Jahrbuch für Kritische Medizin 15

»Gesundheitsreform« und die Folgen

Argument

Das Argument-Konzept

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Argument-Verlag Berlin/Hamburg

Kritische Medizin im Argument

Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 15

»Gesundheitsreform« und die Folgen

mit Beiträgen von
Heinz-Harald Abholz, Gerhard Bäcker, Petra Botschafter, Eberhard Göbel, Beate Guthke, Hagen Kühn, Uwe Lenhardt, Lothar Lißner, Ulrich Mergner, Martin Moers, Hartmut Reiners, Franz Schafstedde, Volker Wanek, Klaus Wittmaack-Kay

Argument-Sonderband AS 190

Redaktion dieses Bandes:
Dr.med. Heinz-Harald Abholz, Dr.med. Dieter Borgers, Dr.med. Christian Gaedt, Dr.med. Here Klosterhuis, Dr.rer.pol. Hagen Kühn, Andreas Reichelt, 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 1990
Verlag: Rentzelstraße 1, 2000 Hamburg 13, (040) 45 60 18
Redaktion: Onkel-Tom-Straße 64a, 1000 Berlin 37, (030) 813 50 24
Umschlag: Johannes Nawrath, Hamburg
PC-Texterfassung durch die Autoren/Autorinnen
Konvertierung: Fotosatz Barbara Steinhardt, Berlin
Druck: alfa Druck, Göttingen

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek
»Gesundheitsreform« und die Folgen /
mit Beitr. von Heinz-Harald Abholz ... — Berlin ; Hamburg : Argument-Verl., 1990
(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd.15)
(Das Argument : Argument-Sonderband ; AS 190)
ISBN 3-88619-190-7
NE: Abholz, Heinz-Harald [Mitverf.]; 2. GT

Editorial 5

»Gesundheitsreform« und die Folgen

Heinz-Harald Abholz
Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des »Gesundheitsreformgesetzes« 7

Hartmut Reiners
Bericht der Enquetekommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« — außer Spesen nichts gewesen? 16

Hagen Kühn
»Privat oder Kasse?« — Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung 31

Gerhard Bäcker
Pflegenotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit — ein weiterhin ungelöstes Problem 46

Volker Wanek/Uwe Lenhardt
EG-Binnenmarkt und Arzneimittelpolitik
Medikamentenversorgung zwischen einzelstaatlicher und supranationaler Regulierung 64

* * *

Franz Schafstedde
Zur Bedeutung chronischer Krankheiten
Die Rolle des Todes und die Frage nach dem »Sinn« im metaphorischen Denken über chronische Krankheiten 79

Klaus Wittmaack-Kay
Studentische Positionen zu Prüfungen im Medizinstudium vor Verabschiedung der Approbationsordnung für Ärzte 1970 .. 111

Krankenpflege

Petra Botschafter/Martin Moers
Pflegewissenschaft und Pflegenotstand
Einrichtung eines Studienganges »LehrerIn der Pflege« an der Freien Universität Berlin? 123

Ulrich Mergner
Arbeitsbelastung in der Krankenpflege: oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen . 140

Diskussion

Eberhard Göbel/Beate Guthke
Anmerkung zum Aufsatz von Hagen Kühn »Gesundheitsförderung und Interessenvertretung. Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung« (Jahrbuch f. Kritische Medizin 14) 167

Lothar Lißner
Anmerkung zum Aufsatz von Beate Guthke und Eberhard Göbel »Gesundheit — ein Stiefkind der Arbeitskultur« (Argument Sonderband 162) 170

Über die Autorinnen und Autoren 176

Editorial

Die BenutzerInnen dieses Bandes finden zum Schwerpunktthema Aufsätze, die sich auf der Ebene der Finanzierung gesündheitlicher Leistungen, des Pharmamarktes und der Steuerung ärztlicher Leistungen mit der Entwicklung des Gesundheitswesens unter den Bedingungen der Blümschen »Gesundheitsreform« bzw. des sich abzeichnenden »europäischen Binnenmarktes« beschäftigen.

Reiners zieht ein kritisches Resümee der Arbeit der Enquete-Kommission zur GKV, *Kühn* gibt eine Bestandsaufnahme der zunehmenden Rolle der privaten Krankenversicherungen, während *Bäcker* mit der Darstellung der Auseinandersetzung um eine Pflegeversicherung auch als ergänzende Lektüre zum letzten Heftschwerpunkt (Chronische Krankheit, AS 182) zu lesen ist.

Abholz analysiert die mit dem Gesundheitsreformgesetz gegebenen Steuerungsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen vor dem Hintergrund der widersprüchlichen Beziehung zwischen gesellschaftlichem Steuerungsinteresse und sinnvoller Arzt-Patient-Beziehung. *Lehnhardt* und *Wanek* geben in ihrer materialreichen Untersuchung einen Ausblick auf die künftige Regulierung der Arzneimittelversorgung im Rahmen des »EG-Binnenmarktes«.

In Fortsetzung des Themenschwerpunktes des letzten Bandes untersucht *Schafstedde* den Bedeutungsaspekt bei der Bewältigung chronischer Krankheiten, wobei einerseits die Auseinandersetzung mit der Coping-Forschung, andererseits das Problem metaphorischer Denkformen im Zentrum stehen. *Wittmaack-Kays* Beitrag zur historischen Genese des jetzigen MC-Prüfungssystems zeigt auf, wie studentische Forderungen in einem Prozeß der Durchsetzung vor allem professoraler Partikularinteressen und begünstigt durch die Diskontinuität der studentischen Positionen auf die heutigen Zustände hin pervertiert wurden.

Neues zur Arbeitsbelastung im Krankenpflegebereich und zur Auseinandersetzung um die Einrichtung eines Studienganges »LehrerIn in der Pflege« bieten die Aufsätze von *Mergner* und *Botschafter/Moers*.

Mit den Diskussionsbeiträgen von *Guthke/Göbel* und *Lißner* wird die (in den Bänden AS 162 und 186 begonnene) Auseinandersetzung um Arbeitskultur und Gewerkschaften/Gesundheitsbewegung fortgesetzt.

Bis zu welchem Ausmaß die in diesem Band angesprochenen Entwicklungstendenzen durch den Anschluß der ehemaligen DDR über-

rollt bzw. modifiziert werden, ist noch nicht absehbar, gibt jedoch sicherlich einen lohnenden Untersuchungsgegenstand ab; dies als Anregung an LeserInnen und AutorInnen.

Heinz-Harald Abholz

Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des »Gesundheitsreformgesetzes«

In einer Zeit schneller medizinischer und insbesondere aufwendiger medizin-technischer Entwicklung bei gleichzeitig hoher Arztdichte ergibt sich die Aufgabe der politischen Steuerung und Kontrolle ärztlicher Leistungserbringung. Denn es ist derzeit abzusehen, daß — bei Erhaltung bisheriger Rahmenbedingungen und Einkommensstrukturen — eine gesundheitliche Versorgung für *alle* Mitglieder der Gesellschaft zunehmend schwerer finanzierbar wird.

Ärztliche Leistungserbringung nun kann entweder direkt beim einzelnen Arzt kontrolliert und gesteuert werden oder dies geschieht *indirekt* über die Bestimmungen der Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns[2]. Bei beiden Formen der Kontrolle und Steuerung ist — bezogen auf das ärztliche Handeln — eine ökonomische von einer inhaltlichen Ebene zu unterscheiden.

Die indirekte Kontrolle betrifft — um eine bekannte Diskussion zu streifen[5] — die *Autonomie der Profession*. Insbesondere gilt dies, wenn es sich um eine Kontrolle handelt, die die Inhalte ärztlichen Handelns beeinflußt. Die direkte Kontrolle — und wiederum insbesondere die inhaltliche — greift in die *Autonomie* des einzelnen Arztes ein.

Bei Betrachtung der verschiedenen westlichen Gesundheitssysteme läßt sich eine gewisse Systematik im Versuch der Steuerung und Kontrolle ärztlicher Leistungserbringung feststellen[4]:

1. Es gibt Systeme, die ganz überwiegend nur die Ausgabenentwicklung, nicht aber den Inhalt ärztlichen Tuns im Zentrum der Steuerung haben. Arzteinkommen, Anreiz für Leistungserbringung sowie Neueinführungen ärztlicher Leistungen werden vorwiegend staatlich geplant und gesteuert bzw. über Mechanismen wie Honorierung mittels Kopfpauschale oder der Bezahlung im Angestellten-Status limitiert und kontrolliert. Die Systeme in Großbritannien, den Niederlanden und Skandinavien sind Muster hierfür. Eine politische »Einmischung« in die Inhalte ärztlichen Handelns wird nicht oder nur randständig vorgenommen. In diesen sogenannten »sozialistischen« Gesundheitssystemen ist die »Freiheit« des ärztlichen Handelns relativ groß, der ökonomische Spielraum jedoch relativ gering. Diese Systeme sind also durch eine *indirekte* und *ökonomisch-zentrierte* Kontrolle charakterisiert[5,6].

2. In anderen Systemen — wie den USA — ist eine zentrale, z.B. staatliche, Kontrolle der Ausgabenentwicklung nicht vorhanden. Über die verschiedenen Versicherungsträger — einschließlich die des Staates — wird dezentral direkt in das ärztliche Handeln eingegriffen. Dies gilt insbesondere dort, wo es unmittelbar einem betriebswirtschaftlichem Management (managed care) oder der Inanspruchnahme-Kontrolle unterliegt. Ärztliche Tätigkeit wird detailliert beobachtet und bewertet[7], bei Überschreitung von Standards, vorgeschriebenen Vorgehensweisen, kommt es zu Sanktionen. Über diesen Weg wird versucht, Einfluß auf die Höhe der Ausgaben im Gesundheitswesen zu nehmen. Eine direkte Intervention in die Ausgabenstruktur (Einflußnahme auf die Honorierung ärztlicher Leistungen) hingegen wird in solchen Systemen jedoch weniger, wenn überhaupt vorgenommen. In den USA mit dem sogenannten »marktwirtschaftlich-freiheitlichen« System wird somit der Inhalt ärztlichen Tuns strenger und bürokratischer kontrolliert als in jedem anderen Versorgungssystem der westlichen Welt(6). Ein solches System weist vorwiegend *direkte* und dabei *inhaltlich zentrierte* Kontrollen auf.

In der Bundesrepublik Deutschland sind erst in den letzten Jahren wesentliche Schritte zur Steuerung der Leistungsausweitung im Gesundheitswesen vorgenommen worden. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit der Bindung der Leistungsausgaben an die Grundlohnsummenentwicklung stellt einen solchen Versuch dar. Dieser war — zumindest für den ambulanten Bereich — relativ erfolgreich. Der genannte Steuerungszugang ist einer, der sich ganz wesentlich auf die Ausgabenstruktur, nicht aber auf die inhaltliche Ausformung ärztlicher Leistungserbringung bezieht.

Mit dem sogenannten Gesundheitsreformgesetz (GRG) nun ist der andere Weg der Steuerung ärztlicher Leistungserbringung gewählt worden, nämlich der der Einflußnahme auf die inhaltliche Ausrichtung der Versorgung. Ärztliches Handeln wird so zum Objekt der gesundheitspolitischen Steuerung und Kontrolle. Im folgenden soll der Bereich ambulanter Versorgung untersucht werden. Dabei werden die zentralen Steuerungsinstrumente ärztlicher ambulanter Tätigkeiten im Blickfeld stehen. Dies sind:

1. der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 91,92),
2. die Qualitätssicherung (§§ 135 u. 136),
3. die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106).

Dies geschieht unter Zuhilfenahme von:

4. Medizinischem Dienst (§ 275),

5. Versichertenkarte (§ 291),
6. Datenaustausch zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen (§§ 284-286).

Und es geschieht unter Berufung auf:

7. das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12),
8. die ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§ 34),
9. die Vereinbarung von Richtgrößen (§ 84).

1. Der Bundesausschuß

»Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.« (§ 92, Abs. 1) Die Richtlinien beziehen sich auf den gesamten Bereich der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich und schließen so wichtige Bereiche ein wie:

a) Einführung neuer Untersuchungen und Behandlungsmethoden,
b) Früherkennung von Krankheiten,
c) ärztliche Betreuung von Schwangerschaft und Mutterschaft,
d) Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln sowie der Krankenhausbehandlung und der häuslichen Pflege,
e) Einsatz medizin-technischer Großgeräte.

Der Bundesausschuß ist mit jeweils neun Mitgliedern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) besetzt. Zusätzlich sind drei neutrale Mitglieder, davon einer als Vorsitzender, im Bundesausschuß. Für die einzelnen Sachgebiete richtet der Bundesausschuß Arbeitsausschüsse ein. Die vom Bundesausschuß beschlossenen Richtlinien gehen an den Minister für Arbeit und Sozialordnung, der den Richtlinien entsprechend Gesetzescharakter gibt.

Da nach § 135 GRG (Qualitätssicherung) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur zugelassen werden können, wenn der Bundesausschuß einen medizinischen Nutzen anerkannt hat, kann der Bundesausschuß mit Hilfe der ihm zugeordneten Arbeitsausschüsse jegliche Neueinführung medizinischer Diagnostik und Therapie zentral steuern. Man kann daher von der Schaffung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen sprechen. Neue Verfahren in Diagnostik und Therapie werden hier für die Kassenärztliche Versorgung — quasi — zugelassen bzw. abgelehnt. Die Ablehnung von Verfahren ist insbesondere für die Krankenkassen von Bedeutung, da sie immer wieder unter dem Druck ihrer Versicherten zur Kostenerstattung geraten, da

diese bislang eine Kostenerstattung bei nicht generell für die kassenärztliche Versorgung zugelassenen Verfahren im »besonderen« Fall erhalten können. Durch die Konkurrenz der einzelnen Krankenkassen untereinander war die Auslegung dieser Möglichkeit — selbst von den Kassen so beklagt — sehr großzügig. Wurde zum Beispiel für bestimmte Leistungserbringungen, die bisher nicht zur Kassenärztlichen Versorgung gehörten, häufig Kostenerstattungen gewährt, so führte dies wiederum zu einem Druck auf die Krankenkassen, eine generelle Zulassung zu erwirken, damit in ihren einzelnen Geschäftsstellen eine »Rechtsunsicherheit« aus dem Wege geräumt war.

Nach dem § 135 im Zusammenhang mit dem § 92 des GRG ist in Zukunft nach Ablehnung derartiger Verfahren durch den Bundesausschuß eine Kostenübernahme durch die Kassen nicht mehr möglich und muß daher von *allen* Krankenkassen, auch den Ersatzkassen abgelehnt werden.

Einem Bundesausschuß gab es auch schon nach dem bisher gültigen Gesetzbuch der RVO (§ 368p), jedoch mit entscheidenden Unterschieden zur jetzigen Regelung:

1. Im Ausschuß waren die Ersatzkassen nicht vertreten. Diese waren daher auch nicht an die Beschlüsse gebunden und konnten in eigenen Arbeitsgemeinschaften mit der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) getrennt verhandeln. Die Uneinheitlichkeit der Kassen war vorprogrammiert und konnte von der KBV genutzt werden.
2. Der Ausschuß hat ein größeres Arbeitsfeld als bisher bekommen. Insbesondere mit dem Arbeitsausschuß »Neuere Untersuchungen und Behandlungsmethoden« ist ein zentraler Bereich gemeinsamer Arbeit der KBV und der Krankenkassen geschaffen. Bisher gab es den gleichnamigen Ausschuß nur als einen Ausschuß der KBV. Der wesentliche Bereich der »Neuzulassung« diagnostischer und therapeutischer Methoden ist somit zur *gemeinsamen* Aufgabe von Krankenkassen und KBV geworden.

Die veränderten gesetzlichen Bestimmungen zum Bundesausschuß tragen also wesentlich zur Vereinheitlichung des Auftretens der Krankenkassen, also auch zu einem größeren Einfluß dieser auf die Steuerung unseres Gesundheitssystems bei. Insbesondere dann, wenn die Krankenkassen sich des Sachverstandes bedienen, den der neue »Medizinische Dienst« nach § 275 GRG organisieren soll. Im Absatz 4 des Paragraphen ist explizit die Beratung der Krankenkassen in allen fachlichen Fragen — so auch die Beratung im Rahmen des Bundesausschusses — vorgesehen. Dieser neue »Medizinische Dienst« soll nach dem Gesetz eine gemeinsame Einrichtung aller Krankenkassenverbände

— also nicht wie bisher nur nach Kassen getrennt — existieren. Es ist also bei einer fachlichen Beratung durch diesen Dienst, wenn dieser einmal aufgebaut sein wird — mit *einer* gemeinsamen fachlichen Stellungnahme der Kassen zu rechnen[8].

In dieser Konstellation läßt sich grundsätzlich eine gleichberechtigte und fachlich kompetente Beratung zwischen Krankenkassen und der KBV vorstellen. Damit hätten erstmalig die Krankenkassen neben der Profession — vertreten durch die KBV — sowie neutralen Beteiligten die inhaltliche Steuerung der zukünftigen Entwicklung unserer gesundheitlichen Versorgung übernommen. Ob dies in dieser Weise auch geschehen wird, bleibt der künftigen Entwicklung überlassen.

Festzuhalten ist, daß durch den Bundesausschuß eine *indirekte Steuerung* ärztlichen Handelns über die Vorgabe der Rahmenbedingungen möglich geworden ist, die sich auf den *Inhalt ärztlichen Handelns* bezieht.

2. *Die Qualitätssicherung*

Der § 135 soll eine Qualitätssicherung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung gewährleisten:

— nach Absatz 1 dürfen — wie oben schon zitiert — neuere Untersuchungen und Behandlungsmethoden nur bei Nutzennachweis eingeführt werden;
— sind die besonderen Kenntnisse zur Durchführung medizinischer Verfahren festzulegen. Hierüber kann Einfluß auf die Fort- und Weiterbildung genommen werden.

Nach Absatz 3 hat die KBV alleine Richtlinien über Verfahren zur Qualitätssicherung ambulanter kassenärztlicher Versorgung zu bestimmen. Der § 136 jedoch räumt den Krankenkassen ein Mitwirkungsrecht ein.

Die »Qualitätssicherung« bekommt damit eine zentrale Steuerungsfunktion für die Zulassung sowie die Fort- und Weiterbildung. In Anlehnung an die Erfahrung aus den USA[7] ist davon auszugehen, daß diese Regelung mit dem Schlüsselbegriff der Qualitätssicherung zu einem zentralen Moment der Kontrolle ärztlicher Tätigkeit wird. In den USA soll dies soweit entwickelt sein, daß ohne die entsprechenden und regelmäßig abzulegenden Qualitätsnachweise die Zulassung zur ambulanten ärztlichen Tätigkeit jederzeit widerrufen werden kann[10].

Qualitätssicherung könnte — so deuten die jetzigen Dokumente zum Thema an[4] — weitgehend identisch mit »Standardisierung« werden. Die KBV und mit ihr die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ein Programm der Qualitätssicherung im Entwurf: dabei konzentriert sich

die Sicherung der Qualität allerdings auf die Bereiche der Medizin, die leicht standardisierbar sind, also auf technische und labortechnische Verfahren. Die Qualität ärztlicher Versorgung in ihrer Komplexität der Anwendung, nämlich das ärztliche Handeln an sich, ist aus der Diskussion völlig herausgehalten. Bei dem jetzigen Ansatz der Beschränkung von Qualitätssicherung auf standardisierbare Bereiche der Medizin läßt sich befürchten, daß ärztliches Handeln ganz wesentlich hierauf konzentriert gesehen und damit reduziert wird. Der normative Charakter derartiger Bestimmungen ist absehbar: nur das, was gemäß des Standards getan wird, wäre dann »Qualität«. Der Anspruch von Ganzheitlichkeit insbesondere der ambulanten Versorgung ist somit wesentlich bedroht[1].

Versteht man unter ganzheitlicher Versorgung die umfassende Berücksichtigung aller Aspekte des Krankseins — medizinische, psychische, soziale und kulturelle — sowie die Berücksichtigung des Wunsches des Patienten, am Behandlungsprozeß aktiv oder passiv teilzunehmen oder sich ihm zu entziehen[1], so verschließt sich ein solches Behandlungskonzept einer Standardisierbarkeit. Sieht man nun in Ganzheitlichkeit an sich schon ein Qualitätsmerkmal für ambulante Versorgung, so droht bei der Kontrolle nach »Standards« dieser Anspruch auf der Strecke zu bleiben. Diese Art der Kontrolle ärztlichen Handelns ist jedoch auf ein bürokratisches Vorgehen — der Gleichbehandlung aller ohne Ansehen der Person und der spezifischen Bedingungen — angewiesen. So wünschenswert eine Qualitätssicherung insbesondere im ambulanten Bereich ist, so bedrohlich wird sie für eine adäquate Versorgung dann, wenn »Standards« die Art der Versorgung diktieren[2,12].

3. *Die Wirtschaftlichkeitsprüfung*

Wirtschaftlichkeitsprüfung gab es auch bisher nach den entsprechenden Rechtsvorschriften. Das GRG erweitert sie jedoch: eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt jetzt nicht nur — wie bisher — nach Abweichung von Durchschnittswerten der Fachgruppen, sondern es gibt zwei zusätzliche Prüfungsarten:

a) die arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen nach § 84 GRG sowie
b) die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlagen von arztbezogener und versichertenbeziehbarer Stichproben, die 2 % der Ärzte je Quartal umfaßt. Dabei ist zu erwähnen, daß die Wirtschaftlichkeitsprüfung insgesamt

deutlich effektiver als bisher sein kann, weil die Prüfungen mehr als bisher alle Daten ärztlicher Tätigkeit und ärztlich veranlaßter Leistungen einbeziehen muß. Dies schließt zum Beispiel die Zahl der Überweisungen, der Krankenhauseinweisungen als auch der Arbeitsunfähigkeitsdauer und -häufigkeit mit ein. Mit Hilfe der Versichertenkarte (§ 291) und auf der Basis eines Datenaustausches zwischen KV und Krankenkassen (§ 284-86) ist eine solche Prüfung nun weitaus differenzierter als bisher möglich.

Wenn auch die nach dem Gesetz neu vorgeschriebenen beiden Prüfungsarten — nach Richtgröße[11] und nach Stichprobe — nicht näher konkretisiert sind, so stellt sich jetzt die entscheidende Frage: Bleibt es bei der formalisierten Einführung dieser beiden Prüfverfahren oder werden nähere inhaltliche Detaillierungen vorgenommen? Im letzteren Falle würde dies zu einer sehr detaillierten Prüfung ärztlicher Tätigkeit anhand aufgestellter Standards führen müssen. Denn bei den neu eingeführten Prüfungen der Wirtschaftlichkeit ist die Abweichung in der Leistungserbringung vom Fachgruppendurchschnitt nicht mehr Orientierungsmaßstab. Will man die Wirtschaftlichkeit ohne diesen Maßstab prüfen, so muß man den medizinischen Standard als »Meßlatte« einführen. Vorstellbar ist zum Beispiel, daß — ähnlich wie in den USA(7,9) — zukünftig für verschiedene Diagnosen und Fragestellungen Standards des Vorgehens geschaffen werden, an denen der Arzt geprüft wird. Da aber die Variabilität der Krankheitsbilder als auch der Behandlungsanlässe insbesondere im ambulanten Bereich sehr groß ist, wären Standards bestenfalls als »Zugänge« für eine derartige Prüfung vorstellbar. Will man bei einer derartigen Prüfung dem Arzt im einzelnen gerecht werden, so ist dies nur über eine detaillierte Prüfung zahlreicher und damit statistisch repräsentativer Behandlungsabläufe möglich. Der damit verbundene Aufwand wäre gigantisch und in seiner Detailliertheit der Prüfung ärztlicher Tätigkeit an jeweils einzelnen Patienten-Unterlagen bezüglich des Arztgeheimnisses irritierend indiskret.

Würde also diese Art der Prüfung ärztlichen Handelns realisiert, so hätten wir es mit einer direkten, inhaltlichen und beim einzelnen Arzt eingreifenden Kontrolle zu tun.

4. Eine Bewertung

Die gesetzliche Krankenversicherung wird in Zukunft nicht ohne Steuerung und Kontrolle der ärztlichen Leistungen auskommen, will sie nicht die Finanzierbarkeit der Leistung insgesamt gefährden. Das GRG gibt hier viel mehr als die bisher gültige RVO eine rechtliche Grundlage. Es

stärkt insbesondere die Krankenkassen in ihrer Einheitlichkeit der KBV gegenüber und es läßt die Krankenkassen mehr als bisher auf den Inhalt ärztlichen Handelns Einfluß nehmen. Die Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten sind ganz wesentlich inhaltlich, weniger primär ökonomisch orientiert. Dabei stehen indirekte neben ganz direkten Einflußnahmen auf das ärztliche Handeln.

Kontrolle und Steuerung ärztlichen Handelns stellen an sich keine negativen Aspekte dar — ließe sich doch eine »Autonomie« der Ärzteschaft in einer Gesellschaft kaum rechtfertigen. Je mehr inhaltlich ausgerichtet jedoch Steuerung und Kontrolle sind, um so mehr handelt es sich nicht nur um eine Steuerung und Kontrolle der Profession, sondern um eine der einzelnen Ärzte. Auch dies wäre an sich noch keine beklagenswerte Situation, würde damit nicht *auch* in die bisher »geschützte« Arzt-Patienten- Beziehung zunehmend eingegriffen. Der Anspruch der Patienten auf Ganzheitlichkeit in der Versorgung sowie das Arztgeheimnis sind die Stichworte, die den gefährdeten Bereich skizzieren.

So steht man vor zwei verteidigenswerten, sich aber scheinbar gegenseitig behindernden Zielen: Einerseits dem auch gesellschaftlich begründbarem Interesse nach Steuerung und Kontrolle ärztlicher Leistungserbringung sowie deren Qualitätssicherung und andererseits dem Interesse des einzelnen Patienten nach einer seiner Individualität Rechnung tragenden Versorgung unter ganzheitlichem Anspruch und unter Wahrung des Arztgeheimnisses. Eine gesundheitspolitische Antwort bei dieser Konstellation ist in der Bejahung der ökonomischen Steuerung und Kontrolle der Leistungserbringung sowie der Bejahung der indirekt wirkenden inhaltlichen Steuerung über Rahmenbedingungen zu sehen.

Die direkte und inhaltlich zentrierte Steuerung und Kontrolle beim einzelnen Arzt hingegen ist — mit Ausnahme von Kunstfehler-Verfahren, Vergleichen zur Fachgruppe und Plausibilitätsprüfungen — abzulehnen. Eine einfache Lösung läge hier in der Einführung einer Pauschalhonorierung[2].

Literatur

(1) Abholz, H.-H.: Problematische Auswirkungen von Ganzheitlichkeit in der Allgemeinmedizin. Argument Sonderbd. 162: Der ganze Mensch und die Medizin, Hamburg 1989, S. 129-147

(2) Abholz, H.-H.: Modell für ein rationales System ambulanter Versorgung, Argument Sonderbd. 186: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Hamburg 1989, S. 24-33

(3) Björkman, J.W.: Politicizing Medicine and medicalizing Politics: Physician Power in the U.S. in: Freddi, G., J.W. Björkman, S. 28-73
(4) Flatten, G.: Qualitätssicherung in der kassenärztlichen Versorgung — Strategien zur Verbesserung. Dtsch.Ärztebl. 1990, 87: 185-87
(5) Freddi, G., J.W. Björkman: Controlling Medical Professionals — The comparative politics of health governance, London 1989
(6) Harrison, St., R.W. Schulz: Clinical autonomy in the U.K. and the U.S.: Contrasts and Convergence. in: Freddi, G., J.W. Björkman, S. 198-209
(7) Kühn, H.: Ökonomisierung der Gesundheit — Am Beispiel des U.S.-amerikanischen Gesundheitswesens. WSI-Mitteil. 1990, 43:62-75
(8) Rebscher, H.: Ansätze zu einem Begründungs-, Ziel- und Organisationskonzept für den MDK. Die Betriebskrankenkasse 1990, 122-131
(9) Reichelt, A.: Der ICD-Schlüssel als ökonomischer Hebel für die Krankenhäuser. Argument Sonderbd. 141: Technologie und Medizin, Berlin 1986, S. 86-95
(10) Renschler, H.E.: Qualität der ärztlichen Berufsausübung und Kompetenz in der Wiederholungsprüfung. Dtsch.Ärztebl. 1990, 87:1607-13
(11) Schauenburg, B., J. Waldeck: Richtgrößen für Arzneimittel ein Steuerungsinstrument zur Qualitätsverbesserung. Die Betriebskrankenkasse 1990, 30815
(12) Kühn, H.: Glanzvolle Ohnmacht — zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruches in der Medizin. Argument Sonderbd. 162, Der ganze Mensch und die Medizin, Hamburg 1989, S. 111-28

16

Hartmut Reiners

Bericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« — außer Spesen nichts gewesen?

Druck der Tagespolitik

Ende Februar 1990 hat die Enquete-Kommission des Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (im folgenden GKV-Enquete) nach zweieinhalbjähriger Arbeit ihren Endbericht vorgelegt[1], nachdem bereits im November 1988 ein Zwischenbericht[2] präsentiert wurde. Auf den unbefangenen Zeitungsleser mußte das Presseecho auf diesen Bericht reichlich verwirrend wirken. Alles in allem wurde der Eindruck erweckt, als sei einmal mehr viel Geld ausgegeben[3] und wohl auch fleißig, aber doch letztlich ohne greifbares Resultat gearbeitet worden. Die Presse-Urteile reichten von »Unnützes Papier« (Die Welt) über »Völlig überflüssig« (Münchener Merkur) und »Außer Spesen nichts gewesen« (Hessische Allgemeine) bis hin zu »Ein Jahr zu spät« (General-Anzeiger Bonn).

Eine besonders intensive Lektüre des über 400 Seiten starken Berichts steht wohl nicht hinter diesen wohlfeilen Verdikten. Man hat es sich nach Journalistenart leicht gemacht und nur die letzten Abschnitte der einzelnen Kapitel gelesen, die die Reformoptionen der GKV-Enquete enthalten. Diese Passagen sind nun in der Tat — vor allem als Ensemble — nicht unbedingt die Highlights des Berichtes. Die für den Leser mitunter verwirrende Vielfalt von Meinungen und Sondervoten ist konsequenter Ausdruck eines enormen tagespolitischen Drucks, unter dem die GKV-Enquete von Anfang an gestanden hat. Vor allem in den Schlußsitzungen, in denen über die Reformoptionen der Kommission beraten und abgestimmt wurde, verkam die Diskussion zunehmend zu einem verbissenen, mitunter grotesken Streit über das Gesundheits-Reformgesetz (GRG); die Sekretariatsmitarbeiter sollen beim Abhören der Tonbandmitschnitte unterhaltsame Stunden verbracht haben. Geradezu reflexartig wurde jede Passage im Text, die auch nur entfernt den Eindruck erwecken könnte, es handele sich um eine Kritik oder eine Distanzierung vom GRG, von den Abgeordneten der Regierungsparteien moniert. Ihnen saß offensichtlich noch der Zwischenbericht vom November 1988 in den Knochen, als sie offensichtlich nicht aufgepaßt und »ihren« Sachverständigen[4] freien Lauf gelassen hatten, mit dem

Ergebnis, daß z.B. die GRG-Konzepte zur Arzneimittelpolitik — Festbeträge und Negativliste — sehr skeptisch beurteilt wurden.

Wie keine andere Enquete-Kommission des Bundestages stand die GKV- Enquete unter dem Druck der Tagespolitik. Dem Interesse der Bundesregierung, das GRG schnellstmöglich durch das Gesetzgebungsverfahren zu pauken, stand die Politik der SPD gegenüber, dieses Verfahren mit allen Mitteln zu konterkarieren, wobei die GKV-Enquete ein leicht erkennbares Instrument war, das man von beiden Seiten — je nach tagespolitischer Opportunität — benutzte oder ignorierte[5]. Die Folge war ein »Stop-and-go-Management« (Kommissionsmitglied Rolf Rosenbrock), das die praktische Arbeit ganz erheblich behinderte. Im nachhinein gesehen ist es geradezu ein Wunder, daß der Mitarbeiterstab der Kommission unter diesen mit erheblicher Arbeitsplatzunsicherheit verbundenen Bedingungen nicht auseinanderbrach und auch kein Sachverständiger entnervt den Bettel hinwarf.

Wenn trotz aller Widernisse mit dem Endbericht ein Arbeitsergebnis präsentiert werden konnte, das von Leuten, die sich der Mühe einer vollständigen Lektüre des Textes unterzogen hatten, mit »Als Bestandsaufnahme von Wert« (Die Neue Ärztliche vom 21.2.1990) charakterisiert wurde, dann ist dies ausschließlich auf das trotz Streit in der Sache konstruktive Arbeitsklima unter den Sachverständigen und einen unglaublich engagierten Arbeitseinsatz der Mitarbeiter im Sekretariat der Kommission zurückzuführen. Man kann getrost davon ausgehen, daß die Qualität des Berichtes vor allem in der Darstellung und dem Aufbau besser geworden wäre, wenn er von den Sachverständigen und dem Sekretariat ohne parteitaktische Einflußnahme hätte verfaßt werden können. Dann wären zwar auch keine durchgehend einvernehmlichen Analysen erarbeitet worden, aber die gesundheitspolitischen Kontroversen und Alternativen hätten teilweise klarer als in dem vorliegenden Bericht umrissen werden können. So aber kann man den Endbericht der GKV-Enquete eher mit einem Steinbruch vergleichen, dessen Strecken von unterschiedlicher Ergiebigkeit sind.

Gesundheitspolitische Perspektiven des Enquete-Berichts

Wenn auch die verschiedenen Reformoptionen in den einzelnen Sachkapiteln des Berichts nicht immer von wünschenswerter Konsistenz sind, so basiert der gesamte Bericht auf zwei gar nicht hoch genug zu bewertenden Einsichten:

— Erstmalig macht ein von einem so hochrangigen politischen Organ der BRD wie dem Bundestag herausgegebener Bericht den Begriff

»Gesundheit« zum Paradigma von Gesundheitspolitik. Bislang wurde Gesundheitspolitik implizit als Bewältigung von Gesundheitsschädigungen, d.h. als »Krankheitspolitik« verstanden. Man konzentrierte sich auf das Medizinsystem; der soziale Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit war weitgehend ausgeblendet. Diese medizinorientierte Krankheitspolitik wurde zudem durch Kostendämpfungsgesetze von wirtschaftspolitischen und damit sachfremden Interessen gesteuert. Der Enquete-Bericht hingegen postuliert eine Gesundheitspolitik, die sich an den gesundheitlichen Risiken und Chancen der Bevölkerung orientiert. Die gesetzliche Krankenversicherung wird als integraler Bestandteil einer solchen gesundheitlichen Versorgung begriffen.

— Die gesetzliche Krankenversicherung mit den Prinzipien der solidarischen Finanzierung und der selbstverwalteten Organisation ist sowohl gesundheitspolitisch wie volkswirtschaftlich ohne tragfähige ordnungspolitische Alternative. Die noch vor einigen Jahren auch von Mitgliedern der GKV-Enquete favorisierte weitgehend marktwirtschaftlich, d.h. auf Basis privater Risikoabsicherung funktionierende Steuerung der medizinischen Versorgung kann nicht als ernstzunehmende Lösung angesehen werden. Der Streit unter den Sachverständigen in der Kommission ging nur noch um die Frage, inwieweit wettbewerbliche Elemente mit den Prinzipien einer sozialen Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbar sind bzw. Effektivität und Effizienz der Versorgung beeinflussen. Die gesetzliche Krankenversicherung auf sozialer Basis als solche stand außer Frage.

Für den regelmäßigen Argument-Leser mag vor allem die erste These keine sensationelle Neuigkeit sein. Für die reale Gesundheitspolitik sind derartige Ausgangspunkte und argumentationsleitenden Thesen aber von zentraler Bedeutung. Die in der Gesundheitsbewegung und der wissenschaftlichen Gemeinde bereits seit Ende der 70er Jahre geführte Diskussion über die Determinanten von Gesundheit und die in diesem Zusammenhang zu sehende Bedeutung der Medizin hat damit Eingang in den politischen Apparat gefunden. Zwar gibt es zum Thema »Funktion und Arbeitsweise des medizinischen Versorgungssystems« zwei verschiedene Berichte, weil die Kommission zeitlich nicht mehr in der Lage war, die Kontroversen so intensiv zu diskutieren, daß man den Kern herausarbeiten konnte. Jedoch ist es z.B. ausgesprochen bemerkenswert, daß auch in dem von der CDU/FDP-Seite vertretenen Bericht A (S. 224ff.) deutliche Kritik an der einseitig naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizinerausbildung sowie den

mangelnden sozialen Bezügen im Denken und Handeln der meisten Ärzte geübt wird.

Der Bericht der GKV-Enquete belegt in seiner Gesamtheit die prinzipielle Hegemoniefähigkeit einer ökologischen und sozialen Gesundheitspolitik, die vor Jahren noch als weitgehend akademisches alternatives Denkmodell gelten mußte. Es kann natürlich nicht behauptet werden, daß aus dieser Hegemoniefähigkeit auch tatsächlich die praktische Durchsetzung einer ökologischen Gesundheitspolitik folgt. Das wäre angesichts eines nur als Kostendämpfungsgesetz daherkommenden Gesundheits-Reformgesetzes reichlich illusionär. Der Enquete-Bericht macht aber deutlich, welchen Argumentationsvorsprung eine ökologische Gesundheitspolitik hat. Es kommt niemand mehr darum herum, sich auf ihre Thesen und Erkenntnisse einzulassen.

Hinzu kommt, daß die zweite zentrale Einsicht der GKV-Enquete, wonach die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aus Gründen der Effektivität wie der Wirtschaftlichkeit einer sozialen Finanzierung und Steuerung bedarf, angesichts der deutsch-deutschen Entwicklung an politischer Bedeutung noch gewonnen hat. Der Zusammenbruch der realsozialistischen Kommandowirtschaft in der DDR wie generell in Osteuropa wird wieder den Kräften Nahrung geben, die jede politische Steuerung eines Wirtschaftszweiges wie des Gesundheitswesens nach dem Bedarfsprinzip, d.h. die Ausschaltung der individuellen Zahlungsfähigkeit bei der Inanspruchnahme von Gütern und Dienstleistungen, als »sozialistische Mißwirtschaft« denunzieren. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß man in Polen bereits den gesundheitspolitisch wie volkswirtschaftlich verhängnisvollen Weg zur flächendeckenden privaten Krankenversicherung beschreitet. Das einhellige Votum der GKV-Enquete für eine solidarische gesetzliche Krankenversicherung kann daher gar nicht hoch genug bewertet werden. Positionen wie etwa die des Kronberger Kreises, eines Zusammenschlusses marktradikaler Ökonomen, die einer weitgehenden Privatisierung der Krankheitsrisiken das Wort reden, finden in dem Enquete-Bericht nur Widerspruch.

Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der gesundheitlichen Versorgung

Wie kein anderer offzieller Report zuvor hebt die GKV-Enquete den gesundheitspolitischen Zusammenhang hervor, in dem die GKV und das damit zusammenhängende Versorgungs- und Betreuungssystem

stehen. Ihre Aufgaben werden aus folgenden Sachverhalten abgeleitet (vgl. Abschnitt B, Kapitel 1):

— Die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheitsbilder macht Gesundheitspolitik zu einer Querschnittsaufgabe der Politik und damit verschiedener Institutionen. Der GKV kommt dabei insofern eine zentrale Stellung zu, als sie die Organisation ist, die sich als einzige ausschließlich mit gesundheitlichen Risiken und Krankheitsfolgen beschäftigt.
— Aus der Dominanz chronisch-degenerativer und damit ex definitione nicht heilbarer Krankheiten folgt die Notwendigkeit einer Stärkung des Präventionsgedankens.
— Die Gesundheitsprobleme sind schicht-, verhaltens- und lebenslagenspezifisch unterschiedlich verteilt. Gesundheitspolitik muß kompensatorisch auf diese systematischen Defizite einwirken.

So unstrittig diese allgemeinen Ausgangspunkte und Orientierungen von Gesundheitspolitik waren, so kontrovers wurden die daraus zu ziehenden Konsequenzen und Reformüberlegungen von den Mitgliedern der GKV-Enquete beurteilt. Im Kern dreht es sich bei dieser Kontroverse um zwei zentrale Fragen, die sich mehr oder weniger deutlich durch alle Einzelkapitel des Berichts ziehen:

— Muß Gesundheitspolitik stärker auf das Verhalten oder auf die Verhältnisse einwirken?
— Wie ist der jeweilige Nutzen der medizinischen Leistungen zu beurteilen? Wie soll das Verhältnis von medizinischer Versorgung und sozialer Betreuung bzw. Förderung aussehen?

Diese Fragestellungen machen den Kern der gesundheitspolitischen, aber auch gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen der letzten 10 bis 15 Jahre aus. Auch wenn es unter dem erwähnten politischen und zeitlichen Druck nicht immer gelungen ist, dies in der Darstellung mit der wünschenswerten Klarheit herauszuarbeiten, so kann der Bericht der GKV-Enquete doch für sich in Anspruch nehmen, eine Dokumentation der Auseinandersetzung zweier gesundheitspolitischer Linien zu sein.

Aufgaben der GKV in der Prävention

Mit dem §20 SGB V hat die GKV erstmals einen positiv definierten Auftrag als Träger präventiver Maßnahmen. Vorher ließen sich entsprechende Aufgaben für die Krankenkassen nur auf dem Wege juristischer Hilfskonstruktionen gesetzlich ableiten, mit der Folge, daß Aktivitäten in der Prävention stark vom Engagement der Geschäftsführung bzw. des

Vorstandes einer Kasse abhingen. Mit dem GRG ist die Prävention zur Pflichtaufgabe der Kassen gemacht worden, wobei allerdings nichts über die entsprechenden Aufgabenschwerpunkte gesagt wird.

Einigkeit bestand in der GKV-Enquete darin, daß diese im Grunde neue Aufgabenstellung für die GKV zu begrüßen ist; kein Gesetz von einem Umfang wie dem des Gesundheits-Reformgesetzes ist ja so schlecht, daß es nicht auch ein positives Element enthält. Einigkeit bestand ferner darin, daß die Kassen nicht der »geborene« Träger der Prävention sind, diese vielmehr als Gemeinschaftsaufgabe aller gesundheitspolitischen Institutionen (Staat, Kommunen, Kassen, Ärzteschaft usw.) zu begreifen ist. Bemerkenswert ist die daraus mit nur einer Gegenstimme gezogene Konsequenz der GKV-Enquete, daß regionale Arbeitsgemeinschaften als Präventionsträger gebildet werden sollten. Damit liegt man auf einer Linie mit dem WHO-Progrmm »Gesundheit 2000«. Wichtige und vorrangig zu fördernde Aufgabe dieser regionalen Arbeitsgemeinschaften soll nach Auffassung der GKV-Enquete der Aufbau regionaler Gesundheitsberichterstattungen sein.

Die Differenzen lassen sich an der Einschätzung des Nutzens von Verhaltensprävention sowie der Schwerpunktsetzung bei den Aufgaben der regionalen Präventions-Arbeitsgemeinschaften festmachen. Projekte in der Verhaltensprävention wie verschiedene Programme und Modellversuche bei Orts- und Betriebskrankenkassen werden zwar übereinstimmend als »ausbaufähiger Ansatz« (S. 29) angesehen, jedoch äußert sich der rot-grüne Teil der Kommission skeptisch über den faktischen Nutzen dieser Projekte. Zum einen seien sie in der Regel auf einen Personenkreis ausgerichtet, der bereits ein relativ entwickeltes Gesundheitsbewußtsein habe; im Sinne einer kompensatorischen Gesundheitsförderung müßten aber gerade diejenigen angesprochen werden, die erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt seien. Außerdem wird die Gefahr gesehen, daß Verhaltensprävention »auf die Umthematisierung struktureller Gesundheitsrisiken in allein gesundheitsriskante Verhaltensweisen hinausläuft« (S. 29). Da die Krankenkassen in der Verhältnisprävention ein konfliktträchtiges Feld betreten und die Interessen innerhalb der Selbstverwaltung sich schnell gegenseitig blockieren, bietet sich die Verhaltensprävention als bequemes Ausweichgebiet an.

Aufgaben der GKV in der medizinischen Versorgung

Die Analyse der GKV-Enquete über Defizite in der medizinischen Versorgung, dem traditionellen Aufgabengebiet des GKV-Systems, läßt an

Deutlichkeit kaum zu wünschen übrig. Dementsprechend wütend waren denn auch die Reaktionen von Ärzteverbänden, die sich zumeist unter Verzicht auf inhaltliche Auseinandersetzung mit den Thesen der GKV-Enquete in Beschimpfungen von Kommissionsmitgliedern erschöpften[6].

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Analysen der verschiedenen Bereiche die Kritik an der mangelnden Verzahnung der Einzelsysteme zu einer final ausgerichteten medizinischen Versorgung.

Rehabilitation

Besonders deutlich und von der Kommission einhellig geäußert wird diese Kritik an der medizinischen Rehabilitation. Diese wird als Aufgabe zur Zeit verschiedenen Sozialversicherungsträgern zugeordnet, wodurch Reibungsverluste entstehen, die nach Auffassung der GKV-Enquete wesentlich für die Defizite in der medizinischen Rehabilitation verantwortlich sind. Sie plädiert für eine Stärkung der GKV-Kompetenzen, stellt aber zugleich fest, daß die Krankenkassen von den im Reha-Angleichungsgesetz enthaltenen Möglichkeiten zu wenig Gebrauch machen. Solange sich hier nichts ändert, können die Krankenkassen auch keine Stärkung ihrer eigenen rechtlichen Kompetenzen geltend machen.

Wenn die GKV-Enquete ferner kritisiert, daß die medizinische Rehabilitation nur auf kurzfristige Kompensation und Bekämpfung akuter Gesundheitsschäden ausgerichtet sei und der Bewältigung chronischer Krankheiten und psychosozialer Belastungen weitgehend hilflos gegenüberstehe, dann trifft diese Kritik im Grunde auf das gesamte Medizinsystem zu. Wenn dies die GKV-Enquete im Abschnitt über die medizinische Rehabilitation so klar und vor allem quasi einstimmig formuliert, dann mag das daran liegen, daß die Rehabilitation unterschwellig bei einigen Kommissionsmitgliedern eher als untergeordnetes Thema angesehen wurde. In anderen Bereichen der medizinischen Versorgung wie der kassenärztlichen Versorgung war eine derartige grundsätzliche Kritik an der mangelnden Verzahnung von medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung weitaus umstrittener.

Kassenärztliche Versorgung

Der ambulanten kassenärztlichen Versorgung räumt die GKV-Enquete insofern zentralen Stellenwert im medizinischen Versorgungssystem ein, als sie so etwas wie eine »Arbeitsverteilungszentrale« des gesamten

Medizinsystems ist. Insofern hat eine Kritik der Kassenärzte zugleich die faktische Funktion einer Kritik der arbeitsteiligen Strukturen und der Effektivität unserer medizinischen Versorgung schlechthin. Zwar liefen die Diskussionen in der GKV-Enquete zu diesem Thema durchaus kontrovers, jedoch konnte eine vor dem Hintergrund der personellen Zusammensetzung der Kommission bemerkenswerte Zusammenstellung von prinzipiellen Schwachstellen der kassenärztlichen Versorgung einvernehmlich aufgestellt werden. Diese Mängelliste, die so viele Ärztefunktionäre auf die Palme brachte, kann hier nur stichpunktartig wiedergegeben werden. Sie liest sich wie eine konzentrierte Fassung von Argument-Aufsätzen zu diesem Thema:

— Mangelnde psychosomatische Kompetenz der Ärzte,
— Untergewichtung von Gesundheitsförderung und Beratung,
— Neigung zu Medikalisierung psychosozialer Problemlagen,
— zu hohe Spezialisierung der niedergelassenen Ärzte, Vernachlässigung der Allgemeinmedizin,
— fragwürdige Praxis der Arzneimittelverordnung,
— naturwissenschaftlich verengter Krankheitsbegriff,
— überhöhte Diagnosestandards als Folge der Ausbildung der Mediziner, die fast ausschließlich in Krankenhäusern stattfindet und an den Problemen in der normalen Arztpraxis vorbeigeht.

Aus dieser sehr kritischen Analyse der Situation in der kassenärztlichen Versorgung ziehen die beiden Fraktionen der GKV-Enquete unterschiedliche Konsequenzen. Die an der Regierungskoalition orientierte Mehrheit sieht trotz der konstatierten Mängel keinen Bedarf an einer grundsätzlichen Revision des Kassenarztsystems. Sie glaubt, die Probleme durch eine gezielte Förderung der Allgemeinmedizin, z.B. durch eine entsprechende Umstrukturierung der Gebührenordnung oder der Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, lösen zu können. Auch müßte die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte reformiert werden. Schließlich werden Modellversuche gefordert, die neue Formen von Verträgen zwischen Kassenärzten und Krankenkassen ausprobieren sollen. Dabei wird aber auf einen Knackpunkt des Kassenarztsystems nicht eingegangen, der die auch von der Mehrheit der Kommission beklagte mangelnde Flexibilität dieses Systems verursacht: der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die rot-grüne Minderheit der GKV-Enquete arbeitet in ihren Reformoptionen hingegen deutlich heraus, daß eine Reform der ambulanten Versorgung um eine wie auch immer geartete Aufhebung dieses Eckpfeilers des Kassenarztsystems nicht herumkommt. Sie sieht im Behandlungsmonopol und dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte

den eigentlichen Hemmschuh für den erforderlichen Umbau der ambulanten Versorgung. Sie zieht aus der festgestellten Medikalisierung sozialer Probleme und der mangelnden psychosozialen Kompetenz der Ärzte den Schluß, daß dieses Problem nicht allein durch eine entsprechend verbesserte Ausbildung der Ärzte zu lösen ist. Sie fordert, daß die ambulante Versorgung auf drei verschiedene, gleichberechtigt zusammenarbeitende Säulen zu stellen ist: ein professionelles medizinisches Krankenversorgungssystem, professionelle psychosoziale bzw. soziale Hilfen und Institutionen sowie nichtmedizinisches und nichtprofessionelles Bewältigungshandeln. Darüber hinaus werden integrierte Organisationsformen vor allem von allgemein- und fachmedizinischer und sozialer Versorgung unterstützt. Vorbild ist dabei das Konzept der »Primary Health Care Teams«, wie sie die WHO favorisiert.

Ein solches Konzept, das liegt auf der Hand, ist mit dem bestehenden, auf dem Behandlungsmonopol und dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte beruhenden Versorgungssystem nicht zu realisieren. Nach den Vorstellungen der rot-grünen Minderheit der GKV-Enquete soll der Sicherstellungsauftrag von regionalen Gesundheitskonferenzen wahrgenommen werden. Diese Konferenzen sollten entweder nur aus Vertretern der Krankenkassen und des Staates bzw. der Gebietskörperschaften oder drittelparitätisch unter Hinzuziehung der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhausträger usw.) zusammengesetzt sein.

Stationäre Versorgung

Diskrepanzen zwischen tendenzieller Übereinstimmung in der Analyse der Ist-Situation und den daraus zu ziehenden Konsequenzen lassen sich auch im Kapitel des Enquete-Berichts über die stationäre Versorgung ausmachen. Übereinstimmend wird festgestellt, daß man den Problemen in der stationären Versorgung nicht allein mit krankenhausinternen bzw. -spezifischen Veränderungen beikommen kann. Hier spielen viele externe Faktoren eine Rolle. Der Lösung des Pflegeproblems wird dabei angesichts der zunehmenden Zahl älterer Menschen zentraler Stellenwert beigemessen. In den Krankenhäusern werden zu viele Patienten stationär behandelt, bei denen eine ambulante Behandlung zwar möglich und sinnvoll erscheint, aber mangels sozialer Betreuung nicht durchführbar ist.

Die Mängel der stationären Versorgung werden von der GKV-Enquete wie folgt zusammengefaßt (vgl. S. 103):

— mangelnde Aktivierung und Mitwirkung der Betroffenen,
— ungleiche Verteilung von Gesundheitsrisiken und Behandlungschancen,
— Absicherung bei Pflegebedürftigkeit fehlt, insbesondere bei chronischen und psychischen Erkrankungen,
— Fehlorientierung im Leistungssystem, wie z.B. Überbetonung der Arzneimittel, Diagnostik ohne therapeutische Konsequenz,
— Trennung der Versorgungsbereiche mit daraus resultierenden Koordinationsdifiziten,
— Lücken in der Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
— Lücken in der Qualifizierung des Pflegepersonals wie generell der im Krankenhaus arbeitenden Gesundheitsberufe.

Während in der Mängelanalyse durchaus Übereinstimmung erzielt werden konnte, machen sich bei den Reformüberlegungen zumindest in der Tendenz bzw. der Schwerpunktsetzung trotz auch hier vorhandenem partiellen Konsens Auffassungsunterschiede geltend. Man kann diese Differenzen dahingehend auf den Punkt bringen, daß die Bedeutung ökonomischer Anreize bzw. alternativer Finanzierungs- und Entgeltformen verschieden gewichtet wird.

Die rot-grüne Minderheit der Kommission hält die Finanzierungsfrage zwar für wichtig, aber so lange für nachrangig, wie die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und die Stellung des Krankenhauses in diesem System nicht neu definiert ist. Nach ihrer Auffassung sollte es Aufgabe der aufzubauenden regionalen Gesundheitskonferenzen sein, den Bedarf und die Struktur der Krankenhausleistungen festzulegen. Zu berücksichtigen wäre dabei insbesondere die Morbiditätsstruktur, die Struktur und das Angebot der (regionalen) ambulanten Versorgung, die Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Bevölkerung und die Infrastruktur einer Region. Das Entgeltsystem sollte weitgehend budgetorientiert sein, um so eine größere Flexibilität der Krankenhäuser zu ermöglichen und eine mit leistungsbezogenen Entgeltformen (u.a. diagnosebezogene Fallgruppen — DRGs) verbundene Gefahr der Bürokratisierung und Einzelfallkontrollen zu vermeiden.

Ein Teil der von den Regierungsparteien benannten Sachverständigen sieht hingegen im Ansetzen des ökonomischen Hebels das wirkungsvollste Mittel zur Effizienzsteigerung der Krankenhäuser. Angestrebt werden echte Verhandlungspreise, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ausgehandelt werden. Dabei gilt das monistische Finanzierungsprinzip, d.h. die zur Zeit bestehende Trennung in staatliche Investitionsfinanzierung und von den Krankenkassen zu tragende

laufende Betriebskosten entfällt. Die auszuhandelnden Preise würden sich »nicht mehr an den krankenhausindividuellen Kosten anlehnen, sondern die realen Knappheitsverhältnisse abbilden und könnten sich vor allem an aktuellen Steuerungszielen ausrichten« (S. 116).

In dieser Auffassung spiegelt sich ein ungebrochener Glaube an die Wirksamkeit marktwirtschaftlicher Mechanismen auch im Gesundheitswesen wieder. Auf die politische Setzung von Gesundheitszielen wird bewußt verzichtet, da sich diese — so die Annahme — aus den freien, wettbewerblich orientierten Verhandlungen von Krankenhausträgern und den verschiedenen Krankenkassen von selbst ergeben würden. Dementsprechend lassen sich die politischen Auffassungsunterschiede dahingehend festmachen, daß die eine Seite von gesundheitspolitisch definierten Zielen ausgeht, denen sich die Fragen der Finanzierung und des Entgeltsystems unterzuordnen haben, während die andere Seite aus der ökonomischen bzw. ordnungspolitischen Struktur der stationären Versorgung die gesundheitspolitischen Ziele wachsen lassen möchte.

Arzneimittelversorgung

Diese Kontroverse über die Wirksamkeit bzw. die Effekte marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung war auch der Kern der Auseinandersetzung unter den Sachverständigen in der Kommission über die Reform der Arzneimittelversorgung. Leider ist dies im Endbericht ein wenig untergegangen. Nach Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes gab es für die Regierungsabgeordneten nur noch ein Ziel: die dort beschlossene Festbetragsregelung sowie die Negativliste von nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln mußten als sowohl wirtschaftlich wie gesundheitspolitisch effektive Konzepte gefeiert werden. Entsprechend wurden die Sachverständigen in die Pflicht genommen, mit dem Ergebnis, daß von den im Zwischenbericht bezogenen Positionen Abstand genommen wurde.

Damals war in der GKV-Enquete mehrheitlich, d.h. mit den Stimmen der Mehrheit der von den Regierungsparteien benannten Sachverständigen, für Positivlisten votiert worden. Unterschiede machten sich dabei insofern geltend, als die auf der christlich-liberalen Seite stehenden Kommissionsmitglieder die Positivliste als Wahlleistung der Krankenkassen, d.h. als Instrument im Wettbewerb der Kassen untereinander einführen wollten. Den Krankenkassen sollte die Möglichkeit gegeben werden, neben einer Basis-Positivliste auch Tarife anzubieten,

die ein umfangreicheres Arzneimittelsortiment enthalten. Dem stand das Konzept der anderen Seite gegenüber, eine für alle Kassen verbindliche Positivliste zu definieren. Diese Liste sollte mit einer gezielten und systematischen pharmakologischen Beratung von Ärzten und Patienten verbunden sein, da andernfalls auch eine Positivliste nichts an den überhöhten Arzneiverordnungen ändern würde.

Als nach Verabschiedung des GRG in den Kommissionsdiskussionen immer deutlicher wurde, daß die Regierungsparteien ihr Konzept um jeden Preis durchsetzen wollten und ihre Sachverständigen dem nur hinhaltenden Widerstand entgegensetzten, kam man überein, zwei getrennte Berichte zur Arzneimittelversorgung zu erstellen (vgl. Abschnitt C). Das hat — bei aller Enttäuschung darüber, daß ein zuvor von den Sachverständigen gemeinschaftlich erstellter Bericht gekippt wurde — für den Leser sicher den Vorteil, daß die realen politischen Alternativen zur GRG-Konzeption deutlicher sichtbar werden.

Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Aufbau des Berichts der GKV-Enquete setzt die Organisationsreform der GKV bewußt an den Schluß des Textes. Damit wird ausgedrückt, daß erst die gesundheitspolitischen Ziele diskutiert und festgelegt werden sollen, bevor deren Finanzierung durch die Krankenkassen zur Debatte steht. Durch alle Berichtsteile zieht sich die Forderung nach einer Stärkung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Krankenkassen. Sie sollen nicht mehr — wie bis heute — nun der Zahlmeister des Gesundheitswesens sein, sondern sich zum gesundheitspolitischen Initiator und Gestalter entwickeln. Die Krankenkassen können diese Aufgabe aber nur erfüllen, wenn ihre finanziellen und organisatorischen Strukturen auf einer gesunden Grundlage stehen. Davon kann aber im vorhandenen gegliederten GKV-System nicht die Rede sein.

Bekanntlich basiert die Finanzierung der Krankenkassen auf dem Solidaritätsprinzip. Alle Versicherten haben den gleichen Leistungsanspruch, tragen aber nur nach individueller Leistungsfähigkeit — gemessen durch einen Lohnanteil in Form des Beitragssatzes — zur Finanzierung dieser Leistungen bei. In einem gegliederten Krankenversicherungssystem hat dies den fatalen Effekt, daß Kassen mit einer sozial schwachen und/oder gesundheitlich hoch belasteten Mitgliederstruktur besonders hohe Beiträge erheben müssen. Im Grunde gilt das Solidaritätsprinzip nur innerhalb einer Kasse und nicht übergreifend im gesamten GKV-System. Verschärft, wenn nicht hervorgerufen wird

dieser entsolidarisierende Effekt durch ein berufsständisches Mitgliedschaftsrecht, das einzelnen Kassenarten unterschiedliche Möglichkeiten einräumt, ihre Versichertenstruktur zu beeinflussen. Während die AOK als die Basiskasse jeden Versicherungsberechtigten aufnehmen muß, haben die anderen Kassenarten entweder kollektive (Betriebs- und Innungskassen) oder vom Status bzw. Beruf (Ersatzkassen) abhängige Möglichkeiten, ihren Mitgliederkreis zu begrenzen. Die Folge dieser unterschiedlichen Chancen der Risikoselektion (»Rosinenpicken«) sind Beitragssatzunterschiede zwischen 8 % und 16 %, bei gleichem Leistungsniveau versteht sich.

