Jahrbuch für Kritische Medizin 18

Wer oder was ist »Public Health«?

Argument

o K.

Kritische Medizin im Argument

Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 18

Wer oder was ist »Public Health«?

mit Beiträgen von
Dieter Henkel, Werner Hofmann, Thor Oivind Jensen, Cornelia Krause-Girth, Jens-Uwe Niehoff, Rolf Rosenbrock, Norbert Schmacke, Frank Schneider, Hubertus von Schwarzkopf, F.W. Schwartz, Klaus Wingenfeld

Argument-Sonderband AS 198

Herausgeber und Redaktion dieses Bandes:
Dr.med. Heinz-Harald Abholz, Dr.med. Dieter Borgers, Dr.med. Here Klosterhuis, Dr.rer.pol. Hagen Kühn, Andreas Reichelt, Priv. Doz. Dr.rer.pol. Rolf Rosenbrock, Dr.med. Franz Schafstedde, Dr.med. Udo Schagen

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Das *Jahrbuch für Kritische Medizin* ist ein Forum der Diskussion über den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die Orientierung auf eine soziale und humane Medizin führt zur Kritik am biomedizinischen Reduktionismus und zu Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention. Die wissenschaftliche Aufarbeitung dient der Beurteilung und Kritik von Gesundheitspolitik und Praxis im Gesundheitswesen.
Die Reihe begann 1970 als »Kritik der bürgerlichen Medizin«. Sie ist seither Plattform der um theoretische Fundierung bemühten Reformkräfte im Gesundheitswesen. Das Inhaltsverzeichnis der bis 1986 erschienenen ca. 40 Bände findet sich im »Jahrbuch für Kritische Medizin 12: Medizin, Moral und Markt« (Argument-Sonderband 146, Argument-Verlag, Hamburg 1987).
Jährlich erscheinen zwei Bände, jeweils im Frühjahr und im Herbst. Jeder Band enthält neben Aufsätzen zum titelgebenden Schwerpunkt auch freie und kleinere Beiträge.
Die Redaktion bittet um Zusendung von Manuskripten bzw. um Exposés (ca. 1-2 Seiten) beabsichtigter Beiträge. Redaktionsadresse: Dr. med. Udo Schagen, Freie Universität Berlin, Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin, Klingsorstraße 119, 1000 Berlin 45, Tel. 030/8300 9240.
Ein Merkblatt zur formellen Manuskript- bzw. Diskettenerstellung kann bei der Redaktion angefordert werden.
Die Redaktion bittet darum, nach Möglichkeit die Reihe zu abonnieren (siehe letzte Seite). Jedes einzelne Jahrbuch ist über den Buchhandel erhältlich.

Alle Rechte vorbehalten.
©Argument-Verlag 1992
Verlag: Rentzelstraße 1, 2000 Hamburg 13
Redaktion: Reichenberger Straße 150, 1000 Berlin 36
Umschlag: Johannes Nawrath, Hamburg
PC-Texterfassung durch die Autoren/Autorinnen und den Verlag
Konvertierung: Comptext Fotosatz und Datenkonvertierung, Berlin
Druck: alfa Druck, Göttingen

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Wer oder was ist »Public Health«? /
Mit Beitr. von Dieter Henkel ... Hrsg. und Red. dieses Bd.: Heinz-Harald Abholz ...
1.-2. Tsd. – Hamburg : Argument-Verl., 1992
(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd.18)
(Argument-Sonderband ; AS 198)
(Kritische Medizin im Argument)
ISBN 3-88619-198-2
NE: Henkel, Dieter; Abholz, Heinz-Harald [Hrsg.]; 1. GT; 2. GT

Inhalt

Editorial 4

Werner Hofmann und Friedrich Wilhelm Schwartz
Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin, Entwicklung in den alten Bundesländern 6

Thor Oivind Jensen
Perspektiven der Prävention in Norwegen 25

Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider
Sozialhygiene – Das Ende einer akademischen Disziplin? Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene der DDR 54

Rolf Rosenbrock
AIDS: Fragen und Lehren für Public Health 82

Norbert Schmacke und Hubertus von Schwarzkopf
Lehren aus AIDS: Anregungen für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 115

* * *

Dieter Henkel
Massenarbeitslosigkeit und Alkoholismus in den neuen Bundesländern 128

Klaus Wingenfeld
Zur Entwicklung der Großgeräteplanung in der Bundesrepublik 149

Cornelia Krause-Girth
Die alltägliche Verführung – Zum Einfluß von Pharmaindustrie und Patient auf ärztliches Handeln 169

Über die Autorinnen und Autoren 187

Editorial

Public Health – Trugbild oder Orientierungspunkt?

Seit geraumer Zeit wird viel über und von Public Health gesprochen. Der Begriff scheint zu einer Zauberformel geworden zu sein: mit ihm lassen sich eigene Fortschrittlichkeit oder auch große Entwicklungsmöglichkeiten für Fragen der Gesundheit demonstrieren. Zudem erschließt Public Health Zugänge zu Fördermitteln und wissenschaftlicher Reputation. Projekte, die jahrelang dahinkümmerten, bekommen mit dem Etikett Public Health plötzlich wieder Geld. Dies gilt für naturwissenschaftlich-medizinische wie auch für sozialwissenschaftliche Forschung – unter dem Dach Public Health findet man sich zusammen.

Was aber ist Public Health eigentlich? Den meisten fallen dazu Stichworte wie Sozialmedizin, Sozialhygiene, aber auch Medizinische Soziologie, Gesundheitsökonomie, medizinischer Umweltschutz, Prävention ein. Betrachtet man die Lehrpläne entsprechender Studiengänge oder die Programme von Forschungsförderung im Bereich von Public Health, so wird man in diesen Stichworten bestätigt.

Public Health scheint also ein Sammeltopf für Altbekanntes zu sein – wobei Altbekanntes ja nicht »Schlechtes« heißen muß. Warum aber dann einen solchen »neuen Topf« dafür? Eben weil über ihn neuer Elan in Projekten und neue Gelder für Projekte zu gewinnen sind. Ein Vorgang, der in der Wissenschaftsgeschichte nicht gerade neu ist. Und das wars dann?

Mit sechs Definitionen von Public Health – sie stammen von Personen und Institutionen, die auf dem Gebiet ausgewiesen sind – soll der Frage nach der Bedeutung von Public Health nochmals nachgegangen werden:

A. Public Health ist die »Summe aller gesundheitsrelevanten Sektoren außer der kurativen Medizin selbst.« (Laaser 1990)
B. Public Health stellt den Versuch dar, »die Gesamtheit der Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen und deren organisatorische Beeinflussung (in der Regel vorrangig unter präventiver Zielsetzung) zu verstehen und zu verbessern.« (Schwartz 1988)

C. »Public Health ist die Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und der Förderung psychischen und physischen Wohlbefindens durch gemeindebezogene Maßnahmen.« (WHO 1975)

D. »Public Health meint also die wissenschaftliche Beschäftigung mit gesellschaftlich bedingten Gesundheitsgefährdungen von Bevölkerungen und das politische Handeln für den Gesundheitsschutz.« (v. Ferber 1991)

E. »Es gibt Alternativen zur biomedizinischen Perspektive, und es gibt auch Alternativen zur Kontrolle von Krankheiten durch Behandlung aufgetretener Schäden. Der Überbegriff dafür war früher Sozialhygiene und ist heute Public Health.« (Badura 1991)

F. »Public Health bedeutet so viel wie Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Gesundheitsförderung. Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung. Public Health analysiert und beeinflußt hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittsartig in nahezu allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.« (Rosenbrock 1992)

Diesen und allen weiteren Definitionen des Bereiches ist gemeinsam:

a) Die Abgrenzung vom biomedizinischen Ansatz;
b) ein nicht individueller, sondern bevölkerungsbezogener, gemeindenaher und damit politischer Ansatz;
c) eine präventive Orientierung.

Diese Charakteristika von Public Health machen dessen innovative Kraft aus. Das neue Paradigma – insbesondere gegenüber der Bio-Medizin – läßt einen Bereich vorstellbar werden, in dem vor allem über bevölkerungsbezogene, gesellschaftlich getragene Interventionen Gesundheit erhalten und Krankheit präventiv verhindert werden kann. Mit der Aufgabe dieses Paradigmas aber, mit der Meidung entsprechender Definitionen, wird Public Health aller innovativer Kraft beraubt. Es wird zu einer sinnentleerten Hülse und dient bestenfalls kurzfristig als Auffangbecken für Förderungsgelder.

Werner Hofmann und Friedrich Wilhelm Schwartz

Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin

Entwicklung in den alten Bundesländern

1. *Was ist Public Health?*

In erster Näherung meint Public Health die Gesundheit der Bevölkerung. Dies ist problematisch genug, denn wie diese festzustellen und zu bewerten sei, ist nicht unumstritten. Sie ist mehr als die Summe »individueller Gesundheiten«, und läßt sich doch nur an Individuen ermitteln. Was Gesundheit sei, scheint wiederum selber willkürlicher Definition ausgesetzt. In einer Hinsicht ist Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit (und Krankheit ist nach dem bekannten Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht[1]), doch diese Definition provoziert weitere Fragen: Wer stellt die Abwesenheit fest, wann ist eine Behandlung notwendig, wo liegt die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit? Noch unbestimmter ist der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der mit der »Health Promotion«-Idee (WHO 1986) eine Konkretion erfahren hat, aber trotzdem wenig Bestimmtes enthält: Wo beginnt das Wohlbefinden, wer ist für seine (Wieder-)Herstellung verantwortlich, wie läßt es sich zweifelsfrei ermitteln?

Alle diese Fragen gehören bereits zu Public Health. Nun ist aber die Gesundheit von Bevölkerungen nicht naturgegeben, sondern wesentlich Resultat: Sie wird beeinflußt – wenn nicht determiniert – von der sozialen, der technischen und der natürlichen Umwelt, von Anlagen und vom individuellen Verhalten, vom Lebensstil und der Erwerbsarbeit, von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und deren Wirksamkeit, von der subjektiven Wahrnehmung und den sie beeinflussenden Wertvorstellungen. Die Aufdeckung dieses Beziehungsgeflechtes ist die Forschungsaufgabe, die gesundheitsfördernde Umsetzung der Erkenntnisse stellt die praktische Aufgabe von Public Health dar.

Wörtlich übersetzt heißt Public Health »Öffentliche Gesundheit«, doch diese Übertragung ist wegen ihrer Nähe zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) leicht mißverständlich und hat in Deutschland

nur sporadisch Zustimmung gefunden.[2] An ihrer Stelle wurden in den letzten Jahren Begriffe wie »Bevölkerungsmedizin«, häufiger noch »Gesundheitswissenschaften« eingeführt, die ebenso fremd klingen und sich bislang nicht allgemein durchsetzen konnten.[3] Diese Verlegenheit suggeriert, daß etwas Neues unter dem Titel Public Health aus den USA oder Großbritannien nach Deutschland importiert wurde, vielleicht die Forderung eingelöst, die einst Marx aufstellte: »Wir würden vor unseren eigenen Zuständen erschrecken, wenn auch unsere Regierungen und Parlamente, wie in England, periodische Untersuchungskommissionen über die ökonomischen Verhältnisse bestallten, wenn diese Kommissionen mit derselben Machtvollkommenheit, wie in England, zur Erforschung der Wahrheit ausgerüstet würden, wenn es gelänge, zu diesem Behuf ebenso sachverständige, unparteiische und rücksichtslose Männer zu finden, wie die Fabrikinspektoren Englands sind, seine ärztlichen Berichterstatter über »Public Health« (Öffentliche Gesundheit), seine Untersuchungskommissäre über die Exploitation der Weiber und Kinder, über Wohnungs und Nahrungszustände u.s.w.« (Marx 1972, S.15) In den 125 Jahren, die seit der Niederschrift dieser Passage im Vorwort des 1. Bandes des »Kapital« vergangen sind, kamen zunächst sachverständige Männer, die eine bereits sozialepidemiologisch zu nennende Bestandsaufnahme vorlegten (Mosse/Tugendreich 1977). Aber sie wurden bald darauf durch andere verdrängt, die nur rücksichtslos und alles andere als unparteiisch waren und sowohl im Nationalsozialismus wie teilweise auch in der DDR eine bevölkerungsmedizinische Perspektive nachhaltig diskreditierten. Die neue Hinwendung zu Public Health stellt auch den Versuch dar, an verschüttete – und nur in der Emigration überlebende – Traditionen der Weimarer Republik anzuknüpfen, die nach 1945 in Deutschland ein Schattendasein, z. B. in den wenigen Sozialmedizinischen Instituten, führten.[4]

Ein Blick in das heutige Mutterland von Public Health kann zu einer genaueren Bestimmung führen. An der Harvard School of Public Health[5] sind Forschung und Lehre in 5 Themengebiete gegliedert: Die Beschäftigung mit den gesellschaftlich wichtigsten Erkrankungen, derzeit vorrangig gerichtet auf die Prävention von Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen und die Epidemiologie von AIDS; Struktur und Reform der gesundheitlichen Versorgung; verhaltenswissenschaftliche, ernährungs und sozialepidemiologische Aspekte der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung; Umwelt- und Arbeitsepidemiologie und daraus resultierende

Strategien des Gesundheitsschutzes; und schließlich die Gesundheit in internationaler Perspektive. Diese Aufzählung erhellt, weshalb die Übersetzungen des Begriffes Public Health ins Deutsche bislang als unbefriedigend empfunden werden und weshalb die Public-Health-Studiengänge meist längere Namen wählten.[6] Public Health ist keine selbständige Disziplin sui generis, sondern beschreibt besondere Gegenstände und spezielle Aufgaben einer Summe sonst unverbundener akademischer Fächer (v.a. Medizin, Humanbiologie, Sozialwissenschaften, Verhaltenswissenschaften, Ökonomie nebst verschiedener Spezialgebiete in diesen Wissenschaften). Da allein die Medizin durch ihren herkömmlichen Gegenstand 'Krankheit' ausschließlich (wenn auch negativ) auf Gesundheit fixiert ist, während die anderen Disziplinen Gesundheit nur gelegentlich tangieren, ist die Bezeichnung »Gesundheitswissenschaften«, die kurz und prägnant sein will, nicht schlankweg glücklich gewählt.[7]

2. *Public Health in Deutschland 1945-1985*

Zwar erscheint die jüngste Hinwendung zu Public Health zunächst als eine wissenschaftliche Neuorientierung (Badura 1990; Hurrelmann/Laaser 1992 A). Doch tatsächlich ist in Deutschland primär das Gesundheitswesen[8], die Organisation der Gesundheitsversorgung in den Blick geraten. Die klinische Medizin selbst ist zwar gelegentlich einer prinzipiellen, aber keiner durchschlagenden Kritik unterzogen worden. Daher kann eine Geschichtsschreibung von Public Health im (westlichen) Nachkriegsdeutschland nur wenig von einem Paradigmenwechsel berichten, dagegen eher von Gesundheitspolitik und Verteilungskämpfen.

Die folgenden Kapitel nehmen eine auf den ersten Blick willkürliche Einteilung der gesundheitspolitischen Entwicklung seit 1945 in mehrere zeitliche Phasen vor. Als Einschnitte werden die Jahre 1970 und 1985 angesehen, es könnten jedoch mit gleichem Recht die Jahre 1969 und 1982 genannt werden – und damit die beiden wichtigen Regierungswechsel in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Die zeitliche Parallele ist nur in eingeschränktem Maße Exponent sachlicher Zusammenhänge. Die sozialliberale Regierung Brandt hatte sich ebenso explizit die gesellschaftliche Modernisierung zur Aufgabe gemacht, wie die christlich-liberale die »Wende«. Public Health erscheint aber als illegitimes Kind der »Wende«: Nichts spricht für die Annahme, nur unter den Bedingungen des Regierungswechsels seien die vielfältigen Entwicklungen seit etwa

1985 möglich geworden. Ebensowenig plausibel wäre die Behauptung, der Ausbruch der Strukturkrise in den 70er Jahren sei schlicht auf die Politik der ersten Nicht-CDU-Regierung in der Geschichte der Bundesrepublik zurückzuführen. Im übrigen ist letztlich auch die gesundheitspolitische Bilanzierung noch nicht abgeschlossen. So stellt das Gesundheitsreformgesetz von 1988 in weiten Teilen lediglich eine quantitative Änderung gegenüber den früheren Kostendämpfungs- und Haushaltsbegleitgesetzen der Regierung Schmidt dar, worüber der vielversprechende Titel auch die Laien nicht lange hinwegtäuschen konnte. Ähnliches gilt für die Institution des Sachverständigenrates, der der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen beigeordnet ist, und damit einer noch in der sozialliberalen Ära gegründeten Institution, die freilich wiederum auf Insisitieren des Bundesrates und der Ärzteverbände mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz ins Leben gerufen wurde (Eberle 1985).

Dürfen die Parallelen der Public-Health-Entwicklung mit der bundespolitischen Regierungsgeschichte nicht überbewertet werden, sind sie doch auch nicht zu vernachlässigen. Das Gesundheitswesen stellt einen quantitativ bedeutsamen und wachsenden Dienstleistungssektor der Gesellschaft dar, in dem sich, in spezifischer Färbung, der allgemeine soziale Wandel (oder die kapitalistische Modernisierung) nicht nur widerspiegelt, sondern selber originär vollzieht. Es waren sozialdemokratische Politiker (vor allem der Wirtschafts- und spätere »Super«minister Schiller), die in der Großen Koalition für einen in der Wirtschafts- und Sozialpolitik aktiven Staat standen. Nach der Wahl 1969 begann eine Bestandsaufnahme des wirtschaftlichen und sozialen Wandels, um gestaltend oder kompensierend auf die Umwälzungen Einfluß zu nehmen. In dieser Phase stiegen plötzlich die Ausgaben der Kassen und die Beitragssätze überproportional an. Kurzfristige Kriseninterventionen ohne grundlegende Konzepte folgten. Nachdem sich aber die jeweiligen politischen Entscheidungen nur als vorübergehend wirkungsvoll entpuppten, erwuchs die Forderung nach einer umfassenden analytischen Bestandsaufnahme, eine Begleiterscheinung der Tagespolitik, die vergleichsweise günstige Voraussetzungen für die Propagierung neuer Ideen darstellt.

Es ist ein Gemeinplatz, daß sozialer Wandel vor allem dann in den Blick des Gesetzgebers gerät, wenn drastische finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen oder auf die ökonomische Entwicklung insgesamt sich abzeichnen. Für das System der Gesundheitsversorgung, der Krankheitsvorsorge, des Gesundheitszustandes

der Bevölkerung einschließlich der Gesundheitsgefährdungen läßt sich dies leicht belegen: So unterentwickelt lange das Interesse des Gesetzgebers und der Exekutive an dem Output des Gesundheitssystems und seiner kritischen Bewertung blieb, so sprunghaft stieg das Interesse an solchen Nachweisen, als die Kosten politisches Thema wurden.

2.1 *Die Entwicklung bis 1970*

Die Restauration in den Westzonen und später in der jungen Bundesrepublik schloß auch das Gesundheitswesen mit ein, das in seinen wesentlichen Strukturprinzipien gegenüber der Weimarer Republik unverändert blieb. Eine Ausnahmestellung nahm die in Berlin bereits 1945 errichtete Einheitsversicherung[9] ein, deren Ausläufer bis in die späten 50er Jahre existierten.

Hauptträger der Gesundheitsversorgung blieb die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der bis heute etwa 90 % der Bevölkerung versichert sind. Das Grundgesetz ordnete die Sozialversicherung als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung in den Katalog des Artikels 74 ein. Durch die Weitergeltung der Reichsversicherungsordnung (RVO) als Bundesgesetz blieb damit die Gesetzgebungskompetenz faktisch beim Bund. In den folgenden Jahrzehnten wurden andere Zweige der Sozialversicherung modernisiert[10], während entsprechende Initiativen für das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung scheiterten.[11] Wichtige Neuerungen der 50er/60er Jahre waren jedoch die durch Streiks erkämpfte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die eine Entlastung der Krankenkassen darstellte und die Umwandlung der Krankenversicherung von einer Lohnausfallversicherung hin zu einer Behandlungsversicherung weitgehend vollendete, sowie das wiedererrichtete Kassenarztrecht von 1955, das das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzteschaft festschrieb. Dagegen blieb die ministerielle Zuständigkeitsregelung, die die gesamte Sozialversicherung als Angelegenheit des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung festschrieb, während die Bundeskompetenzen im Bereich der Ärzteschaft und sämtlicher Heilberufe einschließlich des Arzneimittelrechts[12] beim Gesundheitsministerium angesiedelt war, trotz offenkundiger Kontraproduktivität dieser Zuständigkeitszersplitterung bis zum Beginn der 90er Jahre unangetastet.[13]

Analog verlief zunächst die Entwicklung bzw. der Stillstand im Bereich des ÖGD. Hier ging allerdings die übernommene Gesetzes-

vorschrift direkt auf die Zeit des Nationalsozialismus zurück. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 galt unverändert als Landesrecht fort und bildete mit seinen Durchführungsverordnungen die Rechtsgrundlage für die Arbeit der Gesundheitsämter und der höheren Gesundheitsfachverwaltung. Dadurch wurde die in den 30er Jahren geschaffene Zusammenfassung der staatlichen Gesundheitsaufsicht und der kommunalen Gesundheitsfürsorge fortgeschrieben, »eine Maßnahme, die schon aus strukturell-organisatorischen Gründen die Gesundheitsfürsorge gegenüber den staatlichen Maßnahmen benachteiligen mußte« (Labisch 1991, S.90). Neben den vielfältigen Amtsarztaufgaben, die der Gesundheitsüberwachung dienen, blieben die Gesundheitsämter lediglich durch Impfkampagnen und periphere Fürsorgeaufgaben wie z. B. der Schulgesundheitspflege oder der Mütterberatung als Gesundheitsdienst in der Öffentlichkeit präsent. Durch die Übertragung der Vorsorge für Mutter und Kind auf die Kassenärzte (1965), vor allem aber durch die Zuweisung der neuen Aufgaben der Krankheitsfrüherkennung (1970) und wichtiger Massenimpfungen an die GKV blieben dem öffentlichen Gesundheitsdienst auch in diesen Leistungsbereichen nur noch untergeordnete Funktionen. Mittlerweile zeichnet sich ein weiterer Einbruch in eine Domäne des ÖGD als möglich ab: Vor allem die ärztlichen Standesorganisationen können sich eine Übernahme der Schulgesundheitspflege durch niedergelassene Kinderärzte heute schon vorstellen.

Unterentwickelt blieben aufgrund dieses fortgesetzten Kompetenzentzugs die schon im Kaiserreich und später in der Weimarer Republik mit beträchtlicher sozialpolitischer Resonanz entfalteten Aufgaben einer Gesundheitsberichterstattung unter einer epidemiologischer und sozialmedizinischer Perspektive. Die jährlichen Gesundheitsberichte der Gesundheitsfachverwaltung verkümmerten zu reinen Tätigkeitsnachweisen, ohne Initialwirkung für die politisch Verantwortlichen und ohne versorgungsrelevante Impulse, erst recht für den Bereich der GKV (Schwartz et al 1992). Nicht nur in den Selbstverwaltungskörperschaften der Versicherten und der Leistungserbringer – hier noch aus naheliegenden Motiven –, sondern auch in der rahmensetzenden Gesundheitspolitik überwog die Auffassung, über ein endgültiges, sich selbst tragendes und regulierendes System der Krankheitsvorsorge zu verfügen.

2.2 *Krisenanzeichen 1970-1985*

Am Anfang der 70er Jahre standen mehrere wichtige Strukturentscheidungen, die einerseits die bisherige Aufgabenverteilung in der Gesundheitsversorgung abrundeten, andererseits zentrale Topoi der seitdem anhaltenden öffentlichen Diskussion nach einer Umorientierung in der Medizin und im Gesundheitswesen betrafen.

1970 wurde die Krankheitsfrüherkennung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, Prävention erstmals explizit gleichberechtigt zu einer Aufgabe der kassenärztlichen Versorgung erklärt.[14] Nach nunmehr zwei Jahrzehnten zeigen die Kinderuntersuchungen (U1 bis nunmehr U9) sehr hohe Beteiligungsraten (Allhoff 1988), ohne daß die Diskussion über Qualität und Effektivität der Untersuchungen verstummt wäre. Die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung weisen keine befriedigenden Teilnahmeraten auf (Berghof/Robra 1988), doch ist der medizinische Effekt im wesentlichen unumstritten.

Neugeregelt wurde 1972 die Krankenhausfinanzierung. Die strukturelle Entscheidung für eine Doppelfinanzierung – die Betriebskosten über die Pflegesätze, die Investitionskosten durch das Land – war mit einem Ausbau der politischen Kompetenz zur Regulierung des Angebots (Krankenhausbetten) verknüpft. Die Bundespflegesatzverordnung von 1973 schloß diese Reform ab.

Neben dieser Änderung im Leistungssektor wurden durch die Einführung der Krankenversicherung für Landwirte und Studenten neue Bevölkerungsgruppen der GKV zugeführt. Schließlich brachte das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 aus der Sicht der Kassen neue Belastungen für die GKV.

Vor diesem Hintergrund begann die Entwicklung, die als »Kostenexplosion im Gesundheitswesen« zu einem der bekanntesten und publikumswirksamsten politischen Themen par excellence wurde. Tatsächlich stiegen in den Jahren 1970 bis 1976 die durchschnittlichen Beitragssätze in der GKV von 8,2 % auf 11,3 % (SVR 1991, S.248). Der damalige Sozialminister des Bundeslandes Rheinland-Pfalz, Heiner Geißler, legte im September 1974 sein »Krankenversicherungsbudget« vor, das für die nächsten 4 Jahre einen Anstieg der Beitragssätze auf 13,1 % prognostizierte, und stieß damit die politische Diskussion an.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß zumindest ein großes Moment Ideologie in den Katastrophenszenarien enthalten war und ist. Zum Teil war der Ausgabenanstieg sozialpolitisch (Ausdehnung

des Versichertenkreises) gewollt, zum Teil enthielt er rechnerisch nicht deflationierte nominale Kostenanteile (Behrens et al 1983), zum Teil war er Folge demographischer Entwicklungen, die das Gesundheitswesen durchaus auch als eigenen Output werten könnte (höhere Lebenserwartung), endlich wird bei analytischem Blick eine Veränderung des Krankheitspanoramas sichtbar, das durch einen stetigen Anstieg chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist und damit zu langwierigeren Behandlungen nötigt. Diese Erkrankungen erweisen sich mehr und mehr auch als Folge sozialer und umweltbezogener Gesundheitsrisiken und stellen damit die Faux frais des sozialen und technischen Wandels dar, der unter dem Slogan »Wachstum und Wohlstand« gesellschaftlich noch forciert wird.

Im übrigen aber ist die Bezugsgröße entscheidend. Der Anstieg der Ausgaben zu Beginn der 70er Jahre konnte auch als Nachholbedarf verstanden werden (Paffrath/Reiners 1987), doch danach läßt sich beobachten, daß die Gesundheitsausgaben der GKV über alle Jahre einen konstanten Anteil des Sozialproduktes bilden (Henke 1989). Allerdings steigen die Ausgaben pro Mitglied und pro Versichertem an, was auf ein Verteilungsproblem, nicht auf eine Wohlstandskrise hinweist.

Schließlich sollte erinnert werden, daß nicht einmal die Hälfte der Gesundheitsausgaben auf die GKV entfallen (1986 z. B. 46,6 %; vgl. Henke 1989). Begleitet von dem Warnruf »wettbewerbsgefährdender Anstieg der Lohnnebenkosten« konzentrierten vor allem die Arbeitgeberverbände und ihnen nahestehende politische Gruppen die öffentliche Aufmerksamkeit auf die GKV-Ausgaben. Unbeachtet blieb, daß unter den Lohnnebenkosten, die heute über 80 % der Arbeitsentgelte betragen, der Krankenversicherungsbeitrag der Arbeitgeber mit lediglich 7.2 % einen vergleichsweise unbedeutenden Anteil ausmacht (Neubauer 1989). Dessen Schwankungen gemäß der Beitragssatzentwicklung seit 1970 sind auch umverteilungsbedingt: Zum Teil wurden andere Ausgabenträger entlastet, z.B. durch die Übernahme der Tbc-Behandlung oder von Impfkosten durch die Kassen oder durch die Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung beim Bezug von Krankengeld, zum Teil wurden der GKV neue Solidaropfer nach dem Prinzip eines »sozialpolitischen Verschiebebahnhofs« vor allem in der Krankenversicherung der Rentner abverlangt (Berg 1986).

3 *Public Health in Deutschland seit 1985*

Nüchtern betrachtet fehlte es Mitte der 80er Jahre zur Einleitung einer perspektivischen Neuorientierung im Gesundheitswesen, aber auch schon zum effektiven Management der vorgegebenen Probleme sowohl an zureichender Transparenz, an wissenschaftlichem Know-how, an gut ausgebildetem wissenschaftlichen Nachwuchs in der Forschung und in der Praxis, an politisch durchsetzbaren Konzepten und planerischer Kompetenz. Die Effektivität rein volks- und betriebswirtschaftlich orientierter Bemühungen zur Konsolidierung der GKV mußte pessimistisch eingeschätzt werden. Immerhin trugen die Analysen der Ökonomen zur langsamen Revision der von interessierter Seite gehegten Auffassung bei, der Anstieg gründe in perpetuiertem Anspruchsdenken der Nachfrager. Die wirklichen Ursachen gerieten in den Blick und signalisierten Handlungsbedarf. Daß die kurative Bekämpfung chronischer Erkrankungen und umweltbedingter Gesundheitsstörungen an ihre Grenzen geraten ist oder hoher kurativer Zusatzaufwand nur noch geringen marginalen, kaum objektivierbaren Behandlungsfortschritt generiert, eröffnet neue Akzeptanzchancen für die Propagierung präventiver Strategien.

Seit etwa 1985 wurden eine Reihe von Initialzündungen und Vorstößen unternommen, die zu einer heute schon schwer zu überschauenden und durchaus nicht einheitlichen Public-Health-Landschaft in Deutschland beitrugen. Konzepte entfalteten sich auf drei Ebenen: neuen Modellen der universitären Ausbildung, der Stimulation und Förderung einschlägiger Grundlagen- und noch stärker der anwendungsorientierten Forschung sowie schließlich der Umsetzung Public-Health-orientierter gesundheitspolitischer Strategien.

Es war absehbar, daß auch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) keine längerfristige Entspannung für das an Strukturproblemen laborierende Gesundheitswesen bewirken kann, obwohl es – und das ist möglicherweise sein bleibendster Anteil – einen größeren Raum und den Auftrag für präventive Anstrengungen bietet. Die Ausgabenströme zu den Leistungserbringern bzw. den Produzenten von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln wurden keiner ausreichend wirksamen Kontrolle unterworfen. Es war nur eine Frage der Zeit, bis die gleichen Symptome erneut sichtbar und zum politischen Thema würden. Doch die politischen Auseinandersetzungen um das GRG haben deutlich gemacht, wie schwierig eine grundlegende Reform für eine Ministerialbürokratie und ein Parlament

durchsetzbar ist, die sich ständigem Druck von einflußreichen Interessengruppen ausgesetzt sehen, und denen unabhängiger Sachverstand weitgehend fehlt, da vorhandene Kompetenz vornehmlich in die wissenschaftlichen Institute der Verbände oder in (partikulare) Interessenstrukturen der Anbieterseite eingebunden ist. Zunächst erfordert jede Neuregelung eine Bestandsaufnahme und damit unparteiliche umfassende kontinuierliche problemanalytische Information. Für die Träger des Gesundheitswesens wurden genaue Informationen über den Gesundheitszustand der zu versorgenden Bevölkerung, die Nachfrage sowie die erbrachten Leistungen und ihre Qualität, über Ressourcen, Ausgaben und Finanzierungsströme immer bedeutsamer. Die Einrichtung eines Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Jahre 1984 stellte einen ersten wichtigen Schritt zur Realisierung dieses Anspruchs nach kompetenter Sammlung und Auswertung des Status quo dar.

In seinen mittlerweile 6 Jahresgutachten hat der Sachverständigenrat wichtige Impulse und Vorbilder für eine dynamische Analyse und lösungsorientierte Interpretation der Probleme im Gesundheitswesen gegeben. Neben und in seinen eigenen Beiträgen drängte er vor allem auf eine rasche Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung (1986), was auf breiter Ebene zu entsprechenden Reaktionen führte.[15] Nicht zufällig waren viele nichtuniversitäre Forschungsinstitute an diesen Anstrengungen beteiligt. Public-Health- oder Gesundheitssystemforschung wurde bis 1985 kaum akademisch betrieben. Neben anderen Gründen waren zwei dafür hauptsächlich: Die randständige Existenz der wenigen sozialmedizinischen Institute in den Medizinischen Fakultäten, an deren Lage die Aufnahme der Sozialmedizin als eigenes Fach in die ärztliche Prüfungsordnung wenig änderte, drückte ein weit verbreitetes Desinteresse der akademischen Humanmedizin an bevölkerungsbezogener Perspektive aus, das durch die augenscheinlichen Erfolge der kurativen Medizin, ihren technischen Modernisierungsschub und nicht zuletzt durch die Standespolitik verstärkt wurde. Den häufig schlecht ausgestatteten Instituten, die kaum Karrierechancen eröffneten, fehlte zudem der Zustrom interdisziplinär ausgebildeter, mit moderner Epidemiologie und präventivem Wissen vertrauter Nachwuchswissenschaftler, die sich für Fragen des Gesundheitswesens und eine kritische Analyse des vorhandenen Systems der Gesundheitsversorgung begeisterten.

3.1 *Ausbildung*

Bis 1988 waren die – immer noch jährlich stattfindenden – Epidemiologie-Sommerschulen einiger Fachgesellschaften (DGSMP, GMDS) die einzigen Angebote zu einer organisierten akademischen Weiterbildung in einem Grundlagenfach von Public Health. Ihre wichtigste Funktion bestand in der komprimierten Nachschulung von jüngeren Wissenschaftlern, die sich aus beruflichen oder persönlichen Gründen keinen Auslandsaufenthalt leisten konnten, aber ihn auch nicht unbedingt für ihre eigene berufliche Perspektive benötigten. Denn mit guten Gründen akzeptierten zum Beispiel internationale Organisationen wie die WHO durchweg nur Bewerber, die einen Master of Public Health an einer School of Public Health erworben hatten.[16]

1988 und 1989 forderten sowohl die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)[17] als auch der Vorstand und der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (BÄK)[18] die Einrichtung neuer Public-Health-Aufbaustudiengänge, wobei die AWMF die Epidemiologie in den Vordergrund stellte, während die BÄK aus standespolitischen Gründen den Zugang zu den Studiengängen nur Ärzten und Zahnärzten gestatten wollte. Mittlerweile hatte die Universität Bielefeld bereits den Zusatzstudiengang »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung« (Laaser et al. 1990) eröffnet. Da die einschlägig engagierten Hochschulen in den Entstehungsprozeß des BÄK-Papiers kaum eingebunden waren, drohte gleich zu Beginn der Public-Health-Etablierung an den Hochschulen eine Diffusion in unvereinbare Strategien. Dieser Gefahr begegneten die Verbände und die maßgebenden oder beauftragten Hochschulvertreter auf einer Konsenskonferenz im Herbst 1989 in Berlin, die sich auf eine Rahmenempfehlung einigte, in der die Zugangsvoraussetzungen, Grundcurricula, Praxisfelder sowie Studiendauer und akademische Anbindung der neuen Studiengänge gemeinsam abgesteckt wurden.[19] Die bis heute gegründeten akademischen Ausbildungsgänge halten sich in wesentlichen Teilen an diese Empfehlung, wobei administrative Vorgaben zu gelegentlichen Abweichungen zwangen.

Mittlerweile kann Public Health in Bielefeld, in Hannover, in Dresden, in Düsseldorf und wahrscheinlich in Kürze in Berlin als Zusatz- oder Ergänzungsstudiengang studiert werden.[20] Den Studiengängen ist vor allem gemeinsam, daß in der Lehre externe Dozenten aus anderen Hochschulen bzw. aus Verbänden und Institutionen

des Gesundheitswesens mitwirken, um eine einseitig akademische Ausrichtung der Ausbildung zu vermeiden. Hinsichtlich der Zugangsregelungen sind Unterschiede erkennbar. In Hannover kann sich jeder Absolvent eines wissenschaftlichen Hochschulstudiums bewerben, in Bielefeld zusätzlich Fachhochschulabsolventen, was auch in Berlin angestrebt wird. Dresden stellt derzeit einen Sonderfall dar, da der Studiengang auf kurze Zeit ausnahmsweise von der Bundesanstalt für Arbeit als Umschulungsangebot gefördert wird. In Düsseldorf haben nur Ärzte Zugang.

Entscheidungsreife Vorlagen haben die Universitäten in München und Ulm erstellt.[21] Die Initiativen in Bremen, Halle und Lüneburg konzeptierten ein Weiterbildungsangebot ohne akademische Zugangsvoraussetzungen. Bedenklich ist, daß einige Fachhochschulen eigene Studiengangsplanungen ebenfalls unter den Titel Public Health bzw. Gesundheitswissenschaften stellen wollen. Diese Planungen weichen die akademische Anbindung an die aktuelle Forschung auf und behindern den Prozeß der Erarbeitung eines auch akademisch durchsetzungsfähigen wissenschaftlichen Public-Health-Profils.

Vor allem die seit nunmehr über 2 Jahre bestehenden Studiengänge in Bielefeld (Schnabel 1991) und Hannover (Hofmann/Schwartz 1992) weisen charakteristische Schwerpunkte auf. In Bielefeld (die Universität hat keine medizinische Fakultät, was zu den Vorbehalten der BÄK beitrug) steht die öffentliche Gesundheitsförderung im Mittelpunkt, unter breiter disziplinärer Beteiligung der Sozial-, Erziehungs- und Verhaltenswissenschaften werden Praktiker für die Realisierung von Health Promotion ausgebildet. Die Studierenden kommen zur Zeit zu etwa gleichen Teilen aus der Medizin, den Sozialwissenschaften, den Wirtschafts- und Naturwissenschaften sowie der Sozialarbeit/-pädagogik (FH). Die Gründung einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften wird angestrebt, eigene Professuren wurden bereits eingerichtet.

Nach Hannover zieht es vornehmlich Ärzte bei allmählich steigendem Interesse auch von Nichtmedizinern. Management im Gesundheitswesen ist der »heimliche« Studienschwerpunkt, für den sich die meisten Studierenden entscheiden. Er weist durch die Mitwirkung mehrerer volks- und betriebswirtschaftlicher Professoren aus benachbarten Universitäten und führenden Vertretern aus Verbänden und der Gesundheitspolitik ebenfalls vornehmlich »medizinfremden« Input auf. Unerwartet viele der bisherigen Absolventen gingen nach ihrem Studium in die Forschung, vornehmlich die Versorgungsforschung (»Health services research«).

Eine weitgehende Übereinstimmung zwischen allen Hochschulen zeigt sich im Curriculum des Kernstudiums. Epidemiologie, Demographie, Biostatistik, Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik, Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie, Geschichte und Ethik der Medizin und des Gesundheitswesens sowie für Public Health relevante medizinische Teildisziplinen bilden einen gemeinsamen Grundkanon, der die Vergleichbarkeit der Studiengänge und -abschlüsse garantiert und mittelfristig zur Formulierung eines Public-Health-Qualifikationsprofils ausgebaut werden soll.[22]

3.2 *Forschung*

Parallel zur Gründung der neuen Studiengänge wurde Public Health als Forschungsgebiet entdeckt.[23] Wichtige Anstöße kamen vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT), das über die Gesellschaft für Umwelt und Gesundheit (GSF) als Projektträger zunächst mehrere wichtige Bestandsaufnahmen initiierte.[24] Im Jahre 1989 schließlich bot der Bund den Ländern eine projektbezogene Anlauffinanzierung zum Aufbau einer Public-Health-Infrastruktur an. Im Frühjahr 1992 wurden nun drei »Public-Health-Forschungsverbünde« eröffnet, ihre Ansiedlung in Norddeutschland (mit der Medizinischen Hochschule Hannover als Zentrum), in Nordrhein-Westfalen (um die Universitäten Bielefeld und Düsseldorf) und schließlich in Berlin (unter Beteiligung aller drei Universitäten) belegt das Vergabeprinzip, das gezielt die Hochschulen mit Public-Health-Studiengängen gegenüber anderen Bewerbern bevorzugte. Diese Initiative wird durch gleichgerichtete Programme der beiden wichtigsten freien Forschungsförderer, der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)[25] und des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft,[26] sowie des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD)[27] ergänzt.

Eine kaum zu überschätzende Initialfunktion kam der WHO zu. Sie hatte mit dem Programm »Health for all« (WHO 1985) und mit der Ottawa Charta (WHO 1986) die Formulierung bevölkerungsbezogener Gesundheitsziele und politische Realisierungsstrategien angestoßen. Eine Zielvorgabe eröffnet internationale Perspektiven, nötigt zum Vergleich des Gesundheitszustandes eines Landes mit dem in anderen Ländern mit ähnlicher demographischer und sozialer Struktur. Auch in Deutschland provozierte die Politik der WHO eine zielgerichtete Bestandsaufnahme. Die Entwicklung ging nicht ohne Brüche ab. Zurückhaltend nannte die (vom Bundesgesund-

heitsministerium initiierte und finanzierte) Projektgruppe »Prioritäre Gesundheitsziele« ihren Bericht »Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung« (Projektgruppe 1990). Die Formulierung von Gesundheitszielen stellt dem eigenen Anspruch nach weniger die erfolgreiche Behandlung als die gelungene Krankheitsverhütung in den Vordergrund. Gesundheitsprobleme heilt der Arzt, Gesundheitsziele lassen sich nur in größerer Bevölkerungsperspektive erreichen.

3.3 *Praxis*

Die praktische Realisierung von Public Health wird gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben werden müssen. Den Absolventen der neuen Studiengänge wird dabei eine Schlüsselrolle zufallen, da von ihnen, wo immer sie eingestellt sind, besondere innovative Impulse erwartet werden.

Mit den unterschiedlichen Profilen der Studiengänge sind auch differierende Umsetzungsschritte von der Lehre und Forschung in die Praxis verknüpft. Zum einen gehört Public Health nach »ganz unten« an die Basis, muß sich bewähren in gemeindenaher oder innerbetrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, in konkreten Einzelprojekten mit professioneller Trägerschaft (Kassen, Kommunen, Schulen usw.) oder in der Unterstützung von Laienorganisationen und Selbsthilfenetzwerken, in Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsschutz. Zum anderen muß sich Public Health in leitenden Führungspositionen, also »ganz oben«, an den Spitzen der Ministerien und Verbände im Gesundheitswesen durchsetzen und bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung, bei der unausweichlichen Strukturreform und ebenso in den gesundheitsbezogenen Ausbildungscurricula eine bevölkerungsmedizinische Perspektive behaupten.

In allen genannten Bereichen läßt sich in den letzten Jahren eine behutsame Zuwendung zu Public Health erkennen. Dabei ist nicht weiter erstaunlich, daß die verschiedenen Interessengruppen noch zwischen rascher Vereinnahmung und einem heimlichen Mißtrauen schwanken. Die integrierenden Studiengangskonzepte, die über Praktika und Gastdozenten einen frühen Kontakt mit den Praxisfeldern ermöglichen, zeigen einen zweckmäßigen Weg, den wichtigen Kontakt zwischen den gesundheitspolitisch Handelnden und der akademischen Forschung und Lehre dauerhaft herzustellen.

Public Health wird aber nur dann eine Leitidee sein, wenn die vielen anderen gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen Bereiche nicht

unberührt bleiben. Die an die Wirtschafts-, Tarif- und Sozialpolitik, die Umweltpolitik, die Wohnungsbaupolitik zu stellenden Forderungen stehen nur beispielhaft für die schrittweise Herstellung einer »öffentlichen Gesundheit«, die diesen Namen verdient.

Korrespondenzanschrift: Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin
Postfach 610 180 – 3000 Hannover 61

Anmerkungen

1 Urteil des BSG vom 16.5.1972; 9 RV 556/71
2 Nur die Bundesärztekammer legte sich nach einer kontroversen Debatte auf diese Übersetzung fest.
3 Um diese Benennungen – vor allem der Public-Health-Studiengänge – wurde häufig mit vielen Argumenten gestritten. Dabei fiel stillschweigend meist unter den Tisch, daß dieser Namensstreit sich letztlich einer gar nicht von den Beteiligten zu verantwortenden Verlegenheit verdankt: Die Wissenschaftsministerien fordern deutschsprachige Bezeichnungen für Studiengänge und Abschlüsse. Da das Bundesministerium für Forschung und Technologie weniger restriktiv ist, nannte es das jetzt anlaufende große mehrjährige Forschungsprogramm »Public-Health-Forschung«, und viele überflüssige Streits brauchten nicht erneut geführt zu werden.
4 Daß dieses Vorbild selbst zwieschlächtig war, ist dabei in Erinnerung zu behalten: Der in der Sozialhygiene des Kaiserreichs und der Weimarer Republik bereits angelegte Doppelcharakter von Public Health – Emanzipation und Sozialtechnologie – war im Frühjahr 1992 Thema eines Kongresses, den der Hamburger Verein zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik durchführte. Informativ ist auch die Arbeit von Eckart (1991).
5 Die Aufzählung ist einem noch unveröffentlichten Vortrag des Deans, Harvey V. Fineberg, anläßlich der Gründung der Niederländischen School of Public Health im Jahre 1991 entnommen.
6 »Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen« (Medizinische Hochschule Hannover), oder »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung« (Universität Bielefeld) oder »Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin« (Universität Düsseldorf)
7 Daß sie gleichwohl viele Anhänger gefunden hat, liegt sicher auch an dem implizit darin enthaltenen und (gerne) in Kauf genommenen Affront gegen die (herkömmliche kurative) Medizin, die als 'Krankheitswissenschaft' aus dem Kanon der Public-Health-Disziplinen ausgegrenzt werden kann.
8 Zum 'Gesundheitswesen' zählen alle Institutionen, Versorgungssysteme und Berufsgruppen, die die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern trachten.
9 Kürzlich (auf einem Kongreß in Hamburg, s. Anm. 4) wurde von Karl-Heinz Roth zu Recht auf die nahe Verwandtschaft dieses Modells mit den Plänen zu einem »Sozialwerk des deutschen Volkes« der nationalsozialistischen Deutschen

Arbeitsfront hingewiesen. Ritter (1989) gesteht diese Ähnlichkeit indirekt über den Umweg des Vergleichs mit dem Beveridge-Plan zu (vgl. ebd. S.136f., S.154).

10 Dies gilt sowohl für die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (jeweils 1957), für die gesetzliche Unfallversicherung (1963) wie schließlich für das Recht der Arbeitslosenversicherung (1969).

11 In der dritten und der vierten Legislaturperiode Anfang der sechziger Jahre.

12 Ausgenommen: die Preisverordnungsregelungen für die Arzneimitteldistribution über Apotheken, die beim Bundesministerium für Wirtschaft (bis heute) ressortiert; die Vergütungsregelungen für alle anderen Heilberufe waren/sind beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt.

13 Die Zuständigkeit für die Krankenhausversorgung lag bzw. liegt bei den Ländern, aber auch hier nicht eindeutig, weil sowohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG 1972) wie das Gesundheitsreformgesetz (GRG 1989) Kompetenzen im Vertrags- und Vergütungsbereich auf den Bund übertragen hat.

14 Dahinter stand freilich noch keine »präventive Neuorientierung«.

15 Ein erstes Ergebnis war die Kooperation mehrerer Hochschul- und freier Institute in der Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, deren Bestandsaufnahme und Konzeptentwurf 1990 veröffentlicht wurde (Brecht et al 1990). Mittlerweile liegt ein Indikatorenkatalog (der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder [AGLMB 1991]) vor, in dem die Grundzüge eines neuen Berichtswesens der Länder bereits deutlich werden. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen veröffentlichte bereits eine erste Ausgabe des neuen Landesgesundheitsberichtes (NRW 1991). Auch Niedersachsen hat ein eigenes Konzept entwickelt (Schwartz et al. 1992) und bereitet die ersten Teilberichte vor.

16 Das Sonderprogramm »Epidemiologie« des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD), das den Besuch ausländischer Schools of Public Health oder Summer Schools ermöglichte, wurde 1990 in »Epidemiologie/Gesundheitswissenschaften (Public Health)« umbenannt und auf die Unterstützung der neuen Studiengänge durch die Finanzierung von Gastdozenturen aus dem Ausland ausgeweitet.

17 »Empfehlungen zum Ausbau der Epidemiologie und zur Nachwuchsförderung für Epidemiologen«, abgedruckt in: Schwartz/Badura 1991, S.185-190

18 »Weiterentwicklung des Gesundheitswesens: Postgraduiertenstudium 'Öffentliche Gesundheit' (Public Health)«, abgedruckt in: Schwartz/Badura 1991, S.193-200.

19 Das Konsenspapier ist abgedruckt in Schwartz/Badura 1991, S.44-49. Das Buch informiert auch über Entstehungsgeschichte und Verlauf der Berliner Konferenz, die ebenso wie die Veröffentlichung durch eine weitsichtige Förderung der Robert Bosch Stiftung ermöglicht wurde.

20 Neben der beharrlichen Initiative einzelner Hochschullehrer waren für die erfolgreiche Realisierung jeweils auch strukturelle Rahmenbedingungen ausschlaggebend. Beispiel Hannover: Die Medizinische Hochschule Hannover hat seit ihrer Gründung den Aufbau eines nichtklinisch orientierten Fächerverbundes nach dem Vorbild der angelsächsischen »Schools of Public Health« verfolgt. Das weitgespannte und umfangreiche Konzept der Gründungsphase konnte in einer diesen Fragestellungen wenig aufgeschlossenen deutschen Hochschullandschaft immerhin in wichtigen Teilen verwirklicht werden. In Hannover entstand

eines der ersten eigenständigen bundesdeutschen Institute für Sozialmedizin und Epidemiologie. In ihrem weiteren Ausbau errichtete die Medizinische Hochschule Hannover den ersten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und gründete im Rahmen der Hochschulreform ein Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege, das neben den genannten Abteilungen noch die der Medizinischen Soziologie, der Medizinischen Psychologie und der Geschichte der Medizin vereinigt, eine in der bundesdeutschen Hochschullandschaft einzigartige Institution (die im ersten Konzept mitvorgesehenen Fächer Ernährungswissenschaften, Sportphysiologie und Sozialpsychiatrie wurden zwar realisiert, aber nicht innerhalb des Zentrums angesiedelt).

21 Die ebenfalls Ende der 80er Jahre geplanten Studiengänge in Bochum, Münster und Tübingen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit nicht eingerichtet werden.

22 Entsprechende Abstimmungen zwischen den Hochschulen haben im letzten Jahr wichtige Fortschritte gemacht. Auf verschiedenen Ebenen (Studierende, Studiengangsplaner, Studiengangsbeauftragte) finden zusätzliche Treffen statt, die die ohnehin schon seit 1988 regelmäßig im Herbst durchgeführten gemeinsamen Workshops ergänzen.

23 Pilotprojekt war zweifellos die schon seit Anfang der 80er Jahre laufende Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Sicherlich war ihr Konzept (DHP 1991) selbst unter Sozialmedizinern und Epidemiologen umstritten, ihre bislang vorgelegten Berichte nicht weniger. Dessen ungeachtet zeigt die im Frühjahr 1992 entfachte öffentliche Kampagne gegen die DHP auch noch bestehende Vorbehalte und nicht ausgestandene Ranküne: Den Forschern werden Versäumnisse mit Vorliebe dort angelastet, wo sie sich tatsächlich vergeblich gegen verfestigte Arbeitsteilungen im Gesundheitswesen zu behaupten suchten.

24 Gemeint sind die beiden Veröffentlichungen von Klein-Lange (1990) und Schwartz et al. (1991). Die beiden etwa gleichzeitig erschienenen Bände Laaser et al. (1990) und Schwartz/Badura (1991) befassen sich dagegen mit den neuen Perspektiven in der Lehre. Einen übergreifenden Anspruch verfolgen Deppe et al. (1991), Borgers (1989) und Hurrelmann/Laaser (1992a).

25 Initiierung einer Denkschrift zum »Public Health«-Bereich, die den wichtigen Teilbereich »Gesundheitssystemforschung« (Health Services Research) aufgreift (Veröffentlichung 1992).

26 Koordinierungsstelle zu »Public-Health«-Einrichtungen in Forschung und Lehre in der Bundesrepublik (Dezember 1991).

27 Internationales Ausbildungsprogramm für »Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften«.

Literaturverzeichnis

AGLMB 1991 – Ausschuß für Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter: Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder

Allhoff, P. G., 1988: Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1978-1985. Köln

Badura, B., 1990: Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health), in: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, S.51-61

Behrens, C. S. et al, 1983: »Medizinische Orientierungsdaten«, in: Deutsches Ärzteblatt Nr. 40/41 1983

Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. St. Augustin

Berghoff, B., Robra, B.-P., 1988: Krankheitsfrüherkennung Krebs Frauen und Männer. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1985-1986. Köln

Borgers, D., 1989: Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft. Berlin/Hamburg

Brecht, J. G. et al, 1990: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. 3 Bd., St. Augustin

Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.), 1991: Öffentliche Gesundheit – Public Health. Frankfurt/New York

DHP 1991 – GCP Study Group: The German cardiovasculare prevention study: Design and Methods, in: Schwartz, F. W. et al, 1991, S.63-75

Eberle, G., 1985: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit 7/1985, S.211-216

Eckart, W., 1991: Öffentliche Gesundheitspflege in der Weimarer Republik und in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland, in: Schwartz et al 1991, S.221-236

Henke, K.-D., 1989: Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen. Ein quantitativer Überblick. Diskussionspapier Nr. 143 des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaften. Hannover

Hofmann, W., Schwartz, F. W., 1992: Zwei Jahre Ergänzungsstudiengang »Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen« an der Medizinischen Hochschule Hannover, in: Forum Gesundheitswissenschaften 1992 (im Druck)

Hurrelmann, K., Laaser, U., 1992: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel (im Druck)

Hurrelmann, K., Laaser, U., 1992a: Editorial, in: Hurrelmann, K., Laaser, U., 1992

Klein-Lange, M., 1990: Public-Health-Forschung in der Bundesrepublik, München

Laaser, U., Wolters, P., Kaufmann, F. X. (Hrsg.), 1990: Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg

Labisch, A., 1991: Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (»new public health«), in: Deppe, H.-U. et al, 1991, S.60-83

Marx, K., 1972: Das Kapital, 1. Band (MEW 23). Berlin (DDR)

Mosse, M./Tugendreich, G., 1977: Krankheit und soziale Lage. Göttingen (Erstausgabe München 1913)

Neubauer, G., 1989: Perspektiven der Gesundheitspolitik nach dem Gesundheits-Reformgesetz. Reihe A, Nr. 11, der Arbeitspapiere »Sozialmedizinische Beratung der gesetzlichen Krankenversicherung«

NRW 1991 – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Bielefeld

Paffrath, D./Reiners, H., 1987: Zehn Jahre Kostendämpfungsgesetze. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse 13/1987, S.369-373

Projektgruppe, 1990 – Projektgruppe »Prioritäre Gesundheitsziele« (Hrsg.): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. Baden-Baden

Ritter, G. A., 1989: Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich. München

Schnabel, P.-E., 1991: Drei Jahre Zusatzstudiengang »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health)« in Bielefeld, in: Forum Gesundheitswissenschaften 2/1991, S.95-118

Schwartz, F. W. et al (Hrsg.), 1991: Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin, Heidelberg

Schwartz, F. W., Badura, B., Hofmann, W., 1991: Public Health: Ansätze zu Aufbaustudiengängen in Deutschland – Erfahrungen aus dem Ausland. Gerlingen

Schwartz, F. W., Hofmann, W., Windus, G., 1992: Verbesserte Gesundheitsberichterstattung – Ein Konzept für einen Landesgesundheitsbericht am Beispiel Niedersachsens. St. Augustin (im Druck)

SVR 1991 – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden

WHO 1985: Targets for health for all. Kopenhagen

WHO 1986: Ottawa Charter for health promotion – an international conference on health promotion. Ottawa, Kopenhagen

Thor Oivind Jensen

Perspektiven der Prävention in Norwegen[1]

Einleitung

In der Frühjahrssitzung 1992 forderte die norwegische Regierung das Parlament auf, das Gesundheits-Direktorium aufzulösen. Dies markiert den Endpunkt einer interessanten und aufschlußreichen Erfahrung in der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) Norwegens. Diese war ursprünglich aus der radikalen Arbeiterbewegung der 1930er Jahre entstanden und hatte ihre größten Erfolge in den wirtschaftlichen Wachstumsjahren nach dem Krieg. In den 70er Jahren verlor sie an Bedeutung. Zu Beginn der 90er Jahre, die von einer neuen Markt-Ideologie und wirtschaftlichen Krisen geprägt sind, findet die Public Health Bewegung möglicherweise ihr logisches Ende. Der vorliegende Beitrag will die historischen Umstände dieser Entwicklung darstellen, mit dem ausdrücklichen Ziel, die Schwierigkeiten und Potentiale von Prävention und Public Health in einem sozialdemokratischen und kapitalistischen Zusammenhang zu diskutieren.

Bevor ich jedoch näher auf die Details der norwegischen Gesundheitspolitik eingehe, möchte ich einige generelle Anmerkungen machen.

Prävention ist sicher keine Erfindung unserer Zeit. Ganz im Gegenteil. Das Fehlen realistischer Behandlungsmöglichkeiten in früheren Zeiten machte Prävention selbstverständlich. Heilbehandlungen als Hauptstrategie gegen Krankheiten sind eine moderne Erscheinung mit langfristig eher episodischem Charakter, verbunden mit der optimistischen (aber statistisch immer noch falschen) Vorstellung, daß Heilung grundsätzlich möglich sei.

Präventive Maßnahmen basieren auf Vorstellungen über die Ursachen, die zum Entstehen einer Krankheit führen und die Möglichkeiten, diese Ursachen zu beeinflussen. Aber diese Vorstellungen oder dieses Wissen müssen nicht zeitgenössischer oder rationaler/wissenschaftlicher Art sein. Prävention spielt auch bei Bräuchen und Tradition eine wichtige Rolle.

Das kleine Glas Brandy meines Großvaters am Abend, »um das Blut dünner zu machen«, war eine (sehr vernünftige) Prävention, die auf Tradition beruhte. Es gab eine Vorstellung von den Ursachen der Krankheitsentstehung (dickes Blut) und von den positiven Einflüssen

ihrer Vermeidung (Brandy)[2]. Diese alten präventiven Richtlinien waren im Kern Maßnahmen der Hygiene, und die Gestaltung des täglichen Lebens war immer mit Gesundheitsschutz verbunden.

Prävention gründet sich auf den Versuch, eine gesunde Balance zwischen dem Individuum und der Umwelt herzustellen. Dabei gibt es eine wichtige Unterscheidung zweier Strategien: einerseits die Anpassung des individuellen Verhaltens an die Umwelt und andererseits die Anpassung der Verhältnisse an die Individuen. Wie wir sehen werden, hat die Entscheidung für den individualistischen oder den gesellschaftlich/strukturellen Ansatz sehr unterschiedliche politische Auswirkungen.

Nach diesen Anmerkungen möchte ich nun einige Grundgedanken der Ideen und Aktivitäten der Prävention in Norwegen dieses Jahrhunderts diskutieren. Ich behaupte nicht, daß meine Hypothese über die Entwicklung und Einteilung in verschiedene Perioden die einzig mögliche oder sogar die beste sei. Eher soll diese Ausführung ein Versuch sein, durch die Interpretation der nahen Vergangenheit die Umsetzung von Prävention durch die Politik besser zu verstehen.

Phasen präventiver Gesundheitspolitik in Norwegen

Die Tradition

Lange vor der Jahrhundertwende waren präventive Aspekte in der Gesundheitsarbeit sehr wichtig. Diese bestanden nicht als explizite oder isolierte Strategien, sondern sie waren integrierter Bestandteil der Gesundheitsarbeit. Das war vor der Zeit der genauen Diagnosen und bevor sich eine breite Palette des wissenschaftlichen Verständnisses von Behandlungsstrategien herausgebildet hatte. Die Erfolgsstatistiken der eingesetzten Behandlungsformen waren nicht gerade beeindruckend. Sowohl der geringe Erfolg als auch die (oft unangenehmen) Behandlungen führten dazu, daß bei Ärzten und Patienten die Begeisterung für diese Maßnahmen eher gering war. Präventive Strategien schienen realistisch und vielversprechend.

Die elitäre Ärzteschaft verstand sich als Gesundheitserzieher und Berater gegenüber dem Einzelnen, aber es gab auch eine Tradition des politischen Engagements unter ihnen. Die Zeitschriften und Bücher aus der Zeit der Jahrhundertwende und danach geben einen Einblick in die Breite der betrachteten Einflußfaktoren, die sich hinter den Krankheiten verbargen, d.h. die Ernährung, das Arbeitsleben, die Wohnsituation, bestimmte Gewohnheiten und den eher moralisch bewerteten »Lebensstandard«. (Social Handbok for Norge,

1937) Der Gesundheitszustand der oberen Schichten war natürlich besser als der der unteren Schichten – teilweise aufgrund dieser Einflußfaktoren (Baxter 1976). Der Vorreiter der norwegischen Soziologie, der Priester Eilert Sundt (1817-1875) beschreibt das tägliche Leben der unteren Klassen in einer Weise, die Lebensumstände, Moral und Krankheiten lehrreich miteinander verbindet. Diese alte Tradition war sowohl moralistisch als auch elitär. Die Ärzte repräsentierten eine patriarchalische Elite, die eine moralische Verpflichtung gegenüber der ärmeren Bevölkerung besaß, die darin bestand, sie sowohl zu beraten und zu erziehen als auch die Gesundheitsinteressen der Armen auf die politische Tagesordnung zu setzen (Stang Dahl 1983). Das Schicksal und die Gesundheit der Armen und Kranken lag zu einem großen Teil in ihrer Verantwortung. Aus der elitären Sicht der Ärzte bewies die niedrige gesellschaftliche Position der Armen ihren geringen Wert, ihre niedere Moral und ihre Unfähigkeit, sich selbst aus dieser Lage zu befreien. Daher waren diese Bevölkerungsschichten auf Bildungsmaßnahmen und auf die Leitung durch die Eliten angewiesen. Dieser soziale und patriarchalische Aspekt in der norwegischen Ärzteschaft muß auch in Verbindung mit dem starken deutschen Einfluß auf die ärztliche Ausbildung und auf die Kultur der medizinischen Profession am Ende des 19. Jahrhunderts gesehen werden.

