet. So wertvoll die Definition und die Konzeption der Risikofaktoren sein mögen, werden die Risiken jedoch losgelöst von der sozialen Lebenssituation gesehen, oder artet die „Hierarchie der Risikofaktoren“ in ein beziehungsloses Nebeneinander aus, dann können sie ihre Funktion, die Entstehung von chronischen Krankheiten zu erklären, nicht erfüllen.

Aber Schaefer begnügt sich nicht mit der Darstellung der Theorie der Risikofaktoren. Er stilisiert dieses Denkmodell zu dem *Kernstück der modernen Medizin* hoch. Fast könnte man den Eindruck bekommen, er stelle sich selbst an die Seite eines Hippokrates oder Sauerbruch. Nach seinen Angaben hätten die Ärzte bisher nur nach solchen Krankheitsursachen gefragt, „deren Wirksamkeit im Rahmen der Schulmedizin bekannt“ sei (SBB I, S.33). Der „Zusammenhang zwischen Lebensgeschichte, Schicksal, Verhalten einerseits und Krankheit andererseits (wäre) allerdings erst durch die Schaffung einer neuen Theorie verstehbar gemacht“. Weiter führt der Autor aus:

„Die Zeit für eine wissenschaftliche Betrachtung dieser Art war noch nicht reif; es fehlte eine entsprechende Theorie und Methode. *Eine grundlegende Bekämpfung der Risiken konnte somit gar nicht erfolgen.*“ (SBB I, S.34)

Immerhin bleibt der Vorsatz Schaefers, die gesundheitlichen Risiken grundsätzlich zu bekämpfen und die Entstehung von Krankheiten damit zu verhindern, beachtenswert. Wie bereits in der ersten Sendung angedeutet, konkretisiert er diese Vorstellung wie folgt:

Tabelle 2: Einige besonders wichtige Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheit

(1) Faktoren, die als physiologische oder biochemische Körperwerte gemessen werden können

- Alter und Geschlecht
- Übergewicht
- Erhöhter Blutdruck
- Erhöhte Blutfette, insbesondere die niedermolekularen Cholesterine
- Erhöhter Blutzucker
- Veränderte Blutgerinnung
- Erhöhte Blutkonzentration von Harnsäure
- Erhöhte Konzentration v. Adrenalin u. verwand. Stoffen (Katecholaminen)

(2) Faktoren, die im Verhalten der Menschen liegen

- Gesteigertes Konsumbedürfnis allgem.
- Überernährung
- Fehlernährung; (zuviel; falsche Nahrungsstoffe)
- Rauchen
- Alkoholmißbrauch
- Medikamentenmißbrauch
- Bewegungsarmut
- Viel Autofahren
- Falsches Freizeitverhalten

(3) Faktoren, die in der Lebensgeschichte der Menschen liegen

- Fehlerziehung
- Kindheits- u. Jugenderlebnisse
- Frühkindliche Entbehrung (Deprivation) von Fürsorge
- Mangelnde soziale Kontakte in Kindheit und Jugend
- Krankheiten in der Familie
- Familienkonflikte
- Familiensorgen
- Kontakte mit Verhaltensgestörten
- Verlust von Bezugspersonen
- Frühere Erkrankungen, die Organschäden zurückließen
- Lebenskrisen

(4) Faktoren, die in der sozialen Umwelt liegen

- Soziale Schicht (z.B. Armut)
- Rollenkonflikte
- Soziale Mobilität (Emigration, Wechsel der gesellschaftlichen Schichtzugehörigkeit)
- Beruf
- Monotonie
- Konflikte am Arbeitsplatz
- Überforderung am Arbeitsplatz
- Überforderung in der Schule
- Finanzielle Gefährdung
- Soziale Unsicherheit
- Soziale Unzufriedenheit
- Unzureich. Wohnungs- u. Städtebau
- Reizüberflutung, Reizverarmung

(5) Faktoren der emotionalen Spannung zwischen Mensch und Umwelt

- Angst
- Ehrgeiz
- Neid
- Hohe emotionale Erregbarkeit
- starker Antrieb
- Mangelndes Kontakt- und Kommunikationsvermögen
- Aggression
- Frustration

„Im Zeitalter der chronischen Krankheiten mit ihrer 'multifaktoriellen' Genese, sind beide Methoden (Technik der Keimtötung und die Schutzimpfung) zwar immer noch in gewissen Grenzen möglich, doch hat sich der Schwerpunkt der Krankheitsverhütung stark verschoben. Die Ausschaltung der Krankheitsursachen würde voraussetzen, daß man Eingriffe in die soziale Umwelt macht. Ein solcher Eingriff aber würde die Möglichkeiten sowohl des Arztes, als erst recht auch des Patienten weit übersteigen. Die Gefahren der sozialen Umwelt sind mit Wunschbildern und dem Lebensstil unserer heutigen Gesellschaft viel zu eng verquickt, als daß man die Beseitigung sofort und direkt erreichen könnte. Nur, wo die Schädlichkeit unmittelbar aus eigenem Tun entspringt, ließe sich durch Änderung des eigenen Verhaltens eine Besserung erzielen ...

Der Patient muß lernen, mit seiner sozialen Umwelt umzugehen, mit Konfliktsituationen fertig zu werden.“ (SBB I, S.34-35)

Unter diesem Sichtwinkel wird selbst der zu wenig berücksichtigte Komplex Nr. 4 (Faktoren der sozialen Umwelt) im Schema der Risikofaktoren entwertet, denn zu deren Änderung sind tatsächlich stärkere Eingriffe in die soziale Umwelt erforderlich.

Das Konzept der Risikofaktoren, wie es von Schaefer interpretiert wird, dient somit der *individuellen Schuldzuweisung bei der Entstehung chronischer Krankheiten*. Letztendlich bleiben nur die seit Jahrzehnten bekannten negativen Einflußfaktoren in dieser Theorie zugänglich: Überernährung, mangelnde Bewegung, Nikotin- und Alkoholmißbrauch.

Nachdem der soziale Einfluß in der Entstehung von Krankheit als sicher angenommen wurde, forderte Rudolf Virchow 1848, daß der Staat die „gesundheitgemäße“ Existenz jedes Bürgers garantieren müsse³ und 1915 sprach sich der Sozialhygieniker Alfons Fischer für ein „Recht auf Gesundheit“ aus.⁴ Er schrieb:

„Für dieses Recht auf Gesundheit die wissenschaftlichen Unterlagen zu beschaffen, ist die wichtigste Aufgabe der sozialen Hygiene als Lehre; die wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe der sozialen Hygiene besteht darin, dies Recht durch die Gesetzgebung und Verwaltung festzulegen und zu verwirklichen.“⁴

Erst im Vergleich mit diesen historischen Vertretern der bürgerlichen Sozialhygiene wird der rückständige Charakter der Schaefer'schen Konzeption offenbar. An die Stelle der humanistischen Forderung nach Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse tritt die Apologie des bestehenden Zustandes.

Das Konzept der Risikofaktoren ist folglich nicht so neu und umwälzend, wie es auf den ersten Blick erscheinen könnte. Fast liegt der Verdacht nahe, daß die Risikofaktoren ein Produkt der Datenverarbeitung sind, denn erst mit Hilfe des Computers wurde es möglich, die Korrelationen einer Vielzahl von Faktoren mit relativ geringem Aufwand zu untersuchen. Die Suche nach Risikofaktoren ist deshalb nicht sinnlos, als Kern einer Theorie der Medizin ist sie jedoch unbrauchbar.

„Sozialphysiologie“

Wertvoller als die eben skizzierten Ausführungen ist der Teil des Funk-

kollegs, der sich mit der experimentellen Bestätigung der Risiken beschäftigt. In den Sendungen zur „Sozialphysiologie“ werden tierexperimentelle Prüfungsmethoden vorgestellt. Die Lektionen 3 und 4 untersuchen die Umsetzung äußerer gesellschaftlicher Faktoren in menschliche Emotionen und Reaktionen. Aufbauend u.a. auf den Pawlowschen Versuchen weist der Autor Horst Seller im Tierversuch nach,

„wie solche — biologisch zunächst sinnvollen — Reaktionen durch häufige Wiederholung bzw. langanhaltende Dauer unter bestimmten Voraussetzungen zu organischen Erkrankungen führen können; diese Erkrankungen betreffen vor allem das Herz-Kreislauf-System und den Magen-Darm-Trakt, sie können aber auch Störungen des körpereigenen Abwehrsystems (Infektanfälligkeit, Autoimmunkrankheiten) hervorrufen“. (SBB 2, S.13)

Neben der exakten und didaktisch guten Darstellung vernachlässigt Seller im Gegensatz zu Schaefer nicht den sozialen Rahmen seiner Versuchsarrangements, im Sendetext nimmt er noch einmal auf die Vergleichbarkeit von Tierversuch und menschlichem Verhalten Stellung. Dabei betont er die Rolle der sozialen Faktoren sowie der Arbeitswelt und setzt sich ansatzweise mit der Psychosomatik auseinander. Als positives Beispiel wird ein längerer Abschnitt wiedergegeben:

„Soziale Faktoren, Umwelteinflüsse, das sind Begriffe, die bisher sehr allgemein und unpräzise gebraucht worden sind. Sie bedürfen dringend einer näheren Definition, besonders, wenn es um die Frage der Vergleichbarkeit von tierischem und menschlichem Verhalten geht.

Im Tierexperiment lassen sich diese Begriffe einigermaßen eindeutig als Bedrohung durch Artgenosse, Feinde anderer Tierarten oder Faktoren wie zu große Dichte in einer Tierpopulation festlegen.

Viel komplexer werden diese Faktoren jedoch in den gesellschaftlichen Vorgängen und Beziehungen der Menschen sein. Ein ganz wesentlicher Bereich dieser gesellschaftlichen Beziehungen liegt dabei in der Arbeitswelt. Auslösende Faktoren können hier z.B. sein, die einseitige, monotone Tätigkeit mit mangelnder Verantwortung und mit den subjektiven Gefühlen der Unlust und der Minderwertigkeit auf der einen Seite, sowie Überlastung durch Akkord- oder Schichtarbeit oder eine hohe Anforderung an Verantwortung mit Gefühlen der Angst vor Nichtbewältigung des Verlangten. Bei entsprechender Veranlagung und hinreichender Dauer der Situation wären alle Voraussetzungen zur Entstehung einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems gegeben. Untersuchungen zu diesen Fragen gehören in das Gebiet der Arbeitsmedizin, die sich also nicht länger ausschließlich mit den physikalischen und chemischen Bedingungen am Arbeitsplatz oder den Arbeitsunfällen zu befassen hätte. ...

Die spezifisch menschliche Situation im Vergleich zum tierischen Verhalten beinhaltet auch, daß zum menschlichen Bewußtsein das Vorausberechnen und die Planung der Zukunft gehören.

So werden auch die individuelle Sorge und Angst um die Zukunft, um den drohenden Verlust des Arbeitsplatzes oder andere ökonomische Fragen zu sozialen Faktoren, die das Individuum emotional belasten können.

Krankheitsverursachende Faktoren können sich somit aus der gesamten sozio-ökonomischen Situation eines Individuums ergeben. Auch in anderen Bereichen gesellschaftlicher Beziehungen des Menschen wäre nach Risikosituationen zu suchen, die zu langfristigen, emotionalen Verhaltensreaktionen führen können. Analysen der familiären Situation, des Freizeitverhaltens müssen von der Sozial-

medizin mit ihren Methoden der Sozialepidemiologie unternommen werden. Die von der Psychosomatik häufig diskutierte Alternative zwischen einer psychischen oder sozialen Verursachung von Krankheiten, einer Psycho- oder Soziogenese, kann aus der Sicht des Physiologen so nicht akzeptiert werden. Da soziale Faktoren jeweils psychophysiologische Gesamtreaktionen hervorrufen, Leib und Seele also ganzheitlich reagieren, und da somatische Erkrankungen durch diese Faktoren nachgewiesen sind, stellt sich abschließend die Frage, ob es nicht auch eine Soziogenese für psychische Erkrankungen gibt." (Manuskript 3, S.23-24)

Während die Sendungen und Studienbegleitbriefe zur Sozialphysiologie eine Fülle neuer Erkenntnisse brachten und selbstkritisch darstellen und sich die Sendung zur Sozialpsychiatrie auf gesicherte Fakten zur sozialen Verursachung psychischer Erkrankungen bezog (ohne in allen Ausführungen unumstritten zu sein), konnte die Lektion „Arbeitsmedizin“ dieses Niveau nicht erreichen.

Arbeitsmedizin

Autor dieser Studieneinheit ist der hauptberufliche Betriebsarzt Roland Sohnius, der Vorsitzende des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte. Sohnius gibt einen Überblick über die Arbeitsmedizin, die er „als Lehre von den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf einerseits, sowie den Menschen, seiner Gesundheit und seinen Krankheiten andererseits“ definiert (SBB 9, S.13). Oberstes Ziel des Arbeitsmediziners müsse es sein, den Gesundheitsschutz einschließlich des Unfallschutzes zu verwirklichen. In dem Begleitbrief weist der Autor zu Recht darauf hin, daß „Arbeit zu haben, geradezu zu den wichtigsten Voraussetzungen sozialen Wohlbefindens“ (SBB 9, S.19) gehöre.⁵ Er stellt im Text eine Reihe von Schädigungsfaktoren wie Lärm, Unfälle, Berufskrankheiten sowie die Organisationsform des betriebsärztlichen Dienstes eingehender dar. Es bleibt jedoch bei der reinen Auflistung — in der ganzen Lektion sucht man ein kritisches Wort zur Abhängigkeit der Betriebsärzte vom Arbeitgeber. Dazu heißt es lediglich:

„Alle Betriebsärzte sind dem Arbeitgeber unterstellt. Sie sind zur Zusammenarbeit mit den anderen Fachkräften für Arbeitssicherheit und dem Betriebsrat verpflichtet. Wichtig ist, daß der Arzt hierbei lediglich eine beratende Funktion hat und keine direkten Anordnungen treffen kann.“ (SBB 9, S.25)

Welche Konsequenzen ergeben sich in der Praxis daraus? Weder in der Sendung noch im Studienbegleitbrief findet sich auch nur ein Hinweis auf *die zentrale Frage* der Arbeitsmedizin in der BRD. Wie muß sich ein Betriebsarzt in Konfliktsituationen verhalten, und herrscht nicht im kapitalistischen Arbeitsprozeß eine dauernde Konfliktsituation? Ist nicht in der profitorientierten Produktion mit den intensiven Arbeitsverfahren und dem Zwang zur Arbeitsbeschleunigung eine hohe Arbeitsunfallquote eingebaut? Hat nicht die Kapitalseite im Betrieb nur Interesse am Arbeitsschutz, solange der Nutzen höher als die Kosten sind? Die Kette der Fragen ließe sich ohne Probleme weiterführen. Sohnius unterschlägt, daß

die Unternehmenseite allein ein Interesse an der Nutzung der Arbeitskraft hat, während der Arbeiter an einer umfassenden Sicherung seiner Gesundheit interessiert sein muß. Ein Betriebsarzt, der den gesundheitlichen Schutz der Arbeitenden durchführen soll, vom Arbeitgeber aber direkt abhängig ist und weisungsgebunden handelt, ist nicht in der Lage „das Verhältnis zwischen Mensch und Arbeit zu harmonisieren“, wie es die Definition der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin fordert (SBB 9, S.21)

Der Autor verweist an anderer Stelle darauf, daß das Unfallrisiko der Arbeiter kontinuierlich abnehme:

„Dies ist vorwiegend die Folge eines verbesserten technischen Arbeitsschutzes. Die Arbeitsmedizin spielt ihre Rolle vor allem in der Senkung stärkerer Unfallfolgen und in der Verhütung von Todesfällen.“ (SBB 9, S.27)

Andere Gründe für die Abnahme werden nicht erwähnt, so etwa die Aussage von Klaus Priester, „daß der Rückgang der Arbeitsunfälle zwischen 1967 und 1975 vollständig auf 'natürliche', außerhalb des Wirkungsbereichs von Arbeitssicherheitsmaßnahmen liegende Ursachen zurückzuführen ist“.⁶

Große Bedeutung mißt Sohnius den Arbeitsunfällen ohnehin nicht bei. Er schreibt: „Die Unfallgefährdung des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz ist dennoch insgesamt gesehen sehr gering.“ (SBB 9, S.28) Bei der Umrechnung der Unfallhäufigkeit auf Minuten mag das stimmen, so gibt er an, daß 1970 auf 1,2 Millionen Arbeitsminuten ein Unfall kam: bedenkt man jedoch, daß 1977 ca. jeder 11. berufsgenossenschaftlich versicherte Arbeitnehmer einen meldepflichtigen erlitt bzw. an einer Berufskrankheit erkrankte (86,5 Anzeigen pro 1000 Vollarbeiter⁷, so muß diese Aussage geradezu als Verharmlosung erscheinen.

Erwähnt wir die höhere Unfallgefährdung Jugendlicher im Vergleich zu älteren Arbeitnehmern. Auch hier fehlt ein Hinweis, wie eine solche Situation entsteht, oder verändert werden könnte; sei es durch die weitere Entschärfung gefährlicher Arbeit, sei es durch ein Beschäftigungsverbot für Jugendliche bzw. unqualifizierte Arbeiter in bestimmten, besonders gefährlichen Tätigkeitsbereichen.

Im Studienbegleitbrief wird auf die Konfliktsituation zwischen Haus- und Betriebsarzt hingewiesen. Dabei wird auch das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte erwähnt:

„Der Betriebsarzt ist ebenfalls nicht berechtigt, als Ersatz für den Hausarzt eine Krankenbehandlung durchzuführen. Abgesehen davon, daß seine Arbeitszeit hierfür nicht ausreichen würde, müßte befürchtet werden, daß eine Konfliktsituation zwischen Betriebsarzt und Hausarzt eintritt. Dieser Vorgang wäre zum Schaden des Arbeitnehmers.“ (SBB 9, S.25)

Zu bemerken ist, daß das Konfliktpotential zwischen Betriebs- und Hausarzt in keiner Weise die gleiche Bedeutung hat, wie das zwischen Kapital und Arbeit in der Durchsetzung menschengerechter und medizi-

nisch vertretbarer Arbeitsbedingungen. Außerdem wird mit keinem Wort eine Begründung geliefert, warum der Betriebsarzt keine Krankheitsbehandlung vornehmen sollte. Im Interesse des Patienten könnte eine solche Behandlung durchaus sinnvoll sein. In den Augen der niedergelassenen Konkurrenten steht das finanzielle Argument dagegen.

Für die Sendung zur Arbeitsmedizin und das dazugehörige Studienmaterial läßt sich feststellen, daß alle wesentlichen und relevanten Probleme, die über die reine Beschreibung hinausgehen, nicht behandelt wurden.

Patient

So wenig realitätsnah die Sendung zur Arbeitsmedizin war, so problematisch mußte die Lektion Nr. 13 werden, in der der Vorsitzende des Hartmannbundes, Horst Bourmer, das Thema „Patient“ übernahm. In dem Jahrbuch 77/78 des Hartmannbundes wurde als Ziel des Funkkollegs formuliert: Dieses solle

„Grundkenntnisse vermitteln, die dazu motivieren sollen, die Notwendigkeit einer Gesundheitserziehung einzusehen, zur Übernahme gesundheitserzieherischer Aufgaben bereit zu sein und die Gesundheitserziehung als wesentlichen Bestandteil der gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitspolitik anzuerkennen“.⁸

So spiegelt sich in den Ausführungen des Autors auch eher der Standpunkt des Hartmannbundes, als der des einzelnen Patienten. Bereits in der Einleitung beschwört Bourmer „die moderne Industriegesellschaft“, in der Krankheit und Alter vielfach als Prestige- und Wertverlust empfunden werde. Dagegen könnte kein absoluter Schutz bestehen. Weiter heißt es:

„Wenn unsere Gesellschaft dennoch dazu neigt, Krankheit und Alter — und damit den Patienten — in das Abseits sozialer Abnormität zu stellen, so liegt dies an den Schattenseiten eines Industrialisierungsprozesses, der vor allem von Produktivitäts- und Effizienzfortschritten lebt. Von diesen Kräften leben auch wir alle. Sie zu beseitigen wäre töricht, ihre negativen Auswirkungen zu kompensieren ist uns jedoch möglich. Gesundheit ist nicht von vornherein ein moralisch höherwertiges Gut als Krankheit.“

Um dieses falsche Krankheitsverhältnis zu beseitigen, müsse sich jeder „Kollegiat in seinem Wirkungskreis“ aktiv für ein anderes Verständnis einsetzen (SBB 5, S.49).

Das Werturteil der „moralisch minderwertigen Krankheit“ steht aber nicht im luftleeren Raum. Die Realität des Arbeitsprozesses beweist ernsthaft Erkrankten oder Behinderten (wobei der Grad der Einschränkung gering sein kann), daß die Leistungsfähigkeit zum einzigen Wertmaßstab des Menschen gemacht wird. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sind auch heute in der BRD und in anderen kapitalistischen Staaten gleichbedeutend mit sozialem Abstieg. Das liegt nicht an dem Grad der Industrialisierung, sondern an der Eigentumsstruktur: Wo Produktion allein zur Erzielung eines größtmöglichen Gewinnes eingesetzt wird und

nicht zur umfassenden Befriedigung menschlicher Bedürfnisse dient, kann kein anderes Krankheitsverständnis entstehen. Da nützen gute Ratschläge wenig!

Bourmer gibt im Studienbegleitbrief einen Überblick über die Rechte der Patienten, für die die Gesellschaft zu garantieren habe:

An *erster Stelle* steht das Recht auf freie Arztwahl, 2. folgt das Recht auf Arztgeheimnis, 3. Recht auf Datenschutz, 4. Recht auf Prävention, ambulante und stationäre Behandlung sowie medizinische Rehabilitation, ... etc. Ohne die Punkte 1-3 grundsätzlich in Frage zu stellen, erscheint die Reihenfolge abwegig. Sie ist aus der Sicht Bourmers jedoch nur zu berechtigt, denn diese freie Arztwahl ist nach seinen Ausführungen nur dann sinnvoll, wenn der Arzt in der Ausübung seines Berufes frei sei:

„Die vom Arzt selbständig und in eigener Verantwortung erbrachte Leistung ist Grundlage für das besondere persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Jede Einschränkung der beruflichen Entscheidungsfreiheit des Arztes beinhaltet damit zugleich eine Beschneidung des Freiheitsraumes jedes Patienten in unserer Gesellschaft. Das Recht auf freie Arztwahl erstreckt sich nicht nur auf die ambulante Versorgung, es muß auch im stationären Bereich gestärkt und dauerhaft garantiert werden.“ (SBB 5, S.70)

Einerseits sind die Ausführungen Bourmers Plattitüden, denn jeder Arzt muß in eigener Verantwortung selbständig handeln; der Verfasser versucht damit jedoch die Ansicht zu erwecken, daß nur ein privatwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen patientenorientiert sei. Die Erwähnung des stationären Bereichs zielt auf die Ausweitung des Belegärzteswesens. Nach den Ausführungen Bourmers richtet sich jede Form eines demokratisch kontrollierten, verstaatlichten Gesundheitswesens gegen den Patienten. Bei freier Interpretation läßt sich daraus schließen, daß es dem Autor wichtiger ist, die bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen zu sichern, als zu einer qualifizierten Patientenversorgung beizutragen. Daß diese Einstellung z.B. in Chile unter der demokratisch gewählten Regierung Allendes zu ausgedehnten Ärztestreiks führte, die den Militärputsch durch die Chaotisierung des öffentlichen Lebens mit vorbereiten half, sei am Rande erwähnt.

Ziel der Ausführungen Bourmers ist die Ablenkung von den Ursachen der kapitalistischen Prägung des Krankheitsbegriffes — mit wissenschaftlicher Analyse und emotionsloser Betrachtung hat das nichts mehr zu tun. Eine solche Analyse der Ursachen des herrschenden Krankheitsbegriffes müßte zwangsläufig die bestehende Gesellschaftsstruktur in Frage stellen.

Medizinalstatistik und Epidemiologie

Informativ und weitgehend ohne ideologisches Beiwerk sind die Sendungen und Studienbegleitbriefe zur Medizinalstatistik und zur Epide-

miologie (Lektionen 6-10). Als Beispiel für viele andere didaktisch gut aufbereitete Sachgebiete kann die Einführungssendung in die Epidemiologie dienen (Lektion Nr. 9), in der die Aufklärung einer Choleraepidemie aus dem Jahre 1854 von J. Snow (1813-1853) dargestellt wird. Über die Ausführlichkeit, in der Probleme der Medizinalstatistik ausgebreitet wurden, läßt sich sicher streiten. Von vielen Teilnehmern eines Begleitseminars zum Funkkolleg wurde die Ausführlichkeit der Darstellung statistischer Grundlagen bemängelt.

Arzt

Auf dem schwankenden Boden des philosophischen Idealismus basiert die Darstellung der Rolle des Arztes von Wolfgang Jacob. In der Einleitung zur Sendung heißt es:

„Was immer uns an der Medizin mißfällt (und es ist sicher für jeden Nachdenklichen vieles), das ist die Folge unabwendbarer historischer Entwicklungen gewesen. Diese Entwicklungen drücken sich nicht zuletzt im Zeitgeist aus, ... Jeder von uns trägt zu dieser Entwicklung das seinige bei, im Guten ebenso wie im Bösen.“ (SBB 6, S.9)

Eine offene Bestandsaufnahme wird gar nicht erst versucht, die verschiedenen gesellschaftlichen Kräfte werden in einen allgemeinen Zeitgeist umgedeutet, den zu beeinflussen kaum möglich erscheint. Möglicherweise wollten der Autor bzw. das wissenschaftliche Team der in der Öffentlichkeit geäußerten Kritik an der Rolle des Arztes (oder nur an der Standespolitik) entgehen, indem auf eine klare Bestandsaufnahme verzichtet wurde:

„Wir haben es nicht als Aufgabe dieses Funkkolleg betrachtet, die jeweilige Entfernung festzustellen, die jeder Partner im gesellschaftlichen Idealbild aufweist. Weder unsere Ärzte noch unsere Patienten sind fähig, sich in einer Welt als Idealtypen zu erhalten, wenn diese Welt, wie es derzeit der Fall zu sein scheint, immer stärker an moralischen Defekten leidet.“ (SBB 6, S.9)

Natürlich verblaßt jede „kleinliche Kritik“ an unserem Gesundheitswesen angesichts des Hinweises auf die „moralischen Defekte“ unserer Welt. Aber wäre es nicht lohnenswert, die moralischen Defekte zu nennen und nach ihren Ursachen zu suchen?!

Jacob erscheint es als ein „unlösbarer Widerspruch“, daß gerade in einer Zeit nie zuvor erreichter Erfolge der medizinischen Diagnostik und Therapie

„eine Krise der Medizin — und mit ihr eine Krise des Arzttums — sichtbar in Erscheinung tritt, wie man sie in einer Blütezeit und Hochkonjunktur der technisch-operational begründeten Medizin unseres Zeitalters kaum für denkbar und möglich halten würde“ (SBB 6, S.11).

An anderer Stelle erwähnt Jacob als Ursache der den Arzt betreffenden Krise, daß vielfach in der Öffentlichkeit der Eindruck entstanden wäre, er betriebe die Heilkunde als Geschäft, er verdiene zu viel, seine Leistungen seien weitgehend ineffektiv und kostenaufwendig (ebenda, S.19). An-

deutungsweise erscheint die Krise des Arztberufes als Krise der Organisationsform der ärztlichen Versorgung und als Krise einer Standespolitik, die in der Bevölkerung mit zunehmenden Mißtrauen beobachtet wird. Der einzelne Arzt dürfte sich — heute wie gestern — der gleichen Hochachtung bei den Patienten erfreuen. Die oftmals berechtigte Kritik bezieht sich in erster Linie auf bestimmte Formen ärztlicher Berufsausübung.

Breiten Raum widmet der Autor der ärztlichen Deontologie, der Beschreibung der ärztlichen Verhaltensweisen oder Verpflichtungen, die zu jeder Zeit Gültigkeit haben. Die Grundlage, auf der sich das ärztliche Wissen, Können, Handeln und Verhalten entfaltet, ist bereits im hippokratischen Eid gegeben. Diese Prinzipien sind sowohl in Ost und West anerkannt. — Nach der Festlegung abstrakter ärztlicher Grundprinzipien bestimmt Jacob deren Inhalt näher. Es ist zweifellos richtig, wenn er feststellt:

„Ob der Arzt sich in seiner Berufsausübung frei fühlen darf und seine ärztlichen Entscheidungen frei vollzieht, hängt von der gesellschaftlichen, politischen und staatlichen Einflußnahme auf das Gesundheitswesen, auf den Kranken und auf die ärztliche Tätigkeit ab.“ (SBB 6, S.31)

Die Freiheit wird jedoch nicht in der Beseitigung finanzieller Hindernisse in der Behandlung von Patienten gesehen, sondern in der Freiheit von stärkeren strukturellen Bindungen der niedergelassenen Ärzte. In diesem Sine schreckt der Autor nicht davor zurück, die Euthanasie bzw. die Ermordung von Geisteskranken während der Zeit des Faschismus als negatives Beispiel für die Sozialisierung des ärztlichen Berufes zu nennen (ebenda, S.31)! Jacob schreibt eine derartige Behauptung, obwohl während des „Dritten Reiches“ die Organisationsform des „freien Berufes“ des Arztes nicht geändert wurde. Im gleichen Atemzug wird eine umfassende Gesundheitserziehung, bei der die Initiative vom Staat ausgeht, als Charakteristikum „totalitärer Regierungssysteme“ dargestellt.

Auf ähnlichem Niveau wird die ernstzunehmende Frage, ob sich nicht in einem sozialistischen, demokratisch kontrollierten Gesundheitswesen eine höhere Effektivität mit geringeren Kosten erzielen ließe, entstellt:

„Der Kritiker der demokratischen Regierungsform erlaubt sich hinsichtlich des Gesundheitswesens die Frage, ob nicht auch hier die Sozialisierung der Ärzteschaft, und damit eine direkte politische Einflußnahme auf die ärztliche Tätigkeit, der einzige Ausweg sei, um die Aufwendungen des Volkes für seine Gesundheit auf ein erträgliches Maß zu beschränken und gleichzeitig die allgemeine Bereitwilligkeit zu einem gesundheitsgemäßen Verhalten zu steigern.“ (SBB 6, S.32)

Auf diese Weise unterstellt Jacob dem Kritiker unseres Gesundheitswesens die Feindschaft gegenüber einer demokratischen Regierungsform. Wer von dieser Aussage Jacobs noch nicht überzeugt ist, der wird noch einmal eindringlich auf den Nachteil verstaatlichter Gesundheitswesen hingewiesen:

„Aus Nachbarländern wissen wir jedenfalls, daß durch die Sozialisierung des Gesundheitswesens die ärztlichen Aufgaben in einem engeren Sinne, d.h. die in der freien Entscheidung zwischen Arzt und Krankem getroffenen Vereinbarungen und vor allem die Ausbildung eines echten Vertrauensverhältnisses, in den informellen Bereich nach Berufsausübung 'nach Dienst' abwandern; das heißt: Was dem Kranken eigentlich dienen und zugutekommen soll, verschwindet aus einem System, in dem gerade diese Dienstleistungen staatlich honoriert werden soll.“ (SBB 6, S.32)

Wie bereits erwähnt, hätte erwartet werden dürfen, daß wenigstens in einer Lektion ein unvoreingenommener Vergleich z.B. zwischen dem Gesundheitswesen der BRD und dem der DDR vorgenommen worden wäre. Dabei hätte sich allerdings in vielen Bereichen die Überlegenheit des sozialistischen Systems gezeigt; als Beispiele seien genannt: geringere Säuglingssterblichkeit, höhere Lebenserwartung, besserer Jugendgesundheitschutz, umfassendere Rehabilitation, umfassendere Erfassung und Behandlung von Diabetikern, Versorgung der Landgemeinden mit qualifizierten ärztlichen Diensten usw. Aus diesen Stichworten wird deutlich, daß nicht der „informelle Bereich nach dem Dienst“, sondern die unterschiedliche Form des Gesundheitswesens dafür den entscheidenden Beitrag lieferte.

Wenn in der Studieneinheit der „Krise der Medizin“ so viel Bedeutung eingeräumt wurde, dann scheint es sich bei dem Niveau der von Jacob vorgebrachten Argumentation doch wohl in erster Linie um eine allerdings schwerwiegende Krise der Verteidiger unseres privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystems zu handeln. Bruppacher, der Autor der 17. Lektion scheint Recht zu haben, wenn er schreibt, daß in der heutigen Medizin Teilbereiche

„außerordentlich weit entwickelt werden konnten, daß aber der Einsatz dieser Mittel, ihr Zusammenspiel im Hinblick auf soziale Ziele, noch nicht bewältigt werden wird“ (SBB 7, S.57).

Dieses in unserer Gesellschaft nicht gelöste Problem sollte Aufgabe genug sein, um an die Probleme von Gesundheit und Krankheit unvoreingenommen heranzugehen und die Organisation des Gesundheitswesens nicht unter standespolitischen Gesichtspunkten zu sehen.

Gesundheitserziehung

Bereits mehrere Male wurde auf die besondere Rolle hingewiesen, die insbesondere Schaefer der Gesundheitserziehung beimißt. Wenn daran Kritik geäußert wurde, dann deshalb, weil sich das Verhalten der Menschen in erster Linie durch die Interaktion mit der realen Umwelt ausbildet. Solange die gesellschaftlichen Bedingungen in sehr vielen Bereichen pathogenen Charakter haben, führt die Betonung der ideellen Beeinflussung zu einer Verschleierung der Wirklichkeit. Erinnert sei nur an den Leistungsstreß in vielen Tätigkeitsbereichen und an die Arbeitslosigkeit, zwei nicht zu unterschätzende Faktoren in der Entstehung von Krankhei-

ten. Da mag man so viele Ratschläge geben wie man will — da mag der Betroffene wissen, wie man gesundheitsgerecht lebt — wenn die gesellschaftlichen Verhältnisse, Normen oder Gewohnheiten einen anderen Weg weisen, dann kann Gesundheitserziehung nur als „aufgesetzt“ empfunden werden. Ein Gefühl dafür haben auch Schaefer und Schipperges in ihrer Sendung über die Gesundheitserziehung entwickelt; das Problem erscheint idealistisch wie folgt widergespiegelt:

„Die Bedingungen der modernen Lebenswelt haben es mit sich gebracht, daß der Mensch nicht mehr selbstverständlich eingebunden ist in ein verbindliches Bezugssystem, das ihm Halt gibt und Geleit, das ihn verpflichtet, zufriedenstellt und so sein Leben sinnvoll macht. In die aus wachsendem Unausgefülltsein entstehenden Hohlräume unserer Existenz nisten sich Surrogate ein, wachsende Ersatzbefriedigungen in Form von Luxuskonsum und Suchtverhalten, die den Menschen mehr und mehr — an Leib wie Seele — kränken und krankmachen.

Der damit einhergehende Verlust an Lebensqualität wird gesteigert durch zahlreiche krankmachende Umweltfaktoren unserer Industriegesellschaft: durch Luftverschmutzung, Lebensmittelverfälschung, Alkoholsucht, durch die Hektik der Arbeitswelt, Lärmbelästigung und Psychostress.“ (Manuskript 18, S.11)

An anderer Stelle setzen Schipperges und Schaefer die „Konsum-Mentalität“ mit Süchtigkeit gleich, die Ursache sei auch hier der fehlende Lebensinhalt. Sie ziehen die Schlußfolgerung, „daß suchtfreies Verhalten nur durch die Anerkennung von Idealen zu erzielen wäre, zu deren Verwirklichung man Opfer zu bringen bereit ist“ (Manuskript 18, S.15)

Jeder aufmerksame Beobachter wird der Feststellung, daß viele Menschen gar nicht wissen, wozu sie gesund sein sollen, worin ihr Lebenssinn besteht, zustimmen. Den Weg in die Religion zu weisen, ist der Schritt aus der Realität in den Mystizismus, den die Medizin und die anderen Wissenschaften gerade erst überwunden hatten. Liegt nicht die Ursache darin, daß das staatsmonopolistische System keinen Lebensinhalt vermitteln kann, daß statt sinnvoller Tätigkeiten ein irrationaler Konsum erzeugt wird, der auf künstlich hervorgerufenen Bedürfnissen beruht? Und muß Konsum nicht mit allen Mitteln angekurbelt werden, um die immer drohenden zyklischen Überproduktionskrisen wenigstens abzumildern? Werden nicht diejenigen, die auf der Suche nach humanitären Alternativen sind, die sich für menschenwürdige Arbeitsbedingungen einsetzen und die an der Beseitigung der Herrschaft des Menschen über den Menschen arbeiten in das gesellschaftliche Abseits gestellt und beispielsweise mit Berufsverbot belegt? Ohne Zweifel tragen auch Teile des Funkkollegs dazu bei, die Suche nach menschenwürdigen Alternativen zu erschweren, so etwa, wenn Kritikern des Gesundheitswesens Feindschaft zur Demokratie unterschoben wird.

Schaefer und Schipperges können dem Leben keinen Sinn geben, wenn sie eindeutig erklären, daß die gesundheitliche Bedrohung durch die soziale Umwelt verursacht wird, diese aber unabänderlich sei.

Angesichts dieser Argumentation erscheinen nur zwei Alternativen möglich: Entweder 1. „sinnloses Leben“, ein Schwelgen in Konsum und Sucht, oder 2. der Rückzug in den Elfenbeinturm des Individualismus. Hier kann sich der Betreffende (wenn dies die finanziellen Gegebenheiten zulassen) in seinen vier Wänden „entfalten“ und nach eigener Sinngebung leben. Von einem aktiven gesellschaftlichem Engagement, das zu einer Veränderung der Umwelt beiträgt, und zu einer Entfaltung der Persönlichkeit führt, ist diese Einstellung ebensoweit entfernt, wie die Konsummentalität.

Schlußbemerkung

Empfehlen Schaefer und einige andere Autoren des Funkkollegs den „Kopf in den Sand zu stecken“, oder das Haupt 'gen Himmel zu wenden, so mögen sie das tun. Das Funkkolleg zeigt in vielen gesundheitlichen Bereichen krankheitsverursachende Bedingungen auf, die auf eine Beseitigung warten. Hierin ist ein positiver Aspekt der Sendereihe zu sehen. Gleichzeitig erfolgt jedoch keine vorurteilsfreie Wertung der Bestandsaufnahme. Statt dessen wird mit einer idealistischen, agnostizistischen und reaktionären Argumentation versucht, die Lösung der Probleme aus dem Gesichtsfeld zu verdrängen. Daß einige Autoren dieses Ziel nicht mit unterstützen, wurde an einigen Beispielen belegt.

Ob die insbesondere von Schaefer getragene Argumentation ihr Ziel bei den Kollegiaten erreicht, muß bezweifelt werden.

Meine eigene Erfahrung bei der Leitung eines Studienbegleitzirkels an der Universität in Frankfurt / M. läßt eher vermuten, daß die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer der Schaefer'schen Interpretation unserer Gesundheitsverhältnisse äußerst kritisch gegenüber steht.

Das Funkkolleg gab einer größeren Anzahl Interessierter einen Einblick in die gesellschaftliche Entstehung von Krankheiten. Hier ergeben sich in der Zukunft gute Möglichkeiten, die Diskussion um die Verursachung schädigender Umweltfaktoren, deren Beseitigung und Fragen der Organisation unseres Gesundheitswesens fortzusetzen.

Anmerkungen

1. Für die Bearbeitung konnten die Lektionen 1-21 herangezogen werden, die restlichen Sendungen waren bei Redaktionsschluß noch nicht ausgestrahlt.
2. Quellenangaben für Zitate aus den Sendungen des Funkkollegs: Sendung Nr. bezeichnet als: Manuskript (des Sendetextes) Nr., S. — Quellenangaben für Zitate aus den Studienbegleitbriefen: SBB, Nr, Seitenangabe. Die Studienbegleitbriefe erschienen 1978, 1979 im Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
3. R. Virchow: Die öffentliche Gesundheitspflege; zit. nach: H.U. Deppe, M. Regus: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Frankfurt / M. 1975, S.173.
4. Alfons Fischer: Grundriß der sozialen Hygiene, 2. Aufl., Karlsruhe 1925, S.6.

5. Zu den Auswirkungen der „erzwungenen Untätigkeit“ siehe: K.-D. Thoman: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, in: A. Wacker: Vom Schock zum Fatalismus, soziale und gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. Frankfurt/M., New York 1978.
6. Vgl. Klaus Priester: Zur Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD, in: Argument Sonderband Medizin, Nr. 3, West-Berlin 1978.
7. N.N. Arbeitsunfallstatistik für die Praxis, Bonn 1978, S.17.
8. Hartmannbund, Jahrbuch 1977/78, Bonn o.J., S.114.

Ernst Girth, Mark S. Drexler, Thomas Weiler,
Andreas Zieger, Jeanette Breddemann

Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit — eine empirische Untersuchung (1970 - 77)

Gewerkschaftlich organisierte Ärzte in Frankfurt/M. haben sich in einer Studie mit der Arbeitssituation der Ärzte in Krankenhäusern befaßt. Den Anstoß zu der Untersuchung lieferten vor allem die zunehmenden Klagen der angestellten Ärzte über steigende Arbeitsintensität und Überstunden.

Die Prozesse der Kollegen Junghans und Limbrock in Hamburg machten die Öffentlichkeit auf die Gefahren aufmerksam, die dem Patienten durch von Nachtdiensten übermüdeten Ärzten drohen. Dem stehen die deutlich anwachsenden Zahlen angestellter Ärzte in den Krankenhäusern gegenüber, die eine Überlastung des ärztlichen Dienstes zu widerlegen scheinen. Um zu einer objektiven Beurteilung der Situation zu kommen, mußten einerseits die quantitativen Verschiebungen bei Ärzten und Patienten erfaßt, andererseits die sich ändernde Struktur der ärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus analysiert und — wenn möglich — quantifiziert werden.

Die Untersuchungen wurden in verschiedenen Fachgebieten einer hessischen Universitätsklinik, 2 Krankenhäusern der Maximalversorgung und einem städtischen Krankenhaus durchgeführt. Die Daten wurden über Personalräte gesammelt oder zum Teil auch direkt von den Verwaltungen zur Verfügung gestellt.

Untersucht wurden die Entwicklung der Arztzahlen, der Patientenzahlen und der Liegedauer zwischen 1970 und 1977. Anstatt wie in den meisten offiziellen Statistiken üblich, wurden nicht die *Bettenzahlen* pro Arzt und Jahr ins Verhältnis gesetzt, sondern die *Zahl der Patienten* pro Arzt und Jahr. Bei den Angaben über Bettenzahl pro Arzt und Jahr wird unterstellt, daß die zu leistende Arbeit bei einem belegten Bett immer identisch ist — gleich, ob der Patient lange (längere Verweildauer) oder

kurz (kürzere Verweildauer) das Krankenhausbett belegt. Nun ist aber bekannt, daß die Anfangsphase des Krankenhausaufenthaltes die arbeitsintensive und die Schlußphase die weniger intensive ist. Mit Verkürzung der Verweildauer, d.h. einem höheren Patientendurchgang, hat der Arzt dann nur noch Patienten in der arbeitsintensiven Phase zu betreuen. Zudem wird — bei einem etwa gleichen Krankheitsspektrum der stationären Patienten — mit Verkürzung der Verweildauer die zu leistende diagnostische, therapeutische und betreuende Arbeit in einen kürzeren Zeitraum gebracht, d.h. die Arbeit wird intensiver. Die Zahl der Patienten pro Arzt und Jahr gibt also sehr viel besser als die 'Bettenzahl' Auskunft über die tatsächlichen Belastungen des Arztes.

Neben diesen Berechnungen wurden die Steigerungsraten der für die jeweilige Klinik typischen Funktionsuntersuchungen in dem genannten Zeitraum ermittelt.

Bewußt ausgeklammert wurde die Entwicklung im Pflegebereich, da wir uns für eine konkrete Analyse, insbesondere der Strukturveränderung, nicht kompetent glauben. Wir sehen allerdings die Gefahr, daß in der Diskussion um die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Überbetonung des ärztlichen Bereiches einen falschen Akzent setzen könnte. Wir haben die Untersuchung dennoch durchgeführt, da wir glauben, daß sie ein Anstoß sein kann und muß, auch die anderen Bereiche im Krankenhaus konkret zu analysieren.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der einzelnen Kliniken sind aus den Tabellen 1 bis 5 ersichtlich (siehe Anhang). In der Tab. 6 sind die prozentualen Zu- bzw. Abnahmen der einzelnen Parameter zusammengefaßt und für alle 5 Kliniken gemittelt. Es ergibt sich eine Zunahme der Ärzte im Untersuchungszeitraum um 14,8 %, der Patienten um 33,8 % und der Pflegekräfte um 7 %. Die Verweildauer hat im Mittel um 21,8 % abgenommen. Von einem Arzt werden in einem Jahr 18,7 % mehr Patienten versorgt.

Die technisch-diagnostischen Untersuchungen haben zwischen 20 und 200 % zugenommen; einzelne Verfahren sogar weit mehr, z.B. das Belastungs-EKG um weit über 1000 %. Die einzige Abnahme von Leistungen findet sich bei der Zahl der Operationen in der untersuchten chirurgischen Universitätsklinik. Diese Abnahme erklärt sich hauptsächlich durch die zunehmende Spezialisierung mit der Zunahme komplizierter, lang dauernder und personalintensiver Operationen. Sie stellt somit den Sonderfall eines Universitäts-Zentrums dar.

Die Tab. 7 zeigt die routinemäßig anfallenden Haupttätigkeiten eines Assistenzarztes einer medizinischen Klinik. Sie allein ergeben bereits eine Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche. Darunter sind die Arbeiten aufgeführt, die an dieser Klinik ebenfalls geleistet werden und eigentlich in

der 40-Std.-Woche untergebracht werden sollten. Dabei sind die einzelnen Tätigkeiten — das zeigt die Durchsicht — mit Minimalzeiten in Rechnung gebracht.

Interpretation der Ergebnisse

Die aus den Tabellen ersichtlichen Daten lassen folgende Interpretationen zu:

1. Die Arztzahlen sind zum Teil gestiegen. Diesem Anstieg stehen steigende Patientenzahlen und die verkürzte Liegedauer gegenüber, so daß die Anzahl der Patienten pro Jahr, die von einem Arzt betreut werden, sogar größer geworden ist: durchschnittlich ist sie um 19 % gestiegen. Es bleibt also weniger Zeit pro Patient; nicht einmal berücksichtigt ist hierbei die Verkürzung der Arbeitszeit im untersuchten Zeitraum.

Das Zahlenverhältnis Patienten pro Arzt hat sich seit 1970 verschlechtert.

2. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen haben in den siebziger Jahren drastisch zugenommen. Die meisten dieser Verfahren erfordern bei der Durchführung, alle bei der Auswertung und Beurteilung ärztliche Arbeitszeit. Bei steigenden Patientenzahlen pro Arzt geht diese Zeit zu Lasten des direkten Arzt / Patienten-Kontakts, d.h. es steht weniger zur Verfügung für die ärztliche Untersuchung am Krankenbett, für die Erhebung der Vorgeschichte, die Befragung von Angehörigen und die Aufklärung des Patienten. Die aus Zeitmangel kaum mögliche Fortbildung und Weiterbildung (trotz des sich immer schneller umwälzenden medizinischen Wissens) erschwert darüberhinaus den kritischen und gezielten Einsatz neuer technischer Verfahren. Die Konsequenz ist, daß der Einsatz der technischen Hilfsmittel unter Zeitdruck und nicht dem individuellen Krankheitsfall entsprechend entschieden wird. Der Patient durchläuft somit Teile des technischen Apparates ohne diagnostischen Nutzen. Denn effektiver, ökonomischer und patientenschonender Einsatz von Technik ist nur möglich, wenn die Krankenuntersuchung sorgfältig durchgeführt, die Krankenvorgeschichte ausgiebig erhoben wurde und der Arzt entsprechend qualifiziert fort- und weitergebildet ist. Bei steigenden Patientenzahlen pro Arzt ist die rasante Zunahme der technischen Medizin oft nur durch schematischen und ungezielten Einsatz der diagnostischen Apparate zu bewältigen.

Der Personalangel verkehrt teilweise den technischen Fortschritt vom diagnostischen Hilfsmittel zum Selbstzweck.

3. Eine Analyse der technischen Leistungen im Krankenhaus ergibt, daß die meisten neuen Verfahren nicht alte ablösen, sondern eher ergänzen, d.h. Diagnostik und Therapie wurden ausgeweitet. Kaum eine wesentliche technische Neuerung (von Labor-Maschinen abgesehen) spart Arbeitskraft — Sinne von Rationalisierung — ein. Im Gegenteil erfor-

dern die neuen apparativen Techniken in der Medizin mehr ärztliche und nichtärztliche Arbeitszeit. Der Zunahme der Diagnostik und Therapie steht keine entsprechende Vermehrung der ärztlichen Planstellen gegenüber.

Nicht nur durch die steigenden Patientenzahlen, sondern insbesondere durch die Ausweitung der Diagnostik und Therapie am Krankenhaus, hat eine Intensivierung der Arbeit stattgefunden.

4. Die Verschiebung der ärztlichen Arbeitszeit vom direkten Kontakt mit dem Patienten weg, hin zur Durchführung, Befundung und Bewertung technischer Untersuchungen — bei zusätzlicher Intensivierung der Arbeit — verschärft alle Probleme, die mit der Humanität im Krankenhaus zusammenhängen. Technische Eingriffe erfordern gerade wegen ihrer zunehmenden Kompliziertheit (abgesehen von der juristisch-medizinischen Pflicht) eine ausgiebige Aufklärung. Hierfür, sowie für Aufklärung über Krankheitsursachen im Sinne einer sekundären Krankheitsvorsorge steht aber nicht entsprechend mehr, sondern sogar weniger Zeit als früher zur Verfügung. Um die seelischen Belange und sozialen Folgen von Krankheit (Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzprobleme, Heimunterbringung, Rentenprobleme, Familienprobleme) kann sich der Arzt kaum mehr kümmern.

Die Technisierung der Medizin beansprucht den größten Teil der ärztlichen Arbeitszeit. Die psychosoziale Betreuung der Patienten hat sich dadurch verschlechtert.

5. Die Analyse der Wochenarbeit eines internistischen Stationsarztes erhellt konkret, was aus den allgemeinen Zahlen bereits geschlossen werden konnte (Tab. 7). Von der Erhebung des Aufnahmebefundes einmal abgesehen, ist auch in der Klinik ein Trend zur 3-Minuten-Medizin erkennbar, mehr Zeit steht in der Regel für den täglichen direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient nicht zur Verfügung. Interessant ist aber vor allem die Zusammenstellung der Tätigkeiten, die nicht mehr in den Zeitplan der 40-Std.-Wochen passen, von denen aber jeder weiß, daß sie tatsächlich anfallen und notwendig sind. Um alle aufgeführten Leistungen in einer Woche zu erbringen, gibt es drei Möglichkeiten:

- a) es werden Überstunden gemacht;
- b) Teile der Tätigkeiten werden in die Nachtdienste verlegt;
- c) es werden Abstriche gemacht bei Tätigkeiten, die von Vorgesetzten nicht oder nur schwer kontrolliert werden können (Aufklärung, Ausführlichkeit der Erhebung der Krankenvorgeschichte, Nachforschungen beim Hausarzt, Hilfestellung bei sozialen Problemen u.ä.).

Nach den Erhebungen des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte (BGÄ) Frankfurt zur Frage der Nachtdienst- und Überstundenhäufigkeit und nach den Diskussionen im BGÄ über diese Probleme, wird das wöchentliche Arbeitspensum über alle drei Mechanismen bewältigt:

- aa) in den ein bis zwei Nachtdiensten pro Woche werden regelmäßig Arztbriefe diktiert, die die geringen Ruhepausen weiter verkürzen;
- bb) es werden durchschnittlich 5 Überstunden pro Woche geleistet, die in 80 % der Fälle nicht bezahlt werden; die Wochenarbeitszeit beträgt im Durchschnitt 60 Stunden;
- cc) die fehlende Zeit wird dort eingespart, wo kein direkter Zwang bzw. Kontrolle durch Vorgesetzte besteht, insbesondere also im psychosozialen Bereich und in der Fortbildung.

Die ärztliche Arbeitszeit geht durch Überstunden und Nachtdienste weit über die 40-Std.-Woche hinaus. Übermüdete und überarbeitete Ärzte tragen zur Inhumanität am Krankenhaus bei.

6. Die von uns ermittelten Daten sind sicher nicht für alle Krankenhäuser Hessens repräsentativ. Es wurden jedoch auch keine Ausnahmefälle untersucht. Um so mehr verwundert der Vergleich mit den offiziellen Zahlen des statistischen Jahrbuchs Frankfurt 1976. Dort findet sich bereits 1975 ein Verhältnis Arzt pro Patienten von 1 : 122. Schon 1969 ist dort bei einer Zusammenstellung aus 22 Kliniken das Verhältnis mit 1 : 147 beziffert. Wir fanden 1979 unter Einbeziehung von zwei Universitätsabteilungen (wo die Gesamtarztzahlen wegen Lehr- und Forschungsaufgaben noch besonders günstig liegen) nur einen durchschnittlichen Schlüssel von 152,5 Patienten pro Arzt und Jahr.

In fünf großen hessischen Kliniken ist die ärztliche Versorgung heute schlechter als es offizielle Statistiken bereits für 1969 ausweisen.

Schlußfolgerungen

Eine Betrachtung der in den von uns untersuchten Kliniken angebotenen Leistungen widerlegt den von manchen Standesfunktionären und Politikern vorgebrachten Vorwurf von zuviel unnötiger Technik an unseren Krankenhäusern. Die größten Steigerungsraten beanspruchen anerkannt notwendige Verfahren wie Magen-Darm- und Leberspiegelungen, Belastungs-EKG's, Herzkatheter und Ultraschall-Untersuchungen. Im wesentlichen liegt also eine künstliche Aufblähung technischer Leistungen nicht vor. Dies heißt jedoch nicht, daß auf dem Gebiet der technischen Medizin alles in Ordnung ist. Fehlende Bedarfsanalysen bedingen auch heute noch eine fast planlose Verteilung der technischen Angebote der Krankenhäuser, so daß es für viele Patienten Glückssache ist, ob sie mit den modernsten Methoden untersucht und behandelt werden. Vorsicht ist jedoch geboten, wenn von interessierter Seite die mit Recht beklagte Inhumanität des Krankenhauses mit Fortschrittsfeindlichkeit verknüpft wird. Wenn die Fortschritte von Wissenschaft und Technik dem Patienten zugute kommen sollen, gibt es kein Zurück zum untertechnisierten Hundertbetten-Krankenhaus, das vielleicht dem Patienten mehr Wärme und Geborgenheit, aber keine Heilung bei komplizierten Erkan-

kungen bringen kann.

Die Technik an sich ist nicht inhuman, sie wird es erst durch den chronischen Personalmangel.

Auf die Fortschritte der Medizin hat der Patient einen gesetzlichen Anspruch. Jedoch darf die Verwirklichung dieses Anspruchs nicht auf Kosten der totalen Entpersönlichung des Patienten im Krankenhaus gehen, nur weil das notwendige Personal fehlt.

Bereits der dargestellte Teilbereich ärztlicher Tätigkeit zeigt, wie besorgniserregend sich die Verhältnisse im Krankenhaus in den letzten Jahren verschlechtert haben. Nicht nur der Augenschein, sondern auch bereits während unserer Untersuchung gesammeltes Material zeigen, daß sich prinzipiell gleichartige, insgesamt aber erheblich schwerer wiegende Entwicklungen im Pflegebereich abzeichnen.

Bei aller Notwendigkeit des rationalen und sparsamen Einsatzes der Gelder der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht weiter um das Problem herumgeredet werden, daß Hetze und Hektik von überarbeitetem Personal in unseren Krankenhäusern weiter um sich greifen, weil pflegerisches und ärztliches Personal fehlt. Eingeleitet wurde diese Entwicklung durch fehlgeplante gesetzliche Regelungen (KHG, KVKG, B.Pfl.satzverordnung), die einen Gegensatz zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gefördert haben. In dieser geplanten Interessenkollision — hier sparen müssen, dort einen hohen Leistungsstandard anbieten wollen — liegen die politischen und ökonomischen Ursachen der Verschlechterung der stationären Krankenversorgung.

Hieraus ergeben sich zwingende Forderungen:

1. Der Staat muß sich wieder zu seiner Verantwortung für eine optimale medizinische Versorgung bekennen. Eine Ausgabenpolitik, die sich an den Einnahmen orientiert, muß abgelöst werden durch eine systematische Planung und Befriedigung des tatsächlichen Bedarfs an gesundheitlichen Leistungen.
2. Die Anhaltszahlen für Pflegekräfte und Ärzte müssen dringend den Erfordernissen hochtechnisierter Kliniken, in denen die psychosoziale Betreuung der Patienten mehr denn je erforderlich ist, angepaßt werden.
3. Die bisher von zwei Gerichten anerkannten Forderungen nach Einhaltung der Arbeitszeitordnung, nach maximal einem Dienst pro Woche und Freizeitausgleich nach dem Nachtdienst, müßten schnellstmöglich vom Sozialminister in Wahrung seiner Fürsorgepflicht übernommen und der Stellenplan entsprechend erweitert werden.
4. Wir brauchen keine „Kosten“-Prüfungen mit Information der Personalräte als Alibifunktion. Was wir brauchen, ist die Überprüfung der medizinischen Effizienz der Krankenhäuser einschließlich des Sek-

tors der psychosozialen Betreuung. Die Personalräte verfügen in der Regel über Sachverstand und die Kenntnis ihres Hauses, um diese Arbeit zu leisten. Sie bedürfen dazu lediglich der Anleitung, der personellen und finanziellen Unterstützung durch das Sozialministerium. Bisher ist vom Sozialminister noch kein Schritt in dieser Richtung unternommen worden.

Unsere Untersuchung sollte ein erster Versuch sein, zu zeigen, daß die konkrete Sammlung von Fakten vor Ort durch die Betroffenen — in diesem Fall die gewerkschaftlich organisierten Ärzte — mehr Einsichten bringt, als technokratische Kostenprüfungen, deren Ergebnisse durch politische Vorentscheidungen geprägt sind. Wir sind überzeugt, daß es gesamtwirtschaftlich billiger wird, wenn der Patient besser betreut wird und das Personal humanere Arbeitsbedingungen hat. Das eine ist ohne das andere nicht erreichbar.

Anschrift für die Verfasser: Dr. E. Girth, Liliencronstraße 10, 6000 Frankfurt 1

Literatur zum Thema:

- M. Albrecht, G. Weinrich: Stellungnahme zur „Ärztenschwemme“, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3 (AS 27), Berlin/W. 1978
- J. Breddemann: Zielvorstellungen der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, in: AS 27
- M. Pflanz: Die sozialpolitische Lage des Arztes, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 2 (AS 17), Berlin/W. 1978
- V. Volkholz: Zur Notwendigkeit der Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1 (AS 8), Berlin/W. 1979
- P. Frör, I. Haag, D. Kirsch: Erfahrungen mit Mitbestimmungsformen in einem Großkrankenhaus, in: AS 8
- H. Kühn: Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenpolitik im Krankenhaus, in: Soziale Medizin VIII (AS 30), Berlin/W. 1979
- R.v. Waechter, P. Kastner: Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord, in: AS 30
- H. Kühn: Macht und Gesundheit. Politisch-ökonomische Bedingungen der Resistenz des Gesundheitswesens gegenüber Strukturveränderungen, in: Das Argument 113/1979

Tabelle 1

Universitätsklinik Ffm., Zentrum der Chirurgie				
	Ärzte ges.	Patienten	Pflege- tage	Verw. Dauer Pat./Arzt/ Jahr
1973	42	4689	73141	15,9 111,6
1977	42	5817	80463	14,0 138,5
	± 0 %	+ 24 %	+ 10 %	- 12 % + 24,1 %

Universitätsklinik Ffm., Leistungen des Zentrums der Chirurgie

	Gipse (station.)	Herzschrittmacher	Operationen
1973	199	284	8903
1977	321	825	7911
	+ 61,3 %	+ 190,5 %	- 11,2 % *

* Die geringe Abnahme erklärt aus der Zunahme langdauernder und personalintensiver Operationen.