Die Sachverständigen in der GKV-Enquete waren sich von vornherein darin einig, daß dieses die Risikoselektion fördernde berufsständische Gliederungsprinzip nicht nur eine Verletzung des Solidaritätsprinzips darstellt, sondern auch gesellschaftspolitisch ein Anachronismus ist. Weshalb soll auch ein technischer Angestellter in einer anderen Kasse versichert sein als ein Facharbeiter? Das Problem stellte sich daraufhin, eine gegliederte GKV zu entwerfen, die keine entsolidarisierenden Effekte mehr enthält. Eine Einheitsversicherung als die vordergründig einfachste Lösung wurde von der einen Seite von vornherein abgelehnt, von der anderen, rot-grünen Seite für politisch nicht durchsetzbar gehalten und daher als Reformoption nicht weiter verfolgt. Es blieben zwei Konzepte übrig, die sich wie folgt zusammenfassen lassen[7]:

Option I:
Jeder Versicherte erhält die Möglichkeit, jeder in der jeweiligen Region vertretenen Kasse beizutreten. Die Kassen werden ihrerseits verpflichtet, jeden Versicherungsberechtigten, der dies wünscht, aufzunehmen (Kontrahierungszwang). D.h. beispielsweise, daß Betriebskrankenkassen auch betriebsfremde Versicherte aufnehmen müssen. Dadurch würde, so die Annahme, ein freier Wettbewerb unter den Kassen stattfinden, der in seiner Tendenz zu einer gleichen Risikoverteilung und damit zumindest deutlich abnehmenden, wenn nicht verschwindenden Beitragssatzunterschieden führen.

Option II:
Diesen Optimismus bezüglich der Effekte der freien Kassenwahl teilt die andere, von der rot-grünen Seite vertretene Position nicht. Sie tritt zwar auch für eine freie Kassenwahl bei Kontrahierungszwang ein, will aber gleichzeitig einen kassenübergreifenden Risikoausgleich einführen, der vereinfacht dargestellt wie folgt aussieht: Alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen werden in einen Topf geworfen und nach

den jeweiligen Alters- und Geschlechtsstrukturen auf die Kassen verteilt. Durch diesen Risikoausgleich entsteht einer Kasse kein Nachteil mehr durch eine sozial schwache und/oder gesundheitlich besonders gefährdete Versichertenstruktur.

Hinter diesen beiden Positionen steht eine konträre Auffassung über die Funktion des Wettbewerbs in der GKV. Während die eine Seite darin ein positives Steuerungsinstrument sieht, hält die andere Seite den Kassenwettbewerb für ein gesundheits- und sozialpolitisches Risiko, das eingegrenzt werden muß. Dieses Risiko wird in erster Linie darin gesehen, daß die freie Kassenwahl ohne Risikoausgleich zu einem diskriminierenden Wettbewerb um eine möglichst günstige Risikostruktur der Kassen führt. Die Kassen werden sich vor allem um junge, gutverdienende und möglichst alleinstehende Versicherte bemühen und sozial schwache und gesundheitlich gefährdete Personengruppen vernachlässigen. Daran werde auch ein Kontrahierungszwang nichts ändern. Aus gesundheitspolitischer Sicht wird diese Form des Wettbewerbs ferner abgelehnt, weil er die Aktivitäten der Kassen mehr auf die Mitgliederakquisition lenkt als auf die Stärkung ihrer gesundheitspolitischen Kompetenz.

Im Zwischenbericht der GKV-Enquete wurde diese sonst in keiner Publikation so auf den Punkt gebrachte Kontroverse noch in der wünschenswerten Klarheit dargestellt. Der Endbericht gibt leider nur noch eine verwässerte Form der einstmals so klaren Alternative wieder, was die rot-grüne Fraktion dazu veranlaßte, sich bei der Abstimmung über diesen Abschnitt der Stimme zu enthalten bzw. gegen den Text in dieser Fassung zu stimmen. Im Endbericht halten es die Kollegen, die ursprünglich einem ungehinderten Wettbewerb der Kassen das Wort redeten und dies für unverzichtbar erklärten, auf einmal für möglich, daß es Mischformen von berufsständischer Gliederung und freier Kassenwahl geben könnte — eine Auffassung, die mit der zuvor einhellig erstellten Analyse nicht in Einklang zu bringen ist. Danach müßte das berufsständische Gliederungsprinzip ohne Kompromisse abgeschafft werden. Von »positiven Aspekten« der »historisch gewachsenen Strukturen« der GKV, von der in der von den Regierungsparteien vertretenen Option III die Rede ist (S. 218), ist in der von der GKV-Enquete zuvor gemachten Bestandsaufnahme des GKV-Systems nichts zu spüren.

Insofern kann ein Kompromiß in dieser Frage nur als Kniefall vor den Sonderinteressen einzelner Kassenarten und deren Funktionären gewertet werden. Es ist sicherlich nicht zu bestreiten, daß in der praktischen Politik Kompromisse geschlossen werden müssen und sachlogisch

aufgebaute Konzepte nur in Ausnahmefällen in reiner Form umgesetzt werden. Allerdings gehört es m.E. nicht zu den genuinen Aufgaben einer Enquete-Kommission, derartige tagespolitische Kompromisse gedanklich vorwegzunehmen. Enquete-Kommissionen haben die Funktion der Politikberatung, und diese sollte in erste Linie darin bestehen, klare Handlungsalternativen zu formulieren. Dies ist nicht nur bezüglich der Organisationsreform der GKV der GKV-Enquete in ihrem Zwischenbericht vom November 1988 erheblich besser gelungen als im Endbericht.

Anmerkungen

1 Bundestags-Drucksache 11/6380 vom 12.2.1990. Der Bericht erscheint auch als Buch in der Reihe »Zur Sache«, hrsg. vom Deutschen Bundestag.

2 Bundestags-Drucksache 11/3267 vom 7.11.1988.

3 Im Münchener Merkur vom 20.2.1990 ist von »neun hochbezahlten Experten« die Rede, womit die von den Bundestagsparteien vorgeschlagenen Sachverständigen gemeint sind. Fakt ist, daß jeder dieser Sachverständigen eine zu versteuernde Anfwandsentschädigung von 14.000 DM pro Jahr erhalten hat, ein angesichts der branchenüblichen Gutachterhonorare und vor allem des erheblichen Arbeitsaufwandes weiß Gott nicht überhöhter Betrag. Finanzielle Gründe dürfte keiner der Sachverständigen für seine Mitarbeit in der GKV-Enquete gehabt haben.

4 Von der CDU/CSU wurden die Professoren Beske, Genzel, Gitter und Neubauer vorgeschlagen, die FDP benannte Prof. Oberender. Die SPD nominierte Eugen Glombig, Ellis Huber und Rolf Rosenbrock, die Grünen mich.

5 Vgl. hierzu auch den Bericht eines wissenschaftlichen Mitarbeiters im Sekretariat der Kommission: C. Hermann, Der Bundestag und die Zukunft der Krankenversicherung, in: Kompaß Heft 2/1990, S. 57ff.

6 Hier eine kleine Auswahl: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht in dem Bericht nur »sattsam bekannte parteipolitische und marktwirtschaftliche Programme« (Presseerklärung vom 20.2.1990). Der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) beschwert sich über einen Bericht, der »sich in unqualifizierten Rundumschlägen erschöpfe und längst entwickelte Konzepte aus der niedergelassenen Ärzteschaft schlichtweg ignoriere« (Presseerklärung vom 19.2.1990). Die Berliner »Schutzgemeinschaft für Kassenärztliche Rechte« schließlich versteigt sich zu der Behauptung, bei den Kommissionsmitgliedern handele es sich um »imkompetente, realitätsferne Theoretiker«, deren Kritik »nur auf die kostengünstige ambulante Medizin (ziele) und aus Furcht vor den Gewerkschaften (sic!) die Krankenhäuser ausspare« (Ärztezeitung vom 21.2.1990).

6 Eine detaillierte Darstellung der Analyse und Vorschläge der GKV-Enquete findet sich bei C. Hermann, Die Kassenorganisationsreform zwischen Politikberatung und Politikdominanz, in: Arbeit und Sozialpolitik Heft 2/1990, S. 60ff.

Hagen Kühn

»Privat oder Kasse?«

Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung

1. Steigende Anteile der Privatversicherung

Der Teil der Bevölkerung, der mit einer Privatversicherung eine volle Krankheitskostenversicherung abgeschlossen hat, nimmt mit wachsenden Steigerungsraten zu. Die PKV hatte an ihrem Tiefpunkt 1976 erst mit 7,3 Prozent der Bevölkerung eine volle Krankheitskostenversicherung abgeschlossen (gegenüber 90,3 Prozent der GKV); im Jahr vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) waren es bereits 9,7 Prozent (GKV: 87,8). Dahinter steht eine Steigerung um 32,3 Prozent der Versicherten[1]. Während aber die jährlich zunehmenden Steigerungsraten im Durchschnitt 144.000 neue Vollversicherungsverträge ausmachten, weist der Rechenschaftsbericht des PKV-Verbandes für das Jahresende 1989 einen Bestand von 6,41 Millionen Vollversicherten aus. Bezogen auf das Vorjahresende ist dies nun eine Steigerung um 530000 neue Vollversicherte. Mehr als jeder zehnte Krankenversicherte ist nun privat vollversichert, eine Steigerung gegenüber 1976 um 43 Prozent.

Der Schluß ist also zulässig, daß das GRG den längerfristig anhaltenden und sich verstärkenden Trend zur PKV begünstigt hat. Das war in mehrfacher Weise der Fall: Speziell im Hinblick auf die Einschnitte des GRG entwickelte die PKV im Bereich der privaten *Zusatzversicherungen* Ergänzungstarife, mit denen die Sozialversicherten sich gegen die Leistungseinschränkungen absichern können. Das führt natürlich den Gedanken eines finanziellen Anreizes zur geringeren Inanspruchnahme, der ansonsten von den Anhängern des Marktes im Gesundheitswesen bevorzugt wird, erst recht ad absurdum. Geboten wird Versicherungsschutz vornehmlich in den Bereichen Zahnersatz, Brillen und Auslandsreisen. Nach dem gesetzlich verordneten Wegfall des Zusatzkrankengeldes der Ersatzkassen (für die Bezieher von über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Einkommen) ist hier eine weitere Marktlücke entstanden, die mit neuen Krankentagegeldversicherungen genutzt wird. Es hätte dieser Logik entsprochen, wenn auch Spezialtarife zur Zuzahlung zu jenen Medikamenten angeboten würden, die nach der Festbetragsregelung fällig sind, aber offensichtlich verspricht man sich von den erhofften Preissenkungen bei Arzneimitteln einen

größeren Gewinn als durch Tarife, die diesen Effekt gefährden. Es ist klar, daß mit diesen Angeboten unmittelbar nur das Geschäft mit Zusatzversicherungen angekurbelt wird. Bereits 10,3 Prozent der in der GKV Versicherten hatten 1989 eine solche private Zusatzversicherung; dabei geht es am häufigsten um die Wahlleistungen im Krankenhaus, also das Ein- und Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung. Dafür stehen zuverlässige Zahlen von 1989, dem ersten Jahr nach dem GRG, noch aus[2]. Der längerfristig größere Nutzen dürfte allerdings darin bestehen, daß sich die Versicherungsgesellschaften über diese Zusatztarife den Zugang zu neuen Kunden erschließen mit dem Ziel, komplette *Krankheitskostenversicherungen* zu verkaufen.

Im letztgenannten Bereich schlug kräftig zu Buche, daß mit dem GRG neue Personenkreise der PKV zugeführt werden: Arbeiter mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (1990: 54.900 DM) können, Beamte und Selbständige müssen nun privatversichert sein. Auch der gesetzliche Zwang zur drastischen Erhöhung des Kinderbeitrags für freiwillig Versicherte in der GKV — von etwa 60 DM auf rund 130 DM[3] — hat zu einem sofortigen starken Anstieg der privatversicherten Kinder geführt (1989: plus 12,9 Prozent)[4].

Eine weitere, vielleicht sogar die längerfristig wichtigste, begünstigende Wirkung für die PKV, die vom Gesundheitsreformgesetz ausgeht, liegt in den Kürzungen und Zuzahlungen für die GKV-Versicherten. Die Attraktivität einer privaten Versicherung erhöht sich damit für viele auch bei höheren Prämien.

2. *Kommerzielle Versicherung versus Solidarausgleich*

Der Wechsel vieler Versicherten aus der GKV in die PKV hat Folgen für alle Beteiligten. Allgemein gesprochen, vermindert er die Fähigkeit der GKV zum Solidarausgleich.

Das wichtigste substantielle Merkmal des Solidaritätsprinzips in der GKV ist die Zuteilung der medizinischen Leistungen nach dem Primat des *Bedarfs*, weitgehend unabhängig von der individuellen kaufkräftigen Nachfrage, während die Beiträge — bis zur gesetzlich fixierten Pflichtversicherungs- bzw. Beitragsbemessungsgrenze — proportional zum individuellen Einkommen steigen. Im Unterschied zur kommerziellen Versicherung führt also ein systematisch ermittelbares höheres Krankheitsrisiko (aufgrund Vorerkrankungen, Alter, Geschlecht etc.) nicht zu höheren Beiträgen. Limitiert wird der Solidarausgleich allerdings durch die Beitragsbemessungsgrenze. Versicherte mit einem darüber liegenden Einkommen bezahlen einen prozentual geringeren

Beitrag. Grob gesagt, beschränkt sich der soziale Ausgleich auf die Gruppe mit unterhalb der Grenze liegenden Einkommen[5]. Generell findet ein Ausgleich statt zwischen:
— gesunden und kranken Versicherten;
— jungen und alten Versicherten;
— männlichen und weiblichen Versicherten;
— zwischen Versicherten mit und ohne Familienangehörigen;
— Erwerbstätigen und Rentnern[6].
Nach dem kommerziellen Versicherungsprinzip hingegen muß gerade dies ausgeschlossen werden. Die Prämien werden hier nicht nach dem Einkommen, sondern nach dem erwarteten Krankheitsrisiko bemessen. Die Versicherten werden in den jeweiligen Tarifen in möglichst homogene Risikoklassen mit entsprechenden Prämien eingeteilt. Ein systematischer sozialer Ausgleich zwischen diesen Gruppen ist ausgeschlossen.

Ein Risikomerkmal, an dem sich das besonders deutlich zeigt, ist das *Alter:* Die GKV verzeichnete 1988 Beitragseinnahmen von Rentnern und den Rentenversicherungen von 21,1 Mrd. DM, ihre Leistungsausgaben für diese Gruppe hingegen beliefen sich auf 52,6 Mrd. DM[7]. Anders ausgedrückt: Würde das kommerzielle Versicherungsprinzip angewendet, dann müßten die Beiträge für Rentner in der GKV das Zweieinhalbfache betragen. Damit wäre allerdings ein erheblicher Teil alter Menschen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, da ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten überschritten wären. Je mehr 'Nettozahler' aus der Solidargemeinschaft herausgenommen werden, desto höher ist der Beitragssatz und desto größer der Konkurrenzvorteil der PKV um jüngere »gute Risiken«. Ohne diesen Solidarausgleich wäre andererseits der GKV-Beitrag für die erwerbstätigen Mitglieder ganz erheblich niedriger.

Gerade bei den Älteren kommt nun aber auch auf die PKV eine bedenkliche Entwicklung zu: Dem Prinzip nach sollen und können die Prämien nicht wegen des Älterwerdens steigen, denn über die Eingruppierung entscheidet das Alter bei Vertragsabschluß. Ein Teil der Beiträge im jungen Alter wird als »Altersrückstellung« kumuliert. In diese wurde jedoch nur das 'Risiko' des Älterwerdens, nicht dasjenige von Preissteigerungen bei Arzthonoraren, Zahnersatz, Krankenhausleistungen usw. einbezogen. Das ist kein Versehen, sondern hat seinen Grund darin, daß andernfalls die unterhalb der GKV liegene Prämie für junge, gut verdienende Angestellte hinfällig würde.

In der gegenwärtigen Praxis werden die jungen Privatversicherten gegenüber ihren Altersgenossen, die in der GKV sind, dadurch bevor-

zugt, daß sie wenig am intergenerativen und nicht am sozialen Solidarausgleich teilnehmen. Die PKV kalkuliert für jede einzelne Altersgruppe und für jeden einzelnen Tarif (Arztbehandlung, Zahnersatz etc.) getrennt. Die Altersrückstellung und damit der Rücklagentopf ist nur auf den bisherigen Beitrag bezogen, während der preisbedingt hinzukommende Prämienanteil über weitere Erhöhungen aufgebracht werden muß. Es entsteht damit praktisch jedes Mal eine teilweise neue Versicherung, die nach dem inzwischen erreichten Alter berechnet und zur bisherigen Prämie addiert wird. Da die verbleibende Vertragslaufzeit für die neuerliche Rücklagenbildung immer kürzer wird, kommt es zwangsläufig zu überproportionalen Beitragssteigerungen für Ältere. Den betroffenen Altversicherten wird häufig der Umstieg auf neue und billigere Tarife empfohlen. Die Prämie ist dann aber ebenso hoch wie bei Neukunden, da ihnen insgesamt ihr aktuelles Alter berechnet wird[8].

Folgender immanenter Mechanismus der PKV erweist sich für die älteren Versicherten als besonders problematisch: Durch permanent neue Tarifkreationen werden die homogenen Versichertengruppen, innerhalb derer ein Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken stattfindet, immer kleiner. Der provisionsgesteuerte Außendienst, für den ein immenser Anteil der Beitragseinnahmen (11,2 Prozent) ausgegeben wird[9], verkauft überwiegend die neuen, von Altlasten freie Tarife, wodurch verhindert wird, daß in den Alttarifen junge und gesunde Versicherte mit entsprechenden Altersrückstellungen hinzukommen.

Die PKV kommt hier in eine nicht ungefährliche Situation: Auf der einen Seite ist bei den Versicherungsgesellschaften ein regelrechtes Gründungsfieber in Erwartung und Folge des GRG ausgebrochen. Andererseits wird die Entwicklung bei den Prämien für die Altversicherten nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Marktimage der PKV bedrohlich. Viele ältere Menschen, die in jungen Jahren durch die relativ niedrigen Tarife für die PKV geworben werden konnten, müssen jetzt einen beträchtlichen Teil ihrer Rente für Prämien ausgeben (laut Presseberichten sollen 20 bis 30 Prozent keine Seltenheit sein[10]). Vor dem GRG wechselte ein beachtlicher Teil der älteren Versicherten bei Erreichen der Pensionsgrenze wieder in die GKV über. Die Kosten der häufiger kranken Alten, die vorher nicht am Solidarausgleich teilgenommen haben, konnten den GKV-Versicherten aufgeladen werden, während die von diesen Versicherten angesammelten Altersrückstellungen bei den privaten Unternehmen zurückblieben. Da läßt es sich leicht vom 'Wettbewerb' reden.

Die neue Regelung des GRG, die dies nun unmöglich macht, entspricht zweifellos dem allgemeinen Gerechtigkeitssinn. Aber individuell entstehen dadurch viele Härtefälle. Versicherungsnehmer, die ihre Prämien nicht mehr bezahlen können, haben sich individuell oder organisiert an Gerichte und Öffentlichkeit gewandt. Die PKV scheint damit unter einen gewissen Druck geraten zu sein. Bereits 1988 wurden aus zinsgespeisten Rückstellungen für die Beitragsrückerstattung (z.B. im Falle der Nichtinanspruchnahme) immerhin 973,2 Mio.DM entnommen, um rechnerisch fällige Prämiensteigerungen zu begrenzen[11].

Ein weiterer Versuch, mit dem Problem fertig zu werden, ist die Einführung des sogenannten Basistarifs. Dieser wird den durch das GRG neu erschlossenen einkommensschwachen Gruppen, d.h. den privatversicherten Rentnern und geringverdienenden Selbständigen und Beamten offeriert. Geworben wird mit besonders niedrigen Prämien, die bis zu 40 Prozent unterhalb derer für normalen Versicherungsschutz liegen sollen[12]. Etwa die Hälfte der PKV hat solche Angebote 1989 gemacht[13]. Da im kommerziellen Versicherungssystem eine Umverteilung aus anderen Tarifgruppen bzw. ein sozialer Ausgleich nicht stattfindet, versucht man die Kosten dieser Tarife zu einem Teil auf die Kunden (hohe Selbstbeteiligung, eingeschränkte Leistungspalette) und zu einem anderen Teil auf die Anbieter zu überwälzen. Die Versicherten können dem aus wirtschaftlichen Gründen teilweise nicht ausweichen. Die PKV schätzte anfangs das Kundenpotential des Basistarifs auf 10 Prozent der PKV-Versicherten[14]. Jedoch widersetzen sich die Anbieter, insbesondere die Ärzteverbände strikt der Idee, für die Behandlung der 'Basisversicherten' Sonderkonditionen zu gewähren. Die PKV fordert für diese Gruppe niedrigere Multiplikatoren, z.B. bei Ärzten maximal 1,7 und bei Zahnärzten das 2,3fache der Gebührenordnung. Die Bundeszahnärztekammer wird zitiert mit einer Verlautbarung, nach der sie es ablehnt, »die guten Gewinne der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch Verzicht auf Honorar noch zu steigern«[15]. Fest steht, daß die Ärzte zu dieser Subventionierung der Versicherungen keinerlei Verpflichtung haben. Das Schicksal des Basistarifs ist noch unklar und offen. Im letzten PKV-Rechenschaftsbericht ist lediglich davon die Rede, er sei von Krankenversicherern eingeführt worden, »die auf sich zusammen rund die Hälfte des Marktes der PKV vereinigen«, weitere Unternehmen würden folgen und ein solcher Versicherungsschutz bestehe »erst für wenige Personen«[16].

Mit dem kommerzielle Versicherungsprinzip werden nicht nur das Alter, sondern auch Merkmale und Ereignisse wie Geschlechtszugehörigkeit und Einkommensminderung zu individuellen wirtschaftlichen

Risiken im Zusammenhang mit Krankheit. Beispielsweise ist das Kostenrisiko der *Frauen* höher als das der Männer. Nimmt man — als den deutlichsten Fall — die Altergruppe der 28jährigen und setzt die erstatteten Kosten der Männer gleich 100, dann ist die Rechnung für ambulante ärztliche Behandlung und Arzneimittel der Frauen mehr als doppelt so hoch, die Krankenhauskosten erreichen sogar fast das Dreifache[17]. Versicherungsmathematisch wird dieses erhöhte 'Risiko' in geschlechtsspezifisch differenzierte Prämien umgerechnet. Der ökonomische Anreiz für Frauen, von der GKV zur PKV überzuwechseln ist durch die hohen Prämien erheblich geringer. Daher sind nur 33,9 Prozent der privaten Krankheitskostenversicherungen auf Frauen ausgestellt (Männer: 47,7 und Kinder:18,4)[18].

3. Soziale Kosten der Privatversicherung

Am Frauenanteil zeigt sich exemplarisch ein generelles Merkmal des Verhältnisses von GKV und PKV: Gruppen mit dem höheren Kostenrisiko sind systematisch in der PKV unter- und entsprechend in der GKV überproportional vertreten. Der häufig geäußerte Vorwurf gegenüber dem Marktverhalten der PKV, dieses sei auf ein Herauspicken der 'Rosinen' zum Nachteil der GKV ausgerichtetm, ist als moralischer Vorwurf ungerechtfertigt, denn es ist nichts weniger als die wirtschaftliche Existenzbedingung kommerzieller Krankenversicherungen.

Neulich wurde eine empirische Studie über die Ökonomie der PKV-GKV-Beziehung vorgelegt[19]. Sie kann als Exempel dafür gelten, wie mit exakten Zahlen und sorgfältiger Berechnung, aber der falschen Fragestellung Apologetik produziert werden kann: Zum Zeitpunkt der Berechnung befanden sich — mit abnehmender Tendenz — rund 3,4 Mio. freiwillige Mitglieder mit weiteren rund 4,5 Mio. mitversicherten Familienangehörigen in der GKV. Die Frage war, ob diese nicht von den Pflichtmitgliedern (d.h. jenen Versicherten, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt) subventioniert werden. Eine solche Fragestellung — die gängig ist — legt nahe, aus ihrer Bejahung auf die Schlußfolgerung zu kommen, dann sei es für die Pflichtversicherten 'selbstverständlich' günstiger, wenn alle freiwillig Versicherten der PKV überantwortet würden. Die Berechnungen ergaben nun folgendes: Vergleicht man die Summe der Leistungsausgaben, der anteiligen Verwaltungskosten und der kalkulatorischen Rückstellungen für das Rentenalter mit den Einnahmen aus den Beiträgen dieser Gruppe, dann kommt man auf ein Defizit — d.h. tatsächlich eine Subventionierung durch die Pflichtversicherten — von rund 1 Mrd. DM.

Allerdings zeigt die detaillierte Betrachtung, daß dieser Effekt überwiegend bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen auftritt. Dort ist er bedingt durch Personen, die gesetzlich aus der Versicherungspflicht bzw. der Mitversicherung als Familienangehörige herausgefallen, zugleich jedoch Bezieher niedriger Einkommen sind. Dies sei — so die Studie — sozialpolitisch durchaus erwünscht, letztlich könne deshalb nicht von einer Subventionierung gut verdienender freiwillig Versicherter durch Pflichtversicherte gesprochen werden. Bei den Ersatzkassen betrage das Saldo etwa Null. Das spreche dafür — so die praktische Empfehlung — die Verteilungsbedingungen zwischen PKV und GKV im wesentlichen unangetastet zu lassen.

Das ordnungspolitisch entscheidende Problem ist aber nicht eine solcherart berechnete Subventionierung, sondern der Umstand, daß die PKV dem *Solidarausgleich* der gesetzlichen Krankenversicherungen genau jene Versicherten entzieht, bei denen das Saldo nicht Null, sondern positiv wäre. Insbesondere bei Anhebung oder Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze würde das für *alle* Versicherten zu erheblichen Beitragssenkungen führen, wenn die Bevölkerungsgruppe mit überdurchschnittlich hohen Einkommen und unterdurchschnittlichem Krankheitsrisiko einbezogen würde. Die GKV »subventioniert« also die PKV mit jedem 'guten Risiko', das von dieser unter Vertrag genommen werden kann. Hier liegen die sozialen Kosten der PKV, mit denen die Beitragszahler der GKV belastet werden.

Andererseits belegt die Berechnung aber indirekt, daß — bei gegebener Höhe der Prämien — die PKV das über der Pflichtversicherungsgrenze verdienende Potential fast optimal ausgeschöpft hat. D.h. bei gegebener Prämienhöhe und Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze sind nur noch geringe weitere Einbrüche in diesem Bereich kommerziell lohnend[20]. Aber: Sowohl weitere Beitragssteigerungen, Leistungskürzungen und Selbstbeteiligungsregelungen, als auch die mögliche weitere Stärkung der PKV-Position nach einer fälligen Krankenversicherungsreform können weiteren Spielraum für Prämienerhöhungen geben und damit auch die Voraussetzung für die weitere Ausdehnung des privatversicherten Personenkreises liefern.

4. Sind Privatversicherungen kostengünstiger?

4.1. Leistungsausgaben

Zugespitzt ausgedrückt: Die attraktiven Prämien für die gut verdienenden, jungen Männer verdanken sich nicht einer effizienteren, kostengünstigeren Versorgung durch den kommerziellen Versicherungsmarkt, sondern dem Umstand, daß sie nichts zum Solidarausgleich beitragen. Das kann zunächst mit Blick auf die wichtigsten Ausgabenposten bei den Versicherungsleistungen unschwer illustriert werden:

Nicht nur das Niveau der Arzt-, Chefarzt- und Zahnarzthonorare ist durch die Möglichkeit, die Sätze der Gebührenordnung mit 'Multiplikatoren' zu vervielfachen, höher, sondern auch deren Steigerungsraten. Zwischen 1980 und 1988 kletterten die Ausgaben der PKV für ambulante Behandlung um 59,6 Prozent (GKV:41,5 Prozent) und für stationäre Behandlung um 74,1 Prozent bei den Gesamt- und 90,6 Prozent bei den Pflegekosten (GKV:60,0 Prozent). Bei Zahnersatz und Zahnbehandlung stiegen die Ausgaben um 62,2 Prozent gegenüber 31,4 Prozent bei der GKV; vergleicht man den Zeitraum vor dem Vorzieheffekt des GRG bis 1986, dann ist die Relation sogar 42,1 Prozent (PKV) zu 9,3 Prozent (GKV). Lediglich bei den Arznei- und Verbandsmitteln hatte die GKV etwas höhere Zuwächse (53,3 zu 63,0 Prozent)[21].

Interessant ist auch der hohe Prozentsatz, mit dem die ärztlichen und zahnärztlichen Anbieter ihre Leistungen mit einem Faktor mulitiplizieren, der die Möglichkeiten voll ausschöpft (Niedergelassene Ärzte: 90,6 Prozent; Chefärzte: 85,9 Prozent; Zahnärzte: 80,0 Prozent) oder darüber hinausgeht (2,5; 11,4; 6,7 Prozent)[22]. Die Bemühungen um Kostendämpfung im Bereich der Honorare waren also von geringem Erfolg gekrönt. Anzumerken ist hier noch, daß die PKV einen nicht unbeträchtlichen Druck auf die Krankenhäuser ausübt. 1989 wurde erstmals ein Gerichtsurteil (Siegen) über die Angemessenheit der Höhe der Wahlleistungszuschläge im Krankenhaus erreicht, das zu beträchtlichen Absenkungen führte[23]. Je weiter sich die 'Angemessenheit' dieser Zuschläge den tatsächlichen Mehrkosten annähert oder diese sogar unterschreitet, desto mehr geht der vielleicht einzige soziale Ausgleichseffekt, den die PKV-Ausgaben haben könnten, verloren. Denn vermutlich können bisher viele Krankenhäuser mit Mehreinnahmen auf diesem Gebiet, Defizite anderer Bereiche decken. Bemerkenswert ist aber eine Rechtsprechung, die im Krankenhausrecht mehr und mehr den Marktpreis begünstigt, aber ausgerechnet dann auf die tatsächlichen Kosten rekurriert, wenn es um die Interessen privater Versicherungsunternehmen geht.

Zurück zur Kostensituation der PKV: es ist also leicht zu erkennen: Das für einige Personengruppen der PKV-Versicherten günstigere Preis-Leistungsverhältnis kann in keinem Fall auf niedrigere Leistungsausgaben zurückgeführt werden. Es ist aber auch ebensowenig das Resultat geringerer Kosten bzw. einer effizienteren Arbeitsweise der Versicherung. Diese These wird diejenigen erstaunen, die dem sorgfältig gehegten Glauben anhängen, öffentliche Institutionen müßten 'naturgemäß' bürokratischer und verschwenderischer sein als kommerzielle.

4.2. Kosten des Versicherungsbetriebes

Die Publikationen des PKV-Verbandes beeindrucken mit einer sogenannten 'Leistungsquote' von 96,15 Prozent, die den Anteil an den Beiträgen wiedergeben soll, »der als Leistungen zugunsten der Versicherten verwendet wird«. Diese sei »die adäquate Bezugsgröße«, um die private und gesetzliche Krankenversicherung miteinander zu vergleichen[24].

Die eingehende Kritik dieser sogenannten Leistungsquote kann hier nicht erfolgen, aber zwei Besonderheiten seien genannt: Als »Leistungen« werden in voller Höhe die »Zuführungen zur Altersrückstellung« eingesetzt. Hiernach erhalten die Versicherten denselben Betrag zweimal: zunächst wenn er zurückgestellt, später noch einmal, wenn die Rückstellung für den Versicherungsfall mobilisiert worden ist. Auch die »Aufwendungen für Beitragsrückerstattung« werden den »Leistungen« zugeschlagen. Nach dieser Logik könnte eine Institution, die Beiträge einzieht und wieder zurückzahlt auf eine »Leistungsquote« von 100 Prozent kommen.

Von Flensburg bis zum Bodensee übernehmen die Medien kritiklos diese Erfolgsziffer, dabei müßte schon ein zweiter Blick mißtrauisch machen: Zieht man nämlich den an anderer Stelle für 1988 ausgewiesenen Posten »Verwaltungskosten« in Höhe von 618,5 Mio. DM (4,1 Prozent) von den Beitragseinnahmen ab, dann kommt man bereits auf einen Wert von 95,9 Prozent, der die »Leistungsquote« unterschreitet. Die einzig »adäquate Bezugsgröße« ist also allein schon rechnerisch unmöglich. Ein weiterer, noch weit größerer Posten, sind die »Abschlußkosten«. Diese werden von der PKV-Berichterstattung nicht zu den Verwaltungskosten gerechnet, obwohl entsprechende (wenn auch erheblich niedrigere) Kostenbestandteile der GKV selbstverständlich darunter gebucht werden. Der Grund dürfte darin liegen, daß man auf einen mit der GKV vergleichbaren Verwaltungskostenanteil kommen

möchte. Als »Abschlußkosten« werden darum praktisch der gesamte Marketing-Bereich, insbesondere aber die gezahlten Provisionen für Neuabschlüsse und Umstellungen der Versicherunsverträge zusammengefaßt. Niemand würde ernsthaft behaupten wollen, solche Ausgaben repräsentierten »Leistungen zugunsten der Versicherten«; es handelt sich nämlich um Kosten im ganz traditionellen Sinne.

Nimmt man also nur die »Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb« (das sind die Kosten ohne Steuern und ohne den unklaren Posten »sonstige Aufwendungen und Erträge«), dann sind das immerhin schon 12,53 Prozent der gesamten Einnahmen aus Beiträgen, Entnahmen aus Rückstellungen und Vermögen (18,51 Mrd.DM). Allerdings müssen dann noch von den Beitragseinnahmen die »Aufwendungen für Beitragsrückerstattungen« (1,24 Mrd.DM) abgezählt werden. Dadurch steigt der Anteil allein dieses Kostensegments an den Einnahmen auf 13,43 Prozent der gesamten Einnahmen und 17,25 Prozent des Netto-Beitragsaufkommen (Beiträge minus Rückzahlungen).

Addiert man zu den Werten der »Aufwendungen für Versicherungsfälle« (11,56 Mrd.DM) großzügig die gesamte »Zuführung zur Altersrückstellung« (2,78 Mrd.DM), dann nimmt der Aufwand für Verwaltung, Marketing, Provisionen für Abschlüsse und Umstellungen immerhin 16,18 Prozent (also eine eher untertriebene Zahl) der Leistungen in Anspruch.

Diese Ziffern können nun mit der GKV verglichen werden. 1988 standen hier den Einnahmen aus Beiträgen (128,19 Mrd.DM) und anderen Quellen (4,49 Mrd.DM) Leistungsausgaben von 128,04 Mrd.DM gegenüber. Die ausgewiesenen »Verwaltungskosten« von 6,2 Mrd. DM schließen sämtliche Aufwendungen für den Betrieb, einschließlich werbender Maßnahmen, Auskunfts- und Beratungsdienstleistungen ein. Die amtliche Statistik nennt einen Verwaltungskostenanteil von 4,6 Prozent[25], berechnet nach den hier zitierten Angaben kommt man auf 4,84 Prozent an den Versicherungsleistungen[26].

Internationale Vergleiche belegen, daß kommerzielle Systeme der Krankenversicherung und -versorgung mit erheblich höheren — im weiteren Sinne — Verwaltungskosten arbeiten als nichtkommerzielle. Die Gründe liegen nicht in Unterschieden der Arbeitsproduktivität, sondern überwiegend darin, daß bei der gewinnwirtschaftlichen Betriebsführung neue Aufwandsarten hinzukommen, derer der öffentliche Betrieb nicht bedarf, z.B. die komplizierte Abwickung der Kostenerstattung, viele Tarife und Prämien, Marketing, Provisionen für Abschlüsse und Umstellungen usw. Die 1500 privaten Versicherungsgesellschaften in den USA haben 1983 10,5 Prozent ihrer Prämieneinnahmen dafür ausgegeben[27].

Himmelstein und Woolhandler berechneten für die gesamte Krankenversorgung in einer vielbeachteten Arbeit für 1983 die »administrative Verschwendung« im US-amerikanischen (vorwiegend kommerziellen), kanadischen (private Anbieter und Sozialversicherung) und im britischen (öffentliche Anbieter ohne Versicherung) Gesundheitssystem. Der Aufwand von Versicherungen, Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arztpraxen, der nicht in Leistungen an Versicherte mündete, verschlang in den USA mit 77,7 Mrd Dollar 33,2 Prozent aller Gesundheitsausgaben. Kanada kam auf knapp zwei Drittel (62,4 Prozent) und Großbritannien auf die Hälfte (50,71 Prozent) des US-amerikanischen Anteil. Ich habe an anderer Stelle gezeigt, daß Bürokratie nicht nur Bestandteil staatlicher Regulierung in Gesundheitssystemen ist, sondern daß auch deren kommerzielle Verwertung und die dazu notwendige betriebliche Infrastruktur von Kalkulations — und Kontrollsystemen zu einer 'marktbedingten Bürokratisierung' führt[28].

Es läßt sich also zusammenfassen: die in einem kommerziellen System erforderlichen Gewinne können weder auf niedrigeren Preisen der Anbieter noch in geringerem Betriebsaufwand beruhen. Müßten sie aber für die Gesamtbevölkerung über die Höhe der Prämien erzielt werden, dann käme man zu astronomischen, von nichtkommerziellen Systemen leicht unterbietbaren Beiträgen. Um dies zu vermeiden gibt es nur den Weg der Ausgrenzung von Personen mit hohem Krankheitsrisko. Die Rentabilität der kommerziellen Krankenversicherung beruht also nicht primär auf höherer Effizienz (obwohl im empirischen Einzelfall natürlich effizientere Organisation keineswegs ausgeschlossen ist), sondern auf der risikobezogenen Selektion der Kunden[29]. Das US-amerikanische, überwiegend marktregulierte Gesundheitssystem gibt sowohl für hohe Prämien als auch für die Ausgrenzung ein drastisches Beispiel. Obschon Personen über 65 Jahre im staatlichen Medicare-Programm versichert sind, bleiben fast 40 Millionen Amerikaner ohne und haben weitere 40 bis 50 Millionen nur einen unzureichenden Versicherungsschutz, weil sie die risikobezogenen Prämien einer Krankheitskostenversicherung nicht bezahlen können[30].

5. *Perspektiven*

Die Entwicklung ist keineswegs darum bedenklich, weil in der Bundesrepublik 'amerikanische Verhältnisse' zu befürchten seien. Auch ergibt sich aus dem bisher Gesagten, daß eine völlige Privatisierung der Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung schon allein rechnerisch nicht möglich ist. Nicht zuletzt diese Einsicht mag dahinterstehen, wenn

die marktgläubige Mehrheit selbst der bundesdeutschen Gesundheitsökonomen sich von der Idee einer Totalkommerzialisierung getrennt hat. Stattdessen wird hier einem dualen Modell das Wort geredet, bei dem es eine nichtkommerzielle »Grundversorgung« weit unterhalb des jetzigen GKV-Niveaus und eine private »Zusatzversorgung« geben soll, die sich die entsprechenden Einkommensgruppen hinzukaufen können[31].

Es ist nun von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung zu begreifen, daß solche Konzepte als *Tendenz* nicht unbedingt des Gesetzgebers und der 'großen Politik' als Subjekt ihrer Durchsetzung bedürfen. Die 'schiefe Ebene' auf der sie sich mit eigener Schwerkraft auf ihr Ziel hin bewegen können, ist durch die Kostengesetze der 70er und 80er Jahre bereitet. Strategische Punkte bei der künftigen Entwicklung der Relationen von Sozial- und Privatversicherung werden auch weiterin die gesetzlich definierten Personengruppen der GKV, die Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze sowie die Beitragsdifferenz sein. Eine große Rolle spielen bei der Entscheidung der freiwillig GKV-Versicherten auch die wahrnehmbaren Vor- und Nachteile der GKV. Je mehr Zuzahlungen, Kürzungen oder Kostenerstattungsformalitäten die Sozialversicherten belasten, desto eher entscheiden sie sich zum immer leichter möglichen Wechsel. Solche mit dem Kostenargument legitimierten Verschlechterungen der GKV haben in der Vergangenheit, über die verbesserten Marktchancen der PKV und den dadurch weiter beeinträchtigen Solidarausgleich, in die beitragssteigernde Richtung gewirkt.

Mit der Fortsetzung des gegenwärtig wirksamen und sich selbst verstärkenden Trends zur kommerziellen Krankenversicherung wird in neuer Qualität ein Problem aufgeworfen, das über Beitragsunterschiede hinausgeht, das unmittelbar *gesundheitspolitisch* ist und das man in Deutschland schon längst überwunden zu haben glaubt: die mit zunehmend differenziertem Krankenversicherungsschutz einhergehende allmähliche soziale Differenzierung der Krankenversorgung.

Bisher weist zwar die wirtschaftliche Situation einzelner Krankenkassen, in Beitragssatzdifferenzen sich ausdrückende Unterschiede auf. Die Mitglieder in Problemregionen müssen höhere Beitragssätze in Kauf nehmen, aber in der Regel sind die Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung nicht schlechter. Der Anteil und die Ballung der Privatversicherten war in der Vergangenheit ebenfalls nicht so hoch, daß er die Angebotsstrukturen hätte deutlich beeinflussen können.

Wenn aber in einem hinreichenden Maße das einheitliche Preissystem der GKV sowohl innerhalb der GKV als auch im Verhältnis zur

expandierenden PKV marktwirtschaftlich durchbrochen ist, dann überträgt sich die Verteilungsstruktur der Gesellschaft, die sich bislang weitgehend nur in unterschiedlichen Versicherungen ausdrückt, auch auf die *Teilhabechancen an der medizinischen Versorgung*[32]. Das ist dann der Fall, wenn konkurrierende Krankenversicherungen (gleichviel ob privat oder gesetzlich) nach Maßgabe ihrer unterschiedlichen, einnahmebedingten wirtschaftlichen Potenz individuell unterschiedliche Preise, Honorare oder Pflegesätze mit konkurrierenden Anbietern aushandeln dürfen, oder wenn es ein duales Versicherungssystem bzw. die weitere Ausformung des Bestehenden in der Art einer Basis- und Zusatzversorgung gibt. Entscheidend ist, daß es Patientengruppen gibt, denen gegenüber systematisch unterschiedliche Verdienstchancen der Anbieter bestehen. Diese stehen dann in Konkurrenz um die zahlungsfähigsten Patienten, d.h. um diejenigen, deren Versicherungen am besten und mit den geringsten Kontrollen vergüten. Wie die US-amerikanischen Erfahrungen zeigen, muß sich diese soziale Differenzierung nicht primär in der Diskriminierung konkreter Patienten niederschlagen. Sie äußert sich z.B. sehr häufig in der Wahl des Standortes entsprechend der Sozialstruktur des Wohngebietes und in vielen 'kleinen Unterschieden', in denen Patienten nach ihrer Schichtzugehörigkeit angezogen oder abgestoßen werden. Es ist einsichtig: wenn hier — wie schon jetzt in den Krankenhäusern — sichtbare Bevorzugungen und Benachteiligungen[33] sich herausbilden, so hat auch dies einen selbstverstärkenden Effekt in Richtung verbesserter Marktchancen der PKV mit weiteren Umdrehungen der Privatisierungs- und Differenzierungsschraube.

Einen oft übersehenen politisch-sozialen Bestandteil dieser Schraube hat Lawson am Beispiel des Erfolges der britischen Konservativen bei der Destruktion der sozialen Rentenversicherung herausgearbeitet. Der Sektor der privaten Altersversicherungen hatte sich — vermittelt über die Arbeitgeber — schon lange vor der Regierung Thatcher etabliert. Jeder Einschnitt in die soziale Sicherung machte ihn attraktiver. Als dann in der Ära Thatcher die Substanz auf das Spiel gesetzt wurde, war der politische Widerstand nicht ausreichend. Der Teil der Bevölkerung, der auf die staatliche Alterssicherung angewiesen war, hatte schon längst mit den besserverdienenden Arbeitnehmern ihre artikulations- und konfliktfähigsten Mitglieder verloren. Die vorangegangene allmähliche Ausdehnung des privaten Sektors und die damit verbundenen Selektionsprozesse hatten zur Aushöhlung der allgemeinen Loyalität gegenüber den öffentlichen Leistungen geführt. »Letztere haben in zunehmendem Maße den Charakter einer residualen Fürsorge für ärmere Teile der Bevölkerung angenommen.«[34]

Anmerkungen

1 vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1989, S.159
2 Der Rechenschaftsbericht von 1989 kann aufgrund der Abgrenzungsprobleme nur — m.E. untertreibende — Schätzungen vornehmen. Hiernach haben 4,7 Mio. Versicherte der GKV eine oder mehr Zusatzversicherungen (1988: 4,6 Mio.) Mehr Klarheit werden erst die Ergebnisse des amtlichen Mikrozensus bringen. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung im Jahre 1989, Köln 1990. (zit. als »Rechenschaftsbericht«)
3 Vgl. Kölner Stadtanzeiger v.20./21.1.1990
4 Rechenschaftsbericht, S.30
5 Es gibt noch weitere faktische Einschränkungen, die vor allem in den regionalen und kassenartspezifischen Beitragsunterschieden liegen. Oft treffen hier niedrigere Löhne, höheres Risiko und überdurchschnittliche Beitragssätze zusammen.
6 Vgl. Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bundestags-Drucksache 11/6380, S.150
7 vgl ebenda
8 vgl. »Explosive Tarife«, in: Wirtschaftswoche v. 13.4.1990, S. 104 ff.
9 Verband der privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 1988/90, S.62 (zit. als »Zahlenbericht«)
10 Vgl. Kölner Stadtanzeiger v.21.1.1990
11 Zahlenbericht 1988/89, S.62
12 Vgl. Handelsblatt v. 9.11.1989
13 Rechenschaftsbericht, S.48
14 Stuttgarter Zeitung v. 28.7.1989
15 ebenda
16 Rechenschaftsbericht, S. 48 f.
17 Zahlenbericht, S.39
18 ebenda.
19 Zschocke,A.: Zur These der Subventionierung der freiwilligen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung; Idstein 1989
20 Allerdings ist die Bereitschaft, höhere Prämien der PKV zu akzeptieren, dann ansteigend, wenn die Leistungen der GKV verschlechtert oder durch Selbstbeteiligung über den Beitrag hinaus verteuert werden. Hier dürfte auch ein wesentlicher Anreiz des GRG liegen, zur PKV überzutreten.
21 vgl. Zahlenbericht, S.42 ff.
22 ebenda, S.35, 51
23 Rechenschaftsbericht, S.76
24 vgl. zur folgenden Darstellung: Zahlenbericht S.31,53,62 und Rechenschaftsbericht, S.34 ff.
25 vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1988, Bonn 1990
26 Die GKV verbraucht 4,67 Prozent der Gesamt- und 4,83 der Beitragseinnahmen für den Versicherungsbetrieb; bei der PKV sind dies 12,53 Prozent der Summe von Beitragseinnahmen und Kapitalerträgen; 13,43 Prozent nach Saldierung der Beitragseinnahmen mit den Rückzahlungen und 17,25 Prozent der (Netto-)Bei-

tragseinnahmen. Diese Werte würden sich noch erhöhen, wenn man den undurchsichtigen Posten für »sonstige Aufwendungen und Erträge« einbezöge.

27 Vgl Health Care Financ Review 1984, No.2, S. 1 ff.

28 Kühn, H.: Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, in: WSI-Mitteilungen Nr.2/ 1990, bes. S.71 ff.

29 Vgl. Stone,D.: At Risk in the Welfare State, in: Social Research, No.3, 1989, S.591 ff.; dies.: Risikoklassen und Sozialpolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform, H.3/4, 1990, S.201 ff.; Kühn, H., a.a.O., S.68 ff.

30 Kühn, H., a.a.O., S.68

31 Einen informativen Überblick der Konzepte liefert der: Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bundestags-Drucksache 11/3267, Bes. S. 87-281

32 Vgl. Kühn, H., a.a.O., S.67ff.

33 »Benachteiligungen« müssen keineswegs identisch sein mit schlechterer medizinischer Qualität, es reicht, wenn sie von der Öffentlichkeit als Benachteiligung empfunden werden, um handlungsleitend zu sein.

34 Lawson, R.: Gegensätzliche Tendenzen in der Sozialen Sicherheit: Ein Vergleich zwischen Großbritannien und Schweden, in: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Nr.1/1987, S.30

Gerhard Bäcker

Pflegenotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit — ein weiterhin ungelöstes Problem

1. Ausgangslage

Die »soziale Marktwirtschaft« in der Bundesrepublik erfreut sich derzeit nahezu ungeteilter Zustimmung. Mit dem Wirtschaftssystem wird auch das Sozialleistungssystem (in seinen Strukturen — nicht in seinem Niveau) auf die DDR übertragen. Daß die Bundesrepublik ein vorbildlicher Sozialstaat ist, erscheint unbestritten. Regierung und Opposition streiten sich allenfalls um die Urheberschaft. In diesen Zeiten und unter diesen politischen Verhältnissen werden die gravierenden Defizite und Probleme des Sozial- und Gesundheitssystems, die seit Jahren bekannt sind, nicht mehr zur Kenntnis genommen. Kritiker bleiben im deutsch-deutschen Taumel unbeachtet. Im besonderen Maße gravierend und offensichtlich sind die sozialpolitischen Defizite im Bereich der sozialen Absicherung der Pflegebedürftigen. Obgleich das Problem sich zuspitzt, die Lebensbedingungen der betroffenen Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und des Pflegepersonals unerträglich werden, beherrscht Untätigkeit die sozialpolitische Szene. Durchgreifende Maßnahmen bleiben aus. Die Bundesregierung verweist auf das Gesundheitsreformgesetz, das Verbesserungen bei der ambulanten Pflege verspräche. Die SPD-Opposition ist sich noch unschlüssig, ob das Thema Pflege im Regierungsprogramm »Fortschritt 90« aufgegriffen wird.

Aufgabe des Beitrages soll es sein, angesichts dieser Situation noch einmal einen Überblick über die Problemlage zu geben, ihre Hintergründe und Bestimmungsfaktoren zu analysieren und die Ausgangsbedingungen nach dem Gesundheitsreformgesetz zu skizzieren. Von der Zielsetzung her muß es darum gehen, die Lebensbedingungen und -perspektiven der großen und wachsenden Zahl der Pflegebedürftigen zu verbessern. Pflegebedürftig zu sein das heißt, existentiell auf die ständige persönliche Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein, da die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Lebensalltag (z.B. Essen und Trinken, An- und Auskleiden, Körperpflege, Benutzung der Toilette, häusliche Versorgung, Fortbewegung) nicht mehr alleine bewältigt werden können. Eine Fülle von empirischen Studien und Praxisberichten läßt erkennen, daß die personelle,

finanzielle und soziale Hilfe, die die Betroffenen erhalten, völlig unzureichend, in vielen Fällen menschenunwürdig ist[1]. In der Bundesrepublik muß von einem Pflegenotstand geredet werden, in der stationären wie in der ambulanten und familiären Versorgung. Gerade hier zeigt sich, daß Medizinbetrieb, Gesundheitswesen und Krankenversicherung heute die wesentlichen sozialen und gesundheitlichen Probleme unberücksichtigt lassen[2]. Das Problem der Pflegebedürftigkeit wird in der sozialpolitischen Prioritätenskala nachrangig gewichtet bzw. kommt in den Strukturen des Systems nicht zur Geltung.

Die genaue Zahl der derzeit in der Bundesrepublik lebenden Pflegebedürftigen ist wegen der definitorischen Schwierigkeiten und mangels umfassender Erhebungen nicht festzustellen[3]. Insgesamt ist von etwa zwei Millionen Pflegebedürftigen verschiedener Schweregrade auszugehen, die sich auf die Gruppen der chronisch Kranken, der körperlich und/oder geistig Behinderten und der Älteren (insbesondere der »Hochbetagten«) verteilen. Der *weit überwiegende* Teil dieser Menschen lebt zu *Hause* und wird dort versorgt und verpflegt (etwa 1,7 Mill. Personen). Davon sind rund 650000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftige. 260000 Pflegebedürftige werden stationär in Alten- und Altenpflegeheimen versorgt. Hinzuzurechnen ist noch ein (umstrittener), auf rund 130000 Personen geschätzter Teil von pflegebedürftigen Langzeitkranken, die in Akutkrankenhäusern liegen.

Pflegebedürftigkeit ist keine Folge des Alters allein. Aber die Erwartungswahrscheinlichkeit steigt, daß mit zunehmendem Alter Krankheiten auftreten, sich chronifizieren und daß die Alltagsaufgaben nicht mehr alleine bewältigt werden können. Pflegebedürftigkeit tritt zudem in einem Lebensabschnitt ein, in dem der Kreis der Familienangehörigen und Mitmenschen — Ehepartner, Kinder, Freunde, Bekannte —, von denen man soziale und pflegerische Hilfen erwarten kann, kleiner wird. In der Altersgruppe der 60- bis 70jährigen sind heute 9 v.H. pflegebedürftig. In der Altersgruppe der über 80jährigen liegt der Pflegebedarf jedoch bereits bei 19 v.H.

Pflegebedürftigkeit ist zu einem Massenphänomen geworden: Parall zur Verlängerung der Lebenserwartung hat sich ein Panoramawechsel des Krankheits- und Todesursachenspektrums in Richtung auf chronisch-degenerative Krankheiten vollzogen. Viele dieser Krankheiten führen zwar erst im relativ fortgeschrittenen Alter zum Tod, können aber eine langandauernde Behandlung, Betreuung und Pflege erfordern.

Durch die Bevölkerungsentwicklung und die Veränderung im Altersaufbau der Bevölkerung wird die Pflegebedürftigkeit in den nächsten

Jahren weiter zunehmen. Der demographische Umbruch führt zu einer hohen Konzentration alter und hochbetagter Menschen[4]:

— Die Zahl der älteren Mitbürger über 60 Jahre wird ständig zunehmen. Voraussichtlich werden im Jahre 2030 etwa 17 Mill. Mitbürger über 60 Jahre in der Bundesrepublik leben. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird von rund 20 v.H. kontinuierlich bis auf 36 v.H. ansteigen.

— Die Zahl der hochbetagten älteren Menschen über 80 Jahre wird im Jahre 1990 bereits rund 2,2 Mill. Mitbürger betragen. Sie wird damit gut eine halbe Million über der von 1981 liegen: Bliebe es auch in Zukunft bei der *gegenwärtigen* Aufteilung von stationärer und familiärer Unterbringung pflegebedürftiger alter Menschen, so würde nicht nur der Bedarf an Heimplätzen weiter zunehmen, sondern dann würde vor allem auf die Familien ein erheblicher Zusatzbedarf an Pflegeleistungen zukommen. Die demographischen und sozialen Verschiebungen, die zu einem Anwachsen von Zahl und Anteil alter und pflegebedürftiger Menschen führen, lassen aber *zugleich* die primären, familiären Netze kleiner und brüchiger werden:

— Immer mehr älteren Menschen stehen immer weniger jüngere Menschen gegenüber. Schon rein rechnerisch sinkt dadurch für kranke und/oder pflegebedürftige alte Menschen die Chance, auf mehrere Familienmitglieder zurückgreifen zu können. Soweit überhaupt Kinder existieren, muß die Arbeit auf immer weniger (Töchter) aufgeteilt werden. Da bei verlängerter Lebenserwartung die Pflegebedürftigkeit in den höheren und höchsten Altersgruppen auftritt, heißt das, daß die Ehepartner — falls sie noch leben — ebenfalls »hochbetagt« sind und die Kinder bereits das Rentenalter erreicht haben.

— Von den 12,3 Mill. Mitbürgern über 60 Jahre leben bereits heute 4,3 Mill. Menschen (das sind rund 35 v.H.) in Ein-Personen-Haushalten, das heißt: sie leben allein. Der Anteil der alleinstehenden alten Menschen steigt mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe von 75 und mehr Jahren macht er bereits heute fast die Hälfte des betroffenen Personenkreises aus.

2. *Die Behandlung der Pflegebedürftigkeit im Sozialrecht*

Um das gegenwärtige »System« der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit zu verstehen, ist es grundlegend, die sozial*rechtlichen* Rahmenbedingungen zu berücksichtigen[5]. Daraus läßt sich auch ein Großteil der Problemlage herleiten:

Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) und der Rechtsprechung der Sozialgerichte hat die Gesetzliche Krankenversicherung Leistungen im Grundsatz lediglich bei »behandelbarer« Krankheit, aber nicht bei »unbehandelbarer« Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Pflegebedürftige, die — so die Argumentation — keiner ärztlichen Behandlung mehr zugänglich und weder heilungs- noch besserungsfähig sind, weil sie dauerhaft hilflos sind oder an den Folgen einer »natürlichen Altersgebrechlichkeit« leiden, werden aus der Krankenversicherung ausgegrenzt. Die bei ambulanter oder stationärer Versorgung entstehenden Aufwendungen müssen im Grundsatz ausschließlich privat getragen werden. Das heißt: Im Unterschied zu den sozialen Risiken und Tatbeständen wie Krankheit, Invalidität, Alter, Unfall, Arbeitslosigkeit wird das *allgemeine* Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit durch das Sozialleistungssystem nicht abgedeckt. Aus dem sozialen Problem der Pflegebedürftigkeit wird der sozialpolitische Pflege»*fall*«. Und es sind die Ärzte, die qua medizinischer Definitionsmacht darüber entscheiden (müssen), ob ein älterer Mensch krank ist und der Pflege bedarf oder »nur« pflegebedürftig und nicht (mehr) krank im Sinne der Krankenversicherung ist.

Diese starre Abgrenzung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist ein rein rechtliches Konstrukt: In der *Realität* vermischen sich die Tatbestände Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Die sozialrechtliche Unterscheidung läßt sich weder medizinisch noch sozialpolitisch halten. Aufgrund des Alters allein entsteht noch keine Pflegebedürftigkeit. Sie ist immer eine Folge von Krankheiten. Auch bei dem als »reine« Pflegebedürftigkeit bezeichneten Zustand ist noch Behandlung und Rehabilitation möglich, kann eine Besserung, Linderung oder zumindest eine Vermeidung von weiterer Verschlechterung erreicht werden.

Die sozialrechtliche Behandlung der Pflegebedürftigkeit hat nachhaltige Folgewirkungen:

Die ungesicherte Finanzierung von Pflegehilfen ist eine wesentliche Ursache dafür, daß das Angebot ambulanter und stationärer Dienste quantitativ wie qualitativ völlig unzureichend ist. Und aufgrund der Eigenzahlungspflicht werden die Leistungen und Einrichtungen der stationären Pflege nur in geringem Maße in Anspruch genommen. Abschreckend wirken die Heime aber auch und vor allem wegen des schlechten Versorgungsstandards. Ist eine Heimunterbringung unabweisbar, dann reichen in aller Regel eigenes Einkommen und Vermögen nicht aus, um die Kosten selbst zu bezahlen. Selbst höchste Renten und Pensionen liegen heute unterhalb der Pflegesätze (durchschnittliche

Heimkosten von 2.800 DM/Monat (1988) mit Schwankungen nach oben und unten je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit)[6]: Dies zwingt die weitaus meisten Pflegebedürftigen, *Sozialhilfe* (»Hilfe zur Pflege«) in Anspruch zu nehmen, wobei Kinder bzw. Eltern zum Unterhalt herangezogen werden, bevor die Sozialhilfe leistet. Die Aufnahme in ein Heim ist daher nicht nur häufig eine Sackgasse, aus der es keine Umkehr gibt, sondern sie führt zur Sozialhilfeabhängigkeit und zum Status des Taschengeldempfängers. Mehr als ein Drittel der gesamten Sozialhilfeaufwendungen entfallen derzeit auf die »Hilfen zur Pflege«, wobei fast neun Zehntel der Aufwendungen für Pflegehilfen sich auf die Pflege innerhalb von Einrichtungen (Heimen) beziehen[7]. Belastet werden dadurch die örtlichen (ambulante Pflege) und überörtlichen Träger (stationäre Pflege) der Sozialhilfe, die ihrerseits bestrebt sind, die Ausgaben durch Begrenzung des Versorgungsstandards (insbesondere durch Begrenzung des Personalschlüssels) zu minimieren.

Die mehr oder minder willkürliche Trennung von »Krankheit« und »Pflegebedürftigkeit« führt zu einer ebenso getrennten Entwicklung zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens einerseits und denen des Sozialwesens andererseits, zu denen die ambulanten wie stationären Pflegeleistungen gerechnet werden. Zwischen beiden Sektoren gibt es keine Abstimmung oder Verzahnung. Für die Bereitstellung und Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeangebote sind allein die Kommunen bzw. die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Bundesländer zuständig.