Einige der alten Behandlungsmethoden lassen erkennen in welchem Ausmaß die Einflüsse der Umwelt und der sozialen Faktoren in den Gesundheitsstrategien berücksichtigt wurden. »Psychiatrische Maßnahmen« und Behandlungen von Alkoholismus wurden oft vorgenommen, indem versucht wurde, die sozialen Umstände zu beeinflußen: harte Arbeit, strenge Disziplin in der Organisation des Tagesablaufes, kontrolliertes und diszipliniertes Sozialleben. All dies war verbunden mit den möglicherweise motivierenden Kräften der Arbeiter-Politik oder Religion. Es gibt einige Hinweise darauf, daß die Behandlungsergebnisse dieser Strategien mindestens so gut (wenn nicht sogar besser) waren als die mehr biologisch/naturwissenschaftlich orientierten Behandlungsmethoden späterer Jahrzehnte (Hoyer 1986, Brunn 1983).

Politische Wissenschaft und wissenschaftliche Politik

Die 1920er und 1930er Jahre sind in bezug auf Politik, Wissenschaft und Wirtschaft wichtige Zeitabschnitte in der europäischen und in der norwegischen Geschichte. Aus heutiger Sicht bedarf es einiger

Anstrengungen, die Strukturen und die Kultur zu verstehen, die die verändernden Kräfte in der Gesellschaft begleiteten. Sozialismus, Faschismus und Sozialdemokratie versuchten, mit den aufkommenden wissenschaftlichen Entdeckungen und rasanten Entwicklungen in der Wirtschaft und den Veränderungen des täglichen Lebens Schritt zu halten. In diesen Jahrzehnten gab es dramatische Demonstrationen der guten und der schlechten Seiten dieser Innovationen: schnelles Wachstum und schwere Wirtschaftskrisen; Erfolge und Tragödien durch neue Erfindungen, industrielle Produktion und neue Formen der Kriegsführung. Für die Gesundheitsversorgung hatte die rasante Industrialisierung und Urbanisierung negative Folgen, denn die alten informellen Strukturen der Gesundheitserziehung und der Versorgung von Kranken gingen durch sie teilweise verloren. Die Widersprüchlichkeiten dieser Entwicklungen ebneten den Weg einer neuen und einflußreicheren Rolle der Experten und des Staatsapparates. Große Gefahren und Potentiale bedurften der Leitung durch Professionen und das politische System. Der optimistische Glaube an die Wissenschaft schlug sich in den politischen Debatten nieder (Seip 1989) und wurde zum Leitmotiv für viele Staatsdiener (Dahl Jacobsen 1968). – Die medizinische Forschungen jener Zeit führten zu völlig neuen Erkenntnissen über den Einfluß von Bakterien auf die Gesundheit. Aus dieser Erkenntnis entstanden zwei wichtige Strategien für die Gesundheitsarbeit, die letztlich aber auch Konsequenzen für die Politik hatten:

1. Hygiene: Die Bewahrung des Körpers vor Infektionen durch hygienische Maßnahmen entwickelte sich schnell zu einer überzeugenden Strategie. Das Wissen über Bakterien und wie sie sich verbreiten, hatte einen starken Einfluß auf die Einstellung zur Gesundheit bei den medizinischen Professionen und der Gesellschaft im allgemeinen. Die Vorstellung, dem Körper etwas Schädliches fernzuhalten, war überzeugend, leicht verständlich, vernünftig und moralisch. Die Idee verbreitete sich schnell und konnte für jede Gelegenheit benutzt, aber auch mißbraucht werden. Die Durchführung hygienischer Maßnahmen gründete sich jedoch auf systematische wissenschaftliche Arbeit, die in naturwissenschaftlichen und allgemeinen Veröffentlichungen bekanntgemacht wurden. Das Konzept der sozialen und sexuellen Hygiene stand zunächst in Verbindung mit Krankheiten und Bakterien. Aber es hatte auch eine soziale Bedeutung, nämlich die eines grundsätzlich reinen und guten Lebens und damit der Vorsorge einer Vielzahl von Krankheiten, einschließlich Syphilis, psychische Störungen und Alkoholismus.

Die wichtige und bekannte Arbeit über sexuelle Hygiene von Karl Evang[3] und anderen linken Ärzten beeinhaltete Ausführungen über die Prävention von Krankheiten, die Bedeutung von Sexualität für die menschliche Psyche, die Lebensumstände und die Bedeutung der Familienplanung für die Arbeiterklasse mit ihren begrenzten materiellen Ressourcen. Sie enthielt auch Informationen über Sexualität, allgemeine Bildung und moralische Auflärung für die Arbeiterklasse. Geistige und soziale Hygiene hatte natürlich nichts mit Bakterien zu tun, aber im weiteren Sinn zeigte sie in die Richtung des gesunden Effektes eines »reinen Lebens«. Eugenik, die Hygiene der Rasse, war in diesem Zusammenhang ein logischer Bestandteil dieser Theorie. Um eine Degeneration zu vermeiden, war es wichtig, »Behinderte« von ihrer Fortpflanzung abzuhalten und eine Vermischung der Rassen zu verhindern. Der erste Teil dieser Maßnahmen (die Sterilisation bestimmter Gruppen von Patienten und Kriminellen) wurde mit nahezu voller Übereinstimmung durchgeführt. Der zweite Teil wurde von den Linken mit gemischten Gefühlen vorläufig zur Seite geschoben und auf die Zeit nach der Revolution vertagt. Ihr großes Interesse für die Veränderungen in der Gesellschaft machte den Rassen-Aspekt für sie weniger interesssant; außerdem befand man sich wider Willen in einer Allianz mit rechten Politikvorstellungen. Trotzdem sahen sie in der Hygiene-Strategie eine wissenschaftlich Bedeutung. Vor allem brachte es viele Ärzte dazu, sich sowohl für die Erziehung und Information der Öffentlichkeit zu engagieren, als auch sich für politische Veränderungen einzusetzen und ihre Argumente in die öffentliche Diskussion einzubringen.

2. Epidemiologie: Die Entwicklung der Epidemiologie hatte nicht dieselbe durchschlagende Wirkung wie die Hygiene-Strategie, übte aber einen starken Einfluß auf die Gesundheitsforschung aus. Kriterien wie die Erforschung der Ausbreitung von Krankheiten, der Umgang mit den Daten über Verhaltensmuster bei Sozialkontakten und Lebensumständen gewannen an Bedeutung. Die Politisierung der Medizin war mit den Erkenntnissen aus der Epidemiologie eng verbunden. Die Popularität des Themas führte zu einer fruchtbaren Verbindung der Politik- und Sozialwissenschaften mit der (zumeist links stehenden) Medizin (Nordby 1989).

Auch der Einfluß von Vitaminen und verschiedenen Ernährungsbestandteilen wurde erkannt und führte zu der Entwicklung von Ernährungshinweisen. Genaueres Wissen über den Energiebedarf ermöglichte es, einen Mindestbedarf festzulegen, der Krankheiten vorbeugen sollte. Ökonomische Krisen und der niedrige Lebensstandard

großer Bevölkerungsgruppen machte es für Wissenschaftler selbstverständlich, öffentlichen Einrichtungen bei der Festlegung der notwendigen Ernährung für die armen Bevölkerungsschichten behilflich zu sein. Auf einem allgemeineren Niveau boten die Statistiken über das Aufwachsen der Kinder und ihre Ernährung die Grundlagen für das Schulfrühstück, das sich aus den (vor Krankheiten) »schützenden Lebensmitteln« zusammensetzte (Vollmilch, Vollkornbrot, Lebertran).

Neue politische Entwicklungen

In den ideologischen Vorstellungen der neuen politischen Kräfte der 20er und 30er Jahre gewann die Wissenschaft an Bedeutung. Innerhalb der neuen Rechten, den Faschisten, gab es eine Reihe von Wissenschaftlern und Experten. Sie propagierten die Vormachtstellung der Starken und Geschickten und machten strukturelle Vorschläge, die eine leitende Stellung der Experten in der Gesellschaft vorsahen[4]. Ihre Vision einer korporatistischen Gesellschaft beeinhaltet, daß Experten entschieden, wie das Leben (zumindest eines Teils) der Bevölkerung gestaltet werden solle. Sie entwickelten Argumente, die beweisen sollten, daß selbst wenn einige Mitglieder der Gesellschaft (die Arbeiter-Klasse) vom Reichtum ausgeschlossen blieben, dies immer noch der (Pareto-)optimale Wohlstandszustand für die Gesellschaft als Gesamtorganismus sei. Viele Intellektuelle fühlten sich von dieser elitären/rationalen Denkweise angezogen und einige von ihnen schlossen sich Mussolini an (Hughes 1958).

In der Linken stand die Wissenschaft sogar noch mehr im Vordergrund. Vorangetrieben durch den Erfolg in der Sowjetunion, gab es eine Tendenz zu Argumenten die eine »wissenschaftliche Politikgestaltung« und sogar eine wissenschaftlich fundierte Konstruktion der Gesellschaft und des »sozialistischen Menschen« unterstützten. Die Erkenntisse über den Einfluß der Lebensverhältnisse auf die Entwicklung der Menschen bekräftigte die wissenschaftliche Vorhersage einer glorreichen Zukunft für Mensch und Gesellschaft. Durch radikale Veränderungen glaubte man, die (arbeitenden) Massen in allen Bereichen zu völlig neuen Standards ihrer Leistungen führen zu können, einschließlich Gesundheit, Erziehung, Produktivität, Kunst, Kultur und Moral.

Auch in der Mitte des politischen Spektrums, bei den Sozialdemokraten, hatte man eine ideologischen Verbindungen zwischen

Wissenschaft und Politik hergestellt – wenn auch in abgeschwächter Form. Die Sozialdemokraten griffen viele Argumente der extremen Linken auf. Da aber ihr Ziel nicht Revolution sondern Reform war, entwickelten sie schon bald ein Interesse für operationalisierbare wissenschaftliche Möglichkeiten einer Gesellschaftsorganisation und -leitung, die nach und nach Wohlstand und Produktivität für alle auf ein höheres Niveau heben sollte. Angesichts ihrer großen Auswirkungen sind vielleicht die Entwicklung und die Durchführung einer staatlichen Wirtschaftsführung (Keynes) und die öffentliche präventive Gesundheitspolitik die beiden großen Kennzeichen der Sozialdemokratie. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, daß die norwegischen Ökonomen der späten 30er Jahre eine führende Rolle bei der praktischen Umsetzung der keynesianischen Theorie spielten, was sich unter anderem in der Verleihung zweier Nobel-Preise für Ökonomie wiederspiegelte.

Die politische Diskussion der 30er Jahre in Norwegen wurde demnach von Wissenschaftlern bestimmt, die das starke Bedürfnis hatten, ihre Vorschläge in die Praxis einzubringen und die gleichzeitig auf eine Öffentlichkeit und Politik trafen, die diese Informationen interessiert aufnahmen. Wichtige politische Debatten jener Zeit waren Auseinandersetzungen der Forscher in Zeitungen und wissenschaftlichen Zeitschriften über die »richtige Politik« in verschiedenen Bereichen (Seip 1989). Zwei zentrale Themen, die auch den Gesundheitsbereich betrafen, wurden in der politischen Auseinandersetzung wissenschaftlich bearbeitet. Das erste dieser Themen behandelte die Ernährung und die Lebensverhältnisse und deren Einfluß auf die Gesundheit. Das zweite Thema betraf die Wirtschaft und den Zusammenhang zwischen Staatsökonomie und Konjunkturverlauf und ihren Auswirkungen für die Bevölkerung. Es ist mehr als ein interessantes Detail, daß sich John Maynard Keynes (durch einen Brief) an dieser Debatte des norwegischen Parlaments beteiligte.

Der »Neue Tag«

Die sozialdemokratische Politik, insbesondere die Gesundheitspolitik, kann zu einem großen Teil auf die Initiative einer kleinen elitären Gruppe der extremen Linken zurückgeführt werden.

In den 30er Jahren schlossen sich linke Aktivisten zu einer Gruppe zusammen, deren Name mit »Neuer Tag« übersetzt werden kann[5]. Fast ausschließlich aus Akademikern bestehend, folgten sie der militanten Richtung des »wissenschaftlichen Sozialismus« und verbanden

ihre feste politische Überzeugung mit harter wissenschaftlicher und organisatorischer Arbeit. Die innere Stärke und Disziplin dieser Vereinigung und ihre relativ geringe Größe erklärt ihre große Effektivität bei der Erreichung ihrer Ziele. Ihr Vertrauen in die Wissenschaft wurde in vielen Bereichen deutlich: politische Fragen sollten von der Wissenschaft beantwortet und wissenschaftliches Vorgehen von der Politik geleitet werden[6].

Die Gruppe hatte starken Einfluß auf die politischen Auseinandersetzungen in der damaligen Zeit. Nach dem Krieg wurden viele ihrer Mitglieder führende Politiker oder nahmen leitende öffentliche Positionen ein. Die Wirkung dieser Gruppe war so groß, daß sich bis heute eine Aura respektvollen Mystizismus um sie erhalten hat. Ihre wahrscheinlich einflußreichste Person war der spätere »Director of Health« und die Schlüsselfigur des modernen norwegischen Gesundheitssystems: Karl Evang. Als Arzt fiel es in seinen Aufgabenbereich, eine Gruppe mit dem Namen »Verband sozialistischer Ärzte« zu leiten. Ihr Anliegen war es, Medizinstudenten und Ärzte für ihre Ziele zu gewinnen und eine sozialistische Gesundheitspolitik zu entwickeln. Daneben gab es ähnliche Organisationen (z.B. für Architekten), die alle darauf ausgerichtet waren, neue Mitglieder aus den einflußreichen Gesellschaftsschichten zu werben und sozialistisch-wissenschaftliche Politikprogramme zu entwerfen.

Die »Sozialistischen Ärzte« verstanden unter Prävention die Verbesserung der Lebensumstände der Bevölkerung, speziell der Arbeiterklasse, und damit eine substantielle Verbesserung der Gesundheit. Sie waren sowohl von der russischen Revolution beeinflußt als auch von der generellen marxistischen Überzeugung, daß Bewußtsein durch die Lebensumstände geprägt und eine (kollektive) Gestaltung dieser Lebensumstände durch die Menschen – als politisch Handelnde – zu erreichen sei. Sie leiteten ein großes Forschungsprogramm, dessen Ziel es war, die Ernährungssituation der unteren Schichten zu dokumentieren. Auf dieser Grundlage forderten sie mehr und bessere Ernährung (»schützende Lebensmittel«), allgemein bessere Lebensbedingungen und Bildungsmaßnahmen in bezug auf Gesundheit und Hygiene (Evang, Galtung, Hansen, 1937).

Die Gesundheitsprobleme der unteren Schichten, einschließlich der gefürchteten Tuberkulose, schienen mit Hilfe von präventiven Maßnahmen lösbar, wobei diese hauptsächlich gesellschaftliche Veränderungen vorsahen. Auch wenn sich die »sozialistischen Ärzte« für Bildungs- und Motivationskampagnen innerhalb der Arbeitergewerkschaften einsetzten, war es letztlich ihr Ziel, die

Gesellschaft insgesamt zu verändern und einen besseren Lebensstandard für die Arbeiterklasse zu erreichen. Ein guter Gesundheitszustand war für sie abhängig von der Ernährung, der Wohnsituation, den hygienischen Bedingungen, dem Bildungsstand und der wirtschaftlichen Lage einer Familie. Diese Probleme konnten nicht auf individueller Basis, sondern mußten gesamtgesellschaftlich gelöst werden. Auch die Beschäftigungssituation wurde als sehr wichtig erachtet, denn Arbeitslosigkeit verringerte nicht nur das Einkommen, das für Ernährung und Wohnen zur Verfügung stand, sondern hatte zusätzlich psychische Auswirkungen. Ihre Vorschläge für die Erreichung eines besseren Gesundheitszustandes, die die Forderung nach mehr Nahrungsmittelproduktion, Abbau der Arbeitslosigkeit und größeren Einfluß der Ärzte miteinschloß, stießen daher auf breite Unterstützung.

Ihre Forderungen und Vorschläge fügten sich zu einem überzeugenden und wissenschaftlich schlüssigen Programmpaket zusammen. Die »schützenden Lebensmittel«, die so dringend gebraucht wurden, waren die gleichen, die die norwegische Landwirtschaft vergeblich zu verkaufen versuchte und die daher im Überfluß vorhanden waren. In ihrem Modell der Prävention verbanden sich keynesianische makroökonomische Planung mit den allgemeinen Grundzügen eines modernen Wohlfahrtsstaates.

Zwei der wichtigsten Ökonomen in der sich entwickelnden keynesianischen Wirtschaftswissenschaft Norwegens, Frisch und Getz Wold, entwarfen Modelle für eine sinnvolle Verknüpfung von Ernährung und Produktivität. (Sandmo 1991, Getz Wold 1937, 1941, Frisch 1941). Bei der Planung und Organisation der Ernährungspolitik war Getz Wold ein enger Mitarbeiter Evangs, jedoch war er selbst kein Mitglied der »Neuen Tag«-Bewegung (Jensen 1991).

In der Auseinandersetzung um ein erfolgreiches Konzept für die Gesundheitsförderung und -erhaltung der Bevölkerung konnten sich die sozialistischen Ärzte letztendlich mit ihrem Programm durchsetzen.

Die Vertreter der konservativen Ärzteschaft propagierten Einschränkungen und Minimalstandards für das Essen, um das Ernährungsproblem zu lösen. Sie hatten sich mit der Regierung verbündet, die Geld sparen und die Armen unter Kontrolle halten wollte. Sie planten, Arbeitlosen geringere Rationen zuzuteilen, weil diese weniger Kalorien bräuchten als aktiv arbeitende Personen. Die sozialistischen Ärzte hingegen setzten sich für mehr Nahrungsproduktion und Versorgung mit ausreichenden Nahrungsmitteln für alle ein.

Außerdem erklärten sie die Ernährungsgewohnheiten der oberen Schichten, die einen besseren Gesundheitszustand und eine längere Lebenserwartung aufwiesen, zum allgemeinen Maßstab. Diese Debatte erregte viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit. Eine der Konferenzen dauerte mehrere Tage, während derer die Journalisten auf das Ergebnis warteten.

Parallel dazu entwickelten die sozialistischen Ärzte in den späten 30er Jahren einen Entwurf zur Umstrukturierung des Gesundheitssystems. Der Gesundheitspolitik sollte ein umfassender präventiver Ansatz zugrunde liegen und stärkere öffentliche Verantwortung zukommen. Die Unabhängigkeit und der Einfluß der Ärzte sollte gestärkt werden. Der Entwurf sah auch eine stärkere Rolle des Gesundheits-Direktoriums vor: es sollte sowohl politische als auch verwaltende Funktionen übernehmen: eine Schaltstelle mit doppelter Macht. Diese Vorstellungen wurden auch von der (traditionell konservativen) Ärztevereinigung unterstützt. Diese Allianz überrascht vielleicht, aber sie gründete sich auf das gemeinsame Ziel eines größeren Einflußes der Ärzte in der Politik und einer Reihe sicherer Arbeitsplätze innerhalb des neuen Systems.

Evang und die Mitglieder des »Neuen Tag« schlossen sich bald darauf den Sozialdemokraten an und entwickelten mehr reformorientierte Vorschläge[7]. Kurz vor Ausbruch des Krieges griff auch die Sozialdemokratische Partei ihre Vorschläge für eine auf öffentliche Unterstützung der Landwirtschaft basierende Ernährungspolitik und für ein gesichertes Mindesteinkommen auf. Auch die wichtigsten Teile des geplanten neuen Gesundheitssystems wurden in das Parteiprogramm aufgenommen, und Evang wurde noch vor dem Krieg zum »Director of Health« ernannt.

Während des Krieges entstanden genauere Vorstellungen über die Umgestaltung des Gesundheitssystems. Evang griff Ideen aus der amerikanischen und britischen Public Health Tradition auf. Er entwickelte auch genauere Pläne für das neue und mächtige Direktorium.

Der Durchbruch

Nach dem Krieg wurden die Vorschläge zur Umstrukstrukturierung des Gesundheitssystems verwirklicht. Karl Evang, der »Director of Health«, war nun sowohl Leiter der Verwaltung als auch der politische Leiter des »Ministry departments«. Er sammelte seine Verbündeten um sich und sandte einige von ihnen an amerikanische Universitäten (Johns Hopkins University), um dort Public Health zu studieren.

Die Umstrukturierung des Gesundheitssystems nahm ihren Lauf. Die Schwerpunkten lagen auf Gesundheitskontrolle, »community health« und Gesundheitsförderung und -betreuung in den Schulen und am Arbeitsplatz. Verschiedene Screeening-Programme und Erziehungskampagnen wurden durchgeführt. In den Jahren nach 1945 wurde im Zuge der allgemeinen wirtschaftlichen Wachstumsphase und der Herausbildung des Wohlfahrtsstaates auch für bessere Nahrungsmittelversorgung, bessere Lebensbedingungen und Bildung sowie für eine gesicherte Prävention gesorgt.

Verglichen mit dem, was zu dieser Zeit über gesellschaftliche Entstehungsmuster von Krankheiten bekannt war, schien die Umsetzung dieses Gesundheitskonzepts ein Erfolg zu sein: Hygienische Verbesserungen und Erziehung auf individueller Basis, wirtschaftliches Wachstum und Vollbeschäftigung der Arbeiterklasse, öffentliche Unterstützung für Sozialwohnungen, gesicherte (ausreichende) Versorgung mit »schützenden Lebensmitteln« und ein Gesundheitssystem, das mit den einflußreichen Stellen der Gesellschaft verbunden war. Sowohl das Public Health System selbst als auch die Integration von Gesundheit und Sozialfürsorge in die zentralen Strukturen der Politik vermittelten den Eindruck einer präventiv ausgerichteten und gut geplanten Gesundheitspolitik. Auch wenn meine Darstellung selektiv ist und etwas heroisch klingen mag, ist es wichtig, die präventive Grundlinie in der Gesundheitspolitik, ihre Eingebundenheit in andere Politikbereiche und ihren Erfolg zu erkennen. Dazu gehört auch, daß Karl Evang entscheidend an dem Prozeß mitwirkte, der zur Gründung der WHO und der FAO führte, einer Organisation der UNO mit dem Ziel, »die Landwirtschaft zu unterstützen und Public Health voranzutreiben«. Seine Mitarbeit bei der Erstellung eines internationalen Regulierungssystems für Betäubungs- und Arzneimittel sollte auch erwähnt werde. Schließlich entwarf Evang ein Konzept, das zu der Gründung eines Nationalen Ernährungsrates führte. In diesem Ernährungsrat waren sowohl Ernährungsexperten als auch Repräsentanten aller großen Nahrungsmittelhersteller vertreten. Die ideologische Ausrichtung war nun vollends sozialdemokratisch geworden. Man versuchte die ökonomischen Interessen der Produzenten mit den allgemeinen Zielen des Wohlfahrtsstaates in Einklang zu bringen.

Institutionalisierung und Scheitern

In den 60er Jahren veränderte sich die Ausrichtung des Public Health Systems. Die Gesundheitssituation der norwegischen Bevölkerung hatte sich gebessert. Einflüße und Umstände, die die Gesundheit in den 30er Jahren bedroht hatten, waren beseitigt worden. Allgemeine Verbesserung der hygienischen Bedingungen, der Wohnsituation, der Ernährung, der Schutzimpfungen und der Lebensumstände hatten stattgefunden. Auch Arbeitsunfälle und -krankheiten wurden jetzt stärker beachtet. Die alten Probleme schienen gelöst, aber der Präventionsaspekt war überschattet vom technischen Fortschritt und dessen Errungenschaften in den Behandlungsmethoden, vor allem in den Krankenhäusern.

Trotzdem hatten schon Ende der 50er Jahre die Todesursachenstatistiken und andere Untersuchungen gezeigt, daß sich eine Zunahme neuerer prävenierbarer Krankheiten abzeichnete: Herzerkrankungen, die mit Ernährungsfaktoren, besonders mit Fetten und darunter besonders mit tierischen Fetten in Verbindung standen. Weder das etablierte Gesundheitssystem noch seine Hauptfiguren wie Karl Evang oder seine Mitarbeiter zeigten besonderes Interesse für dieses Problem – im Gegenteil. Unsere Daten (Lien 1990) legen nahe, daß diese Fakten vernachlässigt und sogar abgestritten wurden. Sie paßten nicht in die harmonische und erfolgreiche Kooperation, die sich entwickelt hatte, und außerdem wurden diese Erkenntnisse von Personen präsentiert, die von Evangs politischer Orientierung weit entfernt waren. Ablehnung und Vernachlässigung durch die mächtigen Gesundheitsinstitutionen waren gepaart mit den Profitinteressen der Landwirtschaft. Dieser Industriezweig nimmt in der norwegischen Politik eine besonders einflußreiche Rolle ein (Jensen & Kjærnes 1986, Dahl Jacobsen 1968). Die Mortalität durch Herzerkrankungen in Norwegen stieg daher weiterhin gemeinsam mit dem hohen Fettverbrauch. Verglichen mit anderen Ländern war die Zunahme dieser Krankheiten im Norwegen der 60er Jahren eine der höchsten und pendelte sich schließlich auf einem Niveau ein, bei dem die Hälfte aller Sterbefälle zu Lasten kardiovaskulärer Erkrankungen ging. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer sank und blieb am Ende drei Jahre hinter der Lebenserwartung der rauchenden, gestreßten und von Umweltverschmutzungen umgebenen Japanern zurück (Uemura/Pisa). Die Auseinandersetzung darüber, dieses Problem auf die politische Tagesordnung zu setzen und die Ernährungspolitik auf die Prävention dieser Sterbefälle umzustellen, ist bis

heute noch nicht abgeschlossen. Auch wenn es Ende der 80er Jahre einige Veränderungen gegeben hat, konnten man sich bisher nicht gegen die wirtschaftlichen Interessen der Agrarindustrie durchsetzen (Jensen, Kjærnes 1986, Lien 1990).

Die Entwicklung des Gesundheitssystems verlief in eine völlig andere Richtung, als man es nach der Konzeption von Evang und der dahinterstehenden Akzeptanz und Durchsetzungskraft erwartet hätte. Das Gesundheitssystem in Norwegen, wie auch in vielen anderen Ländern, verwandelte sich schon bald in eine gewaltiges und teures Behandlungssystem, das die Prävention von Krankheiten vernachlässigte. Die in Großstädten konzentrierten Spezialkrankenhäuser sind dafür ein anschauliches Beispiel. Die Macht der Ärzte war im ursprünglichen Konzept fast völlig uneingeschränkt gewesen, selbst die Interessen der Patienten wurden von den Ärzten definiert. Diese Struktur öffnete den Weg für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems parallel zu den Entwicklungen innerhalb der Medizin und führte zu immer spezialisierteren Behandlungsformen (Ole Berg 1982). Diese Entwicklung bedeutete auch eine Entpolitisierung des Gesundheitsthemas und die Verminderung von Konflikten im Gesundheitssystem. Die uneingeschränkte Macht der Ärzte wurde auch durch den starken Einfluß des Gesundheitsdirektoriums symbolisiert. Schließlich führten aber der rasante Kostenanstieg und andere Probleme zu steigendem Mißtrauen auf Seiten der Politiker. Seit den 70er Jahren gab es daher verschiedene Reformversuche, mit denen die Macht des Direktoriums eingeschränkt werden sollte. Die einzigartige Konstellation dieser Institution – Experten-Direktorium und gleichtzeitig Ministerium – wurde mittlerweile aufgelöst.

Die alten Erfolge in der Prävention und die starke Machtposition des Gesundheitssystems haben dazu geführt, daß das Gesundheitssystem ernsthafte prävenierbare Krankheiten vernachlässigt und sich damit weit von seiner ursprünglichen Ausrichtung entfernt hat. Das gegenwärtige Gesundheitssystem schenkt der Prävention und der uneingeschränkten Macht der Ärzte wenig Beachtung, was dazu geführt hat, daß sich die politischen Kräfte jetzt für die Auflösung dieser Macht und Struktur einsetzen. Die Gesundheitsgrundsätze, die in der allgemeinen Politikgestaltung integriert waren, haben sich weitgehend aufgelöst und dort, wo sie noch zu finden sind, werden sie eher von Personen oder Gruppen eingesetzt, die ihren eigenen Vorteil daraus ziehen wollen. So setzen z.B. die Vertreter der Agrarindustrie hauptsächlich ihre eigenen Interessen in der Ernährungspolitik durch.

Endpunkt Moralisierung?

Obwohl die Prävention alter Prägung mehr oder weniger vergessen ist, gibt es mindestens zwei erwähnenswerte neue Konzepte. Keines von ihnen konnte sich in der allgemeinen Politikgestaltung durchsetzen. Trotzdem möchte ich die ihnen zugrundelegenden Annahmen hier diskutieren.

Zunächst der individualistische Ansatz: Die Beobachtungen der Zusammenhänge von Lebensstil und Krankheit führten zu Forschungen und Überlegungen über die Beeinflussung des individuellen Verhaltens. Auch wenn dies ürsprünglich ein Teil des Evangschen Präventions-Konzepts war, hat sich daraus mittlerweile eine eigenständige Theorie entwickelt. Die Hauptursache der Krankheitsentstehung wird dabei nicht in der Umwelt gesehen, wie es bei der durch Epidemiologie und Hygiene geprägten Prävention der Fall war. Die Ursachen liegen nach dieser Theorie im Verhalten der Individuen. Diese Vorstellung gründet sich auf eine wissenschaftliche Haltung, die von der Psychologie, Sozialpsychologie sowie der internationalen Public Health Tradition beeinflußt ist. Zumindest ansatzweise werden jedoch auch Einflüsse miteinbezogen, die über das Individuum hinausweisen (z.B. Gruppennormen). Angesichts der großen Überzeugungskraft von Prävention als wichtiger Strategie sowohl in armen als auch in reichen Ländern hat diese Vorstellung an Popularität gewonnen. Inzwischen hat sich diese Vorstellung in das eingehendere Konzept der »Gesundheitsförderung« gewandelt, deren Ziel es ist, Gesundheit zu fördern anstatt Krankheiten zu verhindern. Das Konzept vermittelt zwar Sachkenntnis für verschiedene Kampagnen, aber verglichen mit der Evangschen Tradition konnte es sich weder in der Politik noch im Gesundheitssystem durchsetzen. Es werden Modelle entwickelt, die die Patienten-Mitarbeit (Compliance) bei Hinweisen für die Lebensstilgestaltung oder Erziehungsmaßnahmen für die Allgemeinheit oder für »Risikogruppen« betreffen. In diesem individuellen Ansatz wird also die Verhaltensänderung des Einzelnen in einer unveränderten Umgebung angestrebt.

Das zweite Konzept wurde in der Sozialarbeit entwickelt, jedoch konnte sich hier der präventive Aspekt noch weniger durchsetzen. Die vernünftige Einsicht, daß Prävention von sozialen Problemen sinnvoller ist als die Betreuung bereits eingetretener Schwierigkeiten, führte bei den Sozialarbeitern zu großem Interesse an präventiven Ansätzen. Auch wenn Sozialarbeit hier nicht das Thema ist,

sollte dieser Ansatz kurz ausgeführt werden, denn er unterscheidet sich wesentlich von dem individualistischen Ansatz. Hier wird die Lösung nicht in der Beeinflussung des individuellen Verhaltens und nur selten in der Gruppenarbeit gesehen. Vielmehr wird der Einfluß der Struktur der jeweiligen Gesellschaft und der übergeordneten Zusammenhänge auf die Entstehung von sozialen Problemen betont, sowie die (moralische) Verantwortung der Sozialarbeiter, diese Strukturen zu ändern. Auch dieser Ansatz hat sich nicht zu irgendeiner signifikanten Bewegung in der Gesellschaft entwickeln können.

Eine neue Morgenröte?

Prävention als rationale Strategie im Kampf gegen Krankheit und Tod ist eine überzeugende Sache. Über die Ursachen der Entstehung und die Möglichkeiten der Beeinflussung aller wichtigen Krankheitsgruppen ist heute viel bekannt, z.B.: Herzerkrankungen (Ernährung, Rauchen, Streß), Krebs (Umwelt, Ernährung) und muskuloskeletale Beeinträchtigungen (Arbeit und Bewegung). Parallel zu der Erkenntnis, daß die Behandlungen und das krankenhauszentrierte Gesundheitssystem zu teuer und nicht rational organisiert sind, haben die oben genannten Zusammenhänge in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Dies könnte möglicherweise zu einer Wiederbelebung präventiver Strategien führen. Und tatsächlich gibt es einen Regierungsbericht zu diesem Thema (NOU 1991:10). Allerdings wird in diesem Bericht zwar die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen bestätigt, jedoch folgen keine konkreten Vorschläge für deren Umsetzung. Im Gegenteil: Umsetzungsvorschläge sind eher ungenau beschrieben, z.B. als lokale Verantwortung, die sozialen Strukturen zu verändern. Die Beeinflussung der eigentlichen Ursachen, die bei der Entstehung von Gesundheitsschäden eine Rolle spielen, wie Arbeitslosigkeit, Ernährung und Umweltverschmutzung, werden in dem Bericht nicht berücksichtigt.

Trotzdem spielen solche Berichte eine wichtige Rolle: sie können bei Debatten eingesetzt werden, um politischen Druck zu erzeugen. Jedoch gibt es derzeit keine bedeutenden Akteure in der norwegischen Regierung oder andere politische Gruppen, die diesen Druck ausüben könnten. Die Arbeitslosigkeit ist heute wieder so hoch wie in den dramatischen 30er Jahren und sie hat nach wie vor Auswirkungen auf die Gesundheit, besonders wenn man die Kürzungen der Sozialausgaben betrachtet. Jedoch scheint es heute unvorstellbar, daß ein Politiker irgendwelche Vorschläge macht, die mit denen von

1930 verglichen werden könnten: Nämlich jenem Konzept, das eine Verbindung zwischen Fischerei, Gemüseproduzenten und anderen wichtigen Nahrungsmittelherstellern und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung herstellte und andere relevante Einflüsse regulierte (wie Arbeitslosigkeit, Gesundheitsdienste, Wohnsituation, die wirtschaftliche Lage und die soziale Situation von Kindern und Familien) und alles in einen Generalplan zusammenbrachte, der Prävention und keynesianische Makroökonomie in einer Weise verband, die das Land auf »gesunde« Weise aus der Krise führte[8].

Gründe des Scheiterns

Es gibt mindestens drei Möglichkeiten, die Einzigartigkeit der Situation der 30er Jahre zu erklären. Die einfachste Erklärung stützt sich auf die Annahme der »Lernunfähigkeit« (Crozier 1964). Dabei wird angenommen, daß sich bürokratische Organisationen nicht verändern können. Diese Vorstellung kann leicht auf politische Teilbereiche oder Institutionen übertragen werden. Bezogen auf unser Beispiel scheint diese Erklärung zunächst zuzutreffen. Nachdem das Konzept der Prävention aufgrund bestimmter Krankheiten entwickelt worden war, verfestigte es sich, ohne daß Änderungen möglich schienen. Als sich die Umstände änderten, verlor das Konzept immer mehr an Überzeugungskraft und es kam zu Widersprüchlichkeiten.

Diese Argumentation erklärt aber nur einen Teil der Geschehnisse und sollte daher mit anderen Erklärungen verglichen werden. Politische Machtkonstellationen können sich ändern und besonders Gesundheitsprobleme können sich in einer Weise wandeln, die neue Politikansätze notwendig machen. Die Prävention zwischen 1930 und 1950 wurde durch die Verbindung mit den Interessen der mächtigen Landwirtschaft möglich, weil zur gleichen Zeit eine Überproduktion an »schützenden Lebensmitteln« bestand. Während der Wiederaufbauphase nach dem Krieg konnte daher der Kampf gegen Gesundheitsbeeinträchtigungen, hervorgerufen durch wirtschaftliche Krisen, Arbeitslosigkeit und schlechte Wohnbedingungen, mit dem allgemeinen Trend einer keynesianisch orientierten Wirtschaft und dem Vertrauen in Expertenwissen verbunden werden. Als sich jedoch Präventionsvorschläge gegen die Interessen der Landwirtschaft richteten und wirtschaftliche Wachstumsmuster in Frage gestellt wurden, waren sie auf der Stelle nicht mehr durchsetzbar.

Die dritte Erklärung betont die Einzigartigkeit der Situation in den

30er Jahren: Die allgemeine Umbruchsituation führte dazu, daß vieles anders verlief als normalerweise üblich. Als Beispiel seien die politischen Ambitionen der Ärzte genannt. Unter normalen Umständen kann nicht erwartet werden, daß traditionell konservative Ärzte, die den oberen Schichten angehören, bei einem präventiven Public Health System mitwirken, das eine Veränderung der Gesellschaft anstrebt. Genauso unwahrscheinlich ist, daß die Planung durch Experten während des Krieges und die Einbindung allgemeiner Gesundheitsgrundsätze in die Politik nach dem Krieg noch einmal wiederholt werden. Es scheint eine einmalige Situation gewesen zu sein.

Dilemmata präventiver Strategien

Der vorhin beschriebene individuelle Präventionsansatz ist leicht zu kritisieren, und es ist wichtig dies zu tun. Er weist erhebliche Widersprüche und Mängel auf, wenn er nicht Teil einer umfangreicheren Strategie ist, die auch andere Aspekte miteinbezieht. Dabei handelt es sich insbesonders um drei Problembereiche: 1. das Problem, daß präventive Maßnahmen von anderen Faktoren konterkariert werden; 2. das Problem der unterschiedlichen Alltags-Struktur in verschiedenen Bevölkerungsschichten und 3. das Problem der sozialen Ungleichheit.

Zu 1.: Informations- und Motivationskampagnen können leicht von anderen Faktoren, z.B. Werbekampagnen, außer Kraft gesetzt werden. So können z.B. Kampagnen über gesündere Ernährungsweisen von Angeboten und Anzeigen überlagert werden, die einen Informationsdruck auf das Individuum ausüben, der den der »Gesundheitsinformation« um das 10- bis 100fache übersteigt. Oder es werden neue Produkte kreiert, die mit der werbewirksamen Bezeichnung »gesund« vermarktet werden. So wurde z.B. vor einigen Jahren, als der allgemeine Trend in der Bevölkerung dahin ging, weniger Milchfette zu sich zu nehmen, eine Margarine auf den Markt gebracht, die zu 80 % aus Butter bestand[9].

Zu 2.: Das Problem der Alltags-Struktur betrifft die Schwierigkeit, Informationen und Erkenntnisse über eine gesündere Lebensweise in neue Verhaltensweisen umzuwandeln, wenn diese dem normalen Tagesablauf entgegen stehen. So wird z.B. ein Industriearbeiter mit wechselnden Tag- und Nachtschichten wohl kaum gute Schlafgewohnheiten annehmen können; ein Arbeitsloser, der vergeblich für seine Familie und sein Haus kämpft, wird sich schwerlich

entspannen können; es wird auch keine Routine im täglichen Leben eines Fischers geben, und es ist eher unwahrscheinlich, daß berufstätige Eltern kleiner Kinder das Rauchen aufgeben oder regelmäßig joggen. Gerade die Gruppe berufstätiger Eltern werden beim individuellen Präventionsansatz als besonders problematische, weil bewegungsarme Gruppe angesehen. Es ist oft schwierig zu entscheiden, wann verändertes Verhalten hergestellt werden kann und wann präventive Aktionen nur ein schlechtes Gewissen hervorrufen.

Zu 3.: Im Kern geht es bei den beiden angesprochenen Punkten bereits um das eigentliche Problem: die soziale Ungleichheit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Damit ist gemeint, daß einige über die Ressourcen verfügen und in der Lage sind, ihre täglichen Gewohnheiten auf der Grundlage aktiv ausgewählter Informationen ändern zu können, während andere diese Möglichkeiten nicht haben. Faktoren und Umstände wie die Erziehung, die wirtschaftliche Situation, ein Lebensstil, der Auswahlmöglichkeiten bietet und die kulturelle Prägung der oberen Schichten, die daran gewöhnt sind, ihren Lebensverlauf selbst zu bestimmen – sind Hindernisse für die unteren Schichten bei ihrem Versuch, ihre Gesundheit zu erhalten oder Krankheiten vorzubeugen. Als Beispiel sei hier erwähnt, daß die oberen sozialen Schichten eher dazu neigen, Milchsorten mit weniger Fettanteil zu konsumieren, während die unteren sozialen Schichten, die schlechter informiert und stärker belastet sind, eher zu Milchsorten mit hohem Fettanteil (und großem Werbeetat) neigen (Kjærnes & Jensen 1986). Sowohl die sozialen Ungleichheiten in der Prävention (Aaro 1986) als auch die daraus und aus anderen Faktoren entstandene ungleiche Verteilung von Krankheit in der Gesellschaft (Blaxter 1976) sind bereits ausführlich dokumentiert worden. Eine beschämende aber fundierte Hypothese, die von britischen Gesundheitsforschern vertreten wird, besagt, daß der moderne Wohlfahrtsstaaat diese Ungleichheiten noch verstärkt habe (Townsend/Davidson 1982, Blaxter 1976, Brotherson 1976, Hart 1972). Ein wichtiger Mechanismus hierbei scheint zu sein, daß die oberen Schichten in der Lage sind, das Gesundheitssystem angemessen und präventiv in Anspruch zu nehmen, während die anderen oft zu lange warten und weniger Möglichkeiten haben, um Gesundheitsrisiken in ihrem täglichen Leben einzuschränken (Blaxter 1976, Jacobsen, Jensen, Aarseth 1982). Die verschiedenen Hemmschwellen in der Organisation des Gesundheitssystems machen es für die unteren Schichten sehr schwierig, es für präventive Maßnahmen zu nutzen (Jensen 1984).

Die Hauptkritik am individuellen Präventionsansatz lautet daher wie folgt: der Gesundheitszustand der oberen sozialen Schichten kann zwar verbessert werden, bei den unteren sozialen Schichten jedoch kann dieser Ansatz zu weniger Selbstachtung und einem schlechten Gewissen führen. Ich habe keine Beweise dafür, daß dieser Effekt gewollt ist; sicher ist eher das Gegenteil der Fall, und die Sorge um die gesamte Gesellschaft war das eigentliche Ziel. Die unschönen Auswirkungen mögen teilweise das Ergebnis einer als »klassenlos« verstanden Strategie gewesen sein: dem Bestreben, wissenschaftliche Ratschläge und Informationen der »gesamten Bevölkerung« zugänglich zu machen. Aber leider erzeugen diese Strategien genau das Gegenteil und führen zu einer Verschärfung der sozialen Ungleichheiten (Dahl Jacobsen 1968). An dieser Stelle möchte ich noch einmal daran erinnern, daß im Gegensatz dazu selbst die elitärsten Informationen und Hinweise von Evang und den sozialistischen Ärzten auf der Klassentheorie basierten, eingebettet in die Arbeiterkultur und verbunden mit großen Reformprogrammen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft.

Auch von einem moderaten Allgemeinstandpunkt aus betrachtet erscheint es daher sinnvoll, für die Einschränkung der offensichtlichen Risikofaktoren im täglichen Leben der »gefährdeten« Schichten einzutreten. Das heißt, Faktoren wie Umweltverschmutzung und Arbeitslosigkeit genauso zu beeinflussen wie Subventionen und Marktmechanismen in Bezug auf Lebensmittel, die einer gesunden Ernährungsweise entgegenstehen. Das gegenwärtige Gesundheitssystem hat sich dieser Themen jedoch bisher nicht angenommen. Es ist zu einer großen regierungstreuen und passiven Institution in der Gesellschaft geworden, die versucht, Probleme zu lösen, die ihren Ursprung in anderen Sektoren der Gesellschaft haben, anstatt diesen Sektoren eigene Gesundheitsmaßstäbe aufzulegen (Dahl Jacobsen 1965, 1972).

Anscheinend gibt es eine natürliche Tendenz zu eher passiven und unprovozierenden Ausführungen von Informationskampagnen und mehr oder weniger moralistischen Bildungsmaßnahmen. Im allgemeinen werden lieber harmlose Aufklärungsaktionen durchgeführt, wenn eigentlich schwierige Probleme angegangen werden müßten (Bruun & Jensen 1980). Diese Maßnahmen widersprechen dann nicht der aktuellen Ideologie einer neutralen Wissenschaft, sie weisen nicht auf komplexe, aber teure und notwendige Veränderungen hin und führen nicht zu strukturellen politischen Auseinandersetzungen. Angesichts der gegenwärtig geringen Beachtung präventiver

Strategien und dem Fehlen politischen Mobilisierung für dieses Thema erscheint es schwer, sich andere Möglichkeiten vorzustellen.

Die typischen Aktivitäten des Gesundheitssystems bei der individuellen Behandlung von Patienten werden oft als Prävention angesehen, solange die Patienten das System vor Ausbruch der Krankheit in Anspruch nehmen. Dabei gibt es jedoch zwei Arten von Problemen. Das erste betrifft, wie bereits dargestellt wurde, die Struktur der Inanspruchnahme des gegenwärtigen Gesundheitssystems. Diejenigen, die am meisten von den präventiven Angeboten profitieren würden, sind wahrscheinlich dieselben, die beim Zugang zum Gesundheitssystem die größten Schwierigkeiten haben. Der Schwerpunktwechsel weg von der Alltags-Prävention hin zu großen Präventions-Institutionen wird diese Tendenz noch unterstützen. Das zweite Problem betrifft die Behandlungssituation selbst, bei der nicht mehr die Umwelt und das tägliche Leben im Mittelpunkt stehen, sondern Umstände, die der Arzt direkt kontrolliert. Ein trauriges Beispiel in diesem Zusammenhang ist das Risiko des hohen Bluthochdrucks: Herzerkrankungen und Tod. Vom Einzelnen könnte eine Menge gegen dieses Risiko unternommen werden, z.B. die Reduzierung des Salzkonsums. Auch auf gesellschaftlicher Ebene könnten Vorkehrungen getroffen werden, z.B. die Auszeichnung und Regulierung des Salzgehaltes in der Nahrung[10]. Dem Gesundheitssystem gelang es jedoch nicht, die Gesellschaft oder die Patienten zu mobilisieren. Wieder einmal entscheiden sie sich für die einfachste Lösung, die zudem auf Druck starker wirtschaftlicher Intersessen zustande kam: die Medikamentenverschreibung. Das Ergebnis war ein riesiger Arzneimittelverbrauch (ß-Blocker). Diese Medikamente wurden zur meistverkauften Arzneimittelgruppe. Sie entwickelten sich zum Alltags-Medikament für Männer mittleren Alters. Erst nach einigen Jahren stellte man fest, daß eine Reihe von Nebenwirkungen aufgetreten waren, und daß die Sterberate leicht anstiegen war. Der dramatische Rückgang, der von der pharmazeutischen Industrie vorausgesagt worden war, wurde nie erreicht. Dieser Vorgang wiederholt sich möglicherweise in der Zukunft, wenn ein neues Medikament zur Cholesterinwert-Senkung auf den Markt kommt. Trotz potentiell mobilisierbarer Bürger und einer veränderbaren Gesellschaft führt dieses Vorgehen eher zu mehr Passivität und Medikamentenkonsum auf Seiten der Patienten.

Das gegenwärtige sozialpolitische präventive Konzept hat aber auch einige strategische Probleme. Wenn sozialpolitische Experten

versuchen, Politiker zu beeinflussen, riskieren sie, den Eindruck zu erwecken, undemokratisch zu handeln, weil man vermutet, daß sie Politiker oder andere politisch Aktive aus ihren Posten drängen wollen. Es sollte nachdenklich machen, wenn man sieht, daß die gängigen Lehrbücher über soziale Prävention eher einer allgemeinen Einführung in das politische System gleichen. Dieses Problem tritt überall auf, wo Experten Einfluß auf das politische System ausüben (wollen) (Osterud 1979). Es kann aber auch als Möglichkeit der Abwälzung von Verantwortung und der Abwertung tagtäglicher, praktischer Unterstützung der Klienten mißbraucht werden. Wenn komplexen Problemen mit allgemeinen politischen Ansichten begegnet wird, stellt sich der fade Geschmack allzuleichter Antworten ein, mit dem die ursprüngliche Aufgabe der Arbeit mit schwierigen Klienten beiseitegeschoben wird.

Der Leser wird wahrscheinlich schon längst den Widerspruch zwischen den oben gemachten kritischen Anmerkungen und den eher heroischen Darstellungen der politischen Experten der 30er Jahre bemerkt haben. Dies ist tatsächlich ein Problem, denn alle hier erwähnten Präventionskonzepte sind Versuche, das Privatleben der Bevölkerung und das demokratische System maßgeblich zu beeinflussen. Das Anliegen, die Arbeiterklasse zur »richtigen« Lebensführung anzuhalten, war auch ein wesentlicher Bestandteil der Bewegung »Neuer Tag« in der norwegischen Politik. In Schweden war dies sogar noch ausgeprägter, besonders Alva Mydral entwarf ein striktes Modell eines wissenschaftlich empfohlenen Lebens, das sowohl die Wohnsituation, das Familienleben als auch die Ernährungsweise betraf (Hirdmann 1990). In Norwegen entfernten sich die »Neuer Tag« Aktivisten von dieser extremen Ausprägung, als sie die von der Regierung ausgegebene Mindesternährungsration, die wissenschaftlich zusammengestellt war, nicht mehr unterstützten. Ihr Argument schien überzeugend: Sie sprachen sich gegen den erniedrigenden Vorgang der Nahrungsrationsverteilung aus und setzten sich stattdessen für eine Erhöhung der Kaufkraft und mehr Informationen ein, um die Ernährungssituation der Bevölkerung zu verbessern. Trotzdem war der Entwurf eines von der Wissenschaft empfohlenen Lebensstils für die Arbeiterklasse wichtig. Auf der Makroebene hatte diese durch Experten geleitete Politik Auswirkungen auf das Gesundheits-Direktorium. Sollte diese Organisation aufgelöst werden, so wird dies teilweise (und zurecht) auf ihr undemokratisches Verhalten zurückzuführen sein. Eine Beeinflussung der Politik durch Experten muß sich auch an den politischen Umständen

orientieren, ist dies nicht der Fall, so wird diese Beeinflussung zu einem sehr undemokratischen Verhalten.

Die Bedeutung der politischen Kultur

Im folgenden möchte ich zwei Ansätze vorstellen, die das eben beschriebene Problem genauer untersuchen. Erstens: Auch in einem sozialdemokratischen System gibt es Ausnahmesituationen, die eine Einschränkung der Demokratie und individuellen Freiheit vertretbar machen (Yvonne Hirdmann 1990). Die Armut und Arbeitslosigkeit der 30er Jahre und die dramatischen Umstände des Krieges erlaubten eine stärkere Einflußnahme auf das Privatleben und die Demokratie, zumal die positiven Effekte sofort erkennbar wurden. Die Bereitschaft, das eigene Leben zu verändern und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Politik aufzunehmen, war daher wesentlich höher.

Das zweite Argument ist vielleicht noch wichtiger, denn es behandelt die Grundlagen der Ideologie. Weiter oben erwähnte ich das feste Vertrauen in wissenschaftliche Prämissen in der Politik und der weiten Verbreitung dieser Ansicht unter den Sozialisten, aber auch unter den erfolgreicheren Sozialdemokraten. Aber es gab noch weitere Faktoren. Die Verfechter der Prävention der 30er Jahre waren eng mit der politischen Arbeit verbunden. Gesundheitsarbeit war ein Teil des eigentlichen Ziels: die allgemeine Verbesserung des Lebensstandards der Arbeiterklasse. Der hohe Grad der Partizipation und Aktivität in der sozialistischen Bewegung machte sowohl die Idee einer wissenschaftlich fundierten Lebensführung als auch die expertengeleitete Politik zu einem gemeinsamen Ziel für die Eliten und für die Arbeiterklasse. Aktivitäten, die man als patriarchalisches Elitedenken und Angriffe auf Demokratie und individuelle Freiheit hätte deuten können, wurden als Erziehungsmaßnahmen, Fakten und Umsetzungen allgemeiner Erkenntnisse wahrgenommen. Bei der Verurteilung von Präventionskampagnen als elitär und undemokratisch sollten daher sowohl die materiellen und ideologischen Bedingungen als auch die politischen, organisatorischen und ideologischen Beziehungen zwischen der Experten-Elite, (als Verfechter der Prävention) und der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Bei der Beurteilung der gegenwärtigen individualistischen präventiven Strategien sollte einerseits beachtet werden, daß sie mit der

starken Tendenz zu mehr Individualismus und persönlicher Verantwortung zusammenfallen. Andererseits sollte man aber bedenken, welche Bevölkerungsteile diese positive Verbindung überhaupt wahrnehmen können. Das Beste, was aus dem individualistischen Präventionsansatz in den letzten zehn Jahren entstanden ist, ist der kollektive Individualismus in Bezug auf mehr Bewegung oder bessere Ernährung.

Eine optimistische Beurteilung würde in Teilen des individualistischen Ansatzes das Potential zur Mobilisierung moderner Menschen sehen; eine pessimistische Beurteilung eher eine Politik der mittleren und oberen Schichten, die, wie immer, die Probleme der anderen Schichten außer acht läßt.

Die schwierige und grundsätzliche Auseinandersetzung, die dahinter steht, ist die Beziehung zwischen dem Individuum und dem Staat. Im klassischen Sozialismus war diese Beziehung dominiert von der einfachen Vorstellung von der »richtigen« Antwort und großen Verallgemeinerungen. Die Tendenz in den skandinavischen Ländern zu starken Regulierungen des individuellen Lebens im Austausch für ein gut ausgestattetes Wohlfahrtssystem wird trotz des allgemeinen Wohlstandes als unmenschlich kritisiert (z.B. wird behauptet, die Menschen hätten keine Kontrolle über ihr Leben). Diese Argumente werden oft von der Vorstellung unterstützt, daß die Bürokratisierung und Professionalisierung einer Gesellschaft solche Effekte mit sich bringe (Matejko 1984, 1986).

Auf einer eher analytischen Ebene erinnert es an das alte Konzept der bürgerlichen Gesellschaft (Keane 1988): der Vorstellung, daß Menschen für ihre individuelle Lebensgestaltung eigene Bereiche haben müssen. Es muß die Möglichkeit geben, eigene Organisationen außerhalb der formalen Politik zu gründen und Formen und Entwicklungen des sozialen Lebens selbst zu bestimmen. Diese bürgerliche Gesellschaft muß eine ausgeglichene Beziehung zum formalen System haben, denn der Staat kann ohne das Vertrauen und die Unterstützung der bürgerlichen Gesellschaft nicht existieren. Sowohl der rasante Zerfall der östlichen Gesellschaftssysteme (Matejko 1990, Keane 1988) als auch die Rolle der sozialen Bewegungen und die Krise der westlichen politischen Systeme sind auf diese Weise interpretiert worden (Keane 1988).

Schließlich sollte ein weiteres, ähnliches Argument erwähnt werden: In den modernen europäischen Gesellschaften gibt es eine Fülle von politischen Ressourcen auf der individuellen Ebene (Bildung, Organisationserfahrungen). Das bedeutet: es ist jetzt nicht

mehr notwendig, einen grundsätzlich repressiven Staatsapparat zu haben, basierend auf der Annahme, daß die Menschen nicht in der Lage sind, die Politik selbst zu gestalten.

Das zukünftige (postmoderne?) politische System sollte statt dessen Platz schaffen für politisches Geschick, Initiative und produktives Chaos: die Zeichen der modern funktionierenden Gesellschaften. Das politische Leben sollte Raum schaffen für »die Rückkehr des Akteurs«[11], das Subjekt.

Diese Themen machen einerseits auf die starke gegenseitige Abhängigkeit von präventiver Politk und den ideologischen Kräften aufmerksam, und andererseits weisen sie auf die Möglichkeit hin, daß die Antworten auf die Probleme der 90er Jahre stark von denen der 30er Jahre abweichen können.

Regulierungspolitik: strukturelle Prävention

Die Regulierungspolitik bietet die Möglichkeit, das individuelle Verhalten oder die Politik zu beeinflussen, ohne daß die oben beschriebenen Probleme auftreten. Auch in der alten Präventionsstrategie war die Regulierung des Marktes zum Schutz der Menschen ein Teil der Gesundheitspolitik. Aber auch heute wird diese Strategie von Sozialdemokraten vertreten,(z.B mit der »Politik gegen Märkte«, Esping-Anderson 1985). Politische Mittel der Gesetzgebung, Tarife und bürokratische Regulierungen werden eingesetzt, um die Gesundheit im täglichen Leben zu sichern. Der Einsatz von zentralen politischen Mitteln und der allgemeine Charakter dieser Strategie, die wenig soziale Ungleichheiten hervorbrachte, wurde zu einem natürlichen Bestandteil der alten präventiven Tradition. Arzneimittelkontrolle, Sicherheit von Autos und elektrischen Anlagen, Nahrungsreinheit und die genaue Angabe der Bestandteile, hygienische Kontrollen in den Gemeinden und Vorschriften, um den Arbeitsplatz sicherer zu gestalten – sind Bestandteile dieser Politik. Dies ist in der Tat eine Form der Prävention, die das tägliche Leben beeinflußt, ohne daß darin die Gefahr der Demokratie- oder Freiheitseinschränkung aufkäme. Sowohl die Logik als auch die Probleme einer solchen Regulierung sind bereits an anderer Stelle diskutiert worden (Jacobsen 1965, Jensen 1979, 1980, 1982, 1991). Ein Punkt, der sich an diese Diskussion anschließt, ist die Notwendigkeit der ideologischen Unterstützung (Jensen 1984). Die gegenwärtig starke Tendenz einer naiven Befürwortung der freien Marktkräfte kann das System der Regulierung entscheidend behindern. Ein Beispiel ist die

kürzliche Auflösung der norwegischen Medikamentenordnung für die Angleichung an den EG-Markt[12].

Abschließende Bemerkungen

Die gegenwärtige Ineffizienz des Gesundheitssystems und die Zunahme der Zivilisationskrankheiten werden das Thema Prävention unweigerlich auf die politische Tagesordnung der 90er Jahre setzen. Die konkrete Ausgestaltung kann dabei sehr unterschiedlich aussehen: Prävention kann zu einer Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zugunsten der Menschen führen oder zum genauen Gegenteil: Die Mißachtung der Einflüsse durch strukturelle Faktoren und stattdessen die Beschuldigung des Individuums für seine oder ihre Gesundheitsprobleme.

Auch wenn ich nicht voraussagen kann, in welche Richtung die Entwicklung verlaufen wird, ist es wichtig, die hier gemachten kritischen Anmerkungen zu bedenken. Die Betrachtung der historischen Entwicklung der Präventionspolitik hat einige entscheidende Aspekte der Gesundheitspolitik aufgezeigt: Prävention kann zu einem wichtigen Bestandteil in der Politik werden, inklusive einflußreichen Organisationen, wissenschaftlich umsetzbaren Modellen und ideologischen Ausrichtungen. Auch der enge Zusammenhang zwischen präventiver Gesundheitsarbeit und dem allgemeinen politischen Klima sollte deutlich geworden sein. Für eine erfolgreiche Umsetzung wird es schwierig sein, das Thema Prävention zu diskutieren, ohne die wirtschaftliche Planung oder die allgemeinen politischen Strömungen miteinzubeziehen. Auch die Verbindung zwischen politischer Mobilisierung und einer gemeinsamen ideologischen Grundlage zwischen den Experten und den Menschen ist von großer Bedeutung.

Aber vielleicht ist die Wiederbelebung der Prävention doch nicht so schwierig: Es müßten ausgeglichene Kräfteverhältnisse zwischen den Gesundheitsinteressen der Bevölkerung und den Interessen vieler anderer Akteure wiederhergestellt werden.

Korrespondenzanschrift: Thor Oivind Jensen
Institute of Administration & Organization Theory
Christiesgt 17 – 5007 Bergen Norwegen

Übersetzung aus dem Englischen: Birgit Aust

Anmerkungen

1 Diese Ausführung basiert auf einem Vortrag der 1991 während eines Seminars über Risikoprävention des Norwegischen Instituts für Konsumentenforschung gehalten wurde. Ich möchte mich hiermit bei Dr.Rolf Rosenbrock und Dr.Barbara Köhler-Schmidt bedanken, die mir die Inspiration und die Gelegenheit gaben, aus dem vorliegenden Material einen Artikel zu machen und ihn in dieser Zeitschrift zu veröffentlichen.

2 Das kleine Glas Brandy oder Wein als Prävention gegen Herz-Erkrankungen durch »Blutverdünnung« ist zwar durch die moderne Ernährungswissenschaft nachgewiesen, allerdings – aus verständlichen Gründen – wenig bekanntgemacht worden.

