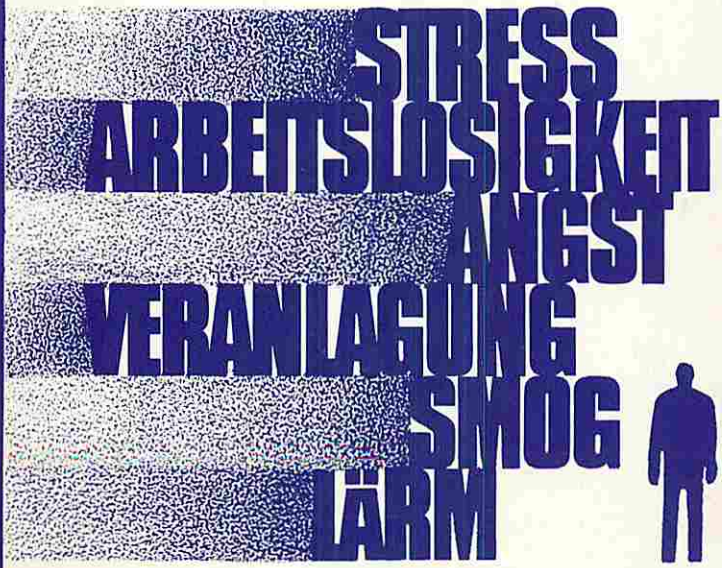
JAHRBUCH FÜR KRITISCHE MEDIZIN 10



KRANKHEIT UND URSACHEN

Das Argument-Konzept

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

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

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

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

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

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

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

ARGUMENT-VERLAG BERLIN

Kritische Medizin im Argument

Krankheit und Ursachen

Mit Beiträgen von

Heinz-Harald Abholz, Wolfgang Bichmann, Christoph Bock, Dieter Henkel, Hansjörg Hemminger, Werner Maschewsky, Maria Oppen, Rolf Rosenbrock, Konrad Tietze, Paul Weindling

ARGUMENT-SONDERBAND AS 119

Redaktion dieses Bandes

Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Dr. med. Dieter Borgers,
Petra Botschafter, Dr. med. Christian Gaedt,
D. Rolf Rosenbrock, Dr. med. Udo Schagen

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IN ARGUMENT

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

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin Dez. 1984,
Alle Rechte — auch das der Übersetzung — vorbehalten.
Argument-Verlag, Altensteinstr. 48a, 1000 Berlin 33, Telefon 030/831 40 79;
Argument-Vertrieb, Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/461 90 61.
Umschlaggestaltung: Sigrid von Baumgarten und Hans Förtsch.
Satz: Verlag Konstanze Freihold, Berlin.
Druck: SOAK Druck Hannover. 1-3. Tsd. Dez. 1983

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Krankheit und Ursachen / mit Beitr. von Heinz-Harald Abholz ... Berlin:
Argument-Verlag, 1984.
(Jahrbuch für kritische Medizin ; 10)
(Das Argument : Argument-Sonderband ; AS 119)
ISBN 3-88619-2
NE: Abholz, Heinz-Harald [Mitverf.]; 1.GT;
Das Argument / Argument-Sonderband

Inhalt

Editorial 4

Krankheitskonzepte

Paul Weindling
Soziale Hygiene: Eugenik und Medizinische Praxis —
Der Fall Alfred Grotjahn 6

Werner Maschewsky
Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung 21

Wolfgang Bichmann
Krankheit und Kranksein in transkultureller Sicht —
Beispiele aus Afrika 43

Krankheitskonzepte in der Praxis

Heinz-Harald Abholz
Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept 57

Konrad Tietze, Christoph Bock
Der plötzliche Kindstod: Ursachenvielfalt und Prävention 73

Rolf Rosenbrock, Heinz-Harald Abholz
Streßprävention durch Arbeitsschutz 85

Maria Oppen
Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den
Krankenstand 109

Ursachen von Krankheiten

Dieter Henkel
Arbeitslosigkeit und Alkoholismus —
Empirische Zusammenhänge und Analysen 120

Hansjörg Hemminger
Zum Streit um Bioprodukte und Gesunde Ernährung 142

Über die Autoren 146

Editorial

Die in der KRITISCHEN MEDIZIN geführte Diskussion über Krankheitsentstehung und Krankheitskonzepte nahm ihren Anfang in der Auseinandersetzung mit der »somatischen« Einseitigkeit sowie der Vernachlässigung sozialer und psychischer Faktoren in der Medizin. Diese Diskussion ist heute noch genauso aktuell. Sie führte zur Addition von Medizinsoziologie, Sozialmedizin und Psychologie in den Fächerkatalog der Ausbildung. In bezug auf die Praxis der Medizin hat sich wegen der Blockierung sämtlicher Reformvorschläge in diese Richtung kaum entwas geändert. Die aktuelle Allgemeinmedizin-Orientierung und die Selbsthilfe-Bewegung haben aber einige wesentliche Aspekte der Kritik aufgenommen.

Am Anfang jeden Nachdenkens über Krankheitskonzepte und Krankheitsentstehung steht — besonders in der aktuellen historischen Perspektive — die Frage von Genetik und Umwelt. Keine andere theoretische Positionsbestimmung in der Biologie und Medizin hat so sehr praktische Relevanz gewonnen wie diese in der Form der Rassenhygiene. Paul Weindlings Analyse der Sozialhygiene am Beispiel von Grotjahn verfolgt die Ausformulierung der Eugenik in einem Bereich, wo sie zunächst am wenigsten vermutet wird. In welcher Art heute ein genetisches Konzept von Krankheit, offen oder verschleiert, in der Medizin wirksam ist, dazu fehlt eine umfassende Einschätzung. Am Beispiel Krebs wurde in unserer Reihe (AS 64 Prävention) jedoch hierzu Stellung bezogen.

Die naturwissenschaftliche Medizin sieht sich gerne als im Grunde theorielos und pragmatisch an. Diese technisch-naive Mentalität schützt bis zu einem gewissen Grad vor falscher Abstraktion und Wunderglauben. Sie sieht aber nicht, daß auch der technische Eingriff in den Körper gerade dann auf einer Theorie aufbaut, wenn er zu einer »Schulmedizin« werden soll. Maschewski zeigt wie einseitig jedes Krankheitsmodell ist, von Virchows Zelle als Ausgangspunkt von Krankheit bis zu psychologischen Theorien. Der Beitrag handelt nicht von der therapeutischen Situation, in der Einseitigkeit oft ein notwendiger Faktor ist. Eine sozialwissenschaftlich fundierte Theorie von Krankheiten zielt auch nicht auf Praxis von Therapeuten sondern auf eine gesellschaftliche Praxis im Umgang mit Krankheit. Insofern verkennt der klinische Blick deren Bedeutung, wenn er sie als irrelevant für die Arzt-Patient-Beziehung ansieht.

Die Ganzheitlichkeit von Krankheitsphänomenen zu erkennen und auch eine darauf aufbauende Therapie zu praktizieren — dies wird von vielen Ärzten insgeheim, eher im Hintergrung, täglich praktiziert. Als explizites therapeutisches Konzept, das im Vordergrund der medizinischen Handlung steht, kommt es jedoch kaum vor. Bichmann versucht am Beispiel der Auseinandersetzung von westlicher und traditionaler Medizin den

Inhalt

Editorial 4

Krankheitskonzepte

Paul Weindling
Soziale Hygiene: Eugenik und Medizinische Praxis —
Der Fall Alfred Grotjahn 6

Werner Maschewsky
Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung 21

Wolfgang Bichmann
Krankheit und Kranksein in transkultureller Sicht —
Beispiele aus Afrika 43

Krankheitskonzepte in der Praxis

Heinz-Harald Abholz
Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept 57

Konrad Tietze, Christoph Bock
Der plötzliche Kindstod: Ursachenvielfalt und Prävention 73

Rolf Rosenbrock, Heinz-Harald Abholz
Streßprävention durch Arbeitsschutz 85

Maria Oppen
Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den
Krankenstand 109

Ursachen von Krankheiten

Dieter Henkel
Arbeitslosigkeit und Alkoholismus —
Empirische Zusammenhänge und Analysen 120

Hansjörg Hemminger
Zum Streit um Bioprodukte und Gesunde Ernährung 142

Über die Autoren 146

Editorial

Die in der KRITISCHEN MEDIZIN geführte Diskussion über Krankheitsentstehung und Krankheitskonzepte nahm ihren Anfang in der Auseinandersetzung mit der »somatischen« Einseitigkeit sowie der Vernachlässigung sozialer und psychischer Faktoren in der Medizin. Diese Diskussion ist heute noch genauso aktuell. Sie führte zur Addition von Medizinsoziologie, Sozialmedizin und Psychologie in den Fächerkatalog der Ausbildung. In bezug auf die Praxis der Medizin hat sich wegen der Blockierung sämtlicher Reformvorschläge in diese Richtung kaum entwas geändert. Die aktuelle Allgemeinmedizin-Orientierung und die Selbsthilfe-Bewegung haben aber einige wesentliche Aspekte der Kritik aufgenommen.

Am Anfang jeden Nachdenkens über Krankheitskonzepte und Krankheitsentstehung steht — besonders in der aktuellen historischen Perspektive — die Frage von Genetik und Umwelt. Keine andere theoretische Positionsbestimmung in der Biologie und Medizin hat so sehr praktische Relevanz gewonnen wie diese in der Form der Rassenhygiene. Paul Weindlings Analyse der Sozialhygiene am Beispiel von Grotjahn verfolgt die Ausformulierung der Eugenik in einem Bereich, wo sie zunächst am wenigsten vermutet wird. In welcher Art heute ein genetisches Konzept von Krankheit, offen oder verschleiert, in der Medizin wirksam ist, dazu fehlt eine umfassende Einschätzung. Am Beispiel Krebs wurde in unserer Reihe (AS 64 Prävention) jedoch hierzu Stellung bezogen.

Die naturwissenschaftliche Medizin sieht sich gerne als im Grunde theorielos und pragmatisch an. Diese technisch-naive Mentalität schützt bis zu einem gewissen Grad vor falscher Abstraktion und Wunderglauben. Sie sieht aber nicht, daß auch der technische Eingriff in den Körper gerade dann auf einer Theorie aufbaut, wenn er zu einer »Schulmedizin« werden soll. Maschewski zeigt wie einseitig jedes Krankheitsmodell ist, von Virchows Zelle als Ausgangspunkt von Krankheit bis zu psychologischen Theorien. Der Beitrag handelt nicht von der therapeutischen Situation, in der Einseitigkeit oft ein notwendiger Faktor ist. Eine sozialwissenschaftlich fundierte Theorie von Krankheiten zielt auch nicht auf Praxis von Therapeuten sondern auf eine gesellschaftliche Praxis im Umgang mit Krankheit. Insofern verkennt der klinische Blick deren Bedeutung, wenn er sie als irrelevant für die Arzt-Patient-Beziehung ansieht.

Die Ganzheitlichkeit von Krankheitsphänomenen zu erkennen und auch eine darauf aufbauende Therapie zu praktizieren — dies wird von vielen Ärzten insgeheim, eher im Hintergrung, täglich praktiziert. Als explizites therapeutisches Konzept, das im Vordergrund der medizinischen Handlung steht, kommt es jedoch kaum vor. Bichmann versucht am Beispiel der Auseinandersetzung von westlicher und traditionaler Medizin den

ganzheitlichen Anspruch für eine Medizin der Dritten Welt zu erhalten. Dieser ganzheitliche Anspruch hat viel mit dem umfassenden sozialwissenschaftlichen Konzept von Maschewski gemein. Das Problem besteht hier genauso in der praktischen Umsetzung im medizinischen Alltagshandeln.

Das Risikokonzept in der Medizin, welches von Abholz thematisiert wird, stellt den natürlichen Anfang des planenden Eingriffs in den Krankheitsprozeß dar; nicht mehr nur in der klinischen Katastrophe sondern lange vorher versucht die Medizin den, manchmal subjektiv kaum vorhandenen Krankheitsprozeß, zu beeinflussen. Die Erfolge dieses Konzeptes auf wenigen Gebieten werden überschattet von problematischen Tendenzen einer Medikalisierung. Hier wird der Übergang markiert, wo nicht mehr der Körper sondern die im äußeren sozialen und physischen Bedingungen das eigentliche Objekt der Medizin darstellen. In der Prävention von Streß kann so ein Beitrag gesehen werden, der diese Medikalisierung vermeidet.

Die Aufsätze von Henkel/Roer und Oppen befassen sich nicht mit der Körperlichkeit von Krankheit sondern den sozialen Phänomenen Alkoholismus und Arbeitsunfähigkeit. Das soziale Phänomen Krankheit hat hier Vorrang. So muß die Arbeitslosigkeit selbst die zu heilende Krankheit sein.

Die zunehmende Umweltverschmutzung führt mit der Industrialisierung von Landwirtschaft und Nahrungsmittelverarbeitung zu einer neuen Ernährungsfrage. Die gesundheitlichen Auswirkungen unterschielicher Anbaumethoden sind empirisch schwierig zu belegen, auch wenn Schadstoffgehalte industriell angebauter Nahrungsmittel höher liegen. Der Beitrag aus dem ÖKO-Institut ist die Zusammenfassung eines umfangreichen Gutachtens zu diesem Problem. Die aktuelle Umweltdiskussion führt bei einigen Krankheiten zur Gefahr der einseitigen Noxen-Orientierung im Sinne spezifischer Chemikalien. Der plötzliche Kindstod wird von Tietze als in einem umfassenderen Sinn sozial verursachte Krankheit gesehen, die trotz mangelhafter ätiologischer Klärung einer Prävention zugänglich ist.

Dies ist das 10. Jahrbuch für Kritische Medizin — also ein kleines Jubiläum; aber weder die Zahl noch andere Lorbeeren beweisen unsere aktuelle Nützlichkeit für die Gesundheitsbewegung. Wichtige Themen des Bremer Gesundheitstages (Datenschutz, Umwelt, Krebsregiser, Sozial- und Gesundheitspolitik nach der Wende usw.) wurden von uns bearbeitet. Ein kritisches, theoretischen Organ für die Gesundheitsbewegung — dies ist die Aufgabe, welche wir uns stellen.

Die Mitarbeit unserer Leser ist lebenswichtig. Unsere Planung für 1985 hat folgende Schwerpunkte in einem Themenband und dem Jahrbuch für Kritische Meadizin 11

- Umweltmedizin - Sozialpsychiatrie - Primärmedizin - Krankenpflege - Wir bitten daher unsere Leser und Mitarbeiter möglichst bald um Exposeś (besonders) zu diesen Themen.

Paul Weindling

Soziale Hygiene: Eugenik und medizinische Praxis — Der Fall Alfred Grotjahn

»Vorsicht vor Alfred Grotjahn!«, warnte kürzlich der Medizinsoziologe Hans-Ulrich Deppe.[1] Die historische Perspektive ist ein wichtiges Element bei dem Bestreben, eine sozial kritischere und demokratische Medizin zu verwirklichen. Da die Medizingeschichte, so wie sie in den spezialisierten Instituten gelehrt wird, wenig mehr anzubieten scheint als ein positivistisches Pantheon »großer Ärzte«, war es notwendig, eine Gegengeschichte der Pioniere einer sozialen Medizin zu schaffen. Alfred Grotjahn (1869-1931) — herausragender Vertreter der sozialen Hygiene, deren erster Ordinarius, zugleich mit Verbindungen zu Sozialisten — schien das passende Beispiel eines sozialistischen Arztes zu sein.[2] Deppe mußte nun feststellen, daß es gewisse Nebenwirkungen hat, Grotjahn als ein »Antidot« zur gegenwärtigen Misere der Medizin zu benutzen. Es ist ein Ziel des Beitrags, diese Nebenwirkungen klar herauszuarbeiten.

Soziale Hygiene und Eugenik scheinen Gegensätze zu sein: Soziale Hygiene verkörpert einen ökologischen Ansatz zu Gesundheitssicherung, Eugenik einen erblichen. Daher könnte man vermuten, daß Soziale Hygiene, historisch der medizinische Arm der sozialistischen Linken, Eugenik der medizinische Arm der Rechten gewesen sei. Tatsächlich aber waren Soziale Hygiene und Eugenik oft eng miteinander verbunden. Eugenik, im Schrifttum auch Fortpflanzungshygiene, Aufartung oder Erbpflege genannt, schloß nicht notwendigerweise »negative« Maßnahmen wie Euthanasie und Sterilisation ein, sondern entwickelte auch »positive« Maßnahmen wie Sozialfürsorge, betriebliches Gesundheitswesen, Familienunterstützung, soziale Gynäkologie, Sozialpädiatrie etc. Diese Maßnahmen sind an und für sich nicht eugenisch. Aber die historische Analyse ihrer Umsetzung zeigt, daß sie dennoch oft in rassistischen, sexistischen und nationalistischen Begrifflichkeiten konzipiert wurden — und dies in Verbindung mit dem Bestreben, die Macht professioneller Experten innerhalb der medizinischen Profession voranzutreiben.

Sobald eine Gesellschaft in biologistischen Begriffen definiert wird, werden alle soziale Sphären lediglich zu einer Erweiterung des Biologischen: Konzepte wie »Rasse«, »Nation« und diesen zugrundeliegende soziale Teile werden als biologisch identifiziert. Bei anderen Gelegenheiten bedeutet »Rasse« die »menschliche Rasse«. Eugeniker haben andererseits nicht nur die Möglichkeiten ausgeschöpft, die der Sozialismus bot; vielmehr appellierten sie auch an humanitäre Ideale. Diese Position mag solange »human« erscheinen, bis man schließlich erkennt, daß es auch fatale Folgerun-

gen gibt: nämlich daß ein erheblicher Bestandteil der Menschen an erblichen oder konstitutionellen Krankheiten und Behinderungen leidet, eingeschlossen den erblichen geistigen Behinderungen. Auf diese Weise ergibt sich folgende Situation: während es auf der einen Seite leicht auszumachende Rassisten in der Medizin gab, gab es auf der anderen Seite Eugeniker, die scheinbar sozial progressive Maßnahmen forderten, dies aber nicht im Interesse des kranken Individuums oder einer Gesellschaft als einer demokratischen Vereinigung von Individuen, sondern im »höheren« Interesse einer Gesellschaft zur Aufzucht der »menschlichen Rasse« oder einzelner, bestimmter »Rassen« — wie etwa der »arischen Rasse« — verstanden.

Grotjahns Definition der »Sozialen Hygiene« — entwickelt in Artikeln, bibliographischen Übersichten und gipfelnd schließlich in der ersten Auflage seiner »Sozialen Pathologie« im Jahre 1912[3] — wurde nicht allein im Gegensatz zur experimentellen Hygiene und zur Bakteriologie formuliert, sondern auch im Gegensatz zu den als pseudo-wissenschaftlich eingeschätzten Definitionen der »Rassenhygiene« eines Alfred Ploetz und der »Rassenhygiene« eines Wilhelm Schallmeyer. Nun wird Grotjahn von Deppe abgetan, weil er »Munition für die 'Rassenhygiene' der Nazis« lieferte. Deppe war in seinen früheren Bewertungen Grotjahns ebenso zutreffend wie er es mit seiner neuen, alternativen Sicht ist. Nur eine umfassende Erklärung, was mit »sozial«, »rassisch« oder anderen Formen der Hygiene im Zusammenhang mit dem sozialen Wandel gemeint war, kann dieses Paradox lösen.

Neue Wandlungen in der Bewertung haben Eugenik und Rassenhygiene unter Sozialhistorikern und Demographen zu historischen Schlüsselproblemen viel größerer Komplexität und sozialer Bedeutung werden lassen, als man es vormals für möglich gehalten hätte. Das Interesse hat sich fort von den quantitativen Bevölkerungsstudien hin zu den qualitativen Studien der Lebensbedingungen entwickelt: etwa zu den Einflüssen der Ernährung, der Arbeit, chronischer Krankheiten — die entweder einen größeren Einfluß auf die Sterblichkeit hatten wie etwa Tuberkulose oder einen vernachlässigbaren Einfluß wie etwa Geschlechtskrankheiten. Historiker haben die Struktur des Alltags entdeckt: wie etwa die Familie oder die Macht der Professionen — etwa der Lehrer und Ärzte —, bei der Ausbildung von Mentalitätsstrukturen und der Erfahrung des Körpers. Rassismus ist nicht allein eine Frage der Schädelmessung und der Hautfarbe; vielmehr wurde gezeigt, daß Formen biologischer Ungleichheit dazu benutzt wurden, Frauen und andere »Kategorien« der Bevölkerung wie Vagabunden, Kriminelle, Homosexuelle, sogenannte »Psychopathen« und mildere Formen der »Geistesschwäche« zu diskriminieren.

Eugenik ist ein Kernproblem in vielen Feldern der sozialen Medizin gewesen. Jeder, der sich der Mühe unterzieht, die umfangreichen öffentlichen Archive über Medizin und Wohlfahrt einzusehen, wird erstaunt sein,

wie von 1890 an einflußreiche Leute zunehmend durch das Problem der »Degeneration« (Entartung), durch »Geburtenrückgang« und die Vernichtung »rassischen Giftes« wie etwa der Geschlechtskrankheiten, der Tuberkulose, des Alkoholismus und der Kontrolle gefährlicher Gruppen wie etwa der kriminellen Irren in Beschlag genommen wurden. Schon lange vor dem Dritten Reich begannen medizinische Autoritäten und Experten des öffentlichen Gesundheitswesens und der Psychiatrie eine Phantasie zu entwerfen, in der Gesundheit mit politischer Macht und nationalem Wohlstand gleichgesetzt wurde, Krankheit dagegen mit moralischem und politischem Untergang. Als Theoretiker artikulierte Grotjahn Meinungen, die in der professionellen Mittelklasse und der herrschenden Elite weit verbreitet waren, ebenso wie er den Wandel im reproduktiven Verhalten lediglich medikalisierte. Unter sozialistischen Persönlichkeiten wie August Bebel und Karl Kautsky[4] gab es ein weit verbreitetes Interesse an biologischen Ideen der Evolution. Darwinismus war eine erfolgreiche Waffe gegen die Orthodoxie der Kirchen. Nun versuchten Sozialdarwinisten, wie Grotjahns Studienfreund Ludwig Woltmann, diese ursprünglich befreiende Popularisierung von Wissenschaft in ein Mittel des imperialistischen Rassenkampfes umzuwandeln. Die Situation war reif, das Verhältnis der Medizin zu den Sozialwissenschaften, zur öffentlichen Verwaltung und zu den Programmen politischer Parteien umzuformulieren. Grotjahns Ansichten sind ohne Bezug zu einem breiteren politischen und professionellen Zusammenhang nicht zu begreifen: offenbare Widersprüche in seinen Ansichten folgern aus dem Wandel des sozialen Zusammenhanges.

Wenn es denn heute ein neues und tiefgreifenderes Interesse an der Eugenik gibt, ist es gerechtfertigt, darauf hinzuweisen, daß schon seit geraumer Zeit »Zeichen auf der Wand erscheinen«, aber ein Widerstreben bestand, diese auch zu lesen. An dieser Stelle sind zwei bedeutsame Werke zu nennen, die ihr Echo außerhalb der Bundesrepublik Deutschland fanden. Beide zeitigten Schlußfolgerungen, die zu ihrer Zeit als extrem, ja als absurd erschienen; heute indes zeigt sich, daß sie neue analytische Kategorien aufzeigten. Ihre Argumente verdienen also Beachtung, auch wenn die Darbietung wenig ermunternd war. Das erste ist die Leipziger Dissertation von

Gerhard Schulze, Kritik der gesellschaftstheoretischen Grundlagen der bürgerlichen Sozialhygiene am Beispiel der Arbeiten ihres Begründers Alfred Grotjahn, phil. Diss., Karl-Marx-Universität Leipzig 1964.

Diese Dissertation spielt eine nützliche Rolle in Bezug auf die Frage, wie weit Grotjahns »Sozialismus« denn wirklich reicht: dabei enthüllt sie, daß Eugenik ein essentieller Bestandteil der Sozialen Hygiene war und zeigt Grotjahns rassistische Haltung gegenüber den Polen und gegenüber breiten Schichten der Bevölkerung, die zur Verwahrung in Anstalten als einem Mittel »humaner« Eugenik vorgesehen waren. Grotjahn erkannte drei »Kulturrassen« an: die germanische, die lateinische und die jüdische. Der-

gen gibt: nämlich daß ein erheblicher Bestandteil der Menschen an erblichen oder konstitutionellen Krankheiten und Behinderungen leidet, eingeschlossen den erblichen geistigen Behinderungen. Auf diese Weise ergibt sich folgende Situation: während es auf der einen Seite leicht auszumachende Rassisten in der Medizin gab, gab es auf der anderen Seite Eugeniker, die scheinbar sozial progressive Maßnahmen forderten, dies aber nicht im Interesse des kranken Individuums oder einer Gesellschaft als einer demokratischen Vereinigung von Individuen, sondern im »höheren« Interesse einer Gesellschaft zur Aufzucht der »menschlichen Rasse« oder einzelner, bestimmter »Rassen« — wie etwa der »arischen Rasse« — verstanden.

Grotjahns Definition der »Sozialen Hygiene« — entwickelt in Artikeln, bibliographischen Übersichten und gipfelnd schließlich in der ersten Auflage seiner »Sozialen Pathologie« im Jahre 1912[3] — wurde nicht allein im Gegensatz zur experimentellen Hygiene und zur Bakteriologie formuliert, sondern auch im Gegensatz zu den als pseudo-wissenschaftlich eingeschätzten Definitionen der »Rassenhygiene« eines Alfred Ploetz und der »Rassenhygiene« eines Wilhelm Schallmeyer. Nun wird Grotjahn von Deppe abgetan, weil er »Munition für die 'Rassenhygiene' der Nazis« lieferte. Deppe war in seinen früheren Bewertungen Grotjahns ebenso zutreffend wie er es mit seiner neuen, alternativen Sicht ist. Nur eine umfassende Erklärung, was mit »sozial«, »rassisch« oder anderen Formen der Hygiene im Zusammenhang mit dem sozialen Wandel gemeint war, kann dieses Paradox lösen.

Neue Wandlungen in der Bewertung haben Eugenik und Rassenhygiene unter Sozialhistorikern und Demographen zu historischen Schlüsselproblemen viel größerer Komplexität und sozialer Bedeutung werden lassen, als man es vormals für möglich gehalten hätte. Das Interesse hat sich fort von den quantitativen Bevölkerungsstudien hin zu den qualitativen Studien der Lebensbedingungen entwickelt: etwa zu den Einflüssen der Ernährung, der Arbeit, chronischer Krankheiten — die entweder einen größeren Einfluß auf die Sterblichkeit hatten wie etwa Tuberkulose oder einen vernachlässigbaren Einfluß wie etwa Geschlechtskrankheiten. Historiker haben die Struktur des Alltags entdeckt: wie etwa die Familie oder die Macht der Professionen — etwa der Lehrer und Ärzte —, bei der Ausbildung von Mentalitätsstrukturen und der Erfahrung des Körpers. Rassismus ist nicht allein eine Frage der Schädelmessung und der Hautfarbe; vielmehr wurde gezeigt, daß Formen biologischer Ungleichheit dazu benutzt wurden, Frauen und andere »Kategorien« der Bevölkerung wie Vagabunden, Kriminelle, Homosexuelle, sogenannte »Psychopathen« und mildere Formen der »Geistesschwäche« zu diskriminieren.

Eugenik ist ein Kernproblem in vielen Feldern der sozialen Medizin gewesen. Jeder, der sich der Mühe unterzieht, die umfangreichen öffentlichen Archive über Medizin und Wohlfahrt einzusehen, wird erstaunt sein,

wie von 1890 an einflußreiche Leute zunehmend durch das Problem der »Degeneration« (Entartung), durch »Geburtenrückgang« und die Vernichtung »rassischen Giftes« wie etwa der Geschlechtskrankheiten, der Tuberkulose, des Alkoholismus und der Kontrolle gefährlicher Gruppen wie etwa der kriminellen Irren in Beschlag genommen wurden. Schon lange vor dem Dritten Reich begannen medizinische Autoritäten und Experten des öffentlichen Gesundheitswesens und der Psychiatrie eine Phantasie zu entwerfen, in der Gesundheit mit politischer Macht und nationalem Wohlstand gleichgesetzt wurde, Krankheit dagegen mit moralischem und politischem Untergang. Als Theoretiker artikulierte Grotjahn Meinungen, die in der professionellen Mittelklasse und der herrschenden Elite weit verbreitet waren, ebenso wie er den Wandel im reproduktiven Verhalten lediglich medikalisierte. Unter sozialistischen Persönlichkeiten wie August Bebel und Karl Kautsky[4] gab es ein weit verbreitetes Interesse an biologischen Ideen der Evolution. Darwinismus war eine erfolgreiche Waffe gegen die Orthodoxie der Kirchen. Nun versuchten Sozialdarwinisten, wie Grotjahns Studienfreund Ludwig Woltmann, diese ursprünglich befreiende Popularisierung von Wissenschaft in ein Mittel des imperialistischen Rassenkampfes umzuwandeln. Die Situation war reif, das Verhältnis der Medizin zu den Sozialwissenschaften, zur öffentlichen Verwaltung und zu den Programmen politischer Parteien umzuformulieren. Grotjahns Ansichten sind ohne Bezug zu einem breiteren politischen und professionellen Zusammenhang nicht zu begreifen: offenbare Widersprüche in seinen Ansichten folgern aus dem Wandel des sozialen Zusammenhanges.

Wenn es denn heute ein neues und tiefgreifenderes Interesse an der Eugenik gibt, ist es gerechtfertigt, darauf hinzuweisen, daß schon seit geraumer Zeit »Zeichen auf der Wand erscheinen«, aber ein Widerstreben bestand, diese auch zu lesen. An dieser Stelle sind zwei bedeutsame Werke zu nennen, die ihr Echo außerhalb der Bundesrepublik Deutschland fanden. Beide zeitigten Schlußfolgerungen, die zu ihrer Zeit als extrem, ja als absurd erschienen; heute indes zeigt sich, daß sie neue analytische Kategorien aufzeigten. Ihre Argumente verdienen also Beachtung, auch wenn die Darbietung wenig ermunternd war. Das erste ist die Leipziger Dissertation von

Gerhard Schulze, Kritik der gesellschaftstheoretischen Grundlagen der bürgerlichen Sozialhygiene am Beispiel der Arbeiten ihres Begründers Alfred Grotjahn, phil. Diss., Karl-Marx-Universität Leipzig 1964.

Diese Dissertation spielt eine nützliche Rolle in Bezug auf die Frage, wie weit Grotjahns »Sozialismus« denn wirklich reicht: dabei enthüllt sie, daß Eugenik ein essentieller Bestandteil der Sozialen Hygiene war und zeigt Grotjahns rassistische Haltung gegenüber den Polen und gegenüber breiten Schichten der Bevölkerung, die zur Verwahrung in Anstalten als einem Mittel »humaner« Eugenik vorgesehen waren. Grotjahn erkannte drei »Kulturrassen« an: die germanische, die lateinische und die jüdische. Der-

artige biologische Ideen, verbunden mit klassengebundenen Vorurteilen, machten Grotjahn zu einem Vorläufer des Dritten Reiches.

Die politische Orthodoxie von Schulzes Perspektiven führte dazu, daß er Grotjahn mit einem anderen sozialistischen Eugeniker, Karl Valentin Müller, in einen Topf warf, der erfolgreich den Übergang zur neuen Ordnung bewältigte und »Leiter des Instituts für Sozialanthropologie und Volksbiologie der Deutschen Karls-Universität Prag« wurde; ferner mit Alfred Blaschko, einem Pionier im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, der tiefes Interesse an Eugenik und Vererbung hatte und über exzellente Kontakte zu sozialistischen Führern der Krankenkassen, wie Albert Kohn, verfügte; mit Karl Kautsky, der Pionierinteressen für die sozialen Aspekte der Geburtenkontrolle gezeigt hatte und zum rechten Flügel der SPD gezählt werden kann; und mit Eduard David schließlich als Revisionisten und Protagonist des ländlichen Siedlungsbewegung. Schulze schwieg diplomatisch über Rainer Fetscher, den Grotjahn für einen der begabtesten Eugeniker der jüngeren Generation hielt und der in den 20er Jahren größere Forschungen über kriminelle Familien anhand des Strafregisters durchführte, aber enttäuscht über den mißlungenen Versuch, im Dritten Reich seine Position zu halten, zunehmend die Notwendigkeit erkannte, sich im organisierten Widerstand zu engagieren. 1972 veröffentlichte Dietrich Tutzke Fetschers Briefe an Grotjahn, die deren gemeinsame eugenische Haltung zeigen.[5]

Schulzes Arbeit hat ihre Spuren in Tutzkes zahlreichen Publikationen über Grotjahns Leben und Arbeit hinterlassen. Tutzke betont stets die Klassenelemente der »bürgerlichen Sozialhygiene« und ferner, daß Eugenik das Herz der Arbeit Grotjahns war.[6] Deppes Artikel läßt sich auch so deuten, daß unter den linken Medizinsoziologen der Bundesrepublik offenbar nicht rezipiert wurde, was andernorts längst bekannt ist. Das zweite Buch ist tatsächlich unbekannt und ist niemals, soweit ich sehen kann, bei irgendeinem sozialmedizinischen Autor beider deutscher Staaten zitiert worden. Es stammt dennoch von einem Deutschen, wenngleich übersetzt und herausgebracht in England. Zu seiner Veröffentlichung widmete ihm Hugh Trevor-Roper einen größeren Artikel in der Sunday-Times; danach versank es auch in Groß-Britannien in Vergessenheit. Es handelt sich um: *Bernhard Schreiber, The Men behind Hitler. A German Warning to the World, London, o.J. (ca. 1975)*

Schreiber erkannte, daß eine klare Unterscheidung zwischen der Rassenhygiene und dem Nationalsozialismus nötig ist. Während Rassenhygiene im Dritten Reich lediglich eine besonders virulente Form entwickelte, war sie schon vorher geläufig und überlebte den Krieg, um ihren Einfluß in anderen Feldern zu erneuern, so etwa in der Psychiatrie. Tatsächlich muß Eugenik als eine internationale Bewegung begriffen werden, die auch in Großbritannien und in den USA einen großen Einfluß gewann: daß die

Kampagne gegen »surplus people« sich bis heute fortsetzt; daß dann, wenn man die Mitgliederschaft von Gesellschaften für Euthanasie, Reform der Abtreibungsgesetze, Geburtenkontrolle, Organisationen zur geistigen Gesundheit, untersucht, dieselben sozialen Eliten hervortreten. Er zeigte für viele internationale Treffen nach 1945, daß sie dazu dienten, frühere NS-Psychiater wie M.H. Goering, Ernst Rüdin und Werner Villinger aus Westdeutschland oder Müller-Hegemann, vormals Assistent von De Crinis, in der DDR zu rehabilitieren. Das Überdauern der eugenischen Lobby in Groß-Britannien wurde an solchen Personen wie Cyril Burt aufgezeigt, der großen Einfluß auf die Bildungspolitik hatte, und Richard Titmuss, der die Sozialpolitik beeinflußte. Die Rockefeller-Stiftung, die viele eugenische Aktivitäten in den 20er Jahren in Deutschland finanzierte, betrieb dies auch in den 70ern; so finanzierte sie Forschungen zur Psychohygiene, die Euthanasie bei Personen mit niedrigem IQ rechtfertigte. Parallele Entwicklungen wurden in Skandinavien und in der Schweiz festgestellt. Schreiber kommt zu dem Schluß: »Der Todesmarsch hat wieder begonnen«.

Schreibers Buch kam zu einer Zeit heraus, als die US-amerikanische Bürgerrechtsbewegung die ersten Untersuchungen zur Eugenik in den USA veranlaßte; dies wiederum regte Forschungen zur britischen Eugenik an. Arbeiten an der Eugenik in Deutschlank hinkten hinterher und erst seit jüngstem beginnt sich ein umfassenderes Bild der eugenischen Bewegung in Deutschland abzuzeichnen. Jüngste Veröffentlichungen von Ernst Klee über Euthanasie,[7] von Götz Aly und Karl-Heinz Roth über Demographie,[8] von Benno Müller-Hill über die Rolle der Wissenschaft[8] und von Norbert Schmacke und Hans-Georg Güse über Zwangssterilisierung[9] markieren den Durchbruch.

Die nächsten Jahre werden zweifellos die Publikation größerer Quellenuntersuchungen über die deutsche Rassenhygiene bringen — so etwa von Alfons Labisch und Florian Tennstedt über die Institutionalisierung und Instrumentalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege:[11] Die Saat zur Polarisierung der Interpretation ist schon offenkundig. Für einige ist Eugenik »human«, oder es wird gesagt, die Ergebnisse des wissenschaftlichen Irrtums seien inzwischen berichtigt worden. Viele Eugeniker waren ja auch Sozialisten, Liberale und/oder Juden. Viele erlebten das Dritte Reich nicht mehr — oder falls sie es taten, flüchteten sie sich eher in die Theorie als in die Praxis. Führende Männer wie etwa Ernst Rüdin haben noch immer nicht ihren Historiker gefunden.

Schulze und Schreibers Arbeiten gebührt das Verdienst, daß sie, obwohl sie grob mit den Vertraktheiten des historischen Details umgingen, klare Perspektiven bieten, um die eugenische Reform angemessen einzuschätzen, und zwar insbesondere dann, wenn man die jüngeren Forschungen zu

Fragen der professionellen Macht oder zur Medikalisierung hinzunimmt. Was zu tun bleibt ist die detaillierte historische Quellenarbeit. Außerordentlich viel könnte über verschiedene Theorien und Gruppierung der Sozialen Hygiene, der Rassenhygiene, der Sozialmedizin gesagt werden, was man an Grotjahns Biographie zeigen könnte. Ich möchte im folgenden nur an einigen begrenzten Punkten in dem zur Verfügung stehenden Raum Deppes Dilemma klarer herausarbeiten.

Alfred Grotjahn als praktischer Arzt

Grotjahn wird oft als der führende Theoretiker der Sozialen Hygiene charakterisiert, wohingegen Adolf Gottstein, Alfred Blaschko und Friedrich Rott als Praktiker bezeichnet werden. Auf der einen Seite verdienen die theoretischen Ansichten der »Praktiker« in ihrer sozialen und biologischen Begrifflichkeit analysiert zu werden: man wird finden, daß sie alle prononcierte und unterschiedliche Ansichten über ein weites Feld theoretischer sozialer und sozialbiologischer Fragestellungen hatten. Es wurde bislang auch kein Versuch unternommen abzuklären, bis zu welchem Ausmaß Grotjahn nicht »outsider« der medizinischen Profession, sondern sowohl als Nervenarzt wie als Allgemeinpraktiker ein »insider« war. Glücklicherweise blieben die Quellen, die diese Frage zu beantworten erlauben, erhalten, und zwar in Form von Grotjahns erstem Krankenjournal.[12] Dieses Journal enthält Details über annähernd 3.750 Konsultationen Grotjahns in der Zeit von 1896 bis 1902; auf diese Weise erhalten wir Einblick in die Verbindungen zwischen der Entartungstheorie und der medizinischen Praxis. Grotjahn zeigt ein besonderes Interesse für die Psychologie seiner Patienten, für die Ätiologie nervöser Erkrankungen und dazu war er skeptisch gegen den zu häufigen Gebrauch von Arzneimitteln eingestellt.

Grotjahn legte für seine Patienten einen Familienstammbaum an, in dem er vermerkte, wie in einer bestimmten Familie Alkoholismus, Selbstmord und Verbrechen wiederkehrten. Häufig machte er Beobachtungen über Phobien, Neurasthenien, Hysterien und Hypochondrien seiner Patienten; er machte verschiedene Experimente mit Hypnose und benutzte häufig die Elektrotherapie. Es ist von Bedeutung, die Anamnesen der Patienten mit Grotjahns Buch über Alkoholismus zu vergleichen, das er 1898 veröffentlichte, denn es offenbart eine eugenische theoretische Basis für seine Analyse des Alkoholismus, obschon auch soziale Elemente betont werden. Grotjahns »soziale Pathologie« von 1912 bestätigte, daß er an der Betonung erblicher Faktoren von Krankheiten festhielt. Später in seinem Leben beobachtete Grotjahn sich selbst in erblichen Begrifflichkeiten, indem er auf die erbliche psychische Unausgeglichenheit in seiner eigenen Familie verwies.

Ein jüngster Versuch, Grotjahn eher im Zusammenhang mit den Brutalitäten seiner medizinischen Praxis denn als wohlwollenden sozialistischen

Theoretiker zu bewerten, ist derjenige Karl-Heinz Roths in einem biographischen Portrait Grotjahns:

Karl Heinz Roth, Schein-Alternativen im Gesundheitswesen: Alfred Grotjahn (1869-1931) — Integrationsfigur etablierter Sozialmedizin und nationalsozialistischer »Rassenhygiene«, in: Erfassung zur Vernichtung, von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe«, West-Berlin, 1984.

Deppes »Vorsicht vor Alfred Grotjahn« könnte nach diesem Artikel sogar als eine Geste der Verteidigung verstanden werden — im Sinne der Handwaschung vor der Kreuzigung. Und es hat in der Tat viel von einer Kreuzigung an sich, der Grotjahn unterzogen wird — gnadenlos aus der Perspektive von Roths revolutionärem Sozialismus. Roth wechselt die Blickrichtung von Grotjahn als einem Theoretiker der Sozialen Hygiene zu dem eines bourgeoisen Arztes, ausgefüllt vom Klassenhaß auf das Lumpenproletariat. Die Praxis wird auf diese Weise als der Ausgangspunkt für den späteren Genozid hingestellt. Roths herausfordernde Schilderungen zeichnen das Bild eines Grotjahn, der Medizin mit »Aversion gegen die täglich erlebten Begehrlichkeiten des ungewaschenen 'Mobs'« (S. 36) betreibt. Daneben stellt Roth das Bild vom Elend der Immigranten und Armen in Berlin anhand Grotjahns Schriften — dies ohne die Quellen von Grotjahns Praxis überhaupt studiert zu haben oder doch wenigstens die Kommentare über Patienten in Grotjahns frühen Schriften zu analysieren. Uns wird erzählt, daß der 27 Jahre alte Grotjahn die Leiden der Arbeiter in dem Berliner Arbeiterviertel ignorierte, wo er seine Praxis in dem Jahr begann, als der Streik der Berliner Konfektionsarbeiterinnen stattfand. Abgesehen von der Tatsache, daß die Luisenstadt nicht in erster Linie ein Arbeiterviertel war (75% der Patienten Grotjahns kamen aus diesem Bezirk, die anderen kamen wegen ihrer persönlichen Bekanntschaft, so etwa der Sozialist Georg Ledebour), behandelte Grotjahn nicht nur immerhin neun Konfektionsarbeiterinnen, sondern schrieb sogar eine Broschüre über ihre Berufskrankheiten:

A. Grotjahn, Die Berufskrankheiten der Schneider und Textilarbeiter, (= Arbeiter-Gesundheits-Bibliothek, hrsg. v. I. Zadek) Berlin 1913.

Sicherlich wäre es absurd zu behaupten, Grotjahns Ansichten gründeten auf gerade neun Patienten — tatsächlich benutzte er solche Quellen wie die Statistiken der Leipziger Ortskrankenkasse und zeigte, daß ca. 270 von 1.000 Textilarbeitern ernsthaft krank waren. Trotzdem ist der Zustand der neun Patientinnen interessant genug, um Roths These von Grotjahns Klassenhaß in seiner praktischen ärztlichen Tätigkeit zu prüfen. Denn die Grotjahnschen Diagnosen zeigen in Wirklichkeit Gespür für die Psychologie und soziale Lage seiner Patienten.

Diese neun Frauen litten (1) an den Folgen einer Fehlgeburt und Schwindel, (2) an Husten und Magenkrämpfen, (3) an Schwellungen im Gesicht und an den Händen, (4) an Schwellungen der Füße und Ernährungsman-

gel, (5) an Grippe, (6) an hysterischen Krämpfen, (7) an Mandelentzündung (die Tochter litt an Bleichsucht [Blutarmut]); (8) an Bleichsucht, Kopfschmerzen und Nervosität und (9) an einer fast tödlichen Vergiftung, deren erfolgreiche Behandlung durch Grotjahn von der Polizei lobend erwähnt wurde.

Läßt man die Fälle von Vergiftung und Grippe beiseite, dann beurteilte Grotjahn die übrigen Fälle entweder in Begriffen erheblicher Prädisposition und schwacher Konstitution oder nach den üblen Folgen von Überarbeitung und sozialer Benachteiligung. Es ist wahr, daß Grotjahn Textilarbeiter als von generell schwacher Disposition betrachtete, die durch alte Gewohnheiten wie das Sitzen mit gekreuzten Beinen bei Schneidern noch verstärkt wurden. Aber Grotjahn schrieb im Falle der Bleichsucht (zugegebenermaßen eine zwiespältige Diagnose) ausdrücklich, daß deren Vorkommen unter Textilarbeiterinnen nicht auf Erblichkeit zurückzuführen sei, sondern auf Überarbeitung verbunden mit dem Mangel an Licht und Luft in den überfüllten Fabriken sowie unzureichender Ernährung. Die Schwellung der Füße war die Folge repetitiver Arbeit, in diesem Falle verursacht durch die Bedienung einer Nähmaschine. Derartige Arbeiten führten zu Bauchschmerzen und Menstruationsschwierigkeiten, die zu weiteren Komplikationen der Fortpflanzungsorgane führten. Grotjahn vertrat daher die Ansicht, daß weibliche Textilarbeiter öfter Fehlgeburten erlitten als andere weibliche Berufsgruppen.

Grotjahn war an psychischen und neurologischen Aspekten von Krankheiten besonders interessiert. Von sechs seiner Patienten, die an Phobien litten, waren drei geschlechtskrank, und ein weiterer fürchtete die Paralyse (als Spätfolge einer Syphilis). Es gab vier Hypochonder, davon wiederum einer geschlechtskrank. Kopfschmerz befiel besonders Frauen (neun von elf Patienten). Es gab eine Frau mit einer Berufsneurose, die mit Massage behandelt wurde, ein Fall nervösen Asthmas und einen Selbstmordversuch. Neurasthenie wurde in sechs Fällen diagnostiziert, davon die Hälfte bei Männern. Hysterie stellte Grotjahn bei drei Männern und zwei Frauen fest. Grotjahn war Assistent in der neurologischen Klinik Emanuel Mendels; sein Interesse an nervösen Erkrankungen führte dazu, daß er sich nach 1906 als »Nervenarzt« spezialisierte. Er schrieb häufig über die Verbreitung von nervösen und degenerativen Erkrankungen. Er diagnostizierte schließlich sich selbst als ein psychopathisches Kind und wies persönlich alle Stimulantien zurück — sogar Tee und Kaffee.

Grotjahn war besonders skeptisch bei der Anwendung von Arzneimitteln, gebrauchte in seiner Praxis dennoch häufig schmerzstillende Mittel und Morphium. Häufig verordnete er Diät und Bäder. Sieben Patienten behandelte er wiederholt mit Massagen, zwölf Patienten mit Elektrotherapie, davon acht Frauen. Meist benutzte er faradische oder galvanische Ströme für 15 bis 20 Sitzungen, drei Behandlungen für hysterische Patien-

ten. Hypnose wandte er bei sieben Frauen und drei Männern an, um verschiedene Formen von Schmerzen, Kopfschmerzen, Versteifungen und Verwirrtheitszustände zu heilen. 1897 und 1898 war er besonders an der Hypnose interessiert, benutzte sie aber später nicht mehr, weil sie zu zeitaufwendig war; an einem Patienten wandte er sie allerdings 20 mal an.

Nach dem Standard der Zeit beutete Grotjahn seine Patienten mit seinen Honorarforderungen keineswegs aus — gewöhnlich nahm er das minimale Honorar der offiziellen Gebührenordnung. Ökonomisch tragbar machte er seine Praxis durch häufige Behandlung zu niedrigen Kosten — wie etwa Massagen, Wechsel von Bandagen etc. Tatsächlich profitierte auch er von der Ausweitung des Krankenkassensystems — so war er beispielsweise Vertrauensarzt der Krankenkasse der Schuhmacher. Zu Grotjahns Glück waren die hygienischen Bedingungen in der Gegend, in der er seine Praxis betrieb, in bezug auf Statistiken über Wohndichte, sanitäre Anlagen (z.B. Wasserclosets etc.) und Sterblichkeit relativ günstig.

Aus all dem kann geschlossen werden, daß Grotjahns Praxisführung kaum als Klassenmedizin eines Arztes verstanden werden kann, die ihren Ausdruck in der brutalen Aversion und dem Mangel an Mitleid für den »Mob« fand; vielmehr war sie eher eine typische Praxis in der Wohngegend der unteren Mittelklasse und Handwerker um die Jahrhundertwende. In der Tat sind die Diagnosen »Bleichsucht« und »Neurasthenie« problematisch, und man mag sich über solche Behandlungen wie Hypnose und galvanische Therapie (die letztere war tatsächlich ein unglückseliger Vorläufer der Elektroschocktherapie) streiten; aber diese Umstände sind eher zu verstehen in Bezug zu den zeitgenössischen Umständen und medizinischen Theorien als in Bezug zu den Vorgängen im Dritten Reich, die Grotjahn niemals gesehen hat.

Und schließlich eine letzte Bemerkung hinsichtlich der Notwendigkeit, Ideen in ihrem Zusammenhang zu sehen. Roth (S. 52) stellt Grotjahn den eugenischen Kritiker Oskar Hertwig gegenüber, den er in eine Reihe mit Sozialisten wie Benjamin Wolf stellt. Tatsächlich war Hertwig antisozialistisch und biologistisch eingestellt — wie sein letztes Werk »Der Staat als Organismus« (1922) deutlich zeigt. Als Universitätsprofessor in Berlin war er ein zuverlässiger Nationalist: kurzum ein Pfeiler des imperialistischen Establishments. Am nächsten kam er dem Sozialismus in der »nationalsozialen« Bewegung Friedrich Naumanns, die auch Grotjahn tief beeinflußte. In der Tat, wenn denn schon Grotjahn ein »nationaler Sozialist« genannt wird, kann dies nur im Sinne von Naumanns idealistischer Lösung des Klassenkampfes verstanden werden (einer Ideologie, die sich im Deutschen Kaiserreich eines gewissen Rufes erfreute), keineswegs aber im Sinne der Nationalsozialisten. Wenn Roth der »sozialmedizinischen Linken« Hertwig anstelle Grotjahns als Heilmittel verschreibt, bewegt sich Roth in Wirklichkeit zu einem wesentlich stärker ausgeprägten autoritären und im-

perialistischen Modell hin — und keineswegs davon weg.[13]

Grotjahn und die Eugenik

Vererbungstheorien beeinflußten den jungen Grotjahn stark; zunächst als er beispielsweise Autoren wie Gerhart Hauptmann las, dessen »Vor Sonnenaufgang« eine frühe eugenische Vision war (Hauptmann war seit seiner Schulzeit eng mit Alfred Ploetz befreundet); weiterhin durch Freunde aus der Studentenzeit wie etwa Ludwig Woltmann, der nach seiner sozialdemokratischen Zeit ein enthusiastischer Verfechter der arischen Rasse und zu einer Schlüsselfigur der rassistischen sozialanthropologischen Bewegung in Deutschland wurde; zum dritten schließlich durch seine Verbindung mit führenden Vertretern der Eugenik nach 1900.

Seine Autobiographie [14] — eine in mancher Hinsicht außerordentlich unzuverlässige Quelle — läßt sein besonderes Interesse für das Problem der Entartung in den 90er Jahren erkennen. Er besuchte England, um Slums mit der Frage zu inspizieren, ob die Generationen einer industriellen Umwelt eine erblich deformierte Kaste hervorgebracht hätte (S. 118). Obwohl Grotjahn viele Untersuchungen über die Rolle sozialer Faktoren wie etwa Einkommen oder Wohnverhältnisse anstellte, kehrte er immer wieder zum Thema der Vererbung zurück. Ähnlich tat dies sein Mentor Ferdinand Tönnies, der sich ein aufmerksames Interesse für die Eugenik bewahrte, obwohl er oft dadurch enttäuscht wurde, daß es Leute wie Otto Ammon oder Alfred Ploetz, der als erster Francis Galtons Glaubenslehre der Eugenik in Deutschland verbreitete, an kritischen und wissenschaftlichen Ansätzen zu den Problemen der Entartung fehlen ließen.

Die Verbindung zwischen Eugenik und dem Problem chronischer Erkrankungen ist durch die Tuberkulose sehr gut zu illustrieren. Grotjahn sah die Tuberkulose sowohl in den sozialen Termini der »Proletarierkrankheit« als auch in den eugenischen Termini der Vererbung schwacher Konstitution. In der 3. Auflage seiner »Sozialen Pathologie« (1923) schrieb er über diese Verbindung (S. 47):

«Tatsächlich sind die Beziehungen außerordentlich verwickelt, und sie werden dadurch nicht einfacher, daß Ansteckung auf der einen, ererbte Minderwertigkeit des Körpers auf der anderen Seite bei der Entstehung eine wichtige Rolle spielen und die soziale Umwelt mehr als das Bindemittel zwischen diesen Polen abgibt.

Die Lungentuberkulose galt ihm daher als die »Krankheit der körperlich minderwertigen Personen«, mag diese Minderwertigkeit nun etwa in Form eines fehlerhaft gebildeten Brustkastens biologisch unmittelbar vererbt oder »durch langwierige Verkümmerung des Körpers infolge Ungunst der Umwelt« erst entstanden sein (S. 52). Verbesserte soziale Umstände würden diejenigen vor Ansteckung bewahren, die biologisch für die Krankheit empfänglich waren, wie auch diejenigen, die wegen schlechter Wohnungen

oder gefährlicher Arbeit angesteckt wurden. Die Tuberkulose zeigt also, wie eugenische und sozialhygienische Maßnahmen im Grotjahnschen Denkansatz untrennbar miteinander verknüpft waren. Grotjahn nahm an, daß die Tuberkulose einen selektiven Effekt hatte, um die erblich Minderwertigen in der Bevölkerung auszuschalten, bevor sie sich fortpflanzen konnten (S. 74). Er empfahl daher, daß diejenigen, die an Tuberkulose litten, darauf aufmerksam gemacht werden sollten, keine Kinder in die Welt zu setzen; vielmehr sollten sie über den Gebrauch von Verhütungsmitteln informiert werden, bzw. im Falle einer Schwangerschaft sollte aus eugenischen Gründen eine Fruchtabtreibung vorgenommen werden (S. 75).

Soziale Hygiene

Zu der Zeit als Grotjahn erstmals seine Ansichten einer neuen und eigenständigen Disziplin einer Sozialen Hygiene entwickelte, hatte er sich von seinen früheren Bekanntschaften aus sozialistischen Kreisen gelöst und wurde hauptsächlich durch den Kathedersozialisten Gustav Schmoller beeinflußt und unterstützt. Ein anderer wesentlicher Einfluß in der Zeit zwischen 1900 und 1918 war der »national-soziale« Prophet Friedrich Naumann, der auch einen tiefen Einfluß auf andere Pioniere der Sozialen Hygiene hatte wie etwa Alfons Fischer, den Medizinstatistiker Emil Eugen Roesle, den Kinderarzt Arthur Schlossmann und schließlich auch den konservativen Medizinalbeamten Otte Krohne. 1910 versuchte Grotjahn, mit dem konservativen und rassisch ausgerichteten Münchener Hygieniker Max von Gruber Einvernehmen herzustellen. Während Gruber eine scharfe Auseinandersetzung mit Blaschko über die Kontrazeption als Mittel eugenischer Prophylaxe hatte, suchte Grotjahn den Kompromiß. 1912 schlug Gruber Grotjahn vor, eine Professur für Arbeitsmedizin, soziale Hygiene und Medizinische Statistik in Erwägung zu ziehen. Schließlich wurde der völkisch orientierte Ignaz Kaup nach München berufen, während Grotjahn in Berlin im Hygienischen Institut unter Flügge eine Abteilung für Soziale Hygiene eingeräumt wurde. Es ist überaus bemerkenswert, daß einer der wesentlichen Gründe für die Berufung Grotjahns durch Preußen war, der radikalen Agitation über solche Probleme wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Wohnungsreform durch die Betonung der »Normen der Wissenschaft« zu begegnen, wie sie in Grotjahns Programm einer Sozialen Hygiene begründet waren.

Max von Gruber verkörpert sehr gut eine konservative politische Strategie der Sozialen Hygiene, wie sie in München entwickelt wurde. Aber auch innerhalb dieser Richtung gab es erhebliche Gegensätze. Obwohl Kaup durch den führenden österreichischen Antisemiten von Schonerer beeinflußt war, geriet er in eine erbitterte Auseinandersetzung mit einem anderen Protegé Grubers, Fritz Lenz, der seit 1923 ein Extraordinariat für Rassenhygiene — das erste in Deutschland — hatte. Lenz definierte »Rassen-

hygiene« als Äquivalent der »Sozialen Hygiene« und vermengte Mendelsche Genetik, soziale Medizin und Rassentheorien miteinander: schließlich sollte er 1933 den ehemaligen Lehrstuhl Grotjahns in Berlin übernehmen. Diese konservativen Strategien einer Sozialen Hygiene waren in der Tat Reaktionen auf die sozialistischen Strategien; sie zeigen, daß Soziale Hygiene sehr wohl auch mit konservativem Denken und Handeln vermischt werden konnte.

Soziale Medizin und Eugenik

Nach 1918 wuchsen die Möglichkeiten für eine soziale Medizin beträchtlich. In Preußen wurde Adolf Gottstein, der als Stadtarzt von Charlottenburg viele Neuerungen in der Säuglingsfürsorge eingeführt hatte, Chef der Medizinalsabteilung im neuen Ministerium für Volkswohlfahrt. Grotjahn trat nun offiziell der SPD bei und wurde — nicht zuletzt über diese Verbindung — der erste deutsche Ordinarius für Soziale Hygiene. Gottstein entwickelte aus vielen Aspekten der Eugenik und der Sozialen Hygiene eine Bevölkerungspolitik, die dazu bestimmt war, den Schaden auszugleichen, der Deutschland durch das Desaster und die wirtschaftlichen Folgen des Ersten Weltkrieges entstanden war. 1919 richtete Gottstein einen»Beirat für Rassenhygiene« beim Preußischen Landesgesundheitsrat ein. Dessen Arbeit bestand insbesondere darin, positive eugenische Maßnahmen wie Wohlfahrtsleistungen, Familienlastensausgleich für Kinderreiche, bessere Wohnverhältnisse etc. voranzubringen.

Dies waren Maßnahmen, die aus vielen Gesichtspunkten heraus unterstützt werden konnten. In den zeitgenössischen Diskussionen überwog jedoch der Einfluß eugenischer Kategorien wie »Rasse«, Erbkrankheiten, die aus minderwertigen Anlagen folgen, und schließlich die Identifikation sogenannter »Minderwertiger«. Medizinstudenten, Krankenschwestern, Kreisärzte in den neuen Akademien für Soziale Hygiene hatten alle eugenische Theorien als Teil ihrer Aus- oder Weiterbildung zu lernen. Formulare für Schulärzte illustrieren beredt das Bemühen, psychopathische Kinder oder Symptome der geistigen Behinderung zu diagnostizieren. Grotjahn schätzte, daß ein Drittel der Bevölkerung »minderwertig« war; seine »humane« Lösung des Problems war die Asylierung, um die Fortpflanzung zu verhindern. Mit einer großen Zahl leitender Medizinalbeamter wie Otto Krohne (Ministerialdiriktor im Pr. Min. f. Volksw. 1925-1928), Genetikern wie Erwin Baur und Wohlfahrtsexperten wie Hermann Muckermann, Jesuitenpater und zugleich Propagator der Eugenik in katholischen und bürgerlichen Kreisen, war Grotjahn in der »Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene« tätig. Es war nicht zuletzt auch Grotjahns Einfluß, daß diese Gesellschaft — und zwar sehr zum Mißfallen ihres rassistischen Münchener Pendants — ihren Namen in »Gesellschaft für Rassenhygiene (Eugenik)« umbenannte, um nicht mit den fanatischen Anhängern der ari-

schen Rasse verwechselt zu werden, die ebenfalls positive eugenische Maßnahmen unterstützen.