3. *Überforderte Familien*

Klagen über eine rückläufige Pflegebereitschaft der Familien und eine unzureichende Motivation zur häuslichen Pflege sowie die gängige Behauptung von der Heimunterbringung als »Abschiebung« entbehren jeglicher Faktengrundlage. Ein aus dem »Wertewandel« resultierender wachsender Individualismus läßt sich nicht erkennen:

Die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen erhalten in der weit überwiegenden Zahl Hilfe ausschließlich von ihren Angehörigen. Lediglich 12 v.H. (20 v.H.) von ihnen werden durch ambulante Pflege- und Hilfsdienste partiell unterstützt. Die häusliche Pflege geschieht unter großen, vielfach unzumutbaren persönlichen Opfern und Einschränkungen. Sie wird zum Teil bis zur körperlichen und emotionalen Erschöpfung geleistet, bevor eine Hilfe im eigenen Haushalt oder eine Heimeinweisung als ergänzende oder alternative Lösung akzeptiert werden. Die Einweisung in eine stationäre Einrichtung erfolgt selten

und spät, sie kann als der letzte Ausweg aus einer als ausweglos empfundenen Lage interpretiert werden, der dennoch vielfach durch Schuldgefühle belastet ist. Die Hauptlast der familiären Pflege tragen, der traditionellen familiären Rollenverteilung entsprechend, immer noch die Frauen. Dreiviertel der Pflegenden sind Frauen, d.h. Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter, die zum Teil ebenfalls schon im Rentenalter stehen. Ihnen wird vielfältiger Verzicht abverlangt. Schwere Pflege ist nicht nur eine Vollzeitbeschäftigung für Familienangehörige, es ist eine 24-Stunden-Anforderung mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen. Zudem sind mit der Pflege auch finanzielle Aufwendungen verbunden. Gibt es in den Familien Spannungen und Probleme, so werden diese durch die Pflegeverpflichtung zugespitzt. Hat die Pflegeperson selbst gesundheitliche Probleme, so werden auch diese gesteigert. Muß wegen der Pflegetätigkeit die Berufstätigkeit eingeschränkt oder gar aufgegeben werden, ergeben sich finanzielle Verluste, die sich bis ins Alter hinein durch unzureichende Renten auswirken; eine existenzsichernde Altersrente wird ja nur dann gezahlt, wenn kontinuierlich, über die gesamte Erwerbsphase hinweg ausreichend hohe, aus einem entsprechenden Arbeitseinkommen abgeleitete Beiträge gezahlt worden sind.

Versuche der konservativen Sozialpolitik, die familiäre Pflege über politischen, moralischen und finanziellen Druck noch weiter auszudehnen und den Familienangehörigen, d.h. den Frauen, noch mehr Aufgaben und Belastungen zu übertragen, um den zunehmenden Pflegebedarf kostengünstig bewältigen zu können (nämlich auf Kosten der Betroffenen)[10], führen dazu, daß die Pflegepersonen völlig überfordert und letztlich demotiviert werden. Aufgrund sozialer und demographischer Entwicklungen (wachsende Zahl von Ein-Personen-Haushalten, unzureichende Wohnverhältnisse, zunehmende Frauenerwerbstätigkeit, regionale Mobilität, sinkender Verpflichtungsgrad familiärer Beziehungen) sind die von der Politik angesprochenen Familienmitglieder tendenziell immer weniger in der Lage und auch bereit, diesen Anforderungen eines vermehrten Engagements zu entsprechen[11]. Vielmehr ist zu erwarten, daß das Netz familiärer Hilfe brüchiger wird.

Die Angewiesenheit auf »Fremdhilfe« wird unweigerlich steigen. Und wenn der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege, der ja auch den Wünschen der Pflegebedürftigen selbst entspricht, ernstgenommen werden soll, dann bedeutet dies zwingend, das Angebot ambulanter und teilstationärer Dienste, die die häusliche Pflege unterstützen und ergänzen, auszubauen, diese mit qualifiziertem Personal entsprechend auszustatten und finanziell zu sichern. Es gilt,

familiäre Hilfen zu stützen, nicht zu nützen. Häusliche Pflege bedarf auch deshalb der *professionellen* Unterstützung, um rehabilitative und aktivierende Pflege zu ermöglichen. Besonders langfristig pflegebedürftige ältere Menschen leiden unter komplexen psycho-physischen Krankheiten, die fachliche Kenntnisse und methodisches Handeln erfordern, vor allem auch dann, wenn Langzeittherapie, Rehabilitation, Aktivierung, soziale Reintegration angestrebt werden.

4. Die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten

Die derzeit in der Bundesrepublik angebotenen ambulanten pflegerischen Dienste können den häuslich-familiären »Pflegenotstand« nicht beheben. Die Zahl der Dienste ist zu gering und ihr Netz zu weitmaschig, um das große — und anwachsende — Potential zu Hause lebender Pflegebedürftiger angemessen und umfassend betreuen zu können und die Familienangehörigen zu unterstützen und zu entlasten. Die Angebote reichen in Quantität und Qualität auch nicht aus, um den Krankenhaussektor (stationäre Unterbringung wegen fehlender häuslicher Pflegemöglichkeiten) zu entlasten[12].

In den Sozialstationen und Gemeinde-Krankenstationen sind (1986) etwa 23.000 Pflegekräfte (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, angelernte Kräfte) beschäftigt[13]. Gemessen an den 650.000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, ist der Vorsorgungsgrad also außerordentlich gering.

Wie weitmaschig das Netz der ambulanten pflegerischen Betreuung ist, läßt sich an folgender Berechnung erkennen[14]: Selbst wenn die Personalbemessung in den Sozialstationen sich an den — ohne jede Bedarfsrecherche festgesetzten — Richtwert »1 Fachkraft je 3.500 Einwohner« halten würde, stünde eine vollzeitbeschäftigte Fachkraft 1.750 Stunden im Jahr für insgesamt 3.500 Einwohner bereit. Bei Zugrundelegung der Altersgliederung der Bevölkerung sind von diesen 3.500 Einwohnern 12 v.H. (= 694 Personen) älter als 60 Jahre. Von diesen Älteren müssen wiederum zwischen 200 und 300 Personen als pflegebedürftig gelten.

Das Klientel einer zuständigen Fachkraft für 3.500 Einwohner betrüge demnach formal — bei voller Inanspruchnahme — zwischen 200 bis 300 Personen, wobei noch zu berücksichtigen bleibt, daß ja auch bei der Bevölkerung unter 60 Jahren Kranke und Hilfsbedürftige zu finden sind. Diese Fachkraft hat bei der oben angegebenen Gesamtjahresarbeitszeit von 1.750 Stunden kalendertäglich durchschnittlich 280 Minuten Brutto-Pflege- und Betreuungszeit zur Verfügung. »Brutto«

insoweit, als gerade in der ambulanten Arbeit der Anteil unmittelbarer Pflege- und Betreuungsleistungen infolge der Wegzeiten und der Verwaltungsarbeit besonders niedrig ist. Zusammenfassend ergibt sich also theoretisch eine maximale *Brutto-Pflegezeit von ca. einer Minute pro Tag für jeden zu Betreuenden.*

Natürlich handelt es sich hierbei um abstrakte Überlegungen, die keine fundierten Untersuchungen über den tatsächlichen Bedarf und eine angemessene Personalbesetzung in Sozialstationen ersetzen können. Sie können aber verdeutlichen, daß selbst bei einer Verdreifachung der Sozialstationen und ihres Personals lediglich drei Brutto-Pflege-Minuten täglich pro potentiellem Klientel zur Verfügung stünden, und werfen damit ein Schlaglicht auf die reale Situation.

Eine deutliche Ausweitung des Angebotes (in der Größenordnung einer Verdoppelung oder Verdreifachung!)[15] ist unverzichtbar, um die Familien gerade angesichts der demographisch bedingten Zusatzanforderungen zu entlasten, die Pflegebedürftigen zu unterstützen und einer vorzeitigen, unter anderen Umständen nicht erforderlichen Einweisung in ein Altenheim/Altenpflegeheim vorzubeugen. Eine Unterbringung (Schwer)Pflegebedürftiger im Privathaushalt und die Pflege durch Familienangehörige und ambulante Dienste ist keineswegs immer die menschlichere und bedarfsgerechtere Alternative zur stationären Versorgung[16]. Eine angemessene aktivierende-rehabilitative Pflege von Schwerstpflegebedürftigen kann sinnvollerweise nur bei stationärer Unterbringung geleistet werden. Der Ausbau der ambulanten Dienste kann auch nicht vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Kosteneinsparung gesehen werden. Bereits bei einem mittleren Grad an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind ambulante Dienste teurer als eine stationäre Betreuung in *vergleichbarer* Qualität und vergleichbarem Umfang, wenn nicht die Leistungsanbieter (Wohlfahrtsverbände) gerade bei den ambulanten Diensten in besonderem Maße auf unbezahlte (ehrenamtliche Helferinnen, Zivildienstleistende) und unterbezahlte Kräfte (»geringfügig Beschäftigte«, Aufwandsentschädigungen) zurückgreifen würden.

Die Finanzierung der Hilfeleistungen von Sozialstationen erfolgt aus verschiedenen Quellen (Eigenmittel der Träger, Zuwendungen von Kommunen und Ländern, Leistungen der Krankenversicherung, Sozialhilfe, Eigenzahlung der Nutzer). Die Finanzierung durch die Krankenversicherung gewinnt dabei an zunehmender Bedeutung. Das hat zur Folge, daß sich das Leistungsangebot auf die (abrechnungsfähigen) *krankenpflegerischen* Hilfen konzentriert und Sozialstationen zu Einrichtungen der ambulanten, rein somatisch orientierten Behandlungs-

pflege zu werden drohen. Hilfen wie Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen, sozialarbeiterische Betreuung werden vernachlässigt[17]. Handlungs- und Leistungsbeeinträchtigungen sind aber kein auf gesundheitliche Aspekte und deren Bewältigung eingrenzbares Problem, so wichtig auch die Gesundheit in diesem Kontext ist. Mit solchen Beeinträchtigungen verbunden ist in aller Regel ein Hilfebedarf im Haushalt — sei es beim Einkaufen oder bei schwereren Hausarbeiten. Ist eine angemessene hauswirtschaftliche Versorgung nicht zu erlangen und/oder nicht zu finanzieren, so kann selbst eine noch so hohe Qualität der reinen Pflege diesen Mangel nicht ausgleichen und eine Heimübersiedlung dann auch nicht verhindern.

Das verbreitete »Essen auf Rädern« ist indes, wie häufig von den Wohlfahrtsverbänden angeführt, *kein* Ausweis erfolgreicher Altenhilfe. Denn es ist zu vermuten, daß nur ein Bruchteil der Empfänger diese Mahlzeitendienste tatsächlich benötigt. Und auch dann wäre zu fragen, ob nicht Einkaufsdienste sinnvoller wären, um die Selbständigkeit älterer Menschen zu fördern.

5. *Stationäre Versorgung im Altenpflegeheim*

In der Bundesrepublik werden etwa 260000 ältere Menschen in Altenpflegeheimen versorgt. Obwohl repräsentative Erkenntnisse nicht vorliegen, kann als gesichert gelten, daß die stationären Einrichtungen weder von ihren baulichen noch von ihren therapeutischen und personellen Voraussetzungen her eine befriedigende Versorgung gewährleisten. Aktivierende und rehabilitierende Pflege ist völlig unterentwickelt, mit der Folge z.B., daß in der Bundesrepublik der Anteil der ständig Bettlägerigen weitaus höher ist als in anderen europäischen Ländern[18]. Eine Rückkehr in die Familie wird offenbar durch therapeutische Konzepte gar nicht erst angestrebt. Viele Pflegeheime sind reine Verwahrinstitutionen.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der über 65jährigen ist der Anteil derer, die in Heimen untergebracht sind, eher gering. Die Heimquote der über 65jährigen beträgt etwa 4 v.H.[19]. Mit zunehmendem Alter steigt allerdings die Wahrscheinlichkeit, in ein Heim übersiedeln zu müssen, deutlich an: Bei den über 80jährigen beträgt die Versorgungsquote bereits 20 v.H. Die Altersstruktur der Bewohner von Heimen konzentriert sich mehr und mehr auf die »Hochaltrigen«.

In den Pflegeheimen befinden sich weit überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige. »Rüstige« ältere Menschen ziehen heute in kein Heim mehr — es sei denn in ein privates, sehr teures Alten-

wohnstift mit hohem Prestigewert. Dennoch gibt es in der Regel lange Wartelisten, denn die Bettenkapazitäten entsprechen nicht dem Bedarf. Ein hoher Anteil der Heimbewohner wird aus den Akutkrankenhäusern übernommen. Die Übersiedlung in ein Heim kommt einer »Einbahnstraße« gleich: Eine Rückkehr in eine Form selbständigen Wohnens findet so gut wie nie statt. Das Heim wird zum Daueraufenthaltsort, zur letzten Station vor dem Tod. Durch die Erhöhung des Durchschnittsalters der Bewohner hat sich in den letzten Jahren die Verweildauer in den Heimen verkürzt. Damit wächst die Zahl der Sterbefälle. Ein besonderes Problem der Heimversorgung bilden die psychisch veränderten Heimbewohner, deren Zahl stark gestiegen ist[20].

Pflegeheime beherbergen damit in zunehmendem Maße zwei Bewohnergruppen[21]: chronisch psychisch kranke alte Menschen mit einer relativ langen Verweildauer im Heim und alte Menschen in der Endphase ihres Lebens, die in das Heim verlegt werden, um nach Monaten, oftmals aber auch Wochen oder Tagen dort zu sterben, und die im Durchschnitt eine relativ kurze Verweildauer aufweisen. Die Anteile der Pflegeheimbewohner mit kurzer bis sehr kurzer Verweildauer nehmen zu, die Pflegeheime verwandeln sich tendenziell in *Sterbeeinrichtungen* — und *in psychiatrische Einrichtungen*.

6. *Pflegenotstand — Personalnotstand*

Die Verhältnisse in der Altenhilfe bleiben mit ihren Bedingungen und Ursachen unverstanden, wenn nicht Bezug genommen wird auf die Personalsituation: Personalmangel, Arbeit und Hetze, Druck und Zeitnot, extreme körperliche wie psychische Arbeitsbelastungen, Belastungen durch Schicht- und Nachtarbeit und Überstunden, unzureichende Qualifikation — das sind einige der Bestimmungsfaktoren, die sowohl die Lebensbedingungen der älteren Menschen als auch die Arbeits-, Lebens- und Gesundheitsbedingungen des Pflegepersonals beeinträchtigen[22]. Altenpflege ist eine persönliche Arbeit an und mit älteren Menschen. Sie kann durch den Einsatz technischer Geräte nicht oder nur unbedeutend »rationalisiert« werden. Rahmenbedingungen für die Pflegequalität ist die Arbeits*zeit*, die dem Pflegepersonal für jeden einzelnen Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Ist die Arbeitszeit zu knapp bemessen, weil auch andere ältere Menschen versorgt werden müssen, zusätzliches Personal aber nicht bereitsteht bzw. bereitgestellt wird, leidet die Pflegequalität. Die Pflegekräfte müssen unter Zeitdruck und Hetze arbeiten, persönliche und psychosoziale Hilfen unterbleiben. Es kommt zu einer mangelhaften, gefährlichen Pflege; zugleich wird

das Personal durch die hohe Arbeitsintensität körperlich wie psychisch überbelastet.

Die Personalbesetzung in den Einrichtungen der Altenhilfe ist unbestritten völlig unzureichend und genügt selbst den Mindestansprüchen nicht. In der Praxis sind lediglich ausreichende oder gar gefährliche Pflege sowie völlige Überbelastung des Pflegepersonals kein Ausnahmefall, sondern eher die Regel. Gute oder gar erstklassige Pflege findet sich demgegenüber kaum.

Zudem wird vielfach mit minderqualifiziertem oder angelerntem Personal gearbeitet. Eingesetzt wird aber auch minderentlohntes, zum Teil durchaus qualifiziertes Personal in der Grauzone zwischen Ehrenamt und »geringfügiger Beschäftigung«. In den meisten Einrichtungen läßt sich der Arbeitsanfall nur noch durch den Einsatz von Zivildienstleistenden, jungen Frauen im »freiwilligen sozialen Jahr«, Altenpflegeschülern, Praktikanten und ehrenamtlichen Kräften bewältigen. Diese Kräfte stehen zwar nicht auf dem Stellenplan und sollen vom Anspruch her auch nicht als normale Pflegekräfte arbeiten, sie sind aber zur Aufrechterhaltung des Pflegebetriebs unverzichtbar.

Personelle Unterbesetzung führt dazu, daß sich das Pflegepersonal im wesentlichen nur noch auf die notwendigsten Grundpflege- und Versorgungsleistungen konzentriert. Die schlechten Arbeitsbedingungen insgesamt und das Bewußtsein, daß der Pflegeberuf gesellschaftliche mißachtet und unterbewertet wird, zerstören die Motivation des Personals, lähmen das berufliche Engagement. Die extrem hohe Fluktuationsrate in den Pflegeberufen ist ein Ausdruck dafür. Umso stärker schematisiert der Arbeitsablauf. Das Leben der Heimbewohner richtet sich nicht nach deren individuellen Bedürfnissen und Wünschen, sondern primär nach arbeits- und personalorganisatorischen Gesichtspunkten. Wie der Tag in einem Heim abläuft, wie er beginnt, wie er endet, welche Aktivitäten und Ereignisse stattfinden — alles wird bestimmt durch das Diktat des »schnellen Arbeitens«, des ungestörten Arbeitsablaufs. Personalunterausstattung und Arbeitsdruck führen dazu, daß die sozialen Kontakte reduziert werden, weil für ein »bloßes« Gespräch keine Zeit bleibt. Vor allem aber psychisch kranke ältere Menschen bedürfen der intensiven und unmittelbaren Zuwendung durch das Pflegepersonal.

Auch im Bereich der ambulanten Altenhilfe liegen die Verhältnisse nicht anders[23]. Auch hier kennzeichnen Personalknappheit, Zeitdruck und Überbelastung die Pflege- und Betreuungsarbeit. Im Vordergrund steht die »sichtbare« medizinische Pflege. Schon dabei kämpfen die Betreuer ständig gegen die Uhr, da das Einzugsgebiet sehr groß und das

Personal knapp bemessen ist. Gespräche finden meist nur während der Pflege statt.

Unverzichtbar für eine humane Pflege ist deshalb eine deutliche Aufstockung des *Personalschlüssels* in der stationären wie ambulanten Versorgung. Zum anderen geht es aber auch um bessere Arbeits- und Entlohnungsbedingungen[24]. Um qualifizierteres Personal zu gewinnen und zu halten, müssen Kranken- wie Altenpflege so honoriert werden, wie es dieser physisch und psychisch hoch belastenden, verantwortungsvollen Arbeit entspricht. Die Personalsituation wird sich — wenn keine Verbesserungen erfolgen — in Zukunft weiter verschärfen. Zum einen steigt infolge der demographischen und sozialen Entwicklung der Bedarf an ambulantem und stationärem Pflegepersonal. Zum anderen werden sich bei der Verbesserung der Arbeitsmarktlage immer weniger Beschäftigte bereit erklären, diesen Beruf auszuüben. Sie wählen einen anderen, attraktiveren und besser bezahlten Beruf oder wechseln ihren Arbeitsplatz.

7. *Neuregelung der Kostenträgerschaft, Anspruch und Realität des Gesundheitsreformgesetzes*

Die Darstellung hat die zentralen Aspekte der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit aufgezeigt. Unabdingbar ist die Verbesserung von Quantität, Qualität und Verfügbarkeit pflegerischer Hilfen, dies sowohl im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich; die pflegerischen Dienste und Einrichtungen müssen dabei mit den entsprechenden Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens verknüpft werden.

In der langjährigen sozialpolitischen Debatte über die Pflegebedürftigkeit sind diese *qualitativen* Fragen über die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung durch die *Finanzierungsfrage* jedoch eher an den Rand gedrängt worden. Es geht nicht primär um Leistungsverbesserungen, sondern um das Problem einer finanziellen Entlastung der Sozialhilfe und einer Neuregelung der Kostenträgerschaft. Seit Mitte der 70er Jahre wird darüber diskutiert, ob diese Kostenneuregelung über ein steuerfinanzierbares Bundesleistungsgesetz oder über die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung erfolgen soll[25]. Beide Alternativen haben jeweils Vor- und Nachteile:

— Für die Versicherungslösung spricht, daß das Risiko Pflegebedürftigkeit letztlich nicht vom Risiko Krankheit getrennt werden kann und sollte und insofern eine organisatorisch-inhaltliche Anknüpfung an die Krankenversicherung unerläßlich ist, um — auf der Basis des

Sachleistungsprinzips — eine durchlässige Versorgung von kranken und pflegebedürftigen (älteren) Menschen sicherzustellen.
— Für das Leistungsgesetz spricht vor allem die Überlegung, daß die Finanzierung des die ganze Bevölkerung betreffenden sozialen Risikos Pflegebedürftigkeit nicht auf den Kreis der versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten verlagert werden dürfen, sondern auf die Gesamtheit der Steuerzahler.

Neben der Finanzierungsregelung ist bei beiden Lösungswegen für die Betroffenen aber auch entscheidend,
— welcher Personenkreis abgesichert wird (Alter, Grad der Pflegebedürftigkeit),
— welche Leistungsvoraussetzungen bestehen (alle Bürger, nur die Versicherten, Anwartschaftszeitenregelungen),
— welcher Leistungskatalog finanziert wird (häusliche Hilfe, stationäre Hilfe, Ausgleichszahlungen an pflegende Familienangehörige),
— welche Leistungsarten abgesichert werden (Sachleistungen, Geldleistungen),
— welcher Leistungsumfang für welche Dauer gewährleistet ist,
— ob Eigenzahlungen und Bedürftigkeitsprüfungen entfallen oder nicht.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 sind die Weichen in Richtung einer Versicherungslösung gestellt worden. Der von der Bundesregierung so emphatisch angepriesene Einstieg in die versicherungsförmige Pflegekostenregelung (die gleichzeitig auch als Endstufe bezeichnet wird, was die Finanzierung durch die GKV betrifft) ist aber in mehrfacher Sicht völlig ungeeignet, um die skizzierten Probleme zu bewältigen. Zu unterscheiden ist zwischen folgenden Leistungen der Krankenversicherung:

a) Häusliche, ambulante Pflegeleistungen werden durch die Krankenkassen erstattet, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein Krankenhausaufenthalt dadurch vermieden wird (Pflichtleistung), oder wenn die ambulante Pflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Satzungsleistung). In beiden Fällen muß aber eine »Krankheit« diagnostiziert sein (Behandlungsfall), nicht aber eine allgemeine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Geleistet wird auch nur dann, wenn eine im Haushalt lebende Person dem Kranken nicht in erforderlichem Umfang helfen kann. Der Leistungsanspruch beträgt bis zu vier Wochen je Krankheitsfall — der medizinische Dienst der Krankenkassen kann Ausnahmen bewilligen. Finanziert werden Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Von dieser häuslichen Pflege im Krankheitsfall nach §37 GRG

sind die neu eingeführten Leistungen bei *Schwer*pflegebedürftigkeit abzugrenzen.

b) Für Schwerpflegebedürftige finanzieren die Krankenkassen (ab 1991) *häusliche* Pflegehilfen. Anspruchsberechtigte können Ansprüche auf Sach- und Geldleistungen geltend machen: Dabei umfassen Sachleistungen häusliche Pflegehilfe, nämlich »... die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu je einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu fünfundzwanzig Pflegeeinsätzen je Kalendermonat« (§ 54, Abs. I). Für diese laufende Pflegehilfe wird eine Kostenbegrenzung von 750 DM monatlich eingeführt. Geldleistungen in Höhe von 400 DM pro Monat können Anspruchsberechtigten auf Antrag gewährt werden, »... wenn die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen können« (§ 56, Abs. I).

Die Leistung besteht also darin, die familiären Hilfeleistungen durch maximal 25 Stunden monatlich professioneller Hilfe, begrenzt auf 30 DM Kosten je Stunde, zu ergänzen. Dieser Betrag von 30 DM/ Stunde entspricht in etwa dem aktuellen Stundensatz eines Sozialstationseinsatzes (man vergleiche einmal mit Stundensätzen für Reparaturdienste oder Monteure, die mehr als das Dreifache dieses Betrages ausmachen!). Ergebnis ist, daß mit dieser Begrenzung sowohl eine von der GKV finanzierte Leistungsausweitung über das begrenzte Angebot hinaus, als auch eine Qualitätsverbesserung der Leistung (durch eine Erhöhung des ausgebildeten gegenüber dem ehrenamtlichen, angelernten und Zivildienst-Personals) ausgeschlossen ist.

Der Leistungsanspruch ist außerdem auf einen kleinen Kreis beschränkt: Zunächst müssen bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen, 9/10 der zweiten Hälfte der gesamten Versicherungszeit und 3/5 der letzten fünf Jahre müssen mit Beiträgen belegt sein. Erfaßt sind also nur die Versicherten der GKV und ihre Angehörigen. Zum zweiten wird der Begriff Schwerpflegebedürftigkeit äußerst eng gezogen. Schwerpflegebedürftige mit Anspruch auf häusliche Pflegehilfe sind solche »Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen ...« (§ 53). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben diese enge gesetzliche Definition in Richtlinien konkretisiert[26].

Die Prüfung des Sachverhalts »Schwerpflegebedürftigkeit« wird dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen überantwortet. Insgesamt stehen damit lediglich Schwerstbehinderten und schweren

Pflegefällen Leistungen zu. Ob tatsächlich — wie vom Bundesarbeitsministerium vorgegeben — der Kreis der Anspruchsberechtigten 630000 Personen umfassen wird, ist mehr als zu bezweifeln[27].

c) Ab 1989 bereits stellen die Krankenkassen — für den gleichermaßen abgegrenzten Personenkreis — bis zu vier Wochen im Jahr stationäre oder häusliche *Ersatzpflege* bereit (wenn vorher mindestens zwölf Monate lang gepflegt wurde), um pflegende Angehörige zu entlasten und ihnen einen Urlaub zu ermöglichen. Es ist sowohl der Ersatz einer häuslichen Pflegeperson als auch eine vorübergehende stationäre Pflege möglich. In beiden Fällen gilt jedoch eine Kostenbegrenzung von 1.800 DM.

Orientiert man sich allerdings an dem Stundensatz von DM 30, dann dürfte die Heimunterbringung an die 3.000 DM kosten und die Vertretung der häuslichen Hauptpflegeperson ca. 4.000 DM! Bei einer Heimunterbringung ist für 1.800 DM keine Pflege, sondern nur »Verwahrung« zu erwarten. Und eine ambulante Versorgung durch eine Fachkraft ist bei 1.800 DM nur für maximal zwei Stunden täglich möglich (es sei denn, eine untertarifliche Bezahlung würde über diesen Weg erzwungen!). Welche pflegenden Familienangehörigen werden unter diesen Umständen in Urlaub fahren können und wollen! Diese Art von Hilfe übt eher abschreckende Wirkung aus, so daß die tatsächlichen Ausgaben, die auf die Krankenkassen zukommen, gering bleiben werden. Dies bestätigen die ersten Erfahrungen mit der Vertretungs- und Ersatzpflege — es wurden bislang weit weniger Mittel ausgegeben als in den Haushaltsansätzen der Kassen bereitsgestellt[28].

Zudem ist das Angebot an ambulanten Diensten zur Kurzzeitpflege begrenzt und wird durch die unzureichenden Finanzierungsregelungen auch nicht ausgeweitet. Auch im stationären Sektor fehlen Kurzzeiteinrichtungen.

Insgesamt stellen diese Leistungen der Krankenversicherung nach dem Gesundheitsreformgesetz allenfalls einen »Einstieg in den Einstieg« der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit dar. Und sie werden finanziert durch die Leistungseinschnitte, die mit diesem erneuten Kostendämpfungsgesetz durchgesetzt worden sind (verschärfte Selbstbeteiligungsregelungen, Leistungsausgrenzungen, Kostenerstattungsprinzip usw.) und vor allem die chronisch Kranken betreffen[29].

Die Leistungen der Krankenversicherung im Pflegefall bleiben letztlich so minimal, daß von einer wirklichen umfassenden Entlastung und Unterstützung keine Rede sein kann. Ziel ist es offensichtlich nicht, den Bedarf zu erfüllen, sondern durch *symbolische* Politik Anreize zu

schaffen, Pflegebedürftige noch mehr und länger zu Hause zu versorgen, familiäre (weibliche) Ressourcen noch stärker auszuschöpfen. Die Unterstützung der Pflegebedürftigen soll eine private Angelegenheit der Familienangehörigen sein und bleiben. *Stationäre* Pflege wird aus der Krankenversicherungsleistung auf jeden Fall ausgeschlossen. Schwerpflegebedürftige, die im Heim untergebracht sind, erhalten selbst die o.g. Leistungen nicht, die ihnen bei häuslicher Pflege zustehen würden. Sie erhalten auch keine Behandlungspflege nach §37 GRG[30].

Die Einführung eines *Pflegegeldes* in Höhe von 400 DM statt der Sachleistung »professionelle Pflegehilfe« zeigt, daß darauf gesetzt wird, bei einer privaten Regelung noch Kosten einsparen zu können. Die Pflegegelder sind — mit Blickrichtung auf Geringverdienende (und Pflegehaushalte sind überproportional Haushalte mit einem niedrigen Einkommen) — finanzielle Anreize von den denen angenommen werden muß, daß sie nicht selten zur Verbesserung der materiellen Grundversorgung genutzt werden. Es spricht aber auch viel dafür, daß das Pflegegeld z.T. dazu eingesetzt wird, um sich Pflegehilfen zu »kaufen«. Der expansive Markt für soziale Dienste hat mittlerweile auch die Pflegedienste erreicht. Für die Qualität dieser privaten Dienste ist es durchaus charakteristisch, daß sich insbesondere Putz- und Reinigungsfirmen auf diesem Markt engagieren und durch den Einsatz nicht sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter (Aushilfen, Studenten, geringfügig Beschäftigte) vergleichsweise sehr günstige Preise bieten können.

Dieser Trend zu Privatisierung im Sinne einer Vermarktung des sozialen Problems Pflegebedürftigkeit wird durch den Einstieg der privaten Lebens- und Krankenversicherungen in die Absicherung dieses Risikobereichs noch verstärkt: Je größer die sozialpolitischen Defizite, umso größer auch der potentielle Markt. Wegen der hohen und risikoabhängigen (abhängig von Gesundheitszustand, Alter, Gesellschaft usw.) Prämien hat sich das Geschäft aber bislang stockend entwickelt.

Das soll sich — wenn es nach der Landesregierung von Baden-Württemberg geht — aber in Zukunft ändern. Ein dem Bundesrat vorgelegter Gesetzentwurf sieht vor, daß sich alle Bürger gegen das finanzielle Risiko Pflegebedürftigkeit bei einer *Privat*versicherung versichern *müssen*[31].

Eine deutliche Alternative zu dieser markt- und gewinnorientierten Sozialpolitik stellen die gesellschaftlichen Forderungen dar[32]. Die nunmehr mit dem Gesundheitsreformgesetz eingeführte Krankenversicherungslösung soll konsequent ausgebaut und auch auf die Finanzierung der stationären Pflege übertragen werden. Zur Finanzierung der

dadurch entstehenden (erheblichen) finanziellen Belastungen sollen den Krankenkassen 50 v.H. der Aufwendungen durch den Bund erstattet werden. Es ist allerdings wenig wahrscheinlich, daß in absehbarer Zeit Schritte in diese Richtung erfolgen. Der Anschluß der DDR wird Finanzierungsmittel in enormer Größenordnung aus der Bundesrepublik erfordern — und zugleich ist die Bundesregierung entschlossen, die Unternehmenssteuern noch weiter zu senken ...

Anmerkungen

1 Vgl. im Überblick: Bäcker, G., Dieck, M., Naegele, G., Tews, H.-P., Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des Zweiten Landesaltenplans, Düsseldorf 1989.
2 Zu diesem Ergebnis kommt auch die gesundheitspolitische Strukturkommission des DGB, vgl. Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B. (Hrsg.), Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Band II, Köln 1988.
3 Zu den folgenden Daten: Socialdata, Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart 1980, S. 30ff.
4 Vgl. im folgenden: Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Naegele, G., Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. II: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste, Köln 1989, S. 311ff.
5 Einen Überblick bietet Igl, G., Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit, Baden-Baden 1987.
6 Hinschützer, U., Pflegesätze und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, Berlin 1988.
7 Vgl. Deininger, D., Sozialhilfeempfänger 1987, in: Wirtschaft und Statistik 8/1989, S. 542.
8 Socialdata, Anzahl und Situation ..., a.a.O., S. 60.
9 Thiede, R., Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen, in: Sozialer Fortschritt 11/1988, S. 250.
10 Vgl. zur konservativen und marktradikalen Dienstleistungsstrategie: Bäcker, G., Sozialpolitik durch soziale Dienstleistungen — Zukunftsperspektiven des Sozialstaates, in: WSI-Mitteilungen 3/1986, S. 201ff.
11 Vgl. Schulz, F., Zum De-Institutionalisierungspotentiel im Pflegebereich, in: Zeitschrift für Sozialreform 11-12/1987, S. 753ff.
12 Allerdings ist die Fehlbelegung von Krankenhausbetten mit Pflegefällen geringer als gemeinhin vermutet! Vgl. Priester, K., Ambulant oder stationär? Möglichkeiten und Grenzen der Entlastung des Krankenhaussektors durch ambulante sozialpflegerische Dienste und häusliche Pflege, in: Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt 1989, S. 134ff.
13 Rückert, W., Professionalisierung und Ausbildung — eine kritische Bestandsaufnahme, in: Garms-Homolová, V.u.a. (Hrsg), Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen, Kassel 1985, S. 10ff.

14 Nach: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Zur Situation ambulanter Dienste, Presse- und Informationsdienst 4/1985, S. 5.
15 Eine detaillierte Bedarfsrechnung für Hessen haben Deppe und Priester vorgelegt: Deppe, H.-U., Priester, K., Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung, Wiesbaden 1989.
16 Naegele, G., Voran mit der familiären Pflege? Ein Weg zurück! Neuere Praxiskonzepte zur Beseitigung des Pflegenotstandes, in: WSI-Mitteilungen 7/1985, S. 398.
17 Vgl. Bäcker, G., Dieck, M., Naegele, G., Tews, H.-P., Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen, a.a.O., S. 167ff.
18 Im Überblick: Brandt, H., Dennebaum, E. M., Rückert, W., Stationäre Altenhilfe, Problemfelder — Rahmenbedingungen — Perspektiven, Freiburg 1987.
19 Dazu: Dieck, M., Planung der stationären Altenhilfe, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 1/1987, S. 20.
20 Vgl. Braun, U., Gerontopsychiatrie in der stationären Altenhilfe, in: Oppl, H., Weber-Falkensammer, H. (Hrsg), Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Frankfurt 1987, S. 300ff.
21 Einen Überblick gibt Dieck, M., Patienten- und Klientenstrukturen von Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens für ältere Menschen, in: Dieck, M., Heinemann-Knoch, M., de Rijke, J. (Hrsg.), Alte Menschen in Pflegeverhältnissen, Weinheim/München 1987, S. 18ff.
22 Vgl. zum folgenden: Bäcker, G., Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, Projektgruppe Humanisierung der Arbeit des WSI, Arbeitspapier Nr. 24, Düsseldorf 1988.
23 Heinemann-Knoch, M., de Rijke, J., Schachtner, Ch., Alltag im Alter. Über Hilfebedürftigkeit und Sozialstationen, Frankfurt 1985, S. 128.
24 Der von der Gewerkschaft ÖTV 1989 erstrittene Tarifvertrag zur besseren Eingruppierung und Bezahlung in der Kranken- und Altenpflege stelle eine erste, wenngleich nicht ausreichende Verbesserung dar. Vgl. zu den Regelungen im einzelnen: Bispinck, R., Tarifpolitik und Arbeitskämpfe 1989, in: Kittner, M. (Hrsg.), Gewerkschaftsjahrbuch 1990, Köln 1990, S. 93ff.
25 Vgl. Heinemann-Knoch, M., Kardorff, E. v., Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit, in: Riedmüller, B., Rodenstein, M. (Hrsg.), Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt 1989, S. 196ff.
26 Vgl. Schwerpflegebedürftigkeitsrichtlinien vom 9.8.1989, in: Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1/1990, S. 12f.
27 So auch: Nöldeke, J., Der Beitrag der Krankenversicherung zur Absicherung des Pflegerisikos, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 2/1990, S. 53.
28 Vom 1.1. bis zum 1.10.1989 wurden lediglich rd. 45.000 Fälle entschieden, in denen Pflegende für vier Wochen eine Ersatzkraft beantragten. Die Bewilligungsquote lag bei 71 v.H., weil der erforderliche Grad der Pflegebedürftigkeit vielfach nicht vorlag. Vgl. Altenhilfe 1/1990, S. 2.
29 Vgl. Bäcker, G., Scharf, B., Sozialpolitik 1988, in: Kittner, M. (Hrsg.), Gewerkschaftsjahrbuch 1989, Köln 1989, S. 308ff.
30 Nöldeke, J., Der Beitrag der Krankenversicherung ..., a.a.O., S. 51.
31 Vgl. »Zukunftssichere Pflegevorsorge«. Eine Initiative des Landes Baden-Württemberg, in: Altenhilfe 1/1990.
32 Vgl. DGB, Sozialpolitisches Programm, Düsseldorf 1989.

Uwe Lenhardt/Volker Wanek

EG-Binnenmarkt und Arzneimittelpolitik

Medikamentenversorgung zwischen einzelstaatlicher und supranationaler Regulierung

Bis zum 1.1.1993 sollen alle Beschränkungen für den zwischenstaatlichen Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr innerhalb der Europäischen Gemeinschaft beseitigt werden (vgl. zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Projekt »EG-Binnenmarkt«: Deppe/Huffschmid/Weiner 1989; zu den gesundheitspolitischen Aspekten des westeuropäischen Integrationsschubs: Deppe/Lenhardt 1990). Hierbei gilt der Arzneimittelmarkt als einer der ökonomischen Sektoren, welche am sensibelsten auf den Abbau noch bestehender EG-interner Handelshemmnisse reagieren werden. Er ist damit zugleich als der Bereich des Gesundheitssicherungssystems anzusehen (neben dem Arbeitsschutz), auf den sich der Integrationsschub in Westeuropa am unmittelbarsten auswirken dürfte. Aus diesem Grunde soll hier auf die mit der EG-Binnenmarktintegration verbundenen Entwicklungen im Arzneimittelbereich etwas genauer eingegangen werden. Den Schwerpunkt bilden dabei die hinsichtlich sog. »technischer Handelshemmnisse« von der EG-Kommission, aber auch von den Pharma-Herstellern als besonders problematisch angesehenen Strukturen der Arzneimittelzulassung und der Arzneimittelausgaben-Kontrolle sowie die darauf bezogenen Integrations- und Harmonisierungsmaßnahmen der EG. Weitere arzneimittelpolitisch relevante Aspekte des EG-Binnenmarktes wie etwa die vorgesehene Halbierung der Mehrwertsteuersätze für Medikamente (vgl. Ringenaldus 1988, 10), die Vereinheitlichung der Bedingungen für die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten (Rezept- und Apothekenpflicht), die Harmonisierung von Vorschriften über Arzt- und Patienteninformation (einschl. Werbung) (vgl. hierzu: BPI 1988 c; Meyer 1989, 377f.) sowie die Regelung des Arzneimittelexports von EG-Ländern in die »Dritte Welt« (vgl. hierzu: BEUC/AgV 1987, 15ff.) mußten im Interesse einer gestrafften Darstellung leider unberücksichtigt bleiben.

1. Die Struktur der pharmazeutischen Industrie und des Arzneimittelmarktes in Westeuropa

Angesichts der von seiten der Arzneimittelhersteller zu vernehmenden Klagen über investitions- und innovationshemmende Strukturdefizite des EG-Pharmamarktes (vgl. etwa: v. Breitenbach 1985 a; ders. 1985 b; EFPIA 1986) ist zunächst einmal auf die unbestreitbare Tatsache zu verweisen, daß die pharmazeutische Industrie schon seit jeher zu den *prosperierendsten Wirtschaftsbranchen* innerhalb der EG gehört. Auch in den 80er Jahren lag die Wachstumsdynamik dieses Industriezweiges — bei einer im Vergleich zu anderen Branchen meist günstigeren Gewinnsituation (vgl. Commission 1988, 110f., 118, 156) — deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt (vgl. für die Pharmazeutische Industrie: Commission 1989, 8/1; für die gesamte Verarbeitende Industrie: Eurostat 1988; für die Gesamtwirtschaft: Statistisches Bundesamt 1989, 651). Hauptträger dieser Entwicklung waren die BRD, Frankreich, Italien und Großbritannien, auf die im Jahre 1987 zusammengenommen 83 % des sich auf 40,4 Mrd. ECU belaufenden Pharma-Produktionswertes in der EG entfielen (vgl. EFPIA 1988, 13).

Kennzeichnend für die Arzneimittelindustrien in der Ländern der Europäischen Gemeinschaft ist eine zumeist *starke Orientierung auf den Weltmarkt:* 1984 betrug der Anteil der EG-Unternehmen am Pharma-Weltumsatz ca. 31 % (USA: 35 %; Japan: 19 %) (vgl. Commission 1988, 75); die Exportquote der Branche wurde für das Jahr 1987 auf EG-Ebene mit durchschnittlich 30,5 % beziffert (vgl. EFPIA 1988, 13).[1] Gegenüber dem Nicht-EG-Raum erzielten die 12 Mitgliedstaaten der Gemeinschaft 1987 einen Arzneimittel-Exportüberschuß von 3,2 Mrd. ECU (gesamter Warenaustausch: ca. fünf Mrd. ECU Defizit; vgl. Statistisches Bundesamt 1989, 643), was verglichen mit 1980 eine Steigerung um 80,6 % darstellt (berechnet nach: Commission 1989, 8/1). Nichtsdestotrotz ist seit Beginn der 80er Jahre ein erheblicher Bedeutungszuwachs der *Intra*-EG-Exporte im Rahmen der gesamten Arzneimittelausfuhr zu verzeichnen (1981: 39,0 % [berechnet nach: OECD 1983] — 1987: 48,8 % [berechnet nach: EFPIA 1988, 13; Commission 1989, 8/4]). Noch stärker ins Gewicht fällt der innergemeinschaftliche Handel bei den Pharma-Importen: 66 % der Einfuhren der 12 Mitgliedstaaten stammen aus dem EG-Raum (berechnet nach: ebd). Insofern scheint der EG-Markt — ungeachtet der seit einiger Zeit heftig diskutierten »technischen Handelshemmnisse« — *bereits heute schon* eine bedeutende ökonomische Aktionsbasis für die europäischen Pharmaindustrien zu sein.

Wie und in welchem Grade die Arzneimittelversorgung der EG-Länder in den weltwirtschaftlichen Zusammenhang integriert ist, läßt sich aber nicht allein anhand der Analyse von Export- und Importströmen beurteilen. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus auch die — für die Präsenz ausländischer Pharma-Unternehmen auf den Märkten der einzelnen Mitgliedstaaten weitaus wichtigere — Unterhaltung von Produktionsstätten außerhalb der Firmen-Stammländer. Neueren Berechnungen zufolge ist diese *»Filialenproduktion«* ausländischer Firmen Quelle für ca. 40 % der Apothekenumsätze in der EG, davon stammt über die Hälfte von US-Unternehmen, ein knappes Fünftel von Schweizer Herstellern und nur ca. ein Drittel von Unternehmen aus der EG (führend hier: die BRD) (vgl. Commission 1988, 64ff.).

2. *Die Bedeutung nichttarifärer Handelshemmnisse*

Der EG-Pharmamarkt ist also alles andere als eine rein europäische Angelegenheit. Zudem muß festgestellt werden, daß die wichtigsten nationalen Arzneimittelindustrien innerhalb der EG trotz nach wie vor starker Stellung auf dem Weltmarkt zunehmend unter Konkurrenzdruck (v.a. von Seiten der USA und Japans) geraten. (Ein Indiz hierfür sind die Terrainverluste im Bereich der Produktinnovation; vgl. BPI 1988 a, 26; EFPIA 1988, 19.) Die Beseitigung einer ganzen Reihe von nichttarifären Handelsbarrieren zwischen den Mitgliedstaaten der EG wird nun als die zentrale Voraussetzung dafür angesehen, die Akkumulationskraft der europäischen Pharmakapitale zu erhöhen und somit drohende Positionsverluste im internationalen Wettbewerb zu vermeiden. Zwei Problembereiche stehen hierbei im Mittelpunkt des Interesses: a) die behördliche *Zulassung von Arzneimitteln* und b) die vom Staat bzw. den Sozialversicherungsträgern betriebene *Arzneimittelpreis- und -ausgabenkontrolle.*

2.1 *Arzneimittelzulassung*

Die Festlegung einheitlicher Prinzipien für die Arzneimittelgesetzgebung der EG-Mitgliedstaaten reicht bis in die Mitte der 60er Jahre zurück. Mittlerweile beruhen nahezu alle nationale Regelungen für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Zulassungskriterien, Vorschriften über die für den Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis erforderlichen Unterlagen, Verpackungsvorschriften u.a.m.) auf diesem (mehrfach ergänzten und modifizierten) Richtlinienwerk der EG (vgl. als Überblick: BPI 1988 b). Trotz dieser *Rechts*angleichung — die

durchaus nicht bis in jedes Detail geht, wie etwa die differierenden Formen der Einbeziehung des wissenschaftlichen Sachverstandes in das Zulassungsverfahren oder die abweichenden methodischen Vorgaben und Durchführungsvoraussetzungen für die klinischen Arzneimittelversuche zeigen (vgl. Glaeske/Hart/Merkel 1988, 13) — bestehen aber nach wie vor markante Unterschiede in der Zulassungs*praxis*, z.B. hinsichtlich der Bewertung von Kombinationspräparaten oder auch in bezug auf die Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis (vgl. ebd., 19). Die Uneinheitlichkeit der nationalen Zulassungspraxen liegt wesentlich in der Tatsache begründet, daß das Arzneimittelsicherheitsrecht »von einer Reihe von generalklauselartigen Normen (Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit) beherrscht wird« (ebd., 14), folglich »weite Interpretationsspielräume« enthält, »bei deren Ausfüllung *außerrechtliche* Maßstäbe und Einflußgrößen von Relevanz sind« (ebd., 18 [Hervorh. d. Verf.]). Die Struktur des Arzneimittelmarktes, die besonderen Verwaltungstraditionen, die konfligierenden Interessen und Orientierungen der Marktakteure sowie die Sensibilität des öffentlichen Bewußtseins für Fragen der Arzneimittelversorgung stellen Bestimmungsfaktoren dar, welche sich — entsprechend ihrer nationalen Ausprägung und Konfiguration — zu »unterschiedlichen Sicherheitsphilosophien« der Arzneimittelbehörden verdichten und somit »trotz nahezu identischer Regelungen zu unterschiedlichen Zulassungs- oder Sicherheitsentscheidungen führen« (ebd., 14f.).

Infolge dieses Problems hat sich ein *zentrales Strategieelement des EG-Binnenmarktprojekts* — das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung nationaler Zulassungsentscheidungen auf der Basis harmonisierter Rahmenregelungen — im Arzneimittelbereich bislang als *nicht realisierbar* erwiesen. Die Erfahrungen mit dem hierfür auf EG-Ebene vorgesehenen Abstimmungsverfahren (sog. »Mehr-Staaten-Verfahren«; vgl. hierzu: BPI 1988 b, 28ff.) werden insbesondere von der Pharma-Industrie als »enttäuschend« (ebd., 57) bewertet, und auch der Koordinierungsmechanismus, der 1987 speziell für die »technologisch hochwertigen« (v.a. mittels gentechnologischer Verfahren gewonnenen) Arzneimittel eingeführt wurde (vgl. ebd., 32ff.), verpflichtet die nationalen Behörden nicht zu einheitlichen Entscheidungen. Als gravierendes Hindernis für die EG-weite Vermarktung pharmazeutischer Produkte gelten hierbei nicht zuletzt die (das in den EG-Richtlinien festgelegte Maß zumeist deutlich überschreitenden) Bearbeitungszeiten kommunitärer Zulassungsanträge bei den zuständigen nationalen Entscheidungsinstanzen.[2] Ein (im Rahmen ihrer vielbeachteten »Cost of Non-Europe«-Studie unternommener) Versuch der britischen »Economists

Advisory Group«, die durch eine EG-weite Vereinheitlichung der Arzneimittelzulassung sowie eine Reduktion der durchschnittlichen Genehmigungszeit auf ein Jahr erzielbaren Kostensenkungen bzw. Umsatzsteigerungen für die pharmazeutischen Unternehmen zu quantifizieren, kam auf einen Gesamteffekt von 160-260 Mill. ECU p.a. (vgl. Commission 1988, 93ff.).

2.2 Kontrolle der Arzneimittelausgaben

Große Unterschiede weisen auch die einzelstaatlichen Kostenkontrollpolitiken im Arzneimittelbereich auf (s. Ubersichtstabelle). Die innerhalb der EG vorzufindenden Formen und Niveaus regulatorischer Intervention können wie folgt systematisiert werden (vgl. als Überblick: Thomae 1989; ausführlicher: WIdO 1984, 91ff.; Commission 1988, 68ff.):

— *Staatliche Eingriffe in die Pharma-Preisbildung:* Einen prinzipiellen staatlichen Interventions*verzicht* auf der Ebene der *Hersteller*preise gibt es nur in der BRD und den Niederlanden. In Dänemark verfügt der Staat zwar formal über die Möglichkeit der Arzneimittelpreiskontrolle, sieht hiervon in der Praxis jedoch schon seit Anfang der 80er Jahre ab. Frankreich kennt eine freie Preisbildung nur für den begrenzten Bereich der von der Erstattung durch die Sozialversicherung ausgenommenen Arzneimittel. Die (Höchst) Preise der erstattungsfähigen Medikamente werden hingegen (unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wie der Marktsituation im jeweiligen Indikationsgebiet, des therapeutischen Nutzens des Medikaments, der Forschungsaktivitäten des Herstellers u.a.m.) von Herstellern und Regierungsvertretern ausgehandelt und regelmäßig staatlich überprüft. Die spanischen Preise werden ebenfalls in Verhandlungen zwischen Pharmaproduzenten und staatlichen Stellen festgelegt. In Irland regelt ein Basisvertrag zwischen dem Verband der Pharmaindustrie und dem zuständigen Ministerium die Preise, wobei durch eine Sondervereinbarung eine enge Anbindung an die britischen Preise besteht (maximale Abweichung um 10 %). Die Einzelpreise für Produkte, die nicht auf dem britischen Markt sind, werden in Verhandlungen des Herstellerunternehmens mit dem Ministerium bestimmt. Das Regulierungsmodell Großbritanniens ist insofern eine Besonderheit, als hier die Arzneimittelpreise indirekt über die Gewinne der Pharmaindustrie kontrolliert werden. Als Kontrollbasis wird eine Gesamtrentabilität der Hersteller im Rahmen ihrer Geschäfte mit dem National Health Service festgelegt, die einzelnen Firmen

Übersicht: Instrumente zur Kontrolle der Arzneimittelausgaben in den Ländern der EG (Stand: 1984)

	Direkte Kontrolle d. AM-Ausgaben	Kontrolle d. individuellen AM-Preise	Grundlagen und Kriterien der Preisregulierung	Positiv- oder Negativ-liste	Selbstbeteiligungsregelungen
BEL	X	X	Neuartigkeit und therapeut. Nutzen d. AM, inländ. Wirtschaftsaktivität der Hersteller	P	25, 50 oder 100% Zuzahlung
BRD	—	—	—	N	feste Rezeptgebühr (seit 1989: Festbetragsregelung; ab 1992 fallweise 15%ige Zuzahlung
DAN	X	X	Kosten des Herstellers, »angemessener« Gewinn	P	25, 50 oder 100% Zuzahlung
FR	X	X	therap. Nutzen d. AM, Kosten des Herstellers, inländ. Wirtschaftsaktivität d. Herstellers	P	0, 30, 60 oder 100% Zuzahlung
GB	X	—	globale Gewinnkontrolle	N	feste Rezeptgebühr
GRI	X	X	Kosten des Herstellers	P	10-20% Zuzahlung
IRL	X	—	Anbindung an britische Preise	—	Höhe der Zuzahlung vom Einkommen abhängig
IT	X	X	Kosten des Herstellers	N	feste Rezeptgebühr + 15% Zuzahlung
NL	—	—	—	N	feste Rezeptgebühr
POR	X	X	Kosten des Herstellers, Vergleichspreise	P	feste Rezeptgebühr und 35-40% Zuzahlung
SP	X	-X	Kosten des Herstellers	P	40% Zuzahlung

Quelle: Commission of the European Communities, Research in the »Cost of Non-Europe«, Basic Findings, Vol. 15: The »Cost of Non-Europe« in the Pharmaceutical Industry (by Economists Advisory Group), Luxemburg 1988, S.104f.; eigene Ergänzungen

bekommen entsprechend ihrer Forschungsaktivität, Investitionstätigkeit u.a.m. abweichende Profitmargen zugestanden. Steigen die Gewinne über das festgelegte Maß hinaus, so hat dies Verhandlungen über Preissenkungen zur Folge. Über ein — im Detail jeweils recht unterschiedlich konstruiertes — rigides staatliches Preisfestsetzungssystem verfügen ferner noch die Länder Italien, Belgien, Portugal und Griechenland. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß in den meisten EG-Mitgliedstaaten neben den Herstellerpreisen auch die Preisbildungsprozesse auf den nachgelagerten Vermarktungsstufen (Groß- und Einzelhandel) einer Kontrolle unterliegen. Dies gilt etwa für Belgien, Frankreich und Spanien ebenso wie für die BRD, wo die Handelsspannen der Grossisten und der Apotheken per Verordnung festgelegt sind.

— *Begrenzte und/oder selektive Übernahme der Arzneimittelkosten durch die jeweiligen Krankheits-Kostenträger:* Die hierunter subsumierbaren Steuerungsinstrumente setzen im Unterschied zu den vorgenannten nicht auf der *Angebots*seite, sondern — betrachtet man die Nationalen Gesundheitsdienste und Krankenversicherungen als kollektive Nachfrager von pharmazeutischen Produkten — auf der *Nachfrage*seite des Arzneimittelmarktes an. Am verbreitetsten sind sog. *Positivlisten*, in die all jene Arzneimittel aufgenommen werden, deren Kosten die jeweils zuständigen Ausgabenträger (voll oder teilweise) übernehmen. Kriterien für die Erstattungsfähigkeit sind in der Regel der Preis und der therapeutische Wert eines Medikaments. *Negativlisten*, die die von der Kostenübernahme ausgeschlossenen Arzneimittel enthalten (»unwirtschaftliche« und therapeutisch fragwürdige Medikamente, sog. »Bagatellarzneimittel«), existieren in der BRD, den Niederlanden und in Großbritannien. Zur Begrenzung der (öffentlichen) Arzneimittelausgaben wird in der BRD neuerdings auch das Instrument der *Idemnitätstarife* angewandt. Das bedeutet, daß für klar definierte Arzneimittelgruppen die Kosten nur noch bis zu einem bestimmten Satz (Festbetrag) von den Krankenkassen übernommen werden. Alle Medikamente, deren Preise unterhalb dieses Festbetrags liegen, bezahlen die Kassen voll, bei teureren Präparaten hat der Versicherte den über dem Festbetrag liegenden Kostenanteil selbst zu tragen. Dieses Konzept wird seit einiger Zeit auch in den Niederlanden diskutiert (vgl. Glaeske 1990). Obligatorische *private Zuzahlungen* der Patienten (im Festbetragsmodell bei geeignetem ärztlichen Verordnungsverhalten und/oder Preissenkungseffekten auf Herstellerebene durchaus vermeidbar) gibt es in praktisch allen

Mitgliedstaaten der EG, und zwar entweder in prozentualer Form oder aber als absolute »Selbstbeteiligungen« (Rezeptblattgebühren).

— *Gebot »wirtschaftlicher Verordnungsweise« für Ärzte:* Diese — wohl schwächste — Form der Ausgabenkontrolle ist in unterschiedlicher Ausprägung in den meisten EG-Ländern zu finden. Hierbei werden die Ärzte mittels bestimmter Anreize oder Sanktionen (z.B. Wirtschaftlichkeitskontrollen) dazu angehalten, die für eine als notwendig erachtete Therapie jeweils preisgünstigsten Medikamente zu verordnen und/oder bestimmte Verschreibungsmengen nicht zu überschreiten.

Sofern das mit den differierenden Regulierungsintensitäten einhergehende »künstliche« Preisgefälle innerhalb der EG[3] z.B. bundesdeutsche Herstellerfirmen in der Vergangenheit nicht gleich ganz von einem Engagement auf bestimmten Auslandmärkten abhielt, stellte es nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie insbesondere die »forschenden« Unternehmen vor die Alternative, entweder für die Amortisation ihrer F&E-Aufwendungen unzureichende Erlöse aus dem Export in »Niedrigpreisländer« hinzunehmen oder aber eine in den betreffenden Mitgliedstaaten häufig an die Gewährung höherer Preise geknüpfte Voraussetzung zu erfüllen und dort direkt zu investieren (d.h. Produktionsfilialen zu unterhalten). Diese *quasi-protektionistischen, handelsbeschränkenden Praktiken* einiger EG-Länder hätten zu erheblichen *Wettbewerbsverzerrungen*, v.a. aber zu einer wirtschaftlich ineffizienten *Zersplitterung von Produktionskapazitäten* geführt (vgl. v. Breitenbach 1985 a, 20, 22; s. auch: Commission 1988, 120f.).

Von einem Abbau der durch solche Formen staatlicher Intervention bedingten Handelsschranken innerhalb der EG wäre nach Aussage des oben erwähnten britischen Forscherteams eine stärkere *Konzentration der Arzneimittelproduktion* und infolgedessen die Realisierung absoluter und relativer (»economies of scale«) *Kostenvorteile* zu erwarten. Deren Umfang beläuft sich in einem ersten Szenario (Schließung aller Produktionsstätten ausländischer Pharma-Unternehmen in Griechenland und Portugal) auf 44-65 Mill. ECU pro Jahr; eine zweite Modellrechnung unterstellt darüber hinaus den teilweisen Rückzug ausländischer Firmen aus Frankreich, Italien und Spanien und kommt auf einen Kostensenkungseffekt von 65-208 Mill. ECU (vgl. ebd., 147, 149).

Insgesamt ergäbe sich aus der Beseitigung der gravierendsten Handelshemmnisse auf dem EG-Pharmamarkt also ein ökonomischer Entlastungseffekt von jährlich maximal 269-533 Mill. ECU, d.h. 0,8-1,6 % der Unternehmenskosten (vgl. ebd., 144) — ein ziemlich bescheidenes Resultat, das in eigentümlichem Kontrast steht zu den

lautstark vorgetragenen Klagen über die enormen Belastungen der pharmazeutischen Industrie durch Hindernisse im EG-internen Warenverkehr. Die hauptsächlichen »Gewinner« der Binnenmarktintegration wären zudem auch noch multinationale Firmen aus den USA, Großbritannien, der Schweiz und der BRD (vgl. ebd., 158), während kleinere Herstellerländer wie etwa Griechenland oder Portugal unter negativen Auswirkungen zu leiden hätten (Beschäftigungsverluste infolge der Schließung von Produktionsstätten, Verschlechterung der Pharma-Handelbilanz aufgrund verstärkter Abhängigkeit von Importen) (vgl. ebd., 145). Auf den Punkt gebracht heißt dies: »In the longer run, the effect of unifying the European market will be to make the strong stronger and the weak weaker.« (Ebd., 161.)

3. *Arzneimittelmarktspezifische Maßnahmen im Rahmen des Binnenmarkt-Richtlinienprogramms*

In den folgenden Ausführungen wollen wir uns nun auf jene im Rahmen des Binnenmarkt-Richtlinienprogrammes der EG-Kommission beschlossenen bzw. zur Beschlußfassung vorgesehenen neuen Gemeinschaftsvorschriften beziehen, mit denen die beiden o.g. Problemkomplexe der EG-weiten Arzneimittelzulassung sowie der handelsbeschränkenden Auswirkungen einzelstaatlicher Kostenkontrollpolitiken angegangen werden sollen.

3.1 *Gegenseitige Anerkennung nationaler Entscheidungen vs. »European Drug Agency«: Konzeptionen EG-weiter Arzneimittelzulassung*

Das offensichtliche Scheitern des »Mehr-Staaten-Verfahrens« und die bis zum 1.1.1993 angestrebte Vollendung des Binnenmarktes auch im Arzneimittelbereich waren für die Brüsseler Behörde Anlaß, erneut über Möglichkeiten einer das Inverkehrbringen pharmazeutischer Produkte über Ländergrenzen hinweg nach einheitlichen Kriterien gewährleistenden Regelung auf EG-Ebene nachzudenken. Die in diesem Zusammenhang von den Mitgliedstaaten und den betroffenen Interessengruppen diskutierten Vorschläge bewegen sich zwischen den Polen: *automatische gegenseitige Anerkennung* nationaler Zulassungsentscheidungen einerseits und *Einrichtung einer zentralen EG-Zulassungsbehörde* andererseits. Während die pharmazeutische Industrie und auch die Bundesregierung die erste Variante favorisieren (weil sie mit weniger bürokratischem Aufwand verbunden sei und zudem eher der Grundkonzeption für die

Binnenmarktliberalisierung entspreche) (vgl. BPI 1985 b, 8; Antwort der Bundesregierung 1989, 44), sehen z.B. Verbraucherverbände und kritische Pharmakologen hierin keine akzeptable Lösung, da angesichts der qualitativen Diskrepanzen zwischen den nationalen Zulassungspraxen die gegenseitige Anerkennung auf »eine Vereinheitlichung auf dem niedrigsten Niveau der Arzneimittelsicherheit« (Glaeske/Hart/Merkel 1988, 30; ähnlich: BEUC/AgV 1987, 5) hinauslaufe. Im Gegensatz dazu bestünden bei der zentralen Zulassung durch eine EG-Arzneimittelbehörde größere Chancen, daß »die therapeutische Qualität des Angebots steigen wird« und »die Märkte sich im Hinblick auf ein europäisch akzeptiertes Angebot verkleinern und mehr und mehr von umstrittenen Produkten entlastet werden« (Glaeske 1989, 19).