Tabelle 2
 Universitätsklinik Ffm, Zentrum der inneren Medizin

	Ärzte ges.	Pat.	Pfl.Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/ Jahr *
1973	57	4098	87670	22,3	71,9
1977	57	5462	93481	17,7	95,8
	+ 0 %	+ 33,3%	+ 6,5 %	- 20,6%	+ 33,2 %

* die absolut niedrigen Zahlen ergeben sich durch Ausklammerung der poliklinischen Patienten.

 Universitätsklinik Ffm Leistungen des Zentrum der inneren Medizin

	EKG	Herakatheter	Endoskopien	Bronchoskop.	Labor (int.)
1973	16392	1092	2073	36	708327
1977	19170	1499	4120	257	1224220
	+ 16,9%	+ 37,3 %	+ 98,7 %	+ 614 %	+ 72,8 %

Tabelle 3

Stadtkrankenhaus Offenbach/Main, Med. Kliniken

	Ärzte ges.	Patienten	Pfl. Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/Jahr
1970	17	3261	90727	30,0	191,8
1976	26 *	5682 *	99963	23,4	218,5
	+ 52,9 %	+ 74,2 %	+ 10,1 %	- 22,0 %	+ 13,9 %

* 1974 Erweiterung des Krankenhauses und Eröffnung einer zweiten medizinischen Klinik

Stadtkrankenhaus Offenbach/Main, Leistungen der Medizinischen Kliniken

	EKG	Dezillogramme	Lungenfunktion	Bel. EKG	Phono	Herzkath.	Endoskopie	Röntgen (int)
1970	20357	361	141	36	144 (73)	0 14 (74)	547	27684
1977	54708	2190	498	439	209 (78)	146 (78)	799	77166
	+ 168,7 %	+ 506,6 %	+ 253,2 %	+ 1119,4 %	+ 44 %	+ 942 %	+ 46,1 %	+ 178,7 %

Tabelle 4
Stadtkrankenhaus Hanau, Medizinische Klinik

	Ärzte ges.	Patienten	Pfl.Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/ Jahr
1973	14	2963	53822	29,7	211,6
1977	17	3310	60617	22,1 *	204,8 (1976)
	+ 21,4 %	+ 11,7 %	+ 12,6 %	- 25,6 %	- 3,2 %

* ohne Nachsorge und Hepatitisstationen

Stadtkrankenhaus Hanau, Leistungen der Medizinischen Kliniken

	EKG	Bel.EKG	Phono	Herzkath.	Endoskop.	Lungenfunkt.	Konsiliarbes.
1973	11457	66	74	210	378	0	963
1977	14020	1193	203	339	975	278	1391 (1976)
	+ 22,4 %	+1707 %	+ 174,3 %	+ 61,4 %	+ 157,9 %		+ 44,4 %

Tabelle 5

Krankenhaus Nord-West, Ffm, Neurologische Klinik

	Kritik ges.	Patienten	PFlegestage	Verw. Dauer	Pat./Arzt/ Jahr
1970	10	1020	32128	32,2	102
1976	10	1286	30646	22,95	128
	+ 0 %	+ 26 %	- 4,2 %	- 29,8 %	+ 25,4 %

Krankenhaus Nord-West, Ffm. Leistung der Neurologischen Klinik

	EMG	EMG	Hirnszintigr.	Röntgen (neurolog.)	Labor
1970	1976	209	292	14214	22494 (1971)
1976	1965	1022	696	28860 *	60571 (1975)
	+ 24,7 %	+ 389 %	+ 124,6 %	+ 103 %	+ 169,3 %

* Hier sind Angio-, Enzephalo- und Myelographien enthalten, die 1970 noch nicht durchgeführt wurden.

Tabelle 6

Prozentuale Veränderung der Arzt- und Patientenzahlen zwischen 1973 und 1977

Klinik	Ärzte ges.	Patienten	Pfl.Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/Jahr
ZIM	+ 0 - 0	+ 33,3	+ 6,5	- 20,6	+ 33,2
STK Hansa	+ 21,4	+ 11,7	+ 12,6	- 25,6	- 3,2
Z.d.Chirurg	+ 0 - 0	+ 24	+ 10	- 12	+ 24,1
NW.Kr.H. *	+ 0 - 0	+ 26	- 4,2	- 28,8	+ 25,4
StKO **	+ 52,9	+ 74,2	+ 10,1	- 22	+ 13,9
	+ 14,8	+ 33,8	+ 7,0	- 21,8	+ 18,7

* 1970 - 1977

** 1970 - 1976

Tabelle 7:

Tagesablauf eines angestellten Krankenhausarztes (Innere Medizin)

<u>Vordaten:</u>	40 Stunden-Woche	
	1 (-2) Nachtdienste/Woche	
	durchschnittlich 20 Patienten pro Station	
	Funktionsuntersuchungen werden von speziellen Ärzten durchgeführt.	
<u>Aufschlüsselung der Tätigkeiten und der dafür benötigten Zeit</u> (bezogen auf die Woche).		
<u>Visiten:</u>	3 Min./ Pat. x 20 Pat. - 60 Min./Tag	
	- 1 Std./Tag x 5,5 Tage	
	(Mo. bis Freit. und jeden 2. Samstag)	5,5 Std/Wo.
<u>Schichtübergabe mit Schwestern</u> (mittags)		1,5 Std/Wo.
<u>Medizinische Fortbildung</u>		1,5 Std/Wo.
<u>Röntgendemonstration</u> (tägl., ca. 50 Min.)		4,0 Std/Wo.
<u>Path.-anatom. Demonstration</u> (1 x/Wo.)		1,0 Std/Wo.
<u>Klinikbesprechung unter Ärzten</u> (mittags)		1,5 Std/Wo.
<u>Anamnese und Aufnahmebefund neuer Patienten</u>		
	(durchschn. 10 neue Pat./Woche, Verbleib bei Pat. 1 Std. - 10 x 1 Std.)	10,0 Std/Wo.
<u>Studium alter Krankenblätter und externer Befunde</u>		1,0 Std/Wo.
<u>Blutentnahmen, Spritzen, Infusionen anlegen</u>		4,0 Std/Wo.
<u>Formularunterschriften und Befundauswertungen:</u>		
	(Anforderung von Untersuchungen, Laborzettel unterschreiben, EKG usw. befunden)	3,0 Std/Wo.
<u>Kurzarztbrief, Entlassungsbefund und -gespräch</u>		1,5 Std/Wo.
<u>Arztbriefe diktieren</u> (bei 10 Pat./Wo., zw. 25 und 30 Min./Brief x 10 = 270 Min.)		4,5 Std/Wo.
<u>Kleine Funktionsuntersuchungen</u> Belastungs- u. Langzeit-EKG auswerten, Enddarunters. durchführen usw.)		1,0 Std/Wo.
		40,0 Std/Wo.

Es fehlen: Wegezeiten (Befunde erfragen, dringende Röntgenbilder suchen), Aufklärung von Patienten, Gespräche mit Angehörigen, Telefonate mit Konsiliar- und Rücksprache mit Hausärzten, Besprechungen mit Oberärzten am Krankenbett, Nachlesen, Ambulanztätigkeit, Notarztwageneinsatz, Studentenbetreuung, Telefonate und Gespräche wegen sozialer Belange der Patienten, Bescheinigungen, Kuranträge, sonstige Korrespondenz. *Insbesondere fehlen* auch die täglich bei einzelnen Patienten anfallenden Sonderuntersuchungen (Punktionen, Untersuchungen und Betreuung bei Befundverschlechterungen und Auftreten neuer Krankheitssymptome), Urlaubs- und Krankheitsvertretung.

Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität

1. Vorbemerkung

Fragt man nach mehr als 150 Jahren Geschichte des Alkoholismus als Massenkrankheit und als Forschungsgegenstand nach dem Erkenntnisniveau heute, ist die Antwort deprimierend. Speziell auf dem Gebiet der Epidemiologie, insbesondere der Sozialätiologie hat die Forschung in der BRD noch nicht einmal den Stand eingeholt, den namhafte Sozialmediziner wie etwa *Grotzahn*¹ oder *Laquer*² bereits um die Jahrhundertwende erreicht hatten. Andererseits hat die reale Entwicklung des Alkoholismus in der BRD mit derzeit etwa 1,6 Millionen Betroffenen Dimensionen angenommen, die Fragen nach dem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Fehlentwicklungen geradezu herausfordern.

Verantwortlich für den mangelhaften Wissensstand im Bereich der Sozialepidemiologie, in dem sich Fortschritte nur mittels Großforschungsprogrammen realisieren lassen, ist in erster Linie die verfehlte Forschungspolitik des Staates. Zwar läßt sich beim Alkoholismus seit 1970 eine staatliche Förderung der Forschung erkennen³, doch gemessen an der Größenordnung des Problems und nicht zuletzt auch im Verhältnis zum Alkoholsteueraufkommen von rd. 5,5 Milliarden DM allein 1978⁴, sind die aus Bundes- und Landesetats bereitgestellten Mittel so verschwindend gering und derart unkoordiniert eingesetzt⁵, daß allein schon diese Planlosigkeit und finanzielle Restriktivität auf der Ebene der Forschungspolitik das entgegen aller öffentlichen Propaganda⁶ reale Ausmaß der Gleichgültigkeit des Staates gegenüber den Problemen des Alkoholismus und der Alkoholkranken sichtbar werden läßt und damit die allgemeine Begrenztheit und Interessengebundenheit gesundheitspolitischer Interventionen des Staates bestätigt, die aus seiner Funktion als Garant des Monopolprofits⁷ resultiert.

Als weitere wesentliche Schranke gegen eine umfassende Analyse des Alkoholismus, vor allem seiner gesellschaftlichen Ätiologie, und zugleich als Basis zur Verteidigung der Rotstiftpolitik des Staates (s. dazu Pkt. 7) muß die parallel zum Anstieg der Alkoholkrankenzahlen zunehmende Verfestigung ideologischer Positionen begriffen werden. Dieser ideologische Trend dokumentiert sich geradezu beispielhaft im Begriff des sog. *Wohlstandsalkoholismus*, der inzwischen fast schon als Dogma propagiert wird: in der wissenschaftlichen Literatur⁸ nicht weniger als auf der

Ebene staatlicher Öffentlichkeitsarbeit.⁹ Diese Entwicklung überrascht kaum. Ist doch die Formel des Wohlstandsalkoholismus gerade heute in einer Zeit, in der die Krisenhaftigkeit des kapitalistischen Systems wieder in aller Schärfe zutage tritt und mit zunehmendem Verlust an Lebensstandard und sozialer Sicherheit, mit Armut und Arbeitslosigkeit immer größer werdende Teile der Bevölkerung trifft, äußerst dienlich, die systembedingten Ursachen für den Anstieg von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit zu verdecken.

Die *ideologische Einheit* von Wohlstand und Alkoholismus negiert nicht nur die Pathogenität z.B. von ökonomischer Instabilität, beruflicher Dequalifikation und sozialer Perspektivlosigkeit¹⁰, sondern suggeriert zudem ein spezifisches, vorgeblich nur auf wohlhabende Schichten ausgerichtetes Verteilungsmuster des Alkoholismus und bestärkt damit die Tendenz des völligen Vorbeigreifens der administrativen Planung am wirklichen Gesundheitsbedarf. Dieser Problematik ist im folgenden im Zusammenhang mit der Bestimmung des Größenpotentials des Alkoholismus in der BRD, seiner sozialstrukturellen Verteilung sowie der sozialen Ungleichheit in der Behandlung anhand verschiedener Einzelmaterien und eigener Untersuchungsbefunde nachzugehen.

2. Schätzung der Gesamtprävalenz des Alkoholismus (Alkoholgefährdete einschl. bereits Alkoholabhängige*)

Bei der gesundheitspolitisch so relevanten Frage nach dem tatsächlichen Ausmaß des Alkoholismus in der BRD wird die Fehlorientierung der staatlichen Forschungspolitik besonders offenkundig. Denn es zeigt sich, daß die ohnehin schon knappe Forschungskapazität zu dieser Thematik überwiegend von Studien absorbiert wird, die unter dem Etikett der 'Soziopsychiatrie des Alkoholismus'¹¹ wissenschaftlich bereits entwickelte Standards der Sozialepidemiologie weit unterschreiten und mit ihrer eingegengten Perspektive lediglich auf das Konsumverhalten der Bevölkerung auf der Ebene von *Marktanalysen*¹² verbleiben, damit objektiv mehr dem Verwertungsinteresse der Alkoholmonopole i.S. einer möglichen Raffinierung von Absatzstrategien dienen als der Planung präventiver und kurativer Gesundheitsmaßnahmen.¹³ Da diese Studien wie zahlreiche andere von der unzulänglichen Prämisse ausgehen, von Alkoholkonsumdaten auf die Prävalenz des Alkoholismus schließen zu können¹⁴, sind sie für unsere Fragestellung sämtlich unbrauchbar. Es existieren überhaupt nur drei Untersuchungen, die das Ausmaß des Alkoholismus *direkt* und *repräsentativ* zu erheben versuchten. Sie datieren aus den Jahren 1973 (Bremen), 1974 (BRD u. West-Berlin) und 1976 (Bayern): s. Tabelle 2 und 3.

* Soweit auf Studien zur Gesamtprävalenz (wahre Prävalenz) Bezug genommen wird, ist der Begriff des Alkoholismus, wenn nicht ausdrücklich anders definiert, in diesem Sinne zu verstehen.

2.1. Zur Entwicklung der Gesamtprävalenz

Wenngleich aus früheren Jahren lediglich Grobschätzungen vorliegen, die aufgrund unterschiedlicher Methodik und statistischer Güte mit den jüngsten Daten (s. Tab. 2) nur sehr begrenzt vergleichbar sind, kann in Übereinstimmung mit mehreren Autoren¹⁵ angenommen werden, daß die Gesamtprävalenz (wahre Prävalenz) des Alkoholismus in der BRD seit 1950 bei offensichtlich gleichzeitig zunehmender Angleichung der Geschlechter¹⁶ um ein Mehrfaches angestiegen ist.¹⁷ Diese Entwicklung findet ihre (wenn auch nur indirekte) Bestätigung in verschiedenen administrativ erfaßten Verlaufsdaten z.B. aus dem Bereich der Rentenversicherung (Frühinvaliditätsentwicklung infolge von Alkoholismus: s. dazu gesondert Pkt. 6.) oder aus dem stationär-psychiatrischen Sektor (s. Tab. 1), dessen enorm hohen Zuwachsraten auf der Ebene der Prävalenz (Erst- und Wiedereinweisungen) insbesondere der Inzidenz (nur Erstaufnahmen) keineswegs nur strukturelle, institutionelle oder versicherungsrechtliche Veränderungen und kapazitäre Ausweitungen im Versorgungsangebot widerspiegeln, sondern unzweifelhaft auch reale Zunahmen des Alkoholismus in der Bevölkerung.¹⁸

Tabelle 1:

Entwicklung der behandelten Prävalenz und Inzidenz des Alkoholismus in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (PLKH) des Landschaftsverbandes Rheinland von 1960 bis 1978

Jahr	Patientenzugang ¹ insgesamt	Alkoholranke Prävalenz		Alkoholranke Inzidenz	
		A abs.	B abs.	C % von A	D abs.
1960 ²	9685	513	5,3	282	2,9
1962	10441	679	6,5	313	3,0
1964	11686	900	7,7	468	4,0
1966	12628	1237	9,8	685	5,4
1968	14008	1375	9,8	764	5,5
1970 ³	15941	2842	17,8	1301	8,2
1972	18321	3940	21,5	1935	10,6
1974 ⁴	21032	5719	27,2	2870	13,6
1976	23074	6371	27,6	3030	13,1
1978	24006	7233	30,1	3658	15,2
Zuwachsrate:	2,5-fach	14,0-fach		13,0-fach	

1 alle Diagnosen

2 PLKH Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld, Viersen

3 ab 1969 zusätzlich Fachklinik Brauweiler

4 ab 1973 zusätzlich PLKH Mönchengladbach und Essen; ab 1974 zusätzlich PLKH Köln

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, Abt. Gesundheitspflege, Köln, 1978.
Ich danke Herrn Engels für die EDV-Bearbeitung meiner Fragestellungen.

2.2. Zum derzeitigen Umfang der Gesamtprävalenz

Wurde die Gesamtprävalenz 1968 noch allgemein mit rd. 600000 eingeschätzt¹⁹, so gelangt man heute (s. Tab. 2) auf der Basis der schon genannten und wegen ähnlicher Operationalisierung des Alkoholismusbegriffs ineinander überführbaren Repräsentativerhebungen von 1974 und 1976 zu einer Gesamtzahl von über 1,6 Millionen Alkoholgefährdeten bzw. bereits Alkoholabhängigen im Alter von 15 bis 64 Jahren (= 4,2 % dieser Bevölkerungsgruppe), bei denen präventive, vor allem Frühbehandlungs-, aber auch schon kurativ-rehabilitative Gesundheitsmaßnahmen notwendig wären (vgl. die Prävalenzraten der Bremen-Studie, die bereits *abhängige* Trinker ausweisen, jedoch aufgrund der spezifisch großstädtischen Bedingungen nicht in eine Hochrechnung auf

Tabelle 2:

Gesamtprävalenz des Alkoholismus¹ nach Geschlecht und Alter in Prozent und Absolutzahlen der jeweiligen Bevölkerungsgruppe

Jahr	Gebiet	Stichprobe	Gesamt	Männer	Frauen
1973 ²	Bundesland Bremen	N = 510 über 16 J	4,1 ⁵	5,1 ⁵	3,2 ⁵
1974 ³	BRD und West-Berlin	N = 1952 20-64 J	4,0	7,0	1,0
1976 ⁴	Bundesland Bayern	N = 2441 12-24 J 15-20 J	6,0 5,5	8,0	4,0

1976 absolut: ca. 240.000 (15-20 J) BRD u. West-Berlin⁶

1974 absolut: ca. 1.400.000 (20-64 J) BRD u. West-Berlin
gesamt: ca. 1.640.000 (15-64 J) BRD u. West-Berlin

- erhoben auf der Basis von Fragebögen (Selbsteinschätzung). Unter Alkoholismus wird ein Trinkmuster verstanden, das sich durch abhängiges Trinkverhalten und durch alkoholbedingte Folgen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht definiert (in Bremen-Studie ohne somatische Schäden; näheres s. Feuerlein u. Küfner, 1977, S.90-93).
- Wieser, St. u. Feuerlein, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen. In: Fortschr. Neurol. Psychiat., 8, 1976, S.447-461.
- Feuerlein, W. u. Küfner, H.: Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Arch. Psychiat. Nervenkr., 224, 1977, S.89-106.
- Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Dokumentation über eine Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern 1976, hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren, München, 1978.
- bezogen auf psychisch abhängiges Trinken (morgendliches Trinken, Kontrollverlust, psychosoziale Belastungen), s. Wieser u. Feuerlein, a.a.O., S.460.
- berechnet nach: Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1975, Bonn, S.15.

die BRD eingehen können.²⁰ Mit diesen Studien liegt erstmals eine empirisch begründete Direktschätzung zur Alkoholismusprävalenz in der BRD vor. Jedoch ist einschränkend zu betonen, daß die schmale Datenbasis von lediglich zwei bzw. drei Erhebungen und darüberhinaus eine Reihe methodischer Probleme der Untersuchungen selbst²¹ es nicht erlauben, die Frage nach dem tatsächlichen Ausmaß des Alkoholismus in ihrer Komplexität und im Verhältnis zu ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung mit dieser Schätzung als hinreichend gesichert beantwortet anzusehen.

3. Sozialstrukturelle Verteilung der Gesamtprävalenz des Alkoholismus*

Die Zahl der Studien, die sozialstrukturelle Kriterien überhaupt nicht miteinbeziehen, ist außerordentlich groß. Der damit zum Ausdruck kommende Anachronismus rein biologischer Betrachtung des Alkoholismus widerspiegelt die Rückständigkeit, aber auch die Interessengebundenheit epidemiologischer Forschung in der BRD und ihrer Auftraggeber in Staat und Gesellschaft. Sofern Sozialdaten Berücksichtigung finden, unterliegen ihnen stets implizite oder explizite Schichtungsmodelle, deren Problematik bei der Bestimmung sozioökonomischer Positionen in kapitalistischen Systemen sich darin gründet, daß sie lediglich Oberflächenstrukturen gesellschaftlicher Vorgänge erfassen, da sie Kernbereiche der Gesellschaftsverfassung, vor allem Besitz-, Herrschafts- und Abhängigkeitsverhältnisse eliminieren und damit qualitative Differenzen in der Sozialstruktur zu bloß graduellen verflachen.²² Mehr Realitätsnähe wird erreicht, wenn Schichtreiter in Berufshierarchien operationalisiert werden. Jedoch sind deren Kategorien in der Regel uneinheitlich und diffus, somit wenig kontrollierbar (wie z.B. die Gesamtgruppe: Selbständige, s.u.), oder es werden subjektive Bewertungen mit objektiven Positionen im Organisationssystem der gesellschaftlichen Arbeit (z.B. bei der Kennzeichnung: leitende Angestellte und Beamte) ebenso vermischt wie formale Berufsklassifizierungen mit den je konkreten Qualifikations- und Tätigkeitsstrukturen.

Wenngleich diese theoretisch-methodische Problematik zusammen mit der begrenzten Datenbasis präzise Bestimmungen sozialstruktureller Zusammenhänge erschwert (z.Z. gibt es insgesamt nur 3 auf Gesamtprävalenz, Sozialdaten *und* direkte Erfassung des Alkoholismus bezogene Repräsentativerhebungen in der BRD), so lassen sich eine Reihe allgemeiner Aussagen aus den vorliegenden Einzelstudien extrapolieren (s. Tab. 3). Entgegen der aus der Ideologie des Wohlstandsalkoholismus abgeleiteten These (s. Pkt 1.) und entgegen der in der Fachliteratur ebenso nicht seltenen Behauptung der Gleichverteilung²³ (auch in der Psychiatrie-Enquête²⁴) zeigt Tabelle 3 eine innerhalb der Sozialstruktur erhebli-

* siehe Punkt 2.

Tabelle 3:

Gesamtprävalenz des Alkoholismus¹ nach Berufsstand bzw. Schicht und Geschlecht in Prozent der jeweiligen Kategorie

Jahr:	1973 ²		1974 ²		1976 ²		
Gebiet:	Bremen		BRD und West-Berlin		Bayern		
Alter:	über 16 J		20-64 J		12-24 J		
Berufsstand	G	M	F	Berufsstand	G	Schicht	G
S + F	3,0 ³	9,0 ³	3,0 ³			OS	4,0
A + B 1	3,3	4,0	1,0*			o-MS	5,0
A + B 2	1,5	6,0	1,0	A + B	6,0	MS	6,0
F-Arb	4,2	6,0	3,0	F-Arb	8,0	u-MS	6,0
U-Arb	6,1	10,0	1,0*	U-Arb		US	8,0
				A-los	14,0		

*) kleiner 1,0

1 s. Anm. 1 Tab. 2

2 zur Quellenangabe s. Anm. 2-4 in Tab. 2; aus Bremen-Studie wurden die Prozentsätze der sog. Itemauswahlgruppe als härteste Kriteriengruppe ausgewählt; näheres s. Wieser u. Feuerlein, a.a.O., S.455.

3 diese Prozentsätze beziehen sich auf Selbständige einschließlich Landwirte und Freiberufliche; für 1974 zusammengefaßt berechnet nach: Infratest-Erhebung, München 1975. Die Infratest-Erhebung ist die ausführliche Datenfassung der Publikation von Feuerlein u. Kufner, a.a.O.

Die Abkürzungen bedeuten: G: Männer u. Frauen zusammen; M: Männer; F: Frauen; S + F: Selbständige einschl. Landwirte u. Freiberufliche; A + B1: leitende Angestellte u. Beamte; A + B 2: ausführende Angestellte u. Beamte; F-Arb: Facharbeiter; U-Arb: un- und angelernte Arbeiter; A-los: Arbeitslose; OS: Oberschicht; MS: Mittelschicht mit 3 Unterteilungen wie üblich; US: Unterschicht.

che Variation der schicht- bzw. berufsstandbezogenen Alkoholismusraten, die in den untersten Schichten der Arbeiterklasse durchgängig am höchsten liegen. Für Männer kann dies als eindeutiger Befund gewertet werden.²⁵ Geht man weiterhin nach dem Kriterium der Übereinstimmung zwischen den Studien, dann ergibt sich für Facharbeiter (Männer und Frauen) die zweithöchsten Alkoholgefährdungs- bzw. Erkrankungsquoten. Bei allen anderen Kategorien sind die Zahlen schwer interpretierbar (auf die hohe, hier mit 14 % ausgewiesene Alkoholismusquote bei Arbeitslosen ist noch gesondert einzugehen, s. Pkt. 4.). Innerhalb der Angestellten- und Beamtengruppen fallen die Alkoholismusraten uneinheitlich aus, doch unterschreiten sie deutlich die der Arbeiterschaft. Einen Sonderfall stellt die Gesamtgruppe der Selbständigen dar (einschl.

Landwirte, Freiberufliche), nicht nur in den vorliegenden Untersuchungen. Man muß allgemein sehen, daß sich die so kategorisierten Erwerbstätigen aus recht heterogenen sozioökonomischen Positionen rekrutieren und nicht, wie so häufig, pauschal als Unternehmer, Spitzenverdiener oder sozial Gesicherte mystifiziert werden dürfen: Nur 11,1 bzw. 6,3 % der außerhalb der Landwirtschaft selbständigen Männer bzw. Frauen verfügen über mehr als 10 abhängig Beschäftigte, und 57,1 bzw. 81,3 % arbeiten allein oder mit einem Mitarbeiter.²⁶ Der weitaus größte Teil setzt sich demnach z.B. nach Einkommen, sozialer Sicherheit oder Arbeitsbelastungen sehr gemischt zusammen: aus niedergelassenen Ärzten, selbständigen Handwerkern, Kioskbesitzern, Gastwirten, ambulanten Händlern usw. Untergliedert man insbesondere die Gesamtgruppe der Selbständigen nicht²⁷, so sind, wie im Fall der vorliegenden Studien, aussagekräftige Dateninterpretationen kaum möglich. Zudem differieren gerade in dieser Kategorie die Alkoholismusraten beträchtlich, offensichtlich aufgrund unterschiedlicher Stichprobenzusammensetzung. So läßt sich für die Erhebung von 1974, deren Prozentsätze auffallend abweichen, eine deutliche Überrepräsentation der Selbständigen feststellen²⁸, die vermutlich die Alkoholismusquoten i.S. einer systematischen Selektion nach oben verzerrt. Genauer ist die Bremen-Studie, deren Prozentsätze sich darüberhinaus direkt auf psychisch abhängige, durch morgendliches Trinken, Kontrollverlust und psychosoziale Belastungen charakterisierte Alkoholiker beziehen (s. auch Anm. 5, Tab. 2) und im Gegensatz zur 1974er Studie z.B. rechtliche oder somatische Folgen, die sich auch bei nur exzessivem Trinken einstellen können, ausgrenzen. Unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes und des Stichprobenfehlers von 1974 können die Ergebnismuster der Tabelle 3 i.S. einer fast kontinuierlichen Zunahme der Alkoholismusraten mit absteigender Schicht- bzw. Berufsposition interpretiert werden. Bei Männern offenbar eindeutiger als bei Frauen, da die Alkoholgefährdungs- bzw. Erkrankungsquote bei Facharbeiterinnen sichtbar höher liegt als bei Un- und Angelernten (s. auch Pkt 3.1., Tab. 4). Noch augenscheinlicher wird dieses (auch von anderen, jedoch nicht unmittelbar vergleichbaren Studien²⁹ bestätigtes) Gesamtverteilungsprofil, verlängert man die Hierarchie nach unten und gliedert die *Arbeitslosen* mit ein und vor allem die von der staatlichen Öffentlichkeitsarbeit und der Forschung nahezu völlig ignorierten *Armut- und Elendsschichten* in der BRD wie z.B. die etwa 800000 seßhaften und nichtseßhaften *Obdachlosen*³⁰, deren Alkoholismusraten z.T. auf mehr als 50 % geschätzt werden.³¹ Sie stellten z.B. im Jahr 1977 mit 18,3 % den größten Anteil unter sämtlichen Alkoholkrankengruppen (u.a. Facharbeiter, Hausfrauen usw.) in den insgesamt etwa 90 Beratungsstellen der *Diakonie*.³²

Stellt sich das Alkoholismusproblem hinsichtlich der epidemiologi-

schen Verteilung je nach gesellschaftlicher Schicht verschieden, so muß dies zweifellos auch für die *Erscheinungsbilder des Alkoholismus* gelten. Doch außer einigen Erfahrungsberichten darüber, daß sich unter den drückendsten Arbeits- und Lebensbedingungen (einschließlich der besonderen Mißstände in der Gesundheitsversorgung der sozial schwachen Schichten, s. Pkt 5.) auch die schwersten Formen des Alkoholismus hausbildeten³³, was sich durch Daten der Rentenversicherung indirekt bestätigen läßt (s. Pkt 6.), liegt zu dieser Thematik sonst kaum verlässliche Empirie vor. Allerdings gibt die Bremen-Studie einige Aufschlüsse: Un- und angelernte Arbeiter (Männer und Frauen zusammengefaßt) zeigen hinsichtlich Kontrollverlust, Rauschtrinken sowie sozialer und psychischer Probleme (Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Schuldgefühle und Fremdvorwürfe im Zusammenhang mit Alkohol) ein gegenüber allen anderen Berufsgruppen signifikant ausgeprägteres, damit progredienteres und einschneidenderes Alkoholismusklientel.³⁴

3.1. Sozialstrukturelle Verteilung der behandelten Prävalenz des Alkoholismus

Zieht man die relativ zahlreichen, entweder aufgrund unterschiedlicher methodischer Mängel oder infolge ihres gezielten Bezugs auf Einzelaspekte unbrauchbaren Studien ab (z.B. all jene, die lediglich die Patientenstrukturen in *einer* Institution analysieren³⁵), dann verbleibt auch zu dieser Thematik nur eine begrenzte Auswahl statistischer Materialien. Die von *Wanke* 1974 ermittelten Daten aus verschiedenartigen Einrichtungen (s. Tab. 4, Anm. 6) können für die gesamte stationäre Psychiatrie als ebenso repräsentativ gelten wie die Erhebungen der *Diakonie* und *Caritas* für den Beratungsstellenbereich innerhalb der ambulanten Alkoholkrankenversorgung. Aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte, der Fachärzte für Neurologie oder Psychiatrie und der Psychotherapeuten sind keine Untersuchungen zur Sozialstruktur ihrer Alkoholismusklientele bekannt, lediglich Zahlen zum Anteil des Alkoholismus an allen Diagnosen.³⁶ Ebenso fehlen Informationen über den Bereich der Selbsthilfegruppen³⁷, der Anonymen Alkoholiker usw. Daher können verlässliche Aussagen nur zu zwei, quantitativ allerdings sehr umfassenden Bereichen gemacht werden: dem stationär-psychiatrischen Sektor mit etwa 60000 Aufnahmen von Alkoholikern pro Jahr³⁸ und dem öffentlich organisierten, ambulanten Sektor, der durch die 90 bzw. 100 Fachambulanzen der *Diakonie* bzw. *Caritas* mit zusammen ca. 50000 alkoholgefährdeten bzw. abhängigen Patienten jährlich gut repräsentiert ist.³⁹

Zu Tabelle 4: Bezugsgrößen sind hier die jeweiligen Anteile innerhalb der *Erwerbstätigenstruktur* (vgl. E-Werte in Tab. 4). In Relation zu diesen Vergleichszahlen ist eine über alle Sektoren, Institutionen und Jahre übereinstimmend hohe Überrepräsentation der männlichen und weiblichen

Tabelle 4 : Verteilung der behandelten Prävalenz (P) des Alkohollismus nach Berufsstand und Geschlecht (g: gesamt; m: Männer; f: Frauen) in ambulanten (A) und stationären (S) Institutionen im Vergleich zur Erwerbstätigenstruktur (E) in der BRD

Institution: Jahr :	Caritas (A) 1				Caritas (A) 1				Diakonie (A) 2			
	1971				1974				1976			
Berufsstand	P _g	E _g	P _m	E _m	P _f	E _f	P _g	E _g	P _g	E _g	P _g	E _g
S + f	5,6	10,6	4,8	12,3	3,7	5,9	5,6	9,9	5,6	9,9	5,6	9,9
A + B 1							5,1	4,2	5,1	4,2	5,1	4,2
A + B 2							18,9	37,9	18,9	37,9	18,9	37,9
A + B 1/2	19,0	40,1	17,2	35,9	42,5	51,5						
F-Arb	35,3	19,8	34,7	26,9	11,6	2,2			26,7	17,2		
U-Arb	40,2	29,5	26,5	23,1	24,0	37,4			20,0	26,1		
A-los	100,0	100,0										
	nicht erfaßt		16,9	1,9	18,3	3,0	25,8	4,3				
N 3	nicht bekannt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			9 802		1 533		7 254					

** Prävalenzanteil über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

* Prävalenzanteil unter Berücksichtigung des zu vermutenden Anteils unter den Arbeitslosen (vgl. die Zahlen von Caritas, 1971 u. 1977) wahrscheinlich ebenfalls über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

1 Hilfe für Suchtkranke, hrsg. von Deutschen Caritasverband, Freiburg, 1975, S. 8.

2 Jahresbericht 1976, hrsg. von Gesamtverband f. Suchtkrankenhilfe in Diakonischen Werk der EKID, Kassel, 1977, S. 19.

3 die Klientele setzen sich allgemein aus Suchtkranken zusammen, davon ca. 75 - 90 % je nach Institution Alkoholiker.

Zu weiteren Anmerkungen s. Fortsetzung von Tabelle 4.

Fortsetzung von Tabelle 4 : Verteilung der behandelten Prävalenz des Alkoholismus

Institution: Jahr :	Caritas (A) ⁴				Diakonie (A) ⁵		Wanke (S) ⁶			
	1977				1977		1974			
Berufsstand	P _n	E _n	P _f	E _f	P _g	E _g	P _n	E _n	P _f	E _f
S + F	5,6	12,4	3,4	5,9	4,2	9,8	5,6	12,3	4,0	5,9
K + B 1					6,9 **	4,2				
A + B 2					16,5	38,3				
A + B 1/2	23,4	39,1	55,6	54,7			16,6	35,9	39,2	51,5
f-Arb	41,6 **	26,1	14,7 **	2,1	27,8 **	17,1	29,9 **	26,9	8,6 **	2,2
w-Arb	29,4 **	22,4	26,3	36,3	23,6 *	26,0	33,2 **	23,1	28,0	37,4
	100,0	100,0	100,0	100,0						
A-los	30,3 **	3,7	34,4 **	6,0	21,0 **	4,2	14,8 **	1,9	20,2 **	3,0
					100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N ³	5 678		1 358		ca. 8 000		1 400		421	

⁴ Hilfe für Suchtkranke, hrsg. von Deutschen Caritasverband, Freiburg, 1978, S. 8.

⁵ Jahresbericht 1978, hrsg. von Gesamtverband f. Suchtkrankenhilfe in Diakonischen Werk der EKID, Kassel, 1979, S. 10.

⁶ Wanke, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychiatrie-Enquête, Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975, S. 492. (Repräsentative Stichprobe verschiedener stationärer Einrichtungen: Psychiatrische Landeskrankenhäuser, Universitätskliniken, städtische Fachabteilungen, Privatklinik; städtische, ländliche und gemischte Einzugsgebiete; unterschiedliche Größe bzw. Bettenzahl).

Zu den Berufsstandsabkürzungen s. Tabelle 3.

(Eigene Berechnungen: von allen in den Erhebungen genannten Gruppen (zusätzlich waren z.B. noch Hausfrauen, Rentner erfasst) wurden nur die o.g. Gruppen ausgewählt. Ihre Gesamtprävalenz wurde gleich 100 gesetzt und auf dieser Basis der jeweilige prozentuale Anteil berechnet. Die Erwerbstätigenstrukturdaten wurden berechnet nach: Arbeits- und Sozialstatistik, 9/10, 1978, S. 313; Laisevitz, A.: Klassen in der BRD heute. Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt, 1977, S. 95 (zum Facharbeiteranteil in männlicher u. weiblicher Arbeiterschaft); Mikrozensus 1973 u. 1976 v. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, persönliche Mitteilung des Antes vom 2. 4. 1979 (zum Anteil der leitenden Angestellten u. Beamten innerhalb der Gesamtgruppe der Angestellten u. Beamten).

lichen Arbeitslosen, der Facharbeiter (ebenfalls bei beiden Geschlechtern) sowie der un- und angelernten Arbeiter unter den Alkoholkranken festzustellen. Gegenüber diesen recht eindeutigen Befunden lassen sich die Ergebnisse bei den leitenden Angestellten und Beamten (s. *Diakonie* 1976, 1977; A + B 1) kaum interpretieren, da nicht ausgeschlossen werden kann, daß die Differenzen zwischen den Prävalenz- und Erwerbstätigenanteilen auf definitorischen Divergenzen beruhen.⁴⁰ Betrachtet man die Gruppe der Angestellten und Beamten insgesamt (A + B 1/2), dann scheinen die Erwerbstätigenquoten bei den Männern unterschritten zu werden (s. *Caritas* 1977, *Wanke* 1974), während sie bei den Frauen den Prävalenzraten in etwa entsprechen (s. *Caritas* 1977), auch unter Berücksichtigung ihres zu vermutenden Anteils unter den Arbeitslosen (s. *Caritas* 1974, *Wanke* 1974). Deutlich und durchgängig unterrepräsentiert unter den Alkoholkranken sind offenbar die un- und angelernten Arbeiterinnen (vgl. auch Tab. 3), aber auch die selbständigen bzw. freiberuflichen Männer und Frauen, deren Ambulanzanteil sich bei Einbeziehung aller Dienste (d.h. auch Fachärzte, Psychotherapeuten usw.) vermutlich etwas erhöhen dürfte.

Dieses Profil der Behandlungsprävalenz im gesamten stationären und öffentlich-ambulanten Sektor kann als weitgehende Bestätigung der aus Tabelle 3 abgeleiteten Schlußfolgerung zur Gesamtprävalenzstruktur des Alkoholismus gewertet werden. Jedoch nur summarisch, nicht in jedem Einzelergebnis, zumal ein unmittelbarer Vergleich infolge zu geringer empirischer Konsistenz in beiden Datenbereichen unmöglich ist. Eine solche direkte Vergleichsanalyse wäre allerdings wichtig, um z.B. ausgehend von Differenzen zwischen den sozialstrukturellen Verteilungen der Gesamt- und Behandlungsprävalenz klassen- und schichtspezifische Selektionsmechanismen im System der Gesundheitssicherung offenlegen zu können (s. speziell dazu Pkt 5.). Jedoch scheint zumindest für eine Gruppe ein derartiger Zusammenhang schon jetzt nachweisbar zu sein: Im ambulanten Bereich sind die un- und angelernten Arbeiter unter den Alkoholkranken offensichtlich nicht ihrem Anteil an der Gesamtprävalenz entsprechend vertreten (vgl. Tab. 3 mit Tab. 4: *Caritas* 1977). Für die Annahme, daß gerade diese Gruppe der Alkoholkranken nur in begrenztem Umfang Zugang zu ambulanten Institutionen und somit auch zu potentiellen Frühbehandlungsmaßnahmen findet (aber umso häufiger abrupt stationär eingewiesen wird), spricht auch ihre enorm hohe, bei ca. 40 % liegende Zwangseinweisungsquote im Bereich der psychiatrischen Anstalten⁴¹ (vgl. auch Pkt 5.).

3.2. Sozialstrukturelle Verteilung der behandelten Inzidenz des Alkoholismus

Prävalenzdaten spiegeln stets komplexe Zusammenhänge in der Bezie-

hung zwischen Alkoholismus und sozialer Lage wider.⁴² Ob die erhöhten Alkoholismusraten der unteren Sozialschichten Ergebnis einer Häufung und besonderen Schwere sozialer Belastungsmomente sind oder lediglich Resultat einer Kumulation der Alkoholkrankenzahlen infolge unzureichender Gesundheitsversorgung, ist auf der Ebene der Epidemiologie nur mittels Analysen der sozialstrukturellen Verteilung der Alkoholismusinzidenz (Neuerkrankungen) näher bestimmbar.⁴³ Doch für eine wissenschaftlich ausreichende Klärung dieser Frage fehlt es immer noch an geeigneter Forschung. So liegen Erhebungen zur Gesamtinzidenz (wahre Inzidenz) überhaupt nicht vor, lediglich Untersuchungen zur Behandlungsinzidenz (Erstaufnahmen) einzelner Institutionen⁴⁴, die aufgrund nicht kontrollierter Selektionsprozesse jedoch zu geringe Aussagekraft besitzen. Es gibt allerdings eine nicht gezielt auf die Sozialstruktur gerichtete Repräsentativstudie zur Alkoholismusinzidenz (und anderen psychischen Krankheiten), die dennoch geeignet ist, die Bedeutung der sozialen Lage als Ätiologiefaktor erkennen zu lassen. Anhand der Daten von ca. 3600 im Stadtgebiet Mannheims wohnhafter Patienten aller Altersklassen, die im Jahr 1965 in sämtlichen stationären, ambulanten und sozial-administrativen Einrichtungen (PLKH, Uni-Klinik, städt. Krankenhäuser, Beratungsstellen, Nervenarztpraxen, Sozialämter usw.) registriert waren, wurde von Häfner u.a.⁴⁵ unter Verwendung des sog. Stadtzonen-Modells in enger Anlehnung an die ökologische Methode von Faris und Dunham⁴⁶ festgestellt, daß sich die Alkoholkranken nicht gleichmäßig auf alle Stadtbezirke verteilen. Deutlich abweichend von der durchschnittlichen Inzidenzquote Mannheims (s. Tab. 5) finden sich die niedrigsten Alkoholismusraten in sozial privilegierten Stadtbezirken (z.B. 'Oststadt'), dagegen die höchsten in Arbeitervierteln (u.a. 'Östliche Oberstadt') und vor allem in Gebieten mit z.T. slumähnlichem Cha-

Tabelle 5:

Raten der behandelten bzw. administrativen Inzidenz des Alkoholismus in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Faktoren

Stadtbezirke	Inzidenzrate pro 1000 Einwohner ¹
Mannheim insgesamt	0,84
Oststadt	0,45 — 0,83
Östliche Oberstadt	1,58 — 1,95
Jungbusch	1,95 — 2,33

1 miteinander sind auch andere Suchtformen wie z.B. Drogenabhängigkeit, die jedoch im Jahr 1965 kaum von Bedeutung gewesen sein dürften.

Quelle: Häfner, H.: Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse. In: Zeitschr. f. Psychotherapie und med. Psychologie, 3, 1969, S.85-114.

rakter, überwiegend bewohnt von unqualifizierten und Gelegenheitsarbeitern (s. 'Jungbusch'). Wenngleich mit diesem Ansatz nur die mittleren Alkoholismusquoten von Stadtgebieten ermittelt wurden, damit eine exakte Gruppierung der von Alkoholismus Betroffenen nach ihrer jeweiligen sozioökonomischen Position nicht möglich ist, können die Ergebnisse doch aufgrund der relativ hohen sozialstrukturellen Homogenität der einzelnen Stadtbezirke⁴⁷ als Beleg für den Einfluß der Schichtlage auf die Herausbildung des Alkoholismus i.S. einer hin zu den unteren Sozialschichten zunehmenden Häufung sozialer Risikofaktoren gewertet werden. Damit widerlegt die Inzidenzstudie von Häfner u.a. die These vom Wohlstandsalkoholismus nicht nur auf der Ebene der sozialstrukturellen Verteilung (wie auch schon die bisher vorgestellten Materialien), sondern auch in soziogenetischer Hinsicht. Denn typische Risikofaktoren, die mit überdurchschnittlich hohen Alkoholismusraten einhergehen, sind offensichtlich nicht Wohlstand und soziale Sicherheit, sondern Armut und desorganisierte Wohnverhältnisse sowie berufliche Probleme, Arbeitsbelastungen und Arbeitslosigkeit.

4. Alkoholismus, Lohnarbeit und Arbeitslosigkeit

Da sämtliche Studien zur Sozialstruktur des Alkoholismus entweder die Berufsposition direkt oder vermittelt als zentrales Kriterium der Schichtdefinition verwenden, läßt sich schon vor diesem allgemeinen Hintergrund eine Abhängigkeit der Alkoholismusgenese von Bedingungen der Arbeit klar erkennen. Eine ätiologische Theorie, der es um eine umfassende Transparenz der Alkoholismuserstehung geht, hat daher den spezifischen Charakter der gesellschaftlichen Arbeit als Lohnarbeit, ihre Organisation und konkreten Bedingungen sowie ihre Abhängigkeit von ökonomischen Prozessen, Besitz- und Machtverhältnissen vorrangig miteinzubeziehen.⁴⁸ Der bedeutsame Einfluß der Produktions- und Arbeitsverhältnisse wird besonders augenscheinlich durch Ergebnisse anglo-amerikanischer Studien zum Zusammenhang von Alkoholismus und Arbeitslosigkeit. So wiesen Warnberg und Horn⁴⁹ eine enge Beziehung zwischen Arbeitsverlust und Alkoholkrankheit nach, deren kausale Verknüpfung von Brenner mehrfach auf makro-soziologischer Ebene analysiert wurde.⁵⁰ Dabei zeigte sich eine signifikante Zunahme der Gesamtprävalenz des Alkoholismus⁵¹ in Zeiten ökonomischer Rezession infolge einer Massierung psychosozialer Probleme durch Arbeitslosigkeit. Auch andere Indikatoren wiesen in die gleiche Richtung. So stiegen die Klinikaufnahmen für alkoholbedingte psychische Störungen ebenfalls im Verlauf sich verschärfender wirtschaftlicher Instabilität sowie sinkendem Beschäftigungsindex.⁵²

Für die BRD sind analoge Trends feststellbar. Wenngleich keine kontinuierlich dokumentierten, sondern nur ausschnittshafte Längsschnittdaten

Tabelle 6:

Entwicklung der Prävalenzanteile arbeitsloser alkoholkranker Patienten in ambulanten und stationären Institutionen (Basis: erwerbstätige + arbeitslose Patienten = 100 Prozent)

Jahr	Fachambulanzen ¹ Caritas		Fachkliniken ² f. Suchtkranke		Uni-Klinik ³ Frankfurt/M.
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Gesamt
1969			4,0*	5,6*	
1970					16,1
1971	max. 5,0*		3,9*		18,0
1972					22,3
1973					16,8
1974	16,9	18,3	16,2 ⁴	24,0 ⁴	27,9
1975					46,4
1976					45,1
1977	30,3	34,4	35,0 ⁵	21,0 ⁵	
1978					
1979			35,2 ⁶	25,5 ⁶	

* Arbeitslose einschl. Rentner

** interpoliert, s. Hilfe für Suchtkranke, 1975, a.a.O., S.8

1 Hilfe für Suchtkranke, 1975, 1978, a.a.O., s. auch Tab. 4.

2 Datenquelle für 1969: Holzgrefe, W.: Sucht und Hilfe, Hamm, 1972, S.15 (Daten aus 26 Fachkliniken); Datenquelle für 1971: Holzgrefe, W. zit. nach Antons, K. u. Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung, Göttingen, 1977, Bd. 2, S.23 (Datenbasis 3743 Patienten).

3 Erhebungen von Täschner, K.L., Richtberg, W. u. Schmidt, K., Universitätsklinik Frankfurt/M., 1977, bisher unveröff. (Datenbasis zwischen 228 und 351 Patienten).

4 Hilfe für Suchtkranke, 1975, a.a.O., S. 15 (Daten aus 8 Fachkliniken).

5 Hilfe für Suchtkranke, 1978, a.a.O., S.15 (Daten aus 13 Fachkliniken).

6 eigene Erhebung März 1979 (Stichtagsprävalenz aus 34 Fachkliniken, s. auch Pkt 5.).

Eigene Berechnungen auf der Basis der angeführten Materialien.

zur Verfügung stehen³³, so läßt sich doch aus Tabelle 6 ein relativ sprunghafter, parallel zur 1974 einsetzenden Rezession und Massenarbeitslosigkeit verlaufender Zuwachs der alkoholkranken Arbeitslosen extrapolieren. Dieser Entwicklung liegen verschiedene, auch unterschiedlich gewichtige, aber sämtlich mit der Problematik der Arbeitslosigkeit verbundene Ursachenkomplexe zugrunde. Die absolute Höhe der seit 1974 ermittelten Quoten ist sicherlich der unter restriktiven Arbeitsmarktbedingungen besonders zugespitzten Problematik psychiatrischer Rehabilitation i.S. einer Erhöhung der Wiederaufnahmen besonders bei Arbeitslosen geschuldet, aber zweifellos auch der verstärkten repressiven Kontrolle alkoholgefährdeter Arbeitsloser i.S. einer weiteren Anhebung der

ohnehin schon außerordentlich hohen, bei ca. 50 % liegenden Zwangseinweisungsrate arbeitsloser Alkoholkranker.⁵⁴ Jedoch reichen diese Vorgänge als Erklärung allein keineswegs aus, um den seit 1974 einsetzenden Zuwachs hinreichend zu begründen. So fallen im ambulanten Bereich (s. Tab. 6: Fachambulanzen, Caritas) Zwangsüberweisungen o.ä. kaum ins Gewicht⁵⁵, in Fachkliniken spielen sie aufgrund des ausschließlich freiwilligen Aufnahmemodus überhaupt keine Rolle. Zudem wurden im Jahr 1979 von allen in Fachkliniken eingewiesenen arbeitslosen Alkoholkranken 49 % (Männer) bzw. 32 % (Frauen) erstmals psychiatrisch behandelt (Inzidenz), in den Alkoholikerstationen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser waren es 53 % bzw. 46 %.⁵⁶ Da drastisch andere Prävalenz-Inzidenz-Proportionen vor 1974 kaum bestanden haben dürften (vgl. auch den Zeitraum von 1974 bis 1977 in Tabelle 6), ist die massive Steigerung der Arbeitslosenquoten unter den Alkoholkranken also auch nicht allein auf eine Zunahme der Wiederaufnahmen zurückzuführen. Zweifellos werden in Zeiten ökonomischer Rezession und sinkendem Beschäftigungsindex gerade Alkoholgefährdete vermehrt entlassen (insbesondere gering qualifizierte, damit leicht austauschbare Arbeitskräfte).⁵⁷ Doch auch dieses Argument greift als Erklärung des Sachverhalts zu kurz, soweit sich damit die Annahme verbindet, daß der abrupte Anstieg der arbeitslosen Patienten seine Ursache darin habe, daß gerade alkoholgefährdete Arbeitslose überproportional häufig Gesundheitsdienste in Anspruch nähmen, gewissermaßen als Ausdruck eines nun aufgrund vermehrt verfügbarer Zeit usw. einlösbaren Nachholbedarfs an gesundheitlicher Versorgung. Abgesehen von vielleicht akut alkoholkrank Entlassenen ist hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens bei Arbeitslosen vielmehr von einer inversen Beziehung als Regelfall auszugehen, die sich erst längerfristig umkehrt (vgl. auch die Daten von 1974 und 1977 in Tab. 6), und zwar durch die zunehmend pathogeneren Wirkungen der Arbeitslosigkeit selbst in Richtung auf *Verfestigungen* und *Chronifizierungen* der bestehenden Alkoholgefährdung und Alkoholabhängigkeit z.B. im Verlauf wiederholter oder langanhaltender Arbeitslosigkeit. Die durch den erhöhten Druck der unmittelbaren materiellen Lebenssicherung erzwungene Zurückdrängung der Planung und Realisierung von Gesundheitsmaßnahmen wird in soziologischen und sozialpsychologischen Analysen der Situation Arbeitsloser⁵⁸ ebenso wie in den Studien von *Brenner*⁵⁹ belegt. Die daraus resultierenden erhöhten Gesundheitsgefährdungen spiegeln sich auch in der bereits erwähnten hohen Rate der Zwangseinweisungen bei alkoholkranken Arbeitslosen wider.

Die hier zur Diskussion stehende Gesamtproblematik wäre allerdings nur verkürzt erfaßt, würde man der Arbeitslosigkeit sozialätiologisch lediglich alkoholismusverstärkende Effekte zuschreiben. Mit dieser verengten Perspektive ließe sich z.B. die in der Gesamtprävalenzstudie aus Bay-

ern 1976 (vgl. Tab. 3) für Jugendliche ermittelte Alkoholismusquote von 14 % nicht hinreichend erklären. Vielmehr erwachsen durch Arbeitslosigkeit auch entscheidende soziale Risikofaktoren zur *Herausbildung* von Alkoholgefährdung und Abhängigkeit. Empirische Analysen zur Biographie Alkoholkranker⁶⁰ zeigen sogar, daß die mit ökonomischer Krisenhaftigkeit und Arbeitslosigkeit direkt oder mittelbar verbundenen Probleme einen gegenüber anderen Faktoren *herausragenden* Einfluß auf die soziale Genese des Alkoholismus ausüben, wie z.B. Instabilität der Arbeitsverhältnisse, erhöhte Konkurrenz am Arbeitsplatz, berufliche Dequalifikation, materielle Existenzbedrohung sowie soziale Isolation und Perspektivlosigkeit. Unzweifelhaft ist auch, daß sich gerade diese Probleme im Verlauf der Alkoholismusgenese für die Betroffenen häufig noch weiter verschärfen z.B. in Richtung auf vermehrte Entlassungen, betriebliche Sanktionen⁶¹, beruflichen Abstieg⁶² bis hin zu Dauerarbeitslosigkeit und Frühberentung (s. speziell dazu Pkt 6.).

Ebenso ist gesichert, daß all diese mit Konjunkturrückgängen und Arbeitslosigkeit eng verknüpfen Belastungsfaktoren keineswegs in allen Schichten gleich häufig auftreten, sondern mit abnehmendem sozioökonomischen Status deutlich kumulieren. Dies belegen allgemeine sozialstrukturelle Analysen⁶³ ebenso wie spezielle, auf Alkoholkranke gerichtete Studien.⁶⁴ Auch *soziale Abstiegsprozesse* im Verlauf zunehmender Chronifizierung des Alkoholismus lassen sich größtenteils nur innerhalb der unteren Sozialschichten beobachten.⁶⁵ In der Fachliteratur wird diese Abwärtsmobilität fast ausnahmslos als Resultat der alkoholkranken Persönlichkeitsumwandlung, damit als kaum vermeidbare Folge krankheitsimmanenter Prozesse mißdeutet.⁶⁶ Solch individualisierenden und biologisierenden Positionen ist entschieden entgegenzuhalten, daß sämtliche Abstiegsindikatoren wie berufliche Dequalifikation, Dauerarbeitslosigkeit oder Frühberentung *nicht auf subjektive Defizite* verweisen, *sondern auf strukturelle Probleme* der kapitalistischen Organisation der Produktion und Arbeit sowie auf Mißstände im System der gesundheitlichen Sicherung.

5. Zur sozialen Ungleichheit im System der psychiatrischen Versorgung Alkoholkranker

Über die insgesamt rückständige Verfassung der Alkoholkrankenversorgung in der BRD informieren inzwischen zahlreiche Publikationen⁶⁷, jedoch zumeist i.S. einer alle Sozialschichten gleichermaßen belastenden Mangelsituation.⁶⁸ Greift man jedoch einzelne soziale Verteilungsmuster heraus, so wird offensichtlich, daß sich das Alkoholismusproblem nicht nur hinsichtlich der Verbreitung, der Ursachen und Krankheitsbilder je nach sozialer Lage, Schicht und Klasse verschieden stellt, sondern auch auf der Ebene gesundheitlicher Versorgung, wie dies *Feuerlein*⁶⁹ bereits

am Beispiel der *Nachsorge Alkoholkranker* hinreichend dokumentiert hat. Entsprechende Zusammenhänge zeigen eigene Untersuchungsbe- funde zur sozialstrukturellen Charakteristik der Patienten in *Fachkliniken für Alkoholranke* im Vergleich mit *Alkoholikerstationen in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (PLKH)*. Dazu muß man wissen, daß sich diese beiden Subsektoren innerhalb des stationären Alkoholkrankenbe- reichs im Versorgungsniveau erheblich voneinander unterscheiden. In der einschlägigen Literatur ist unbestritten⁷⁰, daß Fachklinikpatienten wesentlich effektiver behandelt, ebenso prognostisch günstiger versorgt werden. Die Gründe dafür liegen insbesondere in folgenden, von den PLKH-Stationen bedeutsam abweichenden *Strukturmerkmalen*: Selektion der Patienten durch die Klinik sowie auch umgekehrt infolge der nicht vorhandenen Aufnahmepflicht und des ausschließlich juristische Freiwilligkeit voraussetzenden Einweisungsmodus⁷¹, relativ lange Ver- weilzeit der Patienten (und zwar i.S. von Behandlungs- und nicht bloßer Hospitalisierungsdauer) von durchschnittlich mindestens sechs Monaten, materiell und therapiemethodisch befriedigende Klinikausstattung und hohe Therapieintensität vor allem durch die wesentlich bessere Personal- situation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich (s. Tab. 7) so- wie relativ gute Kontakte zu nachsorgenden Diensten.

Tabelle 7:

Patient pro Personal in Fachkliniken und Psychiatrischen Landeskranken- häusern (Alkoholkrankenstationen) März 1979

Personal	Fachkliniken		PLKH-Stationen	
Fachärzte f. Psychiatrie	64,8		95,5	
sonstige Ärzte	47,9	27,5	69,5	40,2
Psychologen	33,9		50,8	
Sozialarbeiter und Sozialpädagogen	17,6		59,8	
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	18,6		95,5	
Krankenschwestern und Krankenpfleger	16,3		4,8	

Quelle: Eigene Erhebung. Die Daten basieren auf 34 Fachkliniken und 15 PLKH- Stationen, s. Text.