3 Karl Evang (1902-1981) ist die Hauptperson in dieser historischen Entwicklung. Einige Details sind daher auch für ein internationales Publikum von Bedeutung. Er war eine Schlüsselfigur unter den radikalen Sozialisten; ein Arzt, der sich sehr erfolgreich für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Arbeiterklasse in den öffentlichen Debatten und der politischen Arbeit einsetzte. Mit seiner Person verbinden sich Begriffe wie »Hygiene«, »Sexualerziehung«, »Ernährungspolitik«, »Prävention durch allgemeine Verbesserungen der Wohnverhältnisse und Lebensbedingungen«, »ein überzeugender und konsequenter Politiker«. 1938 wurde er zum Direktor des Gesundheits-Direktoriums benannt. Bis 1972 blieb er in diesem Amt. Durch die Umstrukturierung des Gesundheits-Direktoriums in eine außerordentlich einflußreiche Institution gelang es ihm, seine Ideen von einer neuen, sozialdemokratischen Public Health Politik umzusetzen. Er war sowohl an der Gründung der WHO als auch an ihrer späteren Arbeit beteiligt. Später wurde er Mitglied der Arbeiterpartei, eindeutig dem linken Flügel zugehörig. Er hatte großes Vertrauen in die Wissenschaft und die Erziehung und beteiligte sich an vielen Veröffentlichungen. Seine eigene wissenschaftliche Arbeit konzentrierte sich hauptsächlich auf die Ernährungssituation der Arbeiterklasse, aber in späteren Jahren hielt er auch Vorlesungen über Sozialmedizin. Später wurde er Mitglied der Sozialdemokratischen Partei. Die Einheit zwischen Politik und Wissenschaft, seine professionelle Expertise und Organisation, die sich auf eine linke Arbeiterklassen-Ideologie gründeten, sind wichtige Begriffe für das Verständnis seines Einflusses und seiner Fehler. Biographie: Norby (1989)

4 Neuere historische Forschungen betonen diese Verbindungen und Ähnlichkeiten zwischen den verschiedenen politischen Bewegungen der 30er Jahre stärker. Die Diskussion über das Ausmaß dieser Verbindungen hält jedoch noch an.

5 wörtlich übersetzt müßte es »einem neuen Tag entgegen« heißen (Mot Dag)

6 Ein aufschlußreiches Beispiel ist ihre berühmte sechsbändige »Arbeiter-Enzyklopädie« (1936), die in kurzer Zeit von nur wenigen Personen auf sehr hohem Niveau erstellt wurde. In ihr werden genaue und verlässliche Informationen und wissenschaftliche Analysen mit einer streng marxistischen Perspektive verbunden. Bis heute ist sie eine wichtige Quelle für bestimmte Themen.

7 Dieser Umschwung wurde natürlich ausgiebig diskutiert. Schließlich führten aber ernste ökonomische Probleme innerhalb der Organisation und eine innere Dynamik, die die sozialistische wissenschaftliche Politikentwicklung in Richtung Reformvorschläge drängte, zu dieser Veränderung.

8 Hier soll kein neuer Generalplan aufgestellt werden, aber man sollte bedenken, daß Norwegen heute reicher ist als jemals zuvor, und daß die wissenschaftliche Begründung für den allgemeinen Glauben, daß Sozialleistungen dem wirtschaftlichen Wachstum entgegenstehen, für die meisten westlichen Industrieländer sehr wahrscheinlich falsch ist.

9 Diese »Butter«-Margarine wurde sehr populär in Norwegen. Mit dem Einverständnis der zuständigen Behörden produzierten die Hersteller eine »leichte Margarine«, deren Fettanteil zu 80 % aus Butter bestand. Auf der Verpackung war diese Information nicht zu finden und selbst die Hersteller (die nationalen Molkereien) hatten sich hinter einem falschen Namen versteckt. Der Hintergrund war ein Überschuß an Milchfetten, die aus dem veränderten Konsumverhalten zu gesünderen Ernährungsweisen entstanden war. (Jensen 1991)

10 Mehr als die Hälfte der konsumierten Salzmenge in Norwegen stammt aus industriell gefertigten Nahrungsprodukten – ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeiten eines individuellen Ansatzes.

11 Dies ist der Titel des wichtigen Buches von Alain Touraine (1988). Dieses und die Veröffentlichungen von A. Melluci geben weitere Anregungen zu diesem Thema.

12 Dies wird von Jensen (1992) ausführlich diskutiert und gründet sich auf die Tatsache, daß durch die Verhandlungen mit der EG die meisten Grundelemente des norwegischen Systems abgeschafft werden.

Literaturverzeichnis

Aaro, L.E.: Health Behaviour and Socioeconomic status. Doctoral Thesis, University of Bergen 1986

Ashton/Seymour: The New Public Health. Open University Press 1988

Berg, Ole: Helsetienetsens logikk. Institut for statsvitenskap, Oslo 1982

Blaxter, Mildred: Social Class and Health Inequalities. In: Carter/Peel (eds.): Equalities and Inequalities in Health, Academic Press, London 1976

Brotherson, J.: The Galton Lecture 1975: Inequality – is it inevitable? In: Equalities and Inequalities in Health, Academic Press, London 1976

Brunn, K. (ed.): Controlling Psychotropic Drugs. Croom Helm 1983

Brunn, K.; T.O. Jensen: Statlig läkemedelsinformation som kontrollpolitisk instrument. NU 1980:22

Castles, F.G. and Steve Dowrick: The impact of Government Spending levels on medium term growth in the OECD, 1960-85. Discussion paper 199, Australian National University 1988

Crozier, M.: The Bureaucratic Phenomenon. Chicago 1964

Evang, K. and Galtung Hansen: Norsk kosthold i små hjem. Tiden 1937

Evang, K.: Rekonstruksion av Statens ernæringsrad. Proposal from The Norwegian Director of Health to the Minister of Social Affairs. Oslo 1945

Esping-Andersen, G.: Politics against markets. The Socialdemocratic road to power. Princeton University Press1985

Frisch, Ragnar: Introduction to: Getz Wold: Kosthold og levestandard. En okonomisk undersokelse. Oslo 1941(Nutrition and the standard of living)

Held, David: Models of Democracy. Free Press 1987

Hirdman, Y.: Att Lägga livet til rätta. Carlssons, Stockholm 1990

Hughes, H.Stuart: Consciousness and Society. Vintage Books 1961
Hoyer, Georg: Tvungent psykisk helsevern i Norge: rettsikkertheten ved slikt helsevern med særling vurdering av kontrollkommisjonsordningen. Doctoral Thesis, University in Tromso, 1986
Jacobsen, K.D.: Informasjonstilgang og likebehandling TFS. 1965
Jacobsen, K.D.: Public administration under pressure: The role of the expert in modernization of traditional agriculture. Scandinavian Political Studies. Vol X, 1968:1
Jacobsen, K.D.: Okonomi og velferd. PM 1972, Bergen
Jacobsen, Jensen, Aarseth: Fordelingspolitikkens forvaltining Sosiologi i dag. 1982:3
Jensen, T.O.: Informasion og interesser. Institut of administration 1979
Jensen, T.O.: Forebyggende sosialpolitikk. In: Lorenzten (ed) Forebyggende sosilpolitikk. Aschehoug 1982
Jensen, T.O.: Kontrollpolitikk som brukerbeskvttelse. Institut of administration 1984
Jensen, T.O.: Helvsevesen og sosial skievfordeling. Congressional paper, project paper no.24, »Forvaltningen og svakstilte brukere«. Bergen, 1984
Jensen, T.O.: The Political History of Norwegian Nutrition Policy. Paper prepared for the Second biannal conference for research into European Food history, London, 1991 (To be published by Leicester Press)
Jensen, T.O.: Norsk narkotikasituasjon etter EF-Tilpasning i Waal/Middethon (eds) Narkotikaforbygging mot ar 2000 Universitetsforlaget 1992
Jensen, T.O.; Kjærnes, Unni: Health, Nutrition and Agriculture Policy: The Norwegian Experiment. Paper to 1986 APHA meeting, Las Vegas. Report no.7 from »Nutrition and Food Policy«, SEFOS/SIFO, Oslo/Bergen 1990
Jensen, T.O.: Forebyggende sosialpolitikk – en endring av forholdet mellom sektorer. In: Lorentzen (ed) Forebyggende Sosialpolitikk, Aschehoug 1982
Keane, J. (ed): Civil Society. Verso 1988
Korpi, W.: Economic Growth and the Welfare system: Leaky Bucket or irrgation system? Eur. Soc.Rev., Vol.1, 1985, 97-118
Lien, Marianne: The Norwegian Nutrition and Food Suply Policy. Accomplishments and Limitations of a Structural Approach. Report no 3 from »Nutrition and Food Policy«, SEFOS/SIFO, Oslo/Bergen 1990
Lien, Marianne: Summing up Norwegian public and medical debate on cardiovascular disease and dietary fats. Unpublished project material.
Matejko, A.: Beyond Bureaucracy. Verlag für Gesellschaftsarchitektur, Köln 1984
Matejko, A.: The self-defeating organization. Praeger 1986
Matejko, A.: Civic Culture and Consumtion in Eastern Europe. SEFOS, Occational Papers 31, 1990
Nordby, Trond: Karl Evang – en biografi. Aschehoug, Oslo 1989
Osterud, Oivind: Planlegging og politisks system. Oslo 1979
Sandmo, Agnar: Ragnar Frisch on the Optimal Diet. LOS Notat 91/32
Sandmo, Agnar: Economist and the Welfare State. European Economic Review 35, 213-239
Segal, Mark J.: The Politics of Salt: The Sodium-Hypertension Issue. In: Sapolsky (ed) Consuming Fears. The Politics of Product Risks. Basic Books, 1986
Seip, Anne-Lise: The Influence of science on Social Policy in Norway in the 1930's. Paper presented on the conference »Welfare State in transition«. Bergen 1989

Stang Dahl, Tove: Forholdet mellom individuelle interesser og kollektive motiver i sosialpolitikken. Nordisk Sosialt Arbeid, 1983.
Tilly, Louise A.: Food entitlements, Gender and the State in France 1800-1914. Paper, New School for Social Research, New York 1989
Tonneson, Kåre D.: Sentraladministrasjonens historie 4: 1914-1940. Universitetsforlaget 1979
Tourraine, Alian: Return of the Actor. Minneapolis
Townsend/Davidson (eds): Inequalities in health, Penguin 1982
Uemura/Pisa: Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. In: World Health Statistics Quart. 41, 155-178
Winkler, J.T.: Nurturing nutrition the Norwegian Way. Guardian, May 22, 1987
Wold, Knut Getz: Vår Socialpolitikk. Norges Venstrelag, 1938
Wold, Knut Getz: Kosthold og levestandard, Oslo, 1941

Governmental and other documents:

Ministry of agriculture (1975): On the Norwegian Food and Nutrition Policy. Proposition to the Norwegian Parliament. No 32, 1975-76. (English Translation)
Ministry of Health and Social Affairs: On the Follow-up of Norwegian Nutrition Policy. Proposition to the Norwegian Parliament. No 11, 1981-82 (English Translation)
League of nations: The Relation of Nutrtion to Health, Agriculture and Economic Policy, 1937
Norsk Forening for Social Arbeid: Social Haandbok for Norge, 1937
NOU 1991: 10 Flere gode levår for alle

Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider

Sozialhygiene – das Ende einer akademischen Disziplin?

Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene in der DDR

I. *Ausgangspunkte*

1990 wurde das »Institut für Sozialhygiene« an der Berliner Charité, wie auch anderenorts, auf eigenen Antrag in »Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie« umbenannt. Am 28. 6. 1990 beschloß die Mitgliederversammlung der »Gesellschaft Sozialhygiene der DDR« ihre Umbenennung in »Gesellschaft für Sozialmedizin« und diese am 11. 9. 1991 ihre Auflösung. Die »Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention« bot den Mitgliedern der aufgelösten Gesellschaft den Beitritt an. Hiervon machten etwa 20 % der Mitglieder Gebrauch. Anfang 1991 hatten sich fast alle Institute für Sozialhygiene an den Medizinischen Fakultäten der ehemaligen DDR in solche für Sozialmedizin umbenannt. Ende 1991 sind einige dieser Institute »abgewickelt« (Jena) oder in ihrer Existenz erheblich gefährdet (Leipzig, Erfurt, Dresden). Hinsichtlich der anderen Institute, ihrer künftigen Existenzerlaubnis oder nur ihrer Umstrukturierung sind Entscheidungen 1992 zu erwarten[1].

Diese kurze Beschreibung wirft Fragen auf:

1. Endete 1991/92 die Geschichte der akademischen Sozialhygiene rund 70 Jahre nach ihrer Etablierung in Deutschland kläglich und fordert bestenfalls noch einen Nekrolog? 2. Mündet diese in eine neue Wissenschaftsentwicklung ein, die von der Sozialhygiene möglicherweise mit vorbereitet worden war? (Sozialmedizin, Public Health) 3. Sind die wissenschaftlichen Erfahrungen der Sozialhygiene, wie sie sich spezifisch in der DDR geformt hatten, jetzt in die Wissenschaftslandschaft Deutschlands integrierbar und wie ist es um den Integrationswillen bestellt?

Wir werden keine Beantwortung dieser Fragen versuchen. Eine Darstellung der sehr unterschiedlichen und widersprüchlichen Entwicklungen des Faches im Deutschen Reich, in der Bundesrepublik, in der DDR und dann seither im vereinten Deutschland ist nicht beabsichtigt. Wir versuchen allein eine Annäherung an wissenschaftsgeschichtliche, nicht an gesundheitspolitische Entwicklungen und auch dies nur punktuell. Dabei sehen wir Schwierigkeiten. Diese haben

mit der historischen Distanzlosigkeit und mit der derzeitigen Enteignung der Geschichte der DDR zu tun. Das betrifft auch die Wissenschaftsgeschichte(n). Der Grund ist einfach: Nach dem »Anschluß« soll nun die »Vereinigung« durch »Erneuerung« erreicht werden. Das Programm Erneuerung gilt für alles und jedes, auch alle und jeden. Bei historischem Bewußtsein muß aber auch Unwohlsein erlaubt sein. Dieses hat u.a. mit Vokabeln zu tun, etwa, wenn in Kampagnen Politiker dazu auffordern, »Geschichte zu bewältigen«, wo diese mit Sorgfalt und Sensibilität zu befragen und transparent zu machen wäre, vor allem, um Ost- und Westmenschen die je eigene Gegenwärtigkeit verständlich zu machen. Nun muß sich ja Wissenschaft nicht notwendig an dem orientieren, was Politikern wichtig ist, gäbe es da nicht den nachdrücklichen Einfluß der Politik auf die Wissenschaft. Der sind, scheint es, die zulässigen Fragen an die Geschichte und die erlaubten Antworten längst diktiert. Hieran beteiligen sich auch Wissenschaftler, weshalb man solche Einwirkungen nicht als ein »normales« Phänomen der Politik abtun kann. Als Folge bleibt auch die Schwierigkeit, Belege zu zitieren. Deren Autoren könnten in einer Wiederholung ihrer Meinungen von ehedem heute eine Denunziation sehen.

Immerhin, wenn es sich bei der »Erneuerung« um ein politisches Programm handelt, assoziiert das Entwicklungslinien der Vergangenheit, eben solche, die die DDR verlassen hat und in die wir uns nun »gemeinsam« in nationaler Anstrengung, eben durch Erneuerung, wieder zurück begeben müssen oder sollten oder wollen. Erneuerung schließt, zumindest als Vokabel, einen neuen Entwurf aus. Erneuern heißt restaurieren – nicht mehr, nicht weniger.

Projiziert sich ein solcher Kontext auf Wissenschaft , so kann es nur um Erneuerung gehen, wenn hinter einer Wissenschaft ein attraktives Modell steht, von dem sich zu entfernen in (mindestens) einen wissenschaftlichen Irrtum geführt hat, wenn nicht, gibt es nichts zu erneuern. Wir finden Geschichte von Wissenschaft in der Entstehung von je spezifischen Problemwahrnehmungen, Theorien, Methoden, Modellen und Handlungsorientierungen. Deshalb ist zunächst zu schauen, ob es in der Geschichte der akademischen Sozialhygiene Entwicklungen gab, auf die hin sich eine DDR-spezifische disziplinäre Entwicklung nun rückschauend erneuern kann oder muß oder darf.

Auf einen möglichen Irrtum wollen wir noch hinweisen: Bereits Winter[2] sah Gründe, vor einer Verwechslung von Sozialhygiene und staatlicher Gesundheitspolitik zu warnen. Genau dies scheint

modisch zu werden. Die Erwartung jedoch, nachfolgend gesundheitspolitische Entwicklungen in der DDR auf dem Hintergrund einer disziplinären Entwicklung transparent gemacht zu finden, muß enttäuscht werden, weil aus der Sache nicht möglich. Sachliche Verknüpfungen sind im Auge zu behalten.

II. *Skizze einer disziplinären Ideen- und Problemgeschichte*

Die Geschichte der Sozialhygiene beginnt und endet in Deutschland, nicht in der DDR. Die Ideengeschichte dieser Wissenschaft ist keine besondere DDR-Geschichte. Sie reicht vielmehr in das Ende des 18. Jahrhunderts zurück. Wollte sie jemand schreiben, würde sein Versuch zu einer Theoriengeschichte über soziale Prozesse geraten, zu einer, die den wechselseitigen Einfluß sozialwissenschaftlicher und medizinischer Theorien zum Gegenstand hätte sowie schließlich zu einer Geschichte der Annahme von Gesundheitsproblemen als soziale und öffentliche Angelegenheiten. Die Geschichte der Sozialhygiene ist so gesehen weniger eine Erkenntnisgeschichte denn eine Ideengeschichte.

Das Wort »Anliegen« im Sinne einer Absicht hat immer eine wichtigere Rolle gespielt als Theorie, Methodik, Erkenntnis. Und so ärgerlich die Autoren dieses Beitrags dies in der DDR fanden, es ist nicht wirklich überraschend, nun das Überleben dieser Vokabel konstatieren zu können. Sozialhygiene hat sich offenbar seit je eher synthetisch denn analytisch definiert, wobei sie den jeweiligen Erkenntnisstand der Zeit integrierte. Hieraus erwuchsen dann auch ihre größten Gefährdungen: Eklektizismus, Theorieschwäche, vorgeformte Handlungsorientierungen, die den Erkenntnisanspruch kanalisierten. Sozialhygiene hatte sich folgerichtig, wie die Hygiene insgesamt, mit dem Anwurf auseinanderzusetzen, nicht Wissenschaft, sondern Ideologie zu sein. Ideologie steht hier für Sinngebung, Handlungsorientierung und Programmatik. Soweit dies als Vorwurf gelten kann, gilt er für die Sozialhygiene seit ihrer Geburtsstunde und für jegliche ihrer Richtungen. Es verbietet sich, ihn für die 40 Jahre ihres Daseins in der DDR zu reservieren.

Sozialhygiene ist eine Wortprägung aus dem Jahrhundertbeginn, die in sich nicht nur den Gegenstand der spezifischen Problemwahrnehmung trägt (sozial), sondern auch eine Absichtserklärung hinsichtlich der Methoden bei der Problemlösung in einem spezifischen historischen Kontext (Hygiene). Da Wissenschaft mit dem Wandel von Problemen und diesen angemessenen Handlungsorientierungen

nicht ständig den Namen wechseln kann, ist gegen diese Wortschöpfung schlechterdings etwas einzuwenden. Das wäre anders, hätte sich eine solche Wissenschaft seit ihren Anfängen nicht bewegt. Die konzeptionellen Entwürfe des Faches waren im wesentlichen schlicht normativ und griffen vor allem auf die Legislative zurück. Eine Deutung von Hygiene als eine lebensumweltliche Gestaltungsabsicht, kommt in den Anfängen des Faches kaum zum Tragen. Dies ist noch kein Anlaß zur Kritik, läßt aber fragen, wer oder was die Adressaten, wer die Absender einer solchen normativen Sozialhygiene jeweils waren oder sind. Wenn die Handlungsebene keine individuelle ist, ist es zwangsläufig eine gesellschaftspolitische. Diese verlangt politische Instrumentarien, zumindest aber indirekte Zugänge zu ihnen. Ein schwieriges Feld für Neutralisten. Hier findet sich dann auch das Spannungsfeld für eine, zumindest in der deutschen Version, höchst diskontinuierliche, amorphe und widersprüchliche Entwicklung. Die Sozialhygiene ist also eher aus ihren Handlungsansätzen, ihren Sinngebungen, denn aus ihren Wirklichkeitsrezeptionen zu problematisieren.

Drei Quellen können für die Herausbildung der Sozialhygiene angenommen werden: 1. die regelmäßige Ermittlung von Indikatoren, die die Gesundheitsverhältnisse einer Bevölkerung beschreiben, 2. ein öffentliches Interesse, Gesundheitsprobleme zum Gegenstand politischen Handelns zu machen und schließlich 3. theoriengeleitete Erklärungsmuster für beschriebene Wirklichkeiten.

zu 1) Die Steinschen Reformen in Preußen oder nach 1871 die Schaffung eines einheitlichen deutschen Zentralstaats erzeugten etwas, was in gewisser Weise aus der Tradition der Kirchenbücher aber auch aus der der Knappschaftskassen seit dem Mittelalter in Ansätzen längst existierte: Menschen bekamen informationelle Schatten und sei es, daß diese nur über das Geschlecht, das Geburtsdatum und das Sterbedatum Auskunft gaben. Oft, auf jeden Fall aber zunehmend systematischer, informierten diese Schatten auch über eine vermutete Sterbeursache, über den Beruf, den Ehestand, die Steuerklasse oder über Krankheiten und Anlässe sozialer und medizinischer Hilfeleistung während eines Menschenlebens. Mehr noch, es wuchs die Fähigkeit, solche »Schatten« als Bruchstücke eines Mosaiks der sozialen Wirklichkeit aufzuarbeiten. Das Lesen eines solchen Mosaiks war dann schon der schwierigere Teil der Übung und die Vielzahl einander widersprechender Botschaften, die aus dem gleichen Bild hergeleitet wurden, ist oft nicht nur einfach als kurios, sondern auch als Indiz für die Struktur politischer Interessen wahrzunehmen.

Soweit es sich um methodische Zugänge handelt, können wir sie mit Begriffen wie Epidemiologie, Medizinalstatistik, Demographie oder empirische Soziologie leicht benennen.

zu 2) Der Zusammenhang von sozialer Differenzierung und Gesundheit berührt, einmal wahrgenommen, Interessen, legitimiert oder befragt Absichten und Handlungen. Selbstverständlich war die Teilung der Menschen in Arme und Reiche, Schwache und Mächtige nicht das Ziel der sozialen, ökonomischen und politischen Prozesse, die sich für das vorige Jahrhundert mit der Herausbildung der kapitalistischen Gesellschaft verbanden, sondern deren Folge. Wer also regulierend, verändernd auf diese Prozesse Einfluß nehmen wollte, eben weil deren Resultate sich nun unleugbar in den Gesundheitsverhältnissen spiegelten, mußte hieran ein Interesse, dann aber auch die Mittel und Methoden verfügbar haben oder entwickeln, dies zu tun. Ein solches Interesse existierte vielgestaltig. So dichotom die Gesellschaft in der Verteilung des Reichtums war, so vielgestaltig und bunt war sie in ihren Interessen. Wenn Bildung und berufliche Erfahrung zu Investitionsgütern wurden, mußten sie Renditen sichern. Wenn soziale Ungerechtigkeit soziale Unruhen verursachte, konnte wachsende soziale Sicherheit nur ein Gewinn sein.

zu 3) Tatsächlich schwierig wurde es mit der Sozialhygiene, als sie sich in eine rasch expandierende allgemeine Wissenschaftsentwicklung einzuordnen suchte und um weiträumigere Erklärungsmuster für die soziale Ungleichheit und ihre strenge Verknüpfung mit Krankheit und frühen Tod bemüht war. Diese Erklärungsmuster rekrutierten sich aus den Sozialwissenschaften und den philosophischen Strömungen der Zeit, ebenso wie aus der Biologie, speziell der Vererbungs- und der Abstammungslehre sowie den Bevölkerungstheorien und ihrer je spezifischen Nutzung in politischen Programmen. Dies ist der Punkt: An der Schnittstelle von Medizin und Sozialwissenschaften hat die Sozialhygiene nie eigenständige Theorien über soziale Ungleichheit und Gesundheit erzeugt, sondern mit ihren empirischen Befunden vornehmlich auf den wissenschaftlichen Zeitgeist reagiert. Der aber spielte längst eine politische Rolle bei der Formulierung politischer Zielsetzungen. Es kam hinzu, daß auch die vielfältigen Anleihen bei anderen Wissenschaftszweigen die Frage aufwarfen, ob denn nun die Sozialhygiene als Wissenschaft überhaupt eine eigenständige Daseinsberechtigung hatte.

Einigkeit herrschte seit den Kindertagen des Faches über die empirischen Befunde. Diese warfen die Frage nach den Ursachen für soziale Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod, für die

soziale Differenziertheit von ontogenetischen Wachstums- und Entwicklungsprozessen oder für die Zugänglichkeit sozialer Hilfen, darunter auch der medizinischen auf. Theorien über die distributiv verursachte Ungleichheit der Menschen, die Wucherungen des Sozialdarwinismus und bereits seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das sich aufpäppelnde Ungeheuer der Rassenideologien konkurrierten bei der Interpretation empirischer Befunde und dies oft auch in einer Person, wofür Grotjahn nur als Beispiel angeführt sei. Der gleiche Mann, der die Sozialisierung des Heilwesens forderte, vehement die demokratische Entwicklung nach der Abschaffung des Kaiserreichs begrüßte und dem Privatbesitz an Produktionsmitteln kritisch gegenüberstand, lebte in einem Konglomerat von »Befürchtungen«, die heute eine positive Annäherung so sehr schwer machen[3]. Hier sei Tutzke zitiert:

»Durch den Geburtenrückgang auch unter der Arbeiterschaft befürchtete er (d.i. Grotjahn) eine Einbuße der politischen und wirtschaftlichen Macht des Proletariats, die für ihn die Gefahr der Einwanderung und des Lohndrucks aus dem Osten heraufbeschwor. Um dies zu verhindern, forderte er Geburtenregelung und wirtschaftliche Bevorrechtung der Kinderreichen. Die Höhe der Kindergelder sollte jedoch möglichst niedrig gehalten werden, weil die Fortpflanzung unter keinen Umständen zu 'einem rentablen Geschäft proletarischer Schichten' gemacht werden dürfe. Die Arbeitslosigkeit hielt er für 'ein episodales Ereignis', das beseitigt werden könnte, wenn man alle erwerbstätigen verheirateten Frauen aus den Betrieben entließe und dafür arbeitslose Männer einstellte. Den materiellen Ersatz für die Einbuße des Lohns der nicht mehr berufstätigen Frauen sollte die von ihm propagierte Elternschaftsversicherung bilden. Er empfahl aber nicht nur die Herausnahme der Frau aus dem Erwerbsleben, sondern ebenso die Beschränkung der Bildungsmöglichkeiten für Mädchen. In beiden Fällen ließ er sich von der Absicht leiten, daß die Frau in erster Linie zur Erfüllung ihrer biologischen Aufgabe bestimmt sei.«[4]

Tutzke, der wie kein anderer systematisch über Grotjahn gearbeitet hat, hat das Bild einer widersprüchlichen, zwischen Caritas, Eugenik und Rassenhygiene schwankenden Persönlichkeit gezeichnet[5]. Die Rezeption der wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung um die sozialen Prozesse nach dem Kaiserreich kann tatsächlich nahezu exemplarisch an Grotjahn erfolgen, auch, weil dieser an den Programmarbeiten der Sozialdemokratie zeitweise direkt mitwirkte.

Immerhin, die öffentliche Wahrnehmung gesundheitlicher Veränderungen, deren soziale Differenzierung und schließlich die Frage nach den Folgen und nach den sozial- wie gesundheitspolitischen Konsequenzen, war historisch auf die Tagesordnung gesetzt. Und in durchaus positiver Deutung ist dies ja eine ganze Menge.

Den Vorstellungen der Zeit folgend, waren unter den Handlungsorientierungen auch Strategien einer normativen Neuordnung sozialer Verhältnisse im Sinne einer Sozialen Hygiene, die als akademisches Lehrfach 1920 mit der Berufung von A. Grotjahn gegen den nachdrücklichen Willen der Medizinischen Fakultät und auf Betreiben der SPD erstmalig in Deutschland an der Charité etabliert wurde. Das empirische Standbein dieses neuen Faches war das, was wir heute Sozialepidemiologie und medizinische Demographie nennen. Ihr handlungskonzeptionelles Standbein entsprach den ideologischen Positionen der jeweiligen Vertreter, nicht einer originären Theorienposition des Faches. Die Sozialhygiene war Schüler des Zeitgeistes der Weimarer Republik, nicht dessen Lehrer. Was immer an Widersprüchlichem zu dieser Republik gesagt werden kann, es bricht sich auch in der wissenschaftlichen Reflexion sozialer Probleme durch dieses sich eben konstituierenwollende Fach.

Die Entwicklung der Sozialhygiene, ohnehin noch nicht zu einer »ordentlichen« akademischen Disziplin gemausert, endete 1933 abrupt. Die Abteilung für Sozialhygiene an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität wurde in ein rassenhygienisches Institut umgewandelt. Lediglich eine fakultative Vorlesung zur Sozialhygiene konnte fortgesetzt werden. Gesundheitspolitik folgte in seinen Sinngebungen nun künftig dem Prototypen eines »neuen« und natürlich gesunden Menschen. Die Gesundheitsdiskussion verkam zur sozialen Normierung von Körperbildern und zur Pervertierung jeglicher Humanität im Umgang mit dem größten Reichtum menschlicher Gattung, ihrer Verschiedenartigkeit. Gleichzeitig setzte eine Entwicklung ein, die die öffentliche Teilhabe an der gesundheitspolitischen Diskussion erheblich zurückdrängte, und sie als eine berufsständische Angelegenheit in die Ordnungsgewalt der Ärzte legte. Damit war eine Situation eingetreten, die in der Ärzteschaft die ohnehin nicht große Begeisterung für eine Soziale Medizin weiter lähmte. Gesundheitspolitik wurde einerseits berufsständische Politik und der genügte es, daß es kranke Menschen und ein ausbaufähiges System zur finanziellen Regulierung medizinischer Leistungen gab.

Gesellschaftspolitisch wurde andererseits eine Konzeptualisierung von Gesundheit prägend, die nicht Hilfeleistung für Kranke zur großen Herausforderung bestimmte, sondern den Gesundheitsbegriff (positiv) politisch instrumentalisierte. Wenn es richtig ist, daß die beiden Schlüsselfragen jeder Gesundheitspolitik, die nach der je sozialspezifischen und historischen Konzeptualisierung a) von

Gesundheitsleitbildern und b) von Verantwortlichkeitsvorstellungen zur Gesundheit sind, bleibt trotz Verkürzung noch richtig, daß während der Zeit des Faschismus, der Gesundheitsbegriff politisch hochgradig funktionalisiert wurde: Jugend, Kraft, Schönheit, Reinheit, schließlich Tauglichkeit und Eignung, erst für die Produktion, dann für den Krieg. Und natürlich wurden so Attribute einer herrschende Rasse formuliert. Seine Materialisierung ist in Skulpturen überkommen, auch in neueren.

Dieser Hintergrund mag erklären, weshalb 1945 die Bedingungen für einen Neu- oder Wiederbeginn des Faches denkbar schlecht waren. Es soll nicht reflektiert werden, weshalb der Versuch einer Neubegründung der Sozialhygiene in ihrem wissenschaftlichen Selbstverständnis als Sozialepidemiologie und in ihrem praktischen Bemühen um die Gestaltung gesundheitsgerechter und zum sozialen Ausgleich führender Lebensverhältnisse (soziale Prävention) in der späteren BRD (zunächst) scheiterte. Bekanntlich setzte eine überhaupt vergleichbare Entwicklung erst sehr viel später ein, bzw. wirkte erst deutlich später auf die (west-)deutsche Wissenschaftslandschaft, dann allerdings begleitet von einer fordernden Öffentlichkeit. Offenbar beeindruckt von den Entwicklungen in den USA (public health), befürwortete der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1967 die Schaffung einer eigenständigen Sozialmedizin. Eine durchgängig etablierte akademische Wissenschaftsstruktur konnte jedoch bis heute nicht begründet werden.

Und dann in der DDR

Es ist schwierig, eine verkürzte Erklärung dafür zu finden, warum in der späteren DDR, gestützt auf einen Befehl der sowjetischen Militäradministration, sozialhygienische Institute, bzw. Abteilungen an den Medizinischen Fakultäten eröffnet wurden und warum diese in die akademische Forschung und Lehre eintreten konnten. Neben den Universitätsinstituten und zeitlich vorausgehend, entstand die Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und Ärztliche Fortbildung. In Analogie zum Reichsgesundheitsamt, bzw. zu seinem Nachfolger, dem Bundesgesundheitsamt, wurden zentrale und sehr viel später (und keineswegs flächendeckend) regionale Institutionen aufgebaut, die als staatliche Behörden ein System der medizinalstatistischen und Gesundheitsberichterstattung verwalteten und Planungsarbeiten für das Gesundheitswesen unterstützten oder selbst

vornahmen. Sie hatten eine Beratungs- und Informationspflicht gegenüber den staatlichen und kommunalen Verwaltungen bei der Schaffung und Konzipierung der Infrastrukturen für die Prävention, die medizinische Betreuung, die Nachsorge, die Rehabilitation und die soziale Betreuung und deren inhaltliche Orientierung. Es waren dies die territorialen, auf die kommunalen Belange orientierten Büros für Sozialhygiene sowie eine analoge Institution, die dem Gesundheitsministerium direkt unterstellt war.

Die Sozialhygiene im Aufgabenbereich des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR ist nicht der Gegenstand dieses Beitrags[6]. Uns geht es um die Entwicklung des Fachgebiets als Wissenschaft. Hierbei ist dann jedoch nicht zu übersehen, daß in Abhängigkeit von lokalen Gegebenheiten einige Universitätsinstitute auch Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnahmen.

Die Wiederbegründung der Sozialhygiene als akademischer Disziplin in der späteren DDR zu erklären, fällt schwer, weil das Fach als eine empirisch-sozialepidemiologisch forschende Disziplin in der Sowjetunion verboten war. Vergegenwärtigt man sich die sozialen Strukturen, den Entwicklungsstand der Sowjetunion und deren existentielle (politische und physische) Probleme, wird verständlich, warum Solovjov und Semaschko in den 20er Jahren noch verkündeten, in der Sozialen Hygiene die besten Schüler der Deutschen zu sein. Dies hatte neben direkten Einflüssen seitens sozialhygienisch engagierter deutschstämmiger Ärzte offenbar vor allem etwas mit dem nachdrücklichen und bis zur Rigidität normativen Verständnis des Faches zu tun. Auch hatten russische Ärzte während der Weimarer Republik an Seminaren teilgenommen, die Grotjahn an der Humboldt-Universität durchführte. Durch die Forschung wird noch zu klären sein, inwieweit diese Begeisterung, sich auf die eugenischen »Traditionen« der Sozialhygiene bezog. Das spätere Verbot war nun wieder folgerichtig insofern, als es Teil stalinistischer Logik war, irgendwann die soziale Gleichheit als erreicht zu verkünden und die klassische Sozialhygiene auf Organisationsfragen des Gesundheitswesens abzudrängen.

Ein wichtiger Grund für die Wiederbelebung der deutschen Sozialhygiene dürfte gewesen sein, daß nicht nur Modelle und Konzeptionen der Weimarer Republik bei dem anfänglichen Ziel des Aufbaus eines antifaschistischen und in seinen Strukturen demokratischen Gesundheitswesens Pate standen, sondern daß auch Personen, die für solche Konzeptionen bereits in der Weimarer Republik standen, nach dem Kriege an ihre eigene Arbeit anknüpften. Als Aktivisten

im Kampf gegen den Faschismus und teilweise auch als Emigranten hatten sie eine hohe persönliche Reputation. Immerhin wurden die Grundstrukturen des Gesundheitswesens der DDR geschaffen, als die Entwicklung einer sog. sozialistischen Gesundheitspolitik noch kein politisches Ziel war. Erst mit der Veränderung des gesamten innenpolitischen Klimas nach 1953 sah sich die Sozialhygiene, bzw. sahen sich einige ihrer Repräsentanten eines wachsenden Druckes wegen »sozialdemokratischer« Positionen ausgesetzt. Zudem änderte sich das politische Klima in Bezug auf die sog. Westemigranten, die gerade im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich viele Ideen und Konzepte aus den Emigrationsländern (vor allem Schweden und Großbritannien) importiert hatten, deutlich: Die Existenz des Faches mußte verteidigt werden und dies immer an zwei Fronten gegen die Politik und gegen die Medizin. Beiden war das Fach, mal mehr mal weniger, ein lästiges Phänomen, was, ebenfalls in beide Richtungen, einen eigentümlichen Anpassungsdruck erzeugte. Wir vermuten komplizierte Argumentationen. Denn diejenigen, die das Fach gegen seine repressive Eingrenzung verteidigten, und hier muß vor allen anderen zweifellos Kurt Winter genannt werden, fühlten sich ja in der Regel der sozialistischen Idee mit ihrer ganzen Biographie verbunden. Häufig war es gerade die Erfahrung der engen Verküpfung von Gesundheit, Krankheit und sozialer Ungleichheit, die ihnen ihren politischen Weg gewiesen hatte. Und es waren in der Regel Ärzte, die oft biographisch folgerichtig in der Medizin nach angemessenen Handlungsansätzen suchten. Offensichtlich, auch wenn hierzu bislang historische Forschung fehlt, unterschieden sich die (zumeist recht jungen Ärzte) in diesen »Gründerzeiten« kaum im Motiv: Dieses leitete sich aus der Erfahrung des Zusammenhanges von sozialer Ungleichheit und Krankheit her. Unterschiedlich war hingegen der biographische und berufliche Erfahrungshintergrund ebenso wie die Befähigung zu systematischer wissenschaftlicher Arbeit. »Gelernter« Sozialhygieniker, d.h. methodisch und theoretischer speziell ausgebildet, war praktisch keiner. Es waren wissenschaftliche Autodidakten. Sozialhygiene blieb »Anliegen« und somit den je persönlichen Motiven stärker verhaftet als den Zielen einer (zunächst) erkenntnisschaffenden Wissenschaft. Die fast zwangsläufigen Folgen waren z.T. dauerhafte persönliche Zerwürfnisse, die Auseinandersetzung um den »richtigen« Weg, eine Aufsplitterung der Interessen oder – oberflächlich gesehen – die Herausbildung von Schulen.

Die einen folgten der in der Weimarer Republik begründeten

Tradition des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, vor allem mit Blick auf den Gesundheitsschutz der Kinder und Mütter. Andere gingen davon aus, daß die Folgen sozialer Ungleichheit für die gesunde Entwicklung der Kinder eher durch Erziehung und pädagogische Förderung und regelmäßige medizinische Untersuchungen auszugleichen wären. Es gab Forderungen nach einer systematischen Hygiene der Lebensalter im Sinne einer lebensbegleitenden interventiven Überwachung der Gesundheit. Die eine Schule wollte eine der Sowjetunion analoge Ausformung des Gesundheitsschutzes im Sinne eines monströs organisierten Medizinalwesens, das die Menschen über ein ausgebautes System von Dispensaires für eine präventive, wie medizinische und rehabilitative Betreuung rekrutierte. Eine andere Schule erhob die freie Entscheidung über die Schwangerschaft zum Zentrum der aktuell notwendigen Aufmerksamkeit, wieder andere forcierten eine eher arbeitsmedizinisch orientierte Sozialhygiene, speziell hinsichtlich der besonderen Gesundheitsprobleme der Landbevölkerung. Zumindest gab es eine Reihe von Persönlichkeiten, deren Motive, Antriebe, Interessen und Handlungsorientierungen sich sehr deutlich unterschieden, mit offenen und heftigen persönlichen Kontroversen und Verfeindungen im Gefolge. Diese sehr unterschiedlichen Orientierungen wären noch kein Problem, wenn hinter ihnen nicht häufig auch unterschiedliche konzeptionelle Zugänge gestanden hätten und folgerichtig zu quälenden Diskussionen über das disziplinäre Selbstverständnis führten. Wir wollen keine der zentralen Repräsentanten des Fachgebiets werten oder würdigen, sondern feststellen, daß nach unserer Einschätzung Winter, der offenbar durch sein Emigrationsland Schweden besonders geprägt war, im wesentlichen als einziger mit Nachdruck auf die wissenschaftliche und methodische Entwicklung der Sozialhygiene orientierte und sein gesundheits- und wissenschaftspolitisches Wirken für sich maßgeblich aus diesem Blickwinkel motivierte. Indizien scheinen uns hierfür – jenseits einer Bewertung – die Versuche zu sein:

1. Gesundheitspolitik in die Sozialpolitik zu integrieren, 2. die sozialpolitischen Modelle sowohl aus der Reflexion der Weimarer Republik wie aus den Erfahrungen Schwedens und Großbritanniens herzuleiten, 3. die Theoriendiskussion in der Sozialhygiene zu kultivieren, speziell in bezug auf die Auseinandersetzung mit dem Sozialdarwinismus und dem bunten Spektrum sozialwissenschaftlich geprägter Menschenbildkonzeptionen sowie 4. das Bemühen, eine systematische methodische Entwicklung zu befördern oder einzuleiten,

wovon vor allem die Akzelerationsforschung, die medizinische Demographie, die Sozialepidemiologie und – vorübergehend – auch die Medizinsoziologie profitierten.

Aus der Sowjetunion konnte bei dem Bemühen um die Etablierung und Kultivierung der Sozialhygiene keine Hilfe erwartet werden. Dort wirkte noch das Stalin'sche Verbot und zwar bis 1966. Wichtig, auch für das Verständnis der Situation des Faches in der DDR, blieb allerdings, daß die Folgen des Verbots in der Sowjetunion dort nicht, bzw. nie vollständig überwunden werden konnten. Das hatte u.a. drei Folgen für die Situation der Gesundheitspolitik im Wirkungsbereich sowjetischer Politik:

1. Es gelang in der Sowjetunion – soweit das für Außenstehende zu übersehen ist – nach 1966 nicht, eine sozialepidemiologische und medizinsoziologische Forschungskultur zu begründen. Im Gegenteil gewinnt der Beobachter den Eindruck, daß sich das Abdrängen des öffentlichen und primär sozialpolitischen Problems Gesundheit in normative und technische Lösungsansätze sowie in die Strukturen des Gesundheitswesens verstärkt fortsetzte und Versprechungen aufbaute, die angesichts der finanziellen und infrastrukturellen Defizite nie eingelöst werden konnten. Das Verbot zumindest des gesamten Bereichs der Sozialepidemiologie und die Umwandlung des Faches in das Arbeitsgebiet der »Organisation des Gesundheitswesens« hatte auch zur Folge, daß sich die Gestaltung des Gesundheitswesens und der Prävention von der sozialen Wirklichkeitsrezeption abtrennte und das Vakuum durch das Primat der Politik und der Ideologie über die Wirklichkeit ersetzt wurde. Eine konzeptionelle Debatte zu den sozialpolitischen Dimensionen der Gesundheit, wie wir sie aus der Weimarer Republik oder aus anderen westeuropäischen und skandinavischen Ländern kennen und die die Gesundheitspolitik in der DDR immer beeinflußt haben, ist uns aus der Sowjetunion nicht bekannt.

2. Die Sowjetunion als Modell für die übrigen Ostblockstaaten verhinderte praktisch im gesamten osteuropäischen Raum den Aufbau einer leistungsstarken sozialhygienischen Forschung. Die Folge war, daß das Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Prävention im wesentlichen medizinisch und hygienisch-normativ dominiert war und blieb und die Kultur sozialer Gesundheitsschutzkonzeptionen sich kaum entwickelte, bzw. sich der Begriff Sozialhygiene im wesentlichen mit organisatorischen, ökonomischen und verwaltungstechnischen Aspekten der medizinischen Infrastruktur verband.

3. Die Mehrheit der Repräsentanten der Sozialhygiene in der DDR

befand sich in einem – zumeist nicht offen ausgetragenen – Dissens mit den gesundheits- und präventionspolitischen Konzeptionen in der Sowjetunion. Dies ist auch deshalb interessant, weil sich die maßgeblichen Vertreter des Fachgebiets in der DDR ausdrücklich dem Ziel der Formulierung und Realisierung einer sozialistischen Gesundheitspolitik verpflichteten[7].

Erklärungsbedürftig bleibt also in der Tat, weshalb es gelingen konnte, dieses Fachgebiet nach dem Kriege im östlichen Teil Deutschlands wieder aufzubauen. Der Widerspruch zwischen den politischen Widerständen gegen sozialepidemiologische Forschungen in der Sowjetunion und der ausschließlich in der DDR geglückten Etablierung des Faches ist u.E. bislang nicht untersucht, zumal anzumerken ist, daß sich die Nestoren einer Sozialen Hygiene in der DDR, konzeptionell ausdrücklich auf die Erforschung der Beziehungen zwischen sozialer Wirklichkeit, den sozialen Strukturen und den Gesundheitsverhältnissen beriefen[8].

Wichtige Exponenten der Sozialhygiene bekannten sich zudem nachdrücklich zu Elementen und Reformideen der Weimarer Republik und knüpften beim Aufbau des Gesundheitswesens und des Gesundheitschutzes in der DDR an Entwicklungen und konzeptionelle Ideen der deutschen Geschichte an[9].

Die Geschichte sozialepidemiologischer und sozialmedizinischer Forschung in der DDR kann mit diesem Beitrag nicht geschrieben werden. Zumindest sei aber erwähnt, daß sich nach der erneuten Zulassung der Sozialhygiene in der Sowjetunion im Jahre 1966 die Situation des Faches auch in der DDR deutlich besserte. Da es zum Selbstverständis der Sozialhygiene gehörte, eine Integration epidemiologischer und soziologischer Methoden und Konzepte anzustreben und Gesundheit und Prävention, sowie Krankheitsfolgenbewältigung und lebensumweltliche Ansätze zu konzeptualisieren, ist festzuhalten, daß beide Säulen der Sozialhygiene (Epidemiologie und medizinische Soziologie) eine fruchtbare Entwicklung nahmen, so daß wir etwa zwischen 1965 und 1975 von einer ergebnisreichen Forschungsarbeit sprechen können. Die Medizinsoziologie etablierte sich in der medizinischen Lehre und die Epidemiologie galt neben der klinischen und der biomedizinischen Forschung zeitweise als eine dritte wichtige Säule in der medizinischen Forschungsstruktur. Praktisch an allen Hochschulinstituten für Sozialhygiene etablierten sich epidemiologische und medizinsoziologische Arbeitsgruppen oder Abteilungen (zu Beispielen aus der Forschungsarbeit jener Jahre siehe auch die Übersicht von Niehoff u. Schneider 1991)[10].

Dennoch gelang es nicht, das Fach in seiner theoretischen Basis zu konsolidieren. Die sehr unterschiedlichen inhaltlichen Orientierungen wären eher Reichtum gewesen, wenn sie nicht immer wieder zu quälenden Diskussionen über das disziplinäre Selbstverständnis geführt hätten. Hierbei spielte abermals und vergleichbar den 20er Jahren die Frage nach dem theoretischen Bezug der Sozialhygiene eine große Rolle: war dies nun ein medizinischer oder ein primär sozialwissenschaftlicher? Eine Medizintheorie, auf die Bezug genommen werden konnte, existierte nicht. Das Liebäugeln mit Pawlow in den 50er Jahren oder später dann mit Rothschuh[11] war naheliegend, beantwortete aber nicht die Frage nach dem originären Erkenntnisziel. Eine Zielbestimmung dahingehend, Beiträge zur ätiologischen Forschung zu liefern, war keine Antwort auf die Frage nach einer disziplinären Theorienbildung, stellte vielmehr auf ein spezifisches empirisches Methodenarsenal ab und verzichtete auf den sozialen Menschen als Erkenntnisobjekt. Die Problemsicht des Faches mußte schon schärfer gefaßt werden. Denn offensichtlich waren die menschlichen Gesundheitsverhältnisse und ihre epochale und sozialschichtspezifische Dynamik ja Indikatoren sozialer Prozesse. Hier lag auch das eigentümliche Feld interventiver Absichten. Wer etwa Mosse und Tugendreich[12] in seinem motivationellen Gepäck mitführte und wem eine bloße empirische Deskription nicht reichte, also das, was er wahrnahm auch noch verstehen wollte, konnte auf einen sozialwissenschaftlichen Theorienzusammenhang nicht verzichten. Es war natürlich leicht, allgemein auf den Marxismus zu verweisen, obwohl dieser in der Sozialhygiene mehrheitlich wohl eher deklamiert, denn ernsthaft reflektiert wurde. Auf dem Hintergrund der ärztlichen Ausbildung ist dies auch verständlich. Sozialwissenschaftliche Impulse hätten also nur über ausgebildete Soziologen kommen können. Diese sahen sich seit den späten 70er Jahren jedoch oft wieder desintegriert und an den Universitäten in das marxistisch-leninistische Grundlagenstudium abgedrängt. Marxistische sozialwissenschaftliche Konzeptionen konnten auch nur insofern hilfreich sein, als sich hier ein (historischer und ökonomischer) Erklärungsansatz für die sozialstrukturellen Konsequenzen der je historisch spezifischen Produktion von menschlichen Existenzmitteln und ihrer Verteilung sowie dem Wandel der dominanten lebensumweltlichen Risikostrukturen anbot (Lebensweise). (Allerdings galten die Engels'schen Studien »Zur Lage der arbeitenden Klasse in England« und »Zur Wohnungsfrage« durchaus als »Muster«-studien.) Dies ließ sich aber kaum in Handlungskonzepte übersetzen,

weshalb die Versuchung groß war, dann doch wieder auf Positionen des Gesundheitsverhaltens und erzieherische oder normative Interventionen zurückzugreifen (Lebensstil). Weiterreichende sozialwissenschaftliche Theorien von Nützlichkeit für die Medizin bot der Marxismus kaum an, und Psychologie und Sozialpsychologie hatten sich hinsichtlich der disziplinären Zuordnung ohnehin anders etabliert. Seitens der Soziologie existierte wohl gegenüber einer weiteren »Bindestrichsoziologie« vermutlich ohnehin größere Reserviertheit. Zumindest wurden von der Soziologie keine erkennbaren theoretischen Impulse vermittelt.

Zwar hatte sich durch Winter die Medizinsoziologie zunächst erfolgreich etabliert, doch verschwand diese im Rahmen einer Studienreform wieder aus dem medizinischen Unterricht und verlor so einen wichtigen akademischen Lebensimpuls. Andererseits gelang die Einführung einer speziellen Fachweiterbildung für Soziologen in der Medizin, deren auch angestrebtes Resultat die finanzielle Gleichstellung von in diesem Bereich arbeitenden Medizinern und Soziologen war. Die Ursachen für die Zurückdrängung der Medizinsoziologie sind heute schwer zu ermitteln, liegen aber vermutlich gleichermaßen an politischen und wissenschaftlichen Ablehnungen. Zudem wurden Anstrengungen der Wissenschaft, auf sozialpolitische Gestaltungskonzepte Einfluß zu bekommen, zunehmend deutlicher zurückgewiesen. Und daß es in der klinischen Medizin dafür eher wenig Unterstützung gab, versteht sich fast von selbst.

Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre geriet dann auch die Epidemiologie, vor allem die Sozialepidemiologie, die sich durch Kreuz[13] zu einiger Leistungsfähigkeit entwickelt hatte, aber auch die klinische Epidemiologie, unter immer größeren Druck. Letztere profitierte allerdings weiterhin von den Einbindungen in internationale Forschungszusammenhänge, die im Gefolge anfänglicher politischer Unterstützungen gelungen war. Die Ursachen für den Druck auf die Epidemiologie[14] finden wir wohl in der starken Orientierung auf die Medizin bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen und zudem vor allem auf die Biomedizin und ihre technischen Produkte.

Während also die Turbulenzen der Gründerjahre mit den Einwirkungen des Stalinismus und den persönlichen Querelen der Fachrepräsentanten zu tun hatten, insgesamt aber zu einer gedeihlichen Entwicklung der Sozialhygiene führten, wurde das Fach spätestens seit der Mitte der 70er Jahre marginal, sowohl hinsichtlich seiner praktischen Bedeutung wie auch hinsichtlich der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die Frustration hierüber wurde wohl allgemein

sehr nachdrücklich empfunden und verstärkte, auch wegen des Mangels an attraktiven beruflichen Perspektiven, den Niedergang der Sozialhygiene.

Wichtig erscheint uns bei dem Versuch dies zu verstehen, daß anders als für die 50er und 60er Jahre, nicht primär auf Einzelpersönlichkeiten zu schauen ist, sondern sich die nachfolgenden gesundheits- und wissenschaftspolitischen Entwicklungen auf dem Hintergrund allgemeinerer politischer Bedingungen erklären.

Aus diesem Blickwinkel scheinen uns folgende Überlegungen bedenkenswert:

1. Mit dem Übergang von Ulbricht zu Honecker änderten sich auch innere politische Mechanismen. Die Zeit der häufig persönlich intervenierenden politischen Gestalten der Nachkriegszeit ging dem Ende entgegen. Die Auseinandersetzungen zwischen Einzelpersönlichkeiten verloren ihre Bedeutung. Ein neuer Typus, der des nur noch funktionierenden Funktionärs, der sich im System und nicht an primären Motivationen orientierte, setzt sich durch. Damit verloren die gesundheitspolitischen Aktivisten sukzessive ihren Einfluß. Interessant schiene uns, künftig der Frage nachzugehen, welche Konsequenzen sich daraus ergaben, daß dieser Wandel in bezug auf die Wissenschaftspolitik offenbar sehr viel später einsetzte.

2. Die Bedingungen und Möglichkeiten aktiver politischer Gestaltung veränderten sich tiefgreifend. Einerseits wurden die politischen Gestaltungsspielräume durch die allmählich entstehende Eigengeschichtlichkeit der DDR kleiner, andererseits wächst gerade im sozialpolitischen Bereich, unauflöslich mit den Schwierigkeiten der Verteilung kleiner »Töpfe« verbunden, der Zentralisierungsdruck auf die Definition prioritärer Ziele. Die Frage nach prioritären Gesundheitszielen war so immer weniger eine ernsthaft an die Wissenschaft und schon gar nicht an die Betroffenen gerichtete Frage, sondern wurde politisch und zudem bei wachsendem Realitätsverlust, beantwortet. Das dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstellte Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens erarbeitete zwar regelmäßig Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, doch waren diese Berichte sekretiert und wurden nur sehr begrenzt ausgewertet und zur Kenntnis genommen[14]. Diese Entwicklung war außerordentlich lähmend für die Forschung, die, von partiellen Ausnahmen abgesehen, zunehmend auf die Deskription abgedrängt wurde und ihren analytischen Anspruch in Frage gestellt sah. Dies ist nur ein Indiz für die insgesamt geringer werdende Rolle der Wissenschaften bei der Politikgestaltung.

3. Die Stellung der Sozialhygiene in der Wissenschaftslandschaft veränderte sich. Daß die Sozialhygiene gesundheits- und wissenschaftspolitisch in der DDR je größeren und nachhaltigeren Einfluß gehabt hätte, muß bezweifelt werden. Diesen hatten wohl nur einige ihrer Repräsentanten, die ihn dann vor allem für die strukturelle Gestaltung des Gesundheitswesens und seiner präventiven Einrichtungen in den Anfängen der DDR nutzten. Winter ist zusätzlich, zumindest zeitweise, auch für das Verständnis wissenschaftspolitischer Linien als einflußreich anzusehen. Dieser an einzelne Repräsentanten geknüpfte Einfluß spielt wohl seit den frühen 70er Jahren praktisch keine Rolle mehr. Wichtige praktische Handlungsfelder des Faches, etwa die Berufsperspektiven auf Gebieten spezifischer kommunaler Gesundheitspolitik (zumindest im Rahmen der ohnehin bescheidenen Möglichkeiten eigenverantwortlicher kommunaler Budgetgestaltung) gingen verloren. Außerhalb von Forschungs- und Lehreinrichtungen waren fachspezifische Berufsperspektiven immer schwerer zu finden. Wichtige Forschungsbereiche verselbständigten sich. Die Sozialhygiene, ohnehin nicht gefestigt, zersplitterte massiv. Traditionelle gesundheitsökonomische Aufgaben wanderten zunehmend in die Hände von Ökonomen, die dann jedoch nicht in das Fach integriert wurden. Die Bearbeitung gesundheitspolitischer Leitgrößen wurde zunehmend von Gesellschaftswissenschaftlern besetzt. Gesundheitsbezogene Einzelprobleme fanden neue strukturelle Zuordnungen (zumeist in klinischen Disziplinen, z. B. Alkohol und Suizid = Psychiatrie, Säuglingssterblichkeit = Kinderheilkunde, Neonatologie, spezielle Epidemiologie einzelner Krankheiten = entsprechende klinische Gebiete). Es verselbständigte sich eine soziale Gynäkologie, soziale Gerontologie, der Kinder- und Jugendgesundheitsschutz, die soziale Rehabilitation usw.. Die Sekretierung bestimmter Informationsbereiche führte zu erheblichen Demotivationen. Die weitgehend fehlende Zusammenarbeit zwischen der klassischen (Umwelt-)Hygiene und sozialmedizinischen Forschungen verhinderte zudem eine Erweiterung des Blickes von sozialen auf die sozial-ökologischen Probleme bei der Formulierung prioritärer Gesundheitsziele. Zweifellos hat die Sozialhygiene bei der Etablierung von sozialmedizinischen Forschungsrichtungen wesentliche Impulse gesetzt, die dann aber fast regelmäßig aus ihr herausgewachsen sind. Als Initiator von Multi- und Interdisziplinarität vermochte sie diese für sich und für eine Konsolidierung des Faches nie herzustellen. Insofern ist verständlich, wenn es Diskussionen gab, die darauf abstellten, daß die Sozialhygiene ihre Aufgabe erfüllt

habe, wenn dann das Anliegen einer sozialen Medizin erfolgreich in der Klinik etabliert sei. In den 70er Jahren werden auch die Diskussionen lauter, dem Fach doch eine inhaltliche Wende, nämlich von seiner lebensumweltlichen Orientierung hin zu einer medizinischen (Sozialmedizin, patientenorientierte Sozialpsychologie) zu geben. Der Facharzt für Sozialhygiene sollte möglichst eine Zweitqualifikation eines patientenorientiert arbeitenden Spezialisten sein.

4. Ein wesentliches Problem hängt mit einer Veränderung der Argumentationen zu den Handlungsorientierungen in bezug auf Krankheit zusammen. Wenn oft dargestellt wird, die politische Führung der DDR habe die Abbildung sozialer Realität zunehmend unterdrückt – siehe Sozialepidemiologie – so ist das eine Teilwahrheit. Sie bedarf der Ergänzung, daß auf diese Weise auch einer vorherrschenden Denkweise in der Medizin entsprochen wurde, die sich auf die internationale Wissenschaftsentwicklung in der Prävention stützte[16].

Hier spielte vor allem die Risikofaktorenkonzeption eine Rolle. Sie nährte das Versprechen, individuen- und interventiv orientierte medizinische Präventionskonzepte einer Risikovermeidung, -diagnostik und -therapie könnten alle nennenswerten Krankheitslasten in überschaubaren Zeiträumen deutlich und z.B. auf der Kostenseite auch meßbar reduzieren. Screenings und die Überwachung von Risikoträgern sowie eine intensive Gesundheitserziehung würden alle wesentlichen Gesundheitsprobleme bewältigen können. Nach 1975 wurde schrittweise ein Netz von speziellen Einrichtungen geschaffen, die den werbewirksamen Namen »Kabinette für die Gesundheitserziehung« trugen und vor allem im Bereich der »Bekämpfung« von Herz-Kreislauf-Krankheiten, der Verbesserung der Individualhygiene sowie der Verhaltensschulung in Notfallsituationen wirken wollten. Die Resultate des Versuchs, die Zahl der Raucher zu senken, den Alkoholkonsum zu verringern oder die Lebens- und Genußmittelangebote in den Warensortimenten zu dirigieren, gingen gegen Null. Vor allem die Kontroversen zwischen einer sich auf die Risikofaktoren stützenden und die Gesundheitsrisiken individualisierenden paternalistischen Gesundheitserziehung, die top down mit mehr oder weniger repressiven Methoden bei der Erzielung gesunder Verhaltensweisen liebäugelte und sich in offensichtlichem Kontrast zur sozialen Wirklichkeit befand sowie den Sichtweisen einer Sozialhygiene, die dem Anspruch folgte, soziale Wirklichkeiten und Differenzierungsprozesse hinsichtlich ihrer Gesundheitsrelevanz abzubilden, war lebhaft und führte in schwierige Auseinandersetzungen.

So gab es Briefe an die »Partei- und Staatsführung«, in denen gebeten wurde, doch bitte auf die Produktion und den Import von Fettkäse künftig zu verzichten und endlich zu verstehen, daß Fortschritte in der Prävention nur durch Kontrollsysteme des Individualverhaltens, z.B. durch entsprechende Veränderungen im Sozialversicherungsrecht oder durch die Zurückdrängung unspezifischer lebensumweltlicher Präventionskonzepte – Arbeit, Umwelt, Soziales – möglich sein könnten. Es wurde die Frage nach den ökonomischen Hebeln, die gesundheitsgerechtes Verhalten erzwingen könnten, gestellt, und es hat an Vorschlägen nicht gefehlt. Hier entstand auch Konfliktsubstanz zu Teilen der Medizinsoziologie, die partiell den analytischen und den handlungsortientierenden Anspruch psychologisierte und damit individualisierte. Zwar handelte es sich hier um wichtige Themenbereiche, aber es wurde so der Handlungsansatz auf die Ebene des Arzt-Patient-Verhältnisses zurückgeführt, aus dem die Sozialhygiene ihn gerade herausheben wollte, u.a. weil die Bedingungen der Individuen, nicht ihr individuelles Verhalten Gegenstand von Politik sein sollten.