Der im April 1989 von der EG-Kommission selbst skizzierte Vorschlag für ein zukünftiges Zulassungssystem trägt nun alle Züge einer die geschilderten unterschiedlichen Interessenlagen und Zielvorstellungen integrieren wollenden Kompromißlösung. Hiernach wird für den Bereich biotechnologisch gewonnener und anderer »High-Tech«-Präparate die Errichtung einer zentralen EG-Arzneimittelbehörde angestrebt, die sowohl für die Zulassung als auch für die Nachmarktkontrolle[4] verantwortlich sein soll. Bei anderen neuen Arzneimitteln mit EG-weiter Marktrelevanz besteht noch keine eindeutige Festlegung; hier werden lediglich verschiedene Möglichkeiten der Zulassung — ebenfalls zentrales Verfahren, dezentrales Modell einer verbesserten gegenseitigen Anerkennung oder Wahlrecht des Antragstellers zwischen beidem — ins Auge gefaßt. Klar scheint hingegen zu sein, daß Arzneimittel, die nur auf nationalen oder lokalen Märkten angeboten werden, ausschließlich im Verantwortungsbereich der nationalen Behörden liegen sollen (vgl. Hart 1989, Ziff. 9; BPI 1989, 65). Wie auch immer die letztendliche Richtlinienfassung konkret aussehen mag (die Verabschiedung ist noch für dieses Jahr geplant), der Trend hin zu einer *stärkeren Zentralisierung von Zulassungsentscheidungen* ist unbestreitbar. Damit hat sich mittlerweile offenbar auch die pharmazeutische Industrie arrangiert (vgl. Granitza 1988, 20).

Eine solche — ohnehin nur partielle — Zentralisierung würde aber u.E. *per se* noch keine Garantie für ein hohes Sicherheitsniveau innerhalb der EG darstellen, zumal in dem von seiten der Kommission vorgeschlagenen Modell zentrale Problembereiche der Arzneimittelsicherheit (v.a. die Schaffung wirksamer, einheitlicher Mechanismen der Nachmarktkontrolle) nicht befriedigend geregelt sind (vgl. Hart 1989, Ziff. 6). Darüber hinaus könnte eine Effektivierung und Beschleunigung des Zulassungsverfahrens als (immerhin denkbare) Folge

stärkerer Zentralisierung durchaus auch dazu führen, daß eine rasch wachsende Zahl »neuer« Medikamente auf die Pharmamärkte der EG-Mitgliedsländer geschleust würde (nach zentraler Zulassung durch eine EG-Institution hätten sie ja sofort Zugang zum gesamten europäischen Markt), wodurch deren ohnehin schon hohe *Intransparenz* noch zunähme.

3.2 Partielle Begrenzung nationaler Interventionsspielräume bei den Arzneimittelausgaben: die EG-»Transparenzrichtlinie«

Welch enormen politischen Konfliktstoff die aus der Sicht der Pharma-Hersteller protektionistischen und handelsbeschränkenden — und daher als mit dem EG-Vertrag unvereinbar angesehenen — Preiskontroll- und Erstattungspolitiken vieler Mitgliedstaaten in sich bergen, haben die gerade in den 80er Jahren sich häufenden Kommissions-Abmahnungen und Vertragsverletzungsverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH), etwa gegen Italien, Belgien und Griechenland, gezeigt (vgl. BPI 1985 a, 48ff., 54f.).[5] Der hier zum Ausdruck gekommene gemeinschaftsrechtliche Regelungsbedarf mußte zwangsläufig im Rahmen der umfangreichen Kommissionsarbeiten an der »Vollendung des EG-Binnenmarktes« Berücksichtigung finden. Die Grundrichtung des dabei eingeschlagenen Weges wurde bereits 1984 in einem Urteil des EuGH (»Duphar-Urteil«) vorgezeichnet: Dieses spricht den EG-Staaten ausdrücklich das Recht zu, Medikamentenpreise zu reglementieren und im Hinblick auf die Arzneimittel-Kostenübernahme eine Marktauswahl zu treffen, betont aber, daß die diesbezüglichen Methoden *transparent, nachvollziehbar und rechtlich anfechtbar* sein müssen. Auf keinen Fall dürften Preiskontrollsysteme diskriminierend auf ausländische Anbieter wirken; gleiches gelte für die (nach »objektiven und nachvollziehbaren« Kriterien zu erstellenden) Positiv- oder Negativlisten der jeweiligen Sozialversicherungseinrichtungen (vgl. v. Breitenbach 1988, 13).

Diese Prinzipien haben schließlich Eingang gefunden in die am 31.12.1989 in Kraft getretene EG-Richtlinie über die Transparenz von Regelungen zur Arzneimittel-Preisfestsetzung und —Kostenerstattung.[6] Im Kern handelt es sich dabei um die Festlegung nachprüfbarer und ggf. rechtlich einklagbarer Verfahrensmodi (verbindliche Entscheidungskriterien und -fristen, entsprechende Offenlegungs- und Begründungspflichten der Behörden bzw. der Sozialversicherungen) bei der Anwendung verschiedener Steuerungsinstrumente wie Preisgenehmigungen, Preisstopps, Gewinnkontrollen und Positiv-/Negativlisten.

Die Transparenzrichtlinie beinhaltet also *weder eine strukturelle Angleichung* der bestehenden nationalen Regulierungssysteme noch *gar deren EG-weite Beseitigung* (mit der Konsequenz einer »freien Preisbildung« in allen 12 Ländern). Vielmehr geht es ausschließlich darum, die nationale Anwendung solcher Instrumente soweit zu reglementieren, daß eine bessere Nachvollziehbarkeit und größere Rechtssicherheit für die Pharmaunternehmen gewährleistet und ein »Mißbrauch« i.S. von Protektionismus o.ä. ausgeschlossen ist.

Die Arzneimittelhersteller haben zwar die meisten Richtlinienregelungen begrüßt, aber — dies läßt sich aus den entsprechenden Stellungnahmen zweifelsfrei herauslesen — nur als *relativen* Fortschritt gegenüber dem bislang herrschenden Zustand (vgl. etwa: ebd, 14f.). Grundsätzlich ist die pharmazeutische Industrie jedoch »der Auffassung, daß in allen Staaten der Gemeinschaft eine freie Preisbildung unter Wettbewerbsbedingungen (übersetzt: die Beseitigung [para]staatlicher Preis- und Erstattungsrestriktionen; d. Verf.) die beste Lösung wäre« (BPI 1989, 66). Verbraucherorganisationen, Krankenversicherungsträger und kritische Arzneimittelwissenschaft kritisieren hingegen, daß die Transparenzrichtlinie einseitig darauf abziele, staatliche Interventionsmöglichkeiten im Bereich der Arzneimittelpreise und -kosten zu begrenzen, während sie auf die Entwicklung wirksamer Instrumente zur Gewährleistung eines funktionierenden Wettbewerbs zwischen den Arzneimittelherstellern weitgehend verzichte. »Transparenter« würde dadurch allenfalls die staatliche bzw. von den Krankenversicherungen betriebene Nachfragepolitik, nicht jedoch die unternehmerisch-privaten Angebotsstrategien auf dem Arzneimittelmarkt (vgl. etwa: BEUC/AgV 1987, 9f.; Glaeske/Schefold 1988, 172, 174f.). Die hierin angelegte »faktische Gewichtsverschiebung zugunsten der pharmazeutischen Hersteller« (ebd., 175) könne, sofern eine tendenzielle Arzneimittelpreis-Angleichung innerhalb der EG überhaupt zu erwarten sei, nur zu einer Angleichung nach oben, im überwiegenden Teil der Mitgliedstaaten also zu einer *Erhöhung* des Preisniveaus führen.

Bedenkt man, daß die durch die Transparenzrichtlinie (wenn auch nur partiell) eingeschränkten nationalen Regulierungsinstrumente ja in erster Linie der *Ausgabenbegrenzung* im Arzneimittelbereich und nicht etwa der staatlichen Garantie von Monopolpreisen für die Pharmahersteller dienen, so erscheint diese Annahme durchaus plausibel. Ein Preissteigerungseffekt als unmittelbare Folge der Umsetzung der Transparenzrichtlinie stünde allerdings in auffälligem Kontrast zu den Versprechungen und Prognosen, welche üblicherweise an Maßnahmen zur Binnenmarktintegration geknüpft werden. In welchem Maße aus der

Richtlinienanwendung langfristig brancheninterne Restrukturierungsprozesse (d.h. im wesentlichen: verstärkte Konzentration der Produktionsstandorte innerhalb der EG) mit entsprechenden absoluten und relativen Kostenvorteilen resultieren (wie von den Autoren der »Cost of Non-Europe«-Studie behauptet) und ob letztere dann auch über den Produktpreis an das Gesundheitssystem weitergegeben werden, scheint keineswegs sicher. Daß von der Transparenzrichtlinie nennenswerte *gestalterische* Impulse i.S. einer — womöglich nach einheitlichen Kriterien ausgerichteten — *rationelleren* (d.h. therapeutisch sinnvollen und zugleich kostengünstigen) *Arzneimittelversorgung* in den Ländern der EG ausgehen könnten, ist jedenfalls nicht erkennbar. Soweit sie Fragen der Markttransparenz, der medizinischen und ökonomischen Angemessenheit ärztlicher Verordnungsweise o.ä. betreffen, werden arzneimittelpolitische Auseinandersetzungen also auch künftig schwerpunktmäßig auf die *einzelstaatliche Regelungsebene* bezogen bleiben und im nationalen Rahmen entschieden (vgl. zur — höchst kontrovers geführten — Diskussion über gesundheitspolitische Steuerungskonzepte im Arzneimittelbereich: Endbericht 1990, 240ff.).

Anmerkungen

1 Die Angaben über die Exportquote der bundesdeutschen Pharma-Industrie (1987) schwanken zwar zwischen 34,4 % (vgl. EFPIA 1988, 13) und 46,4 % (vgl. BPI 1989, 88), jedoch liegen beide Zahlen klar über dem vom Statistischen Bundesamt für das Verarbeitende Gewerbe ermittelten Durchschnittswert (vgl. Statistisches Bundesamt 1989, 173).

2 Die per EG-Recht vorgeschriebene Bearbeitungsfrist beträgt 120, in Ausnahmefällen 210 Tage; tatsächlich liegt sie in der EG bei durchschnittlich 18-24 Monaten, in Italien und Spanien sogar bei 2-3 Jahren (vgl. Commission 1988, 91). Es wird allerdings darauf hingewiesen, daß dieses Problem möglicherweise weniger der national partikularisierten Medikamentenzulassung als vielmehr der chronischen Unterausstattung der Arzneimittelbehörden geschuldet ist (vgl. ebd., 90, 98).

3 In der EG weisen die BRD und die Niederlande das mit Abstand höchste Arzneimittelpreisniveau auf, während Frankreich und Italien am unteren Ende der Rangskala stehen (vgl. ebd., 108). Aus einer ganzen Reihe von Gründen ist jedoch nicht einzusehen, weshalb die hohen Arzneimittelpreise in der BRD unhinterfragt als quasi natürlich — weil unter »liberalen« Marktbedingungen zustandegekommen — hinzunehmen sein sollten (s. dazu die immer noch lesenswerte Studie von Friedrich/Hehn/Rosenbrock [1977]).

4 Die Nachmarktkontrolle dient der Entdeckung und Erfassung sog. »unerwünschter Arzneimittelwirkungen«, die in den der Zulassung vorangegangenen klinischen Versuchen noch nicht aufgefallen sind. Zwischen dem Zulassungs- und dem Nachmarktkontrollrecht besteht sowohl auf EG- als auch auf nationaler

Ebene ein deutliches »regulatives Gefälle«; auch unterscheiden sich die in den einzelnen Ländern vorhandenen Überwachungssysteme erheblich voneinander (vgl. hierzu: Glaeske/Hart/Merkel 1988, 20ff., 26ff.).

5 Nach Auffassung des BPI hätte sich sogar die BRD wegen Vertragsverletzung zu verantworten, da die Festbetragsregelung des GRG den freien Warenverkehr innerhalb der EG unzulässig behindere (vgl. BPI 1989, 14f.).

6 Vgl. Richtlinie 89/105/EWG, ABl. L 40 v. 11.2.1989.

Literaturverzeichnis

Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Dr. Hellwig (u.a.): Sozialraum Europäische Gemeinschaft. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/4700 v. 6.6.1989.

v. Breitenbach, G., 1985 a: Die deutsche Pharma-Industrie im Ausland — Leistungen, Probleme und Perspektiven. pharma-dialog 91 (hrsg. v. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie [BPI]). Frankfurt a.M.

Ders., 1985 b: Experience of the Pharmaceutical Industry on the European Drug Market, In: Drugs Made in Germany, Vol. XXVIII (1985), 103 ff.

Ders., 1988: Vorschlag für eine Richtlinie des Rates zur verbesserten Transparenz von Behördenentscheidungen bei der Festsetzung von Arzneimittelpreisen und deren Erstattung. In: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) (Hrsg.): Der europäische Binnenmarkt für Arzneimittel — Zeithorizont 1992. Die Pharmazeutische Industrie, Sonderdruck. Aulendorf, 12 ff.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) (Hrsg.), 1985 a: pharma-Jahresbericht 1984/85. Frankfurt a.M.

Ders. (Hrsg.), 1985 b: Die Pharma-Industrie in Deutschland — eine europäische Industrie. Frankfurt a.M.

Ders. (Hrsg.), 1988 a: pharma-daten 88. Frankfurt a.M.

Ders. (Hrsg.), 1988 b: pharma EG '92 — Auf dem Weg in den Gemeinsamen Markt: Ein Überblick. Frankfurt a.M.

Ders. (Hrsg.), 1989: pharma-Jahresbericht 1988/89. Frankfurt a.M.

Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC)/Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher (AgV), 1987: Ein gemeinsamer Markt für Arzneimittel. Diskussionspapier zum 9. Europäischen Verbraucherforum am 27.1.1987 in Berlin. Brüssel/Bonn.

Busch, K., 1988: Der Binnenmarkt, die Entwicklung der Arbeitsteilung der Bundesrepublik mit den EG-Staaten und die Probleme der Gewerkschaften. In: Die Mitbestimmung 11/1988, S. 646 ff.

Commission of the European Communities, 1988: Research on the 'Cost of Non-Europe'. Basic Findings, Vol. 15: The 'Cost of Non-Europe' in the Pharmaceutical Industry (by Economists Advisory Group). Luxemburg.

Dies., 1989: Panorama of EC-Industry. Luxemburg.

Deppe, F., J. Huffschmid u. K.-P. Weiner (Hrsg.), 1989: 1992 — Projekt Europa. Politik und Ökonomie in der Europäischen Gemeinschaft. Köln.

Deppe, H.-U. u. U. Lenhardt, 1990: Westeuropäische Integration und Gesundheitspolitik. Marburg.

Endbericht der Enquete-Kommission 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung'. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/6380 v. 12.2. 1990.

European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations (EFPIA), 1986: The European Pharmaceutical Industry — A European Asset. Brüssel.

Dies., 1988: EFPIA in Figures. The Pharmaceutical Industry in Europe 1986-1987. Brüssel.

European Formulary Group, 1989: European Formulary for General Practice. Bremen.

Eurostat, 1988: Industrie — Statistisches Jahrbuch 1988. Luxemburg.

Friedrich, V., A. Hehn u. R. Rosenbrock, 1977: Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik. Reinbek.

Glaeske, G., 1989: Der EG-Arzneimittelmarkt ab 1993 — Chancen und Risiken. In: Demokratisches Gesundheitswesen 10/1989, 19 f.

Ders., 1990: Festbeträge für Arzneimittel — Preiswettbewerb, wo aber bleibt die Qualität? In: WSI-Mitteilungen 2/1990, 97 ff.

Ders., D. Hart u. H. Merkel, 1988: Regulierung des europäischen Arzneimittelmarktes durch nationales und europäisches Zulassungs- und Nachmarktkontrollrecht. In: N. Reich (Hrsg.): Die Europäisierung des Arzneimittelmarktes — Chancen und Risiken. Baden-Baden, 13 ff.

Ders. u. D. Schefold, 1988: Aufgaben und Möglichkeiten von Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt. In: ebd., 157 ff.

Granitza, A., 1988: Richtlinien der Gemeinschaft für hoch-/gentechnologische Arzneimittel. In: BPI (Hrsg.): Der europäische Binnenmarkt ..., 16 ff.

Hart, D., 1989: Arzneimittelsicherheit, Verbraucherschutz und der Einheitliche Binnenmarkt. Statement für die Anhörung der Fraktion Die GRÜNEN im Bundestag am 12.6.1989 in Bonn (vervielf. Manuskr.).

May, O., 1988: Strategieplanung und industriepolitische Zielsetzungen. In: BPI (Hrsg.): Der europäische Binnenmarkt ..., 21 ff.

Meyer, H.J., 1989: Harmonisierung des europäischen Arzneimittelrechts. In: Arbeit und Sozialpolitik 12/1989, 374 ff.

OECD, 1983: Foreign Trade by Commodities, Exports 1981. Paris.

Ringenaldus, H., 1988: Weißbuch der EG-Kommission — Einheitliche Europäische Akte — Der Binnenmarkt. In: BPI (Hrsg.): Der europäische Binnenmarkt ..., 8 ff.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1989: Statistisches Jahrbuch 1989 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart.

Thomae, D., 1989: Wenn die Festungsmauern fallen. Ein Vergleich der Medikamentenversorgung in den zwölf Staaten der Europäischen Gemeinschaft. In: Die Neue Ärztliche Nr. 192 v. 5.10.1989.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.), 1984: Der europäische Arzneimittelmarkt. WIdO-Schriftenreihe 6. Bonn.

Franz Schafstedde

Zur Bedeutung chronischer Krankheiten

Die Rolle des Todes und die Frage nach dem »Sinn« im metaphorischen Denken über chronische Krankheiten

»Nichts ist strafender, als einer Krankheit eine Bedeutung zu verleihen — da diese Bedeutung unausweichlich eine moralische ist«
(Susan Sontag)

»Der Bedeutungsgrund des Krankseins bestimmt den Weg der Therapie«
(V. v. Weizsäcker)

Einleitung

Chronische Krankheiten sind in den Industriegesellschaften die Hauptursache für körperliche Behinderungen und Tod. Als Hauptgrund gilt die zunehmende Lebenserwartung aufgrund des gestiegenen Lebensstandards und der Fortschritte der Medizin. Umgekehrt sind es gleichzeitig die Mängel und Grenzen der Medizin, die die Ausweitung chronischer Krankheiten nicht verhindern können. Chronische Krankheiten stellen ganz offensichtlich ein medizinisch ungelöstes Problem dar, sie sind in Ätiologie und Pathogenese oft noch unverstanden, in ihrem Verlauf schubweise oder kontinuierlich progredient und therapeutisch nur bedingt beeinflußbar. Sie sind in der Regel nicht wirklich heilbar, d.h. der Betroffene muß sich irgendwie mit seiner Krankheit arrangieren.

Diese Situation ist Ausgangspunkt und Forschungsgegenstand einer mittlerweile unübersehbaren Fülle von Untersuchungen. Nachdem es zunächst noch verstärkt um die Psychogenese chronischer Krankheiten ging, konzentrieren sich die Publikationen der letzten Jahre vermehrt auf die Frage, wie Patienten chronische Krankheiten erleben und wie sie mit ihnen umgehen. Untersuchungen zur »Krebspersönlichkeit« und zum »Typ-A-Patienten« sind ein wenig in den Hintergrund gerückt zugunsten einer Forschung, die nach den Auswirkungen chronischer Krankheiten auf die Betroffenen fragt.

Die theoretischen Grundannahmen und die empirischen Ergebnisse dieser Arbeiten sind Gegenstand der ersten beiden Kapitel. Kapitel drei

resümiert den derzeitigen Stand und vertritt die These, daß die Zerfahrenheit und Widersprüchlichkeit der Forschungsergebnisse ihren Grund in einer nur formalen, d.h. einer ungesellschaftlichen und unhistorischen Bestimmung des Gegenstandes haben.

In den dann folgenden Kapiteln wird der Versuch unternommen, die Bedeutung chronischer Krankheiten inhaltlich zu bestimmen. Das Augenmerk richtet sich dabei auf zwei Aspekte: aus einer historischen Perspektive soll der Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und Tod entwickelt sowie dem Problem nachgegangen werden, wie die Betroffenen die Krankheit in ihr Bild von sich und der Welt einordnen, wie sie sie für sich »sinnvoll« machen. Im Vordergrund steht dabei die Frage, wie die Probleme der Krankheitsverursachung und damit zusammenhängend der Schuld und Verantwortung in der Literatur und in Selbstzeugnissen thematisiert werden.

1. Bewältigen, Abwehren, Coping und Adaptation

»Es konnte in der Literatur bisher keine Übereinstimmung über die Terminologie erzielt werden, mit der das Verhalten bezeichnet wird, das ein Individuum bewußt oder unbewußt ausführt, um die negativen Auswirkungen von Ereignissen zu minimieren.« (Broda, 1987, S. 9)

Dies ist der Allgemeinheitsgrad, auf dem die Forschung konzeptionell beginnt. Trotz der angesprochenen begrifflichen Unklarheiten hat sie in den letzten 20 bis 30 Jahren zunehmend komplizierter werdende Theoriegebäude hervorgebracht.

In den 60er Jahren standen einfache, monokausale Modellannahmen im Vordergrund: man kümmerte sich vor allem um die objektive Seite der Belastung und versuchte, die unterschiedlichen individuellen Reaktionen durch immer differenziertere Beschreibungen der Belastungsseite zu klären. Die Ausweitung des Blicks auf das reagierende Individuum bedeutete einen beträchtlichen Fortschritt, der unter dem Kürzel »new look« in die Theoriegeschichte einging. Jetzt ging es um individuell unterschiedliche Reaktionen bei gleicher Belastung, bisher implizite und explizite Annahmen zur Persönlichkeit standen damit zur Disposition, speziell eröffnete sich eine bis heute dauernde Kontroverse zwischen Vertretern eines nach wie vor behavioristisch fundierten Bewältigungskonzepts gegen ein psychodynamisch orientiertes Abwehrkonzept. Die Kontroverse bezieht sich auf mehrere Ebenen: Was ist »Abwehr«, in welchem Verhältnis steht sie zur »Verleugnung«, wieviele verschiedene Abwehrmechanismen gibt es, wie ist ein Vorgang, der im Ergebnis das Ausbleiben einer Reaktion oder eines Ereignisses

zur Folge hat, zu operationaliseren und ist unter Abwehr eine besondere Form von Bewältigung oder vielmehr ihr Scheitern zu verstehen. Daß Abwehrvorgänge existieren ist weitgehend anerkannt, ob sie nützlich oder schädlich sind, dagegen stark umstritten.

Moos und Billings (1982) differenzieren und weisen nach, daß Verleugnung bei Myokardinfarkt positive bei einer Krebserkrankung jedoch negative Konsequenzen habe. Pettingale (1984) und Borysenko (1984) finden unabhängig voneinander bei verleugnenden Brustkrebspatientinnen eine längere Überlebenszeit. Hackett und Cassem haben mehrfach die Verleugnung als wirksame Schutzfunktion bei Myokardpatienten nachgewiesen (1969), speziell die Verleugnung der Todesbedrohung scheint die Lebenserwartung zu erhöhen.

Lazarus, einer der anerkannten Vordenker der Copingforschung, macht daraus eine anthropologische Konstante, indem er sich mit der These der »absoluten Wahrheit bezüglich unserer Gefühle auch anderen gegenüber« auseinandersetzt, und dabei die Position vertritt, »daß ein Leben ohne Selbsttäuschung nicht gelebt werden könne und glaubt, daß geistige Gesundheit ohne ein gewisses Maß an Selbsttäuschung nicht auskomme.« (Broda ebenda S. 69).

Konzeptionell eingeholt werden diese Überlegungen durch Arbeiten, die auf den phasenhaften Verlauf der Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit hinweisen und der Verleugnung als einer Sonderform von Abwehr eine zeitlich begrenzte Funktion zuweisen (vgl. z.B. Kübler-Ross 1981).

Darüber hinaus ist es ein prinzipielles Problem der Copingforschung, inwieweit sie eine Bestimmung des Coping*ziels* mit in die Definition des Coping*prozesses* aufnimmt, ohne beides zu konfundieren; weiter ist fraglich, wie sie die Ziele selbst begründet; häufig erinnern sie in allererster Linie an das Bild eines pflegeleichten, kooperativen, sympathischen Patienten:

— Zurechtkommen mit Schmerz und körperlichen Einschränkungen,
— mit dem Streß verschiedener Behandlungen zurechtkommen,
— Beziehungen zum Personal aufbauen,
— emotionale Balance aufbauen,
— befriedigendes Selbstbild aufbauen und Kompetenz erhalten,
— Beziehungen zu Familie und Freunden aufrechterhalten,
— sich auf eine unsichere Zukunft vorbereiten (Moos und Tsu, 1977).

Diesem Problem versuchen neuere Vorstellungen zu entgehen, die die Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit als das Aufrechterhalten eines unterschiedlich definierbaren Gleichgewichts zwischen Innen und Außen verstehen, wobei nicht nur das Außen — und dazu

gehören hier auch die chronischen Krankheiten — das Innen zu Reaktionen veranlassen kann, sondern umgekehrt der einzelne auch die Situation zu verändern vermag. Diesem Interaktionsprozeß zwischengeschaltet sind Phasen des »apraisal«, in denen der einzelne der äußeren Situation eine für ihn relevante Bedeutung verleiht bzw. die Bedeutung ins Verhältnis setzt zu seinen inneren Ressourcen. Daraus schließlich resultiert eine Handlung, die ein verloren gegangenes Gleichgewicht wiederherstellt oder ein bedrohtes zu sichern versucht. In dieses Konzept sind eine Reihe weiterer Faktoren integrierbar, die entweder dem Innen oder dem Außen zugeordnet werden können: die Kontrollierbarkeit der Situation, das Ausmaß wahrgenommener Ambiguität (Mehrdeutigkeit) oder die Dauer der Antizipationszeit; auf seiten der Person: soziale Stellung, Alter, Geschlecht sowie Faktoren, die eine Rolle spielen bei der Bedeutungszuschreibung des Wahrgenommenen wie commitments (»what is important to the person, what has meaning for him or her. They determine what is at stake in a specific stressfull encounter«, Lazerus und Folkman, 1984, S. 55) und beliefs (»are personally formed or culturally shared cognitive configurations«; ebenda S. 63).

In diesen Zusammenhang gehört auch die Frage nach dem Einfluß subjektiver Krankheitstheorien. Mit der Untersuchungsvariable »locus of control« bzw. mit der Frage nach der »Kausalattribuierung« versucht man, sie nälher zu bestimmen: wo liegt der Ort, von dem aus der Lebensprozeß kontrolliert wird und was wird als ursächlich für bestimmte Ereignisse angenommen.

2. *Einige Ergebnisse empirischer Copingforschung*

Auf dem Hintergrund der genannten theoretischen Konstrukte gibt es jeweils eine Vielzahl, im Ergebnis meist uneinheitlicher Untersuchungen, von denen nur einige beispielhaft im folgenden genannt sein sollen.

Die Frage der Effektivität von Coping wird häufig so gelöst, daß effektives Coping mit Dauer der Überlebenszeit gleichgesetzt wird. Pettingale (1984) findet zehn Jahre nach Operation noch lebender Brustkrebspatientinnen eine deutliche Prävalenz des Copingstiles »fighting spirit« und »Verleugnen«. In der Zwischenzeit verstorbene Patientinnen hatten höhere Werte für »Akzeptieren« und »hilfloses Reagieren« gezeigt. Weismann und Worden (1976/77) finden, daß »direktes Angehen« und bewußtes Inanspruchnehmen anderer Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung) zu guter Bewältigung von Krebskrankheit führt.

Ebenso führt die »Kompetenz im Umgang mit der Krankheit und geringe psychosomatische Attribution« zur Verlängerung der Überlebensdauer (Ziegler und Schüle, 1985). Dies gilt auch für die Fähigkeit zum Ausdrücken feindseliger Gefühle (Cohen, 1984; Borysenko, 1984). Holahan und Moos (1985) können bestätigen, daß Selbstvertrauen geschlechtsunabhängig einen Streßwiderstandsfaktor darstellt und Husaini und Frank (1985) finden, daß eine positive Sicht vom Selbst gegen schädliche Lebenseinflüsse schützt, genau so wie »Optimisten« nach Scheier und Carver (1985) bessere Anpassungsleistungen zeigen als Pessimisten.

Zum Einfluß von Statusvariablen sprechen Cronkite und Moos (1984) von einem positiven Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Copingeffektivität, während Bruce et al. (1983/84) dies nicht bestätigen können.

Zum Einfluß des Alters gibt es empirische Belege für die sogenannte Regressionshypothese (McCrae, 1982; Ilfeld, 1980), derzufolge Menschen im Alter vermehrt zu ineffektiven Maßnahmen greifen, wie auch für die Wachstumshypothese (Vaillant, 1977), die das Gegenteil behauptet.

Der Einfluß des Geschlechts wird ebenfalls uneinheitlich beurteilt, wobei es nur wenige Untersuchungen gibt, die die Auswirkungen der Geschlechtszugehörigkeit von den speziellen Belastungssituationen abhängig machen. Nach Billing (1980) verleugnen Männer nach Herzinfarkt stärker als Frauen, während Sidle et al. schon 1969 fanden, daß »Frauen mehr ablenken, während Männer sich auf das Schlimmste gefaßt machen« (zit. n. Broda, ebenda S. 99).

Insgesamt kommt die Mehrzahl der Arbeiten bezüglich der weiter oben genannten Persönlichkeitsvariable »Kontrollüberzeugung« zum Ergebnis, daß Leute, die glauben, ihre Lebenslage selbst im Griff zu haben, besser zurechtkommen als solche mit einer externalen Kontrollüberzeugung (Parkes, 1984; Husaini und Frank, 1985).

Übereinstimmende Ergebnisse lassen sich noch am ehesten in der Beschreibung der objektiven Belastung chronisch Kranker im allgemeinen als auch auf einzelne Krankheitsbilder bezogen finden. Tabelle 1 zeigt die in der Literatur am häufigsten genannten generellen Belastungsfaktoren, Tabelle 2 nennt Faktoren, deren Ausprägung vom Krankheitsbild abhängt, wobei Krebs, Herzinfarkt, Rheuma und Niereninsuffizienz als die vier am besten untersuchten Krankheitsbilder berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Allgemeine Belastungen chronisch Kranker

1. Weitgehende Irreversibilität bzw. Progredienz
2. Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
3. Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
4. Bedrohung körperlicher Integrität
5. Langdauernde Abhängigkeit von mediz. Spezialisten
6. Hospitalisierung und Trennung von Angehörigen
7. Vielfältige Verluste in persönl. und soz. Hinsicht
8. Begrenzte Zukunftsperspektive

(aus: Beutel, 1988)

Tabelle 2: Spezifische Belastungen chronisch Kranker

Belastungen	*Eher charakteristisch für*
Negative soziokult. Stereotypen	Krebs
Kurze Antizipationsdauer	Herzinfarkt
Lebensbedrohung	Krebs, Herzinfarkt, Niereninsuffizienz
Chronische Schmerzen	Rheuma, Krebs
Körperliche Immobilisierung	Rheuma
Körperliches Stigma	Krebs, Rheuma
Zentralnervöse Defizite	Niereninsuff., Krebs
Eingreifende diagn. Verfahren	Krebs
Vitale Apparateabhängigkeit	Niereninsuffizienz
Aversivität der Therapie	Krebs, Niereninsuff.
Diät-/Flüssigkeitsrestriktion	Niereninsuffizienz

(aus Beutel, 1988)

Bezogen auf das »Wie« der Verarbeitung stellt Manfred Beutel 15 neuere Untersuchungen zusammen, die mehr als ein Krankheitsbild beforscht haben. Acht Arbeiten finden Unterschiede zwischen den Krankheitsgruppen, sieben Arbeiten nicht (vgl. Beutel, 1988). Danach führt allgemein ein bis zum Untersuchungszeitpunkt noch kurzer Krankheitsverlauf, ein hoher Grad an Behinderung sowie eine ungünstige Prognose zu hoher psychischer Belastung. Hohes Alter und ein hohes Maß an Selbstaktualisierung (geringe Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbstbild) korrelieren mit geringerer Todesangst.

Levien und Ziegler (1975) finden bei Krebspatienten ein höheres Maß an Verleugnung als bei Patienten nach Myokardinfarkt; Krebspatienten glauben auch, ihre Krankheit weniger kontrollieren zu können als andere (Felton et al, 1984), gegenüber Herzpatienten fühlen sie sich weniger für ihre Krankheit verantwortlich (Mumma und McCorkle, 1983) und halten sie stärker als Dialysepatienten für abhängig von

unbeeinflußbaren Faktoren wie Zufall und Schicksal (Muthny und Koch, 1984). Hinsichtlich Typ-A-Verhalten unterscheiden sich Herzinfarktpatienten übrigens nicht von Rheumapatienten (Zyzanski et al, 1979).

3. Zu den prinzipiellen Problemen der Copingforschung

Im Ergebnis ist die Copingforschung momentan in einer äußerst unbefriedigenden Situation. Dies wird übrigens von ihren führenden Vertretern im deutschsprachigen Raum selbst so gesehen. Betrachtet man die Anzahl der Untersuchungen, so hat sie eine beträchtliche Ausweitung erfahren, kaum ein Lebensbereich ist nicht schon einmal untersucht worden. Die Ergebnislage ist jedoch so widersprüchlich, daß so gut wie nichts als gesichert betrachtet werden kann. Gemessen an der praktischen Ausweitung des Konzepts habe die theoretische Weiterentwicklung nicht mithalten können, konstatiert M. Broda 1987.

Ausgangspunkt der Copingtheorien war die Frage, wie der Mensch bewußt oder unbewußt negative Auswirkungen von Ereignissen minimiert. Der Ausgangspunkt leidet meines Erachtens in erster Linie unter seiner Abstraktheit. Er sieht von so viel Konkretem ab, daß inhaltlich nur noch die Feststellung übrigbleibt, daß es Ereignisse mit für Menschen negativen Auswirkungen gibt und daß Menschen die Tendenz haben, diese zu minimieren. Mit der Abstraktheit wächst die Allgemeinheit des Forschungsgegenstandes. Im Grunde ist über alle Epochen hinweg jede Situation, in der Menschen sich wiederfinden, mit diesem Konstrukt beforschbar. Entsprechend zusammenhangslos erscheint die Vielzahl der Ergebnisse.

Auch die Ausweitung des Konzepts durch die Anerkennung von immer mehr Zusatzvariablen hat die Kohärenz der empirischen Arbeiten nicht befördert.

Der entscheidende Mangel des Konstrukts und der Grund für seinen spröden, zähen und knorrigen Charakter, der die Beschäftigung mit ihm zu einer trockenen Fleißarbeit macht, besteht darin, daß alles im Unhistorischen und Ungesellschaftlichen und damit im Formalen stecken bleibt und auf jede inhaltliche Bestimmung verzichtet wird. Humorvollere Vertreter haben schon 1960 festgestellt: »Immerhin scheint es vernünftig, zwischen dem Reiz und der Reaktion ein bißchen Weisheit einzuschieben. Und es ist nicht einmal nötig, sich deshalb zu entschuldigen, denn sie war schon dort, bevor es die Psychologie überhaupt gab« (Miller, Galanter und Pribram, 1960). Und diese Weisheit ist weder unhistorisch noch ungesellschaftlich, genau so wenig wie die Erkenntnisobjekte selbst, auf die sie sich bezieht.

Ohne den Anspruch zu haben, die Probleme der Copingforschung damit zu lösen, soll im folgenden versucht werden, die Sache von einer anderen Seite aufzuzäumen. Man kann m.E. nicht nach Bewältigungsstrategien fragen, ohne mehr darüber zu wissen, was chronische Krankheit für die Betroffenen inhaltlich bedeutet.

Im folgenden wird davon ausgegangen, daß die Bedeutung chronischer Krankheit sich weder reduzieren läßt auf ein biologisches Geschehen noch auf einen biografischen Prozeß. Sie ist mehr als eine unkontrolliert wachsende Zellpopulation beispielsweise und mehr als ein integriertes oder abgespaltenes Moment einer Biografie.

4. Susan Sontag's Krankheitsmetaphern

In ihrem vielgelesenen Essay über »Krankheit als Metapher« veranschaulicht S. Sontag am Beispiel der Tbc und der malignen Tumoren materialreich, kritisch und zum Teil ironisierend die Neigung der Menschen, sich um so mehr blauen Dunst über Ätiologie, Verlauf, über die Bedeutung der Krankheit für den einzelnen und die Gesellschaft, über deren tieferen Sinn und die in ihr zum Ausdruck kommenden philosophischen und moralischen Wahrheiten vorzublasen, je mehr die Krankheit aus biologisch-naturwissenschaftlicher Perspektive unverstanden ist. »Das psychologische Verständnis untergräbt die Realität einer Krankheit« (S. Sontag, 1981, S. 66). Denn ein solches Verständnis führt zur irrationalen Überhöhung oder Abwertung des Betroffenen. »Nichts ist strafender, als einer Krankheit eine Bedeutung zu verleihen — da diese Bedeutung unausweichlich eine moralische ist« (ebenda, S. 69). Die Krankheit ist ein biologisch-physiologischer Prozeß, dem einzig ein naturwissenschaftliches Herangehen adäquat ist, und zwar im Interesse aller Beteiligten. Ihr schlagenstes Beispiel ist die literarische Verarbeitung der Tuberkulose um die Jahrhundertwende, die nach der Entdeckung des Tuberkelbakteriums und der Tuberkulostatika plötzlich jeden Reiz für Dichter, Philosophen und Moralisten verlor. Sie wurde dagegen abgelöst von den Krebserkrankungen, denen jedoch mit dem Fortschritt der naturwissenschaftlich orientierten Medizin — so S. Sontag — ein identisches Schicksal bevorstehen wird. Es gelingt ihr eindrücklich anhand der historischen Wandelbarkeit von Krankheitsmetaphern, diese als inhaltslose, oft schädliche, den Erkrankten zusätzlich belastende Hypotheken vorzuführen, die einem des »sublimierten Spiritualismus« bedürftigen Geistes entspringen mögen.

Die Wandelbarkeit von Krankheitsmetaphern als Argument für ihre inhaltliche Bedeutungslosigkeit zu nehmen, gelingt jedoch nur, solange

man ihre Bindung an einzelne Krankheitsbilder nicht auflöst: der Tuberkulosekranke des 19. Jahrhunderts lebt, erkrankt und stirbt edel, der Tumorpatient des 20. Jahrhunderts häßlich. In dieser Fassung ist ihre Unhaltbarkeit offensichtlich und S. Sontags Kritik ist berechtigt, soweit sie die psychogenetischen Implikationen der Metaphern anspricht.

Und trotzdem darf dabei ein Punkt nicht übersehen werden: genau wie alle anderen ist auch der Krebspatient nicht nur »Opfer«, sondern gleichzeitig »Täter«, bzw. Träger der im kulturellen Raum einer Gesellschaft auffindbaren Krankheitsmetaphern, d.h. er ist nicht nur mit ihnen konfrontiert, sondern findet sie, seinem Bewußtsein mehr oder weniger zugänglich, auch in *seinem* Innern. Insofern bleibt ihm die Auseinandersetzung damit sowieso nicht erspart.

S. Sontag möchte dies umgehen: »Zeigen will ich, daß Krankheit keine Metapher ist und daß die ehrlichste Weise, sich mit ihr auseinanderzusetzen — und die gesündeste Weise krank zu sein — darin besteht, sich soweit wie möglich von metaphorischem Denken zu lösen, ihm größtmöglichen Widerstand entgegenzusetzen.« (ebenda S. 5).

Ein weiteres Problem dieses Vorhabens kommt dadurch zustande, daß sie damit ein generelles menschliches Bedürfnis außer acht läßt. Es besteht darin, daß Menschen sowohl einzeln als auch gesellschaftlich das Bedürfnis haben, den sie bedrohenden Ereignissen eine Bedeutung zu geben. Was sich hier als Krankheitsmetapher findet, findet sich dort als subjektive Krankheitstheorie. In allen Berichten von Patienten über ihre Krankengeschichte findet sich irgendwann die Frage nach dem Sinn, nach dem »Warum ich?« und das dringliche Suchen nach einer Antwort. Man gewinnt den Eindruck, daß ein Teil der Last in dem Moment weicht, in dem darauf eine wie auch immer geartete Antwort gefunden wird.

Krankheitsmetaphern und biografische Bedeutung einer Krankheit sind nicht identisch, aber auch nicht unabhängig voneinander. Für eine sozial-medizinische Untersuchung von »Attributionsvorgängen« wären Krankheitsmetaphern meines Erachtens eine geeignete Folie, von der aus inhaltlich bestimmbar wird, was man untersuchen will.

Ein weiteres ist im Zusammenhang mit Krankheitsmetaphern bemerkenswert: Sie heften sich nicht an alle Krankheiten gleichermaßen. Heilbare Krankheiten geben dafür nichts her. Unheilbare, in Ätiologie und Pathogenese weitgehend aufgeklärte Krankheiten wenig. Unheilbare, ätiologisch ungeklärte Krankheiten scheinen mit Abstand am meisten zur Metapherbildung anzuregen. Dies hat zum einen seinen Grund sicher darin, daß die Bedrohung wächst, je weniger man sie

versteht. Zum anderen eignen sich aber diese Krankheiten auch besonders, das Terrain abzugeben, auf dem sich ein anderes, hinter ihnen liegendes Problem Ausdruck verschafft: S. Sontag weist darauf hin, daß ungeachtet der Teilerfolge der Medizin Krebs weiterhin als tödliche Krankheit gilt, ja oft genug Krebs und Tod als synonyme Begriffe behandelt werden. Daß Krebskrankheiten immer noch häufig tödlich verlaufen, ist dafür eine notwendige, aber sicher keine hinreichende Voraussetzung. M.E. kommt ein Spezifikum im gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod selbst hinzu. Der Tod kommt als kulturelles Ereignis in den modernen Industriegesellschaften immer weniger vor. Seine öffentliche Verdrängung ist die Ursache für die Ausweitung der Krankheitsmetaphern, v.a. die Krebsmetaphern sind der Ort, in denen der verdrängte Tod wiederkehrt.

Dieser Zusammenhang findet seine Entsprechung in den Patientenautobiographien, wo die Frage nach dem Krankheitssinn sich regelmäßig ausweitet zur Frage nach dem Lebenssinn überhaupt. Sie beinhaltet die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit und führt, wenn sie ausgehalten und angenommen werden kann, zurück zur Krankheit, die nun eine andere Bedeutung gewonnen hat. Viktor von Weizsäcker scheint mir diesen Zusammenhang im Auge gehabt zu haben, wenn er allgemein formuliert: »Wenn der Sinn des Lebens der Tod ist und der Sinn des Todes das Leben, dann ist der Sinn der Krankheit beides: das Sterben sowohl wie ein Streben zu überleben.« (V. v. Weizsäcker, 1956, zit. n. W. Jacob, 1978, S. 170).

Und eine zweite Dimension haben Krankheitsmetaphern und die Suche nach einem Sinn der Krankheit gemeinsam: sie thematisieren beide das Problem der Verursachung und tun es beide in der Regel in einer moralischen Form, d.h. es geht immer auch um die Frage der Schuld.

In den folgenden beiden Abschnitten will ich versuchen, den Zusammenhang von Krankheit und Tod sowie das Problem der Frage nach dem Sinn in seinen kulturhistorischen Dimensionen ein wenig auszuleuchten. Es wird sich herausstellen, daß die mit Abstand häufigsten Todesursachen unserer Tage, die malignen Tumoren und die coronare Herzkrankheit sich quasi paradigmatisch den beiden Themenaspekten zuordnen lassen.

Natürlich löst sich die Bedeutung dieser zwei häufigen chronischen Krankheiten nicht darin auf, noch ist die Zuordnung ausschließlich, sie hilft jedoch, einer inhaltlichen Bestimmung der Bedeutung chronischer Krankheiten näher zu kommen.

5. Zum geschichtlichen Zusammenhang von Krankheit und Tod — Krebs, eine tödliche Krankheit

Für Philippe Ariès (1982), dessen mit Fug und Recht als Standardwerk zu bezeichnende Arbeit »Geschichte des Todes«, die den folgenden Ausführungen in weiten Teilen zugrundeliegt, lassen sich die kulturellen Ausdrucksformen der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben um folgende vier Problemkomplexe gruppieren: Erstens, das Bewußtsein des Menschen von sich selbst; zweitens, die Verteidigung der Gesellschaft gegen die wilde Natur; drittens, der Glaube an ein Leben nach dem Tode und viertens, der Glaube an die Existenz des Bösen.

Im frühen Mittelalter waren Leben und Sterben des einzelnen kein bloß indivuduelles Ereignis. Die Form der gesellschaftlichen Reproduktion ließ den einzelnen nicht als außerhalb des gesellschaftlichen Zusammenhangs sein persönliches Leben meisterndes Individuum erscheinen. Er konnte sich eingeordnet fühlen in die »Kontinuität einer Familie oder Sippe« (Ariès, ebenda, S. 775), über die sich der Zusammenhang zur Natur- und Gattungsgeschichte herstellte. Die von Ariès detailliert recherchierten Sterbe- und Begräbnisrituale bringen das zum Ausdruck. Der Sterbende ist zwar der Regisseur der Szene, der den anderen mitteilt, daß er »sein Ende nahen fühlt«, das daraufhin einsetzende Zeremoniell der Trauer und des Abschieds aber bringt zum Ausdruck, daß es sich beim Tod nicht primär um ein »persönliches Drama, sondern (um) eine Prüfung der Gemeinschaft, die sich verpflichtet fühlte, die Kontinuität der Gattung aufrechtzuerhalten« (ebenda, S. 775), handelt.

Der zweite Punkt (die Verteidigung der Gesellschaft gegen die wilde Natur) thematisiert allgemein die Notwendigkeit einer ritualisierten Kanalisation der Konfrontation mit dem Tod. Die Gebundenheit der menschlichen Existenz an seine biologisch-physiologischen Grundlagen, an seinen Körper als Teil der Natur, die als innere Natur sich nicht unterscheidet von den Gefahren, der Wildheit und Unberechenbarkeit der äußeren Natur, äußert sich am deutlichsten im Triebleben und im Tod. Sexualität und Tod waren aber nie bloße Naturgegebenheiten, an die der einzelne schutzlos ausgeliefert wurde, sein »einsames Abenteuer«, sondern öffentliches Ereignis und Teil einer »aus Verboten und Zugeständnissen bestehenden Globalstrategie des Menschen gegen die Natur« (ebenda, S. 775f.).

Sobald sich der Mensch als mehr denn bloßes Naturwesen versteht, und das tut er, sobald er überhaupt etwas versteht, entsteht das Problem, was aus diesem »Übernatürlichen« wird, wenn die biologische Existenz

ihre Daseins- und Äußerungsweisen offensichtlich grundlegend ändert (Punkt 3). Der physische Tod ist nie das absolute Aus und insofern besteht weiter ein Zusammenhang zwischen ihnen, den Toten und den Lebenden. »Die Toten gehören zum verdrängten und zugleich kanalisierten Strom der Natur; das lateinische Christentum des Frühmittelalters hat das alte Risiko ihrer Wiederkehr abgeschwächt, indem es ihnen einen Platz inmitten der Lebenden, im Mittelpunkt des öffentlichen Lebens zuwies. Die grauen Larven aus heidnischen Zeiten wurden zu friedlich Ruhenden, deren Schlaf durch Störungen kaum bedroht war — dank der Kirche und der Heiligen, später auch dank der ihnen zugedachten Messen und Fürbitten.« (ebenda, S. 776f.).

Punkt 4 schließlich stellt fest, daß der Tod nie als emotional neutrales Phänomen begriffen wurde. Ein Übel war er immer und als solches zunächst noch undifferenziert identifiziert und in eine Reihe gestellt mit allem, was sonst noch das Leben zu beeinträchtigen und Unlust zu bereiten geeignet war. Die Zusammengehörigkeit all dessen ist sprachgeschichtlich im romanischen Raum noch nachzuempfinden: malheur (Unglück), maladie (Krankheit), malchance (Mißgeschick), le Malin (der Böse). Zuerst gab es nur ein malum, dessen Ursprung das Christentum mit der Erbsünde erklärte und damit das Böse als mit dem Menschen untrennbar verbunden anerkannte.

Um das 11. Jahrhundert herum beginnt sich, nach Ariès, die Szene zu verändern. Unmerklich, zunächst ganz langsam und auf eine Elite von »literati, von Reichen und Mächtigen« beschränkt, entwickelt sich ein Gefühl persönlicher Identität und Individualität, das sich nicht mehr verträgt mit der Eingebundenheit und Aufgehobenheit des einzelnen im kollektiven Ganzen. Daß diese Entwicklung, die erst in der bürgerlichen Gesellschaft ihre komplette Verallgemeinerung und ihren Höhepunkt erfährt[1], nicht ohne gewichtige Modifizierungen des Todesverständnisses bleibt, liegt auf der Hand. Wenn das Selbstverständnis sich primär über die eigene Individualität, also über das, was mich gerade unterscheidet vom anderen, definiert, erhält auch das Ende der individuellen Existenz im Tod eine ganz andere Bedeutung[2]. Letztlich ist der Tod der größte Feind jeder autonomen Individualität, und die Methoden ihn zu überwinden, werden zunächst erheblich aufwendiger: »So kolonialisierten jene entschlossenen Menschen das Jenseits wie das neue Indien mithilfe von Messen und frommen Stiftungen. Das wichtigste Instrument ihres Unternehmens, das ihnen die Kontinuität zwischen Diesseits und Jenseits zu sichern erlaubte, war das Testament. Es diente ihnen dazu, sich die Liebe der Welt zu erhalten und zugleich, dank ihres Hingangs in einen guten Tod, Investitionen im Himmel zu tätigen«

(ebenda, S. 778), wobei dieser selbst seinen Charakter ebenfalls ändert. Er wird zum Ort der Fortexistenz der einzelnen Seelen, die der eigentliche Sitz der Individualität sind und die der Tod befreit. Nicht mehr »er ist tot«, sondern »Gott hab' ihn selig« ist die adäquate Umschreibung.

Weitere wesentliche Veränderungen vollziehen sich — und jetzt in einer bisher nicht gekannten Geschwindigkeit — mit der Etablierung bürgerlicher Lebensverhältnisse. Da auch und gerade in den weiteren Ausführungen der erste von Ariès angeführte Punkt »das Bewußtsein des Menschen von sich selbst« einen zentralen Stellenwert einnimmt, möchte ich dem Leser einen kurzen Hinweis auf die m.E. prinzipielle Bestimmung dieses Zusammenhangs in der bürgerlichen Gesellschaft zumuten. In Anlehnung an einen heute stark in Ungnade gefallenen Autor muß man daran festhalten, daß unter bürgerlichen Produktionsverhältnissen der Prozeß der Auseinandersetzung mit der Natur als gesellschaftlicher Produktionsprozeß eine Form annimmt, in der dem einzelnen die Gesellschaftlichkeit dieses Vorgangs nicht unmittelbar als solche erscheint (vgl. Karl Marx: Das Kapital, MEW-Band 23, Der Fetischcharakter der Ware und sein Geheimnis, S. 85ff.). Vielmehr erzeugt er die Illusion der primären Unabhängigkeit des einzelnen vom Ganzen. Der Zusammenhang zwischen ihnen stellt sich zunächst nur dadurch her, daß die einzelnen die je privat hergestellten Produkte auf dem Markt als Waren gegeneinander austauschen vermittels eines allgemeinen Äquivalents, das den gesellschaftlichen Charakter ihrer Arbeit sachlich zum Ausdruck bringt. Gelingt der Tausch, haben sie mit dem weiteren Geschehen nichts mehr zu schaffen, außer daß sie im Besitz des allgemeinen Äquivalents jetzt einen individuellen Anspruch auf einen Teil des gesellschaftlichen Gesamtprodukts haben. Den Produzenten »erscheinen ... die gesellschaftlichen Beziehungen ihrer Privatarbeiten als das, was sie sind, d.h. nicht als unmittelbare gesellschaftliche Verhältnisse der Personen in ihren Arbeiten selbst, sondern vielmehr als sachliche Verhältnisse der Personen und gesellschaftliche Verhältnisse der Sachen« (MEW-Band 23, S. 87). Handelt es sich bei der Ware um die Arbeitskraft, so verhält es sich im Prinzip nicht anders. Sie tauschen sie, indem sie sie für bestimmte Zeit in der Regel unter der Regie eines privaten Kapitals verausgaben, gegen das allgemeine Äquivalent, das ihnen in Form des Lohnes zufließt.

Die oben angesprochene illusionäre Vorstellung von der Unabhängigkeit des einzelnen vom gesellschaftlichen Zusammenhang wird allerdings in dem Maße zur tatsächlichen Realität, in dem er außerhalb der Arbeit formal keinen weiteren Abhängigkeitsverhältnissen unterliegt. Der Bereich außerhalb der Arbeit ist seine Privatsphäre, in der die

Verwirklichung seiner Individualität ihre Grenzen zunächst nur findet in der quantitativen Beschränktheit des ihm in Form des Lohns zugeflossenen Geldes.

Wichtig an diesem kleinen Exkurs erscheint mir zweierlei: Zum einen der Hinweis darauf, daß der gesellschaftliche Zusammenhang zwischen den einzelnen in der jetzt sich entfaltenden Gesellschaft nicht mehr unmittelbar als Zusammenhang zwischen Menschen erscheint, und zum anderen, daß neben der Sphäre des gesellschaftlichen Produktionsprozesses mit der Privatsphäre ein zweiter Bereich entsteht, in dem der einzelne sich individuell reproduziert, der ihm unabhängig vom ersten erscheint und es in Abhängigkeit vom Wohlstandsniveau der Gesellschaft auch mehr oder weniger ist.

Bevor wir zum Thema zurückkehren, seien noch drei weitere Aspekte angesprochen, die mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft einhergehen und in unserem Zusammenhang von Bedeutung sind: geistesgeschichtlich wird diese Epoche beherrscht von der »Aufklärung«, einer Bewegung mit dem Ziel, die bisherigen Auffassungen vom Menschen und der Welt ihres religiösen und ideologischen Charakters zu entkleiden und durch solche zu ersetzen, die sich nach Maßgabe der menschlichen Vernunft entwickeln lassen und für jeden verstandesbegabten Menschen nachvollziehbar sind. Die Entwicklung der Naturwissenschaften nimmt in diesem Zusammenhang einen ungeheuren Aufschwung und die Medizin etabliert sich als naturwissenschaftliche Disziplin.

Zweitens verändern sich die zwischenmenschlichen Beziehungen: Mit der Entstehung einer Privatsphäre, dem veränderten Selbstverständnis des einzelnen und dem allmählichen Zurücktreten des gesellschaftlichen Reglements wird die persönliche Zuneigung oder Abneigung als Ausdruck des ganz individuellen Gefühlslebens jedes einzelnen mehr und mehr zur Basis der zwischenmenschlichen Beziehungen außerhalb der Arbeit.

Die abnehmende Bedeutung religiöser Denkformen führt dazu, daß die Menschen im 18. Jahrhundert die Angst vor Hölle und Teufel und vor der Bestrafung sündhaften Verhaltens im Jenseits zunehmend verlieren. Die Befürchtungen um das eigene Seelenheil, die manch einen in den vorangegangenen Jahrhunderten noch motivieren konnten, sein ganzes Vermögen den Kirchen zu stiften, schwächen sich deutlich ab und andere Ängste, vielleicht gravierendere gewinnen die Oberhand.

Die Angst vor dem Verlust der gerade erst gewonnenen Autonomie und Individualität wird zum dominanten Inhalt der Todesangst, die ein zweites von Ariès als »Trennungsangst« bezeichnetes Gefühl noch

überflügelt. Der Tod wird gefürchtet als unwiederbringlicher Abschied vom »geliebten anderen«.

Ein dritter, ganz wichtiger Punkt ist die neu gewonnene Rolle der Medizin. Der Arzt tritt zwischen den Kranken und sein nahendes Ende, indem er eine Diagnose stellt und dem Zustand des Kranken einen Namen gibt, der eine Prognose beinhaltet[3]. Aber der Arzt versteht sich nicht mehr als »nuntius mortis«, eine Rolle, die er sich über lange Zeit mit dem Priester teilte, sondern seine Aufgabe ist die Heilung. Als Hoffnungsträger in diesem Sinne beginnt er, eine vorrangige Rolle im nun einsetzenden, großangelegten Akt der Verdrängung des Todes zu spielen. Er agiert mit in einem Spiel, in dem zunächst alle an einem Strang zu ziehen scheinen. In Tolstois Roman: »Der Tod des Ivan Iljitsch« wird diese Situation zum ersten Mal literarisch vorgeführt. Die Angehörigen des Kranken sind aus Liebe zu ihm und weil der Tod des anderen sie mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert, nicht in der Lage, mit ihm über seinen tatsächlichen Zustand zu sprechen. »Das 'Den-Tod-nicht-spüren' ist an die Stelle des 'Sein-Ende-nahe-fühlen' getreten ...« (Ariès, ebenda, S. 719) und der Kranke selbst, »er hält sich den Tod vom Leibe«, indem er ihn mit der Krankheit maskiert, der der Arzt den Namen gegeben hat.

Doch zum Schluß wendet sich das Blatt. Ivan Iljitsch, der Betroffene selbst, zerreißt den Schleier der Lüge, der ihm seinen wahren Zustand verheimlicht und erkennt: »Nicht um Blinddarm handelt es sich, nicht um die Niere, sondern um Leben ... und Tod« (ebenda, S. 724) und zieht gleich darauf die Konsequenz: »Ich werde um meinen eigenen Tod betrogen« (ebenda, S. 726), als beharre er noch darauf, daß Krankheit und Tod zwei sehr verschiedene Dinge sind. Für seine Krankheit ist der Arzt zuständig, für den Tod er selbst. Zwar ist er nicht unbeteiligt an dem späten Zeitpunkt dieser Erkenntnis, doch zum Schluß ist er selbst es, der die Verhältnisse beim Namen zu nennen wagt.

Man kann festhalten, daß sich mit der Verallgemeinerung der bürgerlichen Lebensverhältnisse das Problem des Todes in jeder Hinsicht verändert und deutlich verschärft. Es ist anzunehmen, daß die Angst vor dem Tod wenn nicht größer, so doch weniger gut faßbar geworden ist[4]. Der Umgang mit dem Tod wird beherrscht von einem Unbehagen, provoziert von seiner hartnäckigen Fortdauer in einer Welt, »die das Böse eliminiert hat: das moralisch Böse, die Hölle und die Sünde im 19. Jahrhundert, das physisch Böse, das Leiden und die Krankheit im 20. Jahrhundert. Der Tod sollte dem Bösen, mit dem er in allen Glaubenslehren verschwistert war, folgen und seinerseits verschwinden: er besteht aber weiter und rückt keinen Schritt zurück. Sein hartnäckiges Fortdauern

erscheint daher als Skandal ...« (ebenda, S. 758). — Dieser entscheidenden Einschränkung individueller Autonomie kann man unterschiedlich begegnen. Nach Abschaffung des Aberglaubens und nach der vernunftgeleiteten Kritik der Religion setzte man auf eine aufgeklärte Weltsicht und orientierte sich im Bereich der Kunst am Vorbild klassischer Schönheit. In diesem Sinne versuchte man den Tod als unabänderliche Gegebenheit menschlichen Lebens zu akzeptieren und ästhetisch auszuformen. Herder: schreckerregend ist allenfalls die Krankheit, Todsein hat nichts Schreckliches. Für Lessing ist der Tod als Strafe kein Ergebnis der Vernunft, sondern einer Offenbarung (Religion), nach Goethe sollen sich der häßliche und der humane Tod in der Schönheit verbinden (vgl. Anz, 1983, S. 415)[5].

Philosophisch wird der Tod entweder nicht zur Kenntnis genommen, als für das Leben unerheblich empfunden und das Reden darüber als pfäffische Albernheit diskreditiert (französische Materialisten), oder er wird argumentativ sinnvoll gemacht, indem abgehoben wird auf die nicht individuellen Seiten der menschlichen Existenz, die im großen und ganzen verweisen auf die notwendige Rolle des sterblichen einzelnen im Fortgang der Natur- und Gesellschaftsgeschichte oder auf seine Zugehörigkeit zu einer Welt des Geistigen, die die räumlichen und zeitlichen Grenzen des Individuums transzendiert.