Identifiziert man Eugenik zu eng mit dem nationalsozialistischem Rassismus, dann vergibt man sich den Blick darauf, daß es Varianten der Eugenik gab, die mit demokratischen Verhältnissen vereinbar waren. Jedenfalls hielt es jedwedes politische System für wichtig, Experten für Erbkrankheiten — gewöhnlich Ärzten — die berufliche und wissenschaftliche Autonomie einzuräumen, um die guten und die schlechten Erbanlagen in der Bevölkerung auszuwählen. Eugenik stand so auch in Groß-Britannien und in den USA hoch im Kurs, als in den 20er Jahren viele Gebiete der Medizin, der Psychologie und der Sozialen Wohlfahrt »biologisiert« wurden. In Groß-Britannien waren beispielsweise Marxisten wie Haldane oder Befürworter einer sozialen Wohlfahrt, die soziale Ungleichheit überwinden sollte, wie Titmuss, durch eugenisches Gedankengut beeinflußt; Eugenik war integraler Bestandteil der Demographie und der Wohlfahrtverwaltung, ebenso wie sie auch die Medizin durchdrang. Viele und gute Gründe lassen es gerechtfertigt erscheinen, Eugenik als eine technokratische Ideologie der Mittelklassen anzusehen.

Wie Deppe oder gar Roth zu behaupten, Grotjahn ebnete den Nazis den Weg, bedarf also schärfster Differenzierung. Gewisse Rassenhygieniker wie Lenz oder Rüdin hofften wirklich, daß die Nazis eugenische Maßnahmen tatkräftig umsetzen würden; schon vor der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten vertrat Lenz die Ansicht, daß Hitler die Rassenhygiene als zentrale Aufgabe aller Politik erkannt hatte und sich tatkräftig dafür einsetzen wolle.[15] Diesem Verständnis von Rassenhygiene, in dem eugenische und rassische Elemente unentwirrbar vermischt waren, stand Grotjahn sehr kritisch gegenüber: so hatte er in der Mitte der 20er Jahre eine heftige Auseinandersetzung mit Lenz.

Auf der anderen Seite darf Grotjahn auch nicht zu eng mit der SPD identifiziert werden: es war dies ein ebenso kompliziertes Verhältnis wie das Grotjahns zwischen Rassenhygiene, Eugenik, Fortpflanzungshygiene und Sozialer Hygiene. Grotjahn vertrat die SPD von 1922 bis 1924 im Reichstag. In der SPD stieß Grotjahn mit seinen eugenischen Plänen zunehmend auf Widerstand — allerdings bestanden hier die merkwürdigsten Gegensätze und Koalitionen: während der Beratungen des gesundheitspolitischen Programms der SPD von 1920/22 hatte Grotjahn die größte Mühe, weitreichende Forderungen anderer Kommissionsmitglieder nach qualitativen eugenischen Maßnahmen abzuwehren — er selbst hielt diese Fragen für noch nicht genügend abgeklärt —, wohingegen andererseits seine Forderungen nach einer quantitativen Eugenik abgelehnt wurden.[16] In diesem Zusammenhang muß man darauf hinweisen, daß »linke« oder sozialistische Medizinkritiker sich möglicherweise nur deswegen auf eine eugenisch »reine« Vergangenheit berufen können, weil sich noch niemand bis-

her die Mühe des ernsthaften Quellenstudiums gemacht hat.

Auf der anderen Seite standen Rassenhygieniker der Rechten nicht notwendigerweise im Zentrum der NS-Hierarchie. Müller-Hill hat viel dazu beigetragen, die Position der medizinischen Experten, Rassenhygieniker und Anthropologen im Dritten Reich im Hinblick auf viele Wandlungen in der Politik und Wechsel innerhalb und zwischen der Partei und den Rassehygienikern zu klären.[17] In ähnlicher Weise ist zu beachten, daß Grotjahns Ansichten sich analog seines Verständnisses sozialer Bedingungen wandelten. In einigen Punkten war er bereit, mit imperialistischen und völkischen Denkern wie Max von Gruber zusammenzuarbeiten, auf der anderen Seite übte er Einfluß auch auf den revisionistischen Flügel der SPD aus. Dies für protofaschistisch zu erklären, ist schlichtweg absurd — aber schließlich: politische Irrtümer in der Taktik der SPD und der DPD auszumachen, die es den Nazis erlaubten, ihre Gegner auszumanövrieren, oder Eugeniker, die keinesfalls den Nationalsozialismus zuzuordnen sind, wegen Klassenbewußtsein und professionellem — in diesem Fall medizinischem — Imperialismus zu kritisieren kann immerhin damit gerechtfertigt werden, daß die adäquate differenzierte Untersuchung dieser Fragen eine durchaus ernüchternde Wirkung hat.

Anmerkungen

Ich bedanke mich herzlich beim Alfons Labisch für anregende Bemerkungen und für seine Arbeit als Übersetzer.

1 H.-U. Deppe, Vorsicht vor Alfred Grotjahn. Sozialhygiene und Eugenik, in: Demokratisches Gesundheitswesen H. 5, 1983, S. 23.

2 Dieser Eindruck mag durch die Lebenserinnerungen Grotjahns unterstützt worden sein; vgl. A. Grotjahn, Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin 1932.

3 A. Grotjahn, Soziale Pathologie, Berlin 1912 (^{2}1915; ^{3}1923); bereits in seinem ersten größeren Versuch, die Soziale Hygiene umfassend zu definieren, setzte sich Grotjahn ausführlich mit der damaligen internationalen und nationalen Diskussion der »körperlichen Entartung« auseinander — vgl. A. Grotjahn, Was ist und wozu treiben wir soziale Hygiene?, in: Hygienische Rundschau. Beilage 14, 1904 No. 20, S. 1017-1032.

4 Karl Kautsky ist das Musterbeispiel dafür, wie sehr sozialdarwinistisches Denken unter sozialistischen Theoretikern verbreitet war; sogar die Behauptung, daß Kautsky beim Sozialdarwinismus begann und wieder bei ihm endete, ist nicht unberechtigt. — vgl. hierzu etwa Kautskys 1927 erschienenes Alterswerk »Materialistische Geschichtsauffassung«.

5 D. Tutzke,

6 D. Tutzke, Alfred Grotjahn, Leipzig 1979

7 E. Klee, »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, Frankfurt 1983

8 G. Aly, K.H. Roth, Die restlose Erfassung, Berlin 1984

9 B. Müller-Hill, Tödliche Wissenschaft. Die Aussonderung von Juden, Zigeu-

nern und Geisteskranken 1933-1945, Reinbek 1984

10 N. Schmacke/H.-G. Güse, Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen, Bremen 1984

11 A. Labisch/F. Tennstedt, Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens«. Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente des kommunalen und des staatlichen Gesundheitswesens in Deutschland, (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bd. 13) 2 Bde., Düsseldorf 1985

12 Das folgende Quellenmaterial ist bislang nirgends erwähnt oder gar veröffentlicht worden; bekannt und veröffentlicht waren bislang lediglich die Praxisberichte von Grotjahns Großvater. Vergl. auch D. Tutzke/R. Engel, Tätigkeit und Einkommen eines Allgemeinpraktikers vor der Mitte des 19. Jahrhunderts, in: Zs. f. die gesamte Hygiene 24 1978 S. 460-465

13 Vgl. hierzu meine Arbeiten: Theories of the Cell State in the Imperial Germany, in: C. Webster (Hrsg.), Biology, Medicine and Society. 1840-1940, Cambridge 1981; oder »Eine Sonne im Ei«: Oscar Kertwig. Darwinismus und Zellularbiologie, Husum 1985.

14 A.Grotjahn, Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin 1932

15 F. Lenz, Die Stellung des Nationalsozialismus zur Rassenhygiene, in: Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie 25, 1931, S. 300-308

16 A. Labisch, Neue Quellen zum gesundheitspolitischen Programm der MSPD von 1920/22, in: IWK. Internationale Wissenschaftliche Korrespondenz zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung 16, 1980, S. 231-247

17 Zu den komplexen Verbindungen zwischen der Rassenhygiene, der Rassenkunde und den führenden NS-Ideologen vgl. ausführlich H.-J. Lutzhöft, Der Nordische Gedanke in Deutschland. 1920-1940, (= Kieler Historische Studien, Bd. 14) Stuttgart 1972

Werner Maschewsky

Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung

Der Bundesgesundheitsminister:
Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck;
Angst, Trauer, Streß;
Arbeit, Arbeitslosigkeit, Freizeit;
Wasser, Luft, Nahrung;
Verkehr, Städtebau, Industrie;
Wirtschafts-, Technologie- und
Verteidigungspolitik
gefährden Ihre Gesundheit!
(Aus einem Alptraum)

1. Medizinische Krankheitstheorien

Die gegenwärtig dominierenden Krankheitstheorien der Medizin sollen hier nur sehr grob skizziert werden — und zwar die folgenden Ansätze: (a) Zellularpathologie; (b) Molekularpathologie; (c) Risikofaktorenmedizin; und (d) psychosomatische Medizin.

Zuvor will ich einige allgemeine Merkmale medizinischer Forschung ansprechen, die weitreichende theoretische und praktische Folgen haben:

— Zum einen verlagert die Medizin ihre Analyse- und Handlungsebene tendenziell immer weiter in den Mikrobereich hinein. Die historische Entwicklung der Krankheitstheorien von der Humoralpathologie über die Solidar- (Gewebs- und Organ-)Pathologie fand nicht in der Zellularpathologie *Virchows* ihren Abschluß, sondern hat momentan die Etappe (den Endpunkt?) der Molekularpathologie erreicht (s. *Herbig* 1981; *Hohlfeld* 1981).

—Weiterhin bleiben die (impliziten oder explitziten) Kausalitätstheorien unbefriedigend. Monokausale Theorien sind zwar zurückgedrängt worden, aber an ihre Stelle sind oft nur relativ »platte« additive (multifaktorielle) Theorien getreten, die zwar auf eine höhere Komplexität von Krankheitsprozessen verweisen, diese aber nicht darstellen können (s. *Maschewsky* 1983a; *Naschold/Tietze* 1977; *Stachowiak* 1957). Ebenso erfolgen gängige und praktisch bedeutsame Unterscheidungen — wie zwischen wesentlichen und unwesentlichen Bedingungen (s. *Valentin* u.a. 1979), beeinflußbaren und unbeeinflußbaren Bedingungen, Dispositionen und Auslösern, »eigentlichen Ursachen« und »ermöglichenden Bedingungen« — oft auf einem unbefriedigenden erkenntnistheoretischen und methodischen Niveau (s. *Maschewsky* 1977; *Stegmüller* 1974).

—Schließlich wird die psychophysische Einheit der Person (Ausnahme:

psychosomatische Medizin) sauber gespalten in einen somatischen und einen psychischen Teil.

Der somatische Teil gilt als der eigentlich wichtige: er unterliege einem strengen naturgesetzlichen Determinismus, zeige eine große Homogenität und Konstanz (»natural history of disease«), und lasse sich erklärbar/vorhersagbar/ wiederholbar beeinflussen. Entsprechend gebühre der Somatik ein quasi ontologisches Primat: »real«/»objektiv« gleich »somatisch«.

Der psychische Teil gilt dagegen als unwichtig: entweder könne er das somatische Geschehen überhaupt nicht beeinflussen, sondern höchstens begleitend kommentieren; oder er setze per Verhalten gewisse Ausgangsbedingungen, die dann einen streng gesetzmäßigen, somatischen Prozeß auslösen. Dieser psychische Bereich selbst unterliege aber keinem Determinismus medizinischer Empfehlungen zu Gesundheitsverhalten, Lebensweise, Bewältigungsstil, etc. (s. *Horn/Beier/Kraft-Krumm* 1984; *Kickbusch* 1982; *WHO* 1982).

Diese genannten Merkmale medizinischer Forschung haben nun folgende theoretische und praktische Auswirkungen:

— Die (Un)Gleichgewichtsmodelle von Krankheit sind verdrängt worden durch Defektmodelle. Die (Un)Gleichgewichtsmodelle (Homöostase) interpretierten Krankheit als ganzheitlichen (»systemischen«) Effekt einer »lokalen«, aber anhaltenden Störung eines »dynamischen Gleichgewichts«: z.B. einer Regulationsstörung im Vegetativen Nervensystem mit folgender »vegetativer Dystonie«. Dieser Denkansatz ist der Tendenz nach systemtheoretisch (s. *Maschewsky* 1979).

Das Defektmodell von Krankheit bedeutet dagegen einen Rückfall in mechanistisches Denken: die Störung wird nicht an vernetzten Prozessen festgemacht, deren »Zusammenspiel« »aus den Fugen gerät«, was rückgekoppelte »Ausgleichsmaßnahmen« auslöst. Stattdessen sollen sich die Auswirkungen eines Struktur- oder Funktionsdefekts in der Kausalkette hinter der Störungsstelle quasi »blind« fortpflanzen. Durch den »richtigen« biotechnischen Eingriff (z.B. : operative Entfernung kranken Gewebes; pharmakologischer Ausgleich eines biochemischen Defizits) sollen sie sich beseitigen lassen.

— Der »Lokalismus« unterstellt, jeder pathogene Prozeß ließe sich analytisch immer weiter aufspalten in »normale« und »gestörte« Anteile, so daß letztlich stets eine einzelne gestörte Struktur oder Funktion als »eigentliche Ursache« identifizierbar sei — s. *Holzkamp* (1972) zum »methodologischen Reduktionismus«. Ein feststellbares System-Ungleichgewicht wird also auf den isolierten Defekt eines Teilsystems zurückgeführt. Das Zugeständnis einer »multifaktoriellen Genese« bzw. »Polyätiologie« wird implizit wieder zurückgenommen durch die Suche nach zugleich notwendigen und hinreichenden Einzelbedingungen.

Der Lokalismus stößt zumindest in folgenden Fällen auf Probleme: die Diagnose »normal/gestört« ist unsicher, oder verändert sich kurzfristig; die Bedeutsamkeit einer als »gestört« identifizierten Funktion/Struktur für die zu erklärende Krankheit ist fraglich; es bleibt unklar, ob eine »gestörte« Funktion/Struktur Ursache oder Folge der Krankheit ist; der Krankheits-»verursachende« Defekt besteht nicht in der Störung einer einzelnen Funktion/Struktur, sondern in einer Störung der Interaktion/Koordination/Synchronisation je einzeln völlig intakter Funktionen und Stukturen.

— Die »Spezifitäts«-These stellt ein Pendant zum Lokalismus dar. Sie besagt, daß jede Krankheit eine spezifische Ursache besitze, und daß gleiche Ursachen auch gleiche Folgen (Krankheiten) hervorbringen.

Wendet man die Begrifflichkeit der Logik auf diese Vorstellung an, so sind mit »spezifschen Ursachen« offensichtlich zugleich notwendige und hinreichende Bedingungen gemeint. Nur auf deren Identifizierung wird die Forschung orientiert. Damit wird wiederum stillschweigend der multifaktorielle Erklärungsanspruch aufgegeben — dieser würde auch die Bestimmung einerseits von notwendigen, andererseits von hinreichenden Bedingungen erfordern.

— Die Spezifitätsthese bestreitet die Möglichkeit folgender Phänomene von »Unspezifität«: unterschiedliche Ursachen führen zur gleichen Krankheit (»Substituierbarkeit von Ursachen«; »verschiedene Wege zu ...«); gleiche Ursachen führen zu verschiedenen Krankheiten (»Krankheitswahl«; »somatische Kanalisierung«); ohne Veränderung der zugrundeliegenden Situation treten neue Krankheiten auf (»Symptomwandel«). Die in diesem Phänomen enthaltenen »Unbestimmtheitsstellen« werden stattdessen als Ergebnise einer mangelhaften Analyse interpretiert, die beim Fortschreiten »harter« Forschung wiederum streng deterministischen und »niedrig-komplexen« Zusammenhängen weichen müssen.

Die Spezifitäts-These wird oft zur Legitimation von Nichtstun benutzt. — Am Beispiel: nimmt man nicht einen allgemeinen Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen zum Anlaß für Umweltsanierung, so kann man diese Untätigkeit mit dem Argument rechtfertigen, man suche nach spezifischen, handhabbareren Zusammenhängen. So erreicht man den Vollzugsaufschub oder gar »Methodentod« einer populären Forderung (s. *Dick* 1974; *Maschewsky* 1982).

— Die Fixierung auf eine rein technische Problemlösung versteht Heilung als vorwiegend biochemische Reparatur eines Defekts — s. *Rothschuh* (1978) zur »Iatrotechnik«. Für diesen Zweck wird ein komplexer Erkrankungsprozeß reduziert auf die Schädigung/Störung/»Entgleisung« einer mehr oder weniger als zentral angenommenen (»Schlüssel«-)Struktur/Funktion. Diese ermögliche einen direkten Zugriff, der dabei als »kausale Therapie« verstanden wird. — Am Beispiel: »Wenn Schulkinder

vom »Zappelphilipp« befallen sind, helfen eben nur noch Psychopharmaka ... Ob diese »Überaktivität« vielleicht etwas mit der Familie oder der Schule selbst zu tun haben könnte, bleibt außer Betracht ... Man kann sich vorstellen, was möglich wird, wenn an die Stelle der harten Psychopharmaka jetzt eine neue Generation »weicher«, körpernaher, raffiniert modifizierter und gentechnologisch produzierter Regulatorstoffe für psychische Spannungszustände tritt« (*Hohlfeld* 1981, S. 125)

— Dabei erfolgt nicht nur eine Reduktion auf biochemisch zugreifbare (»Schlüssel«-)Ereignisse, sondern tendenziell (bedingte Ausnahme : Risikofaktorenmedizin) erfolgt eine Fixierung auf die letzten Glieder der Kausalkette. Hier sind somatische Korrelate bereits nachweisbar, und die Medizin fühlt sich kompetent. Die »technologische Fixierung« wird also durch eine »Endpunkt-Fixierung« ergänzt.

Die Endpunkt-Medizin konzentriert sich dabei auf die letzte Phase in der langen Entstehungsgeschichte chronisch-degenerativer Erkrankungen (s. *Naschold/Novak* 1980; *Schaefer/Blohmke* 1978)

— von unspezifischen, sporadisch auftretenden und meist nur subjektiv erfaßbaren Vorformen und Frühphasen;
— über sporadisch auftretende, noch reversible, aber bereits somatisch faßbare Beeinträchtigungen;
— bis hin zu chronifizierten, irreversiblen, somatischen Schäden.

Die absurde Konsequenz: Krankheiten werden erst dann behandelt, wenn meist »alles zu spät« ist, und die Behandlungsansätze nicht mehr richtig greifen.

Nach dieser Trendbeschreibung will ich die einzelnen medizinischen Krankheitstheorien kurz einordnen.

Zu (a): Zellularpathologie

Virchow veröffentlichte 1858 seine Theorie der Zellularpathologie. Danach sind nicht Körpersäfte, Organe oder Gewebe, sondern letztlich immer die einzelnen Zellen Träger der Krankheit. Die Zelle sei die eigentlich organische Einheit; Störungen ihrer Struktur und/oder Funktion führten zur Krankheit. Konsequenz : es gibt keine Allgemeinkrankheiten; jede Krankheit hat ihren spezifischen anatomischen Sitz, ist lokalisierbar (Lokalismus).

Zu (b) : Molekularpathologie

Die Zellularpathologie fomulierte ihre Krankheitstheorie in der Theoriesprache einer nicht-medizinischen Natruwissenschaft: der traditionellen Biologie. In einem weiteren Schritt wurden als Grundbausteine biologischer Phänomene Atome und Moleküle »entdeckt«.

»Makro«-Theorien des Lebendigen wurden und werden durch molekulare »Mikro«-Theorien ersetzt. Diese Entwicklung begann mit molekula-

ren Konzepten von Zellaufbau und Stoffwechsel in der Biochemie, setzte sich fort mit der molekularen Theorie des Steuerungsprogramms der Bakterienzelle, der Molekulargenetik und erfaßt heute die Prozesse der Differenzierung von Zellen und Entwicklung von Organismen - die molekulare Zell- und Entwicklungsbiologie« (*Hohlfeld* 1981, S. 117).

Die Molekularpathologie entwirft nun molekulare (»Mikro«-)Theorien von Krankheitsprozessen: etwa als Störungen des Stoffwechsels und der Immunreaktion. Dies bedeutet eine Verschärfung des Lokalismus: bestimmte molekulare Prozesse gelten als zentrale »Schlüsselprozesse«, etwa Regulationsanomalien und Gendefekte. Sie stehen dem biochemischen oder genchirurgischen Zugriff offen.

Zu (c): Risikofaktorenmedizin

Die Risikofaktorenmedizin (S. *Abholz u.a.* 1982; *Schaefer/Blohmke* 1978) interpretiert Krankheit als Resultat negativer Verhaltensweisen bzw. krankheits-fördernder Faktoren beim Individuum. Diese Theorie wurde bsd. für koronare Herzerkrankungen entwickelt, ist aber auch für andere Krankheiten denkbar (z.B. Krebs, »Rheuma«) oder wieder verworfen worden (z.B. Tbc - s. *Garbe* 1982; *Harmsen* 1982).

Die Risikofaktorenmedizin versteht sich als ein präventiver Ansatz zur Verhütung von chronisch-degenerativen Krankheiten. Sie überwindet die Fixierung auf eine Endpunkt-Behandlung, und kann reale — wenn auch geringe — Erfolge bei der Krankheitsverhütung aufweisen.

Sie fördert aber ihrerseits eine breite, zugleich einseitige und der Sozio-Pathogenese nicht angemessene Medikalisierung.

—Verschiedenste Verhaltensweisen werden einseitig nur als Gesundheitsrisiken interpretiert, und nicht als Bewältigungsformen von Lebens- und Arbeitsproblemen begriffen (s. *Friczewski u.a.* 1983; *Lazarus* 1966). Der implizite Gesundheitsbegriff orientiert sich dabei an einem Leistungs-(Fitness-)Ideal. Unterschlagen wird die mögliche Gesundheitsförderlichkeit - per Spannungsreduktion und Selbstwerthebung - solch »ungesunder« Aktivitäten wie »rumgammeln«, »einen drauf machen«, »Dampf ablassen«, etc (s. *Horn/Beier/Kraft-Krumm* 1984).

—Bestimmte, oft lustvolle, Handlungsweisen werden zu Gesundheitsrisiken erklärt. Andere, oft unlustvolle, und der eigenen Erfahrung nach krankmachende Erlebnisse (z.B.: Vergewaltigung des Biorhythmus durch die Arbeitszeit; schleichende Vergiftung durch Chemisierung und Verschmutzung der Umwelt) werden von der Medizin vernachlässigt (s. *Kalberlah* 1983; *Koch* 1981; *Koch/Vahrenholt* 1978; *Rohmert/Rutenfranz* 1975; *Valentin u.a.* 1979; *Zimmermann* 1982). Konsequenz: eine Verunsicherung des Laien, dem einerseits die Kompetenz zur Identifizierung und Abwehr von Gesundheitsrisiken abgesprochen wird (s. *Funke* 1983); und der andererseits durch oft unrealistische Gefährdungsvisionen desorien-

tiert wird.

— Schließlich sind die vorgeschlagenen medizinischen Interventionen zur Behandlung von Risiskofaktoren (z.B.: Massenprophylaxe mit Betablockern gegen »milden Bluthochdruck«; Fluoridierung des Trinkwassers gegen Karies - s. *Borgers* 1981) selbst riskant: erstens enthalten sie die Gefahr iatrogener Schäden; zweitens mindern sie den Druck zur Veränderung individuellen Fehlverhaltens; und drittens stabilisieren sie krankmachende soziale Bedingungen (z.B.: Unterlassung sozialer Veränderungen, die den Blutdruck-Anstieg bremsen oder gar rückgängig machen; geringerer Druck in Richtung administrativer Eindämmung des Zucker-, Alkohol-, Nikotin-, etc Konsums).

Zu (d): Psychosomatische Medizin

Die psychosomatische Medizin (s. *Alexander* 1951; *Bräutigam/Christian* 1975; von *Uexküll* 1979) steht in mehrfacher Hinsicht im Gegensatz zu den drei erstgenannten medizinischen Krankheitsmodellen:

— sie nimmt Wechselbeziehungen zwischen Soma und Psyche an, und weist dem Soma kein Primat zu;
— sie lehnt die Spezifitäts- und Lokalismusthese ab;
— sie arbeitet der zunehmenden Parzellierung entgegen, und versteht Krankheit letztlich als Folge eines gestörten Gleichgewichts.

»Die Psychosomatik ist, medizingeschichtlich gesehen, als Antithese gegenüber einer organzentrierten Krankheitsauffassung und einer allein naturwissenschaftlich denkenden Heilkunde und Therapie aufgetreten. Sie ist aber ... nicht auf die Psychogenese als ursächliches Prinzip festgelegt ...

Seelische Krankheitsursachen können einmal in einer einfachen seelischen Belastung liegen wie im Verlust eines nahen Angehörigen und der mehr oder weniger vollkommenen Trauer und Trennungsarbeit, in einer Zurücksetzung, die zu einer Kränkung und einem Ärger führte, dem mehr oder wenige stark Ausdruck gegeben werden konnte. Erfahrungsgemäß finden sich bei psychosomatischen Krankheiten aber gewöhnlich nicht einfache Belastungen dieser Art, sondern meist solche, die zu einem Konflikt führen« (*Bräutigam/Christian* 1975, S. 18)

Die Psychosomatik ist allerdings anfällig für spekulative Argumentationen — wie die »Schulmedizin« umgekehrt anfällig ist für »platten« Mechanismus, Physikalismus. Zur naturwissenschaftlichen Absicherung der Psychosomatik wird deshalb gerne Bezug genommen auf die psychophysiologische Streßtheorie (s. Nitsch 1981), die deshalb für die Psychosomatik oft eine »Scharnierfunktion« annimmt.

Ein spezifischer Seitenzweig der Psychosomatik ist die »Soziopsychosomatik« oder »Sozialphysiologie« (s. *Naschold/Novak* 1980). Danach bedeutet Krankheit v.a. eine »funktionelle Überlastung« des Menschen durch die Zivilisation (s. *Cannon* 1929; *Levine/Scotch* 1973; *Selye* 1946).

Diese führe entweder zu einem »over-use« bestimmter Reaktionsweisen oder zur Herausbildung unangemessener Verhaltensmuster und damit zur pathologischen Veränderung (neuro-vegetative Dysregulation). Hier lassen sich auch Bezüge herstellen einerseits zur Handlungsstrukturanalyse (s. *Hacker* 1973; *Volpert* 1974); und andererseits zur These der Verschiebung von »lokalen« zu »zentralen« Beanspruchungen (s. *Dörr/Naschold* 1982; *Rozzi* 1979) bzw. der Verschiebung von »lokalem Streß« zu »Systemstreß« (*Friczewski u.a.* 1983; *Maschewsky/Halusa* 1982).

Ein Problem der psychosomatischen Medizin scheint mir darin zu liegen, daß sie ihren Erklärungsanspruch auch für Krankeitsphänomene geltend macht, die möglicherweise zutreffender als Folge chronischer Schadstoffeinwirkungen (Vergiftungen) am Arbeitsplatz, in der Umwelt und Nahrung zu erklären sind — etwa als »neurotoxische« Schadstoffwirkungen (s. *Ekel/Teichner* 1976; *Kalberlah* 1983; *Köhler* 1983; Swedish Work Environment Fund 1980; *Wesp* 1981).

2. Sozialwisssenschaftliche Krankheitstheorien

Es gibt eine Vielzahl sozialwissenschaftlicher Krankheitstheorien, die hier nicht alle behandelt werden können (z.B.: der strukturell-funktionale Ansatz *Parsons*; die kultur-anthropologische Krankheitstheorie; etc). Die ausgewählten Theorien stellen unterschiedliche Fragen in den Vordergrund:

— Erstens: wie *verteilen* sich Krankheiten, ungeachtet der Frage ihrer Entstehung?
  Hierzu gehören: (a) der »Labelling«-Ansatz; und (b) die »Drift«-Hypothese.
— Zweitens: welche Bedeutung hat die *Disposition* für die Krankheitsentstehung?
  Hierzu gehört: (c) die »Verhaltensmuster«-Theorie.
— Drittens: welche Bedeutung hat die *Exposition* für die Krankheitsentstehung?
  Hierzu gehören: (d) der »Life-Event«-Ansatz; (e) das »Lebensweisen«-Konzept; (f) die »Verschleiß«-Hypothese; und (g) das »Streß«-Modell.

Es wurden v.a. auch solche sozialwissenschaftlichen Krankheitstheorien ausgewählt, die sich nicht auf die Nische der »psychischen Erkrankungen« beschränken, sondern mit den medizinischen Theorien in deren Domäne — den somatischen Krankheiten — zu konkurrieren versuchen.

Eine grobe Gegenüberstellung medizinischen und sozialwissenschaftlicher Krankheitstheorien (s. Tabelle) zeigt dabei folgendes: Beide Arten von Krankheitstheorien weisen deutliche Unterschiede auf.

— Die Unterschiede beruhen zum einen auf unterschiedlichen Domänen: somatische vs. psychische Krankheiten.
— Zum anderen bestehen Unterschiede in den verwendeten Erklärungen,

und — damit verbunden — in dem beanspruchten Geltungsbereich: biologisches vs. psychosoziales Geschehen.
— Weitere Differenzen betreffen die Erkenntnismerkmale der Theorien: eher deterministische (mechanistische oder kybernetische) vs. eher statistische (multifaktorielle oder kybernetische) Theorien.
— Schließlich sind auch Unterschiede in den Praxisempfehlungen festzustellen: biotechnisches Wissen (z.T. verbunden mit Verhaltensappellen) vs. soziotechnisches Wissen.

Jetzt genauer zu den einzelnen Theorien.

Tabelle: Medizinische und sozialwissenschaftliche Theorien im Vergleich

Ebene	*Medizin*	*Sozialwissenschaft*
Zentrale Begriffe	Noxe; Exposition; Latenz; Virulenz; reversible/irreversible, lokale/systemische Wirkung; Defekt/Störung/Entgleisung	Belastung; Kumulation; Handlungsspielraum; Bewältigungsweisen; Strategienwechsel; soziale Reaktion; kurzfristige/langfristige Wirkung
»Scharnier«-Begriffe	Streß; Verstädterung; Industrialisierung; ungesunde Lebensweise; Ausschaltung der natürlichen Selektion	Streß; Disregulation; Schwächung des Immunsystems
Spezifität/ Unspezifität	Infektions-K.: faktisch Spezifität der Ursachen u. Wirkungen angenommen. Chron.-deg. K.: eher Spezifität angen.	meist Unspezifität der Ursachen und Wirkungen angenommen
Krankheitsursachen	physiko-chemische und mikrobiologische Noxen; Körperzustände; »gesundheitsrelevante« Verhaltensweisen	psychosoziale Bedingungen (inklusive Politik, Ökologie)
Form der angenommenen Beziehung	bevorzugt deterministische Beziehungen (Ausnahme: Risikofaktorenmedizin); oft faktische Monokausalität	ausschließlich statistische Beziehungen; ausschließlich multifaktorielle Beziehungen
Art der angenommenen Beziehung	biologischer Determinismus; meist psychosozialer Determinismus	schwacher psychosozialer Determinismus
erklärende Variablen	fast ausschließlich biologische Sachverhalte	biologische u. psychosoziale Sachverhalte; zunächst psychosoziales Geschehen mündet in biologisches Geschehen
theoretische Domäne	somatische Krankheiten; bsd. Infektions- bzw. Akut-Krankheiten	psychische und psychosomatische Krankheiten
praktische Domäne	alle Krankheiten mit somatischen Folgen	K. mit ausschl. psychischen u. sozialen Folgen (falls nicht auch hier Chemotherapie bevorzugt wird).

2.1. Krankheitsverteilung

Zu (a): »Labelling«-Ansatz

Der »Labelling«- oder »Etikettierungs«-Ansatz (s. *Gerhardt* 1981; *Keupp* 1972) versucht eine soziogenetische Erklärung von v.a. psychischen Störungen. Der Ansatz wurde begründet durch *Szasz'* programmatischen Aufsatz »The myth of mental illness«, und weiterentwickelt durch Arbeiten u.a. von *Becker* (1963), *Freidson* (1971) und *Scheff* (1966). Die zentrale These lautet: »Psychische Störung« ist kein biologischer/medizinischer Sachverhalt, sondern ein gesellschaftliches Etikett (und eine damit verbundene Rolle). Dieses Etikett wird bei bestimmten Regelverletzungen von der

Gesellschaft »aufgedrückt« — in relativ willkürlicher Form. Der Betroffene akzeptiert es aufgrund seiner durch die Regelverletzung bedingten Verunsicherung. Da die Rückkehr in eine »normale« Rolle gesellschaftlich erschwert wird, leitet die Etikettierung in der Regel eine entsprechende Krankenkarriere ein. Die Zuschreibung von Krankheit ist hiernach also nur eine gesellschaftliche Reaktion auf »abweichendes Verhalten«. Ein biologisch-medizinischer »Kern« von Krankheit wird meist geleugnet.

Keupp (1972) sieht die Hauptschwäche des Labelling-Ansatzes darin, »daß er auf die Frage keine Antwort geben kann, wie die Regeln und Normen zustande kommen, die darüber entscheiden, ob jemand in eine abweichende Rolle gedrängt wird. Unbefriedigend bleibt weiterhin, daß »mental illness« ein »arbitrary label« sein soll. Schließlich kann das auf formaler Ebene bleibende Modell nicht erklären, welcher Art der Herrschaftsmechanismus ist, nach dem bestimmte Gruppen andere als abweichend definieren und auch so behandeln können« (S. 300).

Als Verdienst des Labelling-Ansatzes bleibt, daß er

— zum einen die soziale und kulturelle Relativität des Krankheits- (und Gesundheits-)Begriffs verdeutlicht und
— weiterhin die soziale Dynamik bei der Krankheits-Zuschreibung und ihre Auswirkungen auf die sogenannte »natural history of disease« exemplarisch beleuchtet;
— somit schließlich die Identifizierung von Gestaltungsspielräumen ermöglicht.

Zu (b): »Drift«-Hypothese

Die »Drift«-Hypothese (s. *Abholz* 1976; *Gleiss/Seidel/Abholz* 1973; *Maschewsky* 1981; *Rebell* 1976) entstand in den USA bei der Untersuchung von Geisteskrankheiten. Die »Chicagoer Schule« (bsd. *Faris/Dunham* 1936) hatte schon eine Häufung von Schizophrenie-Kranken (behandelte Inzidenz) im Stadtkern (Slums; hohe Wohndichte; geringe Wohnqualität; hohe Arbeitslosigkeit; vorzugsweise Neueinwanderer und/oder Farbige) nachgewiesen, und diesen Befund ökologisch interpretiert. Die sozialepidemiologische »New-Haven-Studie« (*Hollingshead/Redlich* 1958) wies eine deutliche Beziehung nach zwischen Schichtzugehörigkeit, Häufigkeit psychischer Erkrankungen (behandelte Prävalenz), Schwere der Erkrankung, Behandlungsform und -dauer. Dies wurde auch von der »Midtown-Manhattan-Studie« (*Srole* u.a. 1962) und der »Detroit-Studie« (*Kornhauser* 1965) bestätigt.

Die genannten Studien interpretierten die Beziehung zwischen psychiatrischer Morbidität und sozialer Lage statisch — das heißt: bei als konstant angenommener sozialer Lage wurde das Morbiditätsrisiko festgestellt. *Brenner* (1973) dynamisierte diese Beziehung: er untersuchte, ob und wie sich Veränderungen der sozialen Lage (bsd.: Arbeitslosigkeit) auf die Mor-

bidität auswirken. Er fand dabei einen deutlichen Zusammenhang zwischen Wirtschaftskrisen und psychiatrischer Hospitalisierung (mit einem gewissen Verzögerungseffekt).

Die Ergebnisse dieser Art von Studien werden im wesentlichen mit zwei Hypothesen erklärt:

— Nach der »Streßhypothese« (soziale Verursachung) sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Unterschicht deutlich schlechter und führen deshalb zu höherer psychiatrischer Morbidität.
— Nach der »Drithypothese« (soziale Selektion) sammeln sich in der Unterschicht Menschen, die aufgrund genetisch bedingter Anfälligkeit psychisch erkranken und deshalb sozial absteigen.

Beide Hypothesen können auf empirische Bestätigungen verweisen — wofür allerdings Prävalenzstudien weniger geeignet sind, da sich die Effekte von Erkrankungshäufigkeit, Zeitpunkt der Erfassung, Therapierbarkeit und Behandlungsdauer vermischen. Es erscheint plausibel, daß nur die beiden Hypothesen zusammen die genannten Befunde erklären.

— Zum einen sind bestimmte Individuen psychisch anfälliger als andere und erkranken deshalb eher bei einem bestimmten Niveau der Belastung.
— Zum anderen ist aber das Niveau der Belastungen in der Unterschicht höher als in den anderen Schichten.
— Weiterhin ist die Gefahr, bei Erkrankung (weiter) sozial abzusteigen, in der Unterschicht größer — etwa aufgrund geringerer sozialer Toleranz, schwächerer sozialer Unterstützungssysteme, geringerer verbleibender Sozialkompetenz und höheren Problemdrucks.
— Schließlich führt ein bei Erkrankung tatsächlich erfolgter sozialer Abstieg durch die zunehmend ungünstigeren Lebensbedingungen zu einer Beschleunigung und Verfestigung der Erkrankung.

Im Falle des »positiven Befunds« eines inversen Zusammenhangs von sozialer Lage und psychischer Störung diente die Drifthypothese dazu, aus der Streßhypothese ableitbare sozialpolitische Forderungen zugunsten der Unterschicht abzublocken. Diese »konservative« Nutzung der Drifthypothese tritt aber zunehmend zurück hinter eine »progressive« Nutzung: ein »negativer Befund« bei Überprüfung einer Streßhypothese wird erklärt als Ergebnis des »Wegdriftens« streßgeschädigter Individuen. Hier bezieht sich der »Drift« weniger auf soziale, eher auf geographische und berufliche Mobilität.

Beispiel: Der »healthy-worker-effect« (s. *Haynes/Feinleib/Kannel* 1978; *Maschewsky/Schneider* 1982) erklärt den besseren (!) Gesundheitszustand erwerbstätiger gegenüber nicht-erwerbstätigen Frauen als Ergebnis gesellschaftlicher Sozialpolitik und unternehmerischer Personalpolitik. Einerseits führe die Erwerbstätigkeit zum Gesundheitsverschleiß; andererseits entledigen sich die Betriebe sehr schnell der »verschlissenen« Arbeit-

nehmerinnen; Nettoeffekt: wer arbeitet, ist (noch) gesünder! Da ähnlich aufgebaute (statistisch »gesicherte«) »Beweise« der Unschädlichkeit etwa von Nachtarbeit, Schichtarbeit, Arbeit mit chemischen Schadstoffen, etc., nur zu häufig in der Öffentlichkeit lanciert werden, ist der Hinweis auf solche — von der Wissenschaft meist vernachlässigte — Drifteffekte wichtig.

Der Drifthypothese verwandt ist die »Ausgliederungshypothese« (s. *Maschewsky* 1983b). Diese besagt, daß der Driftprozeß nicht nur die Folge, sondern auch die Ursache von Gesundheitsbeeinträchtigungen sein kann. Beispiel: ein beruflicher Abstieg, etwa wegen Qualifikationsentwertung, kann selber gesundheitsschädigend wirken.

Die Drifthypothese hat Mobilität als Krankheitsfolge oder -ursache thematisiert. Dadurch gerieten auch soziale und politische Prozesse ins Blickfeld der Epidemiologie, die sich bis dahin — wenn überhaupt — nur mit demographischen und medizinischen Prozessen (Krankheitsprozeß; Panoramawechsel; diagnostische/therapeutische Veränderungen) befaßt hatte.

2.2. Disposition als Krankheitsursache

Zu (c): »Verhaltensmuster«-Theorie

Die »Verhaltensmuster«-Theorie betont als wesentliches Moment der Pathogenese erlernte neuro-hormonelle Fehlregulationen. Diese erzeugen eine »prämorbide Persönlichkeitsstruktur«, die nur noch der Exposition gegenüber mikrobiologischen, physiko-chemischen oder psychosozialen Noxen zur Auslösung der Erkrankung bedarf. Die »Vorschädigung« wird etwa (physiologisch) in einer Schwächung des Immunsystems gesehen (s. *Grossarth-Maticek* 1979 zur Krebsentstehung), oder (psychologisch) in langfristig pathogenen Bewältigungsstrategien (s. *Moersch u.a.* 1980 zum Herzinfarkt).

Eine bekannte Variante dieses Ansatzes stellt die Typ-A-Theorie der Infarktgenese dar (s. *Friedman/Rosenman* 1975). Der »A-Typ« ist gekennzeichnet durch Ehrgeiz, Ungeduld, innere Hektik, (versteckte oder offene) Rivalität und Aggressivität — also der typische »Manager«. Vermittelt durch Streß (s. *Nitsch* 1981) erhöhe dieses »A-Verhalten« das Infarktrisiko.

Nach der Theorie der »erlernten Hilflosigkeit« (s. Seligman 1975) produzieren spezifische ungünstige Lernerfahrungen beim Betroffenen Gefühle der Ohnmacht. Wenn einerseits der Handlungsimpuls bestehen bleibt, aber andererseits die Handlungskompetenz so systematisch zerstört wird, kann dieser (Dauer-)Widerspruch das Selbstwertgefühl so stark beeinträchtigen, daß eine Depression entsteht.

Die »Kontrolltheorie« (s. *Frese* 1977) betont demgegenüber nicht die entmutigende Lernbiographie, sondern die aktuelle (oft chronische) Diskrepanz zwischen hohen »Kontrollambitionen« des Individuums und fak-

tischem »Kontrollverlust«. Es gelingt nicht, die Arbeits- und Lebenssituation den eigenen Bedürfnissen entsprechend planmäßig zu gestalten: die entscheidenden Determinanten liegen außerhalb des eigenen »Kontrollspielraums«, erscheinen als »blinder Zufall« oder »böses Schicksal«. Diese Ohnmacht führe zu Fustration, Überforderung und »wirren Handlungsstrategien« — was auf Dauer (vermittelt über neuro-hormonelle Fehlregulationen) »das Herz brechen« kann (s. *Karasek* 1979; *Siegrist u.a.* 1980).

Zusammenfassend gilt, daß die verschiedenen Verhaltensmuster-Theorien das Belastungs-/Beanspruchungs-/Bewältigungs-Schema der »kognitiven« Belastungsforschung (s. *Lazarus* 1966) zum Ausgangspunkt nehmen, darin aber v.a. die Pathogenität bestimmter Bewältigungsformen betonen. Dies birgt die Gefahr, daß — analog der Risikofaktorenmedizin — die objektive Bedingtheit und Verankerung (»Sog der Umstände«) des »Fehlverhaltens« systematisch unterschätzt und ein (weitgehend fiktiver) Handlungsspielraum postuliert wird.

2.3. Exposition als Krankheitsursache

Zu (d): »Life-Event«-Ansatz

Unter »Life-Events« versteht man seltene »lebensverändernde Ereignisse« (z.B.: Wohnortwechsel; Beförderung; Tod des Partners), die bewährte Bewältigungsroutinen (zer)stören und die Anpassung an eine veränderte Lebenssituation erzwingen. Den Life-Events wird ein pathogener Effekt zugeschrieben: »Umzugsdepression«; »empty-nest«-Problematik; »Rentnertod«.

Der Ansatz wurde von *Holmes/Rahe* (1967) und *Dohrenwend/Dohrenwend* (1974) entwickelt und bald zur Erklärung verschiedener Krankheiten verwendet: z.B. psychische Erkrankungen (*Brown/Birley* 1968; *Katschnig* 1980); Diabetes (*Grant u.a.* 1974); und koronare Herzkrankheiten (*Siegrist u.a.* 1980; *Theorell* 1974).

Der Grundgedanke ist folgender: verschiedenste lebensverändernde Ereignisse führen — ungeachtet ihrer subjektiven Bedeutung — kurzfristig zu einer psychophysischen Labilisierung. Auf der kognitiven Ebene besteht Desorientierung; auf der informationellen Ebene Reizüberflutung; auf der emotionalen Ebene Übererregung; und auf der energetischen Ebene Überforderung. Die »Handlungsstrukturanalyse« von *Hacker* (1973) und *Volpert* (1974) sagt für solche Fälle den Zusammenbruch routinisierten Bewältigungshandelns und »wirre Handlungsstrategien« voraus — was die Anpassung an die Situation erschwert. So wird ein unspezifischer Belastungsschub erzeugt (s. *Friczewski u.a.* 1983), der als Auslöser für verschiedenste Krankheiten (bei entsprechender Vorschädigung) wirken kann.

Der Life-Event-Ansatz verweist auf die pathogene Potenz ganz alltägli-

cher und unvermeidlicher Ereignisse, die in keinem »Risikofaktoren«-Katalog auftauchen. Mängel des Ansatzes: unzureichender individueller Bezug bei der Abschätzung der Schädlichkeit von Life-Events; Vernachlässigung der belastungsmindernden Wirkung sozialer Unterstützungssysteme (s. *Badura* 1981); Verwischung des Unterschieds zwischen einerseits kurzfristigen Anpassungen an reversible Veränderungen (z.B.: zeitweise auswärtige Arbeit) und andererseits langfristigen Anpassungen an irreversible Veränderungen (z.B.: Verrentung).

Zu (e): »Lebensweisen«-Konzept

Das »Lebensweisen«- (»Life-style«-)Konzept wird von der *WHO* als Überwindung des reduktionistischen Risikofaktoren-Konzepts gefördert (s. BZgA 1983; *Kickbusch* 1982; *Who* 1982) — wobei aber zu beachten ist, daß im angloamerikanischen Sprachgebrauch »life-style« meist auf »risk-factors« verkürzt wird.

Das Lebensweisen-Konzept (im weiteren Sinn der *WHO*) betont die Komplexität menschlichen (Gesundheits-)Handelns; seine Abhängigkeit von wirtschaftlichen, ökologischen, kulturellen und sozialen Bedingungen; seine permanente Reproduktion und Stabilisierung durch diese »externen« Bedingungen; und schließlich seine (offene oder »verborgene«) Funktionalität für nicht-gesundheitsbezogene Zielsetzungen. Dies erklärt die geringe Beeinflußbarkeit von »Fehlverhalten» — etwa als Zielkonflikt im »magischen Dreieck« von Arbeitsplatzsicherung, Lohnsicherung und Gesundheitssicherung (s. *Dohse/Jürgens/Russig* 1982).

Das Lebensweisen-Konzept (i.w.S.) kritisiert den Voluntarismus und Individualismus des Risikofaktoren-Konzepts: »Es wird unterstellt, daß es den Menschen offenstehe, sich frei und ungezwungen für oder gegen seine Gesundheit zu entscheiden; in reduzierter Form wird zumindest davon ausgegangen, daß das Individuum Gefährdungen seiner Gesundheit persönlich durch entsprechende Entscheidungen z.B. in Bereichen wie Ernährung, Genußmittelkonsum, Bewegungsverhalten reduzieren könne. Die darauf ausgerichteten Präventions- und Interventionsprogramme haben freilich mit ihrer partiellen Folgelosigkeit aufgezeigt, daß die soziale Dimension von Gesundheit, das heißt vor allem die Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen, einen erheblichen Einfluß auf die Genese und Therapie von »Zivilisationskrankheiten« haben (*Wenzel* 1983, S.5).

Das Lebensweisen-Konzept hat aber bisher erst den Status einer Rahmenkonzeption, deren theoretische Ausdifferenzierung und präventive Umsetzung bisher noch aussteht. Immerhin deutet sich folgendes an (s. BZgA 1983; *Maschewsky-Schneider* 1984):

— Eine realistische (!) Konzeption der Lebensbedingungen in unterschiedlichen sozialen Gruppen is erforderlich, etwa hinsichtlich Finanzbud-

get, Zeitbudget, Wertsystem, sozialem Netz, psychophysischen und materiellen Ressourcen.

— Es gibt nicht eine gesunde Lebensweise, die für alle sozialen Gruppen gleichermaßen gültig und realisierbar ist. Daher ist ein »pluarlistisches Konzept der Gesundheitsförderung« angezeigt, das verschiedene Handlungsoptionen zugunsten gesundheits-fördernder Lebensweisen ermöglicht.

— Erforderlich ist eine partielle Umverteilung der Ressourcen zugunsten einer präventiven und stärker mit der Sozialpolitik integrierten Gesundheitspolitik. (Diese Umverteilung wird durch die wachsende ökonomische Krise aber eher zu einer bloßen Mittelkürzung pervertiert. Entsprechend wird auch die vom Lebensweisen-Konzept geforderte Laienaktivierung und Selbsthilfe für handfeste haushaltspolitische Zielsetzungen funktionalisiert - s. *Rosenbrock* 1983).

— Notwendig erscheint schließlich eine stärkere Dezentralisierung gesundheitsfördernder Maßnahmen — mit dem Vorzug größerer »Konsumenten«- und Realitätsnähe.

Zu (f): »Verschleiß«-Hypothese

Nach der »Verschleiß«-Hypothese beruht die langfristige (!) pathogene Relevanz chronischer Belastungen auf deren quantitativer, situativer und zeitlicher Kumulation. Das Erkrankungsrisiko sei eine Funktion dieser Belastungskumulation:

— entweder unmittelbar;

— oder oberhalb eines Schwellenwerts;

— und/oder in Anrechnung einer personspezifischen »Belastbarkeit«.

Diese Verschleiß-Hypothese ist eine (oft unausgesprochene) Grundannahme der Arbeitsmedizin/Arbeitsphysiologie/Ergonomie (s. *Rohmert/-Rutenfranz* 1975; *Valentin u.a.* 1979), Arbeitspsychologie (s. *Hacker* 1973; *Volpert* 1974), Arbeits- und Industriesoziologie (s.*Kasiske* 1976; *Volkholz* 1977) und Toxikologie (s. *Kalberlah* 1983; *Köhler* 1982, 1983). Sie dient zur Abschätzung der Langzeitwirkung von Arbeitsbelastungen.

Dieses Problem wird neuerdings stark vernachlässigt zugunsten der Untersuchung kurzfristiger Überforderungen, spezifischer Anforderungsprofile, individueller Eignungsprofile, etc (s. *Zimmermann* 1982). Entsprechend befaßt sich die Arbeitswissenschaft (i.w.S.) vorzugsweise mit akuten und/oder spezifischen Belastungswirkungen und -nachwirkungen — die betriebswirtschaftlich »zu Buche schlagen« —, »vergißt«aber tendenziell die chronischen (oft unspezifischen) Belastungsfolgen, die erst sehr spät manifest werden (und als »soziale Kosten« vom Betrieb auf die Gesamtgesellschaft abgewälzt werden). Eine ähnliche Auswirkung hat die mangelhafte (theoretische und methodische) Befassung mit Kombinationswirkungen von Belastungen (»Mehrfachbelastungen«; »Gesamtbelastung«

— s. *Maschewsky* 1982a, 1983a; *Mergner* 1976; *Naschold/Tietze* 1977; *Volkholz* 1977). Ähnlich wirkt schließlich der faktisch monokausale Berufskrankheiten-Begriff der RVO (s. *Valentin u.a.* 1979) — der liberale Begriff der »arbeitsbedingten Erkrankung« der ASiG (s. *Kliesch u.a.* 1978) hat keine Rechtsfolgen, und wird daher auch kaum »beforscht«.

Dabei weisen *Ellinger/Karmaus* (1983) darauf hin, daß die in den meisten arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen zur Erklärung von Gesundheitsbeeinträchtigungen genutzte Altersvariable weniger als Indikator biologischen Abbaus zu verstehen ist, sondern eher als Indikator lebenslanger Belastungskumulationen (s. auch *Friczewski u.a.* 1983).

Fazit: die einleuchtende Verschleiß-Hypothese ist durch die Problemverkürzung der Arbeitswissenschaft still den »Methodentod« (s. *Dick* 1974; *Holzkamp* 1972) gestorben, und wird fast nur noch von Nicht-(Arbeits-)Wissenschaftlern — etwa Gewerkschaftern — in Erinnerung gebracht.

Zu (g): »Streß«-Modell

Udris (1981) unterscheidet grob zwei Hauptrichtungen der psychophysiologischen Streßtheorie:

— Die (eher physiologischen) Theorien nach dem »Aktivierungs«-Modell (s. *Fahrenberg u.a.* 1975; *Frankenhaeuser/Gardell* 1976).
— Die (eher psychologischen) Theorien nach dem »Imbalance«-Modell (s. *Caplan u.a.* 1975; *French/Caplan* 1972).

Das Aktivierungs-Modell betont die objektive Beziehung zwischen Anforderungsniveau und organismischen Funktionsniveau. Sowohl Unterforderung als auch Überforderung führe zu Homöostaseverschiebungen. Bekannt ist die empirisch gefundene umgekerte U-Funktion zwischen Reizstärke und Leistungsniveau.

Das Imbalance-Modell betont die (quantitative oder qualitative) Diskrepanz zwischen Anforderungsniveau der Umwelt und Leistungsfähigkeit/-Eignungsprofil des Individuums. Allerdings interessiert nur die subjektive Diskrepanz — also die Diskrepanz zwischen wahrgenommenen Fähigkeiten und wahrgenommenen Anforderungen. Die Beanspruchungsfolgen eines »person-environment-misfits« werden wiederum beeinflußt durch personspezifische (z.B. Neurotizismus) oder situationsspezifische Merkmale (z.B. soziale Unterschützung).

In diesen und anderen Interpretationen wird der Begriff »Streß« benutzt, um psychische/soziale mit medizinischen/physiologischen Erklärungen zu verknüpfen oder gar zu integrieren. Diese »Scharnier«-Funktion des Streß-Modells (die an in Vergessenheit geratene unspezifische Krankheitsmodelle der Sozialhygiene erinnert — s. *Grotjahn* 1915; *Mosse/Tugendreich* 1913; *Virchow* 1849) begründet seinen Wert für die Erklärung der chronisch-degenerativen Erkrankungen:

— Zum einen erlaubt es eine relativ umfassende und realitätsgetreue Berücksichtigung der Arbeits- und Lebenswelt, also des Bedingungsumfelds von Gesundheit und Krankheit.
— Zum anderen nimmt es das Zusammenwirken sozialer, psychischer und somatischer Komponenten explizit auf und kann dadurch komplexere Verursachungen berücksichtigen.
— Weiterhin betont es unspezifische Beziehungen (zwischen Belastungen und Belastungsfolgen) und hat so einen größeren Geltungsbereich.
— Schließlich ermöglicht es deshalb realistischere Präventionsstrategien.

Das Streß-Modell ist auf verschiedene chronisch-degenerative Krankheiten mit Erfolg angewendet worden — z.B. rheumatische Erkrankungen (s. *Ellinger u.a.* 1982); psychische Störungen (s. *Greif u.a.* 1983); und koronare Herzkrankheiten (s. *Friczewski u.a.* 1982, 1983; *Kornitzer u.a.* 1981; *Maschewsky/Schneider* 1982; *Siegrist u.a.* 1980).

4. Sozialwissenschaftliche Krankheitstheorie am Beispiel

Hier zum Abschluß ein (verschiedene Erklärungsansätze integrierendes) »soziales Modell« der Herzinfarkt-Genese (s.*Maschewsky* 1983 c):

Die *Grundannahme* lautet: Der Infarkt wird vorbereitet durch eine langfristige hohe Belastung. Diese überschreitet die individuelle Dauerbelastugnsgrenze und führt zu einer Schwächung der Bewältigungskapazität. Die beiden Beziehungselemente entwickeln sich also gegenläufig:
— hohe (oder sogar steigende) Leistungsanforderung;
— sinkende Leistungsmöglichkeit.

Durch die Gegenläufigkeit bildet sich eine steigende relative Überforderung heraus. Diese »Leistungsschere« erzeugt eine geseundheitliche Vorschädigung, auf deren Basis der Infarkt dann ausgelöst werden kann durch einen beliebig aktuellen Belastugsschub.

Die Leistungsschere entsteht durch folgende Prozesse:
Belastungskumulation — Verschiedene langfristig wirksame Belastungen kulmulieren (zeitlich und situativ). Diese Belastungskumulation schlägt aber nicht direkt auf die Leistungsfähigkeit durch. Stattdessen werden die psychophysischen Reserven zunehmend beansprucht, um bsd. im Arbeitsbereich die Leistung »um jeden Preis« zu halten. Konsequenz: die langfristige Bewältigungskapazität wird zunehmend erschöpft. Dieser »Abbau« bleibt aber im — existenziell wichtigen — Arbeitsbereich meist verborgen (latent), da die Beanspruchungsfolgen bevorzugt vom Arbeits- in den »Freizeitbereich« verschoben werden.

Situative Aufschaukelung. — Die objektiven Belastungen werden durch die spezifische Situation verdichtet. Diese erlaubt nicht, die entstandene psychophysische Spannung kurzfristig zu dämpfen (»Ärger ablassen«) und langfristig zu vermeiden (»aus dem Feld gehen«). Durch die mangelnde Vermeidbarkeit (»Sachzwang«) der chronischen Belastungen kommt es

zu entsprechender Wahrnehmungsfokussierung und allmählicher Aufschaukelung. Zugleich führt die vielfältig motivierte Hinnahme hoher Belastungen dazu, daß solche Individuen bei neuen Anforderungen nicht geschont werden: »die Schraube wird weiter angezogen«.

Selbstüberforderung. — Hinzu kommt in der Regel eine personspezifische Belastungsverdichtung. Infarktkranke tun sich schwer, »Ansprüche zurückzustecken«. Stattdessen zeigen sie: hohe Leistungsansprüche; »Pflichtbewußtsein«; Selbstzuschreibung von Erfolg und Mißerfolg; Selbstbestätigung durch Leistung (»workalcoholics«); hohe »Kontrollambitionen«; Konfliktschwäche oder zumindest -vermeidung.

Riskantes Gesundheitsverhalten. — Infarktkranke bevorzugen meist leistungssteigernde gegenüber spannungsdämpfenden Genußmitteln und »Freizeit«-Aktivitäten. Die Möglichkeiten der Befindlichkeitsmanipulation werden also für das Leistungsverhalten instrumentalisiert, und nicht in ihren kompensativen Potenzen genutzt.

Verschleiß. — Die vorgenannten Prozesse haben die Bewältigungskapazität weitgehend erschöpft. Konsequenz: Das Individuum ist »am Ende seiner Kräfte«, aber weder fähig noch auch nur willens, andere Verhaltensstrategien einzuschlagen. Folgende Phänomene sind beobachtbar:

— zum einen schrumpft die Zeitperspektive, das Handeln wird kurzfristig orientiert, »um über die Runden zu kommen«;
— zum anderen ist das angestrebte (und abgeforderte) Leistungsniveau nur noch zu halten, indem relativ bewußt »auf Verschleiß gefahren« wird;
— schließlich führt die inzwischen permanente Überforderung dazu, daß das Bewältigungsverhalten zunehmend labiler, inkonsistenter und ineffizienter wird.

In einem »Teufelskreis« zerrüttet dieses nur noch sporadisch und kurzfristig erfolgreiche Bewältigungsverhalten immer schneller die verbleibenden physischen, psychischen und sozialen Reserven. Das System von Leistung und Regeneration gerät immer weiter aus dem Gleichgewicht, beginnt quasi zu »trudeln«.

Belastungsschub. — Auf der Basis dieser Vorschädigung kann dann ein realtiv beliebiger Prozeß den Infarkt auslösen: etwa ein Life-Event; allgemeinere Übergangs- und Veränderungsprozesse mit entsprechenden Anpassungserfordernissen; andere, das Herz-Kreislaufsystem destabilisierende Über- und Unterforderungen.

Dieses »soziale Modell« der Herzinfarkt-Genese (zur empirischen Konkretisierung und Präzisierung s. *Friczewski u.a.* 1983) soll hier als Beispiel genügen, um Erklärungs- und Anwendungswert sozialwissenschaftlicher Krankheitsmodelle — hier mit dem Ausgangspunkt der Arbeitswelt — zu demonstrieren.

Literatur

Abholz, H. (Hg.): Krankheit und Soziale Lage — Befunde der Sozialepidemiologie, Frankfurt-New York 1976

Abholz, H.: Medizinische Interventionen bei Myocardininfarkt. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 3, AS 27, 1978

Abholz, H. u.a. (Hg.): Risikofaktorenmedizin — Konzept und Kontroverse. Berlin-New York, 1982

Ackerknecht, E.: Geschichte der Medizin. Stuttgart 1979, 4. Auflage.

Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Westberlin 1951

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

Beck, U.: Objektivität und Normativität. Hamburg 1974

Becker, H.: Outsiders: Studies in the sociology of deviance. New York 1963

Borgers, D.: Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 6, AS 53, Berlin 1980

Borgers, D.: Primärprävention von Volkskrankheiten: biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. Argumente für eine soziale Medizin, Bd. 9: Prävention, AS 64, Berlin 1981

Borgers, D.: Risikofaktorenmedizin in der ärtlichen Praxis. Kritische Medizin im Argument, AS 102, Berlin 1981

Bräutigam, W., P. Christian: Psychosomatische Medizin. Stuttgart 1981, 3. Aufl.