Die Probleme der sozialen Prävention, der natürlichen und der Arbeitsumwelt galten oft als zu teuer und als zu unspezifisch und außerhalb der Handlungskonzepte der Medizin liegend. Die Frage nach der Notwendigkeit einer Sozialhygiene, deren Selbstverständnis sich an den Paradigmata der Epidemiologie und der Medizinsoziologie orientierte, wurde drängender gestellt. Wo Krankheiten oder die Gefährdungspotentiale des Rauchens, des Essens, der Bewegungsarmut oder des Alkohols thematisiert wurden, verschwanden die Menschen, die rauchten, tranken oder aßen in ihrer spezifischen, schon gar schichtspezifischen Lebensalltäglichkeit und den ihnen je verfügbaren Wahlfreiheiten für das eigene Verhalten und dessen soziale Genese völlig aus dem Blickwinkel der Forschung[17,18]. Es ist heute offenbar sehr leicht, die Gründe für den Verlust in der Wahrnehmung sozialer Lebenswirklichkeiten politisch zu adressieren, und das ist auf jeden Fall auch sachlich richtig. Benannt werden muß aber auch, daß normensetzende Konzepte einer rigiden Gesundheitserziehung und damit die tendenzielle Individualisierung der Verantwortung für Gesundheitsrisiken, gerade auch von einigen Medizinsoziologen schon sehr früh forciert wurde[19]. Dies vernahm aber offenbar die Politik sehr gern.

Fortschrittserwartungen in der Medizin und in der Prävention orientierten sich immer stärker auf die Natur- sowie die technischen Wissenschaften. Von der sozialwissenschaftlichen Forschung wurden

da keine nennenswerten Ergebnisse erwartet. Die Medizin war in strenger Fortschrittsgläubigkeit im Aufbruch zu neuen Horizonten, die neue Wege der Krankheitsbewältigung zu eröffnen versprachen. Präventive Erwartungen richteten sich auf individuenbezogene und bereits prä- zumindest aber frühpostnatale Interventionsansätze. Die Formbarkeit ontogenetischer Karrieren, vor allem sogenannter elementarer Verhaltensweisen (Sexualverhalten, Ernährungsverhalten, Thermoregulationsverhalten, intellektuelle und körperliche Leistungsfähigkeit), wurde zu einem auch öffentlichen »Renner« von präventionstheoretischen Debatten, partiell sogar mit praktischen Handlungsempfehlungen für die Mütterberatungen[20] im Gefolge.

Die einseitige Betonung der biowissenschaftlichen Forschung richtete sich definitiv gegen die epidemiologische, speziell sozialepidemiologische Forschung. So konnte dann nicht verhindert werden, daß Gebiete wie die Sozialhygiene/-medizin oder die Allgemeine Hygiene/Umweltmedizin in ihren Forschungs- und Publikationsmöglichkeiten immer weiter eingeschnürt wurden. Zumindest die Infrastruktur der Forschung und Lehre konnte überleben, und dies ungeachtet der Tatsache, daß die Entwicklungen seit der Mitte der 70er Jahre das Fachgebiet in eine konzeptionelle Krise geführt hatten. Diese konzeptionelle Krise ging u.a. so tief, daß es schon fast nicht mehr möglich war, sie auch nur zu thematisieren.

Hier lagen wissenschaftliche Entwicklungen in der DDR natürlich im Trend internationaler Tendenzen. Soweit wir diese für die DDR kritisieren und hier als (Teil-)Ursache für die Krise der Prävention identifizieren, gilt diese Kritik auch für die Erfinder solcher Debatten. Kritikbereitschaft an Entwicklungen in der DDR kann in dieser Beziehung also nicht als flinke Lobpreisung für die Sozialmedizin in der ehemaligen Bundesrepublik mißdeutet werden.

Das zentrale sozialhygienische Paradigma, daß nämlich Veränderungen in den Gesundheitsverhältnissen untrennbar mit sozialem Wandel verbunden sind und zugleich als dessen Indikator fungieren, stand in tiefem Kontrast zu den favorisierten Konzepten einer risikoorientierten Gesundheitsüberwachung in den späten 70er und frühen 80er Jahren mit ihren Ansätzen einer sozialen Kontrolle des Verhaltens. Es war aber auch zu konstatieren, daß eher repressive Präventionsprogramme, etwa im Bereich der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. durch Versuche zentraler Steuerung von Lebensmittelangeboten oder durch soziale Normierung von individuellen Lebensstilen oder Schaffung ökonomischer Restriktionen für nicht-gesundheitsgerechtes Verhalten), von den Menschen immer

weniger angenommen wurden, zumal sie zur lebensalltäglichen Erfahrung in immer tieferen Widerspruch gerieten. Unsere Versuche etwa, am Beispiel der Risikofaktorenmedizin und der Dispensairebetreuung die Problematik sozialer Kontrollen in der Prävention und deren ethische Probleme zu thematisieren[21,22,23], scheiterten oft schlicht an Verständnislosigkeit. Dies scheint uns auch zu belegen, daß die sich in den 80er Jahren vollziehenden raschen Veränderungen in der Sozialstruktur und damit verbunden in den sozialen Reproduktionsbedingungen, in ihren Folgen für Präventionsstrategien ebenso wie für die Thematisierung von Gesundheitsproblemen als öffentliche Angelegenheiten überhaupt, schlicht nicht wahrgenommen wurden.

Diese Entwicklungen führten in substantielle wissenschaftliche Defizite der Sozialhygiene, die auch künftig nicht problemlos zu überwinden sein werden – auch nicht durch die Ersetzung von Ost- durch Westwissenschaftler.

Wenn es an dieser Stelle so etwas wie eine Zusammenfassung geben kann, dann diese:

In ihren konzeptionellen Entwürfen sah sich die Sozialhygiene zwei Schlüsselfragen konfrontiert, der nach der politischen Konzeptualisierung von Gesundheit zwischen lebenskulturellem Entwurf und biologischer Norm und der nach der sozialen Verantwortung für Gesundheit im Spannungsfeld von Gesellschaft und Staat[24]. Weder die wissenschaftliche Reflexion noch die öffentliche Debatte kann hier auf Glanzlichter verweisen. Weder waren zentrale Leitbildfragen (Gesundheit = Jugend, Kraft, Schönheit, Eignung) noch Verantwortung öffentlich thematisiert. Letztere stets als eine gesellschaftliche reklamiert, war (und je stärker sich dies dann durchsetzte in einer so hochgradig verstaatlichten Gesellschaft wie der DDR) in Wahrheit eine staatliche. Eine gesellschaftliche Verantwortung hat sich u.E. nur in Ansätzen kultiviert. Die auch in der DDR sattsam argumentierte Notwendigkeit einer Stärkung der individuellen Verantwortung scheint uns das Gesundheitsthema jedoch in eine Ecke zu drängen, wohin sie tatsächlich nicht gehört. Die unterstellte Verfügbarkeit und Wählbarkeit der eigenen Lebensbedingungen ist wohl eher nur elitären Schichten gegeben. Die Kontroversen hierzu aus unserer Zeit in der DDR scheinen nicht Geschichte zu werden.

Was bleibt: Zunächst Erfahrungen und eine wohl dennoch stabilere Integration der Sozialhygiene/-medizin in den medizinischen Forschungs- und Lehrbetrieb – insgesamt vermutlich auch eine

höhere Akzeptanz in den neuen Ländern, verglichen mit den alten. Es verbleiben eine große Zahl von Forschungsergebnissen zur sozialen Struktur gesundheitlicher Verhältnisse. Es bleibt eine große Lücke dieser Seite der Gesundheitsforschung für die letzten 10 bis 15 Jahre. Insbesondere fehlen Einsichten in die sozialspezifische Konzeptualisierung von Gesundheitsleitbildern. Allerdings darf vermutet werden, daß in den Hochschulinstituten noch vielfältiges, aus Dissertationen gewonnenes Material existiert, das bislang wegen der partiellen Veröffentlichungssperren nicht publiziert ist. Es bleiben auch Defizite in der Arbeit zu sozialen Präventionsstrategien und ihrer schichtspezifischen Adressierung[25].

Tendenziell darf von folgenden Einschätzungen ausgegangen werden:

1. Sozialmedizinische Paradigmata verloren im Verlauf der Geschichte der DDR immer mehr an Bedeutung. In diesem Punkt gab es zwischen einem wichtigen, vielleicht großen Teil der Ärzteschaft und Teilen der politischen Macht durchaus Einvernehmen. Der Glaube, die Gesundheitsprobleme mit den Mitteln der Medizin bewältigen zu können sowie der Glaube, die Defizite und seit Mitte der 70er Jahre die Stagnation in den Gesundheitsverhältnissen seien Folge des Mangels an medizinischer Hochtechnologie und individuell verschuldeter schlechter Lebensführung, war nicht nur nicht ausrottbar, sondern kultivierte sich, nicht zuletzt unter dem Einfluß internationaler Entwicklungen. Die These etwa, daß das Rauchen die wichtigste verhütbare Krankheitsursache der Welt wäre, wurde so unversehens auch zu einem Argument für die Verdrängung gravierender ökologischer, arbeitsplatztoxikologischer oder auch sozialmedizinischer Problemlagen. Diskussionen um die Schädlichkeit des Rauchens, die Überernährung oder die Bewegungsarmut schienen plausibel zu begründen, weshalb sozial-, arbeits- und umweltmedizinische Probleme randständiger Natur sind. Neben der politischen gab es also immer auch die klinische Phalanx, die zielstrebig an der Demontage des Faches wirkte.

2. Ein solches Urteil ohne Differenzierungen dürfte letztlich unscharf bleiben. Zumindest hat es auch aus den Reihen der klinischen Medizin und der Politik immer wieder Vorstöße gegeben, um eine Revitalisierung sozialepidemiologischer Forschung zu erreichen. Immerhin gab es anläßlich der seit 1987 stattfindenden Bemühungen um eine Reform des Medizinstudiums unter den Hochschullehrern einen breiten Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit einer qualifizierten epidemiologischen und medizinsoziologischen

Ausbildung. Wenn Ergebnisse von Belang erzielt wurden, verblieben sie oft in den Schubladen, ohne eine praktische Bedeutung zu erlangen. In der Regel unterblieben aber sozialmedizinische empirische Studien von vornherein, weil die endlosen Genehmigungsverfahren zudem, mit ungewissem Ausgang, die Arbeitsfähigkeit lähmten. Es muß festgehalten werden, daß sich durch vielfältige Einflüsse die Sozialhygiene als Wissenschaftsdisziplin nicht konsolidieren konnte und die »Substanzschwäche« des Faches gegen Ende der 70er Jahre unübersehbar wurde. Die zunehmende Zentralisierung gesundheitspolitischer Kompetenzen und dies nur als Indiz für die voranschreitende Entmündigung der kommunalen Politik insgesamt, bewirkte zudem, daß auch die Impulse und die praktische Notwendigkeit verloren gingen, in territorialen, kommunalen und sozialen Mikrostrukturen sozialmedizinisch zu forschen. Dies war aber immer ein wichtiger Impuls für sozialhygienischen Forschung gewesen.

3. Es liegt logisch im konzeptionellen Selbstverständnis der Sozialhygiene, soziale Wirklichkeiten wahrzunehmen und soziales Problembewußtsein zu schärfen. Insofern ist die quantifizierte Gesundheit immer auch ein Indikator für soziale Prozesse. Als spätestens Ende der 70er Jahre klar wurde, daß die Gesundheitsverhältnisse der DDR auf wichtigen Gebieten durch Stagnation gekennzeichnet waren und somit auf wichtigen Gebieten soziale Stagnation indizierten, mußte von sozialhygienischer Forschung erwartet werden, daß sie diesen Zustand nicht nur zu beschreiben vermag, sondern auch Erklärungen und Konsequenzen aufzeigen kann. Diesem Anspruch genügte das Fach nicht. D.h., daß im Ganzen das Fachgebiet dem Anspruch nicht genügte, die in die soziale Stagnation und in die innere Aushöhlung des Systems führenden gesellschaftlichen Prozesse zu erkennen und zu artikulieren.

Zwar begann sich die Unterschätzung der sozialepidemiologischen Aspekte in der Gesundheitsforschung in den letzten Jahren der DDR wieder zu ändern, auch wuchs die Bereitschaft sozialepidemiologische Forschung zu unterstützen, auch mehrten sich analytische und konzeptionelle Arbeiten zu gesundheitspolitischen Reformen und Analysen, doch war die innere Handlungs- und Wandlungsfähigkeit der DDR zu diesem Zeitpunkt bereits soweit aufgebraucht, daß sich (auch) an der schwierigen Situation der Sozialhygiene nichts mehr änderte, zumal es in den präventionsstrategischen und -konzeptionellen Debatten zwischen paternalistischer Gesundheitserziehung und -überwachung auf der einen Seite und den Konzepten der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta kaum noch

Verständigungen zum Kompromiß gab. Die Krise der Prävention war letztlich tief[26,27].

Also: Die Situation der Sozialhygiene in Deutschland war und ist schwierig. Nach den Erfahrungen seit dem Herbst 1989 wird sich dies wohl auch nicht ändern. Was bleibt sind Realitäten, nämlich die, daß Gesundheit und soziale Lage, gesundheitliche und soziale Entwicklungsprozesse in einem unabweisbaren Zusammenhang stehen. Dieser besagt, daß die schlechteren sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse regelmäßig die schlechteren gesundheitlichen Verhältnisse im Gefolge haben. Zumal die DDR zeigt aber auch, welche Konsequenzen es hat, soziale Wirklichkeiten nicht zur Kenntnis zu nehmen. Gesundheit steht hierfür nur als Beispiel.

IV. *Sozialhygiene – Sozialmedizin – Public Health*

Nach Lage der Dinge ist zu konstatieren, daß die deutsche Sozialhygiene ihren historischen Weg zu Ende gegangen ist. Sie kommt aus einer empirischen Erfahrung, die auch für die Zukunft richtig bleibt, nämlich eines vielgestaltigen Zusammenhanges zwischen Gesundheit und sozialer Lage. Wer sich wissenschaftlich auf dieses Feld eingelassen hat oder künftig einläßt, wird seine methodischen Wurzeln stets in der Epidemiologie, der Demographie und der empirischen Sozialforschung finden. Das Verdienst der Sozialhygiene wird auch für die Zukunft darin bestehen, die wissenschaftliche Wahrnehmung der Gesundheit und die öffentliche Reaktion auf Gesundheitsprobleme in den Kontext gestellt zu haben, in den er gehört, nämlich in den Kontext der sozialen Existenz der Menschen. Soweit sich Sozialhygiene also als akademische Disziplin definiert, wird es sie, unter welchem Namen auch immer, auch in Zukunft geben. Schwieriger ist das mit ihren Handlungsorientierungen. Sofern Hygiene normativ oder ordnungspolitisch definiert wird, muß sie sich der Problematik von sozialer Kontrolle im Umfeld von Gesundheit und Krankheit stellen. Sowohl die Veränderung des Krankheitspanoramas als auch die Wandlungen in den sozialen Strukturen stellen hier klassische Handlungsmuster in Frage. Sollte der Namenswandel von Sozialhygiene zu Sozialmedizin aber Programmatik und nicht nur Reaktion auf tatsächlichen oder vermuteten politischen Druck sein oder gewesen sein, bleibt abermals nüchtern festzustellen, daß selbstverständlich die Medizin mit der Bewältigung der spezifisch sozialhygienischen Problemwahrnehmungen schlicht überfordert ist. Da zudem an Medikalisierung genug geleistet wurde, ist

das auch kein ethisch akzeptabler Weg. Wenn aber die Probleme bleiben, bleibt auch ein besonderes Handlungs- und Forschungsfeld. Dies ist – so unsere Überzeugung – per se ein interdisziplinäres Problemfeld und schließt die Medizin ein. Insofern bleibt Gesundheit ein Problem zwischen Professionalisierung und öffentlichem Kulturanspruch, zwischen Normierung und lebenskulturellen Entwürfen.

Wenn die Hoffnung nicht enttäuscht wird, daß public health in Deutschland eine Zukunft hat, sollte dies auch eine Perspektive sein, die die Geschichte der deutschen Sozialhygiene integriert.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. J.-U. Niehoff
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
der Humboldt-Universität
Toleranzstraße 1 – O-1080 Berlin

Anmerkungen

1 Der »Wissenschaftsrat« kommt bei einer Begutachtung, deren informationelle Grundlagen wir allerdings nicht einzuschätzen vermögen, zu folgender Bewertung: »So gibt es an allen Fakultäten Institute für Allgemeine und Kommunale Hygiene oder alternativ für Hygiene. Zusätzlich existieren neun Institute für Sozialhygiene, die inzwischen überwiegend in solche für Sozialmedizin umbenannt wurden. ... Die Vielzahl der Institute ... stellt auf den ersten Blick eine bemerkenswert gute Ausgangsposition für Forschung und Lehre auf solchen Gebieten der Medizin ... bei denen Fragen der Bevölkerungsmedizin und der Gesundheitswisssenschaften im Vordergrund stehen. Gerade in diesen Fächern werden in den alten Bundesländern deutliche Defizite gesehen, die zu Ansätzen an verschiedenen Universitäten geführt haben, die Gesundheitswisssenschaften im Sinne von »public health« zu verstärken; der Bundesminister für Forschung und Technologie will ausgewählte Verbundprojekte zu dieser Thematik in den neuen und alten Ländern fördern. – Bei ihren Besuchen hat die Arbeitsgruppe jedoch auch festgestellt, daß einige der Hygiene-Institute mit Themen befaßt sind, die üblicherweise nicht Aufgabe von wissenschaftlichen Universitätsinstituten sind und besser von nicht-universitären Beratungsstellen durchgeführt werden sollten. Entsprechend ist ein Teil des wissenschaftlichen Personals eher in der Gesundheitserziehung und im Gesundheitsschutz erfahren und weniger durch wissenschaftliche Arbeiten ausgewiesen. Gerade in der (Sozial-)Hygiene wurde eine ganze Reihe von Positionen unter dem Gesichtspunkt der Verbundenheit mit dem Partei- und Staatsapperat der DDR und weniger nach Kriterien der wissenschaftlichen Qualität besetzt. Die neuen Länder sollten daher ... die wissenschaftliche Qualifikation des vorhandenen Personals eingehend prüfen. Nach entsprechender Umorientierung der Institute für Sozialhygiene, die jedoch weit über eine Umbenennung hinausgehen und vielfach mit Neuberufungen verbunden sein muß, könnte ein leistungsfähiges Forschungspotential in den Gesundheitswissenschaften aufgebaut werden. Universitätsfremde Aufgaben, die bisher

von diesen Instituten wahrgenommen wurden, sollten in die Gesundheitsämter verlagert werden.« (Empfehlungen des Wissenschaftsrates, 1991, S.68-70)

2 Winter, K. (1952): Zu den Fragen der Hygiene beim Aufbau des Sozialismus, Wiss. Ztschr. Humboldt-Universität 2:53, math-nat. Reihe 3/4; Winter, Kurt (1910-1987) war von 1957-1975 Ordinarius für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität zu Berlin

3 Tutzke, D., Niehoff, J.-U. (1982): Alfred-Grotjahn-Gedenken, Ztschr. ges. Hyg. 28:551-554

4 Tutzke, D. (1976): Zur Entwicklung der Sozialhygiene im 19. und 20. Jahrhundert, Ausgewählte Beiträge vom Medizinhistorischen Symposium DDR-UdSSR Halle (Saale) 1975, Berlin, S.5

5 Exemplarisch sei hierfür Grotjahn selbst zu den sozialen Folgen der Lungentuberkulose zitiert: »In der Regel wird er (der Kranke, d.A.) sich mit der Erkenntnis begnügen müssen, daß er durch zweckentsprechende Maßnahmen und hygienisch einwandfreien Lebenswandel den Krankheitsvorgang außerordentlich verlangsamen, dabei alt werden und arbeitsfähig bleiben kann... Selbst wenn er sich nicht als geheilt betrachten darf, ist er damit noch längst kein Aufgegebener, sondern vermag gleich zahlreichen anderen chronisch Kranken innerhalb ärztlich abgesteckter Grenzen seinen Anteil an den Freuden und Lasten eines Lebens zu nehmen, das keineswegs kurz bemessen zu sein braucht und dessen Ausgang gar nicht selten durch eine ganz andere Erkrankung als durch das Grundleiden erfolgt. Stets muß der Kranke sich jedoch bewußt bleiben, daß er auch bei Stillstand der Krankheit nur ein halber oder dreiviertel Mensch ist. Ist er verheiratet, so soll er nach Feststellung der Krankheit seine Familie nicht mehr vergrößern. Ist er unverheiratet, so verzichte er auch bei günstigen Lebensumständen darauf, eine Familie zu gründen.« (Grotjahn, A. (1917): Die hygienische Forderung, Verlag von Karl Robert Langewiesche, Königstein i.T./Leipzig, S.19)

6 Mit dem Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens (ISOG) unterstand dem Ministerium für Gesundheitswesen direkt eine Institution, deren Aufgaben in der Sammlung und Aufbereitung von medizinalstatistischen – vor allem leistungsstatistischen – Parametern des Gesundheitswesens, der Struktur- und Kapazitätsplanung für das Gesundheits- und Sozialwesen, der Koordination der einschlägigen sozialmedizinischen Forschung bestanden. Das ISOG hat in nennenswertem Maße auch selbst Forschung zu praktisch allen medizinisch-sozialen Betreuungsproblemen betrieben. In einigen Bezirken, u.W. aber nicht in allen, hatten sich die Bezirksärzte, d.h. die für die inhaltliche und strukturelle Entwicklung der jeweiligen territorialen Gesundheitswesen verantwortlichen Kommunalpolitiker eigene Informations- und Planungseinrichtungen – die sog. Büros für Sozialhygiene – geschaffen. Diese erstellten zum Teil regelmäßig territoriale Berichte über die medizinischen und sozialen Betreuungsleistungen und -probleme. Wir reflektieren hier nicht diese praktische Seite, sondern die Entwicklung an den Universitäten, die auch wegen der verschiedenen strukturellen Unterstellungen spezifischen Bedingungen unterlag. Die Finanzierung von Forschung in den Hochschulinstituten erfolgte allerdings in großem Maße über das ISOG. Auf dieses Weise existierte auch eine zumindest partielle Themensteuerung.

7 Der bei Winter ansonsten kaum verständliche Bezug auf A. Grotjahn – und dies zweifellos in Kenntnis seiner eugenischen Denkweisen – kann vermutlich nur erklärt werden, wenn man sich die Begründungslogik von »Traditionen« vergegenwärtigt. Grotjahn und das Lob, das dieser in den 20er Jahren aus der Sowjetunion erfahren hatte, war möglicherweise das Argumentationsvehikel, um eine Anbindung an das vom Stalinismus geprägte SU-Gesundheitssystem zu verhindern, bzw. so den Bezug auf die deutsche Tradition zu sichern.

8 Als Denkmöglichkeit sollte u.a. auch kalkuliert werden, daß die Sowjetunion in Bezug auf die ehemalige SBZ und die spätere DDR bis in die 50er Jahre hinein eine andere Politik verfolgte als sie dies mit den übrigen späteren Ostblockstaaten tat, nämlich die Politik eines neutralisierten Gesamtdeutschland mit Pufferfunktion zum Westen.

9 Dieser Sachverhalt zeigt, 1. daß die Gesundheitspolitik nie ein Feld war, wo das Modell Sowjetunion in der DDR gesellschaftspolitische Dominanz erlangt hat und, 2. daß die gegenwärtige Neuordnung des Gesundheitswesens auf dem Gebiet der ehemaligen DDR nicht tatsächlich die politische Abrechnung mit einer sog. sozialistischen Gesundheitspolitik ist, sondern darauf hinausläuft, Reformideen der Weimarer Republik auszulöschen. Auf dem Hintergrund der Vokabel »Erneuerung« halten wir dies zumindest für pikant.

10 Niehoff, J.-U., Schneider, F. (1991): Sozialepidemiologie in der DDR – Probleme und Fakten, in: Das Risiko zu erkranken, AS 193, S.53-83, Argument-Verlag, Hamburg

11 Rothschuh, K. Ed. (1978): Konzepte der Medizin, Stuttgart

12 Mosse, M., Tugendreich, G. (1913): Krankheit und soziale Lage, J.F. Lehmannns Verlag München

13 Kreuz, B. (1919-1980), Professor für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität zu Berlin, hatte wesentlichen Anteil an der Entwicklung der epidemiologischen Forschung und Lehre in der DDR.

14 Niehoff, J.-U. (1979): Epidemiologie – methodologische Probleme und Möglichkeiten einer Wissenschaftsdisziplin, Teile 1, 2, 3, Ztschr. ärztl. Fortb. 73:967-974, 73:1026-1029, 73:1076-1080

15 Die Lächerlichkeit dieses Vorgangs belegt die Tatsache, daß bis auf wenige Ausnahmen alle in solchen sekretierten Berichten enthaltenen Informationen in einer jährlich erscheinenden, kommentierten und im Buchhandel erhältlichen Medizinal- und Leistungsstatistik jedem zugänglich waren. Wirklich effektiv war die Datensekretierung bei der Suizidstatistik (1963-1989) und bezüglich der Umweltprobleme (seit 1984). Sieht man von den politisch-ethischen Aspekten ab, war das Fehlen einer breiteren Öffentlichkeit für Gesundheitsprobleme (jenseits des allgemeinen Interesses an der sog. modernen Medizin) ohnehin das größere Problem.

16 Eine Befragung, die 1984 Großer und Niehoff bei 70 führenden Experten der Medizin zum wissenschaftlichen Vorlauf in der Prävention durchführten, zeigte, daß es, von einzuführenden Screenings abgesehen, praktisch keine tragfähige Konzeptionen gab. Eine Sicht auf reale soziale wie ökologische Probleme fehlte nahezu völlig. Die Ergebnisse dieser Expertenbefragung sind nicht publiziert.

17 Niehoff, J.-U. (1978): Risikofaktor – Risikofaktorentheorie – Risikokonzept (theoretische Voraussetzungen und Schwierigkeiten bei der Interpretation), Teile 1 u. 2, Ztschr. ärztl. Fortb. 72:84-89, 72:145-149

18 Niehoff, J.-U., Wolters, P. (1990): Ernährung und Prävention, Körpergewichte – ein Fallbeispiel der Präventionsdebatte, Veröffentlichungen des Wissenschaftszentrums für Sozialforschung Berlin, Berlin P90-205

19 Niehoff, J.-U., R.-R. Schrader (1991): Gesundheitsleitbilder – Absichten und Realitäten in der DDR, in: Elkeles, Th., Niehoff, J.-U., R. Rosenbrock, F. Schneider (Hrg.) (1991): Prävention und Prophylaxe, Sigma-Verlag Berlin

20 Niehoff, J.-U. (1981): Frühpostnatale Ernährung, Diabetes mellitus und Arteriosklerose, Ztschr. ärztl. Fortb. 75:1126-1135

21 Niehoff, J.-U., M. Radoschewski (1983): Das Wissenschaftsobjekt der Sozialhygiene, Theoretisches Symposium der Gesellschaft für Sozialhygiene, Warnemünde

22 Matthesius, R., J.-U. Niehoff, R. Schorr (1983): Zur Praxisfunktion theoretischer Konzeptionen der Sozialhygiene, Theoretisches Symposium der Gesellschaft für Sozialhygiene, Warnemünde

23 Schrader, R.-R., Niehoff, J.-U. (1988): Logische Beziehungen zwischen dem Gesundheitszustand und seinen Indikatoren, Ztschr. ärztl. Fortb. 82:935-937

24 Niehoff, J.-U. (1989): Conceptions of Health Promotion, in: Proceedings: Community Participation and Empoverment Strategies in Health Promotion, Part 5, Bielefeld

25 Im Zuge der Evaluationen ostdeutscher Forschung vermerkte eine der gutachterlichen Stellungnahmen, es läge bezüglich der Sozialspezifik von Präventionsstrategien und der sozialen Konzeptualisierung von Gesundheitsförderungsprogrammen kein universitäres Forschungsproblem vor, zumal dies als Fragestellung in der ehemaligen Bundesrepublik bereits ausreichend bearbeitet worden sei. Möglicherweise ist also unsere Einschätzung aus Gründen der Unkenntnis schlicht falsch.

26 Niehoff, J.-U., Scheider, F., Wetzstein, E. (1992): Health and health policy in the former GDR, in: Inequality, health and policy in East and West Europe, Edi.:Denny Várgö, Raymond Illsley, Oxfort Press, in press.

27 Niehoff, J.-U., F. Schneider (1992): Epidemiology and the criticism of the risk factor approach, in: Lafaille., R. (ed.) Towards a new Science of Health, Routledge-Verlag, UK, in press.

Rolf Rosenbrock

AIDS: Fragen und Lehren für Public Health

HIV-Infektion und öffentliche Gesundheitspflege

Zehn Jahre Erfahrungen im gesundheitspolitischen Umgang mit HIV und AIDS sowie die verstärkten Bemühungen zur akademischen Etablierung von Public Health in Deutschland geben Gelegenheit, über einige Schlußfolgerungen nachzudenken, die aus der wissenschaftlichen und politischen Handhabung der HIV-Infektion für Theorie und Praxis der bevölkerungsbezogenen Gesundheitspflege zu ziehen sind.

Was ist Public Health? Public Health ist wortgemäß nicht ins Deutsche zu übersetzen. Es bedeutet so viel wie Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Gesundheitsförderung. Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung. Public Health analysiert und beeinflußt hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittsartig in nahezu allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Was ist die HIV-Infektion? Nach heutigem Wissen wird das Retrovirus HIV durch das Einbringen von infizierten Körperflüssigkeiten übertragen. Dies geschieht ganz überwiegend bei penetrierendem Geschlechtsverkehr, durch direktes Einbringen von kontaminiertem Blut (bei der Benutzung von unsterilen Spritzen beim intravenösen Drogengebrauch und in der medizinischen Behandlung) sowie auch prä- und perinatal von der Mutter auf das Kind. Nach einer Latenzzeit von z.T. über zehn Jahren mit mutmaßlich dauernder Infektiosität gibt bei der großen Mehrzahl der Infizierten die Immunabwehr nach und schafft damit Angriffsmöglichkeiten für zahlreiche z.T. sehr schwere Infektionen sowie Erkrankungen des zentralen Nervensystems, an denen die große Mehrzahl der Patienten beim gegenwärtigen Stand der medizinischen Therapie drei Jahre nach Auftreten der meist zunächst leichten Symptome gestorben ist. Die Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb

der Monogamie, die sorgfältige Kontrolle von Blutspenden sowie die Verwendung von sterilen Spritzbestecken beim intravenösen Drogengebrauch bieten einen sehr hohen bzw. sicheren Schutz vor der Infektion. Die Einbettung von AIDS in die Themenfelder Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Drogen und Sucht erschwert und kompliziert die sachliche und fachwissenschaftliche Bearbeitung des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems.

Was ist nun aus dem einen – dem Umgang mit HIV und AIDS – für das andere – Theorie und Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege – zu lernen? Für eine vorläufige und unvollständige Antwort auf diese Frage sollen im folgenden zehn an AIDS aufgeworfene Public-Health-Probleme v. a. unter dem Aspekt ihrer Verallgemeinerbarkeit thesenhaft skizziert werden, als Ergebnisse eigener Analysen wie auch als Anregungen für die Arbeit in einem künftigen Fach »Public Health«.

1. *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod*

Je nach der Verteilung des Risikoverhaltens und der Effektivität der Transmissionswege ergeben sich sozial und regional sehr unterschiedliche epidemiologische Verteilungsmuster (Rosenbrock 1991a). Während AIDS zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland ein zwar ernstes, aber durch Verstärkung und Kontinuität der Präventionsanstrengungen epidemiologisch prinzipiell kontrollierbares Gesundheitsproblem zu sein scheint, befinden sich zahlreiche Länder in Afrika, zunehmend aber auch in Asien und Lateinamerika sowie innerstädtische Notstandsgebiete v. a. in den U.S.A noch im nahezu freien Fall in eine gesundheitspolitische Katastrophe. Dies ist das Resultat sehr ungleicher Verteilung sowohl von Risiken als auch von Ressourcen zu ihrer Bewältigung.

Während die Übertragungswege über Anus/Mastdarm sowie über kontaminierte Spritzen unter allen Umständen ziemlich effektiv zu sein scheinen, hängt die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung über die Vagina nach heutigem Erkenntnisstand offenbar von der Ab- bzw. Anwesenheit weiterer Infektionen und Geschwüre im Genitalbereich, also grob gesprochen von der physischen Unversehrtheit der Genitalien und vom generellen Gesundheitszustand ab. Dies erklärt die Tatsache, daß zwar über drei Viertel der von der WHO für Ende 1991 auf weltweit kumuliert geschätzten 10 Millionen Infektionen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr zustandegekommen sein sollen, in reichen Ländern bzw. Gegenden bzw.

Sozialschichten dagegen die heterosexuelle Übertragung die Ausnahme ist. Dies erklärt zugleich den sich immer deutlicher zeigenden negativen Schichtgradienten – wie noch alle Infektionskrankheiten wird AIDS in der Tendenz zu einer Krankheit der Armen und der Armut, bei globaler Betrachtung ist es dies längst. In den unteren Etagen der Hierarchie sozialer und gesundheitlicher Chancen kumulieren damit physische Vulnerabilität, materielle, kognitive und emotionale Hindernisse bzw. Sperren gegen die Aufnahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft sowie schlechtere Bedingungen der Krankheitsbewältigung zu einem schichtenspezifisch deutlich erhöhten Risiko. In welchem Verhältnis zu diesen sozial vermittelten Ko-Faktoren der Epidemie die noch vagen Befunde der Psychoimmunologie stehen, ist ungeklärt (vgl. Mielck 1989; Deutsche AIDS-Stiftung 1990). In jedem Falle ist dieser Ungleichheit nicht primär durch medizinische Interventionen beizukommen (McKeown 1982). Für Theorie und Praxis von Public Health ist das Zusammenwirken von erhöhten Risiken und geringeren Bewältigungsmöglichkeiten bei unteren und randständigen Schichten und Gruppen der Bevölkerung ein nahezu durchgängiges Muster (zum diesbezüglich kargen Forschungsstand in der (alten) Bundesrebublik vgl. Mielck 1991) und damit eine zentrale Herausforderung. Der große Auftrag humanistischer Gesundheitspolitik ist die Verminderung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Rosenbrock 1992b). Durch AIDS wird dieses Thema wieder einmal auch in seinem globalen Zusammenhang sichtbar.

2. *Risikowahrnehmung*

Es ist eine durch viele Beobachtungen und Untersuchungen erhärtete Tatsache, daß Individuen, soziale und professionelle Gruppen, Institutionen und politische Apparate gesundheitliche Gefahren bzw. Risiken nur selektiv und meist nicht entsprechend ihrer epidemiologisch beschreibbaren Bedeutung wahrnehmen (Levine/Lilienfeld 1987; Slovic 1987; van den Daele 1988; Jungermann/Wiedemann; Renn 1991). Das Problem unzutreffender bis hin zu kontrafaktischer Verkleinerung und Vergrößerung bei der Wahrnehmung von Gesundheitsgefahren und ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit mit all seinen Paradoxien auf den Ebenen individuellen und gesellschaftlichen Handelns ist bislang vorwiegend für die Gefahrenpotentiale von Technologien, und hier wieder besonders prominent für die Kernenergie und die Gen-Technologie untersucht worden. Danach nimmt

die wahrgenommene Risikogröße v. a. dann zu, wenn sich die Gefahr auf besonders unheimliche Ereignisse und Schädigungen bezieht (dread-Faktor) und wenn das Ausmaß und die Ausprägungen des Schadens nicht vorhersehbar, weil nicht bekannt sind (unknown-Faktor) (Slovic 1987). Die Gefahren und Risikoeinschätzungen variieren darüber hinaus – erstaunlich unabhängig von ihrer realen Größe – in Abhängigkeit von zugeschriebener Verantwortlichkeit, angenommenen Steuerungs und Kontrollmöglichkeiten, Selbstbewußtsein, Bildung, Alter etc. Die aus diesen Wahrnehmungen resultierenden Verzerrungen in der Verteilung gesundheitspolitischer Aufmerksamkeiten und Ressourcen stehen einer rationalen und zielführenden Gesundheitspolitik häufig entgegen.

Bei AIDS schien in den ersten Jahren die gesellschaftliche und massenhaft auch die individuelle Gefahrenwahrnehmung aus dem Ruder gelaufen zu sein: AIDS erschien zeitweilig als das größte Gesundheitsproblem der alten Bundesrepublik. Diese Risikowahrnehmung war zwar spätestens seit der zweiten Hälfte der achtziger Jahre erkennbar unsinnig, gleichwohl kann sie im Rückblick zumindest für die (alte) Bundesrepublik als produktiv angesehen werden. Denn sie führte bei den politischen Apparaten generell zu einem tiefen Erschrecken vor einer möglicherweise nicht eindämmbaren Katastrophe. Daraus folgte eine hohe politische Handlungs- und Ausgabenbereitschaft. Zudem gab es ein tiefes liberales Erschrecken über die sozialen Gefahren von AIDS, das im Blick auf die deutsche Geschichte und die soziale Vulnerabilität der beiden hauptsächlich betroffenen Gruppen, der Schwulen und der Fixer, erhebliche Energie daran setzte, jedem Ansatz und Verdacht auf Minoritäten-Hatz im guten Sinne präventiv zu begegnen. Diese komplexe Risikowahrnehmung hat zunächst viel politische Innovation und auch viel teure Innovation ermöglicht. Das zeigt sich in der politisch mutigen Entscheidung für einen neuen Typ und eine neue Qualität von öffentlich organisierter Prävention (s.u. 3.). Es zeigt sich aber auch in den beträchtlichen Mitteln und strukturellen Spielräumen, die für die aidsspezifische Anpassung der Krankenversorgung mobilisiert werden konnten (s.u. 7.). Paradoxerweise war also die politische Wahrnehmung des Risikos AIDS gesundheitspolitisch produktiv, obwohl sie nicht unbedingt rational fundiert war.

Das gegenwärtige Absinken der HIV-Infektion in der individuellen und politischen Risikowahrnehmung verhält sich wiederum gegenläufig zur realen Problementwicklung: Der Abbau der Unterstützung für die AIDS-Hilfen in einer Situation, in der den präventiven Kräften

dort langsam die Puste ausgehen könnte und viel, wenngleich nicht viel Sicheres vom Nachlassen von Safer Sex auch in den hauptsächlich betroffenen Gruppen («relapse«; junge bzw. Schwule im Coming-Out; Bisexuelle) zu hören ist, das Wegbrechen von gerade erst frisch angeförderten Versorgungsmodellen angesichts berechenbar zunehmender Fallzahlen – all dies zeigt, daß Gesundheitspolitik offenbar anderen Logiken folgt als der Beantwortung gesundheitlicher Herausforderungen nach ihrer Größe und ihrem Gewicht.

Vor dem Hintergrund der wechselhaften und nur selten realistischen Wahrnehmung der und Kommunikation über die Gefahren von AIDS, aber auch angesichts der Komplexität der Gesundheitsrisiken, die zu den heute in industrialisierten Ländern dominanten chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten führen, ist die Entwicklung und Erprobung neuer Theorien und Methoden der Verständigung über unterschiedliche Gesundheitsrisiken eine wissenschaftliche Aufgabe ersten Ranges für Public Health (National Academy of Sciences 1988). Bei ihrer Lösung kann das Beispiel AIDS – z.B. im Vergleich mit den Risiken für einen Herzinfarkt oder multifaktoriell verursachte arbeitsbedingte Erkrankungen – wichtige Aufschlüsse erbringen. Die oft widersprüchliche und im Zeitablauf veränderliche und wohl auch beeinflußbare (BZgA 1987; 1990) Wahrnehmung von Risiken und Gefahren durch Individuen und Gruppen (z.B. Richter 1987; Reimann et al. 1992; Eirmbter et al. 1992) sowie durch Institutionen und politische Apparate (z.B. Czada/Czada und Prokop, in: Rosenbrock/Salmen 1990; Kirp/Bayer 1992) ist für AIDS bereits heute besser untersucht als für die epidemiologisch großen Krankheiten. Dies Wissen wäre in Beziehung zu setzen mit den Forschungsergebnissen zur Wahrnehumg vorwiegend technisch und sozial generierter Gefahren und Risiken, um Anhaltspunkte für die Gestaltung von auf Rationalität zielenden Verständigungsprozessen über Risiken aus verschiedenen Verursachungssphären zu gewinnen. Die in den ersten Jahren der Epidemie z.B. in den Niederlanden und Dänemark wirksamen Versuche der Normierung der Risikowahrnehmung durch eine de-facto-Zensur (»AIDS peak«) für Aussagen über AIDS-Risiken (vgl. Kirp/Bayer 1992) kann dabei keine realistische Lösung sein.

Aber auch vor und damit vielleicht auch zur Lösung der vielfältigen Probleme individueller und institutioneller Gefahrenwahrnehmung läßt sich schon heute ein vielversprechender Problemzugang benennen: für die in vielfältiger Form in der Bundesrepublik im Aufbau befindliche Gesundheitsberichterstattung (Forschungsgruppe

1990) ist die Aufnahme von Risikoberichterstattung eine unabweisliche Forderung (Borgers 1991; Rosenbrock 1992b), der auch die fortgeschrittensten Versuche (MAGS 1990) bei weitem noch nicht genügen. Auch und gerade weil dabei zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Interessen nicht von vornherein Einigkeit über die Frage: »was ist mit welcher Wahrscheinlichkeit gefährlich für wessen Gesundheit?« (zu einigen Dimensionen der dabei auftretenden Komplexität vgl. Borgers/Karmaus 1990; Überla 1990; Brandenburg et al. 1991) zu erwarten ist, gibt es zur öffentlich darüber geführten Auseinandersetzungen keine vernünftige Alternative. Sie kann im Ergebnis zu einer erhöhten Kritikfähigkeit gegenüber Verharmlosung und Katastrophenmalerei sowie insgesamt zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber Gesundheitsgefahren führen. Beides sind aber Ergebnisse, die durch Steigerung der Wahrnehmungs- und Kritikfähigkeit sowie durch Aktivierung einen Beitrag zur Einlösung der Forderung der Ottawa Charta der WHO nach verbesserten Chancen versprechen, den Individuen und Gruppen einen größeren Einfluß auf die eigene Gesundheit zu ermöglichen (vgl. Conrad/Kickbusch 1990). Mit anderen Worten: Ein öffentlich am Gegenstand der Risiko- und Gesundheitsberichterstattung ausgetragener Streit über das 'ob', 'woher', 'wie groß' und 'für wen' von Gesundheitsgefahren aus Verhalten, Verhältnissen und Umwelt kann die Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitsdiskussion und vielleicht sogar rationalen Gesundheitspolitik verbessern (vgl. auch National Academy of Sciences 1989).

3. *Risikomanagement*

AIDS hat die Gesundheitspolitik und Public Health nicht nur im Hinblick auf Risikowahrnehmung und Risikokommunikation vor ungelöste alte und neue Probleme gestellt, sondern auch das politische Risikomanagement. Der internationale Vergleich zeigt in den industrialisierten Ländern eine überraschende Kongruenz in den jeweils kontroversen Positionen (Kirp/Bayer 1992). In allen Ländern ging es um den Konflikt zwischen zwei einander weitgehend ausschließenden Strategien (vgl. Rosenbrock 1986, 1987): Die individuelle Suchstrategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still? Die gesellschaftliche Lernstrategie fragt dagegen: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich die Individuen

und die Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?

Nur noch in Queensland/Australien und einigen Staaten der USA wurde der politische Streit zwischen diesen beiden Strategien vergleichbar heftig ausgetragen wie in Deutschland. In sämtlichen industrialisiertern Ländern, mit Schweden als einer halben Ausnahme, wurde er überall zugunsten der Lernstrategie entschieden, oder – wie es im amerikanischen Sprachgebrauch heißt – die Strategie des 'inclusion and cooperation' hat sich gegenüber der 'control and containment'-Strategie durchgesetzt.

Unter der für Public Health zentralen Fragestellung der Beweglichkeit und Innovationsfähigkeit der Gesundheitspolitik heißt dies: unter hohem Problemdruck wurde bei AIDS für eine neue Krankheit eine neue Strategie gegen z.T. scharfen politischen Widerstand ideologischer Sekundärinteressenten (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989), weiter Teile der dem individuellen Herangehen verpflichteten Medizin (vgl. z.B. die Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1988, 1990b) und z.T. auch gegen demoskopisch ermittelte Mehrheitsmeinungen in der Bevölkerung (Eirmbter et al. 1992) durchgesetzt.

Und dies offenbar auch zu recht. Zumindest in den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen haben sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet, die in Ausmaß und Zeitstabilität alle Beispiele aus der bisherigen Geschichte von Prävention und Public Health übertreffen (Dannecker 1991; Bochow 1988; Pollak 1990). Die Lernstrategie war zumindest in Mittel- und Nordeuropa schneller wirksam und insgesamt erfolgreicher als sämtliche bekannten gesundheitspolitischen Versuche der Verhaltensmodifikation. Das zeigt der Vergleich mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, mit der Zahnhygiene, mit dem Rauchen, der Bewegung, der Ernährung, dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Es hat sich damit als möglich erwiesen, mit den Mitteln der Politik durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten sogar in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen (Rosenbrock/Salmen 1990).

Wenn nun dieser Erfolg in den Gruppen mit den höchsten Risiken trotz aller Defizite so erfolgreich war, was spricht dann gegen seine Übertragung auf andere Gesundheitsrisiken?

In erster Linie sicher der Umstand, daß es für wirksame Prävention insgesamt an politischer Energie mangelt (vgl. Rosenbrock 1992a). Darüber hinaus aber vor allem die Tatsache, daß bis heute nicht geklärt werden konnte, welche Faktoren in welchem Umfang

diesen Erfolg bewirkt haben. War es das Lernklima? War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen? War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von Betroffenen organisierter Kampagnen und persönlicher Beratung? War es die Qualität der Botschaft und ihrer Übermittlung? War es die Erweiterung des klassischen Paradigmas der Gesundheitserziehung um Elemente der strukturellen Beeinflussung der Lebenslage? Oder war es der Problemdruck durch die massenhaft persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im persönlichen Umfeld? Wir wissen darüber nicht viel. Lediglich der Gesamteffekt kann halbwegs zufriedenstellend gemessen werden. Die unterschiedlichen Elemente der Präventionssstrategien wurden aus Theorien des kognitiven und sozialen Lernens und der Kommunikation sowie aus Desideraten oft wenig abgesicherter behavioristischer Erkärungsansätze (vgl. z.B. Bengel/Wölflick 1991) wie health belief, self efficacy, locus of control etc. und der Werbepsychologie kompiliert. Die Frage der Übertragbarkeit auf Kampagnen gegen andere Gesundheitsrisiken mit z.T. erheblich komplexerer Präventionsbotschaft und mächtigen Interessen gegen ihre Umsetzung bedarf noch beträchtlicher wissenschaftlicher Anstrengungen und stellt eine Herausforderung für die nunmehr auch in Deutschland entstehende Theorie und Praxis von Public Health dar.

4. *Präventionsansätze*

Zu den wenigen schon heute als gesichert geltenden Erkenntnissen gehört in diesem Zusammenhang, daß präventives Verhalten desto schneller, konsequenter, zeitstabiler und fächendeckender Platz gegriffen hat und greift, je mehr die Zielgruppen als Mitglieder eines lebensweltlich prägenden Sozialzusammenhangs, einer sozialen Bewegung oder einer Subkultur angesprochen werden (vgl. z.B. Prieur 1991). Es hat sich gezeigt, daß die geläufige Übersetzung von 'community approach' mit 'Gemeindeorientierung' auch unter Gesundheitswissenschaftlern zu irreführenden Mißverständnissen führt. Nach den Erfahrungen mit AIDS sind 'communities' weder administrative Gemeinden noch nach Risikomerkmalen von außen definierte Gruppen, sondern soziale Strukturen, konstitutiert durch gleiche lebensweltliche Bezüge, Interessen, soziokulturelle Milieus, Symbole und Rituale. Erfolgreiche Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Syme 1991, Minkler 1985) zeigen, daß

diese Strukturen zumindest in städtischen Zusammenhängen stärkere Bezugsbasen für Prävention bieten als das Wohnen im gleichen Ort (Raschke/Ritter 1991). Diese Orientierung ermöglicht auch logisch stringent den Übergang von purer Gesundheitserziehung zu Strategien der Prävention unter Einbeziehung der sozialen, kognitiven, physischen und psychischen Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen, wie es die WHO mit dem Konzept der Lebensweisen seit einigen Jahren propagiert.

In der Perspektive eines rationalen gesellschaftlichen Risikomanagements als Aufgabe von Public Health folgt daraus, daß die Stärkung von sozioökologischen Zusammenhängen als Biotope gesunden Lebens eine Basisaufgabe von Gesundheitspolitik werden wird. Dabei deuten Ergebnisse aus der Organisationssozologie (vgl. W. Streeck 1987) wie aus der Selbsthilfeforschung (vgl. A. Trojan 1986) seit langem darauf hin, daß klassische Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen und Parteien oder gar Krankenkassen wegen ihrer nachlassenden bzw. ohnehin geringen Bindungswirkung immer weniger geeignet sind. Kleine und informelle Netze werden – mit großen schichten- und gruppenspezifischen Unterschieden – immer mehr zum funktionalen Äquivalent, bedürfen dazu aber häufig sozial sensibler Anregung und Förderung. Wie sich staatliche Gesundheitspolitik auf solche Gruppen, Netzwerke und Subkulturen beziehen kann, ohne deren für den Erfolg notwendige Autonomie und Authentizität zu untergraben, ist eine alte Frage der Sozialpolitik, gewinnt aber vor dem Hintergrund von AIDS neue Aktualität.

Neben Zielgruppenspezifität der Prävention kann ein weiterer Erfolgsfaktor der AIDS-Prävention als relativ sicher verallgemeinert werden: es ist dies die persönliche und empathische Beratung, sei sie nun professionell oder informell organisiert. Die in der AIDS-Prävention gesammelten Erfahrungen deuten bemerkenswerterweise nicht darauf hin, daß die ärztliche Beratung anderen Konstellationen und Settings überlegen ist. Ob dies unabhängig von der sozialen Schicht gilt und wie diese Erkenntnis für eine Verbesserung der Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen behandelnden, beratenden und pflegenden Gesundheitsberufen nutzbar gemacht werden kann, ist eine im Rahmen von Public Health weiter zu untersuchende Frage.

Schließlich muß auf Basis der mit AIDS gesammelten Erfahrungen auch davon ausgegangen werden, daß medizinische Untersuchungen – in diesem Falle der HIV-Antikörpertest – als Instrumente der Verhaltensbeeinflussung ziemlich ineffizient sind. Der in der

AIDS-Debatte oft als Dogma vorgetragene Satz, daß sich nur der präventiv verhält, wer seinen Serostatus kennt, ist durch eine jüngst im Journal of the American Medical Association veröffentlichte Untersuchung von Higgins et al. (1991) aus den Centers for Disease Control ziemlich schlagend widerlegt worden: eine methodisch sorgfältige Re-Evaluation aller zu diesem Thema durchgeführten Untersuchungen erbrachte keine Evidenz dafür, daß der Test ein geeignetes Mittel der Verhaltensbeeinflussung ist. Auch eine einmalige professionelle Beratung im Zusammenhang mit dem Test (in einer US-amerikanischen STD-Clinic) ändert daran nicht viel (Zenilman et al. 1992). Unter Berücksichtigung der sehr ernsten unerwünschten Wirkungen der Ermittlung und Mitteilung des HIV-Serostatus und der nicht vollständig ausräumbaren Unsicherheiten der HIV-Antikörpertests verbietet sich seine Propagierung als Präventionsinstrument (Rosenbrock 1986, 1989a, 1991a). Als wichtig haben sich dagegen die soziale Einbindung, die Qualität und Umsetzbarkeit der Präventionsbotschaft und die persönliche Beratungen erwiesen. Eine Überprüfung dieses Befundes an anderen Früherkennungsuntersuchungen, wie sie z.B. durch das Gesundheitsreformgesetz seit 1989 zur Regelleistung der Krankenkassen erhoben worden sind, und die ebenfalls nur einen Sinn haben können, wenn durch sie Verhalten wirksam beeinflußt wird (z.B. auf Diabetes oder Cholesterin, vgl. Abholz 1988), steht als Aufgabe für Public-Health-Forschung noch aus.

Die Fachfragen nach der Optimierung der Bedingungen für erfolgreiche Beratung und Verhaltensänderungen werden dabei allerdings von Kämpfen um professionspolitische Macht und Einflußsphären vor allem von Seiten der Medizin vielfach überlagert (vgl. Abholz 1990; Rosenbrock 1992a, 1992b). Auch dies ist allerdings ein Thema für Public Health.

Trotz breiter Wissenslücken – in denen angesichts einer Bedrohung wie AIDS notgedrungen oftmals auf Basis bloßer Plausibilität gehandelt werden mußte und muß – ergibt sich damit als gesicherter Kernbestand für Verhaltensprävention das Modell einer vorwiegend nicht-medizinischen, die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigenden und stützenden Strategie, die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiken und Vermeidungsmöglichkeiten unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung Anreizsysteme mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung gruppenbezogener Normen für risikomeidendes Verhalten schafft und stabilisiert (vgl. auch Deutscher Bundestag 1988).

Prävention und kurative Medizin haben neben ihrem Ziel der Gesundheitssicherung u. a. auch gemeinsam, daß fast alles, was wirksam ist, auch unerwünschte Wirkungen hat. Bei dem hier skizzierten Präventionsmodell können unter ungünstigen politischen Bedingungen ebenfalls unerwünschte Wirkungen auftreten. Sie liegen z.B. in den Gefahren zunehmender Fremdbestimmung, in den Möglichkeiten der Manipulation und im Problem der Ausgrenzung jener, die der Präventionsbotschaft nicht folgen wollen oder können. Bei der Überprüfung der Übertragbarkeit des Präventionsmodells auf andere Gesundheitsrisiken und Bevölkerungsgruppen ist deshalb die Erforschung und Minimierung solcher unerwünschten Wirkungen eine wichtige Aufgabe für die Public-Health-Forschung.

5. *Stabilisierung der Selbsthilfe*

Auch von der akademischen Selbsthilfeforschung ist eine spontane Innovation bei der gesellschaftlichen Bearbeitung des AIDS-Problems bislang kaum reflektiert worden: Während Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung bei uns bis zum Auftreten von AIDS fast ausschließlich um die psychische, soziale und medizinische Bewältigung von bereits eingetretenen Gesundheitsrisiken, also für Aufgaben der Tertiärprävention gewachsen waren (z.B. Alkoholismus, Krebs, epileptische Krankheiten, Rheuma), ist mit den AIDS-Hilfen eine Organisation entstanden, die sich zumindest in den ersten Jahren der Epidemie mit gleichem Gewicht für die Infektionsverhinderung, also für die Primärprävention einsetzte und für diese Funktion auch die meisten staatlichen Gelder bekommt. Die unter übergreifender Public-Health-Perspektive wichtige und offene Frage dabei ist, ob dies auf Dauer – modisch ausgedrückt: zeitstabil – möglich ist. Gegenwärtig können hieran Zweifel aufkommen: Die Präventionsanstrengungen der Selbsthilfeorganisationen lassen offenbar auch in den hauptsächlich betroffenen Gruppen nach. Das gilt für die zur Stabilisierung präventiven Verhaltens wichtigen lokalen und milieuspezifischen Stabilisierungskampagnen und Erinnerungsimpulse ebenso wie für Aktivitäten in bezug auf bislang noch nicht (hinreichend) erreichte Teilgruppen (Schwule im Coming Out und außerhalb der Metropolen; bisexuelle Männer). AIDS-Hilfen folgen immer mehr dem unmittelbar fühlbaren Problemdruck und entwickeln sich dabei zu Organisationen der Interessenvertretung der Infizierten und Kranken. So wichtig und unverzichtbar für sekundärpräventive Unterstützung, integrierte Krankenversorgung und die

Wahrung sozialer Rechte dies ist, von der Primärprävention ziehen sich dadurch Aufmerksamkeiten ab (Rosenbrock 1986, S.154). Dort aber ist die primärpräventive Arbeit der AIDS-Hilfen ebenfalls unverzichtbar. Es ist nicht zu sehen, wer an die Stelle der von den betroffenen Gruppen getragenen Organisationen treten soll, wenn Kraft und Engagement dort irgendwann nicht mehr reichen.

Vor allem in größeren Städten und liberalem Umfeld haben sich zwar Gesundheitsämter mit nicht vorausgesehener Sensibilität und Anpassungsfähigkeit der AIDS-Prävention und -Beratung gewidmet. Einige Ämter verändern vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen sogar ihr gesamtes Tätigkeitsprofil der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Schmacke 1992). Auch wenn es sich hierbei (noch) um Ausnahmen handelt, zeigt sich hier die prinzipielle Innovationsfähigkeit dieser Institutionen. Bezogen auf AIDS sind Erweiterungen und Vertiefungen der Präventionsanstrengungen von Gesundheitsämtern mit Bezug auf heterosexuelle Teilgruppen mit erhöhtem Risiko, aber ohne sozialen Zusammenhalt (z.B. Sex-Touristen, Kunden von Prostituierten aus dem Drogenmilieu) denkbar und wünschenswert. Aber das Kunststück, in den schwulen Subkulturen verhaltens- und normändernd initiativ und erfolgreich zu werden, darf man von ihnen nicht erwarten.

Gesundheitspolitisch folgt daraus die Notwendigkeit gezielter Hilfe und Förderung für die primärpräventive Arbeit der AIDS-Hilfen. Für die Public-Health-Forschung folgen daraus die Fragen (1) nach Präventionsträgern dort, wo Prävention sich nicht auf eine dazu fähige und motivierte soziale Bewegung stützen kann und (2) wie das präventive Engagement von Bewegungen, Subkulturen und Milieus, das paradoxerweise gleichermaßen auf Staatsunabhängigkeit wie auf Staatsunterstützung angewiesen ist, stabilisiert werden kann.

6. *Professionelle Zuständigkeiten*

Gesundheitswissenschaftliche Forschungen der letzten Jahrzehnte haben immer wieder den Befund bestätigt, daß medizinische Interventionen am Individuum epidemiologisch gesehen nur geringe Beiträge zur Verlängerung des Lebens erbringen (Dubos 1959; Powles 1973; Taylor 1979; Abholz 1980; McKeown 1982; McKinlay/McKinlay 1987; Marmot/Kogevinas 1987). Darüber hinaus ist bekannt, daß für die große Mehrzahl auch der schulmedizinisch anerkannten ärztlichen Verrichtungen am kranken Menschen ein

klinisch-epidemiologischer Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht ist (Cochrane 1972). Andererseits ist oft gezeigt worden, daß Interessenlage und Eigendynamik des Medizinsystems dazu tendieren, dessen Zuständigkeitsbereich auf immer weitere Bevölkerungsgruppen und Körperzustände auszudehnen (Foucault 1973; Rosenbrock 1992b). Es kann also nicht überraschen, daß die Fragen nach dem Nutzen der Medizin und den Grenzen der Medikalisierung sich auch in bezug auf die HIV-Infektion stellen. Dabei soll in diesem Zusammenhang nicht von ärztlichen Vorschlägen zur Primärprävention die Rede sein, die ohne verhaltenswissenschaftliche Fundierung und ohne Beachtung der – individuell und gesellschaftlich – unerwünschten Wirkungen die Ermittlung von Infizierten durch den HIV-Antikörpertest (also eine genuin ärztliche Verrichtung) zum obersten Präventionsziel erklärten (Bock et al. 1987; Frösner 1987, dazu: Rosenbrock 1986, 1989a, 1991b). Vielmehr ist die Zuständigkeit der Medizin auch in der Sekundärprävention umstritten, vor allem seit mit Azidothymidin (AZT, Zidovudine; Handelsname: Retrovir) und Pentamidin Substanzen im Einsatz sind, die bei manifest an ARC oder AIDS Erkrankten die Progression der Erkrankung zumindest für begrenzte Zeit verzögern können (Fishl et al. 1987; Sattler et al. 1988). Konsequent stellt sich dabei die Frage, ob die Gabe dieser Substanzen auch bei symptomlos HIV-Infizierten (mit weniger als – wechselnd je nach medizinischer Schule – 500 bzw. 350 bzw. 200 Helferzellen) den Krankheitsausbruch verzögert, den Krankheitsverlauf mildert und/ oder das Leben verlängert. Einige Mediziner halten die dazu vorliegenden Studien für so überzeugend, daß sie – z.T. in Abweichung von ihrer ursprünglich eingenommenen Haltung – alle Menschen mit einem Infektionsrisiko zum HIV-Antikörpertest aufrufen wollen, weil auf diese Weise durch Vorverlegung des medizinischen Behandlungsbeginns (Pentamidin-Inhalation, AZT-Medikation) Latenzzeit bzw. Lebenszeit zu gewinnen sei (in Deutschland z.B. Jäger 1989; Frösner 1991). Mittlerweile neigt auch die Deutsche AIDS-Hilfe dieser Sichtweise zu (Poppinger 1991a, 1991b), zieht daraus jedoch nicht die Konsequenz des Aufrufs zum HIV-Antiköpertest für die hauptsächlich betroffenen Gruppen, weil sie sich gegen dessen massenhafte Anwendung politisch entschieden hat (Hengelein/Höpfner 1990). Stattdessen plädiert sie für eine individuelle Entscheidung (so auch Rosenbrock 1989b, 1989c). Für potentiell infizierte ungetestete und für asymptomatische HIV-positive Menschen entsteht vor dem Hintergrund eigener Ängste und Befürchtungen durch kolportierte Erfolgsmeldungen ein starker Sog

zum Test bzw. zum Beginn medizinischer Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome. Es scheint, als träfen sich in diesem Punkt die Bedürfnisse der auf Hilfe hoffenden Betroffenen mit den Interessen der helfenwollenden Ärzte, der auf Markterweiterung zielenden pharmazeutischen Unternehmen und der Politiker, die eine am Individuuum ansetzende Epidemie-Kontrolle für opportun halten. Entsprechend großzügig werden z.B. die HIV-Modelle in Frankfurt und Köln/Bonn/Aachen gefördert und publiziert (Brede et al. 1991; zur Diskussion dieser Modelle: Deutscher Bundestag 1990b).

