Jahrbuch für Kritische Medizin 19

Gesundheitsmärkte

Argument

Jahrbuch für Kritische Medizin Band 19

Gesundheitsmärkte

mit Beiträgen von Michael Berger, Eberhard Göbel, Klaus Hofemann, Klaus Jacobs, Hagen Kühn, Philip Manow-Borgwardt, Martin Moers, Regina Röring, Doris Schaeffer, Wihelm Schräder, Hermann Schulte-Sasse und Jürgen Wasem Herausgeber und Redaktion dieses Bandes:

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

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Das Jahrbuch für Kritische Medizin ist ein Forum der Diskussion über den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die Orientierung auf eine soziale und humane Medizin führt zur Kritik am biomedizinischen Reduktionismus und zu Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention. Die wissenschaftliche Aufarbeitung dient der Beurteilung und Kritik von Gesundheitspolitik und Praxis im Gesundheitswesen.

Die Reihe begann 1970 als »Kritik der bürgerlichen Medizin«. Sie ist seither Plattform der um theoretische Fundierung bemühten Reformkräfte im Gesundheitswesen. Das Inhaltsverzeichnis der bis 1986 erschienenen ca. 40 Bände findet sich im »Jahrbuch für Kritische Medizin 12: Medizin, Moral und Markt« (Argument-Sonderband 146, Argument-Verlag, Hamburg 1987).

Jährlich erscheinen zwei Bände, jeweils im Frühjahr und im Herbst. Jeder Band enthält neben Aufsätzen zum titelgebenden Schwerpunkt auch freie und kleinere Beiträge.

Die Redaktion bittet um Zusendung von Manuskripten bzw. um Exposés (ca. 1-2 Seiten) beabsichtigter Beiträge. Redaktionsadresse: Dr. med. Udo Schagen, Freie Universität Berlin, Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin, Klingsorstraße 119, 1000 Berlin 45, Tel. 030/8300 9240. Ein Merkblatt zur formellen Manuskript- bzw. Diskettenerstellung kann bei der Redaktion angefordert werden.

Die Redaktion bittet darum, nach Möglichkeit die Reihe zu abonnieren (siehe letzte Seite). Jedes einzelne Jahrbuch ist über den Buchhandel erhältlich.

Alle Rechte vorbehalten. ©Argument-Verlag 1993

Verlag: Rentzelstraße 1, 2000 Hamburg 13

Redaktion: Reichenberger Straße 150, 1000 Berlin 36

Umschlag: Johannes Nawrath, Hamburg

PC-Texterfassung durch die Autoren/Autorinnen und den Verlag Konvertierung: Comptext Fotosatz und Datenkonvertierung, Berlin

Druck: alfa Druck, Göttingen

Erste Auflage 1993

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gesundheitsmärkte /

Mit Beitr. von Michael Berger ... Hrsg. und Red. dieses Bd.: Heinz-Harald Abholz ...

1.-2. Tsd. – Hamburg : Argument-Verl., 1993

(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd.19)

(Argument-Sonderband ; AS 199)

(Kritische Medizin im Argument)

ISBN 3-88619-199-0

NE: Berger, Michael; Abholz, Heinz-Harald [Hrsg.]: 1. GT: 2. GT

Inhalt

des Gesundheitsstrukturgesetzes	5
Privatisierung des DDR-Gesundheitswesens	
Philip Manow-Borgwardt Gesundheitspolitische Entscheidunngen im Vereinigungsprozeß	8
Klaus Hofemann Die Privatisierung der ambulanten Versorgung Vom Niedergang der poliklinischen Versorgung in den neuen Ländern	24
Jürgen Wasem Strategische Planung oder ungesteuerte Kettenreaktion? Zur Erosion der poliklinischen Einrichtungen in Ostdeutschland nach der Vereinigung	39
Klaus Jacobs und Wilhelm Schräder Gesundheitszentren im Land Brandenburg Zur Modernisierung ambulanter Angebotsstrukturen zwei Jahre nach der deutschen Vereinigung	53
Prävention und Markterschließung	
Michael Berger Die Cholesterin-Kontroverse in der Primär-Prävention der Koronaren Herzkrankheit	67
Regina Röring Muß es die Wechseljahre bald nicht mehr geben? Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen	86
Hagen Kühn Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstil- orientierte Prävention. Das amerikanische Beispiel	103

4	Inhali
Gesundheitsberufe	
Martin Moers und Doris Schaeffer Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege Erfahrungen aus den USA	135
Eberhard Göbel Reform der Medizinerausbildung Deutsche und internationale Konzepte	160
Hermann Schulte-Sasse Die Zukunft des Gesundheitswesens und die deutsche Ärzteschaft	173
Über die Autorinnen und Autoren	182

Editorial: Gesundheitsmärkte in der Perspektive des Gesundheitsstrukturgesetzes

Wenn dieses Editorial erscheint, wird sich die nun erweiterte Bundesrepublik auf dem ungewissen Weg einer wirtschaftlichen Abwärtsentwicklung befinden. Niemand kann heute ahnen, ob es sich lediglich um eine – durch den Vereinigungsboom verzögerte – zyklische Krise mit baldigem Aufschwung handeln wird oder um tiefergreifende Erschütterungen der Weltwirtschaft. Bei unverändertem politischen Status quo steht aber eines bereits heute fest: der einigermaßen egalitäre Charakter der medizinischen Versorgung, die mit ihrer Kombination von privatwirtschaftlichem Angebot und sozialpolitisch organisierter Finanzierung dem Modell des »sozialverträglichen« Kapitalismus der BRD entsprach, wird am Ende gründlich demoliert sein.

Das absehbare Szenario könnte etwa so skizziert werden: Die Steuereinnahmen des Staates gehen drastisch zurück, während seine Aufgaben wachsen. Die GKV-Finanzen werden noch härter getroffen: Die wachsende Reservearmee von Arbeitslosen und unsicher Beschäftigten drückt verstärkt auf die rückläufige Lohnquote, während das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) die großen Ausgabenblöcke mit der »Deckelung« fest an die Lohnentwicklung geschmiedet hat. Das läßt die antisozialstaatliche Idealkonstellation entstehen: das »Diktat der leeren Kassen«.