Brenner, H.: Mental illness and the economy. Cambridge (Mass.)-London 1973

Brown, G., J. Birley: Crises and life changes and the onset of schiziphrenia. Journal of Health and Social Behavior, 9, 1968

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. Bd. 5, Köln 1983

Cannon, W.: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Boston 1929

Caplan, R. u.a.: Job demands and worker health: Main effects and occupational differences. NIOSH, Cincinnati 1975

Deppe, U. (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit — Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bunderepublik Deutschland. Köln 1980

Dick, F.: Kritik der bürgerlichen Sozialwissenschaften. Heidelberg 1974

Dörr, G., F. Naschold: Technologieentwicklung und Streß. Psychosozial 1, 1982

Dohrenwend, B., B. Dohrenwend (Hg.): Stressful life events: Their nature and effect. New York 1974

Dohse, K., U. Jürgens, H. Russig (Hg.): Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik. Frankfurt-New York 1982

Ekel, G., W. Teichner: An analysis and critique of behavioral toxicology in the USSR. NIOSH, Cincinnati 1976

Ellinger, S., W Karmaus: Arbeitsbedingungen und degenerative rheumatische Erkrankungen. Eine Untersuchung bei weiblichen Büroangestellten. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 9: Arbeit — Frauen — Gesundheit; AS 107, Berlin 1983

Ellinger, S. u.a.: Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen/Projektabschlußbericht, Hamburg 1982

Fahrenberg, J. u.a.: Psychophysiologische Aktivierungsforschung. Ein Beitrag zu den Grundlagen der multivariaten Emotions- und Steßtheorie. München 1979

Faris, R., H. Dunham: Mental disorders in urban areas. Chicago 1936
Frankenhaeuser, M., B. Gardell: Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach. Journal of Human Stress, 2, 1976
Freidson, E.: Professional dominance. Chicago 1971
French, J., Caplan, R.: Organizational stress and individual strain. in: Marrow (Hg.) The failiure of success, New York 1972
Frese, M., S. Greif, N. Semmer (Hg.): Industrielle Psychopathologie. Bern-Stuttgart-Wien 1978
Friczewski, F., R. Thorbecke: Arbeitssituationen und koronare Herzkrankheiten. Soziale Medizin, Bd. 7, AS 12, Berlin 1976
Friczewski, F. u.a.: Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern. Frankfurt-NewYork 1982
Friczewski, F. u.a.: Herz-Kreislaufkrankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Projektabschlußbericht, Westberlin 1983
Friedmann, M., R. Rosenman: Der A-Typ und der B-Typ. Hamburg 1975
Funke, H.: Arbeit darf nicht krank machen — Alternativen zur betrieblichen Gesundheitspolitik. Frankfurt-New York 1983
Garbe, C.: Das Risikofaktorenkonzept der koronaren Herzkrankheiten vor dem Hintergrund der sozialhygienischen Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
Gerhard, U.: Der Krankheitsbegriff im symbolischen Interaktionismus. in: Deppe, Gerhard, Nowak (Hg.): Medizinische Soziologie. Jahrbuch 1, Frankfurt-New York 1981
Gerhard, U.: Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren. in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
Gleiss, I., R. Seidel, H. Abholz: Soziale Psychiatrie — zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt/M. 1973
Grant, I. u.a.: Recent life events and diabetes in adults. Psychosomatic Medicine, 2, 1982
Greif, S. u.a.: Psychischer Streß am Arbeitsplatz — hemmende und fördernde Bedingungen für humanere Arbeitplätze. Projektabschlußbericht, Westberlin 1983
Grossarth-Maticek, R.: Krankheit als Biographie — medizinsoziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie. Köln 1979
Grotjahn, A.: Soziale Pathologie. Berlin 1915
Hacker, W.: 1973: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Berlin (DDR) 1973
Harmsen, H.: Die sozialhygienischen Forderungen zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
Hauss, F.(Hg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik. Frankfurt-New York 1982
Haynes, S., M. Feinleib, W. Kannel: The relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham Study. II: Prevalence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 107, 1978
Herbig, J. (Hg.): Biotechnik. Reinbek 1981
Hohlfeld, R.: Das biomedizinische Modell. in: Herbig (Hg.) 1981
Hollingshead, A., F. Redlich: Social class and mental illness. New York 1958
Holmes, T., R. Rahe: The social readjustment scale. Journal of Psychosomatic Research, 1967

Holzkamp, K.: Kritische Psychologie. Hamburg 1972
Horn, K., C. Beier, D. Kraft-Krumm:Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen 1984
Karasek, R.: Job demands, job decision lattitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quartly, 24, 1979
Karmaus, W.: Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd.4, AS 37, Berlin 1979
Karmaus W.: Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. Argumente für eine soziale Medizin, Bd. 9: Prävention; AS 64, Berlin 1981
Kasiske, R. (Hg.): Gesundheit am Arbeitsplatz. Hamburg 1976
Katschnig, H. (Hg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung — lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen. München-Wien- Baltimore 1980
Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. München-Wien-Baltimore 1972
Kickbusch, I.: Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. in: Abholz u.a. (Hg.) 1982
Kliesch, G. u.a.: Arbeitssicherheitsgestz — Kommentar. Westberlin 1978
Köhler, B.: Praktische Voraussetzungen einer arbeitsmedizinisch relevanten Toxikologie. discussion paper am Wissenschaftszentrum Berlin 1982
Kornhauser, A.: Mental health of the industrial worker: A Detroid Study. New York 1965
Kornitzer, M. u.a.: Workload and coronary heart disease. on: Siegrist, Halhuber (Hg.): Myocardial infarction and psychosocial risks. Westberlin 1981
Lazarus, R.: Psychological stress and the coping process. New York 1966
Levi, L.: Methological considerations in psychoendocrine research. in: Levi (Hg.): Stress and distress in response to psychosocial stimuli. Oxford 1972
Levine, S., N. Scotch: Social Stress. Chicago 1973
Maschewski, W.: Das Experiment in der Psychologie. Frankfurt-New York 1977
Maschewsky, W.: Allgemeine methodologische Probleme am Beispiel eines Herzinfarkt-Projekts. Teil 2: Zur »System-Methode«. preprint am Wissenschaftszentrum Berlin 1979
Maschewsky, W.: Machen bestimmte Arbeitsplätze krank oder kommen Kranke auf bestimmte Arbeitsplätze? Psychosozial, 2, 1981
Maschewsky, W.: Zum Stand der Belastungs- und Beanspruchungsforschung. Soziale Welt, 3/4, 1982
Maschewsky, W.: Ein integriertes Belastungskonzept — Methoden seiner Realisierung. Forum Kritische Psychologie, 12, 1983a
Maschewsky, W.: (unter Mitarbeit von J. Helmchen und G. Halusa): Mehrbelastung durch Minderbelastung? Zur gesundheitlichen Auswirkung betrieblicher Umsetzungen und Ausgliederungen bei Arbeitnehmern in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbsbiographie. Manuskript, Wissenschaftszentrum Berlin 1983b
Maschewsky, W.: Ein soziales Modell der Herzinfarkt-Genese. Vortrag vor dem Kuratorium des Wissenschaftszentrums Berlin 1983c
Maschewsky, W., G. Halusa: Gesundheitliche Folgen betrieblicher Umsetzungs- und Ausgliederungsprozesse bei Arbeitnehmern in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbsbiographie. Projektantrag an die GSF, 1982

Maschewsky, W.: Ein soziales Modell der Herzinfarkt-Genese. Vortrag vor dem Kuratorium des Wissenschaftszentrums Berlin 1983c

Maschewsky, W., G. Halusa: Gesundheitliche Folgen betrieblicher Umsetzungs- und Ausgliederungsprozesse bei Arbeitnehmern in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbsbiographie. Projektantrag an die GSF, 1982

Maschewsky, W., U. Schneider: Soziale Ursachen des Herzinfarkts. Frankfurt-New York 1982

Maschewsky-Schneider, U.: Frauen und Rauchen — Analyse von Raucherinnen-Biographien (Fallstudie BRD des Kooperationsprojekts »Frauen und Rauchen« der WHO und BZgA. BZgA, Köln 1984

McNeill, W.: Die großen Epidemien. Bergisch-Gladbach 1983

Mergner, U.: Technisch-organisatorischer Wandel und Belastungsstruktur. in: Kasiske (Hg.) 1976

Moersch, E. u.a.: Zur Psychologie von Herzinfarkt-Patienten. Psyche, 6, 1980

Mosse, M., G. Tugendreich (Hg.): Krankheit und soziale Lage. Berlin 1913

Naschold, F., P. Novak: Bedingung für eine Systemanalyse des Gesundheitswesens: Integrale Erlärung von Krankheit in der heutigen Gesellschaft. in: Schönbäck (Hg.): Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt. München-Wien-Baltimore 1980

Naschold, F., B. Tietze: Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33405: Psychische Belastung und Beanspruchung. Argument-Sonderband, AS 14, Berlin 1977

Nitsch, J. (Hg.), 1981: Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern-Stuttgart-Wien 1981

Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. in: Mitscherlich u.a. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln 1967

Rothschuh, K.: Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart 1978

Rozzi, R.: Psicologi e operai soggettività e lavoro nell' industria italiana. Mailand 1979

Schaeffer, H., M. Blohmke: Sozialmedizin. Stuttgart 1978, 2. Auflage

Scheff: Being mentally ill: A sociological theory. Chicago 1966

Schneider, U. (Hg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt-New York 1981

Seligman, M.: Helplessness: On depression, development and death. San Francisco 1975

Selye, H.: The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. Journal of Clinical Endocrinology, 6, 1946

Siegrist, J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie. München-Wien-Baltimore 1977, 3.Auflage

Siegrist, J. u.a.: Lebensverändernde Ereignisse, psychosoziale Dispositionen und Herzinfarkt. Projektabschlußbericht, Marburg 1980

Srole, L. u.a.: Mental Health in Metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York 1962

Stachowiak, H.: Über kausale, konditionale und strukturelle Erklärungsmodelle. Philosophia naturalis, 4, 1957

Stegmüller, W.: Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie. Westberlin 1974

Swedish Work Environment Fund (ASF): Solvents in the work environment. Stockholm 1980

Szasz, T.: The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. New York 1961

Theorell, T.: Life-events before and after the onset of a premature mycordial infarction. in: Dohrenwend, Dohrenwend (Hg.) 1974

Udris, I.: Streß in arbeitspsychologischer Sicht. in: Nitsch (Hg.) 1981

Uexküll, T. von: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München-Wien-Baltimore 1979

Valentin, H. u.a.: Arbeitsmedizin (2 Bde.). Stuttgart 1979

Virchow, R.: Mitteilungen über die in Obeschlesien herrschende Typhus-Epedemie. Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medizin, 2. Band 1849

Virchow, R.: Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Berlin 1858

Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Bonn-Bad Godesberg 1977

Volpert, W.: Handlungsstrukturanalyse. Köln 1974

Wenzel, E.: Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit — Synthese des Seminars. in: BZgA (Hg.) 1983

Wesp, D.: Gesundheitsgefährdung durch Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz. Fallstudie: Pentachlorphenol in einem Betrieb der Papierindustrie. discussion paper am Wissenschaftszentrum Berlin 1981

World Health Organization (WHO): Gesundheitserziehung und Lebensweisen — Perspektiven des Programms des WHO-Regionalbüros für Europa. Internationales Journal für Gesundheitserziehung, 3/4, 1982

Wotschak, P., W. Wotschak: Herzinfarktforschung und Industriearbeit. in: Deppe, Gerhardt, Novak (Hg.): Medizinische Soziologie. Jahrbuch 1. Frankfurt-New York 1981

Zimmermann, L. (Hg.): Humane Arbeit — Leitfaden für Arbeitnehmer (5 Bände). Reinbek 1982

Wolfgang Bichmann

Krankheit und Kranksein in transkultureller Sicht:
Beispiele aus Afrika

Der kranke Krankenkpfleger Nsimba

Janzen (1978), ein Ethnologe, der als 'medical anthropologist' zusammen mit einem Arzt in Zaire langjährige Feldforschungen durchführte, dokumentiert folgende Fallgeschichte:

Nsimba, ein Mann Anfang 20, erhielt seine Krankenpflegerausbildung in einem Missionsinstitut und übernahm anschließend die Leitung einer Gesundheitsstation unter Anleitung durch eine schwedische Krankenschwester. Aktiv und motiviert leitete er die Station weitgehend selbständig. Ein Pflegehelfer mit 50jähriger Berufspraxis und hohem Ansehen fühlte sich durch den neuen Vorgesetzten in seinem Status beeinträchtigt, zumal er mehrfach von ihm wegen Nachlässigkeit zur Ordnung gerufen wurde. Seine kurz darauf erfolgende Pensionierung wegen Erreichen des 65. Lebensjahres empfand er als Sanktion des neuen Vorgesetzten.

Kurz darauf erkrankte Nsimba mit Rückenschmerzen und Miktionsbeschwerden. Eine im Labor festgestellte Infektin der ableitenden Harnwege behandelte er antibiotisch, ohne sich danach voll wiederhergestellt zu fühlen. Er begab sich in das Ausbildungskrankenhaus, wo der Harnwegsinfekt ausbehandelt wurde und eine Gewebebiopsie aus einer seit Jahren bestehenden Bindegewebsschwellung im Lendenbereich vorgenommen wurde, die aber kein pathologisches Ergebnis erbrachte. Er erholte sich von diesem kleinen Eingriff nur sehr langsam und suchte anschließend seine väterliche Verwandtschaft in der Hauptstadt auf, wo er zusätzlich zu seinem allgemeinen Krankheitsgefühl eine ausgeprägte Kopfschmerzsymptomatik entwickelte, die nicht auf medikamentöse Behandlung (durch das Missionskrankenhaus) ansprach.

Ein hinzugezogener Gebetsheiler diagnostizierte einen Schadenszauber durch Mitglieder des väterlichen Clans. Die Erwähnung einer Schlange in diesem Zusammenhang erinnerte Nsimba daran, daß er kurz nach Beginn der ursprünglichen Rückenschmerzen eine Schlange in seinem Haus vorgefunden und verjagt hatte. (Schlangen werden in seiner Kultur oft als Übermittler von Schadenszauber interpretiert.)

Obwohl Nsimba keine sozialen Spannungen zur väterlichen Familie bewußt waren, veranlaßte die Familie die Durchführung einer entsprechenden Zeremonie mit den Mitgliedern des väterlichen Clans, durch die eventuelle Schadenszauber-Einwirkungen beseitigt werden und bei der gegenseitige Aussöhnung erfolgt.

Statt der erwarteten Symptombesserung wurde er jedoch in Folge zunehmend desorientiert und delirant, weshalb er aus Todesfurcht zu seiner Frau und seinen Kindern zurückkehrte. (Eine ärzliche Untersuchung durch ein Mitglied des Forscherteams zu diesem Zeitpunkt erbrachte keinerlei organpathologische Befunde). Da Nsimba sich so nicht arbeitsfähig fühlte, beantragte er die Versetzung in einen anderen Gesundheitsposten. Zwei zwischenzeitlich durchgeführte Heilpraktikerbehandlungen brachten leichte Besserung und er nahm daher vorübergehend sei-

ne Arbeit am alten Dienstort wieder auf. Ein erneuter Rückschlag trat ein, als er einen Fetisch — vermutlich als Schadenszauberobjekt — in seiner Wohnung entdeckte. Eine Delegation der Mission suchte daraufhin den pensionierten Hilfspfleger auf und bat ihn darum, sich mit Nsimba auszusöhnen, ohne ihn zu beschuldigen, den Schadenszauber veranlaßt zu haben.

Nsimba erhielt nach dieser Aussöhnung auch eine offizielle Zusage für spätere Versetzung, sobald ein Posten in einer anderen Gesundheitsstation der Mission verfügbar wäre. Seine Symptome verschwanden daraufhin und er war in alter Frische mit der schwedischen Schwester zusammen. Die Versetzung wurde nicht vorgenommen. Als ihm dann die alleinige Zuständigkeit für die Gesundheitsstation übertragen werden sollte, trat plötzlich die alte Symptomatik erneut auf.

Die geschilderte Krankengeschichte ist in mehrfacher Hinsicht interessant, da in ihr die verschiedenen Ebenen physischen, psychischen und sozialen Mißbefindens ineinander verwoben bei der Konstitution des Krankseins des Pflegers eine Rolle spielen. Darüberhinaus wird die Kulturspezifität von Krankheitsbegriff und Krankheitsverhalten deutlich, und dies umso mehr als Nsimba eine berufliche Sozialisation als Krankenpfleger erhalten und zuvor eine Missionsschule besucht hatte. Er ist Exponent einer westlich geprägten Elite in einer Gesellschaft, die sich im raschen kulturellen und sozialen Wandel befindet, in der aber gleichwohl starke traditionale Elemente fortwirken.

Der afrikanische Patient als Mitglied seiner Bezugsgruppe

Der geschilderten Fallgeschichte ist auf der biomedizinischen Ebene nicht gerecht zu werden. Die körperliche Symptomatik, vom Harnwegsinfekt über Rückenschmerzen, eine Bindegewebsschwellung, Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen, mag dabei überwiegend naturwissenschaftlich-kausal erklärbar sein. Die psychische Komponente deutet sich an in der allgemeinen Reduktion des Gesamtzustands, der Anfälligkeit und Schwäche, bis hin zur Möglichkeit einer psychosomatischen Genese der Rücken- und Kopfschmerzen. Soziale Spannungen resultieren aus den Leistungsanforderungen an den jungen Mann in seiner Vorgesetztenposition, Neid und Benachteiligungsgefühle aufseiten des alten Hilfspflegers, und Erwartungen der Verwandtschaftsgruppe an ihren Sprößling, der eine sozial wichtige Position im modernen Sektor einnimmt, und der diesen (auch ökonomischen) Erwartungen nicht immer gerecht werden kann. Die Bedeutung, die diese Krankheitsgeschichte für Nsimba erhält, ist daher nur im lebensgeschichtlichen Zusammenhang zu verstehen. Hierbei ist er selbst aber keineswegs nur erkranktes oder leidendes Subjekt, sondern gleichzeitig Objekt der Bemühungen seiner Verwandtschaftsgruppe, aber auch seiner Missionsmitarbeiter: die Handlungskompetenz geht nach der eigenständig veranlaßten Behandlung des Harnwegsinfektes zunehmend auf die väterliche Verwandtschaft über. Er selbst setzt zwischenzeitlich lediglich eine

Ortsveränderung durch, um zu Frau und Kindern zu gelangen. In Abwesenheit der väterlichen Verwandtschaftsgruppe wird sein Krankheitsverhalten dann aber auch durch Aktionen der Missionsmitarbeiter gesteuert.

Die Aktivitäten dieser Gruppen — von Janzen (1978) als »therapy managing group« bezeichnet — bestimmen das Krankheitsverhalten in den meisten afrikanischen Gesellschaften und Ethnien. Und dies keineswegs nur in Erkrankungsfällen, bei welchen eine psychische oder soziale Komponente auch für kulturfremde Beobachter deutlich erkennbar ist. Entscheidungen über operative Eingriffe, Frakturversorgung, Infektionsbehandlung (z.B. bei Tetanus oder Malaria) werden im Regelfall nicht vom Erkrankten oder dessen nächsten Verwandten (i.S. der Kernfamilie) getroffen, sondern im weiteren Verwandtschaftskreis entschieden. Und selbst im Prozeß rascher Urbanisierung mit der sukzessiven Auflösung der Großfamilienstrukturen überleben diese sozialen Verhaltensmuster: die »therapy managing group« konstituiert sich hier aus Mitgliedern der Wohn- und Arbeitsumwelt neu, wenn keine Verwandtschaftsgruppe präsent ist.

In dieser Situation bleibt eine ausschließlich aufs erkrankte Individuum orientierte Medizin ineffizient, da keine Kommunikation zwischen Arzt und Gruppe zustande kommen kann. Entscheidungen über die Befolgung der therapeutischen Ratschläge, ja auch über die Wiedervorstellung oder die Hinzuziehung weiterer Therapeuten werden nicht vom Kranken selbst getroffen: durch Übernahme der Krankenrolle delegiert der Kranke einen Teil seiner Selbständigkeit auf seine Umgebung — in psychoanalytischer Sicht eine Regression.

Die soziale Bedeutung der Krankheit wird in Nsimba's Geschichte deutlich, als der hinzugezogene Heiler die Aufmerksamkeit auf mögliche Spannungen und unterschwellige Aggressionen in der väterlichen Verwandtschaftsgruppe lenkt. Die soziale Behandlung dieser möglichen Ursachen im zeremoniellen Ritual dient der Wiederherstellung eines gestörten sozialen Konsenses. Eine rein medizinische Krankenbehandlung, selbst wenn sie zum völligen Verschwinden der Symptomatik führt, kann daher in vielen Fällen keine »Heilung« bewirken, solange die kulturspezifische Lösung des Krankheitsfalles aussteht und der Kranke seine Krankenrolle nicht ablegen kann.

In Nsimba's Kankengeschichte führte die vom Heiler veranlaßte gruppendynamische Zeremonie mit der väterlichen Verwandtschaftsgruppe nicht zur erwarteten Symptomentlastung, da der Kranke in dieser Beziehung keine Spannungsursachen verspürte.

Erst die Intervention der Mitarbeiter bei dem alten Hilfspfleger, der Ursache einer unerträglichen sozialen Spannung war, brachte dann die Symptome zum Verschwinden, so daß auch der geplante Entzug aus der krankmachenden Situation durch die gewünschte Versetzung überflüssig wurde.

Die Jahre später bevorstehende soziale Statusaufwertung mit dem damit verbundenen Leistungsdruck führt dann allerdings zum Wiederauftreten der Symptomatik.

Transkulturell vergleichende Forschung

Im westlichen medizinischen Denken geschulte Personen stehen angesichts von Krankengeschichten, wie der eingangs geschilderten, relativ hilflos da. Gemäß der im Verlauf des Studiums durchlaufenen beruflichen Sozialisation interpretiert der westliche Arzt die Beschwerden seiner Patienten zunächst aus biologisch-naturwissenschaftlicher Sicht — in den letzten Jahren zunehmen auch unter Berücksichtigung psychischer Faktoren. Sozialen, oder gar kulturbedingten Problemen steht er aber hilflos bzw. unverständig gegenüber. Besonders deutlich wird dieses Kompetenzdefizit in sogenannten »medizinischen Transfersituationen« (Unschuld 1977), d.h. bei der Ausübung westlicher Medizin in nicht-westlichen Kulturen, aber auch im Alltag des Mediziners beim Umgang mit sog. »Unterschichtpatienten«, mit Suchtkranken und mit Gesundheitsproblemen bei ausländischen Arbeitnehmern. Das Unverständnis wird auf die Klientel projiziert, die sich nicht »rational« verhält, den Anordnungen nicht Folge leistet, für eine Änderung des »Lebenstils« nicht bereit ist und für bestimmte Psychtherapieformen — weil »nicht therapiefähig« — erst gar nicht in Frage kommt.

Medical Anthropology und Ethnomedizin (Pfleiderer-Becker 1978, Lieban 1974) haben in den letzten 15 Jahren den vorhandenen Ansätzen medizinischer, psychologischer und soziologischer Krankheitstheorien (Miller 1972, Evang 1971, Engel 1960, Herzlich 1973) durch den interkulturellen Vergleich eine entscheidende neue Dimension hinzugefügt. Neben dem kulturspezifischen Krankheitserleben und -verhalten untersuchen diese Disziplinen medizinische Systeme als integralen Bestandteil der jeweiligen Kultur. Medizin und medizinisches System verändern sich aus dieser Sicht historisch in Abhängigkeit vom kulturellen und sozialen Wandel der Gesellschaft (Landy 1977, 131; Feierman 1979; Janzen 1978 b). Durch eine solche Betrachtung wird es möglich, neben den biologischen und psychischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit die sozialen und kulturellen Einflüsse aufzuzeigen, die bei der Konzeptualisierung von Medizin und Krankheit wirksam sind, und die ihrerseits von dem in der jeweiligen Gesellschaft vorhandenen philosophischen Überbau, dem Weltbild und den kulturellen Werten abhängen. Ebenso wie sich in verschiedenen Kulturen Systeme von Religion, Philosophie, Verwandschaftsklassifikation und Produktion — die klassischen Untersuchungsgegenstände der Ethnologie — unterscheiden, so trifft man in den betrachteten Kulturen und Subkulturen auf unterschiedliche Konzepte von Medizin und Krankheit, auf voneinander abgrenzbare Medikalsysteme (Unschuld 1978; Young 1983; Leslie 1978; Press 1980; Kleinman 1980).

Innerhalb eines Sozialsystems kann man keineswegs von völliger kultureller Homogenität ausgehen. Dementsprechend findet man heute in den meisten Gesellschaften eine Koexistenz von unterschiedlichen Medikalsystemen und ihrer Vertreter, den Heilern, Heilpraktikern und Ärzten. Dieses Phänomen wird mit dem Begriff »medizinischer Pluralismus« umschrieben (Leslie 1980; Lieban 1974,27; Kleinman 1978; Unschuld 1979). Die Patienten nutzen dabei oft therapeutische Angebote der verschiedenen Systeme gleichzeitig oder sukzessiv (»healer shopping«), wobei die Entscheidungen über Therapiewahl neben den Krankheitsvorstellungen wesentlich durch die empirischen Erfahrungen mit verschiedenen Therapieangeboten mitbeeinflußt werden (Hinderling 1981, 228; Foster 1978). Die Möglichkeit des Zugangs zu den entsprechenden Therapeuten, die durch räumliche Entfernung, entstehende Kosten und soziale Distanz beeinflußt wird, spielt bei der Therapiewahl ebenfalls eine nicht zu vernachlässigenden Rolle.

Im eingangs geschilderten Fallbeispiel wird der Wechsel zwischen den verschiedenen Therapiesystemen gut deutlich. Die zunächst herangezogene westliche Medizin (Selbstbehandlung, Krankenhaus) bleibt erfolglos und wird ersetzt durch verschiedene volksmedizinische und traditionelle Therapien (Familie, Gebetsheiler, Zeremonie, Heilpraktiker) — wobei zwischendurch verschiedene Therapiesysteme gleichzeitig zur Anwendung kommen. Wie die Fallgeschichte weiter zeigt, unterlaufen den beteiligten Heilern bei ihren Diagnosen und Therapievorschlägen selbstverständlich auch Fehlinterpretationen des Krankheitsbildes. Sowenig den Zustand Nsimbas die Behandlung eines Harnwegsinfektes bessern konnte, sowenig konnte dies die Behandlung der fälschlich angenommenen sozialen Spannungen in der väterlichen Verwandtschaftsgruppe.

Das vom Gebetsheiler herangezogene Erklärungsmodell für Nsimbas Krankheit war aber für die Bezugsgruppe des Patienten einsichtig und entsprach den kulturspezifischen Vorstellungen der Krankheitsverursachung. Zwischen traditionellen Heilkundigen und ihrer Klientel bestehen keine Kommunikationsbarrieren, da sie ein gemeinsames Weltbild teilen. So wie der Kranke sein Kranksein als totale Befindlichkeitsstörung empfindet, verhält sich auch der Heiler. Seine Therapie integriert — aus der Sicht des Kulturfremden (etic view) — somato-, psycho- und soziotherapeutisch wirkende Elemente, ohne daß der Heiler dies selbst so interpretieren würde (emic view). So wie der Patient sein Mißbefinden total erlebt, behandelt der Heiler den Patienten ganzheilich, »holistisch«.

Der Diagnostik kommt in der afrikanischen traditionellen Medizin eine besondere Bedeutung zu, da es aufgrund der bestehenden Erklärungsmodelle bei der Mehrzahl der Krankheitsepisoden erforderlich ist, eine Ursache zu ermitteln, um Gegenmaßnahmen einleiten zu können (Turner 1968). Hierzu gibt es in den meisten afrikanischen Kulturen spezielle Ex-

perten, Divinatoren und Orakelsteller (Hinderling 1981 b).

»Während der moderne Arzt sich durch sein Wissen legitimiert und sich durch ein Orakel ... geradezu disqualifizieren würde, ist es beim primitiven Diagnostiker umgekehrt: nicht nur disqualifiziert er sich nicht durch die Vermittlung von Gottheiten, sondern durch die Fähigkeiten, mit ihnen umzugehen und von ihnen Informationen zu erhalten, legitimiert er sich.« (Hinderling 1981 a, 231).

Durch den diagnostischen Prozeß werden nicht nur natürliche von übernatürlichen Krankheitsursachen unterschieden, sondern die soziale Umgebung wird in das Leiden des Patienten miteinbezogen. Die soziale Bedeutung der Krankheit eines Individuums als Teil eines Kollektivs — der Großfamilie, des Dorfs, des Stammes — wird hierbei analysiert. Dabei muß der Diagnostiker eine besondere Fähigkeit zur Empathie und Beobachtung besitzen (Edgerton 1971).

Foster weist jedoch zu Recht darauf hin, daß Forschungsergebnisse der Medizinethnologen über Kommunikation und fehlende soziokulturelle Distanz zwischen Heilern und Patienten nicht als idealisierende Stereotype festgeschrieben werden können. Der rasche soziale Wandel in der Dritten Welt, in ehemals traditionellen Gesellschaften, führt zu Änderungen im Sozialverhalten bei Heilern und Patienten. Die kulturellen und kognitiven Gemeinsamkeiten, das einheitliche Weltbild, der ganzheitliche Therapieansatz auf der Basis intensiver Kommunikation und Kenntnis der sozialen Bezugsgruppe — dies alles ist heute in der Dritten Welt nicht mehr ungetrübte Realität und einer zunehmenden Anonymität gewichen. Dieser Entwicklung parallel geht eine zunehmende Inanspruchnahme der modernen schulmedizinischen Gesundheitsversorgung, dort, wo sie erreichbar ist, während die Inanspruchnahme der traditionellen Heilpraktiker rückläufig ist (Foster 1984) — Resultat der empirischen Erkenntnis der Patienten, daß traditionelle Medizin in vielen Bereichen weniger effektiv als moderne Medizin ist (Bichmann 1984).

Wie aus Nsimbas Krankengeschichte deutlich wird, steht aber die subjektive Interpretation des Gesundheitszustandes durch den Patienten oft in deutlichem Gegensatz zur medizinischen Beurteilung durch den Arzt. Um diesen zwei Dimensionen des Begriffs Erkrankung (sickness) gerecht zu werden, hat sich daher in der ethnomedizinischen Forschung die Unterscheidung zwischen Kranksein (illness) und Krankheit (disease) durchgesetzt (Eisenberg 1977; Hinderling 1981a, 200f; Fabrega 1979; Sich, Hinderling 1984). Die Domäne der Schulmedizin liegt in der Behandlung von Krankheiten, während die traditionelle Medizin die Betreuung beim Kranksein übernimmt.

Afrikanische Krankheitskonzepte

Im folgenden soll das eingangs beschriebene Fallbeispiel durch andere Beispiele zum Krankheitsverhalten aus afrikanischen Gesellschaften ergänzt

werden. Dabei ist selbstverständlich, daß es keine einheitliche afrikanische Kultur gibt und somit auch keine einheitliche afrikanische Medizin (Bannerman 1983, 209ff; Good 1979; Bichmann 1979). Andererseits können verschiedene Phänomene generalisierend betrachtet werden, da sich viele Gemeinsamkeiten in den Weltbildern afrikanischer Kulturen feststellen lassen. (Ayisi 1972; Mbiti 1974; Diop 1979). Zumindest für die Bantusprechenden Völker betont daher auch Janzen (1983, 106) eine große Einheitlichkeit der »medical culture« bezüglich linguistischer, konzeptueller und — in geringerem Maße — institutioneller Struktur.

Die wissenschaftliche Schulmedizin — kosmopolitische Medizin genannt (Dunn 1977), da sie den Anspruch auf universelle Gültigkeit und Anwendbarkeit hat, obgleich sie keineswegs überall gleichermaßen vertreten, praktiziert oder gar akzeptiert wird — anerkennt neben den klassischen physikalischen, chemischen und mikrobiologischen Krankheitsursachen mit entsprechenden anatomischen, histologischen und pathologischen (inclusive immunologischen) Folgezuständen nur noch psychische Krankheiten. Die soziale Dimension wird zwar in ihrem ursächlichen Bezug etwa zu Armutskrankheiten oder Stresskrankheiten anerkannt, sie steht aber weitgehend außerhalb des ärztlich-medizinischen Aktionsfeldes.

Im Gegensatz dazu wird Krankheit im afrikanischen Denken als totale Befindlichkeit (Hinderling 1981a, 222) erlebt. Das Weltbild umfaßt ein Kontinuum vom materiell-Irdischen bis zum religiös- Transzendenten. Die Kosmologie mit Göttern, Geistern, Ahnen und immateriellen Kräften (Glick 1977, 60) ist integraler Bestandteil dieses Weltbilds, dem auch die cartesianische Trennung von Körper und Geist bzw. Psyche fremd ist. Neben natürlichen physikalich-chemischen und biologischen Krankheitsursachen sind in einem solchen Weltbild auch magische, religiös begründete möglich — sie überwiegen sogar. Krankheit entsteht nach dieser Auffassung als Strafe für die Verletzung gesellschaftlicher und religiöser Normen, vermittelt durch Mächte und Kräfte der Götter und der Ahnen, oder auch durch Schadenszauber-Einflüsse fremder Menschen, die sich dieser Kräfte bedienen (Hinderling 1981a, 217ff; Imperato 1977, 21ff; Parrinder 1950, 183ff; Landy 1977, 195ff).

In vielen Gesellschaften Afrikas dienen die Beeinflußung durch böse Geister, Schadenszauber und Vergiftung als wichtigste Erklärungsmodelle für Krankheit (Lambo 1969). Bruch religiöser Tabus und Mißachtung der Rechte und Interessen der Ahnen (Ndeti 1976) finden sich auch bei heute christianisierten oder islamisierten Bevölkerungsgruppen noch als fortlebende animistische Vorstellungen, die — im Sinne von Sünde — auch mit den neuen Religionen gut kompatibel sind. Hexerei schließlich, eine Form negativer Beeinflußung durch unbewußt böse Individuen, die mit negativen Kräften ausgestattet sind, ist ein Erklärungsmodell für vielerlei Arten von Mißgeschick, inklusive Krankheit (Landy 1977, 195ff; Evans-

Pritchard 1976; Grotanelli 1976).

Natürliche Krankheitsursachen sind keineswegs unbekannt. Kleineren Befindlichkeitsstörungen, z.B. Husten, Durchfällen, Verletzungen, wird keine besondere Aufmerksamkeit zuteil. Sie werden oft gar nicht als Kranheiten empfunden (Glick 1967, 61). Sie sind Domäne der Phytotherapie (Harjula 1980) und des »Laienbereichs«, der in den meisten afrikanischen Gesellschaften bedeutend stärker entwickelt ist als in heutigen europäischen Gesellschaften. Sobald Krankheiten aber gehäuft auftreten oder langwierigen Verlauf annehmen, bedarf es einer Diagnose, die mit dem vorhandenen Weltbild vereinbar ist.

Es gibt viele Überschneidungen zwischen Krankheits*klassifikationen* der modernen Schulmedizin und traditionalen Medikalsystemen, etwa bei Gelbsucht, Masern, Leistenbrüchen. Dabei werden mit diesen Befunden bzw. Diagnosen häufig im traditionalen Erklärungssystem Ursachen und Begleitsymptome assoziiert, die aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht nicht mit der Krankheit in Verbindung stehen.

So unterscheiden die Bono in Ghana (Warren 1979, 39) zwei Möglichkeiten die Gonorrhoe zu erwerben, infektiös (z.B. Kontakt mit Prostituierten) als natürliche Ursache, oder nach Tabuverletzung (Ehebruch) als übernatürliche Bestrafung.

Bei den Bambara in Mali (Imperato, Traore 1969) wird eine übernatürliche Ursache für die Masern angenommen, obwohl deren Kontagiosität offensichtlich ist. Die Fragestellung der Bambara ist nicht *wie*, sondern *warum* die Krankheit auftritt. Die implizite Annahme eines bösen Einflusses (Hexerei) oder einer Strafe liegt hier besonders nahe, da die Letalität an Masern in Westafrika sehr hoch ist. Dasselbe Phänomen beobachtete ich bei den Bariba und Yoabo in Benin, wo bei Masernepidemien einerseits (letztlich unwirksame) Isolierungsversuche der noch nicht erkrankten Kinder unternommen wurden, andererseits als Ursache Hexerei angenommen wurde.

In diesem Zusammenhang sind auch die Krankheiten zu nennen, die zwar eine vergleichbare Symptomatik besitzen, aber von der naturwissenschaftlichen Medizin differenziert und spezifisch behandelt werden können:

Cassel (1955, 29ff) beschreibt, daß für die Zulu in Südafrika Krankheit mit Brustschmerzen, Atembeschwerden, Husten und Haemoptyse auf Schadenszauber zurückzuführen war, wogegen eine besondere Medizin eingesetzt wurde. Dieses Krankheitsbild war in vorkolonialer Zeit — aus biomedizinischer Sicht — vermutlich überwiegend durch Pneumonien und Herzinsuffizienz verursacht, d.h. durch Krankheiten, bei denen eine traditionell-medizinische Behandlung mit oder ohne Phytotherapeutika gewisse Erfolge erbringt. (Tuberkulose wurde erst durch den Kontakt mit Weißen eingeschleppt). Die Zulus waren daher nicht bereit, dieses Krankheitsbild, das ihnen aus ihrer Sicht seit Jahrhunderten bekannt war und für das sie ihre spezifische Therapie besaßen, durch den nationalen Tuberkulose-Dienst behandeln zu lassen, zumal dies meist eine Krankheitsbehandlung weit abseits der Wohnumgebung zur Folge hatte.

Neben den Krankheitsbildern, die — wenn auch mit verschiedenen ätiologischen Erklärungen — in traditionellen Medikalsystemen und in der

schulmedizin als Einheiten angesehen werden, gibt es auch spezifische Symptomkonstellationen, für die die Schulmedizin keine nosologischen Entsprechungen kennt. Sie werden als sogenannte »folk-illnesses« bezeichnet (Rubel 1964; Sich 1979).

So kennen die Bariba in Benin die Krankheit »tigpiru«, für die die Schulmedizin kein Äquivalent kennt. Es handelt sich um die Vorstellung einer Masse im Abdomen, die Bauch- und Rückenschmerzen verursacht, rund ist wie ein Ei, von roter Farbe, und aus Anus oder Vagina hervortreten kann. Männer und Frauen können an dieser natürlichen Krankheit leiden, die besonders häufig als Erklärung für Geburtskomplikationen dient (Sargent 1982, 26, 162). Diese nicht mit Anal- bzw. Vaginalprolaps, oder inkarzerierter Hernie zu verwechselnde Krankheit erfordert eine besondere Behandlung im traditionellen Medikalsystem. Vergleichbare Syndrome der Bariba sind nach eigener Erfahrung »ancienne morsure der serpent« oder »morsure d'araignée«, die Symptome produzieren, die die Schulmedizin weder diagnostizieren, noch behandeln kann.

Folk-illnesses sind somit Störungen der subjektiven Befindlichkeit, die in eine kulturell akzeptierte Begrifflichkeit gefaßt werden. Dabei bestehen festgefügte Vorstellungen über Erscheinungsbild und Schwere der Krankheit, z.T. auch über Ursachen und Folgen. Das Krankheitsbild »tigpiru« dient — aus der Sicht des kulturfremden Beobachters (etiv view) — als Metapher für schmerzhafte Wahrnehmungen im Abdomen, bzw als scheinrationale Erklärung für Geburtskomplikationen (Anm. 1).

Auf der anderen Seite gibt es auch schulmedizinische Krankheiten, die in traditionellen Gemeinschaften gar keinen Krankheitswert besitzen. Hierzu gehören sowohl die Altersbeschwerden als auch die mütterliche Pathologie der Geburt (Sich 1983), die zum normalen Lebensablauf gehörig und nicht als eigenständige Krankheitszustände gewertet werden. Aber auch endemische Parasitosen mit nahezu totaler Prävalenz, etwa Wurmerkrankungen oder Haematurie aufgrund von Blasenbilharziose (Read 1966, 26) werden in diesen Gesellschaften oft nicht als pathologisch, sondern als normal angesehen.

Exotismus oder praktische Handlungschancen?

Welche Bedeutung haben die Erkenntnisse der transkulturellen und ethnomedizinischen Forschung für die Praxis der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Betreuung? Soll das Wissen um die kulturgebundene Relativität des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs etwa Orientierungslosigkeit auslösen, sollen die Kenntnisse der Schulmedizin gar einem nichtnaturwissenschaftlichen Weltbild untergeordnet werden?

Die Sprechstundenpraxis in der Ambulanz eines afrikanischen Gesundheitszentrums ähnelt in vielem der Situation in einer deutschen Allgemeinpraxis: Wo dem Symptom ein Befund zugeordnet werden kann, können sich Arzt und Patient über eine Therapie verständigen. Wo dem Befund

kein Symptom entspricht oder wo eine Langzeittherapie erforderlich wird,obwohl das Symptom rasch verschwindet (etwa beim Tuberkulösen), tritt das Phänomen der »Non-Compliance« auf, wird die Therapie oft abgebrochen oder unregelmäßig durchgeführt. Patienten mit Beschwerden, aber ohne Befund (funktionelle Störungen, neurotische Fehlhaltungen oder sozialer Leidensdruck), werden »medikalisiert«, behandelt — und dies keineswegs nur mit Plazebos, sondern mit differenten Arzneimitteln! Die ausschließlich medizinische Einordnung der Beschwerden versperrt dabei den Blick auf lebensgeschichtliche und soziale Zusammenhänge.

Praktische Medizin ist ein Interaktions- und Kommunikationsprozeß, in dem der Therapeut sich mit den Beschwerden des Klienten befaßt. Diese erfährt er zunächst sprachlich und versucht sie durch Beobachtung und Untersuchung zu objektivieren (Eco 1977, 9ff.). Gemeinsame Sprache, soziale Schicht- und Klassenzugehörigkeit und Zugehörigkeit zur selben Kultur sind wichtige Voraussetzungen für den therapeutischen Prozeß. Mit Ausnahme der Maßnahmen der Notfallmedizin setzt medizinisches Handeln eine — zumindest ansatzweise — Beteiligung des Patienten und Interaktion mit ihm voraus.

Auf der Ebene der Krankheitskonzepte kann der ärztliche Therapeut in der Regel die Übersetzung der kulturell determinierten Erklärungsmodelle in ein wissenschaftliches Weltbild leisten: Ein Patient, der sich »erkältet« fühlt oder meint, sich »den Magen verdorben « zu haben, wird eine ihn befriedigende Behandlung erhalten — ob der Arzt sein Beschwerdebild nun als »Virusinfekt« oder als »Streßreaktion« interpretiert. Ob die Befindlichkeitsstörung dann durch die verordnete Medizin, ein gleichzeitig eingenommenes »Hausmittel« oder »von selbst« verschwindet, ist für die Anerkennung der sozialen Funktion des therapeutischen Prozesses letztlich irrelevant. Schwieriger schon ist es, wenn das Krankheitskonzept des Patienten den ärztlichen Therapeuten ausschließt, etwa weil ein Schadenszaubereinfluß angenommen wird: auch wenn dem Arzt die Übersetzung des Symptoms in seine wissenschaftliche Begrifflichkeit gelingt, wird seine therapeutische Anordnung nicht befolgt, weil er nicht als zuständig angesehen wird. In diesen Fällen, wie auch bei allen chronischen Krankheiten, setzt eine erfolgreiche Therapie voraus, daß der Patient zunächst das Erklärungsmodell des Therapeuten versteht und übernimmt. Das Problem der »Non-Compliance« in einer Medizin, in der die Kommunikation zwischen Arzt und Patient unzureichend ist, findet sich daher in den medizinischen Transfersituationen im interkulturellen Kontakt (Diesfeld 1984) ebenso wie intrakulturell dort, wo Schicht- und Klassenschranken die Kommunikation behindern. Die in Ärztekreisen derzeit modische Reduktion der Probleme des Gesundheitsverhaltens auf eine Frage des »Lebensstils« ist daher zwar nicht falsch, aber vordergründig, da sie es unterläßt, nach den ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen dieses Lebensstiles

zu fragen (Crawford 1980). Das Problem der »Non-Compliance« in einer Medizin, die das Schwergewicht auf Vorbeugung legt, konnte daher bislang weder durch Aufklärung noch durch Gesundheitserziehung zufriedenstellend gelöst werden, da das Verhalten der Bevölkerung nicht an einem abstrakten Gesundheitsbegriff orientiert ist, sondern von den Einflüssen der ökonomischen und kulturellen Lebensumwelt geprägt wird.

Das heute von der Weltgesundheitsorganisation propagierte Konzept der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« (O' Neill 1984; Labisch 1984, 27) — allgemein bekannt unter dem englischen Begriff »Primary Health Care« (WHO 1978; Diesfeld/Bichmann 1984) — stellt daher die *aktive Beteiligung der Bevölkerung* an den Maßnahmen zur Gesundheitssicherung ins Zentrum der Betrachtung. Medizinische Therapien, Vorbeugung und Gesundheitserziehung müssen diese Beteiligung fördern und deshalb soziokulturell angemessen sein (Pfleiderer 1984; Kroeger 1982). Eine wichtige Anforderung an den im Gesundheitswesen tätigen Experten leitet sich aus diesem Postulat ab: als »meinungsbildender Mediator in der gesundheitspolitischen Debatte« (O' Neill 1984, 105) muß er seine Kenntnisse allgemeinverständlich vermitteln und dabei die Bedürfnisse und Werturteile der Klienten berücksichtigen. Die dazu erforderliche Kompetenz geht aber weit über eine einseitige *Gesundheitserziehung der Bevölkerung* hinaus (Waitzkin 1984, 375ff.). Kulturspezifisches Krankheitsverhalten, das im Widerspruch zu biomedizinischen Kenntnissen steht, provoziert nämlich Konflikte und ethische Dilemmasituationen auf der Seite der Experten wie der Klienten: So müssen beispielsweise Wege gefunden werden, das in Westafrika weitverbreitete traditionelle Verhalten, Kindern mit Brechdurchfall jegliche Flüssigkeitszufuhr vorzuenthalten, zugunsten oraler Rehydratation zu korrigieren, wenn nicht die hohe Kindersterblichkeit an Durchfallskrankheiten fatalistisch toleriert werden soll. Nicht die Entwicklung neuer medizinischer Technologien, sondern die wirksame Anwendung des vorhandenen Wissens zum Nutzen und in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung, den Klienten, wird zunehmend Aufgabe einer Gesundheitswissenschaft.

Die Relativität von Gesundheit und Krankheit ist im transkulturellen Vergleich besonders deutlich. Die kritische Auseinandersetzung mit der Medikalisierung unseres Gesundheitswesens und iatrogenen Schäden durch invasive Diagnostik und Therapie darf daher genausowenig zur romantischen Idealisierung traditioneller Therapietechniken und Heilsysteme in fremden Kulturen führen, wie die Ergebnisse der transkulturell vergleichenden Gesundheitsforschung (Möckli-v. Seggern 1965, Dornheim 1983) vernachlässigt werden dürfen, wenn die Aufgaben der Medizin in der gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung bestimmt werden, die das Ziel einer »Gesundheit für alle« näherrücken soll.

Anmerkungen:

1 Folk-illnesses sind in unserem eigenen Kulturkreis auch verbreitet: der »böse Blick« im Mittelmeerraum; die »crise de foie« in Frankreich; »Kreislauf« oder »Erkältung« in Deutschland; alle diese Krankheitsbezeichnungen betreffen unspezifische Befindlichkeitstörungen mit diffuser Symptomatik und psychosoziosomatischen Anteilen, die aber das Kranksein in ein soziokulturell vorstellbares und akzeptables Gewand kleiden.

Literaturverzeichnis

Ademuwagun, Z.A. et al (eds.): African therapeutic systems, Waltham: Crossroads Press, 1979

Ayisi, E.O.: An introduction to the study of African culture, Ibadan-Nairobi-Lusaka: Heinemann, 1972

Bannerman, R.H.: The role of trad.med. in PHC. In: Bannerman, R.H. et al (eds.), 1983: 318-327

Bannerman, R.H. et al (eds.): Trad. med. and health care coverage, Geneva: WHO, 1983

Bichmann, W.: Primary Health Care and traditional medicine, Soc.Sci.&Med. 13B: 175-182, 1979

Bichmann, W.: Die Rolle der trad. Medizin in der Entwicklung Afrikas, in: Schröder, E. et al (Hg.): 1984, 177-192

Cassel, J.: A comprehensive health programme among South African Zulus. In: Paul B.D. (ed.): 1955: 15-41

Crawford, R.: Healthism and the medicalization of everyday life. Int. J. Hlth. Serv., 1980, 10, 365-388

Diesfeld, H.J.: Compliance in Third World Medicine. In: v. Eimeren, W., Engelbrecht, R. und Flagle, C.D. (eds.): 1984: 1209-1212

Diesfeld, H.J., Bichmann, W.: Primäre Gesundheitsversorgung. In: Diesfeld, H.J., Wolter, S. (eds.): 1984: 225-247

Diesfeld, H.J., Wolter S. (Hg.): Medizin in Entwicklungsländern. Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer, Frankfurt -Bern: Lang, 1984

Diop, Ch.A: Nations nègres et culture, 2Bde, Paris: Présence Africaine, 1979

Dornheim, J.: Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs. Tübingen: Tübinger Vereinigung für Volkskunde, 57. Band, 1983

Dunn, F.L.: Trad. Asian Med. and cosmopolitan medicine as adaptive systems, In: Leslie, C., 1977: 133-58

Eco, U.: Zeichen. Frankfurt: Suhrkamp, 1977

Edgerton, R.B.: A trad. Afric. psychatrist. In: Landy, D. (ed.), 1977: 438-445

Eimeren, W.v., Engelbrecht, R. und Flagle, C.D. (eds.): Third International Conference on System Science in Health Care. Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer, 1984

Eisenberg, L.: Disease + Illness. Culture, Medicine and Psychatry, 1977, 1: 9-23

Engel, G.L.: Versuch einer Zusammenschau von Gesundheit und Krankheit. In: Rotschuh, K.E. (Hg.), 1975: 306-342

Evang, K.: Contributions toward the philosophy of health. Int.J.Hlth.Serv., 1971, 1: 98-105

Evans-Pritchard, E.E.: Witchcraft, oracles and magic among the Azande. Oxford: Clarendon Press, 1976

Fabrega, H.: The ethnography of illness. Soc. Sci. & Med., 1979, 13A: 565-576

Feierman, S.: Change in Afr. therapeutic systems, Soc. Sci. & Med., 1979, 13B: 277-284

Foster, G.M.: Medical Anthropology. New York-Chinchester-Brinstone-Toronto-Singapore: John Wiley & Sons, 1978
Foster, G.M.: Anthropological research perspectives on health problems in developing countries, Soc. Sci. & Med., 1984, 18: 847-854
Glick, L.B.: Medicine as an ethnographic category. In: Landy, D. (ed.), 1977: 58-70
Good, C.M. et al: The interface of dual systems of health care in the developing world: toward health policy initiatives in Africa. Soc. Sci. & Med., 1979, 13D: 141-154
Grolling, F.X., Haley, H.B.: Medical Anthropology. The Hague-Paris: Mouton, 1976
Grotanelli, V.L.: Witchcraft: an allegory? In: Grolling, F.X., Haley, H.B., 1976: 321-329
Harjula, R.: Mirau and his practice. London: Tri-Med. Books, 1980
Hauschild, Th.: Der bose Blick. Berlin: Verlag Mensch und Leben, 1982
Herzlich, C.: Health and Illness. London-N.Y.: Academic Press, 1973
Hinderling, P.: Kranksein in »primitiven« und traditionalen Kulturen. Norderstedt: Verlag für Ethnologie, 1981(a)
Hinderling, P.: Ist der »Medizinmann« ein Divinator, Exorzist, Heilkundiger, Hexendoktor, Kräuterarzt, Kultführer, Orakelsteller, Schamane, Seher, Wahrsager, Zauberer?, Curare, 1981(b), 4: 115-127
Imperato, P.J.: African folk medicine, Baltimore: York Press, 1977
Imperato, P.J., Traore, D.: Trad. beliefs about measles and its treatment among the Bambara of Mali. In: Ademuwagun, Z.A. et al (eds.), 1979: 19-21
Janzen, J.M.: The quest for therapy in lower Zaire. Berkley-Los Angeles-London: University of California Press, 1976(a)
Janzen, J.M.: The comparative study of medical systems as changing social systems, Soc. Sci. & Med., 1978(b), 12: 121-129
Janzen, J.M.: Towards a historical perspective on African medicine and health. In: Sterley, J. (ed.), 1983: 99-138
Kleinman, A.: Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc. Sci. & Med., 1978, 12B: 85-93
Kleinman, A.: Patients and healers in the context of culture. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press, 1980
Kroeger, A.: Kranksein in fremden Kulturen: Aufgabe und Dilemma der ethnologischen + sozialmedizinischen Forschung. Curare, 1982, 5: 167-176
Labisch, A.: Die Wiederaneignung der Gesundheit — Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs. in: Wie teuer ist uns Gesundheit? Argument-Sonderband 1984, AS 113, 13-32
Lambo, T.A.: Trad. African cultures and western med. In: Pointer, F.N.L. (ed.), 1969: 201-210
Landy, D. (ed.): Culture, disease + healing. N.Y.-London: Macmillan, 1977
Leslie, C.: Asian med. systems. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press, 1977
Leslie, C. (ed.): Theoretical foundations for the comparative study of med. systems. Special issue, Soc. Sci. & Med., 1978, 12, No. 2B
Leslie, C. (ed.): Medical pluralism. Special issue, Soc. Sci. & Med., 1980, 14B, No. 4
Lieban, R.W.: The field of med. athropology. In: Landy, D. (ed.), 1977: 13-31
Ludwig, B., Pfleiderer-Becker, B.: Materialien zur Ethnomedizin. Bensheim: Kübel-Stiftung, 1978
Mbiti, J.S.: Afrikanische Religion und Weltanschauung. Berlin-N.Y.: de Gruyter, 1974
McKeown, T.: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt: Suhrkamp, 1982
Miller, A.E.: The expanding definition of disease + health in community medicine. Soc. Sci. & Med., 1972, 6, 571-581

Möckli-v. Seggern, M.: Arbeiter und Medizin. Schriften der schweizerischen Gesellschaft für Volkskunde Bd. 46, Basel: G. Krebs, 1961
Ndeti, K.: The relevance of African Trad. Med. in modern med. training and practice. In: Grolling, F.X., Haley, H.B., 1976: 11-26
O'Neill, P.: Gesundheit 2000. Krise und Hoffnung. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit, 1984
Parrinder, G.: La religion en Afrique occidentale. Paris: Payot, 1950
Paul, B.D.: Health, culture and community. N.Y.: Russel Sage Foundation, 1955
Pleiderer, B.: Der traditionale Patient: Wie kann man ihn verstehen und ihm helfen? In: Diesfeld, H.J., Wolter, S. (Hg.), 1984: 72-78
Pfleiderer-Becker, B.: Einführung in die Ethnomedizin. In: Ludwig, B., Pfleiderer-Becker B., 1978: 6-70
Poynter F.N.L.: Medicine and Culture. London: Wellcome Inst. of the history of med., 1969
Press, I.: Problems in the definition and classification of med. systems. Soc. Sci. & Med., 1980, 14B: 45-58
Read, M.: Culture, health and disease. London-Sydney-Toronto-Wellington: Tavistock Publ., 1966
Rothschuh, K.E. (Hg.): Was ist Krankheit? Darmstadt: Wiss. Buchges., 1975
Rudnitzki, G., Schiefenhövel, W., Schröder, E. (Hg.): Ethnomedizin, Ethnologische Abhandlungen Nr.1, Barmstedt: D. Kurth, 1977
Sargent, C.F.: The cultural context of therapeutic choice. Dordrecht-Boston-London: Reidel, 1982
Schiefenhövel, W., Sich, D. (Hg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Curare Sonderband 1, 1983, Wiesbaden: Vieweg
Schipperges, H. et al (Hg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung. Freiburg-München: Alber, 1978
Schröder, E., Frießem, D.H. (Hg.): George Devereux zum 75. Geburtstag — eine Festschrift. Curare Sonderband 2, Wiesbaden: Vieweg, 1984
Sich, D.: Naeng: Begegnung mit einer Volkskrankheit in der modernen frauenärztlichen Sprechstunde in Korea. Curare, 1979, 2, 87-96
Sich, D.: Geburtshilfliche Pathologie im Schnittpunkt des trad. und mod. geburtshilfl. Systems in Korea. In: Schiefenhövel, W., Sich, D. (Hg.), 1983: 21-40
Sich, D., Hinderling, P.: Medizin als kulturelles System, in: Diesfeld, H.J., Wolter, S. (Hg.), 1984: 53-58
Sterly, J. (Hg.): Ethnomedizin und Medizingeschichte. Berlin: Verlag Mensch und Leben, 1983
Turner, V.W.: Ndembu divination and its symbolism. In: Landy, D. (ed.), 1977: 175-183
Unschuld, P.U.: Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen. In: Rudnitzki, G. et al (Hg.), 1977: 79-85
Unschuld, P.U.: Die konzeptuelle Überformung der individ. und kollektiven Erfahrung von Kranksein. In: Schippergers, H. et al (Hg.), 1978: 491-516
Unschuld, P.U.: Comparative systems of health care. Soc. Sci. & Med., 1979, 13A, 523-527
Waitzkin, H.: The micropolitics of medicine: a contextual analysis. Int. J. Hlth. Serv. 1980, 14, 339-378
Warren, D.M.: The role of emic analysis in med. anthroplogy. The case of the Bono of Ghana. In: Ademuwagun, Z.A. et al (eds.). 1979: 36-42
WHO: Primary Health Care. A joint WHO-UNICEF report. Geneva: WHO, 1978
Young, A.: The relevance of trad. med. cultures to modern primary health care. Soc. Sci. & Med., 1983, 17: 1205-1211

Heinz-Harald Abholz

Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept

Einige methodische, ökonomische und ethische Probleme

I. Zum Hintergrund des Konzeptes

Beispiel 1: Ein dreiundvierzigjähriger Patient kommt mit Brennen und Jucken am After sowie Blutauflagerung auf dem Stuhl zum Arzt. Dieser untersucht ihn und stellt Hämorrhoiden fest. Der Patient bekommt zur Behandlung eine Salbe sowie Zäpfchen. Nach drei Tagen stellt sich der Patient erneut vor, eine deutliche Besserung ist eingetreten. Nach zehn Tagen ist er beschwerdefrei.

Beispiel 2: Ein fünfundvierzigjähriger Patient kommt erstmalig zu einem Arzt. Er war bisher nie erstlich krank gewesen und hat jetzt seit drei Tagen Temperaturen um 39 Grad, starken Husten und fühlt sich schlapp. Der Arzt untersucht ihn und stellt eine Lungenentzündung fest. Eine angefertigte Röntgenuntersuchung zeigt keinen Hinweis auf eine weitere Erkrankung — z. B. einen Tumor, der in seltenen Fällen mit zu einer Lungenentzündung beitragen kann. Der Arzt schreibt den Patienten krank und verordnet entsprechende Medikamente; er bittet den Patienten, am Ende der Woche nochmals in die Praxis zu kommen. Nach fünf und schließlich nach zehn Tagen erscheint der Patient erneut. Er ist inzwischen gesund geworden. In einem Gespräch eröffnet der Arzt dem Patienten, daß er bei der Erstuntersuchung einen erhöhten Blutdruck festgestellt habe und er dies bei der jetzigen Konsultation ebenfalls bestätigt sehe. Der Arzt informiert über das Risiko eines erhöhten Blutdruckes und weist darauf hin, daß längerfristig Herzinfarkt, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen bei weiterhin unbehandeltem Blutdruck drohen. Er schlägt dem Patienten vor, noch einige zusätzliche Laboruntersuchungen sowie ein EKG durchzuführen, um dann mit der Hochdrucktherapie zu beginnen.

Die beiden Beispiele stehen für zwei medizinische Konzeptionen: Im ersten Beispiel wird nach dem klassischen *symptomorientierten Modell* gehandelt: Krankheitssymptome sind der Anlaß für eine ärztliche Konsultation und sie bestimmen das ärztliche Handeln. Im zweiten Beispiel ist dies von seiten des Patienten ebenfalls gegeben, der Arzt jedoch ist zusätzlich durch *präventive Orientierung* (individuelle medizinische Prävention) in seinem Handeln geleitet: er denkt an einen möglichen Tumor als Ursache für die Lungenentzündung, er bestimmt den Blutdruck, der ganz unabhängig von der aktuellen Symptomatologie zu sehen ist. Schließlich empfiehlt er dem Patienten eine Behandlung des — symptomlosen — Blut-

druckes. Einige Laboruntersuchungen auf weitere Risikofaktoren für eine Arteriosklerose sind ebenfalls geplant.