Die Daten in Tabelle 8 basieren auf einer Stichtagserhebung im März 1979 in 34 Fachkliniken (von insgesamt ca. 55 in der BRD⁷²) und 16 von insgesamt rd. 50 PLKH-Stationen aus 7 Bundesländern⁷³) und können für beide Sektoren als ausreichend repräsentativ gelten. Die allgemeinste Aussage, die sich aus sämtlichen Einzeldatenreihen extrapolieren läßt,

* Mein Dank gilt allen Mitarbeitern der beteiligten Institutionen, die meine Ar- beit wesentlich unterstützten.

kann wie folgt formuliert werden (vgl. dazu die Prävalenz- und Inzidenzquotienten in Tab. 8): Im Vergleich mit den Fachkliniken verschieben sich die Prävalenzanteile in den PLKH-Stationen noch mehr hin zu den unteren Berufspositionen. Noch prägnanter zeigt sich dieser Zusammenhang auf der Ebene der Inzidenz*, und insgesamt bei den Frauen mit Abstand deutlicher als bei den Männern. Diese soziale Ungleichheit in der institutionellen Verteilung der Patienten, damit auch in der Behandlung, läßt sich sowohl mit als auch ohne Einbeziehung der Gruppe der Arbeitslosen nachweisen (vgl. A- und B-Spalten in Tab. 8). Betrachtet man speziell die *Inzidenzstrukturen* im Verhältnis der Kliniktypen untereinander, kann gefolgert werden, daß die Chance, bei erstmaliger Behandlungsbedürftigkeit das weitaus bessere Versorgungsangebot einer Fachklinik zu erhalten und damit auch einem nicht so hohen Rückfallrisiko ausgesetzt zu sein, mit absteigender sozioökonomischer Position eindeutig abnimmt. Dieser Trend verläuft bis auf wenige Ausnahmen (s. Männer: S.2 und Lw) bruchlos, auch innerhalb der einzelnen Gruppen wie der Selbständigen (einschl. Landwirte), der Angestellten und Beamten und auch der Arbeiterschaft. Greift man einzelne Berufspositionen heraus, so wird offensichtlich, daß die Arbeitslosen und noch mehr die un- und angelernten Arbeiter jeweils beider Geschlechter der mit Abstand stärksten Benachteiligung unterliegen. Sie allein sind es auch, deren Prävalenz- und Inzidenzquoten in den PLKH-Stationen höher als im Fachklinikbereich liegen (vgl. Quotienten in Tab. 8; vgl. auch ihre Benachteiligung im ambulanten Sektor, s. Tab. 4, Pkt 3.1.). Es bestätigt sich demnach die oft geäußerte Vermutung, daß es nach wie vor die unqualifizierten Arbeiter und Arbeiterinnen sind, die das Hauptkontingent der PLKH-Patienten auch im Alkoholkrankenbereich stellen, und gegen die sich die *Selektivität der Fachkliniken* am schärfsten richtet.⁷³ Dagegen ziehen den vergleichsweise größten Nutzen aus dem Fachkliniksysteem die selbständigen Frauen, die leitenden Angestellten und Beamtinnen, jedoch auch die Facharbeiter (Männer und Frauen). Dies wird besonders dann augenscheinlich, stellt man den Prävalenz- und Inzidenzraten die jeweiligen Anteile innerhalb der Erwerbstätigenstruktur gegenüber (s. Tab. 8). Bilanziert man die Resultate in ihrer Gesamtheit, so dokumentiert sich eine signifikante schichtspezifische Ungleichheit in der Alkoholkrankenversorgung in der BRD zu Lasten vor allem der untersten Sozialschichten. Unter Einbeziehung sämtlicher Krankenhausstationen im PLKH-Sektor, insbesondere der Langzeit- und Akutaufnahmeabteilungen und nicht nur der hier analysierten PLKH-Sonderstationen für Alkoholiker würde dieser Zusammenhang zweifellos noch gravitender in Erscheinung treten.⁷⁴

* Inzidenz = Erstaufnahme, und zwar i. S. von insgesamt (und nicht allein in die jetzige Institution) erstmals wegen Alkoholismus stationär-psychiatrisch eingewiesen.

Tabelle 8 : Verteilung der behandelten Prävalenz und Inzidenz des Alkoholismus nach Berufsstand und Geschlecht in Fachkliniken für Alkoholkranke (FK) und Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (PLKH; Alkoholkrankenstationen)

Stichtagserhebung März 1979

Männer Berufsstand ¹	Prävalenz		Prävalenz		Quotient		Inzidenz		Inzidenz		Quotient		Erwerbstätigenstruktur ²	
	FK	FK	PLKH	PLKH	PLKH : FK		FK	FK	PLKH	PLKH	PLKH : FK		A	B
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
S 1	0,17	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	0,91
S 2	1,78	1,78	0,72	0,72	0,40	0,40	1,62	1,62	0,52	0,52	0,32	0,32	8,21	8,21
Lw	0,29	0,29	0,27	0,27	0,93	0,93	0,30	0,30	0,26	0,26	0,86	0,86	2,92	2,92
A + B 1	2,16	3,84	1,04	1,73	0,42	0,45	3,15	4,55	0,51	0,81	0,16	0,17	6,08	6,30
A + B 2	15,59	24,37	7,66	12,76	0,49	0,52	16,47	23,83	8,12	13,10	0,49	0,54	31,71	32,87
F-Arb	26,59	41,57 **	20,68	34,46 *	0,77	0,82	31,57	45,69 **	20,98	34,24 *	0,66	0,74	25,25	26,17
U-Arb	17,88	27,95 *	30,02	50,03 **	1,67 +	1,78 +	16,44	23,79 *	31,84	51,40 **	1,93 +	2,16 +	21,69	22,58
	100,00		100,00				100,00		100,00				100,00	
A-los	35,24 **		39,60 **		1,12 +		30,25 **		37,76 **		1,24 +		3,22	
	100,00		100,00				100,00		100,00				100,00	
N	1 745	1 745	1 040	1 040			985	985	582	582				

+ Prävalenz- bzw. Inzidenzanteile in PLKH-Sektor höher als in FK-Sektor

** Prävalenz bzw. Inzidenz extrem über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

* Prävalenz bzw. Inzidenz über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

A Verteilung unter eigenständiger Berücksichtigung der Arbeitslosen.

B Verteilung unter Aufteilung der Arbeitslosen auf die 4 Gruppen der abhängig Beschäftigten durch Interpolation.

Fortsetzung von Tabelle 8

Frauen Berufsstand ¹	Prävalenz		Prävalenz		Quotient		Inzidenz		Inzidenz		Quotient		Erwerbstätigenstruktur ²	
	FK	FK	PLKH	PLKH	PLKH : FK		FK	FK	PLKH	PLKH	PLKH : FK		A	B
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
S 1	3,86	3,85 **	0,00	0,00	0,00	0,00	6,08	6,08 **	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,19
S 2	4,63	4,63 **	0,79	0,79	0,17	0,17	6,08	6,08 **	0,00	0,00	0,00	0,00	2,93	2,93
Lw	2,32	2,32	1,57	1,57	0,67	0,67	0,87	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	2,47	2,47
A + B 1	5,41	7,57 **	0,00	0,00	0,00	0,00	8,70	11,01 **	0,00	0,00	0,00	0,00	1,92	2,04
A + B 2	37,06	51,88	17,32	25,87	0,46	0,49	45,22	57,23 *	21,88	31,11	0,48	0,54	51,45	54,84
f-Arb	5,40	7,55 **	3,15	4,70 **	0,58	0,62	5,22	6,60 **	3,13	4,45 **	0,59	0,67	1,99	2,12
u-Arb	15,83	22,16	44,88	67,04 **	2,83 +	3,02 +	9,57	12,11	45,31	64,43 **	4,73 +	5,32 +	34,12	36,37
		100,00		100,00				100,00		100,00				100,00
A-los	25,48 **		32,28 **		1,26 +		18,26 **		29,69 **		1,62 +		5,91	
	100,00		100,00				100,00		100,00				100,00	
n	259	259	127	127			115	115	64	64				

1 Die Abkürzungen bedeuten: S 1: Selbständige mit mehr als 10 abhängig Beschäftigte; S 2: Selbständige mit weniger als 10 abhängig Beschäftigten und freiberufliche; Lw: Landwirte; A + B 1: leitende Angestellte u. Beamte; A + B 2: ausführende Angestellte u. Beamte; f-Arb: Facharbeiter; u-Arb: un- und angelernte Arbeiter; A-los: Arbeitslose (N: Patientenzahl).

2 Berechnet nach: Arbeits- und Sozialstatistik, 9/10, 1978, S. 313; Leisewitz, A.: Klassen in der BRD heute. Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt, 1977, S. 95 (zum Facharbeiteranteil in Arbeiterschaft); Mikrozensus 1976 v. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, persönliche Mitteilung des Antes vom 24. 1979 (zum Anteil der leitenden Angestellten u. Beamten und zum Anteil der Landwirte); Zapf, W. (Hg.): Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt, 1977, S. 182-183 (zur Aufteilung der Selbständigen u. Freiberuflichen).

[i]no Erhebung und Berechnung.

6. Soziale Lage und Frühinvalidität infolge Alkoholismus

In Übereinstimmung mit *Schaefer* und *Blohmke*⁷⁵ ist die Frühinvalidität ein bedeutsames Maß zur Beurteilung der Bevölkerungsgesundheit. Jedoch gilt dies nicht in absoluter, sondern nur in relativer Hinsicht, schon aufgrund der unmittelbaren Abhängigkeit amtlicher Morbiditätsstatistiken von äußerst eng gefaßten sozialrechtlichen Krankheitsbegriffen (s. RVO⁷⁶). Da sich aus dieser Problematik administrativer Medizinalstatistiken stets beträchtliche Unterschätzungen der tatsächlichen Morbiditätsquoten ergeben, steht bei Interpretation der Tabelle 9 nicht die absolute Höhe der Frühinvaliditätszahlen im Vordergrund, sondern ihre jeweilige Relation zueinander. Ziel der Analyse ist es, Unterschiede in der Morbidität *schwerster Formen des Alkoholismus* zwischen Arbeitern und Angestellten nachzuweisen*.

Tabelle 9 zeigt die Entwicklung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (Frühinvalidität) infolge von Alkoholismus. Als indirekte Verifizierung der unter Pkt 2.1. formulierten und bereits mit Längsschnittdaten aus dem PLKH-Sektor (vgl. Tab. 1) belegten These der seit 1950 erheblichen Zunahme der Gesamtprävalenz des Alkoholismus in der BRD ist zunächst festzustellen, daß die Morbiditätsquoten bei allen Gruppen außerordentlich stark angestiegen sind. Die Zuwachsraten von 1959 bis 1977 belaufen sich bei Arbeitern auf das 17- bzw. 35-fache (Männer bzw. Frauen) und bei Angestellten auf das 7- bzw. 27-fache. Die in Pkt 2.1. behauptete, zunehmende *Angleichung der Geschlechter* läßt sich aus diesen Verlaufsdaten ebenfalls ablesen.

In Einklang mit allen bisher dargestellten Befunden zur sozialstrukturellen Verteilung des Alkoholismus zeigt sich ferner, daß Arbeiter eine gegenüber Angestellten deutlich höhere Frühinvaliditätsquote aufweisen. Berechnet man das Verhältnis der jeweiligen Gruppen zueinander genauer (s. *Frühinvaliditätsindex* in Tab. 9), so ergibt sich, daß die Differenzen in der Betroffenheit von schwersten Alkoholismusformen nicht nur über die Jahre aufrechterhalten blieben, sondern sich noch mehr zu Lasten der Arbeiter vertieft haben (1959-1977: Männer: 2,30 zu 5,07; Frauen: 2,00 zu 2,60). In der Reihenfolge der Belastung durch Frühinvalidisierung stehen die männlichen Arbeiter mit großem Abstand an vorderster Stelle, gefolgt von den Arbeiterinnen und Angestellten. Der *Frühinvaliditätsindex nach Altersgruppen* (s. Tab. 9) läßt darüberhinaus klar erkennen, daß Arbeiter im Vergleich zu Angestellten nicht nur eine 5- bzw. 2,6-fach höhere Invaliditätsrate haben (Männer bzw. Frauen), sondern auch häufiger in jüngeren Jahren schon wegen Alkoholismus erwerbs- oder berufsunfähig berentet werden. Fallen die Unterschiede

* Ich danke Herrn *Rehfeld* vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M.-Würzburg, für die großzügige EDV-Bearbeitung meiner Fragestellungen.

Tabelle 9 : Berufunfähigkeit (BU)- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (EU) aufgrund von Alkoholismus in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (nur Pflichtversicherung) BU- und EU-Renten zusammengefaßt

Jahr	Arbeiter Männer		Arbeiter Frauen		Angestellte Männer		Angestellte Frauen	
	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *
1950	10	0,11	7	0,10	7	0,10	0	0,00
1959	189	1,98	16	0,20	35	0,46	7	0,10
1972	1 340	14,09	184	3,37	-	-	-	-
1973	1 531	16,06	190	3,51	120	2,53	66	1,17
1974	2 081	22,16	265	4,69	174	3,62	106	1,78
1975	2 283	24,26	294	5,71	244	4,88	142	2,31
1976	2 650	31,20	352	6,68	287	5,19	154	2,46
1977	3 062	33,70	366	7,02	343	6,65	171	2,70

frührentenfähiger (Arbeiter : Angestellte) Männer 1959 : 2,30 ° Frauen 1959 : 2,00 ° (alle Altersstufen)
1977 : 5,07 1977 : 2,60

frührentenfähiger (Arbeiter : Angestellte) Männer 1973 : 3,51 ° (15 bis 39 Jahre)
1973 : 6,83 1973 : 1,09 (40 bis 64 Jahre)

* (jeweils Berechnungen auf der Grundlage der Erhebungen zur Zahl der Pflichtversicherung in der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung, Aug. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, entsprechende Jahrgänge.

Quelle (für die absolute Fallzahl): Statistik der deutschen Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/14, (194-Broschüre von Herrn Büchtele, März 1978, (das BU- und EU-Renten aufgrund von Alkoholismus, ICD-Gr. 30), sind in den allgemein zugänglichen Statistiken der Rentenversicherungsträger nicht gesondert ausgewiesen sondern nur in der ICD-Gruppe 300 bis 309 enthalten), liegen jedoch (BU-Gruppe) ab 1972 bzw. 1973 vor). Von 1959 bis 1972 existieren keine Daten. Zwischen 1950 und 1959 ist ein neuere Alter Jenecks erst ab dem Jahr 1959 festzustellen.

zwischen Arbeitern und Angestellten auf der hier analysierten Ebene der *Pflichtversicherten*⁷⁷ bereits auffallend hoch aus, so kann angenommen werden, daß sie bei Einbeziehung differenzierterer sozioökonomischer Gruppen z.B. der *freiwillig* versicherten Angestellten noch deutlicher hervortreten.⁷⁸ Die Frage, warum Arbeiter einer wesentlich stärker ausgeprägten Frühinvalidität infolge Alkoholismus (wie auch anderer psychischer Störungen⁷⁹ und organischer Krankheiten⁸⁰) unterliegen, läßt sich auf der Grundlage der Rentenversicherungsstatistik allein nicht beantworten, sondern nur im Zusammenschluß mit den bisherigen Ergebnissen zur ungleich hohen Alkoholgefährdungs- und Erkrankungsquote der Arbeiterschaft sowie besonders zur extrem starken Benachteiligung der unqualifizierten Arbeiter im System der Alkoholkrankenversorgung, als deren zugespitzte Konsequenz die hohe Frühinvaliditätsrate interpretiert werden muß.

7. Zusammenfassung und Prognose

Als Gesamtresümee ist festzuhalten: Im krassen Gegensatz zur These des Wohlstandsalkoholismus belegen sämtliche empirischen Materialien, daß nicht die privilegierten, sondern die unteren Sozialschichten als Resultat ihrer sozialen Lage die höchsten Erkrankungs-, Chronifizierungs- und Invalidisierungsraten aufweisen. Von Tendenzen hin zu einer Nivellierung der innerhalb der Sozialstruktur erheblich differierenden Erkrankungsrisiken kann keine Rede sein. Vielmehr verweisen die Probleme der Massenarbeitslosigkeit auf eine weitere Verschärfung der Alkoholismusverteilung zu Lasten der unteren Schichten. Ebenso deutlich läßt sich dokumentieren, daß Chancengleichheit bezüglich Gesundheit auch im Bereich der Alkoholkrankenversorgung in der BRD eine Fiktion ist (hier hätte die Formel des Wohlstandsalkoholismus ihre Gültigkeit).

Diese Übereinstimmung und Eindeutigkeit der Befunde darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß eine Intensivierung und Erweiterung der epidemiologischen Forschung (z.B. durch *sozialanalytische Studien*, *fortlaufende Längsschnitterhebungen* usw.) nach wie vor dringend notwendig ist. Andererseits aber muß man auch sehen, daß eine Erhöhung der empirischen Präzision allein, d.h. ohne Verfügung über die politischen Mittel zur Durchsetzung der erreichten Erkenntnis, nicht davor bewahrt, daß auf der politischen Entscheidungsebene epidemiologische Daten je nach Opportunität z.B. zur Abwehr von Gesundheitskosten verfälscht werden, wie dies gegenwärtig die Bundesregierung in massiver Form praktiziert, keineswegs etwa nur zum Problem der sozialstrukturellen Verteilung des Alkoholismus, sondern insbesondere auch zur Frage der Gesamtprävalenz. Denn während die ermittelte Zahl von etwa 1,6 Millionen von den einschlägigen Fachverbänden, auch der Psychiatrie-Enquête⁸¹ als eine die tatsächliche Lage weitgehend realitätsnah wider-

spiegelnde Schätzungen anerkannt⁸² und zum Maßstab für den Gesamtumfang der notwendigen gesundheitspolitischen Initiativen erhoben wurde, versucht die Bundesregierung, diese Zahl in Zweifel zu ziehen und per Definition auf ein Minimum zu drosseln. Wurde im Gesundheitsbericht 1971 die damalige Quote von 600 000 „unmittelbar an Alkoholismus leidenden“⁸³ Personen bestätigt und zur Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen deklariert, erkennt die Bundesregierung heute in krassem Widerspruch zu den gegenwärtig vorliegenden Daten nur noch 150 000 als akut alkoholgefährdet und behandlungsbedürftig an.⁸⁴ Da ihr die jüngsten Prävalenzstudien bekannt sind, ist ihr Vorgehen nicht mehr als blindes Vorbeigreifen am wirklichen Gesundheitsbedarf zu werten, sondern als dessen bewußte Verharmlosung, um die spätestens seit 1974 mit Beginn der Wirtschaftskrise auch im Bereich des Alkoholismus einsetzende Politik der im Verhältnis zum steigenden Gesundheitsbedarf zunehmenden Mittelverknappung in der Öffentlichkeit als legitim und angemessen erscheinen zu lassen. Die Konsequenzen sind gravierend. Denn die Richtzahl von 150 000 muß als endgültige Absage an eine umfassende strukturell-präventive Gesundheitspolitik sowie als Signal für die wohl auch zukünftig anhaltende Stagnation in der vor allem auf Frühbehandlung zu orientierenden Reform der kurativen Infrastruktur des Alkoholkrankensektors interpretiert werden. Vermochte die Gesundheitspolitik des Staates bis heute noch nicht einmal die Zuwachsraten des Alkoholismus zu mindern (vgl. Pkt 2.1. sowie Pkt 6.), geschweige denn die Gesamtprävalenz wirkungsvoll zu senken, so muß auf der Basis des gegenwärtigen Standpunkts der Bundesregierung prognostiziert werden, daß sich die Schere zwischen dem gesellschaftlichen Bedarf und dem bereitgestellten Umfang an gesundheitlicher Sicherung im Alkoholkrankensektor noch weiter vergrößern wird.

Anmerkungen

- 1 Grotjahn, A.: Soziale Pathologie, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1977 (Reprint), S. 263-293.
- 2 Laquer, B.: Einfluß der sozialen Lage auf den Alkoholismus. In: Cromm, J. (Hg.): Krankheit und soziale Lage, Cromm-Selbstverlag, Göttingen, 1977, S. 473-495.
- 3 S. Jahrsberichte 1969 bis 1977 „Forschung im Geschäftsbereich des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit“, Kohlhammer Verlag, 1970 bis 1978.
- 4 Frankfurter Rundschau vom 20. Okt. 1978, Mitteilung des Hessischen Finanzministers H. Reiz.
- 5 So werden z.B. laufend neue Institute beauftragt, Kriterien der Alkoholismusbestimmung gewechselt oder in Wiederholungsbefragungen die Altersgruppen nicht konstant gehalten, so daß Vergleiche unmöglich werden.
- 6 Vgl. z.B. die in hoher Auflage erschienene Broschüre: Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität von Kindern und Jugendlichen, Drucksache 8/922, 1977, im folgenden abgekürzt: Alkoholbroschüre Bundesregierung.

7. Zur Gesundheitspolitik unter kapitalistischen Produktionsbedingungen s. z.B. Regus, M.: Das Gesundheitswesen in der BRD. In: Deppe, H.-U. u.a. (Hg.): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Pahl-Rugenstein, 1973, S.29-76.
8. S. u.a. Antons, K. u. Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd. 1, Hogrefe Verlag, 1977, S.235.
9. S. Alkoholbroschüre Bundesregierung, a.a.O., S.6; Bundestagsdrucksache 7/3793 vom 18.6.1975, S.6-7.
10. Vgl. IPW-Forschungsheft: Sozialökonomische Aspekte der Lebensweise der Arbeiterklasse im Kapitalismus, 3, 1978.
11. S. Gesundheitsbericht 1971, hg. vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn, 1971, S.123.
12. Die meisten Studien wurden auch von kommerziellen Marktforschungsinstituten durchgeführt.
13. Eine Auflistung der Studien findet sich in: Alkoholbroschüre Bundesregierung, a.a.O., 4-5.
14. Zu dieser Problematik s. Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 1, S.52ff.
15. S. z.B. Steinbrecher, W. u. Solms, H.: Sucht und Mißbrauch, Thieme Verlag, 1975.
16. S. Battegay, R. u.a.: Alkoholismus bei Frauen, Hoheneck-Verlag, 1970.
17. S. Henkel, D. u. Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD, Das Argument, AS 12, S.180.
18. Ebda, S.179-181.
19. Ebda, S.179-181.
20. Zum Stadt-Land-Gefälle des Alkoholismus s.: Feuerlein, W. u. Kufner, H.: Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland, Arch. Psychiat. Nervenkr., 224, 1977, S.101.
21. Z.B. nur Selbsteinschätzung des Alkoholismus durch Fragebögen, z.T. zu geringe Stichproben, z.T. noch nicht validierte Fragebögen, Stichprobenfehler, s. Anm. 28.
22. Zur Problematik des Schichtbegriffs s. z.B. Keupp, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München, 1974.
23. Vgl. Feuerlein, W.: Chronischer Alkoholismus. In: Bellebaum, A. u. Braun, H. (Hg.): Reader: Soziale Probleme, Bd. 1, Frankfurt, 1974.
24. Psychiatrie-Enquête, Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975, S.49: „In Deutschland ... sind männliche Alkoholiker ... anteilmäßig auf alle sozialen Schichten gleichmäßig verteilt. Dagegen konzentrieren sich die Alkoholikerinnen auf die oberen sozialen Schichten.“
25. Vgl. auch Steinbrecher u. Solms, a.a.O., III/34 ff.
26. Nach Zapf, W. (Hg.): Lebensbedingungen in der Bundesrepublik, Frankfurt, 1977, S.182-183.
27. Zur Struktur der Selbständigen s. ebda.
28. Nach den Daten von Zapf, a.a.O., beläuft sich die Überrepräsentation der Selbständigen auf fast das Doppelte ihres tatsächlichen Anteils.
29. Vgl. Pohl, H. u.a.: Trinkverhalten und Trinkprobleme, Ergebnisbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln, München, April 1974, S.160,250.
30. S. Klee, E.: Nichtseßhaften-Report, Frankfurt, 1979, S.35.
31. S. Weber, R.: Körperlich-seelische Verfassung Gefährdeter, Gefährdetenhilfe, 2, 1976; Materialsammlung I zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, hg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart, 1973, S.158.

- 34 Wieser, St. u. Feuerlein, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen, *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 8, 1976, S.455-457.
- 35 S. z.B. Feuerlein, W. u. Kunstmann, G.: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten, *Münch. med. Wschr.*, 44, 1973, S.1991-1996; Köster, H. u.a.: Alkoholismus als Karriere, Projektbericht unveröff., Düren-Köln, 1978.
- 36 S. Dilling, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung, *Nervenarzt*, 48, 1977, S.586-602; Weinland, W.L.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen, *Spektrum*, 4, 1975, S.110-118. Nach diesen beiden Studien beträgt der Anteil des Alkoholismus an allen Diagnosen zwischen 2 und 4 Prozent.
- 37 Zu vermuten ist, daß Selbsthilfegruppen, ähnlich wie die Gruppen der Anonymen Alkoholiker, vermehrt von Angehörigen der mittleren Sozialschichten frequentiert werden.
- 38 Diese Zahl ergibt sich auf der Basis der Daten in Tab. 1 und der Angabe, daß die Zahl der Gesamtaufnahmen (alle Diagnosen) im Bereich der Psychiatrischen Krankenhäuser ca. 200000 beträgt (s. dazu: *Psychiatrie-Enquête*, Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975, S.7).
- 39 S. Jahresbericht 1976 und 1978 des Gesamtverbands für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKID, Kassel, 1977, 1979 sowie *Hilfe für Suchtkranke*, Caritas, Freiburg, 1978.
- 40 In der Statistik der Diakonie wird die Kategorie 'höhere und gehobene Angestellte/Beamte' verwendet, während die Unterteilung in der Erwerbstätigenstruktur direkt auf dem Kriterium der leitenden Tätigkeit basiert.
- 41 Wanke, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: *Psychiatrie-Enquête*, 7/4201, a.a.O., S.491.
- 42 Gleiss, I., Seidel, R. u. Abholz, H.: *Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung*, Frankfurt, 1973, 37ff.
- 43 Ebda.
- 44 Flegel, H. u. Schütt, U.: Psychiatrische Hospitalisierungsfrequenz u. soziale Schicht in Düsseldorf, *Soc. Psychiat.*, 2, 1967, S.49-42.
- 45 Häfner, H.: Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse, *Zeitschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol.*, 3, 1969, S.85-114.
- 46 Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Modell kann im Rahmen dieses Aufsatzes nicht geleistet werden. Es sei hier verwiesen auf: Deppe, H.-U.: *Medizinsoziologische Bemerkungen zur Ökologie und Epidemiologie am Beispiel von schizophren Erkrankten*, *Das Argument*, 60, 1970, S.129-141.
- 47 S. Häfner, a.a.O., S.95-99.
- 48 Dies zeigt sich z.B. auch an empirischen Materialien zum Verhältnis von Arbeitsbedingungen und Alkoholismus, s. dazu: Atons u. Schulz, a.a.O., Bd. 1, S.74-78; s. vor allem auch Grotjahn, a.a.O. sowie Laquer, a.a.O.
- 49 Warnberg, K. u. Horn, K.: *Alcoholism Syndroms Related to Sociological Classification*, *Int. J. of Addictions*, 8, 1973, S.99-120.
- 50 Brenner, H.N.: *Mental Illness and the Economy*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1973; Brenner, H.N.: *Estimating the Social Costs of National Economic Policy: Implications for Mental and Physical Health, and Criminal Aggression*, U.S. Government Printing Office, Washington, 26. Oct. 1976.
- 51 Brenner, 1976, a.a.O., S.38f. u. 68ff. (als Alkoholismusindikator wurde die Cirrhose-Sterblichkeit gewählt).

- 52 Brenner, 1973 u. 1976, a.a.O., umgekehrt ließ sich feststellen, daß Aufnahmequoten in Zeiten von Konjunkturaufschwüngen und sinkender Arbeitslosigkeit wieder zurückgingen.
- 53 Obwohl schon seit etwa 1968 an der Universität Freiburg ein Dokumentationszentrum zur Erfassung der PLKH-Patienten nach den verschiedensten Kriterien existiert, sind entsprechende Daten, die hier wertvoll gewesen wären, nicht zu erreichen gewesen. Auch die Universitätsklinik Frankfurt/M. zog ihr Versprechen, weitere Daten zur Verfügung zu stellen, zurück, als dem Direktor Bochnik bekannt wurde, daß sie für einen Aufsatz in der Zeitschrift „Das Argument“ vorgesehen waren.
- 54 S. Wanke, K., a.a.O., S.491.
- 55 Vgl. die Jahresberichte der Diakonie und Caritas, a.a.O.
- 56 Eigene Berechnungen auf der Grundlage der eigenen Erhebung, s. dazu Pkt 5. im Text.
- 57 S. Maul, D. (Hg.): Alkohol am Arbeitsplatz, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg, 1979, verschiedene Aufsätze dazu.
- 58 Vgl. z.B. Wacker, A. (Hg.), a.a.O., S.38,57,179,194.
- 59 Brenner, 1976, a.a.O., S.26 (dort auch weitere Literatur).
- 60 Kissin, B., Platz, A., Su, W.H.: Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism, J. Psychiatr. Res., 8, 1970, S.13-27; Köster u.a., a.a.O.; Salzmann, B.: Einige soziale Bedingungen zur Entstehung des Alkoholismus, unveröff. Diplomarbeit, Köln, 1967; Wieser, St.: Alkoholismus 1940-1959, Fortschr. Neurol. Psychiat., 4, 1962, S.201ff.; Warnberg u. Horn, a.a.O.; Dietrich, H. u. Herle, L.: Über Alter, Sozialschicht, Mobilität und Wohnort chronischer Alkoholiker, Kölner Zeitschr. f. Soz. u. Soz.Psychol., 2, 1969 (interpretativ sehr problematisch).
- 61 Vgl. Maul, D. (Hg.), a.a.O., bes. S.116ff.
- 62 S. dazu: Wieser, St., a.a.O.; Köster u.a., a.a.O.; Salzmann, a.a.O.; Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 2, S.23-29.
- 63 S. Zapf (Hg.), a.a.O., S.149ff., 209ff.; siehe auch die Strukturdaten zur Arbeitslosigkeit hg. v. Bundesanstalt f. Arbeit (Ild.); Achten, U. u.a.: Recht auf Arbeit — eine politische Herausforderung, Neuwied, 1978, S.105-128.
- 64 S. z.B.: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Dokumentation über eine Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern 1976, hg. vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren, München, 1978, S.54f.
- 65 Wieser, St.: Diskussion. In: Rehabilitationskongreß Heidelberg 1968, Stuttgart, 1969, S.463-465.
- 66 Vgl. Dietrich u. Herle, a.a.O. (sie prägten auch den Slogan: Der Alkoholiker ist der typische Absteiger; und zwar aufgrund seiner Krankheit an sich).
- 67 S. Psychiatrie-Enquête, 7/4200 u. 7/4201, a.a.O., s. bes. in 7/4201, S.54-57 (Rückfallquote ca. 75 %), S.488-503, S.506-520 (zur Nachsorgeproblematik), S.521-564 (quantitativer Überblick).
- 68 Dies insofern, als in fast sämtlichen Studien, Erhebungen usw. zur Alkoholkrankenversorgung die Sozialschichtproblematik überhaupt nicht tangiert wird, auch dann nicht, wenn Reformvorschläge unterbreitet werden, s. z.B.: Planungsmaterialien zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, hg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn, 1978, S.152-160.
- 69 Feuerlein, W.: Katamnestiche Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern. In: Psychiatrie-Enquête, 7/4201, a.a.O., S.506-520 (deutlicher Nachweis der Benachteiligung der unteren Sozialschichten im Bereich der Alkoholkrannachsorge).

- 70 S. Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 2, S.143-179, 16-17.
- 71 S. Jahrbuch 1979 zur Frage der Suchtgefahren, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg, 1979, darin ein Verzeichnis aller 'offenen' Fachkliniken, die dem Fachverband angeschlossen sind. Auch in meiner Erhebung wurden nur solche 'offenen' Fachkliniken berücksichtigt, die also sämtlich freiwilligen Aufnahmehabens haben.
- 72 Mitteilung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS, Hamm, 1979.
- 73 Zu den Gründen der Selektivität der Fachkliniken s. Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 2, S.16-17.
- 74 Die Zahl der Betten in den PLKH-Alkoholikerstationen wird auf etwa 10000 geschätzt (Mitteilung der DHS, s. Anm. 72). Dem stehen jedoch ca. 60000 Aufnahmen von Alkoholkranken im Jahr im gesamten PLKH-Sektor entgegen. Innerhalb der PLKH nehmen die Alkoholkrankenstationen schon einen relativ privilegierten Rang ein. Danach ist zu vermuten, daß die Patienten in diesen Spezialstationen eine noch vergleichsweise günstige Selektion darstellen z.B. im Vergleich mit sämtlichen Patienten in den sog. chronischen Stationen.
- 75 Schaefer, H. u. Blohmke, M.: Sozialmedizin, Stuttgart, 1972, S.384. Es sei in diesem Zusammenhang noch betont, daß die Bescheinigungen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein sorgfältiges Gutachterverfahren voraussetzt, und die Daten von daher besonders zuverlässig sind.
- 76 Reichsversicherungsordnung, s. darin die entsprechenden Krankheitsdefinitionen im Sozialrecht.
- 77 Zur Unterscheidung von Pflicht- und freiwillig Versicherten s. die Informationsbroschüren der Rentenversicherungsträger. Es sei hier nur systematisch angemerkt, daß sich diese beiden Gruppen einkommensmäßig unterscheiden (freiwillig Versicherte verfügen über das höhere Einkommen, liegen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze). Pflichtversicherte stellen also den einkommensschwächsten Teil innerhalb der Arbeiter- bzw. Angestelltenrentenversicherung dar.
- 78 Analog der Ergebnisse von Ricke, J., Karmaus, W. u. Höh, R.: Frühinvalidität — Arbeiterschicksal?, Das Argument, AS 17, 1977, S.148-161.
- 79 Henkel, D. u. Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD, Das Argument, AS 12, 1976, bes. S.171-174.
- 80 Ricke u.a., a.a.O.
- 81 Psychiatrie-Enquête, 7/4200, a.a.O., S.13.
- 82 Vgl. sämtliche Broschüren der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS, Hamm.
- 83 Gesundheitsbericht 1971, a.a.O., S.123.
- 84 So Bundesgesundheitsministerin Huber in der Beantwortung der großen Anfrage der CDU-CSU-Bundestagsfraktion am 11. Nov. 1977; entsprechend mehrmals in Pressekonferenzen. Diese Zahl von 150000 wurde von der Presse breit berichtet, s. z.B. Frankfurter Rundschau vom 12. Nov. 1977. Die Zahl ist bisher nicht korrigiert worden, so daß sie als fester Eckwert in der staatlichen Gesundheitspolitik gewertet werden muß.

Sigurd v. Ingersleben

Clofibrat — fragliches Hyperlipidämie-Risiko versus sicheres Arzneimittelrisiko*

1. Zum Problem der Clofibrat-Indikation

Ischämische Herzkrankheiten sind nach medizinisch-pathologischem Verständnis das Ergebnis mangelhafter Sauerstoffversorgung des Herzmuskels, die auf einem Mißverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot beruht. Als Hauptursache dafür werden arteriosklerotische Veränderungen der Koronararterien angesehen, für die wiederum vor allem Störungen des Fettstoffwechsels verantwortlich gemacht werden. Die Normalisierung des Fettstoffwechsels sowie die Verminderung arteriosklerotischer Gefäßschädigungen haben damit erhebliche praktische Bedeutung erlangt, die sich u.a. ablesen läßt an der weitverbreiteten Anwendung von Präparaten zur Lipidsenkung, an der clofibrathaltige Medikamente bislang den weitaus größten Anteil hatten. Es konnte nämlich gezeigt werden, daß Hypercholesterinämien das Risiko einer Koronarschädigung bzw. eines Infarkts erheblich vergrößern (ähnlich wie die Risikofaktoren Rauchen, Hochdruck, Diabetes mellitus und Hyperurikämie). Cholesterinwerte über 225 mg % lassen eine höhere Inzidenz von Koronarkrankheiten erkennen, wobei sich die Inzidenzrate pro Zunahme um 25 mg % jedesmal erhöht um ihren Gesamtwert, also verdoppelt, verdreifacht usf. (W. Bolt, P. Schölmerich, 1977). Als quasi risikolos werden Werte unter 200 mg % angesehen, die faktisch nur noch bei einigen Naturvölkern vorkommen.

Ansatzpunkte, der koronaren Herzkrankheit vorzubeugen, bietet die Behauptung eines *kausalen* Zusammenhangs zwischen Hypercholesterinämie und koronarer Herzkrankheit. Diese Hypothese fußt einerseits auf umfangreichen tierexperimentellen Befunden und wird gestützt durch epidemiologische Untersuchungen, denen eine *Korrelation* zwischen Blutfettgehalt und Arteriosklerose zu entnehmen ist. Andererseits ist der biochemische Zusammenhang zwischen Fettverzehr, erhöhten Cholesterinspiegeln und Atherogenese nicht nur nicht bewiesen, sondern durch andere epidemiologische Befunde in Frage gestellt (z.B. D. Seidel, 1978). Dennoch wird bei der Infarktprävention von der Richtigkeit dieser These ausgegangen und die Reversibilität oder doch Reduktibilität von

* Clofibrat: Substanz zur Senkung des Cholesterinspiegels im Blut („Lipidsenker“). Clofibrathaltige Präparate wurden rund fünfzehn Jahre lang weit verbreitet angewandt, bis sie im Dezember 1978 vom Bundesgesundheitsamt wegen des Verdachts schädlicher Nebenwirkungen verboten wurden.

Gefäßläsionen durch Lipidsenkung und damit die Verminderbarkeit des Infarktrisikos unterstellt.

Hinter diesem Sachverhalt verbirgt sich als wissenschaftstheoretisches Problem die Ableitung von Präventions- oder Interventionsmöglichkeiten aus der Kenntnis von Risikofaktoren, die ihrerseits abgeleitet werden aus signifikanten Korrelationen, auch wenn die pathogenetisch kausale Funktion der betreffenden Noxe nicht gesichert ist. Zugrunde liegt das Prinzip der multifaktoriellen Krankheitsgenese (H. Schaefer, M. Blohmke, 1972) als Versuch, den Krankheitsbegriff zu vervollständigen und naturwissenschaftlich-reduktionistische Krankheitsauffassungen zu korrigieren. Die Ableitung konkreter präventiver Maßnahmen aus nur einem, funktional nicht hinlänglich aufgeklärtem Risikofaktor vollzieht aber die Reduktion lediglich auf einer anderen Stufe.

Darüberhinaus abstrahiert das Risikofaktoren-Konzept bei aller Bemühung um ätiologische Vollständigkeit von individuellen, subjektiven Faktoren. Mit ihm sind zwar der physikalisch-mechanistische und der physiologisch-biochemisch reduzierte Krankheitsbegriff des 19. bzw. der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts überwunden, doch wird dafür ein physiologisch-objektivistisch reduzierter Krankheitsbegriff eingeführt. Die Bedeutung subjektiver Faktoren für die Lebenserwartung ergibt sich beispielsweise aus einer Langzeitstudie über das Altern in den USA, bei der sich die Arbeitszufriedenheit als wichtigster Faktor für die Vorhersage der Lebenserwartung erwies (K. Renker, 1979). Mit dem Risikofaktoren-Konzept ist es bislang nicht gelungen, die konkrete Rolle des Subjektiven bei der Vermittlung von Sozialem und Biologischem als methodologisches Prinzip zu begreifen.

Die Ableitung von Risikofaktoren aus statistischen Korrelationen setzt dieses Konzept aber noch anderweitig beträchtlicher methodologischer Unsicherheit aus, wie sich geradezu beispielhaft am Risikofaktor Hypercholesterinämie erwiesen hat. Die pauschale Zusammenfassung der Lipoproteinfraktionen führte zur Anschauung des Cholesterinspiegels als signifikanter Variable. Inzwischen hat aber die genauere Erforschung der einzelnen Fraktionen höchst unterschiedliche Funktionen der verschiedenen Lipoproteine ergeben (D. Seidel, a.a.O., G. Assmann, 1978) bis hin zur Behauptung einer protektiven Funktion der High-Density-Lipoproteine (G.T. Miller, N.E. Miller, 1975) und einer Relation zwischen hohem Anteil an dieser Fraktion und niedrigerer Myokardinfarktrate. Damit ist die Variable „erhöhter Cholesterinspiegel“ nicht mehr hinlänglich aussagefähig, obgleich die eingangs angeführte Korrelation zwischen erhöhtem Cholesterinspiegel und Infarktinzidenz in mehreren Studien „bestätigt“ wurde. Die Anwendung von Clofibrat muß also gesehen werden vor dem Hintergrund einer überholten Diagnostik (Cholesterinspiegelbestimmung) und umstrittenen Indikation (Lipidsenkung).

Im Handbuch der experimentellen Pharmakologie, Band 41: „Hypolipidemic Agents“ stellte I.D. Frantz zur Frage der „rationalen hypolipidämischen Therapie“ bereits 1975 fest:

„Eine befriedigende Diskussion dieses Problems ist gegenwärtig unmöglich. Es können lediglich Meinungen unzulänglicher Beweiskraft ausgedrückt werden. In diesem unglücklichen Zustand hat sich dieses Gebiet viele Jahre lang befunden, und es scheint sich durch zusätzliche klinische Studien zur Vorbeugung und Früherkennung kaum vervollständigt zu haben. Wie kann man den Behandlungsnutzen abwägen gegen die Risiken, wenn man nicht sicher ist, daß Lipidsenkung überhaupt das Risiko eines Herzinfarktes reduziert? Das beste, was man tun kann, ist die Zusammenfassung aller beweiskräftigen Fakten aus den vorliegenden Studien einschließlich einer Aussage aufgrund tierexperimenteller Befunde, um dann doch nur zu einer nicht sonderlich stichhaltigen Vermutung zu gelangen. Die unumgängliche Erfordernis eines tierexperimentellen Beweises wird von einigen Forschern nicht gesehen. Sie halten die epidemiologischen Befunde für hinlänglich beweiskräftig. Diese Auffassung kann jedoch keine Ursache-Wirkungsbeziehung beweisen. Streng genommen wird nur die Korrelation zwischen niedrigem Cholesterinspiegel und reduziertem Verzehr von tierischen Fetten belegt, wenn es auch wahrscheinlich zutrifft, daß diese Umstände die Lipid-Hypothese als angemessenste Erklärung der beobachteten Fakten stützen. Andere, noch nicht identifizierte Umweltfaktoren könnten eine hervorragende Rolle spielen. Definitive klinische Studien sind notwendig: Wahrscheinlich reicht jedoch eine einzelne Studie nicht aus“ (frei übersetzt vom Autor).

Der jüngste und bisher umfassendste Versuch, die Senkung der Infarkthäufigkeit durch Lipidsenkung nachzuweisen, wurde mit der dazu weitaus verbreitetsten Substanz, Clofibrat, in einer von der Weltgesundheitsorganisation der UNO (WHO) koordinierten, multizentrischen fünfjährigen Langzeitstudie unternommen (Committee of Principal Investigators, 1978).

2. Das Clofibrat-Verbot

In der BRD führten die alarmierenden Befunde dieser Studie zum Widerruf der Zulassung aller clofibrathaltigen Medikamente. Der hervorstechendste Befund war die *signifikant erhöhte Mortalität* in der mit Clofibrat behandelten Prüfgruppe *an verschiedenen, nicht kardiovaskulären Krankheiten* (Gallensteine, Krebs) im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe mit ebenfalls hohem Cholesterinspiegel. Als Erklärung wurden Toxizität und Kanzerogenität von Clofibrat in Betracht gezogen (M.F. Oliver, 1978). Die Presse der BRD reagierte auf das Clofibrat-Verbot in voller Breite. Während sich aber die Tagespresse vor allem mit der erhöhten Mortalität unter Clofibrat und der Tatsache beschäftigte, daß das Bundesgesundheitsamt eine ganze Präparatengruppe zumindest vorläufig aus dem Verkehr gezogen hatte, ereiferte sich die Fachpresse der Ärzte und Apotheker vorrangig über die angeblich *kurzfristige* Entstehung des Beschlusses und das Bekanntwerden der Beschlusstendenz in der Tagespresse *noch vor* dem definitiven Beschluß. Der Verdacht wurde laut, die ärztlichen Körperschaften seien nicht hinlänglich am Entschei-

dungsprozeß oder zumindest an der Vorbereitung der Information der Öffentlichkeit und insbesondere der Ärzte beteiligt worden. Das Resultat seien unzulänglich erörterte therapeutische Alternativen, verunsicherte Patienten und die Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Zwar ist die publizistische Vermarktung der Entscheidung des Bundesgesundheitsamtes keineswegs unproblematisch, und eine Analyse der Informationskanäle und -mechanismen würde sicherlich zu aufschlußreichen Ergebnissen führen, doch ist damit nicht gerechtfertigt, daß ausgerechnet die Medizinpresse über ihrer Empörung beinahe vergaß, in die sachliche Diskussion der mit Clofibrat verbundenen Risiken einzutreten. Den Vogel abgeschossen hat sicherlich der Artikel des Heidelberger Biostatistikers Knipping unter dem Titel: „Nach der Blitzaktion des BGA: Clofibrat-Studie wertlos, Rechenfehler und Pannen“, der sich hervortut durch ein Maximum an Spekulation und ein Minimum an Fehlernachweisen. Der führende Clofibrat-Hersteller der BRD, die ICI Pharma, deutsche Tochter der britischen Imperial Chemical Industries Limited, stellte beim Verwaltungsgericht Berlin zusammen mit dreizehn anderen Clofibrat-Herstellern erfolglos einen Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung und legte gleichzeitig Widerspruch gegen das Verbot ein. Nutzen und Risiko der Clofibrat-Behandlung wurden dagegen nur äußerst zurückhaltend verhandelt, während die Problematik der Indikation (Prophylaxe ischämischer Herzkrankheiten versus Hyperlipidämie) gar nicht erst vorkam. Die Kritik richtete sich weitaus überwiegend gegen die behördliche Verfahrensweise, ohne deren offenkundige Orientierung an den Patienteninteressen zu erkennen und zu würdigen, deren Wahrung doch auch die Medizinpresse für sich in Anspruch nimmt. Dabei hatte sich das Bundesgesundheitsamt bei seiner Entscheidung ausdrücklich auf das Contergan-Urteil von 1970 bezogen und die dort festgeschriebene Verpflichtung der Behörde betont, „Arzneimittel vom Verkehr auszuschließen, solange der begründete Verdacht schwerer Arzneimittelschäden nicht überzeugend widerlegt werden kann und weniger weitreichende Maßnahmen das Risiko für die Patienten nicht überzeugend vermindern können“ (BGA-Pressedienst, 1978). Selbst wenn man geneigt sein sollte, aufgrund der biometrischen Methodenkritik an der WHO-Studie die erhöhte Mortalität unter Clofibrat zu bestreiten, bleiben dennoch Risiken und Probleme der Clofibrat-Anwendung zu erörtern, die nicht dazu angetan sind, den Verdacht der Schädlichkeit zu entkräften. Am 18. und 19. Juni 1979 erst wird von diesen Problemen ausführlicher die Rede sein: das Bundesgesundheitsamt veranstaltet eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen, auf deren Ergebnisse man gespannt sein darf. Ohne diesen Verhandlungen vorgreifen zu wollen und zu können, gibt aber die Geschichte der Lipidsenkerforschung und der Entwicklung von Clofibrat bemerkenswerte Hinweise auf Praxis und Verfahrensweise der Arzneimit-

telforschung allgemein und deren Umgang mit erkennbaren Arzneimittelrisiken.

3. Die Geschichte der Clofibrat-Entwicklung und der routinemäßige Umgang mit Arzneimittelrisiken

3.1. Struktur- und allgemeiner Wirkungsvergleich

Clofibrat ist ein chlorierter Ester der Clofibrinsäure. Das Molekül ist lipophil und verfügt über eine aromatische und eine saure, ionisierbare Teilstruktur. Es erfüllt damit die Bedingungen eines Entkopplers von Atmungskette und oxidativer Phosphorylierung (A. Lehninger, 1977). Diese Strukturmerkmale und Eigenschaften hat Clofibrat gemeinsam mit etlichen anderen Wirkstoffen, und zwar mit den Flavonkarbonsäuren (J.B. Harman, 1975) und den Salizylsäure-Abkömmlingen, die die Hämostase durch Antikoagulation i.w.S. bzw. Hemmung der Thrombozyten-Aggregation beeinflussen. Clofibrat ist aber auch eng verwandt mit den herbiziden Phenyl- und Phenoxyessigsäure-Derivaten, des weiteren mit diversen entzündungshemmenden Substanzen und dem psychotropen Meclofenoxat (Helfergin[®]). Ob die Entkopplerwirkung bei der üblichen Clofibratdosis von immerhin 2000 mg/Tag tatsächlich zum Tragen kommt, könnte erst nach entsprechenden Langzeituntersuchungen beurteilt werden, die bislang nicht vorliegen. Die Rechtfertigung des Verzichts auf solche Versuche fußt auf der Weitläufigkeit der Entkopplerdefinition, die auf etliche weitere — nachgewiesenermaßen unbedenkliche Wirkstoffe ebenfalls zutrifft. Dennoch liegt die Vermutung nahe, daß diese Wirkung unter Clofibrat-Langzeitanwendung — kurzfristige Anwendung kommt für Lipidsenker nicht in Frage — zum Tragen kommt. Für diese Vermutung sprechen die z.T. schweren Myalgien unter Clofibrat (J.F. Bridgman et al., 1972) sowie dessen indirekte fibrinolytische Wirkung (R. Chakrabarti, G.R. Fearnley, 1968; P.L. Spreafico et al., 1973). Hinzukommt die Sekretion von Neurotransmittern aus den synaptischen Vesikeln unter Meclofenoxat, die sämtlich den Einfluß auf Actomyosin und verwandte kontraktile Proteine nahelegen (möglicherweise durch ATP-Entzug als Ergebnis der Blockade der oxidativen Phosphorylierung durch Entkopplung). Allerdings muß ausdrücklich davor gewarnt werden, diese Überlegung zur Grundlage von Spekulationen über die entkoppelnde Wirkung von Clofibrat zu machen, solange nicht Resultate spezifischer Untersuchungen vorliegen, die besonders die Frage der möglichen Wirkstoffakkumulation bei Langzeitanwendung berücksichtigen. Vielmehr geht es hier darum, ein aus der Struktur von Clofibrat ableitbares, ungeklärtes Risiko, für das verschiedene Nebenwirkungen sprechen, vorzuführen. Insbesondere die ebenfalls unaufgeklärte indirekte fibrinolytische Wirkung — ebenfalls denkbar als Entkopplungsresultat (Verhinderung

der Thrombozytenretraktion durch Senkung der Kontraktilität des Thrombosthenins: Verhinderung primärer Plättchenthromben) — hätte Anlaß sein müssen, diesem Wirkungsbereich erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, so wie dies bei den nicht-steroidalen Antirheumatika geschehen ist (P.S. Schönhofer, 1979).

3.2. Die Entdeckung der lipidsenkenden Wirkung von Aryloxyallylverbindungen

Daß die verschiedenen Clofibrat-Wirkungen nicht in der zu fordernden systematischen Weise bearbeitet wurden, erklärt sich aus dem Forschungszusammenhang, der gekennzeichnet ist von der Heterogenität der Forschungsansätze. Die erste Mitteilung über cholesterinspiegelsenkende Eigenschaften chemischer Substanzen bezog sich auf Phenylessigsäuren, während bereits 1894 ein deutsches Patent auf ein „Verfahren zur Darstellung von Oxy-i-butyryl-Phenolen“ erteilt worden war, die „in der Medizin Verwendung finden sollen“, ohne daß der Patentinhaber allerdings deren Wirkung mitteilen konnte. 1947 wurde dann die Herstellung von verschiedenen α -Derivaten der Isobutyrsäure beschrieben (P. Galimberti, A. Defranceschi, 1947), 1956 die von Clofibrat, dem Äthylester eines Phenolderivats dieser Säure (M. Julia et al., 1956), nachdem ein Jahr zuvor bereits eine umfangreiche Beschreibung „einiger substituierter α -(Aryloxy)-isobutyrsäuren und -amide“ erschienen war (H. Gilman, G.R. Wilder, 1955). Aufschlußreich an dieser letzteren Arbeit, die regelmäßig in der Syntheseliteratur zu Clofibrat genannt wird (z.B. Ehrhart/Rusching, 1972; Merck-Index, 1976) sind die Fußnote (1): „This work was supported by a contract with the Chemical Corps, Camp Detrick, Maryland“ sowie der Hinweis: „It has been reported that some compounds of this type have recently been studied as plant hormones“ — wobei anzumerken ist, daß es sich dabei um Herbizide handelt — und schließlich die Fußnote (3) „The results of the biological tests will be reported elsewhere“, ohne Autoren und Zeitschrift zu nennen. Immerhin handelt es sich ja offenbar um Forschungen mit Unterstützung einer militärischen Spezialeinheit, die vermutlich auch auf humantoxische Risiken abzielten. Daß diese Forschungen von militärischem Interesse waren, geht sicherlich auf die Verwendung der herbiziden Aryloxyallylverbindungen als Entlaubungsmittel in Vietnam und Mexiko zurück: in Vietnam zur Enttarnung des Dschungels und Vernichtung der Reisernte mit entsprechenden, kalkulierten Risiken für die Bevölkerung (AAAS Report, 1971), in Mexiko zur Vernichtung der Marihuanaernte, deren Verbringung in die USA verhindert werden sollte (R.S., 1979).

Die Erforschung der Wirkungen von Aryloxyallylverbindungen wurde also nicht nur industriell, sondern auch in militärischen Einrichtungen beispielsweise der USA betrieben, wie auch aus anderen Quellen hervor-

geht (W.J. Dougherty et al., 1976). Aufschlußreicher hinsichtlich der Methoden der Arzneimittelentwicklung ist aber die am Beispiel von Clofibrat erkennbare „Systematik“ der industriellen Wirkstoffsuche. Hat man üblicherweise die Vorstellung, das sogenannte Allgemeine screening beziehe sich ausschließlich auf therapeutisch verwendbare, pharmakologische Wirkungen (E. Kutter, 1978), so wird in der Praxis offenbar das gesamte Spektrum der biologischen Aktivität überhaupt durchgeprüft und anschließend in den verschiedenen Branchen der chemischen Industrie vermarktet. Das ist zwar zunächst keineswegs ein kapitalistischen Produktions- und entsprechenden Forschungsverhältnissen geschuldeter Makel, doch ergeben sich aus *dieser* Systematik Sicherheitsprobleme, die unter diesen Verhältnissen äußerst schwierig gegen die Interessen der Hersteller der verschiedenen Produkte zu handhaben sind.

Die ersten Ergebnisse der Erforschung der biologischen Wirkung von Aryloxyallylverbindungen bestanden in der Entdeckung ihres Einflusses auf das Pflanzenwachstum, der zurückzuführen ist auf ihre strukturelle Ähnlichkeit mit dem natürlichen Wachstumshormon (Auxin) Indol-3-Essigsäure (IES), von dem das Zellstreckungswachstum abhängt. Aber „IES kann in vielen Fällen auch die Mitoseaktivität in einem Gewebe auslösen oder verstärken.“ Diese Fähigkeit läßt zumindest an neoplastische Potenzen solcher Verbindungen denken und sie in die Nähe von Kanzerogenen rücken. Als primäre Wirkung der Auxine werden die Aktivierung der für das Wachstum verantwortlichen Gene sowie Veränderungen der Plasmamembran erwogen (G. Czihak et al., 1976). Die ersten größeren Arbeiten über die Entwicklung verschiedener Aryloxyallyl-Herbizide sowie ihre unterschiedliche Selektivität und Intensität stammen von W.G. Templeman und Mitarbeitern von den Imperial Chemical Industries Ltd. (ICI) Ende der dreißiger Jahre (W.G. Templeman, 1939; W.G. Templeman, C.J. Marmoy, 1940; R.E. Slade, W.G. Templeman, W.A. Sexton, 1945; u.f.) und bezogen sich unter anderem auf Indol-3-buttersäure, Naphthyl-1-essigsäure und verschiedene chlorierte Phenoxyessigsäuren. Die gleichen Stoffgruppen waren zu jener Zeit aber auch Gegenstand der Antikoagulantien- und Fibrinolyticaforschung, die sich dann vorwiegend auf Flavonoid-(Cumarin-) und Indandionabkömmlinge spezialisierte (Ehrhart/Ruschig, 1968). Außerdem interessierten sie in der Analgeticaforschung, in deren Verlauf beispielsweise auch die plättchenaggregationshemmende Wirkung der Azetylsalizylsäure (Aspirin^(R)) erkannt und das Indolessigsäurederivat Indimethacin (Amuno^(R)) entwickelt wurden. Übrigens weist der Name Clofibrinsäure auf den Zusammenhang mit der Fibrinolyticaforschung hin: offenbar wurde zuerst die fibrinolytische Wirkung entdeckt.

Vor diesem Hintergrund frappiert die Tatsache, daß es ebenfalls Mitarbeiter der ICI waren, denen das britische Patent auf „Pharmazeutische

Zubereitungen, die α -Aryloxy-aliphatische Karbonsäuren und/oder α -Arylimino-aliphatische Karbonsäuren, deren Ester und Salze enthalten", zur Senkung des Cholesterinspiegels erteilt wurde (B.P. 860,303, 1959), dem 1966 das nahezu gleichlautende U.S. Patent folgte. Damit ließ sich die ICI die lipidsenkende Wirkung der gleichen Stoffklasse patentieren, die sie bis dahin nur auf dem Herbizidsektor favorisiert hatte, ohne daß dem Patentanspruch eine toxikologische Abgrenzung zu entnehmen wäre. Es ist von außerordentlicher Bedeutung, daß die Patentschriften auf die Stoffklasse Aryloxy-aliphatische Karbonsäuren und nicht etwa auf die Stoffgruppe Phenoxy-isobuttersäuren ausgeschrieben wurden, weil damit der Hersteller selbst in Anspruch nimmt, daß *der gesamten Stoffklasse* ähnliche Wirkungen zukommen, von denen therapeutisch die Lipidsenkung genutzt wird. Es wäre wichtig zu erfahren, wie und mit welchen Ergebnissen im Detail nach Entdeckung der hypolipidämischen Wirkung von Clofibrat an der Ratte dessen Humantoxizität geprüft und ausgeschlossen wurde. Denn es ist kaum anzunehmen, daß nach Entwicklung potenter Herbizide vor der Einführung des Lipidsenkens aus der gleichen Stoffklasse dieser engen Verwandtschaft bei der ICI keine Beachtung geschenkt und bei der Prüfung auf Toxizität und unerwünschte Wirkungen nicht besondere Rechnung getragen worden wäre. Das gleiche gilt für andere therapeutisch genutzte p-Chlor-phenoxyessigsäure-Derivate, die z.T. neutrotope, lokalanästhetische, antiarrhythmische und antihypoxische Eigenschaften aufweisen.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Verbindungen aus der Stoffklasse der Aryloxyallylverbindungen ist selbstverständlich Zurückhaltung am Platze. Aus dem Bereich der Herbizidforschung liegen diverse ausführliche Arbeiten vor aus den fünfziger Jahren (M.S. Smith et al., 1952; C.H. Fawcett et al., 1953; R.L. Wain, F. Wightman, 1953; R.L. Wain, 1955) sowie eine neuere Darstellung derselben Arbeitsgruppe um Wain aus dem Jahre 1976 (J.L. Garraway, R.L. Wain, 1976). Diese zeigen eindrucksvoll, wie weitreichende Molekülveränderungen vorgenommen und mit welchem erheblichen Aufwand geprüft werden, ohne daß indes Schlüsse auf die Humanwirkung gezogen werden könnten. In diesen Arbeiten bezieht sich der Begriff der Aktivität auf auxinähnliche Eingriffe in die pflanzliche Wachstumsregulation. Dagegen ist die molekulare Primärwirkung dieser Verbindungen beim Menschen offen. Drei Strukturmerkmale wurden für die Wachstumsregulation als wesentlich erkannt: aromatisches Ringsystem, Seitenkette mit Karboxylgruppe und wenigstens einem Kohlenstoff-Atom zwischen dieser Gruppe und Ring sowie räumliche Annäherbarkeit zwischen Karboxylgruppe und Ring (J.B. Koepfli, 1938; J.B. Harman, 1975). Beim derzeitigen Stand der Struktur-Wirkungstheorie ist weder auszuschließen noch ohne weiteres zu unterstellen, daß diese Wirkungsbedingungen für das pflanzliche Zellverhal-

ten übertragbar sind auf den Menschen. Auf jeden Fall erfüllt Clofibrat diese Bedingungen und könnte sogar unter bestimmten Reaktionsverhältnissen, die erst noch mit den Verhältnissen *in vivo* zu vergleichen sind, zu einem Benzodioxinon zyklisiert werden. Witiak et al. haben solche Ringverbindungen an Pflanzen z.T. mit Erfolg geprüft (1971). Die drei genannten Merkmale decken sich aber auch mit der Entkopplerdefinition (lipophil, aromatisch, ionisierbare, saure Gruppe, s.o.). Zusammenfassend ist festzuhalten: Die molekulare Wirkung von Clofibrat ist unbekannt, folglich sind *dosisunabhängige* Wirkungen nicht abschätzbar. Über den Metabolismus herrscht ein Methodenstreit, die an sich naheliegende metabolische Ätherspaltung (zusätzlich zur anerkannten Esterspaltung), die zu einem p-Chlorphenol führt und neue toxikologische Fragen aufwirft, ist unreflektiert. Hinsichtlich der Frage der Kanzerogenität verwirren die Strukturähnlichkeit mit den zellwachstums- und mitosefördernden Herbiziden einerseits und möglichen zytostatischen Potenzen von Clofibrat (J. Gold, 1976) andererseits.