Nicht wenige unserer Leser werden in den vergangenen Monaten frohlockt haben, als sich nach dem CDU-SPD-Kompromiß zum GSG abzuzeichnen schien, daß dieses Mal auch Kassenärzte und Gesundheitsindustrie Federn lassen müssen. Zumindest perspektivisch ist es aber so schlecht nicht bestellt um Honorare und Gewinne. Das Spannungsverhältnis zwischen dem Kapital, dem das Gesundheitswesen Kosten bereitet (es sei denn es ist auf den Gesundheitsmärkten selbst engagiert) auf der einen sowie der mittelständischen Ärzteschaft und den großen Krankenhausträgern auf der anderen Seite, hat nämlich keineswegs zum Bruch dieses gesellschaftspolitischen Bündnisses geführt. Das GSG markiert mit der Einführung prospektiver Finanzierungsmodelle lediglich den Beginn neu entstehender Spielregeln, nach denen sich diese ökonomischen Interessen nicht mehr konträr gegenüberstehen. Sie können sich - in der Tendenz - gemeinsam auf Kosten der Sozialversicherten schadlos halten. Die Rolle der etablierten Parteien bestand darin.

6 Editorial

diese Regeln zu entwickeln und einzuführen, auch wenn das den »Akteuren« nicht einmal aufgefallen sein sollte. Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie scheint sich ohnehin nicht beeinträchtigt zu fühlen. Geld ist bekanntlich »ein scheues Reh« und die Börsenkurse zeugen von unerschüttertem Vertrauen in die neuen Bedingungen. Von schmerzlichen Umstellungsverlusten abgesehen, wird das modifiziert auch für die Krankenhausträger, Chef- und Kassenärzte gelten.

Was verändert sich bis zum Jahr 2000 für die Krankenhäuser, die nun Gewinne erzielen müssen, nach allmählichem Übergang zur *prospektiv« gestalteten Finanzierung? Der bisherige wirtschaftliche Anreiz zur Überversorgung (nach Krankenhaustagen) verwandelt sich mit den Fallpauschalen in einen Anreiz zur Unterversorgung. Bei prospektiv fixierten Preisen pro definiertem Fall kann und muß ein Gewinn dadurch erzielt werden, daß der Aufwand pro »Fall« so niedrig wie möglich gehalten wird. »Erfolgsgebundene« Chefarzteinkommen werden ein Übriges tun. In eine ähnliche Richtung wird es in den neunziger Jahren auch bei den Arzthonoraren gehen, wenn Komplexhonorare eingeführt werden. Auch dann vermindert sich ja nicht die wirtschaftliche Interessiertheit der Anbieter, sie wird lediglich umgepolt. Kann man heute sein Einkommen durch Leistungsausweitung erhöhen, so wird man das gleiche Ziel künftig durch deren Einschränkung verfolgen. Das GSG ist nur ein Anfang.

Die Kosten der GKV werden freilich wieder weitersteigen, sobald die »Deckelung« beseitigt und die Anbieter gelernt haben, diese neuen Spielregeln zu beherrschen. Dann wird die Stunde des »Subsidiaritätsprinzips« gekommen sein. Wie Seehofer bereits ankündigt, wird man versuchen, die GKV durch Streichungen und Selbstbeteiligung auf eine Art von Mindestsicherung zu stutzen und dem Versicherungsgewerbe einen breiten Raum für Angebote der »privaten Vorsorge« zu geben. Das führt den Anbietern einen großen Kundenkreis privatversicherter Patienten zu, was es vielen leichter machen wird, ihre ethischen Bedenken auszuräumen. Zum Ausgleich für die bis dahin zweifellos drohenden Härten wurde dem Ärztestand – unter Beifall des DGB! – als bislang einziger Berufsgruppe erlaubt, sich mittels Niederlassungsbeschränkung die Konkurrenz der nachwachsenden Generation vom Leibe zu halten.

Dieser Band stellt zwei aktuelle Aspekte der Gesundheitsmärkte vor. Das ist einmal deren Ausdehnung auf die neuen Provinzen. Das gleiche System also, das heute von den Politikern aller Parteien als unhaltbar und reformbedürftig angeprangert wird, wurde erst vor Editorial 7

zwei Jahren dem Osten fast ohne Modifikation als das »freiheitlich gegliederte« angepriesen und übergestülpt. Der zweite Aspekt ist die derzeit schwindelerregend rasche Erschließung »innerer Märkte« durch die Individualisierung und Medizinierung von Prävention bzw. Gesundheitsförderung. Der »Fall Cholesterin« und die präventive »Abschaffung der Wechseljahre« sind sowohl für sich selbst gesehen bedeutend als auch für die Methoden der Markterschließung durch »Prävention« mittels der medizinischen Wissenschaft. Die gesundheitspolitischen Effekte der individualisierten und medizinierten Prävention bzw. Gesundheitsförderung werden an der empirischen Realität der U.S.A. geprüft. Schließlich freuen wir uns, daß wir in dieser Phase des Wandels zwei Beiträge zu den Berufsfeldern Medizin und Pflege vorstellen können.

Privatisierung des DDR-Gesundheitswesens

Philip Manow-Borgwardt

Gesundheitspolitische Entscheidungen im Vereinigungsprozeß¹

1. Einleitung

Das Gesundheits-Strukturgesetz von Bundesgesundheitsminister Seehofer ist nur die deutlichste Bestätigung eines bereits zum Zeitpunkt der deutschen Vereinigung offenkundigen Sachverhalts: Die bundesdeutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist hochgradig reformbedürftig. Die Gesundheitsreform von 1988, selbst eines der kontroversesten Reformwerke der 11. Legislaturperiode, hatte wichtige strukturelle Reformen in der GKV etwa in der Frage des Kassenwahlrechts, der kassenartinternen oder kassenartenübergreifenden Finanzausgleiche oder in der Krankenhausfinanzierung frühzeitig auf Grund mangelndem politischen Konsens innerhalb der Regierungsparteien ausklammern müssen (Webber 1989). Damit blieben zum Beispiel die unterschiedlichen Risikogemeinschaften und die dadurch deutlich differierenden Beitragssätze und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten als drängende Probleme bestehen. Deswegen war bereits bei der Verabschiedung des GRG ein weiteres gesundheitspolitisches Reformvorhaben, die sog. »Organisationsreform«, für die 12. Legislaturperiode des Bundestages angekündigt worden.² Zum Jahreswechsel 1989/1990 waren zur Organisationsreform bereits vielfältige, und vor allem höchst entgegengesetzte Vorstellungen öffentlich gemacht worden.³

Die strukturellen Defizite in der westdeutschen GKV wurden durch die Veröffentlichung des Endberichts der Enquête-Komission des Bundestages über die »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (Bt-Drks. 11/6380) am 12.2.1990 erneut ins öffentliche Bewußtsein gerückt. Nur wenig später bestätigte die Veröffentlichung des 1990er Gutachtens des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAiG) die unverminderte Notwendigkeit weiterer Reformen mit detaillierten Reformvorschlägen zu den Problemkreisen Arztzahlenentwicklung, Krankenhausfinanzierung und Organisationsreform (SVR KAiG 1990: 130-169).