Die Medizin, jetzt etabliert als eine Disziplin der exakten Wissenschaften, hat mit dem Tod nichts mehr zu tun, während die Romantiker den »schönen Tod« auf die Spitze treiben[6]. Es ist die Zeit, in der der literarische Tod vor allem in Gestalt des sterbenden Tuberkulosekranken die Romane bevölkert. »Die Literatur des 19. Jahrhunderts wimmelt von Beschreibungen nahezu symptomloser, furchtloser, glückseliger Tode infolge Tb.« (Sontag, ebenda, S. 20).

Die Tbc ist die gängige Gestalt, in der sich die Romantiker mit dem Tod auseinandersetzen und oft schon löst sich der Tod als solcher auf und wird zur eigentlichen Vollendung der Tuberkulose, die eh schon als Ausdruck einer sensiblen, vergeistigten, empfindsamen, an inneren Leidenschaften verbrennenden Persönlichkeit galt. Ein Image, demgegenüber die Gesundheit selbst manchmal als banal und vulgär erschien. »Das Ideal der vollkommenen Gesundheit ist nur wissenschaftlich interessant, von wirklichem Interesse dagegen ist die Krankheit, die zur Individualisierung gehört,« schrieb Novalis in einem Fragment von 1799/1800[7].

Auf jeden Fall ist der Tod kein Zerstörer und Gleichmacher, sondern oft Höhepunkt der Individuation und bisweilen ihre gleichzeitige Überwindung.

Inwieweit die Todesverherrlichung der Romatiker letztlich als »verkehrter« Ausdruck einer ins Unermeßliche gestiegenen Todesangst, etwa im psychoanalytischen Sinne der Identifikation mit dem Aggressor zu begreifen ist, wird durchaus unterschiedlich beurteilt, die Mehrheit der heutigen Autoren jedenfalls neigt dieser Meinung zu und hält die Romantik für den kontrapunktischen Gegenpol zur Todesverarbeitung des 20. Jahrhunderts. Bedienten sie sich der Rhetorik und Ästhetisierung, so wird der Tod jetzt häßlich und ganz unausprechlich.

Reiner Maria Rilkes »Aufzeichnungen des Malte Lauritz Brigge« (1910) sind ein oft zitiertes Beispiel: »Jetzt wird in 559 Betten gestorben. Natürlich farbrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der einzelne Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch nicht an. Die Masse macht es. ... der Wunsch, einen eigenen Tod zu haben, wird seltener. Eine Weile noch, und er wird eben so selten wie ein eigenes Leben.« Verachtete und gejagte Tiere werden eine häufig benutzte Metapher. Josef K. in Kafkas »Prozeß« stirbt »wie ein Hund« und »Baal« in Bertolt Brechts gleichnamigem erstem Theaterstück »verreckt wie eine Ratte«.

Gottfried Benn greift in seinem Gedichtszyklus »Morgue« den von der Romantik bevorzugten Motivzusammenhang von Liebe, Schönheit und Tod auf. In »Mann und Frau gehen durch die Krebsbaracke« wird das Lockmittel zum Schockmittel: »Sieh, dieser Klumpen Fett und faule Säfte / das war einst irgendeinem Mann groß / und hieß auch Rausch und Heimat.« (zit. n. Anz, S. 424). Mit Wedekind, Hofmannsthal und Schnitzler ließe sich die Reihe fortsetzen. Thomas Anz kommt zu folgender zusammenfassender Bewertung: »In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts setzte man der Angst, die nicht zuletzt als das Produkt eines falschen abergläubischen Bewußtseins angesehen wurde, das aufklärerische Argument und das Vorbild klassischer Schönheit entgegen. In einer veränderten sozial- und ideologiegeschichtlichen Situation folgt die literatische Moderne zwar weiterhin den kritischen Intentionen der Aufklärung und den humanistischen Impulsen der Klassik, doch ihr Konzept hat sich grundlegend geändert. ... jetzt bekommt die Darstellung angsterregender Häßlichkeit ihrerseits aufklärerische und humanisierende Qualitäten, insofern sie sich gegen Harmonisierungen und Beschönigungen richtet, die sich anders als noch die Klassik nicht mehr ihrer Künstlichkeit und ihres Abstandes zur disharmonischen Wirklichkeit bewußt sind. Die literarische Moderne opponiert damit weniger gegen die Normen der klassisch-idealistischen Ästhetik selbst als gegen ihre zunehmend ideologisierte und trivialisierte Adaptation« (ebenda, S. 427).

Ein weiteres, ganz eigenes und historisch neues Element im gefühlsmäßigen Umgang mit dem Tod, das sich nicht wie bei Thomas Anz als Reaktion auf die unmittelbaren geschichtlichen Vorläufer verstehen läßt, bringt die literarische Moderne jedoch auch zum Ausdruck: die Beschreibung des letalen Zustandes, des Todeskampfes, der Sterbeszene wird ekelhaft und ruft ein Gefühl der Scham hervor, das um so deutlicher wird, je mehr die Sterbeszene die Ausgeliefertheit des Menschen an eine üble Gerüche, Schleim und Exkremente absondernde, sich verfärbende und in häßlich entstellter Entpersönlichung endende Körperlichkeit in den Vordergrund rückt[8].

Die Scham angesichts des letalen Zustandes ist neben der Kränkung des autonomen Individuums wohl der wichtigste Grund für die Tabuisierung des Todes im 20. Jahrhundert.

Wenn die Diagnose einer chronischen Krankheit beim Betroffenen irgendwann zur Sinnfrage führt und die Frage nach dem Sinn einer Krankheit die Frage nach dem Sinn des Lebens impliziert, die sich ihrerseits nicht ohne ein Nachdenken über die Bedeutung des Todes beantworten läßt, so finden wir auf der anderen Seiten, daß der Tod als kulturelles Ereignis nicht mehr existiert[9].

Der Tod wird versteckt, praktisch und ideologisch. Praktisch verschwindet er in den Krankenhäusern, ideologisch verschwindet er hinter den Krankheiten, heute vor allem hinter der Krebserkrankung.

Doch damit ist der Tod und vor allem die Todesangst natürlich nicht verschwunden. »Im Gegenteil, sie hat, unter der Maske der medizinischen Technik, die alten Wildheits- und Grausamkeitsvorstellungen unmerklich wieder Fuß fassen lassen. Der Tod im Krankenhaus, der bewußtlos an Schläuchen und Drähten hängende Moribunde, wird heute immer mehr zum volkstümlichen Bild, das schreckenerregender ist als der transi oder das Skelett der makabren Rhetorik. Eine Korrelation zwischen der Ausbürgerung des Todes als dem letzten Schlupfwinkel des Bösen und der Rückkehr dieses wieder grausam gewordenen Todes beginnt sich abzuzeichnen.« (Ariès, ebenda, S. 789).

Wenn sich die Romantiker der Todesangst durch Rhetorik und Ästhetisierung erwehrten und auf diesem Hintergrund das Bild der Tuberkulose, als damals häufigste Todesursache ausschmückten, so tauchen die für's 20. Jahrhundert typischen Eigenschaften des häßlichen, schambesetzten, ekelerregenden, ausgebürgerten Todes fast bruchlos in den Krebsmetaphern wieder auf.

6. Zur Frage nach den Krankheitsursachen — Herzinfarkt, ein vermeidbares Ereignis

»Das wahre Ich wird niemals krank,« konstatiert Immanuel Kant in einem Aufsatz mit dem Titel »Von der Macht des Gemüts des Menschen über seine krankhaften Gefühle durch den bloßen festen Vorsatz Meister zu sein«, den er 1798 als Gegengabe an den Leibarzt des preußischen Könighauses, Christoph Wilhelm Hufeland schickt, der seine damals vielbeachtete »Markrobiotik — Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern« dem Königsberger Philosophen gewidmet hatte.

Beide sind sich darin einig, daß ein vernunftgeleitetes Leben ein gesundes Leben ist.

»Leidenschaften sind Krebsschäden für die reine praktische Vernunft ... Gemütsstimmungen, die mit vielen Übeln schwanger gehen«, sagt Kant und Hufeland greift auf das alte platonische Bild vom Reiter eines wilden Pferdes zurück, wobei der Vernunft als dem Reiter die Aufgabe zufällt, das Tierische im Menschen zu beherrschen. Dabei wird aber das Verhältnis von Geist und Natur keineswegs als prinzipiell gegensätzlich empfunden. Im Gegenteil, der aufklärerische Optimismus ist vielmehr von einer prädisponierten Harmonie, die sich vermittels des Sittlichen herstellt, überzeugt: »Im Gegenteil habe ich ... mehr als je empfunden, daß sich der Mensch und sein höherer moralischer Zweck auch physisch schlechterdings nicht trennen lassen ..., das schon das Physische im Menschen auf seine höhere moralische Bestimmung berechnet ist, daß dieses einen wesentlichen Unterschied der menschlichen Natur von der tierischen macht und daß ohne moralische Kultur der Mensch unaufhörlich mit seiner eigenen Natur im Widerspruch steht sowie er hingegen durch sie auch physisch erst das vollkommenste Geschöpf wird.» (Hufeland, 1798; zitiert nach Mitscherlich u.a., 1972, S. 23).

Mit deutlich weniger Optimismus wird Siegmund Freud 100 Jahre später das Bild von Pferd und Reiter wieder aufgreifen. Doch zunächst herrscht ein bezüglich der Entwicklung von Krankheiten zuversichtliches Gefühl. An die Stelle Gottes tritt die Natur eben mit dem Unterschied, daß sie erkannt werden kann und daß der selbstverantwortliche Gebrauch der Vernunft ein langes Leben verspricht. Aus dieser Perspektive erfahren sogar die bisherigen Plagen der Menschheit als Folge von Zügellosigkeit und Unvernunft eine neue Interpretation. Michel Foucault bezeichnet die Vorstellung vom vollständigen Verschwinden der Krankheit in einer Gesellschaft, die zu ihren Ursprüngen zurückgefunden hat, als eine der großen Mythen der französischen Revulotion:

»Im Mittelalter, in der Zeit der Kriege und der Hungersnöte, waren die Kranken der Angst und der Auszehrung ausgeliefert; Schlaganfälle und hektisches Fieber dominierten. Im 16. und 17. Jahrhundert sieht man das Gefühl für das Vaterland und für die daraus entstehenden Verpflichtungen erschlaffen; der Egoismus zieht sich auf sich selbst zurück und betreibt Unzucht und Völlerei, was zu venerischen Krankheiten, zu Eingeweide- und Gefäßverstopfungen führt. Im 18. Jahrhundert nimmt das Luststreben den Weg über die Einbildungskraft; man besucht das Theater, liest Romane und ereifert sich in leeren Konversationen; in der Nacht ist man auf, bei Tag schläft man; daher die Hysterien, die Hypochondrien, die nervösen Krankheiten. Eine Nation, die ohne Krieg, ohne heftige Leidenschaften und ohne Müßiggang leben würde, würde keine jener Krankheiten kennen. Dies würde vor allem für eine Nation gelten, die von der Herrschaft des Reichtums über die Armut, von den Mißbräuchen, denen sich die Reichen hingeben, frei wäre.« (M. Foucault, 1973, S. 50)[10].

Mit der Fortexistenz des Pathologischen unter Bedingungen, die dafür nicht mehr verantwortlich gemacht werden, fällt die Verantwortung auf den einzelnen.

Besonders deutlich wurde das in der Beurteilung von Geisteskrankheiten, die allemal als Ausdruck einer amoralischen Gesinnung galten. Im Grimmschen Wörterbuch von 1885 sind Moral und Psyche noch zwei partiell synonyme Begriffe. Von daher ist es vielleicht nur aus heutiger Sicht verwunderlich, daß um 1830 zwei Tendenzen gleichzeitig auftraten. Die Krankheit, speziell das psychische Leiden, erfuhr literarisch eine Umbewertung. Büchners Lenz ist der Vorbote einer Veränderung, die das, was krank macht, anders bestimmt und den Vernunftsoptimismus und Moralismus der Aufklärung ablehnt. Dies hat sie gemeinsam mit den »Somatikern«, die als Vertreter einer positivistisch-naturwissenschaftlichen Medizin Geisteskrankheiten zu Krankheiten eines Organs erklären und damit die Patienten endgültig exkulpieren. Politisch standen die Somatiker übrigens auf seiten der Liberalen und hatten wegen ihrer Ansichten zum Teil erhebliche berufliche Sanktionen zu ertragen. Mit der Betonung des Organischen verliert die Medizin nun ihre zunächst »ganzheitliche« Perspektive zunehmend aus dem Auge.

Mit Büchners Lenz beginnt die Literatur nicht das Fehlen von Vernunft und Moral, sondern ihr Vorhandensein unter Pathologieverdacht zu stellen und versucht, indem Lenz die väterlichen Prinzipien ablehnt, der menschlichen Natur zu ihrem Recht zu verhelfen: »Immer steigen, ringen und so in Ewigkeit Alles, was der Augenblick gibt, wegwerfen

und immer darben, um einmal zu genießen; dürsten, während einem helle Quellen über den Weg springen. Es ist mir jetzt erträglich, und da will ich bleiben; Warum? Warum? Eben weil mir wohl ist« (Büchner, 1980, S. 78).

Die Natur bleibt weiterhin der Maßstab. Doch während der aufgeklärte Moralismus ihre mangelhafte Zügelung und damit den einzelnen verantwortlich machte, neigt die mit Büchners Lenz beginnende Moderne dazu, die Ursache von Krankheit in sozialen Verhältnissen oder kulturellen Normen zu suchen, speziell in deren unterdrückender Funktion gegenüber der inneren Natur des Menschen.

Von zwei bis heute wirksamen Autoren konnten sich die Vertreter der ästhetischen Moderne dabei anregen und bestätigen lassen: für Friedrich Nietzsche besteht die »größte und unheimlichste Erkrankung ... (im) ... Leiden des Menschen am Menschen, an sich: als Folge einer gewaltsamen Abtrennung von der thierischen Vergangenheit, ... einer Kriegserklärung gegen die alten Instinkte, auf denen bis dahin seine Kraft, seine Lust und Furchtbarkeit beruhte.« (Friedrich Nietzsche, aus: Genealogie der Moral, 1887, zit. n. Anz, ebenda, S. 22).

Und die Entwicklung der Psychoanalyse durch Siegmund Freud, für die das Problem, wie sich die menschliche Triebstruktur vermittelt über die Geschehnisse der frühkindlichen Sozialisation zu den kulturellen Normen der Erwachsenenwelt verhält, ein zentraler Bestandteil der Theorie ist. Doch bezogen auf die Frage nach der Verursachung von Krankheit lassen sich speziell die Äußerungen Freuds schwerlich eindeutig interpretieren. In seinem Gefolge ist die Psychoanalyse für zwei fast entgegengesetzte Richtungen in Anspruch genommen worden, von denen man die eine als die politische, die andere als die therapeutische Variante bezeichnen könnte.

Zu Beginn des Jahrhunderts war Otto Gross, ein Schüler Siegmund Freuds, ein entschiedener Vertreter der ersteren. In dieser Perspektive wird der Therapeut zum Revulotionär. Eine patriarchalische Gesellschaft, die vermittelt über die Verinnerlichung autoritärer Instanzen die freie Entwicklung sexueller und aggressiver Impulse unterdrückt, macht krank. »Der Revolutionär von heute, der mit Hilfe der Psychologie des Unbewußten die Beziehungen der Geschlechter in einer freien und glückverheißenden Zukunft sieht, kämpft gegen Vergewaltigung in ursprünglichster Form, gegen den Vater und gegen das Vaterrecht.« (ebenda, S. 23)[11].

Die Vertreter der therapeutischen Variante führt die Entdeckung des Unbewußten zu anderen Konsequenzen: »Der Mensch macht seine Krankheiten selbst ... Er ist die Ursache der Krankheit, und eine andere

braucht man nicht zu suchen.« (Georg Groddeck: Das Buch vom Es, zit. n. Sontag, ebenda, S. 56). Und an anderer Stelle, bezogen auf die Tb-Kranken: »Denn nur der stirbt, der sterben will, dem das Leben unerträglich wurde,« (ebenda). Daß es aus dieser Sicht vom Verursachen zum Verschulden der Krankheit kein großer Schritt mehr ist, liegt nahe und veranlaßte S. Sontag zu ihrer heftigen Polemik gegenüber jedweder Psychologisierung.

Beiden Polen gemeinsam aber ist die Erkenntnis, daß Krankheit etwas mit Kultur zu tun hat und in dieser Hinsicht sind sie sich einig gegenüber einer naturwissenschaftlichen Medizin, die davon nichts mehr wissen will.

Dies ändert sich erst deutlich in der ersten Hälfte der 70er Jahre. Nachdem im Gefolge der Studentenbewegung der Zusammenhang zwischen dem Öffentlichen und dem Privaten breit diskutiert wurde und eine ganze Reihe literarischer Publikationen sich darin einig war, (Karin Struck: »Klassenliebe«; Peter Schneider: »Lenz«; Heinar Kipphardt: »März«; Martin Walser: »Jenseits der Liebe«; Peter Weiß: »Die Ästhetik des Widerstands«), daß die Gesellschaft krank macht und die Kranken wegen ihrer kritischen Sensibilität oft sogar bewunderungswürdige Opfer pathogener Verhältnisse sind, spricht der Sozialmediziner Hans Schäfer von einem neuen Paradigma, »das die Grundprinzipien der Epidemiologie — die Begriffe des Risikos und der Wahrscheinlichkeit — langsam auf die gesamte Medizin ausdehnt.« (FAZ vom 28.10.1981).

Damit wird die Bedeutung von Umwelteinflüssen wie Luft- und Wasserverschmutzung, Strahlen und Lärm aber im Prinzip auch die Bedeutung psychischer und sozialer Bedingungen zugestanden. Aus dieser Sicht wird die Typ-A-Persönlichkeit zum Opfer gesellschaftlicher Verhältnisse, indem sie deren inhumane Prinzipien bruchlos verinnerlicht; Leistungsdruck, Ehrgeiz, Konkurrenzorientiertheit, gekoppelt mit sozialer Überangepaßtheit, unterdrückter Aggressivität und mangelnder Fähigkeit zur Introspektion sind die Stichworte. Mit der Pathologisierung gesellschaftlicher Verhältnisse geht eine Entlastung aber auch eine tendenzielle Entmündigung des kranken Subjekts einher.

Für Horst Knaut, Journalist und selbst Infarktpatient, liegt die Bedeutung des Herzinfarktes, die er der Medizin ins Stammbuch schreiben möchte, im »Cor vexatum«, im »geschundenen Herzen«. Er sammelt die geheimen Infarktgeschichten seiner Mitpatienten, und öffnet die inneren »Tresore« der Leidensgenossen, von deren Existenz in der Regel kein Arzt weiß und fördert damit die *wirkliche* Infarktgenese zutage, die sich jeweils liest als Aneinanderreihung einer langen Kette quasi schicksalhafter biographischer Katastrophen: Sohn gestorben,

Firma pleite, Scheidung, Herzinfarkt. Den Streßbegriff lehnt der Autor jedoch ab: »In diesem Buch soll die Berieselung mit dem Begriff Streß nicht stattfinden. Ich will von der psychischen Infektion sprechen, also von einer richtigen Krankheit, die ein richtiger Arzt auch erkennen und behandeln kann.« (Knaut, 1981, S. 85). Das Unrichtige am Streßbegriff betrifft den Aspekt, der die Form der individuellen Verarbeitung äußerer Belastungen pathologisiert.

In der neueren, oft als Postmoderne bezeichneten Literatur hat diese Haltung ihren Höhepunkt allerdings hinter sich. Mit einer erneuten Betonung des Subjektcharakters des Kranken geht eine Radikalisierung der Gesellschaftskritik einher: Das abendländische Modell als Ganzes steht zur Disposition.

Mit der Anlehnung an fernöstliche Philosophien fällt auch auf das bisher widersprüchlich gedachte Verhältnis von Individuum und Gesellschaft ein anderes Licht. Der Mensch wird jetzt zum Störer einer prähistorischen Harmonie der Natur, Nicht-Eingreifen erhält einen höheren Stellenwert als jedes noch so durchdachte Tun. Aus dieser Sicht ist der Typ-A-Patient ein geradezu typischer Vertreter westlicher Zivilisationen, und gleichzeitig der lebendige Beweis dafür, daß diese Gesellschaft die Grenzen ihres Wachstums erreicht hat, ohne zur alles entscheidenden Krankheitseinsicht willens zu sein. Veränderungen werden weniger von einschneidenden strukturellen Reformen im Gesellschaftsgefüge als vom Umdenken eines jeden einzelnen erwartet. Der Kranke ist kein »bewunderungswürdiges Opfer« mehr, aber jemand, dem die Krankheit Fingerzeig sein sollte, dem sie eine Chance und einen Weg eröffnet, die Grundlinien seines bisherigen Lebens zu überdenken. In Parallelität dazu gerät auch das Ursachenverständnis gegenüber Krankheiten, speziell gegenüber dem Herzinfarkt in Bewegung. Ein Teil der Ursachen gilt zwar als bekannt, durchaus unterschiedlich aber wird weiterhin die Frage nach der Verantwortlichkeit beantwortet. Die Risikofaktoren der coronaren Herzkrankheit gelten als Zivilisationserscheinung aber auch als Folge individuellen Fehlverhaltens. Im Alltagsbewußtsein werden sie differenziert bewertet: während Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und arterielle Hypertonie weitgehend als körperliche Krankheiten gelten, für die sich — wohl auch, weil sie sämtlich symptomlos verlaufen — die Kausalitätsfrage nicht so dringend stellt, gilt Bewegungsmangel noch weitgehend als zivilisationsbedingt, was den Betroffenen nicht abwertet. Mit dem Rauchen und vor allem dem Übergewicht befindet man sich schon deutlicher auf seiten moralisch negativ beurteilter, in die Verantwortung des einzelnen fallender Eigenschaften. Speziell der Streßbegriff bringt die

zur Zeit herrschende Ambivalenz zum Ausdruck. Dem Streß kann man sich zwar nicht entziehen, dennoch ist man nicht unbeteiligt an seinem Entstehen. Eine Bewegungsform findet das Problem oft dergestalt, daß der Patient die Grundregeln seines bisherigen Lebens zwar nicht hinterfragt, aber dennoch feststellt: jetzt muß ich deutlich kürzer treten. Der Infarkt ist ein Ereignis, ein »Einschlag«, nicht so sehr die Folge eines kontinuierlichen inneren Prozesses. Seine größte Kränkung besteht darin, daß er den Glauben an die prinzipielle Unversehrtheit des Betroffenen gründlich erschüttert.

Aber er bleibt in erster Linie ein Ereignis von außen. Konsequenzen beziehen sich auf das, was vom einzelnen handelnd verändert werden kann: weniger Rauchen, Abnehmen, Sport treiben, Streß vermeiden. Die neuen Ziele werden — unterstützt durch die institutionelle Struktur der betreuenden Rehabilitationszentren (vgl. Schneider, 1988) — nach demselben Muster verfolgt wie vorher andere. Ängstliche und depressive Gefühle sind schwer zugänglich und verschwinden meist hinter einer funktionierenden Abwehr. »Psychodynamisch wird angenommen, daß die angepaßt-sozialen Patienten über eine intakte Abwehr verfügen und durch sozial-zwanghaftes Verhalten die Angst unter Kontrolle halten. Bei den impulsiv-regressiven Patienten herrscht mehr Angst vor, die entweder zu einem aggressiv dominierenden Verhalten mit Flucht nach vorn führt oder aber einen ängstlich-depressiven Rückzug zur Folge hat.« (Buchheim, 1983, zit. n. Schneider, ebenda, S. 5).

Der impulsive und regressive Patient bringt hier in dekompensierter Form zum Ausdruck, was Patient und Klinik gemeinsam zu unterdrücken bemüht sind.

Auch die Auseinandersetzung mit dem Tod hat ihre eigene Farbe. Soweit er angesprochen wird, und das ist sehr viel seltener als bei Krebspatienten, ist auch der Tod eine eher von außen kommende Gefahr. Der »Sensenman« und der »Schnittertod« sind bildhafte Vorstellungen, die von Infarktkranken assoziiert werden (vgl. Köhle und Gaus, 1981)[12]

Insgesamt fließen heute in den Vorstellungen von der Infarktverursachung gesellschaftskritische, ökologische und holistische Vorstellungen zusammen, wobei die persönliche Verantwortung für den Zusammenhang von Lebensstil und Krankheit zunehmend mehr betont wird.

7. Schlußbemerkung

Wenn man über chronische Krankheiten und ihre psychischen und sozialen Implikationen nachdenkt, steht man immer in der Gefahr, sich entweder in Gemeinplätzen oder in zusammenhangslosen Details zu verlieren (vgl. Alberti, 1990). Die Beschäftigung mit der Copingforschung bestätigte dieses Problem. Ihre empirischen Ergebnisse sind inkohärent und widersprüchlich und tragen zu einem besseren *Verstehen* der psychischen und sozialen Schwierigkeiten chronisch Kranker wenig bei. In dem vorliegenden Aufsatz wurde die These vertreten, daß dies seinen Grund im unhistorischen und ungesellschaftlichen Verständnis der Copingforschung von ihrem Gegenstand hat. Solange chronische Krankheit primär nur gefaßt wird als »Ereignis mit negativen Auswirkungen« und Krankheitsbewältigung als der Versuch, diese Auswirkungen zu minimieren, wird sich m.E. ein innerer Zusammenhang zwischen den verschiedenen Aspekten der Bewältigung chronischer Krankheiten als Ergebnis empirischer Sozialforschung nicht ergeben.

Aus diesem Grunde wurde hier der Versuch unternommen, der inhaltlichen Bestimmung des Forschungsgegenstandes »chronische Krankheiten« durch eine kulturhistorische Perspektive näher zu kommen. Vor allem die Art und Weise des Vorkommens chronischer Krankheit in der Literatur sowie in Selbstzeugnissen Betroffener wurde dabei näher betrachtet. Der entstandene Überblick ist unvollständig und in Teilen sicher auch willkürlich geblieben, zudem ging es über weite Strecken eher generell um Krankheit als um chronische Krankheit im besonderen. Dennoch ließen sich zwei Aspekte herauskristalliseren, die mehr oder weniger deutlich in nahezu jeder literarischen Äußerung zum Problem enthalten waren: Die Frage nach dem Tod und die Fragen nach Ursache, Vermeidbarkeit, Verantwortung und Schuld im Rahmen der Suche nach dem Sinn der Erkrankung. Die Darstellung der sich im Laufe der Geschichte ändernden Antworten auf die beiden Probleme sollte gleichzeitig ihre zentrale Rolle für das Verständnis chronischer Krankheiten belegen.

Ein Resümee, vorläufig und auf seine Brauchbarkeit hin noch nicht erprobt, ließe sich wie folgt formulieren:

1. In dem Maße, in dem der Tod als öffentliches Ereignis undiskutabel wurde, erweiterten sich die Krankheitsmetaphern um diesen Aspekt. Nicht, weil der Mensch sterblich ist, kann er krank werden, sondern weil er krank geworden ist, kann er sterben. Der Tod ist die Folge der Krankheit und oft mit ihr identisch. Der umgekehrte Zusammenhang, daß Krankheiten ihren tieferen Grund in der Sterblichkeit des Menschen

haben, wird so nicht mehr gedacht. Von daher steckt die Frage nach dem möglichen Ausgang einer Krankheit von Anfang an in jedem Versuch, mit ihr zurechtzukommen. Die Antwort darauf, ob eine Krankheit als tödlich gilt oder nicht, ist der Ausgangspunkt sowohl der subjektiven Verarbeitung als auch ein geeignetes Kriterium für eine erste Einteilung chronischer Krankheiten. Danach ergäbe sich folgender Vorschlag:

a) chronische Krankheiten, die stets als lebensbedrohlich gelten (Karzinome),
b) chronische Krankheiten, die nur potentiell als lebensbedrohlich gelten (coronare Herzkrankheit, Niereninsuffizienz etc.),
c) chronische Krankheiten, die nicht als lebensbedrohlich gelten (entzündliche rheumatische Erkrankungen, chronische Bronchitis, periphere Durchblutungsstörungen etc.).

Eine weitere, von allen bisherigen zu unterscheidende Gruppe wären die symptomlosen chronischen Krankheiten, die sogenannten Risikoerkrankungen wie Fettstoffwechselstörung, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II etc.[13]

2. Zur Zuordnung eines Patienten bedarf es neben der medizinischen Diagnose und der in ihr enthaltenen Prognose eines explorierenden anamnestischen Gesprächs, in dem die prognostischen Erwartungen des Betroffenen herausgearbeitet werden, die natürlich nicht immer identisch sein müssen weder mit den gesellschaftlichen Stigmata seiner Erkrankung noch mit den schulmedizinischen Erfahrungen.

Der Gehalt dieses Gesprächs wie auch die Qualität der weiteren Betreuung — soweit sie nicht von den materiellen und administrativen Rahmenbedingungen abhängig ist — sind auf seiten des Betreuers verknüpft mit den im Vorangegangenen angesprochenen Inhalten: wenn Betreuung eines chronisch Kranken bedeutet, ihn bei der Suche nach den Gründen, bei den Fragen nach Verantwortung, Schuld und Tod zu begleiten und die damit einhergehenden Gefühle der Angst, Wut und Trauer aufzunehmen und auszuhalten, dann hängt die Fähigkeit dazu davon ab, inwieweit der Betreuer sich selbst mit den aufgeworfenen Fragen zu konfrontieren bereit und in der Lage ist.

Unter den Bedingungen einer »guten Betreuung« in diesem Sinne kann der Patient sich um die ihm entsprechende Art des Umgangs mit seiner Krankheit bemühen. Die je individuellen Antworten auf die aufgeworfenen Fragen sind in erster Linie rückzubeziehen auf seine Biographie. Die Grundzüge seines bisherigen Lebens werden auch den Umgang mit seiner Erkrankung bestimmen.

Ganz allgemein lassen sich dabei drei Grundformen auseinanderhalten, die zum einen als *formales* Ordnungsschema dienen können, die

aber andererseits auch unmittelbar zusammenhängen mit den *Inhalten* des Verarbeitungsprozesses:

a) Der Versuch der Ausgliederung der Krankheit, der sich als Verdrängungs- oder Verleugnungsprozeß beschreiben läßt. Die Krankheit bleibt etwas nur negatives, die innere Auseinandersetzung wird abgelehnt oder gefürchtet als Zugeständnis an einen Feind oder als Schwäche, die den Verlauf nur ungünstig beeinflussen kann.
b) Die Krankheit wird zum strukturierenden Mittelpunkt des Lebens, entweder als existenzielle Entscheidung auf dem Hintergrund tief empfundener philosophischer oder religiöser Weltanschauungen oder als neurotische Fehlhaltung, zum Beispiel in Form gegen sich selbst oder auch gegen andere gerichteter zerstörerischer Impulse.
c) Die Krankheit wird in den Lebensprozeß integriert. Anpassung an die Notwendigkeiten und Einschränkungen, die die Krankheit erzwingt bei gleichzeitigem Festhalten am Sinn auch eines eingeschränkten Lebens. Die verbleibenden Lebensmöglichkeiten werden dennoch bejaht (positive Resignation).

Die Frage, ob es Zusammenhänge zwischen den Umgangsformen einerseits und spezifischen chronischen Krankheiten andererseits gibt, läßt sich zur Zeit empirisch nicht sicher beantworten (vgl. Argument Sonderband 182). Theoretisch liegt es nahe, einen Zusammenhang anzunehmen, solange man unterstellt, daß sowohl die Erkrankung als auch der Umgang mit ihr von der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur abhängig sind.

Anmerkungen

1 Eher nostalgisch klingt derselbe Zusammenhang bei A. Mitscherlich (1948, S. 123) an, wenn er bemerkt, »Zwar lebt der einzelne länger und dies ist ein unschätzbarer Gewinn in der Vorstellungswelt einer vom Individualegoismus bestimmten Menschheit, der schließlich nur noch das nackte Leben zu bleiben scheint. Der Lebensgrund eines das individuelle Dasein tragenden und überlebenden Kollektivs ist verloren.«

2 Zum Zusammenhang von Subjektivierung und Todesverständnis bemerkt M. Theunissen (1984, S. 104): »Die in seinem Gefolge (dem Ende der Metaphysik, Anmerkung des Verfassers) einsetzende Auflösung des Todes ins Leben ist nur eine von insgesamt vier Reduktionen. Sie geht einher mit der Reduktion des Todes auf den menschlichen, mit der Reduktion des menschlichen Todes auf den individuellen, je eigenen und schließlich mit der Reduktion des je eigenen Todes auf das an ihm, was je ich handelnd übernehmen kann. Alle diese Reduktionen bezeugen ein und dieselbe Subjektivierung, die ihrerseits auf den nachmetaphysischen Standort einer solchen Todesphilosophie verweist.«

3 Nach Philippe Ariès ist es zur Zeit der Französischen Revolution noch nicht üblich, selbst bei schweren Krankheiten, einen Arzt heranzuziehen.

4 G. Condrau (1976, S. 238) bemerkt in diesem Zusammenhang: »Die Angst vor dem Tode dagegen wird um so größer, je ausschließlicher sich der Mensch im Geiste der Neuzeit als ein sich selbst herstellendes, in sich abgeschlossenes Subjekt erfährt«.

5 Vergleiche dazu auch Philippe Ariès (ebenda, S. 783f.): »Die wilde Natur hat den Schutzwall durchbrochen, ist in die Kultur eingedrungen und dort der humanisierten Natur begegnet, mit der sie sich daraufhin im Kompromiß der Schönheit vereint hat. Der Tod ist nun nicht mehr vertraut und gezähmt wie in den traditionellen Gesellschaften, doch er ist auch nicht mehr absolut wild. Er ist pathetisch und schön geworden, schön wie die Natur, wie die Unermeßlichkeit der Natur, wie das Meer oder die Heide.«

6 Dabei ist ihnen der Liebestod in verschiedenen Varianten ein beliebtes Motiv. »Die andere Variante des Motivs, in der Liebesrausch und Todesverlangen koinzidieren, zielte dagegen, bis hin zu Richard Wagners Tristan und Isolde, weniger auf die Vereinigung der Liebenden, als daß sie eine besonders beliebte Imagination war, in der man die Preisgabe der eigenen Autonomie an eine überindividuelle Macht der Natur, des Lebens oder eines allumfassenden Göttlichen lustvoll phantasieren konnte. Der Tod wird in dieser Variante als Selbstvernichtung und Ichauflösung gepriesen und dabei zugleich erotisiert und ästhetisiert. Zacharias Werner verklärt selbst noch die Verwesung ästhetisch, ... 'die Verwesung, die uns dem Unendlichen wiedergibt, indem sie uns mit ihm vereinigt, muß mit Sehnsucht gewünscht werden'« (Anz, 1983, S. 420)

7 »In Nicholas Nickelebys apostrophierte Dickens Tb als die Krankheit, bei der Tod und Leben auf so seltsame Weise vermischt sind, daß der Tod den Glanz und die Färbung des Lebens annimmt und das Leben die düstere und gräßliche Gestalt des Todes;« »In Thomas Manns früher Erzählung 'Tristan' hat die junge Ehefrau Luftröhrentuberkulose: ... und Gott sei Dank, daß es nicht die Lunge war! Wenn es aber dennoch die Lunge gewesen wäre — diese neue Patientin hätte keinen holderen und veredelteren, keinen entrückteren und unstofflicheren Anblick gewähren können, als jetzt, da sie an der Seite ihres stämmigen Gatten, weich und ermüdet in den weiß lackierten, geradlinigen Armsesseln zurückgelehnt, dem Gespräch folgte.« (Susan Sontag, 1981, S. 22)

8 Wie überhaupt der Wechsel vom schönen zum häßlichen Tod einhergeht mit dem Wechsel von einer »geistigen« zu einer «körperlichen« Krankheit, wobei das Körperliche ganz allgemein schon etwas Anrüchiges hat: »Wenn schon die Wiederholung periodisch auftauchender Bedürfnisse etwas Ungebührliches an sich hat, so ist der Umstand, daß ein Blutpfropf ganz plötzlich das Leben unterbricht, seinerseits ungebührlich.« (Ariès, ebenda, S. 731) und Thomas Mann läßt den klugen Settembrini im Zauberberg sagen: »Ein Mensch, der als Kranker lebt, ist nur Körper, das ist das Widermenschliche und Erniedrigende.«

9 Kreibich-Fischer bringt in ihrem Aufsatz über die »Sterbebegleitung von Krebspatienten« sowohl das Fehlen eines gesellschaftlichen Reglements für den Tod als auch indirekt den Aspekt der Scham angesichts des tabuisierten Themas zum Ausdruck, wenn sie schreibt: »Ich bin immer wieder erstaunt, mit welcher Offenheit bei einem bestimmten Grad von Vertrautheit Patienten darüber

sprechen, daß sie nach einer Form suchen, die sie ihrem Tod geben können.« (Kreibich-Fischer, 1984, S. 334)

10 Das hohe Prestige, das der Bürger der Gesundheit als Folge des maßvollen, vernünftigen Lebens verleiht, wird ein wichtiger Teil seines fortschrittlichen Selbstverständnisses. Er setzt sich damit bewußt vom dekadenten Adel ab, wie es im folgenden Dialog zwischen dem heiratsfähigen Sohn und seiner noch den alten Vorstellungen verpflichteten Mutter aus dem Roman des aufgeklärten Pädagogen Christian Gotthilf Salzmann 1788 hervorgeht: »Du schreibst mir da von der Gesundheit der Jungfer! Was das nun für albernes Zeug ist. Was fragt denn der Adeliche nach Gesundheit, wenn er sich verheyrathen will? Ahnen und Geld mußt du suchen, wenn du eine Mariage treffen willst, aber nicht Gesundheit. Gesundheit mag der Bürger und Bauer schätzen, der kein größer Gut kennt. Wer aber Ahnen hat, dem ist Gesundheit ein Bagatell. Es läßt überhaupt für eine gnädige Frau nicht, wenn sie zu gesund aussieht. Das ist bäurisch. Blasse Farbe und matte Augen, das geziemt sich für adeliche Damen« (zit. n. Anz, ebenda, S. 27f.).

11 In ähnlichem Zusammenhang verweisen 1947 Theodor W. Adorno und Max Horkheimer in ihrem Aufsatz mit dem Titel »Dialektik der Aufklärung« auf den widersprüchlichen, tendenziell auch inhumanen Charakter der Aufklärung: »Furchtbares hat die Menschheit sich antun müssen, bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, männliche Charakter des Menschen geschaffen war, und etwas davon wird noch in jeder Kindheit wiederholt ... Die Herrschaft des Menschen über sich selbst, die sein Selbst begründet, ist virtuell allemal die Vernichtung des Subjekts, in dessen Dienst sie geschieht, denn die beherrschte, unterdrückte und durch Selbsterhaltung aufgelöste Substanz ist gar nichts anderes als das Lebendige, ... eigentlich gerade das, was erhalten werden soll« (zit. n. Anz, ebenda, S. 21). Vgl. in diesem Zusammenhang auch Herbert Marcuse: Triebstruktur und Gesellschaft, 1970, oder auch Fritz Zorn, der in »Mars«, der Autobiographie eines Krebspatienten, Verlogenheit und Triebfeindlichkeit seines bürgerlichen Kindheitsmilieus für seine Krankheit direkt verantwortlich macht.

12 Oder es kommt zu Annäherungen dergestalt, daß in der Außenwelt sich abspielende Ereignisse plötzlich wahrgenommen und vorsichtig auf sich selbst bezogen werden: »Ein recht dämliches Gefühl habe ich, wenn ich auf dem Flur stehe und in den Innenhof blicke. Dort steht fast jeden Tag ein Leichenwagen auf der linken Seite und holt einen Verstorbenen ab ...« (Horst Knaut, 1981, S. 62), oder an anderer Stelle: »Wenn ich vormittags vor dem Krankenhauseingang in der Sonne auf Bärbel wartete, ... sah ich in die Schaufenster des Bestatters. Meine Gestalt spiegelte sich in ihrem Glas. Seine Hoffnung auf guten Verdienst lebt nicht davon, daß ich mithilfe der ärztlichen Kunst überlebe. Dagegen wäre nichts zu sagen, wenn er sein Angebot nicht vor dem Ausgang und Eingang dieses Hauses, unter den Augen der Patienten und ihrer Angehörigen, des gesamten medizinischen Personals, machen würde. ... Wenn die zahlreichen Berliner Bestatter dem makabren Beispiel ihres Kollegen folgten und Sarggeschäft neben Sarggeschäft vor den Krankenhäusern eröffneten, mit dezenter Musik und verborgenen Lautsprechern, mit »Ave Maria«, »Über allen Gipfeln ist Ruh«, »Tief wie das Meer«, etwas Bach und Mozart, schnell und preiswert, schlicht und kostbar, gerüstet für Erde, Wasser und Feuer, mit Pfarrer, Redner oder wortlos, feierlich und

unfeierlich. Makabre Phantasien eines wartenden Patienten, der sein Spiegelbild in der Schaufensterscheibe eines Bestatters sieht« (Gerhard Hoffmann, 1988, S. 26f.).

13 Um Mißverständnissen vorzubeugen, sei darauf hingewiesen, daß die Merkmale, die in dem hier gemeinten Sinne für eine Krankheit Gültigkeit haben, nicht identisch sein müssen mit den Erkenntnissen der Schulmedizin und auch nicht mit den tatsächlichen Verhältnissen. So nimmt zum Beispiel die Krebskrankheit durchaus nicht immer einen tödlichen Verlauf. Unter bestimmten Bedingungen können vollständige Heilerfolge erzielt werden. Aber dennoch behalten die Inhalte der Metaphern ihre Bedeutung. So erfolgt beispielsweise die Mitteilung der Diagnose »Krebs« in der Regel in einer atmosphärisch ganz anders ausgestalteten Situation als die Mitteilung »Herzinfarkt«. Genauso wie es auch in der diesbezüglichen Literatur zum Problem der Patientenaufklärung ganz vorrangig um Tumorpatienten geht.

Literaturverzeichnis

Abholz, H. H., Schafstedde, F. (1990): Chronische Krankheit — Eine Problemskizze. In: Chronische Krankheit: ohne Rezepte. Argument Sonderband 182, Argument Verlag

Alberti, L., Kruse, J., Wöller, W. (1990): Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheit. In: Chronische Krankheit: ohne Rezept. Argument Sonderband 182, Argument-Verlag

Anz, T. (1983): Der schöne und der häßliche Tod. Klassische und moderne Normen literarischer Diskurse über den Tod. In: Richter, K., Schönert, J.: Klassik und Moderne, J.B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart

Anz, T. (1989): Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur. Metzler Studienausgabe, Stuttgart

Ariès, P. (1982): Geschichte des Todes. dtv-wissenschaft, München

Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. edition medizin, Weinheim

Beutel, M. (1988): Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen. In: Kächele, H., Steffens, W. (Hrsg.): Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten, Springer-Verlag, Berlin

Billing, E. et al. (1980): Denial, anxiety, and depression following a myocardial infarction. Psychosomatics 21, 8, S. 639-645

Borysenko, J. (1984): Stress, coping, and the immune system. In: J.D. Matarazzo et al.: A handbook of health enhancement and disease prevention. Wiley, N.Y., S. 248-260

Broda, M. (1987): Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Deutscher Studien Verlag, Weinheim

Bruce, E.H. et al (1983/84): Psychosocial coping strategies and cardiac capacity before and after coronary artery bypass surgery. Intl. J. Psychiat. in Med. 13, 1, S. 69-84

Cermak, I. (1983): Ich klage nicht. Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen. Diogenes Verlag

Choron, J. (1967): Der Tod im abendländischen Denken. Ernst Klett Verlag, Stuttgart

Cohen, F. (1984): Coping. In: J.D. Matarazzo: Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention. Wiley, N.Y., S. 261-274

Condrau, G. (1976): Todesfurcht und Todessehnsucht. In: Paus, A. (Hrsg.),: Grenzerfahrung Tod. Verlag Styria, Graz

Cronkite, R.C., Moos, R.H. (1984): The role of predisposing and moderating factors in the stress — illness relationship. J. Health Soc. Behav. 25, S. 372-393

Eissler, K.R. (1978): Der sterbende Patient. Zur Psychologie des Todes. Friedrich Frommann Verlag, Stuttgart

Faller, H. (1989): Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarktes. In: Bischoff, C., Zenz, H., (1989): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern

Felton, B.J. et al. (1984): Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. J. Cons. Clin. Psychol. 52, 3, S. 343-353

Foucault, M. (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.

Franck, B. (1983): Trotzdem leben. Reportagen über die Angst. Hoffmann und Campe, Hamburg

Hackett, T.P., Cassem, N.H.: Wishnie H.A. (1969): Detection and treatment of anxiety in the coronary care unit. Am. Heart J. 78, S. 727-730

Hasenbring, M. (1989): Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflußbarkeit einer Krebserkrankung — erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In: Bischoff, C., Zenz, H., a.a.O., 1989

Hoffmann, G. (1988): Herzoperation. Ein Bericht. Mit einem Geleitwort von Prof. Roland Hetzer. Kupfergraben Verlagsgesellschaft, Berlin

Holahan, C.J., Moos, R.H. (1985): Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. J. Pers. Soc. Psychol. 49, 3, S. 739-747

Husaini, B.A., Frank, A.V. (1985): Life events, coping resources, and depression: A longitudonal study of direct, buffering, and reciprocal effects. Res. Com Ment. Health 5, S. 111-136

Ilfeld, F.W. (1980): Coping styles of Chicago-adults: Description. J. Human Stress 6,2, S. 2-10

Jacob, W. (1978): Kranksein und Krankheit. Anthropologische Grundlagen einer Theorie der Medizin. Dr. Alfred Hüthing Verlag, Heidelberg

Klapp, B.F. (1985): Psychosoziale Intensivmedizin. Untersuchungen zum Spannungsfeld von medizinischer Technologie und Heilkunde, Springer Verlag, Berlin

Knaut, H. (1981): Herzinfarkt. Ursachen, Erfahrungen, Ratschläge. Limes Verlag, Wiesbaden

Köhle, K., Gaus, E. (1981): Psychotherapie von Herzinfarkt-Patienten während der stationären und poststationären Behandlungsphase. In: Uexküll von, T.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Urban und Schwarzenberg, München

Kreibich-Fischer, R. (1984): Sterbebegleitung von Krebspatienten im Krankenhaus. In: Winnau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben, de Gruyter, Berlin

Kübler-Ross, E. (1981): Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag, Stuttgart

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping, Springer, N.Y.

Levine, J., Zigler, E. (1975): Denial and self-image in stroke, lung cancer and heart disease patients. J.Cons. Clin. Psychol. 43, S. 751-757

Liebrecht, M. (1988): Herzinfarkt — was nun? Ein Ratgeber zu den medizinischen, psychischen, sozialen und arbeitsrechtlichen Folgen. Birkhäuser Verlag, Basel

Mann, T. (1967): Der Zauberberg. Roman. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.

Marcuse, H. (1970): Triebstruktur und Gesellschaft. Bibliothek Suhrkamp, Frankfurt/M.

Marx, K., Engels, F. (1972): Das Kapital. MEW Bd. 23, Dietz Verlag, Berlin

McCrae, R.R. (1982): Age differences in the use of coping mechanisms. J. Geront. 37, 4, S. 454-460

Meerwein, F. (1981): Die Arzt-Patienten-Beziehungen des Krebskranken. In: Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie, Verlag Hans Huber, Bern

Miller, G.A. et al. (1960): Plans and the structure of behavior. Holt, Rinehart and Winston, N.Y.

Mitscherlich, A., Brocher, T. Mering, von, O., Horn, K. (1972): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer & Witsch, Köln

Mitscherlich, A. (1948): Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Das Bild des Menschen in der Psychotherapie. Claassen & Goverts Verlag, Hamburg
Möhring, P. (Hrsg.), 1988: Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive. Springer-Verlag, Berlin
Möhrmann, R., Würzbach, N. (Hrsg.), (1988): Krankheit als Lebenserfahrung. Berichte von Frauen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.
Moos, R.H., Tsu, V.D. (1977): The crisis of physical illness: An Overview. In: R.H. Moos (ed): Coping with physical illness. Plenunm, N.Y., S. 3-21
Moos, R.H., Billings, A.G. (1982): Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger, S. Breznitz (1982): Handbook of stress. Free Press, N.Y.
Mumma, C., McCorkle, R. (1983): Causal attribution and life-threatening disease. Int. J. Psychiatry Med. 13, S. 43-49
Muthny, F.A., Koch, U. (1984): Psychosoziale Situation und Reaktion auf lebensbedrohliche Erkrankungen — ein Vergleich von Brustkrebs- und Dialysepatientinnen. Psychother. Med. Psychol. 34, S. 261-304
Parkes, K.R. (1984): Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. J. Pers.Soc.Psychol. 46, 3, S. 655-668
Pettinggale, K.W. (1984): Coping and cancer prognosis. J. Psychosom. Res. 28,2, S. 363-364
Rasokat, F. (1987): Herzinfarkt — Wendemarke des Lebens. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg
Scharnitzki, H. (1988): Herzinfarkt und Bypassoperation überstanden. Eine Krankengeschichte mit ärztlichem Kommentar. TRIAS, Thieme, Hippokrates, Enke
Scheier, M.F., Carver, C.S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychol. 4,3 S. 219-247
Schneider, G. (1988): Elemente institutioneller Abwehr im sozialen System der Therapeut-Patient-Beziehung in der Rehabilitation von Patienten mit Herzinfarkt — eine systemtheoretisch-psychoanalytische Institutionsanalyse. Unveröffentlichtes Manuskript
Sidle, A. et al. (1969): Development of a coping scale. Arch.Gen.Psychiat. 20, S. 226-232
Sloterdijk, P. (1983): Kritik der zynischen Vernunft. Frankfurt/M.
Sontag, Susan (1981): Krankheit als Metapher. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt/M.
Theunissen, M. (1984): Die Gegenwart des Todes im Leben. In: Winau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben, de Gruyter, Berlin
Vaillant, G.E. (1977): Adaptation to life. Little Brown, Boston
Verres, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: Bischoff, C., Zenz, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, S. 18-24
Verres, R. (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und psychosoziale Folgen von Krebserkrankungen. Springer-Verlag, Berlin
Weismann, A.D., Worden, J.W. (1976/77): The existetial plight in cancer: Significance of the first 100 days. Intl. J. Psychiat. Med. 7, S. 1-5
Ziegler, G., Schüle, I. (1985): Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Dialysepatienten. Psychother. Med. Psychol. 35, S. 62-70
Zorn, Fritz (1977): Mars. Mit einem Vorwort von Adolf Muschg., München
Zyzanski, S.J. et al. (1979): Cross-cultural validation of the coronary-prone behavior pattern. Social Science Med. 13, S. 405-412

Klaus Wittmaack-Kay

Studentische Positionen zu Prüfungen im Medizinstudium vor Verabschiedung der Approbationsordnung für Ärzte 1970

I. Einleitung

Die Approbationsordnung für Ärzte (AO) hat — wie keine andere Reform der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik vorher — einschneidende Änderungen der Ausbildung zum Arzt bewirkt. Sie löste mit ihrem Inkrafttreten 1972/73 die bis dahin gültige Bestallungsordnung ab.

War die Ausbildungsreformdiskussion in den siebziger Jahren vorwiegend von den Realisierungsproblemen der AO und den Schwierigkeiten bei der Einführung des Praktischen Jahres(PJ) geprägt[1], so rückte in den achtziger Jahren die Kritik an dem zentralen Multiple choice (MC)-Prüfungssystem und der beabsichtigten Einführung einer zusätzlichen Praxisphase am Ende des Studiums, der sogenannten Arzt im Praktikum (AiP)-Zeit in den Mittelpunkt medizinstudentischer Kritik und Aktionen.

Heute, Anfang der neunziger Jahre haben wir bereits die siebte AO-Novelle mit Ausdehnung der Pflichtfächer und einer Neufassung des Ausbildungszieles hinter uns, die achte Novelle wird als grundlegende Reform nunmehr angekündigt.

Bemerkenswert ist, wie wenig es den Medizinstudenten in der Vergangenheit, trotz kleiner Teilerfolge, gelungen ist, die Studienreformdiskussion in der Medizin in ihrem Sinne zu beeinflussen und wie durchsetzungsfähig Standesorganisationen und Hochschullehrer bei der Vertretung ihrer Interessen waren bzw. sind.Mein Eindruck als studentisches Mitglied in einer Reihe von Fachbereichsausschüssen der medizinischen Fakultät Hamburg und in der Kleinen Kommission des BMJFG von 1979-1980 war der, daß dies an der mangelnden Kontinuität der studentischen Positionen, dem Mangel an Kenntnis der eigenen historischen Position liegt, und damit jede Studentengeneration in der Studienreformdiskussion von Vorne beginnt.

Ich habe daher im Rahmen einer medizinischen Dissertation versucht, ein Stück Geschichte der Medizinstudentenbewegung aufzuarbeiten. Es interessierte mich dabei besonders der Zeitraum vor Verabschiedung der neuen Approbationsordnung, da in dieser Zeit im Rahmen der

Studentenbewegung ein Umbruch in den Positionen und Organisationsformen der Medizinstudenten stattfand.

Ganz besonders interessierte mich dabei die Frage, was für Motive eine Rolle gespielt haben, als die Studenten die Abkehr von einem ausschließlich mündlichen Prüfungssystem zu einem ausschließlich schriftlichen und standardisierten Prüfungsverfahren forderten.

II. Prüfungswirklichkeit unter der Bestallungsordnung

Um die Haltung der Medizinstudenten in den sechziger Jahren zu Prüfungen verständlich zu machen, ist es erforderlich, sich ein Bild von der Prüfungssituation unter den damals geltenden Bestimmungen der Bestallungsordnung zu machen.

Die Ausbildung unter der Bestallungsordnung verlief in drei großen Abschnitten: Vorklink, Klinik und Medizinalsassistentenzeit. Innerhalb der Vorklinik wurde ein Vorphysikum in den Fächern Biologie, Physik und Chemie geprüft, am Ende der Vorklinik das Physikum mit Anatomie, Physiologie und Biochemie. Am Ende des klinischen Blocks gab es ein Prüfungssemester für die Prüfung in den klinischen Fächern.

H. U. Deppe[2] schildert die Prüfungssituation während seiner Studienzeit folgendermaßen:

»Die Prüfungen verliefen so, daß immer nur vier Leute mündlich geprüft wurden. Es gab überhaupt keine schriftlichen Prüfungen, es wurde nur mündlich geprüft. Da gab es an jeder Universität mindestens ein oder zwei Prüfer, die namentlich auch bekannt waren, die als Prüfer gefürchtet waren, entweder weil sie sachlich sehr scharf geprüft haben oder auch weil sie unsachlich geprüft haben. Es gab also Prüfer, von denen war bekannt, daß sie etwas gegen Frauen hatten, gegen Studentinnen, die das auch artikuliert haben, die gesagt haben, Sie kriegen ja später eh mal Kinder, was nehmen Sie hier anderen Leuten einen Studienplatz weg. Oder andere Leute, die sich bei öffentlichen Veranstaltungen exponiert hatten, die dann also entsprechend geprüft wurden, diszipliniert wurden in der Prüfung. Insofern bestand also eine breite Ablehnung gegen die persöhnliche Abhängigkeit von der Prüfung.«[3]

Die mangelnde Objektivität der Prüfungen, von den Studenten oft mit der Vokabel »Prüferwillkür« belegt, bezog sich jedoch nicht allein auf die subjektive Beurteilung durch den Prüfer entsprechend seiner persönlichen Vorstellungen. Die Willkür vieler Prüfungen kam auch darin zum Ausdruck, daß der Inhalt der Prüfung ausschließlich eine Auswahl nach den vom Prüfer persönlich für wichtig erachteten Gebieten des betreffenden Faches war.

Klaus Wittmaack-Kay

Studentische Positionen zu Prüfungen im Medizinstudium vor Verabschiedung der Approbationsordnung für Ärzte 1970

I. Einleitung

Die Approbationsordnung für Ärzte (AO) hat — wie keine andere Reform der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik vorher — einschneidende Änderungen der Ausbildung zum Arzt bewirkt. Sie löste mit ihrem Inkrafttreten 1972/73 die bis dahin gültige Bestallungsordnung ab.

War die Ausbildungsreformdiskussion in den siebziger Jahren vorwiegend von den Realisierungsproblemen der AO und den Schwierigkeiten bei der Einführung des Praktischen Jahres(PJ) geprägt[1], so rückte in den achtziger Jahren die Kritik an dem zentralen Multiple choice (MC)-Prüfungssystem und der beabsichtigten Einführung einer zusätzlichen Praxisphase am Ende des Studiums, der sogenannten Arzt im Praktikum (AiP)-Zeit in den Mittelpunkt medizinstudentischer Kritik und Aktionen.

Heute, Anfang der neunziger Jahre haben wir bereits die siebte AO-Novelle mit Ausdehnung der Pflichtfächer und einer Neufassung des Ausbildungszieles hinter uns, die achte Novelle wird als grundlegende Reform nunmehr angekündigt.

Bemerkenswert ist, wie wenig es den Medizinstudenten in der Vergangenheit, trotz kleiner Teilerfolge, gelungen ist, die Studienreformdiskussion in der Medizin in ihrem Sinne zu beeinflussen und wie durchsetzungsfähig Standesorganisationen und Hochschullehrer bei der Vertretung ihrer Interessen waren bzw. sind.Mein Eindruck als studentisches Mitglied in einer Reihe von Fachbereichsausschüssen der medizinischen Fakultät Hamburg und in der Kleinen Kommission des BMJFG von 1979-1980 war der, daß dies an der mangelnden Kontinuität der studentischen Positionen, dem Mangel an Kenntnis der eigenen historischen Position liegt, und damit jede Studentengeneration in der Studienreformdiskussion von Vorne beginnt.

Ich habe daher im Rahmen einer medizinischen Dissertation versucht, ein Stück Geschichte der Medizinstudentenbewegung aufzuarbeiten. Es interessierte mich dabei besonders der Zeitraum vor Verabschiedung der neuen Approbationsordnung, da in dieser Zeit im Rahmen der

Studentenbewegung ein Umbruch in den Positionen und Organisationsformen der Medizinstudenten stattfand.

Ganz besonders interessierte mich dabei die Frage, was für Motive eine Rolle gespielt haben, als die Studenten die Abkehr von einem ausschließlich mündlichen Prüfungssystem zu einem ausschließlich schriftlichen und standardisierten Prüfungsverfahren forderten.

II. Prüfungswirklichkeit unter der Bestallungsordnung

Um die Haltung der Medizinstudenten in den sechziger Jahren zu Prüfungen verständlich zu machen, ist es erforderlich, sich ein Bild von der Prüfungssituation unter den damals geltenden Bestimmungen der Bestallungsordnung zu machen.

Die Ausbildung unter der Bestallungsordnung verlief in drei großen Abschnitten: Vorklink, Klinik und Medizinalsassistentenzeit. Innerhalb der Vorklinik wurde ein Vorphysikum in den Fächern Biologie, Physik und Chemie geprüft, am Ende der Vorklinik das Physikum mit Anatomie, Physiologie und Biochemie. Am Ende des klinischen Blocks gab es ein Prüfungssemester für die Prüfung in den klinischen Fächern.

H. U. Deppe[2] schildert die Prüfungssituation während seiner Studienzeit folgendermaßen:

»Die Prüfungen verliefen so, daß immer nur vier Leute mündlich geprüft wurden. Es gab überhaupt keine schriftlichen Prüfungen, es wurde nur mündlich geprüft. Da gab es an jeder Universität mindestens ein oder zwei Prüfer, die namentlich auch bekannt waren, die als Prüfer gefürchtet waren, entweder weil sie sachlich sehr scharf geprüft haben oder auch weil sie unsachlich geprüft haben. Es gab also Prüfer, von denen war bekannt, daß sie etwas gegen Frauen hatten, gegen Studentinnen, die das auch artikuliert haben, die gesagt haben, Sie kriegen ja später eh mal Kinder, was nehmen Sie hier anderen Leuten einen Studienplatz weg. Oder andere Leute, die sich bei öffentlichen Veranstaltungen exponiert hatten, die dann also entsprechend geprüft wurden, diszipliniert wurden in der Prüfung. Insofern bestand also eine breite Ablehnung gegen die persöhnliche Abhängigkeit von der Prüfung.«[3]

Die mangelnde Objektivität der Prüfungen, von den Studenten oft mit der Vokabel »Prüferwillkür« belegt, bezog sich jedoch nicht allein auf die subjektive Beurteilung durch den Prüfer entsprechend seiner persönlichen Vorstellungen. Die Willkür vieler Prüfungen kam auch darin zum Ausdruck, daß der Inhalt der Prüfung ausschließlich eine Auswahl nach den vom Prüfer persönlich für wichtig erachteten Gebieten des betreffenden Faches war.