Im *präventiven* Ansatz der Medizin geht es darum, Vorformen, Frühformen von Krankheiten oder mit Krankheiten wahrscheinlich kausal assoziierte Veränderungen zu identifizieren und zu behandeln. Diese werden als Risiko für jeweils eine bestimmte Erkrankung angesehen. Da die Vor- oder Frühformen von Erkrankungen sowie die mit Krankheiten assozierten Veränderungen nur zu einem bestimmten Prozentsatz in eine Erkrankung münden, d.h. nie alle 'Risiko-Träger' später auch erkranken, kann es — auf den einzelnen Patienten bezogen — immer nur um eine statistisch zu ermittelnde Risiko-Verminderung gehen. Festzuhalten ist, daß präventiver Ansatz und Überlegungen der Risiko-Verminderung engstens verbunden sind. Sicherlich gab es auch schon in der Ära der Symptom-orientierten Medizin Erwägungen der Risiko-Verminderung. Nur standen diese immer sehr im Hintergrund, waren für medizinisches Handeln von sekundärer Bedeutung.

Der Orientierungswandel von Symptom-Orientierung zum präventiven Ansatz hat sich innerhalb der letzten Jahre vollzogen; für diesen Wandel dürften zwei Entwicklungen von wesentlicher Bedeutung sein:

1. Klinisch-epidemiologische Untersuchungen zum Nutzen medizinischer Kuration haben innerhalb der letzten Jahrzehnte immer wieder nachweisen können, daß die Medizin bei weitem nicht den Nutzen hat, der von ihr immer unterstellt wurde. Eine Medizin, die erst dann zum Einsatz kommt, wenn die Symptome den Patienten zum Arzt bringen, scheint häufig zu spät zu kommen. In Überblicksdarstellungen ist dies verschiedentlich zusammengefaßt worden (Illich 1976, Taylor 1979, Abholz 1980).

2. Mit Entwicklung der Epidemiologie bei nicht-infektiösen Erkrankungen wurde ein Konzept multifaktorieller Kausalität für Krankheiten schlechthin entwickelt. Am weitesten ist dieses Konzept am Beispiel der Arteriosklerose-Forschung entwickelt: das spätere Auftreten einer Arteriosklerose an den Herzkranzgefäßen (Angina pectoris und Infarkt) oder an den Hirngefäßen (Schlaganfall) läßt sich durch die Erhebung von Risikofaktoren Jahre zuvor mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhersagen. Wie relativ gering die jeweiligen Wahrscheinlichkeiten dann auch sind, ist mit zentrales Thema des folgenden Aufsatzes (s.u.). Naheliegend war, daß die Beeinflussung von Risikofaktoren die später auftretenden Erkrankungen auch verhindern kann.

In der Tabelle 1 sind einige Beispiele gegeben, in denen der Gedanke der Risiko-Verminderung zentrales Moment therapeutischer Empfehlung geworden ist. Bei der Einteilung in der Tabelle 1 wird deutlich, daß die klassischen Risikofaktoren (Punkt 4 der Tabelle) nur einen, wenn auch den klassischen Ansatz für den Gedanken der Risiko-Verminderung bieten. So steht hinter dem Konzept einer Intensivstation für Patienten mit einem

Tab. 1: Risiko-Verminderung durch medizinische Intervention - einige Beispiele

Prinzip	gesuchte Veränderung	zu verhindernde Krankheit	Maßnahme
1. Vorstufen von Krankheiten, die z. Teil zu Erkrankungen führen sollen entdeckt und behandelt werden	Dickdarm-Polypen	Dickdarm Carcinom	Röntgen des Dickdarm Darmspiegelung
	Metaplasien am Gebärmutterhals	Gebärmutterhals-Ca	Screening
	Metaplasien am Magen od. des op. Magens	Magen-Ca	Gastroskopien regelmäßig
	Pigment-Nävus an best. Körperstellen	Melanom	Operation prophylaktisch
2. Frühformen von Krankheiten, bei denen man eine bessere Therapierbarkeit annimmt	generell sind alle path. Abweichungen gesucht	Verhinderung bzw. Frühbehandlung versch. Erkrankungen	breites Laborscreening und weitgehende Diagnostik bei allen Beschwerden- oder Symptomen
	Koronarstenose (Hauptstamm, 3-Gefäße)	Infarkt	By-pass Operation
3. Krankheiten, die mit anderen einhergehen können, sollen deshalb behandelt werden	Gallensteine	Gallen-Ca Perforation	Gallenblasenoperation Sonographie zur Diagnostik
	Thrombose (tiefe Beinvenen)	Lungenembolie	aufwendige Diagnostik, Lysetherapie/ OP
	Herzinfarkt	gefährliche Rhythmusstörungen	Intensivstation
	Synkopen/plötzl. Bewußtlosigkeit	gefährliche Rhythmusstörungen	ausführliche Synkopendiagnostik
4. Mit Krankheiten assoziierte Risikofaktoren sollen behandelt werden	Hochdruck (gering bis mittelgradig)	arteriosklerot. Erkr.: Schlaganfall/Infarkt/ Durchblutungsstörungen	breite Suchdiagnostik und Therapie
	Fettstoffwechselstörung		
	Altersdiabetes		
	Harnsäureerhöhung		
5. Mit Krankheiten assoziierte Persönlichkeitsmerkmale sollen behandelt werden	Typ-A-Verhalten	Herzinfarkt	psych. Therapie
	Rauchen	Herzinfarkt	Entwöhnung
	Alkohol-Abusus	Leberzirrhose	Entwöhnung
	Übergewicht	arteriosklerot. Erkrank.	Gewichtsreduktion
	nach aussen nicht aggressiv	Magengeschwüre	psych. Therapie
6. Nach best. Erkrank. sollen damit statistisch verbundene Folgen verhindert werden	Herzinfarkt	tödl. Rhythmusstörungen	ß-Blocker-Therapie
	Schlaganfall	neuer Schlaganfall	Aspirin-Therapie
	Thrombose	neue Thrombose	Marcumar-Therapie

Herzinfarkt im wesentlichen auch die Idee der Risiko-Verminderung: es werden alle Patienten mit frischem Herzinfarkt auf dieser Station aufgenommen, weil man weiß, daß eine kleine Untergruppe Herzrhythmusstörungen oder andere Komplikationen bekommen wird, die nur hier zufriedenstellend behandelt werden können. Das Ziel ist also die Verminderung des Risikos, z.B. an einer Herzrhythmusstörung im Gefolge eines Herzinfarktes zu versterben (Punkt 3 in der Tabelle).

Ein Großteil moderner medizinischer Behandlungskonzepte läßt sich somit auf den Gedanken der Risiko-Verminderung zurückführen — die Tabelle 1 gebt nur einige Beispiele hierzu. Gemeinsames Prinzip ist es, durch Untersuchung und/oder Behandlung Vorformen von Erkrankun-

gen, mit Krankheiten assoziierte und als kausal angesehene Veränderungen bzw. Frühformen von Krankheiten zu erkennen und zu behandeln.

Dieses Konzept erscheint unmittelbar plausibel und einer zunehmenden Verbreitung in Fach- und Laienwelt stand und steht daher kaum etwas im Wege. Im folgenden sollen einige Problematisierungen erfolgen, die in ihrer Konsequenz das präventive Konzept der Risiko-Verminderung als Schlüssel zur Lösung gesundheitlicher Probleme in Frage stellen. Dabei geht es darum zu prüfen, wie groß eigentlich der Gewinn und mit welchen ethischen und ökonomischen Problemen dieses Konzept behaftet ist. Die Ausführungen beziehen sich dabei auf gering bis mittelgradig ausgeprägte Risiken; dies betrifft die ganz überwiegende Mehrheit der Risiko-Träger. Um so stärker allerdings ein Risiko ausgeprägt ist, um so größer ist auch der Erfolg medizinischer Interventionen; die Aussagen beziehen sich also *nicht* auf die — volksgesundheitlich gesehen — kleine Untergruppe von Personen mit *ausgeprägten Risiken* (vergl. zu dieser Probl.: Pedoe, 1984; Borgers 1981, 1983)

Bei einer auf Risiko-Verminderung orientierte Medizin, die — aus der Logik ihres Ansatzes — auf die asymptomatische Phase bzw. auf Vorformen von Krankheiten oder gar auf mit Krankheiten assoziierte Veränderungen sich konzentriert, erhalten Normabweichungen bei Untersuchungen (pathologische Laborbefunde, pathologische Befunde im Röntgen etc.) eine besondere Bedeutung. Einige methodische Probleme hierzu sollen daher im folgenden Überblick dargestellt werden.

II. Einige methodische Probleme der Risikoerfassung

1. Definition eines Normalwertes: Laboruntersuchungen können als exakteste Größen innerhalb eines diagnostischen Programmes angesehen werden: sie sind am ehesten reproduzierbar. Sie sollen im folgenden als Modell für das Problem der Identifizierung eines Risikos gelten.

Laborwerte sind in ihrem Normbereich anhand eines gesunden Untersuchungskollektives definiert — allerdings umfaßt der Normalbereich von Laborwerten in der Regel nur 95 % einer gesunden Bevölkerung, 5 % liegen — aufgrund statistischer Verteilungen — formal im pathologischen Bereich. Gemeint sind hier nicht Laborfehler — diese stellen ein weiteres Problem dar —, sondern angesprochen sind statistische Bedingungen der Verteilung einer Untersuchungsgröße in einer gesunden Personengruppe. Werden nun mehrere, voneinander unabhängige Tests oder andere Untersuchungen beim Patienten durchgeführt, so muß zunehmend häufiger mit mindestens einem falsch pathologischen Befund in der untersuchten gesunden Population gerechnet werden. Dies läßt sich vorausberechnen: bei der Anwendung von fünf voneinander unabhängigen Tests ist bei einer angenommenen gesunden Population bei 23 % mindestens ein falschpositiver Befund zu erwarten. Bei der Anwendung von zwanzig voneinan-

der unabhängigen Tests oder Untersuchungen muß bei 65 % der untersuchten — hier angenommenen gesunden — Population mindestens in einem der Laborwerte ein falsch-positiver Befund auftreten (Gross, 1979; Holland, 1974). Da bei der Risikoindentifizierung — nach dem Idealbild des Konzeptes — symptomlose Personen untersucht werden, läßt sich nicht über deren Symptomatik ein einmal erhobener pathologischer Befund als falsch - oder richtig - positiv identifizieren. Nur eine weitergehende Diagnostik, die dabei eingreifender und aufwendiger wird, kann dann zur Klärung beitragen; sie unterliegt jedoch den gleichen oben geschilderten methodischen Problemen (s. Abholz, 1981).

2. Die prädiktive Bedeutung eines pathologischen Befundes: Untersucht man z.B. in einer Gruppe von gesunden Personen ohne jegliche Gelenksymptomatik das Blut auf den Rheumafaktor, so wird bei denjenigen Personen mit positivem Ausfall des Tests — u.a. auch aufgrund der unter 1. genannten Bedingungen — die prädiktive Bedeutung dieses pathologischen Befundes relativ gering sein. D.h. bei dem weitaus größten Teil der Personen mit positivem Befund wird der Wert *keine* rheumatische Erkrankung anzeigen. Wird der gleiche Test in einer Gruppe von Personen mit Gelenkbeschwerden angewendet, so wird bei positivem Ausfall die Wahrscheinlichkeit, hier Personen mit einer rheumatoiden Arthritis identifiziert zu haben, weitaus größer sein. In einer Gruppe von Personen schließlich, die Gelenkbeschwerden im Bereich der kleineren und mittleren Gelenke, symmetrisch angeordnet haben, wird ein positiver Testausfall eine noch weitaus größere positive prädiktive Bedeutung zur Identifizierung einer rheumatoiden Arthritis bekommen.

Die prädiktive Bedeutung eines pathologischen Befundes hängt also von der anzunehmenden Häufigkeit des mit dem Test gesuchten Krankheitsbildes ab. So kann — um ein Beispiel zu nehmen — ein positiver Testausfall mit einer 90 %igen Wahrscheinlichkeit das Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung vorhersagbar machen — wenn der Laborwert aus einer Population stammt, bei der die Häufigkeit der Erkrankung sehr hoch ist. Fällt der gleiche Test bei einer Person positiv aus, die aus einer Population stammt, bei der die gesuchte Erkrankung nicht besonders häufig ist, so kann der Test z.B. nur noch eine prädiktive Bedeutung von 10 % besitzen (Galen u. Gambiano, 1975; Köbberling, 1982).

Bezüglich ihrer prädiktiven Bedeutung sind für die meisten Tests Erfahrungen im Rahmen selektierter Patientengruppen gewonnen worden, so z.B. bei Krankenhauspatienten etc. Wendet man diese Tests jedoch in Früherkennungsprogrammen oder sogenannten Check-ups an, so verlieren sie — definitionsgemäß bei symptomlosen Personengruppen angewendet — an prädiktiver Bedeutung, weil sie bei unselektierten Patientengruppen eingesetzt werden

3. Bei zahlreichen Untersuchungen, die noch stärker subjektiven Beurtei-

lungskriterien unterliegen als dies üblicherweise beim Laborwert der Fall iststellt sich das Problem noch schärfer. So gibt es ausreichend Hinweise, daß z.B. EKG-Befundung, Histologiebefundung, die Befundung von Röntgenbildern etc. bei einem Großteil erfahrener Untersucher sehr unterschiedlich ausfallen können: bis zu 40 % Nicht-Übereinstimmung in der Befundung wurden nachgewiesen (Barker, 1976, S. 20 ff.). Unter den realen Arbeitsbedingungen gewinnen noch weitere Faktoren an Bedeutung: Konzentration, Übermüdung etc. (Friedmann, 1971)

4. Schließlich stellt sich das Problem, daß bei Erhebung von Befunden sowohl Tagesschwankungen als auch Untersuchungsfehler mit einfließen. Bergmann (1982) zeigt dies an dem Beispiel von Blutdruckmessungen und rechnet auf, daß mindestens an 16 Tagen jeweils zwei Blutdruckmessungen mit einem Blutdruckdurchschnitt von mindestens 95 mm/Hg diastolisch erbracht werden müssen, um die untersuchte Person mit einer 90 %igen Wahrscheinlichkeit einem Kollektiv zuzuordnen, bei dem in der Regel der Blutdruck diastolisch 90 mm/Hg und höher liegt. Wer die Praxis kennt, weiß, daß dies sicherlich kaum geschieht und dennoch zahlreiche Personen aufgrund weniger Blutdruckmessungen in diesem Bereich in das Kollektiv der Bluthochdruck-Kranken eingeordnet und behandelt werden.

Aufgrund der geschilderten methodischen Probleme läßt sich vermuten, daß bei der Identifizierung von Risikofaktoren zahlreiche Personen fälschlicherweise als Risiko-Träger behandelt werden. Will man derartige Fehler umgehen, so ist eine Identifizierung der falsch-bzw. richtig-positiven Primärbefunde nur über eine weitergehende und dann sehr aufwendige sowie eingreifende und möglicherweise gefährliche Diagnostik möglich.

Eine andere Möglichkeit, falsch-positive Befunde als solche mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu identifizieren, besteht darin, nur noch mit Zusammenhangsmustern diagnostische Arbeit zu leisten. Der *einzelne* abweichende Wert oder Befund hätte dann keinerlei Bedeutung, nur bestimmte Befundkonstellationen wären von Bedeutung. Dies geschieht auch heute bei diagnostischen Überlegungen; jedoch ist es bisher noch die Regel, pathologischen Befunden mit weiterer Diagnostik nachzugehen.

Bevor auf ethische und ökonomische Implikationen eingegangen wird, soll eine Betrachtung des Ausmaßes der Risiko-Verminderung erfolgen.

III. Das Ausmaß der Risiko-Verminderung

In der Tabelle 2 ist die Risiko-Verminderung bei der Behandlung des leichten Hochdruckes aus der australischen Hochdruckstudie darsgestellt. Es kommt unter der Behandlung zu einer Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse um etwa 30 % und aller Todesfälle um etwa 50 %. Eine soche — die übliche — Betrachtungsweise ist legitim und richtig, will man ein *therapeutisches Prinzip* — hier die Hochdruckbehandlung — bezüglich seines Nutzens beurteilen. Liest man jedoch die Risiko-Verminderung in Raten aus-

Tbl 2: Risiko-Verminderung bei Hochdruckbehandlung — Zwei Arten der Analyse (Daten aus dem Australian trial)

Ereignisse	*Raten pro 1000 Behandlungsjahre*		*Reduktion in %*	*Differenz der Raten*
kardiovaskuläre, *insgesamt*	17,2	24,5	30	7,3
tödliche kardiovaskuläre	1,7	3,7	54	2,0

gedrückt, so sieht man, daß es um eine Reduktion des Risikos von 24 auf 17 pro tausend Expositionsjahre bei allen kardiovaskulären Ereignissen, also um eine Risikoverminderung von 7 Ereignissen pro tausend Expositionsjahre gekommen ist. In vorstellbare Größen übersetzt bedeutet dies, daß 100 Personen über zehn Jahre behandelt werden müssen, damit 7 geholfen wird; 93 der Behandelten werden umsonst unter eine Therapie gesetzt, da sie *trotz* Behandlung ein kardiovaskuläres Ereignis bekommen *oder* auch *ohne* Behandlung keines bekommen hätten. Diese Form der Analyse erlaubt jedoch auch noch, die Dimension der Risiko-Verminderung zu beleuchten, die der *einzelne* Patient als Gewinn der angebotenen Behandlung zu erwarten hat: im obigen Beispiel nämlich 7 kardiovaskuläre Ereignisse weniger auf tausend bzw. 70 weniger auf zehntausend Expositionsjahre.

In der folgenden Tabelle 3 sind einige Beispiele von Risiko-Verminderung durch medizinische Intervention aufgeführt und einigen allgemeinen Lebensrisiken gegenübergestellt. Herausgestellt werden muß, daß bei den Risiko-Verminderungen durch medizinische Intervention die Daten durchweg nur aus Studien entnommen wurden, die überhaupt einen Nutzen nachweisen konnten. Zudem wurden dabei soche Studien vorwiegend berücksichtigt, die den größten Nutzen der entsprechenden Maßnahme nachgewiesen hatten. Die in der Tabelle aufgeführten Risiko-Verminderungen stellen daher maximal zu Erreichendes dar. Für fast alle der in der Tabelle aufgeführten medizinischen Interventionen existieren — neben den aufgeführten Studien — andere Arbeiten, die keinen Nutzen bzw. einen deutlich geringeren Nutzen und schließlich auch einen Schaden durch medizinische Intervention nachgewiesen haben. Die in der Tabelle aufgeführten Risiko-Verminderungen geben daher ein sehr optimistisches und dabei maximale Erfolge zugrundelegendes Bild.

Schließlich ist festzuhalten, daß die Risiko-Verminderung duch medizinische Intervention durchgehend auf Studien basiert, die mit einem hochselektierten Personenkreis und mit hochmotivierten Ärzten gearbeitet haben. Im Rahmen einer kontrollierten Studie zur Ermittlung des Nutzens einer Therapiemaßnahme werden die Patienten zuvor bezüglich ihrer Zuverlässigkeit von Tabletteneinnahmen etc. selektiert, die beteiligten Ärzte ha-

Tab. 3: Risiko-Verminderung durch medizinische Interventionen, Risiken des täglichen Lebens sowie diagnostische Risiken - einige Beispiele (aus Studien errechnete Daten bezogen auf 10 000 Expositionsjahre)[1]

Medizinische Intervention	Risiko - Raten mit Intervention	Risiko - Raten ohne Intervention	Risikoverminderung	Quelle/Bemerkung
Früherkennung auf:				
Mamma Ca (Mortalität)	2,6	4,1	1,5	Shapiro, 1975
Cervix Ca (Mortalität)	1,5	3,2	1,7	Johannesson, 1978
(Morbidität)	0,5	2,5	2,0	Fidler, 1968
(Morbidität)	5,5	31,0	25,5	MacGregor, 1976
Colon Ca (Mortalität)	1,0	3,3	2,3	Dales, 1979
Risikobehandlung bei:				
Cholesterin-Erhöhung				
(Morbidität)	67	115	47	Stamler, 1972; theoret. errechenbarer Effect bei Senkung von 275 auf 225 mg% nach Pooling Project
(Morbidität)	40	70	30	Whyte, 1975; theoret. errechenbarer Effect bei Senkung von 310 auf 260 mg% Framingham-Daten
(Morbidität)	93	115	22	Lipid-Research, 1984
(Mortalität)	23	31	8	Lipid-Research, 1984
Leichter Hochdruck bis 109 diast.				
(Morbidität)	172	245	73	Australian trial, 1980
(Mortalität)	17	37	20	Australian trial, 1980
bis 104 diast.				
(Mortalität)	118	148	30	HDFP, 1979
Intervention bei allen Risikofaktoren für Arteriosklerose				
Mortalitätsrückgang)	16	6	10	Salonen, 1983; Nordkarelien
(Mortalität)	57	69	12	Kornitzer, 1983; WHO Intervention
Koronare Herzerkrankung				
By-pass-Operation				
(Mortalität)	160	320	160	European Study, 1982
Aspirin-Behandlung				
(Mortalität u. Morbidität)	460	600	140	Peto, 1980
Beta-Blocker-Behandlung				
(Mortalität)	350	475	125	BHAT, 1981
Schlaganfall				
Aspirin-Behandlung z. Prophylaxe (Morb. und Mort. f. Männer	510	1030	520	Canadian trial, 1978

II. Lebensrisiken	mit Risiko	bei Wegfall d. Risiko	zusätzliches Risiko	Quelle/Bemerkung
Raucher mit 15-24 Zi/tg				
Mortalität)	183	132	51	Doll, 1976
Autofahren ohne Gurt				
(Mortalität)			6,5	Gray, 1981; S. 79
Antibabypille	3,0	0,7	2,3	Runnebaum 1984; Daten d. Roy. Coll. Gen. Practitioners

II. Lebensrisiken	mit Risiko	bei Wegfall d. Risikos	zusätzliches Risiko	Quelle/Bemerkung
Arbeit auf Baugerüst vs. Industriearbeiter (Mortal.)	13;4	0,8	12,6	Mooney, 1982; S. 106
Bauarbeiter vs. Universitätslehrer (Mortalität)	164	29	135	Occupational Mortality 1977; S. 121
unterste vs. oberste Sozialschicht (Mortalität)	83	46	37	Occupational Mortality 1977; S. 37
Motorrad - vs. Autofahrer (Mortal. im Verkehr)	132	8	124	Social trends, 1981; bei Berechnung wurden pro Jahr u. Person 6.000 km für den Autofahrer angesetzt
Verkehrsteilnehmer mit 0,8‰	25	2,5	22,5	kalkuliert nach Daten von Harvard 1978 und Soc trends, 1981

III. Diagnostische Risiken (Raten bezogen auf 10.000 Untersuchte)

Untersuchung	Komplikation	Rate	Autor
Belastungs-EKG	lebensbedrohlich	1	Wendt, 1984
Coronarographie	tödliche	1,9	
	nicht tödliche Infarkte und Hirnembolien	7,7	Roskamm, 1982; S. 369
Herzkatheter	tödliche	45	
	schwere	380	
	dabei bei später als herzgesund identifizierte Personen	210	Roskamm, 1982; S. 409 f.
Röntgen, i. v. Galle	schwere	5 - 10	Elke, 1982; S. 41
Gastroskopie	tödliche	0,3	Wienbeck, 1976
Laparoskopie	tödliche	1,4	Lindner, 1976
Kolonoskopie	Perforationen	90	Deyhle, 1976
ERCP	tödliche	20	Koch, 1976

1) Dabei liegen den verwendeten Studien unterschiedlich lange Beobachtungs- bzw. Behandlungszeiträume zugrunde; diese werden hier nicht angegeben, sondern es wurde jeweils auf 10.000 Expositionsjahre hochgerechnet.

ben ein großes Interesse an dem perfekten Ablauf der Studie. Beide Faktoren tragen dazu bei, daß ein hoher Prozentsatz der Patienten die Medikamente regelmäßig nimmt und schon in frühen Phasen von Nebenwirkungen interveniert wird, was sich in einer relativ niedrigen Nebenwirkungsrate und einer hohen Erfolgsquote niederschlägt. Allgemein ist jedoch davon auszugehen, daß Patienten zu einem großen Teil nicht zuverlässig ihre Medikamente einnehmen (Nichteinnahme 30 - 50 % üblich) und daß die Ärzte Nebenwirkungen weniger und häufig später als im Rahmen einer Studie feststellen. Der Erfolg der Behandlung wird daher unter *normalen* Versorgungsbedingungen geringer und der Mißerfolg bzw. der Schaden durch Nebenwirkung höher sein. Die in der Tabelle wiedergegebenen Risiko-Verminderungen sind somit mit Sicherheit nicht repräsentativ für die Bedingungen einer durchschnittlichen Versorgung. Wie groß die Diskrepanzen sind, läßt sich nicht sagen — eine Halbierung der Risiko-Verminderungen unter den realen Versorgungsbedingungen erscheint je-

doch ohne weiteres wahrscheinlich.

Vergleicht man die Risiko-Verminderungen durch medizinische Interventionen mit den täglich eingegangenen Risiken, so sieht man, daß beide sich in dem *gleichen Dimensionsbereich* befinden. Es läßt daher erstaunen, mit welchen propagandistischen Aufwand und mit welchen Kosten medizinische Interventionen vorgeschlagen und betrieben werden (Vergl. Tbl. 4) Bemerkenswert zumindest erscheint auch die Höhe der Risiken eingreifender Diagnostik, setzt man sie ins Verhältnis zu den Risikoverminderungen medizinischer Interventionen. Auf dem Hintergrund des relativ geringen Gewinnes, d.h. relativ geringer Risiko-Verminderungen für den Einzelnen, ergeben sich die folgenden Probleme.

IV. Einige ethische und ökonomische Probleme des Konzeptes

Aus dem unter II und III Dargestellten lassen sich drei Problembereiche ableiten, die jeweils einen ethischen und einen ökonomischen Aspekt umfassen:

1. Aufgrund methodischer Probleme (s.II) werden bei einer präventiv orientierten Risiko-Erfassung immer zahlreiche Patienten mit falschpositivem Befund identifiziert. Nach den bisher in der Medizin üblichen Prinzipien schließt sich in aller Regel eine weitergehende und dabei teilweise invasive und kostenaufwendige Diagnostik zum Ausschluß falschpositiver Befunde an. Die Abklärung eines formal-pathologischen Leberwertes (alkalische Phosphatase) mithilfe von Röntgen und ERCP ist ebenso ein Beispiel wie die Venographie bei Wadenschmerz zum Ausschluß einer tiefen Thrombose mit Lungenembolie-Gefährdung.

Dies beinhaltet das ethische Problem der iatrogenen Gefährdung durch Diagnostik (Vergl. Tbl 3) bei Personen, die ohne Risiko-Suche und Überlegungen der Risiko-Verminderung nie hierdurch gefährdet worden wären. Zudem entstehen bei konsequenter Anwendung weitergehender Diagnostik erhebliche Kosten.

2. In der Natur der Sache liegt beim präventivem Konzept der Risiko-Verminderung, daß sehr viel mehr Patienten untersucht bzw. behandelt werden müssen, als dann schließlich als Träger eines Risikos identifiziert werden. Da zudem nur einem kleinen Teil der Risiko-Träger durch einen therapeutischen Eingriff geholfen werden kann (s. Tbl. 3), wird die Disproportion zwischen Aufwand und Erfolg noch größer. In der Tabelle 4 sind einige Beispiele zum Aufwand medizinischer Interventionen auf der Basis des Konzeptes der Risiko-Verminderung aufgeführt.

Neben der Frage des Aufwandes ist das ethische Problem angesprochen, daß ein Teil der Patienten mit einem angenommenen oder vorhandenen Risiko behandelt wird, ohne daß für sie eine Bedrohung durch den Risikofaktor überhaupt besteht. Der Patient mit einer Fettstoffwechselstörung, der wegen dieser keine Folgeerkrankung erleiden würde, jedoch zur

Risiko-Verminderung eine lebenslange Medikation — möglicherweise mit Nebenwirkungen — erhält, ist hier gemeint. Und es ist z.B. der Patient gemeint, der wegen eines Myokardinfarktes auf einer Intensivstation zur Überwachung liegt, jedoch nicht von lebensbedrohlichen Zwischenfällen heimgesucht werden würde. In den großen Studien zum Nutzen der Risiko-Verminderung durch medizinische Intervention werden fast immer nur ernsthafte bzw. tödliche Nebenwirkungen der Behandlung festgehalten. Die sogenannten »kleinen Nebenwirkungen« finden keine oder keine ausreichende Berücksichtigung (vergl. Borgers 1982). Bei z.B. der Hochdruckbehandlung sind hier zu nennen: Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Potenzstörungen etc. Es besteht also das ethische Problem, daß bei der Behandlung im Rahmen der Risiko-Verminderung nicht nur die Patienten mit Nebenwirkungen belastet werden, die auch zugleich von der Behandlung profitieren, sondern ein Teil der Patienten Nebenwirkungen auf sich nehmen muß, obwohl sie von der Behandlung nicht profitieren. Die Zahlen der australischen Hochdruckstudie (vgl. Tabelle 2) lassen dies in seiner Dimension deutlich werden: 93 von 100 Patienten, die über zehn Jahre behandelt werden, haben keinen Gewinn von der Behandlung — wieviele von ihnen haben jedoch unter Nebenwirkungen zu leiden?

3. Ein Großteil der Risiken hat einen hohen Verbreitungsgrad in der Bevölkerung: so ist mit bis zu 15 % Gallenstein-Trägern in der Bevölkerung zu rechnen(Bouchier,1983), es wird von 15 % Hochdruckkranken ausgegangen (Pedoe 1982), kombiniert man pathologische Blutzuckererhöhungen, Fettstoffwechselstörungen und Hochdruck so weisen — bei niedriger Grenzziehung zum Pathologischen — drei Viertel der Bevölkerung über fünfzehn Jahren mindestens einen dieser Risikofaktoren auf (Abholz 1982). Bei konsequenter Durchsetzung des Konzeptes der Risiko-Verminderung dürfte fast jede Person jenseits des 20. Lebensjahres wegen mindestens eines Risikofaktors behandelt oder medizinisch beobachtet werden. So plausibel die Risiko-Verminderung konzeptionell ist, so problematisch erscheint sie jedoch in ihren Folgen für das Bewußtsein: breite Teile der Bevölkerung stehen unter medizinischer Behandlung oder Kontrolle, ihr Denken wird zunehmend auf die Vermeidung von Krankheit oder die Kontrolle von Risikofaktoren orientiert. Bei konsequenter Durchführung des Konzeptes wird somit eine Orientierung auf Krankheits-Vermeidung vorstellbar, die die Lebensqualität deutlich einschränken könnte. Regelmäßige Tabletteneinnahme, regelmäßig sich wiederholende Kontrolluntersuchung, Einschränkung der Lebensweise und der Lebensorientierung könnten den »naiven Genuß« am Leben verhindern. Am Beispiel des Hochdrucks ist dies verschiedentlich schon gezeigt worden: Primär symptomlose Personen, bei denen der Hochdruck im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen identifiziert wurde, wurden danach gehäuft krank (Haynes, 1978) oder sie bzw. ihre Familien erlebten sie danach

in ihrer Lebensqualität eingeschränkt (Jachuk, 1982).

In der Tabelle 4 ist an einigen Beispielen der Aufwand bei konsequenter Anwendung des Konzeptes der Risiko-Verminderung dargestellt. Wird das Konzept für die verschiedenen infrage kommenden Krankheitszustände konsequent, d.h. auf alle hiervon potentiell betroffenen Personen angewendet, so wird der personelle und finanzielle Aufwand so hoch, daß die Grenzen der Machbarkeit deutlich werden.

Tbl. 4: Aufwand einiger medizinischer Interventionen zur Risiko-Verminderung

Interventionen bei:	*Aufwand:*
Screening auf Brustdrüsen-Ca	bei 31 Mill. USA-Frauen über 50 J.: 1,5 Milliarden $
Screening auf Gebärmutterhals-Ca	1 x jährlich bei allen Frauen über 20 J.: für die USA Kosten von 30 Milliarden $ (Eddy 1980)
Bronchial-Ca-Screening	nur für Raucher ab 45. Lebensjahr entstehen Kosten von mindestens 5 Milliarden $. Die Zahl der Röntgenologen, Röntgenassistenten der gesamten USA würden dadurch gebunden; die dazu notwendigen Pathologen würden 10 bis 15% der US-Pathologen ausmachen. (Shimkin 1978)
Screening auf Hochdruck	1,1 Milliarden $ ohne weitergehende Hochdruckuntersuchungen zum Ausschluß von sekundärer Hypertension (Weinstein 1976)
Behandlung des Hochdrucks	bei Werten ab 90 mmHg: 4,8 Milliarden $ ab 95 mmHg: 2,9 Milliarden $
By-pass Operation, USA	3,25 Milliarden $ Kosten (Braunwald, 1983)
Computer Tomographie-Diagnostik	1,6 Milliarden $ Kosten 1980 (Creditor, 1977)
Screening *nach* und Behandlung *des* renalen Hochdrucks	würde für die USA 1975 etwa 10% aller Gesundheitsausgaben binden (McNeil, 1975)
ZUM VERGLEICH	*USA Gesundheitsausgaben: 1970: 75 Mrd. $* *1979: 212 Mrd. $*

V. Schlußfolgerungen

Das präventive Konzept der Risiko-Verminderung erscheint an sich plausibel und — bei allen Mißerfolgen einer Symptom-orientierten Medizin — einziger *medizinischer* Weg zur Bearbeitung gesundheitlicher Probleme. Dieses moderne Konzept der Medizin wird mit einem riesigen Aufwand von Medizinern und Politikern propagiert. Entsprechend hoch sind auch die Aufwendungen für medizinische Intervention auf dem Hintergrund dieses Konzeptes. Bei genauerer Betrachtung dessen, was an Erfolgen hierdurch zu zu erzielen ist, wurde festgestellt, daß die Risiko-Verminderung

durch medizinische Intervention sich überwiegend nur in Größenordnungen bewegt, die täglich eingegangenen Lebensrisiken entsprechen. Berücksichtigt man zusätzlich, daß unter den realen Versorgungsbedingungen medizinische Interventionen nur mit sehr viel weniger Erfolg als in den modellhaft durchgeführten Studien möglich sind, so muß das Urteil über den Nutzen des Konzeptes noch bescheidener ausfallen.

Zudem ist es mit erheblichen ethischen und ökonomischen Problemen verbunden: bei konsequenter Durchführung des Konzeptes und Weiterentwicklung auch für bisher noch »unentdeckte« medizinische Bereiche kommt man an die Grenzen des Machbaren und trägt zu einer sehr umfassende Medikalisierung der gesamten Bevölkerung bei. Das Problem der Medikalisierung und das der ökonomischen Machbarkeit scheinen momentan die einzigen Hemmschranken gegen die Ausweitung und konsequente Durchführung des genannten Konzeptes zu sein. Die Patienten als auch ein Teil ihrer Ärzte scheinen sich durch »non-compliance« gegen eine konsequente Durchführung des Konzeptes »zu wehren« (Vergl. z.B. Abholz, 1984). Gesundheitspolitisch wird ebenfalls nicht alles getan, um dieses Konzept konsequent durchzuführen. In der ökonomischen Krise tauchen vermehrt gesundheitspolitische Diskussionen über die Machbarkeit moderner Medizin auf (Darstellung z.B. in: Jennett, 1984, Krämer, 1982);

Die Antwort auf das, was es zu tun gilt, scheint in der Frage zu liegen, ob für die genannten gesundheitlichen Probleme in der Regel überhaupt die Medizin eine entsprechende Hilfe geben kann oder ob nicht — wie von McKeown (1976) für die letzten hundert Jahre Medizingeschichte gezeigt — eher Veränderungen in der Lebensweise, in den sozialen Bedingungen der Menschen zu einer Antwort beitragen. Die Plausibilität des Konzeptes der Risiko-Verminderung besteht eigentlich ja nur, wenn man auf der Ebene medizinischen Denkens verhaftet bleibt und andere Dimensionen — die des Sozialen, der Lebensbedingungen — nicht mit in das Denken aufnimmt.

Es gibt mehrerlei Begründungen, warum das präventive Konzept der Risiko-Verminderung dennoch eine derartige Attraktivität hat, es so vehement propagiert und so aufwendig finanziert wird: politisch hält es von umfassenderen »Therapien« ab, indem es auf das medizinisch definierbare Risiko den Blick fixiert. Für die Mediziner ist dies ein Betätigungsfeld, auf dem sich viele Karrieren aufbauen lassen. Für die Geräte- und Pharmaindustrie bietet dieser Weg fast unbegrenzte Möglichkeiten für den Produktabsatz — steht doch immer wieder die Identifizierung neuer Risiken mit dann damit verbundenen neuen Behandlungsvorschlägen an(Taylor 1983).

Ist der Gewinn der Risiko-Verminderung groß, so wird die Mehrheit der Menschen auch damit verbundene hohe Kosten oder ethische Probleme als akzeptabel ansehen. Was aber momentan beim präventiven Konzept der Risiko-Verminderung für gering bis mittelgradig ausgeprägte Risiken ge-

schieht, ist die *Fetischisierung* des Gedankens einer Risiko-Verminderung. Der reale Gewinn ist denkbar klein, die ethischen Probleme sind groß, die Kosten immens. Mit dem Fetisch »Risiko-Verminderung« wird der Blick hierfür getrübt und die eigentlichen Interessengruppen hinter diesem präventiven medizinischen Konzept werden nicht gesehen.

Literatur

Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: Deppe, H.-U.: Vernachlässigte Gesundheit. Köln 1980, 15-57

Abholz, H.-H.: Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie, Vortragsserie Nr. 2, Wien 1981

Abholz, H.-H.: Konzeptionelle und ethische Probleme des Risikofaktoren-Konzeptes in seiner therapeutischen Anwendung. in: Abholz, H.-H., D. Borgers, W. Karmaus, J. Korporal: Risikofaktorenmedizin-Konzept und Kontroverse. Berlin 1982, 182-92

Abhoz, H.-H.: Die medikamentöse Behandlung der Patienten mit Hypertonie in der ambulanten Versorgung. in: Borgers, D., W.F. Schräder: Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen Versorung. Bundesministerium Arbeit u. Sozialordnung. Gesundheitsforschung, Bd. 99, Bonn 1984. 71-88

American Cancer Society: Report on the cancer-related health checkup. New York 1980

The Australien therapeutic trial in mild hypertension: Report by the Management Committee. Lancet 1980, 1261-67

Barker, D.J.P., G. Rose: Epidemiology in Medical Practice. Edinburgh 1976

Bergmann, E.: Empirische Probleme der Definition einer Risikopopulation beim milden Hochdruck. in: Abholz, H.-H., D. Borgers, W. Karmaus, J. Korporal: Risikofaktorenmedizin — Konzept u. Kontroverse. Berlin 1982 57-64

Beta-blocker-Heart Attack Trial Study Group (BHAT): Preliminary report. J.Amer.Med.Ass. 1981, 246: 2073-79

Borgers, D.: Primärprävention von Volkskrankheiten -Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. Argument Sonderbd. 64, Prävention, 1981, 27-52

Borgers, D.: Risikofaktorenmedizin und Primärprävention beim milden Bluthochdruck. in: Abholz, H.-H., Borgers, D,.W.Karmaus, J. Korporal: Risikofaktorenmedizin-Konzept und Kontroverse. Berlin 1982, 105-18

Borgers, D.: Risikofaktorenmedizin in der ärztlichen Praxis. Argument Sonderbd. 102, Ambulante Gesundheitsarbeit, 1983, 48-61

Bouchier, I.A.D.: Brides of quietness: silent gall stones. Brit.Med.J. 1983, 1, 415-16

Braunwald, E.: Effects of coronary-artery Bypass grafting on survival. New Engl. Med. 1983, 309:1181-84

Bridgers, W.F.: Ethical and policy implications. in: Charles, E.D., J.J. Kronenfeld: Social and economic impacts of coronary artery disease. Lexington, Mass. 1980

Bridgers, W.F.: Ethical and policy implications. in: Charles, E.D., J.J. Kronenfeld: Social and economic impacts of coronary artery disease. Lexington, Mass. 1980

Campell, T.W.: Metformin and glibenclamide compararive risks. Brit. Med. J. 1984,2,289

The Canadian Cooperative Study Group: Randomized trial of Aspirin and Sulfinpyrazone in threatened Stroke. New Engl.J.Med.1978,299: 53-59
Creditor, M., Garrett, J.: The information base for the diffusion of technology: Computed tomography scanning. New Engl.J.Med. 1977, 297: 49-51
Dales, L.G. et al: Evaluating periodic multiphasic health checkups: A controlled trial. J.Chron.Dis. 1979, 32: 385-404
Dyhle, P.: Koloskopie, Der Internist 1976, 17: 204-8
Doll, R., R. Peto: Mortality in relation to smoking: 20 years' observation on male British doctors. Brit.Med.J. 1976, 2: 1525-36
Eddy, D.M.: Screening for Cancer: Theory, analysis and design. New York 1980
Elke, M.: Kontrastmittel in der Röntgen-Diagnostik. Stuttgart 1982
European Coronary Surgery Study Group: Long-term results of prospective randomised study of coronary artery By-pass surgery in stable angina pectoris. Lancet 1982, 1173-80
Fildler, H.K., D.A. Boyes, J.A. Worth: Cervical cancer detection in British Columbia. J.Obstet.Gyn.Br.Commonwlth. 1968, 75: 392-404
Friedman R.E., D.S. Kornfeld, T.J. Bigger: The intern and sleep loss. New Engl.J. Med. 1971, 285: 201-203
Galen, R.S., S.R. Gambino: Beyond Normality: the predictive value and effiency of medical diagnosis. New York 1975
Gill, J.S., Beevers, D.G.: Hypertension and wellbeing. Brit.Med.J. 1983, 2: 1490-91
Gray, M.: Man against disease — Preventive Medicine. Oxford 1979
Gross, R., H.E. Wichmann: Was ist eigentlich »normal«? Med.Welt 1979, 30: 2-14
Harvard, J.D.J.: Epidemiology of road traffic accidents. in: Straßenverkehrsunfälle in Europa und der BRD aus sozial-hygienischer Sicht. Schr. R. d. Akad. f. Öffentl. Ges W., Db. 6. Düsseldorf 1978
Haynes, R.B. et al: Increased absenteism form work after detection and labeling of hypertensive patients. New Engl.J.Med. 1978, 299:741-44
Health United States 1980. DHHS Publication No. (PHS) 81-1232. Maryland 1982,
Holland, W.: Screening for disease: Taking stock. Lancet 1974, 1494
Hypertension detection and follow-up programm (HDFDP): Five-year findings of the hypertension detection and follow-up programm I a.II. JAMA 1979, 2562-77
Illich, I.: Limits to mediceine. London 1976
Jachuk, S.J. et al: The effect of hypotensive drugs on the quality of life. J.Roy. Coll. Gen. Pract. 1982, 32:103-05
Jennett, B.: High Technology medicine — Benefits and burdens. Nuffield Provincial, Hospital Trust. London 1984
Johannesson, G.: The effect of mass screening in Iceland. Intern. J. Cancer 1978, 21:418-25
Koch, H. et al: Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreaticagraphie. Der Internist 1976, 17:197-203
Köbberling, J.: Der prädiktive Wert diagnostischer Maßnahmen. DMW 1982, 107:591-95
Kornitzer, M.et.al.: Belgian heart disease prevention project: incident and mortality results. Lancet 1983, 1066-1070

Krämer, W.: Wer leben will, muß zahlen. Düsseldorf 1982
Lindner, H., H. Henning: Die Laparoskopie als diagnostische Methode. Internist 1976, 17: 214-19
The Lipid research clinics coronary primary prevention trial results. I. reduction in incidence of coronary heart disease. J.Amer.Med.Ass. 1984, 251: 351-364
MacGregor, J.E.: Evaluation of mass screening programs for cervical cancer in NE Scotland. Tumeri 62: 1976, 62: 287-95 zit. nach: Amer.Cancer Soc.
McKeown, Th.: The modern rise of population. London 1976
McNeil, B. et al: Cost-effectiveness in hypertensive renovascular disease. New Engl. J.Med. 1975, 293: 216-21
Mooney, G.H.: The valuation of human life. London 1977
Occupational mortality 1970-72. England and Wales. decennial supp. HMSO, London 1978
PARIS, The Persantine-Aspirin Reinfarction Study Research Group: Persantine and Aspirin in coronary heart disease. Circulation 1980, 62: 449-61
Pedoe, H.Tustall: Hypertension, in: Miller, D.L., R.D.T. Farmer: Epidemiology of Diseases. Oxford 1982
Pedoe, H.Tustall: Paunches and the prediction of coronary heart disease. Brit.Med. J. 1984, 1: 1629-30
Roskamm, H., H. Reindell: Herzkrankheiten, Heidelberg, 2.Ed., 1982
Runnebaum, B., Th. Rabe: Pille und Kreislauf — I. Teil: Morbidität, Mortalität, Ätiologie und Risikofaktoren. Herz und Gefäße 1984, 4: 404-18
Salonen, J.T. et al: Decline in mortality from coronary heart disease in Finland from 1969 to 1979. Brit.Med.J. 1983, 1: 1857-1860
Shapiro, S.: Screening for early detection of cancer and heart diaease. Bull.N.Y. Acad.Med. 1975, 51: 80-95
Shimkin, M.B.: Report of the Cal/OSHA Advisory Committee on sputum cytology Feb.1978, zit. nach: Amer.Cancer Soc.
Social trends: Central statistical office. HMSO, London 1981 und 1982
Soziologischer Almanach, Hrg.: Ballerstedt, E., W. Glatzer. Frankfurt/M. 3.Aufl. 1979
Stamler, J., F.H. Epstein: Coronary heart disease: risks factors as guides to preventive action. Preventive medicine 1972, 1: 27-41
Taylor, R.: Medicine out of control. Melbourne 1979
Taylor, R.C.R.: Die Konstruktion der Prävention: Wissenschaft und Ideologie in den USA. in: Wambach, M.: Der Mensch als Risiko — Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt/M. 1983
Weinstein, M.C., W.B. Stason: Hypertension — A policy perspective. Cambridge, Mass. 1976
Wendt. Th. et al: Lebensbedrohliche Komplikationen bei 1 741 106 Ergometrien. DMW 1984, 109: 123-27
Wienbeck, M., D. Wurbss: Oesophago-Gastro-Duodenoskopie. Der Internist 1976, 17: 190-6
Whyte, H.M.: Potential effect on coronary-heart-disease morbidity of lowering the blood-cholesterol. Lancet 1975, 906-10

Konrad W. Tietze und Christoph Bock

Der plötzliche Kindstod — Ursachenvielfalt und Prävention

Nicht zufällig hat sich die jüngere Diskussion zur Frage des Einflusses von Luftinhaltsstoffen auf die menschliche Gesundheit die Gefährdung der Säuglinge und Kleinkinder als Paradigma ausgewählt. Kleine Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Eine Vielzahl von morphologischen, anatomischen und physiologischen Besonderheiten — überwiegend zurückzuführen auf normalerweise noch nicht abgeschlossene Wachstums-und Reifungsvorgänge — machen dieses Alter gegenüber Störungen besonders empfindlich. Sterbewahrscheinlichkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter galten von jeher und an vielen Orten als ein Indikator der »Gesundheitsberichterstattung«. Es erscheint deswegen plausibel, daß auch für die Medien das Kindesalter ein geeignetes Paradigma im Zusammenhang der Diskussion über Umweltbelastungen darstellt, besonders wenn man an die trotz aller Kinderfeindlichkeit starken Gefühle denkt, die z.B. mit dem Wort »Kindheit« hervorgerufen werden.

In der zweiten Ausgabe dieses Jahres berichtete das Nachrichtenmagazin »Der Spiegel« unter dem Titel »Wenn der Wald stirbt, stirbt der Mensch« unter anderem über zwei Krankheitsphänomene des Säuglings- und Kleinkindalters und hatte dazu auch ein entsprechendes Titelbild ausgewählt. Es handelte sich um das Krupp-Syndrom und den plötzlichen Kindstod. Hinsichtlich der ätiologischen und pathogenetischen Prinzipien bestehen zwischen beiden Phänomenen gewisse Gemeinsamkeiten. Während sich jedoch Initiativen zum Pseudo-Krupp an vielen Stellen gebildet haben und auch an die teilweise überstürzt wiederbelebte Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet große Erwartungen geknüpft werden, ist das Gespräch um den offensichtlich als Krankheitseinheit zu betrachtenden »Plötzlichen Tod im frühen Kindesalter bei nicht näher bezeichneter Ursache« (Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1979, 9. Revision) mehr im Hintergrund geführt worden.

U.E. besteht jedoch über die durchaus wichtige in der Tagespolitik überhitzt geführte Umweltdiskussion hinaus Grund genug, sich mit dem Phänomen des Plötzlichen Kindstodes auseinanderzusetzen. Dies kann hier nicht mit der Absicht geschehen, wissenschaftliche Neuigkeiten zum Plötzlichen Kindstod zu verbreiten, noch eine Lösung für das »Rätsel der Medizin« anzubieten. Es soll vielmehr der Versuch unternommen werden, an einem Krankheitsmodell, dessen Ursachen vielfältig und nur teilweise bekannt sind, dessen pathogenetisches Konzept aber in den letzten 10 Jah-

ren zunehmend Gestalt gewonnen hat, die Möglichkeiten der Prävention aufzuzeigen und ihre Merkmale zu benennen.

Es kann gezeigt werden, daß eine solche Prävention einem größeren Bereich der Gesundheitssicherung als nur der Verhinderung des Plötzlichen Kindstodes dient. Die Todesursache »Plötzlicher Kindstod« ist nämlich Teil der Spät- und Nachsterblichkeit (8. — 365. Lebenstag), wenn man das Phänomen auf das erste Lebenjahr begrenzt. Die gesamte Säuglingssterblichkeit hat z.B. in Berlin in den letzten 10 Jahren von 26 ‰ auf 15 ‰ abgenommen. Jedoch ist dieser Erfolg im wesentlichen einer Senkung der Frühsterblichkeit zuzurechnen. So hat der prozentuale Anteil der Nachsterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit der Säuglinge eher zugenommen. Die Häufigkeit des Plötzlichen Kindstodes unter diesen Fällen beträgt nahezu die Hälfte, das sind 3 Kinder auf tausend Lebendgeborene.

Probleme der Definition

Derartige Zahlenangaben schwanken. Zum einen gibt es für diese zuerst in der 9. Revision der ICD genannten Position keine operationalisierte oder operationalisierbare Definition, weil über bestimmte Fragen international ein Konsens erst herbeigeführt werden muß. So ist sowohl der Anfang der in Frage kommenden Lebensphase als auch ihr Ende in einigen Publikationen unterschiedlich angegeben. Anscheinend besteht überwiegend die Absicht, den Plötzlichen Kindstod als eine Todesursache allein des Säuglingsalters zu betrachten. Allerdings sollten die ersten sieben Tage ausgenommen werden. Sie rechnen zur Perinatalperiode. Todesursachen in dieser Zeit müssen auf die Schwangerschaft und die Geburt bezogen werden. Der plötzliche Kindstod tritt nicht nur unerwartet ein, sondern er ist auch unerklärlich. Nach eigenen Erfahrungen als Pathologe und Kinderpathologe muß man jedoch die Genze zwischen erklärbarem und nichterklärbarem Tod als fließend ansehen. Sie richtet sich nach dem Stand der pathologisch-anatomischen Diagnostik, die nicht unabhängig von den Informationen des vorbehandelnden Arztes arbeitet. Somit wären auch an dieser Stelle Übereinkünfte notwendig, was man als plötzlichen Tod im Kindesalter bezeichnet und was nicht. Hinzu kommen noch Unsicherheiten, die dann auftreten können, wenn bei der Feststellung des Todes durch die Eltern der Hausarzt hinzugezogen wird. Von ihm hängt im wesentlichen ab, welche weitere Entwicklung das für alle Beteiligten bedrückende Ereignis einleitet. Er führt eine vorsichtige katamnestische Befragung durch, bei der von den Eltern schließlich doch irgendwelche unspezifischen Vorzeichen berichtet werden. Im Rahmen eines Interventionsprogramms zur Verhinderung des plötzlichen Kindstodes in der Region Sheffield haben Eltern verstorbener Kinder sogar noch drei Wochen nach diesem Ereignis Vorzeichen und Symptome in gehäuften Maße (gegenüber Kontrollen) in Interviews berichtet (Carpenter 1979). Sie waren unspezifisch und

bestanden in Schnaufen, Husten, Störbarkeit, Erbrechen, Durchfall, Schläfrigkeit, Hautausschlägen und Fieber. Während die Arbeitsgruppe in einer früheren Publikation den Eltern mangelnde Fähigkeiten zuschreibt, die Symptome zu erkennen und Unfähigkeit, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, heißt es später: »Eltern und Ärzte haben die größte Schwierigkeit, den Ernst und die pathologische Bedeutung dieser Symptome (richtig) zu bewerten.« Danach ist — mutmaßlich für die Vergangenheit und für die Zukunft gesichert belegbar — auch das Merkmal »unerwartet« zu relativieren. Bei einer international verbindlichen Definition für eine Klassifikation ist diese Tatsache zu berücksichtigen. Eine dem augenblicklichen Verständnis des SIDS (Sudden Infant Death Syndrom) entsprechende Definition ist zum Beispiel schon 1967 von Beckwith formuliert worden: »The sudden death of any infant or young child which is unexpected by history and for which a thorough post-mortem examination fails to demonstrate an adequate cause for death«. Diese Definition enthält allerdings noch nicht den heute vorwiegend für zutreffend gehaltenen Zeitraum Säuglingszeit = infancy und setzt die Ergebnislosigkeit der Befragung voraus (unexpected by history).

Wenn es in den Definitionen fließende Grenzen gibt, so darf man vermuten, daß es auch Gemeinsamkeiten zwischen den Fällen des plötzlichen Kindstodes und den übrigen Fällen der Säuglingssterblichkeit gibt. Dies jedenfalls legen die genannten Publikationen nahe. Ein Unterschied besteht aber darin, daß der Anteil plötzlicher Kindstodesfälle vom 1. bis zum 3. Lebensmonat zunimmt und danach wieder zurückgeht. Bei der Besprechung des Krankheitsmodells wird darauf noch zurückzukommen sein.

Spezifische Ätiologien

Durch die zunehmenden Erkenntnisse über das Wesen des plötzlichen Kindstodes und die Einsicht in die Notwendigkeit einer Obduktion ist im Laufe der Zeit die Krankheitseinheit SIDS mehr und mehr eingeengt worden und zwar in dem Maße, wie doch noch Erkärungen für den Tod des Säuglings gefunden werden konnten. Über eine einheitliche, spezifische Ätiologie ist viel spekuliert worden. Dort, wo Vermutungen durch Empirie gestützt werden konnten, hat diese immer nur einen Teil der Fälle erklären können.

Bekanntlich ist der Thymus bei Neugeborenen ein enorm groß entwickeltes Organ. Er variiert dazu in seiner Größe. Deswegen ist plausibel, daß die ersten Erklärungsversuche von SIDS von diesem Organ ausgingen und im Sektionssaal entwickelt wurden.

Davon geblieben ist eine Forschungsrichtung, die sich mit dem Calciumstoffwechsel als Ursache von SIDS beschäftigt, der von den nahe dem Thymus gelegenen Epithelkörperchen gesteuert wird. Die umfangreichsten Stoffwechselforschungen zum SIDS in der uns bekannt gewordenen Lite-

ratur sind von einer Arbeitsgruppe in St. Louis um Laura Hillman (Hillman u.a. 1980, Schwarz u.a. 1983) durchgeführt worden. Diese Arbeitsgruppe hat sowohl die alte Rachitis-Thymus-Calcium-Störungstheorie nicht bestätigt als auch ausgeschlossen, daß von der mütterlichen oder kindlichen Schilddrüse eine zum SIDS führende Störung ausgehen könne.

Besonders in einer Zeit, in der Viren nur sehr schwer nachweisbar waren, ist die Virusgenese des Plötzlichen Kindstodes häufig genannt worden. So bestand 1963 die Vorstellung, daß »eine Infektintoxikation wahrscheinlich druch Viren« einen zum Tode führenden Mechanismus im Sinne der Stresstheorie von Selye« (Müller 1963) auslösen würde. Stress spielt im Krankheitsmodell auch weiterhin eine Rolle. 1975 hat Nelson in Chicago die Beziehung zwischen SIDS und epidemisch auftretender Viruskrankheit der Säuglinge erforscht. Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen SIDS und A-Virus Influenza-Infektionen. Die bekannte Abhängigkeit von SIDS und Außentemperatur ließ sich von der Wirkung des Infektes trennen. Keiner der beiden Zusammenhänge war jedoch besonders stark (Nelson u.a. 1975). Ein weiterer belebter Erreger, der als Ursache für SIDS diskutiert wurde, ist das Clostridium Botulinum. 1978 teilte eine Kalifornische Arbeitsgruppe mit, daß sie bei 280 gestorbenen Kindern in 10 Fällen diesen Erreger gefunden habe, 9 davon seien nach gerichtsmedizinischem Urteil an SIDS verstorben. Sie schreiben, das seien 4,3 % von 211 SIDS Fällen in 12 Monaten. Demnach kann Botulismus eine Ursache von SIDS sein (Arnon u.a. 1978).

Dies sind nur Beispiele für die Suche nach einer einheitlichen spezifischen Ätiologie für den plötzlichen Kindstod. Z.Zt. scheint die Forschungslandschaft davon geprägt zu sein, daß einerseits diese Suche beibehalten wird, daß aber andererseits äußeren Wegbereitern und inneren physiologischen Bedingungen ein größeres Gewicht beigemessen wird. Das »Agens« im klassischen epidemiologischen Modell, die eigentliche Ursache, wird zum »Auslöser« (Trigger). Dabei ist im Einzelfall schwer zu entscheiden, ob es sich um einen Auslöser oder eine äußere Bedingung handelt. Dafür mag die Diskussion um den Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und Plötzlichem Kindstod ein Beispiel sein. So scheute der »Spiegel« sich nicht, die nordamerikanische Wissenschaftlerin Toke Hoppenbrouwers fälschlicherweise als Kronzeugin für die auslösende Funktion erhöhter Schadstoffbelastung der Luft anzuführen.

Dies entspricht nicht ihren Ausführungen. In der zitierten Arbeit (Hoppenbrouwers 1981) wird die jahreszeitliche Abhängigkeit des Auftretens von SIDS dargestellt. Darüberhinaus deutet Hoppenbrouwers den Zeitpunkt des Todes als eine Funktion der im intrauterinen und extrauterinen Leben durchgemachten Phasen erhöhter Luftbelastung. Mit dieser Interpretation bleibt sie im Bereiche eines Konzeptes, auf das im folgenden näher eingegangen wird.

Die physiologischen Bedingungen

Hoppenbrouwers unterscheidet »predisposing factors to risk« von »precipitating events causing death«. Dem Denken des Arztes ist der Begriff 'Disposition' so geläufig, daß er sowohl im klinischen Bereich als auch in der Sprache des Allgemeinmediziners häufig verwandt wird. Man muß sich vergegenwärtigen, daß die gesamte Risikofaktorendiskussion nichts anderes ist, als der Versuch, solche disponierenden Faktoren systematisch zu bewerten und einen Nutzen daraus zu ziehen. Dieser soll im Rahmen präventiver Maßnahmen gezogen werden. Auf allgemeine prädisponierende Faktoren, die zum großen Teil in gleicherweise für die gesamte Säuglingssterblichkeit gelten, werden wir daher bei der Besprechung von Möglichkeiten der Intervention eingehen. Hier sollen diejenigen Mechanismen erläutert werden, die nach dem Stand der Erkenntnis im Organismus die Basis für die 'gemeinsame Endstrecke' des Krankheitsgeschehens bilden.