Angesichts dieser Diskussionslage verwundert es nicht, daß im Zuge der deutschen Vereinigung von vielen Seiten, und keineswegs nur von »notorischen Kritikern« des Systems, rechtzeitig davor gewarnt wurde, »unser gegenwärtiges System (der DDR) ungefiltert zu oktroieren und es dann wieder zu reformieren« (MinDir Karl Jung [BMA] in der Ärzte-Zeitung vom 6.3.1990). Mit dem ersten Staatsvertrag, den gesundheitspolitischen Überleitungsgesetzen vom Sommer 1990 und schließlich dem Einigungsvertrag ist aber im weit überwiegenden Maße genau dies vollzogen worden: Der annähernd modifikationslose Transfer der Strukturen der bundesdeutschen GKV in das Beitrittsgebiet. Mit Ausnahme der 5jährigen »Bestandsgarantie« für die Polikliniken und Ambulatorien in dem durch den Einigungsvertrag vom 31.8.1990 formulierten §311 Abs. 2 SGB V (siehe den Beitrag von Wasem in diesem Band) finden sich im geeinten Deutschland keine bedeutenden Abweichungen von den Regelungen des Sozialgesetzbuches der alten Bundesrepublik. Der modifikationslose Export eines Systems, das nicht erst seit kurzem als »krank an allen Gliedern« beschrieben wird,4 hat zu der Einschätzung geführt, daß zumindest in der Gesundheitspolitik die DDR im Vereinigungsprozeß ganz »zweifellos« ... »über den Tisch gezogen« wurde (Lehmbruch 1991: 602, Anm. 1 und 588). Die nachstehenden Ausführungen rekonstruieren die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Zuge der deutschen Vereinigung und fragen danach, inwieweit diese Einschätzung deskriptiv zutreffend und normativ berechtigt ist.

2. Die Interessenausbildung

In dem Maße wie die deutschlandpolitische Entwicklung im Februar/ März 1990 – beschleunigt durch das Angebot zu einer baldigen Einführung der DM in der DDR – immer deutlicher auf eine schnelle Vereinigung zwischen beiden deutschen Staaten hinauslief, wurden verschiedene Konzeptionen bundesdeutscher Verbände und Parteien über die Gestaltung eines gesamtdeutschen Gesundheitswesens veröffentlicht. Die in Hinblick auf die westdeutschen Strukturen weitestreichenden Reformforderungen wurden in einem Diskussionspapier des SPD-Sozialexperten Dreßler formuliert. Neben den kurzfristigen und zwischen allen gesundheitspolitischen Akteuren weitgehend unkontroversen Forderungen nach der Herauslösung der DDR-Sozialversicherung aus dem FDGB und der – zumindest haushaltsrechnerischen – Spartentrennung nach Unfall-, Renten- und Kranken-

versicherung, beinhalteten die weiteren Forderungen u.a. eine regionale Gliederung der DDR-Sozialversicherung auf der Ebene der neu zu gründenden Länder (ebenda: 4 k.F.),6 die Beibehaltung sowohl einer einheitlichen Versicherung für Arbeiter und Angestellte wie auch der Einbeziehung des öffentlichen Dienstes in die Versicherungspflicht (ebenda: 7 k.F.). Bei der Einführung eines gegliederten Krankenversicherungssystems sollte für alle Versicherten vollständige Wahlfreiheit bestehen, wobei die Kassen einem Kontrahierungszwang unterliegen würden. Damit sollte auch in der BRD die freie Kassenwahl und der Kontrahierungszwang eingeführt werden und somit gleiche rechtliche Grundlagen für alle Kassenarten gelten. In diesem Zusammenhang wurde in dem SPD-Diskussionspapier eine Einschätzung formuliert, die zur größten Befürchtung der bundesdeutschen Konkurrenten der Ortskrankenkassen werden sollte: Daß mit der Übernahme der DDR-Sozialversicherung durch die neu zu gründenden regionalen Kassen auf Länderebene⁷ bei gleichem Wahlrecht für die Versicherten und Kontrahierungszwang der Kassen kaum ein Anreiz für andere Kassenarten bestehen kann, sich in den neuen Ländern zu gründen - daß sich also faktisch eine Einheitsversicherung oder eine deutlich dominierende Primärkasse in dem Gebiet der DDR etabliert.⁸ Zusammen mit den weiteren sozialdemokratischen Forderungen nach Erhalt einer Positivliste für Arzneimittel und der Ausweitung ihrer Geltung auf das Bundesgebiet, nach Preissenkungen bei bundesdeutschen Arzneimitteln, um für einen gemeinsamen Markt ein gleiches Preisniveau zu gewährleisten, nach der mittelfristig anzustrebenden, »obligatorischen« Übertragung der Trägerschaft von Polikliniken und Ambulatorien auf die Kassen (also ihrer Umwandlung in Eigeneinrichtungen der Kassen, 15 a.F.) und nach einer verbindlichen Bedarfsplanung für die Niederlassung, ergibt sich ein umfassender, hier nicht vollständig aufgeführter gesundheitspolitischer Forderungskatalog, dessen Umsetzung einen radikalen Wandel sowohl der Organisation als auch der Versorgungsstrukturen der bundesdeutschen GKV zur Konsequenz gehabt hätte.

Nur wenige Tage nach Bekanntwerden der sozialdemokratischen Vorstellungen nahm Ersatzkassen-Geschäftsführer Fiedler in einer Pressekonferenz am 12.3.1990 eine jeglichen Reformüberlegungen schroff entgegenstehende Position ein (HB vom 13.3.1990). Quintessenz seiner Vorstellungen war die sowohl schnelle, als auch vollkommen modifikationslose Übertragung bundesdeutscher Strukturen auf die DDR. Nur durch eine sofortige Übertragung des gegliederten

Systems der Bundesrepublik - so Fiedler - könne in der DDR schnell ein leistungsfähiges Gesundheitswesen aufgebaut werden. Für die Aufnahme der Geschäftstätigkeit von Ersatzkassen nannte Fiedler mit dem Datum der Währungsunion am 2. Juli einen denkbar knappen Termin, den er sowohl mit einer sozialen »Flankierung« der Währungsunion, als auch mit dem drohenden Zusammenbruch des medizinischen Versorgungssystems in der DDR zu legitimieren suchte (Ärzte-Zeitung vom 15.3.1990). »Garniert« war die Forderung nach der schnellen Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystem mit der bekundeten Bereitschaft der Ersatzkassen, eine möglicherweise bis zur vollen Beitragsdeckung der Ausgaben notwendige Anschubfinanzierung »aus der Rücklage« oder durch Beitragssatzerhöhungen mitzutragen. Es war ein unmißverständliches Angebot an die Politik, wenn die Ersatzkassen zu einem Zeitpunkt, als die politische Diskussion bereits von der Frage nach den »Kosten der Einheit« beherrscht wurde, erklärten, daß »die Wirtschaftskraft der Ersatzkassen einen reibungslosen sozialen Ausgleich innerhalb ihrer bundesweit verbreiteten Solidargemeinschaften« ermöglicht (HB vom 13.3.1990).