Die mittlerweile sehr weitgehend geteilte Wertschätzung des Beginns der medikamentösen Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome (und damit des HIV-Antikörpertests als Eintrittskarte für diese Behandlung) erklärt sich weit zwangloser aus dieser Interessenkonstellation als aus den dazu vorliegenden Studien. Brede et al. veröffentlichen zur Begründung der von ihnen vorgeschlagenen medizinischen Dauerkontrolle auch symptomlos HIV-Infizierter z.B. Ergebnisse, nach denen die Anzahl der Helferzellen bei medizinisch behandelten (zwölf) asymptomatischen HIV-positiven Personen innerhalb des (für therapeutisch generalisierbare Empfehlungen ohnehin zu kurzen) Beobachtungszeitraums von 24 Monaten sogar stärker gesunken sind als bei (siebzehn) behandelten Personen (Brede et al. 1991, Abb. 3, S.1538 und Abb. 5, S.1540). Ohne weitere klinische Belege für die Nützlichkeit der Frühintervention wenden sie sich aus dieser Datenbasis gegen den »Anschein ..., als sei erst mit den klinischen Manifestationen der Erkrankung einschließlich der opportunistischen Infektionen medizinischer Handlungsbedarf gegeben« (ebda., S.1536). Wie bei zahlreichen Empfehlungen zu Früherkennungsuntersuchungen zur Vorverlegung des individuellen Behandlungsbeginns (und damit zur Medikalisierung) kann von einer Evaluation der Effektivität und Effizienz dieser Diagnose- und Behandlungsstrategie keine Rede sein (Abholz 1988, 1990):

- Sobald es um Frühbehandlung geht, wird nicht mehr oder kaum noch beachtet, daß die Mitteilung eines positiven HIV-Antikörpertestergebnisses mit erheblichen und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen unerwünschten Wirkungen und mit nicht ausräumbaren Unsicherheiten behaftet ist.
- Es wird nicht hinreichend problematisiert, daß die Strategie mit Test und Frühbehandlung auf eine lebenslange Medikalisierung von Menschen hinausläuft, die in ihrer großen Mehrheit auch ohne Behandlung auf Jahre hinaus ohne Symptome und Beschwerden

bleiben würden. Legt man die Verteilung aus der Studie von Fishl et al. (1987) zugrunde, so müssen ca. 1 000 asymptomatisch HIV-Infizierte (mit weniger als 500 Helferzellen) ein Jahr mit AZT behandelt werden, damit von den ohne Medikation zu erwartenden ca. 50 Krankheitsprogressionen ca. 25 verhindert werden: über 95 % der Patienten werden »umsonst« behandelt.

- Es wird oft nicht darauf hingewiesen, daß mit der früh- bzw. vorzeitigen AZT-Gabe in vielen Fällen eine ebenso früh- bzw. vorzeitige Resistenzbildung verbunden ist, so daß das Medikament im Falle der Erkrankung dann nicht mehr eingesetzt werden kann.
- Die unerwünschten Wirkungen (v.a. bei AZT) werden heruntergespielt, bzw. wegen zu kurzer Laufzeiten der Studien möglicherweise systematisch unterschätzt.
- Es wird meist nicht deutlich gemacht, daß die große Mehrzahl der AIDS-Erkrankungen mit leichten, aber identifizierbaren Symptomen beginnt, deren Auftreten für den Beginn der medikamentösen Behandlung ohne Schaden für den Patienten abgewartet werden kann. Auch der (seltenere) dramatische Beginn der AIDS-Erkrankung (meist mit einer PCP) ist mittlerweile medizinisch relativ gut beherrschbar. Eine Lebensverkürzung solcher Verläufe gegenüber einer durch Pentamidin verhüteten PCP konnte nicht gezeigt werden (Hirschel et al. 1991).
- Die Wirkung der Frühbehandlung wird in erstaunlichem Umfang überschätzt: Durchgängig zeigen die Studien zur Frühbehandlung v. a. asymptomatisch HIV-Infizierter mit AZT und Pentamidin, daß das Auftreten von Symptomen bei einem geringen Anteil der Behandelten zeitweilig aufgehalten werden kann. Es liegen aber keine bzw. keine signifikanten Ergebnisse zur Lebensverlängerung durch den Einsatz dieser Medikamente vor (Graham et al. 1991; Moore et al. 1991; Hamilton et al. 1992).
- Der Gewinn an Lebensqualität durch unterbliebene oder verzögerte opportunistische Infektionen wird großzügig geschätzt und nicht in Beziehung gesetzt zum Verlust an Lebensqualität durch die Kenntnis des Serostatus, die unerwünschten Medikamentenwirkungen, den möglichen Verlust späterer Behandlungsmöglichkeiten infolge Resistenzbildung und vor allem die (lebenslange) Medikalisierung.

Nach den anfänglichen Hoffnungen auf den therapeutischen und sekundärpräventiven Durchbruch mit AZT und Pentamidin macht sich mittlerweile deutliche Ernüchterung breit (Corfy/Fleming 1992;

Lancet 1992). Es bleibt abzuwarten, ob die aufgrund der ersten Euphorie v. a. aus den USA nach Deutschland übernommenen Modelle des Aufrufs zum Test und zur Frühbehandlung nunmehr, ausgehend von einer methodenkritischen Würdigung der vorliegenden Studien nach den Kriterien der Effektivität und Effizienz und unter Berücksichtigung auch der psychischen und sozialen unerwünschten Wirkungen evaluiert werden. Unterbleibt dies weiterhin, so könnte sich das akteurübergreifende Interesse an der Existenz einer solchen Behandlungsmöglichkeit im Verbund mit der v. a. in den USA nationalspezifisch technisch-aggressiven Medizinkultur (Payer 1988) über die traurigen Fakten bzw. die Unsicherheit der Befunde hinwegsetzen.

Die damit verbundene Eingemeindung subjektiv gesunder Menschen in den Zuständigkeitsbereich der Medizin könnte durch das Vorhaben der CDC gefördert werden, die Stadieneinteilungen der AIDS-Erkrankung durch ein Konzept der 'HIV-Erkrankung' zu überwölben, das unabhängig von der Symptomatik alle HIV-infizierten Menschen mit weniger als 200 Helferzellen als aidskrank , in anderen Versionen ab Infektionsereignis als 'HIV-krank' definiert (vgl. die Kontroverse in: Deutscher Bundestag 1990b; Jaeger 1991). Insoweit dabei auf die Vorreiterrolle der USA verwiesen wird, wird häufig übersehen, daß angesichts des dort völlig unzureichenden Krankenversicherungsschutzes (Kühn 1990) die Subsumierung unter einen Behinderten- bzw. Krankenstatus eine Schutzfunktion für sonst sozialstaatlich unversorgte Menschen beinhalten kann (Stone 1985). Diese folgt allerdings gerade nicht dem Kriterium der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit. Die Veränderung der epidemiologischen Zählweise durch Einbeziehung auch subjektiv völlig gesunder HIV-Antikörper-Positiver wird von europäischen Medizinern aus Ländern mit besserer sozialstaatlicher Versorgung abgelehnt (van Griensven et al. 1991; Park 1992).

Unter dem Gesichtspunkt der Verallgemeinerung bleibt festzuhalten, daß die medizinischen Argumente, mit denen eine 'Zuständigkeit' der Medizin für subjektiv gesunde HIV-positive Menschen begründet wird, nicht sehr stichhaltig sind. Die Aufrufe zum HIV-Test als Eingangspforte zur medikamentösen Frühbehandlung subjektiv gesunder Menschen sind deshalb nur schwer mit den Regeln des Screening (Wilson/Jungner 1971; vgl. Rosenbrock 1986, S.101-115) zu vereinbaren (ungenügende Abwägung der durch das Screening ausgelösten erwünschter und unerwünschter Wirkungen; keine Behandlung mit klinisch-epidemiologisch geprüfter ausreichender

Wirksamkeit). Die undifferenzierte Propagierung dieser Behandlung kann als Exempel für das Versagen klinisch-epidemiologischer Maßstäbe bei der Einführung und Vermarktung neuer Medizinprodukte und Anwendungsgebiete (Cochrane 1972) bzw. für die Vermischung (zweifellos notwendiger) klinischer Forschung bzw. Erprobung und verallgemeinerter Anwendung zu bewerten.

Unter dem Gesichtspunkt gesundheitspolitischer Steuerung stellt sich verallgemeinerbar die Frage nach Mechanismen, mit denen die Potenzen und Ressourcen der Biomedizin auf jene Probleme und Verlaufssequenzen im Krankheitsgeschehen ausgerichtet werden können, für die die Medizin und nur die Medizin tatsächlich Hilfe bieten kann (vgl. Rosenbrock 1986, S.129-132).

Für die Versorgung und Betreuung asymptomatischer HIV-positiver Personen müssen dagegen verstärkt Möglichkeiten nichtmedizinischer professioneller und Selbsthilfeunterstützung gesucht und realisiert werden – wie für andere Gruppen chronisch Kranker auch. Dabei kann auf Erfahrungen mit psychosozialer Unterstützung bei anderen Patientengruppen aufgebaut werden, die – wie HIV-Infizierte – mit der konkreten, aber individuell nicht kalkulierbaren Möglichkeit des (Wieder-)Ausbruchs einer lebensbedrohlichen Erkrankung leben. Zu denken ist dabei z.B. an den Zustand nach einem Herzinfarkt (Badura et al. 1987) oder einer Krebsbehandlung (Koch/Potreck-Rose 1990; Wimmer 1988). Wie bei allen chronischen Erkrankungen sollte der auf vollständiger Information über Chancen und Risiken der Behandlungsstrategien beruhende individuelle Wunsch des/der Infizierten bzw. Kranken das entscheidende Kriterium für die Form der psychischen und sozialen Bewältigung eines positiven Testergebnisses (Franke 1990) und der Erkrankung sein: medizinische Kontrolle, Mitarbeit in einer Positivengruppe, Psychotherapie oder aber auch gar nichts kommen dabei nebst sämtlichen Mischformen gleichberechtigt in Betracht.

7. *Anpassung der Krankenversorgung*

AIDS hat auch die Strukturen der Krankenversorgung in Bewegung gebracht, und zwar auch in solchen Bereichen, die jahrzehntelang als besonders reformresistent gegolten hatten. Es entstanden neue Praxis- und Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung, veränderte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, neue Aufgabenfelder für psychosoziale Berufe, Modelle ambulanter und pflegerischer Versorgung von Schwer- und

Schwerstkranken, Organisationsinnovationen im Krankenhaus, Tageskliniken, Hospize – kurz: bei AIDS sind die Muster der Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung für die beteiligten Gesundheitsberufe, die ehrenamtlichen Helfer sowie zwischen den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung in Bewegung geraten (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). Die Diskussion über die eigenständige Bedeutung der Pflege für die Krankheitsbewältigung hat neuen Auftrieb erhalten (Moers 1990). AIDS-Krankenversorgung ist damit zu einem Experimentierfeld für Strukturreformen im Gesundheitswesen geworden. In einer Studie der Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik« im WZB wird dies für die AIDS-Krankenversorgung in Berlin untersucht. Dabei zeigen sich freilich auch die Schattenseiten, denen im Rahmen von Public-Health-Forschung weiter nachzugehen sein wird: trotz der außergewöhnlich hohen Bereitschaft politischer und professionelle Akteurgruppen, auf die neue Herausforderung einzugehen, gibt es bislang nur wenige strukturbeeinflussende und zeitstabile Erfolge. Zeitstabil überwiegend deshalb nicht, weil der Geldhahn der Modellförderung durch den Bund zugedreht und oft kein Ersatz gefunden werden konnte. Strukturell häufig deshalb nicht wirksam, weil für sich genommen gut ersonnene Innovationen – wie etwa der für den Übergang stationär/ambulant zuständige Koordinationspfleger oder die AIDS-Fachkräfte an Gesundheitsämtern – oft ohne ausreichende qualifikatorische und soziale Vorbereitung und Einbeziehung des organisatorischen Umfeldes implantiert wurden (Schaeffer 1991). Insellösungen ohne Implemantationshilfen (z.B. Organisationsentwicklung und Institutionsberatung) provozieren konservatives Organisationsverhalten bis hin zu Abstoßungsreaktionen. Entgegen weithin gehegter Hoffnung und geübter Praxis sind solche Schwierigkeiten auch durch Begleitforschung und professionelle Supervision meist nicht aus der Welt zu schaffen, weil diese aufgrund ihrer Konturierung und Instrumentierung grundsätzlich nicht in der Lage sind, bei organisatorisch und professionspolitisch begründeten Implementationshindernissen wirksame Steuerungshilfen und Korrekturen einzubringen (Schaeffer 1992). Hinzu kommen die Probleme unzureichender und gemischter Finanzierung. Diese zwingen viele Pflegedienste dazu, bei der Dokumentation und Abrechnung der pflegerisch professionell notwendigen Leistungen gegenüber Krankenkassen, Kommunen und anderen Kostenträgern bis an den Rand der Legalität zu gehen, um dann doch irgendwann die Pflegeleistungen nicht mehr primär nach gesundheitlichen, sondern nach

abrechnungstechnischen Kriterien zu gestalten (vgl. z.B. Majer und Weber, in: Schaeffer/ Moers/Rosenbrock 1992). Durch solche strukturellen Zwänge wird auch im AIDS-Bereich viel Engagement zerrieben.

Unter Public-Health-Gesichtspunkten heißt dies dreierlei: 1. Das Krankenversorgungssystem ist auch an seinen kritischen Nahtstellen und hinsichtlich der professionellen Arbeitsteilung unter hohem Problemdruck flexibler als oft angenommen. 2. Speziell im Bereich der ambulanten Versorgung erweist sich die Forderung der GKV-Bundestags-Enquete von 1990, medizinische, psychosozial-pflegerische Betreuung und Aktivierung des Patientenumfeldes als drei funktional gleichberechtigte Säulen der Versorgung zu sehen und zu fördern (Deutscher Bundestag 1990a), als problemangemessen und tendenziell umsetzbar. 3. So richtig es ist, Politikfenster wie die AIDS-Krise zu strukturellen Innovationen zu nutzen, so notwendig ist es, mehr als bisher dazu vorliegende Erfahrungen mit Innovationsmanagement z.B. auch aus der Organisations- und Industriesoziologie zu nutzen: gefragt sind systemische Lösungen, die die Innovationen und Reformbemühungen von vornherein in ihrem Wechselspiel mit der gewachsenen Struktur sehen und diese qualifikatorisch und organisatorisch vorbereiten (vgl. z.B. Wildenmann 1988; Lullies/Weltz 1983). 4. Der Enthusiasmus und die daraus gewachsenen persönlichen Netzwerke der Pioniere der AIDS-Krankenversorgung waren notwendige Bedingungen des Enstehens und sind gegenwärtig noch häufig die stärksten Potentiale gelungener Innovationen. Ohne strukturelle Abstützung und damit eine aufgabenfreundliche organisatorische Umwelt für die zunehmend weniger pionierhaft als professionell hinzukommenden Kräfte wird diese Antriebkraft geschwächt statt gefördert.

Für die Public-Health-Forschung zur Krankenversorgung ergibt die Auswertung der bei AIDS gesammelten Erfahrungen reiches Material an verallgemeinerbaren Lösungen und vermeidbaren Fehlern. Um dabei der gewachsenen Desintegration der bundesdeutschen Krankenversorgung speziell im Umgang mit chronisch Kranken ein auf Versorgungsintegration zielendes Konzept entgegenzusetzen, hat es sich als ertragreich erwiesen, die lebenslagenspezifisch differenzierten Versorgungsbedürfnisse und krankheitsspezifischen Anforderungen als Ausgangspunkt der Analyse zu wählen, und von dort aus Wege durch die vielfältigen Angebote und Lücken der Versorgung nachzuzeichnen bzw. zu konzipieren, also von einem Geflecht differenzierter Patientenpfade auszugehen.

8. *Gesundheit als Thema sozialer Bewegungen*

Auch in einer keineswegs vollständigen Aufzählung Public-Health-relevanter Erkenntnisse und Fragen, die die AIDS-Krise gebracht hat, dürfen zumindest thesenhafte Bemerkungen zur Rolle sozialer Bewegungen in der Gesundheitspolitik nicht fehlen. Auszugehen ist von der Beobachtung, daß (1) einerseits wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen und Entwicklungen in der Geschichte fast immer zumindest auch das Resultat des Drucks sozialer Bewegungen waren und sind, (2) andererseits jede der alten und neuen sozialen Bewegungen gesundheitsbezogene Themen ziemlich weit oben auf der politischen Agenda führt und (3) soziale Bewegungen gerade gesundheitsbezogenen Themen einen großen Teil ihrer Mobilisierungs- und Bündnisfähigkeit verdanken. Das gilt für die Arbeiterbewegung ebenso wie für die Frauen-, Ökologie- und Friedensbewegung. Für die Schwulenbewegung gilt dies natürlich auch, wobei die Beziehung zwischen Medizin, Staat und Schwulenbewegung – denkt man an die jahrzehntelange Kriminalisierung, die bis vor kurzem gültige Definition von Homosexualität als Krankheit und die z.T. abstrusen und grausamen »Therapieversuche« gleichgeschlechtlicher Orientierung – alles andere als unproblematisch war und wohl auch noch ist. Das gilt in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Akzentuierung für alle industrialisierten Länder, hat aber in Deutschland speziell den barbarischen Hintergrund des Faschismus (Schilling 1983).

Gemessen an diesen eher ungünstigen Ausgangsvoraussetzungen ist die Entwicklung der Strategiefindung bei AIDS und der Kooperation mit den hauptsächlich betroffenen Gruppen in allen industrialisierten Ländern überraschend günstig verlaufen (vgl. Kirp/Bayer 1992): die gesundheitspolitisch Grundsatzentscheidung zwischen Lernstrategie und Suchstrategie wie auch Fragen der Ausgestaltung der Lernstrategie und der Sicherung von Blutprodukten fielen in allen Ländern hauptsächlich im Dreieck Staat – Medizinsystem – Schwulenbewegung. Daß diese Auseinandersetzung in der Bundesrepublik schriller verlief als in den meisten Ländern, erklärt sich wohl zu einem erheblichen Teil aus der hierzulande vergleichsweise geringen Stärke der Schwulenbewegung (Salmen/Eckert 1989) und der Dominanz der individualmedizinischen und juristischen Expertise in der Politikberatung. Daß es trotz dieser ungünstigen Voraussetzungen in der Bundesrepublik zu einem auch international vorzeigbaren Politikergebnis kam, erklärt sich dagegen aus der schnellen

Etablierung der AIDS-Hilfen als zentrale und dezentrale Akteure und aus dem internationalen Vereinheitlichungsdruck. Für Public Health zeigt sich an diesem Punkt die Bedeutung von Entscheidungsprozeßanalysen für die Erklärung und Beeinflussung von Gesundheitspolitik.

In seiner jüngst vorgelegten Analyse über AIDS, Acitivism, and the Politics of Health verweist nun der amerikanische Sozialmediziner Robert M. Wachter (1991a; 1991b) nicht nur auf die unter Demokratie- und Kompetenzgesichtspunkten hohe Funktionalität dieser Inklusion, sondern auch auf einige Gefahren der direkten Involvierung sozialer Bewegungen in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung: Wachter kritisiert den nachlassenden Einsatz der amerikanischen Schwulenberwegung und von ACT UP für die Primärprävention und ihre Konzentration auf die Entwicklung, Zulasssung, Erprobung und Verteilung neuer Arzneimittel gegen AIDS. Er erklärt dies mit der sozialen Herkunft der Mehrzahl der Aktivisten: für die tonangebenden weißen Homosexuellen aus der Mittelschicht sind die Probleme von safer sex und Prävention im wesentlichen gelöst. Dethematisiert werden auf diese Weise die ungelösten Präventionsprobleme in den farbigen Armutsghettos und im Drogenbereich sowie die Probleme des Zugangs zur Krankenbehandlung in den USA. Die von der AIDS-Lobby erzielten Erfolge in der beschleunigten und bevorzugten Erprobung und Zulassung aidsbezogener Arzneimittel liegen durchaus auch im Interesse der beteiligten pharmazeutischen Unternehmen, deren z.T. großzügige finanzielle Unterstützung für Betroffenenorganisationen damit einen besonderen Akzent erhält. Ob auf diese Weise die Standards der Arzneimittelsicherheit gehalten werden können, ist ebenso zweifelhaft wie die Rationalität der u. a. dadurch gesteuerten Verteilung von Forschungsmitteln in der Arzneimittelentwicklung (vgl. auch Deutscher Bundestag 1990b). Nach Wachters Analyse finden sich nunmehr auch ähnliche Konstellationen für die überproportionale Verwendung staatlicher Forschungsgelder und beschleunigte Zulassung neuer Arzneimittel in bezug auf Brustkrebs und die Alzheimer-Krankheit – erklärbar vor dem Hintergrund gut etablierter Mittelschichtbewegungen der Frauen und der Grauen Panther. Die Bedeutung dieser Analysen für den deutschen Kontext und andere als aidsbezogene Gesundheitsprobleme bleibt noch zu ergründen. Für Forschung und Praxis von Public Health gilt dabei das Postulat, daß neben der unbestrittenen Notwendigkeit der Förderung von Betroffenenkompetenz und sozialen Bewegungen mit Gesundheitsbezug die Kriterien der Angemessenheit und Sicherheit medizinischer und

pharmakologischer Intervention wie auch des Abbaus sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod gleichrangige Beachtung behalten bzw. finden müssen.

9. *Bereichsübergreifende Gesundheitspolitik*

In der öffentlichen Meinung und ihrer Widerspiegelung in den Medien herrschen immer noch verkürzte Sichtweisen vor, wonach Gesundheitspolitik wesentlich die staatliche Kunst der Steuerung des Krankenversorgungssystems mit monetären Hebeln und gesetzlichen Normen ist. Durch die anhaltende Abwesenheit überzeugender medizinisch-kurativer Lösungen des Gesundheitsproblems einer neu auftretenden Virusinfektion mit potentiell pandemischen Zügen lag der Schwerpunkt AIDS bezogener Gesundheitspolitik von vornherein außerhalb dieses Feldes konventioneller Gesundheitspolitik. Dadurch rückten gesundheitspolitische Akteure ins Zentrum des Blickfeldes, von denen vorher außer den direkt Beteiligten und den sozial- und gesundheitspolitischen Fachszenen kaum jemand wirklich Notiz genommen hatte: Selbsthilfeorganisationen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsämter, Medien (Fernsehen, Filmtheater) etc. Zur bevölkerungsweiten Wahrnehmung und zum Verständnis einer nicht nur in Sonntagsreden über den Bereich der Krankenversorgung hinausblickenden und hinausgreifenden Gesundheitspolitik könnte das epidemiologische und gesundheitspolitische Drama AIDS einen wichtigeren Beitrag geleistet haben als gleichzeitig laufende, aufwendig und durchgestylte public relations Kampagnen, die mit Konzepten des social marketing das Produkt 'health promotion' zu verbreiten trachteten.

Verlagert sich aber – wie im Falle AIDS – der Schwerpunkt von Gesundheitspolitik aus der Endstrecke der vorwiegend biomedizinischen, individuellen Kuration in vorgelagerte Bereiche (Rosenbrock 1992b), so ist eine Beschränkung des Eingriffsbereichs auf konventionell zur Gesundheitspolitik gerechnete Felder, Instrumente und Institutionen nicht mehr möglich. Dies gilt nicht nur für die im weitesten Sinne risiko- und belastungssenkende Gestaltung von Arbeits-, Umwelt-, Erholungs- und Konsumbedingungen (Verhältnisprävention), sondern auch für Risikominderung und Gesundheitsförderung im persönlichen Verhalten: »Peoples health is primarily the result of the environment in which they live, and the patterns of behavior they follow. These patterns are shaped by environments, and environments are shaped by public policy« (Milio 1986, S.6).

Die politische Entscheidung für die gesellschaftliche Lernstrategie (s.o. 3.) mit ihren zentralen Elementen der Inklusion von und Kooperation mit hauptsächlich betroffenen Gruppen impliziert unter anderem, diese Gruppen als integrale Teile der Gesellschaft anzuerkennen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Schwule und Fixer heute hinsichtlich der Häufigkeit kraß vorzeitigen Sterbens in der nahen und nächsten sozialen Umgebung heute in einer Realität leben, die in Deutschland zuletzt die Kriegsgeneration erlebt hat. Aber auch unter direkt präventivem Gesichtspunkt gibt es starke Gründe, die Lebensweise dieser Gruppen zu respektieren und in diesem Rahmen Anreize im Sinne des WHO-Slogans »Make the healthy way the easier choice« zu schaffen.

In bezug auf schwule Männer, i.v. Drogenbenutzer und Prostituierte bedeutet die Umsetzung dieses gesundheitspolitischen Postulats ganz allgemein den Abbau von rechtlicher und sozialer Diskriminierung dieser Gruppen und ihrer Lebensweisen und damit Veränderungen in einer ganzen Reihe von Politikfeldern.

Da die Etablierung von safer sex und sterilen Spritzbestecken als gruppenverankerter Verhaltensnorm eine breite und möglichst vielseitige Kommunikation darüber voraussetzt, ist die pragmatische Unterlassung (gewerbe-, sitten- und kriminal-)polizeilicher Eingriffe in die Subkulturen sowie die – vereinzelt auch staatlich finanzierte – Förderung entsprechender Orte und Strukturen der Kommunikation (z. B switchboard in Frankfurt/Main, Mann-O-Meter in Berlin) konsequente Gesundheitspolitik. Wenn die Organisationen der betroffenen Gruppen als zentrale und unersetzliche Akteure der AIDS-Prävention identifiziert werden, ist die staatliche Zensur ihrer Äußerungen mit einer zielführenden Gesundheitspolitik grundsätzlich unvereinbar. Wenn das Kondom das wichtigste Instrument der AIDS-Prävention ist, sind Werbeverbote und Zugangsbeschränkungen unsinnig. Wenn heranwachsende Schwule im Prozess ihres coming out als Problemgruppe der AIDS-Prävention identifiziert werden, ist eine Regelung wie der § 175 StGB, die homosexuellen Geschlechtsverkehr mit Männern unter 18 Jahren mit Strafe bedroht, auch gesundheitspolitisch kontraproduktiv. Wenn Männer, die zumindest gelegentlich Sex mit Männern haben, aber nicht in schwule Kommunikationsstrukturen eingebunden sind, für die AIDS-Prävention als schwer erreichbar gelten, ist die Ausklammerung homosexueller Begegnungen aus den bevölkerungsweit gestreuten Aufklärungsbotschaften (Fernsehen, Filmtheater, Print-Medien, Schule etc.) gesundheitspolitisch nicht zu begründen. Wenn Treue

als eine Möglichkeit der AIDS-Prävention propagiert wird, ist die massive rechtliche und finanzielle Benachteiligung mannmännlicher Lebensgemeinschaften gegenüber der heterosexuellen Ehe unlogisch. Wenn der Arbeitswelt wegen der dort vorfindlichen organisatorischen Rahmenbedingungen besonderer Wert als Ort der Gesundheitsförderung und -aufklärung beigemessen wird, ist der Abbau von sexuellen Diskriminierungen und Tabus am Arbeitsplatz ein gesundheitpolitisches Gebot (Bruns/Jaeger/Rosenbrock 1991).

Während im Bereich homosexueller Lebensweisen und Subkulturen vor dem Hintergrund ohnehin rückläufiger Vorurteile auf diesem Wege relativ rasch einige erste gesundheitspolitische Erfolge erzielt werden konnten, verweisen die anhaltenden Debatten über die Methadon-Substitution für von i.v.-Drogen Abhängige sowie über suchtbegleitende Betreuung ohne Abstinenzgebot (zur Veränderung überkommener dogmatischer Positionen vgl. Heckmann, in: Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992) oder auch die Schwierigkeit der Etablierung aidspräventiver Regelungen im Gefängnis exemplarisch auf die politischen Schwierigkeiten, dem Gesundheitsmotiv Vorrang vor anderen Interessen bei der staatlichen Gestaltung von Lebens- und Verhaltensbedingungen zu verschaffen.

Deutlich wird dies auch an den Widerständen gegen die unter dem Eindruck von AIDS wieder einmal aktuell gewordene Einlösung der Forderung nach einer Sexualpädagogik, die der materiell und kulturell gewachsenen Vielfalt der Entfaltungsmöglichkeiten und Beziehungsformen entspricht und Sexualität nicht von vornherein unter den Aspekt von Zeugung und Empfängnis subsumiert (Sielert 1992).

Die Aufzählung der für die AIDS-Prävention notwendigen bzw. zweckmäßigen Interventionen ließe sich für zahlreiche weitere Gruppen und Politikfelder verlängern (vgl. Deutscher Bundestag 1990b). Ihrer Realisierung stehen in der Regel zwei Typen von Hindernissen entgegen: Zum einen sind diese Felder jeweils von anderen Interessen her strukturiert und besetzt. Gesundheitspolitik trifft im Falle von AIDS neben Verbündeten auf z.T. mächtige Gegner (Kirchen, Sicherheitsapparate, konservative soziale Bewegungen etc.). In deren Sichtweise spielen Gesundheit und Prävention z.B. gegenüber heterosexueller Ehemonogamie, dem Ideal der Suchtfreiheit oder dem Eigenwert der Anwendung sämtlicher mobilisierbaren staatlichen Rechts- und Zwangsmittel (z.B. Gauweiler 1989) wenn überhaupt, dann nur eine nachrangige Rolle. Zum anderen finden sich in diesen Feldern kaum rechtlich oder tatsächlich gewachsene Anknüpfungspunkte und entsprechend wenig auch Qualifikation für

ihre Einbindung in eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie. – Die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit bzw. Gesundheitsförderlichkeit als Querschnittsaspekt in allen relevanten Politikbereichen (healthy public policy) stellt damit – nicht nur bei AIDS – eine Zukunftsaufgabe dar, die ohne praktische, theoretische und qualifikatorische Impulse aus dem akademischen Bereich von Public Health kaum lösbar erscheint.

10. *Institutionalisierung von Public Health*

Die Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung« des Deutschen Bundestages empfiehlt dazu in ihrem nach dreijähriger Arbeit verabschiedeten Schlußbericht einstimmig (Deutscher Bundestag 1990b, Empfehlung 8.4), »Lehrstühle bzw. Professuren für die wissenschaftlichen Disziplinen neu einzurichten, in deren Sachbereichen Defizite infolge der AIDS-Problematik deutlich geworden sind, z.B.« – und die Enquete nennt dies an erster Stelle – »Public Health«. Da die Kommission den Bestand an wissenschaftlicher Infrastruktur in diesem für AIDS als zentral wichtig angesehenen Wissensgebiet nicht wesentlich größer als Null fand, fordert sie (ebda., Empfehlung 8.20) ganz pauschal: »die Public-Health-Forschung auf- bzw. auszubauen«.

Was gibt der gesundheitspolitische »Fall AIDS« zur Begründung von Forschung und Lehre auf dem Gebiet von Public Health her, warum sprechen die Erfahrungen mit AIDS für die Etablierung von mehr Public Health an Universitäten und Forschungsstätten?

Zwei Gründe springen ins Auge: a. Länder mit akademischer Tradition in Public Health hatten weniger Probleme und brauchten auch insgesamt weniger Zeit, um jeweils nationale Strategien zu konzipieren und umzusetzen (Kirp/Bayer 1992). In Ländern mit entwickelterer Tradition in Public Health konnte die Frage »Was lernen wir aus AIDS für Public Health?« von vornherein andersherum gestellt werden: »Was lernen wir aus Wissenschaft und Erfahrungen in Public Health für den Umgang mit AIDS?« Theorie und Praxis von Public Health sind demnach hilfreich, um auch auf unerwartet auftretende Gesundheitsprobleme informierter, vollständiger, präziser und schneller reagieren und damit verhindern zu können, daß bei neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen das gesundheitswissenschaftliche Rad immer erst neu erfunden werden muß (vgl. Jonathan Mann, in: Kirp/Bayer 1992).

b. Der zweite Grund hängt mit dem ersten eng zusammen: AIDS

hat gezeigt, daß Länder wie die Bundesrepublik, in denen immer noch die Fehlmeinung vorherrscht, für alle Fragen von Gesundheit und Krankheit seien in erster Linie Ärzte und zur Entscheidung über gesellschaftliche Konflikte vor allem Juristen kompetent und zuständig, die größeren Probleme hatten, für AIDS eine differenzierte und an den Kriterien der epidemiologischen Effektivität, also der Effizienz orientierte Strategie des Risikomanagements zu formulieren. Zum Beispiel wurde und wird das für die gesamte Prävention erforderliche Denken im Abwägen von Gefahren und ihren Eintrittswahrscheinlichkeiten für Gruppen und Populationen hierzulande durch den häufig demagogisch vorgetragenen ungelösten Einzelfall öfter und nachhaltiger gestört als in Ländern, in denen neben der für die kurative Medizin und die Rechtswissenschaft maßgeblichen Einzelfallogik (vgl. Prittwitz 1990) auch die epidemiologische Betrachtungsweise für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert ist. Die oftmals populistische Verwertung des bei epidemiologischer Herangehensweise nicht verhinderten Einzelfalls beherrscht bis heute die strafrechtliche Behandlung der HIV-Infektion, durchzieht die Diskussion über die Rolle des HIV-Antikörpertests für die Prävention, behindert gut begründete Präventionsstrategien im Drogenbereich, führt noch immer zu massiven Behinderungen schwuler Safer-sex-Aufklärung und hat insgesamt das In-Gang-Kommen einer halbwegs kohärenten Präventionsstrategie in der Bundesrepublik zumindest verzögert. Mit Public Health kann also neben der individualmedizinischen, auf den Einzelfall bezogenen Sichtweise eine bevölkerungs- und gruppenbezogene Expertise etabliert werden, so daß diese beiden Sichtweisen auch in der öffentlichen Diskussion eine ihrer Bedeutung entsprechende Wahrnehmung finden und gleichberechtigt miteinander ringen können.

Fazit

AIDS war und ist seit vielen Jahrzehnten der erste Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik in Deutschland. Und auch in der Krankenversorgung hat AIDS zu interessanten und wichtigen Innovationen geführt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen zu systematisieren und auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen, ist AIDS eine bislang nicht über einzelne Projekte hinaus in Angriff genommene Herausforderung. Hier gilt es, Wissen über gesellschaftliche und individuelle Gefahrenwahrnehmung, politische Entscheidungsfindung

und Programmimplementation, über Erfolge und Mißerfolge unterschiedlich instrumentierter und institutionalisierter Präventionskampagnen, über Innovationen in der Krankenbehandlung und ihre Erfolgs- bzw. Mißerfolgsbedingungen zu sichern, mit vorhandenen Theoriebeständen in Beziehung zu setzen mit dem Ziel, positive Erfahrungen zu verallgemeinern und Hindernisse der Verbesserung zu identifizieren. Da AIDS in Deutschland strategisch heftiger umstritten war als in den meisten Industrieländern und bislang auch mehr und tiefgreifendere gesundheitspolitische Innovationen hervorgebracht hat – auch dies zeigt der internationale Vergleich –, stellt AIDS für die akademische Etablierung von Public Health trotz aller Besonderheiten der Krankheit (AIDS ist in Deutschland eine epidemiologisch unbedeutende Krankheit. Im Gegensatz zu den dominierenden degenerativen Erkrankungen handelt es sich um eine Infektionskrankheit.) ein geeignetes Ausgangsparadigma dar, weil sich an ihm wesentliche Fragen einer modernen Gesundheitspolitik gestellt haben und in der Praxis untersucht werden können. Umgekehrt heißt dies: ob das im Entstehen begriffene Fach 'Public Health' eine wirkliche gesundheitswissenschaftliche Innovation darstellt oder auslöst, kann daran gemessen werden, inwieweit es sich Fragestellungen wie den hier skizzierten stellt.

Korrespondenzanschrift:
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50 – D-1000 Berlin 50

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Die Gesundheitsuntersuchung – ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik, in: Arbeit und Sozialpolitik 1990, S.44ff., sowie die Kontroverse dazu: ebda., S.168ff.

Abholz, H.-H.: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178, Hamburg 1988

Abholz, H. H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: H.U. Deppe (Hg.): Die vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S.15-60

Badura, B., G. Kaufhold, H. Lehmann, H. Pfaff, Th. Schott: Leben mit dem Herzinfarkt, Berlin, Heidelberg, New York 1987

Bengel, J./D. Wölflick: Das Health Belief Modell als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? in: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, Vol. 3, 1991, No. 3, S.103-110

Bleibtreu-Ehrenberg, G.: Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung, Reinbek 1989

Bochow, M.: AIDS: Wie leben schwule Männer heute? AIDS-Forum D.A.H.: Berlin 1988

Bock, K. D. et al.: AIDS – zusehen oder handeln? Ein Memorandum der Ltd. Ärzte des Zentrums für Innere Medizin, Universitätsklinikum Essen, Futura (Boehringer Ingelheim) 1987

Borgers, D./W. Karmaus: Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? in: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Argument-Sonderband AS 186, Hamburg 1989, S.59ff.

Borgers, D.: Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 17: Das Risiko zu erkranken, Argument Sonderband AS 193, Hamburg 1991, S.84-101

Brandenburg, U., A. Buchter, H. G. Grimm, W. Laurig, B. Marschall, G. Schreinicke, G. Schwaberger: Aktuelle Probleme arbeitsmedizinischer Belastungs- und Beanspruchungsforschung, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Jg. 45, 1991, Heft 1, S.47-50

Brede, H. D., C.-D. Bauermeister, S. Gerte et al.: Ambulante Betreuung von asymptomatischen HIV-positiven Personen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 88 (1991), Heft 33, S.1536-1542

Bruns, M., H. Jaeger, R. Rosenbrock: AIDS in der Arbeitswelt, hg. v.: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin 1991

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung 1989, Köln 1990

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der BRD. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung, Köln 1987

Cochrane, A. L.: Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services, Abingdon, Berks 1972

Conrad, G./I. Kickbusch: Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S.142ff.

Corfy, L., Th. R. Fleming: Treatment of HIV-Infection – Progress in Perspective, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 326 (1992), No. 7, p. 484-486

Dannecker, M.: Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS, Hamburg 1991

Deutsche AIDS-Stiftung »Positiv Leben« (Hg.): AIDS und Psyche, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 3, Berlin 1990

Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, BT-Drucksache 11/6380, Bonn 1990, auch erschienen in der Reihe: Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände, Bonn 1990 (zit.: 1990a)

Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Endbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«, BT-Drucksache 11/7200, Bonn 1990, nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.) Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 13/90: AIDS: Fakten und Konsequenzen, Bonn 1990 (zit.: 1990b)

Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«, Bundestagsdrucksache 11/2475, Bonn 1988, nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.) Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 3/88: AIDS – Fakten und Konsequenzen, Bonn 1988

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

Eirmbter, W. H., A. Hahn, R. Jacob: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Pilotstudie. Endbericht, verf. Ms., Trier 1992

Fischl, M. A., D. D. Richmann, M. H. Grieco et al.: The Efficacy of 3'-azido-3'deoxythymidine, an Inhibitor of HTLV III/LAV Replication, in Patients with AIDS or AIDS-related complex: a double-blind placebo-controlled Trial, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 317 (1987), p. 185-191

Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, Endbericht, 3 Bände, St. Augustin 1990

Foucault, M.: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München 1973

Franke, G. H.: Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 5, Berlin 1990

Frösner, G. G.: VII. Internationale AIDS-Konferenz in Florenz 1991. Neue Daten zur Epidemiologie und Prävention, in: AIDS-Forschung, 1991, Heft 9, S.477-486

Frösner, G. G.: Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? in: AIDS-Forschung, 2. Jg. (1987), Heft 1, S.61-65

Gauweiler,P.: Was tun gegen AIDS? Percha 1989

Graham, N. M. H., S. L. Zeger, L. P. Park et al. and the Multicenter AIDS Cohort Study: Effects of zidovudine and Pneumosystis carinii pneumonia prophylaxis on progression of HIV-1 infection to AIDS, in: The Lancet, Vol. 338 (1991), No. 8762, p. 265-269

Hamilton, J. D., P. M. Hartigan, M. S. Simberkoff et al. and the Veteran Affairs Cooperative Study Group on AIDS Treatment: A Controlled Trial of Early Versus Late Treatment with Zidovudine in Symptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection, in: The New England Jour. of Med., Vol. 326 (1992), No 7, p. 437-443

Hengelein, H., Chr. Höpfner: Die AIDS-Hilfe, in: H. Jäger (Hg.): AIDS und HIV-Infektion, Landsberg/Lech o. J., 2. Band, 4. Erg.-Lfg. 4/1990

Higgins, D. L., Chr. Galavotti et al.: Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors, in: Journal of the American Medical Association (JAMA), Vol. 266, 1991, No. 17, p. 2419-2429

Hirschel, B., A. Lazzarin, P. Chopard et al. and the Swiss Group for Clinical Studies on AIDS: A Controlled Study of Inhaled Pentamidine for Primary Prevention of Pneumocystis Carinii Pneumonia, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 324 (1991), No. 16, p. 1079-1083

Jäger, H.: Neue Gründe für den Test? in: magnus. Das Magazin für Schwule, Jg. 1, 1989, Heft 1, S.18-19

Jäger, H. (Hg.) Die HIV-Erkrankung, Medizinische und psychosoziale Aspekte zu Beginn der 90er Jahre, Landsberg/Lech 1991

Jungermann, H., P. M. Wiedemann: Ursachen von Dissens und Bedingungen des Konsens bei der Beurteilung von Risiken, Arbeiten zur Risikokommunikation, Heft 12, Jülich 1990

Kirp, D./ R. Bayer (eds.): AIDS Exceptionalism. Passions, Politics and Policies in the Industrialized Democracies, Rutgers University Press: New Brunswick 1992 (i.E.), deutsche Ausgabe: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 9, Berlin 1992 (i.E.)

Koch, U., F. Potreck-Rose (Hg.): Krebs-Rehabilitation und Psychoonkologie, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Hongkong, Barcelona 1990

Kühn, H.: Die Ökonomisierung der Gesundheit – am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, in: WSI Mitteilungen 1990, Heft 2, S.62ff.

Lancet Noticeboard: Doubts about Zidovudine, in: The Lancet, Vol. 339 (1992), p. 421

Levine, S./A. Lilienfeld (eds.): Epidemiology and Health Policy, New York/London 1987

MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Landesgesundheitsreport 1990, Düsseldorf 1990

Marmot, M.G., M. Kogevinas, M.A. Elston: Social/Economic Status and Disease, in: Annual Review of Public Health, Vol 6, 1987, p. 111-135

McKeown, Th.: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt 1982

McKinlay, J.B.,S.M. McKinlay, R. Beaglewhole: A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States, in: International Journal of Health Services, Vol. 19, 1989, p. 181-208

Mielck, A.: Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder), in: Das Risiko zu erkranken, Argument Sonderband AS 193, Hamburg 1991, S.35-52

Mielck, A.: Educational Level and Infection with the Human Immunodeficiency Virus: Risky Behavior and Susceptibility in White Noniv-Drug Using Homosexual Men, unveröff. Ms., GSF/ MEDIS, München 1989

Milio, N.: Promoting Health through Public Policy, 2. Auflage Ottawa 1986

Minkler, M.: Building supportive ties and sense of community among the innercity elderly: The Tenderloin Senior Outreach Project, in: Health Education Quaterly, Vol. 12, 1985, No. 4, p. 303-314

Moers, M.: Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit AIDS, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe 'Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik' im WZB, P90-209, Berlin 1990

Moore, R. D., J. Hidalgo, B. W. Sugland, R. E. Chaisson: Zidovudine and the Natural History of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 324 (1991), No. 20, p. 1412-1416

National Academy of Sciences/Institute of Medicine (U.S.A.): The Future of Public Health, Washington D.C. 1988

National Academy of Sciences/National Research Council (U.S.A.): Improving Risk Communication, Washington D.C. 1989

Park, R.A.A.: European AIDS Definition, in: The Lancet, Vol 339,1992, p 671

Payer, L.: Medicine and Culture, New York 1988

Pollak, M.: Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS. Soziologie der Epidemie in Frankreich, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 4, Berlin 1990

Poppinger, J.: AZT. Aktueller Wissensstand, in: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Therapien bei AIDS, Berlin, 2. Aufl. 1991, Kap. 1.1. (zit. 199la)

Poppinger, J.: Die Pneumocystis carinii Pneumonie. I.: Prophylaxe – Pentamidin-Aerosol, in: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Therapien bei AIDS, Berlin, 2. Auflage 1991, Kap. 2.1. (zit. 1991b)

Powles, J.: On the Limitations of Modern Medicine, in: Science, Medicine and Man, Vol. 1, 1973: 1-30

Prieur, A.: Mann-männliche Liebe in den Zeiten von AIDS. Eine Untersuchung zum Sexualverhalten norwegischer homosexueller Männer. AIDS-Forum D.A.H., Berlin 1991

Prittwitz, C.: AIDS, Recht und Gesundheitspolitik, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 2, Berlin 1990

Raschke, P., C. Ritter: Eine Großstadt lebt mit AIDS, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 6, Berlin 1991

Reimann, B. W., H. Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Handeln. Ergebnisse einer Untersuchung an Studierenden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 7, Berlin 1992 (i.E.)

Renn, O.: Risikowahrnehmung und Risikobewertung: Soziale Perzeption und gesellschaftliche Konflikte, in: S. Chakraborty/G. Yadigaroglu: Ganzheitliche Risikobetrachtungen. Technische, ethische und soziale Aspekte, Köln 1991, S.O6-1 – 06-62

Richter, H. E.: Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS, Statement vor der Bundestagsenquete 'AIDS', Gießen 1987

Rosenbrock, R.: Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe, in: R. Müller/M.F. Schuntermann (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt, Bund-Verlag: Köln 1992, S.151-173 (zit. 1992a)

Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitik, in: K.Hurrelmann/U.Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, Beltz-Verlag: Weinheim 1992, (i.E.) (zit. 1992b)

Rosenbrock, R.: Strategien gegen AIDS. Gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung, in: psychosozial 48, 14. Jg., 1991, Heft IV, S.23-32 (zit. 1991a)

Rosenbrock, R.: HIV Screening, in: International Journal for Techniology Assessment in Health Care (IJTAHC), Cambridge University Press, Vol. 7, 1991, No. 3, p. 264-274 (zit. 1991b)

Rosenbrock, R./A. Salmen (Hg.): AIDS Prävention, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 1, Berlin 1990

Rosenbrock, R.; HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, in: Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin 1989, S.21-42 (zit. 1989a)

Rosenbrock, R.: Auf der Ebene des medizinischen Nutzens zeichnen sich Entwicklungen ab, die die Entscheidung für oder gegen den Test komplexer machen, in: AIDS-Nachrichten aus Forschung und Wissenschaft, Heft 4/1989, S.9-15 (zit. 1989b)

Rosenbrock, R.: Kein Test – auf Symptome achten! in: magnus. Das Magazin für Schwule, Jg. 1, 1989, S.20-21 (zit. 1989c)

Rosenbrock, R.: Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of AIDS, in: Health Promotion, Oxford University Press, Vol. 2, 1987, No. p. 161-168

Rosenbrock, R.: AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA: Hamburg 1986, 3. Aufl. 1987 (zit. 1986)

Salmen, A., A. Eckert: Die neue Schwulenbewegung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1971 und 1987, in: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, Jg. 1, 1988, Heft 3, S.25-32

Sattler, F. R., R. Cowan, D. M. Nielsen, J. Ruskin: Trimethoprim-sulfamethoxazole compared with pentamidine for treatment of pneumocystis carinii pneumonia in the acquired immunodeficiency syndrome, in: Annals of Internal Medicine, Vol. 109, 1988, p. 280-287

Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.): AIDS Krankenversorgung, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 8, Berlin 1992 (i.E.)

Schaeffer, D. 1992: (AIDS-)Supervision und professionelles Handeln, erscheint in: Zeitschrift für Supervision 1992

Schaeffer, D.: Probleme der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen, in: neue praxis, Luchterhand, 21. Jg. 1991, Nr. 5/6, S.392-406

Schilling, H.-D.: Schwule und Faschismus, Berlin 1983

Schmacke, N.: AIDS Beratung im Gesundheitsamt. Schlußfolgerungen für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Wer oder was ist Public Health? Jahrbuch für Kritische Medizin 18, Argument Sonderband, Hamburg 1992 (i.E.)

Sielert, U.: Welche Auswirkungen hat die AIDS-Prävention auf die Sexualerziehung?, Vortrag No. 147 auf dem 4. Deutschen AIDS-Kongreß, Wiesbaden 1992

Slovic, P.: Perception of Risk, in: Science, Vol. 236, 1987, p. 280-285

Stone,D.: The Disabled State, Houndsmills, London 1985

Streeck, W.: Vielfalt und Interdependenz. Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen und anderen Umwelten, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS), Jg. 39, 1987, Nr. 3, S.471-494

Syme,L.: Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P91-205, Berlin 1991, deutsch: Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit, in: Rationierung der Medizin, Argument-Sonderband AS 196, Hamburg 1991, S.94-111

Taylor, R.: Medicine out of Control, Melbourne/London 1979

Trojan, A. (Hg.): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt 1986

Überla, K.: Epidemiologie und Minimalrisiken – Möglichkeiten und Grenzen einer handlungsrelevanten Risikobeurteilung, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, Jg. 52, 1990, S.23-28

van den Daele, W.: Gutachen zur Problematik der Risikokommunikation im Bereich der Gentechnologie in der Bundesrepublik Deutschland; Arbeiten zur Risikokommunukation, Heft 4, Jülich 1988

van Griensven, G. J. P., E. C. Boucher, M. Roos, R. A. Coutinho: Expansion of AIDS Case Definition, in: The Lancet, Vol. 338, 1991, No. 8773, p. 1012-1013

Wachter, R. M.: AIDS, Activism, and the Politics of Health, in: New England Journal of Medicine (NEJM), Vol. 326, 1992, No. 2, p. 128-133

Wachter, R. M.: The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and AIDS, St. Martins Press: New York 1991

Weltz, F./V. Lullies: Innovation im Büro, Frankfurt/New York 1983

Wildemann, A.: Die modulare Fabrik. Kundennahe Produktion durch Fertigungssegmentierung, München 1988

Wilson, J. M. G./G. Jungner, Principles of Screening of Disease, WHO, Genf 1971

Wimmer, H.: Bewältigung der Information über eine Krebserkrankung. Eine empirische Untersuchung über den Verlauf von Bewältigungsprozessen und Möglichkeiten der Unterstützung des Patienten, Wien 1989

Zenilman, J. M./B. Erickson/R. Fox/C. A. Reichert/E. W. Hook III: Effect of HIV Posttest Counseling on STD Incidence, in: Journal of the American Medial Association, Vol. 267, 1992, No. 6, p. 843-845

Norbert Schmacke und Hubertus von Schwarzkopf

Lehren aus AIDS: Anregungen für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Bis in die siebziger Jahre hinein wurde das Innovationspotential der Gesundheitsämter in der öffentlichen wie wissenschaftlichen Debatte als sehr gering eingeschätzt. Gegen die Gesundheitsämter als bedeutenden Präventionsträger wurde zumeist die zu geringe Fachkompetenz und die Vermischung von fürsorgerischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben ins Feld geführt. Als Hinderungsgrund wurde weiter genannt, daß der öffentliche Gesundheitsdienst unter der subsidiären Rollenzuweisung zu leiden habe und innerhalb des expandierenden Gesundheitswesens der Bundesrepublik nur noch Aufgaben erledige, die andere Institutionen nicht wahrnehmen wollten oder könnten (Badura/Lenk 1989, Labisch 1982).

Mit der schrittweisen Wahrnehmung der HIV-Epidemie durch Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt in der Bundesrepublik wurden die Gesundheitsämter etwa ab 1983/84 in unerwartetem Umfang in die Aids-Debatte um die Bewältigung dieser anfänglich schwer einschätzbaren neuen Risikosituation für die Bevölkerung eingebunden. Diese Rollenzuweisung war anfänglich sicher auch Ausdruck der Ratlosigkeit und des Bedürfnisses der Politik, den übersteigerten Ängsten in der Bevölkerung ein flächendeckendes Handlungskonzept entgegensetzen zu können; sie war zudem mit der Erwartung verknüpft, die Gesundheitsämter böten aufgrund ihrer Erfahrungen in der Seuchenhygiene die beste Garantie für durchgreifende Lösungen. Im Ringen um eine effiziente Antwort auf Aids setzte sich innerhalb der aktiven Gesundheitsämter dann die Linie psychosozial orientierter Beratung durch, während die stark auf Erfassung und Ausgrenzung fußende Politik des Freistaats Bayern nicht einmal im eigenen Land in Reinkultur realisiert werden konnte (v. Schwarzkopf 1991, Schmacke 1992).

Inzwischen gilt der Arbeitsschwerpunkt »Aids-Beratung« an Gesundheitsämtern sowohl wegen der Inhalte selber als auch wegen der verallgemeinerungsfähigen Erfahrungen, die mit diesem Ansatz gemacht wurden, in der internen ÖGD-Debatte und zunehmend auch in der Außenbetrachtung als eines der zukunftweisenden Felder. Der damalige Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Kröger hält gar für möglich, daß die innerhalb kurzer Zeit erworbenen Aufklärungs- und Beratungskompetenzen im Aids-

Feld nunmehr auf »andere Volksgesundheitsprobleme« mit ähnlichem Erfolg angewandt werden können; er spricht von nationalen Bekämpfungsprogrammen gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, umweltbedingte Krankheitsgeschehen, Fehlernährung, Unfälle und Suchtkrankheiten (Kröger 1989, 550).

Im folgenden wird versucht, Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von Erfahrungen aus der Aids-Arbeit für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Gesundheitsämter etwas eingehender zu beschreiben. Die Darstellung geht von einigen grundlegenden Voraussetzungen aus, die für das Verständnis der sich daran anschließenden Thesen wichtig sind, hier aber nicht näher begründet werden:

Nur Gesundheitsämter bestimmter Größe waren in der Lage, personell gut ausgebaute und multiprofessionell besetzte Beratungsstellen aufzubauen, während die kleinen Ämter in den Flächenstaaten zwar zeitlich befristet eine bundesfinanzierte Fachkraft (zumeist Ärzte) eingestellt haben, aber nicht in der Lage waren, ein tragfähiges Beratungskonzept zu entwickeln. Hinzu kommt, daß die seit etwa zehn Jahren zu verzeichnende Reform der Arbeitsinhalte und -methoden auch zwischen den größeren Ämtern erheblich regionale Unterschiede aufweist.

Eine schlichte Übertragung der im Umkreis von Aids gewonnenen Erfahrungen auf die Vielfalt wahrgenommener und vorstellbarer Aufgabenfelder von Gesundheitsämtern ist wegen unterschiedlicher Ursachen bedeutsamer Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und weit auseinandergehender Reaktionsmuster innerhalb der Gesellschaft nicht diskussionsfähig.

Die vorgestellten Überlegungen gehen von dem Selbstverständnis aus, daß der öffentliche Gesundheitsdienst bei allen präventiven, gesundheitsfördernden und planerischen Aktivitäten in der jeweiligen Kommune immer nur Teil eines größeren Interaktionsgefüges ist; insofern besteht auch eine eindeutige Skepsis gegenüber einer zu starken Herausstellung der Rolle des ÖGD. Wenig dienlich erscheinen auch plakative Formulierungen wie in der Ergebnisniederschrift der Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz von 1991: »Die GMK unterstreicht, daß dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt« (GMK 1991).

Die enormen Erfahrungen in der Aids-Arbeit sind gegenwärtig dringend konsolidierungsbedürftig, weil durch die gewachsene Zahl

von Kranken und die abnehmende Bundesmittelzuweisung an die verschiedenen Träger der Arbeit die Gefahr besteht, daß die dringend erforderlichen spezialisierten Angebote in einer falsch verstandenen Normalisierungsdebatte dem Kostendruck zum Opfer fallen (s. Schmacke 1992). Hierbei sollte der ÖGD sich ganz maßgeblich auch für eine ausreichende Weiterfinanzierung der Selbsthilfegruppen der »at risk« lebenden Männer und Frauen einsetzen. Es wäre fatal, wenn sich die Befürchtung bewahrheiten sollte, daß die Selbsthilfegruppen von der offiziellen Politik nach dem Sprichwort »Der Mohr hat seine Schuldigkeit getan« behandelt werden.

Qualifizierung der Mitarbeiter/innen im Feld der AIDS-Arbeit

Die Herausforderung der HIV-Epidemie hat über die eigentliche Aids-Arbeit hinaus erheblich zur Erweiterung des Horizonts und zur Etablierung neuer Arbeitsansätze in vielen Gesundheitsämtern beigetragen. Diese Entwicklung war nur möglich, weil es seit Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre den überfälligen Generationenwechsel in den Ämtern gegeben hatte, wobei mehr als nur vereinzelt Mediziner/innen und Sozialarbeiter/innen (um die beiden hier zunächst bedeutsamsten Berufsgruppen zu nennen) in der Arbeit im Gesundheitsamt in neuer Weise eine Möglichkeit entdeckten, sozialmedizinisch und präventiv orientierte Arbeitsansätze realisieren zu können. In einigen Ämtern konnte sicher auch auf die Erfahrungen aus dem »Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst« zurückgegriffen werden (hierzu s. Bericht der Tagung in Travemünde 1989). Der Kompetenzzuwachs betrifft vor allem folgende Grundsatzfragen und Methoden:

Viele Gesundheitsämter haben sich rasch auf die fachlich vielschichtige Thematik Aids eingelassen und sind den Anforderungen von Einzelpersonen und Institutionen nicht ausgewichen.

In den innovationsfreudigen Ämtern ist weitgehend Konsens, daß die »bewährten« Wege der Seuchenhygiene für eine HIV-Präventionsstrategie ungeeignet sind und daß die möglichst rasche und qualifizierte Nutzung sexualmedizinischer und sozialwissenschaftlicher Präventions- und Beratungsstrategien den Schlüssel zu einem von möglichst vielen Bürger/innen akzeptierten und nachgefragten Arbeitsansatz darstellt (Schmacke 1990, Rosenbrock 1986).

Es gelang in mehreren Großstädten, den Standort der Gesundheitsämter im Feld der Aids-Arbeit in der Kommune gut zu definieren,

wobei zum einen das fast durchweg positive Verhältnis zwischen den Selbsthilfegruppen schwuler Männer und den Ämtern hervorgehoben werden kann, weiter insgesamt der ÖGD, so Jarchow (1991), zum Vermittler »zwischen Verwaltung und Basis« wurde, weit über diese Deutung hinaus aktive Ämter innerinstitutionelle Aufklärungs- und Beziehungsarbeit leisteten und damit an der Schaffung des anfänglich keineswegs bestehenden liberalen Umfeldklimas mitgewirkt haben. In der Praxis der Kooperation zwischen Ämtern und Selbsthilfebewegung konnte dargestellt werden, wie wichtig Antidiskriminierungsbemühungen für wirksame Gesundheitsarbeit sind, wo Hauptbetroffenengruppen zum Teil mehrfach stigmatisiert werden (der Wandel im Bereich der Psychiatrie von der Verwahrpsychiatrie zur regional verankerten Sozialpsychiatrie war sicher von ähnlichen Überlegungen begleitet, wobei dies aber nur für wenige großstädtische Gesundheitsämter bedeutsam wurde).

In den AIDS-Beratungsstellen wurde in neuer Weise der multiprofessionelle Arbeitsansatz in Gesundheitsämtern konsolidiert; dieser bewies damit zugleich seine Stärke und spezifische Funktion gegenüber Arztpraxen und auch der Selbsthilfebewegung. Es formte sich das Bild eines psychosozial definierten Beratungs- und Betreuungsansatzes im ÖGD, im Gegensatz zum teils medizinisch begründbaren, teils ausschließlich kulturellen Mustern geschuldeten arztzentrierten Ansatz in der niedergelassenen Praxis. Zugleich bedeutete dies eine Stärkung der psychosozialen Berufsgruppen in den Ämtern; es steht zu vermuten, daß dies längerfristig auch Auswirkungen auf das Hierarchiegefüge haben wird.

In der AIDS-Arbeit gewannen die Gesundheitsämter in einer Art Intensivkursus Erfahrungen in vorurteilsarmer, reflektierter Einzelberatung, Krisenintervention, Zielgruppenorientierung der Angeboten, Multiplikatorenschulung, Nutzung zeitgemäßer Informationsmedien und der Kooperation mit anderen maßgeblichen regionalen Beratungsstellen.

Die AIDS-Thematik hat in den Gesundheitsämtern die Methode der projektorientierten und abteilungsübergreifenden Arbeit vertrauter gemacht. Nehmen Ämter ihre Aufgabenzuweisung traditionell zunächst einmal mit Blick auf umgrenzte Zuständigkeiten wahr, so hat die AIDS-Problematik deutlicher denn je gemacht, daß Zieldefinitionen bei Aufklärungs- und Beratungskonzepten um so besser gelingen, je mehr die zunächst verstreuten Kompetenzen innerhalb der Ämter (wie auch darüber hinaus) gebündelt werden. Dies zeigt sich exemplarisch an der Frage des Infektionsrisikos für Kinder auf

Spielplätzen oder an dem Problem der Entwicklung eines Unterrichtsprogramms über HIV in den Schulen.

Last not least hat die Arbeit in den AIDS-Beratungsstellen in besonders eindringlicher Weise gezeigt, daß für die Entwicklung von Präventionsprogrammen, die maßgeblich von der Möglichkeit der Verhaltensänderung abhängen, neben der Kenntnis der Lebensweisen der unterschiedlichen Zielgruppen auch die unmittelbaren Erfahrungen in der Beratung und Betreuung bedeutsam sind: einerseits um in der Vermittlung von Präventionsangeboten glaubwürdig zu sein, mit anderen Worten keine Schreibtischaufklärung zu betreiben, und andererseits mit dafür Verantwortung zu tragen, daß sich die Gesellschaft intensiv um die Belange derjenigen kümmert, die bereits infiziert/erkrankt sind. Bezogen auf die AIDS-Thematik bedeutet dies auch, die Chancen der Prävention dadurch zu verbessern, daß sozial gut integrierte und gestützte Infizierte oft entscheidende Hilfe bei der Übermittlung der essentiellen Präventionsbotschaften leisten.