Zwischen 1950 und 1960 haben die Publikationen des Baseler Zoologen und Anthropologen Adolf Portmann eine breitere Rezeption gefunden. Aufgrund von Vergleichen der Tragzeit einerseits und der Reife des zentralen Nervensystems andererseits bei verschiedenen Säugetieren hat Portmann die These aufgestellt, der Mensch sei eigentlich eine Frühgeburt. Bei ihm liefen eine Reihe von Entwicklungsvorgängen — besonders im zentralen Nervensystem — ab, die bei vergleichbaren Säugetieren vor der Geburt abgeschlossen würden. Für die menschliche Entwicklung ist dies hinsichtlich der im ersten Lebensjahr erwerbbaren Fähigkeiten (Sprache, Bewegungen) mit einem großen Vorteil verbunden. Portmann bezeichnet das daraus entstehende menschliche Verhalten als »weltoffen und entscheidungsfrei« und stellt ihnen das Verhalten der Tiere »als umweltgebunden und instinktgesichert« gegenüber (Portmann 1956). In dem durch seine wissenschaftlichen Ziele abgesteckten Rahmen geht er von einer störungsfreien Entwicklung aus und spricht auch in keiner der uns z.Zt. zur Verfügung stehenden Publikationen von einer besonderen Verletzlichkeit dieses Abschnittes menschlichen Lebens. Er weist aber auf die Bedeutung der Interaktion mit der Sozialumgebung im Zusammenhang mit den Erbanlagen an mehreren Stellen hin.

Für eine pathophysiologische Betrachtungsweise ist es angemessen, eine erhöhte Verletzlichkeit des Organismus in Perioden mit starken Wachstums- und Entwicklungsvorgängen anzunehmen. Man kann sagen, daß durch die SIDS-Forschung in der jüngsten Zeit auf dem Gebiete der Kreislauf- und Atemphysiologie des Neugeborenen und ihrer Störungen die Thesen von Portmann differenziert werden konnten. Toke Hoppenbrouwers hat die hinzugewonnenen Erkenntnisse mit den eigenen Forschungsergebnissen zusammengefaßt. Sie schreibt: »Dieses Intervall (Zeitraum der Häufigkeitsverteilung plötzlicher Kindstode; K.W.T.) erscheint als eine Zeit der Integration, in der zahlreiche Funktionen sich ändern —

jede entsprechend ihrem eigenen Zeitplan.« Zu diesen Funktionen zählen Ausmaß und Qualität der Schreie im Vierundzwanzigstundenzeitraum, die Handbewegungen, die durch Spielsachen induziert werden, das Plappern, die Schlafdauer und das Verhältnis von »aktivem« und »Ruhig-Schlaf«. Die Ruhig-Schlaf-Perioden wiederum lassen verschiedene schlafphysiologische Variablen erkennen, die ebenfalls eine unterschiedliche Entwicklung zwischen dem ersten und dem sechsten Monat durchmachen: atemabhängige Herzfrequenzänderungen, die Herzfrequenz selbst, die Atemfrequenz, Bewegungen im Schlaf und die Hirnstromcharakteristik. Sinngemäß bemerkt sie dazu: »Ein System muß besonders verletztlich sein, wenn seine physiologischen und funktionellen Charakteristika sich so dramatisch verändern, wie in der Periode zwischen dem ersten und dem dritten Lebensmonat, und die Verletzlichkeit gegenüber schädlichen Einflüssen wächst während der Perioden des schnellen Wechsels« (Hoppenbrouwers 1982). Zum weiteren Verständnis des dem plötzlichen Kindstod nach diesen Forschungen unterliegenden pathogenetischen Prinzips muß man die Tatsache einbeziehen, daß normalerweise während des Schlafes besonders bei Säuglingen Atemstillstände von begrenzter Dauer auftreten. Veränderungen in der Dauer dieser Atemstillstände in bestimmten Schlafperioden sind für viele Forscher Vorzeichen für den plötzlichen Kindstod. Bezeichnend für die Tätigkeit in den entsprechenden Forschungseinrichtungen ist ihre Benennung. In die »Sleep-Apnea-Clinics« werden Neugeborene mit Zeichen eines drohenden plötzlichen Kindstodes ('Near miss for SIDS') nach atem- und kreislaufphysiologischen Gesichtpunkten überwacht. Neben den bisher aufgezählten Mechanismen »besteht das Kernstück (der Pathogenese) aus einer milden Hypoxie... die von den meisten Kindern erfolgreich kompensiert wird« (Hoppenbrouwers 19..), und aus der Tatsache, daß die schon normalerweise unterschiedliche Dynamik der einzelnen Entwicklungsvorgänge insgesamt eine »nicht monotone« pathophysiologische Basis erzeugen. Vergleicht man dieses Charakteristikum mit Merkmalen anderer Wachstumsperioden beim Menschen, so stimmt es mit ihnen überein. Ausgehend von detaillierten experimentellen Befunden muß der Hypoxie einerseits eine verlangsamende Wirkung auf das Auftreten reifer Regulationsmechanismen zugeschrieben werden. Andererseits wird dies aber auch gefördert — je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Hypoxie auftritt. Diese initiale, sich verstärkende milde Hypoxie ist nicht Folge der physiologischen Atemstillstände, sondern entsteht aufgrund externer Einwirkungen. Ein (externer) einzelner den plötzlichen Kindstod herbeiführender Stimulus ist — wie auch aus dem bisher geschilderten hervorgeht, nicht gefunden worden. Dagegen wurden viele unterschiedliche, den Prozess der chronischen Hypoxie herbeiführende Faktoren beschrieben. Sie reichen von der einfachen mechanischen Verlegung der Atemwege, dem Laryngospasmus, verlängerter Schlaf-Apnoen bei

Frühgeborenen, auch Luftverunreinigung und Passiv-Rauchen bis zum gastroösophagealen Reflux.

Die Forschung zu diesem zuletzt genannten Phänomen knüpft an die früheren Beobachtungen an, daß gestorbene Kinder häufig Mageninhalt erbrochen hatten. Während man früher den Erstickungstod in Betracht zog, wird heute eine allergische Reaktion gegenüber Kuhmilcheiweiß mit Schockfolgen für den plötzlichen Kindstod verantwortlich gemacht (Steinschneider 1982). Hier ist das große Gebiet der Immunforschung im Zusammenhang mit SIDS anzugliedern, das eine ebenso tiefe Differenzierung zuließe wie die atemphysiologischen Betrachtungen.

Die Auslöser führen in Bereiche des Stammhirnes und des Frontalhirns offenbar zu Entwicklungen, welche die Ruhig-Schlaf-Episoden vermehren. Es besteht die Vorstellung, daß damit für die Ventilation weniger Anregungen vorhanden sind. So wird die Hypoxie durch sich selbst perpetuiert, bis der Tod eintritt. Bedingende Faktoren wie Erkältung, Schlafentzug, relative Austrocknung, Unterkühlung können die bestehenden Defizite verschlimmern oder sie verhindern die normalen kompensierenden Reflexe.

Bedingender oder auslösender Faktor?

Im Einzelfall hat sich immer wieder gezeigt, daß die spärlichen Befunde im Zusammenhang mit dem Phänomen des plötzlichen Kindstodes sich nicht an dieses Modell anpassen ließen. In der Katamnese fanden sich nicht die entsprechenden unspezifischen Zeichen, es gab keine der genannten bedingenden Faktoren und es fehlten auch die diskreten Zeichen der chronischen Hypoxie. Trotzdem besteht genügend Evidenz, daß zumindest die prinzipiellen Züge des Krankheitsmodells sich auch in Zukunft als tragfähig erweisen. Dabei wird man möglicherweise die Frage nach dem beschleunigenden Agens zugunsten der Erkenntnis aufgeben müssen, daß die meisten in Betracht kommenden Faktoren sowohl bedingend als auch auslösend wirken können. In Bezug auf die Lufverschmutzung schreibt daher Frau Hoppenbrouwers, die — soweit erkennbar — die ausführlichsten Untersuchungen zu diesem Problem gemacht hat: (Hoppenbrouwers 1981, 1982): »Es sollte klargestellt werden, daß die Daten über SIDS nicht anzeigen, daß Luftverschmutzung SIDS verursacht, sondern sie sind konsistent mit der Hypothese, daß Luftverschmutzung zur These der milden Hypoxie als pathogenetisches Moment beiträgt.« Daraus sollte nicht der Schluß gezogen werden, daß Luftverschmutzung überhaupt nicht als Trigger in Frage kommt. Vielmehr sollte man daran denken, daß ein einzelnes Agens für das Verständnis der Krankheit keine Bedeutung hat. Gelänge es, in bestimmten Situationen einen den Prozeß in Gang bringenden Faktor auszuschalten, so ist die Krankheit als Epidemie dennoch nicht beseitigt, weil ein anderer Faktor mit ähnlichen Eigenschaften vom disponierenden

zum auslösenden Moment werden kann. Es erscheint auch im »ätiologischen Kontext« zufällig, welcher der in Frage kommenden Faktoren nach vielfachen Beeinträchtigungen schließlich das Faß zum Überlaufen bringt.

Zur Identifikation von Risikokindern

Die Beschreibung eines für den plötzlichen Kindstod typischen ätiologischen Musters muß natürlich der erste Schritt in Richtung einer Prävention sein. Nur scheinbar gibt es auf diesem Wege keine Hindernisse. Ein Großteil der Forschungen über die Atemphysiologien sind doch an Kindern durchgeführt worden, bei denen der Tod beinahe eingetreten wäre ('Near miss for SIDS'). Sie sind aufgrund der besonderen Aktivität der schon genannten Forschungszentren identifiziert worden. Es ist anzunehmen, daß eine sehr genaue Beobachtung dieser Identifikation voranging. Primäre Merkmale wie »Geschwisterkinder eines plötzlich verstorbenen Kindes« mögen auch von Bedeutung gewesen sein. Bei der Überwachung solcher Kinder erwies sich dann auch das gleichzeitig mit der SIDS-Atemphysiologie entwickelte maschinelle Monitoring als sinnvoll und effektiv. Für eine Prävention im Bereiche der primären Gesundheitsversorung erscheinen allerdings solche Charakteristika nur zum Teil geeignet. Auf diesem Gebiet werden die Schwierigkeiten der Aufstellung und Anwendung eines Risikokatasters deutlich. Von den Autoren werden auf die starken Überschneidungen mit Risikomerkmalen der gesamten fetoinfantilen Sterblichkeit hingewiesen. Epidemiologisch gesehen wird die Situation vor allem durch die Lebenszeitspanne — also durch die zwischen dem ersten und dem sechsten Monat liegende Verteilungskurve — und durch die jahreszeitliche Abhängigkeit (Wintermonate) gekennzeichnet. Unspezifische, auch mit der peri- und postnatalen Sterblichkeit zusammenhängende Merkmale beschreibt Hoppenbrouwers verkürzt folgendermaßen: »Ein männliches Frühgeborenes mit niedrigem Geburtsgewicht und einer niedrigen sozioökonomischen Klasse, mit einer jugendlichen schwarzen Mutter, die während der Schwangerschaft rauchte« (Hoppenbrouwers 1982). Obgleich solche Sätze Vorurteilen Tür und Tor öffnen, sei dieser hier genannt, weil die epidemiologischen Arbeiten zum plötzlichen Kindstod den sozialen Zusammenhang in den meisten Fällen als vorwiegend für eine Gefährdung herausstellen, ohne ihn allerdings ausdrücklich zum Gegenstand ihrer Forschung zu machen. Dies hat inzwischen in der Bundesrepublik Christa Schmidt in ausführlicher Weise besorgt (Schmidt 1981). Sie ist von dem Gedanken ausgegangen, daß »der Säugling und dessen Tod... nicht isoliert von seiner sozialen und familiären Umwelt gesehen werden (kann)«. Damit folgt sie dem von Portmann geäußerten anthropologischen Konzept und weiter: »Der plötzliche Kindstod ist die inadäquate, tötliche Reaktion eines Säuglings auf für ihn extreme, sich akkumulierende, auch psychosoziale Belastungssituationen.« Dieses Konzept wird in quantitativer Hin-

sicht, besonders aber auch durch Beispiele, die mit einer qualitativen Erhebungsmethode gewonnen wurden, belegt. Eindrucksvoll ist auch die von Rossel für Berliner SIDS-Fälle der Jahre 1977 — 1981 getroffene Zuordnung innerhalb der Spät- und Nachsterblichkeit und nach den Bezirken geordnet (Rossel 1983). Dieses dem klassischen sozio-ökologischen Modell entsprechende Vorgehen ergibt den schon aus Untersuchungen zu anderen gesundheitlichen Bereichen (Abholz 1976, Korporall u. Zink 1978, Borgers 1980, Burmeister u.a. 1984)bekannten Gradienten zwischen den sozioökonomisch hochstehenden und den ärmeren Bezirken von Berlin.

Mit solchen oder ähnlichen Erkenntnissen ließen sich zumindest Schwerpunkte präventiver epidemiologischer Strategien setzen. Carpenter ist der Meinung, daß für jedes epidemiologische Feld — und offenbar auch immer wieder neu — Risikomerkmale zur Verhinderung des plötzlichen Kindstodes errechnet werden müßten. Er ist einer der beiden Initiatoren der vor 10 Jahren begonnenen Sheffield-Studie. Das Sheffield-Birth-Scoring-System wurde seit 1972 fortlaufend weiterentwickelt und stellt seitdem die Grundlage für eine risikobezogene Intervention in dieser Region dar. Es enthält folgende Faktoren: Alter der Mutter; Anzahl der vorangegangenen Geburten; Geburtszeiten; Blutgruppe der Mutter; Geburtsgewicht; Zwillingseigenschaften; Stillen oder Flaschennahrung; Harnwegsinfekte während der Schwangerschaft.

Die Gewichtung der Ausprägungen eines jeden Faktors wurde mit einem Diskriminanzverfahren bestimmt, das neben den Vorteilen für die Identifikation gefährdeter Kinder natürlich auch Nachteile mit sich bringt, die sich aus der verwendeten Datenbasis ergeben. Die Punktwerte steigen mit dem Alter der Mutter und auch mit der Zunahme der vorangegangenen Schwangerschaften. Kurze Geburtszeiten werden schlechter bewertet als längere. Zugehörigkeit zur Blutgruppe Null, B und AB bedeutet eine höhere Gefährdung als Zugehörigkeit zur Blutgruppe A. Das Geburtsgewicht wird umso höher bewertet, je niedriger es ist. Zwillige erhalten ebenfalls eine sehr hohe Punktzahl. Beabsichtigter Wechsel zwischen Brustnahrung und Flaschennahrung und Flaschennahrung allein werden ebenfalls hochbewertet. Höhere Punktzahlen bedeuten eine höhere Gefährdung. Der Trennpunkt wurde so gewählt, daß in 16% der lebendgeborenen Kinder 55 % der zu erwartenden Fälle vom plötzlichen Kindstod enthalten waren.

Das Alter der Mutter, die Zahl der Geschwisterkinder und auch das Geburtsgewicht sind elementare Indikatoren für die Vorhersage in der peri- und postnatalen Mortalität. Auch die Geburtszeiten spielen in dieser Hinsicht eine Rolle, wenn auch hier speziell auf die besonders kurzen Zeiten eingegangen wird. Blutgruppeneigenschaften und Brustnahrung zielen auf die immunologischen Vorstellungen zur Genese des plötzlichen Kindstodes ab. Insgesamt handelt es sich bei allen Faktoren um solche, die bei der Geburt erhoben werden können. Zur Verbesserung der Effizienz interventi-

ver Maßnahmen hat die Gruppe seit 1979 noch 4-wöchentliche Risikoschätzungen nach Merkmalen durchgeführt, die bei den Besuchen erhoben wurden (Multi-stage Scoring).

Präventive Maßnahmen

Entsprechend dem in der Deklaration von Alma Ata vermittelten Verständnis primärer Gesundheitssicherung sollten sich alle Maßnahmen zur Förderung und Verbesserung an bestehende Strukturen halten (1978). Bei einer solchen Orientierung ist es naheliegend, im Zusammenhang mit der Versorgung von Mutter und Kind in einer Region wie Sheffield sich auf das System der »Health Visitors« zu stützen. Bekanntlich handelt es sich um eine traditionsreiche Einrichtung im englischen Gesundheitswesen, die den Bereich Pflege und Versorgung von Kranken durch Gesunderhaltung und Krankheitsvorbeugung bei Gesunden ergänzen soll. Ihre Mitglieder führen Hausbesuche bei Gesunden durch mit dem Ziel, sie in hygienischen, sozialhygienischen und gesundheitsrelevanten praktischen Fragen zu beraten. 1918 ist das Tätigkeitsbild des Health-Visitors im Maternity and Child Welfare Act festgelegt worden. Wenn auch das Aufgabenfeld dieser Berufsgruppen besonders nach 1948 wesentlich erweitert worden ist, muß der Bezug auf das ursprüngliche Tätigkeitsfeld der »Gesundheitsberater« vorteilhaft für die Akzeptanz der zusätzlichen Maßnahmen gewesen sein. Die Lösung bestimmter praktischer Probleme der Säuglingspflege erfordert Einsichtnahme in die Lebensverhältnisse der »Primärgruppe Familie«. Allzu leicht könnten die Besuche — besonders wenn sie mit einem ausgedehnten Interview verbunden sind — als Kontrolle aufgefaßt werden. Normalerweise werden Mütter mit einem Säugling von ihrem Health-Visitor am 10. Tag, nach vier Wochen und nach drei Monaten aufgesucht. Bei der Entwicklung des Sheffield-Programmes hatten diese empfohlen, Risikokinder bis zum dritten Monat alle 14 Tage aufzusuchen und danach bis zum Ende des ersten Halbjahres jeden Monat. Eine der ersten praktischen Veränderungen, die durch die Studie erreicht wurden, betraf die Ernährung der Säuglinge. Aus den Erhebungen hatten sich Hinweise ergeben, daß die Flaschenmilch häufig zu stark konzentriert zubereitet wurde. Diese Beobachtung führte zu einer Werbekampagne zugunsten des Stillens und zugunsten einer korrekten Zubereitung der Flaschennahrung. Seitdem ist die Hypernatriämie bei Autopsien selten nachgewiesen worden (Carpenter u.a. 1983).

Das Scoring-System ist im Jahr 1972 in der Sheffield-Region eingeführt worden. Davor lagen die Sterblichkeitsziffern der Säuglinge immer etwas höher als diejenigen für England und Wales. Sie sind danach deutlich gefallen und liegen jetzt niedriger. Wenngleich diese Entwicklung durchaus ermutigend für ein solches Projekt ist, so werden doch die Daten vom Projektteam mit Skepsis betrachtet und blieben auch außerhalb nicht ohne Widerspruch. Solche Entwicklungen können auch durch eine Veränderung der Familienstruktur, durch Änderung der geburtshilflichen Maß-

nahmen oder durch eine zunehmende Motivation zum Stillen entstanden sein. Für diese zuletzt genannte Ansicht, daß Ernährungsgewohnheiten auch historisch gesehen einen entscheidenden Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit gehabt habe, gibt es inzwischen eine reichhaltige Literatur. Wenn man von der Vorstellung absieht, daß Hypernatriämie durch konzentrierte Flaschennahrung ein Trigger sein kann, so handelt es sich bei den zur Interpretation herangezogenen Faktoren auch hier um spezifische, die ganze Säuglingssterblichkeit betreffende Einflüsse. Hoppenbrouwers nennt das Sheffield-Scoring-System »over inclusive« (Hoppenbrouwers 1982). Es identifiziere viele Kinder, die möglicherweise gar nicht am plötzlichen Kindstod versterben würden. Jedoch habe die systematische (verstärkte) Versorgung dieser Kinder zu diesem Erfolg geführt.

Vom Besonderen zum Allgemeinen

Man muß es als Ausdruck einer gewissen Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen des plötzlichen Kindstodes ansehen, wenn beständig der Versuch gemacht wird, eine Ursache für sein Auftreten verantwortlich zu machen. Die Erwartungen bestehen wohl vor allem darin, eine biologische Größe durch hygienische Maßnahmen ausschalten zu können. Auch im Sheffield-Programm ist dieser Gedanke lebendig, wie das Beispiel der Hypernatriämie durch konzentrierte Flaschennahrung zeigt. Auf der anderen Seite ist der für diese Intervention abgesteckte Bereich derjenige der primären Gesundheitsicherung (Primary Health Care; Carpenter 1983), ein Bereich, in dem soziale Zuwendung und gemeindenahe praktische Versorgung wesentliche Elemente sind. So stellt sich uns die Situation folgendermaßen dar: im Besonderen spielt ein bestimmtes Agens für die Entstehung des finalen Ereignisses eine entscheidende Rolle. Auch die Lufverschmutzung kann hier nicht ausgeschlossen werden. Im allgemeinen hat dieses Agens jedoch nur eine untergeordnete Bedeutung. Man kann von seinem Fehlen nicht auf Gefahrlosigkeit schließen. Die Schwierigkeiten der Vorhersage sind unmittelbar einleuchtend und die Grenzen der Entscheidung auf der Basis gewichteter allgemeiner Merkmale sind bekannt. Folgerichtig muß eine Interventionsstrategie die vielfältigen möglichen Ursachen in ihren sozialen Zusammenhang eingebunden berücksichtigen.

Hier möchte man auf Beispiele aus der Medizingeschichte hinweisen, in denen eine Krankheit ohne Kenntnis ihres Erregers erfolgreich bekämpft wurde. Semmelweiß hat 1848 die Antisepsis nach vielen Überlegungen erfolgreich gegen das Kindbettfieber eingesetzt. Aber erst 1860 hat Pasteur den eigentlichen Erreger, Streptococcus haemolyticus, als Erreger des Kindbettfiebers identifiziert. Nach dem oben beschriebenen Stand des Wissens möchte man jedoch annehmen, daß in bezug auf den plötzlichen Kindstod eine einzelne Ursache auch in Zukunft nicht gefunden werden kann. An ihre Stelle rückt ein wechselndes ätiologisches Muster, aus dem heraus die auslösende Ursache zum Tode führen kann. Eine solche Interpretation begründet in besonderer Weise und auf einem bestimmten Ge-

biet den ganzheitlichen Anspruch, der an zukünftige Gesundheitssicherung gestellt werden muß.

Literatur

Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1-12 September 1978. World Health Organisation, Geneva 1978.

Abholz, H.-H. (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage. Frankfurt a.M.: Campus 1976, S.171 ff.

Arnon, S. u.a.: Intestinal Infection and Toxin Production by Clostridium Botulinum as One Cause of Sudden Infant Death Syndrome. The Lancet 1978: 1273-1276

Borgers, D.: Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 6, Berlin: Argument-Verlag 1980, S.135-174

Burmeister, I.; u.a.: Regionalanalysen von Totgeburtlichkeit und Säuglingssterblichkeit in Berlin (West) 1970-1980. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 138, Mainz: Kohlhammer 1984

Carpenter, R.G.; u.a.: Prevention of Unexpected Infant Death. Evaluation of First Seven Years of the Sheffield Intervention Programme. The Lancet 1983: 723-727

Carpenter, R.G.: Scoring to provide Risk-related Primary Health Care: Evaluation and up-dating during use. J Royal Statist Society, Series A 1983, 146: 1-32

Carpenter, R.G.; u.a.: Identification of Some Infants at Immediate Risk of Dying Unexpectedly and Justifying Intensive Study. The Lancet 1979: 343-346

Hillman, L.S.; u.a.: Serum 25-Hydroxy Vitamin D Concentrations in Infant Death Syndrome. Pediatrics 1980, 65: 1137-1139

Hoppenbrouwers, T.; u.a.: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): An Integration of Ontogenetic, Pathologic, Physiologic, and Epidemiologic Factors. Neuropediatrics 1982, 13 Suppl.: 36-51

Hoppenbrouwers, T.; u.a.: Sudden Infand Death Syndrome (SIDS). Public Health Reviews 1983, 11(4): 363-390

Hoppenbrouwers, T.; u.a.: Seasonal Relationship of Sudden Infant Death Syndrome and Environmental Pollutants. Am J Epidemol 1981, 113(6): 623-635

Korporal, J. u. Zink, A.: Epidemiologie der Säuglingssterblichkeit. Stuttgart: Thieme 1978

Müller, G.: Der plötzliche Kindstod. Pathologische Anatomie und Dynamik. Stuttgart: Thieme 1963

Nelson, K.E.; u.a.: The Sudden Infant Death Syndrome and Epidemic Viral Disease. Am J Epidemol 1975, 101(5): 423-430

Portmann, A.:Zoologie und das neue Bild vom Menschen.Hamburg: Rowohlt 1956

Rossel, U.: Die Bedeutung des sog. plötzlichen Säuglingstodes für die Säuglingssterblichkeit in Berlin (West) der Jahre 1972-1981. Schriftl. Teil der Staatsärztlichen Prüfung. Typoscript Berlin 1983

Schmidt, Chr.: Das Phänomen des plötzlichen Kindstods aus sozialer und psychologischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der familiären Situation der verstorbenen Kinder. Inaugural Dissertation. München 1981

Schwarz, E.H.; u.a.: Elevation of post-mortem triiodothyronine in sudden infant death syndrome and in infants who died of other causes: A marker of previous health. J. Pediatr 1983, 103: 200-205

Steinschneider, A.; u.a.: The Sudden Infant Death Syndrome and Apnea/Obstruction during Neonatal Sleep and Feeding. Pediatrics 1982, 70(6): 858-863

Rolf Rosenbrock und Heinz Harald Abholz

Streß-Prävention durch Arbeitsschutz? *

1. Streß-Prävention und Arbeitsschutz

1.1 Streß und Belastungen am Arbeitsplatz

Belastungen am Arbeitsplatz können auf vier Ebenen beschrieben werden:

1. Belastungen durch physikalische, chemische und ergonomisch erfaßbare Einflüsse: Hierzu können alle in der klassischen Arbeitsmedizin untersuchten Belastungen wie z.B. Lärm, körperlich einseitige Belastungen durch Tragen und Heben, Gase und Staube sowie Belastungen durch chemische Substanzen gezählt werden.

2. Belastungen durch interpersonelle Strukturen: Angesprochen sind alle Belastungen, die sich im Umgang mit Arbeitskollegen, Vorarbeitern und Vorgesetzten sowie aus der Betriebshierarchie entwickeln.

3. Belastungen durch Arbeitsorganisation bzw. Arbeitsablauf: Gedacht ist z.B. an Monotonie, Arbeitshetze, enge Handlungsspielräume im Arbeitsablauf, Über- oder Unterforderung, widersprüchliche Anforderungen durch die Arbeitstruktur; Länge und Dauer der Arbeitszeit, Pausenregelungen etc.

4. Belastungen durch mangelnde Sinnfindung in der Arbeit: Es handelt sich um Belastungen, die sich daraus ergeben, daß der einzelne die Sinnhaftigkeit seiner Tätigkeit im Zusammenhang des Gesamtbetriebes oder seiner gesellschaftlichen Existenz nur noch eingeschränkt erleben kann. Damit sind Probleme der Entfremdung im ursprünglichen Marx'schen Sinne angesprochen (*Volpert* 1975). Dieser Komplex weist erhebliche Überschneidungen mit den anderen Ebenen auf, insbesondere mit Ebene 3.

Wenn nun die Möglichkeiten betrieblicher Streß-Prävention diskutiert werden sollen, so scheinen zunächst vor allem die Ebenen 2, 3 und — begrenzt — 4 angesprochen zu sein, denn auf dieser Ebene liegen sowohl die gängigen und unmittelbar einleuchtenden Beispiele für Streß in der Arbeitswelt als auch die Ansätze für — zumindest individuelle — Streß-Prävention.

Der betriebliche Arbeitschutz hingegen konzentriert sich, soweit er überhaupt wirksam ist, auf Belastungen der Ebene 1. Die Gründe für diese als Problemverkürzung bezeichnete Beschränkung des Arbeitsschutzes auf technisch meßbare Größen (MAK-Werte, Lärm, Unfallverhütungsvorschriften etc.) werden weiter unten (vgl. 3.) analysiert. An dieser Stelle muß zunächst der Frage nachgegangen werden, ob beim derzeitigen Entwicklungsstand sinnvoll von einem Zusammenhang zwischen Streß-Prävention und Arbeitsschutz die Rede sein kann. Die positive Antwort auf diese Fra-

ge ergibt sich zunächst daraus, daß die Belastungen der 1. Ebene neben ihren physikalischen, chemischen und ergonomisch faßbaren Momenten immer auch Ebenen von psychischem und sozialem Streß mit beinhalten. Indirekt, aber eindeutig belegen dies z.B. die Befunde von *Müller* (1980): Bei der Untersuchung der Abeitsbelastungen Bremer Arbeiter zeigte sich, daß mit Zunahme physikalischer, chemischer und ergonomisch faßbarer Belastungen auch der Abusus von Tabak, Alkohol und Tabletten zunahm. Da solcher Mißbrauch regelmäßig durch psychischen und sozialen Streß ausgelöst bzw. verstärkt wird und auch nicht als dirkte Bewältigungsstrategie in bezug auf die zugrundeliegenden Belastungen interpretiert werden kann, deuten die Befunde auf das Vorhandensein von Elementen psychischen und sozialen Stresses, die durch die körperlich wirkenden Belastungen vermittelt sind.

Ein Blick auf die konkreten Belastungssituationen macht diesen Zusammenhang einleuchtender: Derjenige, der während der Arbeit z.B. friert, wird neben den Befindlichkeitsstörungen, die aus Verspannung im Stütz- und Halteapparat resultieren, auch einen mehr oder weniger ohnmächtigen Zorn darüber empfinden, daß er z.B. unter Zugluft bzw. in der schlecht geheizten Halle arbeiten muß. Gleiches kann für einen Arbeiter angenommen werden, der pro Schicht 2.500 Stanzstücke in eine Maschine einlegen und wieder herausnehmen muß. Neben der einseitigen und zu Beschwerden führenden Beanspruchung seiner Arm- und Schultermuskulatur wird die Entwürdigung durch die Monotonie seiner Tätigkeit zusätzlich zu seinen körperlichen Beschwerden als psychische Belastung wirksam. Erschwerend kommt hinzu, daß derartige Belastungen zumeist in Kombination (z.B. Lärm, Wechselschicht, Akkord, Angst vor Arbeitsplatzverlust) vorhanden sind (*Volkholz* 1977). Die Verwobenheit der verschiedenen Belastungsebenen sowie das Fehlen tatsächlich entlastender Handlungsalternativen wird auch durch folgendes Beispiel illustriert: Wer neben dröhnenden Maschinen mit Gehörschutz zu arbeiten hat, wird die damit verbundene Isolation und Kommunikationsunfähigkeit mit seinen Kollegen sowie die durch das Tragen des Gehörschutzes verursachten Beschwerden spüren. Wenn er nun diese Situation durch — unvorschriftsmäßiges — Ablegen des Gehörschutzes durchbricht, führt dies — neben Schädigungen am Innenohr — zu Befindlichkeitsstörungen, die dann mit »Nervosität«, »Gereiztheit«, »überstarke Ermüdung« etc. bezeichnet werden. Derartige Beispiele ließen sich beliebig vermehren. Insgesamt ist davon auszugehen, daß mit chemisch, physikalisch und ergonomisch definierten Belastungen fast immer auch psychische und soziale Beanspruchung verbunden ist. Die Differenzierung in die eingangs genannten vier Ebenen mag daher für praktische Aufgaben des Arbeitsschutzes von Bedeutung sein. Im Erleben der abhängig Beschäftigten und in ihrer gesundheitlichen Wirkung sind sie jedoch unzertrennbar miteinander verbunden. Zudem: das Ausgeliefertsein

an eine Belastung — und mag sie auch »nur körperlich« sein — stellt selbst einen psychischen und sozialen Streß dar. Der verallgemeinerbare Inhalt dieser Stresserlebnisse ist das Moment der Hiflosigkeit.

Schon in den frühen Studien zu den Auswirkungen industrieller Arbeit auf die »psychische Gesundheit« konnte gezeigt werden, daß mangelnde Selbstbestimmung (Handlungsalternativen bzw. Dispositionsspielraum) am Arbeitsplatz zu den wichtigsten Einzelfaktoren zählt, die den Grad psychischen Wohlbefindens definieren. In der großen Studie von *Kornhauser* (1965) wird herausgearbeitet, daß mangelnde Einflußnahme auf den Produktionsablauf wesentlich bestimmendes Moment für psychische Störungen darstellt. Bezogen auf den unmittelbaren Produktionsablauf ist dies in zahlreichen weiteren Untersuchungen gezeigt worden (vgl. hierzu Überblick bei *Gleiss* et al. 1973, *Frese* 1977). Auch in der mehrere Einzelstudien zusammenfassenden Darstellung von *Gardell* (1978) wird die besondere Bedeutung eines hohen Maßes von Selbstbestimmung als wesentlicher Faktor für psychisches und physisches Wohlbefinden herausgestellt. Die genannten Studien beziehen sich überwiegend auf den Einfluß des einzelnen Arbeitnehmers auf die Gestaltung des unmittelbaren Produktionsablaufs, dessen Mangel als Stressor herausgearbeitet wird. Jedoch lassen sich diese Ergebnisse ohne weiteres auf die Frage der Wirkung von größerer bzw. geringerer Einflußnahme der betroffenen Arbeitnehmer auf die belastenden Arbeitsfaktoren allgemein übertragen.

Seligman (1974, 1975) sowie *Frese* (1978) und *Frese* und *Greif* (1978) haben in diesem Zusammenhang dargestellt, daß die Abwesenheit von realen Gestaltungsmöglichkeiten eine psychische Belastungssituation hervorruft, die eine deutliche Nähe zur Depression aufweist. Aufgrund des faktischen Zwangsverhältnisses im Arbeitsprozeß müssen die belastenden Situationen in ihm ausgehalten werden; Möglichkeiten zur Gegenwehr bestehen nicht oder nur um den Preis existenzbedrohender Konflikte. Die Reaktion auf diese Situation wird als Apathie, Rückzug aus der Realität sowie in psychischen Krankheitssymptomen (z.B. übermäßige Müdigkeit, Interesselosigkeit, Angst etc.) beschrieben.

1.2 Aktivierung als Element der Streß-Prävention

Wenn das Ausgeliefertsein an nicht oder kaum beeinflußbare Arbeitsbelastungen als eigenständige Dimension von psychischem und sozialem Streß (mit psychischen und somatischen Folgen) identifiziert werden kann, so liegt die für diesen Aufsatz zentrale These nahe, daß der aktive Umgang mit den Arbeitsbedingungen und die reale Einflußnahmen auf belastende Situationen durch die betroffenen Beschäftigten ein Element der Streß-Prävention sein kann. Gestützt wird diese These u.a. durch zahlreiche Befunde aus verschiedenen Bereichen der Medizin, in denen die positive Wirkung eines aktiven Umgangs mit der belastenden Umwelt bzw. der Ge-

sundheitstörung nachgewiesen werden konnte:

a) In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, daß die aktive Einbeziehung der Patienten in den therapeutischen Prozeß zu einer schnelleren Heilung z.B. bei chirurgischen Eingriffen führt (s. Überblick bei: *Skipper* 1965; *Ziegler* 1979) Auch ist bekannt, daß der positive Effekt bei der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten nicht so sehr in der physikalischen Rehabilitation, sondern im aktiven Umgang der Patienten mit den durch den Infarkt bewirkten Verhaltenseinschränkungen liegt *(C. Halhuber* 1980). Entgegen der lange Zeit bestehenden Vermutung, daß physikalische Übungsbehandlungen die Belastungsfähigkeit dieser Patienten erhöht, konnte in kontrollierten Studien nachgewiesen werden, daß die objektive Belastbarkeit nicht zunimmt. Allerdings wird durch die Übungsbehandlung das Selbstwertgefühl der Patienten gestärkt; dies wiederum erlaubt ihnen, subjektiv größerer Belastungen ohne Beschwerden zu tolerieren (*Palatsi* 1967).

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen sind *Sinclair* und *Ingram* (1980) bei der Behandlung von Patienten mit chronischer Bronchitis gekommen. Auch hier bewirkte eine entsprechende Atembehandlung keinerlei objektiv meßbare Besesserung: Durch die Aktivierung der Patienten im regelmäßigen Trainungsprogramm waren die Patienten jedoch zu höheren physischen Leistungen als eine Kontrollgruppe fähig.

b) Hinweise auf die Bedeutung des aktiven Umgangs mit der Umwelt erhält man auch aus der Forschung über die »Totale Institution« am Beispiel der psychiatrischen Anstalt. Es konnte gezeigt werden, daß die Anstalt mit ihren passivierenden Momenten wesentlichen Anteil am Entstehen des Krankheitsbildes der »chronischen Schizophrenie« hat (*Wing, Brown* 1970; *Cumming* 1966). Den Patienten »geschieht« ihr ganzes ihnen verbleibende Leben, sie werden zu Objekten, mit denen andere handeln. Entsprechend kann das heute vielfach geforderte therapeutische Milieu der »therapeutischen Gemeinschaft« als Aktivierung der Patienten aufgefaßt werden. Die Lebensumwelt muß in diesem therapeutischen Ansatz wieder von den Patienten in die eigene Hand genommen werden — selbst wenn dies auch nur unter geschützten Bedingungen geschieht. Der therapeutische Erfolg dieser Verfahren stellt einen Beleg für die Wichtigkeit des aktiven Unganges mit der Umwelt dar *(Martin* 1968; *Jones* 1968).

c) Auch die Untersuchungen über die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit (Übersicht z.B. in *Brinkmann* 1978, *Thomann* 1978), *Wacker* 1978) können unter dem Aspekt der Aktivierung/Passivierung gesehen werden: Arbeitslosigkeit als psychische Belastung ist durch die Opfersituation und durch die objektive Wehrlosigkeit gekennzeichnet. Eine Stabilität der psychischen Situation ist nur so lange aufrecht zu erhalten, wie der aktive Umgang mit der Umwelt versucht wird. Auch die Beiträge von *Mohr* und *Frese* (1978) und *Frese* und *Mohr* (1978) können — wenn sie auch mit anderen

Begriffen arbeiten — in dieser Weise interpretiert werden. Inaktivierung durch Arbeitslosigkeit führt zu psychischen Störungen, die der Depression verwandt sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß der aktive Umgang mit belastenden Bedingungen ein wesentliches Element der Streß-Prävention ist. Für die Frage institutioneller Streß-Prävention im betrieblichen Arbeitsschutz leitet sich hieraus der präventive Wert des aktiven Umgangs mit den Belastungen am Arbeitsplatz ab.

1.3 Aktivierung als Voraussetzung eines wirksamen Arbeitsschutzes

Die Notwendigkeit der Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen am Arbeitsplatz leitet sich indes nicht nur aus den skizzierten Überlegungen zum streßpräventiven Wert eines aktiveren Umgangs mit Belastungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen her. Vielmehr deuten auch empirische Ergebnisse und theoretische Erkenntnisse zur Wirkungsweise des betrieblichen Arbeitsschutzes, die hier nur angedeutet werden können, in die gleiche Richtung (vgl. *Wintersberger* 1978; *Grootings/ Wintersberger* 1981; *Rosenbrock* 1982; *Kühn* 1982; *Hauß* 1983)

1. Zwischen der ersten Symptomwahrnehmung und der Diagnose und Behandlung von Krankheiten durch das medizinische System liegt ein weiter Weg mit zahlreichen Hindernissen, Filtern und Ausgrenzungen. Durch die direkte Einbeziehung der betroffenen Arbeitnehmer in die betriebliche Gesundheitsfürsoge können Interventionen früher und damit oftmals wirkungsvoller erfolgen.

2. Im Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen bestehen durchweg keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Beziehungen, der Zusammenhang von Arbeit und Erkrankung erschließt sich häufig erst durch eine epidemiologische Betrachtungsweise. Es stellt daher einen diagnostischen Fortschritt dar, der primärpräventiv genutzt werden kann, wenn bereits die ersten Befindlichkeitsstörungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen von Arbeitnehmergruppen mit vergleichbaren Belastungen geäußert und zur Kenntnis genommen werden.

3. In industrialisierten Gesellschaften wandelt sich das Krankheitsspektrum immer mehr zu multifaktoriell bzw. unspezifisch verursachten Krankheiten (Herz-Kreislauf-Krankheiten, bösartige Neubildungen, Rheuma, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, psychische Erkrankungen etc.). Daraus folgt u.a. die praktische und theoretische Notwendigkeit, die Arbeitssituation in all ihren Dimensionen als wesentlichen Ort der Krankheitsverursachung zu analysieren. Angesichts des Standes der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen und der Geschwindigkeit der Belastungsveränderungen in der Arbeitswelt bedarf es dazu der aktiven Einbeziehung der Arbeitnehmer und ihrer Symptomwahrnehmung.

4. Das Krankheitsspektrum verschiebt sich immer mehr von akuten zu chronischen Krankheiten. Sind solche Krankheiten erst einmal manifest geworden, ist die kurative Medizin ihnen gegenüber zumeist machtlos (*Abholz* 1980). Zudem können dann Verursachungszusammenhänge kaum noch zurückverfolgt werden, obwohl dies die Voraussetzung für primärpräventive Maßnahmen wäre.

5. Als Folge der technologischen und organisatorischen Veränderungen im Pro-

duktionsprozeß nehmen die mentalen und psychischen Belastungen zu. Da diese Belastungen (bislang) kaum objektiv gemessen werden können, gewinnt die Symptomwahrnehmung der Betroffenen als wissenschaftliches Instrument und als Voraussetzung zu präventivem Handeln immer mehr an Bedeutung.

6. Traditionelle Ansätze der Arbeitsmedizin und der Sicherheitstechnik berücksichtigen meist nur einen geringen Ausschnitt der Arbeitsbedingungen unter Vernachlässigung von Interdependenzen, kumulativen Belastungswirkungen und solchen Faktoren, die naturwissenschaftlicher Messung nicht zugänglich ist. Die direkte Beteiligung der Arbeitnehmer und ihrer Wahrnehmung bietet demgegenüber die Chance zur Analyse und Beeinflussung komplexer und dynamischer Belastungsverläufe.

7. Die genauen Kenntnisse der Arbeitnehmer über die Feinstruktur ihrer Arbeitsbelastungen stellt nicht nur ein diagnostisches Potential dar, sondern verleiht ihnen auch eine hohe Kompetenz für den Entwurf und die Durchführung gezielter präventiver Maßnahmen des Belastungsabbaus. Da das Aufeinandertreffen und die nicht nur additive Kumulation zahlreicher Belastungsdimensionen in der Arbeitswelt die Regel darstellen, sind Vorschläge von den Betroffenen oftmals präziser und realitätsbezogener als solche von Experten.

8. Als Ausweg aus belastenden Arbeitssituationen sind häufig sowohl Strategien des individuellen Ausweichens (Arbeitsplatzwechsel, Frühverrentung, aber häufig auch Lösungen zu Lasten der Arbeitskollegen) als auch der gemeinsamen Durchsetzung von Belastungsminderungen denkbar. Die aktive Einbeziehung aller von vergleichbaren Arbeitsbedingungen Betroffenen stärkt die gemeinsam entwickelten Strategien (und damit auch das Durchsetzungspotential) und vermindert den Sogeffekt entsolidarisierender Einzelstrategien.

9. Betrieblicher Gesundheitsschutz findet nicht im interessenfreien Raum statt, sondern ist eingelagert in die gesamten Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Kapital und Arbeit. Er wird in erheblichem Ausmaß von den strukturellen, ökonomischen und politischen Bedingungen im Unternehmen konstituiert und ausgestaltet. Management und Arbeitnehmer sind zwar beide an der *aktuellen* Leistungsfähigkeit der Beschäftigten interessiert, jedoch aus durchaus verschiedenen Gründen, in unterschiedlicher Intensität und mit oftmals einander widersprechenden Konsequenzen. Zur Durchsetzung der Gesundheitsinteressen der Arbeitnehmer im Betrieb bedarf es daher häufig des Einsatzes ihres Macht- und Konfliktpotentials, um Tendenzen des Gesundheitsverschleißes und der Personal-Selektion weniger belastbarer Arbeitnehmer entgegenzuwirken.

10. Der betriebliche Druck zur Kostensenkung bzw. Leistungserhöhung führt häufig zum Nachlassen einmal eingeführter Regelungen und Maßnahmen zum Gesundheitsschutz. Die Kontrolle der Durchführung und Einhaltung gesundheitsbezogener Regelungen ist deshalb bei den betroffenen Arbeitnehmern in der Regel besser aufgehoben als bei professionellen Aufsehern, die die Arbeitnehmer vorwiegend als Empfänger von Anweisungen und Verhaltensmaßregeln betrachten. Zeitstabile Erfolge auf dem Wege der Eigenkontrolle sind um so wahrscheinlicher, je mehr die zu kontrollierenden Regelungen von den Betroffenen selbst entworfen und durchgesetzt wurden (*Kronlund* 1976).

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß die größtmögliche Kontinuität und Kontextnähe der Belastungserfahrung eine sowohl diagnostische als

auch für präventive Maßnahmen des Gesundheitsschutzes nutzbare Erfahrungs-Kompetenz der betroffenen Arbeitnehmer begründet, durch die die Kompetenz von Professionals (Arbeitsmediziner, Sicherheitsingenieure) zwar keinesfalls ersetzt, unter entsprechenden Rahmenbedingungen (vgl. unten 3.) aber sinnvoll ergänzt werden kann.

Die Umsetzung dieser Erkenntnisse in den betrieblichen Arbeitsschutz würde zu einer Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen führen. Im Gegensatz zur derzeitigen Praxis könnte ein solcher Arbeitsschutz als *beschäftigtengesteuerter Arbeitsschutz* bezeichent werden.

Es erscheint uns wichtig darauf hinzuweisen, daß die hier skizzierten Überlegungen für einen primär arbeitnehmergesteuerten Arbeitsschutz nicht normativ ein Ideal postulieren, sondern sich aus gesundheitlichen Funktionalitätsargumenten herleiten. Auf die wichtigsten Hindernisse, die derzeit in der BRD einem diesen Kriterien genügenden und damit auch der Streß-Prävention dienenden Arbeitsschutz entgegenstehen, wird weiter unten eingegangen (vgl. 3.).

Bevor im folgenden Abschnitt mit der italienischen Arbeitermedizin ein Modell vorgestellt wird, in dem nach unserer Kenntnis die Umsetzung dieser Prinzipien am weitesten fortgeschritten ist, soll noch kurz auf vier mögliche Mißverständnisse dieser Konzeption eingegangen werden:

1. Bei der Einführung bzw. Umsetzung eines arbeitnehmergesteuerten Gesundheitsschutzes geht es nicht primär um die Veränderung individueller Attitüden gegenüber Gesundheit und Arbeit, sondern um die Ingangsetzung einer *kollektiven Wahrnehmung und Thematisierung* unter Berücksichtigung der betrieblichen Handlungsmöglichkeiten und -grenzen. Die Konzeption beruht auf der *gemeinsamen* Erörterung und dem Erfahrungsaustausch über die Wahrnehmung von Belastungen und ihre gesundheitlichen Folgen. Hinzu tritt die Notwendigkeit des Einsatzes des kollektiven Konfliktpotentials zur Durchsetzung von Gesundheitsinteressen im Produktionsprozeß.

2. Eine nachhaltige Aktivierung der Arbeitnehmer für ihre Gesundheitsinteressen kann nicht im Wege des »Betroffenengehörs« oder anderer Formen der abhängigen Partizipation gelingen. Es hat sich gezeigt, daß auch selbst erarbeitete Informationen über Strategien für den Gesundheitsschutz nur dann zu relevanten Verhaltensänderungen führen, wenn gleichzeitig Wege und Instrumente bekannt sind und im Zugriff- und Gestaltungsbereich der Arbeitnehmer liegen, mit denen gesundheitsrelevante Belastungen abgebaut bzw. umgangen werden können (*Kronlund* 1976). Gegenüber der heute vorherrschenden »Dominanz der Experten« (*Freidson* 1975) ist demzufolge eine Dominanz der Betroffenen anzustreben.

3. Arbeitnehmergesteuerter Gesundheitsschutz im Betrieb kann zeitstabil nicht gegen die betrieblichen Institutionen (Vertrauensleutekörper und Betriebsrat, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte) oder an ihnen vorbei

funktionieren. Spontaneistische Vorstellungen, nach denen durch Aktivierung und Mobilisierung das objektiv existenzielle Interesse der Arbeitnehmer an ihrer Gesundheit auch zu ihrem subjektiven werden und dadurch ein ausreichendes Motivations- und Machtpotential freigesetzt werden kann, übersehen leicht die massiven Zwänge, Druck- und Sog-Effekte der betrieblichen Austausch- und Konfliktbeziehungen. Langfristige Wirksamkeit versprechen dagegen solche Strategien, die auf den Einbau von Gesundheitsrechten der Arbeitnehmer in die Betriebs-Verfassungswirklichkeit abzielen.

4. Eine Aktivierung der Beschäftigten durch kollektive Wahrnehmung und Thematisierung von Arbeitsproblemen als Gesundheitsproblemen führt auch zu veränderten Attitüden gegenüber der Arbeit sowie der Gesundheit und erfüllt damit die Kriterien einer überwiegend psychologisch zu erklärenden Streß-Prävention (vgl. oben 1.2). Es wäre aber eine Illusion anzunehmen, daß eine solche veränderte Einstellung über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten ist, wenn nicht tatsächliche Erfolge durch Veränderungen der Arbeitsbelastung erzielt und erlebt werden können. Zu warnen ist deshalb vor der Vorstellung, daß gesundheitlich relevante Erfolge allein aus einer veränderten Sichtweise bzw. einem geschärften Bewußtsein resultieren können. Die Aktivierung der Beschäftigten kann nur dann eine mehr als momentane Wirksamkeit entfalten, wenn sie tatsächlich zur Veränderung von belastend erlebten Arbeitssituationen führt. Nur insofern ist sie zugleich Mittel und Ziel.

2. Arbeitermedizin in Italien — ein Modell für betriebliche Streß-Prävention

Zu Beginn der Bewegung für die Arbeitermedizin lag der Arbeitsschutz in Italien sowohl in Bezug auf staatliche Schutzvorschriften (MAK-Werte, Arbeitsplatzgestaltung, Unfallverhütungsvorschriften etc.) als auch hinsichtlich ihrer Umsetzung bzw. Einhaltung auf einem deutlich niedrigeren Niveau als etwa in der BRD (*Berlinguer* 1980). Innerhalb der italienischen Arbeiterschaft und der politischen Parteien sowie Gewerkschaften entwickelte sich mit Ende der sechziger Jahre eine politische Diskussion um eine größere Einflußnahme auf die gesundheitsschädigenden Bedingungen am Arbeitsplatz. Dies fand seinen Höhepunkt mit der Durchsetzung von Modellen der Arbeitermedizin in mehreren norditalienischen Industriestädten (Terni, Bologna, Turin etc.) (*Bagnara et al.* 1981). Von den Arbeitern eines großen Chemiebetriebes sowie eines Betriebes der eisenverarbeitenden Industrie in Terni wurde durchgesetzt, daß ein neues System des betrieblichen Gesundheitsschutzes installiert wurde (*Briziarelli* 1976). Zu diesen Anfangs-Erfolgen kam es dadurch, daß der Kampf der Arbeiter in dieser Stadt neben den Gewerkschaften auch durch die kommunistisch und sozialistisch geführte Stadtregierung unterstützt und dadurch zusätzlicher

politischer Druck erzeugt wurde. Das neue System der Arbeitermedizin zeichnete sich durch folgende zwei Aspekte aus:

1. Der betriebsmedizinische Dienst wurde aus dem Einfluß — nicht aber aus der Finanzierung — der jeweiligen Betriebsleitung genommen. Die Angehörigen dieses Dienstes sind seitdem Angestellte der Stadt, werden aber — über die Stadt — vom Unternehmen finanziert.

2. Neben dem herkömmlichen arbeitsmedizinischen Dienst untersuchen die Arbeiter selbst seit diesem Zeitpunkt den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen einerseits und Krankheit bzw. Gesundheitsstörungen andererseits. Das Prinzip des *Non-Delaga*, also das Prinzip der eigenverantwortlichen Übernahme der Kontrolle betrieblicher Gesundheitsbelastung, stellt das entscheidende Moment der italienischen Arbeitermedizin dar.

Konkret sieht das so aus, daß jeder Arbeiter über seine Arbeitsplatzbelastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen zunächst individuell Buch führt (*Odone* 1977). In diesem Gesundheitsbuch verzeichnet jeder Arbeiter genau und detailliert die von ihm wahrgenommenen Beeinträchtigungen seiner Gesundheit bzw. Befindlichkeit sowie die als besonders belastend empfundenen Arbeitsbedingungen. Nach jeweils einem Vierteljahr erfolgt eine Zusammenfassung der einzelnen Gesundheitstagebücher in Form einer Auswertung und Diskussion. An ihr nehmen die Arbeiter der jeweils gleichen Abteilung mit vergleichbaren Arbeitsbelastungen teil. Die Mitglieder dieser *homogenen Gruppen* — z.B. Mischer von Chemikalien, Walzarbeiter, Lagerarbeiter, — vergleichen dann ihre Belastungswahrnehmungen und ihr Gesundheitsbeeinträchtigungen. Durch die Befunde des arbeitsmedizinischen Dienstes und andere Daten (z.B. Fluktuation) können auf diese Weise gemeinsame Belastungsschwerpunkte der homogenen Gruppen identifiziert und belastungsvermindernde Aktivitäten diskutiert und in Angriff genommen werden.

Diesem System liegt der Gedanke zugrunde, daß bei besonders gehäuftem Auftreten bestimmter Krankheiten oder Gesundheitsstörungen in bestimmten homogenen Gruppen die Arbeitssituation kausale oder zumindest auslösende Funktion haben muß. Damit können erstmalig arbeitsbedingten Erkrankungen und Störungen, also nicht nur die eindeutig zu identifizierenden Berufskrankheiten, in ihrer betrieblichen Bedingtheit kollektiv erkannt und angegangen werden. Ohne ein solches System war es bisher unmöglich, betrieblich mitverursachte Erkrankungen, die ja zugleich auch wichtige Volkserkrankungen sind, in ihrer Abhängigkeit von der Arbeit zu erfassen. Dies war nur für die Berufskrankheiten, die einen (naturwissenschaftlich) relativ gesicherten und spezifischen Zusammenhang mit den betrieblichen Verursachungen aufweisen, möglich. Eine so wichtige Volkserkrankung wie z.B. die chronische Bronchitis tritt auch bei vielen Personen auf, die keinen betrieblichen Staubexpositionen ausgesetzt

sind. Hier z.B. eine rechtliche Fixierung der Abhängigkeit dieser Erkrankung von betrieblichen Staubbelastungen zu verlangen, scheitert immer daran, daß die betrieblichen Einflußfaktoren in ihrer Bedeutung für den einzelnen Fall nicht festmachbar sind. In der italienischen Arbeitermedizin, die durch den Vergleich in den homogenen Gruppen die Rate von bestimmten Gesundheitsstörungen — so z.B. der chronischen Bronchitis — erfaßt, wird die Problemverarbeitung auf eine höhere Stufe gehoben: Durch den Vergleich verschiedener homogener Gruppen kann nicht nur die Arbeitsbedingtheit der Erkrankung — gewissermaßen epidemiologisch — erfaßt werden, sondern es wird u.a. auch möglich, identifizierbare Belastungsquellen betriebspolitisch anzugehen. Nicht mehr die rechtliche Fixierung im Sinne von z.B. Rentenzahlungen oder Entschädigungen, sondern die Abschaffung der als belastend empfundenen Situation (z.B. Staubexposition für die chronische Bronchitis) wird zum Ziel. Dieses System ist also vorwiegend präventiv und nicht kompensatorisch orientiert.

Damit verbunden ist jedoch, daß belastende Arbeitsbedingungen immer wieder neu durch betriebliche Auseinandersetzungen mit dem Ziel spezieller betrieblicher Regelungen verändert werden müssen. Daraus entsteht ein kontinuierlicher Prozeß der Reflexion und Aktion, ausgerichtet auf die Beziehung zwischen Arbeitswelt und Gesundheit sowie die daraus resultierenden Aktivitäten zur Veränderung der Arbeitswelt (*Wintersberger* 1978). Das Modell der italienischen Arbeitermedizin wurde inzwischen in Italien per Gesetz für alle Betriebe institutionalisiert. Bisher scheint es jedoch vorwiegend in Großbetrieben Norditaliens durchgängig zu funktionieren (*Bagnara* 1981). Für den hier interessierenden Zusammenhang ist festzuhalten, daß die Prinzipien der italienischen Arbeitermedizin (non-delega, homogene Gruppen) wesentlich die Aktivierung der von Belastungen Betroffenen beeinhalten. Der aktive Umgang mit der belastenden Arbeitswelt ist aber selbst ein entscheidendes Element der Streß-Prävention.

3. Streß-Prävention durch Arbeitsschutz in der BRD- Möglichkeiten und Grenzen

3.1. Das »offizielle« Arbeitsschutz-System

Gegen die Möglichkeit oder auch Wünschbarkeit einer schlichten Übertragung des Modells der italienischen Arbeitermedizin auf den Arbeitsschutz in der BRD sprechen gewichtige historische und politische Gründe, von denen hier einige genannt werden sollen: Das Modell ist in seiner reinen Form mit der strategischen Festlegung der westdeutschen Gewerkschaftsbewegung auf verregelte Konfliktlösungsmechanismen im Rahmen der Mitbestimmung nicht verträglich. Eine wirksame Etablierung außerhalb oder neben der existierenden Betriebsverfassungs-Wirklichkeit aber würde den untrennbaren Zusammenhang aller betrieblichen Austausch- und Kon-

fliktprozesse mit Fragen der Gesundheit zum Nachteil der Beschäftigten zerreißen. Gerade das italienische Beispiel zeigt deutlich die Einheit der betrieblichen Gesundheitsbewegung mit dem allgemeinen Entwicklungsstand der Klassenkämpfe. Zwei weitere Argumente treten hinzu: Das italienische Modell ist offenbar noch weniger als das deutsche Arbeitssschutz-System auf Probleme der Klein- und Mittelbetriebe zugeschnitten (in der BRD arbeiten mehr als 50 % aller abhängig Beschäftigten in Betrieben mit weniger als 50 Arbeitnehmern). Die tatsächliche Einflußnahme und Kontrolle staatlicher und halbstaatlicher Instanzen auf die gesundheitsrelevanten Aspekte des Prduktionsprozesses (nicht zu verwechseln mit der bloßen Existenz von Vorschriften) sind in der BRD zwar sehr unzureichend (vgl. BAU 1980), sie erreichen aber ein erheblich höheres Niveau als in Italien und stellen daher ein strategisches Potential dar, auf das die betriebliche Gesundheitspolitik in der BRD nicht verzichten kann. Wenn es also nicht um die schlichte Übertragung eines Modells gehen kann, so ist im Zusammenhang dieses Aufsatzes zu fragen, ob und wie die Prinzipien der Arbeitnehmersteuerung als »Dominanz der Betroffenen«, die Aktivierung der Beschäftigten als wesentliches Element der Streß-Prävention sowie die Durchsetzung von streßrelevaten Belastungsminderungen in das Arbeitsschutz-System der BRD eingefügt werden können.

Dazu müssen zunächst einige betriebliche relevante Grundlinien dieses Systems skizziert werden:

Durch das 1974 in Kraft getretene Arbeitssicherungsgesetz (ASiG) wurden die Arbeitgeber erstmals verpflichtet, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nach festgelegtaem Schlüssel einzustellen. Ihr Aufgabenbereich wurde weit definiert und betrifft alle Aspekte und Stufen des betrieblich Planungs- und Produktionsprozesses. Erstmals wurde der Begriff der »arbeitsbedingten Erkrankungen« in ein Gesetz aufgenommen, deren Ursachen zu ermitteln und auszuschalten zum Aufgabenbereich der Betriebsärzte erklärt wurde. Die durch dieses Gesetz ausgelöste Entwicklung ist auf den ersten Blick eindrucksvoll: Die Anzahl der in Betrieben (haupt-und nebenberuflich tätigen Mediziner wuchs von 1 500 (1974) auf über 13 000 (1982); im gleichen Zeitraum wurden 60 000 Sicherheitsfachkräfte bestellt. Der Umstand, daß den Betriebsräten gewisse Mitbestimmungsrechte im Argbeitsschutz eingeräumt sind, fährte dazu, daß das Engagement der Betriebsräte in Fragen der betrieblichen Gesundheitspolitik, soweit es sichtbar und meßbar ist, erheblich zunahm.

Gleichwohl muß die Wirksamkeit dieses Arbeitsschutz-Systems auf die Aktivierung der Beschätigten für ihre Gesundheitsbelange und auf die Verminderung von vor allem psycho-mentalen Belastungen als äußerst niedrig, in Teilen sogar als negativ angesehen werden. Ursächlich dafür sind eine Reihe von Faktoren, die ihre gemeinsamen Wurzeln darin haben, daß der Unternehmenseinfluß auf den Arbeitsschutz dominiert (und auch

nicht durch entsprechende Mitbestimmungsregeln aufgewogen wird) und daß das System wesentlich auf die Tätigkeit von Experten setzt (und die Beschäftigten weitgehend in der Rolle passiver Empfänger von Verhaltensmaßregeln beläßt).