Die Vorstellungen des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) trafen sich mit der Forderung der Sozialdemokraten, die für die Bundesrepublik bereits in Aussicht genommene »Organisationsreform« zur Voraussetzung einer Synthese beider Gesundheitssysteme zu machen. Dies implizierte einen längeren Übergangszeitraum für die Vereinigung der beiden Gesundheitswesen, in dem ein »regional gegliederter, kassenneutraler Träger« die Krankenversicherung übernehmen sollte. Daß in der Wahrnehmung der anderen Kassenverbände mit dieser gesundheitspolitischen Interimslösung ein »Monopolanspruch« der Ortskrankenkassen für die DDR exekutiert werden sollte und zudem ein für sie bedrohliches Präjudiz für die nachfolgende Vereinigung beider Systeme geschaffen würde, manifestierte sich überdeutlich in einer gemeinsamen Stellungnahme aller Spitzenverbände der GKV - mit Ausnahme des AOK-BV - vom 28.3.1990, in der die schnellstmögliche Einführung eines gegliederten Systems in der DDR gefordert wurde. Das gemeinsame Positionspapier von Innungs-, Betriebs- und Ersatzkassen sowie der Bundesknappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen formulierte das Ziel. spätestens zu Anfang 1991 ein gegliedertes Krankenkassensystem in der DDR einzuführen.

Die Stellungnahme der GKV-Spitzenverbände bedeutete aber nicht nur eine demonstrative Isolierung der Ortskrankenkassen,

sondern adressierte sich auch bereits an das Bundesarbeitsministerium (BMA). Denn im Zuge der bundesdeutschen Vorarbeiten zum ersten Staatsvertrag war bekannt geworden, daß das Ministerium in seinem Ressortentwurf für die sozialpolitischen Artikel des Vertrages für einen längeren Übergangszeitraum votieren würde (ohne konkrete Terminvorgabe für sein Ende), in dem ein kassenartneutraler Träger die DDR-Krankenversicherung übernehmen sollte. Es wurde vor allem dem massiven Lobbying der Ersatzkassen. unterstützt von der Deutschen Angestellten Gewerkschaft und einer »Reihe von Wirtschaftsverbänden« (SZ vom 26.4.1990) zugeschrieben, daß der auf Ressortebene formulierte Artikel im Bundeskanzleramt abgeändert wurde und somit die am 24. April vom Kabinett verabschiedete, offizielle Grundlage für die Verhandlungen mit der DDR in Art. 18 Abs. 1 formulierte: »Mit Inkrafttreten dieses Vertrages wird ein gegliedertes Krankenversicherungssystem geschaffen.« Damit war aber nicht der Interessenposition der Ersatzkassen einseitig Rechnung getragen, denn zum einen hatte der Bundesverband der Ortskrankenkassen mittlerweile eine vollständige Kehrtwende vollzogen. Er forderte jetzt ebenfalls, die rechtlichen Möglichkeiten zu schaffen, daß »alle in der Bundesrepublik vorhandenen Arten der Gesetzlichen Krankenversicherung umgehend mit den Vorarbeiten für die Sicherstellung der vollgültigen medizinischen Versorgung ... in der DDR« beginnen können.9 Die zuvor schroff inhaltlich divergierenden Angleichungsszenarien von Orts- und Ersatzkrankenkassen waren nun zu einer alleine durch praktische Umsetzungserfordernisse begründeten, marginalen zeitlichen Differenz von ein oder zwei Monaten zusammengeschmolzen. Während der Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) versicherte, »man sähe keine Schwierigkeiten, bereits Anfang Juli ein Netz von Ersatzkassen in der DDR in Betrieb zu nehmen«, veranschlagte der AOK-Bundesverband hierfür Ende April einen Zeitraum von drei bis vier Monaten (SZ vom 26.4.1990). Die innerverbandlich nicht unumstrittene Wende der Ortskrankenkassen trug auch den großen Unsicherheiten darüber Rechnung, wie sich die Entscheidung für einen einheitlichen, kassenneutralen Träger in den neuen Ländern im Zuge einer nachfolgenden Organisationsreform auf das gesamtdeutsche GKV-System und somit auch auf die AOKen auswirken würde. Das Votum für die Duplizierung bundesdeutscher Strukturen kann in diesem Sinn als verbandliche »least risk-strategy« verstanden werden, denn bei allen tiefgreifenden Interessengegensätzen war doch in einem Übereinstimmung zu finden: »Bevor sich das politische Gefüge

durch die Teilnahme neuer Interessengruppen verschiebt, soll sich lieber gar nichts ändern« (DNÄ vom 11.4.1990).

Zum anderen war die Abänderung des westdeutschen Vertragsentwurfs motiviert durch den Wunsch der Bundesregierung, der DDR
ein »Verhandlungspaket« zu präsentieren, »dem das bundesdeutsche
Recht ohne Modifikationen zugrunde liegt« (SZ vom 26.4.1990).
Nicht nur hätte eine Übergangslösung mit einem regional gegliederten, kassenneutralen Träger für die Krankenversicherung zu sehr
seit langem formulierten Zielvorstellungen des politischen Gegners
entsprochen, zugleich war die bundesdeutsche Verhandlungsseite
peinlichst darauf bedacht, eine »Belastung« des Vereinigungsprozesses mit substantiellen politischen Reformdebatten von vornherein zu
verhindern. Die außen- wie innenpolitische Absicherung des Vereinigungsprozesses hatte in dem politischen Zielkatalog der Regierungsparteien absoluten Vorrang und eine modifikationslose Übertragung westdeutscher Strukturen auf die DDR schien noch das
geringste Konfliktausmaß zu versprechen.

Ein Entgegenkommen von bundesdeutscher Seite in den Verhandlungen zum ersten Staatsvertrag war somit nicht in *Struktur*-, sondern nur in *Niveau*fragen vorgeschen: Die Höhe des DM-Umtauschkurses und die generöse Ausgestaltung der Überleitung der DDR-Rentenansprüche in eine gesamtdeutsche Rentenversicherung¹⁰ standen der annähernd vollständigen Übernahme des bundesdeutschen Rechts- und Institutionensystems durch die DDR gegenüber.