In einer Kritik des medizinischen Staatsexamens ging Ekkehard Freiherr v.Sekkendorf auf diesen Umstand ein:

»In einem Spezialfach wurden immer wieder dreißig bestimmte Fragen gestellt. Wer die im Sinne des Prüfers beantwortete, war 'sehr gut'. Wenn aber ein Kandidat über ein breiteres Wissen verfügte, aber die entsprechenden Antworten auf diese dreißig Fragen nicht kannte, war er nur 'befriedigend'.

Schon im Studium ist es die Regel, daß der Inhalt der Vorlesungen nicht geplant und aufeinander abgestimmt ist. Auf diese Weise hört man einige Themen zu oft, andere dagegen gar nicht. Ebenso gibt es auch für die Prüfung kein Gremium, das ein Minimalprogramm des Wissens und Könnens bestimmt hat, an dem sich die Prüfer orientieren müssen. Derartige Richtlinien sind weder an einer einzelnen Klinik, geschweige denn zwischen den Universitäten ausgearbeitet und veröffentlicht worden.«[4]

Die Kritik in den Schilderungen Deppes und v.Sekkendorfs läßt sich in drei Punkten zusammenfassen:

1) Abhängigkeit von der subjektiven Einschätzung des Prüfers.
2) Abhängigkeit von den fachlichen Schwerpunkten des Prüfers.
3) Mangelnde Vergleichbarkeit der Prüfungsergebnisse zwischen verschiedenen Universitäten hinsichtlich Stoffauswahl und Schwierigkeitsgrad der Prüfungen.

III. Die Ablehnung der mündlichen Prüfung durch Studenten

Die Position der gewählten Medizinstudentenvertretung, des Fachverbandes Medizin (FVM) zur Prüfungssituation geht aus einer Veröffentlichung aus Anlaß eines zweiten Änderungsentwurfes zur Bestallungsordnung vom 13.1.1966 hervor:

»Zusätzlich zu den bisherigen mündlichen Pürfungen kann die Einführung schriftlicher Prüfungen in allen Fächern zu größerer Objektivität in der Bewertung beitragen. Beide Prüfungen eines Faches müßten dann so durchgeführt werden, daß sie als gleichwertig gelten können. Es darf nicht dahin kommen, daß die schriftliche Prüfung hauptsächlich dazu dient, dem Prüfer den Prüfungsvorgang zu vereinfachen.«[5]

Auch dürften die Medizinstudenten damals schon gewußt haben, was sie von objektivierten Examina zu erwarten hätten. Nach einer Übersicht der Zeitschrift »Der Medizinstudent« aus dem Jahre 1966 wurde an allen medizinischen Fakultäten das Instrument schriftlicher Prüfungen in Kursen und Vorlesungen angewandt. Dabei wurden zu 1/3 »Quiz-Fragen« und zu ca. 2/3 Essay Fragen angewendet. Lediglich an

drei Universitäten (Gießen, Würzburg, Kiel) wurden zu diesem Zeitpunkt keine Quiz-Fragen verwendet. Geht man davon aus, daß »Quiz-Fragen« in etwa das darstellten, was wir heute unter Antwort Wahl Fragen oder Multiple Choice (MC) Fragen verstehen, so kann man feststellen, daß bereits 1966 fast jeder Medizinstudent in seinem Studium ein- oder mehrmals mit MC-Fragen konfrontiert worden war, wenngleich das System der Essay-Fragen noch überwog.

In der Entwicklung der studentischen Position lassen sich zwei Zeitabschnitte unterscheiden. Die Phase zwischen 1966-68, in der vom FVM die ergänzende schriftliche Prüfung gefordert wurde und die Phase nach 1968, in der die totale Ablehnung jeglicher mündlicherPrüfungen von den Studenten gefordert wurde.

Diese Zeitspanne fällt zusammen mit der »Studentenbewegung«, die auch an den Medizinischen Fakultäten nicht spurlos vorbeiging, auch wenn die Mediziner traditionell als konservativ galten und es auch hinsichtlich ihrer studentischen Interessensvertretung, des FVM, bis 1968 stets waren. An vielen Universitäten bildeten sich Basisgruppen, die inhaltlich eine kritische Bestandsaufnahme der Medizinerausbildung vornahmen und mehrheitlich neben der Kritik am bestehenden Ausbildungsziel, dem »Praktischen Arzt«, auch eine Integration der psychosozialen Fächer in das Medizinstudium forderten.

Von seiten dieser Basisbewegung an den medizinischen Fakultäten ging Druck auf die »Offizielle Standesvertretung«, den FVM aus, die gänzliche Abschaffung der mündlichen Prüfung zu fordern.

Die Emanzipation von den Willkürprüfungen einzelner Ordinarien war zu einer der Schlüsselfragen der Medizinstudentenbewegung geworden.

IV. Die Rolle der Medizinstudenten in der Kleinen Kommission des Bundesgesundheitsministeriums 1968

Die Beteiligung der Medizinstudenten an den Beratungen der Kleinen Kommission (KK) des Bundesgesundheitsministeriums erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem die wesentlichsten Elemente der Reform bereits feststanden. Die Kommission,die sich aus Vertretern der Bundesärztekammer, des Fakultätentages, des Wissenschaftsrates, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der obersten Gesundheitsbehörden der Länder und der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder zusammensetzte, hatte den Auftrag, die Grundlagen für die neue Approbationsordnung zwischen den beteiligten Gruppen auszuhandeln. Als die Studenten zugelassen wurden, hatte sie im Zeitraum

Oktober 1966 bis Januar 1968 bereits neunmal getagt. Noch unmittelbar bevor die Studenten zugelassen wurden, hatten durch die Fachvertreterkommsission des Fakultätentages die Hochschullehrer ihre Wünsche über die Verteilung der Stoffgebiete auf die geplanten drei klinischen Prüfungen der KK mitgeteilt. Es ging lediglich noch um Fragen der genauen Ausgestaltung der Prüfungen, wobei eine große Rolle spielte, ob man, wie von den Studenten gefordert, völlig auf mündliche Prüfungen verzichten könne.

Zu dieser Frage wurde auf der 10. Sitzung der KK, am 8.2.1968 — der ersten Sitzung, an der zwei Vertreter des FVM teilnehmen konnten — der Sachverständige Dr. Horst Noack vom Institut für Ausbildungsforschung in München gehört. In seinem Referat vor der KK kam Noack zu dem Ergebnis, daß Leistungstests einige wichtige Vorteile gegenüber mündlichen Prüfungen hätten, dennoch auf mündlich-praktische Prüfungen nicht gänzlich verzichtet werden könne.[6]

Von seiten der Studenten wurde gegen die Beibehaltung jedweder mündlicher Prüfungsanteile argumentiert. Peter Schmidt-Wiederkehr, einer der studentischen Vertreter in der KK schrieb 1968 u.a.:

»Die Studentenschaft befürchtet eine bloße Neufassung der jetzigen Regelung. Vor allem würde eines der wichtigsten Ziele der Reform, nämlich die Objektivierung der Examina, in Frage gestellt.

Indem man womöglich auf die mündliche Prüfung zurückgreift, kommen bei der Zensurengebung erneut subjektive Momente zur Geltung. Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Fakultäten würde dadurch unmöglich gemacht. Der Staat könnte das Erreichen des Ausbildungszieles kaum besser kontrollieren, als durch schriftliche Prüfungen.«[7]

Da auf der Sitzung am 8.2.1968 zum Punkt Prüfungen noch keine abschließende Meinung erzielt werden konnte, versuchten die Studenten auf der Sitzung am 28.3.1968, nachdem sich auf seiten der anderen Gruppen in der KK, besonders nach dem Referat von Noack, eine deutliche Tendenz zur Beibehaltung einer mündlich-praktischen Prüfung am Ende der Ausbildung abzeichnete, für die Durchführung dieser Prüfungen Bedingungen zu formulieren, die ein gewisses Maß an Objektivität gewährleisten sollten.

Mit den beiden Sitzungen vom Februar und März 1968 war die Arbeit der KK zunächst abgeschlossen. Es sollte ein weiteres Jahr dauern, bis von seiten des Bundesgesundheitsministeriums ein AO-Entwurf — zunächst noch geheim — publiziert werden würde.

Abschließend muß die Rolle der Studenten in der KK als Alibifunktion bewertet werden. Angesichts der Tatsache, gleich in der ersten

Sitzung zur Prüfungsfrage einer fundierten Fachmeinung (Noack) gegenübertreten zu müssen und der Politik der »Vollendeten Tatsachen« muß man sich fragen, ob sie überhaupt Einflußmöglichkeiten hatten.

Thure v. Üxkuell, der maßgeblich an der Kommissionsarbeit beteiligt war, äußerte auf die Frage, welchen Einfluß die Studenten auf die Arbeit der KK gehabt hätten: »... gar keinen«.[8]

V. Der Roh-Entwurf der AO und die studentischen Protestaktionen

Die Publizierung eines Roh-Entwurfes der AO, der den Studenten durch eine Indiskretion zugänglich wurde, entfachte einen Proteststurm an den medizinischen Fakultäten. Erstmals wurde in einem zusammenhängenden Gesetzesentwurf deutlich, welche einschneidenden Änderungen die neue AO bringen würde. Die bisherige Aufklärungsarbeit des FVM allein über seine Zeitschrift »Der Medizinstudent« hatte offensichtlich die Mehrzahl der Studenten nicht erreicht. Nur so ist zu erklären, daß plötzlich die Diskussion in einer Breite begann, die es vorher nicht gegeben hatte. Die studentische Kritik am AO-Entwurf entwickelte sich entlang zweier Hauptthemen:

Unter dem Begriff »Technokratische Hochschulreform« wurde die Kritik an der AO als eine reine Prüfungsordnung verdichtet. Die AO erzeuge durch ihre Vielzahl von Fächern, Kursen und Prüfungen einen permanenten Leistungsdruck, der eine kritische Auseinandersetzung mit den Ausbildungsinhalten unmöglich mache.

In der AO werde nicht deutlich, was für ein Arztbild der Definition des Ausbildungszieles zugrunde liege, und überhaupt sei auf eine Analyse der Rolle des Arztes in der Gesellschaft verzichtet worden.

Diese Kritik ging nun erstmals über die partielle Kritik an Einzelbestimmungen der AO hinaus und verknüpfte Fragen der Prüfungsbestimmungen mit der Frage nach dem Ausbildungsziel.

Exemplarisch für diese umfassendere Kritik an der AO, die sich auch inhaltlich begründete, mag folgendes Zitat aus einer Resolution der Studenten der TH München vom Juni 1969 stehen:

»Wir fordern eine *Reduzierung des abfragbaren Faktenwissens* auf ein unabdingbar notwendiges Basiswissen, das möglichst kurz und unter Ausnutzung neuer hochschuldidaktischer Methoden vermittelt werden muß (...) Wir fordern eine durchdachte Neugliederung der Studieninhalte (z.B. Blockunterricht, teilweise Aufhebeung der Trennung von Vorklinik und Klinik). Wir erachten es für notwendig, den Krankheitsbegriff und die Rolle des Arztes in der Gesellschaft zu überdenken. Dies hätte eine Einführung psychosomatischer und medizinsoziologischer

Aspekte in die Betrachtungsweise der Gesamtheit der Studienfächer zur Folge. Die Einrichtung dieser Gebiete als isolierte Studienfächer, die in herkömmlicher konsequenzloser Weise vermittelt gelernt werden, zeigt deutlich, daß die grundlegend ändernde Wirkung auf das Selbstverständnis der Medizin abgefangen werden soll.«[9]

Solcherlei Kritik war nun allerdings nicht mehr mit der »standesgemäßen« Interessensvertretungspolitik des FVM vereinbar. Im Juni 1969 kam es zur Auflösung des FVM, u.a. über die Frage der Wahrnehmung des Allgemeinpolitischen Mandats. Eine einheitliche Nachfolgeorganisation entstand nicht. Ein Projektbereich Medizin im VDS, der den Rechtsnachfolger des FVM bildete, versuchte die Initiativen und Aktionen der einzelnen Basisgruppen an den verschiedenen medizinischen Fakultäten zu bündeln und zusammenzuführen.

Es kam zu Streikaktionen im Juni/Juli 1969 an fast allen medizinischen Fakultäten. Der Protest mündete am 10.7.1969 in einen Sternmarsch auf Bonn, an dem 1.000 bis 2.000 Medizinstudenten teilnahmen. Sie forderten unter Parolen wie »Treibt der Käthe die AO ab« und »Setzt den Hobel an die Strobel« eine Stellungnahme von Gesundheitsministerin Käthe Strobel. Die Studenten kritisierten weiter die undemokratische »geheimniskrämerische«[10] Verhaltensweise bei Erstellung des AO Entwurfs.

Daraufhin wurde den Studenten die Durchführung eines Hearings zugesagt, sobald der offizielle AO-Entwurf publiziert worden sei. Auf zwei Hearings im November 1969 und Februar 1970 wurde die Spaltung der Studenten in eine gemäßigte Fraktion, die weiter mit dem Ministerium auch um Detailfragen verhandeln wollte, sowie eine Fundamentaloppositionsfraktion deutlich, die jede Detailverhandlung vor einer völligen Neuauflage der Reformdiskussion unter demokratischer Einbeziehung der Studenten als Haupbetroffener ablehnten.

Für das Gesundheitsministerium als Moderator der AO Verhandlungen war diese uneinheitliche studentische Position willkommene Gelegenheit den studentischen Protest überhaupt nicht in den Gesetzestext einfließen zu lassen. Ironisch bemerkte dazu das Deutsche Ärzteblatt:

»Den Wünschen der Medizinstudenten konnte trotz einer bemerkenswerten Aufgeschlossenheit seitens des Ministeriums nicht entsprochen werden, vor allem, weil die Änderungsvorschläge — sofern konkret überhaupt welche gemacht wurden — nicht präzise genug waren, um sie in eine Rechtsverordnung umsetzen zu können.«[11]

So muß konstatiert werden, daß die Studenten in der entscheidenden gesetzesvorbereitenden Phase keine Lobby für eine völlige Neuauflage

der Reformdiskussion fanden und nicht stark genug waren, aufgrund ihrer Zersplitterung und einer fehlenden funktionstüchtigen Organisation, die AO Verabschiedung zu stoppen.

Exkurs: Die Haltung der Hochschullehrer: Die Diskussion um das Prüfungsverfahren vor dem WMFT und der Fachvertreterkonferenz

Innerhalb des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages (WMFT) war das Verfahren, nach dem in der neuen Approbationordnung geprüft werden sollte, heftig umstritten. Die Vertreter des WMFT in der Kleinen Kommission (v. Uexküll, Pia und v. Kügelen), die hinsichtlich ihrer Haltung zu Prüfungen als eher fortschrittliche Hochschullehrer eingestuft werden müssen, hatten eine Regelung vorgeschlagen, nach der überwiegend schriftlich und nur am Ende der Ausbildung, nach dem Praktischen Jahr mündlich praktisch geprüft werden sollte. Sie begründeten ihre Haltung auf dem WMFT am 30./31.5.1968 folgendermaßen:

»Eine mündliche Prüfung bisheriger Art wird wegen der Vielzahl der an den drei Staatsexamina zu beteiligenden Fächern (derzeit 34!) nicht mehr praktikabel sein, vor allem in Hinblick auf die verkürzte Studienzeit und die stark verkürzten Prüfungszeiten; sie erlauben allein schon aus technischen Gründen und zeitlichen Gründen nur simultane, integrierte, also schriftliche Prüfungen bzw. eine exemplarisch, auf ein oder zwei Fälle beschränkte, praktisch-ärztliche Kollegialprüfung.«[12] Der Angst vieler Hochschullehrer durch die Abgabe der mündlichen Prüfung den Einfluß ihres Faches auf die Lehre und Ausbildung zu mindern, begegnete v. Kügelen: »Aber grundsätzlich sollen sämtliche Fächer, die im Unterricht erscheinen, auch Prüfungsfächer sein, also mehr oder weniger große Anteile an den Prüfungsfragen besitzen«[13]. Darüberhinaus verwies er auf die Möglichkeiten der Hochschullehrer, anläßlich der Scheinerteilung in Kursen und Praktika mündlich zu prüfen. Schließlich überzeugte aber wohl das Argument der Praktikabilität, denn, so v. Kügelen: »Selbst dann, wenn mündliche Prüfungen 'alter Art' aus bestimmten Gründen wünschbar sein sollten, wären sie aus den vorerwähnten Gründen doch nicht mehr praktikabel.«[14]

Schließlich war den Hochschullehrern über die Einrichtung der Fachvertreterkonferenz (FVK) weiterhin großer Einfluß auf Inhalte von Ausbildung und Prüfung sicher. So stimmten sie schließlich dem überwiegend schriftlichen Prüfungsverfahren zu, wobei zusammenfassend folgende Argumente ausschlaggebend waren:

1) Nur schriftliche Prüfungen ermöglichen eine Beteiligung aller Fächer an der Prüfung.
2) Bei der Verkürzung der Studiendauer und den hohen Studentenzahlen stellt die schriftliche Prüfung das einzig praktikable Verfahren dar.
3) Durch Prüfungen,die der Erteilung der Scheine über eine »regelmäßige und erfolgreiche Teinahme« an Kursen oder Praktika vorausgehen, hat der verantwortliche Hochschullehrer Gelegenheit, sich von den praktisch-ärztlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Studierenden zu überzeugen.
4) Die exemplarisch praktisch-ärztliche Prüfung am Schluß des Studiums gibt sowohl dem Staat als auch der Fakultät die Gewißheit darüber, daß der Kandidat nicht nur Wissen, sondern auch praktisch-ärztliche Fähigkeiten erworben hat.

VI. Die Illusion studentischer Mitbestimmung im IMPP

Es ist dargestellt worden, welche Gründe Studenten hatten, gegen mündliche Prüfungen zu votieren, wie sie von der Mitarbeit in den gesetzesvorbereitenden Gremien zunächst ausgeschlossen und dann vor vollendete Tatsachen gestellt wurden. Dennoch gab es, was die schriftlichen Prüfungen anging, bis zuletzt Zustimmung unter den Studenten, da sie sich eine Institution wie das IMPP ohne ihre paritätische Mitbestimmung gar nicht vorstellen konnten.

E. Göpel[15] beschreibt diese Phase so: »Die Entwicklung war ja bis dahin immer die gewesen, daß die Beteiligung von Studenten an universitären Entscheidungen sich immer mehr ausgeweitet hatte. Ich weiß nicht, ob es 1968 oder 1969 war, wir waren schließlich bei der Drittelparität gelandet (...), bis dann, ich weiß nicht, so um 1970 rum war es wohl, die Gegenschraube angezogen wurde. Und bis dahin hatten wir das Gefühl, wir sind auf dem Vormarsch und studentische Beteiligungsrechte werden verbrieft, und es schien uns völlig selbstverständlich, daß wir studentischen Vertreter an diesem zentralen Prüfungsinstitut in irgendeiner Form beteiligt würden.«[16]

Als es schließlich aufgrund eines Staatsvertrages vom 3.3.1971 ein Institut für Medizinische (und später auch Pharmazeutische) Prüfungsfragen gab, äußerte sich dessen Direktor, Dr. Krämer auf Fragen von Studenten nach Beteiligungsmöglichkeiten in einem Interview ausweichend:

»Die Geheimhaltung wird eine sehr schwierige Sache sein. Das schließt nicht aus, daß wir Kontakt mit den Studenten suchen und herstellen

werden, um auch von ihnen zu hören, was geprüft werden sollte. Ich unterstelle, die Studenten würden uns sagen, was aus gewissen Bereichen ihrer Ansicht nach geprüft werden sollte, dann kann natürlich die Schlußfrage nicht schon vorher mit den Studenten festgelegt werden, sonst brauchen wir das Examen nicht; dann kann sogar ich als Nichtmediziner das Examen sofort ablegen.«[17]

Recht unverblümt ist dies als Absage an studentische Mitbeteiligung am IMPP zu verstehen und es hat in den folgenden Jahren nie Versuche gegeben »Kontakt mit den Studenten zu suchen«.

VII. Resümee

So bleibt nach dieser kurzen chronologischen Darstellung zu konstatieren, daß sich die Studenten mit ihrer Forderung nach einem schriftlichen Prüfungssystem zwar in einem gewissen Umfang von den Prüfern emanzipieren konnten, jedoch nicht in dem gleichen Umfang Einfluß auf Inhalte und Art der Prüfung gewinnen konnten. Bedenkt man, daß ein Haupkritikpunkt der Studenten an den AO-Entwürfen das Ausbildungsziel bzw. seine unzureichende und zu wenig auf die gesellschaftliche Funktion des Arztes zugeschnittene Definition war, und sich insofern eine Kritik an der neuen AO auch wesentlich über die inhaltliche Ausrichtung der Ausbildung begründete, so muß man feststellen, daß sie in dieser Frage ihre Vorstellungen von Ausbildungsreform nicht verankern konnten.

Gleichwohl gelang es den medizinischen Hochschullehrern, zunächst über die Fachvertreterkommission des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages (WMFT) und später über die Gutachter und Fachgesellschaften beim IMPP ihre Interessen in das neue Prüfungssystem zu integrieren.

Die Herausnahme der Überprüfung medizinischen Wissens aus dem unmittelbaren Einflußbereich der medizinischen Fakultäten geschah in der Hoffnung, auf diesem Wege das Auseinanderstreben der Einzeldisziplinen und die grenzenlose Ausweitung des zu vermittelnden Wissensstoffes durch Integration in übergeordnete Stoffgebiete zusammenzuführen und eine objektive Überprüfung des an der Universität Gelernten zu ermöglichen. In der Praxis hat dieses Verfahren zu einer Dissoziation von Lehre und Prüfungen geführt, weil die Möglichkeiten der Kommunikation zwischen prüfender Institution und Studenten und Hochschullehrern nicht ausgenutzt wurden. Will man diesen Fehler, wie mit den letzten AO-Novellen geschehen, durch zusätzliche, zufällig ausgeloste, mündliche Prüfungen an den Universitäten kurieren, so

zementiert man einen Zustand, in dem Ausbildung und Prüfung doppelgleisig laufen.

Die durchaus verständliche und auch berechtigte Kritik von Studenten an dem zentralen MC-System sollte nicht dazu verleiten, vorschnell und ohne gründliche Analyse der Ursachen für die Insuffizienz dieses Systems zu den mündlichen Prüfungen alter Prägung zurückzukehren.

Studentische Forderungen zur Reform ihrer Ausbildung haben in der Vergangenheit immer der Gefahr unterlegen, im Kräftespiel der an der Ausbildungsreformdiskussion beteiligten Gruppen verändert, verkürzt oder gar in ihr Gegenteil verkehrt zu werden. So ist mir als Student, sobald ich Kritk an dem MC-System übte, vorgehalten worden, wir, die Studenten, hätten dieses System ja gewollt, eine Aussage, die ich ohne Kenntnis der näheren Umstände nicht widerlegen oder korrigieren konnte. Ich hoffe, daß es bei der anhaltenden Diskussion um die Reform der ärztlichen Ausbildung den Studenten in Zukunft leichter fällt, in besserer Kenntnis ihrer eigenen historischen Position kontinuierlicher, fundierter und damit auch wirkungsvoller zu argumentieren.

Anmerkungen

1 G.Marsen, B.Nemitz, U.Schagen: »Das Praktische Studienjahr — Beispiel einer gescheiterten Reform in der ökonomischen Krise«, Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 2, Berlin 1977.
2 H.U.Deppe studierte von 1959-1964 Medizin in Marburg und anschließend dort Soziologie. Er ist heute Professor für Medizinische Soziologie an der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main.
3 Deppe, H.U. zitiert nach der Aufzeichnung eines Gesprächs zwischen dem Verfasser und H.U.Deppe am 12.7.1983 in Frankfurt /Main.
4 V.Sekkendorf, E.: Zum Beispiel das medizinische Staatsexamen — Bericht eines ehemaligen Studenten über die Situation an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg, vv. Ms. Hamburg, 1968.
5 FVM: Stellungnahme zum Entwurf einer BO für Ärzte, Stand 13.1.1966, in: Der Medizinstudent, 1966, Heft 4, S.18
6 Noack, H.: Kurze Zusammenfassung eines Referats über die Problematik medizinischer Prüfungen — gehalten vor der »Kleinen Kommission« zur Änderung der Bestallungsordnung am 8.2.1968 in Bonn — Bad Godesberg, vv.Ms., München, 1968.
7 Schmidt-Wiederkehr, P.: »Medizinstudenten wollen Mitspracherecht«, in: Der Deutsche Arzt 1968, S.266ff.
8 Interview mit Th.v.Uexküll (Durchgeführt von H.van den Bussche am 19.8.1982). Transcript im Besitz von H.van den Bussche.

9 Anonymus: Resolution der Medizinstudenten der Technischen Hochschule München vom 27.6.1969, Flugblatt, München 1969. (Hervorhebungen im Original).
10 Brüning, E.: »Käthe wir Kommen«; in MED.ASS., Heft 1 1969, S.7.
11 Anonymus: »Weg frei für die Reform der ärztlichen Ausbildung ...« in: DÄ 67 (1970), S.3257-3258.
12 v.Kügelen, A.vor dem WMFT am 30/31.5.1968 in Essen zitiert nach dem Protokoll des WMFT vom 30/31.5.1968, vv. Ms., Kiel 1968.
13 v.Kügelen, A.: Kurzbericht über die Arbeit der Kleinen Kommission vor dem WMFT am 30/31.5.1968 in Essen, zit. ebd.
14 ebd.
15 E.Göpel studierte von 1966-1972 Medizin in Göttingen. Er war dort Mitglied der Fachschaftsvertretung und Deligierter auf zahlreichen FVM-Tagungen. Als studentischer Vertreter nahm er auch an Sitzungen der Kleinen Kommission teil. Der Verfasser führte am 26.6.1983 ein Gespräch mit E.Göpel in Bielefeld.
16 Tonbandaufzeichnung des Gesprächs mit E.Göpel am 26.6.1983 .
17 Fachkonferenz Medizin im VDS: Interview mit H.J.Krämer, in: vds sonderinformationsdienst — Materialien zur Studienreform, vv. Ms., Frankfurt/Main 1972.

Petra Botschafter und Martin Moers

Pflegewissenschaft und Pflegenotstand

Einrichtung eines Studienganges »LehrerIn der Pflege« an der Freien Universität Berlin?

Nachdem von 1976 bis 1982 an der Freien Universität Berlin der Modellstudiengang »Lehrer/in für Kranken- und Kinderkrankenpflege« erfolgreich durchgeführt wurde, scheiterte seine Institutionalisierung vordergründig an Haushaltsvorgaben. Entscheidend waren dagegen die politischen und hochschulpolitischen Widerstände. Aktiv hatte sich seinerzeit der medizinische Vizepräsident Brückner bei den Senatsverwaltungen »Gesundheit, Soziales und Familie« und »Wissenschaft und Forschung« für eine Ablehnung eingesetzt.

Die sechsjährige Arbeit wurde abschließend von der Senatsverwaltung für Gesundheit zusammengefaßt: »Es handelt sich im wesentlichen um ein kämpferisches Studium für eine vom Arzt und von anderen Akademikern sowie gegenüber dem Betrieb Krankenhaus unabhängigere Krankenpflege. An die Stelle der aufgegebenen Bezüge tritt das Konzept der Pflegepersonalbezogenheit.

Als Konsequenz daraus erwächst im Hinblick darauf, daß Lehrkräfte herangebildet werden sollen, die Gefahr eines Primats der Eigenbrötelei. Von solchen Lehrkräften ausgebildete Krankenpflegeschüler brauchten m.E. eine andere als die reale berufliche Wirklichkeit, wenn sie eine Chance haben sollen, in ihrem Beruf zurechtzukommen.« (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Familie, 1983).

Konzept und Zielrichtung des Modellstudienganges wurden klar erkannt. Die daraus gezogene Schlußfolgerung macht deutlich, was hinter den Widerständen steht. Wenn das Konzept einer theoretisch eigenständigen, patienten- und personalorientierten Pflege Eingang findet in die Ausbildungspraxis, wird sich notwendig auch die Pflegepraxis verändern. Das Verhältnis zur Medizin, zu anderen Wissenschaften und zum Betrieb Krankenhaus wird davon nicht unberührt bleiben. Die Tage des pflegeleichten, dem Arzt assistierenden, sich für alles zuständig fühlenden, bis zum Umfallen schuftenden und die eigene materielle und psychosoziale Situation ignorierenden Pflegepersonals wären gezählt.

Die rot-grüne Koalition in Berlin und die den Hochschulen zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel haben Bedingungen geschaffen, die

einem erneuten Versuch, den Studiengang zu institutionalisieren, zumindest eine Chance versprechen.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung eines entsprechenden Antrages an die zuständigen Gremien der FUB entstand ein Papier, in dem die Begründung für einen solchen Studiengang zusammengefaßt wurde. Das Papier bildet die Grundlage für diesen Artikel.

1. Notwendigkeit einer Verwissenschaftlichung der Pflege

Krankenpflege gilt in der Bundesrepublik als praktischer Beruf. Die dreijährige Ausbildung ist in einem eigenen Gesetz geregelt. Dabei ist nicht die Tätigkeit, die Pflege des kranken oder pflegebedürftigen Menschen, gesetzlich geschützt, sondern nur die Berufsbezeichnung »Krankenschwester/-pfleger«. Die Bezugswissenschaft ist bisher die Medizin.

Für die Einrichtung eines Studienganges im Zusammenhang mit der Pflege stellt sich daher die Frage nach der Notwendigkeit der Akademisierung der Pflege.

Ein Hauptgrund liegt in den gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte. Im 19. Jahrhundert ist die Krankenpflegeausbildung als medizinische Assistenztätigkeit angelegt worden, wobei sich die Medizin zunehmend als Naturwissenschaft verstand. Seit dieser Zeit haben erhebliche demographische und soziale Veränderungen stattgefunden, deren Hauptmerkmale die Verstädterung und die Auflösung der festen familiären Sozialstrukturen sind. Mit der Zunahme der Lebenserwartung und der Häufung von chronischen Krankheiten, besonders im Alter, führte dies zu einem enormen Zuwachs an Pflegeaufgaben. Diese Aufgaben liegen verstärkt im Bereich der psychosozialen Betreuung der Patienten, der Rehabilitation, der Gesundheitsvorsorge und -beratung.

Diese Aufgaben lassen sich schon längst nicht mehr mit dem caritativen Versorgungsmodell der Pflege lösen, ebenso wenig wie mit dem medizinischen Assistenzmodell. Vielmehr braucht Pflegepersonal zusätzlich ein fundiertes pflegetheoretisches, aber auch pädagogisches, psychologisches und soziologisches Wissen, um besonders im Kommunikations- und Interaktionsbereich selbständig und zielgerichtet Menschen betreuen zu können. Um diesen Aufgaben gerecht werden zu können, muß Krankenpflege letztlich ein gleichberechtigter, entscheidungsbefugter Partner innerhalb der Gesundheitsberufe sein, denn pflegerische Betreuungsaufgaben lassen sich nicht unter medizinische Tätigkeiten subsumieren. Eine Professionalisierung kann nur aufgrund

einer Verwissenschaftlichung der Pflege erreicht werden, wie sie in zahlreichen Ländern längst praktiziert wird.

Ein weiterer Grund für eine notwendige wissenschaftliche Basis der Pflege liegt in den erhöhten Anforderungen an die Pflege durch die technologische Medizin.

Der Pflege sind dabei zahlreiche Aufgaben zugewachsen, die im Gefolge dieser Technisierung vor allem der Krankenhäuser entstanden sind: Managementaufgaben, Verwaltungstätigkeiten und der Umgang mit hochkomplizierter Technik. Eine hochtechnisierte Medizin und sozial isolierte Patienten erfordern ein fachlich-technisch wie psychosozial-betreuerisch qualifiziertes Personal. Die Begleitung und Betreuung eines psychisch Kranken, eines Leukämiepatienten mit Zytostatikatherapie, eines AIDS-Kranken oder eines polymorbiden, alleinstehenden alten Menschen zu Hause sind keine Aufgaben, die ohne pflegerische Konzepte auf wissenschaftlicher Grundlage bewältigt werden können.

Diese Konzepte sind auch für eine an den Bedürfnissen des kranken Menschen orientierte Kritik der Medizintechnik erforderlich. Längst nicht jede neue OP-Technik, die im naturwissenschaftlichen Sinne einen Fortschritt der Medizin darstellt, trifft die individuellen Bedürfnisse eines kranken Menschen. Eine ganzheitliche Sicht der Lebenssituation eines Patienten erfordert mehr als die Diagnose eines erkrankten Organs. In diesem Feld liegen wichtige Aufgaben der Pflege.

Und als drittes Argument: Seit Jahren verstärkt sich wieder einmal der Gegensatz zwischen den ständig wachsenden Anforderungen an die Pflegekräfte und den fehlenden Möglichkeiten, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Aufgrund dieses Widerspruchs steigt die Berufsunzufriedenheit bei den Pflegenden. Hohe Fluktuation, schlechtes Arbeitsklima und Abwanderung gerade der qualifizierten Pflegenden in andere Berufe und berufsfremde Studiengänge führen zu einem Teufelskreis, der sich in Demotivierung der Pflegenden und mangelnder Qualität in der Ausübung des Berufs bemerkbar machten.

Der aktuelle Pflegenotstand ist nicht der erste in der Geschichte des Berufs. Vielmehr treten die Krisen der Pflege geradezu zyklisch auf (Seidler 1966). Die Pflege hat schon lange unter ihrer mangelnden Professionalität zu leiden, die ihr bisher gerade als Frauenberuf verweigert wurde (Bischoff 1984). Zu 85 % von Frauen ausgeübt, ist die Eingliederung der Pflege in den Hochschulbereich darüberhinaus ein konkreter Schritt der Frauenförderung.

Es ist nun eine wohlbekannte Erkenntnis der Berufssoziologie, daß

eine höherqualifizierte Ausbildung und Bildung in Verbindung mit einem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich die Motivation und Berufszufriedenheit deutlich erhöht. Pflegenotstand ist auch ein Bildungsnotstand und eine Verwissenschaftlichung der Pflege ist ein Mittel zur langfristigen Behebung der krisenzyklisch auftretenden Notstandssituationen. Qualifizierte Pflegekräfte, die heute ein Studium der Medizin oder der Sozialwissenschaften aufnehmen, tun dies mangels pflegebezogener Studienangebote.

Das langfristige Ziel einer Reform muß es daher sein, das Fach Pflege an den Universitäten zu installieren, um die Möglichkeit zu Pflegewissenschaft und Pflegeforschung zu eröffnen. Diese Möglichkeit ist in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern längst gegeben und hat dort zu einer Weiterentwicklung der Pflegetheorien und zu professionellem, gleichberechtigtem beruflichen Handeln der qualifizierten Pflegekräfte im Team der Gesundheitsberufe geführt.

Daß diese Zusammenhänge heute in der Bundesrepublik, auch auf der politischen Ebene erkannt sind, davon zeugen die Bestrebungen in fast allen Bundesländern, Aus- und Weiterbildungsgänge für Pflegende an Fachhochschulen und Universitäten einzurichten.

2. *Ansatz bei der Lehrerbildung*

Kurzfristig wird als erste Maßnahme die Einrichtung des Studienganges für Pflegelehrkräfte an der FU Berlin angestrebt. Dies soll in einer Weiterentwicklung des Modellversuchs von 1978-1982 unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse und Gutachten geschehen.

Bei der Lehrerbildung anzusetzen erscheint angesichts der strukturellen und personellen Schwierigkeiten eines gänzlich neuen Faches an der Universität aus zwei Gründen besonders geeignet. Erstens sind durch die Vorarbeiten des Modellversuchs die wesentlichen konzeptionellen und curricularen Arbeiten geleistet. Zweitens, und das ist der Grund, der seinerzeit auch zur Durchführung des Modellversuchs geführt hat, ist Lehrkräftequalifizierung ein dringendes Problem in der Pflege. Da die Ausbildung nur so gut sein kann wie die Ausbilder, mit der Qualität der Ausbildung aber die Zukunft des Berufes steht oder fällt, ist es dringend notwendig, mit Reformen an der Schnittstelle von Theorie und Praxis, also an den Ausbildungsstätten anzusetzen. Überdies ist dort der Multiplikationseffekt für die neuen beruflichen Grundlagen am größten, da der Ansatz bei den institutionalisierten Orten des Lernens, den Krankenpflegeschulen, schneller greifen kann als die

ebenfalls zu leistende Neuorganisation der Fort- und Weiterbildung für alle stationär und ambulant arbeitenden Pflegekräfte.

In einem universitären Vollzeitstudium ausgebildete Lehrkräfte können im Gegensatz zu den herkömmlich weitergebildeten Unterrichtsschwestern/-pflegern Motor für diese und andere notwendigen Strukturreformen in der Pflege sein.

Im übrigen ist grundsätzlich nicht einzusehen, warum LehrerInnen in der Pflege mit einer ein- bis zweijährigen Weiterbildung auskommen sollen, die sie zudem selbst bezahlen müssen, während es für jeden anderen Beruf eine akademische Lehrerqualifikation gibt, die staatlich kontrolliert und gefördert ist. Die LehrerInnen der Pflege müssen bereits heute eine fachliche und pädagogische Lehrtätigkeit im vollen Sinne leisten, ohne daß sie das nötige wissenschaftliche Rüstzeug dafür vermittelt bekommen.

3. Die Defizite der jetzigen Krankenpflegeausbildung

Die Problematik läßt sich am besten beschreiben, wenn man von der aktuellen Ausbildungsform in den Krankenpflegeschulen ausgeht. Das Hauptproblem der theoretischen Ausbildung ist die Orientierung am Leitbild der Medizin, die seit dem letzten Jahrhundert ungebrochen besteht (Käppeli 1988, S. 20ff; Dittrich 1987, S. 28Iff).

Dem stehen die Pflegetheorien gegenüber, die seit 20 Jahren und mehr entschieden von der Eigenständigkeit des Pflegeberufs ausgehen. Die postulierte Eigenständigkeit der pflegerischen Inhalte schlägt sich in Aufbau und Gestaltung des Unterrichts nicht nieder. Der Unterricht der ärztlichen DozentInnen in den medizinischen Fächern und anderer akademischer DozentenInnen in Fächern wie Physik, Chemie, aber auch Psychologie, Soziologie und Pädagogik steht im Mittelpunkt der Ausbildung.

Der Dozentenunterricht steht in den verschiedenen Fächern beziehungslos nebeneinander. Die Synthese dieser schwierigen Inhalte wird von den PflegeschülerInnen erwartet, die damit überfordert sind. Der Unterricht in Krankenpflege kann diese Synthese ebenfalls nicht leisten, die darin bestehen müßte, die verschiedenen Wissensgebiete in ein theoretisches Konzept der Pflege zu integrieren. Im Krankenpflegeunterricht wird hingegen oft die Assistenztätigkeit zum medizinischen Handeln betont, so daß der Unterricht auf dem Niveau von Handlungsanweisungen für die praktische Tätigkeit stehen bleibt (waschen, betten, pulsen, OP vorbereiten ...), während die Ebene der Pflegetheorie (Patientenorientierung in geplanter Pflege aufgrund eines Konzeptes)

selten erreicht wird. Die notwendige Folge einer theoretischen Eigenständigkeit der Pflege ist aber, daß die medizinischen und anderen Grundlagenfächer als Hilfsdisziplinen für das Fach Krankenpflege fungieren müssen, das selbst im Mittelpunkt der Ausbildung zu stehen hat, um diese pflege- und patientenorientiert und nicht nur krankheitslehreorientiert gestalten zu können (Dittrich 1987, S. 284).

4. Defizite der jetzigen LehrerInnenqualifikation

Diese Neuorientierung ist umso dringlicher geworden, seit mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1985 als Ausbildungsziel unter anderem die »sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten« gefordert ist (§ 4 (1) 1). Dieses Ausbildungsziel ist mit dem dozentenzentrierten Ausbildungsmodell nicht zu erreichen, da dieses nichts zu einem genuinen Pflegeverständnis beitragen kann. Die LehrerInnen für Krankenpflege sind überfordert, wenn ihrem Fach allein die Erreichung dieses Ausbildungszieles übertragen wird.

In der Berufsgruppe der Unterrichtsschwestern und -pfleger hat gerade nach dieser Gesetzesnovelle ein Umdenken über ihre Aufgaben stattgefunden. Die Arbeitsgemeinschaft der Unterrichtsschwestern und Unterrichtspfleger in Berlin e.V. (AG USUP) hat 1987 einen Arbeitskreis unter Leitung des Erziehungswissenschaftlers Prof. Dr. T. Rülcker eingerichtet, der den Auftrag hat, ein wissenschaftlich fundiertes Curriculum zu erstellen, das eine Pflege- und Patientenorientierung des Unterrichts ermöglichen soll. Die AG USUP stellt sich damit hinter die Forderung nach einer wissenschaftlichen Lehrerqualifizierung. (Ein Beschluß der Bundesarbeitsgemeinschaft ist in Vorbereitung).

Die bisherige Ausbildung der Lehrkräfte in der Krankenpflege wiederholt spiegelbildlich die Situation an den Krankenpflegeschulen. Die Konzeption herkömmlicher Weiterbildungslehrgänge geht vielfach von Struktur und Inhalten der Krankenpflegeausbildung aus: die Vielzahl der Fächer nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung wird von einer ebenso großen Zahl von DozentInnen — die Mehrzahl davon nebenberuflich tätig — ohne Bezug zueinander unterrichtet. Damit ist eine Pflege- und Patientenorientierung schlechterdings nicht gegeben.

Schlüsselt man diesen Anspruch nach Pflege- und Patientenorientierung auf in Kenntnisse und Fähigkeiten, die eine Unterrichtsschwester erwerben muß, damit über die Auszubildenden eine Umsetzung des Anspruchs in Gang kommt, ergeben sich folgende Mängel an der Weiterbildung:

— Kenntnisse über und Weiterentwicklung von Theorien und Konzepten der Pflege;
— Fertigkeiten wissenschaftlichen Arbeitens (Bedingung z.B. für den Umgang mit dem Pflegeprozeß und seinen einzelnen Schritten);
— Fähigkeiten, pflegerelevante Fragestellungen an die beteiligten Wissenschaften zu stellen und sie einer Lösung zuzuführen (z.B. gesellschaftliche Bedingungen der Pflege, Pflege als Frauenberuf, Krankheitsverständnis der Pflegenden);
— Fertigkeiten und Fähigkeiten, Unterricht entsprechend dem Anspruch zu planen und durchzuführen; d.h. auch ganzheitliche Curricula für spezifische Teilgebiete entwickeln zu können.

(Botschafter, Bischoff, Schagen 1982)

5. *Hauptaufgaben einer Neuorientierung der LehrerInnenqualifikation durch den geplanten Studiengang*

Die festgestellten Defizite können nur durch eine wissenschaftliche Lehrerausbildung behoben werden. Ein akademisches Vollzeitstudium von acht Semestern würde außerdem die Angleichung an die Berufsschullehrerqualifikation herstellen. Mit dem Studiengang sind die folgenden Ziele verbunden:

Systematische fachliche und pädagogische Qualifizierung der Lehrkräfte. — Dadurch soll eine Erweiterung der Lehrtätigkeit auf Gebiete, die heute nebenamtliche Dozenten ausüben, erreicht werden. Dies ist nötig, um die Unterrichtsinhalte pflegebezogen integriert anbieten zu können. Um diese Integrierung der Inhalte zu erreichen, muß eine Pflegewissenschaft entwickelt und Pflegeforschung initiiert und durchgeführt werden.

Verringerung des Theorie-Praxis-Gefälles in der Pflege. — Mit der Koordinierung des theoretischen und praktischen Unterrichts mit der praktischen Ausbildung durch die Lehrkräfte und ihrer Beteiligung an der Unterweisung und beruflichen Ausbildung der Auszubildenden (Europäisches Übereinkommen, 1972) ist perspektivisch die Gewähr gegeben, die Schere zwischen theoretischer Ausbildung und Pflegepraxis zu verringern bzw. zu schließen. Die klinische Anleitung steht bisher in der Verantwortung der Stationsleitungen, die aber mit Routine- und Verwaltungsarbeiten mehr als ausgelastet sind, so daß hier erhebliche Defizite bestehen. Ähnliches gilt für den bislang vernachlässigten Bereich der ambulanten Pflege, für den spezifische Pflegekonzepte erst noch zu erstellen sind.

Weiterhin sollen die pflegetheoretischen Ansätze und Ergebnisse der internationalen Pflegeforschung in die Lehre umgesetzt werden. Dies dient einer Neuorientierung der Aus- und Fortbildung an einem humanistischen, ganzheitlichen Modell von Pflege. Langfristig soll dadurch eine Verbesserung der Pflegepraxis erreicht werden.

Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes. — Mit der Eröffnung von Perspektiven der pflegerischen Arbeit durch Pflegemodelle, Pflegeforschung u.ä. und mit den Aufstiegsmöglichkeiten für Pflegekräfte soll über eine verbesserte Berufsmotivation eine Senkung der überhohen Fluktuation im Pflegeberuf erreicht werden.

6. *Inhalte des geplanten Studienganges*

Die Ergebnisse und Erfahrungen des Modellversuchs lassen sich im wesentlichen in drei Punkten zusammenfassen, an die mit geringen Veränderungen angeknüpft werden kann:

— Krankenpflege muß als eigenständiges Fach begriffen werden, das andere Disziplinen im Sinne von Hilfs- oder Grundlagenwissenschaften benötigt und benutzt.
— Die grundlegende Orientierung der Pflege ist nicht der kurativ-naturwissenschaftliche Ansatz der Medizin, sondern die Patientenorientierung, die von den Grundbedürfnissen des Patienten her die Pflege prozeßhaft plant.
— Um die Situation der beruflichen Pflege zu verbessern, ist es unabdingbar, die materiellen und psychosozialen Bedürfnisse des Pflegepersonals zu berücksichtigen, ohne die eine patientenorientierte Pflege nicht umsetzbar ist.

(Botschafter, Bischoff, Schagen, 1982, S. 12/13).

Die Ausarbeitungen des Modellversuchs beinhalten einen ausführlichen »Themenkatalog Krankenpflege«, bestehend aus den beiden Teilen »Krankenpflege in ihren Bezugssystemen«, die die berufliche und gesellschaftliche Situation der Pflegenden bearbeitet und »Die 21 Pflegeprobleme«.

Die pflegetheoretischen Grundlagen bei der Erarbeitung des Curriculum für den Modellstudiengang bildeten zunächst der Ansatz von V. Henderson (1969), von den menschlichen Grundbedürfnissen her, pflegerisches Handeln zu bestimmen und das Konzept der Patientenorientierung von Abdellah et al (1973).

Die Auseinandersetzung mit beiden Konzepten erfolgte in bezug auf die formulierten Ziele des Modellstudienganges: Entwicklung der Pflege als eigenständiges Fach (Professionalisierung), Infragestellen

der bisherigen Ableitung pflegerischen Handelns allein aus der Medizin (Assistenzmodell) und Entwicklung eines neuen beruflichen Selbstverständnisses (Überwindung der Vorstellung von Pflege als caritatives Fürsorgemodell).

Bei der Frage, was können beide o.g. pflegetheoretischen Konzepte zur Erreichung des Ziels beitragen, wurde ihre Unzulänglichkeit schnell deutlich. Das entscheidende Defizit beider Theorien liegt darin, daß von denen, die pflegen, offensichtlich völlig abstrahiert wird; sie existieren nicht, jedenfalls nicht als selbständig handelnde Subjekte mit den — jedem berufstätigen Menschen eigenen — Bedürfnissen. Die Umsetzung wie auch immer ausgestalteter patientenorientierter Pflegemodelle sind zum Scheitern verurteilt, werden die Bedürfnisse der Pflegenden nicht von vorneherein gleichberechtigt mit einbezogen. Ein neues berufliches Selbstverständnis läßt sich nicht entwickeln, finden die Bedingungen der Arbeit und die Forderung nach Verbesserung keinen Eingang in Lehre und Forschung, in Aus- und Weiterbildung.

Es wurde versucht die Ansätze in diese Richtung weiterzuentwickeln.

Es hat in den Jahren nach Abschluß des Modellversuchs eine Weiterentwicklung der pflegetheoretischen Ansätze in bezug auf die Pflegeprobleme gegeben, während der Ansatz der Eigenständigkeit der Pflege beibehalten wird. Die Positionen des Modellversuchs zu dem Zusammenhang von Patienten- und Personalorientierung sind dagegen nach wie vor innovativ, sie werden von den pflegetheoretischen Ansätzen auch heute nicht berücksichtigt. Gleichwohl nimmt die Literatur zu den Phänomenen dieses Komplexes zu (Burisch 1987).

Abdellahs Konzeption der Pflege, die in der Darstellung von Pflegeproblemen besteht und diese in biologisch-medizinische und sozialwissenschaftliche Aspekte unterteilt, entspricht ihrer Definition von Pflegewissenschaft: »Nursing science is defined as a body of cumulative scientific knowledge that ist drawn from the physical, biologic and behavioral science, and that, by the process of synthetization, becomes uniquely nursing.« (Abdellah 1973, S. 22).

Demgegenüber sehen viele Theoretikerinnen der Pflege die Eigenständigkeit der Pflege schon in ihrem Gegenstandsbereich, den menschlichen Grundbedürfnissen, und einer eigenständigen Konzeption dieses Bereichs, die nicht erst durch Synthese aus anderen Wissenschaften entsteht. Orem (1985) definiert Pflege beispielsweise von den Selbstpflegefähigkeiten des Menschen her und kommt auf diesem Weg zu einem eigenständigen theoretischen Ansatz, der »Selbstpflege-Defizit-Theorie«.

Für sich genommen kann keiner der bestehenden theoretischen Ansätze alle Phänomene der Pflege erklären, so daß für eine Begründung

des Studienganges, für sein inhaltliches Konzept, von einer Kombination mehrerer Ansätze auszugehen ist.

Für die Anwendung einer Konzeption der Pflege im Planungsinstrument des Pflegeprozesses heißt dies, daß die Erarbeitung von Pflegezielen anhand der festgestellten Pflegeprobleme von einem Konzept der Pflege geleitet sein muß. Ebenso ist Pflegeforschung ohne eine eigenständige Konzeption von Pflege nicht möglich.

7. *Zum internationalen Forschungsstand theoretischer Konzepte in der Pflege (Pflegetheorien)*

Die Entwicklung der Pflegetheorien ist gekennzeichnet durch die lebhafte Diskussion der letzten 20 Jahre über die patientenorientierte Pflege, die in den USA begonnen hat, aber zunehmend auch die Diskussion in der Bundesrepublik bestimmt (Marriner 1986; Wanner 1987; Kaufmann 1988; Steppe 1989; Aggleton u.a. 1989).

Die deutsche Pflegeforschung selbst ist wenig entwickelt, ihre Ergebnisse finden sich meist verstreut als kurze Beiträge in Fachzeitschriften und haben von daher wenig Einfluß auf die berufliche Praxis. Im Jahre 1988 ist das erste eigenständige, d.h. professionelle und nur von Pflegekräften durchgeführte Pflegeforschungsprojekt in der BRD in die Förderung der Bundesregierung aufgenommen worden (BMJFFG 1989, S. 6).

In einem Diskussionspapier der WHO-Europa 1987 wird der Diskussionsstand für die BRD richtig gekennzeichnet: über die Hauptthemen des theoretischen Rahmens besteht weitgehend Einigkeit, die Ausfüllung dieses Rahmens durch Pflegeforschung hingegen ist so gut wie nicht geleistet. Die Hauptthemen der Pflegetheorien sind:

- Die Betreuung der Grundbedürfnisse des Menschen in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens als Hauptaufgabe der Pflege (Henderson 1969, Roper 1987, Juchli 1987);
- die Interaktion der Pflegenden mit dem Patienten; Pflege vor allem als Beziehungsprozeß (King, Orlando, Peplau, s. u.a. bei Marriner 1986);
- die Neuorientierung der Pflege, die sich nicht länger am Stationsablauf im Krankenhaus, sondern an den Bedürfnissen des Patienten orientieren soll. Dies soll mit den Planungsmitteln des Pflegeprozesses erreicht werden, der vor allem Elemente aus der Kybernetik und der Informationstheorie enthält und zur wissenschaftlichen Einschätzung von Handlungen dient (Abdellah et al. 1960 und 1973; Yura, Walsh 1967);

— die Selbständigkeit und die Verantwortlichkeit, d.h. die Professionalität des Pflegeberufs, der sich aus der Rolle des caritativen Versorgungsdienstes lösen muß (Ostner 1979, Bischoff 1984).

Im Ausbildungsbereich hat sich das Konzept der patientenorientierten Pflege in Verbindung mit dem Ansatz bei den menschlichen Grundbedürfnissen zumindest für den theoretischen Unterricht durchgesetzt. Dies zeigt sich im Lehrbuch von L. Juchli, dem Standardwerk für Krankenpflege im deutschsprachigen Raum, in dem dieses Konzept in den letzten Auflagen immer stärkere Berücksichtigung findet (Juchli 1979ff.).

In Europa ist das aus den USA kommende Konzept, von den Grundbedürfnissen auszugehen, am weitesten verbreitet (Henderson 1969; Marriner 1986). Dieser Ansatz wurde von der britischen Lehrbuchautorin Nancy Roper (1987) weiterentwickelt, deren Arbeit nun auch in deutscher Übersetzung vorliegt.

Die pflegerelevanten Grundbedürfnisse sind von der o.g. Schweizer Autorin Liliane Juchli (1987) mit der Bedürfnispyramide der Humanpsychologie nach Maslow in Beziehung gesetzt worden.

Der Nachteil des Ansatzes von Virginia Henderson liegt darin, daß den Pflegenden »milder Paternalismus« im Umgang mit den Patienten nahegelegt wird: der Interaktionsaspekt wird hauptsächlich unter dem Fürsorgegedanken gesehen. Ganz deutlich wird dies bei Vera Tschudin (1986 und 1988), die Pflege als »Caring Relationship« definiert, also vom Pflegenden her denkt.

Dieser Gefahr des Paternalismus begegnet die amerikanische Theoretikerin Dorothea Orem mit ihrer »Selbstpflegedefizit-Theorie«, die vom gesunden Menschen und seinen Selbstpflegefähigkeiten aus denkt. Die Pflege tritt mit ihren verschiedenen Pflegesystemen (Substitution, Assistenz, Edukation u.a.) erst bei Defiziten der Selbstpflegefähigkeit durch Krankheit, Alter, Behinderung o.ä. auf den Plan (Orem 1985).

Andererseits gibt es zahlreiche amerikanische Pflegetheoretikerinnen, die den Interaktionsaspekt der Pflege betonen, wenn sie Pflege als Beziehungsprozeß darstellen (King, Orlando, Peplau, s.u.a. bei Marriner 1986). In der Tat gibt es bei jeder Pflegehandlung die Funktionsebene (z.B. einem Patienten zu trinken geben) und die Interaktionsebene (den Patienten ansprechen, ihm Mut machen, ihm zeigen, daß es sich für ihn lohnt, gesund zu werden, usw.). Ohne diese Interaktionsebene wäre jede Pflegehandlung eine bloße Versorgung im Gegensatz zu einer zielgerichteten und patientenorientierten Pflege. Es gibt viele Bereiche, in denen der Interaktionsaspekt der Pflege überwiegt, wie in der Gesundheitserziehung oder bei der Pflege psychisch Kranker.

Darüber hinaus ist Kommunikation selbst schon als Grundbedürfnis ausgewiesen (Henderson). Jedoch birgt ein einseitiger Ansatz bei der Interaktion die Gefahr in sich, die anderen Grundbedürfnisse aus den Augen zu verlieren. Der Interaktionsaspekt läßt sich in den Rahmen der Grundbedürfnistheorie einarbeiten, ohne daß hier ein Bruch entstünde.

Dasselbe gilt für die Arbeit der Theoretikerinnen, die vom Ergebnis der Pflege beim Patienten ausgehen (Johnson, Roy, Rogers u.a.). Ihr Konzept der bestmöglichen Adaption des Patienten an seine durch Krankheit hervorgerufenen Beeinträchtigungen läßt sich auf kreative Weise mit dem Grundbedürfniskonzept verbinden, wie dies im Planungsmodell des Pflegeprozesses weitgehend geschehen ist. Daran zeigt sich die hohe Integrationskraft des Planungs- und Einschätzungsinstrumentes »Pflegeprozeß« für die Pflegetheorien.

Dies kann man an einer »Arbeitsdefinition« von Pflege illustrieren, wie sie von der Kanadierin Marion McGee 1975 gegeben wurde:

»Nursing is a process of nurse-patient interaction that stems from the assessment of a patient's needs and levels of functioning and that is designed to optimize the patient's adaptability through modification and/or reinforcement of the environment, of behavior, and biological care and maintenance. The process can be accomplished through the use of nursing care strategies in appropriate measure.« (Carmi, Schneider 1985, S. 30).

8. Wo sollte Pflege als wissenschaftliches Fach angesiedelt werden?

Mit der Zuordnung des beantragten Studienganges werden wichtige Grundentscheidungen über die Zielsetzung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung getroffen. Es geht letztlich um die Frage, ob Pflege eine soziale Handlung ist, deren Bezugswissenschaft die Sozialwissenschaften wären, oder ob Pflege eine Subspezies des medizinischen Handelns in Diagnostik und Therapie ist, deren Bezugswissenschaft die Medizin sein müßte. Um diese Frage zu entscheiden, ist ein kurzer Blick auf das Selbstverständnis von Pflege, bzw. Medizin vonnöten.

Die Medizin als Wissenschaft definiert sich heute vornehmlich über die empirische Methodik der modernen Naturwissenschaften. Das heißt, daß ihre Forschungsergebnisse in Diagnostik und Therapie meßbar und im Experiment wiederholbar oder zumindest in kontrollierten Erfolgsbeobachtungen von Behandlungen nachvollziehbar sein müssen. Dies geschieht z.B. in den randomisierten Doppelblindstudien zur Wirkung von neuen Medikamenten oder in der Langzeitbeobachtung

von operierten Patienten, z.B. Transplantatempfängern oder prothetisch versorgten Patienten.

Ziel der Erkenntnis sind allgemeine Regeln über Krankheiten, es geht nicht um den einzelnen Menschen. Dabei ist unbestritten, daß die Behandlung dem einzelnen Patienten zugute kommen soll, methodologisch ist das jedoch für medizinische Wissenschaft und Forschung irrelevant. In der Anwendung medizinischen Wissens geht es für den Arzt jedoch darum, in einem konkreten Einzelfall zur Heilung eines bestimmten Patienten beizutragen. Dabei ist das Ziel der Erkenntnis nicht mehr die allgemeine Regel (Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, als Beispiel), sondern der Zustand des Patienten (Welche Maßnahme hilft Herrn Maier, wenn er außer einer Tbc noch andere gesundheitliche Probleme hat, bei denen ein längerer Krankenhausaufenthalt schädlich wäre). Hier zeigt sich, daß die Zuordnung der Medizin zu den Naturwissenschaften nicht bruchlos möglich ist. Für die naturwissenschaftliche Denkungsweise ist der Mensch ein biologisch funktionierender und gelegentlich reparaturbedürftiger Organismus. Diese Betrachtungsweise reicht für den Arzt als Praktiker nicht aus. Er muß den einzelnen Menschen in den Blick bekommen. Die Medizin hat einen Doppelcharakter von theoretisch-naturwissenschaftlicher Wissenschaft und praktisch-handelnder Wissenschaft (Wieland 1975).

Mit der fortschreitenden Technisierung der Medizin ist die naturwissenschaftliche Denkungsweise immer mehr in den Vordergrund gerückt, da die Technik überragende Möglichkeiten zur kausalen Behandlung von Krankheiten versprach. Dieser Optimismus hat sich nicht in der erwünschten Weise bestätigt: Spitzentechnologie in der Medizin führt nicht zur besseren Gesundheit und höheren Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung (Abholz 1981). Kritiker der Fixierung auf die naturwissenschaftliche Methodik in der Medizin wie der bekannte Psychosomatiker von Uexküll betonen sowohl eine ganzheitliche Auffassung vom Menschen, die die individuelle und soziale Wirklichkeit einschließt, als auch den Handlungscharakter der Medizin, wobei es darum geht, mit dem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen (von Uexküll, Wesiack 1988).

Ziel des medizinischen Handelns bleibt jedoch immer die Erkenntnis über Krankheiten und ihre möglichst kausale Behandlung.