1. Die Experten sind ökonomisch, juristisch und sozial vom Arbeitgeber abhängig, den sie »beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen (sollen)« (§ 1 ASiG). Ihre Aufgaben werden vom Arbeitgeber im Rahmen des Gesetzes definiert und ihnen übertragen (§§ 3 und 6 ASiG). Dieser klaren Dominanz des Arbeitgebers stehen keine ausgleichenden Rechte der Belegschaftsvertretung gegenüber: Der Arbeitgeber bestimmt, welcher Arzt bzw. welche Sicherheitsfachkraft bestellt wird, die Mitbestimmung des Betriebsrates endet bei der Festlegung des Versorgungstyps (z.B. arbeitsmedizinisches Zentrum oder niedergelassener Arzt). Selbst dieses Recht mußte höchstrichterlich erstritten werden (BAG 1 ABR 5 Ta 31/76 vom 10.4.1979). Lediglich in § 9 ASiG ist eine allgemeine Verpflichtung der Experten festgelegt, »bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit dem Betriebsrat zusammenzuarbeiten« und »ihn auf sein Verlangen ... zu beraten.« Die rechtliche und wirtschaftliche Abhängigkeit der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte führt insgesamt dazu, daß Handlungen oder die Unterlassung von Handlungen, die mit dem erklärten oder vermuteten Interesse der Unternehmensseite in Einklang stehen, weniger begründungspflichtig sind und geringerer Durchsetzungsanstrengungen bedürfen, als Handlungen oder Unterlassungen, bei denen dies nicht der Fall ist. Dieser permanente, durchaus nicht immer spürbare oder gar offen artikulierte Druck führt dazu, daß das Management einen erheblich leichteren und direkteren Zugriff auf die Leistungen und die Fachkunde der Professionals hat als die Beschäftigten und der Betriebsrat.

2. Dabei wird den insofern keineswegs unabhängigen Professionals fast die gesamte Definitionsautorität für Gesundheitsprobleme im Betrieb und Möglichkeiten ihrer Lösung zugeschrieben. Einer der führenden Kommentare sieht sogar den Hauptgrund für die Etablierung von Arbeitsschutz-Professionals darin, daß *zuvor* »die Anwendung (von gesicherten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Erkenntnissen) in der betrieblichen Praxis scheiterte, weil in den meisten Betrieben *die Sachverständigen* fehlten, die über diese Erkenntnisse unterrichtet waren.« (*Kliesch/Nöthlichs/Wagner* 1978, S. 66). Damit wird nicht nur die gesamte Belastungserfahrung der Betroffenen ausgeblendet, sondern auch die Leistungsfähigkeit der beteiligten Disziplinen (Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Ergonomie, Sicherheitstechnik etc.) beträchtlich überschätzt. Zwar kann durchaus nicht davon ausgegangen werden, daß die Arbeitsbedingungen in der BRD durchweg auch nur einem Kernbestand »gesicherter Erkenntnisse« dieser Disziplinen genügen. Jedoch geht es an den Bedin-

gungen der betrieblichen Wirklichkeit vorbei, ihre Anwendung und Umsetzung von der Präsenz der Arbeitsschutz-Professionals zu erwarten. Gänzlich verfehlt aber wäre die Annahme, daß durch die Anwendung und Umsetzung dieser Erkenntnisse die wesentlichen gesundheitlichen Probleme der Arbeitswelt gelöst werden könnten: Die überwiegend fachbornierte Herangehensweise der beteiligten Disziplinen sowie ihre starke Tendenz, Einzelbelastungen — und darunter vorzugsweise solche, die sich mit mehr oder weniger naturwissenschaftlicher Exaktheit messen lassen — zu isolieren, führen dazu, daß die die Arbeitswelt beherrschenden Probleme der Mehrfachbelastungen in ihren Verschränkungen und kumulativen Wirkungen, die schwer oder nicht medizinisch definierbaren Befindlichkeitsstörungen sowie die Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen und sozialen Belastungen weitgehend ausgeklammert bleiben (vgl. *Abholz et al.* 1981). Von Professionals, die auf der Basis des heutigen Fachwissens operieren, wäre demnach eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt selbst dann nicht zu erwarten, wenn diese von ihrer Motivation und ihrem Auftrag her ausschließlich der Arbeitnehmerseite verpflichtet wären. Zur schieren Illusion wird eine solche Erwartung, wenn die rechtliche und wirtschaftliche Abhängigkeit von der Arbeitgeberseite in Rechnung gestellt wird. Zudem spricht dagegen die Tatsache, daß zumindest viele der als Betriebsärzte tätigen Mediziner nicht auf einem dem Stand des Wissens entsprechenden Ausbildungsniveau agieren.

3. Wenn die Autorität der Problemdefinition und Bearbeitung weitgehend in den Händen der Professionals liegt, diese aber aus strukturellen Gründen auch ohne eigenes Zutun eher die Sichtweise des Managements als die der Beschäftigten einnehmen, so könnten staatliche oder sonstwie überbetrieblich verbindliche Vorschriften zum Gesundheitsschutz im Betrieb ein Gegengewicht bilden. Dies könnte um so mehr angenommen werden, als die verschiedenen Regelwerke zum Arbeitsschutz einige tausend Vorschriften umfassen, von denen zudem ein erheblicher und besonders wichtiger Teil (die Unfallverhütungsvorschriften, die trotz dieses Namens nicht nur den Unfallschutz, sondern den gesamten Arbeitsschutz betreffen) von den Berufsgenossenschaften erlassen werden, in deren Gremien Kapital und Arbeit jeweils die Hälfte der Sitze innehaben. Diese Annahme geht indes weitgehend fehl: Selbst wenn die Vorschriften übersichtlich und eindeutig wären (sie sind es nicht: vgl. *BAU* 1980), könnte mit ihnen gerade hinsichtlich der hier vordringlich interessierenden Belastungsdimensionen kein wirksamer Arbeitsschutz durchgeführt werden: Die Vorschriften beziehen sich so gut wie ausschließlich auf technische, eindeutig isolierbare und quantifizierbare Sachverhalte und Standards. Die darin zum Ausdruck kommende Problemverkürzung ist nicht zuletzt Ausdruck der »paritätischen Selbstlähmung« (*Standfest et al.* 1977) in der Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften, die Arbeitsschutzprobleme auf eindeutig

Meßbares, Zuordnungsfähiges und damit sozialpartnerschaftlich Verhandelbares reduziert. Die Untauglichkeit solcher Regelungen für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung wird besonders deutlich, wenn, wie im DIN-Entwurf 33405: »Psychische Belastung und Beanspruchung«, versucht wird, auch komplexere Belastungsdimensionen einzubeziehen (*Naschold/Tietze* 1977).

Auch wenn die Exaktheit naturwissenschaftlicher Grenzwerte zu Recht angezweifelt werden kann (vgl. z.B. die Asbest-Diskussion), wäre die Einhaltung der physikalischen, chemischen und ergonomischen Normen bereits ein Fortschritt. Die personelle und sachliche Unterausstattung der staatlichen und der berufsgenossenschaftlichen Aufsichtsbehörden, die in einem Verhältnis unklarer Doppelzuständigkeit arbeiten, ermöglicht aber derzeit keine auch nur annähernd hinreichende Kontrolle.

4. So bleiben letztlich die Beschäftigten und die Belegschaftsvertretung die einzige Instanz, von der aufgrund ihres Eigeninteresses die Durchsetzung eines volksgesundheitlich wirksamen Arbeitsschutzes im Betrieb erwartet werden könnte. Die formelle Unterrepräsentanz der Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmerseite bei der Bestellung, Aufgabenidentifikation und Abberufung der Professionals wurde bereits oben (1.) angedeutet. Andererseits haben die sichtbaren und sozialwissenschaftlich meßbaren Arbeitsschutz-Aktivitäten der Belegschaftsvertretung infolge des Schubs in der Arbeitsschutz-Gesetzgebung in den siebziger Jahren beträchtlich zugenommen. Zu einem großen Teil können sie sogar als durch die Gesetzgebung induziert angesehen werden. Gerade darin liegt aber auch die wichtigste Begrenzung ihrer Wirksamkeit: Die Betriebsräte sind gezwungen, sich innerhalb der durch das ASiG gegebenen Strukturen mit ihrer Dominanz der Arbeitgeberrechte, der Definitionsautorität der Professionals und der Reduktion von betrieblichen Gesundheitsproblemen auf normierte technische und meßbare Werte zu bewegen. Selbst wenn sie die Gesundheitsprobleme der Beschäftigten genau und sensibel vertreten wollen, sind sie genötigt, sie in die Kategorien und Sprache der Professionals zu »übersetzen«. Daß sie dabei und dadurch ebenfalls Opfer der Problemverkürzung und Reduktion werden, liegt auf der Hand. Auf dem Wege von der authentischen Belastungswahrnehmung durch die betroffenen Arbeitnehmer über die Mitteilung an den Betriebsrat, die Verhandlung im Arbeitsschutz-Ausschutz (in dem Betriebsrat, Arbeitgebervertreter und Professionals »Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung *beraten*« (§ 11 AsiG)) bis hin zur Entscheidung über tatsächliche Arbeitsschutz-Maßnahmen durch das Management ist damit ein weiterer Filter eingebaut, für den der kapazitätmäßig in der Regel ohnehin überlastete Betriebsrat nicht verantwortlich gemacht werden kann: Im Rahmen der gegebenen Strukturen vertritt er er die Belegschaftsinteressen dann optimal, wenn er ihre Probleme in den sozialpartnerschaftlich verhandelbaren Ka-

tegorien naturwissenschaftlich quantifizierbarer Grenzwerte formuliert. Daß dabei neben gesundheitlich wesentlichen Aspekten der ursprünglichen Probleme auch noch die notwendige Aktivierung der Betroffenen unter den Verhandlungstisch fällt, ist ihm nicht anzulasten. Die Betroffenen nämlich kommen im ASiG als Subjekte des Arbeitsschutzes überhaupt nicht vor. Sie werden wie eh und je als Objekte von Belehrungen und Verhaltensmaßregeln betrachtet, die es zu unterweisen und zu beaufsichtigen gilt. Dies hat nicht nur zur Konsequenz, daß die Strukturen des Arbeitsschutzes keinerlei Unterstützung oder Anreiz zur aktiven Vertretung der eigenen Gesundheitsinteressen enthalten, es führt darüberhinaus dazu, daß die Maßnahmen des Arbeitsschutzes sich einseitig auf die Verhaltensbeeinflussung der Beschäftigten konzentrieren. In der Praxis heißt dies häufig: Bevorzugung von persönlichen Körperschutzmitteln vor technischen und organisatorischen Änderungen des Arbeitsprozesses, Schuldzuweisung bei Unfällen und Erkrankungen (blaming the victim), Anweisungen und Kontrolle ohne Diskussion über Sinnhaftigkeit und Alternativen. Für den hier interessierenden Zusammenhang ist eine weitere Konsequenz von Bedeutung: seit eh und je gibt es unter Arbeitskollegen an benachbarten Arbeitsplätzen ein informelles und inoffizielles System des Arbeitsschutzes (vgl. *Lichte* 1978). Dieses besteht aus der Einweisung von Neulingen, Tips zur Belastungsvermeidung oder -umgehung, gegenseitiger Hilfestellung und Warnsystemen. Die skizzierte Struktur des offiziellen Arbeitsschutzes führt dazu, daß beide Arbeitsschutz-Systeme, das offizielle und inoffizielle, nebeneinander existieren und kaum Berührungspunkte aufweisen. Während das offizielle Arbeitsschutz-System dadurch an den eigentlichen Arbeitsproblemen weitgehend vorbeiläuft, muß das inoffizielle auf jene Vorteile verzichten, die aus einer Nutzbarmachung der Fachkenntnisse der Professionals zur Problemlösung resultieren könnten.

3.2. Die Praxis des »offiziellen« Arbeitsschutz-Systems

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die normierten Strukturen des »offiziellen« Arbeitsschutz-Systems weder auf die Aktivierung der Arbeitnehmer für ihre Gesundheitsinteressen noch auf den Abbau komplexerer und vor allem psychomentaler und sozialer Belastungen abzielen. Damit fallen die zentralen Ansatzpunkte einer betrieblichen Streß-Prävention weitgehend den Tendenzen der Problemverkürzung und einseitigen Maßnahmegewichtung (Ermahnungen bzw. Maßnahmen an den »Arbeitspersonen«) zum Opfer. Diese Tendenz, die im Normensystem selbst angelegt ist, wird durch die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes*) noch verstärkt.

1. Betriebsätzte wenden einen erheblichen Teil ihrer Tätigkeit, die Schätzungen liegen zwischen 30 % und 75 %, auf Untersuchungs am Menschen auf. Neben den vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersu-

chungen spielen die Einstellungsuntersuchungen die wichtigste Rolle. Entgegen den gesetzlichen Vorschriften werden sie durchweg innerhalb der vorgeschriebenen Einsatzzeiten durchgeführt. Einstellungsuntersuchungen werden in mehr als zwei Drittel der betriebsärztlich versorgten Betriebe vorgenommen. Besonders in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit haben Einstellungsuntersuchungen objektiv und noch stärker subjektiv für die Arbeitsplatzanwärter den Charakter von Personalselektion. Die körperliche Untersuchung durch den Betriebsarzt ist die erste Begegnung mit dem Arbeitsschutz-System. Dabei dringt dieser tief in die Intimsphäre des Arbeitsuchenden ein, und von seinem Urteil hängt die Entscheidung über die Einstellung in erheblichem Ausmaß ab. Es ist schwer vorstellbar, daß ein solcher Beginn für die Herstellung einer stabilen Vertrauensbeziehung förderlich ist. Vielmehr ist anzunehmen, daß der einzelne Arbeitnehmer den Betriebsarzt und damit das Arbeitsschutz-System als Teil des betrieblichen Herrschaftssystems identifiziert, dem gegenüber er sich vorzusehen hat. Immerhin sind fast 80 % der Befragten*) der Ansicht, daß bei ihnen im Betrieb eine Auslese von Arbeitnehmern nach gesundheitlichen Gesichtspunkten getroffen wird. Angst und Mißtrauen werden aber nicht nur durch die Einstellungsuntersuchung als Personaleingangsselektion, sondern auch durch die Entlassungsselektion gestiftet. Mehr als ein Viertel der befragten Arbeitnehmer faßt als mögliche Folge einer betriebsärztlichen Routineuntersuchung den Verlust des Arbeitsplatzes ins Auge; über 40 % der befragten Betriebsräte, die nach dem BetrVG von jeder Kündigung schriftlich unterrichtet werden, sind der Überzeugung, daß auch bei Entlassungen gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen; bei Kurzarbeit innerhalb der letzten 12 Monate steigt dieser Anteil auf 50 %. Nach der Fehlzeitenkontrolle durch die Personalabteilung und dem Urteil der Vorgesetzten spielt der Betriebsarzt als Selektionsinstanz die wichtigste Rolle, in Großbetrieben mit über 2000 Arbeitnehmern vermutet jeder sechste Betriebsrat im Betriebsarzt einen »Aussortierer«.

2. Umfang, Inhalt und Zielsetzung der Tätigkeit der Professionals sind für die betroffenen Arbeitnehmer in hohem Maße undurchsichtig: Ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm existiert in weniger als 40 % der erfaßten Betriebe; nur in knapp der Hälfte der Betriebe führen Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte Betriebsbegehungen nach einem erkennbaren Programm durch; der gesetzlich vorgeschriebene Arbeitsschutz-Ausschuß als Minimalstandard für Erfahrungsaustausch und Arbeitsplanung mit den Professionals existiert in 51 % der Betriebe nicht bzw. tagt nicht mit der vorgeschriebenen Mindestfrequenz von vier Sitzungen pro Jahr. Es ist evident, daß ein professioneller Arbeitsschutz, der einerseits mit Existenzbedrohung durch Arbeitsplatzverweigerung bzw. -verlust in Zusammenhang gebracht wird und dessen Tätigkeit andererseits nicht transparent ist, denkbar schlechte Voraussetzungen für die Iniziierung von oder die Teil-

nahme an einem betrieblichen Gesundheitsschutz mitbringt, in welchem die Arbeitnehmer ihre Belastungserfahrungen frei artikulieren und gemeinsam über Lösungsmöglichkeiten und Alternativen beraten können.

3. Infolgedessen kann es nicht verwundern, daß die Professionals als Ansprechpartner für Arbeitsprobleme im Betrieb praktisch keine Rolle spielen: die Hälfte der Befragten wendet sich mit Problemen ihrer Arbeitsbedingungen an den Betriebsrat, mehr als 40 % an einen Vorgesetzten, an den Betriebsarzt denken dabei 0,6 % und an die Sicherheitsfachkraft 0,5 %. Dies zeigt, wie weit der professionelle Arbeitsschutz davon entfernt ist, von den Betroffenen als relevanter Partner zur Lösung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme wahrgenommen zu werden. Die Gründe für diese faktische Nicht-Integration des »offiziellen« und des »inoffiziellen« Arbeitsschutz-Systems sind überwiegend objektiver Natur und können infolgedessen nicht als im Zeitablauf zurückgehende Implementationsdefizite angesehen werden, obwohl auch solche Defizite nach wie vor beträchtlich sind.

3.3. Aktivierung und Streß-Prävention im Arbeitsschutz

Aus dem bisher Gesagten könnte der Eindruck entstehen, als sei das professionelle Arbeitsschutz-System nicht nur durchgängig untauglich zur Aktivierung der Betroffenen und zum Abbau sozialer und psychischer Belastungen, sondern hindere die Arbeitnehmer geradezu daran, ihre Gesundheitsinteressen wahrzunehmen. Ein solches Urteil übersieht freilich die Chancen, die in einer konsequenten Nutzung dieses Systems liegen, und berücksichtigt außerdem nicht die Tatsache, daß durch die erstmalige Etablierung einer gesundheitspolitischen Instanz im Betrieb Bewußtseins- und Sensibilisierungsprozesse vielfach überhaupt in Gang gekommen sind. Es sollen deshalb kurz Bedingungen und Kriterien genannt werden, unter denen die Strukturen und professionellen Fachkenntnisse der Experten schrittweise für die gesundheitlichen Bedürfnisse der Beschäftigten funktionalisiert werden können.

1. Empirisch konnte nachgewiesen werden, daß eine nicht deformierte Vertretung der Gesundheitsinteressen der Arbeitnehmer desto eher funktioniert, je höher das allgemeine interessenpolitische Bewußtseins- und Durchsetzungsniveau einer Belegschaft und des Betriebsrates ausgeprägt ist. Dies schließt ein, daß »Gesundheit am Arbeitsplatz« nicht umstandslos als Feld gemeinsamen Interesses zwischen Kapital und Arbeit gesehen, sondern in den Zusammenhang der Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Management und Beschäftigten gestellt wird. Konkret heißt dies z.B., daß in Betrieben mit hohem gewerkschaftlichen Organisationsgrad und starkem Betriebsrat Forderungen nach Belastungsabbau auch dann durchgesetzt werden können, wenn sie nicht den Kriterien der Meßbarkeit und Zuordnungsfähigkeit entsprechen und durch konkrete Vorschriften

abgedeckt sind. In der Regel kann dann die Forderung nach »menschengerechter Gestaltung der Arbeitsbedingungen« aus § 90, 91 BetrVG als normative Grundlage herangezogen werden. In diesen Fällen finden sich auch die Betriebsärzte eher bereit, über die verengenden Grenzen ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung hinauszugehen, oder aber ihre negative Definitionsautorität (mit der Forderungen abgewehrt werden können) wird betriebspolitisch neutralisiert bzw. durch externe Gutachten kompensiert. In solchen Betrieben sind auch am häufigsten Betriebsvereinbarungen durchgesetzt, nach denen Lohnzulagen nicht nach Fortfall der Belastung bzw. Erschwernis fortfallen. Damit werden die Arbeitnehmer von dem Kalkulationszwang zwischen Gesundheits- und Lohninteresse entlastet. Betriebspolitischen Maßnahmen gegen gesundheitsbedingte Personalselektion steht allerdings auch in hoch entwickelten Betrieben häufig entgegen, daß der Betriebsrat rechtlich und de facto kaum Einfluß auf die Einstellungsuntersuchungen der (noch-nicht-)Arbeitnehmer nehmen kann. Zudem fehlt es an innerbetrieblichen Umsetzungsmöglichkeiten für Leistungsgeminderte. Jede nur betriebliche Gesundheitsstrategie stößt hier — zumal bei Massenarbeitslosigkeit und ökonomischer Krise — auf objektive Grenzen.

2. In Betrieben mit hohem Niveau der Interessenvertretung und hohem politischem Bewußtsein der Belegschaft zeigt sich auch, wie wenig haltbar das häufig vorgetragene Argument gegen eine Aktivierung der Beschäftigten ist, demzufolge die Arbeitnehmer an ihrer Gesundheit nicht hinreichend interessiert sind bzw. ein unterentwickeltes Gesundheitsbewußtsein haben. Immerhin reden über 50 % der Beschäftigten häufig mit ihren Arbeitskollegen über das Thema »Arbeit und Gesundheit«, fast 40 % würden sogar »weniger Lohn in Kauf nehmen, wenn dadurch die Arbeit erleichtert würde«. Ohne einer in jeder Hinsicht zweifelhaften Strategie des »freiwilligen Lohnverzichts für Belastungsabbau« das Wort reden zu wollen, kann festgestellt werden, daß hier ein großes und bislang weitgehend ungenutztes Potential an Problembewußtsein und -artikulation existiert. Während dieses »überschießende Gesundheitsbewußtsein« normalerweise ohne Wirkung verpufft oder gar in Resignation, Individualismus und Entpolitisierung umschlägt, zeigen Beispiele aus entwickelten Betrieben die Möglichkeiten der Aktivierung. In einem süddeutschen Großbetrieb des Druckgewerbes ist z.B. auf den vierteljährlichen Abteilungsversammlungen der Tagesordnungspunkt »Arbeit und Gesundheit« obligatorisch. Dort werden nicht nur gesundheitliche Probleme, sondern auch alternative Handlungsmöglichkeiten ausgetauscht und beraten: Die Folge sind weitgehende Umstrukturierungen des Arbeitsprozesses mit dem Ziel und auch Ergebnis des Belastungsabbaus sowie eine weitgehende Neutralisierung der (in diesem Betrieb besonders arbeitgeberorientierten) Betriebsärzte.

Auf die betriebsstrategisch wichtige Frage, ob die Mobilisierung über Gesundheitsinteressen einen brauchbaren Hebel zur Herstellung eines ho-

hen interessenpolitischen Niveaus darstellt, oder ob sich gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit erst auf der Grundlage eines solchen Niveaus entwickelt, kann derzeit keine eindeutige Antwort gegeben werden: Beispiele gibt es für beide Thesen, im Effekt jedoch treten Arbeitnehmerorientierung des Arbeitsschutzes und hohes interessenpolitisches Niveau offenbar immer nur zusammen auf.

4. Eine Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen kann unter bestimmten Umständen auch von Professionals eingeleitet bzw. gefördert werden, die den Sinn ihrer Tätigkeit nicht in der Erfüllung von formalen und technischen Vorschriften oder gar der personalpolitischen Dienstleistung für den Arbeitgeber erschöpft sehen, sondern sich an dem gesundheitspolitischen Auftrag ihres Berufes orientieren. Allerdings sind solche Strategien zum Scheitern verurteilt, wenn die Professionals nicht die objektiven Schranken einer vertrauensvollen Interaktion mit Beschäftigten und Betriebsrat berücksichtigen, die zumeist aus der Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Schichten, der jeweiligen Stellung im Betrieb und den existentiellen Ängsten der Beschäftigten resultieren. Die Notwendigkeit der Schaffung einer stabilen Vertrauensbasis erweist sich häufig auch betriebspolitisch als unabdingbar: Es sind Fälle bekannt, in denen z.B. das Management Betriebsärzte entlassen wollte, die zu eng mit der Belegschaft zusammenarbeiteten und sich heroisch den teilweise unethischen Zumutungen in ihrer Tätigkeit entzogen. In solchen Fällen kann die Unterstützung durch den Betriebsrat entscheidend sein. Andererseits weisen gerade die Beispiele geglückter Kooperation zwischen professioneller Fachkompetenz und der Erfahrungskompetenz des »inoffiziellen« Arbeitsschutz-System auf das gesundheitspolitische Entwicklungspotential eines arbeitnehmergesteuerten Arbeitsschutz-Systems.

Ansätze, die im Rahmen betrieblicher Gesundheitspolitik der Aktivierung der Beschäftigten einen zentralen Stellenwert einräumen, gibt es nicht nur südlich der Alpen: auch in der BRD führten einige Initiativen nach den Prinzipien der Arbeitermedizin zu beträchtlichen Erfolgen (*Brock et al.* 1981, *Gesundheitsladen Hamburg* 1984). Immer wieder werden auch Bemühungen bekannt, mit Maßnahmen und Kursen der Erwachsenenbildung (VHS etc.) gezielt die Mobilisierung von Teilnehmern für ihre Gesundheitsbelange im Betrieb in Gange zu setzen (vgl. z.B. *Wesp* 1983). Bei aller Verschiedenheit haben diese Ansätze bislang allerdings gemeinsam, daß sie *nicht* vom »offiziellen« Arbeitsschutzsystem angestoßen wurden.

Auch die Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben — trotz erster Ansätze — bisher noch nicht in relevantem Umfang ihr gesundheitspolitisches Mandat im Bereich arbeitsweltbezogener Prävention wahrgenommen (*Rosenbrock* 1984). Gerade im potentiellen Einflußbereich dieser Institutionen lägen wichtige Elemente einer *leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen* (*Hauß/Naschold/Rosenbrock* 1981), de-

ren präventive Stoßrichtung nicht auf den betrieblichen Bereich beschränkt bleibt:

»Volksgesundheitlich befriedigende Ergebnisse sind nur dann zu erwarten, wenn für die verschiedenen Problemgruppen selektive, die objektiven und sozialen Verhältnisse und Verhaltensbedingungen berücksichtigende Strategien entworfen und angeboten werden. Ein nur passives Anbieten erreicht dabei die Zielgruppen in der Regel gerade nicht, ein aktives Anbieten hingegen schließt zweierlei ein: Die Beseitigung der materiellen, räumlich-zeitlichen, sozialen und psychischen Zugangsbarrieren zu den Institutionen der Gesundheitsversorgung und die Aktivierung der sozialen Zielgruppen für die Lösung ihrer sich gesundheitlich äußernden Probleme. In dieser Sichtweise werden sowohl die gesellschaftlichen Verursachungsbereiche von Krankheit in der Arbeitswelt, im Bereich der Familie, der Umwelt, des Wohnens, des Verkehrs, der Schule, der Erholungsmöglichkeiten usw. als auch die Strukturen und Leistungsangebote der medizinischen und sozialen Versorgung zu aktiv beeinflußbaren Gestaltungsbereichen.« (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981a, S.290f.). Die Umsetzung dieser Herangehensweise schließt — gleichsam nebenher — auch Aspekte der Streß-Prävention mit ein.

5. Zusammenfassung und Fazit

Alle gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeitsbelastungen sind zugleich relevante soziale und psychische Stressoren. Die psychische Komponente der Hilflosigkeit gegenüber den Zumutungen des Arbeitsprozesses kann durch Strategien der kollektiven Aktivierung gemildert bzw. überwunden werden. Beispiele aus anderen Bereichen der Medizin belegen diese These. Bezogen auf die Arbeitswelt kommt es freilich darauf an, nicht beim Versuch der Veränderung der Attitüde gegenüber den Belastungen stehen zu bleiben, sondern der Aktivierung solche Organisationsformen und Strukturen zu geben, in denen auch die Durchsetzung von tatsächlichen Belastungsminderungen betriebspolitisch möglich wird. Unter diesen Bedingungen besitzt die Aktivierung einen eigenen therapeutischen *und* primärpräventiven Wert, weil durch die veränderte Attitüde gleichzeitig die Arbeitsbedingungen verändert werden können. Im Modell der italienischen Arbeigebermedizin wird diesen Forderungen am weitesten Rechnung getragen. Das Arbeitsschutz-System in der BRD, das seinem Anspruch nach auch die volksgesundheitlich hoch-relevanten »arbeitsbedingten Erkrankungen« bekämpfen soll, wird diesen Kriterien aufgrund des überwiegenden Arbeitgebereinflusses, der Dominanz der Arbeitsschutzexperten sowie der daraus resultierenden Problem-Reduktion und einseitig personenorientierten Maßnahmegewichtung nicht gerecht. Seine Strukturen sind aber zumindest teilweise für einen arbeitnehmergesteuerten Arbeitsschutz nutzbar, wo die Beschäftigten und ihre Vertretungsorgane auf einem hohen interessen-

politischen Niveau handeln und Probleme von Gesundheit und Arbeit in den Bezugsrahmen der Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Management und Belegschaft stellen. In solchen Fällen erweist sich auch das Argument der Inaktivität und Desinteressiertheit der Beschäftigten an ihrer Gesundheit als unhaltbar: Im Gegenteil ist von einem überschießenden Gesundheitsbewußtsein auszugehen, das sich freilich nur dann entfalten kann, wenn tatsächlich Möglichkeiten der gesundheitsgerechteren Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Zugriff und Gestaltungsbereich der Betroffenen liegen. Für solche Strategien der Aktivierung kommen neben dem betrieblichen Arbeitsschutz-System auch andere gesundheitspolitische Träger (z.B. Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung, Berufsgenossenschaften) infrage.

Unabhängig von der Organisationsform und vom gesundheitspolitischen Träger muß sich jeder Schritt zur primärpräventiven Aktivierung der Beschäftigten an sieben Kriterien messen lassen, die zugleich als Ansätze konkreter Operationalisierung dieses Konzepts dienen können:

— Wird der *Zusammenhang mit der Gesamtheit der Austausch- und Konfliktprozesse* im Betrieb gewahrt?

— Werden *alle Belastungsarten* (physikalische, chemische, ergonomische, psychische, soziale) einbezogen?

— Haben die sich oft bereits in Befindlichkeitsstörungen ausdrückenden *konkreten Belastungserfahrungen* der Beschäftigten eine hinreichende Chance zur Artikulation, die auch tatsächlich von der Belegschaftsvertretung und den Professionals aufgegriffen wird?

— Wird ein Beitrag zur *gegenseitigen Transparenz* der Tätigkeit von Professionals und Beschäftigten geleistet?

—Wird die *Kontextnähe der Professionals* zu den realen Problemen der Arbeitswelt vergrößert?

—Werden zuerst alle durchsetzbaren Möglichkeiten zur *Verbesserung der Arbeitsbedingungen* genutzt, bevor personenbezogene Maßnahmen (wie z.B. persönliche Körperschutzmittel, Umsetzungen) eingeleitet werden?

—Werden die *Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten* in bezug auf ihre Arbeitsbedingungen erweitert?

—Werden Gesundheitsprobleme *im Betrieb* bekämpft oder werden sie in Form von Personalselektion zum Schaden der Gesundheit aller Arbeitnehmer *externalisiert*?

Literatur:

Abholz, H.H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: Deppe (1980)

Abholz et al.: Abholz, H.H., E. Hildebrandt, P. Ochs, R. Rosenbrock, H. Spitzley, J. Stebani, W. Wotschack: Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 4/1981, S. 191 ff.

Bagnara, S. et al.: Trends in occupational health and safety policy in Italy, in: Int. J. Health Services 1981, vol. 11, S. 431-50

BAU: Untersuchung des Arbeitsschutz-Systems in der Bundesrepublik Deutschland, Zusammenfassung des Forschungsberichtes Nr. 232, Dortmund 1980

Berlinguer, G.: Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften — Einige italienische Erfahrungen, in: Jahrbuch f. Kritische Medizin, Bd. 6, Argument Sonband 53, Berlin 1980

Bettelhäuser, F. et al.: Arbeitermedizin — Ergebnisse einer Aktion Bremer Werftarbeiter, in: Jakobi, O. et al.: Moderne Zeiten, alte Rezepte, Berlin 1980

Böhle, F., E. Standfest (Hrsg.): Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 40, Köln 1981

Brinkmann, Chr.: Finanzielle und psycho-soziale Belastungen während der Arbeitslosigkeit, in: Wacker (1978)

Briziarelli, L. et al.: Salute e ambiente di lavoro, Bari, Italia 1976

Brock, A. et al.: Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft — Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD, in: Jahrbuch f. Kritische Medizin, Bd. 6, Argument-Sonderband 53, Berlin 1981

Cumming, J., E. Cumming: Ego and milieu, New York 1966

Deppe, H.U. (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980

v. Ferber, L., W. Slesina: Arbeitsbedingte Krankheiten — ihre sozialmedizinische Erfassung — Maßnahmen der betrieblichen Sozialpolitik, in: Böhle, Standfest (Hrsg.), 1981

Freidson, E.: Dominanz der Experten, München/Berlin/Wien 1975

Frese, M.: Psychische Störungen bei Arbeitern: Zum Einfluß von gesellschaftlicher Stellung und Arbeitsplatzmerkmalen, Salzburg 1977

Frese, M., S. Greif: »Humanisierung der Arbeit« und Streßkontrolle, in: Frese/Greif/Semmer (1978)

Frese, M.: Partialisierte Handlung und Kontrolle: zwei Themen der industriellen Psychopathologie, in: Frese/Greif/Semmer 1978

Frese, M., S. Greif, N. Semmer (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie, Bern 1978

Frese, M., G. Mohr: Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit, in: Frese/Greif/Semmer 1978

Gardell, B.: Arbeitsgestaltung, intrinsische Arbeitszufriedenheit und Gesundheit, in: Frese/Greif/Semmer 1978

Gesundheitsladen Hamburg (Hrsg.): Die Betroffenen finden Zusammenhänge, Versuch einer Arbeitermedizin bei dem Hamburger Aluminium-Werk, Hamburg 1984

Gleiss, I., R. Seidel, H.-H. Abholz: Soziale Psychiatrie — zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt/M. 1978,. S. 54-61

Grootings, P., H. Wintersberger: Direkt Workers' Participation in the Question of Work Safety and Health, Ms. International Social Science, Wien 1981
Halhuber, C.: Rehabilitation in ambulanten Koronargruppen, Berlin 1980
Hauß, F.: Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz, Frankfurt/New York 1983
Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht des BMAuS, Bonn 1981
Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (1981a): Grundzüge einer leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit Nr. 10/1981, S. 289 ff.
Jones, W.: Social psychiatry — The idea of the therapeutic community, Harmondsworth (England) 1968
Kliesch, G., M. Nöthlichs, R. Wagner: Arbeitssicherheitsgesetz, Kommentar, Berlin 1978
Kornhauser, A.: Mental health of the industrial worker, New York 1965
Kronlund, J.: Power Relations, Behavior Control Systems and Safety in Industry, Stockholm 1976
Kühn, H.: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt/New York 1982
Lichte, R.: Betriebsalltag von Industriearbeitern, Frankfurt/New York 1978
Martin, D.V.: Adventures in Psychiatry — Social change in a mental hospital, Londin 1968
Mohr, G., M. Freese: Arbeitslosigkeit und Depression, in: Wacker (1978)
Müller, R.: Nokotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 6, Argument-Sonderband 53, Berlin 1980, S. 97-108
Naschold, F., B. Tietze: Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33 405: Psychische Belastung und Beanspruchung, in: Humanisierung der Lohnarbeit? Argument-Sonderband AS 14, Berlin 1977, S. 102 ff.
Odone, I. et al.: Ambiente di lavoro. Editrice Sindicale Italiana, Roma, 1977, in deutscher Kurzfassung: Gesundheit am Arbeitsplatz, Gewerkschaft Textil-Chemie-Papier, Zürich 1979
Palatsi, I.: Feasibility of physical training after myocardial infarction and its effect on return to work, morbidity and mortality, in: Acta Med. Scandinavia 1976, Supp. 599
Rosenbrock, R.: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York 1982
Rosenbrock, R.: Arbeitsweltbezogene Prävention durch Betriebskrankenkassen — eine Themenkarriere, Ms., Berlin 1984, S. 200-317
Seligman, M.E.P.: Helplessness, San Francisco 1975
Seligman, M.E.P.: Depression and learned helplessness, in: Friedmann, R.J., M.M. Katz (Hrsg.): The Psycology of Depression. New York 1974
Sinclair, D.J.M., G.G. Ingram: Controlled trial of supervised exercise training in chronic bronchitis, Brit. Med. J. 1976, 2, 556-59
Skipper, J.K., R.C. Leonhard (eds.): Social interaction and patient care, Philadelphia 1965

Standfest, E. et al.: Standfest, E., Chr. v. Ferner, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, E. Standfest, F. Tennstedt: Sozialpolitik und Selbstverwaltung, WSI-Studie Nr.35, Köln 1977

Thomann, K.-D.: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, in: Wacker (1978)

Trojan, A.: Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener, in: Forum für Medizin und Gesundheitspolitik, Bd.14, Berlin 1980, S. 14 ff.

Volkholz, V: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit, Bundesminister f. Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1977

Volpert, W.: Die Lohnarbeitswissenschaft und die Psychologie der Arbeitstätigkeit, in: Grosskurth, P., W. Volpert: Lohnarbeitspsychologie, Frankfurt 1975

Wacker, A.: Ansätze, Probleme und Grenzen psychologischer Arbeitslosenforschung, in: Wacker (1978)

Wacker, A. (Hrsg.): Vom Schock zum Fatalismus? Soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, Frankfurt/M. 1978

Wesp, D., M. Schaumberg: Der Ärger mit der Gesundheit, Belastungen am Arbeitsplatz — Erfahrungen aus dem Hoechst-Projekt, in: Wittmeier u.a. (Hg.): Lernen im Bildungsurlaub, Reinheim 1983

Wing, J.K., G.W. Brown: Instituitionalism and schizophrenia, London 1970

Wintersberger, H.: Gesundheitskämpfe in Italien, in: Jahrbuch f. Kritische Medizin, Bd.3, Argument-Sonderband 27, Berlin 1978

Ziegler, A.: Zum Verhältnis von Aufklärung und Heilung bei hysterektomierten Myom-Patientinnen. Teil I., Diss. Frankfurt/M. 1979

*) Die in diesem Aufsatz verwendeten Ergebnisse zur Funktionsweise des Arbeitsschutz-Systems in der BRD entstammen überwiegend dem Projekt »Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik« aus dem Bereich Arbeitspolitik des Internationalen Instituts für Vergleichende Geselschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin (Projektimitarbeiter: *Friedrich Hauß, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock).* Der empirische Teil dieser Untersuchung stützt sich auf eine schriftliche Befragung von ca. 1500 Teilnehmern an gewerkschaftlichen Schulungsmaßnahmen aus fünf Gewerkschaften im DGB. Die Ergebnisse dieses Projekts sind in drei Monographien niedergelegt (vgl. Literaturverzeichnis).

Maria Oppen

Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand

1. Krankenstand als interessenpolitisches Problem

Die im medizinischen Versorgungssystem zur Behandlung kommenden Erkrankungsfälle und Gesundheitstörungen sind nur ein Teil des ganzen Ausmaßes an gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bevölkerung, lediglich die »Spitze des Eisberges«. Hiervon sind diejenigen Erkrankungen, die mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen, wiederum nur eine — wenn auch wesentliche — Teilgröße. Denn es gibt auch Erkrankungen, die nur eine ärztliche Behandlung erfordern, nicht jedoch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (z.B. Diabetes). Mit Arbeitunfähigkeit verbunden ist eine Erkrankung dann, wenn der Erwerbstätige infolge dieser Krankheit nicht oder nur mit der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, seiner bisherigen Tätigkeit nachkommen könnte und aus diesem Grunde durch ärztliches Attest von der Arbeit befreit werden muß. Die so legitimierte Arbeitsunfähigkeit ist damit nicht nur Ausdruck eines spezifischen Erkrankungszustandes, verbunden mit einer spezifischen Form der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Sie ist darüber hinaus ein sozial- und arbeitsrechtlicher Sachverhalt, der die Abwesenheit vom Arbeitsplatz sowie die Ansprüche des arbeitsunfähigen Beschäftigten auf materielle Sicherung in Form von Lohnfortzahlung für sechs Wochen gegenüber dem Arbeitgeber bzw. danach auf Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse legigimiert.

Damit ist bereits angedeutet, daß es sich bei der Arbeitsunfähigkeit — sowohl was ihre Feststellung als auch ihre Konsequenzen anbelangt — um einen Prozeß bzw. Sachverhalt handelt, der entsprechend den verschiedenen Beteiligten/Betroffenen die unterschiedlichsten, zum Teil gegensätzlichen Interessen berührt:

— Die Betroffenen haben kurzfristig das Interesse, ihre Beschwerden und Erkrankungen behandeln lassen und auskurieren zu können. Sie müssen einer Verschlimmerung und Chronifizierung von Beeinträchtigungen und dem vorzeitigen Aufbrauch der Gesundheit entgegenwirken, die die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bedrohen, wie das bei vielen Volkskrankheiten der Fall ist.
— Das Interesse der Unternehmen besteht vor allem darin, die Arbeitskosten so gering wie möglich zu halten. Arbeitsunfähigkeit bzw. der betriebliche Krankenstand verursacht nun nicht nur Kosten für die Lohnfortzahlung, sondern auch indirekte Kosten durch den Arbeitsausfall in Form von Produnktionsausfall und u.U. Personalersatz.

— Die Krankenversicherung, die ebenso für die Absicherung des sozialen Risikos Arbeitsunfähigkeit zuständig ist, hat grundsätzlich auch ein Interesse an Ausgabenbegrenzung. Hier fallen nicht nur die Kosten für Krankengeld bei länger als sechs Wochen dauernden Fällen an, sondern zugleich die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen stationären und ambulanten Behandlungskosten.
— Die Ärzte stehen in gewisser Weise zwischen den »Fronten«, wenn sie als Gutachter über Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit zu befinden haben. Sie sind einerseits zu einer »wirtschaftlichen« Krankschreibepraxis angehalten; andererseits müssen sie in der breiten »Unsicherheitszone« zwischen Gesundheit und Krankheit zu eindeutigen Ergebnissen kommen, wobei im Einzelfall auch das Erwerbsinteresse der Ärzte selbst (Erhaltung des Patientenstammes) eine Rolle spielen kann.

Um diese unterschiedlichen Interessenssphären der am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen Beteiligten gruppieren sich die Argumente in der kontrovers geführten politischen, öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion um den Krankenstand. Dabei stehen sich im Kern das Interesse an längerfristiger Gesundheitssicherung der Beschäftigten/Versicherten einerseits und das kurzfristige, einzelwirtschaftliche Interesse an Minimierung der Lohnkosten andererseits gegenüber.

Welches der beiden Interessen gerade im Vordergrund steht, ist abhängig von den ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen und Kräftekonstellationen. Im Rahmen der anhaltenden Beschäftigungskrise und der »Finanzkrise« der Sozialhaushalte mit der Folge einer »Sparpolitik« im Gesundheitssystem, die auf Individualisierung der Krankheitsentstehung und »Privatisierung« der Krankheitskosten bzw. Leistungsabbau zielt, dominiert dementsprechend auch in der Krankenstandsdiskussion derzeit das Arbeitgeberinteresse an kurzfristiger Senkung der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Kosten.

Denn ein angeblich »überhöhter« Krankenstand — so wird argumentiert — belaste nicht nur die Betriebe über die Maßen und störe den reibungslosen Produktionsablauf, er beeinträchtige auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und gefährde somit Arbeitsplätze. Und dies, obwohl der durchschnittliche Krankenstand gerade im Verlauf der Krise mit zunehmender Arbeitslosigkeit ganz erheblich von 5,6% auf 4,6% gesunken ist. Das Sinken des Krankenstandes in der Krise wird allerdings als Beweis für den massenhaften Mißbrauch von sozialen Leistungen in Zeiten der Hochkonjunktur angeführt. Daß der Krankenstand auch gegenwärtig noch »überhöht« ist, sollen Vergleiche mit den, aufgrund völlig anderer Rahmenbedingungen nicht vergleichbaren, niedrigen Krankenständen in Japan und den USA belegen.

Das Konzept, mit dem die Forderungen nach repressiven Kontroll- und Revisionsmaßnahmen, wie etwa verschiedene Selbstbeteiligungsformen

zur Beeinflussung des Krankenstandes legitimiert und deren Akzeptanz erhöht werden sollen, ist also die *Mißbrauchsthese*. Dies kommt in allgemein bekannten Bezeichnungen wie »Krankfeiern«, »Drückebergerei« oder »Simulantentum« zum Ausdruck.

In dieser derzeit dominanten Sichtweise geraten sowohl die längerfristige Gesundheitssicherung der Beschäftigten/Versicherten, deren Voraussetzung sowohl das »Recht« auf Arbeitsunfähigkeit ist, um Erkrankungen auskurieren und deren Verschlimmerung verhindern zu können, als auch die Identifikation und Bekämpfung von Krankheitsursachen in den Arbeits- und Lebensbedingungen, zunehmend aus dem Blick. Gleichzeitig wird der Einfluß des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleisses auf den Gesundheitszustand und speziell auf den Krankenstand heftig bestritten.

Das Konzept einer *Epidemiologie arbeitsbedingter Erkrankungen* geht dagegen davon aus, daß sich im Krankenstand gesundheitsrelevante, soziale Problemlagen für die Betroffenen wiederspiegeln. Hierauf weisen statistische Zusammenhänge zwischen teilgruppenspezifisch hohen Krankenständen und überdurchschnittlichen Belastungen und Gesundheitsrisiken in den Arbeitsbedingungen dieser Gruppen hin. Der Krankenstand wird dabei als ein Indikator für Belastungs- und Verschleißschwerpunkte bzw. für das Vorliegen arbeitsbedingter Erkrankungen betrachtet. Diese auf langfristige Gesundheitssicherung und Prävention zielende Herangehensweise wird hier im Wesentlichen als bekannt vorausgesetzt.

Beide Konzepte sind jeweils Ausdruck unterschiedlicher Interessen bzw. Zielvorstellungen, mit denen die z.T. noch nicht einmal umstrittenen empirischen Sachverhalte des Krankengeschehens bearbeitet werden — Sachverhalte etwa wie typische gruppenspezifische Differenzen in der Höhe des Krankenstandes (z.B. zwischen Ausländern und Deutschen, jüngeren und älteren Arbeitsnehmern, Arbeitern und Angestellten) und auffälligen zeitlichen Schwankungen (im Wochenverlauf, saisonal oder konjunkturell).

Nun könnte man mit dem Argument, die historische Beständigkeit der sozialkonservativen Mißbrauchsthese sei Ausdruck der hartnäckigen und interessierten Unbelehrbarkeit und Ignoranz ihrer Vertreter (Scharf 1983), diese Sichtweise/Konzeption auf sich beruhen lassen. Jedoch erscheint eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Mißbrauchsdiskussion insofern angebracht, als hierdurch — so die These — die Einstellungen zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, das Krankheits- bzw. Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten tatsächlich beeinflußt wird und dadurch das politische Feld für restriktive Kontroll- und Revisionsmaßnahmen im Sozialbereich — gesellschaftlich und betrieblich — bereitet wird.

2. Mißbrauch, Leistungsbereitschaft und Krankenstand

2.1. Aktuelle Tendenzen und Beständigkeit der Argumentation

In der derzeit dominanten sozialpolitischen Diskussion sowie auch bei der Mehrheit wissenschaftlicher, vor allem betriebswirtschaftlicher Beiträge zur Krankenstandsproblematik wird vom Problem Krankheit, ihrer Verteilung in der Bevölkerung und ihrer Entstehung im Arbeits- und Lebenszusammenhang fast vollständig abstrahiert. So wird davon ausgegangen, daß »die Höhe des Krankenstandes nichts oder wenig über den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer aussagt und daß um der begrifflichen Klarheit willen der Begriff 'Krankenstand' besser durch die Formulierung 'Abwesenheit vom Arbeitsplatz' zu ersetzen wäre.« (*Pritzel* 1982) Dementsprechend wird der Krankenstand als ganz wesentlich verhaltens- und einstellungsgesteuert angesehen, wobei die »sinkende Leistungsbereitschaft« der Arbeitnehmer, die individuelle »Begehrlichkeit«, die mangelnde Eigenverantwortung und die »fehlende Solidarität« mit der Versichertengemeinschaft zu »Überinanspruchnahme« und damit zum »Mißbrauch« sozialer Leistungen wie Lohnfortzahlung und Krankengeld führen.

In einem zweiten Schritt werden umfangreiche (und stets anfechtbare) Rechnungen aufgemacht, welch hohe Kosten mit dem Krankenstand verbunden seien, für die Krankenversicherung und insbesondere für die Arbeitgeber. Die Schätzungen und Berechnungen liegen zwischen 27 und 55 Mrd. DM allein für die Lohnfortzahlung (*Pritzel* 1982). Angesichts solcher Summen soll die Mißbrauchsunterstellung der Rechtfertigung für Einschnitte in das soziale Netz dienen. Besonders geschickt wird das Arbeitgeberinteresse an Senkung der Lohnkosten in die allgemeine Diskussion um Kostendämpfung im Gesundheitswesen und um Sparmaßnahmen zur Konsolidierung des Staatshaushaltes eingebettet, denn die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Einschränkung von AU haben tatsächlich keinerlei Einfluß auf die Ausgabenprobleme der Krankenversicherung.

Verfolgt man die Veröffentlichungen über die Krankenstandsproblematik im Zeitverlauf, so zeigen sich gewisse Hochkonjunkturen dieses Themas: wenn Verbesserungen des Leistungsrechts für kranke Arbeitnehmer zur Debatte standen (wie etwa die Erhöhung der Krankengeldzahlungen, Reduzierung bzw. Abschaffung der Karenztage und insbesondere die Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes), sollten diese durch solche Diskussionsbeiträge abgewehrt werden. In Zeiten ökonomischer Krise und hoher Arbeitslosigkeit — Phasen, in denen der Krankenstand tendenziell zurückgeht — lassen sich besonders erfolgreich Forderungen nach Abbau sozialer Leistungen mit Kostenargumenten einbringen und mit dem Hinweis auf die im Konjunkturverlauf sinkende Mißbrauchstendenz auch begründen. Dies wurde vor allem in den letzten Jahren im Vorfeld der Sparbeschlüsse sichtbar. Die Diskussion um »Schmarotzer und Leistungsunwillige«, von

denen »die Gefahr der Demontage unseres sozialstaatlichen Systems« droht (*Pritzel* 1982) ist also keineswegs neu; schon 1929 hat v. *Borsig*, der Vorsitzende der Deutschen Arbeitgeberverbände (VDA) die »unberechtigte Ausnutzung der Versicherungsleistungen« als »ernste Gefahrenquelle für die Arbeitsmoral der Bevölkerung« angeprangert.

Des weiteren beschränkt sich die Diskussion um Leistungsmißbrauch in keiner Weise auf AU, auch die angebliche Überinanspruchnahme anderer Leistungen der Krankenversicherung, der Sozialhilfe (*Henkel/Pavelka* 1981), der Arbeitslosenversicherung (*Brötz* 1982) sowie das klassische Bild der »Rentenneurose« (*Kirchberger* 1978) sind ebenso durchgängig Gegenstand der Mißbrauchsunterstellung.

Durchgängige Tendenz in der gesamten Leistungsmißbrauchs-Diskussion ist die systematische Vernachlässigung der Frage nach den gesellschaftlichen Ursachen für die sozialen Risiken sowie für die gruppenspezifisch jeweils unterschiedliche Ausprägung der Inanspruchnahme sozialer Leistungen. Stattdessen soll — wie *Henkel/Pavelka* es formulieren — »der Öffentlichkeit vermittelt werden, daß Millionenscharen geschickter Betrüger, der sozialstaatlichen Beihilfe versichert, ausgezogen sind, das Gemeinwesen auszuplündern.« (1981, S. 66)

Im folgenden sollen die Elemente und Ebenen dieses Mißbrauchskonzeptes systematisiert und die Motive und Ziele, die mit dieser Argumentation explizit und implizit verknüpft sind, aufgedeckt werden.

2.2. Elemente des Mißbrauchkonzeptes

Ausgangspunkt für die Argumentation der überwiegenden Verhaltensbedingtheit des Krankenstandes liegt in dem Faktum, daß weder Krankheit noch Arbeitsunfähigkeit objektiv, sondern nur in vagen Umrissen feststellbar sind, da eine Grenzziehung zwischen Krankheit und Gesundheit für den medizinischen Experten schwierig bzw. unmöglich ist. Zum anderen sind am Zustandekommen der Arbeitsunfähigkeit mehrere Personen bzw. Insitutionen beteiligt, so daß die konkrete Entscheidung darüber, was als Arbeitsunfähigkeit zu gelten hat, in (un-)bestimmtem Umfang als individueller und gesellschaftlicher Definitions- und Aushandlungsprozeß zu bezeichnen ist.

Wenn in der Diskussion um den Mißbrauch des »gelben Scheines« einzelwirtschaftliches Interesse an kurzfristiger Reduzierung der mit AU verbundenen Kosten im Zentrum steht, treffen folgerichtig die Schuldzuweisungen bezogen auf Verursachung bzw. Förderung dieses Mißbrauchverhaltens die drei anderen, an diesem Definitionsprozeß beteiligten Gruppierungen/Institutionen:

— Die Konstruktion des Systems der sozialen Sicherung selbst;
— die Versicherten, in deren Entscheidungsbereich es liegt, wann sie einen Arzt aufsuchen;

— Die Ärzte, denen es obliegt, die Arbeitsunfähigkeit zu attestieren.

Dem *System der sozialen Sicherung* werden »sachliche Konstruktionsmängel« vorgehalten, die eine Verhaltenssteuerung bzw. -änderung bei den Versichterten hervorbringt. Demnach gehen »Fehlanreize von der 100%igen Lohngarantie bei Nichtleistung von Arbeit aus. Die Gleichbewertung von Arbeit und arbeitsfreier Lebensführung bei Arbeitsunfähigkeit muß Mitnahmeeffekte und Anspruchsdenken bei den Arbeitnehmern auslösen« (*BDA* 1982). Oder: Die Sozialversicherung schaffe »teilweise die 'Risiken' selbst, die abzufangen sie eingerichtet wurde« (*Molitor,* 1975).

Hier wird häufig von der *moral hazard — Hypothese* ausgegangen, wobei in der Literatur der Versicherungswirtschaft das »moralische Risiko« als menschliches Verhaltensmuster bezeichnet wird, welches dann auftritt, wenn der Anspruchsberechtigte die Art und Häufigkeit von Leistungsinanspruchnahme überwiegend selbst bestimmen kann, ohne daß dies vom Leistungsverpflichteten (in diesem Fall die Krankenkasse oder der Arbeitgeber) kontrolliert werden kann (vgl. *Forster* 1977) und für den Versicherten keine unmittelbaren Kosten entstehen, sondern der grundsätzliche Anspruch durch regelmäßige Beiträge besteht. Das Verhalten des Versicherten richtet sich dann darauf, Leistungen zu beanspruchen, die ihn im konkreten Fall nichts kosten, aber einen gewissen Nutzen versprechen. Das »moral hazard«- Verhalten soll demnach nicht die Ausnahme sondern die Regel sein. Hierbei wird davon ausgegangen, daß dieses Verhalten eben der Rationalität eines »homo oeconomicus« unter Versicherungsbedingungen entspräche. Der Widerspruch, daß bei Zutreffen dieser Annahmen ein Krankenstand von nur ca. 5% angesichts der tatsächlichen Verbreitung von Gesundheitsschäden in der Bevölkerung und der immer wieder beklagten Unterinanspruchnahmen des Angebotes an Leistungen (z.B. Vorsorgen) nicht erklärt werden könnte, hat die Vertreter dieser Thesen nie angefochten.

Den *Versicherten* wird unterstellt, daß sie aus den genannten Gründen, auch wenn sie gar nicht krank sind (»unechter Krankenstand«) oder wenn Befindlichkeitstörungen zwar bestehen, aber die Leistungsfähigkeit nicht erheblich einschränken (»Bagatellerkrankungen«), zum Arzt gehen, um eine Krankschreibung »mißbräuchlich« zu erwirken.

Als Belege für die Richtigkeit dieser Grundthese dienen quasi sämtliche Schwankungen/Differenzen in der Höhe des Krankenstandes, wobei implizit unterstellt wird, daß eine Gleichverteilung von Gesundheit und Krankheit im Zeitverlauf und über alle Gruppen der Erwerbstätigen hinweg existiert und Unterschiede im Krankenstand als verhaltensbedingt, allenfalls noch biologisch verursacht, anzusehen sind. Neben den schon genannten konjunkturellen Schwankungen und Veränderungen des Krankenstandes bei gesetzlichen Neuregelungen werden auch alle weiteren Veränderungen im Zeitverlauf, wie etwa wochenverlaufsbezogene (»blauer

Montag«) oder saisonale Schwankungen auf die Verhaltensbedingtheit zurückgeführt.

Ähnlich wird in bezug auf vermeintliche »Problemgruppen« des Krankenstandes etwa der Frauen, der Ausländer, der jüngeren Arbeitnehmer oder der gering qualifizierten Beschäftgtengruppen festgemacht, daß es sich hierbei nur um ein verstärktes Anspruchsdenken und Fehlverhalten — etwa aufgrund geringerer Leistngsbereitschaft, geringerer Bindung an den Betrieb oder mangelnder beruflicher Identifikation — handeln könne. Unterschiede zwischen diesen Gruppen in den Arbeits- und Lebensbedingungen und damit verbundenen gruppenspezifischen Erkrankungsrisiken werden systematisch negiert.

Mit der Unterstellung einer Gleichverteilung von »echten« Krankheitsepisoden bezogen auf die Gesamtbevölkerung macht sich dann jedes Inidviduum oder jede Teilgruppe, die von einem nicht näher spezifizierten »Normalkrankenstand« abweicht, des Mißbrauchs verdächtig.

Als nicht unschuldig am Mißbrauch sozialer Leistungen werden mit steter Regelmäßigkeit auch die *Ärzte* bezeichnet. Entscheiden zwar die Patienten in erster Linie, ob sie bei Krankheitsanzeichen einen Arzt aufsuchen, so obliegt letzterem jedoch die Feststellung, ob es sich hierbei um Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne handelt und ob diese Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht. Da in vielen Fällen für beides objektive Kriterien fehlen, liegt hier ein gewisser Handlungsspielraum für die Entscheidung der Ärzte und damit auch für Schuldzuweisungen ihnen gegenüber. Die Ärzte schrieben leichtfertig krank (»Gefälligkeitsgutachten«) und leisten damit der ungerechtfertigten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten Vorschub, wird argumentiert. Aus ihrem Erwerbsinteresse heraus und unter zunehmendem Konkurrenzdruck (»Ärzteschwämme«) seien sie häufig gezwungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch ohne zwingende Notwendigkeit auszustellen oder zu lange, in der Regel im Wochenrhythmus, krankzuschreiben (*Haug* 1979), um das Abwandern ihrer Patienten zu verhindern.

2.3. Funktion der Mißbrauchsdebatte

Die zum Beleg der Mißbrauchsthese vorgebrachten Argumente und Interpretationen haben sich bei Konfrontation mit statistischen Daten und Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen im Einzelnen als überwiegend unhaltbar oder unplausibel herausgestellt. Dies war das Ergebnis eines *Memorandums im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung*, welches die »gängigen Grundmuster konservativer Sozialstaatskritik ... mit den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen« konfrontierte, um die Krankenstandsdiskussion zu versachlichen (*Hauß* u.a. 1984, S.10). Dessen ungeachtet dominieren diese Argumente die wissenschaftliche und politische Diskussion wie auch die Beiträge in den Massenmedien.

Da die »überhöhte Wohlfahrtsmentalität« der fehlerhaften Konstruktion der *sozialen Sicherung* selbst geschuldet sei, wird gefordert, Sozialleistungen auf »ungewollte Begünstigungseffekte hin abzuklopfen« (*Brochler*, 1981). Eingriffe in soziale Besitzstände der Beschäftigten/Versicherten werden als das geeignete Mittel zur Kostendämpfung im Sozialversicherungsbereich sowie zur Sicherung der Arbeitsplätze und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wiritschaft ausgegeben. Bezogen auf das soziale Risiko Krankheit/Arbeitsunfähigkeit richten sich die Forderungen auf mehr Selbstbeteiligung in Form von unbezahlten Karenztagen, Einschränkung der Lohnfortzahlung, Einführung von Teil-AU und Verstärkung der Kontrolle über die Rechtmäßigkeit bestehender AU sowie ihrer Dauer durch den vertrauensärztlichen Dienst. Wo solche Strategien effektiv werden, kommen die finanziellen Effekte allerdings überwiegend nicht der Krankenversicherung, sondern der Unternehmerseite zugute.