3. Der erste Staatsvertrag

Natürlich konnte das Ergebnis der Volkskammerwahl vom 18. März 1990 als deutliches Votum der DDR-Bevölkerung für die möglichst schnelle und umfassende Übernahme des bundesdeutschen Institutionensystems gewertet werden, aber da in Wahlen kein nach Sachthemen differenziertes Abstimmen möglich ist, war es eine zumindest gewagte Interpretation, das Wahlresultat auch als einen Auftrag zur vollständigen Übernahme des Sozialsystems der BRD zu verstehen. ¹¹ Diese Interpretation scheint vor allem deswegen nicht aufrecht erhalten werden zu können, weil die Forderung nach Erhalt »sozialer Errungenschaften der DDR« bei fast *allen* zur Wahl stehenden Parteien ein bedeutender – wenn auch nirgends näher konkretisierter – Programmpunkt war. Die Ost-CDU sah sich in ihrer sozialpolitischen Programmatik in einer Tradition einer gewerkschaftlich orientierten, links-protestantischen CDU und suchte ihre Identität

unter Berufung auf prominente Vertreter des Berliner Gewerkschaftsflügels der CDU wie Jakob Kaiser und Ernst Lemmer. Die von diesen CDU-Politikern verkörperte Idee eines »Sozialismus aus christlicher Verantwortung« (Focke 1978) war als grundsätzliche Orientierung in der Partei weiterhin lebendig, auch wenn der Austritt der CDU aus dem sog. Demokratischen Block mit vehementen Absagen an die sozialistische Idee verbunden gewesen war. Diese sozialpolitische Orientierung kam jetzt zudem dem dringenden Bedürfnis entgegen, nach der Emanzipation von der Rolle als Blockpartei einer sofortigen neuen »Vereinnahmung«, nun durch die bundesdeutsche CDU, entgegen zu wirken. Dieses Bedürfnis konnte der sozialpolitische Forderungskatalog der bundesdeutschen Sozialdemokraten, der nun auf Seiten der DDR-SPD die Grundlage für die Ost-Berliner Koalitionsverhandlungen bildete, in konkrete sozialpolitische Forderungen überleiten. Nach den Verhandlungen, die von Beteiligten als nicht besonders kontrovers beschrieben wurden, waren am 12.4.90 folgende gesundheitspolitische Programmpunkte festgehalten worden:

- »Krankenpflichtversicherung für alle Erwerbstätigen [also auch für Selbständige und Beamte; P.M.];
- Ein später mögliches gegliedertes Krankenversicherungssystem unter der Voraussetzung, daß jeder Versicherungsnehmer seine Krankenversicherung frei wählen kann (Wahlfreiheit der Versicherten, Kontrahierungszwang der Kassen);
- schrittweise Angleichung der Leistungen der Krankenversicherung (unter Einschluß der präventiven Medizin) an BRD-Verhältnisse:
- Verschiedene Eigentumsformen der Gesundheitseinrichtungen;
- Arbeitsplatzschutz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei Privatisierungsvorhaben;
- Regionale kassen(zahn-)ärztliche Bedarfsplanung durch Krankenkassen als Sofortmaßnahme:
- Polikliniken in unterschiedlicher Rechtsträgerschaft bleiben eine wesentliche Stütze der bürgernahen ambulanten Versorgung;
- Leistungsfähige Strukturen (einschließlich kurativer Aufgaben) des Betriebsgesundheitsdienstes sind zu erhalten;
- Ausbau von Gesundheitserziehung, Gesundheitsschutz, Ausbau von Rehabilitation und Schaffung eines umfassenden Präventivsystems (Kinderschutz, Frauenschutz, Behindertenschutz, Altenschutz);
- prinzipielle Nutzung einer Positivliste für Arzneimittel.«

In der Präambel der Koalitionsvereinbarung hieß es: »Die Koalitionsfraktionen sind sich darin einig, daß der Inhalt zwischen der DDR und der Bundesrepublik Deutschland zu vereinbarender Regelungen, insbesondere des zu erwartenden Staatsvertrages über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion, den heutigen Vereinbarungen zwischen den Koalitionsfraktionen in ihren Grundzügen entsprechen müsse« (vgl. dfg 16-90: 7ff.).

Dies blieb jedoch ein hehrer Wunsch. Nach zähen Verhandlungen auf der Fach-, der Ressort- und der zentralen Ebene der Verhandlungsführer hieß es schließlich in Art. 21 Abs. 1 des Vertrages vom 18.5.1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (BGBl. II, 517): »Die Deutsche Demokratische Republik leitet alle erforderlichen Maßnahmen ein, um ihr Krankenversicherungsrecht an das der Bundesrepublik anzugleichen.« Und in Art. 18 Abs. 2 wurde insistiert: »Ziel dabei ist eine Organisationsstruktur der Sozialversicherung, die der in der Bundesrepublik Deutschland entspricht.«

Damit beließ der erste Staatsvertrag der DDR kaum mehr inhaltliche, sondern lediglich zeitliche Umsetzungs»freiheiten« für die Angleichung an die Strukturen der bundesdeutschen GKV - gegen eine bereits vertraglich fixierte Terminvorgabe für die Einführung des gegliederten Systems hatte sich die ost-deutsche Verhandlungsseite erfolgreich gewehrt. 12 Es gibt verschiedene Gründe für dieses Verhandlungsresultat. Genannt worden sind in diesem Zusammenhang immer wieder die selbst-gesetzten Terminzwänge, die das Aushandeln institutioneller Innovationen im Zuge des ersten Staatsvertrages faktisch ausschlossen, und die Überlegenheit einer routinierten westdeutschen Ministerialverwaltung und eines eingespielten politischen Systems, die sich in einem früh ausformulierten westlichen Vertragsentwurf manifestierte, der im folgenden die Verhandlungsgrundlage bildete. Dies waren jedoch lediglich die Mittel zur Durchsetzung einer Interessenposition der bundesdeutschen Regierungsparteien, die durch den außerordentlichen Stellenwert bestimmt wurde, die eine schnelle Wiedervereinigung im Kalkül der politischen Akteure besaß.