Direkte Konsequenzen für Arbeitsschwerpunkte von Gesundheitsämtern

Den direktesten Bezug innerhalb der Gesundheitsämter hat die HIV-Präventions-Problematik zur Arbeit der sog. Beratungsstellen für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die de facto Instrumente zur gesundheitspolizeilichen Überwachung weiblicher Prostituierter gewesen sind und deren Anachronismus während der zurückliegenden Jahre im Schatten der AIDS-Debatte sowohl innerhalb der Fachdiskussion als auch in der Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit zu wenig thematisiert worden ist (zur Evaluation des traditionellen Ansatzes s. Trossen 1991, zur Neuorientierung s. Jäger 1992). Es gilt, in den nächsten Jahren im Sinne einer aufklärerischen Normalisierung der AIDS-Debatte gemeinsame Präventionskonzepte für alle sexuell übertragbaren Erkrankungen zu entwickeln. Soweit dies nun die Gesundheitsämter betrifft, geht es dabei maßgeblich darum, an die Stelle der Fiktion der staatlichen Überwachung von Kranken, Infizierten und Ansteckungsverdächtigen (so die Terminologie von Seuchengesetzen) den Prinzipien anonymer und vertraulicher Untersuchungs- und Beratungsangebote zu einer allgemeinen Akzeptanz zu verhelfen, was die Änderung der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen voraussetzen würde. Es erscheint vorstellbar, daß innerhalb des ÖGD im nächsten Jahrzehnt eine Renaissance der

kommunalen Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik realisiert werden kann. Die Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen müßte dabei Teil eines integrierten kommunalen Systems von Sexual- und Partnerschaftsberatung werden, wobei ÖGD und Einrichtungen wie Pro Familia ihre Erfahrungen einbringen können. Die Wiederentdeckung »verschütteter Alternativen« (Hansen u.a. 1981) setzt freilich voraus, daß nicht nur die Unterschiede in den Problemlagen zwischen der Weimarer Republik und heute analysiert werden, sondern daß die damalige Sozialhygienebewegung nicht verklärt wird (hierzu s. von Soden 1988 und Linse 1989).

Die AIDS-Thematik hat die Notwendigkeit der Intensivierung von medizinischen Angeboten für Drogenabhängige deutlicher denn je gemacht, angefangen von niedrigschwelligen Angeboten bis hin zur stationären Versorgung. Soweit an Gesundheitsämtern Drogenberatungsstellen angesiedelt sind, werden auch diese sich der zunehmenden gesundheitlichen Verelendung bestimmter Gruppen von Drogenabhängigen mehr als bisher stellen müssen.

Verschiedene Arbeitsbereiche von Gesundheitsämtern werden je nach regionalen Erfahrungen und umgemünzt auf ihre Belange von den Prinzipien anonymer und vertraulicher Beratung lernen können. War traditionell die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Beratungsangeboten des ÖGD recht hoch, so hat die AIDS-Beratung einen zunächst auf die ganz spezifische Problematik der Diskriminierung der Hauptbetroffenengruppen zugeschnittenen Weg der Öffnung der Gesundheitsämter aufgezeigt, der auch für andere Bereiche von Gesundheitsberatung genutzt werden kann. Es geht dabei einerseits um die Problematik, die Gesundheitsämter zu Orten kompetenter und vertrauenswürdiger Beratung zu entwickeln, wo immer das der Komm-Struktur gehorchende System der Kassenarztpraxis keine befriedigenden Lösungen anbieten kann; als Stichworte seien hier street-work, nachgehende Sozialarbeit, Regionalisierung von Angeboten, Zielgruppenorientierung und Öffentlichkeitsarbeit genannt. Bezogen auf die Einzelberatung geht es vielleicht weniger um die Möglichkeit, sich anonym informieren und beraten zu lassen als um das Vertrauen, ohne Zustimmung nicht von einer staatlichen Instanz erfaßt zu werden. Diese Frage tangiert fast alle Arbeitsfelder von Gesundheitsämtern, von der humangenetischen Beratung über den Sozialpsychiatrischen Dienst bis hin zur umwelthygienischen Beratung. Zum anderen bedeutet dies parallel, Formen fachlich kompetenter Beratung in Gesundheitsfragen jenseits der Ebene ärztlich

dominierter Arzt-Patient-Beziehungen samt ihrer ökonomischen Eigengesetze zu etablieren. Es geht mit anderen Worten um die Fortentwicklung der Theorie und Praxis qualifizierter multidisziplinärer Beratungs- und Aufklärungskonzepte in den Ämtern und im kommunalen Verbund.

Grenzen der Übertragbarkeit von Erfahrungen

Die dynamische Entwicklung des Arbeitsschwerpunktes AIDS-Beratung an Gesundheitsämtern lebte ganz wesentlich von der engen Kooperation mit den Selbsthilfegruppen schwuler Männer und den regionalen Vereinen der AIDS-Hilfen. Diese Konstruktion läßt sich aus vielerlei Gründen nicht problemlos auf andere Bereiche der Prävention und Betreuung übertragen. Dies liegt vor allem daran,

- daß es im Feld der HIV-Prävention präventionsstrategisch relativ einfach war, die entscheidenden Botschaften zu formulieren und – zumindest was die Erarbeitung der relevanten Methoden wie Multiplikatorenschulung im Betroffenenbereich, Ablehnung testzentrierter Beratungsangebote oder zielgruppenspezifische Ansprache anbelangt – auch in bedeutsamem Umfang zu plazieren, während vergleichbar genaue Aufklärungskampagnen für wichtige Gesundheitsprobleme wie Sucht, Koronare Herzkrankheit, muskulo-skeletare Beschwerden und Erkrankungen oder Suizid ungleich schwerer zu formulieren und umzusetzen sind, jedenfalls wenn nicht obsolete Vorstellungen von Gesundheitserziehung zugrunde gelegt werden,
- und daß eine primärpräventiv tätige Selbsthilfebewegung in anderen Gesundheitsfragen mit gleich hoher Kohärenz, überdurchschnittlichem Bildungsgrad und sozialer Kompetenz wie im Bereich der AIDS-Arbeit kaum vorstellbar ist. Die Frage ist hier, wieviel Energie im Selbsthilfebereich durch die größer werdende Zahl an Kranken bei abnehmender staatlicher Unterstützung künftig aufgebracht werden kann. Dies ändert aber nichts an der grundsätzlichen Bedeutung dieser Art von Basis-Gesundheitsarbeit.

Grenzen der Übertragbarkeit zeichnen sich noch in anderer Weise ab. Die primär mittelschichtorientierte und auch -akzeptierte Strategie der Förderung eigenverantwortlichen Gesundheitshandelns grenzt leicht nicht nur die Frage auch, wie andere soziale Schichten erreicht werden können, sie reflektiert vielmehr oft auch nicht, nach welchen Mustern sich soziale Interaktion in diesen gesellschaftlichen

Gruppierungen selber gestaltet und wie staatliches Handeln organisiert wird, wenn an bestimmten geschichtlichen oder ökonomischen Schnittpunkten kompensatorische Sozialarbeit oder friedliches Aushandeln von Spielregeln nicht mehr als Problemlösung ausreicht. Gesundheitsämter muß aber natürlich interessieren, wie sie in schwierigen Bereichen agieren wollen, gerade wenn an die überkommenen Muster gesundheitspolizeilichen Intervenierens nicht angeknüpft werden soll. Dies gilt beispielsweise für Bereiche wie den Sozialpsychiatrischen Dienst, dies trifft zu für die Reaktion auf innerfamiliäre Gewalt, dies gilt insgesamt für den Bereich ger Gesundheitsverwaltung, in dem Gesellschaft und Gesetzgeber die Einhaltung von Normen und ggf. das Androhen oder Anordnen von Zwangsmaßnahmen erwarten bzw. verlangen. Hier muß parallel zum Ausbau und zur Präzisierung der aktuellen Diskussion um Gesundheitsförderung die Debatte um ein neues Verständnis von Eingriffsverwaltung forciert werden, will man nicht wesentliche Bereiche öffentlicher Gesundheitsverwaltung wegdefinieren. Und natürlich gilt der Grundsatz, daß kontrollierende Aktivitäten um so seltener notwendig sind, je besser der Beratungsanteil in den einzelnen Arbeitsschwerpunkten von Gesundheitsämtern ausgebaut ist.

Innovation im kommunalen Gesundheitsbereich

Gilt aus der Perspektive der Förderung eigenverantwortlicher Wahrnehmung gesundheitlicher Belange die Amtsstruktur weithin eher als Hemmnis, so zeigt gerade die AIDS-Problematik, daß die Einbindung in die Strukturen der allgemeinen Verwaltung von der unmittelbaren Kooperationsmöglichkeit mit anderen Behörden, Ämtern und politischen Gremien bis hin zur Außenwahrnehmung des Amtes als einer der Neutralität verpflichteten Fachinstitution auch erhebliche Vorteile für die Realisierung bedeutsamer Präventions- und Planungsideen haben kann. Die AIDS-Arbeit erlaubte Einblicke in eine Vielzahl von gesellschaftlichen Bereichen, die den Ämtern sonst eher verschlossen oder nur unter engen Blickwinkeln zugänglich waren (z.B. traditionell unter dem Aspekt der Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen). Dies gilt für wichtige Ressorts wie Soziales und Justiz mit ihren nachgeordneten Ämtern ebenso wie für Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeheime.

Durch Fortbildungen und Patientenbetreuung stoßen die AIDS-Beratungsstellen immer stärker auf die – aus anderer Perspektive

vielfältig beschriebenen – Defizite in der ambulanten und stationären Betreuung akut bis pflegebedürftig kranker Menschen. Durch die detaillierte, mit den Erfahrungen unmittelbarer Patientenkontakte einhergehende Kenntnis der verschiedenen Problemebenen (Ausbildung/Fortbildung/Hierarchieprobleme/genereller Personalmangel/Finanzierungsprobleme/mangelnde gesetzliche Absicherung von Qualitätskriterien) wird es möglich, Forderungen an die Träger von Einrichtungen zu stellen, so zur Einhaltung von Hygienerichtlinien einschließlich der erforderlichen Qualifizierung des Personals. Kontakte mit den primär zuständigen Stellen (z.B. Pflegedienstleistung, Berufsgenossenschaften im Gesundheitswesen, Kostenträger) transportierten derartige Forderungen weiter. Dies heißt nicht, daß Gesundheitsämter unmittelbar in der Pflege tätig werden sollten, als Institutionen können sie aber zur weiteren Öffnung des Raumes für die immer notwendiger werdende Stärkung der Pflege gegenüber der Medizin beitragen.

Hierzu ist vor allem zu sehen, daß die Gesundheitsämter im Gegensatz zu den Sozialbehörden, Krankenhäusern und Kassen keine eigenen ökonomischen Interessen bezüglich der Pflege haben. Die Problematik der Pflege von AIDS-Patienten kann zudem motivieren, die bisher bereits bestehenden Arbeitsschwerpunkte in Fragen der Pflegebedürftigkeit (vor allem Pflegegeld-Gutachten und Kooperation mit der Heimaufsicht der Sozialbehörden) systematischer auszuwerten.

Die Gesundheitsämter haben dazu beigetragen, daß die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte vom Bereich Infektions- bzw. Arbeitsschutz bis zur Thematik der Sterbebegleitung deutlich besser geworden sind, sicher unterschiedlich intensiv nach Struktur der Krankenhäuser, sicher weniger in der Arztpraxis als im stationären Bereich. In Bremen gelang es, die zunächst abgeforderten, wenig effizienten Kurzfortbildungen zu HIV durch eine Palette von Angeboten bis hin zu einwöchigen Lehrgängen zu erweitern, wobei der Inhalt weit über die Infektionsproblematik hinausreicht. Gegenwärtig entsteht auf Initiative des Gesundheitsamtes im Verbund mit Landesgewerbearzt, Berufsgenossenschaft und Betriebsärzten/innen ein zeitgemäßen Gestaltungsanforderungen genügendes Arbeitsschutzkonzept für das Krankenhaus. Für die Beschäftigten in den Arztpraxen gibt es in den Kommunen im Gegensatz zum Krankenhausbereich praktisch keine wirksame Interessenvertretung bezüglich Infektionsschutz und Standards der Arbeitssicherheit überhaupt. Hier kann und muß das Gesundheitsamt im

Sinne unmittelbarer Hilfestellung und Einforderung genereller Regelungen tätig werden.

Mit der Zuwanderung von Übersiedlern und Flüchtlingen wurden die Ämter gerade in einem so sensiblen Bereich wie HIV-Aufklärung und -Beratung vor nahezu unlösbare Probleme gestellt. Die Lektion, die es zu lernen gilt, heißt, ein differenziertes Modell der Ausbildung von Multiplikatoren zu entwickeln und innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens den Fortbildungsbedarf deutlich zu machen, weit über die Sprachproblematik hinaus. Hierbei können die Ämter die durch die AIDS-Arbeit und alle anderen Ansätze von Einzel- und Institutionenberatung bestehenden Kontakte nutzen, um Basisinformationen über die Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Medizin zu verbreiten, vor allem aber das Netz an im doppelten Sinne dolmetschenden Ausländer/innen dichter zu knüpfen, die praktische Sozialarbeit leisten und insofern auch für die Realisierung gesundheitlicher Belange von zentraler Bedeutung sind. Der öffentliche Gesundheitsdienst muß sich aufgrund seiner spezifischen Rolle in der Kommune in besonderer Weise verpflichtet fühlen, mit Politikern, Ärztekammern, Wohlfahrtsverbänden und anderen in einen permanenten Dialog darüber eintreten, wie die eklatanten Defizite der gesundheitlichen Betreuung vieler Zuwanderer systematisch erfaßt und schrittweise abgebaut werden können.

Gesundheitsreformgesetz und öffentlicher Gesundheitsdienst

Während die innere Reform der gesetzlichen Grundlagen der Arbeit von Gesundheitsämtern nach wie vor im wesentlichen aussteht (es gibt keine wirklich fundierte Ablösung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens – zum Verständnis des GVG s. nach wie vor Labisch/Tennstedt 1985), spiegelt sich die veränderte Realität in den Erörterungen und Gesetzen auf Bundesebene bereits deutlich wider. Gesundheitsförderung wird inzwischen als Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen wie des ÖGD definiert, wobei gegenwärtig das Hauptproblem darin zu sehen ist, daß wenig konkrete Vorstellungen über die inhaltliche Füllung dieses neuen Zentralbegriffs auf der Ebene des Verbundes von GKV und ÖGD bestehen. Immerhin formuliert das GRG (SGB V) im §20 u.a.:

»Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung ... mit den dafür zuständigen Stellen, insbesondere Gesundheitsämtern..., eng zusammenarbeiten«.

Darüber hinaus ermöglicht der §67 SGB V:

»Die Krankenkassen und ihre Verbände können zur Erprobung 1. Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, auch zur Gesundheitserziehung, sowie zur Rehabilitation selbst durchführen und sich an solchen Maßnahmen anderer beteiligen oder sie fördern, 2. sich an Maßnahmen anderer zur Behandlung akuter und chronischer Krankheiten beteiligen oder sie fördern«.

Braun und Reiners weisen in ihrer insgesamt skeptischen Einschätzung der Rolle der GKV darauf hin, wie wichtig es ist, auch die verrechtlichten Bereiche des Gesundheitswesens für die Fortentwicklung einer nicht an den Maximen der kurativen Medizin orientierten Public-Health-Bewegung zu nutzen.

Im Bereich der AIDS-Prävention und -Beratung sind die Kontakte zwischen ÖGD und GKV nicht wesentlich besser ausgebaut als insgesamt. Angesichts der erheblichen Vorleistung und Vorerfahrung im ÖGD dürfte dies aber im Grunde gut zu entwickeln sein. Wenn die Zusammenarbeit projektorientiert ausgebaut wird und der ÖGD nicht den Eindruck vermittelt, den Kontakt zur GKV in erster Linie zur Finanzierung eigener defizitärer Ansätze nutzen zu wollen, kann hier zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik ein wirksames Konzept von Prävention mit personalkommunikativer Methodik im Verbund von GKV und ÖGD entwickelt werden. Daß dabei weitere wichtige Träger und Institutionen einbezogen werden müssen, versteht sich ebenso wie die Notwendigkeit einer Integration, nicht Vereinnahmung der Selbsthilfebewegung. (Dieses Konzept entspricht im wesentlichen der dritten Reformoption zur Umsetzung präventiver Konzepte im Aufgabenkreis der GKV, s. Endbericht der Enquete-Kommission 1990, 34ff.)

Das Lernfeld AIDS und der gesellschaftliche Rahmen

Die Auseinandersetzung mit der AIDS-Thematik ließ nahezu sämtliche Grundsatzprobleme unseres Gesundheits- und Sozialwesens wie einem Brennglas gebündelt deutlich werden. Der ÖGD konnte zeigen, daß er unter bestimmten Voraussetzungen in der Lage ist, in einem schwierigen gesundheitlichen Problembereich innovativ tätig zu werden. Die Perspektive für die Weiterentwicklung der Gesundheitsämter kann sich nun freilich nicht allein durch die Lehren aus AIDS beschreiben lassen. Wichtige Voraussetzungen für eine Fortentwicklung werden durch den gesellschaftlichen Prozeß geschaffen oder verhindert. Damit ist nicht nur vordergründig der finanzielle Rahmen angesprochen, vielmehr geht es weit darüber hinaus um das

gesellschaftliche Klima und um die Außenanforderungen an die Gesundheitsämter. Eine Wiederentdeckung der Gesundheitsämter jenseits der obrigkeitsstaatlichen Tradition lebt von der Art der Wahrnehmung und Rollenzuweisung durch diejenigen gesellschaftlichen Gruppen, die Gesundheits- und Sozialpolitik prägen. Das bittere Kapitel AIDS brachte entgegen den anfänglichen Befürchtungen, der Gesundheits-Polizeistaat stehe ins Haus, für die Gesundheitsämter einen entscheidenden Impuls zur Neuorientierung dieses Teils öffentlicher Gesundheitsverwaltung. Es ist zu hoffen, daß die enormen finanziellen Probleme der Kommunen nicht diese Ansätze dadurch zunichte machen, daß das Leistungsprofil der Gesundheitsämter erneut auf bis dato festgeschriebene gesetzliche Pflichtaufgaben reduziert wird. Die nächsten Jahre bringen eine neue, in dieser Weise völlig unerwartete Herausforderung: den Aufbau des ÖGD in den neuen Bundesländern unter extrem schwierigen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Voraussetzungen. Es wäre sehr zu wünschen, in dieser Entwicklungsphase auch neue, in den alten Bundesländern nicht realisierbare Modelle von kommunalem öffentlichem Gesundheitsdienst erproben zu können, vor allem in Kooperation mit noch bestehenden Polikliniken und Gesundheitszentren, und ehe die Strukturen der mächtigen Anbieter des Gesundheitsmarktes das Terrain vollends bestellt haben.

Korrespondenzanschrift: Norbert Schmacke
Hauptgesundheitsamt Bremen
Postfach 10 50 09 – W-2800 Bremen 1

Literaturverzeichnis

Badura, B. u. K. Lenk, Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn, in: Labisch, A. (Hg.), Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Dt. Zentr. für Volksges.pfl. e.V. Schriftenreihe Heft 52, Frankfurt (1989), 161-178

Braun, B. u. H. Reiners, Public Health und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: Deppe, H.-U. u.a. (Hg.), Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt 1991, 193-214

Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Endbericht 12.02.1990, Dt. Bundestag Drucksache 11/6380

Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Ergebnisniederschrift der 64. Sitzung am 24./25. 10.1991 in Wiesbaden

Hansen, E. u.a., Seit über einem Jahrhundert...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Köln 1981

Jäger, H., Sexuell übertragbare Erkrankungen und öffentlicher Gesundheitsdienst, Öff. Gesundh.-Wesen 54 (1992), im Druck

Jarchow, R., AIDS-Prävention im Gesundheitsamt: Ein notwendiges Übel?! Öff. Gesundh.-Wesen 53 (1991), 444-446

Kröger, E.K., Das AIDS-Qualifizierungsprogramm der Bundesregierung – ein richtungsweisender Ansatz zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Öff. Gesundh.-Wesen 51 (1989), 549-553

Labisch, A. u. F. Tennstedt, Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens«, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 2 Bde., Düsseldorf 1985

Labisch, A., Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Öff. Gesundh.-Wesen 44 (1982), 745-761

Linse, U., Alfred Blaschko: Der Menschenfreund als Überwacher. Von der Rationalisierung der Syphilis-Prophylaxe zur sozialen Kontrolle. Z. Sexualforsch. 2 (1989), 301-316

Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (»ÖGD-Programm«), Darstellung der Ergebnisse des ÖGD-Programms und Diskussion von Schlußfolgerungen, Tagung Travemünde 1.-2.06.1989, Köln 1989

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

Schmacke, N., AIDS und Seuchengesetze: Anmerkungen zu historischen Erfahrungen bei der »Bekämpfung« von Infektionskrankheiten, in: Prittwitz, C. (Hg.), AIDS, Recht und Gesundheitspolitik, Berlin 1990, 17-29

Schmacke, N., Zehn Jahre Umgang mit AIDS: Zur Ambivalenz der Normalisierungsforderung, (1992), im Druck

Schwarzkopf, H.v., Total normal? Entwicklung des gesundheitspolitischen Phänomens AIDS, Öff. Gesundh.-Wesen 53 (1991), 459-461

Soden, K.v., Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919-1933, Berlin 1988

Trossen, H., Zur Reglementierung der Prostitution – insbesondere zur Arbeit der Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland West, Öff. Gesundh.-Wesen 53 (1991), 311- 324

Dieter Henkel

Massenarbeitslosigkeit und Alkoholismus in den neuen Bundesländern

Seit dem Zusammenbruch der DDR und der Einführung kapitalistischer Eigentums-, Produktions- und Marktverhältnisse gibt es in den neuen Bundesländern Massenarbeitslosigkeit. Für verschiedene Länder (z.B. USA, BRD-West, Finnland) ist dokumentiert, daß sich die Massenarbeitslosigkeit negativ auf den Alkoholismus auswirkt und in der Gruppe der Arbeitslosen zu einem Anstieg von Alkoholproblemen in gesundheitspolitisch bedeutsamen Ausmaßen führt (zusammenfassend Henkel, 1989, 1992). Daher liegt es nahe, zu fragen, ob mit ähnlichen Entwicklungen und Problemen auch in den neuen Bundesländern zu rechnen ist. Da die Fragestellung zu einem Forschungsfeld gehört, über das noch wenig bekannt ist, nenne ich zunächst einige, für die Beziehung »Arbeitslosigkeit-Alkoholismus« allgemein wichtige Gesichtspunkte und stelle eine Auswahl empirischer Daten vor, insbesondere aus der alten BRD, um das Problem und dessen Relevanz zu verdeutlichen.

1. *Forschungsstand, ausgewählte Aspekte*

Zwischen ökonomisch-sozialen Krisen, Massenarbeitslosigkeit und Alkoholismus bestehen vielfältige Zusammenhänge. Sie aufzudecken, erfordert ein entsprechend differentielles Instrumentarium, auch in alkoholismus-diagnostischer Hinsicht. So reicht es keineswegs aus, lediglich die Entwicklung des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol in der Bevölkerung mit der Arbeitslosenquote zu korrelieren. Zumindest ist zwischen dem *konvivialen*, in kulturelle Kontexte und soziale Rituale eingebundenen und dadurch normierten Alkoholkonsum einerseits und dem *drogenhaften*, zur Beeinflussung persönlicher Probleme und zumeist exzessiv praktizierten Alkoholkonsum andererseits zu unterscheiden. Dann nämlich zeigt die Forschung, daß die Annahme, die Arbeitslosigkeit habe eine generelle alkoholkonsumreduzierende bzw. sogar alkoholismus-präventive Wirkung, weil sie das Geld für den Kauf von Alkohol verknappt, keineswegs zutrifft. Epidemiologisch betrachtet wirkt sich die Arbeitslosigkeit auf der Ebene des temporären und manifesten Gebrauchs des Alkohols als Droge (psychische Alkoholgefährdung, Alkoholabhängigkeit) und der damit verbundenen somatischen Folgekrankheiten

deutlich intensivierend und chronifizierend und nur beim konvivialen Alkoholkonsum und der dadurch hervorgerufenen körperlichen Alkoholprobleme neutral oder eher reduzierend aus (Henkel, 1992).

Die psychosozialen Problemlagen, die Arbeitslose zum Gebrauch des Alkohols als Droge motivieren, können sehr verschiedenartig sein. So kann der Alkohol für arbeitslose Jugendliche z.B. ein Mittel darstellen, um über den gesellschaftlichen Symbolwert des Alkohols einen Erwachsenenstatus zu demonstrieren, der für sie durch die Vorenthaltung bzw. den Verlust der Arbeit vorerst unerreichbar bleibt, oder um eine Zeit lang der Monotonie zu entfliehen, der sie ohne Arbeit und Geld ausgesetzt sind, oder um ihre Angst vor sozialer Desintegration zu betäuben, da mit dem Eintritt ins Berufsleben die früheren sozialen Beziehungen, z.B. aus der Schulzeit, häufig verloren gehen und im Verlauf der Arbeitslosigkeit auch die neuen, über die Arbeit gewonnenen sozialen Kontakte zerbrechen (vgl. auch Weber & Schneider, 1982; Schmitt, 1988). Für arbeitslose Erwachsene kann der Alkohol z.B. die Funktion haben, arbeitslosigkeitsbedingte Schlafstörungen vorübergehend zu beseitigen, oder die durch den Verlust der Arbeit erfahrene Handlungsohnmacht wenigstens zeitweilig in ein Gefühl (scheinbar) souveräner Beherrschung der Lebensprobleme umzukehren, oder um mit dem Alkohol Gedanken an die Zukunft zu betäuben, vor der sie Angst haben, weil sie befürchten müssen, auf unbestimmte Zeit ohne Arbeit zu bleiben.

Zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Alkoholismus existieren jedoch keine zwangsläufigen Zusammenhänge, weder auf der individuellen noch auf der gesellschaftlichen (epidemiologischen) Ebene. Die Beziehungen hängen von einem Bündel ökonomischer und sozialer, kultureller und ideologischer Bedingungen ab und sind dementsprechend von Land zu Land z.T. sehr verschieden. Das gilt selbst für die so homogen erscheinenden westlichen Industriestaaten. Zwar sind alle führenden Industrieländer »Arbeitsgesellschaften«, bestimmt dort überall die gesellschaftliche Arbeit (Erwerbsarbeit) die Tätigkeiten und Beziehungen der Menschen, deren materielle Existenz und psychische Entwicklung, gesellschaftliche Wertschätzung und moralische Integrität in umfassender Weise, so daß erzwungene Arbeitslosigkeit dort regelhaft eine Lebensform mit psychopathogener Potenz darstellt, d.h. bei vielen Betroffenen z.B. Existenz- und Zukunftsängste, Erschütterungen des Lebenssinns und Verletzungen des Selbstwerts, soziale Isolation und kaum erträgliche Monotonie und Langeweile nach sich zieht. Doch wenn,

wie z.B. in Italien, der Alkohol als Droge nicht zur gesellschaftlichen Normalität gehört, nur partiell und relativ schwach in den Alltagsroutinen der Menschen verankert ist, dann ist das epidemiologische Ausmaß der arbeitslosigkeitsbedingten Alkoholprobleme vergleichsweise gering.

Wo aber der drogenhafte Alkoholgebrauch traditionell und aktuell weit verbreitet ist, kommt ihm unter Verhältnissen von Massenarbeitslosigkeit eine herausragende Bedeutung zu, sogar auch dann, wenn der Alkohol extrem teuer ist. Das belegen z.B. Untersuchungen aus Finnland. Dort wuchs die Quote der an akuter Alkoholintoxikation verstorbenen Arbeitslosen im Zeitraum zwischen 1980 und 1985 mit der Dauer der Arbeitslosigkeit kontinuierlich an und überstieg die Quote bei den Berufstätigen während eines gleich langen Beobachtungszeitraums um mehr als das Vierfache (Martikainen, 1990). Ist der Alkohol, wie z.B. in der Bundesrepublik Deutschland, zudem relativ billig und jederzeit verfügbar, so erhöht sich das Risiko, daß Arbeitslose ihn als Droge benutzen, um ihre Probleme und Belastungen subjektiv erträglicher zu machen. Dazu einige ausgewählte Daten, die die epidemiologische Größenordnung und Relevanz des Zusammenhangs zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Alkoholismus in den alten Bundesländern verdeutlichen (alle nachfolgenden Daten aus Henkel, 1992):

Repräsentativerhebungen zufolge liegt bei arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 29 Jahre) die Quote der in psychischer Hinsicht stark Alkoholismusgefährdeten derzeit bei 12.6, bei Berufstätigen gleichen Alters hingegen nur bei 5.3 Prozent. Bei etwa 10 bis 30 Prozent der Arbeitslosen (Männer) intensivieren sich im Verlauf längerer Arbeitslosigkeit zumindest temporär drogenhafte Formen im Umgang mit Alkohol. Auch bilden sich bei Arbeitslosen häufiger als bei Berufstätigen polytoxikomane Gefährdungen heraus (Alkohol-Medikamente, Alkohol-Nikotin). Bei Alkoholabhängigen kommt es unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit 3- bis 4mal häufiger als unter Bedingungen von Berufstätigkeit zu einer signifikanten Verdichtung und Chronifizierung der Suchtstruktur. Seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit 1974-75 hat sich der Anteil der arbeitslosen Alkoholabhängigen unter den Patienten im Bereich der Fachkliniken für Suchtkranke, primär verursacht durch arbeitslosigkeitsbedingte Verschärfungen der Suchtproblematik, im Vergleich zur Arbeitslosenquote in der Bevölkerung extrem überproportional auf inzwischen rund 35 Prozent vergrößert. Die allermeisten Personen, die als Arbeitslose eine Behandlung beginnen,

bleiben auch danach für längere Zeit arbeitslos. Und hier zeigen verschiedene Untersuchungen, daß Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen etwa doppelt so häufig Rückfälle erleiden. Dadurch hat sich im Verlauf der Massenarbeitslosigkeit von 1975 bis heute im Bereich der Rehabilitation eine immer schärfere Diskrepanz entwickelt: Wo die objektive Notwendigkeit für Maßnahmen der Rehabilitation und auch ihre tatsächliche Nachfrage mit Abstand am größten geworden ist, nämlich in der Gruppe der alkoholabhängigen Arbeitslosen, bleiben rehabilitative Maßnahmen am häufigsten erfolglos. Eine Folge davon wird eine Beschleunigung in der Zunahme der Frühinvalidität, der vorzeitigen Ausgliederung von Alkoholabhängigen aus dem Erwerbsleben sein, weil die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, d.h. der Gesundheit und der Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gelingt (vgl. auch Henkel, 1988).

2. *Fakten und Thesen*

Aus den neuen Bundesländern liegen bislang noch keine empirischen Studien vor, doch es lassen sich bereits jetzt eine Reihe plausibler, gleichwohl nur hypothetischer Aussagen formulieren. Sie beziehen sich, wie nachfolgend im einzelnen dargelegt, überwiegend auf die gegenwärtige Phase des ökonomisch-sozialen *Systemumbruchs* und vergleichen die Situation im Osten mit der im Westen Deutschlands. Dabei ist, um tragfähige Hypothesen zu gewinnen, als erstes von folgendem Zusammenhang auszugehen, der sowohl für die individuelle als auch epidemiologische Ebene gilt (Henkel, 1992): Je ausgeprägter der drogenhafte Gebrauch des Alkohols als Coping-Muster in der Lebenspraxis von Individuen, Gruppen oder Gesellschaften schon vor Eintritt der (Massen-)Arbeitslosigkeit ausgebildet war, desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß dieses Problembewältigungsmuster infolge der Arbeitslosigkeit verstärkt bzw. häufiger auftritt. Diese Beziehung konstituiert sich, weil zum einen die Arbeitslosigkeit häufig bedeutsame Lebensprobleme schafft bzw. bereits vorhandene eskaliert, zugleich aber die sozialen und psychischen Ressourcen zu deren Bewältigung reduziert und damit den Rückgriff auf den Alkohol als »bewährtes« Coping-Muster begünstigt, und zum anderen, weil es zur Spezifik negativer Arbeitslosigkeitserfahrungen gehört, daß sich gerade solche psychosozialen Effekte intensivieren (z.B. soziale Isolation, Lebensleere, Inkompetenzgefühle, Depressivität), die generell typische und bedeutsame drogenhafte Trinkmotive darstellen. Wenn also einer der zentralen

Effekte der Arbeitslosigkeit darin besteht, daß sie bereits ausgebildete Grundmuster im Umgang mit Alkohol aktiviert und intensiviert, dann ist, um die Entwicklungen in den neuen Bundesländer zu begreifen, ein Blick in die ehemalige DDR erforderlich. Denn Alkoholprobleme infolge von Arbeitslosigkeit bilden sich auch im Osten Deutschlands nicht voraussetzungslos heraus, sondern entwickeln sich vor dem Hintergrund der überkommenen Alkoholtraditionen aus DDR-Zeiten. Und in dieser Hinsicht stand die DDR der BRD um nichts nach, was die nachfolgenden Daten deutlich machen.

2.1 *Alkoholkonsum, Alkoholismus*

Der Gesamtalkoholkonsum war in der DDR seit 1950 wesentlich stärker angewachsen als in der BRD (Steigerung z.B. von 1960 bis 1983 um 145 versus 65 Prozent; Plant, 1989) und hatte spätestens seit 1986-88 mit über 11 Liter reinen Alkohols per Capita das Niveau in der BRD erreicht (Winter, 1991). Von Keyserlingk (1988) und Plant (1989) gehen sogar von 12 bzw. 14 Litern aus. Damit rückte die DDR im internationalen Vergleich mindestens auf den sechsten Platz vor. Im Spirituosenkonsum hatte die DDR die BRD seit 1975 weit überholt und nahm seitdem den dritten, seit 1987 sogar den ersten Rang unter den europäischen Ländern ein (Winter, 1991). Auf der Basis dieser und weiterer Verbrauchszahlen und definiert an Tagesdurchschnittsmengen an Reinalkohol schätzt Winter die Zahl der Alkoholabhängigen für 1989 auf 180000 bis 290000, die der Starktrinker (Alkoholismusgefährdete) auf 660000 bis 1 160000 Personen. Das wären 7 bis 12 Prozent *Alkoholgefährdete* bzw. *Alkoholabhängige* in der Bevölkerung (15 Jahre und älter).

Daß diese schon enorm hohen Zahlen und Quoten die wirklichen Verhältnisse noch stark unterschätzen, zeigen eine Reihe von Studien aus dem Bezirk Schwerin. Schleede (1986) diagnostizierte unter Lehrlingen im Alter von 14 bis 19 Jahren 15 Prozent Alkoholismusgefährdete, darunter 7 Prozent Alkoholabhängige. Unter Arbeitern (VEB Kombinat Kraftverkehr) wurden 19 Prozent als alkoholgefährdet, darunter 8 Prozent als alkoholabhängig beurteilt (Eggers, 1983). Eine ähnliche Studie in einem anderen Betrieb (VEB Grünanlagen) ermittelte 12 Prozent Alkoholabhängige und weitere 9 Prozent Alkoholgefährdete (Streichert, 1987). Entsprechende Zahlen aus der BRD liegen hier sowohl bei den Jugendlichen als auch den Erwachsenen um mehr als die Hälfte niedriger (vgl. z.B. Wieser & Feuerlein, 1976; Feuerlein & Küfner, 1977; Laußer, Schneider, Thiele & Bess,

1984; Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1987). Sicherlich gehen die Differenzen auch auf Unterschiede in der jeweils verwendeten Diagnostik und Definition des Alkoholismus zurück. Doch die in Ost und West ermittelten Quoten weichen so stark voneinander ab, daß von realen Unterschieden in bedeutsamen Größenordnungen auszugehen ist (s. auch weiter unten).

Empirische Untersuchungen über die psychosozialen Probleme und Motive, die dem drogenhaften Alkoholkonsum und Alkoholismus zugrundelagen, gibt es aus der DDR nicht. Während es möglich war, die Alkoholverbrauchszahlen und deren Entwicklung differenziert aufzufächern (vgl. z.B. Walther, 1979), wurde der Weg in die Analyse der dahinter stehenden sozialen Problemstrukturen kaum beschritten (Winter, 1990). Im Gegenteil, sie wurden überwiegend entweder stillschweigend übergangen oder sogar strikt geleugnet. Die politisch-offizielle, aber auch von großen Teilen der Sozialwissenschaften mitgetragene, als konkrete Utopie durchaus akzeptable, aber für die tatsächliche Situation der DDR unzutreffende, somit problemverschleiernde Formel, der Alkoholismus sei eine »dem Sozialismus wesensfremde Lebensäußerung« (s. Lekschas, 1979), oder gar die törichte Auffassung, der Alkoholismus habe in der DDR keine sozialökonomische Basis, sei mithin ein »Überbleibsel des Kapitalismus« (kritisch dazu Winter, 1991), haben die Aufklärung der gesellschaftlichen Ursachen des Alkoholismus in der DDR massiv behindert.

Dennoch bestand unter einer Reihe von Experten Übereinstimmung darin, daß der enorme Anstieg des Alkoholkonsums in der DDR keineswegs nur Folge expandierter konvivialer Alkoholbedürfnisse war, sondern wie in der BRD auch Konsequenz und Ausdruck sich zuspitzender gesellschaftlicher Mißstände, sozialer Konflikte und psychischer Probleme, die zum Alkohol als Droge motivierten (z.B. Maaz, 1985; Kielstein, 1990). In der DDR hatten nicht nur somatische Alkoholkrankheiten aufgrund des gewohnheitsmäßig-starken Alkoholkonsums sondern auch drogenhafte Alkoholkonsummuster und psychische Alkoholabhängigkeiten massenhafte Dimensionen erreicht. Vergleichbar mit Entwicklungen in der BRD war der Anteil der Alkoholabhängigen an der Gesamtaufnahmerate in psychiatrischen Kliniken Ende der 80er Jahre auf 30 bis 50 Prozent gestiegen und hatte sich damit gegenüber den 60er Jahren mehr als versechsfacht (Kerber, 1988; Kielstein, 1990). Damit wurde der Alkoholismus, wiederum wie in der BRD, die mit Abstand häufigste psychiatrische Aufnahmediagnose in der DDR (Giercke, 1988; von

Keyserlingk, 1990). Für mehr und mehr Menschen wurde der Alkohol zu einem Ventil, um die durch gegenseitiges Mißtrauen, staatliche Repressivität, Kritikverbote und Denktabus zunehmend weniger artikulierbaren, systemspezifischen sozialen und politischen Spannungen und individuellen Ängste vor der Gegenwart und Zukunft aushalten zu können. Doch weitaus häufiger entwickelte sich der Alkohol in der DDR, wiederum wie in der BRD, zu einer gewöhnlichen Alltagsdroge, z.B. um Einsamkeitsgefühle und Depressivität zu überwinden, Gefühlsgehemmtheiten aufzubrechen, um erdrückende Langeweile und Monotonie z.B. im Arbeitsbereich zu vertreiben oder um kleinbürgerlich erstarrte Lebensformen ertragen zu können (Maaz, 1985; von Keyserlingk, 1990).

Beide Probleme, die gegenüber Westdeutschland ausgeprägteren konvivialen und drogenhaften Alkoholkonsumgewohnheiten dokumentiert auch die erste in Ost- und Westdeutschland durchgeführte (postalische) Repräsentativumfrage zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabak in der Gruppe der 12 bis 39jährigen, die vom Institut für Therapieforschung (IFT, München) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums in den Jahren 1990/91 realisiert wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 1991). 8 Prozent der Befragten im Osten und 11 Prozent im Westen geben an, alkoholabstinent zu leben. Jeder siebte (über 14 Prozent), im Westen hingegen nur jeder zwölfte (rund 8 Prozent) trinkt *täglich* Alkohol. Speziell bei den *Frauen* ist hier die Differenz zwischen Ost und West mit 4.2 zu 0.8 Prozent noch wesentlich größer. Auch bei den verwendeten Indikatoren, die situativ oder motivational auf eine *drogenhafte* Verwendung des Alkohol verweisen, liegen die Prozentsätze in den neuen Bundesländern durchgängig erheblich höher. Als *alkoholabhängig* bezeichnen sich 2.6 Prozent der Befragten in den neuen und 2.2 Prozent in den alten Bundesländern. Das sind im Osten 170000 und im Westen 480000 Personen im Alter zwischen 12 und 39 Jahren. Dabei handelt es sich in beiden Fällen zweifellos um Mindestzahlen, da bekanntlich insbesondere bei postalischen Erhebungen erhebliche Bagatellisierungen des Alkoholismus auftreten. Da die Befragung nicht nur aktuelle Trends seit dem Systemumbruch 1989 sondern auch Grundhaltungen zum Alkohol erfaßt, spiegeln sich in den Ergebnissen die Konsumgewohnheiten vor und nach 1989 wider. Danach ist im Verbund mit den bereits genannten Daten davon auszugehen, daß nicht nur der konviviale Alkoholkonsum in der Bevölkerung der neuen Bundesländer nach Frequenz und Menge größere Ausmaße hat als in Westdeutschland.

Auch die Alkoholismusquote ist höher und die Verwendung des Alkohols als Droge deutlich weiter verbreitet.

2.2 *Arbeitslosigkeit – Alkoholismus*

Da Grundhaltungen im Umgang mit dem Alkohol als Droge unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit sich eher intensivieren als abbauen, und in den neuen Bundesländern beide Probleme, der (tradierte) drogenhafte Gebrauch des Alkohols und die Arbeitslosigkeit, massenhafte Ausmaße haben, erscheint die Hypothese gerechtfertigt, daß auch dort mit arbeitslosigkeitsbedingten Alkoholproblemen in epidemiologisch relevanten Dimensionen zu rechnen ist. Im Vergleich zu Westdeutschland werden sich wahrscheinlich sogar bei einem größeren Teil der Arbeitslosen alkoholismus-ätiologische Prozesse entwickeln. Dies aus drei Gründen:

(1) Die Rate der Koinzidenz von Arbeitslosigkeit und Alkoholismus ist von *vorneherein* größer. Das heißt, unter den Arbeitslosen werden sich aufgrund der höheren Alkoholismusquote in Ostdeutschland prozentual mehr Personen befinden, die bereits alkoholgefährdet bzw. alkoholabhängig waren, als sie arbeitslos wurden. Und für diese Gruppe der Arbeitslosen zeigt die Forschung, daß sich deren Alkoholprobleme im Verlauf der Arbeitslosigkeit häufig verstärken und chronifizieren, weitaus öfter als dies unter Bedingungen von Berufstätigkeit der Fall gewesen wäre (Smart, 1979; Henkel, 1992). Insbesondere bei bereits Alkoholabhängigen verschärft sich sehr häufig die psychische Zentrierung und Fixierung auf den Alkohol, verdichtet sich die Frequenz des Alkoholkonsums, verschlechtert sich die körperliche Gesundheit, und es entwickeln sich darüberhinaus Risiken, in polytoxikomane Suchtstrukturen (Alkohol-Medikamente) zu geraten (Fruensgaard, Benjaminsen, Joensen & Helstrup, 1983; Henkel, 1989, 1992).

(2) Unter den arbeitslosen *Frauen* wird die Quote derer, bei denen sich alkoholismus-ätiologische Prozesse entwickeln, höher sein als in Westdeutschland. Denn es treffen zwei Probleme häufiger zusammen: Zum einen waren in der ehemaligen DDR weitaus mehr Frauen intensiv und dauerhaft in das Erwerbsleben integriert, woraus häufiger negative Arbeitslosigkeitserfahrungen resultieren, die durch sogenannte Alternativrollen bzw. konservative Rollenzuschreibungen (Hausfrau, Mutter) kaum kompensierbar sind (vgl. Gnegel & Mohr, 1982). Zum anderen ist in Ostdeutschland der Konsum von Alkohol bei weitaus mehr Frauen eine alltägliche Gewohnheit. Daher ist

auch der Griff zum Alkohol als Droge wahrscheinlicher, wenn infolge der Arbeitslosigkeit psychosoziale Probleme und Krisen auftreten.

(3) Theoretischen und empirischen Analysen zufolge wird die Herausbildung alkoholismus-ätiologischer Prozesse begünstigt, wenn im Verlauf längerer Arbeitslosigkeit folgende Probleme auftreten: *Monotonie, Stigmatisierung und Desintegrationsangst, Selbstwertminderungen, Hilflosigkeit* und *Depressivität*, deren Entwicklung wesentlich abhängen vom Ausmaß der finanziellen Deprivation, dem Grad der sozialen Isolation, der subjektiven Relevanz der verlorenen Arbeitstätigkeit sowie dem Stellenwert, den die Gesellschaft der Erwerbsarbeit generell beimißt (ausführlich Henkel, 1992). Mit solchen Problemen werden sich auch in den neuen Bundesländern viele Arbeitslose konfrontiert sehen, während der gegenwärtigen Umbruchphase aber vermutlich mehr und in gravierenderen Formen, als dies bei den Arbeitslosen in den alten Bundesländern der Fall ist. Denn die psychosozialen Folgen der individuellen Arbeitslosigkeit intensivieren sich durch bestimmte historisch überkommene Haltungen und Reaktionsweisen und überschneiden sich zudem mit negativen Effekten, die aus der Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse insgesamt resultieren. Dazu einige Beispiele:

(a) Wie die westdeutschen so erleiden auch die ostdeutschen Arbeitslosen massive Einkommenseinbußen. Jedoch in Kaufkraft umgerechnet verfügen die Arbeitslosen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt über erheblich weniger Geld. Materielle Verarmung produziert in der Regel ein Bündel negativer Effekte. Unter anderem hat sie häufig eine soziale Vereinzelung und kulturelle Verarmung und damit auch eine erhebliche Monotonisierung des Lebens zur Folge (z.B. Warr & Payne, 1983). Diese durch die Arbeitslosigkeit verursachten Probleme werden in den neuen Bundesländern verstärkt durch die generelle soziale und kulturelle Stagnation und Erosion, die seit dem Zusammenbruch der DDR viele Lebensbereiche charakterisiert. Die Trostlosigkeit der Städte, die Atmosphäre von Anomie, die weite Teile Ostdeutschlands erfaßt hat, und der neue starke Trend hin zu einer umfassenderen Individualisierung und Privatisierung der Lebensformen haben vor allem für junge Menschen destruktive Konsequenzen, zumal auch kommunale soziale Infrastrukturen (z.B. Jugendzentren), die eine kulturelle Verarmung, soziale Vereinzelung und Entwurzelung verhindern könnten, kaum existieren, jedenfalls weitaus weniger als in

Westdeutschland. Unter solchen Verhältnissen bleibt arbeitslosen Jugendlichen bekanntlich oftmals keine andere Möglichkeit, als mit Hilfe des Alkohols einen Zusammenhalt mit Gleichaltrigen und eine Gruppenidentität zu finden, um der sozialen Isolation und Desintegrationsangst entgegenzuwirken und um die Einförmigkeit und Abgestandenheit ihres Alltags wenigstens zeitweilig hinter sich lassen zu können (vgl. dazu z.B. Wulff, 1980; Schenk, 1982; Feser, 1981, 1986; Feser & Renn, 1982).

(b) Die allermeisten Arbeitslosen verlieren mit ihrer Arbeit nicht nur einen Teil ihres Einkommens, sondern auch einen Lebensinhalt, der sich durch andere Lebenstätigkeiten kaum kompensieren läßt. Auch die DDR war in ihrer sozialen Struktur eine *»Arbeitsgesellschaft«*. Daher wird der Verlust der Arbeit mindestens so negativ erfahren werden, insbesondere zu starken Selbstwertminderungen führen, wie dies die psychologische Arbeitslosenforschung generell und für die BRD im besonderen inzwischen hinreichend dokumentiert hat (im Überblick Kieselbach, 1988, 1992; Kieselbach & Wacker, 1985, 1991). Vermutlich aber hatte die Erwerbsarbeit in der DDR die Lebensführung der Menschen noch stärker beeinflußt, z.B. weil die Erwerbsquote, vor allem bei den Frauen, deutlich höher und die Wochen- und Lebensarbeitszeit expansiver war. Auch bestanden zwischen dem Arbeitsbereich und den übrigen Lebenssektoren engere Beziehungen, besonders deshalb, weil sich um die betriebliche Arbeitsstätte vielfältigere soziale Aktivitäten zentrierten. Auch waren in der ehemaligen DDR sehr viele der jetzt Arbeitslosen über wesentlich längere Zeit *ununterbrochen* beschäftigt, z.T. über Jahrzehnte und zudem häufig in ein und demselben Betrieb. Durch diese feste Bindung an Arbeit, Beruf und Betrieb erfahren die Menschen den Verlust der Arbeit in der Regel als ein biographisch einschneidenderes Ereignis, das zudem *erstmals* den gewohnten Zeit- und Lebensrhythmus, die existentielle Sicherheit, die soziale Integration und gesellschaftliche Wertschätzung zerstört. Daher wird das Verlustgefühl insgesamt in der Regel schmerzhafter und dementsprechend auch das Risiko höher sein, die Trauer und Verbitterung zumindest zeitweilig mit dem Alkohol zu betäuben. Hinzu kommt, daß stärker als im Westen die Verletzungen des Selbstwerts, die Beschädigungen der Identität, die Entwürdigungen und Enttäuschungen, die die Menschen in Ostdeutschland bereits infolge des Verlusts ihrer Arbeit erleben, überlagert und intensiviert werden durch weitere negative Erfahrungen, die sie in anderen Lebensbereichen bzw. Rollen machen, z.B. als Mieter, die für schlechte

Wohnungen nun maßlose Mieten zu zahlen haben, als Frauen, denen Selbstbestimmungsrechte genommen werden (z.B. durch den §218 STGB), als Ostdeutsche, die die Arroganz der Westdeutschen zu spüren bekommen, als Konsumenten, die sich nun in der lang ersehnten westlichen Warenwelt bewegen können, aber kein Geld für den Erwerb der gewünschten Güter haben.

(c) Zudem muß man sehen, daß auch die aus DDR-Zeiten tradierte, ideologische Überformung der Erwerbsarbeit das Handeln und Denken der Menschen in den neuen Bundesländern nachhaltig bestimmt. Denn die über Jahrzehnte propagierte Arbeits- und Leistungsideologie der DDR implizierte wesentliche Elemente der »protestantischen Arbeitsethik« (Weber, 1920), die historisch mit dem Kapitalismus entstand und die gesellschaftliche Arbeit im Westen bis heute, wenngleich gebrochener als früher, ideologisch durchdringt. Wie diese erklärte auch die *»sozialistische Arbeitsethik«* der DDR die Erwerbsarbeit zur sozialen und sittlichen Pflicht, sah nur in ihr die Basis für ein moralisch gutes und wertvolles Leben (vgl. die »Helden der Arbeit«) und stigmatisierte die Arbeitspflichtverletzung und auch die Arbeitslosigkeit, soweit es sie in der DDR gab, als moralisch-sittliches Versagen, als arbeitsscheues, sozialnegatives bzw. antisoziales Verhalten. Daher wird auch die Arbeitslosigkeit heute trotz des klaren Bewußtseins über ihre offen zu Tage liegenden objektiven Ursachen und trotz gewisser »Normalisierungseffekte« aufgrund der enormen hohen Arbeitslosenquote bei vielen von Selbst- und Fremdstigmatisierungen, schamhafter Selbstisolierung und Distanzierung durch andere und damit von Problemen begleitet sein, die den drogenhaften Gebrauch des Alkohols begünstigen.

(d) Was in der DDR positiv war, nämlich daß es Arbeitslosigkeit nur sehr vereinzelt und dann auch zumeist nur kurzfristig gab, wirkt sich jetzt unter den veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen negativ aus. Denn es existiert weder ein persönlicher noch ein gesellschaftlicher Erfahrungschatz im Umgang mit der Arbeitslosigkeit. In der DDR war die berufliche und soziale Existenz in hohem Maße gemeinschaftlich organisiert und abgesichert. Jetzt ist der Einzelne zum ersten Mal gezwungen, existentielle Herausforderungen *individuell* lösen zu müssen. Die Bewältigung der Arbeitslosigkeit verlangt also eine fundamentale Umorientierung in der Lebensführung, die viele Menschen in kurzer Zeit sicher kaum herstellen können. Dies bereits erschwert die Entwicklung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen und begünstigt die Entwicklung von

existentiellen Ängsten, von Machtlosigkeits-, Inkompetenz- und depressiven Gefühlen, die im System der Motive, die zum drogenhaften Gebrauch des Alkohols führen, einen herausragenden Rang einnehmen. Diese Probleme werden zudem durchdrungen und verschärft durch die Fülle von Anpassungszwängen, die als Folge der Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse insgesamt auf den Menschen lasten und vermutlich bei vielen zu erheblichen Überforderungen und normativen Orientierungskrisen führen. Unter den besonderen Verhältnissen der gegenwärtigen Umbruchphase werden daher aller Wahrscheinlichkeit nach mehr Arbeitslose als im Westen in schwer erträgliche Widersprüche zwischen Problemdruck und Bewältigungskompetenzen geraten und darin für längere Zeit *vereinzelt* eingeschlossen bleiben. Unter solchen Bedingungen ist das Risiko besonders groß, auf den Alkohol als den gewohnten »Problemlöser« zurückzugreifen. Denn das Gefühl, von den Lebensproblemen überwältigt zu werden, weil man sich allein gelassen und zu schwach und hilflos erlebt, spielt als Ausgangsmotiv und Schrittmacher im Prozeß der Alkoholismusgefährdung eine bedeutende Rolle.

2.2.1 *Weitere Zusammenhänge*

In den neuen Bundesländern werden sich die Alkoholprobleme vermutlich auch häufig schneller und in schwereren Formen herausbilden. Zum einen, weil die Erfahrungen der Arbeitslosigkeit regelhaft negativer ausfallen, und zum anderen aber auch, weil die gesellschaftliche Bewertung des Alkoholabusus und Alkoholismus schärfere Formen sozialer *Isolierung* und *Stigmatisierung* nach sich zieht als in den alten Bundesländern. Denn ähnlich wie die Arbeitslosigkeit ist auch der Alkoholmißbrauch und Alkoholismus in der ehemaligen DDR stärker als in der BRD als individuelles Fehlverhalten interpretiert, als moralisches Versagen diskreditiert und als Ausdruck von Asozialität gebrandmarkt worden. In den offiziellen Verlautbarungen staatlicher Organe, ebenso in den Parteiprogrammen der SED wurde der »Kampf gegen den Alkoholmißbrauch« fortwährend in einem Atemzug mit der Bekämpfung von Kriminalität und »Rowdytum« genannt (Lekschas, 1979). Wahrscheinlich wirken diese Bewertungs- und Reaktionsweisen auch heute noch in der Bevölkerung nach. Aus der Fachliteratur ist bekannt, daß Diskriminierungen, negative Etikettierungen und Sanktionen den drogenhaften Alkoholkonsum bzw. die Karriere zum Alkoholiker oftmals

beschleunigen und verfestigen (s. z.B. Berger, Legnaro & Matakas, 1980; & Scheerer & Vogt, 1989).

Wie schon erwähnt war die sozialwissenschaftliche, insbesondere die sozialpsychologische Analyse des Alkoholismus in der ehemaligen DDR nur ansatzweise entwickelt. Bedingt durch politische Vorgaben war der Alkoholismus primär Gegenstand der Medizin und Psychiatrie, im Wissenschaftsbereich ebenso wie in den Praxiseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Winter, 1990, 1991; von Keyserlingk, 1990). Was fast alle Suchtexperten (z.B. auch Winter, 1991) als Erfolg bewerten, daß nämlich die Sozialversicherung der DDR (übrigens zeitgleich mit einer entsprechenden Grundsatzentscheidung in der BRD) Ende der 60er Jahre den Alkoholismus endlich als Krankheit anerkannte und infolgedessen auch die Behandlungskosten voll übernahm, war in Wirklichkeit ein Rückschlag in der Gesundheitspolitik der DDR, nicht in bezug auf die Kostenübernahme sondern hinsichtlich des Umgangs mit dem Alkoholismus als gesellschaftliches Problem. Denn das damit übernommene Krankheitskonzept des Alkoholismus von Jellinek (1960), daß die Ursachen des Alkoholismus extrem *individualisiert* und *medizinalisiert*, radikalisierte die konservative Alkoholpolitik der DDR, die immer weniger die sozialen Verhältnisse und immer nachdrücklicher das individuelle Verhalten als gesundheitsrelevant thematisierte, und zwar in dem Maße, wie die innere soziale und politische Dynamik der DDR verlorenging und zusammenbrach (vgl. auch Niehoff & Schrader, 1991). Die Folge war (weitaus massiver als in der BRD), daß die gesundheitspolitischen Leitbilder und Praxisformen im Umgang mit dem Alkoholismus hochgradig medizinisch besetzt blieben. Erst gegen Ende der 70er Jahre entwickelten und organisierten sich psychotherapeutische Initiativen zur Behandlung Alkoholabhängiger (Stoiber, 1979, 1991; Kielstein, 1990). Die Dominanz der verengten medizinisch-psychiatrischen Sichtweise des Alkoholismus wurde damit jedoch bis heute nicht überwunden. Daher ist im Vergleich zu den alten Bundesländern für eine längere Übergangszeit damit zu rechnen, daß die Beschäftigten in den Institutionen der Suchtkrankenhilfe in Ostdeutschland die spezifischen psychosozialen Probleme von arbeitslosen Alkoholgefährdeten und Abhängigen seltener adäquat diagnostizieren und damit häufiger zu deren Chronifizierung beitragen, z.B. durch die mit dem medizinischen Verständnis der Sucht verbundene Auffassung, langanhaltende Arbeitslosigkeit sei nicht Ursache, sondern ausschließlich Folge des Alkoholismus und würde daher auch wieder überwunden, sobald

die Abstinenz erreicht ist (ausführlich Henkel, 1992). Ein solches Praxiskonzept ist kontraproduktiv. Denn unter Verhältnissen von Massenarbeitslosigkeit unterliegt die Arbeitslosigkeit bei Alkoholabhängigen nicht primär der Dynamik der Sucht sondern in erster Linie der *Logik des Arbeitsmarkts* und erfordert daher entsprechende berufsfördernde Maßnahmen. Für Arbeitslose reicht es heute nicht mehr aus, nur die Abstinenz als Behandlungsziel anzustreben, ohne die Voraussetzungen für ihr Durchhalten zu schaffen.

Chronifizierungsprozesse entstehen im Osten aber auch schon deshalb häufiger als im Westen, weil insgesamt weniger *psychosoziale*, besonders ambulante Behandlungskapazitäten für Alkoholgefährdete und Alkoholabhängige bestehen, sowohl innerhalb als auch außerhalb des staatlichen Gesundheitswesens. *Selbsthilfegruppen*, die im Westen einen erheblichen und unverzichtbaren Teil der Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der Nachsorge leisten, paßten in der ehemaligen DDR nicht ins Konzept einer ausschließlich staatlich organisierten und kontrollierten Gesundheitspolitik (vgl. Niehoff & Schrader, 1991). Ende 1989 gab es in der DDR etwa 250 Alkoholikerselbsthilfegruppen («Rundbrief 1989« der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten, Leipzig). Gemessen an der Prävalenz des Alkoholismus war das ein Tropfen auf den heißen Stein, und es scheint, daß es aufgrund der jahrzehntelangen Fixierung der Bevölkerung auf Gesundheitsprogramme »von oben« noch lange dauern wird, bis eine bedarfsdeckende Zahl von Selbsthilfeinitiativen erreicht ist. Die ohnehin bestehende Diskrepanz zwischen dem objektiven Behandlungsbedarf und den tatsächlichen Behandlungsmöglichkeiten wird sich durch die voraussichtlich starke Zunahme von Alkoholproblemen in der Gruppe der Arbeitslosen noch vergrößern, so daß sich dadurch wahrscheinlich auch ein deutlicher Anstieg der alkoholbedingten Morbidität, Frühinvalidität und Mortalität einstellt.

Derartige Probleme betreffen auch die Gruppe der alkoholgefährdeten und alkoholabhängigen *Berufstätigen*, wenngleich über andere Zusammenhänge vermittelt. Denn noch mehr als für die westlichen Bundesländer muß davon ausgegangen werden, daß viele Beschäftigte mit Alkoholproblemen unter den gegenwärtigen Bedingungen der Massenarbeitslosigkeit im Osten auf notwendige Gesundheitsmaßnahmen verzichten, weil sie bei der außerordentlich scharfen Personalselektion, die die Unternehmensleitungen bei den Verringerungen der alten Belegschaften derzeit vornehmen, befürchten

müssen, bei der Inanspruchnahme von (stationären) Behandlungen aufzufallen und früher oder später entlassen zu werden. Mittelfristig wird dieses Problem bei der Entwicklung der alkoholbedingten Morbidität, Frühinvalidität und Mortalität in nicht unerheblichem Maße zu Buche schlagen, weil es schon seit Beginn des Jahres 1990 massenhaft auftritt und aller Voraussicht nach noch für längere Zeit bestehen bleibt. In den alten Bundesländern entwickeln sich solche Probleme schon deshalb nicht so häufig, auch nicht in so scharfen Formen, weil dort inzwischen mehr als 1.200 öffentliche Verwaltungen und private Betriebe über eigene Suchtberatungsangebote verfügen und mit den Betriebs- und Personalräten Vereinbarungen und Regelungen getroffen haben, Personen mit Alkoholproblemen besser als bislang vor Kündigungen zu schützen (Rußland, 1988, 1991; Ziegler, 1991).