Bleibt die Frage nach den Synthesebedingungen. Die Patentschrift legt das technische Verfahren und die Reaktionsbedingungen nicht fest, die, wie man nach Seveso — auch dort wurde ein, wenn auch mehrfach chloriertes, Phenoxyessigsäurederivat hergestellt — begreifen mußte, von Laborbedingungen, -dimensionen und -präzision erheblich abweichen. Eben diese Bedingungen und Präzision entscheiden aber über die Produktionssicherheit und vor allem die Reinheit des Endprodukts (F. Vahrenholt, 1976). Theoretisch ist bei einem der Anlage in Seveso vergleichbaren „Eintopfverfahren“, wie es auch in der pharmazeutischen Industrie üblich ist (Ost-Rassow, 1965), die Entstehung der gleichen toxischen Nebenprodukte denkbar, die bei der Herbizidproduktion übrigens ohne weiteres in Kauf genommen werden. Wenn die Produktion von Clofibrat auch nicht nach x-tausend Tonnen pro Jahr zählt wie die Herbizidproduktion und die Clofibrat-Hersteller keinen Augenblick zögern werden, ihre pharmako-chemischen Produktionsverfahren abzugrenzen gegen die Herbizidherstellung, besteht trotz kleinerer Synthese-Ansätze doch das Risiko, daß bei einem noch immerhin nach Kilogramm zählenden Synthese-Ansatz bei einem nicht hinlänglich kontrollier- und steuerbaren Verfahren TCDD- und andere Verunreinigungen entstehen. TCDD z.B. ist verantwortlich für die Teratogenität von 2,4-D und 2,4,5-T, den Hauptvertretern der herbiziden Phenoxyessigsäuren (R. Roll, 1971 und 1973; AAAS-Report, 1971, A. Hay, 1979; u.a.m.). Immerhin erhält Clofibrat in einigen Staaten den Warnhinweis, das Präparat nicht während der Schwangerschaft einzunehmen (der sich allerdings auf die Substanz selbst beziehen könnte). TCDD entsteht auch durch Pyrolyse von Pentachlorphenol, das ebenfalls entstehen könnte und unlängst als potenter Entkoppler nachgewiesen wurde (R.H.-D. Götz et al., 1978).

4. Der Risikoaustausch

Während die vorstehenden Produktionsrisiken und der Streit um den wirklichen Metabolismus in absehbarer Zeit aufklärbar zu sein scheinen, ist bisher nicht abzusehen, wie und wann die molekulare Primärwirkung erforscht werden könnte.

Die hier vorgetragenen ungeklärten Risiken der Clofibrat-Behandlung beziehen sich vorwiegend auf Strukturverwandtschaften und Syntheserisiken und geben den Stand der toxikologischen Erfahrungen mit Clofibrat und Aryloxyallylverbindungen keineswegs vollständig wieder. Eine abschließende Beurteilung der Risiken unter Clofibrat ist auf ihrer Grundlage weder möglich noch beabsichtigt. Im Gegenteil wird ausdrücklich davon abgeraten, auf dieser Basis vorschnelle Spekulationen zu konstruieren: etwa im Sinne von „Clofibrat als Ergebnis der Herbizidforschung“ oder gar der Kriegsforschung. Es handelt sich hier vielmehr um den Versuch, den Forschungszusammenhang unter dem Einfluß unterschiedlicher Erkenntnisansätze und widerstreitender Interessen zu rekonstruieren. Daß dieser Forschungskontext offenbar nicht zum Anlaß genommen wurde, das Clofibrat-Wirkungsspektrum eindeutig gegen die anderweitigen Risiken abzugrenzen, irritiert. Zumindest sind der Literatur keine derartigen Arbeiten zu entnehmen. Möglicherweise kommen solche Studien bei der Anhörung des Bundesgesundheitsamtes noch zur Sprache; wobei dann allerdings zu fragen wäre, welche Überlegungen zu dem Entschluß führten, deren Ergebnisse nicht zu veröffentlichen.

4.1. Clofibrat steht im Spannungsfeld zwischen den Risiken, denen es vorbeugen soll, und den Risiken, die es selbst erzeugt. Dieser Sachverhalt stellt zwar nicht das Risikofaktorenmodell in Frage, dessen Erkenntniswert für die ätiologische *Forschung* trotz aller Einwände im Detail (s.o.) vorerst unbestritten ist. Er zwingt aber zu der Überlegung, ob dieses Forschungsmodell berechtigt zur Ableitung praktischer, „pharmakoprophylaktischer“ Schlußfolgerungen: wie z.B. der Empfehlung, ischämischen Herzkrankheiten durch Senkung erhöhter Lipidfraktionen vorzubeugen. Möglicherweise sind epidemiologische Korrelationen zwischen einzelnen Risikofaktoren und manifester Erkrankung ungeklärter, „multifaktorieller“ Genese nicht geeignet zur Entwicklung monofaktorieller Interventionsangebote, die nur einen von mehreren Risikofaktoren auszuschalten vorschlagen. Schon formal erscheint die Überführung theoretischer Modellvorstellungen in praktische Interventionsstrategien unzulässig. Darüberhinaus paraphrasiert aber die „pharmakoprophylaktische“ Ausschaltung eines von mehreren Risikofaktoren die therapeutische Dominanz der Arzneimittel im Bereich der Prävention und installiert damit den pharmakotherapeutischen Reduktionismus (S.v. Ingersleben, 1978) auch dort. Die Verkehrung oder Reduktion der Präventivmedizin auf pharma-

koprophylaktische Maßnahmen liefe auf den Dauergebrauch von Arzneimitteln der gesamten Bevölkerung ab einem bestimmten, „noch zu ermittelnden, risikoträchtigeren“ Alter hinaus.

4.2. Der Wert epidemiologischer Studien erweist sich überzeugend an den Ergebnissen der WHO-Studie, die überhaupt erst den wie auch immer gearteten Zusammenhang zwischen Clofibrat-Anwendung und Schädigung aufzeigte und damit ermöglichte, die Kenntnisse über Nebenwirkungen und Schädigungsmöglichkeiten einzuordnen und auf eine statistische Grundlage zu stellen. Andererseits ermöglichen derartige Studien aber nicht die Aufklärung der Kausalitäten, sondern geben lediglich Orientierungen, in welcher Richtung weiter zu forschen ist. Die WHO-Studie hat jedenfalls eindrucksvoll die Feststellung unterstrichen, daß „das klinisch-pharmakologische Studium eines neuen Arzneimittels zum Zeitpunkt seiner Registrierung (heute Zulassung, S.v.I.) oder bei Abschluß der Phase III oftmals noch nicht beendet (ist). In vielen Fällen kann ein wissenschaftlich fundiertes Urteil über die therapeutische Wirksamkeit und das therapeutische Risiko erst nach jahrelangen Studien an großen Patientenkollektiven gebildet werden. Solche Studien ebnen den Weg zur exakten Einordnung eines neuen Arzneimittels in den verfügbaren Arzneimittelschatz und zur vergleichenden Beurteilung des neuen mit älteren Arzneimitteln. Solche Arbeiten weisen den Weg zu rationaler Therapie in definierten Indikationsgebieten“ (H. Friebe, 1975).

Für die Arzneimittelinnovation nach den Prinzipien des pharmazeutischen Marketing leitet sich aus der Erfahrung mit Clofibrat die Notwendigkeit ab, daß neben der therapeutischen Bewährung von Arzneimitteln der institutionalisierten, interdisziplinären Beobachtung dieses Prozesses — wie sie das 2. Arzneimittelgesetz vorsieht — verstärkte Bedeutung zukommt.

4.3. Clofibrat ist Präzedenzfall und Nagelprobe des zweiten Arzneimittelgesetzes, das am 1. Januar 1978 in Kraft trat. Kann sich das Bundesgesundheitsamt durchsetzen mit seiner Entscheidung, die Zulassung clofibrathaltiger Medikamente aufgrund des unausgeräumten Verdachts unvertretbarer schädlicher Wirkungen, ist damit — entgegen verbreiteten Einschätzungen des 2. Arzneimittelgesetzes — ein wichtiges Instrument behördlicher Arzneimittelkontrolle durchgesetzt. Dennoch kann man keine Illusionen haben hinsichtlich der Suffizienz industrieller Alternativstrategien. Die Wirkung des Clofibrat-Rückrufs auf die Hersteller ist allerdings unverkennbar. Unter ihnen ist seither die Rede von behördlicher „Schutzhaft für Arzneimittel“.

Literaturverzeichnis

AAAS Report (American Association for the Advancement of Science), zit. n. An unanswered question: does defoliation in Vietnam cause birth defects?, JAMA 215, 554 (1971)

- Assmann, G., Zur Pathobiochemie der High Density-Lipoproteine, in: Lang, H., Rick, W., Róka, L. (Hg.), Aktuelle Probleme der Pathobiochemie, Berlin-Heidelberg-New York (Springer) 1978
- BGA-Pressedienst, Bundesgesundheitsamt verbietet clobibrathaltige Arzneimittel, 13/1978 vom 19.12.1978
- Bolt, W., Schölmerich, P., Präventivmedizinische Gesichtspunkte bei inneren Krankheiten, in: Gross, R., Schölmersch, P. (Hg.), Lehrbuch der Inneren Medizin, Stuttgart-New York 1977, 1185-1191
- Bridgman, J.F., Rosen, S.M., Thorp, J.M., Complications during clobibrate treatment of nephrotic syndrome hyperlipoproteinemia, *Lancet* 1972 II, 506-509
- Chakrabarti, R., Fearnley, G.R., Effects of clobibrate on fibrinolysis, platelet stickiness, plasma-bilirubin, and serum-cholesterol, *Lancet* 1968 II, 1007
- Committee of Principal Investigators, A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clobibrate, *Br. Heart J.* 40, 1069-1118 (1978)
- Czihak, G., Langer, H., Ziegler, H. (Hg.), Biologie, Berlin-Heidelberg-New York (Springer) 1976
- Dougherty, W.J., Coulston, F., Golberg, L., The Evaluation of the Teratogenic Effects of 2,4,5-Trichloroacetic Acid in the Rhesus Monkey, *Environ. Qualit. Safety* 5 (1976), 89-96
- Ehrhart, G., Ruschig, H., Arzneimittel. Entwicklung, Wirkung, Darstellung, Weinheim 1968
- Ehrhart, G., Ruschig, H. (Hg.), Arzneimittel. Entwicklung. Wirkung. Darstellung, Weinheim (V. Chemie) 1972², 5 Bde., Bd. 2, 424-437
- Fawcett, C.H., Osborne, D.J., Wain, R.L., Walker, R.D., Studies on Plant Growth-Regulating Substances. VI. Side Chain Structure in Relation to Growth-Regulating Activity in the Aryloxyalkylcarboxylic Acids, *Ann. Appl. Biol.* 40, 232-243 (1953)
- Frantz, I.D., The Rationale for Hypolipemic Therapy, in: Kritchevsky, D. (Hg.), Hypolipidemic Agents, Berlin-Heidelberg-New York 1975, S.409-415
- Friebel, H., Langzeitversuch und Langzeiterfahrung in der angewandten Therapie (Phase IV), in: Eickstedt, K.-W., Gross, F. (Hg.), Klinische Arzneimittelprüfung, Stuttgart (Fischer) 1975
- Galimberti, P., Defranceschi, Synthesis of some α -derivatives of isobutyric acid, *Gazz. chim. it.* 77, 431-438 (1947)
- Garraway, J.L., Wain, R.L., The Design of Auxin-Type Herbicides, in: Ariens, E.J. (Hg.), Drug Design, Vol VII, New York-San Francisco-London (Academic Press) 1976, 131-153
- Gilman, H., Wilder, G.R., Some Substituted α -(Aryloxy)-isobutyric Acids and Amides, *J. Am. Chem. Soc.* 77, 6644-6646 (1955)
- Gold, J., Enhancement by clobibrate of in vivo effectiveness of cytotoxic and other chemotherapy in Walker 256 carcinosarcoma, in: AACR Abstracts, 1976, 6
- Götz, R.D.-H., Schwarz, L.R., Greim, H., Toxicity of Pentachlorophenol and 2,4,6-Trichlorophenol in Isolated Rat Liver Cells, in: Boissier, J.R., Lechat, P., Fichelle, J. (Hg.), Advances in Pharmacology and Therapeutics, Oxford etc. (Pergamon) 1978
- Harman, J.B., The Flavonoids, London (Chapman and Hall) 1975
- Hay, A., Critics challenge data that led to 2,4,5-T ban, *Nature* 279, 3 (1979)
- Ingersleben, S.v., Die praktische Bedeutung des Wissenschaftsverständnisses der Pharmakologie, Dissertation FU Berlin 1978, 2. überarbeitete Fassung Berlin (Bundesgesundheitsamt) 1979 (im Druck).
- Ingersleben, S.v., Struktur-Wirkungs-Überlegungen zu Clobibrat, unveröffentl. Typoskript, Berlin 1979

- Ingersleben, S.v., Harmloses Clofibrat? *Ärztliche Praxis* 31, 2004 (1979)
- Knipping, W., Nach der Blitzaktion des BGA: Clofibrat-Studie wertlos, Rechenfehler und Pannen, *Medical Tribune* 14, 10 (1979)
- Koepfli, J.B., Thimann, D.S., Went, F.W., *J. Biol. Chem.* 122, 763 (1938)
- Kutter, E. (Hg.), *Arzneimittelentwicklung. Grundlagen - Strategien - Perspektiven*, Stuttgart 1978
- Lehninger, A., *Biochemie*, Weinheim-New York (Verlag Chemie) 1977²
- The Merck Index, Rahway (Merck) 1976⁹
- Miller, G.T., Miller, N.E., Plasma-High-Density-Lipoprotein Concentration and Development of Ischaemic Heart Disease, *Lancet* 1975 I, 16
- Oliver, M.F., Cholesterol, Coronaries, Clofibrate and Death, *N. Engl. J. Med.* 1360, 1978
- Ost-Rassow, *Lehrbuch der chemischen Technologie*, Leipzig (Barth) 1965²⁷
- Patentschrift Nr. 80986 des Kaiserlichen Patentamtes, Link, G., Verfahren zur Darstellung von Oxy-i-butyryl-Phenolen, vom 14.6.1894
- Patent Specification 860,303 des Patent Office, London, Pharmaceutical Compositions comprising α -Aryloxy-Aliphatic Carboxylic Acids and/or α -Arylimino-Aliphatic Carboxylic Acids their Esters and Salts vom 20.6.1958
- Renker, K., Ein Beitrag zur Frage des sozialen Faktors in der Medizin, in: *Z.ges.H.* 25, 48-53 (1979)
- Roll, R., Untersuchungen über die teratogene Wirkung von 2,4,5-T bei Mäusen, *Fd Cosmet. Toxicol.* 9, 671-676 (1971)
- Roll, R., Toxicological Evaluation of Special Organochlorated Compounds, *Environ. Qualit. Safety* 1 (1973), 117-124
- R.S., Lungenschäden durch vergiftetes Marihuana, *Ärztliche Praxis* 31, 1129 (1979)
- Seidel, D., Biochemie und Regulation des Lipid- und Lipoproteinstoffwechsels, in: Lang, H., Rick, W., Róka, L. (Hg.), *Aktuelle Probleme der Pathobiochemie*, Berlin-Heidelberg-New York 1978, 114-124
- Slade, R.E., Templeman, W.G., Sexton, W.A., Plant-Growth Substances as Selective Weed-Killers, *Nature* 155, 497-498 (1945)
- Smith, M.S., Wain, R.L., Wightman, F., Studies on Plant Growth-Regulating Substances. V. Steric Factors in Relation to Mode of Action of Certain Aryloxyalkylcarboxylic Acids, *Ann. Appl. Biol.* 39, 295-307 (1952)
- Schaefer, H., Blohmke, M., *Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*, Stuttgart (Thieme) 1972
- Schönhofer, P.S., Pharmakodynamik der Rheumatherapie, in: *Ärztliche Praxis* 31, 1301 (1979)
- Spreafico, P.L., Frandoli, G., Turazza, G., Fibrinolysis and platelet aggregation in the course of treatment with a combination of p-chlorophenoxy-isobutyric acid derivatives in elderly arterosclerotics, *Arzneimittel-Forschung* 23, 236 (1973)
- Templeman, W.G., The Effect of Some Plant Growth Substances on Dry-matter Production of Plants, *Empire J. Exp. Agr.* 7, 76-88 (1939)
- Templeman, W.G., Marmoy, C.J., The Effect upon Growth of Plants of Watering Solutions of Plant Growth Substances and of Seed Dressings Containing these Materials, *Ann. Appl. Biol.* 27, 453-471 (1940)
- Unites States Patent Office, Methods for Reducing Cholesterol in the Blood, vom 26.7.1966
- Vahrenholt, F., Seveso. Informationen über eine Umweltkatastrophe, Berlin (Umweltbundesamt) 1976
- Wain, R.L., A New Approach To Selective Weed Control, *Ann. Appl. Biol.* 42, 151-157 (1955)

- Wain, R.L., Wightman, F., Studies on Plant Growth-Regulating Substances. VII. Growth-Promoting Activity in the Chloro-Phenoxyacetic Acids, *Ann. Appl. Biol.* 40, 244-249 (1953)
- Witiak, D.T., Feller, D.R., Stratford, E.S., Hackney, R.E., Nazareth, R., Wagner, G., Inhibitory Action of α -(4-Chlorophenoxy)- α -methylpropionic Acids Analogs on Cholesterol Biosynthesis and Lipolysis in Vitro, *J. Med. Chem.* 14, 754-757 (1971)

Aufgeführt sind nur die zitierten Arbeiten. Weitere Literatur beim Verfasser.

Udo Schagen

Novellierung der AO statt Studienreform

Die derzeitige Diskussion um die Inhalte ärztlicher Ausbildung und die Approbationsordnung für Ärzte (AO) muß vor dem Hintergrund der einheitlich prognostizierten Steigerung der Ärztezahlen von derzeit ca. 130000 (*Gebh*) auf ca. 250000 im Jahre 2000 gesehen werden (*Brenner und Schwartz, Beske und Rüschemann, WIdO*). Trotz lautstark geäußelter Befürchtungen aller Ärzteverbände denken SPD- und neuerdings auch CSU-Politiker gleichwohl nicht an eine Senkung der Studienanfängerzahlen (s. Staatssekretär Wolters, FAZ v. 23.2.79, und F.J. Strauß auf dem letzten Deutschen Ärztetag), aber auch nicht an eine den hohen Studentenzahlen entsprechende Ausstattung der Hochschulen.

Alle Reformvorschläge haben bei einheitlicher Diagnose von nicht mehr hinnehmbaren Ausbildungsbedingungen an der Hochschule nun eines gemeinsam: allein durch Veränderung der Gesetzestexte soll eine Studienreform stattfinden. Ob und wie dadurch die Bedingungen der Ausbildung selbst an den Fakultäten und Fachbereichen der Hochschulen verändert werden sollen oder welche Forderungen hier durchgesetzt werden müssen, wird derzeit kaum diskutiert.

Kritik an der gegenwärtigen Ausbildung und die Vorschläge von Parteien und Verbänden.

Die Front der Gegner der gültigen Ausbildungsordnung für Ärzte wird immer größer. Nachdem sie, bzw. richtiger ihre Verwirklichung an den Hochschulen, zunächst im wesentlichen von Studenten, dann auch von Hochschullehrern aufs Korn genommen wurde, haben sich im letzten Jahr und insbesondere in den letzten Monaten sämtliche Ärzteverbände, die ÖTV als die im DGB zuständige Gewerkschaft und mehr und mehr auch über die Medien weite Kreise der Öffentlichkeit mit der derzeitigen Ausbildungswirklichkeit der Ärzte an den Hochschulen auseinandergesetzt. 'Der Spiegel' meint am 24.7.78: „Die Bonner Studienreform

brachte die Heilkunde in Rückstand" und charakterisierte den Wissensstand der Ärzte in der Artikelüberschrift: „Nicht mal gelernt, eine Wunde zu schließen". Die FAZ spricht am 30.8.78 von „Barfußärzten in Deutschland". Die 'Welt' widmet im Januar und Februar 1979 einen großen Teil ihrer Serie „Wenn Du morgen krank wirst" der Frage „Produzieren wir eigentlich den richtigen Ärzte-Typ?". Dabei ist in der Geschichte deutscher Ausbildungsordnungen, zumindest auf dem Papier, selten so schnell und viel „reformiert" worden wie in den letzten Jahren. Der neuen Approbationsordnung aus dem Jahre 1970, die im Prinzip schrittweise ab 1972 inkraft trat, folgten schon zwei Änderungsverordnungen in den Jahren 1975 und 1978 (*Schleicher, Marsen*).

Im Zentrum der Kritik stehen im wesentlichen folgende Punkte:

1. *Mangelnde Praxisnähe*. Die Studenten haben im Laufe ihres sechsjährigen Studiums in den ersten fünf Jahren fast kaum Gelegenheit, Patienten regelmäßig und vor allen Dingen auch über längere Zeit aus nächster Nähe beobachten und untersuchen zu können. Meist drängeln sich 10 und mehr Studenten um ein Krankenbett, an dem durch den unterrichtsführenden Assistenten höchstens noch das erläutert werden kann, was auch aus 2 Meter Entfernung gut zu sehen ist. Im letzten, dem sogenannten Praktischen Studienjahr, sind die Assistenzärzte, denen 2-3 Studenten auf den Stationen jeweils zugeteilt sind, meist so überlastet mit den täglichen Routinearbeiten, daß sie kaum dazu kommen, die Studenten regelmäßig anzuleiten und auszubilden (z. B. *Bachmann*).

2. „*Theoretische Überfrachtung*". Hierunter wird zumeist verstanden, daß das Studium mit allzuviel Theorie beladen sei und zu wenig das Erlernen praktischer Fertigkeiten, das Üben von Fähigkeiten und die Motivation zu Veränderungen der Einstellung hinsichtlich einer ärztlichen Verhaltensweise fördere. Tatsächlich gibt es kaum ein untheoretischeres „Studium" als das medizinische. „Theorie" wird als das bezeichnet, was in der Regel in den großen Vorlesungen bzw. den Lehrbüchern als Systematik der einzelnen Fachgebiete dargeboten wird. Eine Theorie der Krankheitslehre etwa ist dies selbstverständlich nicht, meist handelt es sich um mehr oder weniger gut systematisch dargestellte und aneinander gereichte Symptomenkomplexe und die dazugehörigen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen (*Lüth, v. Ferber*).

3. *Prüfungen*. Die fast ausschließlich nach dem Multiple choice-Verfahren bundeseinheitlich durchgeführten staatlichen Examina werden abgehoben vom notwendigen Wissensstoff durchgeführt. Studenten berichten, daß sie nach sorgfältiger Durcharbeitung von wichtigen Lehrbüchern sich den gesamten Stoff erneut erarbeiten müßten, um ihn auch dem Prüfungssystem gemäß anwenden zu können. Dies verführt mehr und mehr Studenten dazu, den bequemeren Weg zu wählen, lediglich nach Fragensammlungen zu lernen und fundierte Lehrbücher, die den

Stoff im Zusammenhang darstellen, gar nicht erst in die Hand zu nehmen. Einstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten können mit dem Multiple choice-System selbstverständlich nicht geprüft werden (*Hubbard*).

4. *Belastung im Praktischen Jahr*. Das letzte Studienjahr ist dadurch besonders belastet, daß es sich um eine 48-wöchige, ganztägige Ausbildung handelt, in der die Studenten nach wie vor gezwungen sind, mit den zu niedrigen BAFÖG-Sätzen auszukommen (s. Gerd *Köhler* in der FR vom 9.5.79). Da die Möglichkeit zu Nebenverdiensten in diesem Studienabschnitt aus zeitlichen Gründen eingeschränkt ist, sind die Studenten im letzten Jahr, in dem sie gerade die noch fehlende Praxis auf der Station des Krankenhauses erlernen sollen, wenig motiviert, länger als unbedingt notwendig, d.h. länger als dies auch kontrolliert wird, zu bleiben (CDU/CSU-Antrag; *Marsen, Nemitz, Schagen*).

Aus dieser Kritik sind zahlreiche Vorschläge entstanden, wie durch Veränderung der Ausbildungsordnung den tatsächlichen Mängeln der Ausbildung abgeholfen werden soll. Da die Realisierung solcher Vorschläge von der Stärke der hinter ihnen stehenden Interessengruppen abhängt, wird hier im einzelnen nur eingegangen auf

- den CDU-Gesetzentwurf vom November 1978,
- die Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG-Denkschrift),
- die Diskussionsvorschläge und Beschlüsse vom 82. Deutschen Ärztetag im Mai 1979 in Nürnberg und
- die Beratungsergebnisse der vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) eingesetzten 'Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes' ('Kleine Kommission beim BMJFG'), soweit sie bisher der Öffentlichkeit bekannt sind.

CDU-Gesetzentwurf

Er enthält drei knapp formulierte Vorschläge: Das Ausbildungsziel soll in der Approbationsordnung formuliert und damit vorgegeben werden..

- Die schriftlichen Prüfungen sollen im wesentlichen durch mündlich-praktische Prüfungen ersetzt werden. — Innerhalb des sechsjährigen Hochschulstudiums soll die praktische Ausbildung von bisher einem Ausbildungsjahr auf zwei Jahre verlängert werden.

ASG-Denkschrift

Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen hat einen relativ differenzierten Vorschlag gemacht, der inzwischen im Grundsatz auf dem 16. Bundeskongreß der ASG vom 4.-6. Mai 1979 in Dortmund auch verabschiedet worden ist:

Die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin soll von derzeit

11.500 pro Jahr auf ca. 4.500 pro Jahr gesenkt werden, da ein höherer Bedarf nicht bestehe. — Dem eigentlichen Hochschulstudium soll ein einjähriges Praktikum in einem Krankenhaus vorausgehen, für das ein Abschlußzeugnis erteilt wird. Dieses Abschlußzeugnis sowie eine von der Hochschule durchgeführte Aufnahmeprüfung soll darüber entscheiden, ob der Bewerber zum Studium der Medizin geeignet ist. Dabei werden ausdrücklich die für das Medizinstudium erforderlichen naturwissenschaftlichen Kenntnisse zur Voraussetzung des Bestehens gemacht, da diese im eigentlichen Medizinstudium nicht mehr gelehrt werden sollen. — Nach einem vierjährigen Studium der Medizin an der Hochschule wird die sogenannte „Approbation I“ verliehen, die den Absolventen des Studienganges befähigt, unter Anleitung erfahrener Ärzte, d.h. also im wesentlichen in Krankenhäusern, aber u.U. auch in größeren Praxen, ärztlich tätig zu werden. — In den ersten 3 Jahren seiner Berufstätigkeit findet eine Weiterbildung zum Spezialisten eines bestimmten Faches statt, am Ende dieser 3 Jahre erhält der Absolvent die sogenannte „Approbation II“. Die Approbation II befähigt dazu, selbständig, d.h. auch allein als niedergelassener Arzt, tätig werden zu können. — Eine weitere „Approbation III“ wird nach weiteren Jahren der Berufserfahrung an diejenigen Ärzte verliehen, die befähigt sind, jüngere Ärzte, die die „Approbation I“ haben, weiterzubilden.

Die ASG hat den Charakter einer Arbeitsgemeinschaft der SPD, ist also kein offizielles Organ der Partei. Es kann daher auch nicht von einem „SPD-Vorschlag“ gesprochen werden.

Deutscher Ärztetag 1979

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, daß die gegenwärtige Ausbildung zum Arzt den Studienabsolventen nicht befähigt, nach Abschluß der Ausbildung und Erteilung der Approbation eigenverantwortlich tätig zu werden. — Abhilfe soll durch folgende Maßnahmen geschaffen werden:

Die freiwillige Ableistung eines einjährigen Krankenpflegepraktikums oder sozialen Jahres sollte zu einer Chancenverbesserung bei der Zulassung führen. — Aufnahme einer Ausbildungszieldefinition in Bundesärzteordnung und Approbationsordnung. — Fünfjähriges Hochschulstudium mit „theoretisch-demonstrativem“ Unterricht und zweijährigem klinisch-praktischen Ausbildungsabschnitt. — Einführung „mündlich-praktischer Prüfungen“ sowie ausschließliche mündlich-praktische Prüfung im letzten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. —

Damit haben sich die im CDU-Gesetzentwurf schon vorliegenden Tendenzen im wesentlichen auch auf dem Ärztetag durchgesetzt.

Kleine Kommission beim BMJFG

Ein Ausbildungsziel soll kurz in der Bundesärzteordnung und ausführ-

bleibt unerfindlich, wie die Hochschulen, die damit schon immense Schwierigkeiten haben, nun eine Verdoppelung der Ausbildungsplatzzahlen im Praktischen Jahr erreichen sollen, da schon bisher nicht genügend qualifiziert ausgerüstete Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Zu vermuten ist daher, daß *alle* Krankenhäuser, ohne daß sie — wie bisher — Mindestanforderungen erfüllen müssen, und auch Praxen niedergelassener Ärzte, für die die Durchsetzung von Mindestqualitätsanforderungen besonders schwierig werden würde, einbezogen werden sollen (*Präsidiumssitzung* des Deutschen Ärztetages). Die Forderungen des Deutschen Ärztetages sowie der „Kleinen Kommission“ nach Verlängerung des Praktischen Jahres berücksichtigen die hier gleichfalls entstehende Problematik ebenfalls nicht. Darüberhinaus haben sie eine Verlängerung der Ausbildung auf insgesamt 7 Jahre zur Folge. Ohne daß eine eingehende praktische Ausbildung garantiert wäre, würde dies entweder zu Lasten der das Studium finanzierenden Eltern oder der Studenten gehen, die von ungenügenden BAFÖG-Sätzen ein weiteres Jahr leben müßten. Der Effekt wäre in jedem Fall eine Erhöhung der Chancenungleichheit für mögliche Bewerber um Medizinstudienplätze. Des weiteren würden Mediziner im siebten Jahr nach Beginn ihrer Ausbildung von den Krankenhäusern nicht mehr, in keinem Fall jedoch voll bezahlt werden müssen. Und dies, obwohl kaum anzunehmen ist, daß Qualität und Quantität der erbrachten Leistungen im Vergleich zu heute absinken würden. Mindestens ist also zu unterstellen, daß die tatsächlichen Beweggründe für diese Art von Vorschlägen zur „Verbesserung der Ausbildung“ anderswo liegen: mit ihnen würde erreicht werden können, daß die relativ steil ansteigende Zahl von Hochschulabgängern nicht auf einmal dem gleichbleibenden, also dann noch knapperen Stellenangebot in Krankenhäusern gegenüberstehen würde. Zu erwartenden Aktionen junger Ärzte auf Stellensuche — erfahrungsgemäß öffentlichkeitswirksam organisiert — würde die Basis genommen, da sich ein Teil dieser „Ärzte“ noch als „Studenten“ in der Ausbildung befänden und Ansprüche auf Weiterbildungsstellen nicht geltend machen könnten.

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) ist hervorgegangen aus der früheren „Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Ärzte“ (ASÄ), die vor Jahren um in der SPD organisierte, im Gesundheitswesen tätige Nicht-Ärzte erweitert worden ist. Die einflußreiche Stellung der SPD-Ärzte auf die gesundheitspolitischen Äußerungen der SPD war damit gebrochen. Im wesentlichen sind in der ASG Sozialdemokraten organisiert, die in Krankenkassen und anderen Einrichtungen des Versicherungs- und Sozialwesens tätig sind und von daher ihren Bezug zur Gesundheitspolitik haben. Dem ASG-Entwurf ist daher auch deutlich anzumerken, daß hinter ihm vor allem der Gedanke nach Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen stand. Der Spatref-

fekt, den der Vorschlag haben soll, wird schon in der ersten und bedeutendsten Forderung deutlich: die Reduzierung der Zahl der Studienanfänger von derzeit 11.500 auf zukünftig 4.500 Studenten pro Jahr. Dies ist eine traditionellen Vorstellungen sozialdemokratischer Bildungspolitik so widersprechende Forderung, und sie steht in so scharfem Gegensatz zur offiziellen Politik sozialdemokratischer Kultus- und Gesundheitsminister, daß sie nur auf dem Hintergrund der Furcht vor weiter steigenden Arztkosten verstanden werden kann. Die Bonner Ministerien haben mehrfach (*Konzertierte Aktion*) verkündet, daß die Zahl der Studienanfänger in der Medizin zwar nicht weiter steigen, aber in keinem Fall auf unter 11.500 pro Jahr reduziert werden soll.

Eine weitere Forderung weist darauf hin, daß die Verfasser der ASG-Studie nicht mit der neuesten Entwicklung der Diskussion um Aufnahmetests (*Kultusministerkonferenz*) vertraut sind. Ohne auf die Prognosequalität von bisher entwickelten Tests überhaupt einzugehen, wird naiv ein Aufnahmetest für das Medizinstudium gefordert. Zusätzlich soll dabei auch noch das Zeugnis eines einjährigen, vor Beginn des Studiums abzuleistenden Krankenhauspraktikums bewertet werden. Während die Skepsis — auch und gerade bei sozialdemokratischen Kultusministern und Bildungspolitikern — gegenüber auch nach allen Regeln der Wissenschaft entwickelten Hochschuleingangstests für Mediziner wächst, da sie bisher keine prognostischen Aussagen über die zukünftige ärztliche Qualität zulassen, wird hier sogar gefordert, völlig unvergleichbaren Zeugnissen aus Krankenhäusern einen Einfluß auf die Zulassungschancen zuzugestehen. Der Verdacht muß entstehen, es gehe gar nicht darum, Medizinstudenten ihre Motivation für das Studium durch eine krankenhaushauspraktische Tätigkeit überprüfen zu lassen, sondern darum, billige Arbeitskräfte für das Krankenhaus zu rekrutieren, da ja mit hohen Praktikantenzahlen gerechnet werden kann. Die zusätzliche Forderung, naturwissenschaftliche Fachgebiete müßten schon in der Schule, in jedem Fall vor der Aufnahme an die Hochschule gelernt werden, ist mit Vorstellungen, bestehende Chancenungleichheiten weiter abzubauen, völlig unvereinbar. Sie bewirkt letztlich, daß ohnedies privilegierte Bevölkerungsgruppen durch zusätzlichen Privatunterricht für ihre Kinder vor den Hochschuleingangsprüfungen ihre Zulassungschancen weiter verbessern können.

Ein auf vier Jahre reduziertes Studium ist so denkbar, weil davon ausgegangen wird, daß die Studenten über ausreichende naturwissenschaftliche Vorkenntnisse schon verfügen und daß sie ihre praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten erst nach dem Studium erwerben. Eine sogenannte „Approbation I“, die nur zur Tätigkeit unter Anleitung von erfahrenen Ärzten berechtigt, würde den de facto-Zustand auch de jure festschreiben. Denn die bisher mit Approbation die Hochschule verlassenen

den Ärzte sind ebenfalls nur in der Lage, unter Anleitung erfahrener Ärzte ihren Beruf auszuüben. Dies ist aber kein neuer Zustand. Untersuchungen von *van den Bussche* haben ergeben, daß die derzeit schon niedergelassenen Ärzte im Durchschnitt ca. acht Jahre nach Abschluß ihres Studiums in abhängiger Stellung auf verschiedenen Krankenhausstationen verbracht haben. Dies weist darauf hin, daß Ärzte immer schon an das Studium eine mehrjährige Weiterbildungsphase angeschlossen haben, bevor sie sich aufgrund ihrer dann erreichten Erfahrung und insbesondere der dann auch vorhandenen praktischen Fähigkeiten in der Lage gesehen haben, selbständig zu praktizieren.

Der Vorschlag der ASG auf Verkürzung der jetzt 5-6-jährigen Facharztweiterbildungszeiten auf 3 Jahre ist im Zusammenhang damit zu sehen, daß dabei von einem Strukturwandel der medizinischen Berufe wie der Ausbildung selbst ausgegangen wird: ein großer Teil der heute von Ärzten wahrgenommenen Arbeiten soll von entsprechend zu qualifizierenden, mittleren medizinischen Fachkräften übernommen werden: Ärzte brauchen dafür dann auch keine spezielle Ausbildung mehr. Die Ausbildung bis zur Approbation II soll intensiviert und gestrafft und vor allem auch von dafür besonders befähigten Ärzten (mit Approbation III) in einem Ausbilder-Auszubildender-Verhältnis von 1:1 durchgeführt werden. Für besonders breite Facharzt-Ausbildungsgänge können auch längere Zeiten als drei Jahre bis zur Approbation II vorgesehen werden.

Insgesamt geht der ASG-Vorschlag in der Approbationsfrage konsequent von der schon seit langem bestehenden Realität der ärztlichen Aus- und Weiterbildung aus: die Hochschule bildet soweit aus, daß der junge Arzt im Team und unter Aufsicht ärztlich tätig sein kann; die für selbständige und alleinverantwortliche Tätigkeit notwendige Erfahrung und die sichere Beherrschung praktischer Techniken kann ein Hochschulstudium grundsätzlich nicht vermitteln und tut dies im übrigen auch in keinem anderen Studium. Die ebenfalls vorgeschlagene „Approbation III“, die erfahrene Ärzte dazu berechtigt, andere weiterzubilden, gibt es im Prinzip in Form der von den Ärztekammern verliehenen Ermächtigung zur Weiterbildung von Fachärzten schon.

Folgerungen für Forderungen an eine Reform des Studiums

Die wesentliche Begründung für die Veränderung der Ausbildungsordnung für Ärzte im Jahr 1970 war die Feststellung, daß die bestehende Ausbildung zu wenig praxisnahe durchgeführt wurde. Untersuchen wir also kurz die äußeren Bedingungen, unter denen damals die Ausbildung an den westdeutschen medizinischen Fachbereichen im Vergleich zu den Bedingungen der Jahre 1975 sowie 1979 stattfanden (Tabelle 1).

Es ist ohne weiteres einzusehen, daß Gesetzesänderungen, die eine vermehrte praktische Ausbildung zur Folge haben sollen, wegen der unver-

Tabelle 1

	1960	1966	1970	1975	1979 ⁵
Studienanfänger pro Jahr (S) ¹	5.980	5.656	5.203	7.969	ca. 11.500
Stellen für wissenschaftliches Personal (wP) ²	5.574	9.460	—	17.527	ca. 18.000
Betten an Hochschulkliniken (B) ³	—	42.821	—	41.520	ca. 41.500
Studienanfänger je Stelle (S:wP)	1,07	0,60	0,47 ⁴	0,45	0,63
Betten je Studienanfänger (B:S)	—	7,57	—	5,21	3,61

Quellen:

1 Wissenschaftsrat 2, S.255; 1966 nach Deutsches Ärzteblatt 75 (1978):1198

2 Wissenschaftsrat 2, S.314

3 1966 Wissenschaftsrat 1, S.155; 1975 Wissenschaftsrat 2, S.277

4 Wissenschaftsrat 2, S.316

5 Schätzungen

änderten bzw. verschlechterten Relation zwischen Hochschullehrern und Studenten sowie zwischen Betten (= Patienten) und Studenten wirkungslos verpuffen müssen. Den Stellen für wissenschaftliches Personal wurde jeweils die Zahl der Studienanfänger und nicht die Gesamtzahl der Medizinstudenten gegenübergestellt. Bei starkem Ansteigen der Studienanfänger würden die Gesamtzahlen scheinbar günstigere Werte ergeben, da die niedrigeren Jahrgangsstärken der höheren Semester das Bild verfälschen. Seit 1975 sind die Planstellen der Hochschulen im wesentlichen unverändert (*Wissenschaftsrat 3, S.50*). Eine Erhöhung ist bei der derzeitigen Lage der öffentlichen Haushalte nicht zu erwarten. Dies gilt ebenso für die Planbetten. Unlogisch oder aber nur als Ablenkungsmanöver verständlich wird dann die Tatsache, daß über neuerliche Gesetzesänderungen diskutiert wird statt über eine Erhöhung der Zahl der für die Studenten zur Verfügung stehenden Hochschullehrer bzw. der Patienten. Erklärt werden kann die hier erstaunlicherweise bestehende Einmütigkeit nur mit zwei Vermutungen:

— Die steigenden Hochschulabsolventenzahlen und deren drohende, spektakulär erwartete Forderungen auf Zuweisung von Assistentenstellen zwingen zu Aktivitäten, mit denen ausgewiesen werden kann, daß „rechtzeitig etwas getan worden ist“;

— eine Erhöhung der Zahl der Hochschullehrer und der Universitätsklinikbetten durch Einbeziehung weiterer Großkrankenhäuser in die medizinischen Fachbereiche und Fakultäten ist wegen der dann unabweisbaren Ausgabenerhöhung zum Tabu erklärt;

— die Ärzteverbände befürworten aus Konkurrenzangst und die ASG

aus Kostengründen eine deutliche Verminderung der Ausbildungsplätze für Medizinstudenten; die ASG sagt dies offen; die Ärztenverbände, die sich der Front der Regierungskoalitionen von SPD bis CSU allein mit ihren Forderungen gegenübersehen, befürworten Maßnahmen, die zu einer Verlängerung und Verteuerung des Medizinstudiums zu Lasten des Einzelnen führen. Dies in der Hoffnung, daß der dann eintretende und von F.J. Strauß auch ausdrücklich formulierte Effekt „marktwirtschaftlicher Selbstregulierung“ eher zum Tragen kommt.

Stellen wir also fest: Jeder Diskussionsvorschlag zur Studienreform muß daraufhin geprüft werden, ob die materiellen Voraussetzungen zu seiner Verwirklichung gegeben sind. Unter diesem Gesichtspunkt können die Vorschläge der CDU, des Deutschen Ärztetages sowie die bisher vorliegenden der Kleinen Kommission nichts zu einer Verbesserung der Medizinerbildung beitragen. Sie beeinflussen die konkreten Bedingungen der Ausbildung nicht. Der ASG-Vorschlag nennt allerdings Voraussetzungen, die geeignet wären, *in den Hochschulen* erheblich günstigere Voraussetzungen für Studienreform zu schaffen: er beschreibt Maßnahmen, mit denen der Hochschulzugang soweit gedrosselt werden kann und soll, daß jährlich nicht mehr als der von ihr errechnete Ersatzbedarf von 4.500 Ärzten pro Jahr die Hochschulen verläßt. Mit anderen Worten: vorgeschlagen wird eine Verschärfung des Numerus clausus und eine Verstärkung der Selektionsfunktion der Hochschulprüfungen. Damit muß die Frage des Ärztebedarfs einer genaueren Prüfung unterzogen werden. Auf die Problematik, die sich aus Artikel 12, Abs. 1, Grundgesetz ergibt, kann hier nicht eingegangen werden. Die ASG-Denkschrift vertritt hier (S.46ff.) im übrigen die neue Auffassung, daß Einschränkungen der freien Wahlmöglichkeit des Berufs und der Ausbildungsstätte unter bestimmten Bedingungen durchaus mit der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Einklang zu bringen seien.

Eine objektive Bestimmung des Bedarfs an Ärzten ist unmöglich. In einem normativen Entscheidungsprozeß könnte allerdings festgelegt werden, wieviel Prozent des Bruttosozialproduktes für ärztliche Leistungen aufgewendet werden sollten. (Eingehendere Überlegungen zu diesem Problem finden sich in der WIdO-Studie, S.69ff.) Für eine solche Entscheidung gibt es in unserem Gesundheitssystem allerdings keine Grundlage. Damit reduziert sich die Diskussion über die Zahl der Studienanfänger auf die Frage, unter welchen Umständen und in welchen Bereichen des Gesundheitssystems die derzeit und in Zukunft produzierten Ärzte Arbeitsplätze finden können. Bei einem Zuwachs bis zum Jahre 2000 von nahezu 100 %, d.h. ca. 130.000 Ärzten, spielt die Tatsache, daß es derzeit an Krankenhäusern, in der Verwaltung und Forschung sowie im werksärztlichen Dienst noch einige tausend besetzbare Stellen gibt, nur eine untergeordnete Rolle. Auch die Vorstellung, die derzeit ca.

10.000 in der BRD und West-Berlin tätigen ausländischen Gastärzte (*Gehb*) könnten ersetzt werden, hätte keinen *wesentlichen* Einfluß auf die Beschäftigungsmöglichkeiten. Die WIdO-Studie (S.52ff.) schätzt, daß etwa 12.400 Ärzte zusätzlich Arbeitsmöglichkeiten in Forschung, Verwaltung und sonstiger abhängiger Tätigkeit einschließlich der werksärztlichen Dienste finden könnten. Für weitere 9.700 sieht sie Möglichkeiten hauptberuflicher Tätigkeit im Krankenhaus, was einer Erhöhung gegenüber dem Ist von ca. 20 % entsprechen würde. Die übrig bleibenden ca. 116.600 zusätzlichen Ärzte stünden für die ambulante Versorgung (in freier Praxis!?) zur Verfügung. Das bedeutet hier eine Zunahme von etwa 200 %, eine Verdreifachung von jetzt etwa 60.000 auf ca. 170.000. Wird davon ausgegangen, daß die Bevölkerung bis zum Jahre 2000 in etwa konstant bleibt — nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1972 wird sie bis zum Jahre 2000 um mindestens vier Prozent sinken (nach *McKinsey*, S.10) —, die Struktur des Gesundheitssystems im Prinzip unverändert bleibt und die Ausgaben für das Gesundheitswesen (insbesondere die Krankenversicherungsbeiträge) ebenfalls einen konstanten Anteil des Bruttosozialprodukts ausmachen, folgt, daß das Einkommen der niedergelassenen Ärzte sich etwa auf ein Drittel reduziert.

Die viel wesentlichere Frage allerdings, ob gleichzeitig eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung erreicht werden kann, bleibt damit aber unbeantwortet. Unbestritten ist, daß erhebliche Versorgungsmängel bestehen in Stadtrandbezirken, in den kleinen Gemeinden, im öffentlichen Gesundheitsdienst, im werksärztlichen Dienst, in chirurgischen Fachabteilungen, in der Psychiatrie, aber auch in akutmedizinischen Krankenhausabteilungen, in denen Nacht- und Wochenenddienste nicht ausreichend organisiert werden können (*BdWi-Studie*). Von einer generellen Zunahme an Ärzten ist keine automatische Lösung der Probleme zu erwarten. Das weist die bisherige Entwicklung aus. Alle genannten Versorgungsmangelgebiete sind seit 20 Jahren bekannt und unverändert kritisch, obwohl von 1960 bis 1978 die Zahl der niedergelassenen Ärzte um ca. 24 % auf 56.000, die Zahl der Krankenhausärzte um ca. 70 % auf 63.000 und die Zahl der Ärzte in Forschung, Verwaltung und sonstiger abhängiger Tätigkeit um ca. 35 % auf 10.200 gestiegen ist — bei einer Bevölkerungszunahme von nur 11 % (*Gehb*).

7 Thesen für den Neubeginn einer Diskussion um die Studienreform in der Medizin

1. Die wortreich beklagte *mangelnde Praxisnähe* des Studiums kann nur korrigiert werden, wenn a) ein erheblicher, dem Anstieg der Studentenzahlen entsprechender Stellenzuwachs erreicht werden kann und b) die *Jahrgangsstärken in den klinischen Studienabschnitten nicht größer sind*

als 100 - 150 Studenten pro Universitätsklinikum. Daraus folgt, daß — ähnlich wie vor Jahren für Münster ein zweites Klinikum in Essen und für Heidelberg ein zweites Klinikum in Mannheim — klinische Ausbildungsstätten in vorhandenen Krankenhäusern der Maximalversorgung neu geschaffen werden müssen. Ohne diese Voraussetzungen kann bei gleichbleibenden Studentenzahlen keine intensivere praktische Ausbildung betrieben werden.

2. Aus dem Dilemma *'theoretischer Überfrachtung'* des Studiums und der einseitigen Ausrichtung des Studierverhaltens auf das Einpauken von zusammenhanglosem Faktenwissen führt nur ein radikaler Weg: drastische Reduzierung der ca. 40 Prüfungsfächer. Im Zusammenhang mit Forderung 6 muß die Diskussion darüber eröffnet werden, ob Spezialfächer wie Rechtsmedizin, Hygiene, Zahnheilkunde, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Orthopädie, Urologie, Radiologie, aber auch Physik, Chemie und Biologie *als eigenständige Lehr- und Prüfungsfächer* erhalten bleiben müssen. Dieser — bewußt provokativ — formulierte Vorschlag ist Folge der Erkenntnis, daß die bisherige, schon über Jahre dauernde Diskussion über eine Beschränkung der Stofffülle keinerlei Ergebnisse gebracht hat. Dafür sind die Gegenstandskataloge für die ärztlichen Prüfungen ein gewichtiges Dokument. Die Herausnahme ganzer Fächer aus dem Pflichtkatalog soll Freiräume schaffen für die Einführung einer Beschäftigung mit — frei gewählten — Themenkomplexen, die eigenständig zur Einübung wissenschaftlicher Problemlösungsstrategien unter Aufzeigen der Grenzen heutigen medizinischen Wissens erarbeitet werden müßten. Kurz gesagt, eine Promotions-, Diplom- oder *Staatsexamensarbeit*, mit der der Kandidat nachweisen soll, daß er in der Lage ist, ein Problem selbständig und kritisch aufzuarbeiten und darzustellen, *soll zur Pflicht gemacht werden*. Darüberhinaus könnte daran gedacht werden, statt der zahlreichen wegfallenden Pflichtfächer ein oder zwei Wahlfächer als Vertiefungsfächer einzuführen.

3. Die *Verantwortlichkeit der Dozenten* für ihre Lehre muß wieder hergestellt werden. Die Betreuung von überschaubaren Gruppen — je nach Veranstaltungsart 3 bis maximal 50 Studenten — in einem Fachgebiet muß mindestens über ein Semester durch ein und dieselbe Lehrperson erfolgen. Ein Dialog, ein sich gegenseitig im Hinblick auf das zu erreichende Ziel In-die-Pflicht-nehmen, eine Rückmeldung über den Unterrichtserfolg ist nicht denkbar bei dem derzeit von Woche zu Woche geübten Wechsel der Lehrpersonen in Praktika und Vorlesungen.

4. Der *Unterrichtserfolg in Praktika und Kursen* darf *nicht* mit M.c.-Klausuren geprüft werden (*Schagen 2*). Soll eine stärkere Hinwendung der Studenten zum Erlernen und Einüben der für ärztliche Arbeit notwendigen Fertigkeiten und Fähigkeiten erreicht werden, so muß dies auch entsprechenden Niederschlag in den Verfahren zur Lernzielkontrol-

le finden. Da realistischerweise nicht von einer generellen Abschaffung der M.c.-Prüfungen in den Staatsexamina ausgegangen werden kann, die Prüfungstechnik aber offenbar besonders geübt werden muß, sollten hier freiwillige Klausuren in den Vorlesungen angeboten werden.

5. Am Ende einer durchgehenden praktischen Ausbildungsphase (derzeitiges *Praktisches Jahr*) darf keine M.c.-Prüfung stehen (Schagen, Faber, Marsen). Eine solche Prüfung erfordert besondere Vorbereitungszeit, die derzeit zu Lasten der Zeit für die praktische Ausbildung gehen muß. Als Erfolgskontrolle im Anschluß an eine praktische Ausbildungsphase muß eine ausschließlich mündlich-praktische Prüfung treten.

Unerläßlich ist eine ausreichende Regelung der finanziellen Probleme der Studenten. Solange das Praktische Ausbildungsjahr Bestandteil der Hochschulausbildung ist und damit unter die BAFÖG-Regelungen fällt, muß sichergestellt werden, daß die *Förderungsätze kostendeckend* sind. Der jetzige Zustand, in dem ein großer Teil der Studenten auf ein Einkommen aus zusätzlicher Arbeit (Nachwachen etc.) angewiesen ist, führt dazu, daß die Anwesenheitszeiten der Studenten während der an sich ganztägigen Ausbildung soweit wie möglich eingeschränkt werden.

6. Seit Jahrzehnten verlassen Ärzte die Hochschulen, die noch nicht in der Lage sind, selbständig und alleine in eigener Praxis tätig zu werden. Die Ärzte selbst haben dem bisher Rechnung getragen, indem sie im Durchschnitt vor der Niederlassung in eigener Praxis etwa acht Jahre im Krankenhaus oder sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens verbracht haben (*van den Bussche*). Die jetzige Regelung mit der Erteilung der Erlaubnis, alle ärztlichen Aufgaben mit der Approbation am Ende der Hochschulausbildung uneingeschränkt ausüben zu dürfen, führt dazu, daß nicht ausreichend erlernte Techniken unkontrolliert angewandt werden (z.B. Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen von Chirurgen, die als praktische Ärzte niedergelassen sind). Zu fordern ist deshalb eine kontrollierte *Pflichtweiterbildung im Anschluß an die Hochschulausbildung*, die erst zur selbständigen Tätigkeit in den Fachdisziplinen befähigt.

7. Reformen im Ausbildungsbereich können nur in der Orientierung auf das Berufsfeld erfolgen. Für das Berufsfeld Gesundheitswesen gilt, daß hier ebenfalls Konsequenzen gezogen werden. Diese müssen dahin gehen, daß eine isolierte ärztliche Tätigkeit in der Einzelpraxis in Zukunft nur im Ausnahmefall, etwa in sehr dünn besiedelten Gebieten hingenommen werden darf. Die *ambulante Versorgung* muß in der Regel durch *Gruppenpraxen, Sozialstationen oder Ambulatorien*, die eine Kooperation verschiedener ärztlicher Spezialisten untereinander und mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen sichern, erfolgen.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Mathias, Weinrich, Gregor*, Stellungnahme zur 'Ärztenschwemme'. Jahrbuch für kritische Medizin - Bd. 3. Berlin: Argument-Verlag. 1978: 8-13
- ASG-Denkschrift*, Die Ausbildung der Ärzte - Auswirkungen der Zulassungszahlen zum Medizinstudium und Anforderungen an die Approbationsordnung für Ärzte. Denkschrift des Bundesvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), Bonn 1979, Typoskript, 73 S. und 2 S. Anhang. - Auszüge und inhaltliche Wiedergabe in der Frankfurter Rundschau vom 16.12.78, der Beratungen auf dem 16. Bundeskongreß der ASG in Dortmund vom 4.-6. Mai 1979 im Deutschen Ärzteblatt 76 (1979): 1355-1358
- Bachmann, Walter*, Reformatio in peius - was nun? Ärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 6, 1978: 436-440
- BdWi-Studie*, Bund demokratischer Wissenschaftler e.V., Wissenschaftler-Bedarfsplan des BdWi 1978-1980. Marburg/Lahn 1977
- Beske, Fritz, Rüschemann, Hans R.*, Klarheit über künftige Arztzahlen. Deutsches Ärzteblatt 75 (1978): 1197-1202
- Brenner, G., Schwartz, F.W.*, Der Bedarf an Ärzten in der Kassenärztlichen Versorgung 1978 bis 1990. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1978
- Bussche, Rik van den*, Ärztliche Berufsverläufe: Allgemeinpraktiker und Primärärzte. Bericht über eine empirische Untersuchung. Vortrag im Berliner Colloquium Strukturforchung im Gesundheitswesen am 30.6.1978
- CDU/CSU-Antrag* zur Durchführung des Praktischen Jahres. Drucksache 8/697 des Deutschen Bundestages. - Stenographisches Protokoll. 26. Sitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit des Deutschen Bundestages am 6. März 1978
- CDU-Gesetzentwurf*, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung der ... Fraktion der CDU/CSU. Drucksache 8/2329 vom 29.11.78 des Deutschen Bundestages
- Deutscher Ärztetag 1979*, 82. Deutscher Ärztetag: Klare Mehrheitsbeschlüsse zur ärztlichen Ausbildung, Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 1479-1490
- EG-Kommission*, Kommission der Europäischen Gemeinschaften - Beratender Ausschuß für die ärztliche Ausbildung, Bericht über die allgemeinen Tendenzen in der medizinischen Grundausbildung, durch den Ausschuß auf seiner Sitzung vom 13. und 14. Juni 1978 angenommen. Drucksache III/D/32/1/-78-De, Brüssel, den 14. Juni 1978
- Ferber, Christian von*, Erwartungen der Ärzte - Erwartungen der Gesellschaft. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 171-173
- Gebh, Klaus*, Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 1. Januar 1978. Deutsches Ärzteblatt 75 (1978): 1321-1332
- Hoppe, Jörg-D.*, Neue Konzeption für das Medizinstudium. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 95-96
- Hubbard, John P.*, Erfolgsmessung der medizinischen Ausbildung, Bern-Stuttgart-Wien 1974
- McKinsey*, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.), Ausbildungsbedarf für Mediziner bis zum Jahre 2000, Bonn 1974
- Kleine Kommission/Protokoll*, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 315-4331-4/20, Kurzniederschrift über die 2. Sitzung der 'Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes' vom 27. März 1979

- Konzertierte Aktion* zum Thema Ärzte, Übereinstimmendes Beratungsergebnis der an der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen Beteiligten auf ihrer Sitzung am 10.10.78. zitiert nach: Mitteilungen der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., Nr. 215/78 vom 6.11.1978, Anlage 2
- Kultusministerkonferenz* (Hrsg.), Dokumentation über die bisherige Testentwicklung in den medizinischen Fächern. Bonn 1978
- Lüth, Paul*, Lehren und Lernen in der Medizin. Stuttgart 1971
- Marsen, Gisela*, Ein weiterer Schritt zur Reglementierung des Medizinstudiums - Die zweite Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3, Berlin: Argument-Verlag 1978: 31-35
- Marsen, Gisela, Nemitz, Barbara, Schagen, Udo*, Das Praktische Studienjahr - Beispiel einer gescheiterten Reform in der ökonomischen Krise. Jahrbuch für kritische Medizin - Bd. 2, Berlin 1977: 81-93
- Med-Intern*, Informationen für Ärzte Nr. 35 vom 10.6.1979 (Hrsg. Pressestelle der deutschen Ärzteschaft, Köln). 'Kleine Kommission' zur Reform der Arztausbildung.
- Noack, Horst*, Zur Reform der medizinischen Ausbildung in der Schweiz - Bericht für die Fachkonferenz 'Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung der Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Versorgung - Bestandsaufnahme und internationaler Vergleich' in Bremen, 1.-3. März 1979, Typoskript, 7 S. und 3 Abb., Institut für Ausbildungs- und Examensforschung, Medizinische Fakultät Bern 1979
- Pfeiffer, Jürgen*, Vermittlung der grundlegenden Kenntnisse und Fertigkeiten. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 96-98
- Präsidiumssitzung* des Deutschen Ärztetags im Dezember 1978. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 1-4
- Rosenberg, Peter*, Zum Bedarf und zum voraussichtlichen Angebot an Ärzten, Zahnärzten und Apothekern in der Bundesrepublik Deutschland - Sichtung und Beurteilung vorliegender Untersuchungen. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Typoskript, 31 S. und 4 Anlagen. Berlin 1978
- Schagen, Udo*, (1), Gesellschaftliche Zielsetzungen ärztlicher Ausbildung, Das Argument 18 (1976): 211-227
- Schagen, Udo*, (2), Erkenntnisse - aber nicht für die ärztliche Fortbildung, Deutsches Ärzteblatt 73 (1976): 2976-2978
- Schagen, Udo, Faber, Ulrike, Marsen, Gisela*, Die Lehrkrankenhäuser sind überfordert. Deutsches Ärzteblatt 72 (1975): 1433-1437
- Schleicher, Marilene*, Erfahrungen mit der Approbationsordnung. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 1028-1034
- Weissauer, Walter*, Kritik der Ausbildungsdefinitionen aus juristischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979): 98-100
- WldO-Studie*, *Lefelmann, Gerd, Geissler, Ullrich*, Das Ärzteangebot bis zum Jahr 2000 - Analyse, Bewertungsgesichtspunkte, Maßnahmen. Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkasse, Band 2, Bonn 1978
- Wissenschaftsrat* 1. Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten. Köln 1968
- Wissenschaftsrat* 2. Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten. Köln 1976 (S.21/22)
- Wissenschaftsrat* 3. Empfehlungen zum achten Rahmenplan für den Hochschulbau 1979, Bd. 1, Köln 1978
- Wulff, Erich*, Der Arzt und das Geld - Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Das Argument 13 (1971): 955-970 (auch als Argument Studienheft 11)

Wolfgang Bichmann

Elementare Gesundheitsbedürfnisse und Traditionelle Medizin

Zum Hintergrund des Konzeptionswandels medizinischer Versorgung in Afrika*

Elementare Gesundheitsversorgung — eine neue Strategie

Schon 1953 wurde von der WHO die Stärkung des Basisgesundheitswesens in Entwicklungsländern als vordringlich bezeichnet. Wir können jedoch mit Recht behaupten, daß erst seit Beginn der 70er Jahre diesen Erkenntnissen in breitem Rahmen praktische Konsequenzen folgten. Auf der 28. Weltgesundheitsversammlung 1975 wurde das „Primary Health Care“-Konzept zur offiziellen WHO-Politik erhoben¹ und mit der „Deklaration von Alma Ata“ beschlossen die Teilnehmerstaaten der International Conference on Primary Health Care im September 1978 ein Aktionsprogramm, das durch 22 Empfehlungen spezifiziert wurde.² Der Ausdruck „Primary Health Care“ (PHC) wird im Deutschen am besten mit „Elementarer Gesundheitsdienst“ übersetzt.³ Der Begriff wurde gewählt, um einen Ansatz der Gesundheitsarbeit zu definieren, der alle Elemente, die zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einer gegebenen Gemeinde notwendig sind, zu einem Ganzen integriert. Es handelt sich also nicht nur um Primär-Medizin, sondern um einen umfassenden Ansatz zur Befriedigung von Grundbedürfnissen physischer, psychischer und sozialer Genese.⁴ Der PHC-Ansatz ist Teil der neuen Strategie-Konzeption der WHO — bekannt geworden unter dem anspruchsvollen Titel „Health for all by the year of 2000“.⁵ Seine wichtigsten Komponenten sind unter folgende Punkte subsumierbar:

- Abkehr von herkömmlichen Ausbildungsstandards und aufwendigen Techniken der Gesundheitsversorgung.
- Delegation von Aufgaben an „Primary Health Care Workers“ mit kurzer, pragmatischer Ausbildung.
- Dezentralisierung der Versorgung und verstärkte Einbeziehung der „Community“ durch Beteiligung an Entscheidungsprozessen⁶, aber auch bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

* Überarbeitete Fassung eines auf der „Forschungsbörse 1978“ des Interdisziplinären Arbeitskreises für Entwicklungsländerforschung (iafef) am 14./15.6.1978 in Bonn-Bad Godesberg gehaltenen Referates. Eine erste gekürzte Fassung dieses Artikels erschien unter dem Titel „Primary Health Care and Traditional Medicine — considering the background of changing health care concepts in Africa“ in der Zeitschrift *Social Science and Medicine*, Vol. 13 B, No. 3, 1979 (in Druck).