Die Mißbrauchsdebatte hat weiterhin einen »Entsolidarisierungseffekt« (*Hauß*, 1984) unter den *Beschäftigten:* Danach muß die Masse der »ehrlichen Mitarbeiter« (die offenbar nicht zur Spezies des homo oconomicus gehört) den Mißbrauch über Mehrarbeit, hohe Krankenversicherungsbeiträge und hohe Preise finanzieren. Die Unterstützung der wirklich Hilfsbedürftigen sei dadurch tendenziell in Frage gestellt und die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen und damit die Arbeitsplätze gefährdet.

Bei den einzelnen Beschäftigten soll durch diese Argumentation die Verzichtbereitschaft auf die Inanspruchnahme von AU bzw. die Leistungsbereitschaft bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit gefördert und die Symptomtoleranz gegenüber Befindlichkeitsstörungen und Krankheitszuständen erhöht werden. Die Solidarität mit den Leistungsgeminderten, deren Leiden häufig Folge jahrelangen arbeitsbedingten Verschleisses sind, bzw. mit solchen Arbeitnehmergruppen, die besonders hohen AU-Risiken ausgesetzt sind wie Ausländer, Frauen und Randbelegschaften, wird mit dieser Strategie in Frage gestellt. Bei Teilen der Belegschaft und ihren Interessenvertretern wird damit der politische Boden für die Akzeptanz betrieblicher, restriktiver Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen gegenüber den Arbeitsunfähigen, für Sozialgespräche, Prämiensysteme oder betriebsöffentliche Diskriminierung der Betroffenen bis hin zu krankheitsbedingten Kündigungen und Ausgliederung von Leistungsgeminderten bereitet.

Neben der Forderung nach einer Verstärkten Kontrolle ärztlicher Krankschreibepraxis werden die *Ärzte* selbst für betriebliches Interesse an Senkung der Lohnkosten instrumentalisiert, indem sie zu eben jener Erhöhung der Leistungsbereitschaft und Leidensfähigkeit ihrer Patienten beitragen sollen, wollen sie nicht selbst dem Mißbrauchsvorwurf ausgesetzt sein. So warnt etwa *Eggenweiler* (1982) seine Standeskollegen davor, zu leichtfertig und zu lange krankzuschreiben, wenn es sich etwa um psychosoziale und psycho-somatische Beschwerdebilder in der Grauzone zwi-

schen Gesundheit und Krankheit handelt. Der Ausweitung jener Grauzonen solle der Arzt energisch entgegentreten, will er den Patienten nicht das »Alibi dafür verschaffen, unnötige ärztliche Inanspruchnahme mit allen kostentreibenden Konsequenzen zu fördern oder der Arbeit fernzubleiben.« Darüber hinaus werden die Ärzte auf diese Weise auch für die Ablenkung von den gesellschaftlichen Ursachen und der ungleichen Verteilung von Erkrankungsrisiken in der Bevölkerung funktionalisiert.

3. Schlußfolgerungen

Das Ziel dieser auf die Unterstellung von Mißbrauch und Überinanspruchnahme von Leistungen gegründeten Krankenstandsdiskussion kann zusammenfassend als Versuch gewertet werden, zum einen die objektiven Bedingungen für die Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeit zu verschlechtern, indem hieran tatsächliche oder befürchtete nachteilige Folgen oder Sanktionen für den Einzelnen geknüpft sind — von finanziellen Einbußen bis hin zum Arbeitsplatzverlust.

Zum anderen soll das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten direkt (wie auch das Krankschreibeverhalten der Ärzte) dahingehend beeinflußt werden, daß Aspekte der auch längerfristigen Gesundheitssicherung zugunsten kurzfristig erhöhter Leistungs- und Verzichtbereitschaft im Interesse einzelwirtschaftlicher Kalkulationen zurückgedrängt werden.

Als Folge der öffentlichen Dominaz der Mißbrauchsthese ist — ganz besonders unter Krisenbedingungen — von einer erheblichen *Unterinanspruchnahme* von AU auszugehen. Denn sofern die Existenzsicherheit gefährdet erscheint, wird die Erkrankung häufig am Arbeitsplatz »auskuriert« und die Leistungsbereitschaft — auch »gegen den Körper« — unter Beweis gestellt. Nach einer Umfrage der *IG Metall* (1979) befürchteten immerhin ein Drittel der Befragten Nachteile aus AU. Kalkuliert wird etwa die Gefahr krankheitsbedingter, innerbetrieblicher Umsetzung auf vermeintlich weniger belastende Arbeitsplätze in Verbindung mit Qualifikations- und/oder Einkommensverlusten, krankheitsbedingten Arbeitsplatzverlustes oder anderer sozialer Sanktionen, auch von Seiten der Arbeitskollegen, die aufgrund knapp kalkulierter Personaleinsatzstrategien häufig die »Kosten« der Inanspruchnahme zu tragen haben. Verschleppung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Verschiebung von deren Behandlung sind häufig das Ergebnis dieser »Interessenabwägung«. Chronifizierung von Leiden und erhöhter langwieriger medizinischer Behandlungsaufwand, verbunden mit entsprechend hohen Kosten, können Folge hiervon sein.

Zu einem solchen Risikoverhalten sind gerade jene Arbeitnehmergruppen im besonderen Maße gezwungen, die in bezug auf Status und Arbeitsplatzsicherheit und damit häufig gleichzeitig in bezug auf Gesundheits- und

AU-Risiken als besonders benachteiligt gelten müssen, wie etwa Frauen, Ausländer bzw. Arbeitskräfte, die Tätigkeiten mit geringen Qualifikationsanforderungen ausüben.

Die Mißbrauchsdiskussion zielt ferner auf eine Dethematisierung bzw. Leugnung des Zusammenhanges zwischen arbeitsbedingten Belastungen und Gesundheitsverschleiß. Hieraus wird gleichzeitig die Legitimation für betriebliche Selektionsstrategien auf Basis etwa von Krankenstandsverteilungen bezogen.

So läßt sich zeigen, daß für einen erheblichen Anteil aller Kündigungen zumindest auch gesundheitliche Gründe verantwortlich gemacht werden (*Zimmermann* 1981). Aber auch schon im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen durch Betriebsärzte (*Rosenbrock* 1982) sowie bei Bewerbungsgesprächen spielen Gesundheitszustand und Belastbarkeit eine erhebliche Rolle. Die Folgeprobleme des zumindest teilweise arbeitsbedingten Gesundheitsverschleierung werden durch solche Selektionsstrategien externalisiert und in die Renten- und Arbeitslosenversicherung verlagert, wie der überdurchschnittlich hohe und in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark gesteigerte Anteil von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand unter den Arbeitslosen oder die größere Wahrscheinlichkeit für hochbelastete Beschäftigte, vorzeitig aus dem Beschäftigungssystem ausgegliedert zu werden, belegten.

Gleichzeitig wird mit Hilfe solcher Selektionsstrategien die durchschnittliche Belastbarkeit der noch Beschäftigten insgesamt zumindest kurzfristig angehoben. Hierdurch wird eher eine weitere Erhöhung von Anforderungen und Belastungen im Betrieb ermöglicht, als daß hierdurch die Einsicht in die Notwendigkeit gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsbedingungen gestärkt würde.

Literatur

BDA (Bundesverband der Deutschen Arbeitgeberverbände): Soziale Sicherung in der Zukunft, zit. n.: Scharf, B.: Krankenstand — »Krankfeiern« oder krank durch Arbeit?, in: WSI-Informationsdienst extra Nr.4, März 1983.

Brötz, R.: Die sogenannte »Leistungsmißbrauchsdiskussion« oder der Versuch, von den Ursachen der Arbeitslosigkeit abzulenken, in: Soziale Sicherheit 1/1982.

Brochler, D.: Das soziale Netz — eine heilige Kuh?, in: Der Arbeitgeber Nr. 14/15, 1981.

Bürkardt, D., Oppen, M.: Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik — ein kritischer Überblick über vorliegende Untersuchungsansätze, Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Wissenschaftszentrum Berlin, IIVG/dp82-203.

Eggenweiler, P.: Über die ständig breiter werdende Grauzone zwischen Gesundheit und Krankheit — ein aktuelles Problem in der sozialärztlichen Begutachtung, in: Die Sozialversicherung, April 1982.

Forster, E., Steinmüller, H.: Gleichgewicht bei moralischem Risiko, in: Blätter der DGVM, 1976, S. 295.

Haug, A.: Absentismus, in: Schweizerische Arbeitgeberzeitung (74), S. 257 ff. 1979.

Hauss, F. u.a.: Krankenstand — zwischen Unternehmerpolitik und Gesellschaftsinteresse, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, Graue Reihe Nr.6, 1984.

Hauss, F.: Warum gibt es eine Krankenstandsdiskussion? Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung, des Wissenschaftszentrum Berlin, IIVG/pre83-214.

Henkel, H., Pavelka, F.: »Das Erreichte sichern« — eine sozialstaatliche Illusion?, in: Soziale Sicherheit 5, 1982.

IG Metall-Bezirksleitung Stuttgart: Werktage müssen menschlicher werden, Stuttgart 1979.

Kirchberger, S.: Anspruchsverhalten und Neurose — Zur Entstehung und Funktion einer sozialpolitischen Argumentationsfigur, in: Öffentliches Gesundheitswesen 40, 1978.

Molitor, B.: Die selbstgeschaffenen Risiken einer fehlgesteuerten Sicherheit, in: Arbeit- und Sozialpolitik, 1/1975.

Müller, R.: Die Möglichkeiten des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, in: Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studien zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr.40, Köln 1981.

Oppen, M., Bürkardt, D., Schneider, H.: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung — Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich, München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, BPT-Bericht 7/84

Oppen, M.: Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten?, in: Soziale Sicherheit, 2/84.

o.V.: Krankheitskosten senken, in: Unternehmer 6/81.

o.V.: Unternehmer klagen an: Milliarden vergeudet, in: Status 20.5.1984.

Pritzel, K.: Die Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit, in: Berliner Ärzteblatt, 96. Jg., H. 9, 1982.

Rosenbrock, R.: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York 1982.

Scharf, B.: Krankenstand — »Krankfeiern« oder Krank durch Arbeit?, in: WSI-Informationsdienst extra, Nr.4, März 1983.

Zimmermann, G.: Krankheitskündigungen im Vergleich mit anderen Kündigungstypen. Ms. Max-Planck-Institut, Hamburg 1981.

Dieter Henkel

Arbeitslosigkeit und Alkoholismus

Empirische Zusammenhänge und Analysen

So evident der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholgefährdung auch manchem erscheinen mag, in Wirklichkeit überschreitet unser Wissen nicht das Niveau theoretischer Mutmaßungen und halb gesicherter Empirie. Fragt man nach den Gründen für diesen defizitären Erkenntnisstand, so muß man auf fundamentale Fehlorientierungen der Alkoholismusforschung verweisen, durch die das Problem der Arbeitslosigkeit und die mit ihr verbundenen psychosozialen Belastungen (s. *Wacker*, 1978; *Maiers u. Markard*, 1980; *Kieselbach u.a.*, i.V.) als potentielle Risikofaktoren des Alkoholismus von vornherein ausgeblendet bleiben: der weitaus überwiegende Teil der Alkoholismusforschung betrachtet den Menschen prinzipiell außerhalb der Arbeit, verkennt damit die Basis und Spezifik menschlichen Lebens, so daß ihr der Entzug dieser Lebensgrundlage in Form der Arbeitslosigkeit nicht als Problem, somit auch nicht als Forschungsgegenstand erscheint. Stattdessen bzw. gerade deshalb sucht sie unablässig in reproduktiven Gesellschaftsbereichen die Ursachen des Alkoholismus, z.B. in Familie oder Freizeit, ohne auch hier zu reflektieren, daß Struktur und Dynamik dieser Lebenssektoren sich wesentlich von ihrem Verhältnis zum System gesellschaftlicher Arbeit bestimmen. Soweit diese Forschung überhaupt Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit erkennt, so nur in tradierter eindimensionaler Verkürzung, indem sie die Arbeitslosigkeit nur als Folgeproblem des Alkoholismus begreift (*Kleiber u. Henkel*, 1983).

Der vorliegende Beitrag versucht, wenigstens einige Lücken der Forschung zu schließen, dokumentiert empirische Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus und untersucht, ob diese auf *alkoholismusfördernde Wirkungen der Arbeitslosigkeit* verweisen. Die Analyse umschließt alle bisher verfügbaren Materialien und erfolgt zum einen anhand von Daten zur Entwicklung der jährlichen Aufnahme arbeitsloser Alkoholiker in Gesundheitsinstitutionen seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahre 1974 (Patientendaten 1), zum anderen mittels erster Ergebnisse eines Forschungsprojekts * (*Henkel u.a.*, 1984 hier: Befragung alkoholabhängiger Patienten: Patientendaten 2), schließlich auf der Grundlage von Feldstudien zur Prävalenz des Alkoholismus bei Arbeitslosen in der Bevölke-

* Forschungsprojekt: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus, finanziert von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Hamm und dem Bundesministerium f. Jugend, Familie u. Gesundheit, Bonn. Projektleitung: Prof. D. Henkel. Projektmitarbeiter: A. Möser, J. Kühnel, Th. Würthele, H. Kilchenstein.

rung. Methodische Gründe erfordern, diese drei Bereiche weitgehend getrennt zu behandeln.

1. Aufnahmen arbeitsloser Alkoholiker: Patientendaten 1

Tabelle 1. Entwicklung des jährlichen Zugangs der bei Aufnahme arbeitslosen Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen in Prozent der bei Aufnahme erwerbstätigen Patienten (nur abhängig Beschäftigte; beide Gruppen: ICD 303) und Entwicklung der Jahreszugänge an Arbeitslosen in den Arbeitsämtern der Bundesrepublik Deutschland in Prozent der abhängig beschäftigten Bevölkerung. M = Männer, F = Frauen, M+F = Männer und Frauen zusammen. Abhängig Beschäftigte unter den Patienten bzw. in der Bevölkerung = 100 Prozent. Spalte 7 u. 8: Absolute Fallzahlen der arbeitslosen und erwerbstätigen Patienten (Psychiatrische Landeskrankenhäuser Schleswig-Holsteins): A = Arbeitslose; E = Erwerbstätige.

	Beratungsstellen[1] Bundesgebiet	Fachkliniken Bundesgebiet		Psychiatrische Landeskrankenhäuser[6] Schleswig-Holstein				Arbeitsämter[7] Bundesgebiet	
	M+F	M	F	M	F	M+F		M	F
1969		4,2[2]	5,9[2]					6,4	6,1
1970								5,7	6,2
1971	5,3	4,1[2]						6,8	7,5
1972				36,3	35,9	(A)	(E)	7,1	7,6
1973				40,9	35,5				
1974		21,6[2]	23,5[2]	54,7	35,3	562	1081	11,9	12,7
1975	27,5			82,5	37,7	777	1030	15,1	16,2
1976				113,7	57,6	1027	971	13,7	16,3
1977	27,2	35,9[2]	26,4[2]	109,9	78,6	1022	1022	13,6	16,7
1978				129,3	53,4	1224	1063	12,4	15,7
1979		56,3[3]	40,0[2]	105,2	68,6	1093	1103	11,2	14,3
1980	43,7			124,0	92,5	1252	1047	12,0	14,8
1981	50,0			178,1	82,4	1335	812	14,2	15,9
1982		71,3[4]		242,6	122,0	1380	630	15,5	16,1
1983				256,5	168,1	1320	546	15,5	16,0
1984		113,1[5]							

1 Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Dokumentationen der Fachambulanzen, s. Henkel, 1979; Ebis-Berichte, 1981, 1982, 1983 (Arbeitslose: n = 503 bis 6246).

2 Eigene Berechnungen auf der Basis der Dokumentation der Fachkliniken, s. Henkel, 1979; (Arbeitslose: Männer: n = 690 bis 1658, Frauen n = 51 bis 281).

3 Eigene Erhebung in 34 Fachkliniken,s. Henkel, 1979 (Arbeitslose: Männer n = 615, Frauen n = 66).

4 Eigene Erhebung in 20 Fachkliniken (Arbeitslose: Männer n = 528).

5 Erhebung in 16 Fachkliniken im Rahmen des Forschungsprojekts: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus, bisher unveröffentlicht (Arbeitslose: Männer n = 413).

6 Eigene Berechnungen anhand der Dokumentation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Schleswig-Holstein (Arbeitslose: Männer n = 297 bis 1209, Frauen n = 42 bis 135).

7 Eigene Berechnungen auf der Basis der Amtlichen Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, 1982, 1984 sowie der statistischen Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1970 bis 1983.

Tabelle 1 (Spalte 2 bis 8) enthält repräsentative Längsschnittdaten aus verschiedenartigen, für die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitssicherung Alkoholabhängiger zuständigen Institutionstypen in der BRD (ambulante Beratungsstellen und Fachkliniken fur Suchtkranke, Psychiatrische Krankenhäuser). Abgebildet in Spalte 2 bis 6 ist die Entwicklung der jährlichen Anteile der bei Aufnahme arbeitslosen in Relation zu den bei der Aufnahme abhängig beschäftigten Patienten (Beamte, Angestellte, Arbeiter) mit der Diagnose Alkoholismus (ICD 303) sowie die Entwicklung der jährlichen Zugänge aller Arbeitslosen in Prozent der abhängig beschäftigten Bevölkerung (Spalte 9 u. 10). Wenngleich einige Datenreihen Lücken aufweisen, läßt sich doch sehr eindeutig ein mit der im Jahr 1974 einsetzenden ökonomischen Rezession und Massenarbeitslosigkeit einhergehender, im Verhältnis zur Gruppe der erwerbstätigen Patienten überproportionaler Zuwachs bei den Arbeitslosen in sämtlichen Institutionsbereichen gesundheitlicher Versorgung ablesen. Dieser Prozess zeigt sich nicht nur in prozentualer Hinsicht, sondern ebenso in den absoluten Fallzahlen. So stiegen z.B. in den Psychiatrischen Krankenhäusern Schleswig-Holsteins (alle nachfolgenden Angaben beziehen sich auf ICD 303) die Gesamtaufnahmen im Zeitraum von 1974 bis 1981 von 2358 auf 2873, die Arbeitslosenzugänge von 562 auf 1335, die Anzahl der erwerbstätigen Patienten verblieb praktisch konstant bei etwa 1000 Personen pro Jahr und geht erst seit dem Jahr 1981 zurück, während die Aufnahmezahlen der Arbeitslosen seitdem weiterhin zunehmen (Spalte 7 u. 8). Analoge Trends findet man im Bereich der Fachkliniken, auch im Beratungsstellensektor, allerdings mit einem Unterschied, daß nämlich dort bis zum letzten Erhebungsjahr keine rückläufige Entwicklung bei den erwerbstätigen Klienten auftritt (s. *Ebis-Bericht*, 1981, 1982, 1983). Insgesamt bedeutet dies, daß der in Tabelle 1 in prozentualen Relationen zur Gruppe der Erwerbstätigen errechnete und so abgebildete überproportionale Zuwachs der arbeitslosen Patienten mindestens bis zum Jahre 1980 nicht auf abnehmende Fallzahlen bei den Erwerbstätigen zurückgeht. Als zweites Ergebnis läßt sich feststellen, daß die Zahl der arbeitslosen alkoholabhängigen Patienten nicht nur innerhalb der verschiedenen Gesundheitsinstitutionen seit 1974 überdurchschnittlich ansteigt, sondern vor allem auch in Beziehung zur Arbeitslosenentwicklung in der Gesamtbevölkerung. In allen Institutionstypen nimmt die Gesamtheit der arbeitslosen Patienten spätestens seit dem Jahr 1976 signifikant stärker zu, als aufgrund der Bewegungen auf dem Arbeitsmarkt, den jährlichen Zugängen an Arbeitslosen zu erwarten wäre.

1.1. Thesen und Analysen

These 1. Es ist anzunehmen, daß die mit Beginn der Massenarbeitslosikeit im Jahr 1974 über eine lange Zeitspanne hinter den Gesamtaufnahmen zurückbleibende, in den absoluten Fallzahlen stagnierende und schließlich

abfallende Aufnahme erwerbstätiger Patienten im stationären Sektor sich aus der allgemein bekannten Beziehung zwischen zunehmender Arbeitslosigkeit und sinkender Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten erklärt (s. *Böker*, 1971; *Henkel u. Roer*, 1976, 1980). Im Zuge der Massenarbeitslosigkeit führt die Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes bei einem Großteil der noch im Erwerbsleben stehenden Alkoholgefährdeten und Alkoholabhängigen zum Verzicht auf notwendige Maßnahmen der Therapie und Rehabilitation mit der Folge weiterer Chronifizierungen ihrer Alkoholprobleme, z.B. auch im Bereich alkoholbedingter somatischer Krankheiten wie etwa der Leberzirrhose. Diese These stützt sich zudem auf die Tatsache, daß die Anzahl der berufstätigen Klienten innerhalb des Bereichs der ambulanten Beratungsstellen, deren Inanspruchnahme kaum Risiken des Arbeitsplatzverlustes nach sich zieht, nicht abnimmt sondern weiterhin steigt (s. *Ebis-Bericht*, 1981, 1982, 1983). Vor diesem Hintergrund stellt sich aus gesundheitspolitischer Perspektive die Forderung, gerade unter Bedingungen von Massenarbeitslosigkeit den ohnehin überfälligen Ausbau öffentlich-ambulanter Gesundheitsdienste voranzutreiben sowie den Schutz des Arbeitsverhältnisses bei stationärer Behandlung sicherzustellen.

These 2. Die in Tabelle 1 aufgeführten Arbeitslosenanteile bei den Patienten, ihre signifikante Zunahme innerhalb der Gesundheitseinrichtungen (so zählt z.B. in den Fachkliniken derzeit (1984) bereits jeder zweite von allen als Erwerbspersonen Aufgenommenen zur Gruppe der Arbeitslosen, in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (1983) nur noch jeder dritte zu den Berufstätigen), in erster Linie aber ihr unverhältnismäßig hoher Zuwachs in Relation zur allgemeingesellschaftlichen Arbeitslosigkeitsentwicklung legen die These einer zumindest alkoholismusverstärkenden Bedeutung der Arbeitslosigkeit nahe. Danach erklärt sich die überproportionale Zunahme der arbeitslosen Patienten aus arbeitslosigkeitsbedingten Zuspitzungen ihrer Alkoholprobleme und darüber vermittelten krisenhaften Zusammenbrüchen ihrer Lebensexistenzen, die massiver verlaufen als in anderen Gruppen wie z.B. bei den Erwerbstätigen und in vergleichsweise größerem Umfang das Aufsuchen psychosozialer Einrichtungen erzwingen. Dieser auf der Basis der in Tabelle 1 enthaltenen Daten abgeleiteten These kommt aber nur dann ausreichende Gültigkeit zu, wenn sich nachweisen läßt, daß der mit Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974 einsetzende Anstieg der Arbeitslosen unter den Patienten nicht oder nicht wesentlich auf selektive Filterprozesse zurückgeht, die auf der Ebene von Patienten und Gesundheitsinstitutionen ständig auftreten. Solche denkbaren Mechanismen werden nachfolgend in Form von *Gegen-Thesen* formuliert und analysiert.

1.2. Gegen-Thesen und Analysen

Gegenthese 1: höheres Arbeitslosigkeitsrisiko bei Alkoholikern. Ginge man von der Annahme aus, die Arbeitslosenzunahmen in den Gesundheitseinrichtungen resultierten allein aus einer im Verlauf ansteigender Arbeitslosigkeit unverhältnismäßig stark angewachsenen Quote von Entlassungen Alkoholabhängiger aus ihren Arbeitsverhältnissen, so würden damit die Zusammenhänge keinesfalls hinreichend erfaßt. Denn die Ereignisse des Arbeitsloswerdens und des Aufsuchens psychosozialer Institutionen weisen keine von vornherein gegebene innere Beziehung auf, auch dann nicht, wenn Alkoholprobleme bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestanden. In jedem Fall muß sich diese erst konstituieren, so daß Prozesse vom Arbeitslosen hin zum Patienten zustande kommen. Derartige Vermittlungsfaktoren mit zugleich selektiver Qualität können (neben den bereits als Hauptthese formulierten alkoholismusfördernden Effekten der Arbeitslosigkeit) z.B. in einem besonders aktiven Gesundheitsverhalten alkoholabhängiger Arbeitsloser liegen, oder in ihrer materiell-sozialen Lage als Arbeitslose, oder in spezifischen Formen gesellschaftlicher Reaktionen auf diese Personengruppe mit der Konsequenz, daß Arbeitslose mit Alkoholproblemen im Vergleich zu Erwerbstätigen bessere Chancen haben oder auch stärkeren Risiken unterliegen, in Gesundheitsinstitutionen zu gelangen.

Gegenthese 2: therapeutische Bevorzugung arbeitsloser Alkoholiker. So könnte die Ursache der beschriebenen Entwicklung z.B. in einer seit 1974 beginnenden, besonders zuvorkommenden Förderung der Arbeitslosen durch die Kostenträger psychsozialer Rehabilitation (z.B. Rentenversicherungsträger) zu suchen sein. Jedoch schon für Fachambulanzen ist diese Annahme fast völlig bedeutungslos, da in diesem Sektor vorgeschaltete Institutionen zur Gewährung und Finanzierung von Beratung praktisch keine Rolle spielen (s. *Ebis-Bericht*, 1981, 1982, 1983). Ebenso ist diese These für die Fachkliniken weitgehend auszuschließen, da die Erreichung von Therapiemaßnahmen in diesem Institutionstyp entscheidend vom beruflichen Status abhängt. Auch nach 1974 und bis heute fast unverändert richtet sich dieser selektive Filter insbesondere gegen die ungelernten Arbeiter (*Henkel*, 1979; *Henkel u.a.*, 1984), wenn man bedenkt, daß sich aus dieser Gruppe der größte Teil der Alkoholkranken (*Henkel*, 1979) und auch der arbeitslosen Alkoholabhängigen (*Bayern-Studie*, 1976) innerhalb der Bevölkerung zusammensetzt. Schließlich versuchen bereits die Kostenträger der Rehabilitation, Arbeitslose vergleichsweise häufiger als Berufstätige durch Verweigerung der Kostenübernahme und durch Abdrängung in die Frühinvalidität von Therapiemaßnahmen auszuschließen (*Henkel u.a.* i.V.) Als wie wenig haltbar sich die Annahme einer therapeutischen Bevorzugung erweist, zeigt sich auch daran, daß ein erheblicher Teil der arbeitslosen Alkoholabhängigen nicht über rehabilitative Förderung in psychia-

trische Einrichtungen kommt, sondern durch behördlich vollzogene Zwangseinweisung, im Jahr 1975 ungefähr 50% (*Wanke*, 1975 ...).

Gegenthese 3: Zunahme von Zwangseinweisungen bei arbeitslosen Alkoholikern. An Gegenthese 2 anknüpfend könnte man die These aufstellen, die Arbeitslosenzunahme sei Folge einer in Zeiten ökonomischer und sozialer Krisen verstärkten repressiven Kontrolle und Intoleranz gegenüber alkoholabhängigen Arbeitslosen seitens öffentlicher Sanktionsinstanzen im Sinne einer weiteren Anhebung ihrer Zwangseinweisungsrate. Derartige Zusammenhänge sind nicht von der Hand zu weisen (vgl. dazu auch Gegenthese 8). Allerdings greifen sie als Erkläungsansatz zu kurz, da Probleme der administrativen Zwangsverbringung Alkoholkranker nur in Bereich der Psychiatrischen Krankenhäuser (im folgenden kurz: PHK) auftreten, nicht jedoch in Fachkliniken und Beratungsstellen, da diese bei Aufnahme ausschließlich juristische Freiwilligkeit voraussetzen (*Henkel*, 1979; *Henkel u.a.*, 1984; *Ebis-Berichte*, 1981, 1982, 1983).

Gegenthese 4: aktiveres Gesundheitsverhalten bei arbeitslosen Alkoholikern. Auch erscheint die Annahme wenig plausibel, der starke Arbeitslosenanstieg resultiere aus einem bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen aktiveren Gesundheitsverhalten, gewissermaßen als Ausdruck eines durch vermehrt verfügbare Zeit oder infolge des Wegfalls des Arbeitsplatzverlustrisikos nun einlösbaren Nachholbedarfs an gesundheitlicher Versorgung. Arbeitslose allgemein, ebenso arbeitslose Alkoholabhängige zeigen jedoch deutlich zurückhaltendere, im Zuge ihrer Arbeitslosigkeit sich abschwächende Gesundheitsaktivitäten (*Köster u.a.*, 1978; *Henkel u.a.*, 1984, s. auch Pkt 2), vor allem als Folge der durch den hohen Druck der materiellen Lebenssicherung erzwungenen Verdrängung von Gesundheitsmaßnahmen mit der Konsequenz, daß arbeitslose Alkoholiker durchschnittlich erst nach weit mehr als einem Jahr andauernder Arbeitslosigkeit Kontakte zu psychosozialen Gesundheitseinrichtungen suchen (*Köster u.a.*, 1978; *Henkel u.a.*, i.V.).

Gegenthese 5: Psychiatrie als Armenhaus für arbeitslose Alkoholiker. Man könnte davon ausgehen, der überproportionale Arbeitslosenzuwachs unter den Patienten gründe sich primär in der Verschlechterung ihrer Lebenslage als Arbeitslose. Unter diesem Aspekt wäre denkbar, daß im Verlaufe der Massenarbeitslosigkeit Probleme der materiellen Verelendung und sozialen Isolation einen immer größer werdenden Teil der Arbeitslosen mit Alkoholproblemen nötigen, psychiatrische Institutionen in Anspruch zu nehmen zur Erreichung eines dort gerade noch verbleibenden Rests an Sicherung der existentiellen Lebensbedürfnisse, da andere Systeme der Absicherung durch den staatlich forcierten Sozialabbau zunehmend versagen, zumindest immer weniger ausreichen (z.B. Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe, Wohnheimplätze). Diese Problemzusammenhänge existieren zweifellos und gewinnen zukünftig bei weiterer Massenar-

beitslosigkeit sowie Kürzung sozialer Leistungen auch noch stärkere Bedeutung, insbesondere innerhalb der Armutsschichten, die schon seit jeher im PHK-Sektor Aufnahme finden. Doch als Erklärungsversuch insgesamt reicht diese These keineswegs aus. Insbesondere bliebe der Arbeitslosenanstieg in den Fachkliniken unbegriffen, aufgrund der bereits dargelegten, gegen die unteren Sozialschichten sich richtende Patientenauslese.

Gegenthese 6: längere Hospitalisierungsdauer bei arbeitslosen Alkoholikern. Es könnte der Einwand erhoben werden, die Arbeitslosenzunahme unter den Patienten sei Resultat einer mit der Massenarbeitslosigkeit einhergehenden und zugleich zunehmenden Kumulation der Arbeitslosen durch ihre längeren Hospitalisierungszeiten und größeren Risiken der Abdrängung in die sog. chronische Institutionspopulation aufgrund schlechterer Gesundheitsversorgung (s. *Dilling u. Weyerer*, 1978). Doch auch solche, aus dem PHK-Bereich bekannten Kumulationsprozesse spielen in Beratungsstellen keine Rolle, auch nicht in Fachkliniken aufgrund der standartisierten, für alle Patienten begrenzten Aufnahmezeit von 3 bzw. 6 Monaten. Hinzukommt, daß die in Tabelle 1 abgebildeten PKH-Daten nicht auf über mehrere Jahre aufaddierten Bestandszahlen beruhen sondern sich ausschließlich auf die jeweils jährlichen Aufnahmen beziehen. Somit kommt der hier formulierten These vor dem Hintergrund der zugrundegelegten Datenbasis auch für die Entwicklung im PKH-Sektor kein ausreichender Erklärungswert zu.

Gegenthese 7: höhere Wiederaufnahmequote bei arbeitslosen Alkoholikern. Man könnte annehmen, die Überproportionalität bei den Arbeitslosen ginge auf unverhältnismäßig hohe Zunahmen von Wiederaufnahmen (z.B. auch innerhalb eines Jahres) von arbeitslos und alkoholabhängig Gebliebenen ab dem Jahre 1974 zurück, bedingt durch die über die Massenarbeitslosigkeit vermittelten Verschlechterungen im Bereich der beruflich-sozialen Rehabilitation (s. *Bastian u.a.*, 1980). Doch hierbei handelt es sich im Prinzip um kein qualitativ neuartiges Argument, da auch für das erneute Aufsuchen psychosozialer Dienste die generelle, schon im Rahmen der Gegenthese 1 dargelegte Grundprämisse gleichermaßen gilt: auch eine wiederholte Inanspruchnahme von Gesundheitsinstitutionen setzt nicht voraussetzungslos ein. Insofern kämen auch hier alle in den bislang diskutierten Gegenthesen genannten Vermittlungsprozesse in Frage, deren Unzulänglichkeiten zur Erklärung des Arbeitslosenanstiegs in den verschiedenen psychosozialen Institutionstypen sich auch bei dieser These nicht reduzieren. Einer Wiederaufnahme geht zudem zumindest der Rückfall voraus, dessen Beziehungen zur Arbeitslosigkeit Pkt 1.3. noch gesondert behandelt.

Gegenthese 8: stärkerer sozialer Druck gegenüber arbeitslosen Alkoholikern. Bekanntlich kommen Alkoholabhängige aufgrund vergleichsweise geringer Eigenmotivation (vgl. auch *Dilling* u.a., 1984, 48) größtenteils

über äußere soziale Druckmechanismen in Beratung und Therapie. In diesem Zusammenhang wäre vorstellbar, daß arbeitslose stärker als berufstätige Alkoholabhängige solchen Prozessen unterliegen, und darauf ihre disproportionale Zunahme unter den Patienten zurückgeht. Plausibel erscheint die These, daß infolge der arbeitslosigkeitsbedingten Zunahme von sozialer Isolation sowie Rückbezogenheit auf den Privatbereich (*Jahoda u.a.*, 1975; *Fröhlich*, 1979) sich die Alkoholprobleme der Arbeitslosen vehementer als in der Zeit ihrer Berufstätigkeit auf Ehe, Familie oder andere private Formen von Sozialbeziehungen auswirken, und sich deshalb die Versuche, sie zu Therapiemaßnahmen zu bewegen, deutlicher als bei berufstätigen Alkoholabhängigen intensivieren. Die Ergebnisse in Tabelle 2 bestätigen diese Zusammenhänge. Doch muß man einschränkend betonen, daß die Differenzen zwischen beiden Gruppen nicht allzu groß ausfallen, und zum anderen längst nicht alle der befragten Arbeitslosen in Partnerschaftsverhältnissen leben, zudem weitaus weniger als in der Gruppe der erwerbstätigen Patienten (59,4 vs. 75,2 Prozent). Arbeitslose sehen sich auch häufiger einem verstärkten behördlichen Druck (Sozialamt, Wohnungsamt usw.) ausgesetzt, insbesondere seitens der Arbeitsämter durch angedrohte Sanktionen, so wie die berufstätigen Alkoholabhängigen durch Kündigungsdrohungen seitens der Arbeitgeber. Dagegen gehen Interventionen im Bekanntenkreis bei den Arbeitslosen erheblich zurück zweifellos infolge ihrer stärkerern, arbeitslosigkeitsbedingten sozialen Iso-

Tabelle 2. Veränderungen des sozialen Drucks im Jahr vor Klinikaufnahme im Vergleich zum Jahr davor. A = arbeitslose Patienten, B = berufstätige Patienten. 1 = zugenommen, 2 = gleich geblieben, 3 = abgenommen, 4 = traf nicht zu. Angaben in Prozent der jeweiligen Stichprobe (A = 175 Männer, B = 327 Männer). Näheres siehe im Text unter Pkt.2.

		1	2	3	4
1 Drängen vom Lebenspartner [1]	A	91,2	6,9	0,0	2,0
	B	65,1	15,8	7,7	11,3
2 Drängen von Freunden, Bekannten	A	14,3	10,9	63,4	11,4
	B	22,0	20,8	5,8	50,8
3 Drängen des Arztes	A	29,7	28,6	21,7	20,0
	B	46,2	19,9	3,7	29,9
4 Drängen von Behörden (außer 5 bzw. 6)	A	16,6	60,6	1,1	21,7
	B	2,8	25,7	0,0	70,6
5 Dränges des Arbeitsamtes	A	43,4	9,7	0,6	44,6
6 Drängen des Arbeitgebers	B	50,5	9,5	3,1	36,4

1 Stichprobengröße hier: A = 102, B = 247, weil nur Patienten berücksichtigt, die in den letzten zwei Jahren vor Klinikaufnahme in fester Partnerschaft lebten.

lierung. Auch Zunahmen des Therapiedrucks durch Ärzte treten bei arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Alkoholikern wesentlich seltener auf, offenbar aufgrund geringerer Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen, was die These eines aktiveren Gesundheitsverhaltens (s. Gegenthese 4) ebenso in Frage stellt wie die gegenüber Berufstätigen deutlich kürzere Kontaktdauer der Arbeitslosen zu Beratungsstellen im Jahr vor Klinikaufnahme[5] (2,5 vs. 4,4 Monate,). Gemessen an dem vermutlich gewichtigeren personalen Bedeutungsgehalt familiärer sowie behördlicher Interventionen, wirkt auf die Gruppe der Arbeitslosen möglicherweise ein stärkerer sozialer Druck zur Aufnahme von Therapie. Doch im Verbund mit den übrigen in Tabelle 2 aufgeführten Faktoren sowie vor dem Hintergrund der Ergebnisrelativierungen im privaten Bereich (s.o.: Partneschaftsverhältnisse) scheinen die Differenzen zwischen den Erwerbstätigen und den Arbeitslosen nicht groß genug, um den unverhältnismäßigen Arbeitslosenanstieg in den Gesundheitsinstitutionen allein über soziale Interventionsprozesse zu erklären (alle Daten in Tab. 2 aus *Henkel u.a.,* 1984).

1.3. Zwischenbilanz 1

Resümiert man die bisherigen Befunde, so kommt der Hauptthese der alkoholismusfördernden bzw. alkoholproblemverstärkenden Wirkung der Arbeitslosigkeit eine hohe Plausibilität zu, wenngleich auch andere Faktoren einen Anteil an der Zunahme der arbeitslosen Patienten haben, allerdings einen weit geringeren. Diese Gewichtung findet eine indirekte[6] Bestätigung druch empirische Analysen von *Brenner* (1967, 1973, s. auch 1979) im Rahmen ausgedehnter Längsschnittstudien über einen Zeitraum von z.T. 50 Jahren in den USA. Sie zeigen signifikante Zunahmen psyschiatrischer Ersteinweisungen von Alkoholikern ein bis drei Jahre nach Beginn ökonomischer Rezessionen, sinkendem Realeinkommen sowie steigenden Arbeitslosenquoten. Auch *Brenner* führt diese Beziehungen, die besonders deutlich bei Angehörigen der unteren Sozialschichten, vor allem bei Männern auftreten, primär auf alkoholproblemintensivierende Effekte der Arbeitslosigkeit zurück. Alternative Erklärungsursachen (soziale Intoleranz u. sozialer Druck, vgl. Gegenthesen 3 und 8, und materielle Lebensbedürfnisse, vgl. Gegenthese 5) wurden empirisch kontrolliert und gleichfalls als zwar wirksam, jedoch als nicht erstrangig entscheidend gewertet (*Brenner,* 1979, 188-270).

Weitere Belege zur Hauptthese bieten Studien zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfallprozessen bei Alkoholikern (s. z.B. *Baekeland,* 1977; *John,*, 1979; *Kissin u.a.,* 1980; *Klein, 1983; Henkel u.a.,* 1984; *Klein,* 1984). In hoher Übereinstimmung weisen sie nach, daß sich *Rückfälle*[7] unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit nach Klinikentlassung erheblich häufiger und schneller einstellen als bei Rehabilitanden in festen Arbeitsverhältnissen. Somit tritt auch unter dieser Perspektive die Arbeits-

losigkeit mit ihren psychosozialen Belastungswirkungen als Risikofaktor des Alkoholismus in Erscheinung.

2.Patientenbefragung: Patientendaten 2

Bisher erfolgte die Absicherung der Hauptthese nicht immer mit entsprechenden empirischen Prüfdaten sondern über den Umweg von (z.T. nicht genügend eindeutig abgeklärten und abklärbaren) Gegenthesen. Diese methodischen Lücken schließen Ergebnisse des Forschungsprojekts: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus (*Henkel u.a.* 1984),das Befragungen von Patienten zu Veränderungen ihres Alkoholismus und damit verbundener Probleme miteinbezog (Abschluß des Gesamtforschungsberichts Ende 1984 ...). Zur Stichprobe und Methodik: an der Untersuchung beteiligten sich 175 Arbeitslose mit einer ununterbrochenen Arbeitslosigkeitsdauer von 10 bis 14 Monaten bis Klinikaufnahme (Mittelwert: M = 12,3 Monate) und wenigstens 12-monatiger Erwerbstätigkeit im Jahr davor (M = 7,7 Jahre), sowie 327 Berufstätige mit einer durchgehenden Erwerbstätigkeitsdauer von mindestens 2 Jahren bis Klinikbeginn (M = 16,8 Jahre). Die Patienten stammten aus insgesamt 18 Fachkliniken für Suchtkranke (nur juristisch freiwillige Aufnahmen), verteilt über das gesamte Gebiet der Bundesrepublik. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres Geschlechts (nur Männer), nur unwesentlich im Alter (Arbeitslose: M = 37,0; Beruftätige: M = 40,2 Jahre ...), in der von Therapeuten beurteilten Dauer ihrer Alkoholabhängigkeit (M = 8,0 vs. 7,4 Jahre) und in der Zusammensetzung nach beruflicher Qualifikation, wobei die Facharbeiter den größten Anteil von jeweils knapp 50 Prozent stellen, die ungelernten Arbeiter 26 vs. 33, die Angestellten 25 vs. 17 und die Selbständigen 0 vs. 4 Prozent 8 [8]. Zu den Differenzen im Bereich Partnerschaft siehe Pkt 1.2: Gegenthese 8. Ziel der Analyse bestand in der Separierung des Einflusses der Arbeitslosigkeit auf der Basis einer standardisierten Fragenliste mit der Aufgabe an die Patienten, Veränderungen von Alkoholproblemen sowie die Richtung ihrer Änderung während des Jahres vor Klinikaufnahme (d.h. bei den arbeitslosen Patienten im Verlauf ihrer Arbeitslosigkeit) im Vergleich zum davorliegenden Jahr anzugeben (s. Tabelle 3). Zunächst läßt sich generell feststellen, daß zwischen beiden Gruppen in sämtlichen Problembereichen erhebliche Unterschiede auftreten. Bei weitaus mehr Arbeitslosen verstärken sich (infolge zunehmenden Leidens an ihrer psychosozialen und finanziellen Notlage als Arbeitslose, vgl. Tabelle 3, Nr.1) Motive, Alkohol zur subjektiven Abschwächung oder Verdrängung von Lebensbelastungen einzusetzen (vgl. Nr. 2). Versuche der zeitweiligen Abstinenz lassen eher nach (vgl. Nr. 3), stattdessen intensiviert sich bei fast allen Arbeitslosen das Trinkmuster auf der Ebene der Alkoholmenge, der Trinkfrequenz und Alkoholart sowie die Häufigkeit tagelang anhaltender-Trunkenheit bis zum Vollrausch (vgl. Probleme Nr.4 bis 7). Ebenfalls bei

Tabelle 3. Veränderungen von Alkoholproblemen im Jahr vor Klinikaufnahme im Vergleich zum Jahr davor. A = Arbeitslose Patienten, B = berufstätige Patienten. 1 = zugenommen, 2 = gleich geblieben, 3 = abgenomm, 4 = traf nicht zu. Angaben in Prozent der jeweiligen Stichprobe (A = 175 Männer, B = 327 Männer). Näheres siehe im Text unter Pkt.2.

			1	2	3	4
1	Leidensdruck wegen allgemeiner Lebenslage	A	95,4	4,0	0,6	0,0
		B	29,4	67,3	2,8	0,0
2	Wegen Sorgen, Belastungen Alkohol getrunken	A	94,9	0,6	1,7	2,3
		B	20,5	55,4	6,1	18,0
3	Versuche der Abstinenz	A	32,0	9,7	53,2	5,1
		B	53,4	25,7	8,9	7,0
4	Probleme, zeitlang ohne Alkohol auszukommen	A	91,4	5,7	0,6	2,3
		B	17,1	59,6	7,3	15,9
5	Mehrere Tage hintereinander Alkohol getrunken	A	93,7	1,7	0,0	3,4
		B	16,5	41,3	6,7	35,5
6	Konsum harter Alkoholika	A	92,6	2,3	2,3	2,9
		B	19,6	52,3	10,1	17,7
7	Trinken bis Vollrausch	A	92,0	1,7	2,3	3,4
		B	12,1	48,3	13,5	27,8
8	Konsum von Beruhigungs- oder Schlafmitteln	A	45,1	0,6	0,6	53,7
		B	4,6	7,3	4,3	83,5
9	Schuldgefühle nach Alkoholtrinken	A	91,4	2,9	2,3	2,9
		B	31,2	46,2	3,9	18,4
10	Erinnerungslücken nach Alkoholtrinken	A	74,3	21,1	1,1	2,9
		B	22,9	47,7	10,1	18,7
11	Halluzinationen nach Alkoholtrinken	A	58,9	21,7	3,4	15,4
		B	9,8	21,7	3,7	63,9
12	Morgens Alkoholtrinken	A	94,3	2,9	2,9	1,7
		B	19,3	65,1	7,3	7,7
13	Nachts aufgestanden und Alkohol getrunken	A	74,9	5,7	1,7	17,1
		B	7,3	19,6	5,5	67,3
14	Allgemeine körperliche [1] Gesundheit	A	92,6	6,3	1,1	
		B	41,3	55,7	3,1	
15	Mit anderen zusammen Alkohol getrunken	A	16,6	5,7	78,0	1,7
		B	17,7	53,5	22,3	7,3
16	Allein Alkohol getrunken	A	86,9	5,2	3,4	4,0
		B	30,3	43,1	5,2	21,4

17 Gedanken an Selbstmord	A	34,9	2,3	1,7	61,1
	B	8,9	8,6	5,5	76,5
18 Leidensdruck wegen Alkoholtrinken	A	91,4	8,6	0,0	0,0
	B	64,4	33,3	2,1	0,0
Erinnerungsvermögen in [2] Bezug auf die vorgegebenen Probleme (Therapeuteneinschätzung)	A	15,4	49,7	33,2	1,1
	B	15,9	57,8	22,3	4,0

1 Hier bedeutet: 1 = schlechter geworden, 2 = unverändert, 3 = besser geworden.
2 Hier bedeutet: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend (die wenigen Patienten, die schlechter als ausreichend beurteilt wurden, sind aus der Auswertung herausgenommen).

deutlich mehr Arbeitslosen steigert sich der Konsum von Psychopharmaka(vgl. Nr.8), vermutlich als Ersatz bei nicht verfügbarem Alkohol aus Mangel an Geld oder sogar als zusätzliches Mittel zur Problembetäubung, während diese Zusammenhänge in der Gruppe der Berufstätigen entweder fast überhaupt nicht auftreten oder unverändert bleiben. Auch die psychische Verarbeitung von Alkohol gelingt bei den Arbeitslosen schlechter, was sich in wesentlich häufigerem Erleben von Schuldgefühlen, Erinnerungslücken und Halluzinationen nach Alkholkonsum äußert [9] (vgl. Nr.9 bis 11), wobei die beiden zuletzt genannten Probleme sicherlich auch Konsequenzen des expandierten Trinkmusters darstellen.

Ebenso nehmen somatische Folgeprobleme zu, die in Entzugserscheinungen wie morgendlichem Trinken und nächtlichem Alkoholkonsum, der möglicherweise mit Schlafstörungen in Verbindung steht, und Verschlechterungen des allgemeinen körperlichen Gesundheitszustands, die über 90 Prozent aller Arbeitslosen beklagen zum Ausdruck kommen. (vgl. Nr.12 bis 14).Ebenso eng gekoppelt an die spezifische Lebenslage Arbeitsloser (s. soziale Isolierung) geht das Trinken mit anderen in der Gruppe der arbeitslosen Alkoholabhängigen ver gleichsweise häufiger zurück (vgl. Nr.15, s. auch Nr.16.). Eine besonders schwerwiegende Entwicklung bedeutet die Zuspitzung der Suizidalität bei etwa einem Drittel der Arbeitslosen im Zuge ihrer Arbeitslosigkeit (vgl. Nr.17 ...). Somit ergibt sich insgesamt als sicheres Ergebnis, daß die Arbeitslosigkeit bereits bestehende Alkoholismusformen in drastischer Weise verstärkt *(intensivierender Effekt)*. Zudem spricht einiges dafür, daß sie darüberhinaus auch zur Herausbildung neuer Probleme, damit zu Ausweitungen des Alkoholproblemspektrums führt (*expandierender Effekt)*. Siehe hierzu die häufig weit unter den Prozentsätzen der Erwerbstätigen liegenden Werte der Arbeitslosen in der letzten Tabellenspalte (s. z.B. Nr.11 u. 13), die bei Arbeitslosen auf ein erheblich umfangreicheres erstmaliges

Betroffensein von Problemen während ihrer Arbeitslosigkeit verweisen. Jedoch ließen sie sich auch so interpretieren, daß bei Arbeitslosen bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit eine vergleichsweise größere Problembandbreite bestand (die möglicherweise auch zu ihrer Entlassung beitrug; s. dazu die bei arbeitslosen Patienten schon erwähnte, deutlich kürzere Berufstätigkeitsdauer bis zum Beginn ihrer Arbeitslosigkeit) [10]. Unabhängig von dieser offenen Frage läßt sich die Konsequenz ziehen, daß schon allein aufgrund des eindeutig intensivierenden Einflusses der Arbeitslosigkeit auf den Alkoholismus arbeitslose Patienten bei Klinikaufnahme in der Regel quantitativ sowie qualitativ progredientere und massivere Alkoholismusformen aufweisen als berufstätige, was vergleichende diagnostische Analysen in Übereinstimmung mit den in Tabelle 3 aufgelisteten Problemfeldern klar belegen (*Wanberg u. Horn,* 1973; *Klein,* 1983; *Henkel u.a.,* i.V.). Durch diese Zusammenhänge erklärt sich auch die bei fast allen Arbeitslosen beobachtbare und im Gegensatz zu den Erwerbstätigen wesentlich häufiger auftretende Erhöhung ihres alkoholproblembezogenen Leidensdrucks (vgl. Nr.18 ...).

2.1. Zwischenbilanz 2

Im Zusammenschluß mit den Resultaten aus Pkt 1 bestätigt die Patientenbefragung, ihre Methodik und Ergebnisbilanz: der überproportional starke Zuwachs der arbeitslosen Patienten in den Gesundheitsinstitutionen geht in erster Linie auf arbeitslosigkeitsbedingte, vergleichsweise weitreichendere Verschärfungen ihres Alkoholismus zurück, insbesondere in Bezug auf Alkoholkonsummenge und Trinkfrequenz, damit einhergehende psychische und somatische Destabilisierungen, und daraus resultierende Leidensprozesse. Verglichen mit berufstätigen Alkoholabhängigen führt diese Gesamtproblematik zu schneller sich entwickelnden sowie tiefergreifenden krisenhaften Veränderungen in der Lebenslage Arbeitsloser, und somit auch zu ungleich höheren Anstiegen von Therapieaufnahmen, wobei Mechanismen des sozialen Drucks in den Prozeß der Entscheidung für die Inanspruchnahme von Therapie häufig hineinwirken, bei Arbeitslosen ebenso wie bei Erwerbstätigen (vgl. Pkt 1.2: Gegenthese 8 ...).

Die bisherige Argumentation bezog sich nur auf Patienten, bewegte sich von daher ausschließlich auf der Ebene von Daten aus dem Bereich von Gesundheitsinstitutionen, die Verallgemeinerungen von Analysebefunden stets begrenzen, z.B. aufgrund nicht immer vollständig aufdeckbaren Selektionen bestimmter Patientengruppen. Nachfolgende Daten unterliegen dieser Einschränkung nicht. Zudem verweisen sie nicht nur auf verstärkende Effekte auf schon bestehende Alkoholabhängigkeit, sondern auf Prozesse der Herausbildung von Alkoholgefährdungen durch die psychosozialen Folgen der Arbeitslosigkeit, da sie aus Felduntersuchungen stammen und sich auf den Alkoholismus bei Jugendlichen richten.

3. Alkoholismus bei Arbeitslosen: Feldstudiendaten

Inzwischen liegen für die BRD auch eine Reihe sozialepidemiologischer Feldstudien vor, in denen sich als überwiegender Befund eine steigende Häufigkeit der Alkoholgefährdung und Alkoholabhängigkeit mit abnehmendem sozioökonomischen Status zeigt [11] (*Wieser u. Feuerlein*, 1976; *Feuerlein u. Küfner*, 1977; *Weyerer u.a.*, 1981; *Weyerer u. Dillung*, 1984). Dabei findet man die mit Abstand höchsten Alkoholismusquoten bei den Arbeitslosen (s. Tabelle 4), in noch stärkerem Ausmaß bei den sozial deklassierten, wohnungslosen sowie dauerhaft Arbeitslosen [12] (s. *Henkel*, 1979). Doch so eindeutig diese quantitative Disproportionalität zu Lasten der Arbeitslosen auch ausfällt, sie besagt zunächst noch nichts über die Beziehungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Denn bei (nicht näher analysierten) Querschnittsdaten, und um solche handelt es sich bei allen genannten Untersuchungen, erhält die These der alkoholismusfördernden Wirkung der Arbeitslosigkeit erst dann ihre Bestätigung, wenn sich herausstellt, daß die Kumulation von Alkoholikern unter den Arbeitslosen nicht primär auf Effekte alkoholismusbedingter Arbeitslosigkeit zurückgeht. Dies zu untersuchen, ist Ziel der nachfolgenden Analysen, die sich (wiederum in Form von *Gegenthesen*) auf solche möglichen Zusammenhänge beziehen. Grundlage dafür bilden die in Tabelle 4 aufgeführten Daten zum *Jugendalkoholismus* (s. dazu Anmerkung 13).

3.1. Gegen-Thesen und Analysen

Gegenthese 1.: höheres Arbeitslosigkeitsrisiko bei Alkoholikern. Danach könnte man annehmen, die Häufung von Alkoholgefährdeten in der Schicht der Arbeitslosen resultiert allein aus einem höheren betrieblichen

Tabelle 4. Prozentualer Anteil Alkoholgefährdeter nach ihrer Stellung im Erwerbsleben in der Altersgruppe der bis 24-Jährigen.

Bundesland	Bayern	Baden-Württemb.	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Hamburg
Jahr	1976	1980	1981	1981-82	1981
Angestellte, Beamte	6,0	6,0	3,0	4,0	5,0
Arbeiter	8,0	8,0	10,0	9,0	7,0
Arbeitslose	14,0	*)	14,0	14,0	13,0
Gesamtstichprobe	n = 2441	1538	1843	1475	720

*) nicht erhoben, jedoch wird von einer deutlich überdurchschnittlich hohen Alkoholgefährdung bei Arbeitslosen gesprochen.

Quellen: Siehe im Literaturverzeichnis unter: Bayern-Studie, Baden-Württemberg-Studie, Nordrhein-Westfalen-Studie, Rheinland-Pfalz-Studie, für Hamburg briefliche Mitteilung von Infratest-Gesundheitsforschung, Mai 1984.

Entlassungsrisiko für Alkoholiker. Diese Annahme muß jedoch vor dem spezifischen Hintergrund der in Tabelle 4 zusammenstellten Studien deutlich relativiert werden. Denn Entlassungen aufgrund von Alkoholproblemen (vermittelt über vermehrte Fehlzeiten, Minderungen der Arbeitsproduktivität usw.) treten in relevantem Ausmaß erst bei Personen in weit fortgeschrittenen Phasen des Alkoholismus auf (vgl. *Wieser u. Feuerlein.* 1976; *Weyerer u.a.,* 1981). Hier aber handelt es sich nicht um Alkoholkranke in chronischen Stadien sondern um Jugendliche, die sich zumeist erst in dem Bereich der Alkoholgefährdung, aber noch nicht der ausgeprägten Abhängigkeit befinden. Zudem ist davon auszugehen, daß ein Großteil der Jugendlichen durch die besonders hohe Arbeitslosigkeit in der Gruppe der bis 25-Jährigen, die zwischen 1976 und 1981 ein Viertel bis ein Drittel aller Arbeitslosen stellten (s. *ANBA,* 1982), nicht entlassen wurde, sondern von Beginn an ohne Arbeit blieb, und wohl kaum durch Identifizierung ihrer Alkoholprobleme bei der Arbeitssuche.

Gegenthese 2: längere Arbeitslosigkeitsdauer bei Alkoholikern. Nach dieser These hätte die hohe Alkoholismusquote unter den Arbeitslosen ihre Ursache in einer mit der Zeit sich entwickelnden Kumulation infolge einer überdurchschnittlich langen Arbeitslosigkeitsdauer bei Alkoholgefährdeten (z.B. durch geringere Arbeitsmarktchancen wegen ihrer Alkoholprobleme, Bekanntwerden früherer Psychiatrieaufenthalte oder schwächere Aktivitäten bei der Arbeitssuche). Doch gegen diese These spricht wiederum die erst Anfangsstufen des Alkoholismus und noch kein Arbeitsmarkthindernis darstellende Alkoholgefährdung der Jugendlichen, die besonders bei arbeitslosen Personen mit Alkoholproblemen starke Motivation nach Wiedergewinnung von Arbeit (s.*Köster u.a.,* 1978; *Berger u.a.,* 1980) sowie die über die Jahre 1976 bis 1981 (s. Tabelle 4) bleibende Konstanz der Alkoholgefährdungsraten der Arbeitslosen, die keine der These entsprechenden Kumulationsprozesse nahelegen.

Gegenthese 3: alkoholismusbedingte berufliche Dequalifikation. Schließlich wäre anzunehem, daß Alkoholgefährdete entweder aufgrund von Prozessen alkoholismusbedingter beruflicher Dequalifizierung oder von vornherein wegen ihrer Alkoholprobleme in gering qualifizierte Berufspositionen mit hohen Arbeitslosigkeitsrisiken und reduzierten Wiederbeschäftigungschancen abgedrängt werden. Dann ginge die überproportionale Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus möglicherweise auf eine bloße additive Koppelung beider Probleme zurück, und zwar vermittelt über die Schicht der ungelernten Arbeiter: zum einen stellen sie den größten Teil der Alkoholgefährdeten unter den Arbeitslosen, und zum anderen findet man bei ihnen sowohl hohe Arbeitslosenquoten (s. *ANBA,* 1982) als auch (verglichen mit allen anderen Gruppen der abhängig Beschäftigten) die höchsten Alkoholismusraten (*Wieser u. Feuerlein,* 1976: 6,1 Prozent; *Dilling u.a.,* 1984: 9,5 Prozent; Männer und Frau-

en jeweils zusammengenommen wie auch in den Daten der Tabelle 4) mit der denkbaren Konsequenz einer daraus entstehenden Häufung Alkoholgefährdeter unter den Arbeitslosen. Mit dieser These jedoch bleibt völlig ungeklärt, warum die Alkoholismusraten der Arbeitslosen (s. Tabelle 4: 14 Prozent) die der ungelernten Arbeiter bei weitem übersteigen.

Resümiert man diese Gegenthesen, so kann keine als gänzlich gegenstandslos zurückgewiesen werden. Doch fällt ihr jeweiliger Erklärungsgehalt für die zur Diskussion stehende Frage sehr gering aus. Vielmehr liegen die Bedingungen für die unverhältnismäßig hohen Alkoholismusquoten in dem materiellen, sozialen und psychischen Wirkungsspektrum der Arbeitslosigkeit und nicht primär in alkoholismusbedingten Selektionsprozessen. Somit erscheint die Schlußfolgerung hinreichend berechtigt, daß die Feldstudien ebenfalls die These des alkoholismusfördernden Effekts der Arbeitslosigkeit bestätigen. Für den Bereich des Jugendalkoholismus bedeutet dies, daß innerhalb des Verhältnisses wechselseitiger Abhängigkeit zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholgefährdung der Arbeitslosigkeit die Bedeutung des bestimmeneden, damit auch zeitlich vorausgehenden Faktors zukommt. Das legen auch eine Reihe ausländischer Längsschnittstudien nahe. So wiesen *Smart* (1979) sowie *Rayman und Bluestone* (zit. nach *Liem u. Rayman,* 1982) starke Anstiege des Alkoholkonsums bei Arbeitslosen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit nach, jedoch ohne abzuklären, ob es sich dabei schon um alkoholismustypische Entwicklunsstufen handelte (s. dazu auch *Heinemann u.a.* 1979, zum Alkohokonsum bei arbeitslosen Frauen). *Brenner* (1975, 1976) ermittelte in zwei umfangreichen Analysen nicht nur signifikante Zunahmen des Alkoholkonsums sondern auch der Leberzirrhosemortalität (von *Brenner* als Alkoholismusindikator verwendet) ein bis drei Jahre nach Beginn ökonomischer Krisen und steigender Arbeitslosigkeit. Auch empirische Untersuchungen zur Biographie Alkoholabhängiger zeigen klar, daß Gefährdungen der beruflich-sozialen Existenz, vor allem instabile Lohnarbeitsverhältnisse und Arbeitslosigkeit, in den Anfängen der Alkoholismusgenese auffallend gehäuft auftreten, aber regelhaft *vor* Beginn der Herausbildung des Alkoholismus (*Wieser,* 1969; *Salzmann,* 1967; *Kissin u.a.,* 1970 zit. nach *Matakas u.a.,* 1978).