Die Befürchtung, den Arbeitsplatz zu verlieren, kann das psychische und gesundheitliche Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Wie verbreitet diese Angst in den neuen Bundesländern ist, zeigt eine repräsentative Umfrage, die der Bundesverband der Betriebskrankenkassen beim Meinungsforschungsinstitut Infas in Auftrag gegeben hat. Danach leiden über 20 Prozent der Beschäftigten, weil sie Angst haben, arbeitslos zu werden, unter schlechtem Schlaf oder Schlaflosigkeit (Frankfurter Rundschau, 9. März 1992). Aus der Alkoholforschung gibt es eine Reihe empirischer Hinweise, daß Arbeitnehmer, die sich von Arbeitslosigkeit bedroht fühlen, im Vergleich zu jenen, die einen sicheren Arbeitsplatz haben, deutlich mehr und öfter Alkohol trinken, um ihre Angst und Nervosität zu betäuben (Reuter, 1984; Mensch & Kandel, 1988). Insofern ist auch aus diesem Grund in der gegenwärtigen Phase extremer ökonomischer Instabilität und beruflicher Unsicherheit in den neuen Bundesländern damit zu rechnen, daß massenarbeitslosigkeitsbedingte Alkoholprobleme sich dort nicht nur bei Arbeitslosen sondern auch bei *Berufstätigen* häufiger entwickeln als in Westdeutschland.

Auch dem Zusammenhang von *Armut, sozialer Deklassierung und Alkoholismus* wird eine erhebliche Bedeutung zukommen. Die arbeitslosigkeitsbedingte Armut hat im Osten schon jetzt dramatische Ausmaße und Formen angenommen. In Zukunft wird das Armutsgefälle eher zu- als abnehmen (Hanesch, 1991). Die Zerstörung der materiellen und sozialen Existenzgrundlagen wird bei einem wachsenden Teil der davon Betroffenen zu Dauerarbeits und Wohnungslosigkeit, somit auch zu sozialen Deklassierungsprozessen führen, die sehr häufig alkoholismusätiologische und alkoholismus-

chronifizierende Prozesse in Gang setzen. Legt man die Armutsprognosen für die neuen Bundesländer zugrunde (Hanesch, 1991), so ist zu erwarten, daß das Ausmaß des *Elendsalkoholismus* im Osten in den nächsten Jahren westdeutsche Dimensionen erreichen wird. In den alten Bundesländern leben gegenwärtig etwa 100000 bis 120000 Personen ohne Arbeit und Wohnung. Etwa jeder Zweite ist alkoholabhängig (Albrecht, 1981). Entgegen einem verbreiteten Vorurteil wurden die meisten dieser »nichtseßhaften« Personen erst im Prozeß der Marginalisierung und Deklassierung alkoholabhängig, d.h. nach dem Verlust der Arbeit und der Wohnung und somit *infolge* der menschenunwürdigen Verhältnisse, in denen sie leben (Petry, 1984; Specht, 1985; Brendgans & Kullmann-Schneider, 1986; Henkel, 1992). Unter den 100000 bis 120000 »Nichtseßhaften« in Westdeutschland sind bereits seit dem Fall der Mauer (November 1989) relativ viele Personen aus der ehemaligen DDR, die übersiedelten, weil sie ihre Existenz verloren haben, aber im Westen in beruflicher und sozialer Hinsicht nicht Fuß fassen konnten (Pressemitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtseßhaftenhilfe, März, 1991).

Schließlich ist anzunehmen, daß Intensivierungen und Chronifizierungen im Bereich des drogenhaften Alkoholkonsums nicht nur bei Arbeitslosen und akut von Arbeitslosigkeit bedrohten Berufstätigen auftreten. Generell ist davon auszugehen, daß die Menschen in der ehemaligen DDR auf den Alkohol als Trostspender in dem Maße zurückgriffen, wie sie nicht mehr Subjekte der Geschichte waren sondern Objekte westdeutscher Politik, wie ihr revolutionärer Elan zusammenbrach und ihre Hoffnung auf eine bessere Zukunft angesichts der verheerenden ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen der Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse, vor allem angesichts steigender Arbeitslosenzahlen und explodierender Mieten bitter enttäuscht wurde. Die Freude, in politischer Freiheit zu leben, ist wohl bei vielen Menschen inzwischen zu sehr verblaßt, um die negativen Folgen ihrer neuen Lebenslage auffangen und kompensieren zu können.

3. *Schlußbemerkungen*

Die Prognose, daß in Relation zu Westdeutschland höhere Quoten arbeitslosigkeitsbedingter Alkoholprobleme zu erwarten ist, bezieht sich auf die gegenwärtige *Umbruchphase* in Ostdeutschland. Der Hinweis, daß diese irgendwann überwunden sein wird, ist ein

schwacher und unsicherer Trost. Denn zum einen kann heute niemand verläßlich abschätzen, wie lange diese Phase dauert. Vorliegende Prognosen gehen eher von einer Verschärfung der Verhältnisse in den nächsten Jahren aus (z.B. Kühl, 1991; Hanesch, 1991). Zum anderen: Auch wenn die Arbeits- und Sozialverhältnisse in Ost und West sich angeglichen haben, werden Effekte der derzeitigen Übergangsphase nachwirken. Denn wer heute infolge der Arbeitslosigkeit Suchtprobleme entwickelt, überwindet diese nicht automatisch mit der Wiedergewinnung von Arbeit. Dies betrifft vor allem den Bereich der alkoholbedingten somatischen Schädigungen, die die Zeit der Arbeitslosigkeit weit überdauern können. Insofern muß davon ausgegangen werden, daß sich die *Kranken von morgen* in Ostdeutschland zu einem größeren Teil als in Westdeutschland aus den *Arbeitslosen von heute* rekrutieren werden. Und schließlich muß man mit Blick auf die Verhältnisse in Westdeutschland sehen, daß bereits die »gewöhnlichen« Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit im Bereich des Alkoholismus hochrelevant sind.

Wie bereits eingangs vermerkt, haben die hier vorgetragenen Schlußfolgerungen überwiegend hypothetischen Charakter. Sie zu überprüfen, erfordert entsprechende empirische Forschungsarbeiten. Doch nicht erst dann (sollten sich die Annahmen bestätigen) sind Maßnahmen zu ergreifen, um die negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit abzufangen und zu reduzieren. Die Notwendigkeit, in den neuen Bundesländern bereits jetzt arbeitsmarkt- und sozialpolitisch massiver als bislang zu intervenieren (z.B. durch Aufstockung des Arbeitslosengeldes, verbesserte Sozialpläne, mehr ABM-Stellen, Moratorium bei den Mietpreisen), muß nicht erst durch Untersuchungen zur speziellen Beziehung Arbeitslosigkeit–Alkoholismus begründet werden. Analoges gilt für die Forschung und Praxis im Bereich des Alkoholismus. Das Erfordernis, Theorie und Praxis stärker als bisher sozialwissenschaftlich zu fundieren, besteht bereits unabhängig von der besonderen Problematik der Massenarbeitslosigkeit. Darüberhinaus aber sind spezifische Forschungsarbeiten zur Bedeutung der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus, aber auch für den Suchtbereich insgesamt (Medikamente, illegale Drogen, Nikotin) unerläßlich, z.B. um gezielte präventive Maßnahmen entwickeln zu können.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. D. Henkel
Fachhochschule
Nibelungenplatz 1 – W-6000 Frankfurt 1

Literaturverzeichnis

Albrecht, G. (1981). Nichtseßhaftigkeit und Sucht. In W. Feuerlein (Hrsg.), Sozialisationsstörungen und Sucht (S.63-94). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft

Berger, H., Legnaro, A. & Matakas, F. (1980). Die Problematisierungsphase in der Alkoholikerkarriere. In H. Berger, A. Legnaro & K.H. Reuband (Hrsg.), Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit (S.99-110). Stuttgart: Kohlhammer

Brendgens, K.U. & Kullmann-Schneider, J. (1986). Alleinstehende Wohnungslose in Nordrhein-Westfalen (hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen). Düsseldorf: Eigenverlag

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.). (1987). Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen. Bonn: BMJFG

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (1991). Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Bonn: BMG, hektografiertes Manuskript

Eggers, D. (1983). Prävalenz des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit unter männlichen Berufskraftfahrern im VE(K) Kraftverkehr des Bezirkes Schwerin. Schwerin: Unveröffentlichte Dissertation

Feser, H. (1981). Entwicklung eines psychologisch-pädagogischen Unterrichtsprogramms zur Vorbeugung von Alkoholmißbrauch (Techn. Bericht, BMVgP II 4). Bonn: Bundesministerium für Verteidigung

Feser, H. (1986). Sozialpsychologische Beiträge zu einer Theorie von Mißbrauch und Abhängigkeit. In W. Feuerlein (Hrsg.), Theorie der Sucht (S.1-14). Berlin. Heidelberg: Springer

Feser, H. & Renn, H. (1982). Alkoholmißbrauch junger Soldaten. Problemskizze und Modellentwicklung. Suchtgefahren, 26, 225-240

Feuerlein, W. & Küfner, H. (1977). Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden. Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 224, 89-106

Fruensgaard, K., Benjaminsen, S., Joensen, S. & Helstrup, K. (1983). Psychological characteristics of a group of unemployed patients consecutively admitted to a psychiatric emergency department. Social Psychiatry, 18, 137-144

Giercke, K. (1988). Die Bedeutung der evaluativen Forschung für die psychiatrische Versorgung. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 40, 704-711

Gnegel, A. & Mohr, G. (1982). Wenn Frauen ihren Arbeitsplatz verlieren. In G. Mohr, M. Rummel & D. Rückert (Hrsg.), Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation (S.88-102). München: Urban & Schwarzenberg

Hanesch, W. (1991). Kein ausreichender Schutz vor Armut vorhanden. Über die soziale Lage der Bürger in den fünf neuen Bundesländern. Frankfurter Rundschau, 2./3. Oktober 1991, S.39

Henkel, D. (1988). Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation. Das Argument, (AS 155, Jahrbuch für kritische Medizin 13), 100-117

Henkel, D. (1989). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Stand der Forschung. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 12 (1/2), 3-14

Henkel, D. (1992). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Jellinek, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. New Haven: Univ. Press

Kerber, H. (1988). Möglichkeiten der Sofortbehandlung bei Alkoholikern. In G. Rabending, H.A.F. Schulze & K. Ernst (Hrsg.), Psychiatrie und Neurologie in der medizinischen Grundbetreuung (S.97-98). Leipzig: Hirzel Verlag

Keyserlingk von, H. (1981). Zum Problem des Alkoholismus im Bezirk Schwerin. Eine sozialmedizinische Studie unter besonderer Berücksichtigung neuropsychiatrischer Gesichtspunkte. Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR: Unveröffentliche Dissertation

Keyserlingk von, H. (1990). Stand und Perspektiven der Suchtkrankenversorgung in der DDR. Vortrag auf der Jahrestagung des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke am 3./4. April 1990 in Oldenburg

Keyserlingk von, H., Schlomann, I. & Voigt, M. (1979). Der Alkoholismus im Bezirk Schwerin, eine sozialpsychiatrische Studie über 500 Alkoholkranke. In H. Szweczyk (Hrsg), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität (S.64-75). Jena: VEB Gustav Fischer

Kielstein, V. (1990). Psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 13 (2), 11-18

Kielstein, V. (1990). Indikationskriterien und Prinzipien der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. Zeitschrift für Klinische Medizin, 45 (1), 69-72

Kieselbach, T. (1988). Arbeitslosigkeit. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), Handwörterbuch der Psychologie (S.43-51). München: Psychologie Verlags Union

Kieselbach, T. (Hrsg.). (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Neuere Ergebnisse der psychologischen Arbeitslosenforschung (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit' Bd.4). Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Kieselbach, T. & Wacker, A. (Hrsg.). (1985). Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Psychologische Theorie und Praxis. Weinheim: Beltz

Kieselbach, T. & Wacker, A. (Hrsg.). (1991). Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext. Programme, Initiativen, Evaluationen (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit' Bd.2). Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Kühl, J. (1991). Wirken die Milliarden in Ostdeutschland? (Prognose des Kieler Instituts für Wirtschaft). Arbeit und Beruf, 10, 303-305

Laußer, A., Bess, R., Thiele, W. & Schneider, B. (1986). Alkoholkonsum und Prävention in der Arbeitswelt (BASIG-Forschungsbericht 86-17). Berlin: Technische Universität

Lekschas, J. (1979). Persönlichkeit, Gesellschaft, Alkohol. In H. Szweczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität (S.15-26). Jena: VEB Gustav Fischer

Maaz, H.J. (1985). Wurzeln und Erscheinungen der Suchterkrankungen. Berlin: Unveröffentlichtes Manuskript

Martikainen, P.T. (1990). Unemployment and mortality among finnish men 1981-5. British Medical Journal, 30 (1), 407-411

Mensch, B. & Kandel, D. (1988). Do job conditions influence the use of drugs? Journal of Health and Social Behavior, 29, 169-184

Niehoff, J.U. & Schrader, R.R. (1991). Gesundheitsleitbilder – Absichten und Realitäten in der Deutschen Demokratischen Republik. In T. Elkeles, J.U. Niehoff, R. Rosenbrock & F. Schneider (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe (S.51-74). WZB Berlin: Edition Sigma

Petry, J. (1984). Nichtseßhaftenalkoholismus: eine Gruppenanalyse. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 16, 19-25

Plant, M.A. (1989). Alcohol-related problems in high-risk groups. Report on a WHO Study (EURO Reports and Studies 109). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro

Reuter, U. (1984). Zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Alkoholkonsum. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Alkohol und Arbeitswelt (S.10-21). Köln: Eigenverlag

Rußland, R. (1988). Suchtverhalten und Arbeitswelt. Frankfurt am Main: Fischer

Rußland, R. (1991). Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Frankfurt am Main: Schriftenreihe der IG Metall

Scheerer, S. & Vogt, I. (1989). Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt am Main: Campus

Schenk, J. (1982). Die Persönlichkeit des Drogenkonsumenten. Göttingen: Hogrefe

Schleede, S. (1986). Eine psychologische Analyse zum Trinkverhalten Jugendlicher. Rostock: Unveröffentlichte Dissertation

Schmitt, A. (1988). Jugendliche und Alkoholmißbrauch. Eine empirische Untersuchung zu Ausprägung und Präventionsmöglichkeiten des Alkoholmißbrauchs arbeitsloser Jugendlicher. Regensburg: Roderer

Smart, R. (1979). Drinking problems among employed, unemployed and shift workers. Journal of Occupational Medicine, 21, 731-736

Specht, T. (1985). Die Situation der alleinstehenden Wohnungslosen in Hessen. Nichtseßhafte und alleinstehende Obdachlose. Eine Bestandsaufnahme des Systems sozialer Dienste und seiner Klienten. Frankfurt: Reha-Werkstatt Rödelheim

Stoiber, I. (1979). Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung des Alkoholmißbrauchs. In H. Szewczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität (S.269-279). Jena: VEB Gustav Fischer

Stoiber, I. (1991). Suchttherapie und Möglichkeiten der Therapeuten in der DDR. Sucht, 37, 86-89

Streichert, G. (1987). Untersuchungen zum Alkoholismus in der Belegschaft eines Mittelbetriebes unter Beachtung von anamnestischen Angaben, klinischen Befunden, Laborparametern und Krankenstandsziffern – ein ausgewählter Beitrag zur komplexen betriebsärztlichen Betreuung. Schwerin: Unveröffentlichte Dissertation

Walther, J. (1979). Entwicklung des Alkoholverbrauchs in der Welt. In H. Szewczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität (S.27-32). Jena: VEB Gustav Fischer

Warr, P. & Payne, R. (1983). Social class and reported changes after job loss. Journal of Applied Psychology, 13, 206-222

Weber, M. (1965, orig. 1920). Die protestantische Leistungsethik. München: Siebenstern

Weber, G. & Schneider, W. (1982). Jugendlicher Drogenkonsum und Arbeitslosigkeit. Ein Beitrag zum Entstehungszusammenhang jugendlicher Desorientierung. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 13, 44-64

Wieser, S. & Feuerlein, W. (1976). Über die Prävalenz des Alkoholismus im Bundesland Bremen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 44, 447-461

Winter, E. (1990). Zur Alkoholpolitik in der DDR – vor und nach der Wende. Bad Tönnissteiner Blätter, Beiträge zur Suchtforschung und -therapie, Juni, 25-40.
Winter, E. (1991). Alkoholismus im Sozialismus der Deutschen Demokratischen Republik – Versuch eines Rückblickes. Sucht, 37, 71-85
Wulff, E. (1980). Drogen, Arbeit, Sprache. Das Argument, 120, 194-199
Ziegler, H. (1991). Neue Arbeitswelt – neue Konsumgewohnheiten. Vortrag auf dem Internationalen Symposium »Neue Wege in der Suchtbetreuung« in Baden bei Wien, 23. Mai 1991.

Klaus Wingenfeld

Zur Entwicklung der Großgeräteplanung in der Bundesrepublik

Im Jahre 1982 wurden erstmals gesetzliche Regelungen zur Steuerung der Verbreitung und Nutzung medizinischer Großgeräte geschaffen. Seit diesem Zeitpunkt sind kostenintensive technische Anlagen (wie Computertomographen, Kernspintomographen, Strahlentherapie- oder Lithotripsiegeräte) einer Bedarfs- und Standortplanung unterworfen, mit der eine wirtschaftliche und regional ausgewogene Versorgung sichergestellt werden soll. Die Normierung der Großgeräteplanung hat nach langen und teilweise heftigen Auseinandersetzungen mit dem Gesundheitsreformgesetz einen vorläufigen Abschluß gefunden. Heute, zehn Jahre nach der Einführung rechtlicher Vorschriften, droht jedoch das definitive Scheitern der Planungsbemühungen: Die Sozialgerichte haben in jüngerer Zeit Entscheidungen gefällt, mit denen unverzichtbare Grundlagen der Großgeräteplanung in Frage gestellt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sehen sich derzeit kaum noch in der Lage, eine Bedarfs- und Standortplanung im ambulanten Sektor durchzusetzen.

Im Rückblick erscheint die aktuelle Krise der Großgeräteplanung als konsequente Folge einer Reihe politischer Versäumnisse. Sie ist das Resultat einer Politik, die sich weniger um die Gestaltung der medizinischen Versorgung als um einen Kompromiß zwischen den widersprüchlichen Interessen der beteiligten Institutionen, Vertretungsorgane und Leistungsanbieter bemühte.

Die folgende Darstellung dreht sich nicht so sehr um die Frage, ob die mit der Planung angestrebten Ziele auch erreicht wurden. Vielmehr geht es darum, die Entwicklung des Planungsinstrumentariums vor dem Hintergrund politischer Kräfteverhältnisse und strukturell bedingter Erfordernisse zu problematisieren. Von Beginn an stellte sich die Frage, wie eine Großgeräteplanung angesichts der rigiden Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überhaupt realisiert werden konnte. Während im Krankenhausbereich aufgrund des Finanzierungssystems von vornherein Einflußmöglichkeiten bestanden, unterlag der ambulante Sektor der kassenärztlichen Selbstverwaltung und war somit gegen Interventionen von außen weitgehend abgesichert. Sobald die Verbreitung von Geräten gesteuert werden sollte, die in beiden Versorgungsbereichen Anwendung fanden, wurde die Überwindung der institutionellen Trennung

zum entscheidenden Problem. Das Ziel, Überkapazitäten zu vermeiden und eine ökonomisch sinnvolle Versorgungssituation herzustellen, ließ sich nur mit Hilfe einer wirksamen Abstimmung zwischen beiden Versorgungsbereichen durchsetzen. Im folgenden ist u.a. zu zeigen, inwieweit und auf welche Art und Weise diesem zentralen Erfordernis Rechnung getragen wurde.

Die Ausgangssituation

Die ursprüngliche Triebfeder für die Schaffung rechtlicher Normen war eine facettenreiche Auseinandersetzung um die Computertomographie (CT), deren Verbreitung Mitte der 70er Jahre einsetzte. Mit der CT wurde ein prestigeträchtiges Verfahren eingeführt, das bereits während der Erprobung außerordentlich euphorische Erwartungen geweckt hatte und vielversprechende Weiterentwicklungen in Aussicht stellte. Es ist daher nicht verwunderlich, daß bei den Krankenhäusern ein lebhaftes Interesse an der Beschaffung von CT-Geräten entstand. Da es sich um eine diagnostische Methode handelte, deren Nutzung weder aus technischen noch aus medizinischen Gründen dem stationären Sektor vorbehalten bleiben mußte, stieß die CT auch bei den niedergelassenen Ärzten auf wachsende Nachfrage. Anfang 1979 gab es bundesweit – trotz der hohen Investitionskosten – 36 Computertomographen in radiologischen Arztpraxen. Der stationäre Sektor war mit insgesamt 83 Geräten ausgestattet. Zum gleichen Zeitpunkt lagen bereits 41 weitere Bestellungen vor[1]. Innerhalb weniger Jahre hatte die Gerätekapazität ein Ausmaß erreicht, das nach den damaligen Bedarfsvorstellungen nicht mehr weit von einer Überversorgung entfernt war. Dennoch schien sich die Verbreitung der CT mit wachsender Geschwindigkeit fortzusetzen. Im Zuge dieser Entwicklung entstand eine besondere Konfliktsituation:

Die Krankenkassen warnten davor, daß eine wirtschaftliche Auslastung der Krankenhausgeräte nicht mehr zu gewährleisten sei und daher unnötige Kosten entstünden. Die Ortskrankenkassen beispielsweise machten bereits Ende der 70er Jahre deutlich, daß sie nicht gewillt waren, überschüssige Versorgungskapazitäten bei der CT über die Pflegesätze zu finanzieren[2]. Sofern ein Gerät nicht als bedarfsgerecht einzustufen war, sollten dessen Betriebskosten bei den Pflegesatzverhandlungen unberücksichtigt bleiben. Gemeint waren damit insbesondere jene Kliniken, die sich CT-Geräte aus freien Mitteln ihrer Träger, also ohne Abstimmung mit der Landes-

behörde angeschafft hatten. In diesem Kontext ist bemerkenswert, daß die Kassen die von der CT verursachten Kosten im ambulanten Sektor zunächst wenig thematisierten. Ausschlaggebend hierfür war vermutlich, daß zu diesem Zeitpunkt die meisten Geräte in Krankenhäusern aufgestellt waren und bei einigen Kassen ohnehin die Auffassung vorherrschte, die CT sei schwerpunktmäßig dem stationären Sektor zuzuordnen[3].

Die Landesbehörden, zuständig für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen, sahen sich mit einer Vielzahl von Förderanträgen konfrontiert. Schon wegen der zunehmend engeren Spielräume in den Finanzhaushalten konnten sie kein Interesse daran haben, diese Forderungen ohne weiteres zu erfüllen. Aus ihrer Sicht kam es darauf an, die Versorgungskapazität im Krankenhausbereich auf hinreichendem, aber möglichst niedrigem Niveau zu begrenzen. Um jedoch dem Druck der Krankenhäuser auf Dauer standhalten zu können und nicht als 'Bremser' des medizinischen Fortschritts zu erscheinen, mußte eine eher restriktive Bewilligungspolitik mit überzeugenden Argumentationen versehen und in ein Gesamtkonzept eingebunden werden. 1978 und 1979 entwickelten einige Länder erste planerische Vorgaben, die Bedarfsfestlegungen, Wirtschaftlichkeitskriterien und z.T. auch konkrete Standortentscheidungen beinhalteten.

Zu diesem Zeitpunkt aber war eine von der kassenärztlichen Versorgung unabhängige Bedarfsplanung nicht mehr denkbar. Im Bundesdurchschnitt entfielen rund 30 % aller CT-Geräte auf den ambulanten Sektor, in Nordrhein-Westfalen sogar nahezu die Hälfte[4]. Im Ergebnis mußte die Berücksichtigung des ambulanten Leistungsangebotes die restriktive Orientierung der Länder noch verstärken. Abgesehen von besonderen fachlichen Erfordernissen bestand für die Förderung eines Krankenhausgerätes keine Veranlassung, wenn der regionale Bedarf bereits durch niedergelassene Radiologen gedeckt wurde. Restriktionen konnten aber auch ganz andere Formen annehmen. 1979 erklärte beispielsweise das bayerische Sozialministerium, daß die ein Jahr zuvor beschlossene Neufassung der Zulassungsordnung für Ärzte nicht ohne Folgen für die öffentliche Förderung von CT-Geräten in Krankenhäusern bleiben könnte. Es sei damit zu rechnen, daß die Berechtigung der Krankenhausradiologen zur ambulanten Versorgung von Kassenpatienten mit CT-Leistungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft und ggf. widerrufen werde. Unter diesen Umständen sei es nicht mehr möglich, Leistungen für ambulante Patienten bei der Bedarfsfeststellung zu

berücksichtigen. Eine Klinik konnte also nur dann auf eine Bewilligung hoffen, wenn es realistisch erschien, daß das beantragte CT-Gerät mit Untersuchungen an Krankenhauspatienten – aus dem eigenen Hause oder aus anderen Kliniken – genügend ausgelastet werden konnte[5].

Für *die niedergelassenen Radiologen* war die Situation zunächst wenig problematisch. Sofern sie über die entsprechende Qualifikation, geeignete technische bzw. räumliche Voraussetzungen und die erforderlichen Finanzmittel verfügten, konnten sie über die Anschaffung eines CT-Gerätes frei entscheiden. Das wirtschaftliche Risiko einer zu geringen Geräteauslastung schien vorerst vernachlässigbar. Vorsorglich bemühte sich die kassenärztliche Selbstverwaltung darum, einen möglichst großen Teil der Untersuchungsnachfrage dem ambulanten Sektor zu sichern. Das Mittel dazu war die Verweigerung oder der Widerruf der Ermächtigung von Krankenhausradiologen, ambulante CT-Leistungen zu erbringen. Den Krankenhäusern sollte die Durchführung ambulanter Untersuchungen nur dann gestattet sein, wenn keiner der in der Nähe praktizierenden Radiologen über ein CT-Gerät verfügte[6].

Die Krankenhäuser sahen ihre Chancen auf eine rasche Anschaffung von Computertomographen zunehmend schwinden. Sie bewerteten die Entscheidungen der Landesbehörden über die Bewilligung der Investitionsmittel als zu restriktiv und das Antragsverfahren als zu langwierig[7]. Eine Finanzierung der Investition aus Eigenmitteln war aufgrund der hohen Gerätepreise, aber auch aus rechtlichen Gründen nicht unproblematisch[8]. Die Ausweichstrategie, ein Gerät durch den Krankenhausträger oder andere Quellen zu finanzieren, provozierte die Drohung der Krankenkassen, die Betriebskosten über die Pflegesätze nicht abzurechnen. Die Ankündigung der kassenärztlichen Selbstverwaltung, Krankenhausradiologen von der ambulanten Erbringung von CT-Leistungen zumindest teilweise auszuschließen, war schon für sich genommen ein Ärgernis; daß dies aber – wie in Bayern – eine Verschärfung der Kriterien bei der Mittelbewilligung zur Folge hatte, machte die ganze Angelegenheit zu einem zusätzlichen Hindernis für die Großgerätebeschaffung. Die Krankenhäuser standen vor einem Dilemma: Einerseits wurde es zunehmend schwieriger, auf eigene Faust zu handeln und die Genehmigung der Landesbehörde zu umgehen. Andererseits erschien es wenig aussichtsreich, die Länder zu einer großzügigen Förderungspraxis zu bewegen. Zwar bemühte man sich nach Kräften, politischen Druck in diese Richtung zu erzeugen, doch solange die

Behörden auf international anerkannte Bedarfszahlen und vor allem auf das nicht unbeachtliche Versorgungsangebot im ambulanten Sektor verweisen konnten, mußte der Umfang der bewilligten Mittel hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurückbleiben.

Die Situation Anfang der 80er Jahre war also im wesentlichen durch zwei Konfliktkonstellationen geprägt:

- Für die Länder und die Krankenkassen entstanden mit der Verbreitung der CT zusätzliche Ausgaben, die durch eine Begrenzung der Gerätezahl möglichst gering gehalten werden sollten. In erster Linie richtete sich dieses Interesse gegen einen allzu hohen Verbreitungsgrad der Computertomographie im stationären Sektor und trat somit dem Bedürfnis der Krankenhäuser nach einer raschen und ungehinderten Anschaffung entgegen.
- Die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Radiologen hatte sich erheblich verschärft. Die Verbreitung der Computertomographie in der kassenärztlichen Versorgung wurde von den Krankenhäusern zunehmend als Hindernis für die Anschaffung und Nutzung eigener Geräte empfunden. Beide Parteien bemühten sich nach Kräften, ihren Anspruch auf die CT gegen die andere Seite durchzusetzen. Da die Krankenhäuser jedoch nicht autonom entscheiden konnten, sondern auf die jeweilige Landesbehörde angewiesen waren, befanden sie sich gewissermaßen in der schwächeren Position.

Eine Lösung der durch die Computertomographie aufgeworfenen Probleme schien allein in der Steuerung der Gerätediffusion zu liegen. Da die CT in beiden Versorgungsbereichen eingesetzt wurde, war eine sinnvolle Bedarfs- und Standortplanung nur unter Einbeziehung des ambulanten Sektors möglich. In dieser Hinsicht allerdings waren neue Konflikte unvermeidlich: Während keiner der Beteiligten die Forderung nach einer Steuerung im stationären Sektor in Frage stellte, mußte mit erheblichem Widerstand gegen Eingriffe in die Dispositionsfreiheit der Kassenärzte gerechnet werden.

Die Anfänge der rechtlichen Normierung

Vor diesem Hintergrund nehmen sich die 1982 in Kraft getretenen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Reichsversicherungsordnung (RVO) eher als halbherziger Kompromiß denn als klare politische Lösung aus. Der Gesetzgeber beschränkte sich darauf, allen Beteiligten ein wenig entgegenzukommen, ohne

die Bedingungen der Großgerätediffusion grundlegend neu zu gestalten:

Die novellierte Fassung des KHG verpflichtete die Krankenhäuser, »Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte (...) mit der zuständigen Landesbehörde abzustimmen«[9]. Kosten für den »nicht wirtschaftlichen« Betrieb von Großgeräten, deren Anschaffung bzw. Nutzung nicht abgestimmt wurde, konnten im Pflegesatz keine Berücksichtigung finden[10].

Wie wir gesehen haben, verfügten die Landesbehörden faktisch bereits vor der Gesetzesnovellierung über ein Steuerungsmittel in Form der Investitionsförderung. Unabhängig davon, ob ein CT-Gerät über Kredite oder eine Sonderförderung finanziert werden sollte – den Ländern blieb stets die Möglichkeit, die beantragten Mittel zu versagen. Die neue Abstimmungspflicht als solche schuf daher keine grundlegend veränderte Situation. Entscheidend war vielmehr die Definitionsgewalt zur Einstufung eines Gerätes als 'bedarfsgerecht'. Damit entstand eine Sanktionsmöglichkeit gegenüber Krankenhäusern, die sich ein Großgerät unabhängig von der Landesplanung beschaffen wollten. Es gab zwar kein Mittel, die Nutzung eines nicht genehmigten Großgerätes zu unterbinden, das betreffende Krankenhaus mußte dann allerdings in Kauf nehmen, die entstehenden Betriebskosten nicht über die Pflegesätze decken zu können. Diese Regelung wiederum griff die schon lange zuvor angedrohte Weigerung der Krankenkassen auf und kann insofern ebenfalls nicht als Novum gewertet werden. Allerdings dürften sich die Durchsetzungschancen dieses Sanktionsmittels durch die rechtliche Absicherung erheblich verbessert haben.

Vergleichbare Steuerungs- und Sanktionsmittel für den ambulanten Sektor waren hingegen nicht vorgesehen. Der neue §368n Abs. 8 der RVO übertrug den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Aufgabe, bei der Diffusion und Nutzung ambulanter Großgeräte darauf »hinzuwirken«, daß regionale Versorgungsbedürfnisse berücksichtigt und ein wirtschaftlicher Einsatz der Geräte gesichert werde. Zugleich wurden die Kassenärzte verpflichtet, eine beabsichtigte Anschaffung bzw. Nutzung von Großgeräten der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen. Es gab weder ein Bewilligungsverfahren noch eine Sanktionsmöglichkeit für den Fall einer Pflichtverletzung. Während Krankenhäuser nach wie vor auf die Zustimmung der Landesbehörde angewiesen waren, blieb die Entscheidungsfreiheit des niedergelassenen Arztes weiterhin unberührt.

Die rechtliche Fixierung der vorgefundenen Verhältnisse und

somit der Verzicht auf eine Neugestaltung waren das charakteristische Merkmal der politischen Orientierung, von der sich die Gesetzgebung hatte leiten lassen. Das vorrangige Ziel scheint darin gelegen zu haben, der Forderung nach einer Planung nachzukommen, ohne schwerwiegende Konflikte zu riskieren. Das Interesse der Länder und Krankenkassen war in den Vorschriften des KHG weitgehend berücksichtigt worden, und auch die Krankenhäuser konnten nunmehr eine Vereinfachung und Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens erwarten. Die Regelungen der RVO waren so unverbindlich, daß nicht einmal der Verdacht einer staatlichen Einmischung in die kassenärztliche Autonomie aufkommen konnte. Mit Kritik seitens der Ärzteschaft war also nicht zu rechnen. Zwar mußte statt dessen ein heftiger Widerspruch der Krankenhäuser in Kauf genommen werden, doch erschien dies zunächst weniger problematisch als eine Auseinandersetzung mit den politisch mächtigen Standesorganisationen und der kassenärztlichen Selbstverwaltung.

Diese halbherzige, letztlich nur auf den stationären Sektor bezogene Regelung der Großgeräteplanung konnte auf Dauer keine hinreichende Lösung sein. Eine Standortplanung, die über keine wirksamen Steuerungsmittel im ambulanten Sektor verfügte, mußte das Ziel einer regional ausgewogenen und wirtschaftlichen Versorgung zwangsläufig verfehlen. Außerdem wurde dem zentralen Anliegen der Krankenhäuser, die Verbreitung der Computertomographie im ambulanten Bereich zu bremsen und wenigstens ähnliche Bedingungen für die Großgerätebeschaffung herzustellen, in keiner Weise Rechnung getragen; dadurch mußte sich der Konkurrenzkampf um die CT weiterhin verschärfen. Die Kritik setzte folgerichtig vor allem an der »Ungleichbehandlung« von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern an. »Beim Krankenhaus muß abgestimmt werden, im Arztbereich gibt es nur ein 'Hinwirken'.«[11]. Es wurde befürchtet, daß sich das Versorgungsangebot der Computertomographie infolge der unterschiedlichen Normierung einseitig im ambulanten Sektor konzentrieren könnte. Ins Zentrum der Auseinandersetzung rückte die Forderung nach einer wirksamen Steuerung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung.

Initiativen zur Schaffung gesetzlicher Regelungen für den ambulanten Sektor

Die Offensive zur Änderung der RVO-Vorschriften begann mit dem »Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung des wirtschaftlichen Einsatzes

von medizinisch-technischen Großgeräten in der kassenärztlichen Versorgung«, der im November 1983 vom Bundesland Hessen in den Bundesrat eingebracht wurde[12]. Der Entwurf zielte auf die Schaffung einer Bedarfs- und Standortplanung, die mit der jeweiligen Landesbehörde abzustimmen war. Ferner wurde eine den Regelungen im stationären Sektor analoge Sanktionsmöglichkeit vorgeschlagen: Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sollte darüber befinden, ob die Anschaffung eines Großgerätes mit den Standortvorgaben des Bedarfsplanes übereinstimmte. Bei fehlender Übereinstimmung wäre der Landesausschuß befugt gewesen, die Vergütung der entsprechenden Leistungen zu untersagen. Dieser Vergütungsausschluß hätte es nahezu unmöglich gemacht, ein entgegen den Vorgaben des Bedarfsplanes aufgestelltes Gerät zu finanzieren.

Einige der vorgeschlagenen Regelungen – vor allem die Verpflichtung zur Bedarfsplanung und die Beteiligung der Krankenkassen – hielt die Mehrheit des Bundesrates für nicht opportun. Insbesondere das CDU-regierte Land Baden-Württemberg drängte darauf, den hessischen Vorschlag durch eine moderate Lösung zu ersetzen. Die hessische Initiative wurde vom Bundesrat schließlich mit folgenden Modifikationen übernommen[13]:

- Statt die Großgerätediffusion im ambulanten Sektor zum Gegenstand von Bedarfsplänen zu machen, legte sich der Bundesrat auf ein Verfahren der Einzelfallentscheidung fest. Damit entfiel auch die Pflicht zur Abstimmung mit den Landesbehörden. Einflußmöglichkeiten wurden den Ländern nur noch bei der Festlegung von »Grundsätzen« für die Versorgung mit Großgeräten eingeräumt.
- Anders als im hessischen Entwurf vorgesehen sollte die Genehmigung eines Großgerätes durch die KVen allein erfolgen, d.h. ohne Beteiligung der Krankenkassen.
- Der Gesetzentwurf wurde ferner ergänzt um den Rechtsanspruch des niedergelassenen Arztes, unter bestimmten, nachprüfbaren Voraussetzungen die Zustimmung zur Anschaffung bzw. Nutzung eines Großgerätes zu erhalten. Die Entscheidung der KV wäre damit rechtlich anfechtbar geworden.
- Schließlich sollte die Möglichkeit der Mitbenutzung von Großgeräten im stationären Sektor durch entsprechende Regelungen sichergestellt werden.

Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß diese Veränderungen als Zugeständnis an die Interessen der niedergelassenen Ärzte gemeint waren.

Immerhin blieb der Kern des Vorhabens – Genehmigungspflicht und Vergütungsausschluß – in dem vom Bundesrat verabschiedeten Gesetzentwurf erhalten. Unbeschadet dessen hielt es die Bundestagsfraktion der SPD für angebracht, den hessischen Vorschlag nahezu unverändert zu übernehmen und als »Entwurf eines Gesetzes zu Ergänzung des Kassenarztrechtes« vorzulegen[14]. Seit Mitte des Jahres 1984 sah sich der Bundestag also mit zwei Gesetzentwürfen konfrontiert, die eine klare Stellungnahme zur Frage der staatlich verordneten Steuerung im ambulanten Sektor verlangten.

Die Gesetzesinitiativen erzeugten heftige Reaktionen der Ärztevertretungen sowie standespolitisch orientierter Politiker. Erstmals drohte eine Regelung, die die ärztliche Investitionsfreiheit nachhaltig eingeschränkt hätte. Der Charakter der Großgerätediskussion änderte sich grundlegend: Während sie bis zur Novellierung von KHG und RVO von der Frage nach den Kosten und dem geeigneten Standort – Arztpraxis oder Krankenhaus – dominiert wurde, rückte nunmehr der Streit um die Legitimität staatlicher Eingriffe in die Dispositionsfreiheit des niedergelassenen Arztes in den Vordergrund. Daß der vom Bundesrat beschlossene Gesetzentwurf die Autonomie ärztlicher Selbstverwaltung weitgehend unangetastet ließ, schien dabei gar nicht ins Gewicht zu fallen. Schon der Umstand, daß staatliche Instanzen die Regelungskompetenz eines bislang autonom verwalteten Bereiches beanspruchten, erfüllte aus der Sicht der Planungsgegner den Tatbestand einer staatlichen Gängelung[15].

Neuorientierung der kassenärztlichen Selbstverwaltung: Die Großgeräte-Richtlinien

Für die kassenärztliche Selbstverwaltung war die Situation durchaus brisant. Die unkontrollierte Verbreitung der CT hatte nicht nur eine rasch wachsende Versorgungskapazität im ambulanten Sektor zur Konsequenz, sondern auch erhebliche regionale Ungleichgewichte[16]. Die Unvereinbarkeit des Investitionsverhaltens der niedergelassenen Radiologen mit dem Ziel einer gleichmäßigen und rationellen Versorgung konnte kaum noch geleugnet werden. Es kam noch hinzu, daß bei der Verbreitung der Kernspintomographie ähnlich problematische Tendenzen sichtbar wurden. Obwohl die medizinische Evaluation des neuen Verfahrens gerade erst begonnen hatte, lag 1983 bereits eine verhältnismäßig große Zahl von Bestellungen aus dem ambulanten Sektor vor[17]. Durch diese Entwicklungen wurde der

ohnehin schon starke politische Druck zur Einführung von Planungsvorschriften noch verschärft. Die Verabschiedung einer gesetzlichen Regelung war unter diesen Umständen nicht mehr auszuschließen.

Darüber hinaus sah sich die kassenärztliche Selbstverwaltung mit zunehmenden Interessengegensätzen innerhalb der Ärzteschaft konfrontiert. Insbesondere mit der Verbreitung von Computer- und Kernspintomographie hatte sich eine kleine Gruppe spezialisierter Radiologen herausgebildet, die verhältnismäßig teure Leistungen erbrachten und damit einen überdurchschnittlichen Teil der Gesamtvergütung beanspruchten. Aufgrund des Finanzierungssystems konnte dies letztlich nur zu Lasten anderer Ärzte geschehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) versuchte 1984, dieses Problem durch eine pauschale Kürzung der Honorare für CT-Untersuchungen zu entschärfen. Auf Dauer konnte eine Politik der Honorarsenkung jedoch schwerlich durchzuhalten sein, denn sie provozierte einen erheblichen und in seiner Wirkung nicht zu unterschätzenden Druck seitens der Radiologen, die über ein CT-Gerät verfügten[18]. Demgegenüber erschien eine Politik zur Begrenzung der Leistungsmengen durch eine Beschränkung der Gerätezahl als die elegantere, weil weniger konfliktträchtige Lösung.

Sowohl der wachsende politische Druck von außen als auch die zunehmenden Widersprüche innerhalb der Ärzteschaft waren ausschlaggebend für die kassenärztliche Selbstverwaltung, Kompromißbereitschaft gegenüber der Forderung nach einer Großgeräteplanung zu signalisieren. Es kam allerdings darauf an, den eigenen Kompetenzbereich von gesetzlichen Vorgaben freizuhalten. Folgerichtig entwickelte die KBV eine Gegeninitiative für eine Selbstverwaltungslösung unter Beteiligung der Krankenkassen: Im Frühjahr 1985, acht Monate nachdem der Bundesratentwurf in den Bundestag eingebracht worden war, hatten sich die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf einen Maßnahmenkatalog zur Verbreitung und Nutzung medizinischer Großgeräte im ambulanten Sektor geeinigt[19]. Kernstück war der Vorschlag, Richtlinien für eine Bedarfs- und Standortplanung der KVen und Regelungen für den Vergütungsausschluß bei Nutzung nicht genehmigter Großgeräte zu schaffen. Als flankierende Maßnahme zur Begrenzung der Leistungsmenge wurde u.a. die Einführung eines Formulars angekündigt, auf dem der überweisende Arzt die Notwendigkeit einer Computer- oder Kernspintomographie begründen und die entsprechenden Voruntersuchungen nachweisen mußte.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen verabschiedete

bald darauf die »Richtlinien für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (Großgeräte-Richtlinien-Ärzte)«[20], die im März 1986 in Kraft traten. Künftig sollten Entscheidungen über den Standort ambulanter Großgeräte durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen getroffen werden. Als Kriterium enthielten die Richtlinien u.a. Meßzahlen zur erwünschten Versorgungsdichte, die auch das stationäre Leistungsangebot in Rechnung stellten. Außerdem wurde auf die Pflicht des Arztes verwiesen, die beabsichtigte Anschaffung und Nutzung eines Großgerätes anzuzeigen und an einem Beratungsgespräch bei der KV teilzunehmen. Entscheidend aber waren die vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten: Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassenverbänden sollten »Regelungen über den Ausschluß der Vergütung von Leistungen getroffen werden, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden.« Demgemäß wurde in den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) folgende Bestimmung aufgenommen: »Zur Ausführung ärztlicher Sachleistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (...) bedarf der Arzt der Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zustimmung ist zu versagen, wenn die vom Arzt beabsichtigte Anschaffung (...) mit der Standortplanung für medizinisch-technische Großgeräte (...) nicht übereinstimmt.«[21] Damit wurde erstmals ein dem stationären Sektor vergleichbares Steuerungsinstrument für die kassenärztliche Versorgung geschaffen. Die Standortplanung erfolgte im jeweiligen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen; über den Vergütungsausschluß sollte die zuständige Kassenärztliche Vereinigung entscheiden.

Durch die Einführung dieser Richtlinien, die in einzelnen Punkten (z.B. Standortplanung und Beteiligung der Krankenkassen) über den Gesetzentwurf des Bundesrates noch hinausgingen, wurde der Forderung nach einer gesetzlichen Regelung nachhaltig der Boden entzogen. Wenngleich es nicht an kritischen Einwänden gegenüber einzelnen Vorschriften fehlte, waren die Richtlinien das beste Mittel, die Konfliktsituation auf eine für alle Beteiligten akzeptable Weise zu bereinigen:

Die Spitzenverbände der *Krankenkassen* hatten die Gesetzesinitiativen zunächst begrüßt, favorisierten aber, nachdem die KBV Kompromißbereitschaft signalisiert hatte, schließlich doch eine Selbstverwaltungslösung. Möglicherweise versprachen sie sich davon bessere Einflußmöglichkeiten, denn eine Beteiligung der Kassen war im

Entwurf des Bundesrates nicht mehr vorgesehen. Daß sich der Vorschlag der SPD durchsetzen würde, war angesichts der Mehrheitsverhältnisse im Parlament kaum zu erwarten.

Die Forderung der *Krankenhäuser* und einiger *Bundesländer*, ein wirksames Steuerungsinstrument für den ambulanten Sektor zu schaffen, war weitgehend erfüllt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft war an der Erstellung der Richtlinien sogar beteiligt worden.

Der *Gesetzgeber* stand nicht mehr vor der Notwendigkeit, zu den Grenzen der ärztlichen Selbstverwaltung Stellung zu beziehen. Wie immer die Entscheidung über die Gesetzentwürfe ausgefallen wäre, sie hätte erheblichen Zündstoff geliefert, also entweder einen heftigen Protest der Ärzteschaft gegen die 'staatliche Gängelung' oder den Fortbestand, vielleicht sogar die Intensivierung des politischen Drucks seitens der Planungsbefürworter zur Folge gehabt.

Die *Kassenärztliche Selbstverwaltung* hatte zwar einige Kompromisse in Kauf nehmen müssen, das Risiko eines staatlichen Eingriffs jedoch erheblich vermindert. Außerdem war sie, wie bereits dargestellt, inzwischen selbst an einem Steuerungsinstrument interessiert.

Sogar für die *niedergelassenen Radiologen* hatte die Auseinandersetzung letztlich zu einem akzeptablen Ergebnis geführt. Die Bedingungen für eine Großgerätebeschaffung waren mit den Richtlinien zweifellos verschärft worden; die Auseinandersetzung hatte sich jedoch über einen so langen Zeitraum erstreckt, daß alle interessierten Ärzte Gelegenheit fanden, Geräte anzuschaffen bzw. eine beabsichtigte Anschaffung anzumelden und damit die neuen Restriktionen zu umgehen. Mitte der 80er Jahre gab es einen regelrechten Investitionsboom, und als die Richtlinien in Kraft traten, hatten sich viele niedergelassene Ärzte bereits versorgt[22].

Angesichts der veränderten Lage war die Verabschiedung eines Gesetzes nicht mehr zu erwarten. Mit der Mehrheit von CDU/CSU und FDP entschied sich der Bundestag ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Großgeräte-Richtlinien, die Gesetzentwürfe des Bundesrates und der SPD abzulehnen: Die neuen Richtlinien seien geeignet, die mit den Entwürfen angestrebten Ziele zu erreichen, daher bedürfe es keiner gesetzlichen Vorschrift[23].

Wie schon Anfang der 80er Jahre zog man es vor, politischen Konfrontationen aus dem Weg zu gehen. Unter diesem Gesichtspunkt war es durchaus ratsam, die Regelung der Verständigung zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärztlicher Selbstverwaltung zu überlassen. Für die konkrete Gestalt der Steuerungsinstrumente machte das keinen sehr großen Unterschied. Schon

wenige Jahre später jedoch sollte sich das Fehlen gesetzlicher Grundlagen als Achillesferse der Großgeräteplanung erweisen.

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG)

Das am 1.1.1989 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch (SGB) V hat neue Vorschriften für die Großgeräteplanung geschaffen. Sie erwecken den Eindruck, als hätte der Bund seine Zurückhaltung zugunsten einer stärker gestaltenden Politik aufgegeben. § 122 SGB V sieht die Einrichtung von Großgeräteausschüssen auf Länderebene vor, die sich aus Vertretern der Krankenkassen, der KVen, der Krankenhäuser und der zuständigen Landesbehörde zusammensetzen. Ihre Aufgabe besteht darin, »Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte« abzustimmen. »Das Ergebnis der Abstimmung ist vom Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von den zuständigen Stellen bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten.« Die Entscheidungen im Großgeräteausschuß sollen »einvernehmlich« getroffen werden. Ist dies nicht möglich, geht die Entscheidungskompetenz auf die zuständige Landesbehörde über.

Die zweite wichtige Regelung findet sich in § 92 des neuen SGB V. Danach beschließt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien über die »Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten«. Hierbei »sind auch Regelungen über den Ausschluß der Vergütung solcher Leistungen zu treffen, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden«.

§ 92 hat somit die Selbstverwaltungslösung von 1986 rechtlich verankert; die Formulierung ist teilweise wörtlich aus den Großgeräte-Richtlinien übernommen worden. Wenngleich Bedarfsplanung und Vergütungsausschluß erstmals als gesetzlicher Auftrag festgeschrieben worden sind, handelt es sich also nicht um eine Neuregelung. Interessanter ist in dieser Hinsicht § 122. Dem Gesetzeswortlaut nach sind mit den Großgeräteausschüssen neue Planungsinstanzen gemeint, deren Zuständigkeit den Krankenhausbereich und die kassenärztliche Versorgung gleichermaßen umfaßt. Die Teilung der Planungskompetenz zwischen Landesbehörden und KVen wäre dadurch aufgehoben. Besonders hervorzuheben ist die Entscheidungs-

befugnis der Länder im Falle einer Nichteinigung: Erstmals wäre es staatlichen Behörden möglich, unmittelbar in die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Selbstverwaltung einzugreifen.

Inwieweit diese Lesart wirklich der aktuellen Rechtslage entspricht, ist allerdings schwer zu beurteilen. Nach amtlicher Begründung bestand das Ziel der neuen Vorschriften darin, die unterschiedlichen Normen der Großgeräteplanung zusammenzuführen. Im Ergebnis haben sie allerdings mehr Unklarheiten erzeugt als beseitigt. Mit § 122 SGB V wurden Neuregelungen in Kraft gesetzt, ohne die nach wie vor geltenden Bestimmungen des KHG anzupassen. Unklar ist vor allem, ob die Landesbehörde oder der Großgeräteausschuß die Verwaltungsakte mit Außenwirkung setzt, in welchem Verhältnis die im KHG ebenso wie im SGB V vorgesehenen Abstimmungsverfahren zueinander stehen und wessen Entscheidungen anfechtbar sind. In einem Gesetzeskommentar heißt es lapidar: »Es sind 3 Lösungen denkbar; keine läßt sich mit Gesetz und Gesetzesbegründung voll in Einklang bringen.«[24] Ähnlich verworren sind die Zuständigkeiten für die kassenärztliche Versorgung. Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat einerseits die Großgeräte-Richtlinien nach §92 SGB V, zugleich aber das Abstimmungsergebnis des Großgeräteausschusses nach § 122 zu beachten. Das GRG hat völlig offen gelassen, wo welche Entscheidungen getroffen werden und wer an wessen Beschlüsse eigentlich gebunden ist. Folge dieses Versäumnisses war u.a. ein offener Streit zwischen dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Dieser hatte die neuen, im Juni 1989 verabschiedeten Großgeräte-Richtlinien beanstandet, weil sie seiner Auffassung nach mit den Vorschriften des SGB V nicht zu vereinbaren waren. Außerdem kam es zu einer Reihe gerichtlicher Verfahren, in deren Verlauf die Gerichte widersprüchliche Auffassungen zu § 122 vertreten haben[25].

Mit dem GRG ist eine reichlich desolate Situation mit vielen offenen Fragen entstanden, deren Klärung wieder einmal der Praxis, d.h. der Einigung zwischen den Beteiligten auf Landesebene oder der gerichtlichen Auseinandersetzung vorbehalten bleibt. Über die Motive des Gesetzgebers kann man nur spekulieren. Es ist kaum anzunehmen, daß die Mängel des GRG auf Unkenntnis in der Formulierung gesetzlicher Vorschriften beruhen. Schon in den Beratungen des Gesetzes hat man eindringlich auf die fehlende Stringenz hingewiesen, Korrekturen sind jedoch nicht vorgenommen worden. Somit bleibt nur die Schlußfolgerung, daß der Gesetzgeber bewußt

auf halbem Wege stehen geblieben ist. Die Umorientierung zu einer wirksamen Gestaltung der Großgeräteplanung mit Hilfe der Gesetzgebung wurde letztlich nicht vollzogen.

Gerichtliche Einwände

Die innere Widersprüchlichkeit der neuen Gesetzeslage war zwar außerordentlich problematisch, als entscheidender Schwachpunkt erwies sich jedoch der Verzicht auf eine konkrete und detaillierte Rechtsgrundlage für die Großgeräteplanung im ambulanten Sektor. Dies war vorhersehbar; die politisch Verantwortlichen haben das Risiko entweder unterschätzt oder bewußt in Kauf genommen. Bereits anläßlich des Scheiterns der Gesetzentwürfe im Jahre 1986 wurde davor gewarnt, daß eine Selbstverwaltungslösung aufgrund fehlender gesetzlicher Absicherung ausgehebelt werden könnte[26].

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 1.10.1990[27]. Ein Kardiologe wollte die zuständige KV auf dem Rechtsweg dazu zwingen, die mit seinem Großgerät erbrachten Leistungen zu vergüten, obwohl das Gerät nicht als bedarfsgerecht anerkannt worden war. Die KV hatte die Vergütung unter Hinweis auf die Großgeräte-Richtlinien und die entsprechenden Regelungen des §25 Abs. 4 BMV-Ä verweigert. »Das Großgerät des Klägers«, so auch die Auffassung des BSG, »übersteigt – unstreitig – die für die Beklagte geltende Standortplanung.«[28] In Frage stand also nicht, ob die KV die vorhandenen Bestimmungen korrekt angewendet hatte, sondern die Rechtmäßigkeit dieser Bestimmungen selbst. Das BSG entschied zugunsten des Kardiologen und erklärte den Vergütungsausschluß für unzulässig. In der Begründung heißt es, daß Regelungen über den Vergütungsausschluß nicht, wie in den Großgeräte-Richtlinien vorgesehen, zwischen der KBV und den Bundesverbänden der Krankenkassen (BMV-Ä) vereinbart werden könnten. »Einen Auftrag dieses Inhalts zu erteilen, war der Richtliniengeber nicht ermächtigt.«[29] Beim Vergütungsausschluß handele es sich um eine Regelungsmaterie, die verfassungsrechtliche Fragen berühre, insbesondere die Freiheit der Berufsausübung. Hierzu bedarf es – so das BSG – einer konkreten gesetzlichen Ermächtigung, die den Entscheidungsrahmen genau definiert. Da eine solche gesetzliche Vorschrift nicht existiere, seien die Bestimmungen zum Vergütungsausschluß im BMV-Ä unwirksam[30].

Somit war das Sanktionsmittel, das die Bedarfs- und Standortplanung durchsetzungsfähig machte, schlagartig außer Kraft gesetzt.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschloß daraufhin eilig eine revidierte Fassung der Richtlinien, die die umstrittenen Regelungen nicht mehr delegierte, sondern selbst enthielt[31]. Die grundsätzlichen Bedenken des BSG gegenüber einer Selbstverwaltungsregelung ohne klare gesetzliche Absicherung waren damit allerdings nicht ausgeräumt. Entscheidend ist, daß das Gericht einen Zusammenhang zwischen der Großgerätenutzung einerseits und verfassungsrechtlich garantierten Freiheiten andererseits hergestellt hat. Ein Vergütungsausschluß setzt nach Aufassung des BSG »gänzlich neue, die Freiheit der Berufsausübung wesentlich beschränkende Strukturen«. Der Arzt büße die Freiheit der Wahl seiner technischen Geräte »in einem Ausmaße ein, das bis zur Verhinderung derjenigen Berufsausübung reichen kann, die als Facharzttätigkeit zwingend mit dem Einsatz eines solchen Gerätes verbunden ist, etwa als Radiologe oder Nuklearmediziner«[32].

Keine der bestehenden gesetzlichen Regelungen genügt der Forderung des BSG nach einer hinreichenden Absicherung solcher Maßnahmen, die die Nutzungsmöglichkeit eines Großgerätes im ambulanten Sektor einschränken. Dies gilt auch für §92 SGB V, in dem der Vergütungsauschluß erstmals gesetzlich verankert wurde. Das Gericht hat unmißverständlich darauf hingewiesen, daß es gegenüber der Rechtswirksamkeit dieser Vorschrift großen Zweifel hegt.

Die seither ergangenen Sozialgerichtsurteile haben sich der Auffassung des BSG weitgehend angeschlossen und damit eine Situation geschaffen, in der die Großgeräteplanung im ambulanten Sektor praktisch aufgehoben ist. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erklärte im Oktober 1991, daß die Genehmigungspflicht und der Vergütungsausschluß infolge der Rechtsprechung der Sozialgerichte nicht mehr durchgesetzt werden können[33]. Mittlerweile scheint sich die Tendenz zu verstärken, Großgeräte von vornherein zu bewilligen, um den wenig ausssichtsreichen und mit Prozeßkosten verbundenen Gang durch die Instanzen zu vermeiden. Schon wird die Befürchtung laut, daß sich die Zahl der ambulant betriebenen Computertomographen in absehbarer Zeit auf 600 Geräte verdoppeln könnte[34].

Stehen wir also vor dem Ende der Großgeräteplanung? Der einzige Ausweg aus der verfahrenen Situation scheint darin zu liegen, schleunigst nachzuholen, was schon seit zehn Jahren versäumt wurde: die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Großgerätesteuerung im ambulanten Sektor, die klare Kompetenzzuweisungen enthält und den besonderen ermächtigungsrechtlichen Anforderungen

genügt. Ob und wann der Gesetzgeber diesen Schritt vollziehen wird, ist allerdings völlig unklar. Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit Bedarfsplanung und Vergütungsausschluß in der kassenärztlichen Versorgung überhaupt noch eine Perspektive haben. Die Rechtsprechung jedenfalls tendiert dazu, die freie Anschaffung und Nutzung eines Großgerätes als ein Recht zu interpretieren, welches dem niedergelassenen Arzt durch die Verfassung garantiert ist. Folgt man der Argumentation des BSG, so wäre es angesichts der verfassungsrechtlichen Problematik opportun, auf das Sanktionsmittel des Vergütungsausschlusses ganz zu verzichten und auf andere Instrumente zurückzugreifen. Das aber wäre das definitive 'Aus' für die Großgeräteplanung. Eine Leistungsmengenbegrenzung mit Hilfe von Honorarverteilungsmaßstäben, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätskontrollen ist schwer genug zu realisieren; eine Bedarfs- und Standortplanung dürfte mit diesen Mitteln jedoch undurchführbar sein.

Schluß

Die Entwicklung der Großgeräteplanung ist ein Paradebeispiel für die Erfahrung, daß Steuerung im Gesundheitswesen ohne klares Konzept, ohne die rasche und konsequente Durchsetzung geeigneter Rahmenbedingungen früher oder später zum Scheitern verurteilt ist. Eine Politik, die sich in erster Linie durch Halbherzigkeit, Kompromißbereitschaft und allzu große Rücksichtnahme auf die Interessen der einzelnen Beteiligten auszeichnet, verfehlt zwangsläufig die angestrebten Ziele.

Es ging darum, die Verbreitung einer im stationären wie im ambulanten Sektor eingesetzten Technik zu steuern. Aufgrund der Finanzierungsstrukturen und der damit gegebenen Zuständigkeit der Länder war eine Planung im Krankenhausbereich relativ leicht durchzusetzen. Sollte aber auch der ambulante Sektor einbezogen werden, bedurfte es einer Intervention, die zwangsläufig mit einer Einschränkung der Dispositionsfreiheit niedergelassener Ärzte verbunden war. Darin bestand die zentrale politische Herausforderung für jedes Planungskonzept, denn hier drehte es sich um die Grundsatzfrage nach den Grenzen der kassenärztlichen Autonomie. Angesichts des Konfliktpotentials hat man sich dieser Herausforderung jedoch nicht gestellt, sondern abgewartet und auf Selbstregulierung gehofft: Die ersten gesetzlichen Vorschriften von 1982 haben auf eine wirksame Regelung für den ambulanten Sektor gänzlich verzichtet.

Planung setzte hier erst vier Jahre später ein, allerdings entstand mit der Selbstverwaltungslösung eine Schwachstelle, die sich bald als verhängnisvoll erweisen sollte. Das GRG schließlich scheiterte an mangelnder Stringenz und versäumte es zudem, die rechtliche Absicherung für die kassenärztliche Versorgung nachzuholen. Danach bereitete es kaum noch Schwierigkeiten, das bestehende Planungsinstrumentarium auszuhebeln.

Welche Konsequenzen sind zu erwarten, wenn Planung im ambulanten Sektor nicht mehr durchgesetzt werden kann? Für die Verbreitung von Therapiegeräten ergäben sich vermutlich keine besonderen Veränderungen, denn sie haben in der ambulanten Versorgung immer schon eine untergeordnete Rolle gespielt. Einige Diagnosegeräte mit relativ hohem Verbreitungsgrad, wie die Gamma-Kamera und Anlagen zur digitalen Subtraktionsangiographie, sind nach den neuen Großgeräte-Richtlinien nicht mehr genehmigungspflichtig. Betroffen wären daher in erster Linie Computer- und Kernspintomographen. Die folgende Tabelle illustriert die Verbreitung dieser Geräte seit 1982.