— Stärkere Praxisorientierung bei der Ausbildung aller medizinischen Berufsgruppen.

— Verstärkte Anstrengungen zur Durchführung effektiver umwelthygienischer Maßnahmen präventiven Charakters auf zentraler Ebene, z.B. Sicherstellung der Trinkwasserversorgung.⁷

— Kontinuierliche Planung im Gesundheitswesen durch Einführung der situationsangepaßten Methode des „Country Health Programming“.⁸

Im Rahmen dieser Konzeption und wegen der permanenten Ressourcenknapptheit der Budgets der Entwicklungsländer, die eine Versorgung nach herkömmlichen Standards „westlicher“ Medizin nicht realisierbar scheinen ließen, wurde bei der Suche nach alternativen Gesundheitsversorgungsmodellen auch eine Berücksichtigung der traditionellen medizinischen Heilkunde in verschiedenen Ländern reflektiert.

Insbesondere unter dem Einfluß des Vorbilds der Entwicklung in der VR China, auf das sich auch der WHO-Generaldirektor Dr. *Mahler* häufig bezog, entstanden Überlegungen ihrer Aufwertung und Integration in die Gesundheitsversorgung.⁹ Vor diesem Hintergrund erscheint es angebracht, im folgenden die Bedeutung der sogenannten traditionellen Medizin für die Versorgung der Bevölkerung in afrikanischen Staaten zu umreißen.

Medizinische Versorgung — eine komplexe soziologische Struktur

Zunächst zur Begriffsklärung: Während in der öffentlichen Diskussion der Begriff „Traditionelle Medizin“ häufig unreflektiert zur Kennzeichnung nicht schulmedizinischer Formen der Gesundheitsversorgung verwendet wird, will ich für diese Darstellung eine Unterscheidung von vier Ebenen medizinischer Versorgung, die gleichwohl in der Realität nicht immer klar voneinander getrennt sind, vornehmen¹⁰:

1. Hausmedizin
2. Volksmedizin
3. traditionelle medizinische Systeme
4. kosmopolitische Medizin (Schulmedizin).

ad 1: Hausmedizin soll die Form medizinischer Versorgung, die auf allgemein verfügbaren volksmedizinischen Kenntnissen beruht und familiär praktiziert wird, bezeichnen. Hierzu gehört auch der Bereich der Selbstbehandlung¹¹ mit Hausmitteln — zunehmend aber auch mit differenteren Medikamenten.

ad 2: Volksmedizin¹² bezeichnet eine bereits professionalisierte Tätigkeit, die sich mit zunehmender arbeitsteiliger Organisation der Gesellschaft aus der ersten Form entwickelte.¹³

ad 3: Die traditionellen medizinischen Systeme¹⁴ stellen im Gegensatz zur Volksmedizin strukturierte Ideensysteme der Ordnung, Klassifizierung und Erklärung von Kranksein dar, mit ebenso ausgearbeiteten Be-

handlungskonzepten.¹⁵ Manche Autoren unterscheiden in diesem Sinne große und kleine Traditionen der Medizin.¹⁶ Die großen medizinischen Traditionen — Ayurveda, Teile der sogenannten „chinesischen Medizin“¹⁷, griechische Medizin, arabische Medizin — entwickelten sich zu schriftlich fixierten Wissenschaften mit hohem Professionalisierungsgrad, entsprechenden Ausbildungsstandards und ethischen Codices.

ad 4: Mit „kosmopolitischer Medizin“ (*Dunn*) bezeichne ich die westlich-naturwissenschaftliche, moderne Schulmedizin, die sich im Verlauf der wissenschaftlich-technischen Entwicklung in Europa herausbildete und dabei keineswegs sofort alle vorwissenschaftlichen Inhalte ablegte.¹⁸ Seit Mitte des 19. Jahrhunderts ist der biologisch-naturwissenschaftliche Ansatz im theoretischen Konzept der kosmopolitischen Medizin fest etabliert — auf der Ebene der medizinischen Behandlung koexistiert jedoch bis heute wissenschaftlich begründetes mit vorwissenschaftlichem Handeln.¹⁹

Im Laufe der kolonialen Eroberung und „Entdeckung“ der Welt wurde auch das in den kolonialen Metropolen dominierende medizinische Konzept verbreitet, und zwar sowohl die Inhalte, als auch die institutionellen Strukturen.²⁰ Dabei ist hervorzuheben, daß die Durchsetzung der kosmopolitischen Medizin durch therapeutische Erfolge nur geringfügig unterstützt wurde. Die chirurgischen und chemotherapeutischen Erfolge waren um die Jahrhundertwende — besonders in der Kolonialmedizin — noch viel zu gering.²¹

Ihre Verbeitung verdankt die kosmopolitische Medizin 1. kolonialadministrativen Interessen und Zwängen — in Afrika anfänglich besonders aus Gründen der Seuchenbekämpfung²², 2. der engen Verbindung, die die Missionierung mit der Medizin einging²³, sowie 3. ihrer Übernahme und Förderung durch einheimische Eliten und die herrschenden Klassen in den betreffenden Ländern.²⁴

Einige kurze Beispiele mögen dies illustrieren: Die Durchseuchung Französisch-Westafrikas mit Schlafkrankheit stellte eine dauernde Bedrohung der Gesamtheit der weißen Kolonialbeamten und der Truppen dar. Aus diesem Grunde wurde das aufwendige Gesundheitspolizeisystem des Dr. Jamot — des „vainqueur de la maladie du sommeil“ — geschaffen, das eine Zwangsbehandlung der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Gebietes beinhaltete.²⁵ Auch die medizinischen Dienste in Ostafrika wurden nicht primär aus Sorge um das Wohlergehen der Afrikaner verbessert. Bei einer Rekrutierungskampagne hatten sich nämlich weniger als 50 % der jungen Männer als rekrutierungsfähig erwiesen — so erbärmlich war ihr Gesundheitszustand. Militärische Notwendigkeiten waren hier die Ursache des Ausbaues des Dispensary-Systems.²⁶

In Ostafrika hatte die britische Verwaltung die Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung zunächst gerne den Missionen überlassen, da

sie mit den Problemen der Städte ausgelastet war. Die Missionen ihrerseits benutzten die Gesundheitsversorgung gerne als Mittel, leidende Individuen mit dem Versprechen einer Heilung anzuziehen, um sie zum Heil zu bekehren. Die „Heilung“ erfolgte dabei zwar durch westliche Medizin, aber meist durch Priester und Schwestern, die gar nicht in dieser Medizin ausgebildet waren.²⁷ Im übrigen wurde die Propaganda für diese Medizin natürlich von den Geheilten und Bekehrten betrieben. Diejenigen, die trotz der westlichen Medizin starben, konnten auch keine Gegenpropaganda mehr ausüben.²⁸

Gesundheitsverhalten und Krankheitsbegriff

Die angeführten vier Ebenen medizinischer Versorgung koexistieren in verschiedenen kulturellen und gesellschaftlichen Systemen und verfügen über unterschiedlichen Einfluß. Der Einfluß der unteren Ebene (Hausmedizin) nimmt dabei mit zunehmender gesellschaftlicher Arbeitsteilung und damit Professionalisierung im Bereich der Medizin ab.²⁹ Die Bedeutung der einzelnen Ebenen differiert jedoch nicht nur zu unterschiedlichen historischen Zeitpunkten, sondern auch in verschiedenen Kulturen sowie innergesellschaftlich in verschiedenen Subkulturen³⁰, da die Zuordnung einer Befindlichkeitsstörung zu irgendeiner dieser Ebenen von der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation des Befindens abhängt.³¹

Der sogenannte „underuse“ medizinischer Einrichtungen³² ist eine direkte Folge dieser unterschiedlichen Wahrnehmung von Befindlichkeitsstörungen durch westlich ausgebildete Ärzte einerseits und betroffene Bevölkerung andererseits. Von Ärzten als behandlungsbedürftig angesehene Leiden werden nicht zur Behandlung gebracht, da im anderen kulturellen Kontext andere Prioritäten bestehen. Auch verwischen sich im anderen kulturellen Kontext manchmal — für europäische Ärzte unverständlich — die Grenzen zwischen medizinischen und zum Beispiel ökonomischen Bedürfnissen.³³ Scheinbar rationale Kosten-Nutzen-Erwägungen werden unter den Bedingungen absoluter Armut hilflos: z.B. kann Krankheitsprävention durch Waschen mit Seife nicht bezahlt werden, d.h. es müssen von vornherein Abstriche vom theoretisch möglichen Gesundheitszustand vorgenommen werden. Diese Situation wurde von *Messing* mit den Begriffen „discounting health“ und „subsistence anxiety“ umschrieben.³⁴ Zur Verdeutlichung der kulturellen Determiniertheit des Krankheitsbegriffs³⁵ will ich hier nur zwei Beispiele von Krankheiten aus verschiedenen Gesellschaften anführen, die im jeweiligen sozialen Kontext genau definiert sind, und den von ihnen Betroffenen die sozial sanktionierte Rolle des Kranken zuweisen. Von der kosmopolitischen Medizin können diese Krankheiten jedoch nicht als nosologische Einheit bestätigt werden, da ihnen aus der Sicht der kosmopolitischen Medizin an-

dere ätiologische Zusammenhänge zugeordnet werden:

In Chile etwa existiert in einer breiten Bevölkerungsschicht die Krankheit des „mal del ojo“ mit Durchfall, Fieber, Erbrechen und Schwäche, die von der kosmopolitischen Medizin als kindlicher Sommerdurchfall klassifiziert werden würde, die aber nach Ansicht der Bevölkerung von anderen Durchfällen unterschieden werden kann und durch den „bösen Blick“ verursacht ist.³⁶

In Frankreich ist die „crise de foie“ (Leberkrise) eine sehr verbreitete, medizinisch nicht definierte Unpäßlichkeit, die durch diätetische Maßnahmen beherrscht werden kann und nicht mit einer Gallenkolik verwechselt werden darf.

Es gibt sogar Gemeinschaften, die gar keine Krankheiten in unserem Sinne kennen, sondern nur das breitere Konzept des Mißgeschicks. „Mißgeschick erklärt individuelles und kollektives Kranksein (Kopfschmerz, Bauchweh, Zahnschmerz etc.) ebenso wie andere individuell oder kollektiv erfahrene Unannehmlichkeiten, z.B. Erntemißerfolge, erfolglose Jagdzüge, Schlechtwetter oder Niederlagen in Kriegszügen. Daraus folgt, daß eine eigenständig konzeptualisierte Heilkunst als Medizin unnötig und unbekannt war.“³⁷

Ebenso wie sich die Hausmedizin durch Verfügbarkeit neuer — chemotherapeutischer — Substanzen sukzessive zu wandeln beginnt, indem äußere Anwendungen, Aufgüsse und Inhalationen zum Beispiel zunehmend durch Tabletteneinnahme ersetzt werden, unterliegt auch die Volksmedizin äußeren Einflüssen. Die drastischen Erfolge in der modernen westlichen Medizin seit Einführung der Antibiotika und Chemotherapeutika verstärkten die Konkurrenz um die Gunst der Patienten, da die Verhaltensweise der traditionellen Bevölkerung in hohem Grade durch Empirie bestimmt wird.³⁸ Besonders aus Asien ist der zunehmende Gebrauch von Medikamenten der allopathischen westlichen Medizin durch traditionelle Praktiker — trotz Verbotes — dokumentiert. Die Erwartung der Patienten nach schneller Kurierung der Symptome zwingt die traditionellen Ayurveda-Praktiker in Indien, diese Therapieformen aufzunehmen, auch wenn sie ihrer Einstellung und Ausbildung nach diese Therapie ablehnen.³⁹ Diejenigen Praktiker, die nicht bereit sind, die modernen westlichen Therapieformen zu übernehmen, verlieren zunehmend ihre Klientel.⁴⁰

Bereits heute findet man in Entwicklungsländern — mit Ausnahme von Ethnien in Rückzugsgebieten mit geringem Außenkontakt — kaum Heilkunde reiner Tradition. Vielmehr bildet sich eine neue Volksmedizin heraus, die ein Konglomerat von traditionellen Kenntnissen und Techniken der kosmopolitischen Medizin darstellt.⁴¹

Traditionelle Medizin in Afrika

Die Auseinandersetzung der Bevölkerung und ihrer Heilkundigen mit den Vor- und Nachteilen der westlichen Medizin hat in Afrika Tradition seit der Kolonialzeit. Die konkrete Möglichkeit einer Therapie durch westliche Medizin war und ist jedoch bis heute für die Mehrheit der Bevölkerung inexistent, was deren Reputation eher noch zu steigern in der Lage war.⁴² Noch heute sind im afrikanischen ländlichen Milieu 80-90 % der Bevölkerung im Krankheitsfall völlig von den Instanzen der öffentlichen Gesundheitsversorgung — d.h. der kosmopolitischen Medizin — abgeschnitten und daher auf die Befriedigung ihrer medizinischen Bedürfnisse durch die traditionellen Instanzen verwiesen.⁴³ Diese traditionellen Instanzen können wir überwiegend der Kategorie Volksmedizin zuordnen. Große medizinische Traditionen im Sinne *Leslie's*, die bis heute eine überregionale Verbreitung hätten, sind in Schwarzafrika nicht existent.⁴⁴ Folgende Gründe rechtfertigen meiner Meinung nach diese Einschätzung:

Die afrikanischen Kulturen erfuhren durch Sklavenhandel und Kolonisierung eine so schwere materielle und kulturelle Zerstörung⁴⁵, daß vorhandene medizinische Systeme⁴⁶ notwendigerweise als Teil der Kultur in Mitleidenschaft gezogen wurden. Dem folgte die Unterdrückung der Praxis traditioneller Ärzte durch die Kolonialadministration⁴⁷ und ein durch die wirtschaftlichen Interessen der Kolonialmächte erzwungener sozialer Wandel, der als „Transkulturation“ bezeichnet wurde⁴⁸ und der — auf medizinischem Gebiet — zu einer Entfremdung des Patienten vom traditionellen Therapeuten führte.

Da in afrikanischen Kulturen keine schriftlichen Überlieferungen in größerem Ausmaß existieren, waren die Versuche der Wiederbelebung der verlorenen Identität auf allen kulturellen Gebieten behindert.⁴⁹ Hierin liegt ein entscheidender Unterschied zur asiatischen Situation.

Daß die vorkoloniale afrikanische Medizin über einen Reichtum von technischen und Heilpflanzen-Kenntnissen verfügte, ist aus alten Reiseberichten und ethnographischem Schrifttum zu erschließen.⁵⁰ Ich zähle hier nur beispielhaft auf: Wundversorgung mit arterieller Gefäßnaht bei den Massai⁵¹, geburtshilfliche Wendungsoperationen bei falscher Kindslage und sogar Kaiserschnitt⁵², Zahnextraktionen, Tonsillektomie, Uvulektomie⁵³ und Abszeßspaltungen. Neben diesen chirurgischen Kenntnissen gehörten Krankenversorgung und -pflege sowie Heilpflanzenbehandlung der verschiedensten inneren Krankheiten, Narkose durch Pflanzenextrakte, Impfungen und magische sowie vorbeugende Maßnahmen bei ansteckenden Krankheiten zum Kenntnisschatz der traditionellen afrikanischen Medizin, deren Entwicklungsstand regionale Variationen zeigte.⁵⁴ So gingen etwa die Hehe im heutigen Tanzania bei einer

Pestepidemie 1886 folgendermaßen vor:

- Bewohner einer Gegend, in der Pestfälle vorkamen, durften an anderen Orten nicht empfangen werden,
- der Tod von Ratten sollte unverzüglich gemeldet werden,
- Erkrankte wurden in entlegene Gebiete isoliert.⁵⁵

Wie Meyer Fortes ausführte, waren aber die medizinisch gebildeten Anthropologen des ausgehenden 19. Jahrhunderts

„ebenso besessen wie die nicht-medizinischen Ethnographen von den Fragen über Eingeborenentheorien der magischen Verursachung, die man hinter einigen ihrer Behandlungsmethoden annahm, sowie dem Unterschied zu anderen Behandlungsformen, die durchaus empirisch begründet waren“, daß die Ethnomedizin dadurch auf Studien über Hexerei und Magie reduziert wurde, und empirisch begründbare Behandlungsmethoden zum bloßen Anhängsel dieser Forschungen degenerierten.⁵⁶

Von ärztlicher Seite her bestand im Gegensatz zur anthropologischen Forschung das europäische Interesse an der traditionellen Medizin lange Zeit ausschließlich in einem Interesse am Medikamentenschatz. Diese Auftrennung in Medizin und Pharmakopoe veranlaßte noch 1976 ein WHO-Expertenkomitee darauf hinzuweisen, daß die afrikanische Heilkunde nur als einheitliches Ganzes zu verstehen sei.⁵⁷

Ein wesentlicher Aspekt der afrikanischen Medizin war in ihrer Beurteilung durch die Weißen aufgrund mangelhaften Verstehens mit unter die Kategorie „Magie“ subsumiert worden: Dieser Aspekt besteht in der Wiederherstellung eines gestörten sozialen Konsens nach Übertretung verbindlicher Verhaltensnormen (der Verletzung von Tabus) durch rituelle, sozial-integrative Praktiken. Krankheit ist in der Vorstellung des Afrikaners weniger ein individuelles Ereignis als eine Störung des sozialen Bezugs⁵⁸ — eine in der westlichen Medizin beinahe vergessene Krankheitsursache, die erst durch die Erforschung psychosomatischer Zusammenhänge wieder in deren Gesichtskreis rückte.⁵⁹ Die Erfassung des Krankheitsbegriffs bzw. der Symbolsprache des Symptoms waren wegen ihrer inhärenten Subjektivität der auf Erfassung objektiv meßbarer Parameter ausgerichteten naturwissenschaftlichen Medizin nicht leicht möglich.⁶⁰ Die afrikanische Medizin behandelt primär nicht Krankheiten, sondern Kranke. Entsprechend ist sie nicht nur aus ihren pathogenetischen Konzepten und ihrer Nosologie zu verstehen, sondern auch aus ihrer Kosmologie, der Hierarchie der Kräfte, die, nach dieser Auffassung, lebenden und toten Wesen eigen sind.⁶¹ Die Anerkennung des Beitrags, den die traditionelle afrikanische Heilkunde liefert — auch für Probleme der Medizin außerhalb des afrikanischen Kontexts —, erfolgte daher auch besonders durch die Psychiatrie.⁶²

Diesen positiven Seiten der afrikanischen Medizin stehen negative Auswirkungen gegenüber, die gleichwohl lange Zeit unverhältnismäßig übertrieben wurden.⁶³ Auch ist, wie Wille⁶⁴ betont, der ganzheitliche

Aspekt der afrikanischen Medizin relativ und ihre sozial-integrative Wirkung in den überschaubaren ländlichen Gemeinden am größten — also in der Kultur, von der sie einen Teilbereich verkörpert. Sie ist somit nicht ohne weiteres und unverändert als quasi „technisches System“ in einen anderen sozialen Zusammenhang übertragbar. In den rapide gewachsenen afrikanischen Städten haben sich daher heute auch ganz neue volksmedizinische Formen herausgebildet, die teilweise hochgradig spiritistischen Charakter haben⁶⁵, oder eklektisch aus Kenntnissen der traditionellen Volksmedizin und der kosmopolitischen Medizin zusammengesetzt sind und zum Teil deren Attribute mit Symbolcharakter, wie weißen Kittel, Stethoskop etc., übernommen haben.⁶⁶

Das Dilemma des öffentlichen Gesundheitswesens

Die vorhandenen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren postkolonial in den ärmeren afrikanischen Ländern bis zu Beginn der 70er Jahre völlig insuffizient, und das Ziel, ein am europäischen Vorbild orientiertes Gesundheitswesen verwirklichen zu können, schien — allein schon aus ökonomischen Gründen — unerreichbar.⁶⁷ Außerdem war bekannt, daß sich etwa zwei Drittel der in afrikanischen Entwicklungsländern vorkommenden Erkrankungen aus Infektions- und parasitären Krankheiten, sowie aus Verletzungen und Mangelkrankheiten zusammensetzen, Krankheiten also, die mit wenigen und billigen Medikamenten und Nahrungsmitteln leicht behandelt werden können, durch Maßnahmen in nichtmedizinischen Bereichen — wie durch Aufbau einer Trinkwasserversorgung, Verbesserung der Wohnverhältnisse und Verfügbarkeit ausreichender Nahrungsmittel — aber zum großen Teil auch vermieden werden könnten.⁶⁸

Diese Tatsachen stellten die Voraussetzung für den eingangs erwähnten Konzeptionswandel der WHO-Politik dar. Ziel dieser Politik soll es, wie gesagt, sein, unter effektiver Nutzung lokal vorhandener Ressourcen — der sogenannten „untapped resources“⁶⁹ — einen optimalen Erfolg zu erzielen, der in einer deutlichen Hebung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung meßbar wäre. Das PHC-Konzept versucht also, unter Einsatz möglichst geringer staatlicher Mittel in der Peripherie gemeindenahe und von der Bevölkerung getragene Gesundheitsversorgungsstrukturen zu initiieren, die die medizinischen Grundbedürfnisse⁷⁰ abdecken und gesunderziehungswirksam wirken sollen. Eingesetzte Mittel sind:

1. Dörfliche Gesundheitsarbeiter (Primary Health Care Workers = PHW) mit Kurzausbildung, erweiterter Erste-Hilfe-Ausstattung, die möglichst nebenberuflich und nicht vom Staat bezahlt arbeiten sollen.⁷¹
2. In Grundkenntnissen der Hygiene fortgebildete traditionelle Hebammen.⁷²

3. Initiierung von dörflichen Gesundheitskomitees für Fragen der Überwachung der Tätigkeit der PHW sowie der Finanzierung. Diese Komitees sollen auch zur Unterstützung der präventivmedizinischen und gesundheitserzieherischen Basisarbeit zuständig sein und eine volle Mitbeteiligung der lokalen Bevölkerung an Planung, Entscheidung und Evaluierung im Gesundheitsbereich ermöglichen.⁷³

Auf der dörflichen Ebene sollte gemäß dieser neuen Politik auch eine Wiederbelebung und Integration der traditionellen Medizin erfolgen.

Während das PHC-Konzept im Prinzip von allen Staaten angenommen wurde — wobei die Umsetzung der Beteiligung der Basis an Selbstbestimmung und Entscheidung zumindest nicht in allen Ländern im gleichen Maße unterstützt wird —, wurde kein einheitliches Konzept zur Integration der traditionellen Medizin verwirklicht.

Im September 1976 war „Traditionelle Medizin und ihre Rolle bei der Entwicklung der Gesundheitsdienste in Afrika“ Thema der technischen Diskussionen der 26. Sitzung des WHO Regional Committee for Africa in Kampala. Die Diskussionen spiegelten uneinheitliche Standpunkte wieder: Während Einigkeit bestand, daß es gewisse positive Aspekte der traditionellen Medizin gebe und viele Heilungsfälle nicht nur der modernen Medizin zu verdanken seien, gab es unterschiedliche Standpunkte bezüglich des anzustrebenden Verhältnisses zwischen diesen medizinischen Systemen, die sich komplementär verhalten sollten.

Für die Verhältnisse in der afrikanischen WHO-Region wurde folgende Definition für zutreffend erachtet: Traditionelle afrikanische Medizin

„ist die Gesamtheit aller Kenntnisse und Praktiken, seien sie erklärbar oder nicht, die bei der Diagnose, der Verhütung oder der Beseitigung eines physischen, psychischen oder sozialen Ungleichgewichtes zur Anwendung kommen, die ausschließlich auf früherer Erfahrung und Beobachtung beruhen und mündlich oder schriftlich von Generation zu Generation weitergegeben wurden und die die ursprüngliche Vorstellung von der Natur berücksichtigen, welche in Afrika zugleich die materielle Welt, die soziologische Umgebung — tot oder lebendig — und die metaphysischen Kräfte des Universums umfaßt.“⁷⁴

Der Begriff „traditioneller Heilkundiger“ wurde definiert als

„eine Person, die von der Gemeinschaft, in der sie lebt, als fähig anerkannt ist, Gesundheitsfürsorge zu betreiben durch Anwendung pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Substanzen und gewissen Methoden, die auf dem sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie auf Kenntnissen, Verhaltensweisen und Glaubensvorstellungen beruhen, die in der Gemeinde bezüglich physischem, psychischem und sozialem Wohlergehen und der Verursachung von Krankheit und Behinderung vorherrschen.“⁷⁵

Die Vertreter der Teilnehmerstaaten einigten sich über die anzustrebende weitere Entwicklungsrichtung und schlugen folgende Maßnahmen dazu vor⁷⁶:

— Durchführung eines Zensus zur Erfassung der traditionellen Heilkundigen

- Förderung der Organisation der traditionellen Heilkundigen in Verbänden mit dem Ziel der Ausgrenzung von Scharlatanen
- legale Anerkennung der Heiler auf der Basis durchzuführender Tests
- weitere Erforschung der traditionellen medizinischen Kenntnisse
- eventuelle Integration traditioneller Heiler in Gesundheitsteams.⁷⁷

Nach dieser Konzeptionierungsphase kam es zu Aktivitäten in verschiedenen Ländern. Es wurden Forschungsinstitute für traditionelle Medizin gegründet. Zum Teil bestanden sie sogar schon — z.B. in Tanzania, VR Congo, Madagaskar, Nigeria und Senegal. Ihre Forschungsschwerpunkte scheinen allerdings in erster Linie auf dem Gebiet der Heilpflanzenforschung zu liegen.⁷⁸ Aus der VR Bénin ist mir die Kampagne zur Durchführung des Zensus der traditionellen Heilkundigen bekannt⁷⁹, die in diesem Land allerdings in eine unglückselige Verknüpfung mit einer Kampagne gegen die Hexerei geriet.⁸⁰ Gesetzgeberische Maßnahmen bestanden bereits in einer Reihe von Ländern: *Dunlop* gibt anhand einer Analyse der Regierungspolitik in neun afrikanischen Staaten eine Aufstellung⁸¹, nach der 1975 in fünf Ländern eine Legalisierung durch Lizenzierung erfolgt war, in den meisten Ländern eine informelle Anerkennung, teilweise sogar eine Zusammenarbeit zwischen traditioneller Heilkunde und modernem Gesundheitswesen beobachtet werden konnte, und nirgends eine offizielle Illegalisierung betrieben wurde.

Nach einer ersten Periode verstärkter Bemühungen um die traditionelle afrikanische Medizin wurde es allerdings stiller um sie.⁸² Nach verschiedenen richtungweisenden Unternehmungen afrikanischer Staaten, wie z.B. die Kampagne für eine Lizenzierung der traditionellen Heilkundigen in der VR Bénin und anderswo, wurden offenbar weitere Ansätze auf diesem Gebiet — ausgenommen die Erforschung traditioneller Drogen und Heilpflanzen — weniger vorangetrieben oder sogar fallengelassen. So wird beispielsweise im Bericht des Direktors der afrikanischen WHO-Region, der auf der Internationalen Konferenz über PHC in Alma Ata vorgelegt wurde, lediglich kurz erwähnt, daß in einigen Ländern „weitergebildete einheimische traditionelle Heilkundige in die allgemeine Gesundheitsversorgungssysteme integriert werden“ und die Notwendigkeit weiterer Erforschung der traditionellen Medizin wird unterstrichen. Eine allzugroße Bedeutung scheint jedoch ihrem Beitrag zur Entwicklung der PHC innerhalb der nationalen Gesundheitsversorgung nicht zugemessen zu werden.⁸³

Daher erscheint es mir sinnvoll, das Konzept der Integration traditioneller Medizin in das nationale Gesundheitswesen hier theoretisch auf seine Problematik hin zu untersuchen.

Integration oder Subordination?

Aus *Unschuld's* Untersuchungen über die möglichen Formen von Ko-

existenz zwischen traditioneller Medizin und kosmopolitischer Medizin⁸⁴ geht hervor, daß eine volle Integration beider Systeme zwar für Medikamente, Techniken und empirische Kenntnisse möglich ist, während sich für medizinisches Personal kein Beispiel voller Integration, sondern lediglich „strukturelle Kooperation“⁸⁵ innerhalb eines gegenseitigen Überweisungssystems auffinden läßt. Beispielsweise erhielten die chinesischen „Barfußärzte“ eine pragmatisch konzipierte Ausbildung, in der Behandlungsmethoden und Medikamentenkunde der naturwissenschaftlich fundierten Medizin ebenso wie der traditionellen chinesischen Heilkunde vermittelt wurden.⁸⁶

Eine Kooperation zwischen Ärzten setzt voraus, daß diese sich über die Grenzen ihrer eigenen Kompetenz bewußt sind und den anderen als gleichwertig akzeptieren. Sie findet daher täglich statt bei der Konsiliar-tätigkeit von Spezialisten unterschiedlicher Fachgebiete der Schulmedizin. Konkurrenzmechanismen sind z.B. in Deutschland durch die ärztlichen Berufsordnung ausgeschaltet, die die ständische Organisation des Berufs absichert. Eine Kooperation zwischen Vertretern unterschiedlicher medizinischer Subsysteme, die um Klienten konkurrieren, ist hingegen innerhalb eines freien Marktes der Gesundheitsdienstleistungen wenig vorstellbar.

„Wir sollten daher nicht davon überrascht sein, das einzige kooperative medizinische System, das auf einer Grundlage unterschiedlich konzeptualisierter Subsysteme beruht, bislang im zeitgenössischen China anzutreffen.“⁸⁷

Eine volle Integration der Heilkundigen unterschiedlicher medizinischer Systeme wird zudem dadurch unmöglich, daß diese durch ihre berufliche Sozialisation einem bestimmten medizinischen Konzept zuzuordnen sind. Die heiß/kalt-Dichotomie asiatischer Medizinkonzepte etwa⁸⁸ ist nicht nur terminologisch unvereinbar mit der Nosologie der naturwissenschaftlichen westlichen Medizin. Die kognitiven Strukturen der beiden medizinischen Systeme sind unvereinbar. Ähnlich inkompatibel verhalten sich auch die unterschiedlichen Verursachungs- und Erklärungsmodelle afrikanischer Volksmedizin und westlicher Schulmedizin.⁸⁹

In der Praxis reduziert sich daher die Frage der „Integration“ beider medizinischer Systeme auf die Frage der Unterordnung unter ein dominierendes Konzept. Wie *Unschuld* betont⁹⁰, wird unter Integration der traditionellen Medizin in Entwicklungsländern stets die Einbeziehung traditioneller Heilkundiger in das durch seine historische Herkunft „westlich“ orientierte nationale Gesundheitswesen verstanden — und zwar als besondere Kategorie der Gruppe „Auxiliaries“ (Hilfskräfte).

Auf dem Gebiet der Geburtshilfe läßt sich eine Einbeziehung traditionellen medizinischen Personals noch am ehesten komplikationslos vollziehen: Ein medizinischer Teilbereich wird delegiert.⁹¹ Ausbildung der traditionellen Hebammen in aseptischen Techniken, deren Überlegen-

heit empirisch demonstrierbar ist, stellt eine Weiterqualifizierung der traditionellen Hebammen dar, die deshalb von ihnen akzeptiert und ihrem Wissensschatz inkorporiert wird, selbst wenn dadurch traditionelle Verhaltensmuster tangiert werden.⁹² Bei der Einbeziehung traditioneller Hebammen in das nationale Gesundheitswesen handelt es sich also um die Integration traditioneller und westlich-naturwissenschaftlicher Kenntnisse sowie um eine Delegation eines medizinischen Teilbereiches, der geburtshilflichen Normalversorgung, in die Zuständigkeit traditioneller Instanzen, die damit in ihrer sozialen Funktion und im Status bekräftigt und aufgewertet werden.⁹³

Auf der Ebene allgemeinmedizinischer Primärversorgung treten bei einer Zusammenfassung von naturwissenschaftlichen und traditionellen Behandlungstechniken, deren Erfolge empirisch verifizierbar sind, ebenfalls kaum Probleme auf — funktionierende Arbeitsteilung zwischen westlichen Ärzten und ihren traditionellen Kollegen auf den Gebieten Frakturbehandlung, Schlangenbißversorgung, Vergiftungstherapie und Psychotherapie ist vielfach aus Afrika mitgeteilt worden.⁹⁴ Es handelt sich hierbei um „strukturierte Koexistenz“ zwischen kosmopolitischer Medizin und traditioneller Volksmedizin.

Auf der Ebene der Diagnostik und Auswahl der notwendigen Behandlung kommt es jedoch zu der oben beschriebenen Konfrontation von Verursachungskonzepten, die nicht integrierbar sind. Ob eine Krankheit durch Änderung der Lebensweise, chirurgischen Eingriff, rituelle Zeremonie oder Injektion therapiert werden soll, setzt eine Vorstellung über die Kausalität voraus. Traditionelle Heiler haben zwar gelernt, die rasche Wirkung von Antibiotika-Injektionen zu schätzen und beziehen diese Technik häufig in ihre Arbeit mit ein, da auch von seiten der Patienten ein Druck in diese Richtung ausgeübt wird. Sie identifizieren sich dabei jedoch weiterhin mit ihren traditionellen medizinischen Vorstellungen.⁹⁵ Die kosmopolitische Medizin fordert jedoch eine Identifikation mit dem modernen naturwissenschaftlichen Pathogenese-Konzept und ist zur Übernahme traditioneller Heiler in ihre Dienste nur unter der Voraussetzung der Schulung und Überwachung bereit. Die professionelle Identität des traditionellen Heilers muß also der scheinbaren Aufwertung des sozialen Status geopfert werden.

Bei den Programmen der „Integration“ der traditionellen und der kosmopolitischen Medizin⁹⁶, geht es also nicht nur um die nominelle Integration des freipraktizierenden Heilkundigen in das nationale Gesundheitssystem, sondern um die Etablierung des Primats der kosmopolitischen Medizin durch Supervision der Tätigkeit der traditionellen Praktiker. Dazu sind jedoch nicht alle traditionellen Praktiker bereit. Der mit der Position des Heilers verknüpfte soziale Status innerhalb seiner Kultur dürfte oft höher sein, als der mit der institutionellen Anerkennung und Inte-

gration ins nationale Gesundheitswesen als „Auxiliary“ verbundene Status.

Entwicklungstendenzen

Von daher scheint die Strategie des PHC-Konzeptes konsequent, eine Fortbildung von traditionellen Hebammen zu propagieren, nicht jedoch allgemein eine Fortbildung traditioneller Heiler, sondern statt dessen eine Ausbildung vom Dorf ausgewählter „Primary Health Workers“ (PHW), die meist jüngere Männer sind. Dabei wird jedoch nicht explizit ausgeschlossen, daß auch einmal ein traditioneller Heiler vom Dorf als PHW-Kandidat ausgewählt wird. Auch bei der Hebammenausbildung wird ja durch die Schulungskurse langfristig eine Verlagerung der Ausbildungsfunktion auf die Strukturen des Gesundheitswesens eingeleitet, und aus dem Kreis junger Frauen neu rekrutierte „traditionelle“ Hebammen würden von vornherein eine neue Kategorie medizinischen Personals darstellen.⁹⁷ Angestrebt wird von den Instanzen der nationalen Gesundheitsversorgung — in der Terminologie *Unschuld's* — eine strukturierte Kooperation mit der traditionellen Heilkunde, was sich deutlich in dem in Kampala verabschiedeten Maßnahmenkatalog mit Lizenzierung, Erlaß rechtlicher Vorschriften und Förderung der Gründung von Organisationen der Volksheilkunde niederschlägt.

Durch diese Maßnahmen wird, über eine Beschränkung des Personenkreises und der Zuständigkeit der traditionellen Medizin, eine Kontroll- und Einflußmöglichkeit der staatlichen Administration in bislang noch selbständigen, traditionellen Bereichen ermöglicht, wodurch der gesellschaftliche Wandel in diesen Ländern beschleunigt wird.⁹⁸ Eine Entwicklung, die sich ansatzweise bei Teilen der Bevölkerung in der Praxis bereits durchgesetzt hat, wird dadurch administrativ sanktioniert. Es kommt zu einer Minderung der Bedeutung der Volksmedizin in der öffentlichen Reputation. Die Präferenzskala der Patientenentscheidung bei Befindlichkeitsstörungen lautet zunehmend: 1. Selbstbehandlung, 2. kosmopolitische Medizin, und erst bei Versagen dieser Versuche 3. traditionelle Medizin.⁹⁹ Ist die traditionelle Medizin auf den letzten Platz der Präferenzskala, die das Gesundheitsverhalten determiniert, abgesunken, ist auch auf medizinischem Gebiet eine vollständige Akkulturation der Bevölkerung erreicht.

Eine Delegation von Funktionen innerhalb medizinischer Teilgebiete auf die Vertreter der traditionellen Heilkunde wird durch den eben beschriebenen Einstellungswandel nicht verhindert. Neben dem Geburtshilfebereich gibt es besonders im Bereich psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung viele Ansätze der Kooperation¹⁰⁰, in einem Bereich also, in dem die westliche Medizin der traditionellen Heilkunde nicht überlegen ist. Da in diesem Bereich allerdings auch der Einfluß sozialer

Faktoren von großer Bedeutung ist, bleibt die Frage offen, ob die Erfolge der dörflichen traditionellen Medizin in der Restrukturierung psychosozialen Ungleichgewichtes sich auch unter so veränderten sozialen Voraussetzungen reproduzieren lassen, wie sie etwa in den anonymen Großstädten und unter den sozialen Bedingungen von Landflucht, Arbeitslosigkeit und Proletarisierung herrschen.¹⁰¹ Die schon erwähnte Herausbildung spiritistischer Heils- und Heilungsbewegungen in diesem Milieu gehört zu den sich dort neu entwickelnden Formen der Volksmedizin. Daneben kommt es aber in diesem sozialen Milieu auch zur Ausbreitung ausbeuterischer Formen von Scharlatanerie.

Gesundheit für alle oder Verelendung der Peripherie?

Vor Abschluß dieser Betrachtung des Beitrags der traditionellen afrikanischen Medizin zur Befriedigung der elementaren Gesundheitsbedürfnisse muß noch auf die Diskussion um die politische Bedeutung der Primary Health Care-Strategie hingewiesen werden. Die Frage, warum seit Beginn der 70er Jahre eine enorme Zunahme konkreter Anstrengungen zur Hebung des Gesundheitszustands gerade auch der bisher vernachlässigten ländlichen Bevölkerungsteile in Entwicklungsländern zu verzeichnen ist, und warum internationale Organisationen und nationale Regierungen dieser neuen Politik hohe Priorität einräumen, wurde bislang nicht hinreichend beantwortet. Humanitäre Gründe und der Hinweis auf ein „Menschenrecht auf Gesundheit“¹⁰² spiegeln lediglich den ideologischen Überbau dieser Politik wieder. Verbesserung der Gesundheitsversorgung war — historisch gesehen — stets mit ökonomischen Interessen verknüpft.¹⁰³ Spätestens seitdem auch die Weltbank Ausgaben für Gesundheit als produktive Investition in die sozioökonomische Entwicklung ansieht¹⁰⁴, kann man verstärkte Bemühungen um die Gesundheitslage auch in Entwicklungsländern feststellen.

Eine Erklärung dafür, warum auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes der ländlichen Bevölkerungsmassen, die noch nicht voll in die kapitalistische Warenproduktion eingebunden sind, in diesem Sinne volkswirtschaftlich rational ist, ergibt sich erst, wenn die Bedeutung des traditionellen ländlichen Sektors für die Volkswirtschaft untersucht wird. Wie die französische Schule der ökonomischen Anthropologie aufzeigen konnte¹⁰⁵, liegt diese Bedeutung nicht nur in der Tatsache begründet, daß dieser Sektor „cash-crops“¹⁰⁶ für den Export produziert, und daß hier ein potentieller Absatzmarkt für Konsumgüter besteht.¹⁰⁷ Insbesondere die Untersuchungen von *Meillassoux* zeigen, daß im peripheren Kapitalismus geradezu eine Notwendigkeit besteht, daß ein traditioneller Sektor — wenschon ein „deformierter“ — weiterbesteht, da sein Beitrag unverzichtbar ist zur Reproduktion der Arbeitskraft.¹⁰⁸

Aus der Beobachtung der Veränderung der Gesundheitsversorgungs-

konzepte im zeitlichen Zusammenhang mit einer zunehmenden absoluten Verelendung der 'Peripherie der Peripherie', kann die Hypothese entwickelt werden, daß mit Hilfe der neuen Gesundheitsstrategie der völlige Zusammenbruch des traditionellen Sektors verhindert werden soll, indem ein gesundheitlicher Minimalzustand der dort lebenden Bevölkerung aufrecht erhalten wird.¹⁰⁹

Der Gefahr, daß das PHC-Konzept, wie auch die Rückbesinnung auf die traditionelle Heilkunde und die Stärkung ihres Einflusses, lediglich den Zweck verfolgen, die bestehenden sozioökonomischen Verhältnisse zu zementieren, können nur die Betroffenen selbst begegnen. Wer sich aber mit den neuen Gesundheitsversorgungskonzepten in Entwicklungsländern und traditioneller Heilkunde in Afrika auseinandersetzt, sollte dies nur unter Berücksichtigung dieser Zusammenhänge tun.

Anmerkungen

1. Promotion of national health services relating to Primary Health Care. WHO Off.Rec.No.226, Separate Printing, Geneva 1976.
2. WHO-Chronicle 32 (1978) 425-430.
3. cf. Kromberg, M. Eine eminent politische Aufgabe. Forum Vereinte Nationen (Development Forum) 5,5 Juni-Juli 1978.
4. Vgl. zur Definition des PHC-Ansatzes: Djukanovic, V. and Mach, E.P. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint WHO/UNICEF study. Geneva 1975. Primary Health Care. A joint WHO/UNICEF report. Geneva and New York 1978. Primary Health Care. AFRO Technical Report Series No.3. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1977.
5. Mahler, H. Health care for all by the year 2000. WHO-Chronicle 29,253-256, 1975.
6. Es gibt jedoch auch innerhalb einer „Community“ keine einheitlichen, sondern nur von Sozialstatus, Klassen- und Kastenzugehörigkeit bestimmte, Interessen. Bei der Diskussion um „Community Participation“ wird dieser Aspekt meist überschen. Vgl. hierzu beispielsweise: Kromberg, M. loc.cit. Mott, B. The politics of health planning. II. The myth of planning without politics. Am.J.Publ.Hlth.59,1,797-803, 1969. Wakefield, J. Community involvement: rhetoric or reality? Int.J.Hlth.Educ. 17,97-105, 1974.
7. cf. Document AFR/RC22/8. In: Long-term health planning for the African Region 1975-2000. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville 1974. AFR/PHA/133,8 Oct 1974. cf. Health progress in Africa. AFRO Technical Papers No.6. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1973, p.59.
8. Mahler, H. Health strategies in a changing world. WHO-Chronicle 29,209-218, 1975.
9. 30th World Health Assembly. WHO-Chronicle 31,270, 1977. Bannerman, R.H. WHO's program in traditional medicine. WHO-Chronicle 31,427-428, 1977. cf. Study tour in China. WHO-Chronicle 31,433-435, 1977. cf. Rifkin, S. Public Health in China - is the experience relevant to other less developed countries? Soc.Sci. & Med. 7,245-257, 1973. cf. Rifkin, S. and Kaplinsky, R. Health strategy and development planning: lessons from the People's Republic of China. Journal of Development Studies 9,213-232, 1972/73.

10. Diese Aufteilung soll die analytische Unterscheidung von medizinischem Laiensystem und halbprofessionellem bzw. professionellem Medizinsystem besonders für die Verhältnisse in Entwicklungsländern präzisieren. cf. Pflanz, M. Gesundheitsverhalten. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. (Edited by Mitscherlich, A. et al.) pp.283-289, Kiepenheuer & Witsch, Köln-Berlin (West) 1967, p.293.
11. cf. zum Thema Selbstmedikation: v.Ferber, C. Soziologie für Mediziner. Springer, Berlin (West)-Heidelberg-New York 1975, p.3, p.40. Pflanz, M. et al. Medizinsoziologische Untersuchungen über Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich, A. et al. eds. Op.cit. p.293.
12. entspricht dem 'local medical system' in der Terminologie *Dunn's* cf. Dunn, F.L. Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. In: Asian Medical Systems. (Edited by Leslie, C.) University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London, 1977, p.133.
13. Ferber, C.v. op.cit. p.37. Unschuld, P.U. Professionalisierung im Bereich der Medizin. Entwurf zu einer historisch-anthropologischen Studie. Saeculum 25,251-274, 1974. Unschuld, P.U. Professionalisierung und ihre Folgen. In: Krankheit, Heilung, Heilkunst (edited by Schipperges, H., Seidler, E., Unschuld, P.U.) K. Alber, Freiburg/Br. 1978, p.517-555.
14. in *Dunn's* Terminologie: 'regional medical Systems', op.cit.
15. Medizin ist eine kulturelle Teilstruktur und kann als solche auch in weniger differenzierten Gesellschaftsformen analytisch herausgearbeitet werden. Die Abtrennung der traditionellen medizinischen Systeme von der Volksmedizin bedeutet daher nur, daß in der Volksmedizin noch kein entwickelter theoretischer Überbau erkennbar ist. cf. zu diesem Themenbereich insbesondere: Kleinman, A.M. Toward a comparative study of medical systems: an integrated approach to the study of the relationship of medicine and culture. *Sci., Med. & Man* 1,55-65, 1973.
16. z.B. Leslie, C. Introduction, In: Leslie, C. (ed.) op.cit., p.2.
17. die „chinesische Medizin“ stellte keine einheitliche medizinische Tradition dar! Vgl. dazu: Unschuld, P.U.: China, in: Schipperges, H., Seidler, E., Unschuld, P.U. (eds.) op.cit.
18. Riley, J.N. Western medicine's attempt to become more scientific: examples from the United States and Thailand. *Soc.Sci.&Med.* 11,551, 1977.
19. So wird z.B. durch Verordnung von Placebo durch den naturwissenschaftlich ausgebildeten Arzt bewußt ein unwirksames Prinzip eingesetzt. Die erhoffte Wirkung wird also durch die Magie der Verordnung und die der Tabletteneinnahme erzielt.
20. Vyshlid, J. Development of health services in the African Region: a short historical review, p.16. In: An integrated concept of public health services in the African Region, AFRO Technical Papers No.2, pp.13-26, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1970. cf. Bichmann, W. Die Problematik der Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern. Ein Beitrag zur Geschichte, der Situation und den Perspektiven der Planung des nationalen Gesundheitswesens in den „Least Developed Countries“ Afrikas. Med.Diss. Univ. Heidelberg 1977, p.173ff. P. Lang. Frankfurt/M.-Bern-Las Vegas 1979. cf. Bicknell, W.J., Chapman Walsh, D. Caveat Emptor: Exporting the U.S. Medical Model. *Soc.Sci.&Med.* 11,285-288, 1977. - Die unterschiedlichen Organisationsformen des englischen und des französischen Kolonialgesundheitswesens prägen noch heute die Strukturen der postkolonialen nationalen Gesundheitssysteme (cf. die Beiträge von Schlitter, K. und Fleischer, K. in: Medizin in Entwicklungsländern (edited by Diesfeld, H.J. und Schröder, E.) Abschnitte 2.2.1. und 2.2.2., Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Frankfurt/M. 1978.

21. Es ist bekannt, daß das Absinken der Mortalitätsraten um die Jahrhundertwende in Europa und Nordamerika nicht etwa auf die Erfolge der kurativen Medizin zurückgeht, sondern eng mit der Besserung der hygienischen Verhältnisse und der Hebung des allgemeinen Lebensstandards korreliert ist. cf. McKeown, T. *Medicine in Modern Society*. Allen&Unwin, London, 1965. cf. McKeown, Brown, R.G., Record, R.G. *An interpretation of the modern rise of population in Europe*. *Population Studies* 26,381, 1972. cf. Kaupen-Haas, H. *Gesundheitsverhalten aus historischer Sicht*. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* Bd. 1, 1976, p.92. *Argument-Sonderband AS 8*, Berlin (West) 1976.
22. Vysohlid, J. op.cit., p.17. Beck, A. *History of the British Medical Administration of East Africa 1900-1950*. Cambridge (Mass.) 1970, p.200. Coquery-Vidrovich, C. and Moniot, H. *L'Afrique Noire de 1800 à nos jours*. PUF, Paris 1974, p.169. - In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß viele Krankheiten erst im Verlauf der Kolonisierung in Afrika auftraten bzw. Verbreitung fanden, so z.B. in Französisch-Westafrika Tuberkulose, Pest, Rückfallfieber und natürlicher Alkoholismus und Unterernährung. cf. Suret-Canale, J. *Schwarzafrika. Geographie, Bevölkerung, Geschichte West- und Zentralafrikas*, Berlin/DDR 1966, Bd.2, p.418ff.
23. Akerele, O. et al. *A new role for medical missionaries in Africa*. *WHO-Chronicle* 30,176, 1976. Bichmann, W., Hartog, R., Schultz, U. „Westliche“ Medizin in Ländern der Dritten Welt am Beispiel Tanzania: Ein Trojanisches Pferd des Neo-Kolonialismus. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* Vol.2, 1977, pp.170-192. *Argument-Sonderband AS 17*, Berlin (West) 1977.
24. Unschuld, P.U. *Western medicine and traditional healing systems: competition, cooperation or integration?* *Ethics in Science and Medicine* 3,5, 1976.
25. Suret-Canale, J. op.cit. Bd.2, p.515ff.
26. Beck, A. op.cit., p.71ff.
27. Schulpen, T.W.J. *Integration of Church and Government Medical Services in Tanzania. Effects at District level*. Nairobi 1976, p.13.
28. Matomora, M. *Die tanzanische Gesundheitspolitik und die politische Grundlage der medizinischen Versorgung*. In: *Medizinische Versorgung in der Dritten Welt und Ausländerstudium in der Bundesrepublik*. In: *ew-Entwicklungsländer* 15:31, 1976 (edited by World University Service, Bonn).
29. Ferber, C.v. op.cit., p.38ff. Unschuld, P.U. *Medico-cultural conflicts in Asian settings*, *Soc.Sci&Med* 9,307, 1975. Unschuld, P.U. *Professionalisierung und ihre Folgen*, op.cit., p.543.
30. Frießern, D.H. *Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen. Ein medizin-soziologischer Abriss*. p.43-48. In: *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien* (edited by Schröder, E.) Steiner, Wiesbaden 1977. Schenda, R. *Das Verhalten des Patienten im Schnittpunkt professionalisierter und naiver Gesundheitsversorgung*, pp.31-45. In: *Handbuch der Sozialmedizin* (edited by Blohmke, M., Ferber, C.v., Kisker, K., Schaefer, H.) Voll.III, Stuttgart 1976. Unschuld, P.U. *Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Erfahrungen von Kranksein*. In: Schipperges, H. et a. (eds.), op.cit. p.495. cf. Rudnitzki, G., Huber, R. *Zur ethnomedizinischen Sichtweise in einer therapeutischen Perspektive. Eine Fallstudie aus dem Kraichgau*. p.59-66. In: *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*. (ed. by Rudnitzki, G., Schiefenhövel, W., Schröder, E.) *Ethnologische Abhandlungen* Nr.1. D.Kurth, Barmstedt 1977.
31. Kleinman, A.M. *Toward a comparative study*. op.cit., p.59. Becker-Pfleiderer, B. *Kranksein in fremden Kulturen*. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 2, 132ff., 1977.

32. Colson, A.C. The differential use of medical resources in developing countries. *J.Hlth.Soc.Behav.* 12, 226-37, 1971.
33. McGilvray, J.A. Motivation for Community Participation in Health Care Delivery, p.6-17. In: *Community Health and Health Motivation in South-East Asia* (edited by Diesfeld, H.J. and Kröger, E.) Steiner, Wiesbaden 1974.
34. Messing, S.D. Discounting Health: the issue of substance and care in an undeveloped country. *Soc.Sci&Med.* 7, 911-916, 1973.
35. cf. hierzu Pfeleiderer-Becker, B.: Einführung in die Ethnomedizin, p.19. In: Ludwig, B. und Pfeleiderer-Becker, B.: *Materialien zur Ethnomedizin, Spektrum der Dritten Welt 15*, Kübel-Stiftung GmbH, Bensheim, 1978.
36. Bernauer, U. Aspekte der chilenischen Volksmedizin bei der Entwicklung von Gesundheitsstrategien, p.96-108. In: Schröder, E. (ed), op.cit.
37. Unschuld, P.U. Die konzeptuelle Überformung., op.cit., p.501.
38. Foster, G. Medical Anthropology and international Health Planning. *Soc.Sci&Med.* 11, 530, 1977. Maclean, C.M.U. Traditional Medicine and its practitioners in Ibadan, Nigeria. *J.trop.Med.Hyg.* 68, 243, 1965.
39. Bhatia, J.C. et al. Traditional healers and modern medicine. *Soc.Sci.&Med.* 9, 19, 1975.
40. Durch den unkontrollierten Verkauf von Antibiotika durch Kleinhändler wird die Nichtbeachtung von Dosierungsvorschriften und Kontraindikationen begünstigt. Hierdurch kommt es zu rascher Züchtung resistenter Keime. Auch unerwünschte Nebenwirkungen (z.B. Allergien) treten gehäuft auf. In diesem Zusammenhang ist auch auf die unethischen Praktiken der Pharmaindustrie hinzuweisen, die teilweise Warnhinweise, die sie zu bestimmten Produkten auf dem europäischen Markt abgibt, aus Annoncen und Pakungsbeilagen in Entwicklungsländern tilgt! cf. Yudkin, J.S. Clonidine withdrawal syndrome in Tanzania. *Trop.Doct.* 8, 51, 1978. Wellstein, A. Zur Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. *Arbeitsmaterial zur Dritten Welt 1/78*. Medico International, Frankfurt/M. 1978, p.16-19. cf. Bygbjerg, I.C. Use of drugs in developing countries. *Trop.Doct.* 8, 175, 1978.
41. Bernauer, U. Partizipation. Eine gesundheitspolitische Strategie in Lateinamerika. Analyse ihrer Abläufe und Bedingungen am Beispiel Chile. *Phil.Diss. Univ. Freiburg/Br.* 1977, p.144.
42. Typischerweise konzentrierten sich Gesundheitsdienstleistungen, Ärzte und anderes qualifiziertes medizinisches Personal in den Städten. Zwar gab es immer einzelne, die in den Genuß von Therapieerfolgen der öffentlichen bzw. missionsärztlichen Gesundheitsdienste gekommen waren, und durch die präventivmedizinischen Kampagnen hatten auch ländliche Bevölkerungsgruppen Kontakt zum westlichen Medizinsystem. Eine regelmäßig zugängliche medizinische Versorgung kam jedoch immer nur einer kleinen Bevölkerungszahl in relativ beschränktem Umkreis um ein Krankenhaus zugute. cf. King, M., op.cit., 217.
43. Shehu, U. Health Care in rural areas. AFRO Technical Papers No.10, p.29. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1975. Diesfeld, H.J. Medizin in Entwicklungsländern. *Deutsches Ärzteblatt* 73, 1118-1120 u. 1178-1181, 1976.
44. Dabei soll nicht die Bedeutung der afrikanischen medizinischen Tradition und ihr Einfluß auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten unterschätzt werden! Berühmte und über ihren regionalen Bereich hinaus bekannte Medizin wurde z.B. bei den Songhai praktiziert. „Eine Krankheit, die in Borgu nicht geheilt werden kann, kann nirgends mehr geheilt werden“ (Brandl. L. *Ärzte und Medizin in Afrika*. Afrika-Verlag, Pfaffenhofen/Ilm 1966, p.68.).
45. cf. Davidson, B. *Urzeit und Geschichte Afrikas*. Rowohlt, Reinbek 1961, p.112ff. Davidson, B. *Vom Sklavenhandel zur Kolonisierung*. Afrikanisch-

- europäische Beziehungen zwischen 1500 und 1900. Rowohlt, Reinbek 1966.
- Page, J.D. A history of West Africa. Cambridge University Press, Cambridge 1969, Chapter 6.
46. Brandl, L. (op.cit. p.73) gibt eine Darstellung nachweislicher alter Medizinzentren - wo z.T. nachweislich Ausbildungsgänge und Standszeichen existierten.
 47. Traditional medicine and its role in the development of health services in Africa. Document AFR/RC26/TD/1. WHO Regional Committee for Africa, 26th session, Kampala 8 - 15 Sept. 1976, p.10.
 48. African Traditional Medicine, AFRO Technical Report Series No.1, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1976, p.13.
 49. Dieses Thema kann hier nicht ausgeführt werden. Die literarische Négritude-Bewegung sei stellvertretend für die Versuche der Wiederherstellung kultureller Identität unter den Bedingungen kolonialer Entfremdung angeführt. cf. z.B. Zahar, R. Kolonialismus und Entfremdung. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1969. Grohs, G. Stufen afrikanischer Emanzipation. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1967, p.196. Geiss, I. Panafrikanismus. Zur Geschichte der Dekolonisation. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1968 p.11.
 50. cf. beispielsweise das ausführliche Literaturverzeichnis in Brandl, L., op.cit., p.139-200.
 51. Brandl, L. A short history of ethnomedicine in tropical Africa. Ethnomedizin 2, 198, 1972/73.
 52. Brandl, L. A short history..., op.cit., p.206, 210.
 53. Fleischer, K. Uvula-Exzision in Afrika. Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. Heidelberg. Vol.4, No.11, p.12-15, 1978.
 54. cf. Brandl, L. Ärzte und Medizin..., op.cit., p.73. cf. Weisz, J.R. East African medical attitudes. Soc.sci.&Med. 6,323-333, 1972.
 55. Clyde, D.F. History of the medical services in Tanganyika, Daressalaam 1962, p.13.
 56. Meyer Fortes, Foreword, p.XIII. In: Social Anthropology and Medicine (edited by Loudon, J.B.) Academic Press, London, New York, San Francisco 1976 (Übersetzung W.B.). cf. Parrinder, G. West African Religions. Epworth Press, London 1969, p.156.
 57. WHO: African traditional medicine, op.cit., p.15.
 58. Jahn, Janheinz, Afrikanische Medizin, vervielf. Manuskript, Schloß Eschenau bei Heilbronn, o.J., p.21. Leeson, J. Social Science and Health policy in preindustrial society. Int.J.Hlth.Serv.4,434, 1974. Collomb, H. Public Health and psychiatry in Africa. p.64. In: Biomedical lectures 1970-71 series. AFRO Technical Papers No.4, WHO Regional Office for Africa Brazzaville 1972.
 59. Weizsäcker, V.v. Studien zur Pathogenese, Wiesbaden 1946. Uexküll, T.v. Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Rowohlt, Reinbek 1963, p.207.
 60. Jores, A. Praktische Psychosomatik. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1976, p.21.
 61. Jahn, J., op.cit./d'Almeida, T. L'Afrique et son médecin, Editions Clé, Yao-unde 1974.
 62. Lambo, T.A. The African mind in contemporary conflict. WHO-Chronicle 25,343-353, 1971. Lambo, T.A. The village of Aro. In: King, M. (ed.) Medical Care in Developing Countries. A Primer on the Medicine of Poverty. Oxford Univ.Press, Nairobi, Lusaka, Addis Ababa, London 1966, Chap.20. Collomb, H., op.cit., p.61-70. Colomb, H. Rencontre de deux systèmes de soins. A propos des thérapeutiques de maladies mentales en Afrique. Soc.Sci.&Med.7,623-633, 1973.