Die Pflege des Kranken oder aus anderen Gründen pflegebedürftigen Menschen hat demgegenüber ein anderes Ziel. Es geht darum, dem einzelnen kranken Menschen bei der Wiedergewinnung seiner Unabhängigkeit zu helfen. Dies kann entweder durch Hilfe bei der Wieder-

gesundung des Patienten geschehen — und hier liegt der Bereich der Zusammenarbeit mit der Medizin — oder durch Hilfe bei der Bewältigung der Folgen einer Krankheit. Wenn das alles nicht mehr möglich ist, besteht die Aufgabe der Pflege darin, dem Kranken einen friedlichen und würdigen Tod zu ermöglichen. Die Pflege sieht den kranken Menschen nicht in erster Linie als behandlungsbedürftiges Wesen, sondern als ein denkendes, fühlendes, sozial handelndes Wesen, das in seinen Fähigkeiten eingeschränkt ist, und dem die Pflege helfen muß, diese Einschränkungen zu überwinden oder zu lernen, sie in seine Lebensbewältigungsstrategien zu integrieren.

Das spezifische Wissen der Pflege ergibt sich aus der Betreuung der Grundbedürfnisse, bei der die Pflege eine wichtige Vermittlerrolle zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, aber gleichermaßen auch zu anderen Bezugsgruppen des Patienten hat, wie Verwandten, Freunden, Arbeitskollegen usw. Dabei spielen neben technischen und spezifisch therapeutischen viele vorbeugende und gesundheitserzieherische Maßnahmen eine Rolle. Dazu braucht die Pflege neben medizinischem Wissen viel Wissen aus der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie, Wissen aus der Seelsorge, usw.

Die Pflege braucht aber vor allem pflegespezifisches Wissen, über das sie sich in theoretischen Konzepten Klarheit verschaffen muß und das sie in der Praxis weiter erforschen muß. Die Pflegeforscherin Ruth Schröck, die in Edinburgh Professorin für Krankenpflege war und jetzt an der Fachhochschule Osnabrück lehrt, kommt nach einer Darstellung der Aufgaben der Pflege zu folgendem Schluß: »Aus der hier vorgelegten Konzeption der Pflege des kranken Menschen wird jedoch auch deutlich, daß die Essenz der Pflege zwischenmenschliche Verbindungen und Handlungen sind, deren Erforschung methodologische Probleme aufwirft, die allen Sozialwissenschaften eigen sind.« (Schröck 1988, S. 87).

Methodische Entscheidungen der Medizin haben auch in der Vergangenheit immer wieder Auswirkungen auf das Verhältnis verwandter Fächer zu ihr gehabt. So hat sich die Psychologie spätestens seit der Psychoanalyse von Freud, Adler, Jung, Reich und anderen von einer Medizin wegbewegt, die sich auf die naturwissenschaftlich-technische Sichtweise des Menschen festgelegt hatte. Dies hat sich dann auch in der Etablierung der Psychologie als eigenem Fach an der Universität ausgedrückt.

Die quantitativ-messende Methode der modernen empirischen Naturwissenschaften ist an der Materie orientiert. Im Falle der Medizin bedeutet dies die Orientierung am Organ, Organsystem oder der Zelle.

Diese Methode ist nicht hinreichend geeignet für die Erklärung und Beeinflussung des menschlichen Verhaltens und des sozialen Handelns. Dazu müssen die Methoden der Sozialwissenschaften herangezogen werden, die das menschliche Handeln, die Interaktion und Kommunikation sowie die Bewertung von Lebenserfahrungen und Lebensereignissen in den Blick bekommen. Das können sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsansätze sein, die mit den Mitteln des Interviews, der teilnehmenden Beobachtung, der Befragung arbeiten und so zur Interpretation des Pflegehandelns kommen. Dies kann zur Erarbeitung und Verbesserung von theoretischen Konzepten in der Pflege führen.

Um es nochmals zu betonen: die Grundlagenwissenschaften haben für Pflegewissenschaft und -forschung keine andere Funktion, als Erkenntnisse, Theorien und Methoden zur Lösung pflegerelevanter Probleme zur Verfügung zu stellen.

Mit der Einrichtung des ersten Pflegestudienganges an einer bundesrepublikanischen Universität stehen wir an der Freien Universität schon im Vorfeld mehrerer Probleme. In der Konsequenz dessen, was oben entwickelt wurde, müßte »Pflege« eine eigenständige Organisationseinheit, analog bestehender Fachbereiche oder Zentralinstitute bilden. Dies ist hochschulpolitisch zur Zeit jedoch nicht durchzusetzen. Noch verfügt die Pflege an der Universität nicht über die entsprechende Lobby. Wohin also mit ihr?

Die Mediziner, nach wie vor verhaftet in dem Modell von Pflege als medizinische Assistenz, machen sich für die Ansiedlung des Studienganges — wenn sie ihn schon nicht verhindern können — an einem medizinischen Fachbereich stark. Das hieße, daß alle Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Studiengang (z.B.:Ausstattung, Stellenbesetzungen, Studien- und Prüfungsordnung) von einer Medizinermehrheit getroffen werden würden.

Eine Ansiedlung bei den Sozialwissenschaften, die den Bedürfnissen und Vorstellungen der Pflege noch am ehesten entspräche, hat gegen den Widerstand der Mediziner keine Chance.

Die Lösung, die sich unter den gegebenen Bedingungen anbietet, ist die Bildung einer »Gemeinsamen Kommission« mit den Kompetenzen eines Fachbereiches aus der Medizin, den Sozialwissenschaften und den Erziehungswissenschaften.

9. Chancen einer endgültigen Durchsetzung des Studienganges

Die Bedingungen für einen universitären Pflegestudiengang haben sich seit Beendigung des Modellversuchs 1982 verändert. Die Ursachen für die immer wiederkehrenden Notstandssituationen in der Pflege in einem akuten Bildungsnotstand zu sehen, ist heute Konsens innerhalb des Berufsfeldes und der politisch Verantwortlichen. Alle Probleme des beruflichen Selbstverständnisses, der pflegerischen Praxis, der Ausbildung und der Weiterbildung lassen sich hieraus ableiten. Umgekehrt besteht zur Lösung der Probleme nur dann eine Chance, wenn am Bildungsnotstand angesetzt wird (Mischo-Kelling 1989; ÖTV-Berlin 1990).

Das Erkennen der Ursachen für die Mißstände in der Pflege heißt allerdings noch lange nicht, daß auch Abhilfe geschaffen wird. Ob die vorliegenden Vorschläge von Berufsverbänden und Gewerkschaften zu neuen Inhalten und Strukturen der Aus- und Weiterbildung in der Pflege insgesamt oder auch nur punktuell aufgegriffen werden, ist schwer abzuschätzen; ob die anstehende Vereinigung beider deutscher Staaten diese Prozesse — dies betrifft auch den Lehrerstudiengang an der FU — unterstützt oder ob die vorhandenen Gelder für »Wichtigeres« verwandt werden, dies müssen wir versuchen zu beeinflussen; hierbei wird hilfreich sein, daß an der Ostberliner Humboldt-Universität seit 1963 ein Studiengang zur Ausbildung von Lehrern der Pflege (Medizinpädagogik) existiert

Literaturverzeichnis

Abdellah, F. et al., Patient-centered Approaches to Nursing, New York 1960

Abdellah, F., New Directions in Patient-centered Nursing, New York 1973

Abholz, H.-H., Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen, Vortragsreihe des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1981

Aggleton, P., Chalmers, H., Pflegemodelle und Pflegeprozeß, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 5/1989, Beilage

Bischoff, C., Frauen in der Krankenpflege, Frankfurt/Main 1984

BMJFFG, Forschung auf den Gebieten des Gesundheitswesens, der Familie und des Sozialwesens: Krohwinkel, Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung Essen, »Der Pflegeprozeß bei Patienten mit der Diagnose Apoplektischer Insult«, Drucksache 11/5241, S. 6, Deutscher Bundestag — 11. Wahlperiode, 26. 9. 1989

Botschafter, P., Bischoff, C., Schagen, U., Entwicklung und Erprobung eines dreijährigen Studienganges für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe — Lehrer/in für Kranken- und Kinderkrankenpflege (Diplom), Abschlußbericht, Freie Universität Berlin 1982

Diese Methode ist nicht hinreichend geeignet für die Erklärung und Beeinflussung des menschlichen Verhaltens und des sozialen Handelns. Dazu müssen die Methoden der Sozialwissenschaften herangezogen werden, die das menschliche Handeln, die Interaktion und Kommunikation sowie die Bewertung von Lebenserfahrungen und Lebensereignissen in den Blick bekommen. Das können sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsansätze sein, die mit den Mitteln des Interviews, der teilnehmenden Beobachtung, der Befragung arbeiten und so zur Interpretation des Pflegehandelns kommen. Dies kann zur Erarbeitung und Verbesserung von theoretischen Konzepten in der Pflege führen.

Um es nochmals zu betonen: die Grundlagenwissenschaften haben für Pflegewissenschaft und -forschung keine andere Funktion, als Erkenntnisse, Theorien und Methoden zur Lösung pflegerelevanter Probleme zur Verfügung zu stellen.

Mit der Einrichtung des ersten Pflegestudienganges an einer bundesrepublikanischen Universität stehen wir an der Freien Universität schon im Vorfeld mehrerer Probleme. In der Konsequenz dessen, was oben entwickelt wurde, müßte »Pflege« eine eigenständige Organisationseinheit, analog bestehender Fachbereiche oder Zentralinstitute bilden. Dies ist hochschulpolitisch zur Zeit jedoch nicht durchzusetzen. Noch verfügt die Pflege an der Universität nicht über die entsprechende Lobby. Wohin also mit ihr?

Die Mediziner, nach wie vor verhaftet in dem Modell von Pflege als medizinische Assistenz, machen sich für die Ansiedlung des Studienganges — wenn sie ihn schon nicht verhindern können — an einem medizinischen Fachbereich stark. Das hieße, daß alle Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Studiengang (z.B.:Ausstattung, Stellenbesetzungen, Studien- und Prüfungsordnung) von einer Medizinermehrheit getroffen werden würden.

Eine Ansiedlung bei den Sozialwissenschaften, die den Bedürfnissen und Vorstellungen der Pflege noch am ehesten entspräche, hat gegen den Widerstand der Mediziner keine Chance.

Die Lösung, die sich unter den gegebenen Bedingungen anbietet, ist die Bildung einer »Gemeinsamen Kommission« mit den Kompetenzen eines Fachbereiches aus der Medizin, den Sozialwissenschaften und den Erziehungswissenschaften.

9. Chancen einer endgültigen Durchsetzung des Studienganges

Die Bedingungen für einen universitären Pflegestudiengang haben sich seit Beendigung des Modellversuchs 1982 verändert. Die Ursachen für die immer wiederkehrenden Notstandssituationen in der Pflege in einem akuten Bildungsnotstand zu sehen, ist heute Konsens innerhalb des Berufsfeldes und der politisch Verantwortlichen. Alle Probleme des beruflichen Selbstverständnisses, der pflegerischen Praxis, der Ausbildung und der Weiterbildung lassen sich hieraus ableiten. Umgekehrt besteht zur Lösung der Probleme nur dann eine Chance, wenn am Bildungsnotstand angesetzt wird (Mischo-Kelling 1989; ÖTV-Berlin 1990).

Das Erkennen der Ursachen für die Mißstände in der Pflege heißt allerdings noch lange nicht, daß auch Abhilfe geschaffen wird. Ob die vorliegenden Vorschläge von Berufsverbänden und Gewerkschaften zu neuen Inhalten und Strukturen der Aus- und Weiterbildung in der Pflege insgesamt oder auch nur punktuell aufgegriffen werden, ist schwer abzuschätzen; ob die anstehende Vereinigung beider deutscher Staaten diese Prozesse — dies betrifft auch den Lehrerstudiengang an der FU — unterstützt oder ob die vorhandenen Gelder für »Wichtigeres« verwandt werden, dies müssen wir versuchen zu beeinflussen; hierbei wird hilfreich sein, daß an der Ostberliner Humboldt-Universität seit 1963 ein Studiengang zur Ausbildung von Lehrern der Pflege (Medizinpädagogik) existiert

Literaturverzeichnis

Abdellah, F. et al., Patient-centered Approaches to Nursing, New York 1960

Abdellah, F., New Directions in Patient-centered Nursing, New York 1973

Abholz, H.-H., Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen, Vortragsreihe des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1981

Aggleton, P., Chalmers, H., Pflegemodelle und Pflegeprozeß, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 5/1989, Beilage

Bischoff, C., Frauen in der Krankenpflege, Frankfurt/Main 1984

BMJFFG, Forschung auf den Gebieten des Gesundheitswesens, der Familie und des Sozialwesens: Krohwinkel, Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung Essen, »Der Pflegeprozeß bei Patienten mit der Diagnose Apoplektischer Insult«, Drucksache 11/5241, S. 6, Deutscher Bundestag — 11. Wahlperiode, 26. 9. 1989

Botschafter, P., Bischoff, C., Schagen, U., Entwicklung und Erprobung eines dreijährigen Studienganges für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe — Lehrer/in für Kranken- und Kinderkrankenpflege (Diplom), Abschlußbericht, Freie Universität Berlin 1982

Burisch, M., Das Burn-out-Syndrom, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 10 1987, Beilage

Carmi, A., Schneider, S., Nursing Law and Ethics, Berlin-Heidelberg 1985

Dittrich, F., Krankenpflege am Scheideweg zwischen Sackgasse und neuen Wirkungsfeldern, in: Krankenpflege, 7/8 1987, S. 281ff

Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern vom 13. Juni 1972, BGBl. II, S. 630

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz — KrPflG) vom 4. Juni 1985, BGBl. I, S. 893, geändert durch Verordnung vom 22. Mai 1986, BGBl. I, S.833

Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), Bezirksverwaltung Berlin, Dokumentation der 1. Berliner Krankenpflegetage »Wege aus der Misere«, Berlin 1990

Juchli, L., Krankenpflege, Stuttgart 19793, 19844, 19875

Käppeli, S., Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege, in: Pflege, Bd. 1 1988, Heft 1, S. 20ff

Kaufmann, G., Amerikanische Pflegetheorien von 1955-1985, Entwicklungsstufen, Schulen, Ideenrichtungen, in: Krankenpflege 1/1988, S. 12-14

Marriner, A., Nursing Theorists and Their Work, St. Louis, Toronto, Princeton 1986

Mischo-Kelling, M., Über die Ausbildungssituation in der Krankenpflege — Entwicklungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der Situation auf dem Arbeitsmarkt und der Bevölkerung. Eine Untersuchung im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, unveröffentlichtes Manuskript, 1989

Orem, D., Nursing: Concepts of Practice, New York 19853

Ostner, I., Beruf und Hausarbeit — Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft, Frankfurt/Main 1979

Roper, N., et al., Die Elemente der Krankenpflege, Basel 1987

Schröck, R., Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme, in: Pflege, Band 1/1988, Heft 2, S. 84ff

Seidler, E., Geschichte der Pflege des kranken Menschen, Stuttgart 1966

Steppe, H., Pflegetheorien und ihre Bedeutung für die Praxis, in: Die Schwester/Der Pfleger, 4/1989, S. 255ff

Tschudin, V., Ethics in Nursing, the Caring Relationship, London 1986 — deutsch: Ethik in der Krankenpflege, Basel 1988

Uexküll von, T., Wesiak, W., Theorie der Humanmedizin, München, Wien, Baltimore 1988

Wanner, B., Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften, Frankfurt/Main 1987

Wieland, W., Diagnose-Überlegungen zur Medizintheorie, Berlin 1975

Yura, H., Walsh, M. B., The Nursing Process-Assessing, Planning, Implementierung, Evaluation, Norwalk 1967

Ulrich Mergner

Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege

Oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen

1. Warum noch ein Aufsatz zu diesem Thema?

Seit langem schon wird über die mit der Pflegearbeit verbundenen Belastungen diskutiert, die Veröffentlichungen zum Thema türmen sich[1]. Ergebnis ist ein oberflächlicher gesellschaftlicher Konsens darüber, daß diese Belastungen hoch, ja oft zu hoch sind und daß die Pflegekräfte dringend entlastet werden müssen[2]. Auf diesem Hintergrund könnte man vermuten, daß der Kenntnisstand über die Arbeitsbelastungen in Krankenpflegeberufen wie über die Arbeitsbedingungen, die sie hervorbringen, ausreichend und kaum noch zu verbessern sei, daß auch genügend getan werde, um diese Bedingungen zu verändern. Doch dem ist nicht so. Analog zum Mißverhältnis zwischen gesellschaftlicher Wertschätzung und unzureichender Gratifikation[3] des Pflegeberufs gibt es offensichtlich auch ein *Mißverhältnis zwischen allgemeiner Einschätzung der Belastungssituation von Pflegekräften und gesellschaftlichen Anstrengungen zu deren Veränderung*[4].

Worin liegen die Gründe dafür? Es wäre zu kurz gegriffen, hier nur auf ökonomischer Ebene zu argumentieren, bzw. genereller, nur Schuldzuweisungen an das gesellschaftliche System vorzunehmen. Bedeutsam — und wenig diskutiert — ist sicher vor allem auch der *geringe artikulierte Veränderungsdruck*, der von den Beschäftigten im Pflegebereich selbst ausgeht. Daß es dort Probleme gibt, wird nicht so sehr deutlich aus deren offensiver Benennung, sondern aus eher privatistischen und »unpolitischen« Formen ihrer Bewältigung. Nicht zufällig spielen in der Diskussion um den »Pflegenotstand« Phänomene wie Krankenstand, Absenz, Fluktuation und Berufsflucht der Pflegekräfte eine größere Rolle als kollektive Veränderungsforderungen. Warum dies so ist, ist bekannt: Zum Beispiel, weil Krankenpflege im Selbstverständnis der Pflegenden und in den herrschenden gesellschaftlichen Normvorstellungen immer noch mit »Berufung« und »selbstlosem Dienen« assoziiert wird; weil Krankenpflege ein Beruf ist, der überwiegend von Frauen ausgeübt wird[5], denen das Dienen immer noch als geschlechtsrollengemäß angedient wird, die immer noch strukturell benachteiligt sind in einer von Männern geprägten Gesellschaft, die

aufgrund ihrer spezifischen Erwerbsverläufe immer noch geringere individuelle und kollektive »Vertretungsfähigkeit« ausbilden; weil, zusammenhängend mit beidem, offensichtlich spezifische Formen betrieblichen und überbetrieblichen Interessenausgleichs entwickelt worden sind, in denen gewerkschaftliche Interessenvertretung nur zu häufig als unpassend angesehen wird.

Mit dieser — wie mir scheint notwendigen — Akzentuierung des unzureichenden Veränderungsdrucks von Seiten der Beschäftigten sollen jedoch *»objektive« Bedingungen* dafür nicht hinwegeskamotiert werden, daß sich Ansätze zur Veränderung belastender Arbeitsbedingungen im Pflegebereich kaum auf deren strukturelle Ursachen beziehen. Der Begriff »objektive Bedingungen« darf allerdings nicht mißverstanden werden: Sie wirken nur zum geringsten Teil sachzwanghaft. Überwiegend sind sie begründet in anders gerichteten *Interessen* — z.B. ökonomischer oder standespolitischer Art — und damit auch in betrieblichen oder überbetrieblichen Regelungsprozessen verhandelbar.

Gesellschaftliche Interessenstrukturen schlagen sich aber nicht nur in der Gestaltung der Bedingungen der Pflegearbeit nieder, sondern auch in der Einschätzung des Standes des Wissens über jene. Dient doch der Hinweis auf seine Unzulänglichkeit, auf die Notwendigkeit weiterer Forschung, nicht selten der Blockierung von Veränderungen. Leider allerdings nimmt die interessenbezogene Instrumentalisierung dieses Urteils ihm nichts von seiner Richtigkeit. *Der Stand des Wissens über die Arbeitsbelastungen bei Pflegetätigkeiten ist unzulänglich.* Diese Behauptung mag zunächst erstaunen angesichts der bereits angesprochenen Fülle der Literatur zum Thema: Gibt es doch Einiges an Ergebnissen und Diskussionsbeiträgen zu einzelnen Belastungsmomenten — etwa zu psychischer Überlastung (vor allem: Leidbelastung und Gefühlsarbeit, burn-out-Syndrom[6]) oder zu sozialen Problemen, wie sie aus den hierarchischen Strukturen und dem Geschlechterverhältnis im Krankenhaus resultieren, zu Arbeitszeitproblemen und zur körperlichen Belastung. Auch finden sich Studien, die vor allem die von den Pflegekräften subjektiv wahrgenommenen Belastungen und Belastungsschwerpunkte untersuchen[7]. Nicht zuletzt werden in einer Vielzahl von Arbeiten Ursachen für den Belastungswandel im Pflegebereich diskutiert und Forderungen, ja sogar Maßnahmekataloge aufgestellt[8].

Und dennoch, wenn man sich in der Perspektive einer nicht nur »interdiziplinär organisierten«[9], sondern sozialwissenschaftlich orientierten Arbeitswissenschaft[10] die Ergebnisse der meisten der vorliegenden

Arbeiten genauer ansieht, erscheint einem vieles als zwar durchaus plausibel, aber nicht wirklich belegt oder nachgewiesen. Immer wieder stellen sich bei der Lektüre Fragen wie: Was ist die materiale Basis der vorgestellten Resultate? Welche Veränderungen der Arbeitsbedingungen gehen tatsächlich vor sich? Sind sie richtig und vollständig begriffen und mit den richtigen Indikatoren belegt? Die gemeinsame Antwort lautet: Arbeiten über die Belastungen bei Pflegetätigkeiten stehen häufig, gemessen am Standard einer entwickelten Arbeitswissenschaft, konzeptionell und methodisch auf recht schwachen Füßen[11].

Versucht man, auch auf die Gefahr hin, einzelnen Autoren Unrecht zu tun, eine *Gesamteinschätzung* der vorliegenden Literatur zu geben, ein — notwendig subjektives — allgemeines Urteil über den Stand der Erkenntnis zu formulieren[12], ist zunächst zu konstatieren, daß ein großer Teil der Arbeiten zum Thema eher essayistischen Charakter hat, sich vor allem dadurch auszeichnet, daß schlüssige Belege durch — oft durchaus plausible — generelle Behauptungen ersetzt werden.

Arbeiten mit wissenschaftlichem Anspruch sind zum einen oft geprägt durch partialisierende oder reduktionistische Konzepte: Sie behandeln einzelne Belastungsaspekte, ohne deren strukturellen Hintergrund ausreichend zu würdigen (etwa: Arbeitszeitregelungen, Belastungen durch Halte- und Haltungsarbeit oder Gefahren durch schädliche Arbeitsstoffe). Oder sie untersuchen eine Vielzahl von Belastungsdimensionen, ohne deren Zusammenhang in tätigkeitsspezifischen Belastungsstrukturen zu thematisieren oder gar den Versuch einer Bewertung der mit jenen verbundenen Gesamtbelastung zu unternehmen[13]. Zum zweiten werden nur in Einzelaspekten (etwa, wo es um die Folgen der Belastung durch Heben und Tragen oder um das Phänomen des »Ausgebrannt-Seins« geht) die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen der Belastungen bei der Pflege einer gründlichen Analyse unterzogen. In der Regel wird das Thema mit der Erhebung subjektiver Beschwerden und Befindlichkeiten abgehakt. Zum dritten ist die empirische Basis der Untersuchungen oft recht schmal oder sogar wackelig: Aus Fallstudien mit eingeschränkter oder unklarer Repräsentativität und aus Informationen, die nicht selten nur aus Interviews oder sogar schriftlichen Befragungen[14] stammen, werden häufig weitreichende Schlüsse gezogen. Viertens finden sich kaum objektiv gerichtete Untersuchungen betrieblichen Gestaltungshandelns — etwa was Arbeits- und Leistungsgestaltung oder personalwirtschaftliche Maßnahmen anbelangt — und der aus ihm resultierenden Bedingungen, wohl auch, weil die Genese von Arbeitsbedingungen oft deterministisch, d.h. als von ökonomischen oder technisch-organisatorischen

Sachzwängen bzw. moralischen Imperativen bestimmt, gesehen wird. Fünftens schließlich vermißt man eine umfassende Aufarbeitung und Zusammenschau vorliegender Ergebnisse über die Arbeitsbelastungen bei der Pflegearbeit.

Mit einem Satz: *Es gibt bislang noch kaum systematische arbeits- und sozialwissenschaftliche Untersuchungen zum Thema*[15]. Dies ist sicherlich der Arbeitswissenschaft, die den Pflegebereich nur zögernd von sich aus zum Gegenstand gemacht hat, gleichermaßen anzukreiden, wie der medizinsoziologischen Pflegeforschung, die sich um konzeptionelle und methodische Entwicklungen in der Arbeitswissenschaft wenig gekümmert hat. Hintergrund für Letzteres ist wohl auch Rohdes frühes, anscheinend häufig mißverstandenes Diktum, daß »die Soziologie des Krankenhauses nicht in einer Betriebssoziologie heutiger Prägung unterzubringen« sei[16] — was zunächst nur behauptet, daß bei der Untersuchung von Arbeit im Krankenhaus Fragestellungen, Konzepte und Methoden jener (und damit, wie hinzuzufügen ist, erst recht der Arbeitswissenschaft) nicht umstandslos übernommen werden können[17]. In der praktischen Gestaltung der Krankenhausarbeit werden allerdings, nebenbei gesagt, diese Skrupel offensichtlich geringer gewichtet, wie sich zum Beispiel am Einsatz von Unternehmensberatungsinstitutionen wie McKinsey in Krankenhäusern zeigt.

Für diese Arbeit stellen sich auf dem Hintergrund des bisher Gesagten somit *drei Fragen*, auf die in den folgenden Abschnitten eingegangen werden soll: 1. Was ist überhaupt zu bedenken, von welchem inhaltlichen und methodischen Konzept ist auszugehen, wenn Arbeitsbelastungen im Krankenhaus untersucht werden sollen? 2. Wie entwickelt sich die Belastung bei der Pflegearbeit, sowohl in ihren einzelnen Momenten wie im Gesamten, und was sind die Ursachen dieser Veränderungen? 3. Welche Veränderungsperspektiven werden derzeit diskutiert, worin liegen ihre Probleme und worauf müßte auf dem Hintergrund des hier entwickelten Konzepts abgezielt werden?

2. *Zum begrifflichen und methodischen Instrumentarium einer Analyse der Arbeitsbelastungen bei der Krankenpflege*

Sicher ist eine systematische Aufarbeitung der Belastungssituation von Pflegekräften bisher wesentlich auch deshalb nicht zustandegekommen, weil spezifische Erkenntnisinteressen mit jeweils besonderen Perspektiven auf die Problematik schon *partialisierte* (also verengte und verkürzte) theoretische und empirische *Zugriffe* zur Folge hatten[18]. Doch auch Untersuchungen zu Arbeitsbelastungen bei Pflegetätigkeiten, die

einen allgemeineren Anspruch erheben, sind zumeist, wie schon behauptet, durch *mehr oder weniger reduktionistische Vorstellungen von Belastungen und Beanspruchungen* gekennzeichnet[19]: Sie sind überwiegend auf die Arbeitsaufgabe zentriert, auf arbeitsplatzspezifische Faktoren fixiert, und vernachlässigen dabei das, was man Ausführungs- oder betriebliche Rahmenbedingungen der Arbeit nennen kann, also den situativen und dennoch strukturell bestimmten Kontext, den betrieblichen Zusammenhang der Tätigkeit. Dieser Anforderungsbezug hat auch zur Folge, daß psychisch belastende Bedingungen der Arbeit vor allem dann zum Thema gemacht werden, wenn sie aus Besonderheiten der Aufgabe resultieren, nicht jedoch dort, wo sie Folge spezifischer Stile betrieblichen Umgangs mit Arbeitskraft sind. Zudem impliziert er häufig auch, daß eher die Besonderheiten der Pflegearbeit herausgearbeitet werden, durch die sie sich von anderen Produktions- und nicht-personenbezogenen Dienstleistungstätigkeiten unterscheidet[20], als daß die Unterschiede der Ausprägung der wesentlichen belastungsbestimmenden Bedingungen und der Belastungskonstellationen innerhalb der Pflege thematisiert würden.

Die Verwendung eines solchen eingeengten Begriffs von Belastungen, die auch eine arbeitswissenschaftliche Tradition hat, hängt sicher auch zusammen mit *unzureichenden Vorstellungen von der Entstehung von Arbeitsbedingungen*. Sie sind nicht nur häufig geprägt durch *deterministische Sichtweisen* — auf die Bedeutung von Sachzwangargumenten und moralischen Imperativen ist schon hingewiesen worden. Weitgehend unbedacht bleibt erst recht, daß das Krankenhaus auch eine soziale — also: gesellschaftliche — Organisation, ein Betrieb ist, in dem Arbeitsbedingungen in sozialen Prozessen gestaltet werden. Vernachlässigt wird also, daß auch im Krankenhaus auf der Basis unterschiedlicher Machtverhältnisse unterschiedliche Interessen in Aushandlungsprozessen zu Kompromißstrukturen vereinbart werden müssen, was wiederum heißt, daß entsprechend differierenden Formen »betrieblicher Sozialordnung« unterschiedliche, aber *betriebstypische soziale Verständnisweisen von Pflegearbeit entwickelt* werden (können). Sie lassen sich in allen Bereichen betrieblichen Gestaltungshandelns — nicht zuletzt in unterschiedlichen Formen von Rationalisierung — wiederfinden und sind für die Ausformung konkreter Belastungsstrukturen von zentraler Bedeutung[21]. Wenn das Krankenhaus aber als Betrieb konzipiert wird, geschieht dies entweder in von betrieblichen Besonderheiten abstrahierender organisationssoziologischer Perspektive[22], oder aber auf dem Hintergrund spezifischer — etwa betriebswirtschaftlicher[23], organizations-research-bezogener, d.h. die Beseitigung von

Ablaufstörungen und die Verhinderung von Dysfunktionalitäten anstrebender oder sozial-technischer, also vor allem auf die Erzeugung von Motivation und Identifikationsbereitschaft gerichteter — Zwecksetzungen.

Nicht nur das häufig verkürzte Belastungsverständnis und die unzureichenden Vorstellungen von der Entstehung belastender Bedingungen sind aber an Untersuchungen über Arbeitsbelastungen bei der Pflege zu kritisieren: Es mangelt ihnen oft auch an einem entwickelten *Begriff von Beanspruchungen*. Zumeist thematisieren sie vor allem körperliche und psychische Beeinträchtigungen in einem klassischen Verständnis von Ermüdung und Schädigung. Arbeitsbedingte Erkrankungen, psychophysische und psychosoziale Befindensbeeinträchtigungen, die sich auf die Verhaltensfähigkeit in Arbeit und Freizeit auswirken, bleiben häufig unbeachtet bzw. werden eher zufällig und unsystematisch erfaßt. Dies gilt allerdings nicht für Arbeiten, die sich mit Problemen der Leidbelastung oder des burn-out beschäftigen. Dort werden dann jedoch meist die betrieblichen Unterschiede in der Ausprägung der strukturellen Ursachen dieser Belastungs- bzw. Verarbeitungsformen vernachlässigt. Zu vermissen ist in diesem Zusammenhang auch eine Auseinandersetzung über *Bewertungsmaßstäbe* für Arbeitsbelastungen — denn es kann nicht darum gehen, Arbeit jedes physischen und psychischen Anforderungsgehaltes zu entkleiden, sondern Ziel muß es sein, psychophysische und soziale Überforderung zu vermeiden. Diese Diskussion wird in der Arbeitswissenschaft wenigstens ansatzweise — und, wie hinzuzufügen ist, mit unterschiedlichem Interessenhintergrund — um Begriffe wie Ausführbarkeit und Erträglichkeit, soziale Zumutbarkeit oder gar Persönlichkeitsförderlichkeit geführt[24]. Und sie hat auch zwischen den Tarifparteien verschiedener Industriebereiche — über den Begriff der »sozialen Angemessenheit« der Arbeit — stattgefunden und mittlerweile in einem ersten Tarifvertrag die Begründung von sog. »Reklamationsrechten« in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zur Folge gehabt[25]: Dort wurden ein individuelles Beschwerderecht, das Recht, sich an externe Fachleute und Institutionen zu wenden, sowie verbesserte Informationsrechte der Arbeitnehmer vereinbart[26]. Nur am Rande schließlich soll darauf hingewiesen werden, daß sich kaum je eine gründliche Auseinandersetzung mit arbeitswissenschaftlichen *Methoden*, also mit Instrumenten der Erfassung von Belastungen und Beanspruchungen findet, in der die Vor- und Nachteile verschiedener Verfahren — etwa: sekundärstatistische Auswertung von Massendaten der Versicherungsträger, objektiv (Arbeitsanalysen, Dokumentenanalysen, Expertengespräche, aber auch

arbeitsphysiologische oder arbeitspsychologische Beanspruchungsmessungen) oder subjektiv gerichtete Verfahren (standardisierte oder qualitative Interviews, Gruppendiskussionen, schriftliche Befragungen) — gegeneinander abgewogen würden[27].

Damit ist eine lange Liste von Kritikpunkten aufgeführt, die zugegebenermaßen auch für viele sozialwissenschaftlich orientierte arbeitswissenschaftliche Untersuchungen zutreffen. *Dennoch* gilt: erst auf der Basis der Klärung der damit angesprochenen konzeptionellen — inhaltlichen wie methodischen — Fragen lassen sich sowohl die generellen Entwicklungstrends der Belastungen bei der Pflegearbeit und ihre gesellschaftlichen Ursachen, als auch konkrete betriebliche Belastungskonstellationen mit brauchbaren Resultaten untersuchen. Und erst mit ihnen wiederum lassen sich konkrete Ansätze für Veränderungen benennen und damit Voraussetzungen schaffen für verantwortliches, auf die (Mit-)Gestaltung struktureller Ursachen von Belastungen gerichtetes Interessenhandeln der Beschäftigten.

3. Gesellschaftliche und betriebliche Ursachen des Wandels der Belastungen bei der Pflegearbeit

a) Kann man zum Wandel »der« Belastungen bei »der« Pflegearbeit überhaupt sinnvolle Aussagen machen?

Wurde im letzten Kapitel versucht zu skizzieren, was wünschbar ist für eine Analyse und Beschreibung der Arbeitsbelastungen im Bereich der Pflege und ihrer Entwicklungstendenzen, so soll sich dieses damit beschäftigen, was trotz der benannten Defizite über diesen Gegenstand derzeit bekannt ist, was also die wesentlichen Entwicklungstrends belastungsbestimmender Bedingungen sind und welche Folgen sie für die Belastungssituation der Pflegekräfte haben[28]. Doch hier halten die Finger auf der Tastatur schon inne: Denn wenn auch nachfolgend zumindest versucht wird, systematisch belastungsbestimmende Bedingungen zu diskutieren, so wäre es doch vermessen zu behaupten, daß damit Aussagen über *die* Belastungssituation *der* Pflegekräfte formuliert werden könnten, und zwar unabhängig von der Güte der angeführten Argumente. Denn *die* Pflegekräfte gibt es ebensowenig wie *die* Industriearbeiter. Vielmehr ist vor allem anderen hervorzuheben, daß Pflegearbeit unter vielfältig differenzierten Bedingungen geleistet wird und daß sich damit auch die mit ihr verbundenen Belastungsschwerpunkte und Belastungskonstellationen recht unterschiedlich ausprägen.

Pflegearbeit findet zunächst in unterschiedlichen institutionellen Kontexten statt: nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in Alten- und Behindertenheimen oder ambulant als Hauspflege. Doch selbst im Bereich der Krankenhäuser gibt es eine Vielzahl von Differenzierungen, die auch für die mit der Pflegearbeit verbundenen Belastungen von Bedeutung sind: Es gibt Akut- und Sonderkrankenhäuser, Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen (was auch mit der Größe korreliert) und unterschiedlicher Trägerschaft (was begrenzt mit dem arbeitsrechtlichen Status der Pflegekräfte — als Angestellte im öffentlichen Dienst oder in der »freien Wirtschaft«, als Angehörige von Schwesternschaften oder Pflegeorden — korreliert). Und es gibt verschiedene medizinische Spezialitäten (Innere, Chirurgie, Kinderheilkunde usw.), in denen Pflegearbeit geleistet wird, und unterschiedliche Spezialisierungen (OP, Diagnostik, Intensivpflege) wie Qualifikations- und Hierarchiestufen (Krankenschwester/-pfleger, Krankenpflegehelfer/in, Stationsschwester/-pfleger usw.) von Pflegearbeit. Schließlich gibt es verschiedene Formen der Pflegeorganisation (Funktions- und ganzheitliche Pflege) oder genereller: unterschiedliche, mit der spezifischen Form betrieblicher Sozialordnung, dem jeweiligen sozialen Verständnis der Pflegearbeit in Zusammenhang stehende Ausprägungen von Anforderungen und Ausführungsbedingungen, Belastungskonstellationen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Bereits diese *Vielfalt unterschiedlicher Einsatzbereiche und Einsatzweisen von Pflegekräften* macht eine Antwort auf die Frage nach generellen Trends der Belastungsentwicklung schwierig, ja läßt schon die Frage selbst als problematisch erscheinen[29]. Dennoch kann man behaupten — und steht damit nicht alleine[30] —, daß die *Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte* (zumindest im Krankenhaus) *in den letzten Jahren gestiegen* sind. Als Indikatoren dafür lassen sich die zunehmende Fluktuation und die steigenden Quoten krankheitsbedingter Absenz von Pflegekräften nehmen[31]. Doch sind dies nur erste grobe Anhaltspunkte. Geht man das Problem differenzierter an, finden sich zwar viele Belege für den Bedeutungsgewinn einzelner Faktoren, doch ist die Gewichtung ihres Zusammenwirkens schwierig. Dies ist etwa das Problem aller Versuche, »Leistungsentwicklung« (mithilfe recht formaler Indikatoren wie Verweildauer der Patienten, Betten je Pflegekraft u. dgl.), Zunahme der Anzahl der Pflegekräfte und Arbeitszeitverkürzungen (durch Verringerung der tariflichen Wochenarbeitszeit, Mutterschutz usw.) unter Belastungsaspekten gegeneinander aufzurechnen.

Doch sollte man sich beim Versuch der Einschätzung der Belastungsentwicklung nicht nur auf die sozusagen »objektiven« Entwicklungen

fixieren, sondern auch die »subjektive« Seite beachten. Da Belastung nichts unabhängig von den Menschen, die ihr ausgesetzt sind, Denkbares ist, sind auch die Veränderungen subjektiver Zumutbarkeitsvorstellungen in Rechnung zu stellen, die mit dem gesellschaftlichen Wertewandel und mit dem Wandel der Beschäftigtenstruktur in den Pflegeberufen verbunden sind. Und da ist eindeutig: Belastungen, die noch vor Jahren als normal hingenommen wurden, werden heute als unzumutbar angesehen. Nimmt man also den »objektiven« Belastungswandel, der zumindest *keine Belastungsverringerung* mit sich gebracht hat, und die Veränderungen »subjektiver« Zumutbarkeitsvorstellungen zusammen, kann man sicher von einer Belastungssteigerung ausgehen. Allerdings verläßt man mit solcher Argumentation eine strenge arbeitswissenschaftliche Begrifflichkeit, deren Schwäche an ihr aber auch deutlich wird.

b) Gesellschaftliche Rahmendingungen der Belastungsentwicklung der Pflege im Krankenhaus

Ein Versuch, den Veränderungen belastungsbestimmender Bedingungen der Pflegearbeit über allgemeine Einschätzungen hinaus auf die Spur zu kommen, hat sich zunächst auf Prozesse gesellschaftlichen Wandels zu beziehen. Drei Aspekte sind dabei zu diskutieren: Veränderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung, Veränderungen der Aufgabenstruktur des Krankenhauses und Veränderungen sozialer Ansprüche und Wertvorstellungen von Patienten wie Pflegekräften. Im Vordergrund der gesellschaftlichen Auseinandersetzungen steht der ökonomische Aspekt, der auch unter Belastungsgesichtspunkten von evidenter Bedeutung ist: Die *ökonomischen Rahmenbedingungen* des Gesundheitswesens und der Krankenhausarbeit im Besonderen werden fast ausschließlich im Zeichen der sogenannten »Kostenexplosion«[32] diskutiert. Verstärktes Kostenbewußtsein und Kostendämpfungsbemühungen schlagen sich auch unter den Bedingungen der besonderen Finanzierungsstruktur der Krankenhäuser in belastungsrelevanten Rationalisierungsmaßnahmen nieder. Da die Personalkosten bekanntlich den größten Teil der Krankenhausbetriebskosten ausmachen und die Pflege gleichzeitig das »schwächste Glied« der Kette im Personalbereich ist, liegt es in bürokratischer Logik, daß Kostenkontrollbemühungen schwerpunktmäßig an der Pflege ansetzen[33]. Resultat ist nicht nur der allseits beklagte Personalmangel[34], der auch eine Verdichtung der Anforderungen, eine Zunahme von Mehrarbeit und eine Verstärkung der für die Arbeit im Kranken-

haus spezifischen Variabilität der Abläufe[35] und Unregelmäßigkeit der Dienstpläne[36] nach sich zieht, sondern sind auch konkrete Eingriffe in die Krankenhausorganisation: Privatisierung von Dienstleistungen, Auslagerung und Zentralisierung von Pflegefunktionen, verstärkter Einsatz geringer qualifizierten Personals, rationellere Gestaltung von Abläufen, Verdichtung von Anforderungen. Dies alles kann hier nur benannt werden. In einer Analyse betrieblicher Rationalisierungskonzepte im Krankenhaus wäre ihm genauer nachzugehen.

Gesellschaftliche Wandlungsprozesse und daraus folgende *Veränderungen der Aufgabenstruktur und der Möglichkeiten der Aufgabenerfüllung des Krankenhauses* (und damit der Pflege) sind für die Belastungen bei der Pflegearbeit vor allem unter fünf Aspekten von Bedeutung:

Erstens: Veränderungen in der demographischen Struktur der Bevölkerung[37]. Zum einen erhöht der steigende Anteil älterer, oft multimorbider und pflegebedürftiger Menschen den Umfang gesellschaftlich notwendiger Pflegeleistungen — wohl auch ein Hintergrund der in den letzten Jahren gestiegenen »Krankenhaushäufigkeit« (d.h. der Anzahl stationär behandelter Patienten je 1.000 Einwohner), zum anderen hat der Geburtenrückgang Probleme der »Rekrutierung« von Pflegekräften zur Folge.

Zweitens: Veränderungen der Familien- und Erwerbsstruktur (steigender Anteil erwerbstätiger Frauen, Zunahme von Einpersonenhaushalten, regionale berufliche Mobilität mit der Folge der Trennung von Familienzusammenhängen). Auch sie ziehen, weil sie mit »abnehmenden Hilfsmöglichkeiten privater sozialer Netzwerke«[38] und der Verlagerung von Pflegefunktionen von der Familie auf das Krankenhaus einhergehen, eine Erhöhung des Pflegebedarfs nach sich.

Drittens: Veränderungen des Krankheitspanoramas (Zunahme chronisch-degenerativer und neuer infektiöser Erkrankungen) und des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit (z.B. Rehabilitationsbemühungen, Notfallmedizin, aber auch: Ausgrenzung des Sterbens aus dem häuslichen Zusammenhang). Sie wirken ebenfalls in dieselbe Richtung.

Viertens: Veränderungen im medizinischen System der Bewältigung von Krankheiten. Zum einen führt die Entwicklung diagnostischer Technik — häufig diskutiert unter dem Schlagwort des »diagnostischen Overkills« — ebenso zu steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal, wie die Verbesserung medizinischer Heil- und Behandlungsmöglichkeiten (Stichworte: Medizintechnik, Hochleistungs- und Intensivmedizin)[39]. Zum anderen haben Veränderungen der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung trotz gleichbleibenden Krankheitsvolumens (gemessen an Pflegetagen/1.000 Einwohner)

einen Anstieg der Krankenhaushäufigkeit zur Folge. Zusammen mit der Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus dürften sich auch diese Entwicklungen — nicht nur über die Zunahme notwendiger Pflegeleistungen, sondern auch über den Wandel der Struktur von Pflegetätigkeiten (Relevanzgewinn der mit Aufnahme und Entlassung von Patienten verbundenen administrativen, grundpflegerischen und diagnosebezogenen Tätigkeitsanteile) — für die Pflegekräfte in einer Belastungssteigerung niederschlagen.

Fünftens: Strukturwandel der Krankenhäuser und der nicht-ärztlichen Krankenhausberufe. Zum einen ist hier auf die Zunahme der Organisationsgröße (z.B. gemessen an der Anzahl der Betten je Krankenhaus) und des Anteils der privaten Häuser (eine Zunahme, die weitgehend mit dem steigenden Anteil von Sonderkrankenhäusern identisch ist, und Spezialisierungstendenzen der stationären Krankenversorgung indiziert) hinzuweisen[40]. Die Belastungskonsequenzen dieser Veränderungen können sehr vielfältig sein und sich individuell (z.B. möglicher Bedeutungsgewinn »pflegeferner« Tätigkeiten) wie für die Gesamtheit der Pflegekräfte (z.B. Verschlechterung des »durchschnittlichen« arbeitsrechtlichen Status und der Interessenvertretungsmöglichkeiten[41] auswirken. Zum anderen führen Veränderungen der Arbeitsteilung zur Entstehung neuer Berufe (MTA, Krankengymnast/in usw.) und zur Ausbildung von spezialisierten Pflegetätigkeiten (OP-, Röntgen-, Intensivschwester/pfleger usw.) mit je spezifischen Belastungsstrukturen. Der Stationspflege als Residualkategorie verbleiben häufig die besonderen Belastungsrisiken (hohe körperliche Belastung, hohe Intensität und zeitliche Variabilität der Arbeitsanforderungen, Schichtarbeit u.ä.)[42].

Bleibt als dritter Aspekt der Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen der *Wandel sozialer Ansprüche und Wertvorstellungen* zu erörtern. Zunächst ist dabei auf die sicherlich gestiegenen Ansprüche der *Patienten* an stationären Aufenthalt, Behandlung und Pflege zu verweisen[43], Veränderungen, die in sich widersprüchlich sein können. Einerseits scheinen die Einstellungen gegenüber Medizinern und medizinischem Handeln kritischer zu werden. Sie können sich auch gegenüber der Pflege auswirken und sozial-emotionale Belastungen nach sich ziehen. Gleichzeitig richten sich andererseits gestiegene Erwartungen auf Komfort des Krankenhausaufenthalts und Ergebnis der Behandlung, wodurch physische und psychische Belastungen der Pflegekräfte ebenfalls zunehmen können. So kann z.B. der Trend zu Ein- und Zweibettzimmern und hotelähnlichen Leistungen Vergrößerungen zurückzulegender Wege, Verschlechterungen der Überwachungsbedingungen,

den Wegfall von gegenseitigen Hilfeleistungen der Patienten und letztlich, da sich all dies ohne Schuld der Pflegekräfte zunächst negativ auf die Qualität der Pflegeleistungen auswirken kann, verstärkte Unzufriedenheit der Patienten zur Folge haben. Dazu kommt, daß im Gefolge gesellschaftlicher Säkularisierungsprozesse in den Erwartungen der Patienten, um eine Formulierung Rohdes aufzunehmen[44], das Heil entthront worden und die Heilung an seine Stelle getreten ist. Ansprüche an Behandlung sind damit nicht nur in Komfortbedürfnissen, sondern in sehr viel grundlegenderen Bedürfnisstrukturen begründet, was erhebliche Konsequenzen für ihre Reklamation gegenüber Ärzten und Pflegekräften und damit auch für die psychischen Belastungen derselben haben dürfte.

Vor allem aber sind Veränderungen der *Ansprüche der Pflegenden an ihre Arbeit* zu bedenken, die sich ebenfalls widersprüchlich entwickeln können. Einerseits schütten wohl zwei Quellen für Leistungs- und selbstlose Hilfsbereitschaft der Pflegekräfte zunehmend spärlicher: Als Folge gesellschaftlicher Säkularisierungsprozesse, die auch einen Bedeutungsverlust von Pflegeorden und Schwesternschaften nach sich ziehen, verlieren religiöse Motive der Arbeit in der Pflege (»Dienst am Nächsten«) an Relevanz. Die Frauenemanzipationsbewegung stellt zudem völlig zurecht infrage, was an Verhaltenszumutungen an Pflegekräfte aus vermeintlichen Selbstverständlichkeiten der Frauenrolle, ja aus vorgeblichen wie tatsächlichen Besonderheiten des »weiblichen Arbeitsvermögens« abgeleitet wurde[45]. Beide Entwicklungen haben wohl nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Vorstellungen davon, was an Belastungen als sozial zumutbar hingenommen wird[46]. Andererseits bleibt sicher auch der Pflegebereich nicht ausgespart von beobachtbaren allgemeinen Veränderungen sozialer Ansprüche und Zumutbarkeitsnormen[47], die gleichermaßen auf eine Verstärkung von Berufsorientierung und inhaltlichen Arbeitsbedürfnissen wie von Erwartungen an die Gestaltung des Lebens außerhalb der Arbeit hinauslaufen, also auf mehr Selbstbestimmung (und auch Demokratisierung) in der Arbeit *und* auf mehr Lebensqualität zielen[48]. Damit kann sich die psychische Belastung der Pflegekräfte nicht nur erhöhen, weil sich die Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen verstärkt, die solchen Ansprüchen nicht gerecht werden, sondern auch, weil das Verständnis für die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten und damit die Leidbelastung steigt[49], zumal wenn die eigenen Arbeitsbedingungen es nicht erlauben, jenen gerecht zu werden. Bartholomeyczik weist schließlich darauf hin, daß sich mit Säkularisierung (und, wie zu ergänzen wäre: Wertewandel) auch die Notwendigkeit der offenen Austragung vorher

intrapersonell »geregelter« Konflikte ergibt[50] — eine Entwicklung, deren Belastungsrelevanz allerdings kaum allgemein zu beurteilen ist. Zu bedenken bleibt bei der Diskussion von Konsequenzen des Wandels von Ansprüchen und Zumutbarkeitsvorstellungen jedoch, daß dieser nicht vom Himmel der Ideen fällt, sondern allemal materielle Hintergründe hat. Abgesehen von veränderten gesellschaftlichen Anforderungen nicht nur in Arbeit und Betrieb, vom Zwang der Anpassung normativer Vorstellungen an veränderte Verhältnisse also[51], sind für die Pflegekräfte dabei sicher zum Beispiel Veränderungen der Alters- und Familienstruktur und der Geschlechterrelation[52], der Ausbildung oder der ländlichen bzw. städtischen Herkunft von Bedeutung.

c) *Veränderungen in der betrieblichen Organisation und Ausgestaltung der Pflegetätigkeiten*

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie die skizzierten gehen nun ein in die *betriebswirtschaftliche, technische, organisatorische und soziale Gestaltung der Krankenhausarbeit*, wobei erneut hervorzuheben ist, daß das Handeln in allen diesen Dimensionen sozial, das heißt hier: als Resultat des Aushandlungsprozesses unterschiedlicher Interessen, bestimmt ist — und beides gilt trotz der immer wieder betonten und zu betonenden Besonderheit der Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Betrieben des produktiven und des Dienstleistungssektors. Je nach der konkreten Bedingungskonstellation können die Ergebnisse dieser Gestaltung sehr unterschiedlich ausfallen. In nicht unerheblichem Maße sind sie abhängig von strukturellen Merkmalen des jeweiligen Krankenhauses und von dem, was weiter oben als das — mit der jeweils besonderen Form betrieblicher Arbeits- und Sozialordnung im Zusammenhang stehende — spezifische soziale Verständnis der Pflegearbeit bezeichnet wurde. Wie sich Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen der Pflegenden, Anforderungssituationen und Ausführungsbedingungen der Pflegearbeit ausformen, ist wesentlich von Besonderheiten der im jeweiligen Krankenhaus vorherrschenden, in langfristigen Aushandlungsprozessen entstandenen Wert- und Zielvorstellungen und ihrer Konkretion in betrieblichen Handlungsstrategien abhängig. Versucht man, tatsächliche oder sich abzeichnende *Trends der betrieblichen Organisation und Ausgestaltung der Pflegearbeit* oberhalb der dadurch konstituierten Differenzen zu charakterisieren, bietet es sich an, nach technischen, arbeitsorganisatorischen, personalwirtschaftlichen und interessenvertretungsbezogenen Entwicklungen zu unterscheiden.

Vergleichsweise am einfachsten ist die Frage nach der *Technisierung* der Pflegearbeit zu beantworten, wenngleich hier wie in den anderen Bereichen kaum verläßliche Daten zur Verfügung stehen. Stellt man die Diskussion der Informations- und Kommunikationstechnologie vorerst zurück, weil sie Relevanz in erster Linie als Organisationstechnologie gewinnt, ist zu konstatieren, daß technische Arbeitsmittel und Arbeitshilfen vor allem in der Normalpflege relativ geringe Bedeutung haben. Von größerer Wichtigkeit sind sie — als Diagnose-, Analyse-, Überwachungs- und Lebenserhaltungsgeräte — in der Funktionspflege. Von Belastungsreduzierung durch Mechanisierung, wie sie in der Industrie zumindest als Reduktion körperlicher Schwerarbeit in weiten Bereichen stattgefunden hat, kann wohl in beiden Bereichen, sieht man von den oft nicht benutzten Hebehilfen oder den von Maschinen ausgeführten Überwachungsfunktionen ab, kaum die Rede sein. Zumindest dürften belastungsverschärfende Effekte — wie etwa die Steigerung des Anteils von Transportanforderungen aufgrund der räumlich separierten Installation von Diagnosetechnik, der Bedeutungsgewinn von teils durch Reizarmut, teils durch Reizüberflutung gekennzeichneten Kontroll- und Überwachungsfunktionen (bei denen die Technik lediglich eine Frühwarnaufgabe übernimmt), oder die Verstärkung von Leidbelastungen für Teilkollektive der Pflegekräfte durch die Massierung lebenserhaltender Technik auf Intensivstationen — von gleicher Bedeutung sein wie belastungsreduzierende Auswirkungen.

Im Bereich der *organisatorischen Gestaltung* der Pflegearbeit gibt es eine Vielzahl von Entwicklungsmöglichkeiten, deren Realisierung wie deren Belastungskonsequenzen allenfalls durch umfassende empirische Erhebungen objektiver Anforderungs- und Ausführungsbedingungen der Arbeit wie subjektiver Beanspruchungsformen und Verarbeitungsweisen der Pflegekräfte einigermaßen zuverlässig abgeschätzt werden könnten. Hier sollen deshalb nur einige wesentliche Veränderungslinien allgemein benannt werden.

Von Bedeutung ist dabei zunächst vor allem die *Gestaltung der Arbeitsteilung*. Während Prozesse der Auslagerung und Zentralisierung bisheriger Funktionen der Pflege (z.B. Zentralisierung von Bettendienst, Transport oder Essensversorgung der Patienten) ebenso unbestritten sind, wie die Anlagerung neuer Funktionen (z.B. EDV-mäßige Erfassung von Patienten- und Pflegedaten bzw. generell Verwaltungs- und Koordinationsaufgaben[53], ist die Entwicklung der Pflegeorganisation unübersichtlich: Ob von einem Bedeutungsgewinn der Funktionspflege und damit von einem Vorrücken des »Taylorismus in der Krankenpflege«[54] mit allen seinen negativen Konsequenzen für die Pflegequalität[55]

auszugehen ist, oder von steigender Relevanz der Gruppen- oder ganzheitlichen Pflege, ist anhand der vorliegenden statistischen Daten[56] nicht eindeutig zu entscheiden. Einen allgemeineren Trend könnte das fallspezifische Ergebnis von Bartholomeyczik beschreiben, demzufolge nach einiger Erfahrung mit der Gruppenpflege bzw. generell mit partizipativeren Formen der Pflegeorganisation und der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften sich — allerdings oft auf Initiative der beteiligten Pflegekräfte — häufig wieder festere Rollenteilungen herausbilden[57].

Von nicht zu vernachlässigender Relevanz für die Belastungsstruktur der Pflegearbeit bzw. zumindest für einige Teilgruppen der Pflegekräfte (z.B. Stationsleitungen) ist der bereits angesprochene *Einsatz elektronischer Datenverarbeitung als Organisationstechnologie.* In Abhebung von der These, daß eine »Informationskrise« im Krankenhaus gleichsam sachzwanghaft einen verstärkten Einsatz der EDV notwendig mache, argumentiert Stahl, daß an der Nutzung dieser Technologie im Krankenhaus vor allem Hersteller und Krankenhausverwaltungen — letztere unter Aspekten genauerer Leistungs- und Kostenerfassung — ein Interesse hätten[58]. Die Problematik der EDV in der Pflege sieht er, mit bedenkenswerten Argumenten, nicht nur darin, daß dadurch für die Pflegenden neue Anforderungen entstehen, sondern vor allem darin, daß der Einsatz von EDV eine Standardisierung der Pflege notwendig macht, die wiederum einen Trend zur Funktionspflege unterstützt, ein rein naturwissenschaftlich-technisches Krankheitsverständnis verstärkt, die Kommunikation der Pflegenden mit den Patienten beeinträchtigt und die Gefahr in sich birgt, daß die Pflegekräfte von ihrem Erfahrungswissen enteignet und damit dequalifiziert werden.

Arbeits- und Leistungsgestaltung sind eng verbundene Themen, die in Produktions- und Dienstleistungsbereich, im privaten und im öffentlichen Sektor auch und gerade dort, wo nicht unter Leistungslohnbedingungen gearbeitet wird, im Mittelpunkt arbeitsorganisatorischer Bemühungen wie empirischer Studien stehen. In Untersuchungen zur Belastung bei der Pflegearbeit stößt man diesbezüglich jedoch auf ein Vakuum. Ob denn überhaupt — und wenn, mit welchen Verfahren — Arbeitsplätze systematisch gestaltet und Arbeitsabläufe geplant werden, nach welchen Methoden Leistungsbemessung und Leistungsbewertung der Pflegekräfte vorgenommen werden, darüber ist kaum etwas zu erfahren. Allenfalls eher betriebswirtschaftlich motivierte Projekte, wie das (inzwischen anscheinend in der Versenkung verschwundene) zur Entwicklung eines »Verfahrens zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern«[59] scheinen sich der

Leistungsproblematik systematisch anzunehmen. Dabei macht allein die Kritik der Beschäftigten an ihrer Leistungssituation — an Hektik und Hetze[60], an unregelmäßigen Dienstplänen und häufig notwendigen Überstunden, an den negativen Folgen für die Patientenversorgung — die Brisanz der Problematik nachdrücklich deutlich. Und auch Versuche, allgemeine Indikatoren für die Entwicklung der Leistungssituation zu benennen und zu interpretieren, bestätigen diese Kritik tendenziell[61] — wobei solche Indikatoren (wie etwa die Entwicklung der Anzahl der Patienten je Pflegekraft, in die Veränderungen der tariflichen Arbeitszeit und der durchschnittlichen Abwesenheitsquote[62] eingerechnet werden können) qualitative Veränderungen der Leistungsanforderungen (z.B. durch Veränderungen der Arbeitsmethoden oder Hygienevorschriften) noch nicht einmal abbilden. Dennoch scheint vor allem die Untersuchung der Leistungssituation ein Tabuthema zu sein. Dabei ginge es gar nicht um Grundsatzfragen wie die, ob die Besonderheit der Pflegeaufgabe eine Arbeits- und Leistungsgestaltung mithilfe von MTM zuläßt. Sehr viel pragmatischer wäre zu prüfen, wie sich die Leistungssituation der Pflegekräfte in den letzten Jahren durch die Vielzahl von Veränderungen externer und betrieblicher Rahmenbedingungen der Arbeit verändert hat. Aus den Erfahrungen in der Industrie läßt sich dabei lernen, daß selbst scheinbar unbedeutende Veränderungen — wie die Einführung von Einwegspritzen oder die Pflicht zum Tragen von Gummihandschuhen — erhebliche Folgen haben[63]. Solche Veränderungen aber hat es in der Pflege in den vergangenen Jahren zuhauf gegeben.

Auch zu *personalwirtschaftlichen Entwicklungen* (d.h. den Veränderungen von betrieblicher Beschäftigungspolitik, Arbeitseinsatz- und Arbeitszeitpolitik, Führungskonzepten, Weiterbildungsmaßnahmen, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Lohnpolitik und Sozialpolitik) schließlich und ihren Belastungsfolgen gibt es kaum verläßliche Informationen[64]. Dabei stünden Fragen an wie die, ob auch in den Krankenhäusern Individualisierungs- und Deregulierungstendenzen der Arbeitsvertrags- und Beschäftigungspolitik und eine strikte Personalselektion nach Qualifikations-, Motivations- und Gesundheitskriterien Platz greifen (was zwar auf dem Hintergrund des Pflegekräftemangels unwahrscheinlich erscheint, aber dennoch zu prüfen wäre); ob es Versuche gibt, die offensichtlich erheblich belastenden Regelungen bzw. Unregelmäßigkeiten der Arbeits- und Pausenzeiten (Schichtfolge und Schichtwechselzeiten, Überstundenanfall, Unregelmäßigkeit von Erholpausen, mangelnde Verläßlichkeit der Dienstpläne und damit Unplanbarkeit von Freizeitaktivitäten[65]) zu verändern und wenn ja, in

welche Richtung; ob auch im Krankenhaus daran gedacht wird, den durch unvorhergesehene Abwesenheitsquoten auftretenden Problemen der Erbringung der notwendigen Pflegeleistungen durch flexiblen Arbeitseinsatz zu begegnen; ob die gleichsam naturwüchsig entstandenen Hierarchieformen und Führungskonzepte, die sich auf moralische Imperative, medizinische Autorität und männliche Vormacht stützen, einer systematischen Kritik und geplanten Veränderung unterzogen werden; ob Konzepte einer systematischen Personalentwicklung entworfen werden, mit denen Weiterbildungsbereitschaft der Pflegekräfte unterstützt und entsprechende Angebote unterbreitet werden; schließlich ob die Krankenhaus-Betriebsmedizin den »Kinderschuhen«[66] entwächst und ob über ihre arbeitsmedizinische Orientierung[67] hinaus Ansätze zu einem qualitativen Ausbau des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf betrieblicher Ebene formuliert werden. Mit allen diesen Fragen sind auch Aspekte der Gestaltung von Arbeitsbedingungen angesprochen, deren — vor allem psychische — Belastungsrelevanz hier allerdings ebenso nur behauptet werden kann, wie über die derzeitige Belastung durch solche Momente keine generalisierenden Aussagen möglich sind.