Computer- und Kernspintomographie: Entwicklung der Gerätezahlen

	Computertomographen		Kernspintomographen	
	amb.	stat.	amb.	stat.
1982	85	232	–	–
1984	113	248	6	12
1986	203	283	24	17
1988	263	331	37	41
1990	269	367	56	62
1991	304	396	79	77

Nach verschiedenen Quellen. Standorte unabhängig von den Eigentumsverhältnissen.

Es fällt auf, daß die Computertomographie im ambulanten Sektor ab 1988 in eine Phase der Stagnation eingetreten ist. Diese Entwicklung dürfte z.T. auf die Wirkung der Großgeräte-Richtlinien zurückzuführen sein, z.T. aber auch darauf, daß nach dem Geräteboom Mitte der 80er Jahre nur noch wenig Nachfrage vorhanden war. 1991 hat die Zahl der Geräte wieder kräftig zugenommen, und es steht zu erwarten, daß die Steigerungstendenz weiter anhält. Gerade in dieser Situation wären steuernde Eingriffe dringend erforderlich, um der ohnehin schon bestehenden Überversorgung entgegenzuwirken: Bereits 1990 lag die Zahl der CT-Geräte fast doppelt so hoch wie der Richtwert, der sich aus den Bedarfsannahmen der im gleichen Jahr verabschiedeten Großgeräte-Richtlinien errechnen läßt.

Unabsehbar wären ferner die Konsequenzen für die neuen Bundesländer, in denen die Großgerätediffusion noch am Anfang steht. Nach dem jetzigen Stand der Dinge scheint eine Neuauflage der alten Probleme – zu viele Geräte, zu hohe Leistungsmengen, regionale Ungleichgewichte – geradezu vorprogrammiert. Zusätzlich verschärft wird die Situation durch die chronische Finanznot der Landesbehörden, die zur Folge haben könnte, daß die Versorgungslandschaft maßgeblich durch Geräteanschaffungen im ambulanten Sektor geprägt wird. Wenn es daher nicht gelingt, eine wirksame Abstimmung zwischen beiden Versorgungsbereichen herzustellen, bestehen kaum noch Aussichten für eine sinnvolle Gestaltung des Leistungsangebotes.

Inwieweit sich die derzeitige Krise beheben läßt, bleibt abzuwarten. Es wäre allerdings ein bescheidenes Ergebnis, wenn nach zehn Jahren Planung nichts weiter bliebe als die Feststellung, daß die unkontrollierte Verbreitung medizinischer Großgeräte ein wenig verzögert wurde.

Korrespondenzanschrift:
Institut für Medizinische Soziologie der Universität
Domagkstr. 3 – W-4400 Münster

Anmerkungen

1 Angaben nach K.H. Graeve: Ganzkörper-»Scanner« – das Millionending, in: Die Krankenversicherung, Juli 1979, S.182-188.
2 Vgl. Die Ortskrankenkasse 61 (1979), S.688f.
3 Vgl. ebd.
4 Vgl. K.H. Graeve, a.a.O., S.186.
5 Vgl. Mitteilungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft Nr. 12 vom 3. Oktober 1979, S.2.
6 Vgl. H.J. Wirzbach: Computer-Tomographen: Nicht planlos irgendwo hinstellen, in: Der deutsche Arzt 30 (1980), Nr. 9, S.25f.
7 Vgl. J. Abshoff: Die Versorgung mit Computer-Tomographen im stationären Bereich am Beispiel Nordrhein-Westfalens, in: Das Krankenhaus 71 (1979), S.369-375.
8 Vgl. etwa das Urteil des Verwaltungsgerichtes Freiburg vom 28.8.1980, auszugsweise abgedruckt in: Das Krankenhaus 74 (1982), S.179f.
9 § 11a KHG Satz 1 (in der Fassung von 1984: § 10).
10 Vgl. § 17 KHG Abs. 3. Der Wortlaut dieser Vorschrift läßt die Interpretation zu, daß Kosten von nicht genehmigten Geräten zu berücksichtigen sind, sofern sie »wirtschaftlich« betrieben werden. Mit der Novellierung des KHG im Jahre 1984 wurde diese Möglichkeit grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Deckung über den Pflegesatz sollte danach allein von der ordnungsgemäßen Bewilligung durch die Landesbehörde abhängig sein.

11 R. Zuck: Die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte dargestellt am Beispiel des Computer-Tomographen, in: Medizinrecht 3 (1985), S.137-140, hier S.139.
12 BR-Drucksache 499/83.
13 BT-Drucksache 10/1625; vgl. auch R. ZUCK, a.a.O., S.140.
14 BT-Drucksache 10/1329.
15 Vgl. z.B. K. Faltlhauser: Medizinisch-technische Großgeräte – Staatliche Investitionslenkung? In: Arbeit und Sozialpolitik 1984, S.304-307.
16 Vgl. hierzu S. Kirchberger/K. Wingenfeld: Strukturdaten zur Leistungsentwicklung in der stationären und ambulanten Versorgung mit Großgeräten, Projektbericht, März 1990.
17 Vgl. N. Fischer: Medizinisch-technische Großgeräte. Ohne Planung und Steuerung geht es nicht, in: Die Ersatzkasse 1983, S.410-413.
18 Vgl. Medical Tribune vom 21.12.1984.
19 Vgl. Die Ortskrankenkasse 67 (1985), S.506f.
20 Beilage zum Bundesanzeiger Nr. 60 vom 27.3.1986.
21 §25 Abs. 4 BMV-Ä.
22 Vgl. S. Kirchberger/K. Wingenfeld, a.a.0., S.14f.
23 Vgl. BT-Drucksache 10/6099.
24 K. Brandecker u.a.: Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht. Kommentare, Wiesbaden 1976ff, hier: 3.1989, S.100a.
25 Vgl. E. Bruckenberger: Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte in der Bundesrepublik Deutschland, in: Das Krankenhaus 82 (1990), S.274-283 und 324-331, sowie P. Lubecki: Medizintechnische Großgeräte. Standortplanung nach dem GRG, in: Die Ortskrankenkasse 72 (1990), S.459-462.
26 Vgl. BT-Drucksache 10/6099, S.4.
27 Az.: 6 RKa 30/89.
28 Urteilsbegründung, S.9. 29. Ebd., S.11.
30 Vgl. ebd., S.15ff.
31 Abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 88 (1991), Ausgabe B, S.343f.
32 Urteilsbegründung, S.16f.
33 Vgl. P. Lubecki: Einsatz von Großgeräten. Neue Modelle gefordert, in: Die Ortskrankenkasse 73 (1991), S.492-495.
34 Vgl. ebd., S.493.

Cornelia Krause-Girth

Die ganz alltägliche Verführung

Zum Einfluß von Pharmaindustrie und Patienten auf ärztliches Handeln

Die Geschichte der Menschheit beginnt mit einer Verführung:

Aber die Schlange war listiger als alle Tiere auf dem Felde, die Gott der Herr gemacht hatte, und sprach zu dem Weibe: Ja sollte Gott nicht gesagt haben: ihr sollt nicht essen von allen Bäumen im Garten? Da sprach das Weib zu der Schlange: Wir essen von den Früchten der Bäume im Garten; aber von den Früchten des Baumes mitten im Garten hat Gott gesagt: Esset nicht davon, rühret sie auch nicht an, daß ihr nicht sterbet! Da sprach die Schlange zum Weibe: Ihr werdet keineswegs des Todes sterben, sondern Gott weiß: an dem Tage, da ihr davon esset, werden eure Augen aufgetan, und ihr werdet sein wie Gott und wissen, was gut und böse ist. Und das Weib sah, daß von dem Baum gut zu essen wäre und daß er eine Lust für die Augen wäre und verlockend, weil er klug machte. Und sie nahm von der Frucht und aß und gab ihrem Mann, der bei ihr war, auch davon, und er aß. (Die Bibel, 1.Mose 3)

Die erste Verführung war keine erotische. Hier ging es um die Illusion von Allmacht, die dazu verlockte das Verbotene zu tun – erst die Frau, dann den Mann. Erst die List der Schlange veränderte die Wahrnehmung und brachte ein unwiderstehliches Bedürfnis hervor, das Verbotene zu tun. Gibt es solche Situationen auch in der ärztlichen Praxis?

1. *Welche Rolle spielt Verführung in der Medizin?*

Der Schlangen gibt es viele und auch der Früchte. Die Produkte des medizinisch-industriellen Komplexes – Medikamente, Apparate – werden mit viel Verführungskunst angeboten, nicht ohne List und illusionäre Versprechungen. Wie wirksam diese Strategie ist, zeigen Analysen der Verschreibungspraxis von Arzneimitteln (z.B. Friebel 1985). Gemessen am empirisch gesicherten Erkenntnisstand muß ein großer Teil der Verordnungen als nicht zweckmäßig oder irrational bewertet werden. Es zeigt sich hingegen am Verordnungsverhalten eine hohe Übereinstimmung der Praxis mit den ungesicherten Behauptungen der Pharmaindustrie (Avorn u.a.1982, Krause-Girth 1989). Was sind die Ursachen so vieler »Fehl-Verordnungen«?.

Ist es die mächtige, listige Pharmaindustrie, die die Ärzteschaft verführt? Sind es die Patienten mit ihren Wünschen nach Medikamenten und Behandlung von Problemen, für die es keine medizinische Lösung gibt?

Die Befragung von Kolleginnen und Kollegen zeigte mir: Für den Arzt lauert die Verführung immer und überall. Die meisten scheinen dennoch sicher zu sein, daß sie nicht wirklich verführbar sind, schon gar nicht durch die Pharmaindustrie. Natürlich läßt man sich mal einen Kuli schenken oder ein Abschleppseil fürs Auto und natürlich genießt Mann die Untersuchung einer jungen hübschen und womöglich auch noch verliebten Patientin mehr als die einer depressiven, alten, übergewichtigen Dame, aber verführt – im Sinne eines Fehlverhaltens – werde Mann/Frau nicht. Die eigentlichen Behandlungsentscheidungen bleiben unberührt von den genußvollen und verführerischen Erlebnissen am Rande der Praxis – so das mir entgegenstrahlende ärztliche Selbstbild.

Dem widersprechen nicht nur harte Fakten, sondern auch der unüberhörbare Ruf vieler Standesvertreter nach »Qualitätssicherung« (was oft Qualitätsverbesserung meint) und die zunehmende Diskussion ethischer Fragen in der Medizin, sowie die Einrichtung von Ethik-Kommissionen, die sich mit dem Widerspruch von medizinischem Wissen und ärztlichem Gewissen befassen und auf einen erhöhten Patientenschutz zielen, insbesondere vor klinischen Versuchen der Pharmaindustrie.

Verführung erfolgt auf den verschiedensten Ebenen ärztlichen Tuns. Das Abrechnungssystem hat einen Einfluß auf die Qualität ärztlicher Leistungen (Abholz & Dreykluft 1983). Die Ausstattung einer Praxis mit technischen Geräten führt oft dazu, daß sie häufiger benutzt werden, als zur Behandlung unbedingt erforderlich ist (Postman 1992, Kirchberger 1986). Gerade bei invasiven diagnostischen Eingriffen wird immer häufiger im Interesse der Patienten gefordert, daß nicht der Arzt die Indikation stellt, der an einer technischen Untersuchung auch verdient. Für diese auch in renommierten Fachzeitschriften geführte Diskussion (z.B. im New England Journal of Medicine hinsichtlich der Koronarangiographie) ist das Wissen um die eigene Verführbarkeit (Bestechlichkeit?) eine Voraussetzung. Hinzu kommt, daß die medizinische Technologie selbst eine verführerische Kraft darstellt, die die gesamte medizinische Praxis verändert (Postman 1992), sodaß es nicht verwundert, daß auch im staatlichen britischen Gesundheitsdienst z.B. zuviele Röntgenuntersuchungen durchgeführt werden.

Von den vielen möglichen Feldern der Verführung werden im folgenden lediglich zwei näher betrachtet: der wenig kontrollierte Einfluß der Pharmaindustrie auf den Arzneimittelkonsum und die Wirkung der Patienten auf den Behandlungsprozeß.

2. *Irrationale Arzneitherapie – Gelungene Verführung durch die Pharmaindustrie*

Kritische Analysen der bundesrepublikanischen Verordnungspraxis haben eine vielfach nicht den wissenschaftlichen Standards und Therapieempfehlungen entsprechende Arzneitherapie belegt (Greiser und Westermann 1979; Langbein u.a. 1985, Reichelt 1987, Glaeske 1992). Einzelne Titel verdeutlichen schlaglichtartig die Ergebnisse: »Weniger ist mehr. Arzneimittelflut kontra rationale Arzneimitteltherapie« (Lemmer 1977) oder »Rationalität weitgehend Fehlanzeige« (Reichelt 1988).

Die Pharmaindustrie verkörpert in mächtiger Weise die Ideologie von der Behandelbarkeit jeglichen Leidens ohne Änderung von persönlichen, sozialen, politischen oder ökologischen Verhältnissen. Pharmaindustrie steht für die Reduzierbarkeit von Leiden auf Symptome, die medikamentös zu beseitigen sind. Sie steht für die Behandlung von Krankheiten statt Patienten und für die Illusion einer omnipotenten Medizin.

Ihre Werbestrategien haben etwas an sich von offener Bestechung. Die erwartete Gegenleistung ist klar, wird jedoch individuell und kollektiv eher verleugnet. Mit den Arzneimittelskandalen wuchs auch unter Patienten die Skepsis gegenüber Medikamenten und den sie unkritisch verordnenden Ärzten. Das öffentliche Ansehen der Pharmaindustrie ist in der Bevölkerung wie in der Ärzteschaft in den letzten Jahren gesunken (vgl. Rohrbacher 1988). Die Ärzteschaft sieht sich dabei jedoch eher als Opfer einer unkontrollierten Beeinflussungskampagne, durch die sie irregeführt, desorientiert und der öffentlichen Kritik ausgesetzt wird. Ihre Gegenwehr reicht – je nach politischer Orientierung und Interessenlage – von freundlichen Bitten (z.B. der Vorsitzende des Hartmann-Bundes Prof.Dr.Bourmer: »Meine Bitte ist darauf gerichtet, daß Ihre Pharma-Referenten, die uns regelmäßig, oft und auch hartnäckig besuchen, den Schwerpunkt ihrer Arbeit in einer wirklich fachlich-wissenschaftlichen Information sehen und nicht so sehr in den umsatzbezogenen oder kommerziellen Aspekten ihres Tuns.« Die Zeit vom 14.6.1985) und agressiven Vorwürfen (z.B. von Seiten des Geschäftsführers der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: »Eine Fülle von Arzneimittel-Herstellern bemüht sich mit gewaltigem Aufwand, den Arzt in ihrem Sinne zu beeinflussen, der, von sovielen Seiten gezogen, geschoben und die Irre geführt, in diesem Wirrwarr zuviel, zu teuer und zu unzweckmäßig verordnet« (AOK-Bundesverband 1985, zit.

nach Rohrbacher 1988), bis zur Forderung nach einer Positivliste, die dem Arzt die Beschränkung auf wirksame und therapeutisch relevante Medikamente unabhängig von den Informationen der Pharmaindustrie ermöglicht (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Presseerklärung vom 22.1.1992).

Der Einfluß ist offensichtlich, aber im einzelnen nicht bewußt. Daß die Ärzteschaft ihm unterliegt, beweisen die nach wie vor hohen Verordnungszahlen auch von unsinnigen oder obsoleten Präparaten (vgl. z.B. Deutsches Ärzteblatt 87, 1990, S.1798-1800). Von den 1990 verschriebenen Medikamenten im Gesamtwert von 21 Milliarden DM waren etwa 30 % unnötig und von zweifelhafter oder nicht nachgewiesener Wirkung.

Die Pharmaindustrie wendet für Pharmaberater, Muster und Arzneiwerbung etwa 5 Milliarden DM jährlich auf. Dieser regelmäßige Aufwand allein ist schon Beweis genug, daß er sein Ziel erreicht. Der Umsatz wird sichergestellt oder gesteigert. Nach einer der wichtigsten bisher veröffentlichten Studien hierzu (Coleman, Katz und Menzel 1966) – die meisten bleiben geheim – spielt der Pharmaberater eine überragende Rolle bei der Erstinformation über ein neues Medikament. Bei Durchlaufen der fünf empirisch ermittelten Stufen des ärztlichen Entscheidungsprozesses – Aufmerksamwerden, Interesse, gedankliches Ausprobieren, Anwendung oder Evaluation, Entscheiden – nimmt seine Bedeutung deutlich ab, während die Bedeutung von Kollegenkontakten wächst. Bei der langfristigen Entscheidung für ein Medikament scheinen letztlich die Informationen von Kollegen bzw. deren Verhalten in konkreten Fällen die größte Bedeutung zu haben (vgl. Fassold et al. 1968; Soumerai und Avorn 1990; Denig und Haaijer-Ruskamp 1988, Deber 1986). Demnach haben Pharmaberater die Fähigkeit, Ärzte dazu zu bringen, daß sie bestimmte neue Präparate ausprobieren. Damit sie sie jedoch dauerhaft in ihr Verordnungssortiment aufnehmen, ist die Überzeugung wichtig, daß die Kollegen dies auch tun. Je höher die Qualifikation eines Arztes (oder die kritische Einstellung gegenüber Medikamenten), desto unabhängiger ist das Behandlungsverhalten von den kollegialen Gepflogenheiten (vgl.z.B. Gruppen u.a. 1990, Chambers u.a. 1983).

Pharmaberater haben ein klares Ziel: Verkaufsförderung. Daran mißt sich ihr individueller Erfolg und ihr Einkommen. Den Ärzten dagegen – vor allem isoliert arbeitenden Ärzten – geht es um Informationen, wenn sie Pharmaberater empfangen (Hemminki 1977, nach Rohrbacher, S.150). Interessanterweise glauben die Ärzte selbst,

daß kommerzielle Quellen ihre Verschreibungen nicht bedeutend beeinflussen, entweder weil ihnen der Einfluß nicht bewußt wird oder weil sie es nicht eingestehen können. Bei einer Überprüfung der Selbsteinschätzung konnten Avorn u.a. (1982) die Beeinflußbarkeit durch Werbung belegen: Sie nahmen zwei Arzneimittelgruppen, denen wissenschaftliche Quellen Nutzlosigkeit bescheinigten und kommerzielle Quellen Wirksamkeit und Verläßlichkeit – durchblutungsfördernde Mittel (und Schmerzmittel vom Typ der Proproxiphene). 68 % der befragten Ärzte sagten, die Arzneimittelwerbung würde einen geringen Einfluß auf ihr Verschreibungsverhalten haben, 28 % gestanden einen moderaten Einfluß zu, 4 % fühlten sich stark beeinflußt. Für 62 % waren wissenschaftliche Abhandlungen sehr wichtig zur Urteilsbildung über Pharmaka, für 34 % mittelmäßig wichtig und für 4 % hatten sie einen minimalen Einfluß. Die danach bei den Ärzten erhobenen Angaben über die eingeschätzte Effektivität der oben genannten Arzneimittel zeigten das Gegenteil: 71 % (bzw. 49 % bei den o.g.Schmerzmitteln) stimmten der kommerziellen und nicht der wissenschaftlichen Auffassung zu, was die Wirksamkeit der Medikamente anging.

Für derartige Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzung und realem Verhalten gibt es zahlreiche empirische Belege. In einer Arzneiverordnungsstudie an 485 Dortmunder Kassenärzten von 1984 bis 1986 war »Erstaunen« die häufigste Reaktion, wenn den Ärzten die von den Beratern evaluierten persönlichen Verordnungsdaten vorgelegt wurden. Dort zeigte sich auch eine überraschend geringe Beständigkeit der arztindividuellen Arzneimittelsortimente während des 2-Jahres-Zeitraums. Von den 40 am häufigsten verschriebenen Fertigarzneimittel wurden zum Beispiel ein bis zwei Fünftel vom 1. bis zum 4. Quartal ausgewechselt. Als Grund wurde mehrmals der empfohlene Austausch von kostspieligen Fertigarzneimitteln gegen preisgünstigere wirkstoffgleiche Alternativpräparate genannt. Die Nachprüfung zeigte jedoch, daß nur 3 % der jährlichen Austauschquote dieser Ursache zugeschrieben werden können. »Auch evtl. Versuche, das arztindividuelle Sortiment schrittweise qualitativ zu verbessern, können die hohen Fluktuationsquoten nicht erklären. Wahrscheinlich werden ältere Präparate beim Vermarkten von neuzugelassenen Fertigarzneimitteln verdrängt, wobei die mit den älteren Mitteln gewonnenen therapeutischen Erfahrungen verlorengehen« (Friebel 1988, 1363). Diese Studie zeigt, daß individuelle ärztliche Arzneimittelsortimente eher zufällig als geplant und wissenschaftlich begründet zustandekommen, somit eher kommerziell

als rational begründet sind. Um therapeutische Erfahrung sammeln zu können, ist nicht nur ein konstantes, sondern auch ein begrenztes Arzneimittelsortiment Voraussetzung. Aber auch dies ist nicht die Regel: In der Dortmunder Studie versorgte der durchschnittliche Allgemeinarzt im 1. Quartal 1985 612 Patienten mit 579 verschiedenen Fertigarzneimitteln, der Internist 767 Patienten mit 585 verschiedenen Arzneimitteln. Ein Teil dieser Vielfalt kommt über die Patienten in die Praxis. Eine fundierte Nutzen-Risiko-Abwägung ist bei dieser Arzneimittelmenge nicht mehr möglich. Solange die Ärzte sich dieser eigenen Irrationalität nicht bewußt sind, ist die Basis für Beeinflussungen durch die Pharmaindustrie und ihre Vertreter vorhanden. Ihre Strategien beruhen auf differenzierten Untersuchungen ärztlicher Entscheidungsprozesse. Die gleichen Techniken von nicht kommerzieller Seite angewandt, sind geeignet, unzweckmäßige Verschreibungen und unnötige Arzneimittelkosten zu verhindern.

3. *Wie Ärzte Arzneimittel auswählen – Determinanten ärztlicher Entscheidungen*

Genaue Kenntnisse der Entscheidungsprozesse vermitteln exemplarisch drei neuere Untersuchungen: 1. Denig u.a. (1988) untersuchten eine Entscheidungsmodell für Arzneimittel, das die Komponenten ärztliches Verhalten, Normen und persönliche Erfahrungen einbezog. 196 Ärzte wurden gebeten, die Komponenten des Modells bei der Behandlung von irritablem Colon und Nierenkoliken durch jeweils drei Medikamente einzuschätzen sowie ihre Erwartungen bzgl. der Behandlungsergebnisse, der professionellen Akzeptanz, der Patientenbedürfnisse zu formulieren. Das Ergebnis:

Der Einfluß der Patientenbedürfnisse auf die Wahl eines bestimmten Arzneimittels erschien vernachlässigenswert zu sein....Erwartungen und Bewertungen des Behandlungsergebnisses beeinflußten die Wahl des Arzneimittels nur zum Teil. Für die Wahl eines Mittels gegen Nierenkoliken war die professionelle Umgebung wichtiger....Nur ein begrenzter Effekt kann von der Mitteilung technischer Informationen über das Mittel erwartet werden. Insbesondere Informationen über Kosten können die Verschreibungsweise nicht so leicht ändern, ohne daß gleichzeitig Werte und Normen verändert werden. Die Wichtigkeit der professionellen Umgebung impliziert, daß Fortbildungsprogramme in Gruppen effektiver sein könnten als individuelle Ansätze.(S.1381, Übersetzung der Verfasserin).

2. Das Interesse an der Frage, wie Ärzte ermutigt werden könnten, angemessene und kostengünstige Entscheidungen zu treffen, stimulierte die Arbeit von Soumerai und Avorn (1990). Dabei legten sie

die Theorien und Modelle zugrunde, nach denen die Pharmaindustrie erfolgreich ärztliches Verhalten beeinflußt. Zu den wichtigsten Methoden gehören:

- Durchführung von Interviews zur Erforschung des Basiswissens und der Motivation für das bestehende Verordnungsverhalten durch Interviews,
- Gezielte Programme für spezifische Arztgruppen und ihre Meinungsmacher,
- Definieren klarer Erziehungs- und Verhaltensziele,
- Herstellen von Glaubwürdigkeit durch eine respektierte institutionelle Identität, Bezugnahme auf autorisierte und objektive Informationsquellen und durch die Darstellung beider Seiten von kontroversen Inhalten (d.h. auch die Nachteile bestimmter Arzneimittel)
- Stimulation aktiver Teilnahme an Fortbildungsprogrammen
- Benutzen graphischen Materials
- Betonen und Wiederholen der essentiellen Botschaften
- Bereithalten positiver Verstärkung für verbesserte Praxis bei nachfolgenden Besuchen.

Die Identifizierung und Einbeziehung der »opinion leaders« ist eine der Schlüsselstrategien der Pharmaindustrie. Dabei handelt es sich um eine relativ kleine Gruppe ärztlicher Leitfiguren, die am besten in das medizinische Informationsnetz integriert sind und dadurch extrem einflußreich auf weniger gut integrierte Ärzte sind. Gelingt es, diese dazu zu bewegen, frühzeitig neue Arzneimittel anzuwenden, breitet sich dieses Verhalten über das informelle Netzwerk mit Hilfe der Pharmareferenten schnell aus. Die für die jeweilige Gruppe einflußreichsten Autoritäten gilt es auch dann zu gewinnen, will man die Qualität ärztlicher Entscheidungen verbessern. Die Autoren sind der Ansicht, daß ambulante Fortbildungsprogramme, die sich die auf der Verhaltenstheorie basierenden Techniken der Pharmaindustrie zunutze machen, die täglichen klinischen Entscheidungen erheblich verbessern und unnötige Kosten ersparen können.

3. Harris (1990) legt seiner Überblicksarbeit zu den Determinanten ärztlichen Verhaltens ein multifaktorielles Modell zugrunde, das Informationsprozesse, Interaktion mit verschiedenen Stimuli – z.B. auch finanzielle Anreize – und das Sozialverhalten, d.h. die Interaktion mit Gruppen- und Leitereinflüssen, berücksichtigt.

Entscheidungen sind hier das Ergebnis des Versuchs, die verschiedenen ärztlichen Rollen als ökonomischer Selbstversorger, als Patientenanwalt und als Verteiler knapper Ressourcen auszubalancieren

und die eigenen Bedürfnisse (Wünsche nach Einkommen, Anerkennung und Muße) und die eigene Praxis mit der der Kollegen und äußeren Anforderungen in Einklang zu bringen. Es gab viele Versuche, die variable Weise, in der Medizin praktiziert wird zu verändern. Die erfolgreichsten Ansätze zur Verbesserung des überaus variablen ärztlichen Verhaltens benutzten eine Vielzahl von gegenseitigen Belohnungssystemen und mußten ständig präsent sein. Je weniger eingreifend die Strategien, desto ineffektiver waren sie. Das nach Ansicht des Autors beste Modell für die Praxis ist eines, in dem Ärzte und Verwaltung Gruppenentscheidungen treffen, kontinuierlich Praxisstandards entwickeln und verbessern, miteinander reden und denken bevor sie handeln und für dieses Verhalten belohnt werden.

Ärztliche Entscheidungen, das legen die drei genannten Studien exemplarisch nahe, sind demnach weniger vom aktuellen Informationsstand oder konkreten Bedürfnissen der Patienten abhängig als von kollegialen Gepflogenheiten, Gruppennormen und dem Verhalten persönlich bedeutsamer Leitfiguren (opinion leaders). Danach wird auch verständlich, warum die Pharmaindustrie so großzügig gesellige Zusammenkünfte von Ärzten im Rahmen von Fortbildungen mit anschließenden opulenten Essen, Theater- oder Konzertbesuche und Kongreßreisen sponsort. Wenn es ihr gelingt, einige honorige Meinungsmacher unter die Teilnehmer zu mischen und auch die Gegenargumente anzusprechen, so ist ihr Einfluß schon fast gesichert. Zugleich steigern »diese Geschenke« paradoxerweise oft die Glaubwürdigkeit der Pharmaindustrie, weil keine Gegenleistung verlangt wird, die kommt später – wie von selbst.

Meine These ist, daß die Pharmaindustrie so erfolgreich ist, weil sie den einzelnen Arzt über die Gruppe verführt und an seinem Fortbildungsinteresse anknüpft. Für den Pharmaberater wie für die Pharmaindustrie ist der einzelne Arzt unwichtig, solange er nicht mit der Gruppe verbunden ist. Ihre Aktivitäten zielen darauf ab, über den einzelnen die Gruppe zu erreichen und über die Gruppe den einzelnen. Gerade dort, wo sich die Ärzte am meisten vor Verführung geschützt glauben, bei Fortbildungen in der vermeintlich objektiv urteilenden Gruppe von Kollegen, findet sie am stärksten statt!

4. *Die Verführung durch Arzneimittel am Beispiel Psychopharmaka*

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten, die für die Behandlung psychisch bedingter Erkrankungen in der Regel nicht

ausgebildet sind, verordnen mehr als drei Viertel aller Psychopharmaka. Besonders die Mittel sind sehr verbreitet, deren Indikationsbereiche weit und unspezifisch formuliert sind und von »Verlegenheitsdiagnosen« nur so wimmeln (z.B. vegetative Dystonie, psychasthenisches Leistungsversagen, neurasthenische Reizbarkeit, funktionelle Organstörungen). Wenn sich die Beschwerden schon nicht eindeutig zuordnen lassen, gibt es natürlich auch keine kausale Therapie. Die Pharmaindustrie bietet die Lösung, es erstmal mit einem unspezifisch wirkenden Psychopharmakon zu versuchen. Auch nicht erklärbare, nicht verstandene Leiden mit zweifelhaftem diagnostischem Etikett werden für medikamentös behandelbar erklärt. Der Arzt braucht so seine Inkompetenz und Hilflosigkeit nicht einzugestehen, der Patient braucht sich selbst nicht mehr um die Beseitigung seiner Leidensursachen bemühen, sondern hat die Möglichkeit, von der Krankenrolle Gebrauch zu machen, die Verantwortung abzugeben und vom Krankheitsgewinn zu profitieren. Aus dem unorganisierten Anfangsstadium, das den Patienten quälte und beunruhigte, ist eine organisierte Krankheit geworden. Arzt und Patient »wissen« jetzt, wie das Leiden heißt und was dagegen zu tun ist. Der Schrecken des Unbekannten ist verflogen, die Rollen sind festgelegt. Ab jetzt können sie nur noch schwer verändert werden, weil jede Veränderung als ein Schritt zurück zur unorganisierten Stufe von Beunruhigung, Furcht und Ungewißheit erscheint (Balint 1965). Wie unbeweglich eine solche erste Festlegung macht, wie folgenschwer die davon abgeleiteten Therapieversuche sind, zeigen die unsäglich langen und leidvollen Krankengeschichten medikamentenabhängiger Menschen oder die Patientenkarrieren von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen, die im Durchschnitt erst nach 9 bis 11 Jahren an die Fachleute überwiesen werden, die sich mit den Ursachen ihres Leidens auseinandersetzen und ihnen eine Therapie anbieten können .Die Aussichten auf Heilung sind dann jedoch denkbar schlecht (Uexküll 1989). Das zunehmende Wissen um die iatrogene Chronifizierung psychosozialer Leiden hat daran bis heute nichts geändert. Weiterhin endet durchschnittlich jeder Besuch bei einem niedergelassenen Arzt, auch wenn es sich um »Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs« (so der internationale Diagnosenschlüssel) handelt, mit der Verordnung mindestens eines Arzneimittels (Glaeske 1991). Die Ärzte folgen daher ganz offensichtlich mehr den unbegründeten Versprechungen der Pharmaindustrie – für jedes Leiden eine Pille – als den wissenschaftlichen Erkenntnissen ihres Faches.

Die nicht rational begründeten Psychopharmakaverordnungen (Krause-Girth 1989) weisen darauf hin, daß Ärzte die psychischen Leiden ihrer Patienten sehr wohl wahrnehmen, jedoch nicht in der Lage sind, sie adäquat zu behandeln. Allein die Existenz von Psychopharmaka, verstärkt durch die Form, wie sie vermarktet werden, verführt viele Ärzte dazu, sich »schwierige« Patienten mit Psychopharmaka vom Hals zu halten und sie zugleich als Dauerpatienten zu gewinnen: mit der Verordnung eines Medikamentes kann das Arzt-Patient Gespräch schnell beendet und die Beziehung trotzdem fortgesetzt werden. Das Arzneimittel ersetzt die persönliche Anwesenheit des Arztes, steht jedoch für eine verdinglichte Arzt-Patient-Beziehung, in der der Patient die Entscheidungen des Arztes ausführt – etwas mit sich machen läßt, für das er keine Verantwortung trägt. Solange er die Behandlung nicht verweigert oder beendet, bleibt er über das Arzneimittel an den Arzt gebunden in der Hoffnung, irgendwann Besserung zu erfahren. Auf diese Weise dienen insbesondere Psychopharmaka nicht selten der Entwicklung von Patientenkarrieren, statt der Linderung psychisch bedingten Leidens.

Es fragt sich, ob die Verordner hier wider besseres Wissen handeln oder selbst den Versprechungen der Pharmaindustrie erliegen. Studien zum Medikamentenmißbrauch legen letzteres nahe.

5. *Medikamente – verführerisch auch für Ärzte*

Medikamentenabhängigkeit ist unter Ärzten wesentlich verbreiteter als in der Normalbevölkerung: Die Suchtprävalenz ist bis zu dreißig mal höher als in der Normalbevölkerung (Heim 1986). Zwei neuere Untersuchungen aus der Harvard School of Public Health in Boston (McAuliffe u.a. 1986), erscheinen mir deshalb erwähnenswert, weil Ärzte und Medizinstudenten mit Pharmazeuten und Pharmaziestudenten verglichen werden, die ja zumindest einen gleich guten Zugang zu und vergleichbare Kenntnisse von Medikamenten haben. Das Ergebnis war, daß Ärzte und Medizinstudenten häufiger psychoaktive Medikamente selber einnahmen als Pharmazeuten und Pharmaziestudenten. Im einzelnen hatten 59 % der Ärzte und 78 % der Medizinstudenten schon mal psychoaktive Medikamente benutzt. Beide nahmen zur Erholung sehr oft Marihuana und Kokain und zur Selbstbehandlung Tranquilizer und Opiate. 25 % der Ärzte hatten sich mit psychoaktiven Medikamenten behandelt, 10 % benutzten sie zur Erholung, 10 % berichteten regelmäßige Medikamenteneinnahme und 3 % hatte eine Medikamentenabhängigkeit in der Vorgeschichte.

Zugleich berichtet eine nicht geringe Zahl von Ärzten und Medizinstudenten von Medikamentenmißbrauch in der Familie, Streß zu Hause und an der Arbeit, emotionalen Problemen und »sensation seeking«. Alle diese Faktoren korrelierten mit Medikamentenkonsum und erschienen in der Analyse eher als Ursachen denn als Folgen des Medikamentenmißbrauchs. Nun ist schon lange bekannt, daß Ärzte hinsichtlich ihrer Morbidität wie Mortalität eine besondere Risikogruppe darstellen und nicht die »Gesundheit« der Normalbevölkerung aufweisen. Es ist zu vermuten, daß nur ein Teil des Erkrankungsrisikos aus ungeeigneter Anpassung an die beruflichen Belastungen entsteht. Denn die Arztrolle eignet sich hervorragend für Menschen, die ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse und Selbstwertprobleme mit dem sog. »Helfersyndrom« abwehren (Schmidbauer 1977) und an die Heilkraft der Medizin glauben – zumal die Arztrolle hohe gesellschaftliche Anerkennung zu geben verspricht. Ärzte glauben, daß Patienten in ihnen eine wohlwollende Autorität sehen, deren Rat und Führung gefragt ist und die nicht nur in medizinischen, sondern auch in allgemeinen Lebensfragen immer kompetente Antworten kennt (Heim 1986, 449). Nach Ansicht der Ärzte ist der ideale (bundesrepublikanische) Arzt »gesund, klar, aktiv, beweglich, sympathisch, tatkräftig, konzentriert, hilfsbereit, geduldig« (Koch 1975). Demgegenüber ergab eine amerikanische Untersuchung (Searle 1981) mehrheitlich zwanghafte Persönlichkeitsstrukturen, das heißt Menschen mit erheblichen Selbstzweifeln, Schuldgefühlen und übertriebenem Verantwortungsbewußtsein. Eine Folge dieser Struktur kann die häufig gerade bei idealisierten Ärzten anzutreffende Arbeitswut sein, die dann selbst zur körperlichen Gesundheitsbelastung werden kann.

Wenn Ärzte schon in Bezug auf sich selbst zu »Scheinlösungen« und Verdrängungen mit medikamentöser Hilfe neigen, wen wundert es dann, daß sie auch ihren Patienten mit Medikalisierung begegnen? Das »professionelle Skotom« (von Uexküll), die Ausblendung nicht primär organisch bedingter Leidenszustände, wirkt sich auch auf die »Selbstbehandlung« aus. Für Menschen mit einem wenig stabilen Selbstwertgefühl sind Pharmaka verführerische Mittel zur Aufrechterhaltung der eigenen Omnipotenzphantasien, zur Selbstidealisierung und zur Verdrängung des real begrenzten Wirkungsspektrums.

6. *Der Einfluß der Patienten*

Drei Dinge machen die Medizin: die Krankheit, der Kranke und der Arzt. Alle Heilkunst aber ist vergebens, wenn der Kranke nicht mitwirkt mit seinem Arzt. (Paracelsus)

Einige amerikanische Untersuchungen zeigen, daß bis zu 90 % der ärztlichen Dienstleistungen primär von den Patienten bestimmt werden (Harris 1990). In hohem Maße scheinen Ärzte, z.B. bei der Arzneimittelverordnung, Patientenwünsche zu erfüllen (Cranz 1987). Bei einer Patientenbefragung in Wartezimmern von Praktischen Ärzten und Allgemeinmedizinern in Nordwürtemberg äußerten zwei Drittel die Absicht, beim Arzt einen konkreten Arzneimittelwunsch zu äußern. 84,3 % gaben an, daß alle ihre Wünsche erfüllt wurden, in 14,6 % der Fälle wurden die Wünsche teilweise und in 1,1 % nicht erfüllt (Zalewski 1984, zit. nach Winckelmann 1989).

Die Patienten haben einen unmittelbaren Einfluß auf die Gefühle und Entscheidungen des sie behandelnden Arztes. Die Placebo-Forschung hat gezeigt, daß eine positive emotionale Beziehung allein schon ausgesprochen therapeutisch wirkt. Im Rahmen einer solchen Beziehung werden dem Arzt Gefühle von Sympathie, Nähe bis zu starker Zuneigung und Idealisierung entgegengebracht, die nicht unbedingt durch die realen Fähigkeiten des Arztes begründet sind (positive Übertragung). Hier vermischen sich in der Regel Wünsche, Erwartungen und Projektionen früherer Beziehungserfahrungen miteinander. Die Übertragung negativer, feindseliger Gefühle und Erwartungen (negative Übertragung) kann eine erfolgreiche Therapie vollkommen verhindern. Dem Arzt ist es kaum möglich, auf die Übertragung nicht zu reagieren. Bei nicht ausreichender Selbstanalyse wird er häufig zum Mitagieren verleitet. Mit anderen Worten: Ist er nicht in der Lage, seine emotionalen Reaktionen auf den Patienten (Gegenübertragung) zu verstehen und für die Diagnose der Gesamtsituation zu nutzen, so kann sich leicht ein uneingestandenes gegenseitig verschleierndes Zusammenspiel (Kollusion) von Arzt und Patient entwickeln, das eine sinnvolle Behandlung sehr erschwert. Balint (1965) hat in seinem Buch »Der Arzt, sein Patient und die Krankheit« dafür viele Fallbeispiele gebracht.

Heinz Harald Abholz hat in ungewöhnlich offener Form und mit vielen Fallbeispielen geschildert, wie die Patienten ihn von seinem Anspruch einer rationalen Behandlung abbringen konnten (Abholz 1986, 1989). Dort wird deutlich, daß das Ernstnehmen des Patienten und der Anspruch, ganzheitliche Medizin zu praktizieren, im Widerspruch steht zu klinisch rationalen Therapieentscheidungen.

Problematisch und besonders anstrengend erscheint ihm an solchen patientenorientierten Handlungsweisen erstens die Subjektivität der ärzlichen Entscheidung, zweitens die Teilhabe des Patienten am Behandlungsprozeß und drittens die Anwendung von Placebo-Medizin.

Damit sind die wesentlichen Charakteristika einer psychosomatischen, im Unterschied zu einer biomedizinischen Herangehensweise, die den Körper eher als Maschine sieht, gekennzeichnet. Bei ersterem tut der Arzt etwas mit dem Patienten, bei letzterem macht er etwas am Patienten (d.h. der Maschine) (Weiner 1989).

Alle wissenschaftlichen Untersuchungen der multiplen Einflußfaktoren auf ärztliche Entscheidungen bestätigen das hohe Ausmaß subjektiver Faktoren. Compliance- wie Placebo-Forschung belegen, daß nur eine kooperative Arzt-Patient-Beziehung einen Therapieerfolg wahrscheinlich macht. Kommt es nicht zu einem von Arzt und Patient gemeinsam ausgehandelten Behandlungsplan, so haben die Patienten vielerlei Möglichkeiten, den Behandlungsvorstellungen des Arztes zuwiderzuhandeln. Mindestens ein Drittel aller Patienten halten sich nicht an die ärztlichen Verordnungen, bei symptomarmen oder chronischen Erkrankungen ist es sogar die Hälfte (Heim 1986).

Das Eingehen auf Patientenbedürfnisse, die mit wissenschaftlich begründeten Therapieverfahren nichts zu tun haben, nennt der Allgemeinmediziner Abholz Placebo- oder Humbug-Medizin. Auch wenn er seine eigene Bereitwilligkeit zu dieser Art von Medizin als gering einstuft, schätzt er den Anteil seiner Patienten, die ihn dazu verführen, dennoch in dieser Weise Medizin zu betreiben, auf ein Fünftel. Er gibt damit ein eindrucksvolles Beispiel für die Einflußnahme von Patienten auf ärztliche Entscheidungen. Interessanterweise werden solche eher patientenorientierten Behandlungsweisen in (nicht psychosomatischen) medizinischen Fachzeitschriften selten dokumentiert und das schlechte Gewissen darüber scheint groß.

So wundert es auch nicht, daß sexuelle Gefühle in der Arzt-Patient Beziehung in der medizinischen Fachliteratur kaum thematisiert werden, sondern Spezialdisziplinen wie Sexualwissenschaft und Psychoanalyse vorbehalten bleiben. Die Abwehr sexueller Gefühle und Wünsche bewirkt jedoch oft unangemessenes oder sogar zynisches professionelles Verhalten. Amendt's Analyse der gynäkologischen Praxis dokumentiert beispielhaft, zu welch erniedrigenden und sadistischen Handlungsweisen gegenüber Patientinnen Verleugnung oder Ausagieren sexueller Wünsche führen kann:

Da werden weitgehend sprachlos Verführungen inszeniert, Unterwerfung durchgesetzt, Verantwortung delegiert oder weggenommen, da werden folgenreiche Entscheidungen

getroffen, die sich medizinisch geben, es aber keineswegs sind. ... In Wirklichkeit treffen Männer in der Gynäkologie auf weite Strecken Entscheidungen, die frei sind von jeglicher medizinischer Notwendigkeit, dafür aber angefüllt mit männlichen Ideologien über die Frau, dem Drang, sie zu beherrschen und die eigene Angst vor ihnen ungeschehen zu machen. Angriff und Übergriff sind vorherrschende Formen der Kommunikation...(Amendt 1985,S.16f.)

Solche Probleme werden in der medizinische Weiterbildung kaum zum Thema. Sie orientiert sich nach wie vor an einer eher idealisierten Abfolge von rational analytischer Diagnostik und daraus abgeleiteten Behandlungsindikationen. Sie zielt vorrangig darauf ab, den Arzt zur rationalen Berücksichtigung von immer mehr Informationen zu bewegen (Priebe 1989, S. 132), nicht jedoch auf die Fähigkeit zur Entwicklung einer tragfähigen und womöglich heilsamen therapeutischen Beziehung. Dabei hat sich gezeigt, daß eine bloße Rückmeldung über die Angemessenheit einer getroffenen Entscheidung zukünftige Entscheidungen nicht so sehr zu verbessern vermag, wie eine Rückmeldung des verwendeten Entscheidungsmodells, bei der für den Einzelnen erkennbar wird, welche Schlüsselreize, welche Gefühle und Wahrnehmungen letztlich zu der jeweiligen Entscheidung führten. Auch in der unmittelbaren Supervision wird deutlich, daß in hohem Maße gefühlshafte Aspekte und ganzheitliche Betrachtungen der Situation für ärztliches Handeln bedeutsam sind. Ein Modell der reinen Rationalität entspricht einfach nicht der Realität und läßt außer acht, daß zweckmäßige Behandlungsentscheidungen oft nicht nach ausschließlich rationalen Kriterien erfolgen. Die Einbeziehung subjektiver Faktoren im Rahmen einer psychosomatischen Behandlungsweise ist somit nicht gleichzusetzen mit irrationalen Behandlungsentscheidungen. Als irrational werden in vorliegenden Zusammenhang nur solche Entscheidungen bezeichnet, bei denen den Akteuren selbst weder die Entscheidungskriterien bekannt noch bewußt ist, daß sie nicht rational und zweckmäßig im Patienteninteresse handeln.

7. *Ausblick: Verführung individuell und kollektiv bearbeiten*

Mir scheint, irrationale Behandlungsentscheidungen und Verschreibungen sind eine Erscheinungsform eines dysfunktionalen Medizinsystems, das seinen gesellschaftlichen Auftrag (der Wiederherstellung von Gesundheit) bei zunehmenden chronischen Leiden weniger erfüllt und sich dadurch die Kritik von Seiten der Kostenträger wie der Patienten zuzieht. Die vielfach beschriebene Krise der Medizin

ist ein Ergebnis ihres methodischen Reduktionismus, durch den sie psychischen und sozialen Einflüssen weniger Gewicht beimißt als chemischen, physikalischen und mikrobiologischen Faktoren. Die naturwissenschaftliche Theorielastigkeit der Ausbildung, die fehlende Vorbereitung auf die realen Probleme der Praxis, die Einseitigkeit so mancher Therapieempfehlungen tun ein Übriges.

Die Tatsache, daß Ärzte in der Praxis den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen ihres Faches häufig zuwiderhandeln, könnte einmal Ausdruck ihres unbewußten Widerstandes gegen eine den praktischen Anforderungen nicht genügende Wissenschaft Medizin sein, es könnte aber auch schlicht Folge ihrer Verführbarkeit sein.

Im ersten Fall wären die Ärzte besser als die Medizin, die sie gelernt haben. Sie hätten den (aus psychosomatischer Sicht) längst fälligen Paradigmawechsel in der Praxis vollzogen.

Im zweiten Fall stünden sie da als schwache Persönlichkeiten, die ihren eigenen Bedürfnissen, den Suggestionen der Pharmaindustrie und dem Erwartungsdruck der Patienten eher folgen als den wissenschaftlichen Erkenntnissen ihres Faches.

»Die Aufhellung der Blindheit für das eigene Verhalten des Arztes gehört wohl zu den schwierigsten Lernvorgängen in der gesamten Medizin«. Zu diesem Ergebnis kam Alexander Mitscherlich vor 25 Jahren in einem Artikel zur Zusammenarbeit von Psychoanalytikern und niedergelassenen Ärzten. Er schrieb damals: »Angesichts der gesellschaftlichen Änderungen, die sich seit einem Jahrhundert vollziehen, kann man es als ganz gewiß angesehen, daß die Ärzte um die Arbeitsaufwendung, sich selber besser zu verstehen, um die Kranken besser verstehen zu können, auf die Dauer nicht herumkommen werden« (Mitscherlich 1965). Jahre später kann man feststellen, daß die deutsche Ärzteschaft immer noch große Probleme mit selbstkritischen Analysen hat und oft erst unter großem äußerem Druck bereit ist, die eigenen Reaktionsbereitschaften zu überprüfen.

Die Verführbarkeit ist auch Ausdruck ihrer Menschlichkeit. Verführung zu vermeiden, scheint kaum möglich. Es geht vielmehr darum, ein Bewußtsein von der eigenen Verführbarkeit zu gewinnen und sich bewußt mit den wechselseitigen Abhängigkeiten auseinanderzusetzen, um in der Beziehung zum Patienten verantwortungsvoll handeln zu können. Auf der individuellen Ebene ist dies z.B. durch Supervision möglich. Am System ändert sich dadurch zunächst nichts. Die Ärzteschaft und ihre Organisationen müssen auch kollektiv gegen die täglichen Verführungsquellen, wie Pharmareferenten, Pharmawerbung und Industriegesponserte Fortbildung

Stellung beziehen. Radikale selbstkritische Analysen auf der Basis empirischer Feldstudien und vergleichender Arzneimittelepidemiologie sind nötig.

Korrespondenzanschrift:
Psychosoziale Ambulanz der Universitätsklinik
Theodor-Stern-Kai 7 – W-6000 Frankfurt

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H. (1986): Das Besondere der Allgemeinmedizin. Argument-Sonderband AS 131, S.69-89

Abholz, H.-H. (1989): Problematische Auswirkungen von Ganzheitlichkeit in der Allgemeinmedizin. Argument-Sonderband AS 162, S.129-147

Abholz, H.-H., H.R. Dreykluft (1983): Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. Argument-Sonderband 102, S.5-22

AOK-Bundesverband der Ortskrankenkassen – BdO (1985): Dokumentation Pharma-Marketing I und II, Bonn, zit. nach Rohrbacher 1988

Amendt, G. (1985): Die bevormundete Frau oder Die Macht der Frauenärzte. Frankfurt, Fischer Verlag

McAuliffe, W.E., Roman M., Santangelo S., Feldman B. u.a. (1986): Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. New England Journal of Medicin 315 (13), 805-810

McAuliffe, W.E., Santangelo S., Magnusson, E. u. Sobol A. et al. (1987): Risk factors of drug impairment in random samples of physicians and medical students. Internat. Journal of the Addictions 22 (9), 825-841

Avorn J., Chen M., Hartley R. (1982): Scientific versus Commercial Sources of Influence on the Prescribing Behaviour of Physicians. Am. Journal of Medicine 73, 4-8

Balint, M. (1957): Die Gruppenkonferenz. In: Die Methode der Balint-Gruppe. Hg.:C.Nedelmann, H.Ferstel. Stuttgart, Klett-Cotta, 1989

Balint, M. (1965): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart, Klett.

Chambers, C.D., White, O.Z., Lindquist, J.H. (1983): Physician attitudes and prescribing practices: A focus on minor tranquilizers. Journal psychoact.Drugs 15 (1-2), 1983, S.55-59

Coleman, J.S., Katz, E., Menzel, H. (1966): Medical Innovation: A Diffusion Study, Indianapolis

Cranz, H. (1987): Selbstmedikation – Analysen und Perspektiven. Stuttgart, Wiss. Verlagsgesellschaft mbH.

Deber, R.B. (1986): The determinants of treatment choice in end-stage renal disease: can we generalize about decision making from specific studies? Med. Decision Making, 6 (4) 231-238

Denig, P., Haaijer-Ruskamp ,F.M. (1988): How physicians choose drugs. Soc. Science Medicin, 27 (12) 1381-1386

Fassold, R.W., Gowdey, C.W. (1968): A survey of physicians' reactions to drug promotion. Canadian Medical Association Journal 98, 701

Friebel, H. (1985): Kassenärztliche Arzneiverordnung – Ist sie rational? Dt.Ärzteblatt 85, Heft 27, S.1362-1363

Glaeske, G. (1991): Doctor's little helper. Psychosomatische Erkrankungen – Indikation für Psychopharmaka? mabuse 71, S.58-62

Glaeske, G. (1992): Arzneimittelstatistik 1990. In: Jahrbuch Sucht 92 Hg.: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. Geesthacht, neuland

Greiser, E., Westermann, E. (1979): Verordnungen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen 1974 und 1976. Hg.: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Gruppen, L.D., F.M. Wolf, J.K. Stross (1990): Physician Practice Characteristics as a Context for Primary Care Treatment Decision Making: A Preliminary Study. Academic Medicine, Vol.65(9), S.9-10.

Harris, J.S.: Why Doctors Do What They Do: Determinants of Physician Behavior Journal of Occupational Medicine, Vol.32 (12), S.1207-1220

Heim, E. (1986): Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Heim, E., Willi, J.: Psychosoziale Medizin 2. Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, S.444-501

Hemminki, E. (1977): Content analysis of drug-detailing by pharmaceutical representatives. Medical Education 11 (3), 210-215

Krause-Girth, C. (1989): Schein-Lösungen. Die Verschreibungspraxis von Psychopharmaka. Bonn, Psychiatrie-Verlag

Koch, U. (1975): Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen. Psychologie heute 76, S.13-17

Langbein, K., Martin, H.-P., Sichrovsky, P., Weiss, H. (1983): Bittere Pillen. Köln, Kiepenheuer und Witsch

Lemmer, B. (1977): Weniger ist mehr – Arzneimittelflut kontra rationale Arzneimitteltherapie. In: Argument-Sonderband 17, S.28-34

Mitscherlich, A. (1965): Zur Zusammenarbeit von Psychoanalytiker und niedergelassenem Arzt in der Praxis. Ärztliche Praxis 17, 1495, 1511-1516

Postman, N. (1992): Das Technopol. Die Macht der Technologien und die Entmündigung der Gesellschaft. Frankfurt/M., S. Fischer Verlag

Priebe, S. (1989): Ärztliche Entscheidungsprozesse. In: Werden zu viel Psychopharmaka verbraucht? Hg.: K. Heinrich u.a. Stuttgart, Thieme, S.126-134

Reichelt, H. (1987): Fragwürdige Arzneitherapie verschlingt Milliardenbeträge. In: Die Krankenversicherung 39, 130-133

Reichelt, H. (1988): Rationalität weitgehend Fehlanzeige. Daten zur Arzneitherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Argument-Sonderband 155, S.82-99

Rohrbacher, R. (1988): Soziologie der Pharma-Beratung. Ein Beitrag zur Theorie und Empirie einer persönlichen Dienstleistung. Berlin, Verlag Peter Lang

Schmidbauer, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Hamburg, Rowohlt

Searle, M. (1981): Obsessive-compulsive behavior in american medicine. Br. Med. J. 15, S.185-191

Soumerai, S.B., Avorn J. (1990): Priciples of educational outreach (»academic detailing«) to improve clinical decision making. JAMA 263 (4) 549-556

van Uexküll, Th. (1989): Patientenkarrieren. In: Die Methode der Balint-Gruppe (Hg.): C. Nedelmann, H. Ferstl. Stuttgart, Klett-Cotta

Weiner, H. (1989): Eine Medizin der menschlichen Beziehungen. Psychother.med. Psychol.39 (1989), S.96-102

Winckelmann, H.J. (1989): Selbstmedikation und der therapiebestimmende Patient. In: Werden zu viele Psychopharmaka verbraucht? Hg.: K. Heinrich, M. Linden, B. Müller-Oerlinghausen. Stuttgart, Thieme Verlag

Zalewski, T. (1984): Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Asgard, Sankt Augustin

Über die Autorinnen und Autoren

Hofmann, Werner, geb. 1957, Sozialwissenschaftler, seit 1988 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, seit 1990 Studiengangskoordinator des neugegründeten Ergänzungsstudienganges »Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen«.

Henkel, Dieter, geb. 1944; Prof. Dr. phil. Dipl-Psych. Professor für Psychologie im Fachbereich Sozialarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Arbeitsgebiete: Theorien der Sucht, psychologische Arbeitslosenforschung, Psychiatrie im deutschen Faschismus.

Jensen, Thor Oivind, geb. 1951; Politik-Wissenschaftler, Associate Professor am Institute of Administration and Organization Theory, University of Bergen, Norwegen. Projekt-Leiter beim Center for Social Research, University of Bergen. Veröffentlichungen und Projekte: Arzneimittelpolitik; Bürger und Bürokratie; Gesundheitspolitik; Konsumentenschutz bei Dienstleistungen.

Krause-Girth, Cornelia, geb. 1951; Dr. med., Dipl.-Psychologin. Akademische Rätin an der Universitätsklinik Frankfurt, Leiterin der dortigen Psychosozialen Ambulanz. Schwerpunkt Psychopharmakaverordnungen, Analytische Einzel- und Gruppentherapie.

Niehoff, Jens-Uwe, geb. 1947. Prof. Dr. sc. med. Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité). Arbeitsgebiete: Epidemiologie, Sozialmedizin, Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung, gesundheitspolitische Analysen.

Rosenbrock, Rolf, geb. 1945; Priv.-Doz. Dr. rer. pol., Leiter der Forschungsgruppe 'Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik' im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); zahlreiche Veröffentlichungen zur Gesundheits- und Sozialpolitik. Mitglied der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages zu 'Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung'und 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung'; Interessengebiete: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod; Präventionspolitik; Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt; Aids; Arzneimittelpolitik.

Schmacke, Norbert, geb. 1948. Dr. med., Arzt für Innere Medizin, Öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. Seit 1983 Abteilungsleiter im Gesundheitsamt Bremen. Arbeitsgebiete: Geschichte der deutschen Psychiatrie und NS-Rassenhygiene, Geschichte der Seuchenhygiene, Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik.

Schneider, Frank, geb. 1962. Dipl.-Med. Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité). Arbeitsgebiete: Sozialepidemiologie, Umweltepidemiologie, Präventionsforschung, gesundheitspolitische Analysen.

Schwartz, Friedrich Wilhelm, geb. 1943. Prof. Dr. med. Studium der Medizin, Philosophie und Soziologie, von 1974-1985 Leitung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Köln, seit 1985 Professor für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, mehrere Jahre Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Schwarzkopf, Hubertus von, geb. 1950. Dr. med. Leiter der Aids-Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Bremen seit 1986. Langjährige Erfahrungen im Gesundheitswesen der »Dritten Welt«. 1980-83 Entwicklungshelfer im Aufbau und der Versorgung einer Gesundheitsstation im Norden Nikaraguas. Zeitschriftenaufsätze zu Aids und Gesundheitspolitik.

Wingenfeld, Klaus, geb. 1960. Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Münster. Arbeitsgebiete: Medizintechnik, Belastungsfaktoren in der Krankenpflege.

Kritische Medizin

Veröffentlichungen seit 1976

Jahrbuch Kritische Medizin

Jahrbuch für Kritische Medizin 1 (AS 8)
Jahrbuch für Kritische Medizin 2 (AS 17)
Jahrbuch für Kritische Medizin 3 (AS 27)
Jahrbuch für Kritische Medizin 4 (AS 37)
Jahrbuch für Kritische Medizin 5 (AS 48)
Jahrbuch für Kritische Medizin 6 (AS 53)
JKM 7: Organisierung zur Gesundheit (AS 73)
JKM 8: Pflege und Medizin im Streit (AS 86)
JKM 9: Arbeit, Frauen, Gesundheit (AS 107)
JKM 10: Krankheit und Ursachen (AS 119)
Jahrbuch für Kritische Medizin 11 (AS 131)
JKM 12: Medizin, Moral und Markt (AS 146)
JKM 13: Praxis der Gesundheitsbewegung (AS 155)
JKM 14: Gesundheitspol. zw. Steuerung u. Autonomie (AS 186)
JKM 15: »Gesundheitsreform« und die Folgen (AS 190)
JKM 16: Das Risiko zu erkranken (AS 193)
JKM 17: Rationierung der Medizin (AS 196)

Weitere Veröffentlichungen

Argumente für eine soziale Medizin (AS 30)
Prävention. Argumente f.e.soz. Medizin (AS 64)
Alternative Medizin (AS 77)
Ambulante Gesundheitsarbeit (AS 102)
Wie teuer ist uns Gesundheit? (AS 113)
Umweltmedizin (AS 125,)
Medizin und Technologie (AS 141)
Fremde Nähe. Festschr. f. Erich Wulff (AS 152)
Grenzen der Prävention (AS 178)
Chronische Krankheit: ohne Rezepte (AS 182)
Der ganze Mensch und die Medizin (AS 162)
Dieter Borgers: Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft

Bestellschein

an: Argument-Ariadne Vertrieb · Reichenberger Straße 150 · 1000 Berlin 36
oder an Ihre Buchhandlung

Wichtiger Hinweis:

Der Einzelband *Kritische Medizin* kostet 21,50 DM
Der Abonnementspreis beträgt dagegen pro Band unverändert 16,50 DM (zuzüglich 1,00 DM Versandkosten)
Deswegen sollten Sie sich entschließen, die Reihe *Kritische Medizin* zu abonnieren (Preisvorteil pro Band 5,00 DM). Allen Abonnenten wird der neue Band unmittelbar nach Erscheinen zugestellt.

***Kritische Medizin* im Abonnement**

Hiermit abonniere ich die Reihe *Kritische Medizin* (2 Bde pro Jahr) zum Preis von 35,00 DM pro Jahr (incl. Versandkosten)

ab sofort ☐

ab Nr. .....

Hiermit bestelle ich

aus der Reihe *Kritische Medizin* die Argument-Sonderbände Nr.

☐ 162 Der ganze Mensch und die Medizin (DM 18,50)
☐ 182 Chronische Krankheit: Ohne Rezepte (DM 18,50)
☐ 186 Gesundheitspolitik zur Steuerung und Autonomie (JKM 14)
☐ 190 »Gesundheitsreform« und die Folgen (JKM 15)
☐ 193 Das Risiko zu erkranken (JKM 16)
☐ 196 Rationierung der Medizin (JKM 17)

Name, Vorname

Straße/Ort (PLZ)

Datum/Unterschrift