63. WHO: African traditional medicine, op.cit., p.4.
64. Wille, W. Medizin in Afrika. der überblick Vol.11, No.3, p.15, 1975.
65. Appiah-Kubi, K. The church's healing ministry in Africa. contact 29/1975, p.2-6. cf. Maclean, C.M.U., op.cit., 240. cf. Little, K. West African urbanization. A study of voluntary associations in social change. Cambridge University Press, Cambridge 1966, p.37ff. Haaf, E. Heilende Kirchen in Ghana, Curare 1(1978)73-84. cf. Lloyd, T.C. Africa in social change. Penguin, Harmondsworth 1972, p.245ff.
66. Bhatia, J.C. et al. (Traditional healers and modern medicine. Soc.Sci.&Med.9,17, 1975) berichten von einer Untersuchung in Indien, wo 77,4 % der interviewten Indigenous Medical Practitioners im Besitz eines Thermometers, 87,1 % im Besitz eines Spritzenbestecks und 68,8 % im Besitz eines Stethoskops waren. Ähnliches gilt auch für afrikanische Gebiete, die im Einflußbereich von „Modernisierungspolen“ liegen. Über die Vorliebe für Injektionen und die damit verbundenen Vorstellungen cf. Jahn, J., op.cit., p.15. cf. Wulff, E. Kulturwandel als psychiatrisches Problem, p.145. In: Wulff, E. Psychiatrie und Klassengesellschaft, Athenäum, Frankfurt/M. 1972.
67. cf. Bryant, J. Health and the developing world. Cornell University Press, Ithaca-London 1969, p.44ff. cf. Health care in rural areas. WHO-Chronicle 30.11-17, 1976. Der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamthaushalt ist in fast allen LLDC Afrikas rückläufig. Auch in den Prokopfausgaben ist keine Verbesserung festzustellen (cf. Bichmann, W., op.cit., p.40). Dies wird auch durch eine WHO-Erhebung bestätigt: cf. Akim, N.B. Méthodes d'extension de la couverture des services de santé dans les régions rurales. In: (gleicher Titel), Rapport sur un séminaire, Brazzaville 1.-6.7.1974. WHO Regional Office for Africa, Document ICP STR 08, AFRO 4109. AFR/PHA 128. Annexe 5. - Andererseits zeigt Gish, O. (Alternative Lösungsmöglichkeiten in der Gesundheitsplanung. Neue Entwicklungspolitik 2/1977, p.19), daß auch mit diesen geringen Summen Vollversorgung der Bevölkerung möglich ist, wenn statt Spitälern ein Netz kleinerer Einrichtungen aufgebaut wird.
68. World Bank. Health Sector Policy Paper. Washington, D.C., March 1975, p.10. Bichmann, W. Probleme der Gesundheitsplanung und der (Fehl-)Entwicklung des Gesundheitswesens afrikanischer Staaten. Medizinsoziologische Mitteilungen Vol.4, No.1/2, p.27, 1978.
69. Djukanovic, V. and Mach, E.P., op.cit., p.93.
70. Nicht von ungefähr ist in der entwicklungspolitischen Diskussion international die Umorientierung auf eine „Grundbedürfnis-Strategie“ festzustellen. cf. Herrera, A.O. und Scolnik, A.D. et al. Grenzen des Elends. Das Bariloche-Modell: So kann die Menschheit überleben. Fischer, Frankfurt/M. 1977. cf. Oldenbruch, G. Zur Strategie der Erfüllung von Grundbedürfnissen. DSE, Bad Honnef 1978 (DSE-Dok. Nr.967 C). Schwefel, D. Bedürfnisorientierte Planung und Evaluierung. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, Berlin 1977. cf. Grundbedürfnisse und Entwicklungspolitik - ein Widerspruch? Entwicklung und Zusammenarbeit No.6/1978. cf. Schwerpunktnummer zu Grundbedürfnissen von Forum Vereinte Nationen (Development Forum) Vol.5, No.5/1978.
71. L'agent de santé communautaire. Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation. Edition expérimentale. OMS (WHO) Genève 1977. Adeniyi-Jones, O. Community involvement: new approaches. WHO-Chronicle 30, 8-10, 1976. Bryant, J.H. Community health workers. The interface between communities and health care systems. WHO-Chronicle 32,144, 1978.

72. Shehu, U., op.cit., p.27. de Lourdes Verdese, M. und Turnbull, L.M. The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: A guide to her training and utilization, WHO Genf 1975. Velimirovic, H. and B. The role of traditional birth attendants in health services. *curare* 1,85-96, 1978. Nicolas, D.D. et al. Attitudes and practices of traditional birth attendants in rural Ghana: implications for training in Africa. *Bull.WHO* 54,346, 1976. Bayoumi, A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Trop.Doct.*6,118-125, 1976.
73. „Eine der wesentlichsten Betonungen des PHC-Systems liegt auf einem Aufbau, der 'von unten nach oben' verläuft... Für die WHO ist es insofern eine Veränderung, als sie Basisdienste zwar schon seit Jahren fordert, aber darin mehr die unterste Stufe des staatlichen Gesundheitswesens sah, die weniger mit angelehrten Hilfskräften, als vielmehr mit ausgebildetem medizinischem Personal ausgestattet ist“ (Büchner, E. und Grottian, G. Die Gesundheitshilfe in der Entwicklungspolitik. Diplomarbeit, Institut für Entwicklungssoziologie, Freie Universität Berlin 1978, p.33.) Über village health committees cf. Flahault, D. The relationship between community health workers, the health services and the community. *WHO-Chronicle* 32,149-153, 1978. vgl. in diesem Zusammenhang aber auch die Kritik in Anm.6.
74. WHO: Traditional medicine and its role..., op.cit., p.2. WHO: African traditional medicine, op.cit., p.3. (Übers.W.B.)
75. *ibid.*, p.4. WHO: Traditional medicine and its role..., op.cit., p.2. (Übers.W.B.)
76. Traditional medicine and health services development in Africa. *WHO-Chronicle* 30,512, 1976.
77. Health manpower development. The problems of the salth team. AFRO Technical Report Series, No.4, p.7. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1977.
78. Comité Consultatif Régional de la Recherche Médicale en Afrique. Rapport de la première session. Brazzaville 15-18 Novembre 1976. Bureau Regional de l'Afrique, OMS Brazzaville 1976, Document ICP RPD 001, AFR/MR/4. p.7. WHO: Traditional medicine and its role..., op.cit., p.16. cf. auch: Phytopharmacopée et médecine traditionnelle. *Environnement Africain* No.20/Oct.1978, suppl.: kuiga mayele. Plantes médicinales intertropicales, fiches pratiques. *Environnement Africain* No.23/Fév.1979, suppl.: kuiga mayele.
79. EHUZU, Quotidien d'Information, Organe du Militantisme Révolutionnaire, Cotonou, République Populaire du Bénin. Ausgabe v.5.2.1976, p.3 und v.19.2.1976, p.3.
80. cf. Elwert, G. Die Volksrepublik Benin - Emanzipation der militär-bürokratischen Klasse. IAB, Studien zu Imperialismus, Abhängigkeit, Befreiung. No.3/1978, p.48.
81. Dunlop, D.W. Alternatives to „modern“ health delivery systems in Africa: Public policy issues of traditional health systems. *Soc.Sci.&Med.*9,584, 1975.
82. Auch Good, C.M. (Traditional medicine: an agenda for medical geography. *Soc.Sci.&Med.*11,705-713, 1977) liefert nur eine Bestandsaufnahme. cf. Foster, op.cit., p.533.
83. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978. Report of the Regional Director for Africa. WHO, Dokument ICPHC/ALA/78.4 (1 Apr 1978), p.4 u. 10.
85. Unschuld, P.U. Western medicine..., op.cit. Unschuld, P.U. Professionalisierung und ihre Folgen..., op.cit., p.543ff. Unschuld, P.U. Western Medicine..., op.cit., p.10. - Auf eine ausführliche Darlegung der von Unschuld herausgearbeiteten begrifflichen Kategorien „unstrukturierte Koordination“,

- „strukturierte Koordination“, „strukturierte Kooperation“ und „Integration“ muß hier aus Platzgründen verzichtet werden.
86. Tsung-Yi Lin and Wegman, M.E. Present Status and future perspectives. In: *Public Health in the People's Republic of China* (edited by Wegman, M.E. et al.), Josiah Macy, Jr, Foundation, New York 1973, p.269. Li Wang, V. Training of the Barefoot Doctor in the People's Republic of China: From prevention to curative sector. *Int.J.Hlth.Serv.*5,475-488, 1975.
 87. Unschuld, P.U. *Western medicine...*, op.cit., p.10.
 88. cf. beispielsweise Heller, G. Die kulturspezifische Organisation körperlicher Störungen bei den Tamang von Cautara/Nepal. Eine empirische Untersuchung über die Hintergründe kulturbedingter Barrieren zwischen Patient und Arzt, p.44ff. In: Rudnitzki, G. et al. (eds.), op.cit.
 89. cf. z.B. die Erwähnung einer heiß/kalt-Dichotomie bei den Songhai in Westafrika: Bisilliat, J. Village diseases and bush diseases in Songhay: an essay in description and classification with a view to a typology. p.560. In: Loudon, J.B. (ed.), op.cit. - Ein anderes Beispiel in diesem Zusammenhang ist die Zulu-Erklärung der Symptome von Lungentuberkulose als durch Vergiftung durch Übelwollende bedingtes Leiden. Die unterschiedlichen Erklärungsmodelle der modernen Medizin und der Zulu-Medizin sind nicht integrierbar. Durch Gesundheitserziehung muß also das „falsche“ Modell ausgelöscht werden. Cassel, J. A comprehensive health program among South African Zulus, p.30ff. In: *Health, Culture and Community* (edited by Paul, B.D.) Russel Sage Foundation, New York 1955.
 90. Unschuld *ibid.*
 91. Aufgabendelegation stellt in der Entwicklungsländermedizin kein Novum dar. Die Diskussion um Auxiliaries läuft seit Ende der 50er Jahre. cf. Fendall, N.R. *E Auxiliaries in Health Care Programs in Developing Countries*, Baltimore 1972. cf. Weisz, F.H. *On delegation in medicine and dentistry*. Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn - Brussel 1972.
 92. Die Ausbildung der traditionellen Hebammen bleibt allerdings wirkungslos, wenn nicht gleichzeitig eine gesundheitserzieherische Kampagne die Gemeinde auf die veränderten Praktiken der Entbindung durch Einführung hygienischer Techniken vorbereitet. (Dwivedi, K.N., Rai, P.H. The training of traditional birth attendants: a broader approach is needed. *Int.J.Hlth.-Educ.*14,29-33, 1971.
 93. cf. Bayoumi, A., op.cit.
 94. cf. Diesfeld, H.J. Diskussionsbemerkung in: Schröder, E. (ed.), p.87. cf. Diesfeld, H.J. Die Bedeutung des Dialogs zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern, p.7-12. In: Rudnitzki, G. et al. (eds.), op.cit.
 95. Bhatia, J.C. et al., op.cit., p.18.
 96. cf. The promotion and development of traditional medicine. Report of a WHO Meeting. *Tech.Rep.Ser.*622, WHO, Genf 1978.
 97. cf. Bayoumi, op.cit., p.123.
 98. Unschuld, P.U. Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen, p.83. In: Rudnitzki, G. et al. (eds.), op.cit. vgl. auch die Parallelen zur „Flexner'schen Revolution“, die die Medizin in den USA einheitlich organisierte: cf. Navarro, V. The crisis of the Western system of medicine in contemporary capitalism. *Int.J.Hlth.Serv.*8(1978)179-211, p.186.
 99. Foster, G. op.cit., p.529.
 100. cf. Sow, I. *Psychiatrie dynamique Africaine*. Payot, Paris 1977, p.21. - Die bekanntesten Beispiele sind die Projekte Fann in Senegal und Aro village in Nigeria, über die eine immense Literatur existiert (cf.ref.62). Bevor diesen Modell-Projekten enthusiastisch Lob gezollt werden kann, müßte indes erst

- geklärt werden, ob es dort wirklich zur Integration zweier Medizinsysteme unterschiedlicher kultureller Herkunft gekommen ist. Ein sehr lesenswertes Interview mit M. Dorés setzt hier große Fragezeichen. cf. Fichte, H. Die Geisteskrankheiten in Afrika. Frankfurter Rundschau v. 29.1.1977, p.III.
101. cf. Nchinda, T.C. Traditional and western medicine in Africa: Collaboration or confrontation?. Trop.Doct.6,134, 1976. s.a. WHO: The promotion and development..., op.cit., p.17-18. - Eine in diesem Zusammenhang interessante Studie in Lagos zeigte, daß die neu Zugewanderten den Praktiken und Vorstellungen der modernen Medizin viel aufgeschlossener gegenüberstanden, als die Altansässigen (cf. Morgan, R.W. Migration as a factor in the acceptance of medical care, Soc.Sci.&Med.7,865-873, 1973).
 102. cf. Human rights in health (edited by Elliott, K. and Knight, J.) Ciba Foundation Symposium No.23. Elsevier, Amsterdam-New York 1974. cf. Bryant, J.H. Principles of justice as a basis for conceptualizing a health care system. Int.J.Hlth.Serv.7,707-719, 1977.. sowie die Diskussionsbemerkungen hierzu von Silver, G.A., Steward, M.M. und Kelman, S. (Int.J.Hlth.Serv.7,721-739). cf. besonders auch die Kritik V. Navarro's am Gebrauch des Menschenrechtsbegriffs in kapitalistischen Ländern am Beispiel der USA: Navarro, V. The economic and political determinants of human (including health) rights. Int.J.Hlth.Serv.8,145-168, 1978.
 103. Zu den ökonomischen Interessen gehört auch das Interesse an der Aufrechterhaltung einer bestehenden Machtverteilung. Roemer, M.I. weist darauf hin, daß in Lateinamerika Verbesserungen der Gesundheitsversorgung jeweils nur unter sozialem und politischem Druck zustande kamen. (Organizational issues relating to medical priorities in Latin America. Soc.Sci.&Med.9, 93-96, 1975).
 104. World Bank: Health Sector Policy Paper, Washington, D.C., March 1975, p.61ff. und Chapter 3. - Entsprechend der WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ will die Weltbank die absolute Armut bis zum Jahr 2000 durch ihre Investitionspolitik beseitigen. (cf. McNamara, R. Rede vor dem Gouverneursrat der Weltbank. Nairobi 24.9.1973. zit.n. Preiswerk, R. Zum Bruch mit herkömmlichen Entwicklungsmodellen, p.31. In: Strategien gegen Unterentwicklung (edited by Schmidt, A.) Frankfurt/M-New York 1976. Preiswerk gibt im übrigen einen guten Überblick über die heutigen Entwicklungskonzeptionen).
 105. cf. Meillassoux, C. De la reproduction à la production. In: ders., Terrains et Théories, Editions Anthropos, Paris 1977. cf. Meillassoux, C. Femmes, greniers et capitaux. Maspero, Paris 1975. cf. Amselle, J.L. Les migrations Africaines. Maspero, Paris 1976. cf. Rey, J.P. Capitalisme négrier. La marche des paysans vers le prolétariat. Maspero, Paris 1976.
 106. Collins, J., Moore Lappé, F. Vom Mythos des Hungers. Die Entlarvung einer Legende: Niemand muß hungern. Fischer, Frankfurt/M. 1978, p.99ff. Rodney, W. How Europe underdeveloped Africa. Bogle-L'Ouverture Publications London and Tanzania Publishing House Dar-es Salaam 1972, p.256.
 107. Die Notwendigkeit der Erweiterung der Absatzmärkte für die Produkte der Metropolen führt S. Amin (Die ungleiche Entwicklung. Essay über die Gesellschaftsformationen des peripheren Kapitalismus. Hoffmann und Campe, Hamburg 1975, p.138) aus. Die Peripherie liefert überwiegend Rohstoffe.
 108. vgl. hierzu auch die Aufarbeitung der Gedanken Meillassoux's bei Biermann, W., Köfler, R. Imperialismusanalyse auf Basis einer Akkumulationstheorie. Studien zu Imperialismus, Abhängigkeit, Befreiung. IAB, No.1/1977, p.56.
 109. vgl. Bichmann, W. Thesen zur Bedeutung der traditionellen Medizin im Rahmen der „Primary Health Care“-Strategie in Afrika. Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie 1(1978)99-106.

Aufstieg und Zerstörung der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland

1. Grundlagen der Professionalisierung der Psychiatrie

Ziel dieses Aufsatzes ist es, einen Beitrag zum Verständnis der historischen Bedingungen gegenwärtigen Denkens und Handelns in der Psychiatrie zu leisten. Dabei scheint uns die Analyse der faschistischen Ära der Psychiatrie für einen Neubeginn von besonderer Bedeutung zu sein.:

Zwischen 1933 und 1945 wurde die Psychiatrie weitgehend zum Werkzeug des Faschismus, der diese Wissenschaft ebenso wie andere gesellschaftliche Bereiche grauenhaft zerstörte. Tausende von psychisch Kranken wurden Opfer der unheiligen Allianz von Ärzten und Psychiatern mit dem Faschismus. Diese Phase der Psychiatriegeschichte läßt sich jedoch bei genauerer Analyse keineswegs mit dem moralischen Versagen einiger weniger für den Berufsstand der Psychiater untypischer Fanatiker erklären. Vielmehr wurde hier der Gipfelpunkt eines kontinuierlichen Prozesses erreicht, der in Theorie und Praxis bereits fünfzig Jahre zuvor angelegt war. Die Katastrophe während des Faschismus weist allerdings besonders eindringlich darauf hin, daß die Entwicklungsbedingungen einer Wissenschaft nicht von den jeweils herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen zu trennen sind.

Im folgenden sollen die Bedingungen skizziert werden, unter denen sich die Psychiatrie zu einer anerkannten medizinischen Wissenschaft entfalten konnte. Dabei wird die Spannungsbreite theoretischen Denkens und praktischer Tätigkeit in der Psychiatrie deutlich, die sich vor dem Hintergrund der spezifischen deutschen Geschichte zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus auftrat. Zugleich wird dabei jene historische Kontinuität nachgezeichnet, die in den Faschismus mündete.

Wir verstehen Wissenschaft allgemein als Ausdruck einer gesellschaftlichen Arbeitsteilung und des Bedürfnisses, Bewältigungsstrategien für Probleme zu finden, die sich unmittelbar oder mittelbar in der natürlichen und sozialen Umwelt darstellen. Dabei wird die Suchrichtung der Wissenschaft wesentlich durch Bewußtsein und Selbstverständnis des Wissenschaftlers, durch herrschende Ideologien und durch die materiellen Voraussetzungen wissenschaftlicher Tätigkeit beeinflußt. Psychiatrie als Lehre von der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen gerät nun in besonderem Maße in ein soziales Spannungsfeld, da sie zwischen Naturwissenschaft und Sozialwissenschaft angesiedelt ist und da sie im Umgang mit ihren Patienten stets die gesellschaftliche Realität reflek-

tiert, auch wenn dies dem einzelnen Psychiater unbewußt sein sollte. Denn zum einen sind psychische und psychopathologische Phänomene wesentlich Resultat sozialer Lernvorgänge und bedürfen deshalb auch der sozialwissenschaftlichen Aufklärung. Zum anderen reagiert die Gesellschaft in der Regel mit Vorurteilen, Ablehnung oder gar Aggressivität auf psychische Abnormität. Der Psychiater muß also entweder gegen eine intolerante Umwelt mit dem Patienten für dessen Resozialisierung arbeiten oder sich den latenten Forderungen der Gesellschaft fügen, indem er die Devianten aussondert und interniert. Psychiatrische Therapie ist also immer auch Therapie der sozialen Gemeinschaft, in der sich Psychiater und Patient befinden und nicht zuletzt setzt psychiatrische Therapie gleichzeitig den Kampf um die Bereitstellung der notwendigen personellen und institutionellen Mittel für eine erfolgreiche Behandlung voraus.

Es bieten sich also viele Schnittpunkte zwischen psychiatrischer Theorie und Praxis und dem gesellschaftlichen System, seinen wirtschaftlichen, politischen und geistigen Zielen. Eine 'wertfreie' Psychiatrie ist also von vornherein ein Widerspruch mit sich selbst.

Die Entwicklung der modernen Medizin im allgemeinen wie der Psychiatrie im besonderen beginnt mit der *Konstituierung der bürgerlichen Gesellschaft*, die in ihrem Streben nach maximaler Produktivität und Rationalität, mit dem Aufbau der großen Industrie die Differenzierung des gewaltigen Heeres der Armen und Irren nach dem Kriterium der Arbeitsfähigkeit erzwang.¹

Die aufstrebende industrielle Produktionsweise rief eine ungeahnte soziale Mobilität hervor: die Landflucht der Bauern, die Auflösung der familiären Strukturen, die veränderten Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, die Entmachtung des Klerus und die Auflösung von Klöstern, Kranken- und Armenhäusern, die Konzentration der Arbeitermassen in den Großstädten. Mit diesen sozialen Veränderungen stellte sich auch die Frage der Auseinandersetzung mit den Armen, Irren und Asozialen neu. Hierin ist der Beginn der *Professionalisierung der Psychiatrie* zu sehen: der Psychiater wurde ein Spezialist, der mit wissenschaftlichen Mitteln die große Masse der Unvernünftigen differenzieren sollte, die sich nicht ohne Widerstand normieren lassen und dem arbeitsteiligen industriellen Arbeitsprozeß fügen wollten, die also schlicht störten. Hier mußte der Kern der augenscheinlich unbeeinflussbaren psychisch und sozial Abnormen herausgefiltert und 'behandelt' werden, um jene 'Störung' zu beseitigen.

Vor allem in England und Frankreich war der Aufstieg der Psychiatrie mit dem *Emanzipationsanspruch der Aufklärung* verbunden: Metaphysik, Theologie und therapeutischer Zwang sollten der 'vernünftigen' Auseinandersetzung mit den Irren weichen. Eine vom Fortschrittsoptimismus getragene und den Menschenrechten verpflichtete bürgerliche

Öffentlichkeit verstand unter 'Irrenreform' vor allem die Befreiung der psychisch Kranken aus Gefängnissen und Zuchthäusern und aus der seelischen Folter der Moralisten.² Auf dieser Basis konnten sich in der Folge Ansätze einer kritischen, den Patienten verpflichteten Psychiatrie entwickeln.

In Deutschland setzt diese erste Phase der Psychiatrie erst um 1800 im Gefolge der Hardenbergschen Reformen und durch die Beeinflussung aus Frankreich während der napoleonischen Besatzungszeit ein. Aber nur ein kleiner Teil der Irren wurde von dieser Bewegung erfaßt, die Mehrzahl verblieb noch mehrere Jahrzehnte ohne psychiatrische Betreuung. Die bereits eingangs erwähnte besondere Entwicklung der deutschen Psychiatrie läßt sich nur vor dem Hintergrund der spezifischen deutschen Geschichte und der einheitlichen ideologischen Anpassung der bürgerlichen Schichten an die Feudalaristokratie erklären. Die deutsche Geschichte kann man als Folge von 'verpaßten historischen Gelegenheiten'³ auffassen. Sie wird von der Niederschlagung oder dem Scheitern freiheitlicher Bewegungen durchzogen. Die Zerschlagung der Bauernaufstände festigte die feudale Herrschaft und die kleinstaatliche Gliederung Deutschlands. Selbst der Absolutismus konnte sich nicht gegen den Partikularismus durchsetzen: die Zersplitterung der deutschen Staaten verhinderte eine frühzeitige Anpassung an die neuen Produktions- und Distributionsmethoden der aufstrebenden kapitalistischen Wirtschaft. In Deutschland war es im Gegensatz zu Frankreich und England die Feudalaristokratie, die den wirtschaftlichen Aufschwung einleitete und damit eigentlich bürgerliche Funktionen okkupierte. Die Reformen, die jenen Weg zur neuen Wirtschaftsordnung bahnten — so auch die Reform der Irrenversorgung — wurden von 'oben' durch die herrschenden Oligarchien verordnet. Weder wirtschaftlich noch politisch hatte das liberale Bürgertum je eine nennenswerte Basis in Deutschland gefunden. Sein später Revolutionsversuch von 1848 unter Teilnahme zahlreicher demokratisch gesonnener Ärzte — der bekannteste dürfte Rudolf Virchow gewesen sein — scheiterte. Binnen kurzem führte diese Niederlage zur Resignation des Bürgertums und zur weiteren Festigung des Obrigkeitsstaates, der seine volle Ausformung im Bismarckschen Staat fand. Mangels eigener liberaler Traditionen und Ziele identifizierte sich das Bürgertum zunehmend mit diesem preußischen Obrigkeitsstaat, der seine sozialen Widersprüche und Konflikte mit nationalistischen, expansionistischen, rassistischen und pangermanistischen Parolen nach außen zu verlagern suchte. „Die progressiven Kräfte des deutschen Liberalismus waren gänzlich einflußlos. Das Bürgertum ging also in Deutschland zum Imperialismus über, ohne vorher — wie in den westlichen Ländern — eine heroische, siegreiche, liberale Phase erlebt zu haben. Nicht zuletzt deshalb zeigte der Imperialismus in Deutschland besonders aggressive und militä-

ristische Züge und blieb die bürgerliche Revolution auch nach 1918, als der Anschluß an die bürgerlich revolutionäre Entwicklung formal vollzogen wurde, ohne ein festes Fundament."⁴

Wechselnde Wirtschaftskrisen verunsicherten das mittelständische und das Kleinbürgertum. Imperialismus, Rassismus und Sozialdarwinismus waren die ideologischen Fixpunkte, an die sich jene zwischen die Klassenauseinandersetzungen geratenen Klassen und Schichten klammerten. Diese Ideologien sollten ihnen das Selbstwertgefühl und zugleich die Hoffnung auf künftige Prosperität zurückgeben.

Auch das Ende des ersten Weltkrieges brachte mit seiner Niederlage des deutschen Imperialismus nicht die erwünschte Entwicklung für die demokratischen Kräfte in der Gesellschaft: die proletarische Revolution wurde, nicht zuletzt mit Hilfe der Führer der reformistischen Sozialdemokratie, blutig zerschlagen; die parlamentarische Demokratie von Weimar brachte nur scheinbar das Ende der reaktionären Oligarchien, denen es vielmehr gelang, Schritt für Schritt die entscheidenden Positionen in Heer, Polizei, Verwaltung, Bildungs- und Gesundheitswesen erneut zu besetzen. Und mit ihrer Macht übertrugen die alten Herrschaftsschichten auch ihre reaktionären Ideologien in die Weimarer Zeit. Die Perspektivlosigkeit des Kleinbürgertums provozierte einerseits Fatalismus, Kulturpessimismus und Agnostizismus, andererseits die Suche nach klarer autoritativer Führung, die Forderung nach Disziplin, Gehorsam und militärischer Unterordnung. Die Krise der Weimarer Republik mündete schließlich in die Katastrophe des Faschismus, in dem die Großbourgeoisie und die von ihr ideologisch gelenkten Schichten den Rettungsversuch für das kapitalistische System sahen.

Zur geistigen Stütze des Obrigkeitsstaates Bismarcks und zu Gegnern des demokratischen Erneuerungsversuchs in der Weimarer Republik waren mit wenigen Ausnahmen nicht zuletzt die *Akademiker* geworden. Gegen die Versprechen der Aufklärung und der bürgerlichen Revolution von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit setzten sie in neoabsolutistischer Weise die 'natürliche' Klassengesellschaft des imperialistischen Kapitalismus. Der Gedanke der sozialen Gleichheit, den ausschließlich die organisierte Arbeiterschaft verfocht, bekämpfte sie unerbittlich. In diesem geistigen Milieu vermochte auch die Ärzteschaft nicht an die fortschrittlichen Ideen eines Rudolf Virchow anzuknüpfen. Vielmehr wurde die notwendigerweise zunehmende gesellschaftliche Organisierung des Gesundheitswesens, als deren Ausdruck u.a. die Bismarcksche Sozialgesetzgebung zu sehen ist, als Bedrohung der eigenen sozialen Lage interpretiert. Man befürchtete, die Krankenkassen als Organe der Arbeiterschaft könnten die *Proletarisierung der Ärzteschaft* bewirken und damit dem Ideal der Freiberuflichkeit ein Ende bereiten. Insbesondere stieß die Entwicklung der Kassenambulatorien mit fest angestellten Ärzten auf

den erbitterten Widerstand der Ärzte und ihrer Verbände. Schließlich waren natürlich auch große Teile der Ärzteschaft von den Wirtschaftskrisen und den Folgen der Inflation betroffen. Diese Bedrohungen ihres sozialen Status im Rahmen der Polarisierungsprozesse der kapitalistischen Wirtschaftsgesellschaft führte bei der Ärzteschaft zur Herausbildung eines reaktionären Standesbewußtseins und zur aggressiven Verteidigung des demokratiefeindlichen Gesellschaftsbildes des Bürgertums.⁵

Ebensowenig wie die Ärzteschaft allgemein vermochten die Psychiater ihren gesellschaftlichen Auftrag im Geiste des Erkenntnis- und Fortschrittsoptimismus des liberalen Bürgertums zu erfüllen. Nach einer kurzen Phase progressiver Ansätze bei Griesinger, der sich der Rationalität, der kritischen Offenheit und dem therapeutischen Optimismus der Aufklärung verpflichtet fühlte, wurde die Psychiatrie umso schärfer in den Strudel der Ideologisierung, der 'Zerstörung der Vernunft' hineingerissen. Denn sie hatte noch keinen wissenschaftlichen Fundus, ihr fehlte das durchgängige Modell und Handlungskonzept. Andererseits zog die enorme Expansionstendenz der neuen Wirtschaftsordnung im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts die sprunghafte Vergrößerung des Aufgabenbereichs der Psychiater nach sich, denen immer umgreifendere Ordnungsfunktionen gegenüber Verrückten und sozial Auffälligen übertragen wurden. Und eben in die Phase des aufsteigenden Imperialismus in Deutschland fällt die zweite Etappe der Entwicklung des psychiatrischen Anstaltswesens: gab es 1877 93 öffentliche und 114 private Anstalten, so waren es 1902 bereits 191 öffentliche und 234 private; diese Tendenz hielt bis zum ersten Weltkrieg an, als man 226 öffentliche und 320 private Anstalten zählte, in denen rund 180000 bzw. 60000 Kranke aufgenommen waren.⁶

Waren die Psychiater als Mitglieder der Ober- und Mittelschicht ohnehin schon prädestiniert, willfährige Diener des Obrigkeitsstaates zu sein, so tat die Sozialisation des Psychiaters in den psychiatrischen Institutionen ein übriges, den therapeutischen Anspruch resignativ hintanzustellen und erneut zum Rigorismus und Zynismus gegenüber den Kranken zu greifen. Allzu offensichtlich war die Überforderung des einzelnen Psychiaters gegenüber den Kranken in den häufig überfüllten, personell quantitativ und qualitativ schlecht besetzten Anstalten; hier konnte man im Grunde nur zu dem Eindruck gelangen, daß der Glaube an die Heilbarkeit von Geisteskranken einem naiven Fehlurteil entsprungen sein mußte. Der Prozeß der Professionalisierung der Psychiatrie geriet so unabweichlich unter den Einfluß der oben genannten Ideologien. Im ersten Schritt auf der Suche nach wissenschaftlicher Reputation versuchte die Psychiatrie, sich die Methoden und Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin zu eigen zu machen. Mit der Verabsolutierung des *biologischen Ansatzes* im Sinne eines mechanischen Materialismus wurde die

kritische Analyse der Verursachung psychischer Devianz und der konkreten Situation der Patienten vollends ausgeblendet. Gerade weil aber der 'wertfreie' biologistische Ansatz nicht fruchtbar wurde, entwickelte sich in seinem Schutz sozialdarwinistische Spekulation und therapeutischer Nihilismus. Mit der Vorspiegelung naturwissenschaftlicher Exaktheit, die die Psychiatrie wegen ihrer starken sozialwissenschaftlichen Komponenten nicht erreichen kann, wurde die Autorität der naturwissenschaftlichen Medizin mißbraucht, um die Anerkennung als medizinische Wissenschaft in der Öffentlichkeit zu erlangen. Das zweite auffällige Merkmal des psychiatrischen Professionalisierungsprozesses wird kurz vor der Jahrhundertwende deutlich: in zunehmendem Ausmaß nahm die Psychiatrie jene oben erwähnten Ideologien auf und deckt die Absonderungs- und Diskriminierungsbestrebungen der herrschenden gesellschaftlichen Kräfte zur Durchsetzung autoritativer staatlicher Ordnungsinteressen ab. Die Verflechtung der Psychiatrie über die forensische Gutachterpraxis mit der staatlichen Rechtspraxis, die Identifizierung mit obrigkeitlichen Rechtsnormen schlug sich sogar in der psychiatrischen Systematik und Begriffsbildung nieder.

Mit dem Erstarken der proletarischen Bewegung in der Weimarer Republik wandten sich viele Psychiater ungeachtet ihres naturwissenschaftlichen Anspruchs dem Romantizismus und mystischen Vorstellungen zu. Die These vom endogenen Charakter der Psychosen, das permanente Vertrösten auf kommende morphologische Korrelate psychopathologischer Phänomene schloß die Suche nach sozialen und psychischen Faktoren für die Krankheitsentstehung sowie sozialpsychiatrische Therapieversuche aus. Psychiatrische Behandlung degenerierte weitgehend zur Verwahrung.

So nimmt es nicht Wunder, daß im Verlauf der wirtschaftlichen Krisen der Weimarer Republik immer häufiger nach den Kosten einer derartigen psychiatrischen Praxis gefragt wurde. Als sich schließlich der Biologismus der Psychiater, der die Patienten als 'Minderwertige, Degenerierte, geborene Verbrecher und Ballastexistenzen' ansah, mit einem bedenkenlosen Nützlichkeitskalkül verband, war der Weg in die Katastrophe des Faschismus gebahnt.

2. Griesingers Paradigma: der erste Entwurf einer patientenorientierten Psychiatrie in Deutschland

In die kurze Zeit der Erhebung des radikalen Bürgertums in der Mitte des 19. Jahrhunderts fällt der einzigartige Versuch des Psychiaters Wilhelm Griesinger, die Versprechen der bürgerlichen Revolution auch für die große gesellschaftliche Randgruppe der psychischen Kranken und anders 'auffällig' gewordenen einzulösen.

Der Mediziner Griesinger (1817-1868) machte seine ersten Erfah-

rungen mit der Psychiatrie in der Irrenanstalt von Zeller in Winnenthal, wo er in nur zwei Jahren sein Lehrbuch „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ vorbereitete, welches dann 1845 in erster Auflage erschien. An Griesingers weiterer Tätigkeit als Professor für zahlreiche medizinische Disziplinen ist bemerkenswert, daß er stets allgemeinmedizinische und psychiatrische Dienste zu koordinieren versuchte. In diesem Sinne war es der Höhepunkt seiner Karriere, als er 1865 Direktor der Berliner Nervenlinik wurde, wo er sofort eine Abteilung für neurologische Patienten einrichtete und gleichzeitig Leiter der medizinischen Poliklinik war.

Stand Griesinger politisch den revolutionären bürgerlichen Strömungen nah, so kämpfte er in seinem Fach, der Psychiatrie und Neurologie, gegen die mittelalterlichen Dogmen der erstarrten Schulpsychiatrie, für die der Geisteskranke ein lebendiges Mahnmal der Strafe Gottes gegenüber der sündigen Welt bedeutete. Der bedeutendste Vertreter dieser scholastischen Psychiatrie war *Heinroth* (1773 - 1843), welcher die Leiden der psychisch Kranken übergang und die bei ihnen sichtbar werdende Unvernunft ausschließlich dem sündhaften, freien Handeln des jeweiligen Individuums zuschrieb. Folgerichtig empfahl dieser Psychiater eine der 'Schuld' des kranken entsprechende Zwangstherapie, von der er sich die Aufrechterhaltung von Ordnung, Gesetz und Sitte erhoffte.⁷

Gegen diese Moralisten hatte sich die Schule der *Somatiker* entwickelt, die bestimmte körperliche Erkrankungen für die Entwicklung der psychopathologischen Phänomene verantwortlich machen wollte. Griesinger anerkannte zwar, daß die Somatiker erstmals naturwissenschaftliches Gedankengut für die Psychiatrie fruchtbar machen wollten, lehnte aber deren wissenschaftliches Modell dennoch ab, da für die Somatiker stets nur der Körper, nicht aber die Seele erkranken konnte. Insbesondere warnte Griesinger davor, hypothetische somatische Krankheiten zugrundezulegen, die nicht eindeutig in kausalem Zusammenhang zu den psychischen Störungen stünden; wenn man die unzähligen Versuche in der Geschichte der Psychiatrie bedenkt, anatomische, histologische, genetische und neuerdings biochemische Störungen für die großen psychiatrischen Krankheitsbilder verantwortlich zu machen, so beweist dies die Aktualität des methodenkritischen Ansatzes bei Griesinger, der als erster deutscher Psychiater von einem durchaus naturwissenschaftlichen Selbstverständnis aus die *Eigenständigkeit psychischer und psychopathologischer Phänomene* betonte. Griesinger wandte sich stets gegen die Vereinfachung naturwissenschaftlicher Modelle durch den Vulgärmaterialismus, „der die allgemeinsten und werthvollsten Thatsachen des menschlichen Bewußtseins über Bord werfen möchte, weil sie sich nicht im Gehirne mit Händen greifen lassen“.⁸ Griesinger hielt die starre Trennung zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit für unhaltbar; er stellte demgegen-

über den Prozeß der allmählichen Entwicklung psychischer Störungen in den Vordergrund und maß dabei sozial bedingten Lernvorgängen eine große Bedeutung bei. Erstmals wird bei Griesinger herausgestellt, daß die psychische Individualität ein Produkt der menschlichen Geschichte darstellt. „Physiologie im weitesten Sinne, pathologische Anatomie und die Kritik des Bestehenden“⁹, so beschreibt Griesinger seine Methodik. Und ebenfalls zum ersten Mal wird eine exakte Psychologie als Voraussetzung der Weiterentwicklung der Psychiatrie betrachtet: „Die Psychologie hat sich nach unserer Ueberzeugung gerade so zur Psychiatrie zu verhalten, wie die Physiologie zur Pathologie und Medicin.“¹⁰ Psychische Abnormität war somit für Griesinger prinzipiell einfühlbar und damit tendenziell auch behandelbar; er wies nachdrücklich daraufhin, daß jeder zum psychiatrischen Patienten werden könne und daß der Kranke Anspruch auf das innerliche Beteiligtsein des Arztes habe. Griesinger hielt eine multifaktorielle Entwicklung der psychischen Erkrankungen für wahrscheinlich. Gleichwohl betonte er vor allem die psychischen Ursachen, worunter er sowohl bestimmte Stresssituationen faßte wie die Herausbildung der psychischen Primärpersönlichkeit. Griesinger war davon überzeugt, daß ebenso wie in den Träumen auch in Wahnideen Entbehrungen und Versagungen des Lebens eine vom Druck der psychischen Zensur befreite Existenz zu finden hofften.

Wenn Griesinger von der „psychischen Fortpflanzung von Charaktereigenthümlichkeiten“¹¹ sprach und sich damit gegen die herkömmliche genetische Denkweise wandte, so nahm er damit bereits den Kerngedanken der modernen psycho- und soziodynamischen Familienforschung in der Psychiatrie vorweg.

Griesinger muß weiterhin als *Vorläufer soziogenetischer Theorien* gelten: so stellte er die von ihm konstatierte absolute Zunahme der psychiatrischen Patienten in direkten Zusammenhang mit den verschärften Belastungen des einzelnen im kapitalistischen Produktionsprozeß. Er forderte, diesen Zusammenhängen in großen epidemiologischen Studien nachzugehen. Als fortschrittlich denkender Intellektueller war Griesinger in der Lage, insbesondere das psychische Elend der sich herausbildenden Proletariatsmassen und der kleinen Gewerbetreibenden zu sehen. Für ihn war es erwiesen, daß die sozialen Verhältnisse diese Menschen in eine Situation bringen konnten, in der „Melancholie, Selbstmord oder tieferes Irresein“ unausweichlich folgten.¹²

Griesinger kannte auch bereits das Problem der Somatisierung nicht offen ausgetragener psychischer Konflikte in Form von Störungen des vegetativen Nervensystems, wie sie die spätere psychosomatische Medizin zu ihrem Thema machte. Bei all dem war er stets ein Gegner formaler Nomenklaturen, die lediglich die Unklarheit der Gedanken überdecken sollten. Für ihn war nicht die Bezeichnung einer bestimmten Störung das

Wesentliche, sondern das Verständnis für die Entstehung der Beschwerden eines Patienten, dessen Vertrauen im Gespräch zu gewinnen für ihn eine entscheidende Voraussetzung für Diagnose und Therapie war. Aus diesem Grund verzichtete Griesinger darauf, eine eigene Systematik der Geisteskrankheiten zu entwerfen; es lag ihm mehr daran, in Fortführung der Theorie der Einheitspsychose seines Lehrers Zeller die Kontinuität zwischen Gesundem und Krankhaftem zu betonen.

Von besonderer Bedeutung ist nun Griesingers Einsicht, daß der Psychiater sich nicht auf die Untersuchung der hospitalisierten und häufig bereits resignierten Patienten beschränken dürfe, sondern daß er den Kranken auch in seiner Umwelt, seinen sozialen Bezügen sehen müsse. Griesinger erkannte, daß nur das Studium der Anfangsstadien der klassischen psychiatrischen Krankheitsbilder sowie die Beachtung der leichteren Verhaltensstörungen einen Weg aus der fatalistischen Betrachtungsweise der zum Teil erst durch die Hospitalisierung entstandenen Endzustände von psychiatrischen Krankheitsbildern weisen konnten.

Die in der ersten Phase der organisierten Psychiatrie entstandenen riesigen Anstalten weit ab von den großen Städten waren in den Augen vieler Anstaltspsychiater zu Griesinger Zeiten den Anforderungen der expandierenden Industriegesellschaft schon lange nicht mehr gewachsen. Der Anspruch einer humanen Krankenversorgung war angesichts der permanenten Überfüllung und Isolierung vom gesellschaftlichen Leben zur Farce geworden; hinzu kam das patriarchalische, häufig offen grausame Regiment, das viele Anstaltsdirektoren zu führen pflegten, um die Kranken von ihrer 'Unvernunft' zu überzeugen. Griesinger forderte demgegenüber ein differenziertes System der Betreuung, das einen neuen Schwerpunkt auf die kurzfristige Therapie der akut Erkrankten legen sollte. Für jede größere Stadt forderte Griesinger den Bau eines Stadtasyls, das kostenlos und unbürokratisch arbeiten sollte. Diesem Behandlungszentrum wollte Griesinger mehr den Charakter eines großen Privathauses als eines Krankenhauses verleihen; bedrohlich wirkende Wachabteilungen sollten weitgehend vermieden werden. In Griesingers Reformmodell blieb der Kranke dadurch in der Nähe der gewohnten Umgebung, konnte zu Hause vom Arzt aufgesucht werden und nach erfolgreicher stationärer Behandlung besser wieder in das bürgerliche Leben integriert werden. Nur wenn das Verbleiben in der Nähe der Familie und des Arbeitsbereiches unmöglich erschien oder eine deutliche Chronifizierung absehbar war, sollte der Patient in eines der ländlichen Krankenhäuser überwiesen werden, die freilich nach Griesingers Plänen über verschiedenen Institutionen mit der 'freien' Welt in Verbindung bleiben sollten.

Griesinger war ein überzeugter Anhänger von Conolly's Non-Restraint-System: Gewalt durfte nicht länger ein Mittel der Auseinandersetzung mit den Kranken bleiben. Dies bedeutete für Griesinger aber

nicht nur die Verbannung der Ketten aus der Irrenanstalt, sondern darüberhinaus die Schaffung einer therapeutischen Milieus, in dem an die verbliebenen Fähigkeiten des Kranken angeknüpft werden konnte und das Ziel einer möglichst weitgehenden Wiedereingliederung in den normalen Lebens- und Arbeitsprozeß nicht aus dem Auge verloren gehen durfte. Griesinger forderte in diesem Sinne unter anderem mehr und besser ausgebildetes Pflegepersonal sowie eine Reform der Mediziner Ausbildung; die künftigen Ärzte wollte er in klinischen Vorlesungen und durch Visiten mit den Problemen der Patienten vertraut machen. Griesinger verwirklichte vor allem während seiner Tätigkeit in Berlin binnen kurzem zahlreiche seiner Pläne; so auch in Ansätzen das System der 'agricolen Colonie', eine Lebens- und Arbeitsgemeinschaft für Kranke mit langfristigem Krankenhausaufenthalt, sowie das Modell der 'familialen Verpflegung', wonach länger hospitalisierte Patienten als Mitglied geeigneter Handwerker- oder Bauernfamilien einen entscheidenden Schritt hin zu einer eigenständigen Lebensweise tun sollten. Schließlich maß Griesinger der Arbeit von Laiengruppen für die soziale Rehabilitation eine große Bedeutung bei. All dies berechtigt zu der Einschätzung, daß Griesinger als der erste deutsche Vertreter einer gemeindenahen Sozialpsychiatrie bezeichnet werden darf.

Griesinger verachtete den Mythos, den die Ärzte der Romantik um ihre Zunft verbreitet hatten: „Sagt offen, dass wir alle vom schnellen, sichern Heilen nicht eben viel verstehen!“¹³ Für Griesinger war klar, daß man das Mißtrauen der Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie sowie die Vorurteile gegenüber den psychisch Kranken nur dadurch abbauen konnte, daß die Anstalten im öffentlichen Bewußtsein „den Charakter eines Besserungsinstituts, einer Fabrik oder gar eines Gefängnisses“ verlieren würden. Und noch eines war für Griesinger ausgemacht: für den Patienten, der mit Hilfe der Psychiatrie die ersten Schritte der sozialen Wiedereingliederung versuchte, würde sich die Prognose vor allem mit dem herrschenden Milieu in der Gesellschaft entscheiden. Alle Bemühungen fortschrittlicher Psychiater mußten vergebens sein, wenn der Kranke „den Druck misslicher Verhältnisse, die Kälte seiner Umgebung oder gar den Spott niedrig denkender Menschen“¹⁴ zu spüren bekäme.

Die Ideen des Bürgers Griesinger entsprangen mithin keineswegs einer schwärmerischen Philanthropie; vielmehr verband sich bei ihm das humanistische Anliegen mit der Absicht, aus den Kranken wieder Produzenten des bürgerlichen Erwerbslebens zu machen und so zur Rentabilität der gesamten Irrenversorgung beizutragen.

Es ist ein Ausdruck der Kurzlebigkeit des aufflammenden radikaldemokratischen Gedankenguts jener Zeit, daß Griesingers Paradigma der Psychiatrie völlig allein stand und durchgängig angefeindet wurde. Die nachfolgenden Psychiatergenerationen aber verzeichneten die Rolle Gric-

singers, indem sie aus seinem Gesamtentwurf einzelne Seiten herauslösten und für sich selber reklamierten. Als das 19. Jahrhundert mit seiner stürmischen Entwicklung der modernen Naturwissenschaft im Soge der gesellschaftlichen Restauration dem Vorwurf des Positivismus und Materialismus verfiel, wurde auch Griesinger vorgeworfen, ein mechanischer Materialist gewesen zu sein und die reine Menschlichkeit verleugnet zu haben. Auch in der angloamerikanischen Literatur (beispielsweise bei Alexander/Selesnick oder bei Zilboorg)¹⁵ wird Griesinger als Organiker hingestellt und trotz seines psycho- und soziodynamischen Verständnisses der antipsychologischen Ära zugeschlagen.

Als 'Beweis' für Griesingers Vulgärmaterialismus pflegte man den ihm zugeschriebenen Satz zu zitieren: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten.“¹⁶ Für Griesinger bedeutete dies den unverzichtbaren Hinweis auf die materielle Gebundenheit psychischer Phänomene an das Zentralnervensystem. Zugleich stand aber die relative Eigenständigkeit psychischer Prozesse, insbesondere deren Einbettung in das soziale Geschehen für Griesinger außer Frage. Indem Griesinger theoretisch wie praktisch den Moralismus und therapeutischen Rigorismus der vorwissenschaftlichen Psychiatrie überwand, kann er als der eigentliche Begründer einer wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland gelten, welche moderne naturwissenschaftliche Ansätze und fortschrittliche soziale Erkenntnisse des nach Emanzipation strebenden Bürgertums in sich vereinte.

3. Emil Kraepelin: Die klassische deutsche Schulpsychiatrie als Ausgrenzungsinstrument der bürgerlichen Gesellschaft

Der Versuch einer bürgerlichen Revolution in Deutschland scheiterte am Erstarken der nationalkonservativen Restauration. Parallel zu dieser gesellschaftlichen Rückentwicklung vollzog sich die Verdrängung des Griesingerschen Paradigmas. Nur fünfzehn Jahre nach Griesingers Tod erschien die erste Auflage des Lehrbuchs von Emil Kraepelin¹⁷, welches sich in neun Auflagen bis 1927 zur 'Bibel' der deutschen Psychiatrie entwickelte. Kraepelin (1856-1929) muß als eigentlicher *Begründer der klinisch-nosologischen Systematik* der Psychiatrie gelten, die bis auf den heutigen Tag auch in Ländern wie den USA als wesentlicher Grundpfeiler psychiatrischen Denkens wirkt. Den Kern dieser Systematik bildet die Reduzierung der Vielfalt psychiatrischer Krankheitsbilder auf drei Gruppen körperlich begründbarer Psychosen, endogener Psychosen und krankhafter Persönlichkeiten (Psychopathen). In der Ätiologiefrage kennt Kraepelin letztlich nur genetisch determinierte Faktoren, Persönlichkeitsentwicklung und Krankheitsgenese sind für ihn stets in der Erbanlage vorbestimmt. Das Individuum wird an sein Erbschicksal gekettet, Willensfreiheit bezeichnet Kraepelin schlicht als „Selbsttäuschung des naiven Bewußtseins“. Krankheit wird zum einen als „natürlich Antwort der

menschlichen Maschine auf den krankmachenden Eingriff¹⁸ verstanden, zum anderen als „Abweichung vom Durchschnitt im Sinne der Zweckwidrigkeit“.¹⁹ So fügt sich Kraepelin kritiklos den Anforderungen der Gesellschaft, welche den Psychiatern die Patienten zuweist, die sie nicht länger zu tolerieren bereit ist, indem er Krankheit zu einem Naturphänomen erklärt und den sozialen Gehalt psychischer Krankheiten ausschließlich aus dem Blickwinkel des gesellschaftlichen Nutzendenkens thematisiert. Zu diesem Zweck setzt Kraepelin den Nimbus der modernen Naturwissenschaft gezielt ein: er postuliert, daß binnen kurzem in gleicher Weise wie für die Paralyse auch für die Schizophrenie eine faßbare biologische Ursache gefunden werden könne. Damit leitete Kraepelin die ewige Suche nach der Morphologie, Histologie und Biochemie der endogenen Psychosen ein, welche bis in unsere Tage ein Schwerpunkt psychiatrischer Forschung geblieben ist. Dabei gilt es festzuhalten, daß die enge Anlehnung an die Körpermedizin und der Anspruch der Naturwissenschaftlichkeit für die Begründung der Kraepelinschen Nosologie bloße Deklamationen darstellten und objektiv reinen Legitimationscharakter gegenüber der Öffentlichkeit trugen, welche beruhigt sein sollte, daß auch die Verückten nunmehr wissenschaftlich betreut würden. Erkenntnistheoretisch stellt Kraepelins Psychiatrie einen Rückfall auf die Stufe der Somatiker vor Griesinger dar, da psychische Erkrankungen für ihn bloße Erscheinungsformen von körperlichen Störungen waren.

Die Definition der klassischen Krankheitsbilder der Psychiatrie lieferte Kraepelin mit der Methode der phänomenologischen Psychopathologie, die er in keiner Weise mit den behaupteten somatischen Krankheitsursachen vermitteln konnte. Die fatalistische Prognose, die Kraepelin den hebephrenen und katatonen Krankheitsbildern gemeinsam unterstellt, wird für ihn zum konstituiven Moment der neuen Krankheitseinheit „Dementia praecox“, welche als unmittelbarer Vorläufer des Begriffs „Schizophrenie“ geprägt wurde. Nach Kraepelin sind all diejenigen Patienten „von vornherein verloren“, welche die Symptome Sinnestäuschung, Wahnvorstellung, Vernichtung des zielbewußten Willens, Stereotypie und Negativismus bieten²⁰; die Dauerinternierung der Verrückten in der Anstalt wird bei Kraepelin zu einem Laborexperiment, in dessen Verlauf letztlich jeder Patient zu erkennen gibt, ob er sich in die Systematik einordnen läßt. Methodisch begibt sich die Kraepelinsche Psychiatrie in einen empirischen Zirkel: sie will Diagnosen an Hand der vorgefundenen psychopathologischen Phänomene stellen, benutzt dazu aber eine Begrifflichkeit, welche sie durch die Beschreibung der Spätschäden dauerhospitalisierter Patienten erst gewonnen hat.

Die moderne Sozialpsychiatrie hat aufgedeckt, in welchem hohem Maße diese Bilder der Abgestumpftheit und Blödheit als Hospitalisierungsschäden zu verstehen sind. Mit Kraepelins Verkettung der Begriffe 'krankhaf-

te Veranlagung' und 'Unheilbarkeit' war der Boden der biologischen Psychiatrie für die kommenden Jahrzehnte bereitet.

Indem er die unverständlichen psychotischen Krankheitsbilder in seinen systematischen Rahmen einpaßte und ihnen damit einen Namen gab, entsprach Kraepelin dem gesellschaftlichen Bedürfnis nach Befreiung von der empfundenen Unsicherheit und Unberechenbarkeit. Zugleich perpetuierte er das *Unverständlichkeitsdogma* der Psychiatrie, wonach Versuche der psycho- oder soziodynamischen Aufhellung psychotischen Erlebens sinnlos sind. Psychologisch verständlich waren für Kraepelin nur die im ersten Weltkrieg aufgetretenen Kriegsneurosen und die in der Weimarer Republik besonders thematisierten Renten- und Unfallneurosen: hier sah Kraepelin die Begehrlichkeit der Betroffenen am Werke, die sich ihrer vaterländischen Pflicht entziehen oder sich einen Vorteil aus der geschaffenen Sozialversicherung verschaffen wollten. Im übrigen lehnte Kraepelin psychodynamische Theorien als Hirngespinnste ab; die Kommunikation mit dem Patienten galt stets ausschließlich dem Herausfiltern von „typischen“ Symptomen, nicht etwa der Gewinnung eines therapeutischen Milieus. Hinter der totalen Ablehnung der Freudschen Arbeiten verbargen sich gleichermaßen mangelnde Kenntnis der Texte, offene Sexualitätsfeindlichkeit und — wie sein Schüler Kahn berichtet — zeitgemäßer Antisemitismus.