Bereits in dem Votum für den Art. 23 GG als dem »schnellen« verfassungsrechtlichen Weg zur Einigung hatte sich die Sorge manifestiert, eine auch nur auf Teilaspekte beschränkte Neuverhandlung der Wirtschafts- und Sozialordnung eines geeinten Deutschlands würde in derartigen »Instabilitäten politischer, wirtschaftlicher und sozialer Art« resultieren, »daß am Ende die Einheit sogar daran

scheitern könnte« (Schäuble 1991: 55). In dem föderal verflochtenen und institutionell fragmentierten politischen System der Bundesrepublik sind Entscheidungen mit gravierenden Änderungen im gesellschaftlichen Status quo schon in politischen »Normalitätsphasen« kaum durchsetzbar (vgl. für viele etwa Schmidt 1990; Katzenstein 1987). 13 Die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Vereinigungsprozeß sind das beste Beispiel dafür, daß selbst in der durch die Wiedervereinigung gegebenen, von vielen als »Stunde der Exekutive« apostrophierten Ausnahmesituation dieses Grundcharakteristikum bundesdeutscher Politik nicht suspendiert war. 14 War auf der Ebene der gesundheitspolitischen Verbände die schlichte Status-quo-Orientierung der einzige, wenn auch hochgradig prekäre »Gemeinsame Nenner«, so waren die staatlichen Entscheidungsintanzen zum »souveränen Lösen« der gegenseitigen verbandlichen Blockierungen nicht in der Lage, weil sie die Folgekonflikte und Präzedenzwirkung einer solchen Entscheidung für den weiteren Vereinigungsprozeß fürchten mußten. Insofern wird der gerade auf die gesundheitspolitischen Aspekte der Vereinigung bezogene Eindruck einer rüden »Landnahme« eher als Resultat eines »paradox of external strength and internal weakness« (Krasner 1978) adäquat beschrieben, denn als Kolonialisierungsvorgang.

4. Die Überleitungsgesetze

Zwischen dem ersten Staatsvertrag und dem Einigungsvertrag sind von der Volkskammer im wesentlichen vier Gesetze verabschiedet worden, 15 die eine Substantialisierung der in Artikel 21 des Staatsvertrages festgeschriebenen allgemeinen Zielbestimmung leisten sollten. Von diesen vier Gesetzen behandelten das Kassen-Vertragsgesetz, das zunächst als Verordnung verabschiedet werden sollte, und das Kassen-Errichtungsgesetz die weitaus konfliktreichste Materie. Mit ihnen wurden u.a. die Fragen des Fortbestandes der ambulanten Gesundheitseinrichtungen, der Vergabe des Sicherstellungsauftrages, der Besetzung der Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zulassung zur Niederlassung geregelt. Zugleich wurden durch sie Zeitpunkt und Form der Einführung des gegliederten Systems konkretisiert. Alle Überleitungsgesetze wurden von einer Arbeitsgruppe aus Ministerialbürokraten des Bundesarbeitsministeriums und des DDR-Gesundheitsministeriums formuliert. Formalrechtlich lag die Zuständigkeit zwar alleine beim DDR-Gesundheitsminister Kleditzsch, die Federführung der westdeutschen Beamten aus dem BMA war jedoch offensichtlich. Die Kassen-Verbände waren an der Gesetzesformulierung – entsprechend gängiger Praxis – beratend beteiligt, ¹⁶ von seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde eine Beteiligung erfolglos einzuklagen versucht. – Im Zuge der Überleitungsgesetzgebung brach der durch den Art. 21 des ersten Staatsvertrags vorerst stillgestellte Konflikt zu zwei Zeitpunkten erneut auf, jetzt aber mit stärkerer Akzentsetzung auf Fragen der Versorgungsstruktur. Das BMA hatte die Kassenverbände aufgefordert, in der Form eines »Gesetzesentwurfs mit Begründung« ihre Vorstellungen zu einem Kassen-Errichtungsgesetz darzulegen. Mitte Juni waren Teile eines noch nicht autorisierten AOK-Entwurfs von interessierter Seite öffentlich gemacht worden. ¹⁷ Die in ihm enthaltenen Forderungen sollen hier stichwortartig genannt werden:

- Erhalt der DDR-Positivliste;
- Preisverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie;
- Aut-simile- und Wirtschaftlichkeits-Gebot für die Arzneimittelabgabe in Apotheken;
- kassenartenübergreifender Finanzausgleich;
- Splitten des Sicherstellungsauftrages (also direkte Verträge zwischen Kassen und Gesundheitseinrichtungen);
- ebenfalls direkte Versorgungsverträge mit einzelnen Kliniken neben der Versorgung durch Plankrankenhäuser;
- regionale Bedarfsplanung;
- alle Erwerbstätigen sind versicherungspflichtig, Selbständige und Freiberufler müssen den Nachweis der Sicherung erbringen, wenn sie von dieser Pflicht befreit werden wollen.

Förderte das Fehlen eines verbindlichen Termins für die Einführung des gegliederten Systems im AOK-Gesetzentwurf erneute Befürchtungen der Kassenkonkurrenz, so riefen die auf die Gestaltung der Versorgungsstrukturen bezogenen Forderungen des AOK-BV den massiven Protest der freien Ärzteverbände und der KBV hervor. Der KBV-Vorsitzende Oesingmann warnte: »Wenn der AOK-Bundesverband derartige Vorstellungen auch nur in Erwägung zieht, setzt er seine gesamte Glaubwürdigkeit gegenüber seinen Vertragspartner auf seiten der Kassenärzte aufs Spiel« (Ärzte-Zeitung vom 18.6.90). In einer »Konzertierten-Aktion« äußerten zwei Tage später die FDP-Bundestagsfraktion, Ärzte, Zahnärzte und Apotheker ihre Sorge, daß die »DDR ihr staatliches Gesundheitswesen mit Hilfe der westdeutschen Ortskrankenkassen auf Dauer etablieren will« (Die Welt vom 21.6.90).

Bereits zu dem Zeitpunkt, als unter dem Eindruck dieser massiven Proteste sich im AOK-Bundesverband eine erneute Kehrtwende andeutete, wurde der offizielle BMA-Entwurf zur Kassen-Vertragsverordnung bekannt. Bei den west- und ost-deutschen Ärzteverbänden, aber nun auch bei den Kassen stieß dieser Entwurf, der die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern regelte, auf vehemente Kritik. Die Empörung der organisierten Ärzteschaft wurde vor allem durch den § 1 ausgelöst, der eine Sicherstellung der ambulanten Versorgung sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch bestehende kommunale oder staatliche Gesundheitseinrichtungen einschließlich des Betriebsgesundheitswesens vorsah und somit – in Übereinstimmung mit dem AOK-Gesetzentwurf – ein Splitten des Sicherstellungsauftrags bedeutet hätte. ¹⁸ Umstritten war ebenfalls der §5 'Ablehnung der Zulassung', wenn für »den Ort der Niederlassung im entsprechenden Fachgebiet eine angemessene ärztliche Versorgung ... gewährleistet ist.« Weiterhin waren im Arzneimittelbereich deutlich über die bundesdeutschen Regelungen hinausgehende Bestimmungen insbesondere bei der ministeriellen Festlegung von Festbeträgen und einer Negativliste vorgesehen (§§ 14 und 15). Ein weiterer Kritikpunkt waren Bestimmungen des Entwurfs zu einem Krankenhaus-Finanzierungsgesetz (KHG), die auch die ambulant tätigen Versorgungseinrichtungen an Krankenhäusern in den Kreis staatlicher Förderungsberechtigung einbezogen. Insgesamt hätten die Bestimmungen der Vertragsverordnung in Zusammenhang mit Regelungen dieses KHG-Entwurfs Ambulatorien und Polikliniken zu einem längerfristigen Bestandteil der medizinischen Versorgung werden lassen. Und insbesondere mit dem Splitten des Sicherstellungsauftrages wären substantielle Änderungen am rechtlichen Grundgefüge des bundesdeutschen Gesundheitswesens realisiert worden.