Bleibt darauf hinzuweisen, daß auch das betriebliche Verständnis und die betriebliche *Ausgestaltung von Interessenregelungsprozessen* unter Belastungsaspekten von erheblicher Bedeutung sind. Ob sich hier allerdings Tendenzen zu einer stärkeren Anerkennung gewerkschaftlicher und betriebsverfassungsrechtlich abgesicherter Interessenvertretung breiter durchsetzen, oder ob die weiter oben angedeuteten möglichen negativen Konsequenzen des Anwachsens des Anteils privater Krankenhäuser bzw. der Privatisierung einzelner Teilbereiche der Krankenhausorganisation[68] eintreten, darüber kann man augenblicklich nur mehr oder weniger begründete Spekulationen anstellen. Und welche Probleme mit konkreten Formen betrieblicher Interessenartikulation und -vertretung im Kontext unterschiedlicher Formen betrieblicher Sozialordnung verbunden sind, darüber können — wie auch in den anderen vorstehend andiskutierten Bereichen — nur empirische Fallstudien Auskunft geben.

d) Einige Bemerkungen zur Bedeutung von Beanspruchungsdaten für die Einschätzung der Belastungsentwicklung

Vorstehend wurde versucht, die Entwicklung verschiedener, für die Belastungen bei der Pflegearbeit bedeutsamer Momente der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Krankenhaus und ihrer Ursachen

und Hintergründe herauszuarbeiten. Was mit ihnen für die Beschäftigten an somatischen, psychischen und sozialen Problemen verbunden ist, darüber lassen solche Informationen allerdings nur mehr oder weniger plausible, auf vorhandene arbeitswissenschaftliche Ergebnisse gestützte Annahmen zu. Doch auch der oft unternommene *Rückschluß von* — sekundärstatistischen bzw. in standardisierten oder qualitativen Interviews erhobenen — *Beanspruchungsdaten* auf die Belastungsqualität von Arbeitsbedingungen ist nur begrenzt möglich. Zeigen doch einerseits solche Daten (dies gilt vor allem für Massendaten der Sozialversicherungsträger) in ihrem Schädigungs- bzw. Krankheitsbezug nur die Spitze des Eisbergs gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Was an Befindlichkeitsstörungen und Gesundheitsschäden, die sich nicht in Krankschreibungen oder gar Frühberentungen niederschlagen, solchen aktenkundigen Gesundheitsstörungen voraus oder parallel geht, bleibt unerkannt.

Den Eisberg sozialer Beeinträchtigungen lassen solche Daten erst recht im Nebel. Und sind doch andererseits (dies gilt vor allem für Interviewdaten) die Artikulationen der Betroffenen oft nur Chiffren für etwas, was hinter ihrem Rücken abläuft, weil jene nur die Auswirkungen von Ursachen wahrnehmen können, die sich ihnen verbergen[69].

Aus diesem Grunde, aber auch, weil eine ausführliche Aufarbeitung vorhandener Informationen hier nicht möglich ist, bleibt beim Versuch, die Belastungssituation der Pflegekräfte über alle Differenzierungen hinweg abschließend allgemein zu kennzeichnen, nur das *Vertrauen auf das* literaturbasierte und erfahrungsgesättigte *subjektive Urteil*. Die Konsequenzen der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sind danach wie folgt einzuschätzen:

— Es gibt ernstzunehmende Hinweise auf das Weiterbestehen, ja die Neuentstehung *körperlicher Überforderung und Gesundheitsgefährdung*, etwa durch Heben und Tragen, zurückzulegende Wege, ständiges Stehen, aber auch durch gesundheitsgefährdende Arbeitsstoffe und -verfahren. Psychosomatische Folgen von Arbeitsbedingungen wie Nacht- und Schichtarbeit, Hektik und Streß oder ständig wechselnden Anforderungen dürften zudem mindestens von gleicher Bedeutung sein.

— Von zunehmender Relevanz ist vermutlich *kognitive Überforderung*, etwa durch Kontroll- und Überwachungsaufgaben oder durch die Notwendigkeit der — oft gleichzeitigen — Erfüllung verschiedenster, meist anspruchs- und verantwortungsvoller Aufgaben in kürzester Zeit.

— Ganz sicher ein äußerst ernstes Problem stellt *emotionale Überforderung* dar. Im Vordergrund stehen dabei Leidbelastung und »Gefühlsarbeit«. Gerade bei ihnen ist allerdings nachdrücklich darauf hinzuweisen, daß sie nicht (nur) unabänderlich durch die Besonderheit der Aufgaben bestimmt, sondern wesentlich auch sozial gestaltet sind. Denn in welcher »Dichte« sie auftreten und welche Kompensations- und Verarbeitungsmöglichkeiten es für sie gibt, bestimmt sich aus sozialen Entscheidungen. Doch ist nicht nur die Erfahrung von Leid psychisch belastend. Alle Aspekte der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen müssen auch emotional verarbeitet werden und können entsprechende Kapazitäten überfordern, allen voran etwa die Leistungssituation, die Kooperations- und Kommunikationsbeziehungen zu ärztlichen und Pflegevorgesetzten wie zu Kollegen, die Gestaltung des Arbeitseinsatzes, die arbeitsvertraglichen Regelungen oder die Bedingungen der Interessenartikulation und Interessenvertretung. Dabei ist, wie immer bei der Einschätzung von Belastungsbedingungen, zu beachten, daß einzelne Belastungsmomente in der Regel miteinander zusammenhängen und sich gegenseitig verstärken. So können etwa ungeklärte Fragen der Arbeitsteilung zwischen Kollegen und der erwarteten Leistungspensen sich auch darin niederschlagen, daß das kollegiale Verhältnis gestört ist, sich Mißtrauen und Konkurrenz breitmachen, die selbst vorrangig als emotional belastend empfunden werden.
— Schließlich ist auf die Gefahr *sozialer Überforderung* hinzuweisen, die sich z.B. daraus ergibt, daß Arbeitszeit- und Pausenregelungen oder Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten nicht mit sozialen Ansprüchen an Beruf, Familie und Freizeit in Einklang zu bringen sind.

Insgesamt ergibt sich damit aus der Betrachtung belastungsbestimmender Faktoren und ihrer Entwicklung ein Bild, das mit der eingangs formulierten generellen Einschätzung der Veränderung der Belastungssituation der Pflegekräfte übereinstimmt.

4. Veränderungsperspektiven: Notwendigkeiten und Möglichkeiten

Derzeit diskutierte Abhilfevorschläge zeichnen sich nun allerdings, ebenso wie Ansätze und Ergebnisse empirischer Belastungsforschung im Pflegebereich, häufig durch begrenzte Reichweite und einen gewissen Reduktionismus aus. So sind sicher Versuche der Verbesserung der Einkommenssituation so notwendig wie unzureichend. Ebenfalls sind Forderungen, die sich auf die Behebung des Personalmangels

durch Ausweitung der Stellenpläne konzentrieren, zwar richtig, können aber die Belastungssituation alleine nicht verbessern[70]. Denn mit entsprechenden Veränderungen ist nur begrenzt etwas gewonnen, solange nicht die Probleme der Arbeits- und Leistungsgestaltung angegangen werden, genereller: solange nicht arbeitsorganisatorische und personalwirtschaftliche Maßnahmen ihrer Belastungsrelevanz entsprechend behandelt werden. Und radikaler könnte man auch, ohne sich deshalb den Vorwurf des »blaming-the-victim« gefallen lassen zu müssen, behaupten, daß der (oder zumindest ein weiterer) Kristallisationspunkt der Probleme in der »Vertretungsschwäche« der Beschäftigten liegt.

Erst recht sind Veränderungsansätze unzulänglich, die auf Versuche der Veränderung struktureller Bedingungen verzichten und ausschließlich auf die bessere Anpassung der Pflegekräfte an ihre Arbeitsbedingungen, auf die Bereitstellung von Bewältigungshilfen setzen — etwa in der grundsätzlich vernünftigen Einrichtung von Balint-Gruppen bereits ein Heilmittel für alle Probleme sehen. Prinzipiell ist schließlich darauf hinzuweisen, daß Allgemeingültigkeit beanspruchende Veränderungen oft an den konkreten Problemkonstellationen in den einzelnen Häusern vorbeigehen, daß Veränderungsbedarf also auch fallspezifisch herausgearbeitet und mit konkreten Lösungen beantwortet werden muß.

Zu beachten ist aber bei Veränderungsinitiativen nicht nur, wo generelle und wo spezifische Lösungen gefragt sind, wo materielle, wo personelle und wo inhaltliche Bedingungen verbessert werden müssen, sondern auch wo Expertenkompetenz bei der Benennung der Probleme und bei der Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen durch Betroffenenwissen ergänzt oder sogar ersetzt werden muß. Denn nicht nur gibt es Bereiche, in denen das Expertenwissen versagt oder gar zu technokratischen Lösungen führt[71], sondern es ist auch davon auszugehen, daß beobachtbare Defizienzen des Interessenverhaltens der Beschäftigten in der Pflege gleichsam in funktionaler Verschränkung stehen mit einem — durchaus wohlmeinenden — expertokratischen Ansatz, der nach der Maxime »Alles für, nichts durch die Pflegekräfte« zu verfahren scheint. Zudem kann, trotz der prinzipiellen Unverzichtbarkeit von Gesetzen und Verordnungen, Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen, nicht alles generell geregelt werden. Es muß auch darum gehen, Verhaltensspielräume für Selbsttätigkeit und Selbstbestimmung der Beschäftigten zu schaffen und die Möglichkeit ihrer Nutzung zu gewährleisten.

Worauf muß sich also, außer auf Selbstverständlichkeiten wie »strikte Einhaltung bestehender Arbeitsschutzvorschriften« oder »Ausweitung der Stellenpläne« die Diskussion um Veränderungen mit dem Ziel einer Reduktion von Belastungen vorrangig richten? Veränderungsinitiativen

sollten *zum einen*, über die Orientierung an der Verhinderung von Verschleiß und Schädigung hinaus, stärker auf die Verhinderung oder Reduktion arbeitsbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen und Befindensstörungen sowie vor allem sozialer »Beanspruchungen« zielen. Es muß dabei auch gehen um bessere Möglichkeiten zur Realisierung inhaltlicher Ansprüche an die Arbeit (z.B. auch durch Weiterbildungsmöglichkeiten), um größere »Familienfreundlichkeit« der Arbeitsbedingungen und generell um die Vereinbarkeit der Arbeit mit Ansprüchen an ein »normales« Leben. *Zum anderen* sollten verstärkt die Erhöhung der Transparenz von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, ihrer Planung und Gestaltung, sowie die Schaffung von Reklamations-, Mitwirkungs- und Selbstbestimmungsrechten der Beschäftigten zum Ziel der Bemühungen auch im Arbeits- und Gesundheitsschutz gemacht werden. Beides läuft auch auf eine Unterstützung bereits in der Diskussion befindlicher Forderungen nach größerer Anerkennung des Eigenwerts und nach größerer beruflicher Eigenständigkeit der Pflege hinaus. Wenn dabei häufig von einer »Anwaltsfunktion« der Pflegenden für die Patienten gesprochen wird, so heißt das auch, daß es nicht um technokratische oder instrumentelle Lösungen gehen darf. Besondere Zuwendung oder »Erbarmen« (Jens[72]) ist und bleibt konstitutives Merkmal der Pflege, auch wenn »Aufopferung« — selbst wenn sie immer eine inviduelle Option darstellt — sozial nicht mehr zumutbar ist.

Initiativen zur Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation der Pflegekräfte dürfen nicht als Versuch der kostenträchtigen Bedienung von Gruppenegoismen diffamiert werden. Vielmehr ist von der Einsicht auszugehen, daß wirksame Pflege nur dann auf Dauer gewährleistet ist, wenn sie die oder den Pflegenden nicht nur nicht auszehrt, sondern ihr/ihm auch selbst etwas gibt. Auf diesem Hintergrund kann unterstellt werden, daß eine strukturelle Verbesserung der Situation der Pflegenden auch zu einer Erhöhung der Funktionsfähigkeit und der Wirksamkeit des Gesundheitswesens im Allgemeinen und zu einer Gewährleistung einer humaneren Patientenversorgung beitragen wird. Somit stellt sich zum Schluß wieder die zentrale Frage, was unserer Gesellschaft die gesundheitliche Versorgung ihrer Mitglieder wert ist.

Anmerkungen

1 Vgl. als Überblick etwa: Kasten/Wellner 1980, Bartholomeyczik 1981, Bäcker 1987, Psycholog. Forschungsgruppe Schönhals, Taubert 1987.

2 Die Oberflächlichkeit dieses Konsenses wird daran deutlich, daß die Vorstellungen über die einzuschlagenden Wege und das anzuschlagende Tempo erheblich differieren, sobald es darum geht, ihm durch Taten Rechnung zu tragen.

3 Daniels (1989) wies (noch vor dem Abschluß des neuen Tarifvertrags) darauf hin, daß der Verdienst einer examinierten, dreijährig ausgebildeten Krankenschwester etwa dem einer Verkäuferin im Warenhaus entspricht. Ein Vergleich mit qualifizierten, ähnlich verantwortungsvollen Berufen, die überwiegend von Männern ausgeübt werden, dürfte auch jetzt noch deprimierend ausfallen.

4 Strukturelle Veränderungen der Arbeitsbedingungen werden kaum vorgenommen, Verbesserungen zentrieren sich auf die Gratifikationsseite (so z.B. im neuen Tarifvertrag; vgl. im Einzelnen: »Allgemeine Vergütungsordnung für Angestellte im Pflegedienst« und: »Sonderregelungen für Angestellte im Kranken-, Heil-, Pflege- und Entbindungsanstalten (SR 2a BAT) zum BAT«, beides in: Petin (1989) und vor allem auf Hilfen zur Bewältigung (z.B. Balint-Gruppen).

5 Zahlen dazu etwa bei Albrecht/Engelke 1980; Bäcker (1987).

6 Vgl. zusammenfassend Dunkel 1988, Gerhards 1988.

7 Vgl. Albrecht u.a. 1982, Pröll/Streich 1984, Psycholog. Forschungsgruppe Schönhals, Taubert 1987, Güntert u.a. 1989.

8 Vgl. wiederum Albrecht u.a. 1982, S. 152ff, Peretzki-Leid 1986, 1989, Bäcker 1987, Arbeitsgemeinschaft 1989, Bruckenberger 1989, DAG 1989 — um nur einige zu nennen.

9 Fürstenberg 1975.

10 Vgl. dazu etwa Luczak/Volpert 1987 oder, als unausgesprochenen Versuch der inhaltlichen Ausfüllung eines solchen Ansatzes, Dabrowski u.a. 1989.

11 Wobei allerdings, wie Müller/Behrens (1989, S.94) zu Recht bemerken, zumindest traditionelle arbeitswissenschaftliche Ansätze (selbst) für die Analyse industrieller Arbeit zu kurz greifen und umgekehrt die verschiedenen arbeitswissenschaftlichen Disziplinen bisher wenig zur Analyse und Gestaltung von Krankenhausarbeit beigetragen haben. Die oben angesprochene »sozialwissenschaftlich orientierte« Arbeitswissenschaft ist zudem allenfalls in der Entstehung begriffen.

12 Belege für die in diesem Gesamturteil aufgestellten Behauptungen können an dieser Stelle nicht geliefert werden. Die Nennung einzelner Beispiele, für die immer Gegenbeispiele gefunden werden können, wäre wenig aussagekräftig. Und eine ausführliche kritische Literaturanalyse ist in diesem Rahmen nicht möglich. So muß es dem Leser überlassen bleiben, ob er sich dem — aus dem Literaturstudium gewonnen — Urteil des Autors anschließen mag.

13 Allerdings hat sich auch hier die Arbeitswissenschaft wieder selbst an die Brust zu schlagen: die Probleme der Gesamtbelastung und der normativen Grundlagen einer Bewertung sind von ihr zwar diskutiert, nicht unbedingt aber ins Zentrum der Auseinandersetzungen gerückt worden. (Vgl. dazu Marstedt/Mergner 1986, insbesondere S. 312ff).

14 Wobei hier nicht grundsätzlich gegen Fallstudien und »subjektive Daten« Stellung genommen wird. Es ist dabei nur sehr genau zu bedenken, was sie erbringen können (vgl. dazu z.B. Mergner 1990).

15 So auch: Albrecht u.a. 1982, S. 6, 36ff; Elkeles 1988, S. 5; Müller/Behrens 1989, S.94ff.

16 Rohde 1974, S.8.

17 Zusammen mit berechtigten Vorbehalten gegen eine mögliche Dominanz betriebswirtschaftlicher (damit auch im traditionellen Sinne arbeitswissenschaftlicher) Sichtweisen bei der Gestaltung der Krankenhausarbeit bestimmt dieses

Urteil offensichtlich auch heute noch das, was als der Untersuchung der Krankenhausarbeit angemessen angesehen wird. So dekretierte etwa die »Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen«, weniger gegen Forschung, als gegen Gestaltung gerichtet, noch unlängst: »Natürlich stößt es nicht auf prinzipielle und auch nicht auf wesentliche praktische Schwierigkeiten, die in der industriellen Produktion entwickelten und gehandhabten Verfahren der Arbeitsablauf- und Arbeitszeitmessungen an die Besonderheiten der Krankenhäuser und hier speziell der Krankenpflege anzupassen... Aber dieser Weg führt zur Messung nur der technischen Verrichtungen in der Pflege. Das spezifisch menschliche Element, das in den Arbeitsabläufen der industriellen Produktion und in ähnlichen Zusammenhängen keinen Platz hat, würde mit der Übernahme ihrer Verfahren auch für die Krankenpflege ausgeklammert.« (Arbeitsgemeinschaft 1989, S. 53. Ähnlich auch: Bäcker 1987, S. 4).

18 So berechtigt und notwendig Untersuchungen sind, die durch feministische, durch berufspolitische, durch sozialhistorische, durch regional, lokal oder auf spezifische Patientengruppen bezogene Erkenntnisinteressen geprägt sind, so klar ist auch, daß sie zu einer systematischen Analyse der Arbeitsbelastungen bei der Pflegearbeit immer nur Teilaspekte beisteuern können, die zudem durch ihren besonderen Blickwinkel strukturiert sind.

19 Eine Charakteristik, die allerdings auch (außerhalb der Forschungen über Belastungen bei der Pflegearbeit) für viele arbeitswissenschaftliche Studien, selbst für sozialwissenschaftlich orientierte, zutrifft.

20 In guter Zusammenfassung zum Beispiel zuletzt bei Müller/Behrens 1989.

21 Zum Konzept der betrieblichen Arbeits- und Sozialordnung vgl. Dabrowski u.a. 1986, 1989.

22 So z.B. bei Rohde (1974) in starker Anlehnung an Parsons' Strukturfunktionalismus und Gehlens Anthropologie oder bei Siegrist 1978. Andeutungen zu einem Verständnis wie dem oben skizzierten finden sich dagegen bei Bartholomeyczik (1981, S.35ff, 130ff), Bäcker (1987) oder Psycholog. Forschungsgruppe Schönhals (1987, S. 39ff, 55).

23 Vgl. z.B. Bratschitsch 1969, Adam 1972, Eichhorn 1975, Steckel 1988.

24 Vgl. dazu Marstedt/Mergner 1986.

25 So erstmalig im Manteltarifvertrag für die Druckindustrie, der im März 1989 abgeschlossen wurde. Vgl. dazu ausführlich Zwingmann 1989.

26 Vgl. ebd., S. 716ff.

27 Ansatzweise wird diese Diskussion etwa geführt bei Albrecht u.a. (1982, S. 53ff), doch kann die Begründung, die als ihr Ergebnis für die Wahl schriftlicher Befragungen als Hauptinstrument der Datengewinnung formuliert wird (S. 59), nicht unbedingt überzeugen.

28 Daß es sich dabei hier nur um eine recht grobe Skizze handeln kann, braucht wohl kaum betont zu werden.

29 Beruhigen kann man sich damit, daß diese Differenzierungen zwar dann bedeutsam sind, wenn es um konkrete betriebliche Maßnahmen geht, daß es aber auch durchaus legitim ist, sie zu vernachlässigen, wenn generelle Problemsituationen oder Entwicklungstrends gekennzeichnet werden sollen.

30 Vgl. z.B. Albrecht u.a. 1982, S. 20; Bäcker 1987, S. 23; Arbeitsgemeinschaft 1989, S. 6ff; Daniels 1989.

31 Zahlen dazu finden sich z.B. bei Pinding u.a. 1975; Albrecht/Engelke 1980; Grefe/Hartmann 1988; Prognos 1989. Daß auch diese Zahlen zwischenbetrieblich erhebliche Unterschiede aufweisen, zeigen Albrecht/Engelke (1980) recht

eindrucksvoll: So lag etwa die jährliche Fluktuation in verschiedenen (Berliner) Krankenhäusern im Jahr 1979 zwischen 10 % und 30 %.

32 Die vor allem durch eine Leistungsexplosion bedingt ist: Vgl.dazu etwa Bruckenberger (1989, S.46f), sowie vor allem die ausführliche, kritische Diskussion bei Kühn (1988).

33 Vgl. z.B. Bäcker 1987, S.19.

34 Vgl. z.B. Peretzki-Leid (1989), die ihn als den »Kristallisationspunkt« aller Probleme ansieht. Schätzungen sprechen von einem derzeitigen Personalmehrbedarf von 60-65000 Pflegekräften (vgl. Arbeitsgemeinschaft 1989, S.60).

35 Vgl. Siegrist 1978, S.64ff.

36 Vgl. Albrecht u.a. 1982, S. 74ff.

37 Vgl. zum Folgenden z.B. Bäcker 1987, S.5ff; Arbeitsgemeinschaft 1989, S. 10f; Bruckenberger 1989, S.185ff.

38 Bäcker 1987, S.6.

39 Vgl. z.B. Bruckenberger 1989, S. 49, 183.

40 Zahlen dazu z.B. bei Bruckenberger 1989 und DKG 1989.

41 Vgl. Bäcker 1987, S. 13.

42 Daß sich mit veränderter, oft unklarer Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften, d.h. der inoffiziellen Übernahme ärztlicher Aufgaben durch die Letzteren, auch die Risiken für Konflikte erhöhen können, darauf sei hier nur am Rande verwiesen.

43 Vgl. dazu Gerhards 1988.

44 Vgl. Rohde 1974, S. 130. Außerdem: Will 1987, S.9; Mergner/Mönkeberg-Tun/Ziegeler 1990 .

45 Vgl. Ostner/Beck-Gernsheim 1979, Bartholomeyczik 1981, aber auch, schon 1962: Rohde (1974, S.286).

46 Und selbstverständlich auch darauf, was an Gratifikationen für die Arbeit erwartet wird.

47 Da sie sich zunächst bei den besser ausgebildeten Arbeitskräften durchsetzen, ist dies beim hohen Anteil Qualifizierter in der Pflege — Albrecht/Engelke (1980) beziffern ihn auf 80 % — recht wahrscheinlich.

48 Vgl. auch Gerhards 1988. Daß, wie Kühn (1987) verdeutlicht, auf dem Hintergrund veränderter Produktions- und Verwertungsbedingungen solche Ansprüche auch funktionalisiert, als Verhaltenserwartungen gegen die Arbeitnehmer gekehrt werden, ändert nichts daran, daß auch eine Entwicklung subjektiver Wertvorstellungen (etwa auf dem Hintergrund verbesserten Ausbildungsniveaus) oder doch zumindest eine Verbesserung der Chancen ihrer Artikulation, ihres Einklagens, festzustellen ist.

49 So z.B. Arbeitsgemeinschaft 1989, S. 9.

50 Bartholomeyczik 1981, S. 22.

51 Ausführlicher dazu die bereits zitierte Arbeit von Kühn (1987) sowie auch Mergner/Mönkeberg-Tun/Ziegeler 1990.

52 Etwa: Steigender Anteil verheirateter oder männlicher Pflegekräfte (vgl. Albrecht/Engelke 1980, Bruckenberger 1989).

53 Vgl. z.B. Bäcker 1987 (S.17f) oder Pröll/Streich 1984.

54 Elkeles 1988, S. 8.

55 Vgl. ebda.

56 Vgl. z.B. Prognos 1989.

57 Vgl. Bartholomeyczik 1981, S. 133ff.

58 Stahl 1988, S. 20ff. Computeranwendungen, die zur Verbesserung der Behandlung

und Pflege der Patienten beitrügen, behauptet er, seien zur Zeit kaum entwickelt (ebd., S. 22).

59 Vgl. Adam 1980, Siebel/Schmidt 1981, sowie kritisch: Schnappauf 1981. Zur Problematik von Arbeits- und Leistungsorganisation vgl. außerdem: Böhme 1976, Wobbe 1978, Borzutzki 1980

60 Vgl. wiederum Albrecht u.a.1982, S. 85f.

61 Vgl. ebd., S.19f.

62 Sie ist zwischen 1970 und 1985 immerhin von 15 % auf 25 % gestiegen (vgl. dazu Grefe/Hartmann 1988).

63 Zu vermuten ist, daß dieses Problem vor allem wegen zu erwartender erheblicher finanzieller Folgekosten nicht angegangen wird. Ergebnis müßte nämlich sicherlich eine grundlegende Revision der Personalbedarfs-Anhaltszahlen sein.

64 Auch hier finden sich allenfalls eher auf die Möglichkeiten, denn auf die Realität von Rationalisierung bezogene Untersuchungen aus dem Bereich der Betriebswirtschaft. Vgl. z.B. Eichhorn 1979, DKI 1980, Dahlgaard 1982.

65 Vgl. dazu vor allem Albrecht u.a. 1982 und Pröll/ Streich 1984.

66 Müller/Behrens 1989, S. 95.

67 Vgl. Hofmann/Stössel 1987.

68 Vgl. Kühn 1980.

69 Vgl. dazu ausführlicher Dabrowski u.a. 1989, Mergner 1989.

70 Vgl. z.B. Peretzki-Leid (1989), die den Personalmangel als »Kristallisationspunkt« aller Probleme ansieht.

71 Vgl. dazu Marstedt/Mergner 1982, 1984

72 Vgl. Jens 1989

Literaturverzeichnis

Adam, D.: Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen. Eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses in Krankenhäusern. Wiesbaden 1972

Adam, D.: Schwachstellenanalysen zum Forschungsprojekt PBEV. In. Dienst für Gesellschaftspolitik 22/1980

Albrecht H., Engelke, D.R.: Der Arbeitsmarkt für Krankenpflegeberufe. Eine empirische Untersuchung über die Zugänge und Abgänge der Krankenhausbeschäftigten in Berlin (West) für das Jahr 1979. BASiG-Papier Nr. G 75. Berlin 1980

Albrecht, H., Büchner, E., Engelke, D.R.: Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. Analysen und Maßnahmevorschläge. Berlin 1982 (Berlin-Verlag)

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen: Bericht der Kommission »Fachberufe des Gesundheitswesens«. Teil I: Berufe der Krankenpflege. Bonn 1989

Bäcker, G.: Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege. WSI-Projektgruppe »Humanisierung der Arbeit«: Arbeitspapier Nr. 12. Düsseldorf 1987

Bartholomeyczik, S.: Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten. Teil 2: Ergebnisse. Schriftenreihe »Strukturforschung im Gesundheitswesen« Bd.7 (BASIG). Berlin 1981 (TU Berlin)

Böhme, H. u.a.: Arbeitsgestaltung im Krankenhaus — Recht und Wirklichkeit. Schwäbisch-Gmünd 1976

Borzutzki, R.: Die Anwendung von Arbeitsstudienmethoden im Pflegebereich. In: Das Krankenhaus 11/1980

Bratschitsch, R.. Das Krankenhaus als Betrieb. In: Kroeber-Riel, W., u.a. (Hg.): Wissenschaftliche Betriebsführung und Betriebswirtschaftslehre. Festschrift zum 75. Geburtstag von K. Schnutenhaus. Berlin 1969

Bruckenberger, E.: Dauerpatient Krankenhaus. Diagnosen und Heilungsansätze. Freiburg 1989 (Lambertus)

Dabrowski, H., Görres, H.-J., Rosenbaum, W., Voswinkel, S.: Humanisierungsprobleme und Belegschaftsvertretung in Klein- und Mittelbetrieben. BMFT-Abschlußbericht. Göttingen 1986

Dabrowski, H., Marstedt, G., Mergner, U.: Mehr als Monotonie und Zeitdruck. Zur sozialen Konstitution und Verarbeitung von psychischen Belastungen im Betrieb. Wiesbaden 1989

DAG (Hg.): Arbeitssituation im Pflegedienst. Hamburg 1989

Dahlgaard,K.: Rationalisierung und Personalplanung im Krankenpflegebereich. Eine Untersuchung über die Problematik von Rationalisierungsbestrebungen in öffentlichen Krankenhäusern. München 1982

Daniels, A.: Notfall Krankenhaus. In: Die Zeit Nr. 21 vom 19.5.1989

Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt/M. 1989

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft)(Hg.): Untersuchung über den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf an Krankenpflegepersonen in der BRD (Krankenpflegeenquete) BMJFG. Bonn 1979

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft)(Hg.): Zahlen, Daten, Fakten '89. Düsseldorf 1989

DKI (Deutsches Krankenhausinstitut): Untersuchungen zur Verbesserung der Betriebsabläufe im Krankenhaus. Bonn 1980

Dunkel, W.: Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. In: Soziale Welt, 39. Jg. 1988, H.1, S.66-85

Eichhorn, S.: Arbeitsplatzeinsatzplanung im Krankenhaus. In: DKG 1979

Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre. 3 Bde. 3.Auflage. Stuttgart/ Berlin/Köln/ Mainz 1974-1975

Elkeles, Th.: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. In: Jahrbuch für Kritische Medizin. Bd.13 (AS 155). Berlin/Hamburg 1988, S. 5-19

Fürstenberg, F.: Konzeption einer interdisziplinär organisierten Arbeitswissenschaft. Berichte der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Bd. 64. Göttingen 1975 (Otto Schwartz)

Gerhards, J.: Emotionsarbeit. Zur Kommerzialisierung von Gefühlen. In: Soziale Welt. 39. Jg. 1988, H.1, S.47-65

Grefe, C., Hartmann, F.: Fließband-Pflege. In: Die Zeit Nr.42 vom 14.10.1988

Güntert, B., Orendi, B., Weyermann; U.: Die Arbeitssituation des Pflegepersonals — Strategien zur Verbesserung. Bern/Stuttgart/Toronto 1989 (Huber)

Hofmann, F., Stössel, U. (Hg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Stuttgart 1987

Jens, W.: Das Wort Erbarmen. Dankrede zur des »Alternativen Büchner-Preises«. Gekürzt abgedruckt in: Die Zeit Nr. 9 vom 24.2.1989

Kasten, M., Wellner, R.: Stand und Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen. Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Literaturanalyse. BASIG-Papier Nr.G 64. Berlin 1980 (TU Berlin)

Kühn, H.: Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit. In: Düsseldorfer Debatte 8-9/1987, S.67-80 und 10/1987, S.47-57

Kühn, H.: Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung. In: Jb. f. Kritische Medizin, Bd. 13. Berlin/ Hamburg 1988, S.30-46

Kühn, H.: Privatisierungstendenzen im Krankenhaus. In Jb. f. Kritische Medizin, Bd. 6. Berlin 1980. S. 33-43

Luczak, H., Volpert, W.: Arbeitswissenschaft. Kerndefinition — Gegenstandskatalog — Forschungsgebiete. Eschborn 1987 (RKW)

Marstedt, G., Mergner, U.: Betroffenenwissen und Expertenurteil. In: Elsner, G. (Hg.): Was uns kaputt macht. Arbeitsmarkt und Arbeitsmedizin. Hamburg 1984

Marstedt, G., Mergner, U.: Erfassung artikulierter Beanspruchungen — ein Weg aus theoretischen und methodischen Defiziten arbeits- und industriesoziologischer Belastungsforschung? In: Braczyk, H.-J. u.a. (Hg.): Materialien zur Industriesoziologie. Sonderheft 24 der KZfSS. Köln/Opladen 1982

Marstedt, G., Mergner, U.:: Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Theoretische Ansätze, Methoden und empirische Forschungsergebnisse. Opladen 1986

Mergner, U.: Erfassung artikulierter Beanspruchungen und betrieblicher Belastungsstrukturen. In: Brandenburg, U., u.a.: Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Erfolge — Defizite — Künftige Strategien. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tb 51 (Tagungsberichte). Dortmund 1990

Mergner, U.: Zur sozialen Konstitution psychischer Belastungen durch Arbeit. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Konkretionen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. Heft 2/1989

Mergner, U., Mönkeberg-Tun, E., Ziegeler, G.: Gesundheit und Interesse: Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit. In: Friedrich, H., u.a. (Hg.): Gesundheit als gesellschaftlicher Zwang? Psychosozial Nr.42, H.2/ 1990

Müller, R., Behrens, J.: Krankenhausarbeit als Gegenstand von Medizinsoziologie und Arbeitswissenschaft. In: Deppe/Friedrich/Müller 1989, S.82-98

Ostner, I., Beck-Gernsheim, E.: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/M. 1979

Peretzki-Leid, U.: Arbeits- und Gesundheitsschutz in Pflegeberufen. In: WSI-Mitteilungen, H. 12/1989, S. 739-746

Peretzki-Leid, U.: Gesundheit ist keine Ware. Hamburg 1986

Petin, H. (Bearb.): Das Recht des Angestellten im Öffentlichen Dienst. (In der Fassung der 41. Ergänzungslieferung, Stand 1.8.1989) Stuttgart 1989

Pinding, M., Münstermann, J., Kirchlechner, B.: Berufssituation und Mobilität in der Krankenpflege. Stuttgart u.a.O. 1975

Prognos AG (Hg.): Möglichkeiten für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich des Krankenhauses. Abschlußbericht der schriftlichen Krankenhausbefragung. (Bearbeiter: Baumann, M., u.a.). Köln 1990

Pröll, U., Streich, W.: Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund 1984

Psychologische Forschungsgruppe Schönhals/Taubert, J.: Berufliche Motivation von Krankenpflegepersonal. Stuttgart 1987 (Robert-Bosch-Stiftung)

Rohde, J.J.: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. 2. Aufl. Stuttgart 1974 (Enke)

Schnappauf, D.: Forschungsprojekt PBEV: Sind Ergebnisse für die Krankenhauspraxis zu erwarten? In: Das Krankenhaus 5/1981

Siebel, H., Schmidt, V.: Forschungsvorhaben »Verfahren zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern«. In: Krankenhaus-Umschau 6/1981

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

Stahl, K.: Auswirkungen des Computereinsatzes im Krankenhaus auf das Krankheitsverständnis, die Pflege des Patienten und die medizinische Forschung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd.13. Berlin/ Hamburg 1988, S. 20-25

Steckel, R.: Die Evaluation von EDV-Systemen im Krankenhaus. Berlin, Heidelberg u.a.O. 1988 (Springer)

Will, H. (1987): Fetisch Gesundheit. In: Kursbuch 88. Gesundheit. Berlin, S.7-23

Wobbe, G.: Arbeitswissenschaftliche Untersuchungen im Krankenhaus. In: ZfA, H. 1/1978, S. 49-54

Zwingmann, B.: Arbeits- und Gesundheitsschutz durch Tarifvertrag. Neue Ansätze in der Druckindustrie. In: WSI-Mitteilungen. H. 12/1989, S. 710-720

Beate Guthke und Eberhard Göbel

Anmerkungen zum Aufsatz von Hagen Kühn*

Die aktuelle Diskussion über Gesundheitsförderung im Rahmen der sogenannten Strukturreform des Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland bietet auch für den Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik eine Chance. Hagen Kühn hat versucht, hierzu Bedingungen und Perspektiven aufzuzeigen. Er weist darauf hin, daß Fortschritte im Arbeitsschutz in erster Linie dort erzielt werden konnten, wo die Beschäftigten gut organisiert und eben deshalb konfliktfähig waren. Er führt dies auf die vielfach erprobte Tradition der Gewerkschaften zurück, möglichst viele Mitglieder zu vereinigen. Um jedoch ein solidarisches Kollektivverhalten zu entwickeln, mit dem gesellschaftlicher Druck ausgeübt werden könne, müßten die Gewerkschaften zwangsläufig die Vielfalt der individuellen Bedürfnisse und Lebensperspektiven auf das allen Gemeinsame reduzieren. Wo diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, werden einzelne zu Einzelkämpfern, denen es nur selten gelingt, Arbeitsbedingungen im Interesse der Gesundheit zu verändern. Aus diesem Wissen heraus seien vereinzelte Beschäftigte in der Regel auch weniger kämpferisch und risikofreudig in Konfliktfällen. — Diese Hinweise auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für erfolgreiches gewerkschaftliches Handeln bzw. resignatives Verhalten sind zweifellos richtig. Sie sind allerdings unserer Auffassung nach nicht hinreichend zum Verständnis des geringen Engagements vieler Beschäftigten in betrieblichen Gesundheitsfragen.

In unserem Beitrag[1] haben wir versucht, das augenfällige Auseinanderfallen von Verhältnissen und Verhalten, gewissermaßen jenseits der oben skizierten Bedingungen betrieblichen Handelns mit kulturell bedingten Handlungsblockierungen zu erklären. Hagen Kühn kritisiert daran, wir würden dabei unsere eigenen mittelschichtgeprägten Wertvorstellungen oder jene der alternativen Gesundheitsbewegung zum Maßstab machen, an dem wir die Arbeitskultur messen, um dann enttäuscht festzustellen, daß dort offenbar andere Maßstäbe gelten. Darüber hinaus würden wir durch unsere Akzentsetzung auf das »Subjektive« und »Kulturelle« die objektiven Bedingungen betrieblichen Handelns aus den Augen verlieren, für die die Gewerkschaften längst

* Hagen Kühn: Gesundheitsförderung und Interessenvertretung. Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung. In: Jahrbuch für kritische Medizin 14. Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie. Argument-Sonderband 186. Berlin/Hamburg 1989.

adäquate Aktionsformen gefunden hätten. Und eben diese würden wir durch die Überbetonung der »Subjektivität« bzw. der »individuellen Selbsttätigkeit« sogar unterlaufen oder behindern. Und all das auch noch zu einem Zeitpunkt, wo die Gewerkschaftsbewegung im Begriff sei, sich zu den ökologischen und alternativen Bewegungen hin zu öffnen.

Unsere zentrale Frage lautet tatsächlich: Welche subjektiven, wenngleich kulturell tradierten Bedürfnisse und Gewohnheiten halten die Beschäftigten davon ab, sich individuell und/oder kollektiv für ihre Gesundheitsinteressen am Arbeitsplatz einzusetzen? Diese Frage setzt sich mit den Grenzen gewerkschaftlichen Handelns, Einflusses und Erfolges auseinander, soweit sie aus der Arbeitskultur selbst resultieren. Diese ist unserer Auffassung nach nicht weniger »objektiv« als die immer wieder reklamierte — objektiv berechtigte — Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes, mit der die einzelnen häufig auf die gegebenen gesellschaftlichen und betrieblichen Macht-Verhältnisse reagieren. Mit diesem Standardargument zur Erklärung der Schranken gewerkschaftlichen Einflusses setzen wir uns ganz bewußt nicht auseinander. Erstens, weil wir in dieser Frage zu keinen neuen Erkenntnissen kommen würden, die geeignet wären, den Spielraum des Handelns zu erweitern. Und zweitens, weil eine Veränderung der Macht-Verhältnisse, die allein die berechtigte Angst der Beschäftigten obsolet machen würde, heute weniger denn je auf der Tagesordnung zu stehen scheint — wird doch der Warencharakter der Ware Arbeitskraft in den Ländern des real-gescheiterten Sozialismus soeben wieder eingeführt.

Selbstverständlich bestreiten wir keineswegs die Bedeutung solcher Ängste, weder für das Handeln und Verhalten einzelner noch für das der Gewerkschaften. Da wir diese Angst jedoch weder wegdefinieren noch deren Ursachen real beseitigen können, müssen wir nach weiteren Handlungsblockierungen forschen, mit deren Überwindung neue Bewegungsformen für eine betriebliche Gesundheitspolitik möglich werden könnten. Einen entsprechenden Forschungsbedarf sieht Hagen Kühn übrigens selbst in seinem Abschnitt über Überstundenarbeit, wo er bemerkt, daß die Gewerkschaften in dieser Frage weder mit »Aufklärung« in bezug auf deren Gesundheitsschädlichkeit noch mit dem Verweis auf den unsolidarischen Charakter von Überstunden Erfolge verzeichnen konnten.

Ein ganz ähnlich gelagerter Forschungsbedarf besteht unserer Meinung nach auch im Hinblick auf die derzeit aktuellen Auseinandersetzungen um die wöchentliche Arbeitszeitverkürzung bzw. gegen die Ausdehnung der Arbeitszeit auf die Wochenend- und Nachtarbeit. Hagen Kühn

reklamiert hier die mangelnde Unterstützung seitens der alternativ-ökologischen Gesundheitswissenschaftler. Dabei denkt er allerdings vermutlich an eine neue Aufklärungsoffensive und/oder an die Überzeugungskraft der von seiten dieser Experten vorgebrachten neuen Forschungsergebnisse und Argumente. Wir hingegen sind davon überzeugt, daß die Gewerkschaften an dieser »Front« der Arbeitszeitordnung (wie auch in der Überstundenfrage) nur dann langfristig erfolgreich sein können, wenn eine ernsthafte Auseinandersetzung mit den subkjektiv-kulturellen Motiven der Beschäftigten, für sich andere Arbeitszeiten zu akzeptieren, geleistet wird. Ebendies geht unserer Meinung nach nicht in der klassisch sozialwissenschaftlichen Form der »Meinungsforschung«, wobei die Befragten mal eben ihre persönlichen Gründe und Motive zu Protokoll geben dürfen, damit diese dann von Sozialwissenschaftlern qualitativ und quantitativ ausgewertet werden können. Eine solche Auseinandersetzung sollte vielmehr dazu führen, daß die Beschäftigten selbst ihr eigenes Handeln und Verhalten in gesundheitsrelevanten Fragen am Arbeitsplatz zu reflektieren beginnen. Dabei sollten Experten eher eine Nebenrolle spielen. Ihnen käme unserer Meinung nach im wesentlichen die Aufgabe zu, nicht mehr hinterfragte Selbstverständlichkeiten der Arbeitskultur zu thematisieren und auf Widersprüche aufmerksam zu machen. Ein solcher Prozeß birgt jedoch ein Risiko: das Resultat bzw. das, was im Verlaufe dieser Auseinandersetzung an Einsichten, Erkenntnissen und Erfahrungen gewonnen werden kann, steht nämlich keineswegs von vornherein fest. Eben aus diesem Grunde brauchen wir uns nicht vorwerfen zu lassen, wir würden den Beschäftigten unsere eigenen Mittelschicht-Wertvorstellungen überstülpen wollen oder sonstwelche »zivilisatorischen Absichten« mit unserem Ansatz verfolgen. Ein solches Ansinnen, ob bewußt oder unbewußt verfolgt, fänden wir anmaßend. Nichtsdestotrotz kommt der Konfrontation von verschiedenen Lebensstilen und -perspektiven in einem solchen Prozeß der kulturellen Sebstvergewisserung eine wichtige pädagogische Bedeutung zu: Im Spiegel der Wertvorstellungen und Verhaltensorientierungen können die unreflektierten Selbstverständlichkeiten der jeweils eigenen Position nämlich deutlich zutagetreten, woduch eine bewußte Auseinandersetzung damit erst möglich wird.

Im übrigen ist die Arbeitskultur kein Monolith: die in der Arbeitswelt bereits vorhandenen verschiedenen Lebensstile und —ziele der Beschäftigten selbst bergen ausreichend Stoff zur Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Gesundheitsverständnis.[2]

Wie ein solcher Prozeß der kulturellen Selbstvergewisserung organisiert werden kann, ohne zu den von Hagen Kühn befürchteten Ent-

solidarisierungstendenzen zu führen, zeigt die von Horst Czock initiierte Form eines betrieblich Gesundheitszirkels.[3] Dort haben die Beschäftigten selbst damit begonnen, sich kritisch mit ihren eigenen Verhaltensweisen auseinanderzusetzen und konnten dabei sogar ängstlich tabuisierte Themen wie z.B. »Krankfeiern« ansprechen. Gerade die Konfrontation verschiedener, häufig sogar einander entgegengesetzter Haltungen, Auffassungen und Gewohnheiten konnte in dieser Gesundheitsgruppe für alle Betroffenen und Beteiligten produktiv gemacht werden, zu einer wichtigen Quelle für neue Einsichten, Erkenntnisse und Verhaltensweisen.

Anmerkungen

1 Beate Guthke und Eberhard Göbel: Gesundheit — ein Stiefkind der Arbeitskultur. In: Der ganze Mensch und die Medizin. Argument-Sonderband 162. Berlin/Hamburg 1989.
2 Horst Czock, Eberhard Göbel, Beate Guthke (Hrsg.): Lesebuch zu Arbeit und Gesundheit. »Man darf nicht wehleidig sein!«. Berlin 1990.
3 Horst Czock: Wenn es die Arbeitsmedizin nicht tut, dann müssen es die Arbeitenden selber machen. Über die Gründung einer Gesundheitsgruppe in einem Berliner Großbetrieb. In: gegengift Nr. 14, 1990.

Lothar Lißner

Anmerkungen zu »Gesundheit — ein Stiefkind der Arbeitskultur«*

Der Artikel von Beate Guthke und Eberhard Göbel reizt zum Widerspruch: er stößt meines Erachtens auf zu großes Interesse bei denjenigen, die nach leichten Erklärungen für die von ihnen schon seit langem diagnostizierte Ignoranz und Dummheit von Arbeitern und Gewerkschaften gegenüber der Gesundheitsfrage suchen. Die mühevolle Kleinarbeit, Aussagen und Argumente von Kolleginnen und Kollegen zu sammeln, zu Verhaltensmustern zusammenzustellen, ist es wert, diesen Artikel zu lesen und ihn anderen in die Hand zu drücken. Auf der Basis der Kenntnisse des Autorengespanns hätte ich aber mehr und überzeugendere Schlußfolgerungen erwartet.

* Beate Guthke und Eberhard Göbel: Gesundheit — ein Stiefkind der Arbeitskultur. In: Der ganze Mensch und die Medizin. Argument Sonderband 162. Berlin/Hamburg 1989.

Herausgreifen einseitiger Beispiele

B.G und E.G. nennen nur Beispiele betrieblicher Konflikte, bei denen die Beschäftigten sich aus welchem Motiv auch immer vorsätzlich gesundheitsschädlich verhalten. Konfliktfälle, in denen die Beschäftigten selbst sogenannte »Täter« in Hinblick auf die Verschlechterung ihrer Gesundheit sind, z.B., indem sie andere gefährden oder den vorgeschriebenen Körperschutz nicht tragen ... Nun liegt dieses Sichtweise angesichts des Versuchs der Autoren, verallgemeinernde Aussagen über die »Kultur« der Beschäftigten zu machen, nahe. Es wäre jedoch zumindest darauf hinzuweisen, daß viele Konflikte im Bereich des Arbeitsschutzes nicht zwischen den Beschäftigten, sondern zwischen den Belegschaften, Betriebsräten und Gewerkschaften auf der einen und den Arbeitgebern auf der anderen Seite verlaufen. Es ist unwahrscheinlich, daß Arbeiter leisere vibrationsärmere Geräte mit der gleichen Leistungsfähigkeit — aber leider höherem Preis — ablehnen würden. Sie haben etwas gegen Ohrpfropfen wie jeder vernünftige, noch nicht abgestumpfte Mensch. Kein Arbeiter hätte etwas gegen explosionsgeschützte Schalter oder Absauganlagen, wenn entzündliche Stoffe verwendet werden; allerdings die Arbeitgeber, weil sie teurer sind.

»Täter — Opfer«

Laut B.G. und E.G. sind die Beschäftigten nicht nur Opfer der gesellschaftlichen und betrieblichen Machtverhältnisse, sondern oft auch Täter. Dieses Begriffspaar aus dem Strafgesetzbuch scheint mir völlig falsch und für eine Kennzeichnung betrieblicher Verhältnisse überhaupt nicht geeignet. Gott sei Dank hat noch keine Gesellschaft es geschafft, die Arbeiter bei ihrer Arbeit so zu degradieren, wie es Täter bei Gewalttaten mit ihren Opfern tun. Der Täter braucht kein aktives Handeln des Opfers, der Unternehmer braucht immer Menschen, die ihre Arbeit selbst denkend, mitdenkend, selbst handelnd und tätig erledigen, sonst funktioniert der Betrieb nicht. Damit aber in erster Linie er und nicht die Beschäftigten von der Produktion profitiert, muß er ein Machtungleichgewicht schaffen oder besser viele kleine Ungleichgewichte: in bezug auf die juristischen Verfügungsrechte, in Bezug auf die Information über die Produktion, in bezug auf die Information über die Kosten und den Gewinn; auf Entscheidungsmöglichkeiten; auf die Auswahl der Anlagen usw.. Aber er nimmt den Beschäftigten nicht alles tätige selbstverantwortete Handeln ab. Die Tätigkeit der Betriebsräte und Gewerkschaften ist darauf gerichtet, diese Ungleichgewichte rechtlich, tarifvertraglich oder im Einzelfall durch Aktionen zu verringern.

Interessenvertretung durch Nabelschau?

Diagnostiziert wird eine große Distanz zwischen öffentlicher programmatischer Politik der Gewerkschaften bzw. der Betriebsräte und wirklichem, alltäglich praktischem Interesse. Gerade Betriebsräten und Gewerkschaften ist dieses nicht stimmende Verhältnis von Arbeits- und Lebensalltag und öffentlich einzufordernden Interessen überhaupt nicht neu. Wenn sie diese Grenze und Grundlage ihrer kollektiven Organisation nicht kennen würden, dann würde es Betriebsräte und Gewerkschaften gar nicht geben. Sie sind der Part in dem vielfältigen »Interessengebilde Betrieb«, der immer wieder die gemeinsamen Interessen gegenüber dem Arbeitgeber herausarbeitet und durchzusetzen versucht.

Zur Erläuterung: Welcher Betriebsrat kann es sich denn mehr als zweimal erlauben, auf Betriebsversammlungen auch nur in Ansätzen eine solche Nabelschau abzuliefern wie in dem Artikel implizit vorgeschlagen? Soll er oder sie vielleicht auftreten und sagen: »Jetzt hört mal zu, ich weiß, hier laufen die Arbeit etwas schneller, weil Ihr ein paar Schutzvorrichtungen an den Maschinen abgebaut habt; denn ihr wollt sowieso nur in Euern Schrebergarten. Wir haben dem Arbeitgeber jetzt gesagt, montier' die Schutzvorrichtungen alle ab, die Kolleginnen und Kollegen haben andere Interessen. Ich kann das gut verstehen, daß Ihr diese Arbeit schneller hinter euch haben wollt.«

Wenn ein Betriebsrat sich sozusagen auf diese Ebene des privaten Gesprächs, der innergewerkschaftlichen Auseinandersetzung in der öffentlichen Auseinandersetzung begibt, dann hat er seine Funktion auch für die Kolleginnen und Kollegen verloren. Interessenvertretung in großen Organisationen ist nicht identisch mit der Fortsetzung individueller Widersprüche und Differenzen in der Öffentlichkeit. Ein Betriebsrat muß das wirkliche und tatsächliche Verhalten der Kolleginnen und Kollegen zwar genau kennen, aber doch, um daraus die gemeinsamen Elemente, die zur Verbesserung der Gesamtsituation für alle beitragen können, herauszufiltern und vorzutragen.

Vielleicht noch einmal zur Verdeutlichung etwas provokativ und plakativ: Ich behaupte, niemand kennt die Abgründe des Verhaltens von Kolleginnen und Kollegen, die Tiefen und die Möglichkeiten unsolidarischen Handelns besser als der hartgesottene, traditionell sozialdemokratische, für Gruppen wie BILAG, in denen B.G. und E.G. arbeiten, völlig unzugängliche Gewerkschaftsfunktionär. Er kennt die Sprüche, die von Kolleginnen und Kollegen in diesem Artikel zitiert werden, noch besser und noch originärer, aber er würde seine Funktion auch für die Kollegen sofort verlieren, wenn er nicht in der öffentlichen Aus-

einandersetzung gemeinsame und vermittelbare Ziele für alle in den Vordergrund stellt.

Die Kritik an solchem Verhalten kann deshalb nicht sein, daß Betriebsräte und Gewerkschaften die wirklichen Motive für das Verhalten im Betrieb kennen und schweigen. Die Kritik muß sich auf die Inhalte beziehen, die im Einzelfall von dem einzelnen Gewerkschaftssekretär oder Betriebsrat als gewerkschaftliche Interessen ausgegeben werden. Also, wenn etwa die Interessen männlicher Facharbeiter bevorzugt werden, wenn die Lohninteressen jüngerer Arbeiter den Gesundheitsinteressen älterer Arbeiter vorgezogen werden, wenn der Betriebsrat selbst dazu beiträgt, daß stigmatisierte und unterprivilegierte Beschäftigtengruppen die ganze Drecksarbeit machen müssen, damit die privilegierten Gruppen sich nicht um die Gesundheit kümmern müssen, weil ja andere die »wirkliche Drecksarbeit« haben.

Voreilige Verallgemeinerung

Die Aktivitäten in Berlin bestehen z.B. in besonderem Maße darin, mit jugendlichen ArbeitnehmerInnen ihre Lebensperspektive und Gesundheit zu besprechen. Die erste Erfahrung der Jugendlichen im Betrieb, der Gegensatz von persönlichen Vorstellungen und abstumpfender Realität äußert sich besonders krass in der Überbetonung der Tricks, wie man es trotzdem schafft, durchzukommen und seine Interessen durchzusetzen. Arbeitsbelastung und Gesundheitsgefährdung wird zwar bereits erfahren, in den geäußerten Vorstellungen kommt der Gesundheit oft ein hoher Stellenwert zu, aber es fehlt noch ein wichtiges reales Element: die Leiden gehen noch wieder weg, sie sind noch nicht chronisch, beeinträchtigen noch nicht die gesamte Lebens- und Arbeitsperspektive. So ist es allemal spannender. in der Arbeitswelt ein paar Abenteuer »kreativ zu gestalten«, als schon mit zwanzig einer wenn auch alternativ angehauchten, so doch im Grunde recht »opamäßigen« »Ich bin immer ganz vorsichtig«-Mentalität anzuhängen.

Wer aber den Begriff Kultur benutzt, will nicht nur das Verhalten ausgewählter Gruppen beschreiben. Er muß auch die Handlungsweisen und Interessen älterer, erfahrener, gesundheitlich vielleicht auch schon angegriffener Kolleginnen und Kollegen einbeziehen.

Zweitens scheint mir hier dieser Kulturbegriff gleich von einer Großstadtkultur auf die ganze Republik übertragen. Ich bezweifle, daß in Industriebetrieben in ländlichen Regionen die Beschäftigten »Gelbe ziehen« und dann ihr Häuschen streichen oder in Urlaub fahren. Das würden alle eine paar Tage später wissen. Hier regiert eher die Angst,

hier wird gearbeitet, obwohl Krankheit vorliegt. Vielleicht ist diese Art von Gesundheitskultur in der Bundesrepublik dominierender als das »Krankfeiern«, das von B.G. und E.G. ja sehr ausführlich als allgemeingültiger Bestandteil der Gesundheitskultur beschrieben wird.

Alles Schlechte kommt von oben

Leider vernachlässigen B.G. und E.G. auch Aussagen darüber, welche Strukturen denn gesundheitsförderlicher als die jetzigen sein können. Neue Betriebs- und Tarifvereinbarungen, neue Gesetze — all dies wird mit dem Hinweis abgetan, die Kollegen würden dieses sowieso umgehen. Es ergibt jedoch insgesamt ein schiefes Bild, wenn die gegenwärtigen strukturellen Voraussetzungen des Arbeitsschutzes nicht einmal genannt und problematisiert werden.

Wer hält denn in vielen Fragen die Kollegen bewußt dumm? Zu welchen Informationen und Weiterbildungsmaßnahmen ist der Arbeitgeber denn per Gesetz überhaupt verpflichtet? Sollen denn Sicherheitausbildungen entfallen, weil die Sicherheitsvorschriften nachher sowieso umgangen werden? Beim Umgang mit Chemikalien, die langfristig gefährlich sind, erhält niemand eine Ausbildung. Das steht nicht im Artikel. Bauarbeiter, die mit 40 oder 50 Jahren zum ersten Mal mit Kunstharz umgehen müssen, erhalten nicht einen einzigen Tag frei dafür, die Gefahren des Umgangs und den richtigen Umgang damit kennenzulernen, auch wenn sie dann zehn Jahre lang jede Woche damit umgehen müssen. Kein Arbeiter in der Asbestsanierung hat auch nur eine Woche lang einen Kursus besucht, in dem er speziell die Sicherheitsmaßnahmen bei der Asbestsanierung trainiert hat. Das Autorenteam weiß das und zieht trotzdem den Nutzen solcher Maßnahmen nicht in Erwägung, weil sie ja nur von oben durchgesetzt wird. Daß der jetzige Zustand vielleicht auch von oben durchgesetzt ist, darf nicht so schnell vergessen werden wie hier geschehen.

Wertewandel?

Zum Schluß des Artikels wird gefragt, wie denn angesichts dieses Dilemmas weitergehen. Es wird gefragt: Wie kann man nur mit einem alternativen Selbstverständnis von Krankheit und Gesundheit zu einem Wertewandel beitragen? Die Antwort lautet: »Ein bewußteres Verhalten gegenüber den eigenen Körperzeichen und ihre Deutung als Aufforderung zum Nachdenken darüber, welche kränkenden Einflüsse verändert werden müßten, dürften jedoch einen außerordentlich wirksamen

Gesundheitsschutz darstellen.« Mit anderen Worten: Durch einen entsprechend sorgsamen Umgang mit sich und anderen könnte jeder einzelne nicht nur seine Gesundheit schützen, sondern zugleich einen Beitrag zur »Gesundung« der Lebensverhältnisse leisten.

Das kann nicht alles gewesen sein. Auch in der nachfolgenden Schlußbemerkung zu den praktischen Konsequenzen finden sich keine Aussagen, die mehr Aufschluß geben. Angekündigt werden praktische Konsequenzen, geschrieben wird darüber, daß es um die Voraussetzungen für ein aktives und gesundes Leben geht. Beschrieben werden nur die Folgen der gegenwärtigen (Un)Kultur im Bewußtsein von Kolleginnen und Kollegen. Offen bleibt die Frage, wieso, wann und wie dieser Wertewandel eintreten kann. Die Voraussetzungen des Handelns von Gruppen und Individuen werden nicht thematisiert. Die Hoffnung auf eine von selbst eintretende Veränderung des Gesundheitsbewußtseins erscheint für die Leser/-innen des Artikels, die praktisch zur Veränderung im betrieblichen Gesundheitsschutz beitragen möchten, zu wenig.

Bestellschein

an: ARGUMENT-Verlag · Rentzelstraße 1 · 2000 Hamburg 13
oder an Ihre Buchhandlung

Wichtiger Hinweis:
Der Einzelband KRITISCHE MEDIZIN kostet ab dieser Ausgabe 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.

- ☐ 186 Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie
- ☐ 182 Chronische Krankheit: ohne Rezepte
- ☐ 178 Grenzen der PRävenbtion
- ☐ 162 Der ganze Mensch und die Medizin
- ☐ 155 Pflege und Krankenhaus, Krankenhaus und Poliitk, Politik und Gesundheit, Gesundheit und Umfeld
- ☐ 152 Fremde Nähe. Festschrift für Erich Wulff
- ☐ 146 Medizin, Moral und Markt

Je Band 18,50 DM

Name, Vorname

Straße/Ort (PLZ)

Datum/Unterschrift