Die Lebenssituation der proletarischen Massen in den Großstädten konnte Kraepelin nicht verborgen bleiben; Kinderarbeit, Wohnungselend, Unterernährung und Alkoholismus wurden von ihm zwar wahrgenommen, gleichzeitig aber für überwindbar gehalten, wo nur der rechte Wille zum sozialen Aufstieg vorhanden wäre. Zugleich stimmte Kraepelin in die kulturpessimistischen Stimmen der Weimarer Zeit ein. Er beschwor die Verweichlichung des modernen Menschen, der wieder zu Entbehrung und Bedürfnislosigkeit erzogen werden müßte; zynisch stellte er die Frage, ob denn „das innere Glück ... von den äußeren Daseinsbedingungen abhängig“²¹ sei. Kraepelin übernahm den Kerngedanken des Sozialdarwinismus, daß die soziale Gliederung in der Gesellschaft der Ausdruck der natürlichen Verteilung der Anlagen und Fähigkeiten sei. So kritisierte auch Kraepelin die Sozialgesetzgebung, die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrem Berentungswesen wie die Arbeitslosenunterstützung, weil durch sie vermeintlich die Unfähigen und Arbeitsunwilligen zu sehr geschützt würden. Im Zuge des um sich greifenden ökonomistischen Denkens gerieten schließlich für Kraepelin die Geisteskranken zur „schweren Belastung unseres Volkes“²²; wie viele Akademiker setzte Kraepelin auf eine starke Führerpersönlichkeit, die dem sozialen Unwesen ein Ende setzen sollte: „Ein unumschränkter Herrscher, der ... rücksichtslos in die Lebensgewohnheiten der Menschen einzugreifen vermöchte, würde im Laufe weniger Jahrzehnte bestimmt eine entsprechen-

de Abnahme des Irreseins erreichen können."²² Kraepelin unterstützte den Gedanken der Sterilisierung bestimmter Psychopathen in dem Glauben, die Fortpflanzung minderwertigen Erbgutes verhindern zu müssen. Nur vier Jahre nach seinem Tod begann jene Gewaltherrschaft, die in unerbittlicher Konsequenz Kraepelins Gedanken zu Ende dachte und in die Tat umsetzte — bis hin zur physischen Vernichtung der psychisch Kranken. Die enge Verbindung von reaktionärem Weltbild und patientenfeindlicher Ausgrenzung bei Kraepelin erscheint evident. Er war ein Anhänger des Bismarckschen Obrigkeitsstaates, ein erbitterter Gegner der Novemberrevolution, deren Führer er als skrupellose Psychopathen einstuftete. Kraepelin fürchtete demokratische Entwicklungen, da für ihn die Massen auf Grund biologischer Gesetzmäßigkeiten unfähig waren, an der Leitung des Staates und der Gesellschaft teilzunehmen. Die Klassengesellschaft des Kaiserreiches war für ihn gesund und natürlich; er sah diese Ordnung gleichermaßen durch klassenbewußte Arbeiter wie durch die für ihn minderwertigen Geisteskranken gefährdet.

Im Gefolge der expandierenden Industrie des Bismarck-Reiches war die Zahl der psychiatrischen Anstalten enorm vermehrt worden; Kraepelin verzeichnete eine „Zunahme der versorgungsbedürftigen Geisteskranken“, wohinter sich sowohl ein reales Anwachsen seelischer Erkrankungen als auch vor allem die ständig abnehmende Toleranz der auf ungehemmte Ausbeutung der menschlichen Arbeitskraft drängenden Industrie verbargen. Dem gesellschaftlichen Bedürfnis nach Internierung und Isolierung der psychisch auffällig gewordenen und als störend empfundenen Bürger kam Kraepelin auch theoretisch nach: die Isolierung der Geisteskranken hielt er für notwendig, da der psychisch Kranke stets eine Gefahr für die Umwelt bedeute. Der zuvor bereits als minderwertig etikettierte Kranke wurde nun auch noch kriminalisiert, indem Kraepelin forderte, sich gegen Geisteskranke ebenso „wie gegen Verbrecher, oder, wenn man lieber will, wie gegen ansteckende Kranke“²⁴ zu schützen. Den Nutzen der Dauerinternierung sah Kraepelin dann vor allem in der Verhinderung der Fortpflanzung der Kranken.

Als eigentlichen Fortschritt seiner Therapie gab Kraepelin die Bettbehandlung an: so wie ein gebrochenes Bein durch Ruhigstellung im Gips zur Ausheilung gebracht wird, mußte das verrückte Gehirn des neu aufgenommenen Patienten durch Dauerbäder und Bettbehandlung zur Ruhe kommen. Ziel dieser Art von Therapie war es, möglichst rasch den theoretisch erwarteten Zustand der geistigen Abstumpfung und bedingungslosen Friedfertigkeit zu erreichen. Der theoretisch begründete therapeutische Nihilismus mußte letztlich den Gedanken aktiver Therapie zur Farce werden lassen. Beschäftigungstherapie erlaubte Kraepelin nur den Patienten, die bereits resigniert hatten und den Rest ihres Anstaltsaufenthaltes mit stumpfsinnigen, mechanischen Tätigkeiten verbringen konnten.

Wilhelm Griesinger war vom Erkenntnisoptimismus des fortschrittlichen Bürgertums getragen, sein soziales Engagement galt der Befreiung der Irren von natürlichen wie sozialen Zwängen. Die Persönlichkeit des psychisch Kranken sollte geachtet und gefördert werden. Naturwissenschaftliches Denken war für Griesinger der entscheidende Hebel zur Entmystifizierung der dogmatischen Schulrichtungen in Medizin und Psychiatrie gewesen; der psychisch Kranke erschien als besonders benachteiligter Bürger, dessen Rechte der Psychiater erkämpfen mußte. Und weil für Griesinger der Irre über verschiedene Stufen psychischer Fehlentwicklung mit dem gesunden Bürger verbunden blieb, forderte er die Schaffung integrativer Institutionen, die dem Kranken die Chance zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen sollten. Demgegenüber sah Kraepelin im Kranken einen gesellschaftlichen Störfaktor, eine Minusvariante der Natur; für ihn gab es weder Übergänge zwischen gesund und krank noch zwischen den einzelnen streng fixierten Krankheitsbildern. Gemeinsam war allen psychischen Erkrankungen für Kraepelin nur der schicksalhafte Verlauf, mit dessen Annahme er seinen therapeutischen Nihilismus zu legitimieren versuchte. Die Rückkehr des Kranken in die Gesellschaft war somit theoretisch verbaut, 'Therapie' sollte ausschließlich der Absonderung und der Sedierung dienen. Dieses Konzept war eingebettet in ein rückschrittliches Gesellschaftsbild, das aus sozialdarwinistischen und obrigkeitsstaatlichen Ideologien gespeist wurde. Kraepelin forcierte offen das Vorurteil vom biologisch minderwertigen und gefährlichen Irren; es ging ihm letztlich nicht um den Schutz des Kranken vor natürlichen und sozialen Schäden, sondern um die Ordnungsinteressen einer Gesellschaft, welche die Aufwendungen für die ökonomisch unproduktiven Kranken auf ein Minimum zu reduzieren be-gann.

4. Der rechtspolitische Opportunismus der forensischen Psychiatrie

Indem man die Psychiater zur Begutachtung von Straftätern in Gerichtsprozessen heranzog, wurde die Wissenschaft Psychiatrie zwangsläufig an jene autoritativen Ordnungsvorstellungen vornehmlich des kaiserlichen Deutschland gebunden, die sich insbesondere im Strafrecht verdeutlichten. Denn auf diese Weise wurde sie in den Prozeß der Straf-begründung und Strafzumessung hineingezogen, der sich auf politische und moralische Grundvorstellungen der herrschenden Gruppen stützte. Die Psychiatrie sollte jene Strafprinzipien wissenschaftlich decken.

Diesem informellen Auftrag kamen die meisten Psychiater der Jahrhundertwende gern entgegen. Denn sie hatten sich als bürgerliche Wissenschaftler bereits so weit mit jenem Staat identifiziert, daß sie mit ihm zugleich ihre eigene Existenz verteidigten.

Im folgenden soll nachvollzogen werden, inwieweit die psychiatrische

Systematik auf die Lösung eigener Widersprüche und Ungereimtheiten verzichtete, um rechtspolitische Funktionen erfüllen zu können.

Die Theorie des bürgerlichen Rechts und der Wirtschafts- und Sozialordnung ging davon aus, daß jedes Individuum einen freien Willen besaß, der seine Handlungen bestimmte (Indeterminismus). In der Grundrichtung beruhte auch die bis heute im wesentlichen vorherrschende „absolute Strafrechtstheorie“ auf dieser Grundannahme. Im allgemeinen wurden keine Faktoren und Einflüsse anerkannt, die das Postulat vom freien Willen und der Handlungsfreiheit einschränkten. Nicht der individuelle Täter bestimmte das Strafmaß, sondern die Tat wurde nach möglichst gleichen Kriterien bestraft. Zeitweilig wurde dieses Grundprinzip durchbrochen, wenn man ein Exempel statuieren wollte, um die Allgemeinheit abzuschrecken (Generalprävention). Zwar wurden diese Prinzipien durch den archaischen Vergeltungsgedanken weitgehend bestimmt, doch ging man zugleich mehr oder weniger bewußt davon aus, daß der potentielle Straftäter die Konsequenzen seiner Tat mit einbeziehen und sich entsprechend verhalten müsse, da auch ihm der freie Wille zu eigen sei. Bestraft wurde der Täter dann 'zu Recht', denn er hatte es ja nicht anders gewollt. Diese Konzeption widersprach jedoch vielfältig der gesellschaftlichen Realität. In der zunehmend rationalisierten und normierten bürgerlichen Gesellschaft tauchte immer häufiger ein Sediment von 'unvernünftigem Verhalten' auf, wie Rückfallverbrecher, Jugendkriminalität, Asozialität, Landstreicherei usw., das sich mit den üblichen Maßnahmen, insbesondere dem indeterministischen Strafrecht, nicht beeinflussen ließ. Das überkommene System des Strafens und Sühnens stellte keine Instrumente bereit, auf jene Erscheinungen einwirken zu können.

Es erschien unumgänglich, für einen bestimmten Bereich des Strafrechts das indeterministische Prinzip zu durchbrechen und verhaltensbestimmende Faktoren für die Handlungen einiger Individuen zu berücksichtigen, die jene Taten sowohl erklären als auch Perspektiven für die ergreifenden Maßnahmen öffnen konnten.

In dieser Situation bot sich die Psychiatrie an, die vorgab, auf angeblich wissenschaftlicher Basis Determinanten für individuelle Handlungsweisen angeben zu können. Diese Determinanten wurden ausschließlich in der Biologie gesucht. Fortan wurden die Straftäter, die eine besonders unverständliche Tat begangen hatten, durch einen Psychiater begutachtet, der hier seine sogenannte 'biologisch-psychologische Methode' anwandte. Zurechnungsunfähig erklärt und damit dem sühnenden Strafrecht entzogen wurde danach nur derjenige, der einer endogenen oder körperlich begründbaren Psychose verfallen war, also nach psychiatrischer Lehre einen biologischen Defekt besaß.

Auf Grund dieses Zusammenspiels von Juristen und Psychiatern ließ

sich ein interessanter Kompromiß erzielen: Unter der Voraussetzung, daß sich die oben genannten Krankheiten scharf definieren und begrenzen ließen und damit die Gruppe der Zurechnungsunfähigen klein blieb, konnten die Prinzipien des indeterministischen Strafrechts aufrechterhalten bleiben und trotzdem jene erwähnten Widersprüche aufgefangen werden. Die Anerkennung handlungsbestimmender Determinanten mußte von den Psychiatern zuvor sanktioniert werden. In der Folge bemühte sich die Psychiatrie in der Tat, die Krankheitseinheiten präziser zu fassen und legte sich auf die organische Definition von Krankheit fest. Damit ging sie der Gefahr aus dem Wege, daß der Bereich der Zurechnungsunfähigkeit ausuferte und daß psychische Krankheit jemals auf soziale Ursachen zurückgeführt werden könnte. Diese wurden entweder ignoriert oder 'organifiziert'. Damit wurde die Psychiatrie zum stabilisierenden Faktor für das soziale System.

Der rechtspolitische Opportunismus der psychiatrischen Theorie wird noch an einem anderen Punkt deutlich: sie behauptete die prinzipielle Diskontinuität zwischen den großen Psychosen 'mit Krankheitswert' und den sogenannten Psychopathien und Erlebnisreaktionen 'ohne Krankheitswert'. Diese Grundannahmen, die die praktische Übersetzbarkeit psychiatrischer Diagnosen in juristische Urteile und die Einschränkung anzuerkennender Determinanten gewährleisteten, erschienen Juristen und Psychiatern als wichtig für die Aufrechterhaltung der rechtspolitischen Ordnung: „Eine von der naturwissenschaftlich orientierten Psychologie ... und von der Kriminologie mancherorts propagierte weitere Lösung vom Schuldbegriff im Strafrecht zugunsten eines pragmatischen Maßnahmerechtes (ohne Schuldvorwurf) birgt die Gefahr einer weiteren Aushöhlung der traditionellen Werte, auf denen die Ordnung unseres Gemeinwesens — aller wertneutralen wissenschaftlichen Wahrheitssuche zum Trotz — bis in unsere Tage noch beruht.“²⁵

Vielfältige ähnliche Ausführungen verweisen darauf, daß die psychiatrische Systematik nicht zuletzt auf rechtspolitische Bedürfnisse abgestimmt wurde. Vor diesem Hintergrund wird zugleich auch die beeindruckende Konstanz dieses wissenschaftlichen Modells erklärlich. Keine der beiden Gruppen, weder die Juristen noch die Psychiater, mochten es aufgeben: die einen konnten es gut handhaben und sahen ihre juristischen Prinzipien gewahrt, die andern wurden über den Gerichtssaal zu einem angesehenen Berufsstand.

Der zweckbestimmte Charakter der psychiatrischen Systematik wird besonders an der Einordnung und Beurteilung der sog. Psychopathen deutlich. Gemäß der Grundannahme einer biologischen Verursachung psychischer Veränderungen wurde auch die Psychopathie auf eine 'abnorme Persönlichkeitsanlage', ein 'angeborenes Persönlichkeitsgefüge' zurückgeführt, das jedoch 'nur dem Grade nach von der Normalität ab-

weicht'. Auf welchem schwankendem Boden sich die Psychiater bei ihrer Klassifizierung befinden, wird bei folgender Definition deutlich: „Nicht alle abnormen Persönlichkeiten sind psychopathisch, sondern nur die, die an ihrer Abnormalität leiden oder unter deren Abnormalität die Gesellschaft leidet.“²⁶ Allzu offensichtlich wurden unter dem Oberbegriff „Psychopathie“ sozial auffällige Gruppen zusammengefaßt wie Gelungsbedürftige, Aktivisten, Krakeeler, Querulanten, chronische Lügner, Explosible, Fanatiker, Anarchisten, Revolutionäre, Königsmörder und Kriegsdienstverweigerer sowie die 'gemütlosen' Gewohnheitsverbrecher. Mit ihrer psychiatrischen Klassifizierung wurden soziale Diagnosen 'organifiziert' und damit für die Gesellschaft unproblematisch. Es brauchte nicht mehr hinterfragt werden, ob ein solcherart 'abnormes' Verhalten auf die soziale Dynamik der Gesellschaft zurückführbar war.

Nun wäre zu vermuten, daß die Psychiater in Konsequenz der Organifizierung der Psychopathie (handlungsbestimmende Determinanten) für eine Strafflosigkeit der psychopathischen Straftäter einträten (Zubilligung der Zurechnungsunfähigkeit). Rechtspolitische Rücksichten verhinderten jedoch, daß der Psychopathie ein Krankheitswert zugebilligt wurde: „Wir müssen uns aber, um den Boden nicht unter den Füßen zu verlieren, daran halten, in der Regel nur bei den Psychosen die Voraussetzungen des § 51, I zu bejahen (d.h. eine Zurechnungsunfähigkeit anzuerkennen — Anm. die Autoren) ... Wenn man sich nicht an diesen Grundsatz hält, gerät man mit der Exkulpation ins Uferlose... (Es) sprechen praktische Erwägungen ... gegen eine regelmäßige Exkulpierung von Psychopathen. Es würde ... jede Strafrechtspflege zerstören, wenn man gerade diejenigen, gegen die sich die Strenge des Gesetzes im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Ordnung richten muß, durch Exkulpation den gesetzlichen Maßnahmen entzöge.“²⁷

Die Psychiater gingen jedoch noch weiter: Jahrzehntelang ließen sie sich dazu hinreißen, mit wissenschaftlicher Autorität sogar eine Strafverschärfung für psychopathische Straftäter zu fordern. Sie griffen mithin direkt in die primär juristische Diskussion um die Strafzumessung ein. Mit der kurzschlüssigen Behauptung, daß es sich bei psychopathischen Straftätern in der Regel um Gewohnheitsverbrecher handle, da sie sich auf Grund ihrer Veranlagung gar nicht anders verhalten könnten, wurde eine verschärfte Strafzumessung, unter anderem die lebenslange Sicherungsverwahrung gerechtfertigt. Das exemplarische Strafmaß wurde nicht zuletzt mit der Notwendigkeit der Generalprävention, der Abschreckung der Öffentlichkeit, begründet. Man wollte der Allgemeinheit das personifizierte Böse demonstrieren, um sie vor der Gefahr zu schützen, selbst in jenen Abgrund zu stürzen.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts behauptete der italienische Gerichtspsychiater *Lombroso*, auf Grund körperlicher Fehler den Verbrecher

schon vor seiner Tat identifizieren zu können. Er sprach vom 'geborenen Verbrecher' und berief sich auf Psychiater und Anthropologen aus Deutschland und England, die den Thesen des Sozialdarwinismus erlegen waren und ganze Bevölkerungsgruppen der Unterschichten der genetisch-moralischen Degeneration bezichtigten. Dementsprechend forderte Lombroso prophylaktische Strafmaßnahmen, um die Gesellschaft vor jenen Individuen zu bewahren. In der Folgezeit wurden Lombrosos Thesen immer wieder aufgenommen. 'Moralisches Irresein', der 'geborene Verbrecher', 'Atavismus', 'Abartigkeit', 'Minderwertigkeit' und der 'gemeingefährliche Geistesranke' wurden langsam zu auswechselbaren Begriffen, mit denen schließlich alle psychisch Kranken und Auffälligen diskriminiert und kriminalisiert wurden. Schlimmer noch: immer häufiger wurden Stimmen laut, die nach vorbeugenden Maßnahmen gegen die gesamte Gruppe dieser 'biologisch Defekten' und 'unverbesserlichen Minderwertigen' riefen.

Kraepelin sprach von „psychopathischer Minderwertigkeit der angeborenen Anlage“, einer „erblichen Entartung“. Für ihn waren die Menschen „untauglich“, er befürchtete die langsame Entartung des Volkes und forderte eine „Massenpsychiatrie“, die diese Persönlichkeiten „unschädlich“ machen sollte. Fast alle maßgeblichen Psychiater dieser Zeit machten sich zu Verteidigern der herrschenden Ordnung und forderten Maßnahmen gegen ihre Patienten: lebenslange Haft, Zwangsarbeit, Unfruchtbarmachung, Heiratsverbot, 'Ausmerzungen'.²⁹

Das diffuse Gefühl der Unsicherheit und Gefährdung gegenüber allen psychisch Kranken wurde in der Bevölkerung durch diese Diskussionen im 'Expertenkreis' erheblich geschürt. Hinzu kam, daß die psychisch veränderten Straftäter mit den übrigen Kranken in den gleichen Anstalten untergebracht waren und diese Häuser wie Festungen ausgebaut waren. Dies alles förderte das Vorurteil, daß es sich bei psychisch Kranken insgesamt um gefährliche und untaugliche Menschen handelte.

Auch die Einweisungsgesetze, Grundlage für eine Zwangsinternierung, legten eine extensive Interpretation der Gemeingefährlichkeit im Interesse der Öffentlichkeit nahe, so daß auch juristisch schließlich alle Geisteskranken zu wenigstens potentiell Kriminellen gestempelt und die psychiatrischen Institutionen zu Hilfsorganen polizeilicher Ordnungspolitik degradiert wurden.

Schließlich vermischte sich die beschriebene ideologisierte psychiatrische Theorie mit der zunehmend ins Gespräch gekommenen Rassenhygiene. Was bereits in den wertenden Begriffen 'geborener Verbrecher, Minderwertigkeit, Entartung, Unschädlichmachung' und in dem therapeutischen Nihilismus der Psychiater als Handlungsstrategie gegenüber unangepaßten und kriminellen Psychopathen angelegt war, das setzte der Faschismus in brutale Praxis um, der schließlich alle Gruppen von

psychisch Kranken zum Opfer fielen. Auch zu diesem Zeitpunkt rührte sich kein wesentlicher Widerstand unter den Psychiatern. Im Gegenteil: die gleichgeschaltete Deutsche Gesellschaft für Nervenheilkunde, von einem Rassenhygieniker geleitet, begrüßte die rassenhygienischen Maßnahmen, einzelne Psychiater feierten die neue Praxis als Durchbruch, als nationalen Erfolg im Interesse des Gemeinwohls.

Die einmal der sozialdarwinistischen Ideologie geöffneten Pforten, die unkritische Reduktion auf den biologistischen Ansatz, die willkürliche Einteilung der psychiatrischen Systematik und Einordnung von psychischen Phänomenen auf Grund rechts- und ordnungspolitischer Erwägungen, die opportunistische Diskriminierung von psychisch und sozial Devianten, die Suche nach öffentlicher und wissenschaftlicher Anerkennung — all dies korrumpierte die deutsche Psychiatrie so sehr, daß sie dem Faschismus keinen Widerstand entgegensetzen konnte.

5. Die Zerstörung wissenschaftlichen Denkens und Handelns durch Biologismus und Rassismus

Bereits Kraepelins Modell der Psychiatrie sowie die Entwicklung der forensischen Psychiatrie signalisierten den Übergang der Psychiatrie zu einem kritiklosen Instrument des Obrigkeitsstaates. Im weiteren Gang der gesellschaftlichen Entwicklung nach der Katastrophe des Ersten Weltkrieges und der Zerschlagung der Novemberrevolution traten in zunehmendem Maße nationalistische, antisemitische und rassistische Gedanken in den Vordergrund. *Georg Lukács*³⁰ hat dargelegt, daß bereits um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert im Deutschland Bismarcks Rassismus und Sozialdarwinismus als aggressive Ideologien der Apologetiker des Kapitalismus an Boden gewinnen konnten und wie im Gefolge der nationalen Verbitterung über den Versailler Vertrag und der Niederlage der proletarischen Revolution von 1918 vor allem in den Kreisen der Intellektuellen die nationalistische Vision einer alle fremden Völker beherrschenden deutschen Rasse auf lebhafteste Resonanz stieß. Sprachrohr des Sozialdarwinismus und Rassismus in den medizinischen Publikationen war das 1904 von *A. Ploetz* gegründete *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie*, welches eine Rassenhygiene im Interesse der 'nordischen' Rasse propagierte.

Ein wesentliches Ziel der vofaschistischen Rassenhygiene war der Kampf gegen den vermeintlichen Wohlfahrtsstaat der Weimarer Zeit, welcher zuviel Rücksicht auf biologisch 'minderwertige' Gesellschaftsmitglieder legen und ihnen die Möglichkeit zu ungehemmter Fortpflanzung geben würde. Wortführer der rassistischen Psychiatrie wurde *E. Rüdin*³¹, der sein Engagement durch die Politik des nationalsozialistischen Staates belohnt sah.

Mit infamer Demagogie versuchten Ärzte wie Rüdin ihre Haltung mit

dem Hinweis zu untermauern, daß es Geisteskranken, Wohlfahrtsempfängern und Kriminellen besser ginge als dem durchschnittlichen Arbeiter. Theoretische Grundlage der wissenschaftsfeindlichen Einstellung der Rassenpsychiater war das fast durchgängig von den Schulpsychiatern der Weimarer Republik vertretene Erblichkeitsdogma. Obwohl Beweise für die postulierten Erbgänge von Schizophrenie und Manisch-depressivem-Irresein von keinem Wissenschaftler erbracht werden konnte — man begnügte sich letztlich mit dem Aufzeigen von Häufungen bestimmter Krankheitsbilder innerhalb der Familie —, schritten zahlreiche Psychiater von der These der Erbllichkeit psychischer Erkrankungen zur Forderung nach sogenannten eugenischen Maßnahmen. Eine ganze Generation von Psychiatern wandte sich von der Entwicklung therapeutischer Modelle und exakter Ätiologieforschung ab und konzentrierte sich auf die als Prophylaxe verschleierte 'Ausmerzung' der Geisteskranken. Stransky's Worte von 1918 mögen in diesem Zusammenhang als unmittelbare Ankündigung der faschistischen Mordaktionen gesehen werden: „Was unabwendbar faul und menschenfeindlich ist, gehört am besten mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.“³²

In den zwanziger Jahren wurde die Forderung nach zwangsweiser Sterilisierung von psychisch Kranken innerhalb der Psychiatrie immer stärker; und je einmütiger diese Meinung vertreten wurde und Skrupel bezüglich der Rechtmäßigkeit solcher Forderungen beiseite gedrängt wurden, desto weiter wurde der Kreis der zu sterilisierenden Patienten gefaßt und desto bedenkenloser wurden die Kriterien für die Diagnose der einzelnen Krankheiten ausgeweitet. Die Absurdität dieser Denkweise mag aus dem folgenden Zitat des Kraepelin-Schülers *J. Lange* zum Ausdruck kommen: „Schalten wir ... die Schwachsinnigen, die Schizophrenen und jene Menschen von der Fortpflanzung aus, die gewissermaßen ein Mosaik ungünstiger, wenn auch nicht bloß psychotischer Anlagen darstellen, dann werden wir allmählich das Erbniveau unseres Volkes in entscheidender Weise heben.“³³ Unmittelbar nach der faschistischen Machtübernahme wurde dann am 14. Juli 1933 das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' erlassen, welches die Zwangssterilisierung von mindestens 200 000 psychisch Kranken zur Folge hatte. Die Vielfalt psychiatrischer Krankheitsbilder wurde in das Schema weniger Diagnosen gezwängt: Schizophrenie, Zylothymie, Alkoholismus und Schwachsinn galten als psychiatrische Sterilisierungsgründe, wobei einige der überzeugten Vertreter der faschistischen Rassenpolitik die Ausklammerung der 'Psychopathen' ausdrücklich als Schwäche des Gesetzes bezeichneten, die man nur über den 'Umweg' der Diagnose Alkoholismus kompensieren könnte. Darüberhinaus waren z.B. auch Epilepsie und erbliche körperliche Mißbildungen in das Gesetz einbezogen. In der Kommentierung des Sterilisierungsgesetzes durch namhafte Psychiater wie K. Schneider, J. Lange und

E. Rüdin wurde ausdrücklich hervorgehoben, daß gerade die frühzeitige Diagnose als der entscheidende Hebel anzusehen wäre. Die von vielen Psychiatern diskutierte Schwierigkeit, verlässliche Diagnosen stellen zu können — von nun an eine ungeheure Entscheidung für die betroffenen Patienten — waren zugunsten der Staatsraison verdrängt worden. Man muß sich dabei vor Augen halten, daß niemand staatlicherseits die Psychiater gezwungen hat, derart willfährig zu argumentieren und ihre Patienten mit makabrem Eifer staatlicher Willkür auszusetzen.

Das in Ansätzen entstandene System psychiatrischer Außenfürsorge für entlassene Patienten wurde von den Rassenfanatikern seines therapeutischen Ansatzes beraubt und als Instrument der Erfassung dieser Kranken im Sinne der Durchführung des Sterilisierungsgesetzes mißbraucht. Die Diskriminierung der psychisch Kranken als soziale Ballastexistenzen führte aber noch zu einer grausamen Eskalation. Bereits 1920 hatten der Jurist *Binding* und der Hochschulpsychiater *Hoche* in ihrer Schrift „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“³⁴ die Bereitschaft gewisser Kreise der Intellektuellen widergespiegelt, die physische Vernichtung schwer kranker Patienten zu befürworten. Hoche bediente sich in seiner Argumentation des Appells an das ‘Mitleid’ seiner Leser, geistig schwer behinderte Menschen, zu denen er wenn auch mit Einschränkungen die Schizophrenen rechnete, nicht länger leiden zu lassen, sondern sie ‘zu erlösen’. Dieses Mitleidsmotiv war zugleich mit der zynischen Berechnung verknüpft, welche unnötige wirtschaftliche Belastung die Pflege dieser Kranken für die übrige Gesellschaft bedeuten würde. Es ist nahezu unfassbar, wie ein renommierter Hochschullehrer und Psychiater wie Hoche von seinen Patienten als „leeren Menschenhülsen, Ballastexistenzen, Schwächlingen und Defektmenschen mit Fremdkörpercharakter“³⁵ reden konnte. So total war das Denken einflußreicher Kreise dieser Generation von Wissenschaftlern und Ärzten — mit wenigen rühmlichen Ausnahmen wie des Psychiaters K. Bonhoeffer — von rassistischen und faschistischen Gedanken durchsetzt, als daß der Rest von theoretischen Skrupeln und von Redlichkeit, den man allenthalben in ihren Schriften finden kann, zum Durchbruch hätte kommen können. So verwundert es nicht, daß ab 1939 auf Befehl Hitlers die systematische Ermordung von etwa 100000 psychisch Kranken begonnen wurde und daß nur einzelne der in großer Anzahl in die Mordpläne eingeweihten psychiatrischen Hochschullehrer und Anstaltsleiter wie Juristen den Versuch unternahmen, Widerstand anzudrohen oder zu leisten. Einige bekannte Psychiater waren sogar bereits, als ‘Gutachter’ in der Tötungsmaschine mitzuwirken. Darüberhinaus wurden psychiatrische Anstalten ab 1933 und besonders im Krieg regelrecht ausgehungert, so daß die Zahl der durch den Faschismus umgekommenen psychiatrischen Patienten schwer zu ermitteln ist. Bereits im ersten Weltkrieg waren mindestens 50000 Kranke in psychia-

trischen Anstalten dem Hungertode preisgegeben worden.³⁶

So ging in Deutschland die Diskriminierung der psychisch Kranken einen unerbittlichen Weg vom therapeutischen Nihilismus gegen Ende des 19. Jahrhunderts über die theoretisch legitimierte Brandmarkung der Kranken als soziale Ballastexistenzen bis hin zu den Sterilisierungspraktiken und Ermordungen während des Faschismus. Die Verantwortung der deutschen Psychiater in diesem an Schärfe kontinuierlich zunehmenden Ausgrenzungsprozeß bedeutet noch heute eine Herausforderung und zwingt zu einem entschiedenen wissenschaftlichen und sozialen Engagement im Interesse der Patienten. Sicherlich war die Verirrung der Psychiatrie in die Unmenschlichkeit nur möglich durch die gesellschaftliche Entwicklung hin zur faschistischen Barbarei; und insofern tragen primär diejenigen ökonomischen und politischen Kräfte die Schuld an den Verbrechen gegenüber den psychiatrischen Kranken, die ein materielles und ideologisches Interesse am faschistischen Staat hatten. Eine fortschrittliche Entwicklung der Psychiatrie war aber nach 1945 von der Einsicht abhängig, daß die konservative Psychiatrie vor dem Faschismus geistige Unterstützung im Prozeß der Zerstörung vernünftigen Denkens und Handelns geleistet hatte und daß eine nicht unwesentliche Zahl von Psychiatern während des Faschismus bereit gewesen war, die unmenschliche 'Rassenhygiene' zu propagieren. Es gilt, die Säulen dieser konservativen Psychiatrie zu erkennen, will man ein wirkungsvolles Alternativkonzept entwerfen: zum ersten die eindimensionale, biologistische Ausrichtung des theoretischen Ansatzes durch eine alle komplexen Zusammenhänge vereinfachende pseudogenetische Auffassung von Persönlichkeitsentwicklung und Krankheitsgenese. Der fatalistischen Annahme von letztlich nicht therapeutisch beeinflussbaren Erbanlagen entsprach ein *biologistisches Gesellschaftsbild*, demzufolge die einzelnen Klassen und Schichten einen natürlichen und durch Demokratisierung nicht beeinflussbaren Platz in der gesellschaftlichen Hierarchie einnehmen. Aus diesem Ansatz entwickelte sich als zweite Säule der konservativen Psychiatrie das *Unverständlichkeitsdogma*; psychopathologische Phänomene sind danach grundsätzlich nicht interpretierbar, sondern nur als Symptome im medizinischen Sinn auf körperliche Störungen zu beziehen. Damit einher ging die Dreiteilung der psychiatrischen Krankheitsbilder in 'körperlich begründbare' Psychosen, 'endogene' Psychosen — die eines Tages ebenfalls in körperlich begründbare Erkrankungen übergehen sollten — und die 'Psychopathen', denen jeder Anspruch auf Therapie abgesprochen wurde, womit man den Bedürfnissen des bürgerlichen Rechtssystems bereitwillig nachkam. Aus dem ersten abgeleitet wurde die Abwehr therapeutischer und gesellschaftlicher Reformen, indem der Hinweis auf die Verantwortung der gesellschaftlichen Verhältnisse für die Entstehung und Verfestigung psychischen und sozialen Elendes als theoretisch obsolet abgetan werden konnte.

6. Der Neubeginn

Es scheint uns evident zu sein, daß diese Geschichte der deutschen Psychiatrie eine schwere Hypothek für beide deutschen Staaten nach 1945 bedeutete. Die erste und wichtigste Aufgabe nach der Niederschlagung des Faschismus mußte zweifellos der Aufbau einer friedliebenden Gesellschaft sein, die bedingungslos mit den Traditionen des Faschismus brechen mußte. So sehr dies auch eine allgemeine politische Aufgabe war und ist, sind unseres Erachtens auch die Psychiater, soweit sie dem Anspruch der Fortschrittlichkeit gerecht werden wollen, aufgerufen, an der Entwicklung einer Gesellschaft mitzuwirken, die nicht länger sozialdarwinistische und rassistische Ideologien hervorbringen kann. Psychiatrie konnte spätestens nach 1945 nicht länger eine isolierte Sparte der Medizin bleiben, wenn sie sich nicht erneut in die Gefahr begeben wollte, eine patientenfeindliche Orientierung und Praxis zuzulassen. Sie mußte sich sowohl im Rahmen allgemeiner gesellschaftlicher Erneuerungen sehen und sich ihrerseits um die Wiederentdeckung fortschrittlicher naturwissenschaftlicher Ansätze und sozialpsychiatrischer Vorläufer, wie z.B. Griesinger, und um die Entwicklung eines mehrdimensionalen Krankheitsmodells bemühen; es gilt, an das Emanzipationsversprechen der bürgerlichen Revolution anzuknüpfen und Psychiatrie nicht zuletzt als Aufklärung und Bekämpfung von Vorurteilen in der Gesellschaft zu verstehen. Psychiatrie kann nun nur noch soziale Psychiatrie sein, die um die möglichst weitgehende Eingliederung der ihr anvertrauten Patienten in den Arbeits- und Lebensprozeß bemüht ist.

Die Erkenntnis des bürgerlichen Revolutionärs Rudolf Virchow hatte unter dem Eindruck der Erfahrungen des Faschismus eine aktuelle Bestätigung gefunden: „Die Medizin hat uns unmerklich in das sociale Gebiet geführt und uns in die Lage gebracht, jetzt selbst an die großen Fragen unserer Zeit zu stoßen.“³⁷

Anmerkungen

Die Aussagen dieses Aufsatzes stützen sich im wesentlichen auf die Veröffentlichung 'Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus' (H.G. Güse/N. Schmacke, 2 Bd., Kronberg 1976). Im Interesse der Lesbarkeit wurde deshalb hier der Literaturnachweis auf ein Minimum beschränkt.

1. Die erste grundlegende Analyse dieser Zusammenhänge findet sich bei Foucault (Foucault, M., Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt 1969); s. vor allem auch Dörner (Dörner, K., Bürger und Irre, Frankfurt 1969).
2. Es ist Dörners Verdienst, die Entwicklung dieses allgemeinen Prinzips unter den spezifischen und unterschiedlichen Bedingungen in England, Frankreich und Deutschland herausgearbeitet zu haben (Dörner, a.a.O., 88-100, 116-131, 160-184 u. 343-379).
3. s. z.B. Kofler, L., Zur Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft, Neuwied 1966; Kühnl, R., Formen bürgerlicher Herrschaft, Hbg. 1971; Wehler, H.U., Das Deutsche Kaiserreich 1871-1918, Göttingen 1973.

4. Kühnl, a.a.O., S.69.
5. Vgl. Güse/Schmacke, a.a.O., S.338-356.
6. Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge, hrsg. von O. Bumke, G. Kolb, H. Roemer u. E. Kahn, Berlin/Leipzig 1931, 93.
7. Griesinger, W., Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Stuttgart 1867; ders., Zur Kenntnis der heutigen Psychiatrie in Deutschland, Leipzig 1968; ders., Gesammelte Abhandlungen, 2 Bd., Berlin 1872; ders. Arch. Psychiat. Nervenkrankh. 1 (1868/69), III-VIII (Vorwort). Griesinger brandmarkte den Moralismus der Psychiatrie, der sich durch folgende Grundeinstellungen für ihn entlarvt hatte: „... in der Theologie durch starres Festhalten am Autoritätsglauben, in der Politik durch hierarchisch-absolutistische Tendenz, in Kunst und Philosophie durch mystische Ueberschwänglichkeit, in Allem aber durch Lobpreisgeben und Zurückwünschen mittelalterlicher Institutionen.“ (Griesinger, 1872, S.23)
8. Griesinger, 1867, S.6ff.
9. Griesinger, 1872, S.106f.
10. Griesinger, a.a.O., S.106.
11. Griesinger, 1867, S.161f.
12. Griesinger, a.a.O., S.151 u. 177f.
13. Griesinger, a.a.O., S.529.
14. Griesinger, a.a.O., S.462-469.
15. Alexander, F.G. u. Selesnick, S.T., Geschichte der Psychiatrie, Zürich 1969; Zilboorg, G., A History of Medical Psychology, New York, 1941.
16. Griesinger, z.B. 1872, S.143ff.
17. Kraepelin, E., Compendium der Psychiatrie, Leipzig 1883.
18. Kraepelin, E., Die Erscheinungsformen des Irreseins, Z.f.d.ges.N.u.P. (62) 1920, S.1-29, hier S.13.
19. Kraepelin, E., Psychiatrie, 9. Aufl., Bd.I (E. Kraepelin u. J. Lange), Leipzig 1927, S.230.
20. Kraepelin, E., Einführung in die psychiatrische Klinik, Leipzig 1905, hier S.218f.; ders., Hundert Jahre Psychiatrie, Z.f.d.ges.N.u.P. 38 (1918), S.161-275, hier S.226; ders., a.a.O., S.242; ders. Psychiatrie, 9. Aufl., Bd.I, Leipzig 1927, S.5; ders., Psychiatrie, 4. Aufl., Leipzig 1893, S.159 u. 164f.
21. Kraepelin, E., Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte, Süddtsch. Mh. 16,2 (1919), S.171-183, hier S.181.
22. Kraepelin, E., a.a.O., S.175 u. 182; ders., Psychiatrie, 9. Aufl., Leipzig 1927, S.15.
23. Kraepelin, E., Hundert Jahre Psychiatrie, Z.f.d.ges.N.u.P. 38 (1918), S.161-275, hier S.270.
24. Kraepelin, E., Die psychiatrischen Aufgaben des Staates, Jena 1900, S.1 u. S.16.
25. De Boor, W., Über motivisch unklare Delikte, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959, S.142.
26. so Schneider, K., Klinische Psychopathologie, 8. Aufl., Stuttgart 1967, S.17f.
27. Rauch, H.J., Gerichtliche Psychiatrie, in: Ronsold, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Stuttgart 1950, hier S.69.
28. Lombroso, C., Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung, i.d. Übersetzung von M.O. Fraenkel, 2 Bd., Hamburg 1887 u. 1891.
29. Zum Nachweis dieses Absatzes s. Güse/Schmacke, a.a.O., S.143-149 u. S.161-173.
30. Lukács, G., Die Zerstörung der Vernunft, Darmstadt 1974 (3 Bde.).

31. s. z.B. Rüdin, E., Psychiatrische Indikation zur Sterilisierung, in: Das kommende Geschlecht, Z. für Eugenik, Ergebnisse der Forschung, Berlin-Bonn 1929; ders., Aufgaben und Ziele der deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene, in: Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.Biol. 28 (1934), S.227-236; ders., Erb- lehre und Rassenhygiene im völkischen Staat, Hrsg. E. Rüdin, München 1934.
32. Stransky, E., Angewandte Psychiatric, AZP 74 (1918), S.22-53, hier S.32ff.
33. Lange, J., Referat vor dem Ausschuß des Preuß. Landesgesundheitsrats vom 2. Juli 1932, in: Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt, Veröff. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd.38, H. 5, Berlin 1932, hier S.42f.
34. Binding, K. u. Hoche, A., Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Leipzig 1920.
35. Binding/Hoche, a.a.O., S.32 u. S.40, 55-62.
36. Zur Dokumentation der Mordaktionen siehe: Platen-Hallermund, A., Die Tötung Geisteskranker, Frankfurt 1948; Mitscherlich, A. u. F. Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt 1962; Fischer, J., Von der Utopie bis zur Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens, in: Evang. Dokum. zur Ermordung der „unheilbar Kranken“ unter der nationalsozialistischen Herrschaft in den Jahren 1939-1945, Hrsg. H.C. v. Haase, Stuttgart 1964, S.35-65; Schmidt, G., Selektion in der Heilanstalt 1939-1945, Stuttgart 1965; Schulte, W., „Euthanasie“ und Sterilisation im Dritten Reich, in: Deutsches Geistesleben und Nationalsozialismus, Hrsg., A. Flitner, Tübingen 1965, S.73-89; Ehrhardt, H., Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens, Stuttgart 1965; Dörner, K., Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, Vierteljahreshefte f. Zeitgesch., H. 2 (1967), S.121-152; Kaul, F.K., Nazimordaktion T 4, Berlin (DDR) 1973.
37. Virchow, R., Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, Darmstadt 1968, S.223.

Rolf G. Heinze, Peter Runde, M. Treder

Betriebliche Beschäftigungsstrategien und gewerkschaftliche Politik gegenüber Behinderten

Zur Diskussion um die Berufsausbildung jugendlicher Behinderter

1. Einleitung

Im folgenden Aufsatz werden zunächst einige neuere arbeitsmarkt- theoretische Überlegungen skizziert, die sich vorwiegend mit den auch in der Bundesrepublik zu verzeichnenden Spaltungstendenzen auf dem Arbeitsmarkt beschäftigen.¹ Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen stellen wir einige Muster der betrieblichen Strategien gegenüber Behinderten und Leistungsgeminderten dar und besprechen in diesem Zusammenhang Aspekte gewerkschaftlicher Behindertenpolitik.² Anhand der

Berufsausbildung jugendlicher Behinderter werden sodann die Forderungen der Gewerkschaften exemplarisch diskutiert.

2. Segmentation des Arbeitsmarktes und die Lage von Problemgruppen

Für Betriebe in profit- und konkurrenzgesteuerten Wirtschaftssystemen ergibt sich das Funktionserfordernis, sich gegenüber negativen Einwirkungen von außen durch Autonomisierung weitgehend zu immunisieren, um eine erhöhte Flexibilität zur längerfristigen Sicherung der Rentabilität zu erreichen. Dabei sind Determinanten der Außeneinwirkungen: die Beschaffungsmärkte, die Absatzmärkte und die rechtlich-politischen Prämissen.³ Eine wesentliche Strategie der Autonomisierung besteht darin, die Arbeit innerhalb des Betriebes so zu organisieren ('Beweglichkeit nach innen'⁴), daß auf Einwirkungen von außen kurzfristig reagiert werden kann.

Menschliche Arbeit ist für Betriebe ein Kostenfaktor, der unter dem Aspekt der Kapitalmaximierung ebenso wie andere Faktoren in die Planung des Betriebes mit eingeht. So sind sie bemüht, diejenigen Arbeitskräfte, deren Rekrutierungs-, Einarbeitungs- und Ausbildungskosten besonders hoch waren und die durch langjährige Mitarbeit ein betriebsspezifisches Wissen kumuliert haben, das eine hohe Flexibilität erwarten läßt, als 'Stamm' zu halten, während für den konjunkturanfälligen Bereich der Produktion nur solche Arbeitskräfte rekrutiert werden, für die die fixen Rekrutierungs- und Fluktuationskosten gering sind, die somit aber auch nur auf 'Jedermanns-Arbeitsplätzen' (Bereich minderqualifizierter, restriktiver Tätigkeiten mit geringer Beschäftigungsstabilität und geringem Einkommen) beschäftigt werden können.⁵

Die Konstituierung derartiger innerbetrieblicher Teilarbeitsmärkte hat für das Unternehmen zwei positive Dimensionen. Zum einen kann das Beschäftigungsvolumen in Übereinstimmung mit den Absatz- und Auftragschwankungen variiert werden, ohne daß große Fluktuationskosten hinzunehmen wären, zum anderen kann die Existenz einer Randbelegschaft eine disziplinierende Wirkung auf das Verhalten des Teils der Stammbesellschaft bewirken, der Grund zu der Befürchtung hat, daß auch in diesem Bereich künftig Arbeitsplätze durch technische oder organisatorische Maßnahmen in 'Jedermanns-Arbeitsplätze' umgewandelt werden können.⁶ Die Konstituierung interner Teilarbeitsmärkte besonders in Großbetrieben und die damit verbundene Spaltung der Beschäftigten in Stamm- und Randbelegschaft bedingt gleichzeitig eine Marginalisierung von nicht so konfliktfähigen 'Problemgruppen' des Arbeitsmarktes (ältere Arbeitnehmer, Frauen, Behinderte und Leistungsgeminderte etc.), da diese vorwiegend der Randbelegschaft angehören.⁷ Diese doppelt benachteiligten Arbeitnehmergruppen sind von dem Versuch der Betriebe, die Randbelegschaft auf ein Minimum zu reduzieren, in

der Weise betroffen, daß eine auf die askriptiven Merkmale (gesundheitlicher Status, Geschlecht, Alter etc.) bezogene Selektion zu verzeichnen ist.⁸

Von der diskriminierenden Einstellungsselektion der Betriebe im Rahmen ihrer Autonomisierungsstrategien sind besonders behinderte und leistungsgeminderte Personen betroffen: In einer Untersuchung, die herausfinden wollte, welche Problemgruppen Arbeitgeber mit Zuschüssen bevorzugt einstellen würden, zeigte sich, daß die „Leistungsgeminderten“ in der Einstellungsbereitschaft der Arbeitgeber hinter den auszubildenden, älteren und z.T. auch hinter den weniger qualifizierten Arbeitskräften angeführt werden.⁹

3. Selektive Beschäftigungspolitik der Betriebe auf der internationalen Ebene

Bislang wurde das Einstellungsverhalten von Betrieben (besonders Neueinstellung von Schwerbehinderten) und die Handhabung des Schwerbehindertengesetzes (SchwerbG 1974, das u.a. für alle Betriebe mit mehr als 16 Arbeitnehmern eine Beschäftigungsquote von 6 % und einen besonderen Kündigungsschutz festlegt) nicht ausreichend empirisch untersucht.

Eine kleine, auf den Raum Hamburg beschränkte explorative Studie zur Überprüfung der Einhaltung der Beschäftigungspflicht von öffentlichen und privaten Betrieben bezüglich des Schwerbehindertengesetzes¹⁰ hat gezeigt, daß Unternehmen bemüht sind, entweder die Einstellung von Behinderten zu vermeiden oder sich sozialstaatlicher Interventionen — in Form des Schwerbehindertengesetzes — für eigene Interessen zu nutze zu machen, d.h. deren politische Schutzintention letztendlich zu konterkarieren.

Es fanden sich in der Untersuchung zudem die von Leppin/Ritz¹¹ zusammengestellten Nicht-Einstellungsgründe auf der intentionalen Ebene selektiver Personalpolitik gegenüber Behinderten bestätigt. Es wurden genannt:

- tatsächliche oder vermutete askriptive Eigenschaften / Merkmale der Behinderten;
- Art und Schwere der Behinderung, wobei der als Schutz entworfene Begriff 'Minderung der Erwerbsfähigkeit' des SchwerbG mit Angabe eines prozentualen Wertes dazu führt, hieraus eine 'Minderung der Leistungsfähigkeit' (Defizithese: Behindertenstatus = geringeres berufliches Leistungsvermögen) abzuleiten, obwohl bei entsprechenden Maßnahmen am Arbeitsplatz die Leistungsfähigkeit eines Behinderten der eines Nicht-Behinderten entsprechen kann;
- fehlende, bzw. mangelhaft ausgestattete Arbeitsplätze, die einer zusätzlichen Investition bedürften, um zu einer Einsatzgelegenheit zu werden;

— gesetzliche Vorschriften (SchwerbG), die neben einem verlängerten Urlaub auch eine erschwerte Kündigung vorsehen, was die Flexibilität des Betriebes im Reagieren auf aktuelle Marktsituationen einschränkt.

Dabei kristallisierten sich zwei wesentliche Argumentationsgänge heraus, die beide davon ausgehen, daß ein (potentieller) Arbeitnehmer mit der amtlichen Bezeichnung 'Schwerbehinderter' bestimmte 'Qualitäten' besitzt.

Symptomatisch sind die vorgenommenen Verallgemeinerungen der Zuschreibung durch die Befragten (Personalleiter), die analytisch nach zwei Bezugspunkten zu differenzieren sind.

1. Bezugspunkt ist der Produktionsprozeß. Mit der Behinderung wird verbunden:

- geringe Leistungsfähigkeit,
- fehlende Qualifikation,
- geringe Flexibilität.

2. Bezugspunkt ist die Personen-/Handlungsebene. So wird angenommen:

- geringe Leistungsbereitschaft
- geringe Anpassungsfähigkeit
- hohes Maß an persönlicher Instabilität (empfindlich, mißtrauisch, aggressiv, verbittert).

Neben der Vermeidung der Einstellung von Behinderten ist, wie bereits oben erwähnt, eine Strategie des Unterlaufens sozialstaatlicher Interventionen zu beobachten. Das SchwerbG hat Handlungsspielräume offengelassen oder erst geschaffen, die Unternehmen in ihrem Interesse nutzen, um sich so von der Außendeterminante rechtlich-politischer Prämissen weitgehend unabhängig zu machen.¹²

Zu umgehen ist die grundsätzliche Beschäftigungspflicht von Schwerbehinderten nach der Prüfung, ob Schwerbehinderte auf freien Arbeitsplätzen zu beschäftigen sind (SchwerbG § 11.1), durch Zahlung der 'Ausgleichsabgabe' von 100 DM pro nicht besetztem Pflichtplatz (SchwerbG § 8.1 und § 8.2), was für größere Betriebe keine finanzielle Belastung darstellt und ihnen gleichzeitig ihre Flexibilität und Handlungsfreiheit erhält. Oft genutzt wird die Möglichkeit der Erhöhung der betrieblichen Schwerbehindertenquote durch Aufforderung von bereits vollwertig Beschäftigten, sich im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes als Schwerbehinderte anerkennen zu lassen. Das bedeutet, daß die Betriebe im formal-rechtlichen Sinne ihre Behinderten selbst produzieren. Die betriebliche Beschäftigungsquote wird durch diese Vorgehensweise erhöht, real jedoch dabei kein Arbeitsplatz neu besetzt oder geschaffen oder ein arbeitsloser Schwerbehinderter eingestellt.

„Selbstverständlich, ich sehe meine Aufgabe darin, diese Menschen auf die gesetzlichen Möglichkeiten hinzuweisen, d.h. wenn sie Krankheiten haben oder

Schwierigkeiten haben, dann zu sagen: was hast du eigentlich, du kannst doch einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz stellen, daß du dann vielleicht in den Kreis der Schwerbehinderten hinein kommst, und ... das wird auch gemacht bei uns." ^{13a}

In Absprache mit Arbeitsamt und Hauptfürsorgestelle werden zum Teil Behinderte und sogar Mehrfachbehinderte auf Arbeitsplätzen eingestellt, die wegen ihrer Qualität sonst kaum zu besetzen sind. Für Mehrfachbehinderte werden dann sogar Mehrfachanrechnungen auf die Pflichtplätze vorgenommen. Die Anstellung geschieht darüber hinaus vielfach über intern vereinbarte Probezeiten, die länger als bei anderen Arbeitnehmern sind und dem Betrieb die Möglichkeit der Disposition offen lassen: sollte ein derartig beschäftigter Behinderter nicht den Anforderungen entsprechen, so kann er kurzfristig ausgewechselt werden, ohne daß der im SchwerbG vorgesehene Kündigungsschutz für Schwerbehinderte greifen könnte.

„Wir vereinbaren eine lange Probezeit; innerhalb der Probezeit kann ja das Arbeitsverhältnis auch noch wieder gelöst werden. Und in dieser Zeit muß es uns gelingen ... den Mann, die Frau hier zu integrieren, daß sie auch sich wohlfühlt und auch ihr Arbeitspensum natürlich bringt“

„... da kommt noch hinzu, er konnte ganz leichte Arbeit machen, der ermüdete nur immer leicht, durcharbeiten konnte er also wieder auch nicht, aber ich kriegte zwei Plätze für den angerechnet. Waren wir auch da noch ganz gut dran.“

„Herr ... ist Kalfaktor, wenn Sie so wollen ... 'n Besen in der Hand und wenn da was runterfällt, dann fegt er das weg ... und so hat er seine Aufgabe ... Der verdient sicherlich sein Geld nicht, aber ... wir brauchen da jemand, und er ist zu leiden, und ... so ein ... Betrieb unserer Größe hat so ein paar Plätze.“ ¹³

Das skizzierte betriebliche Verhalten gehört zu den Bemühungen einer Autonomisierung gegenüber Außendeterminanten. Indem Betriebe in ihrer Personalpolitik vom Gesetzgeber initiierte Schutzmaßnahmen für bestimmte Gruppen (z.B. Behinderte) umgehen bzw. für ihre eigenen Interessen nutzen, wird die latente Funktion von Schutzmaßnahmen deutlich.

Diese nicht intendierten Folgeeffekte von uns positiv zu beurteilender Schutzpolitik, müssen künftig sowohl in der sozialwissenschaftlichen als auch in der politischen Diskussion stärker beachtet werden. Bezogen auf die diskutierten Konterkarierungsmöglichkeiten müssen Gewerkschaften — Interessenvertretung aller lohnabhängig Beschäftigten — auch vom Gesetzgeber nicht intendierte Folgen für ohnehin benachteiligte Arbeitnehmergruppen in Rechnung stellen. Gerade an der von den Gewerkschaften unterstützten Herabsetzung der flexiblen Altersgrenze für Schwerbehinderte läßt sich zeigen, daß die Gefahr einer verstärkten Ausgliederung besteht. Diese oft subjektiv für die Betroffenen durchaus positive frühzeitige Verrentung hat längerfristig für gewerkschaftliche Strategien negative Effekte, da durch die Ausgliederung die betrieblichen Leistungsstandards erhöht werden können, ohne daß die möglichen Fol-

gen dabei permanent sichtbar werden. Dem für die Gewerkschaften negativen, da entsolidarisierenden Effekt stehen auf der betrieblichen Seite eigentlich nur positive Folgen gegenüber: Generell werden die Betriebe in ihren personalpolitischen Entscheidungen flexibler, speziell impliziert die frühzeitige Verrentung von Schwerbehinderten die Möglichkeit eines 'Ringtausches', indem durch die Verrentung freiwerdende Arbeitsplätze mit jungen, leistungsfähigeren Behinderten besetzt werden können.¹⁴ Dies hat auch legitimatorisch positive Folgen, weil die Arbeitslosenstatistik günstig gestaltet werden kann.

4. Gewerkschaftliche Behindertenpolitik und mögliche Alternativen im Rahmen gewerkschaftlicher Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik

Die Notwendigkeit gewerkschaftlichen Engagements im Bereich der Problemgruppe 'Behinderte' ergibt sich nicht nur aus dem bereits genannten legitimatorischen Anspruch, Interessenvertretung aller Arbeitnehmer zu sein. Ein weiterer wichtiger Grund liegt darin, daß ein Teil der Gewerkschaftsmitglieder unmittelbar oder potentiell von Behinderung bedroht ist.¹⁵ Das Risiko, durch Arbeitsunfälle, Verschleißerscheinungen und berufsbedingte Erkrankungen von Behinderung bedroht zu werden, ist unterschiedlich verteilt. Insbesondere die auf minderqualifizierten Arbeitsplätzen eingesetzten An- und Ungelernten, sowie dequalifizierte Facharbeiter und Angestellte sind betroffen.¹⁶ Es werden pro Jahr etwa 2 Millionen Arbeitsunfälle und Berufserkrankungen registriert¹⁷, wobei die Zahl der Berufskrankheiten ständig zunimmt, ebenso wie die Zahl der Frühinvaliden, die vor dem Erreichen der Rentenaltersgrenze aus dem Erwerbsleben ausscheiden (zur Zeit etwa 300.000 jährlich).¹⁸

Neben Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wird eine Gruppe von Krankheiten bislang zu wenig beachtet. Gemeint sind die paraprofessionellen Krankheiten, „die mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit durch die Arbeitseinflüsse mitbedingt sind, die durch außerberufliche Faktoren hervorgerufen und durch endogene Faktoren der Konstitution und Erbanlagen in einem Maße mitbedingt werden, daß ihre berufliche Verursachung zwar statistisch mit Sicherheit, im Einzelfall nur schwierig zu belegen ist.“¹⁹

Anknüpfungspunkt einer gewerkschaftlichen Politik gegen Verursachungsfaktoren von Krankheit und Verschleiß, in Kenntnis der latenten Funktionen von Schutzpolitik, muß die Mobilisierung der gesamten Mitgliedschaft sein. Erforderlich erscheint eine autonome gewerkschaftliche Sozialpolitik unter zunehmender Partizipation der aktuell von Behinderung Betroffenen und einer verstärkten aufklärenden Basismobilisierung schwerpunktmäßig in den Bereichen der Prävention und Rehabilitation. Notwendig ist eine Kontrolle bzw. Überwachung der schon bestehenden staatlichen oder tarifvertraglichen Schutzbestimmungen, die Arbeits-

schutzgesetzgebung und Unfallverhütung. Das gilt sowohl für die vom Arbeitgeber zu veranlassenden Maßnahmen (so z.B. die Einhaltung des 'Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit' vom Dezember 1973) als auch für die Umsetzung der Regelungen und Verordnungen durch die Kollegen.²⁰ Ferner muß eine systematische Klärung der gesundheitsschädigenden Risikofaktoren erfolgen, so daß im Bereich der betrieblichen Investitionen eine von den Mitbestimmungsorganen getragene „gesundheitsorientierte Investitionslenkung“²¹ betrieben werden kann, die sich dem Ziel der 'Humanisierung der Arbeitswelt' verpflichtet fühlt. Das heißt, die Erkenntnisse über den Zusammenhang von belastenden Arbeitsbedingungen, speziell für Teile der Randbelegschaften — wie den Behinderten und von Behinderung Bedrohten — und deren gesamten Lebenszusammenhang sind in konkrete Handlungsziele umzusetzen, die auf der Ebene von Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen realisiert werden müssen.²² Die gewerkschaftliche Forderung nach Ausweitung des Kausalitätsprinzips der Unfallversicherung in andere Versicherungsbereiche (z.B. Rentenversicherung) würde eine solche Entwicklung unterstützen, und zu einer stärkeren Rückverlagerung staatlicher Sozialpolitik in den Produktionsprozeß beitragen.

Im Rehabilitationsbereich hat sich die Gewerkschaft schon seit den 50er Jahren für ein ausreichendes und gut koordiniertes Rehabilitationsangebot seitens des Staates eingesetzt und auch die seit den 60er Jahren stark zugenommenen Aktivitäten des Staates in der Rehabilitationspolitik (Schaffung von Berufsförderungswerken, Werkstätten für Behinderte etc.) wesentlich unterstützt.²³ Trotz der deutlich zunehmenden staatlichen Aktivitäten und beträchtlicher Erfolge ist auf ein bleibendes qualitatives und quantitatives Defizit jedoch z.B. im Hinblick auf das überbetriebliche Rehabilitationsangebot, das 1975 von ca. 95 % aller Rehabilitanden aufgrund des Fehlens anderweitiger Möglichkeiten genutzt werden mußte, hinzuweisen.²⁴ Dabei ist zudem die Umsetzung des Postulats der Chancengleichheit zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen für alle Betroffenen kritisch zu überprüfen. So stellte Hofbauer fest:

- „daß Personen mit Hauptschulbildung und betrieblicher Berufsausbildung unter den Rehabilitanden stark überrepräsentiert sind“,
- „daß bis auf die Facharbeiter alle Gruppen bei den umgeschulten Rehabilitanden weniger stark vertreten sind“,
- daß ältere Personen stark unterrepräsentiert sind, während zwischen der Zahl von Frauen und Männern kein nennenswerter Unterschied besteht.²⁵

Es besteht also die Gefahr, daß im Bereich der beruflichen Umschulung von Behinderten im Erwachsenenalter eine „Behindertenelite“ ausgebildet wird, die vor ihrer „Behinderung“ überwiegend qualifizierte

Tätigkeiten ausgeübt hat (Teile der Stammebelegschaft). Auf der betrieblichen Ebene müßte zur Erleichterung der Wiedereingliederung ins Berufsleben eine Wiedereinstellungspflicht der Arbeitgeber mit vorläufigen Schonarbeitsplätzen verstärkt in die Diskussion gebracht werden.