Im Zuge der massiven Interventionen der organisierten Interessengruppen vor allem auf zentraler Ebene – im Bundeskanzleramt –, zeigte sich, daß die Ausformulierung der Vertragsverordnung weitgehend einem Alleingang der BMA-Ministerialverwaltung zuzuschreiben war, für den nun auch der Rückhalt bei den Verbänden fehlte, die zuvor gleichlautende Forderungen erhoben hatten. So erfolgten bald grundlegende Änderungen an dem Entwurf. Deren wichtigste war, daß die ursprünglich als Verordnung geplante Regelung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern nun doch per Gesetz erfolgen sollte. Der für die Interessengruppen außerordentliche Termindruck war somit beseitigt: Denn

damit »dürfte ein längeres parlamentarisches Verfahren folgen. In dessen Verlauf könnten sich für die Betroffenen noch zahlreiche Möglichkeiten zur Einflußnahme ergeben« (DNÄ vom 20./21.7.1990).

Das Ergebnis dieser »Einflußnahme« ist bekannt. Es läßt sich schlicht als territoriale Ausweitung des Geltungsgebiets des SGB der »alten« Bundesrepublik auf die DDR beschreiben. In §311 Abs. 2 SGB V bestimmte der Einigungsvertrag eine 5jährige Übergangszeit für die kommunalen, betrieblichen, staatlichen oder frei gemeinnützig geleiteten Gesundheitseinrichtungen. §311 Abs. 10 SGB V enthielt die Verpflichtung, »die Niederlassung in freier Praxis ... mit dem Ziel (zu fördern), daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.« Der Sicherstellungsauftrag wurde uneingeschränkt den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesprochen, eine Zulassung zur Niederlassung war nun nicht mehr von dem bereits bestehenden Versorgungsgrad abhängig gemacht. Auch im Arzneimittelbereich waren Strukturinnovationen erfolgreich verhindert worden. Der angesichts der besorgniserregenden Entwicklung der ostdeutschen Arzneimittelkosten noch kurzfristig in den Einigungsvertrag aufgenommene 55prozentige Preisabschlag auf Arzneimittel (§ 311 Abs. 1 b) SGB V) suchte eine Problemlösung wiederum vornehmlich durch eine Niveauentscheidung.

5. Abschließende Thesen

Die Wiedervereinigung war nicht die *Chance* zur Behebung von seit langem bekannten GKV-Strukturdefiziten, sondern die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Zuge der Vereinigung wurden von diesen Defiziten selbst nachhaltig geprägt. Hier sind in erster Linie zu nennen:

- Die wechselnden Defensiv-Koalitionen von Ärzte- und Kassenverbänden als Ausdruck der heterogenen bis antagonistischen Interessenpositionen in der GKV.
- Die fast vollständige Vernachlässigung versorgungspolitischer Aspekte auf seiten der Kassen zugunsten des Primärziels ihrer schnellen organisatorischen Etablierung als Ausdruck der Kassenkonkurrenz.
- Und schließlich die staatliche Status-quo-Fixierung aus nicht nur, aber auch gesundheitspolitischen Gründen – vor allem wegen der starken staatlichen Abhängigkeit von den Implementationsleistungen des Verbändesystems.

Diese Faktoren förderten unter dem Zwang äußerst schneller Entscheidungsfindung und unter Bedingungen hoher Unsicherheit auf bundesdeutscher Seite die Festlegung auf den schlichten gesundheitspolitischen »Institutionentransfer« (Lehmbruch) von West nach Ost.

Aus historischer Perspektive verliert dieses Politikresultat jedoch etwas von seinem vordergründig skandalösen Charakter. Die Geschichte der deutschen Sozialversicherung ist oftmals als weitgehend konfliktfreier, quasi organischer Wachstumsprozeß eines mit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung in seinen Grundzügen festgelegten Institutionensystems dargestellt worden. Ein nähere Analyse würde allerdings zeigen, daß diese Geschichte angemessener als eine Abfolge von »Stabilisierungskrisen« (Döhler 1992: 7) geschildert werden muß, die zum Teil erst die Ausbildung und Verfestigung jener Strukturen und Organisationsprinzipien mit sich brachten, auf deren »immer schon« herrschende Geltung sich dann der Widerstand gegenüber substantiellen gesundheitspolitischen Kurswechseln zunehmend erfolgreich berufen konnte. Sowohl während der Hyperinflation 1923, als auch gegenüber den Vereinheitlichungsbestrebungen der Nationalsozialisten, wie auch schließlich gegenüber den sehr weit gediehenen Reformbestrebungenen in den unmittelbaren Nachkriegsjahren haben die Strukturen der gegliederten Krankenversicherung ihre Beharrungskraft bewiesen. Die deutsche Vereinigung kann m.E. in dieser Reihe als weitere Stabilisierungskrise verstanden werden, vor allem auch, weil ihr in Gestalt der DDR-Sozialversicherung jene immer wieder unterdrückte sozialpolitische Grundsatzalternative gegenüber trat, die annähernd seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung von der Sozialdemokratie und den Gewerkschaften gefordert worden war - wenn auch mit wechselnder Intensität und mit zuletzt deutlich abnehmender innerer Überzeugung. In Konfrontationen mit grundsätzlichen Systemalternativen ist aber in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung wiederholt jene »negative Solidarität« (Prinz 1991: 450) zum Tragen gekommen, bei der die relevanten Akteure »ihre erheblichen Auffassungsunterschiede kurzfristig zurückstellten und sich ... zur Verteidigung der gegliederten Sozialversicherung zusammenfanden« (ebenda).

Das normative Urteil über die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Vereinigungsprozeß wird m.E. auch dann abgemildert, wenn man bedenkt, daß die Vereinigung nicht den Ersatz für das Finden von politischen Mehrheiten zur Durchsetzung gesundheitspolitischer Ziele abgeben konnte. Dabei kann der Umstand, daß

heute mit der Seehofer'schen Reform eben jene im Vereinigungsprozeß unterdrückten Forderungen wie die vollständige Wahlfreiheit und der kassenartenübergreifende Finanzausgleich aller Voraussicht nach durchgesetzt werden können, natürlich nicht zur nachträglichen Legitimation für den skizzierten Entscheidungsablauf herangezogen werden.