4. Bilanz und Perspektiven

In Verbindung mit den schon vorliegenden Forschungsarbeiten verweisen die vorgestellten Daten und Analysen auf deutliche Erhöhungen der Auftretenswahrscheinlichkeit von Alkoholgefährdungen und Verschärfungen bestehender Alkoholprobleme unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit, zumindest bei arbeitslosen Männern (vgl. Pkt 1. und 2., s. auch *Henkel u.a.,* 1983, 241). Endgültige Klarheit brächten empirische Prüfungen durch Längsschnittstudien, die Personenstichproben der Allgemeinbevöl-

kerung im Zeitvergleich vor und nach Eintritt der Arbeitslosigkeit hinsichtlich quantitativer und qualitativer Alkoholismusentwicklungen untersuchen. Dabei stellt sich die Notwendigkeit, den Erhebungszeitraum sowohl zur Seite der Arbeitslosigkeitszeit als auch hin zur Phase der Erwerbstätigkeit vor Arbeitslosigkeitsbeginn weit zu öffnen. Zum einen, um die für psychsomatische (s. *Kasl u. Cobb,* 1979, 1983) sowie psychische Störungen (s. *Dilling u.a.,* 1984, 70) bereits eindeutig nachgewiesenen und auch für Entwicklungen im Bereich des Alkoholismus anzunehmenden Wirkungen der Bedrohung durch Arbeitslosigkeit, der Antizipation von möglichem Arbeitsplatzverlust bei Massenarbeitslosigkeit in der Gruppe der Berufstätigen zu erfassen, und um damit zugleich eine Unterschätung des Gesamteffektes der (antizipierten *und* real erfahrenen) Arbeitslosigkeit bei entlassenen und arbeitslos bleibenden Lohnabhängigen zu vermeiden, die dann erfolgt, wenn die Untersuchungen wie bisher erst mit dem Eintritt des Arbeitsplatzverlustes einsetzen (s. dazu ausführlich *Frese u. Mohr,* 1978; *Frese,* 1980). Zum anderen, um Verläufe während der Arbeitlosigkeit zu analysieren und zur Gewinnung präventions- und rehabilitationsrelevanter Erkenntnisse herauszuarbeiten, unter welchen Bedingungen alkoholgefährdete Arbeitslose ihre Alkoholprobleme überwinden bzw. in chronifizierende Prozesse der Abhängigkeit geraten.

Der allgemeine Nachweis der alkoholismusfördernden Wirkungen der Arbeitslosigkeit läßt die konkreten Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus ungeklärt, sowohl in ihrer empirischen Komplexität als auch in ihren realen Vermittlungszusammenhängen. Dies zeigen bereits offenkundige Fakten. So liegt z.B. die Zahl der Nichtalkoholgefährdeten bei den Arbeitslosen weit über dem Prozentsatz der Alkoholgefährdeten (s. Tabelle 4). Die Aufklärung solcher Sachverhalte erfordert zunächst wesentlich stärkere Diffenenzierungen der Arbeitslosen nach objektiven Lagemerkmalen (z.B. Dauer der Arbeitslosigkeit, Ausmaß der materiellen Deprivation, Umfang und Qualität sozialer Beziehungen während der Arbeitslosigkeit). Doch Ansätze differentieller Arbeitslosigkeitsforschung (*Wacker,* 1984), die sich darauf beschränken, bleiben in mechanistischen Verkürzungen befangen. Weder zwischen Arbeitslosigkeit und psychischen Störungen allgemein (s. *Wulff,* 1984), noch zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus im besonderen (s. *Pearlin u. Radabaugh,* 1981) existiert ein unmittelbares, allein über die objektive Seite der Arbeitslosigkeit bestimmtes Ursache-Wirkungs-Verhältnis. Stets hängt es von einem System wechelwirkender objektiver und subjektiver Faktoren ab, welche Verläufe und Formen die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit jeweils annehmen (s. z.B. den Zusammenhang von beruflicher Qualifikation, Berufsorientiertheit und Gefühlen der Wertlosigkeit bei Arbeitslosen, *Fröhlich,* 1979). Fortschritte in der Forschung lassen sich daher nur auf der Basis subjektwissenschaftlicher Theorien erzielen, die den inneren Zusam-

menhang zwischen den materiellen und sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit und den gesellschaftlich vermittelten subjektiven Formen ihrer Verarbeitung zum Gegenstand haben und diese Beziehung nach klassen-, schicht-, und positionsspezifischen Merkmalen differenzieren. Dabei sind sowohl die im Sozialisationsprozeß (in Familie, Schule, Arbeit usw.) vermittelten als auch die durch die konkrete Situation der Arbeitslosigkeit bestimmten Tätigkeits- und Bewußtseinsstrukturen zu berücksichtigen (s. *Wacker*, 1984; *Henkel*, 1984). Als Teilaspekt in diesem Gesamtzusammenhang scheint m.E. die Annahme plausibel, daß der Alkohol dann subjektive Relevanz *als Droge* gewinnt, wenn er nicht nur bloße Abschirmungen, sondern zugleich auch *qualitative Umdeutungen* von spezifischen Lebensproblemen bei Arbeitslosen bewirkt, z.B. eine Umkehrung des erniedrigten Selbstwertbewußtseins in (scheinhafte) Selbsterhöhung oder des Verlusts der Kontrolle über über die Lebenslage in eine Praxis (illusionärer) Unterwerfung bzw. Beherrschung der äußeren Realität, und insofern eine *subjektiv adäquat* erscheinende Antwort auf den arbeitslosigkeitsbedingten Widerspruch zwischen real erlittener Reduktion subjektbestimmter Lebensexistenz und nach wie vor bestehendem Bedürfnis nach Wiedergewinnung der subjektiven Verfügung über die eigenen Lebensbedingungen bietet.

Anmerkungen

1 Die Zugangszahlen sind nicht die bekannteren Jahresdurchschnittszahlen der Arbeitslosen, die nichts darüber aussagen, wieviel Lohnabhängige im Laufe eines Jahres überhaupt von Arbeitslosigkeit betroffen sind, weil der statistische Durchschnitt lediglich der Saldo aus Zu- und Abgängen ist.

2 entfällt

3 Der Begriff des Rückfalls ist problematisch, denn er suggeriert, man fiele gewissermaßen in unveränderter Weise auf eine vorherige Problemlage zurück.

4 Die Arbeitsämter können dem alkoholabhängigen Arbeitslosen die Arbeitslosenunterstützung kürzen oder ganz entziehen, wenn er keine Gesundheitsmaßnahmen ergreift und somit dem Arbeitsmarkt nicht mehr als voll arbeitsfähig zur Verfügung steht.

5 Dies zeigt auch die Unterrepräsentierung der Arbeitslosen in Beratungsstellen, s. *Henkel*, 1979.

6 Die Studien von *Brenner* bieten insofern nur eine indirekte Bestätigung, weil *Brenner* innerhalb der Gesamtheit der Patienten die Arbeitslosen nicht gesondert analysiert.

7 s. Anmerkung 3

8 Die jeweils erstgenannten Zahlen beziehen sich immer auf die Arbeitslosen.

9 Bei dem Problem der Schuldgefühle nach Alkoholtrinken spielen möglicherweise Selbstschuldzuschreibungen in Bezug auf die eigene Arbeitslosigkeit eine Rolle.

10 Diese Annahme steht nicht im Widerspruch zur Gegenthese 1 (Pkt 1.2), die lediglich besagt, daß bei bereits Alkoholabhängigen der Eintritt der Arbeitslosig-

keit nicht automatisch zur Klinikaufnahme führt.

11 Die Beziehung ist zumindest für Männer eindeutig nachgewiesen. Ob sie auch für Frauen gilt, ist aufgrund fehlender Forschung noch unklar.

12 Gemeint sind hier die sog. Nichtseßhaften. Dieser Begriff wurde vermieden, da er die Lebensbedingungen dieser Personen nicht zutreffend beschreibt.

13 Deren Auswahl hat vor allem zwei Gründe. Zum einen erfassen die in Tabelle 4 aufgeführten Studien die Alkoholgefährdung in Abgrenzung von bloßem Alkoholkonsum in Anlehnung an die alkoholismusdiagnostischen Instrumetarien von *Feuerlein u.a.*, (1976, 1979). Zum anderen eignet sich die Gruppe der Jugendlichen zur Abklärung der Bedeutung und des Gewichts möglicher Einflüsse durch alkoholismusbedingte Arbeitslosigkeitsrisiken in besonders klarer Weise.

Literaturverzeichnis

ANBA: Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit J 1157 B, Nürnberg, 1982.

Baekeland, F.: Evaluation of treatment methods on chronic alcoholism. In: Kissin, B., Begleiter, H. (Ed.): The biology of alcoholism. Vol. 5 New York, Plenum Press, 1977, 385-440.

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

Bastiaan, P., Kaiser, E., Kuhr, A., Rockstroh, D., Wernado, M., Wulff, E.: Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. In: Jantzen, W. (Hg.): Arbeit und Arbeitslosigkeit als pädagogisches und therapeutisches Problem. Pahl-Rugenstein, Köln, 1980, 75-94.

Bayern-Studie: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern, hg. vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren, München, 1976.

Berger, H., Legnaro, A., Matakas, F.: Die Problematisierungsphase in der Alkoholikerkarriere. In: Berger, H., Legnaro, A., Reuband, K.H. (Hg.): Alkohokonsum und Alkoholabhängigkeit. Kohlhammer, Stuttgart, 1980, 99-109.

Böker, K.: Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter. In: Das Argument, 1971, 901-927.

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

Brenner, M.H.: Mental illness and the economiy. Harvard University Press, Cambridge, 1973.

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

Brenner, M.H.: Estimating the costs of national economic policy: Implications for mental and physical health and criminal agression. Vol. 1: Employment, Paper No. 5 Government Printing Office, Washington, 1976.

Brenner, M.H.: Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. Urban und Schwarzenberg, München, 1979.

Dilling, H., Weyerer, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. Urban und Schwarzenberg, München, 1978.

Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart, 1984.

Ebis-Bericht: Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm, 1981, 1982, 1983.

Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, Ch., Antons, K.: Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 1976, 139-152.

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

Feuerlein, W., Küfner, H.: Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden. Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 1977, 89-106.

Frese, M., Mohr, G.: Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit. In: Frese, M., Greif, S., Semmer, N.: Industrielle Psychopathologie. Huber, Bern, 1978, 282-320.

Fröhlich, D.: Psychosoziale Folgen der Arbeitslosigkeit. Eine empirische Untersuchung in Nordrhein-Westfalen. ISO-Institut, Köln, 1979.

Heinemann, K., Röhrig, P., Stadié, R.: Arbeitslose Frauen. Tabellenband im Manuskript, St. Augustin, 1979.

Henkel, D.: Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD in Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. In: Das Argument. Sonderband AS 37, 1979, 86-113.

Henkel, D.: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Kritik und Perspektiven der Forschung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht und Gesellschaft. Hoheneck, Hamm, 1984, 246-254.

Henkel, D., Kleiber, D., Roer, D.: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus aus epidemiologischer, ätiologischer und rehabilitativer Sicht. In: Suchtgefahren, 1983, 233-245.

Henkel, D., Möser, A., Kühnel, J., Kilchenstein, H., Würthele, T.: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Forschungsbericht Teil 1, 1984 (im Manuskript).

Henkel, D., Möser, A.: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Forschungsbericht Teil 2, 1984 (i.V.).

Henkel, D., Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. In: Das Argument. Sonderband AS 12, 1976, 148-189.

Henkel, D.: Sozialepidemiologie psychischer Störungen. Argument-Verlag, Berlin-West, 1980 (SH 38).

Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F., Zeisel, H.: Die Arbeitslosen von Marienthal. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1975.

John, U.: Zum Stellenwert der Arbeit im Therapieerfolg bei Alkoholkranken. In: Suchtgefahren, 1979, 145-156.

Kasl, S., Cobb, S.: Some mental health consequences of plant closing and job loss. In: Ferman, L., Gordus, J. (Ed.): Mental health and the economy. Up-John-Institute, Kalamazoo, 1979, 451-476.

Kasl, S., Cobb, S.: Variability of stress effects among men experiencing job loss. In: Goldberger, L., Bresnitz, S. (Ed.): Handbook of Stress. The Free Press, New York, 1983 (im Druck).

Kieselbach, T., Leithäuser, T., Wacker, A.: Arbeitslosigkeit. In: Bremer Beiträge zur Psychologie, Universität Bremen, 1984 (i.V.).

Kissin, A. Platz, A., Su., W.: Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. In: J. of Psychiatric Reserach, 1970, 13-27.

Kleiber, D., Henkel. D.: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. In: Feuser, G., Jantzen, W. (Hg.): Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie. Pahl-Rugenstein, Köln, 1983, 18-42.

Klein, K.H.: Katamnestische Untersuchung in einer Fachklinik für Alkoholabhängige. In: Suchtgefahren, 1983, 181-186.

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

Köster, H., Matakas, F., Scheuch, E.: Alkoholismus als Karriere. Köln, Manuskript, 1978.

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

Maiers, W., Markard, M.: Lieber arbeitslos als ausgebeutet? Pahl-Rugenstein, Köln 1980.

Matakas, F., Köster, H., Leidner, B.: Welche Behandlung für welche Alkoholiker? In: Psychiatrische Praxis, 1978, 143-152.

Nordrhein-Westfalen-Studie: Repräsentativerhebung zum Mißbrauchsverhalten bei Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Infra-Test-Gesundheitsforschung, München, 1981.

Pearlin, L., Radabaugh, C.: Economic strains and the coping functions of alcohol. In: American J. of Sociology, 1981, 652-663.

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

Salzmann, B.: Einige soziale Bedingungen zur Entstehung des Alkoholismus. Universität Köln, unveröff. Diplomarbeit, 1967.

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

Wacker, A.: Arbeitslosigkeit. Campus, Frankfurt a.M., 1976.

Wacker, A. (Hg.): Vom Schock zum Fatalismus? Soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. Campus, Frankfurt a.M., 1978.

Wacker, A.: Arbeitslosigkeit als Krankheitsursache. Manuskript, 1983.

Wacker, A.: Differentielle Verarbeitungsformen von Arbeitslosigkeit. Anmerkungen zur aktuellen Diskussion in der Arbeitslosenforschung. In: Soziale Welt, 1984 (im Druck).

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

Wanke, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201, 1975, 490-498.

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

Wieser, S.: Diskussionsbericht. In: Scholz, J.F. (Hg.): Rehabilitationskongress Heidelberg 1968. Gentner, Stuttgart, 1969, 463-465.

Wieser, S., Feuerlein, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus im Bundesland Bremen. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 1976, 447-461.

Wulff, E.: Materielles Elend, soziale Not und seelisches Leid. In: Demokratisches Gesundheitswesen, 5, 1984 und 6, 1984 (Teil 1 und 2).

Hansjörg Hemminger*

Zum Streit um Bioprodukte und gesunde Ernährung

- eine Stellungnahme aus dem Öko-Institut -

Mit der Belastung der Umwelt ist auch das Umweltbewußtsein der Verbraucher gewachsen, und wie immer reagiert der Markt auf diese neue Lage: Nichts geht im Moment besser im Lebensmittel- und Haushaltsbereich als »biologische« Produkte. Besonders »biologisch« erzeugte Nahrungsmittel sind heftig in der Diskussion, die einen halten sie für nicht besser als die konventionell erzeugten, die anderen schwören auf die Biologie. Wie immer, wenn eine Bezeichnung zum Schlag- und Werbewort wird, weiß man bald nicht mehr, was damit eignetlich gemeint ist: Was sind biologische Produkte? Nun, in diesem Kapitel wollen wir nicht über »biologische« Waschmittel oder »biologische« Unterhemden sprechen, sondern lediglich über die sogenannten biologischen Lebensmittel. Dabei muß zur Klärung sofort ein wichtiger Punkt angesprochen werden:

Selbstverständlich arbeitet die Landwirtschaft immer nach den Regeln des biologischen Wachstums, eine Kuh im Stall eines konventionell wirtschaftenden Bauern ist ebenso ein Lebewesen wie eine »alternative« Biokuh. Nicht die Biologie unterscheidet die »Alternativen« von den »Konventionellen«, sondern der Aufwand an Chemie und Technik, der betrieben wird. Insofern ist die Bezeichnung »biologischer« Landbau nicht gerade glücklich gewählt. Da sie sich aber eingebürgert hat, sollen im folgenden die Unterschiede der beiden Methoden durch die Worte »konventioneller Landbau« und »biologischer bzw. alternativer Landbau« bezeichnet werden. Wo liegen diese Unterschiede?

Die Alternative Landwirtschaft hebt sich von der konventionellen Landwirtschaft dadurch ab, daß die Verwendung von mineralischen Düngern und von Pflanzenschutzmitteln entweder untersagt oder in der Menge sehr stark beschränkt wird. Im Einzelnen unterscheiden sich die verschiedenen Richtungen des alternativen Landbaus recht erheblich, aber sie gehen doch von einigen übereinstimmenden Grundsätzen aus:

Eine ganzheitliche Betrachtung der landwirtschaftlichen Produktion ist oberstes Grundprinzip, z.B. wird ein geschlossener Betriebskreislauf angestrebt, in der die Abfallstoffe wieder dem Boden und der Wirtschaft zugefügt werden. Auch alle Arten von Umweltbelastungen sollen möglichst

---

*Die wissenschaftlichen Informationen entstammen der vom Öko-Institut erarbeiteten Expertise »Schadstoffbelastung und Verbraucherschutz«. Der Beitrag ist Teil eines 1985 erscheinenden Buches »Vorsicht Gift«.

vermieden werden, und die schonende Bodenbearbeitung steht im Vordergrund. Die Düngung erfolgt durch organisches Material, das möglichst gut aufbereitet wird, zusätzlich kommen vor allem Gesteinsmehl und Algenprodukte zum Einsatz. Beim Pflanzenschutz wird mehr auf die Erhaltung und Förderung der Widerstandskräfte bei Tieren und Pflanzen gesetzt als auf die radikale Tötung aller Schädlinge. Daher wird weitgehend auf chemische Pflanzenbehandlungsmittel verzichtet, auch Hormone und andere Arzneimittel werden in der Viehhaltung nicht benutzt. Der Bodenfruchtbarkeit dient die Bevorzugung vielseitiger Fruchtfolgen anstatt einseitiger Monokulturen, die Jahr um Jahr auf das selbe Stück Land ausgebracht werden. Künstliche, leicht lösliche Mineraldünger werden in aller Regel abgelehnt. Im untenstehenden Kasten werden die Merkmale der einzelnen Methoden noch einmal zusammengefaßt.

Einige alternative Landbaumethoden:

Biologisch-dynamische Wirtschaftsweise

Düngung: organisch mit Wirtschaftsdüngern und Kompost, organische Handelsdüngung beschränkt zugelassen; Verbot leichtlöslicher chemisch-synthetischer Mineraldüngung; zusätzlich: Urgesteinsmehl, Rohphosphat, Patentkali, Kalk, Algenkalk etc.

Präparate: Hornmist '500', Hornkiesel '501', Kompostpräparate

Pflanzenschutz: Verwendung von Pflanzenschutzmitteln praktisch verboten; gezielte Fruchtfolge, mechanisch-thermische Verfahren, Mittel auf pflanzlicher Basis, Kupfer- und Schwefelpräparate

Organisch-biologischer Landbau

Düngung: vorwiegend Wirtschaftsdünger, Flächenkompostierung, organische Handelsdünger beschränkt zugelassen; Verbot leichtlöslicher chemisch-synthetischer Mineraldünger; weiterhin: Thomasmehl, Patentkali, Algenkalk etc.

Präparate: Zur Beschleunigung der Umsetzungsvorgänge

Pflanzenschutz: wie biologisch-dynamische Wirtschaftsweise

Naturnaher Anbau der ANOG

Düngung: Humuswirtschaft, alle organischen Stoffe, mineralische Ergänzungsdünger erlaubt, triebige Stickstoffdünger verboten;
weiterhin: Thomasmehl, Hyperphos, Rohphosphate, Patentkali, Gesteinsmehle, Algenkalk, etc.

Pflanzenschutz: vorbeugender Pflanzenschutz; einige relativ unschädliche chemisch-synthetische Wirkstoffe im Rahmen des integrierten Pflanzenschutzes zugelassen;
sonst: mechanische und thermische Verfahren, bei einigen Sonderkulturen einige Insektizide, Akarizide und Fungizide zugelassen

Was ist Qualität?

Wenn man die Qualität herkömmlicher und alternativer Produkte vergleichen will, muß man zuerst eine Vorstellung davon haben, worin die Qualität von Lebensmitteln besteht. Die Fachleute unterscheiden bei der Qualität von Lebensmitteln mindestens zwischen drei Gesichtspunkten: Äußere Beschaffenheit, Gebrauchswert, biologischer oder ernährungsphysiologischer Wert. Was man unter der besseren oder schlechteren äußeren Beschaffenheit eines Lebensmittels zu verstehen hat, braucht nicht weiter erklärt zu werden. Weniger leicht verständlich ist der Begriff Gebrauchswert: Der Gebrauchswert eines Produktes besteht darin, daß ein bestimmtes Produkt mehr oder weniger leicht technisch verarbeitet oder vermarktet werden kann. Z.B. hat eine Ware für den Verbraucher einen höheren Gebrauchswert, wenn sie sich länger lagern läßt als eine vergleichbare andere Ware. Der dritte Gesichtspunkt, der ernährungsphysiologische Wert, bestimmt aus der Sicht des Verbrauchers die Qualität aber zweifellos am meisten. Schließlich kauft er Lebensmittel, um sich ausreichend und gesund zu ernähren. Daneben spielt allerdings auch der Genußwert eines Lebensmittels eine erhebliche Rolle bei der Qualitätsbeurteilung. Das Produkt soll nicht nur gesund sein, es soll auch gut schmecken und daher beim Verzehr Freude bereiten. Äußere Beschaffenheit, Gebrauchswert, Ernährungswert und Genußwert einer Ware gehen alle in die Beurteilung des Verbrauchers ein. Was Qualität ist, wird von diesen Gesichtspunkten bestimmt.

Kann der Verbraucher aber im Einzelfall auch beurteilen, welche Qualitätsmerkmale von einer bestimmten Ware erfüllt werden? Es ist ihm ja in der Regel nicht möglich, eine chemische Analyse eines Apfels vorzunehmen und dadurch festzustellen, wie hoch dessen Vitamingehalt ist und wie wenige oder wie viele Schadstoffrückstände er enthält. Beurteilen kann der Verbraucher vor allem die äußere Beschaffenheit des Produkts, auch der Genußwert ist für ihn zumindest nach dem Kauf feststellbar. Äußerlich ansprechende und sogar gutschmeckende Produkte erfüllen aber oft nicht die Anforderungen, die vom Ernährungswert her gestellt werden müßten. Daher ist es besonders bedauerlich, daß unsere Handelsklassen weitgehend nur die äußere Beschaffenheit der Ware bei der Beurteilung zugrundelegen. Die Problematik einer solchen Beurteilung kann an folgendem Beispiel deutlich gemacht werden:

Die Hauptmerkmale der Handelsklassen bei Obst und Gemüse sind Gewicht, Form, Größe, Farbe und Fehlerfreiheit. Kann ein Apfel oder ein Kohlkopf diese Merkmale optimal auf sich vereinigen, wird er in der höchsten Handelsklasse verkauft. Ernährungsphysiologisch wichtige Inhaltsstoffe wie Vitamine oder Mineralien werden dabei nicht berücksichtigt. So müssen beispielsweise von dem in den höchsten Handelsklassen rangierenden Apfel »Golden Delicious« etwa 6 Stück verzehrt werden, um 50 Milligramm Vitamin C aufzunehmen. Von der Apfelsorte »Freiherr von Ber-

lepsch« wäre für die selbe Menge Vitamin C nur 1 Apfel nötig. Die letztere Apfelsorte wird aber vor allem von den Großverteilern als Handelssorte gar nicht anerkannt, das heißt, mit ihr wird in größerem Rahmen nicht gehandelt, und der Verbraucher kann sie z.B. in einer Großstadt nicht erstehen. Im Bezug auf den Vitamin-C-Gehalt gelangt also ein deutlich minderwertiger Apfel in die höchsten Handelsklassen, während ein hochwertiger überhaupt nicht gehandelt werden kann.

Allgemein kann der Gehalt an Vitamin C und der Karotingehalt als ein gewisses Richtmaß für den biologischen Wert von Obst- und Gemüsesorten dienen. Auch der Geschmack sollte eine wichtige Rolle spielen — es gibt genug Leute, die Äpfel wie »Golden Delicious« nicht nur vom Vitamingehalt, sondern auch vom Geschmack her für recht minderwertig halten. Es wäre also ein Bewertungssystem zu fordern, das die Gesichtspunkte der Ernährungsphysiologie und der Gesundheit ebenso wie den des Geschmacks stärker berücksichtigt. Die Handelsklassen und die EG-Normen sind aber lediglich auf die Interessen einer möglichst guten Vermarktung ausgerichtet. Ihre Beurteilungskriterien sind keineswegs verbraucherfreundlich, denn sie zwingen den Erzeuger aus wirtschaftlichen Gründen zum Einsatz aller verfügbaren chemischen Produktionsmittel. Wenn einige absolut harmlose Schorfflecken auf den Äpfeln schon dazu führen, daß der Apfelbauer für sein Produkt wesentlich weniger Geld erhält, kann man es ihm nicht übelnehmen, daß er spritzt. Übel nehmen muß man vielmehr den zuständigen Entscheidungsgremien ihre kurzsichtige Handelspolitik. Der Verbraucher ahnt oft nicht, daß er durch den Einkauf von äußerlich makellosen Produkten die Chemisierung der Landwirtschaft indirekt fördert und dadurch selbst auch höhere Mengen chemischer Rückstände über seine Nahrung zu sich nimmt. Ein Ausweg wäre die Förderung des Anbaus von Obst- und Gemüsesorten mit gutem Geschmack, mit einem genetisch bedingten hohen Gehalt an ernährungsphysiologisch wertvollen Inhaltsstoffen und mit einer möglichst hohen natürlichen Resistenz gegenüber Krankheiten und Schädlingen. Diese Sorten sollten dann durch Verordnungen auch als Spitzenqualität gehandelt werden. Aber solange es an solchen Maßnahmen fehlt, wird von der Seite der Erzeuger immer behauptet werden, ihre auf äußere Merkmale hin produzierten Waren seien auch von der Qualität her die besten. Im folgenden Text wird es darum gehen, diese Behauptung nachzuprüfen. Dabei werden wir uns auf die Frage konzentrieren, ob es durch alternative Anbau- und Erzeugungsmethoden möglich ist, die Ernährungsqualität von Lebensmitteln zu verbessern und die Rückstände an Schadstoffen zu vermindern. Gerade um diese Frage tobt in der Fachwelt und in der Öffentlichkeit ein heftiger Streit, in dem es einige Mißverständnisse wegzuräumen und einige Informationen zu geben gilt.

Versuche und Vergleiche

Es hat in den letzten Jahren eine Reihe von Experimenten gegeben, durch die die Schadstoffbelastung und die Inhaltsstoffe von Produkten untersucht werden sollten, die teilweise alternativ und teilweise konventionell erzeugt wurden. Allerdings beziehen sich die meisten dieser Vergleichsuntersuchungen auf pflanzliche Lebensmittel, tierische Lebensmittel wurden kaum in dieser Weise geprüft, obwohl die Qualitätsverluste bei der Tierproduktion eher stärker ins Gewicht fallen als bei den Pflanzen. Was kam bei diesen Experimenten heraus?

Einer der längsten Versuche dieser Art wurde von 1960-1972 von einem Wissenschaftler namens Schuphan durchgeführt. Bei Düngungsversuchen mit Stallmist einerseits mit biologisch-dynamischem Kompost andererseits und mit Mineraldüngern konnte Schuphan in seiner Untersuchung die Überlegenheit der organischen Düngung dokumentieren. Er schrieb, daß bei organischer Düngung im Vergleich zu alleiniger Mineraldüngung erheblich größere Gehalte an Wertstoffen in den Pflanzen zu verzeichen waren. Der Wassergehalt der Produkte war geringer, der Eiweißgehalt stieg an, Vitamin C war über ein Viertel mehr vertreten und auch der Zuckergehalt war höher. Wesentliche Mineralstoffe wie Kalium, Calcium, Phosphor und Eisen waren in den organisch gedüngten Pflanzen stärker vertreten. Dagegen ging das unerwünschte Nitrat erheblich zurück, und auch Natrium war weniger vorhanden.

Diese Ergebnisse wurden von anderen Fachleuten allerdings stark kritisiert und als zufallsbedingt bezeichnet. Bis heute ist umstritten, ob der Versuch von Schuphan als seriös gelten kann oder nicht. Es muß zugegeben werden, daß seine Versuche unter Einsatz einer in der Landwirtschaft unrealistischen Menge von Kompost durchgeführt wurden. Ein Bauer, der einen normalen Betrieb hat, könnte die in dem Versuch verwendeten Kompostmengen sicherlich nicht aufbringen. Aber andere Ergebnisse aus der alternativen Landwirtschaft, die unter realistischeren Bedingungen entstanden, bestätigen zumindest in der Tendenz die Ergebnisse Schuphans.

In den Jahren 1971 bis 1979 wurde in Schweden ein Projekt durchgeführt, bei dem konventionelle und biologisch-dynamische Anbauweisen miteinander verglichen wurden. Die Felder wurden einerseits ausschließlich mit Mineraldünger, andererseits mit biologisch-dynamischem Stallkompost gedüngt. Ein endgültiger Abschlußbericht liegt bis heute noch nicht vor, aber es wurden einige Ergebnisse veröffentlicht:

Bei den Kartoffeln hatten die biologisch-dynamischen Produkte niedrigere Eiweißgehalte, aber eine bessere Eiweißzusammensetzung. Sie enthielten weniger freie Aminosäuren, dafür aber mehr Vitamin C und wesentlich weniger Wasser. Außerdem wurde angegeben, die biologisch-dynamischen Kartoffeln hätten besser geschmeckt. Im Gegensatz zu den Kartoffeln ergab die Untersuchung an Weizen und Gerste keine großen

Unterschiede zwischen den beiden Anbauweisen. Bei den konventionell angebauten Getreiden war im Mittel lediglich ein etwas höherer Eiweißgehalt zu verzeichnen, sicherlich eine Folgedes höheren Stickstoffangebots im Boden. Interessant ist noch, daß der Ertrag bei den konventionell angebauten Kartoffeln deutlich höher lag als in der biologisch-dynamischen Anbauform. Da umgekehrt die Lagerverlust bei den konventionellen Kartoffeln höher lagen, war der Unterschied, als man den im Mai übriggebliebenen Ertrag prüfte, wesentlich geringer geworden. Ein gewisser Teil des Mehrertrags bei den konventionellen Kartoffeln hatte wohl aus Wasser bestanden.

Bei einer Untersuchung, die im Auftrag des Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Umwelt Baden-Württemberg 1977 durchgeführt wurde, wurden neun biologisch-dynamische Betriebe mit konventionellen Betrieben verglichen. Wieder wurden bei den Getreiden keine statistisch absicherbaren Unterschiede festgestellt. Dagegen gibt es andere Untersuchungen, die bei Gemüsen erhebliche Unterschiede fanden. Z.B. konnte man feststellen, daß sich durch den Einsatz biologisch-dynamischer Spritzmittel das Lagerverhalten von Möhren, Weizen und Mais verbessern ließ. Als man rote Rüben aus Demeter-Betrieben und konventionellen Betrieben verglich, stellte man fest, daß der Wassergehalt der Demeter-Rüben eindeutig niedriger war. Außerdem enthielten die Demeter-Rüben weniger Nitrat, allerdings auch weniger Eiweiß. In den 60er Jahren wurde auch eine umfangreiche Untersuchung an Kartoffeln in der Bundesrepublik durchgeführt. Dabei ergaben sich keine allzu deutlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Anbaumethoden: Die Gehalte an freien Aminosäuren und an Nitrat waren bei organischer Düngung etwas niedriger, der Gehalt an Vitamin C und Zucker war in der Regel etwas höher. Allerdings waren diese Unterschiede nicht allzu klar. Wenn man alle Ergebnisse zusammen nimmt, so kann man feststellen, daß zumindest die chemisch untersuchbaren ernährungswichtigen Inhaltsstoffe von der Anbaumethode nicht allzu sehr beeinflußt werden. Es ist erstaunlich, wieviel die Pflanzen auch unter unnatürlichen Anbaumethoden noch leisten. Wahrscheinlich wird die ernährungs-physiologische Qualität unserer pflanzlichen Nahrung also mehr durch Heranzüchten minderwertiger Sorten geschädigt als durch unnatürliche Anbaumethoden. Aber wie sieht es beim Schadstoffgehalt aus?

Bei der Basler Marktkorbuntersuchung durch das kantonale Laboratorium Basel Stadt wurden bei den Rückständen an Pflanzenschutzmitteln folgende Ergebnisse gefunden:

1980 wurden bei 34% der Produkte aus konventionellem Anbau gut meßbare Rückstände von Pflanzenschutzmitteln gefunden, bei 3,7% lagen die Rückstände über den zulässigen Grenzwerten. Dagegen waren nur bei 4% der biologischen Produkte meßbare Rückstände vorhanden, wobei

keiner dieser Werte über den Grenzwert hinausging. Daraus kann man den Schluß ziehen, daß sich bei den Schadstoffrückständen sehr wohl ein Unterschied zwischen konventionell und alternativ erzeugten Produkten zeigen läßt. Dasselbe Ergebnis fand auch ein Autor, der im Auftrag des »Spiegel« arbeitete: Er untersuchte Brot aus Bioläden und herkömmlichen Läden auf die Gehalte an Vitamin B2 und Vitamin B6, Möhren und Kopfsalat auf ihren Nitratgehalt und verschiedene Obst- und Gemüsesorten auf ihren Gehalt an Pflanzenschutzmittel-Rückständen. Beim Kopfsalat wurden für biologisch erzeugte Produkte wesentlich geringere Nitratrückstände gemessen. Die Vitamin B1- und B6-Gehalte lagen bei den aus Bioläden stammenden Broten geringfügig höher. In Bezug auf die Rückstände an Pflanzenschutzmitteln waren die Bioprodukte den konventionellen aber weit überlegen: Unter 16 biologischen Proben waren nur bei 4 Rückstände nachweisbar, diese lagen aber Größenordnungen unter den Grenzwerten der Höchstmengenverordnung. Unter den 16 Proben aus herkömmlichen Läden waren bei 8 Proben Rückstände nachweisbar, und davon überschritten drei Proben die Grenzwerte der Höchstmengenverordnung, wären also eignetlich nicht mehr zum Verkauf zugelassen gewesen. Auch bei den anderen Waren lagen die Rückstände zum Teil nur knapp unter den Grenzwerten. Damit scheint es mehr als deutlich zu sein, daß durch alternative Anbaumethoden zumindest die Belastung des Verbrauchers mit Umweltchemikalien vermindert werden kann. Genau das wird aber in letzter Zeit heftig bestritten.

Eine mit hohem finanziellem Aufwand durchgeführte Studie des Verbands Deutscher Landwirtschaftlicher Untersuchungs- und Forschungsanstalten (VDLUFA) kam zu andeen Ergebnissen: In dieser Studie wurden Nahrungsmittel auf der Endverbraucherstufe (also nicht auf der Erzeugerstufe) auf ihre Qualitätsmerkmale hin untersucht. Dabei wurde auf den Vitamingehalt, den Mineralstoff- und Proteingehalt, auf den Wassergehalt, auf den Geschmack, sowie auf Rückständ an Pflanzenschutzmitteln und anderen Schadstoffen geachtet. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, daß sich das alternative Warenangebot sowohl in der Qualität als auch in Bezug auf die Schadstoffe von herkömmlich erzeugten Produkten nicht unterscheidet. Daraus wird der Schluß gezogen, daß auch die alternative Landwirtschaft nicht zu einem gesünderen und schadstoffreieren Nahrungsangebot beitragen kann. Diese Studie wurde mit einem gewaltigen Aufwand in der Öffentlichkeit vorgestellt, und einige Wochen später war wohl die Mehrheit der Bundesbürger der Ansicht, mit den Bioprodukten sei es doch alles ein sehr großer Schwindel. Wer an diesem Meinungsumschwung Interesse hatte und hat, braucht wohl nicht näher erläutert zu werden. In dem Chor befreidigter Stimmen, die es über die Bundesrepublik verbreiteten, daß zwischen konventionell und alternativ erzeugten Produkten kein Unterschied sei, wurde eiens ganz vergessen: Noch bis vor

kurzem hatten die konventionellen Erzeuger behauptet, alternative Waren seien nicht gleich - sondern minderwertig. Jetzt zeigten sie sich höchst befreidigt über das Ergebnis, daß kein Unterschied bestünde. Die berechtigte Kritik an dieser Studie wurde zu Anfang weitgehend totgeschwiegen. Sie gewann erst dann an Durchschlagskraft, als sich nach und nach herumsprach, daß die chemische Industrie die Studie des Verbandes kräftig mitfinanziert hatte. Groteskerweise war ausgerechnet der sogenannte »Hauptarbeitskreis Düngung« der chemischen Industrie einer der wesentichen Geldgeber gewesen. Konnte man unter solchen Umständen wirklich unabhängige Ergebnisse erwarten?

Aber auch abgesehen von solchen Zweifeln weist die Studie einige Mängel auf, die einem wissenschaftlich qualifizierten Autor eigentlich nicht hätten passieren dürfen. Die wichtigsten sollen im folgenden genannt werden:

— Alle untersuchten Produkte wurden auf der Verbraucherebene entnommen, also nicht direkt vom Erzeuger geholt. Dabei kamen bei den alternativen Produkten Waren aus dem unkontrollierten, »grauen« Biomarkt in die Untersuchung. Daß sich unter den Anbietern hier einige schwarze Schafe befinden, wird von den Umweltschützern selbst keineswegs bestritten. Erzeugnisse des flächenmäßig größten bundesdeutschen Herstellers von Bioprodukten, nämlich die Erzeugnisse mit dem Gütesiegel »Bioland« des organisch-biologischen Landbaus gelangten nicht in die Analyse. Auch Produkte mit dem Gütesiegel »ANOG« wurden anscheinend nicht berücksichtigt. Gekauft wurden ausschließlich Produkte mit den Bezeichnungen »bio-norm«, »Demeter« und »biologisches Erzeugnis«. Letzteres ist eine Allerweltsbezeichnung, die sich jedermann zulegen kann, und »bio-norm« bildet das Markenzeichen eines Gärtners, der schon vor Jahren von der Demeter-Gesellschaft ausgeschlossen wurde. Nur Demeter, das gesetzlich geschützte Markenzeichen der biologisch-dynamischen Wirtschaftsweise, kann als echtes Qualitätssiegel gelten.

— Geradezu grotesk ist es, daß bei den alternativen Erzeugnissen auch importierte Produkte untersucht wurden, während bei den konventionellen Produkten ausschließlich inländische Erzeugnisse in die Untersuchung aufgenommen wurden. Es ist in der Fachwelt jedermann bekannt, daß importierte Lebensmittel wesentlich häufiger mit hohen Schadstoffrückständen belastet sind als einheimische Waren. Daß aus dieser Quelle unkontrollierte Produkte auch Eingang in den Biomarkt finden, sofern man sich nicht an die gängigen Markenbezeichnungen hält, verwundert eignetlich niemand. Gerade beim konventionellen Warenagebot stammt ein erheblicher Teil aus dem Ausland, daher hätten diese gerechterweise in die Untersuchung mit einbezogen werden müssen. Schließlich sind es diese importierten Nahrungsmittel, die der Verbraucher zu sich nimmt. Die Auswahl, die hier getroffen wurde, riecht mehr nach Manipulation als nach echtem wissenschaftlichen Interesse.

— Einen weiteren Kritikpunkt stellt die Auswahl der Nahrungsmittel dar: Es kamen lediglich pflanzliche Produkte in die Untersuchung, während es in der Fachöffentlichkeit unumstritten ist, daß tierische Nahrungsmittel eher Probleme aufwerfen. Hier wäre wahrscheinlich ein Unterschied zwischen konventioneller und aternativer Wirtschaftsweise erkennbar gewesen, denn Futtermittelzusätze, Arzneimittel usw. werden in der alternativen Landwirtschaft nicht eingesetzt. Ebenso werden in alter-

nativen Betrieben keine importierten Futtermittel eingesetzt, die bekanntermaßen zum Teil noch hohe Rückstände an Schadstoffen enthalten. Aber es ist eben besser für die Interessen der Geldgeber, wenn angebliche »biologische« Karotten aus Spanien mit Qualitätskarotten eines guten konventionellen Erzeugers in der Bundesrepublik verglichen werden, als wenn man die Schnitzel aus einem riesigen konventionellen Schweinemastbetrieb mit den Schnitzeln eines alternativen Erzeugers vergleicht. Auch hier riecht es nach Manipulation in der teuren Studie der VDLUFA.

Es soll dabei gar nicht geleugnet werden, daß auch alternative Produkte Rückstände an Schadstofen enthalten können. Die allgemeine Umweltsituation betrifft beide Landwirtschaftsformen gleichermaßen, eine absolut rückstandsfreie Nahrung läßt sich in der hochindustialisierten Bundesrepublik nicht mehr produzieren. Die alternativen Erzeuger verbürgen sich auch lediglich für den Nichteinsatz von landwirtschaftlichen Chemikalien, die sie gemäß ihrer selbsauferlegten Beschränkung nicht anwenden dürfen. Sie sind nicht so wirklichkeitsfremd, um Schadstoffreiheit insgesamt zuzusagen. Trotzdem glauben es die Autoren der Studie verantworten zu können, die alternativen Landwirte anzuklagen, gegen ihre selbstauferlegten Beschränkungen gehandelt zu haben, weil auch bei ihren Produkten Rückstände nachweisbar sind. Diese besonders angesichts der mehr als merkwürdigen Probenauswahl völlig aus der Luft gegriffene Behauptung zeigt mehr als alle Einzelergebnisse, daß es mit der Unabhängigkeit der Untersucher nicht allzu weit her ist. Trotzdem — und das muß festgehalten werden — konnten selbst die einseitigen Methoden der Studie nicht dazu führen, den Bioprodukten eine mindere Qualität anzudichten. Angesichts der Voreingenommenheit der Untersucher können die alternativen Erzeuger das Ergebnis »kein Unterschied« eigentlich sogar noch als einen Erfolg verbuchen.

Schützenhilfe erhielt die fragwürdige Studie der VDLUFA durch Tests der niedersächsischen chemischen Untersuchungsämter, die 1982 durchgeführt wurde. Und zwar wurden im Rahmen der üblichen Lebensmittelkontrollen bei Gärtnern und landwirtschaftlichen Betrieben, Wochenmärkten, Läden und Importeuren Proben des konventionellen und des alternativ erzeugten Nahrungsmittelangebots genommen. Die Ergebnisse wurden vom niedersächsischen Sozialministerium und vom Minister für Ernährung, Land- und Forstwirtschaft ausgewertet und führten ebenfalls zu der Überzeugung, daß zwischen den Produkten der beiden Landwirtschaftsformen hinsichtlich der Qualität und der Schadstoffreiheit keine Unterschiede bestünden. Gleichzeitig wird aber zugegeben, daß aufgrund der kurzen Laufzeit des Programms (1 Jahr) und der zum Teil geringen Probenzahl aus dem alternativen Bereich eine abschließende Bewertung der Ergebnisse nicht vorgenommen werden könnte. Dieser Einschätzung kann man nur zustimmen, aber es mutet um so merkwürdiger an, daß dieses vorläufige und fragwürdige Ergebnis mit einer ansprechenden, farbigen Broschüre in

großem Umfang verbreitet wurde. Es ist ansonsten in der Wissenschaft nicht üblich, vorläufige Zwischenergebnisse als Propagandamaterial über die gesamte Republik zu streuen. Hier spielten wohl eindeutige Interessen die Hauptrolle. Die Kritikpunkte an der niedersächsischen Studie sind ähnlich wie die vorher genannten:

Auch diese Studie beschränkt sich auf die Untersuchung pflanzlicher Erzeugnisse, tierische bleiben unberücksichtigt. Das verwundert etwas, da gerade in Niedersachsen während des Untersuchungszeitraums tonnenweise lindanbelastete Futtermittel verfüttert wurden, wie erst später bekannt wurde. Aber wenigstens wurden im Gegensatz zur VDLUFA-Studie neun Nahrungsmittel untersucht, nämlich Weizen, Roggen, Kartoffeln, Blumenkohl, Möhren, Salat, Rote Beete, Äpfel und Erdbeeren. Allerdings wurden wiederum Importwaren, die bei dem konventionellen Angebot eine große Rolle spielen, zwar untersucht, aber nicht bewertet. Aus dem alternativen Warenangebot kamen Produkte mit Allerweltsbezeichnungen »ungespritzt«, »nicht künstlich gedüngt«, »biologisch« oder »aus ökologischem Anbau« zur Untersuchung. War es den Wissenschaftlern tasächlich nicht klar, daß sich unter solchen verwaschenen Markenbezeichnungen die schwarzen Schafe der Branche verbergen? Ob auch namhafte Erzeugnisse wie »Demeter« oder »Bioland-Erzeugnisse« untersucht werden, geht aus der Studie nicht einmal hervor.

Trotzdem ist es ein Vorteil der niedersächsischen Studie, daß mehr unterschiedliche Nahrungsmittel zu Untersuchung kamen, und daß die chemische Industrie wenigstens nicht direkt als Geldgeber fungiert. Es wäre sicherlich wünschenswert, daß die Untersuchungen fortgeführt und auf Importe und tierische Produkte ausgedehnt werden.

Die Reihe der vergleichenden Untersuchungen von Bioprodukten und konventionellen Erzeugnissen ist damit noch keineswegs abgeschlossen. Es würde jedoch wenig neue Erkenntnisse bringen, immer mehr neue Untersuchungen zu zitieren. Daher wollen wir an diesem Punkt abbrechen und nur noch einige wenige Ergebnisse erwähnen, die tierische Lebensmittel betreffen:

Dabei ist vor allem festzuhalten, daß es in alternativen Betrieben keine Massentierhaltung gibt. Damit treten die Probleme, die mit Massenhaltung üblicherweise verbunden sind, in alternativen Ställen nicht auf. Z. B. wird dadurch die vorbeugende Verabreichung von großen Mengen an Arzneimitteln unnötig, wie sie in den riesigen Massenställen unbedingt erforderlich ist. Mit Rückständen dieser Arzneimittel, mit Rückständen aus Futterzusatzstoffen wie Antibiotika und Hormonen usw. ist in den alternativ bewirtschafteten Betrieben daher nicht zu rechnen.

Was die Belastung mit Schwermetallen angeht, die hauptsächlich aus dem Verkehr und von der Industrie stammt, so sind beide Betriebsweisen natürlich gleichermaßen betroffen. Anders sieht es mit den giftigen Pflan-

schutzmitteln aus: Da in alternativ bewirtschafteten Betrieben in der Regel keine Pestizide eingesetzt werden, und da auch belastete Futtermittel vermieden werden, dürfte hier die Belastung geringer sein. Bei einigen alternativen Erzeugern, z.B. bei »Demeter«, unterliegt auch das Füttern einer gewissen Reglementierung. So wird vor allem der Zukauf von Kraftfutter beschränkt. Zu diesem Thema gibt es wenigstens einige Untersuchungen:

So wurde gefunden, daß Kaninchen, die mit konventionellen Futtermitteln ernährt wurden, etwas anfälliger waren als Kaninchen aus alternativer Wirtschaftsweise. Andere Autoren fanden eine geringere Fruchtbarkeit bei Kühen, die auf konventionell gedüngten Weiden grasten, und bei Kaninchen die mit konventionell erwirtschafteten Futtermitteln gefüttert wurden. Allerdings sind die Ergebnisse insgesamt widersprüchlich. Es sollte daher eine Aufgabe der Zukunft sein, gerade tierische Lebensmittel gründlicher zu prüfen.

Sehr häufig wurde festgestellt, und das kann auch die Hausfrau auf ihrem eigenen Herd überprüfen, daß Fleisch von konventionell gefüttertem Schlachtvieh höhere Wassergehalte aufweist als alternativ erzeugtes Fleisch. Die Hausfrau merkt das an den höheren Verlusten beim Braten und Kochen. Im Gegensatz zum Fleisch wurde bei der Milch relativ wenig Unterschied zwischen konventioneller und alternativer Betriebsweise gefunden. Die konventionell ernährten Kühe zeigten jedoch einen wesentlich höheren Eiweißgehalt in der Milch. Allerdings sind auch diese Untersuchungen bruchstückhaft, da die untersuchten Rassen nicht übereinstimmten. Gerade die Milchleistung und die Milchzusammensetzung bei der Kuh hängt aber erheblich von der Rasse ab, die der Bauer im Stall stehen hat. Die Prüfung der Rückstände an chlorierten Kohlenwasserstoffen erbrachte keine bemerkenswerte Unterschiede zwischen alternativer und konventioneller Milch. Dieses traurige Ergebnis bedeutet lediglich, daß sich die wesentlichen Umweltgifte in der Milch inzwischen über unsere ganze Umwelt verteilt haben, so daß ihnen kein Landwirt mehr entgehen kann. Von der Milchleistung her scheint es keine großen Unterschiede zu geben, das heißt, alternativ gefütterte Kühe geben dieselbe — nach einigen Untersuchungen sogar etwas mehr — Milchmenge wie im konventionellen Betrieb.

Versuch einer Wertung:

Bereits die kleine Auswahl der zitierten Ergebnisse hat deutlich genug gemacht, daß die Frage auch in Fachkreisen umstritten ist, ob alternative landwirtschaftliche Produkte den konventionellen vorzuziehen sind. Dabei wurde die zweite Frage, ob die Erträge alternativer Anbauweisen ausreichen, von vornherein ausgeklammert. Sie zu behandeln würde den Rahmen unseres Buches sprengen, darum sei nur ganz kurz angemerkt: Die Erträge einer alternativen Landwirtschaft würden für uns ausreichen, obwohl bei gewissen Feldfrüchten die heutigen Ernten nur mit intensivem

Chemieeinsatz zu erzielen sind. Aber Umstellungen im Anbau und in den Eßgewohnheiten könnten dies ausgleichen — so steht ja nirgends geschrieben, daß man auf unseren besten Böden Mais zur Viehfütterung anbauen muß. Die alternative Landwirtschaft könnte uns ebensogut ernähren wie die konventionelle, wenn auch mit weniger Steaks und mit mehr Möhren. Aber diese These zu beweisen, muß anderen Veröffentlichungen des Öko-Instituts vorbehalten bleiben. Wie steht es nun aber mit der Qualität?

In der Fachwelt lassen sich sehr deutlich zwei Lager erkennen. Die Vertreter der alternativen Landwirtschaftsmethoden versuchen mit viel Mühe und mit viel Aufwand, Vorurteile gegen ihre Arbeitsweise auszuräumen und auf umweltfreundliche Wirkungen ihrer Methoden hinzuweisen. Sie treffen auf den festgefügten, keineswegs nur vernünftig begründeten Widerstand eines anderen Lagers, das entschlossen die moderne chemisierte und technische Art des Landbaus vertritt. Man muß es der Ehrlichkeit halber feststellen, daß die Vertreter der alternativen Anbauweise ihre Ansicht in der Regel sachlicher vortragen und den Ergebnissen der Forschung aufgeschlossener gegenüber stehen als die oft recht intoleranten Vertreter des anderen Lagers. Diese argumentieren künftig polemisch, malen das Gespenst des Welthungers an die Wand oder reden von alternativev Landwirten, als wären dies Leute, die wieder in den Zustand der Jungsteinzeit zurück wollten. Es dürfte sich aber inzwischen herumgesprochen haben, daß auch alternative Landwirte den Acker nicht mit Auerochsen und mit einem Hakenpflug bearbeiten wollen. Sie melden Bedenken gegen die Überchemisierung der Landwirtschaft und gegen die damit einhergehende Umweltzerstörung an, Bedenken, die ein großer Teil der Bevölkerung ebenfalls hegt. Die Polemik der konventionellen Seite gipfelt in solch absoluten Aussagen wie der folgenden:

»Vergleichende Analysen zeigen, daß zwischen konventionell und biologisch erzeugten Lebensmitteln keine Unterschiede in Nährwert und gesundheitlicher Qualität feststellbar sind. Gegenteilige Behauptungen sind falsch.« Diese apodiktische Behauptung wurde vom Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde 1982 aufgestellt, und immerhin 25 Professoren stützen sie mit ihrer akademischen Autorität. Wie die hier genannten Ergebnisse gezeigt haben, können auch 25 Professoren nicht für die Richtigkeit einer Erklärung garantieren, denn die obige Aussage ist falsch. Es steht fest und wird durch die zitierten Untersuchungsergebnisse verdeutlicht, daß alternativ erzeugte Produkte in der Regel weniger Pflanzenschutzmittelrückstände aufweisen, im Mittel niedrigere Nitratgehalte zeigen und ein eindeutig höheres Trockengewicht haben (also weniger Wasser enthalten) als konventionelle Produkte. Auch wenn es bei den konventionell erzeugten Produkten nur bei etwa 4 bis 6 % der Waren zu Höchstmengenüberschreitungen durch Pflanzenschutzmittel kommt, so reichen die Rückstände in konventionellen Produkten doch meist sehr viel näher an

die zulässigen Höchstwerte heran als in alternativen Waren. Dagegen kann ohne weiteres zugegeben werden, daß auch alternative Produkte von der allgemeinen Umweltbelastung betroffen sind und betroffen sein müssen. Sicherlich wäre es auch voreilig zu behaupten, daß alle konventionell erzeugten Nahrungsmittel zwangsläufig Schadstoffen belastet würden. Beweisbar ist aber, daß das Risiko einer Belastung in der konventionellen Landwirtschaft größer ist, auch wenn das erfreulicherweise wachsende Umweltbewußtsein der Verbraucher und der Landwirte die Belastung in den letzten Jahren zurückgehen ließ. Durch niedrigere Grenzwerte und durch das Verbot einiger besonders langlebiger Insektengifte und quecksilberhaltiger Saatgutbeizmittel hat sich die Situation zumindest bei den Inlandsprodukten immerhin etwas entschärft.

Richtig ist nach allen vorliegenden Ergebnissen dagegen, daß der Gehalt an für die Ernährung wertvollen Stoffen in alternativen und konventionell erzeugten Produkten etwa gleich ist. Daß die Qualität unserer Nahrung auch bei den ernährungsphysiologisch wichtigen Stoffen in den letzten Jahrzehnten zurückging, liegt mehr an der Züchtung minderwertiger Sorten als an der landwirtschaftlichen Produktionsweise. Eindeutig besser ist allerdings das Lagerverhalten alternativer Produkte, und auch dies muß als ein wichtiges Qualitätsmerkmal angesehen werden. Man bedenke, daß die heute oft sehr langen Vertriebswege und die Einlagerungszeiten bei den Verteilern, die ein Produkt überdauern muß, ein gutes Lagerverhalten sehr wünschenswert machen.

Soll man nun alternative Produkte verzehren oder nicht? Lohnt es sich, biologisch erzeugte Nahrung mühsam in Bioläden zu kaufen, oder reichen konventionelle Produkte aus? Diese Fragen können leider nicht endgültig und ein für allemal beantwortet werden. Die beiden letzten Kapitel haben, wie wir hoffen, dem Leser deutlich gemacht, daß es auf die bewußte Auswahl der verbrauchten Nahrungsmittel ankommt. Häufig dürfte ein Ausweichen auf alternative Erzeugnisse, soweit daß finanziell machbar ist, eine günstige Lösung darstellen. Aber auch konventionell erzeugte Lebensmittel können zu einer gesunden Ernährung beitragen, sofern sie mit der nötigen Sorgfalt ausgesucht werden. Es kommt nach unserer Ansicht weniger auf den Gegensatz »hie alternativ, hie konventionell« an, sondern auf ein immer mehr steigendes Umwelt- und Qualitätsbewußtsein beim Verbraucher.

Am Schluß dieses Kapitels soll ein Forderungskatalog vorgestellt werden, dessen Erfüllung dazu beitragen soll, die Möglichkeiten des Verbrauchers zu verbessern, sich selbst eine gesunde Ernährung zu sichern. Bei diesen Forderungen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, auch die Reihenfolge der Punkte stellt nicht unbedingt eine Wertung ihrer Wichtigkeit dar. Worum geht es?

— In die EG-Qualitätsnormen sollten die Kriterien der »ernährungsphysiologischen Inhaltsstoffe« durch Verordnung aufgenommen werden.

— Bei der Qualitätsbeurteilung von Lebensmitteln sollte der Aspekt der Verbrauchergesundheit weit mehr im Vordergrund stehen als bisher. Dazu wäre eine intensive Aufklärung des Verbrauchers durch die Behörden nötig, die heute in aller Regel fehlt. Es würde sich anbieten, daß die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihre Aktivität wesentlich mehr als bisher auch auf die Ernährungsberatung ausdehnt und dabei Aspekte des Umweltschutzes mit berücksichtigt. Bisher sehen die Behörden ihre Aufgabe leider meist in der Beschwichtigung berechtigter Besorgnisse beim Verbraucher.

— Es sollten regelmäßig Gesamtverzehrsuntersuchungen durchgeführt werden, um einen Überblick über die Belastung der Verbraucher mit Schadstoffen zu erhalten. Dabei sollten möglichst viele Parameter untersucht werden.

— Es sollten Obst- und Gemüsesorten, Getreidesorten und Tierrassen gezüchtet werden, die genetisch bedingt Produkte mit hohen Gehalten an wertvollen Inhaltstoffen liefern und die gleichzeitig eine hohe Resistenz gegen Krankheiten haben, so daß chemische Schutzmittel weniger eingesetzt werden müssen. Diese Eigenschaften sollten vor der Eigenschaft einer möglichst hohen Produktionsmenge immer mehr den Vorrang erhalten. Sorten und Rassen, die lediglich einen hohen Ertrag sichern und wenig wertvolle Inhaltsstoffe liefern, sollten vom Markt genommen werden.

— Aus den vorgetragenen Ergebnissen geht hervor, das Höchsterträge in der Landwirtschaft, die auf dem übermäßigen Einsatz von Stickstoffdünger beruhen, vom Standpunkt des Umweltschutzes und vom Standpunkt des Verbraucherschutzes aus nicht mehr vertretbar sind. Daher sollte der Einsatz dieser Düngemittel durch Umstellungen in der Landbautechnik möglichst beschränkt werden.

— Wir wissen so gut wie nichts über die Wechselwirkungen von giftigen Pflanzenschutzmitteln, Hormonen und Arzneimitteln mit wertvollen Inhaltsstoffen im tierischen oder pflanzlichen Produkt. Hier müßte die Erforschung wichtiger physiologischer Prozesse wesentlich verstärkt werden, ebenso die Erforschung der chemischen Umbauprozesse, die Pflanzenschutzmittel im pflanzlichen oder tierischen Organismus erleiden. Auf diesem Gebiet sind wahrscheinlich noch einige unangenehme Überraschungen zu erwarten.

— Auf Pflanzenschutzmittel, die schwer abbaubar sind und die sich im tierischen und pflanzlichen Gewebe anhäufen, muß noch wesentlich konsequenter als heute verzichtet werden. Auch Futtermittelzusätze sind auf das allernötigste zu beschränken. Ebenso der Einsatz von Arzneimitteln, vor allem wenn diese nur vorbeugend gegeben werden, oder wenn sie gar nur die Gewichtszunahme fördern sollen.

— Eine Absicherung gegen Produzenten, die nur aus Profitinteresse in den »Biomarkt« eindringen, ist unbedingt nötig. Diese Produzenten gefährden durch ihre nicht entsprechend ökologischer Richtlinien produzierten Ware das Bild der gesamten Branche und verbauen so alternativen Erzeugern die Möglichkeit, ihre Ware entsprechend abzusetzen.