Im gegenwärtigen Stadium haben Vertrauensleute und Betriebsräte vor allem die Einhaltung der 6 %-Quote des Schwerbehindertengesetzes zu überwachen.²⁶ Zudem muß durch eine aktive Personalpolitik die Besetzung freier Arbeitsplätze mit Behinderten forciert werden und vorhandene Behindertenarbeitsplätze gesichert und adäquat ausgestattet werden. Eine unabdingbare Notwendigkeit stellt dafür die institutionalisierte Verbindung von Betriebsrat und Behindertenvertrauensmann/-frau dar, was zur Zeit durch eine „Kann- bzw. Soll-Bestimmung“ gesichert ist.

In den sozialpolitischen Diskussionen sollten die Einzelgewerkschaften und der DGB weiterhin verstärkt auf die Erhöhung der Ausgleichsabgabe drängen und über die Zusammenarbeit von der Bundesanstalt für Arbeit und deren Hauptfürsorgestellen im Rahmen der Kontrolle der Einhaltung der Beschäftigungspflicht (BA) und der nachgehenden Fürsorge am Arbeitsplatz (Hauptfürsorgestellen) die konkrete betriebsbezogene Beschaffung von Arbeitsplätzen forcieren. Ein weitergehender Ansatzpunkt dafür besteht in der bereits angelaufenen intensiven Schulung der Vertrauensleute durch die Gewerkschaften.

Neben den eben kurz skizzierten Forderungen zur Prävention und Rehabilitation von Behinderten gilt es nun, auf die im Rahmen einer integrierten Beschäftigungspolitik aufgestellten arbeitsmarktpolitischen Forderungen einzugehen. Diese sind in fünf Komplexen zusammenzufassen:

1. die Forderung nach Erhöhung des Stellenwertes von Investitions- und Personalpolitik der öffentlichen Hand, d.h. auch besondere Berücksichtigung der Bemühung zur Wiedereingliederung von Problemgruppen in öffentlichen mittelfristigen Investitionsprogrammen;

2. die Forderung nach Ausrichtung selektiver beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen auf die Erfordernisse von Problemgruppen;

3. die Forderung nach Errichtung eines Frühwarnsystems für gefährdete Arbeitsplätze durch die verstärkte Durchsetzung der Informationspflicht nach § 8 (Meldung betrieblicher Änderungen, die zu Massenentlassungen/-arbeitslosigkeit, bzw. zu Umsetzungen auf minderbezahlte Tätigkeiten führen) und § 9 (Einführung einer Pflicht der Arbeitgeber zur Meldung offener Arbeits- und Ausbildungsstellen durch Rechtsverordnungen des BM) des AFG;

4. die Forderung nach Schaffung sog. „Anpassungsgruppen“ für Behinderte²⁷, in denen Kapital, Gewerkschaftsvertreter und die Arbeitsbehörde kooperieren und gewährleistet werden soll, daß die spezifischen

Beschäftigungsprobleme von Behinderten „vor Ort“ angegangen werden; und

5. die Forderung der Einbeziehung der Bundesanstalt für Arbeit, insbesondere unter Berücksichtigung ihrer Selbstverwaltungsorgane mit dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium zur Beeinflussung der Beschäftigungssituation, „in alle beschäftigungsrelevanten Planungen und Entscheidungen der Wirtschafts-, Regional-, Struktur- und Finanzpolitik“²⁸, wozu auch eine stärkere Kooperation von Bundesanstalt für Arbeit und Betrieben/Verwaltungen gehört.

Diese gewerkschaftlichen Zielvorstellungen sind sicherlich nicht kurzfristig zu realisieren, sondern langfristig orientiert und abhängig von einer verstärkten Basismobilisierung der Betroffenen.

Zu den verstärkten Bemühungen um eine Basismobilisierung der Behinderten, aber auch anderer potentiell bedrohter Kollegen, gehört die Kampagne des DGB zu den Vertrauensleute-Wahlen der Schwerbehinderten, die 1978, nach Einführung des SchwebG 1974, zum zweiten Male stattfand. Gleichzeitig mit dem Hinweis auf die Funktionsbereiche der Vertrauensleute und der Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit dem DGB („Es kommt für die Vertrauensleute auf die vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit mit gewerkschaftlich organisierten Betriebs- und Personalräten und auf die ständige Information und Schulung durch die DGB-Gewerkschaften an“)²⁹ wird der Versuch der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände nach Senkung der Beschäftigungsquote von Behinderten deutlich zurückgewiesen.

Der Anspruch der Gewerkschaften, ihre Mitglieder und deren Angehörige über den gesamten Lebenszusammenhang zu vertreten, ist dann gefährdet, wenn zentrale Lebensbereiche und -Stadien des Lebenszusammenhangs (behindert sein oder behindert werden) inklusiv oder dauerhaft von anderen Interessenverbänden vertreten werden. Dann nämlich kann sich damit, auch im öffentlichen Bewußtsein verankert, die Tendenz verbinden, Gewerkschaften als Vertreter von nur speziellen Arbeitnehmergruppen aufzufassen, wie dies von konservativen Autoren schon behauptet wird.

5. Entwicklung und Implikationen gewerkschaftlicher Positionen zur Ausbildung jugendlicher Behinderter

Im folgenden wollen wir die relativ abstrakte Analyse der Gewerkschaftspolitik und die skizzierten Probleme der Behindertenpolitik anhand eines z.Zt. in der politischen Öffentlichkeit intensiv diskutierten Themas — der Berufsausbildung jugendlicher Behinderter — exemplarisch diskutieren.

Die o.g. gewerkschaftliche Formulierung „gesamter Lebenszusammenhang“ schließt, wie bereits ausgeführt, den Bereich „Gesundheit“ und

„Behinderung“ (Prävention, Betreuung, Rehabilitation) und das Engagement für Interessen von Familienmitgliedern mit ein. Hierzu gehört auch der Bereich der Ausbildung, wo es darum geht, die Arbeitskraft erstmalig zu qualifizieren. Anhand der gewerkschaftlichen Forderungen und deren Modelle dazu in diesem Bereich soll die Entwicklung gewerkschaftlicher Positionen zur Ausbildung jugendlicher Behinderter exemplarisch dargestellt und analysiert werden. Schwerpunkt der Auseinandersetzungen ist dabei das Problem der sozialen Integration der Betroffenen unter besonderer Berücksichtigung gesamtgewerkschaftlicher Zielsetzungen und in Beziehung zu den oben dargestellten Spaltungstendenzen auf dem Arbeitsmarkt. — Abstrahiert wird in diesem Aufsatz von der allgemeinen Problematik der sich verschärfenden Jugendarbeitslosigkeit³⁰, von der die Gruppe der behinderten Jugendlichen hart betroffen ist und die den Hintergrund für die Thematisierung der Bildungssituation von behinderten Jugendlichen darstellt. — Um der zunehmenden Verschlechterung der Beschäftigungslage und der Abdrängung vom Arbeitsmarkt gerade dieses Personenkreises zu begegnen, sind umfassende arbeitsmarktpolitische Maßnahmen sowie Aktivitäten der Arbeitsämter, Betriebe und Gewerkschaften dringend geboten, um die Betroffenen nicht schon frühzeitig ins „Almosen-Proletariat“ (Klee) absinken zu lassen.

Ein erster Schritt in diese Richtung sind die Sonderprogramme zur Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für Schwerbehinderte, die seit 1977 vom Bund veranlaßt wurden. Mit Hilfe des zweiten Sonderprogramms wurden vom 1. 1. bis 30. 11. 1978 1.589 jugendliche Behinderte auf Ausbildungsplätze vermittelt, was eine deutliche Steigerung gegenüber dem ersten Programm bedeutet.³¹ Grundlage dafür war das Berufsbildungsgesetz von 1969, das die Möglichkeit eröffnet — auf Kammerebene — über den § 48 in Verbindung mit § 44 Sonderausbildungsgänge für Behinderte zu schaffen.

Die so vom Gesetzgeber durch Ausnahmeregelungen intendierte Verbesserung von Integrationschancen werden jedoch durch eine extensive Ausdehnung von Sonderausbildungsregelungen auf Kammerebene zunehmend ausgehöhlt.³² Diese Ausweitung über Kammerregelungen auf inzwischen 149 in 56 Berufen zeigt die Tendenz, daß Betriebe sich die Möglichkeit schaffen, Arbeitskräfte für ihre spezifisch betrieblichen Interessen heranzubilden. Immerhin ist die Zahl der durch Kammern verabschiedeten Sonderausbildungsregelungen „fast genau so hoch wie die Zahl der nach Inkrafttreten des BBiG neugeregelten Berufe“.³² Eine tarifvertragliche Vertretung der so Ausgebildeten wird dadurch erheblich erschwert; gleichzeitig erhöhen sich die Risiken der Betroffenen durch betriebsspezifische 'Miniausbildungen' schnell aus der aktiven Arbeitnehmerschaft ausgegliedert zu werden oder Arbeitsplätze zu besetzen, die

sowohl wegen der hohen Belastung als auch der geringen Aufstiegschancen und geringer Entlohnung keiner will. Ein weiterer Grund für diese extensive Schaffung von Sonderausbildungsgängen ist legitimatorisch-statistischer Art. Die mit Rationalisierung und Arbeitsintensivierung verbundenen Prozesse des Stellenabbaus und der Erhöhung von Stellenanforderungen haben zu einem Verdrängungswettbewerb auch unter den Jugendlichen geführt und so eine politisch relevante „Residualgruppe“ entstehen lassen. Deren Beschäftigung im Rahmen von Sonderausbildungsgängen ohne betrieblichen Übernahmepflicht, ohne tarifvertragliche Absicherung „vertuscht“ die generellen Probleme dieser Gruppe, ohne große Kosten und Risiken für die Betriebe bei gleichzeitiger Möglichkeit, das sozialpolitische Gewissen herauszustellen. Die über Sonderprogramme ermöglichte Finanzierung erleichtert oder stimuliert sogar die betriebliche Bereitstellung von derartigen Ausbildungsplätzen, zumal eine gezielte, selektive Übernahme von einzelnen Ausgebildeten möglich ist.

Über Kammerregelungen und Betriebsvereinbarungen hinaus war der Abschluß des Tarifvertrages für Behinderte am 1.8.1975 zwischen dem Verband der Pfälzischen Metallindustrie e.V. und der IG Metall der erste gewerkschaftliche Versuch einer kollektiven Regelung. Dieser Tarifvertrag — abgeschlossen mit dem Ziel der Vereinheitlichung von Betriebsvereinbarungen — galt für „körperlich, geistig, seelisch behinderte oder aus anderen Gründen gehinderte Jugendliche, die für einen anerkannten Ausbildungsberuf nicht oder noch nicht ausgebildet werden“³³ konnten. In den Betrieben sollten den „schwer in das Berufsleben einzugliedernden Jugendlichen“ Berufsfähigkeiten und Berufsfertigkeiten vermittelt werden, „die sie befähigen, eine diesen entsprechende Angelernten-Tätigkeit auszuüben bzw. sie in eine Berufsausbildung zu überführen“.³⁴ Qualität und Quantität der Ausbildung blieben jedoch weiterhin abhängig von betrieblichen Vereinbarungen, was eine starke Position des Betriebsrates einerseits und ein sich Zueigenmachen der Interessen der Behinderten durch die Belegschaft andererseits erforderte.

Die Probleme dieses Tarifvertrages, der vonseiten fortschrittlicher Wissenschaftler zwar kritisch durchleuchtet, dennoch als entscheidende Möglichkeit zur gesellschaftlichen Integration der Betroffenen eingeschätzt wurde³⁵, sind offensichtlich: Den Unternehmen wurde ein Instrument zur Ausbildung und Anwerbung billiger Arbeitskräfte geschaffen, die anderweitig keinen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz fanden. Durch den „Betreuungsvertrag“, der kein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis festlegte, waren derartig beschäftigte Jugendliche abhängig von der Willkür der Betriebe, da eine Übernahme in ein festes Arbeitsverhältnis in ihrem Belieben stand. Durch die „Anlernfähigkeit“ wurde jede betriebsunabhängige Fortbildung unmöglich. Diese Ausbildung wurde von den Gewerkschaften in neuerer Zeit als „Sackgassenausbildung“ identifiziert.

Die „Zweischneidigkeit“ von Sondermaßnahmen für Behinderte bestimmte auch die weitere, seit 1977 intensiver geführte, Auseinandersetzung zu Sonderausbildungsgängen in der gewerkschaftlichen Diskussion.

Als Gegenstrategie zu Bestrebungen der Arbeitgeber, die Ausbildungskosten zu senken und/oder zu verlagern und das Ausbildungsniveau nominell und real durch die extensive Ausweitung sogenannter Helfer- und Werkerausbildungen zu reduzieren, so daß derart ausgebildete Jugendliche unterhalb des tariflich gesicherten Ecklohnes eingestuft werden konnten, wurde von der IGM und dem DGB 1977 in ihren Forderungen zur Berufsausbildung jugendlicher Behinderter zunächst eine Differenzierung in zwei Gruppen vorgenommen.

Die Bezeichnung „Behinderter“ sollte denjenigen vorbehalten sein, „die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind und die zusätzlicher Hilfe bedürfen, um zu einem Ausbildungsabschluß zu gelangen“³⁶, während als „Lernbeeinträchtigte“ diejenigen bezeichnet werden sollten, „die ohne feststellbare und nachweisbare Behinderung körperlich, geistig oder seelischer Art den Schulabschluß nicht erreicht haben oder bestimmte Lerndefizite aufweisen. Die Ursachen können in den Unzulänglichkeiten des Schulsystems (...), in Entwicklungsproblemen des Jugendlichen oder in häuslichen Schwierigkeiten liegen“.³⁷

Ausgangspunkt der DGB Argumentation für diese Differenzierung war der Versuch, nach Ursachen zu unterscheiden und dementsprechende Strategien zu entwickeln: es wurde davon ausgegangen, daß eine weitgehend sozial verursachte ‚Lernbeeinträchtigung‘ durch die Veränderung der verursachenden Faktoren und zusätzlicher sozialer Hilfen (pädagogische Betreuung etc.) revidiert werden könnte. Dementsprechend wurde von einer Integration der ‚Lernbehinderten‘ in das bestehende duale Ausbildungssystem mit anerkannten Ausbildungsberufen und -abschlüssen *ohne Ausnahme* (in Form von Sonderregelungen) ausgegangen, wofür eine Reform des die ‚Lernbeeinträchtigung‘ mit verursachenden Schulsystems notwendig werden würde. Für Jugendliche, die die Schule ohne erforderliche Berufsreife verlassen, sollten „gezielte berufsvorbereitende Maßnahmen durchgeführt werden“, die dazu beizutragen hatten, „daß die Jugendlichen zur Berufsreife geführt und in eine qualifizierte Berufsausbildung gehen können“.³⁸

Für geistig und/oder körperlich behinderte Jugendliche wurde als Einstieg in die Berufsausbildung das „Berufsgrundbildungsjahr“³⁹ vorgesehen. Die darauf folgende Berufsausbildung sollte ebenso wie bei den Lernbeeinträchtigten in anerkannten Ausbildungsberufen stattfinden, wobei der Ausbildungsberuf/-feld so angelegt sein sollte, „daß damit Behinderungen soweit wie möglich ausgeglichen und überwunden werden können.“⁴⁰ *Ausnahmen* waren jedoch in besonders dafür geeigneten Einrichtungen vorgesehen: die im Berufsbildungsgesetz und der Hand-

werksordnung vorgesehene Möglichkeit der Sonderregelungen für die Berufsausbildung behinderter Jugendlicher sollte jedoch „eng ausgelegt werden“: „Nach Auffassung des DGB dürfen die Berufsausbildungsausschüsse keine regionalen oder betriebsbezogenen Sonderregelungen verabschieden.“⁴¹ D.h.: Sollten aufgrund der Art und Schwere der Behinderung Sonderregelungen erforderlich sein, so dürften sie nur bundeseinheitlich zur Wahrung der Homogenität der Ausbildung eingeführt werden und müßten in das Gesamtsystem der Berufsausbildung mit Weiterbildungsmöglichkeiten und Aufbauformen eingebaut sein.

Die Ausbildung selbst sollte nach zwei zu erprobenden Modellen erfolgen:

Das erste Modell sah die Vermittlung von Grundfertigkeiten in einem Berufsbereich, das zweite Modell die Vermittlung spezieller Berufsqualifikationen mit der Möglichkeit ihrer Verbreiterung durch Aufbaumöglichkeiten vor.⁴²

Zusammenfassend war das Ziel des DGB, „den Jugendlichen zu helfen und zugleich den Tendenzen zur Auflösung der Qualifikationsstruktur in der Berufsausbildung entgegenzuwirken“⁴³, indem ihnen nach Möglichkeit, d.h. den subjektiven Voraussetzungen angepaßt, in einem anerkannten Ausbildungsberuf vielseitig verwertbare berufliche Qualifikationen vermittelt werden. Durch die Differenzierung der Betroffenen in zwei Gruppen wurde jedoch der durch betriebliche Strategien induzierten Spaltung in Stamm- und Randbelegschaft nicht gezielt entgegen gewirkt.

Gegenüber der von DGB und IGM entwickelten Strategie zur Berufsausbildung und Integration jugendlicher Behinderte in Form der Veränderung des Qualifikationssystems schlug die GEW in ihrem Antrag zur Ausbildung und Beschäftigung für Behinderte zum 11. Ord. DGB Bundeskongreß neben einer Verbesserung und stärkeren Differenzierung des Ausbildungssystems die „Schaffung geeigneter Tätigkeitsfelder“ vor: Es sollten neue, den bisher vorhandenen aber gleichwertige Berufsbilder geschaffen werden, die von den positiven Möglichkeiten der Behinderten ausgehen und gleichzeitig berücksichtigen, daß bestimmte Handicaps der Behinderten schon heute vollkommen oder zumindest weitgehend durch technologische Möglichkeiten ausgeglichen werden können.“⁴⁴

Als Ziel der Berufsausbildung wurde eine „individuelle Berufsqualifikation“ angegeben: „Damit soll jedem Behinderten die Möglichkeit eingeräumt werden, entweder eine vollständige Fachkompetenz oder mindestens eine Qualifikation für bestimmte beruflich relevante Fertigkeiten bescheinigt zu bekommen“⁴⁵, wobei die „berufliche Grundqualifikation“ als Basis für eine berufliche Fortbildung im entworfenen Ausbildungssystem zu dienen hatte. Die GEW entwarf ein gestuftes Schul- und Berufsausbildungssystem⁴⁶, das sich auf der Grundannahme einer inte-

grierten Ausbildung behinderter und nicht-behinderter Jugendlicher entfaltet.^{46a} Die für behinderte und nicht-behinderte Jugendliche im dualen Ausbildungssystem stattfindende Berufsschul- und Betriebsausbildung wurde in drei aufeinander aufbauende Stufen gegliedert:

- Berufsgrundbildung (nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht)
- Fachausbildung I (berufliches Fundament) und
- Fachausbildung II (berufliche Zusatzqualifikation).

Ausnahmen für die integrierte Ausbildung waren jedoch vorgesehen und wurden in den Forderungen institutionell abgesichert. Es sollten

- Berufssoonderschulen für Jugendliche mit erheblichen Behinderungen,
- Berufsbildungswerke für Jugendliche mit erheblich eingeschränkter Mobilität,
- Werkstätten für Behinderte, für Jugendliche mit erheblich eingeschränkter Mobilität und reduzierter Adaptionfähigkeit eingerichtet bzw. nach diesem Schema ausgerichtet werden.⁴⁷ Neben einer quantitativen Erweiterung des Schulangebotes wurde auch eine qualitative Erweiterung — bezogen auf Berufsfindungs- und Rehabilitationsberatung, die den Betroffenen über die Ausbildung hinaus begleiten soll — gefordert. Personell sollte dieser Bereich der Betreuung durch in der GEW organisierte Arbeitnehmergruppen (Lehrer, Diplom- und Sozialpädagogen) abgedeckt werden.

Der jüngste gewerkschaftliche Forderungskatalog zur Berufsausbildung jugendlicher Behinderter, verabschiedet auf dem 11. Bundeskongress des DGB im Mai 1978 in Hamburg⁴⁸, sieht die Differenzierung nach „geistig und/oder körperlich behinderten Jugendlichen“ und den „Lernbeeinträchtigten“ explizit *nicht* mehr vor: Es wird allgemein von Behinderten gesprochen.⁴⁹

Der Grundtenor des Antrages 299 — inhaltlich stark von dem oben diskutierten GEW-Papier geprägt — ist der Ruf nach staatlicher Initiative auf Bund- und Länderebene zur *Eingliederung Behinderter* in das Ausbildungs- und Beschäftigungssystem: „Dazu gehören insbesondere staatliche Initiativen der Sonderschulbildung, zum Ausbau des Beratungssystems, zur Reform der Berufsausbildung Behinderter und zur Schaffung von geeigneten Tätigkeitsfeldern.“⁵⁰ Die Maßnahmen zur beruflichen Integration Behinderter sollen beim Bundesinstitut für Berufsbildung in Berlin zentralisiert werden.

Ohne die bis dahin verwendete Differenzierung nach „Lernbehinderten“ und „geistig und/oder körperlich“ Behinderten explizit vorzunehmen, werden in drei Punkten — dem tradierten, sukzessiven Bildungsmodell entsprechend — Forderungen zu den einzelnen Bildungsabschnitten aufgestellt.

I. Generell wird für die Institution „Sonderschule“ die Forderung erhoben, sie in den Stand zu setzen, „den Übergang Behinderter in die

Berufsausbildung vorzubereiten''³¹, wozu

- 10 Vollzeitschuljahre
- Berufswahlunterricht mit Entwicklung der allgemeinen Berufsreife
- ein obligatorisches Betriebspraktikum
- die Möglichkeit der Verlängerung der Schulzeit zur Erlangung eines Hauptschulabschlusses und
- die Möglichkeit der Berufserprobung bei nicht vorhandener Berufsreife gehören.

II. Durch den Ausbau der Beratung soll ein dichtes Netz der Betreuung entstehen, was dem von der Gewerkschaft formulierten Anspruch der umfassenden Vertretung aller lohnabhängig Beschäftigten über deren gesamten Lebenszusammenhang entsprechen würde:

- Berufsfindungsberatung mit einem Team schon in der Schule,
- gezielte, den Beruf eingrenzende Beratung durch das Arbeitsamt in Abgangsklassen,
- Rehabilitationsberatung.

III. Die Berufsausbildung jugendlicher Behinderter soll nicht nur in Stufen

(— Berufsgrundbildung (nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht),

- Fachausbildung I (berufliches Fundament) und
 - Fachausbildung II (berufliche Zusatzqualifikation)),
- sondern auch an verschiedenen Lernorten³² erfolgen:

a) Lernort Berufsschule / Betrieb, wobei davon ausgegangen wird, daß durch besondere Maßnahmen die gemeinsame Ausbildung von Behinderten und Nicht-Behinderten möglich ist,

b) Lernort Berufsonderschulen / Betrieb für Jugendliche mit erheblichen Behinderungen,

c) Lernort Berufsbildungswerk, der die schulische und betriebliche Ausbildung in einem System integriert und für Behinderte mit eingeschränkter Mobilität vorgesehen ist und

d) Lernort Werkstätten für Behinderte, die für Behinderte mit eingeschränkter Mobilität und stark reduzierter Adaptionsfähigkeit konzipiert sein sollen. Neben der Ausbildung soll auch die Möglichkeit der Weiterbeschäftigung gegeben sein.

Der vorgenommenen Differenzierung liegt die Intention zugrunde, einem Großteil der als 'behindert' definierten Jugendlichen eine gemeinsame Ausbildung mit Nichtbehinderten in Berufsschule und Betrieb zu ermöglichen, so daß die sonst gängige Praxis der Selektion hin zu 'Sonderausbildungsgängen' und der damit verbundenen Dequalifizierung weitgehendst verhindert wird. Ziel der Berufsausbildung ist eine individualisierte Qualifikation, die mindestens eine *berufliche Grundbildung* beinhalten muß.

Mit der vorgeschlagenen Differenzierung ist jedoch die Notwendigkeit

eines Selektionsprozesses verbunden, wobei die Unzulänglichkeit des momentanen Zustandes der Zuweisung zu Sonderformen der Ausbildung reproduziert wird: Wer soll und kann z.B. unter Zugrundelegung welcher Kriterien entscheiden, ob „spezifische Lernmittel, Medien, spezielle Apparaturen und ein behinderungsspezifisches Gebäude“ und „Berufsschullehrer mit einer Zusatzqualifikation in Sonderpädagogik“³³, für die „besonderen Bedürfnisse“ der „Behinderten“ ausreichen oder einer Einordnung in eine „Berufsoberschule“ notwendig ist?

Die eingeräumte Möglichkeit, „mindestens eine Qualifikation für bestimmte berufliche relevante Fertigkeiten bescheinigt zu bekommen“³⁴, meint nichts anderes als eine neue Form von Sonderabschlüssen für die „Residualgruppe“. Die gleichzeitige Forderung nach Schaffung neuer, den vorhandenen aber gleichwertigen Berufsbildern unter Berücksichtigung der „positiven Möglichkeiten“ Behinderter fördert — ohne weitere sozialpolitische und tarifvertragliche Maßnahmen wie die im Antrag 299 geforderte gesetzliche Absicherung einer Übernahme- und Beschäftigungsverpflichtung der Auszubildenden durch die Betriebe, — kaum die Integration dieser Problemgruppe. Vielmehr steht zu befürchten, daß die am Schutzbedürfnis und pädagogischer Förderung orientierten Maßnahmen zu einer neuerlichen Ungleichbehandlung und Stigmatisierung beitragen, da sie in betriebliche Strategien eingebunden werden können.

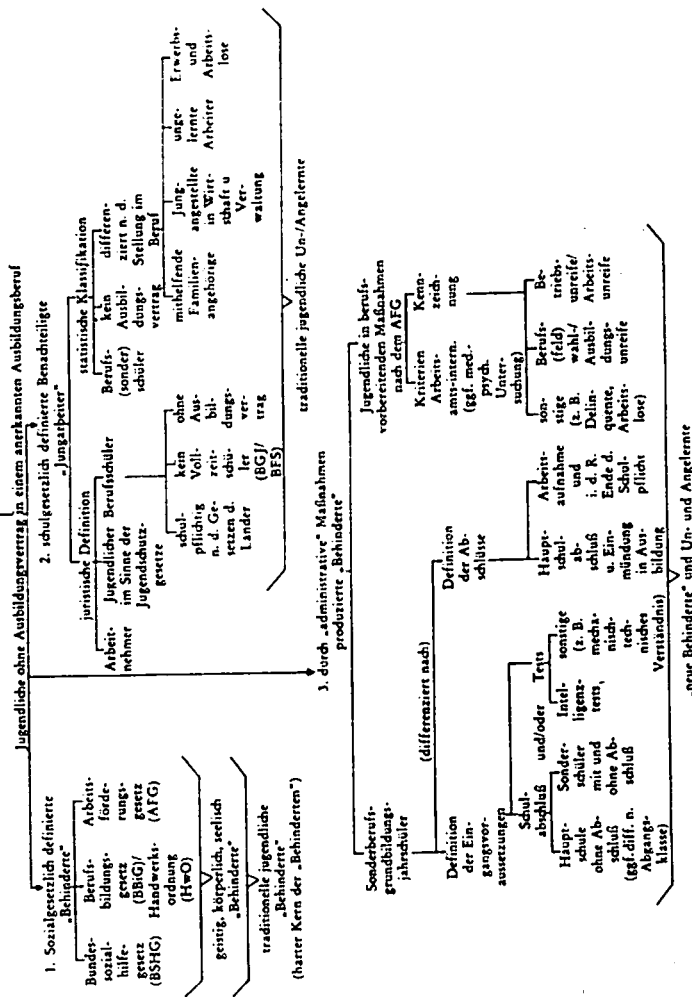
Trotz der diskutierten pädagogisch begründbaren Differenzierung auf unterschiedlichen Stufen ist die Tendenz des Antrages zur Ausbildung und Beschäftigung für Behinderte eindeutig: Die gegen Helfer- und Werker Ausbildung gerichtete Strategie einer integrierten Ausbildung jugendlicher Behinderter soll eine Verbreiterung des Kreises Jugendlicher ermöglichen, die zu einem Facharbeiterabschluß geführt werden, d.h. sich aufgrund besserer Ausbildungsbedingungen für einen vollwertigen Abschluß in einem anerkannten Ausbildungsberuf qualifizieren können, womit sie zum potentiellen Gewerkschaftsmitgliedstamm gehören.

Daß die Forderungen des DGB in der praktischen Politik ihren Stellenwert und Erfolg entsprechend der zugrundeliegenden Intention haben, zeigt die Reaktion des IHK-Präsidenten Conzen³⁵, der durch die neue Politik der IG Metall und des DGB die — im Arbeitgebersinne — bisherigen gemeinsamen, positiven Bemühungen um Sonderausbildungen nach § 48 BBiG vereitelt sieht, da Arbeitnehmervertreter in Berufsausbildungsausschüssen der Kammern nicht mehr der Verabschiedung von Sonderausbildungsregelungen zustimmen.

Die gewerkschaftliche Diskussion wird durch Apel, Biermann und Schild weitergeführt.³⁶ Sie gehen dabei von einer analytischen Differenzierung in drei Gruppen aus:

— die erste Gruppe, als 'harter Kern' der Behinderten bezeichnet, besteht aus den durch die Sozialgesetzgebung definierten Behinderten;

Überblick der Definitionen „Behinderter“ im beruflichen Ausbildungswesen



— die zweite Gruppe sozial und beruflich benachteiligter Jugendlicher ohne Ausbildungsvertrag konstituiert sich über schulgesetzliche Definitionen;

— die dritte Gruppe entsteht und umfaßt die durch 'administrative Maßnahmen' produzierten Behinderten.

Insbesondere im Zusammenhang bereits existierender Sonderausbildungsregelungen und dem Dilemma der Gewerkschaften „einerseits für den harten Kern der Behinderten der Einrichtung von Sonder- und Stufenausbildungsgängen zuzustimmen, andererseits den Zugang in diese Ausbildung nur schwer regulieren zu können“⁵⁸, schlagen Apel u.a., abweichend von den Forderungen des DGB nach Schaffung geeigneter Tätigkeitsfelder, die Modifizierung der Prüfungsbedingungen für den 'harten Kern' der Behinderten vor.

Ausgehend von den Feststellungen,

— daß die theoretischen Anforderungen von Ausbildungsberufen relativ willkürlich sind,

— daß die Eingliederung „Behinderter“ ein von der jeweiligen Bereitschaft des Arbeitgebers abhängiger Prozeß ist,

— daß die erwerbsmäßige Eingliederung je nach struktureller und konjunktureller Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation unterschiedliche Voraussetzungen quantitativer und qualitativer Art bedingt ist,

— daß die Behinderung relativ ist und sich um einen während der Ausbildung oder Erwerbstätigkeit verändern kann, zum anderen sich die Bedeutung der Behinderungsart durch den Einsatz technischer Hilfsmittel, durch Veränderungen in der Beschäftigungsstruktur oder die gesellschaftliche Bewertung verändern kann,

kommen sie u.a. zu folgenden Forderungen:

— die Ausbildung anerkannter Ausbildungsberufe ist zu modifizieren, nicht aber sind neue Berufsbilder zu schaffen,

— die Prüfungen für Behinderte sind in Hinblick auf die spätere Berufspraxis zu modifizieren,

— eine rein betriebsspezifische Ausbildung ist zu verhindern, und

— um die Gewähr zu bieten, daß ausgebildete jugendliche Behinderte auch in ein festes Arbeitsverhältnis gelangen können, sind vor der Ausbildung die regionalen Arbeitsmarktbedingungen zu prüfen.⁵⁹

6. Zusammenfassung

Die gewerkschaftlichen Bestrebungen nach gesellschaftlicher Integration der Behinderten werden durch die reale Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt eingeschränkt: Allein eine Strategie der individuellen Qualifizierung (u.U. sogar in Zusammenhang mit der Schaffung neuer „geeigneter Tätigkeitsfelder“) kann keine berufliche Integration gewährleisten, da die Behinderten und Leistungsgeminderten immer mehr in Abhän-

gigkeit von betrieblichen Vorgaben geraten und die Individualisierung der Qualifikation eben nur dann erfolgreich ist, wenn sie sich nach den qualitativen Bedarfskriterien der Nachfrageseite richtet, d.h. die Individualisierung ihre Entsprechung in einer „Angebots-Nische“ findet.⁶⁰ Da die Möglichkeiten der Vorhersage und Findung derartiger „Nischen“ begrenzt⁶¹ und mit unterwertiger und instabiler Beschäftigung verbunden sind, müssen gewerkschaftliche Forderungen darauf gerichtet sein, diese betriebsspezifischen Abhängigkeiten durch kollektive tarifvertragliche und sozialpolitische Regelungen zu vermeiden. Sonderregelungen können nur von dem Hintergrund der Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an qualifizierten Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten diskutiert werden. Resümierend ist jedoch zur bisherigen gewerkschaftlichen Politik gegenüber Jugendlichen festzustellen, daß auch sie Selektionsprozesse und die Schaffung von Residualgruppen, wenngleich durch die neueren Regelungen in vermindertem Maße, noch immer zuläßt. Das stellt jedoch unter gegebenen Bedingungen — nämlich dem generellen Mangel an Ausbildungs- und Arbeitsplätzen — den deklarierten Grundsatz „Fördern statt Selektieren“⁶² in Frage, da Sonderregelungen mit der Gefahr der Ausgliederung verbunden sind. Darüber hinaus kann dies negative Folgen für die Identitätsbildung der Betroffenen haben und sich mit Stigmatisierungsprozessen verbinden.

Es geht uns nicht darum, gezielte Förderungsmaßnahmen für einzelne Gruppen abzulehnen, sondern 'betriebsspezifische Regelungen' zu vermeiden: Wir fordern eine integrierte Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen mit besonderen Hilfestellungen. Angesichts der sich verschärfenden Strukturierung des Arbeits- und Ausbildungsmarktes zuungunsten von Problemgruppen sollten arbeitsmarktpolitische Anstrengungen der Gewerkschaften primär auf kollektive Lösungen, z.B. die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von qualifizierten Ausbildungsplätzen für *alle* Jugendlichen, gerichtet sein.

Anmerkungen

1. Vgl. zur Diskussion die Beiträge in Sengenberger, W. (Hrsg.): Der gesplante Arbeitsmarkt, Ffm 1978 und Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik/Offe, C. (Hrsg.): Opfer des Arbeitsmarktes, Neuwied und Darmstadt 1977 und Sengenberger, W.: Zur Dynamik der Arbeitsmarktsegmentierung. In: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 33 (Hrsg.: Brinkmann, Ch. u.a.), Nürnberg 1979, S.1ff.
2. Vgl. zur ausführlichen Diskussion der beruflichen Benachteiligung Behindeter und dem begrenzten Erfolg arbeitsmarkt- und sozialpolitischer Maßnahmen die Beiträge in Runde, P./Heinze, R. (Hrsg.): Chancengleichheit für Behinderte, Darmstadt und Neuwied 1979.
3. Vgl. ausführlich Offe, C., Hinrichs, K.: Sozialökonomie des Arbeitsmarktes und die Lage 'benachteiligter' Gruppen von Arbeitnehmern. In: Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik/Offe, C. (Hrsg.): a.a.O., S.36ff.

4. Vgl. Sengenberger, W.: Arbeitslosigkeit und Arbeitsmarktstruktur. In: WSI Mitteilungen 4/77, S.221 und Projektgruppe im WSI: Betriebliche Beschäftigungspolitik und gewerkschaftliche Interessenvertretung, Köln 1977, S.91.
5. Vgl. auch Projektgruppe im WSI: a.a.O.
6. Offe, C./Hintichs, K.: a.a.O., S.39f.
7. Vgl. zur empirischen Bestätigung erste Ergebnisse bei Biehler, H./Brandes, W./Buttler, F./Gerlach, K.: Interne und externe Arbeitsmärkte - Theorie und Empirie zur Kritik eines neoklassischen Paradigmas, in: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 33 (Hrsg. Brinkmann, Ch. u.a.), Nürnberg 1979, S.102ff.
8. Vgl. u.a. Lutz, B.: Sieben magere Jahre - oder: Ist Unterbeschäftigung unvermeidlich? In: Borsdorf, W. u.a. (Hrsg.): Gewerkschaftliche Politik. Reform aus Solidarität. Zum 60. Geburtstag von H.O. Vetter, Köln 1977, S.504.
9. Schmid, G.: Strukturelle Arbeitslosigkeit in der BRD. Beiträge zur Problemanalyse der Unterbeschäftigung und Überlegungen zu arbeitsmarktpolitischen Konsequenzen, IIM papers, Berlin 1978, S.107.
10. Bertram, C./Lange, J./Freder, M.: Versuch der empirischen Überprüfung der Einhaltung der Beschäftigungspflicht von öffentlichen und privaten Betrieben bezüglich des SchwerbG mithilfe einer an das 'narrative' Interview angelehnten Fragetechnik, MS Hamburg 1978.
11. Vgl. Leppin, H./Ritz, H.G.: Behinderte und Leistungsgeminderte als Problemgruppe des Arbeitsmarktes. In: Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik/Offe, C. (Hrsg.): a.a.O., S.135ff.
12. Vgl. zur nicht-staatlichen Implementation von sozial-politischen Gesetzen Lenhardt, G./Offe, C.: Staatstheorien und Sozialpolitik. In: Ferber, C. von/Kaufmann, F.X. (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, KZfSS Sonderheft 19, Opladen 1977, S.115ff.
13. Es handelt sich um die Stellungnahme eines Personalleiters.
- 13a. Es handelt sich hierbei um die Stellungnahme eines Behindertenvertrauensmannes. Die genannte Strategie wird z.T. von Schwerbehindertenvertrauensleuten und Betriebsrat in der Absicht, einen Arbeitsplatz und damit die Existenzbedingungen eines Kollegen längerfristig zu sichern, unterstützt.
14. Vgl. Drucksache 8/2190 vom 16.10.78: Antwort der Bundesregierung. Lage der Behinderten und Weiterentwicklung der Rehabilitation, S.3.
15. Vgl. Heinze, R.G./Runde, P.: Behinderte als Problemgruppe des Arbeitsmarktes - zwischen kollektiver Interessenvertretung und Marginalisierung. In: WSI Mitteilungen 11/1978, S.634ff.
16. Vgl. Böhle, F.: Humanisierung der Arbeit und Sozialpolitik. In: Ferber, C. von/Kaufmann, F.X. (Hrsg.): a.a.O., S.290ff.
17. Klee, E.: Gefahrenzone Betrieb, Ffm 1977, S.9.
18. Projektgruppe im WSI: a.a.O., S.372.
19. Tennstedt, F.: Sozialwissenschaftliche Forschung in der Sozialversicherung. In: Ferber, C. von/Kaufmann, F.X. (Hrsg.): a.a.O., S.495.
20. Klee, E.: a.a.O., S.52ff.
21. Naschold, F.: Zur Perspektive und Strategie einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik. In: Gewerkschaftliche Monatshefte 3/77, S.189.
22. Vgl. auch Heinze, R.G./Runde, P.: Arbeitsmarkt- und sozialpolitische Maßnahmen zur Integration Behinderter in den Arbeitsprozeß und betriebliche Strategien. In: Runde, P./Heinze, R.G.: a.a.O.
23. Vgl. Haaser, A.: Entwicklungslinien und gesellschaftliche Bedingungen der Behindertenpolitik in Deutschland, Diss., Konstanz 1975.
24. Vgl. zu diesem Komplex auch Gärtner, F.: Rehabilitationspolitik in der Bundesrepublik Deutschland - ein Überblick. In: Runde, P./Heinze, R.G. (Hrsg.): a.a.O.

25. Hofbauer, H.: Verlauf und Erfolg der beruflichen Umschulung bei Rehabilitanden. In: MITTAB 1/77, S.54.
26. Vgl. zur Einhaltung der gesetzlichen Quote Heinze, R.G./Runde, P.: Arbeitsmarkt- und sozialpolitische..., a.a.O.
27. Heinze, R.G./Runde, P.: Behinderte als Problemgruppe..., a.a.O.
28. Möller-Lücking, N.: Möglichkeiten besserer Zusammenarbeit zwischen BA und Betrieben/Verwaltung. In WSI Mitt. 4/78, S.188-194.
29. Pressestelle des DGB-Nordmark: Schwerbehinderte sollen ihre Chancen nutzen, Hamburg 2.9.78, S.1.
30. Vgl. z.B. Olk, T., Leppin, H.: Jugend in der Massenarbeitslosigkeit - Aktivposten oder Restkategorie des Arbeitsmarktes. In: Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik/Offe, C. (Hrsg.): a.a.O., S.227-266.
31. Vgl. Sozialpolitische Informationen vom 22.12.1978, Jg. XII/23, S.3.
- 31a. Vgl. dazu den Aufsatz (ohne Autorenangabe): 'Für Behinderte Ausbildung 2. Klasse'. In: GEW (Hrsg.): Erziehung und Wissenschaft, Heft 3/79, S.37.
32. Loderer/Preiss, in: DGB (Hrsg.) Gewerkschaftl. Bildungspolitik 10/78: Sonderausbildungsgänge für jugendliche Problemgruppen, S.207.
33. Tarifvertrag zwischen dem Verband der Pfälzischen Metallindustrie e.V., Neustadt (Weinstraße) und der IGM für die BRD, Bezirksleitung Ffm vom 28.8.1975, §2: Geltungsbereich.
34. ebenda, §1: Vertragszweck.
35. vgl. Deppe-Wolfinger, H.: Die berufliche Eingliederung Behinderter. In: Demokratische Erziehung 1/76, S.58-66.
36. DGB: Zur Berufsausbildung lernbeeinträchtigter Jugendlicher und zur Berufsausbildung geistig und/oder körperlich Behinderter. In: DGB (Hrsg.): Gewerkschaftl. Bildungspolitik 2/77, S.27.
37. ebenda, S.26.
38. ebenda, S.27.
39. Zur Diskussion des Berufsgrundbildungsjahres vgl. Hespos, M.: Theorie und Praxis der beruflichen Integration Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik 4, 1978, S.350-357.
40. DGB: Zur Berufsausbildung..., a.a.O., S.26.
41. ebenda, S.29.
42. ebenda.
43. ebenda, S.30.
44. GEW: Antrag zur Ausbildung und Beschäftigung für Behinderte zum 11. Ordentlichen DGB Bundeskongress Mai 1978. In: DGB, Gewerkschaftliche Bildungspolitik 7/8, 1978, S.262.
45. ebenda.
46. Vgl. schon Deutscher Bildungsrat (Hg.): Empfehlungen zur pädagogischen Förderung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, Bonn 1973.
- 46a. siehe letzte Seite
47. GEW: Antrag zur Ausbildung..., a.a.O., S.261.
48. DGB: Ausbildung und Beschäftigung für Behinderte. In: DGB (Hrsg.): Gewerkschaftliche Bildungspolitik 7/8, 1978, S.150-152.
49. Das Problem des Abdrängens von Jugendlichen ohne Hauptschulabschluß in die Gruppe der Behinderten wird im Antrag 299 des DGB nicht thematisiert, sondern im Antrag 298 'Sonderschulen' aufgegriffen. Hier wird die Situation der Sonderschüler in bezug auf Ausbildungsplätze mit der eines Ghettos verglichen: „In Zeiten der Arbeitslosigkeit wird die bisherige Förderung von körperlich, geistig und sozial benachteiligten Kindern durch Sonderschulen verstärkt als Instrument der Auslese benutzt.“

50. DGB: Ausbildung und..., a.a.O., S.150.
51. ebenda.
52. Vgl. zum Begriff 'Lernort Betrieb' Lempert, W.: Die notwendige und mögliche Funktion des Lernorts Betrieb im Verhältnis zur Lehrwerkstätte und Schule unter den Gesichtspunkten des sozialen Lernens und der Funktionalität der Ausbildung. In: Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Gutachten und Studien der Bildungskommission 38. Die Bedeutung verschiedener Lernorte in der beruflichen Bildung, Stuttgart 1974, S.55-69.
53. DGB: Ausbildung und..., a.a.O., S.151.
54. ebenda, S.152.
55. Conzen, in: DGB (Hrsg.); Gewerkschaftliche Bildungspolitik 10/78: Sonderausbildungsgänge für jugendliche Problemgruppen, S.205-206.
56. Apel, H., Biermann, H., Schild, H.: Berufsausbildung und Behinderte. In: DGB (Hrsg.); Gewerkschaftliche Bildungspolitik 10/78, S.208-223.
57. aus Apel, H. u.a.: a.a.O., S.211.
58. ebenda, S.222.
59. ebenda, S.222f.
60. Vgl. Offe, C., Hinrichs, K.: a.a.O., S.26f.
61. Vgl. Runde, P./Heinze, R.G.: Defizite und Perspektiven einer Sozialpolitik für Behinderte. In: Wöhler, K.H. (Hrsg.): Behinderung und Gesellschaft, Berlin 1979 (im Erscheinen) und Bundesanstalt für Arbeit: ABC-Handbuch; Handbuch zu den ausbildungs-, berufs- und wirtschaftsspezifischen Beschäftigungschancen mit Informationsprogramm- und Schlüssel, 1974.
62. Vgl. Loderer/Preiss: a.a.O., S.208.

Weitere Literatur zum Thema:

- Wolfgang Jantzen: Die berufliche und gesellschaftliche Eingliederung Behinderter, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1 (AS 8), Berlin/W. 1979
- J. Ricke, W. Karmaus, R. Höh: Frühinvalidität — Arbeiterschicksal? in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 2 (AS 17), Berlin/W. 1978
- H. Kühn, F. Hauß: Entwicklungstendenzen im medizinischen Arbeitsschutz, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3 (AS 27), Berlin/W. 1978
- D. Borgers, B. Nemitz: Bedingungen werksärztlicher Tätigkeit und das Arbeitssicherheitsgesetz, in: AS 27
- Klaus Priester: Zur Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD, in: AS 27
- A. Trojan, H. Waller: Sozialarbeit und Medizin, in: AS 27
- U. Canaris, G. Syben: Gewerkschaftliche Arbeit und medizinische Ausbildung, in: AS 27

Über die Autoren

Bichmann, Wolfgang, Dr. med., geb. 1949; Studium der Medizin, Ethnologie und Entwicklungssoziologie an der FU Berlin; Afrikaaufenthalte, Arbeitsgebiete: Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern, medizinische Entwicklungshilfe, Ethnomedizin. Assistenzarzt in Abt. für Innere Medizin; Mitarbeit im Weltfriedensdienst e.V.

Breddemann, Jeanette, geb. 1949; Diplom-Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum der psychosozialen Grundl. der Medizin, Universitätsklinik Frankfurt/M., Arbeitsgebiet: Gesundheitspolitik. Mitglied des Abt.-Vorstandes Gesundheitswesen ÖTV Frankfurt/M.

Drexler, Mark Siegmund, Dr. med., geb. 1950; Ass. Arzt in der Weiterbildung zum Arzt für innere Medizin im Stadt Krankenhaus Offenbach/Main. Vorstand des BGÄ in der ÖTV Ffm.

Girth, Ernst, Dr. med. geb. 1945; Oberarzt an der Med. Klinik I, Stadt Krankenhaus Offenbach/Main. Arbeitsgebiete: Angiologie und Cardiologie. Mitglied des Personalrates seit 1976; Vorsitzender des BGÄ in der ÖTV Ffm; Vertrauensmann der LdÄ in der LÄK Hessen.

Güse, Hans-Georg, geb. 1945; Studium der Medizin und Soziologie in Marburg. Assistenzarzt in Bremen. Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen.

Göpel, Eberhard, geb. 1947; Studium der Medizin und Pädagogik in Göttingen. Seit 1973 mit der Planung und Durchführung des Ausbildungsganges „Gesundheitswissenschaftliche Propädeutik“ am Oberstufenkolleg der Universität Bielefeld beschäftigt. Wissenschaftliches Interesse: Entwicklung der Didaktik und Methodik einer „Gesundheitswissenschaft“ als Grundelement medizinischer Ausbildung.

Heinze, R.G., geb. 1951; Dipl. Soz. (1976 an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld), 1977/78 wiss. Angestellter des Instituts für Soziologie in Hamburg, seit Oktober 1978 wiss. Assistent für Allgemeine Soziologie an der Gesamthochschule Paderborn (FB 1). Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Arbeitsmarktpolitik, Regionalsoziologie, Soziologie der Behinderten, Verbandsforschung.

Henkel, Dieter, Dipl. Psych., geb. 1944; Professor für Psychologie an der FH Frankfurt/M., Fachbereich Sozialarbeit; davor wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Psychologischen Instituten der Universitäten Hamburg und Heidelberg (jeweils Abtlg.: Klinische Psychologie). Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Sozialepidemiologie, Sozialpsychiatrie, Theorien psychischer Störungen; dazu Buch- und Zeitschriftenaufsätze; *Argument*-Veröffentlichungen zusammen mit D. Roer: Sozialepidemiologie psychischer Störungen in der BRD, AS 12, 1976; Probleme der Psychotherapiegesetzgebung, *Argument* 91, 1975 (s. auch *Argument*-Studienheft SH 24), sowie AS 15, 1977.

v. Ingersleben, Sigurd, Dr. phil., geb. 1944; Pharmazeut und Soziologe, seit 1975 am Institut für Arzneimittel des Bundesgesundheitsamtes. Arbeitsgebiete: medizinische Wissenschaftstheorie, Probleme der Arzneimitteltheorie.

Karmaus, Wilfried, Arzt, geb. 1949; wissenschaftlicher Assistent in der Medizinischen Soziologie der Universität Hamburg, Fachbereich Medizin. Veröffentlichung: Mängel in der medizinsoziologischen Lehre. Arbeitsgebiete: Betriebliche und außerbetriebliche Belastungen und deren Verarbeitung im Zusammenhang mit Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane; ätiologische Faktoren bei Diabetes und Hypertonie; gesundheitliche Information von Nichtmedizinern; Medizinalstatistik.

Runde, P., Dr. rer. pol., geb. 1943; seit 1976 Prof. f. Soziologie am Institut für Soziologie an der Universität Hamburg. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Erwachsenenbildung, Medizinische Soziologie, Sozialpsychiatrie, Soziologie der Behinderten.

Schagen, Udo, Dr. med., geb. 1939; Leiter der Abteilung Medizin in der Universitätsverwaltung der FU Berlin. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Aus- und Weiterbildung medizinischer Berufe. Struktur- und Entwicklungsfragen des Gesundheitswesens, insbesondere der Hochschulmedizin; Modellversuche „Praktisches Studienjahr im Medizinstudium“ und „Entwicklung eines dreijährigen Studiengangs für Lehrkräfte von Medizinalfachberufen“. Seit 1970 Mitglied der Redaktionskommission „Medizin“ der Zeitschrift *Das Argument*.

Schmacke, Norbert, geb. 1948; Studium der Medizin und Soziologie in Marburg. Assistenzarzt in Bremen. Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen.

Thomann, Klaus-Dieter, Arzt, geb. 1951; 1974/75 Tutor am Institut für medizinische Soziologie in Frankfurt/M., 1978/79 Übungsauftrag zum Funkkolleg „Umwelt und Gesellschaft“ an der Universität Frankfurt. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Geschichte der sozialen Medizin (Alfons Fischer, Alfred Grotjahn), gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit.

Treder, M., geb. 1954; Studium der Soziologie, Germanistik und Erziehungswissenschaft an der Universität Hamburg seit 1975. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Sprachsoziologie, Hochschuldidaktik, Soziologie der Behinderten.

Weiler, Thomas, geb. 1948; Ass. Arzt an der Medizinischen Klinik Stadt Krankenhaus Hanau. Arbeitsgebiet: Cardiologie. Mitglied des Personalrates. Mitglied des Vorstandes des BGÄ in der ÖTV Ffm.

Zieger, Andreas, Dr. med., geb. 1949; Ass. Arzt Neurologische Klinik Nord-West Krankenhaus Frankfurt. Mitglied des Personalrates, Mitglied des Vorstandes des BGÄ in der ÖTV Ffm.

Wir bitten, im Argument-Sonderband AS 30: Soziale Medizin (VIII) beim Aufsatz von Otto Rasper (Die Künstlichkeit gruppenspezifischer Veranstaltungen) folgende Satzfehler zu berichtigen:

S. 181, 2. Zeile v. unten, lies: sozialen Realität.

S. 183, 2. Zeile v. oben, lies: Wünsche und Befürchtungen sind immer 'gerichtet auf'.

S. 185, 3. Zeile v. oben, lies: mit Herrschaft zusammen.

SOZIALE MEDIZIN

INFORMATION • KRITIK • ALTERNATIVEN

• MAGAZIN DER SGSG

Die SOZIALE MEDIZIN beleuchtet verschiedenste Bereiche der Medizin und Gesundheitspolitik aus kritischer Sicht. Die Einflüsse der Industrie- und Standesinteressen in der Medizin werden dargestellt. Die SOZIALE MEDIZIN bezieht Stellung für eine Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung, welche die medizinische Betreuung ökonomisch schwächerer Schichten verbessert und eine soziale Finanzierung ermöglicht. Neue Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung werden propagiert: gemeinschaftliche und koordinierte Formen in der ambulanten Medizin (Gesundheitszentren/Gemeinschaftspraxen), Vorsorgemedizin, Arbeitsmedizin. Die SOZIALE MEDIZIN versucht eine breite Leserschaft anzusprechen. Denn: Ein soziales Gesundheitswesen ist eine gemeinschaftliche, demokratische Aufgabe.

Aus den letzten Nummern:

- Krankenpflege - kranke Pflege ?
- Neue Wege in der Psychiatrie
- Macht Stadtluft krank ?
- Altern in der Schweiz
- Medizin in KUBA und China
- Tod durch PVC
- Alterspolitik in Bologna
- Körperbehinderte: Randgruppe der Gesellschaft (Erfahrungsberichte)
- Pillenschlucken - Geldverdienen
- Gesundheitszentren auf französisch
- Arztgehilfinnen am Rande
- Argumente für die Fristenslösung
- Arbeitslose Assistenten
- Sparen bei psychisch Kranken
- Spital Schweiz - Ist das Chaos noch zu retten ?
- Infos aus der Drogenhilfe
- Sozialarbeit in der Medizin
- Arbeitsbedingungen: Gegen Kafighaltung des Menschen
- Der englische NHS im Blickpunkt
- Warum sind Arbeiter kränker ?
- Medizin in der Dritten Welt

Abonnement (8 Nummern im Jahr / 176 Seiten) SFr. 16.-

Bestellung und gratis Probenummern:
SOZIALE MEDIZIN Magazin der SGSG Postfach 2105
4000 Basel 1 / Schweiz

ARGUMENT-SONDERBÄNDE AS

Jahrbücher für kritische Medizin

AS 27 Jahrbuch 3

M. Albrecht, G. Weinrich: Wider die „Arzteschwemme“? E. Göpel: Medizinische Curriculumreform am Oberstufencolleg Bielefeld R. Laux: Medizinische Soziologie C. Marsen: Die zweite Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung U. Canaris, C. Syben: Gewerkschaftliche Arbeit und medizinische Ausbildung H.-H. Abholz: Intervention bei Myokardinfarkt I. Strasser: Bluthochdruck E. Greiser: Arzneiverordnungen in Niedersachsen H. Kühn, F. Hauff: Medizinischer Arbeitsschutz D. Borgers, B. Nemitz: Arbeitsmedizinische Praxis und Arbeitssicherheitsgesetz K. Priester: Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD H. Wintersberger: Gesundheitskampfe in Italien E.-S. Bartholomeyczik: Hat der Hebammenberuf noch eine Chance? K.-W. Tietze: Der Mutterpaß — Dokumentation mangelnder Schwangerenversorgung? H. Batschun, K. Benning, A. Merke, C. Schneider, E. Schröder: Sozialplanung der Säuglinge und Kleinkinder bei Vorsorgeuntersuchung und Frühförderung A. Trojan, H. Waller: Sozialarbeit und Medizin V. Garmy-Homolová: Altenpflege J. Breddemann: Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik I. Simon: Das 2. Arzneimittelgesetz C. Jeger, A. Schwank: Die Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen der Schweiz
Wissenschaftler boykottieren den Krebskongreß in Buenos Aires
240 Seiten, 1978

AS 17 Jahrbuch 2

M. Pflanz: Die sozialpolitische Lage des Arztes F. Tennstedt: Ärzte, Arbeiterbewegung und die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung B. Lemmer: Weniger ist mehr — Arzneimittelruß kontra rationale Arzneimitteltherapie I. Thieme: Irrwege der Gesundheitsökonomik W. W. Holland: Entwicklung und Nutzen einer Forschung für die Gesundheitsdienste H.-H. Abholz: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen am Beispiel des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings C. Marsen, B. Nemitz, U. Schagen: Das praktische Studienjahr H. C. Pauli: Primärmedizin und Medizinstudium — Ein Kongreßbericht D. C. Morell: Die Bedeutung einer wissenschaftl. Abteilung f. Allgemeinmedizin in Großbritannien I. M. Pelikan, H. U. Deppa: Ambulatoreien in Österreich F. Elgeti: Kooperative ambulante Einrichtungen in der BRD D. Hall: Das Wesen Krankenpflege und ihre gegenwärtige Praxis J. Robson: Geschichtliche Entwicklung und gegenwärtige Situation des englischen Gesundheitswesens I. Rickle, W. Karmaus, R. Höh: Frühinvalidität — Arbeiterschicksal? U. Cerhardt: Private Krankheitsausgaben, Armut und Ungleichheit in den USA W. Bichmann, R. Hartog, U. Schulz: „Westliche Medizin“ in Ländern der Dritten Welt am Beispiel Tansania V. Sigusch: Medizinische Experimente am Menschen: Das Beispiel Psychochirurgie
240 Seiten, 2. Aufl. 1978

AS 8 Jahrbuch 1

Editorial U. Schagen: Warum Kritisches Jahrbuch? Abholz/Buschmann, Dissmann, Schäfer, Thimme: Schwerkrankenversorgung C. Adler-Karlson: Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt Arezzo Gruppe: „Demokratische Psychiatrie“ H. U. Deppa: Medizinische Soziologie C. Elsner: Lärm und Schichtarbeit Frorhaag-Kirsch: Mitbestimmung im Großkrankenhaus Ch. Gaedt: Psychiatrie-Enquête R. Gensch: Forschung für die Alten? F. Hartmann: Arzt-Patient-Verhältnis B. Hantschick: Medizinische Lehrbücher W. Jantzen: Rehabilitation Behinderteter H. Kaupen-Haas: Gesundheits- und Krankheitsverhalten Knoblich-Rohmeyer: Planungsdaten und Gesundheitspolitik Kühn, Luth, Naschold-See: Zur Kostenentwicklung H. Laux: Vorsorgeuntersuchung V. Navarro: Monopolistischer Sektor und Gesundheitswesen H. Petri: Forensische Psychiatrie und Kindesmißhandlung I. Wulff: Psychiatrische Reformen
277 Seiten, 2. Aufl. 1979 Sonderpreis 18,50, 1. Stud. 15,- (im Abo-15,-/13,50)

ARGUMENT-Vertrieb · Tegelerstr. 6 · 1000 Berlin 65 · Tel.: 030/4619061