Warum schließlich die wohl potentiell wichtigste Innovation für die »alte« bundesdeutsche Krankenversicherung, das integrierte Versorgungsmodell durch Polikliniken und Ambulatorien, so schnell »abgewickelt« wurde, ist eine Frage, die nicht mehr unmittelbar den Prozeß der staatlichen Einheit, sondern die Art und Weise der Implementation der mit ihm gefällten Entscheidungen betrifft (s. den Beitrag von Wasem in diesem Band).

Korrespondenzanschrift: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln Lothringer Str. 78 5000 Köln 1

Anmerkungen

- 1 Für Kommentierungen zu ersten Fassungen danke ich meinen Kollegen Marian Döhler und Jürgen Wasem.
- 2 Vgl. Allgemeine Begründung zum Regierungsentwurf des GRG (BR-Drks. 200/88: 156).
- 3 Als Übersicht über die verschiedenen Vorstellungen zur Organisationsreform von DGB, Arbeitgebern, Betriebs-, Orts- und Ersatzkassen, vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAiG) und der Enquête-Kommission u.a.m. siehe das Heft 3/4 des Sozialer Fortschritt, März/April 1990, 53-84.
- 4 So Dirk Kurbjuweit in Die Zeit vom 19. September 1991.
- 5 Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland DDR«, Manuskript, Bonn (Stand 5.3.1990); ausführlich dokumentiert in (dfg 11-90: 5-10).
- 6 Die Abkürzungen k.F. und a.F. verweisen auf die Seiten der Kurzfassung, rsp. die der ausführlichen Fassung, in der die SPD-Vorstellungen formuliert wurden.
- 7 Da die Ortskrankenkassen die einzige Kassenart mit regionalem Organisationsprinzip ist, war es für die Konkurrenzkassen offensichtlich, welcher Kassenart damit eine de-facto-Monopolstellung eingeräumt werden würde.
- 8 »Ob und wie das Tätigwerden unterschiedlicher Kassenarten im Gebiet der DDR rechtlich und politisch verhindert werden kann oder soll, kann zunächst offenbleiben. (...) Der organisatorische Vorsprung der aus der gemeinsamen Sozialversicherung hervorgehenden Regionalkrankenkassen und die Aussicht der sich neu gründenden Krankenkasse, die gleiche Risiko- und Finanzstruktur, wie die bereits bestehende Krankenkasse zu errichen, dürste den Anreiz einer Neugründung erheblich mindern« (Dreßler 1990: 8 u. 9 a.F.).

- 9 Gemeinsamer Brief der GKV-Spitzenverbände (diesmal mit AOK-BV) an Bundesarbeitsminister Blüm, dokumentiert in (dfg 17-90: 2f.; Hervorhebung von mir).
- 10 Und als Drittes ist die ebenfalls den westdeutschen Status quo nicht berührende Anerkennung der vor 1949 vollzogenen Enteignungen in der DDR zu nennen.
- So die Interpretation des Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Weinholz: Die Bürger hätten Bürokratie und Dirigismus abgewählt und damit auch dem staatlichen Gesundheitswesen eine Absage erteilt (DNÄ vom 20.3.1990).
- 12 Vgl. die Dokumentation der verschiedenen Kompromiß-Formulierungen zum späteren Art. 21 des ersten Staatsvertrages in (dfg 19-90: 4 und 10).
- Daß diese allgemeine politikwissenschaftliche Diagnose noch einmal verstärkt für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik gilt, zeigen die Arbeiten von (Webber 1988; 1989; Rosewitz/ Webber 1990; Mayntz 1990; Döhler 1990 im internationalen Vergleich und Alber 1992). Der inkrementale Charakter der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ist auch herausgearbeitet bei (Döhler/ Manow-Borgwardt 1992). Empirisch dementiert werden diese Einschätzungen durch die außerordentlich weitreichenden und mehrere Gesundheitssektoren umfassenden Reformmaßnahmen, die mit dem Gesundheits-Strukturgesetz von Gesundheitsminister Sechofer intendiert sind und offenkundig einen Allparteien-Konsens zwischen CDU/CSU, FDP und SPD gefunden haben. Es erscheint deswegen dringend notwendig zu erklären, wie diese spektakuläre »Politikentflechtung« möglich war.
- 14 Eine entgegenstehende Sichtweise wird am prononciertesten von Lehmbruch (1990; 1991) vertreten. Sie ist m.E. berechtigt in Hinblick auf prozedurale Momente, d.h. auf die Bestimmung der Vereinigungsdynamik, nicht aber in Hinblick auf materielle Politikentscheidungen (so aber Lehmbruch 1990: 471).
- 15 Das Sozialversicherungs-Gesetz vom 28.6.90 (GBI. I Nr. 38, 486), das Kassen-Errichtungsgesetz (GBI I Nr. 61, 1538), das Krankenkassen-Vertragsgesetz (GBI. I Nr. 61, 1533) beide verabschiedet am 13.9. –, und das Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 30.8.90 (GBI. I Nr. 59, 1428). Die letzten drei Gesetze sind dokumentiert in (Vollmer 1990/3: 115-141).
- 16 Über ihre Mitgliedschaft in der »Arbeitsgruppe Sozialunion«. Diese Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus Vertretern beider Ministerien (BMA und MfGOst), Vertretern der privaten Krankenversicherung, des Bundesversicherungsamtes und aller west-deutschen Kassenverbände.
- 17 Auszüge veröffentlichte die Ärzte-Zeitung vom 13.6.90.
- 18 So auch explizit § II des Entwurfes, dokumentiert in Auszügen in (dfg 25-90: 5).

Literaturverzeichnis

- Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt: Campus
- Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der Wende. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik. Berlin: Sigma
- Döhler, Marian, 1992: Ordnungspolitische Ideen und sozialpolitische Institutionen. Unv. Manuskript. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

- Döhler, Marian/ Manow-Borgwardt, Philip, 1992: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 3, 64-106
- Dreßler, Rudolf, 1990: Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland DDR. Diskussionspapier, Bonn (Stand 5. März 1990), mimeo
- Focke, Franz, 1978: Sozialismus aus christlicher Verantwortung. Die Idee eines christlichen Sozialismus in der katholisch-sozialen Bewegung und in der CDU. Wuppertal: Peter Hammer Verl.
- Hockerts, Hans Günter, 1980: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart: Klett-Cotta
- Katzenstein, Peter J., 1987: Policy and Politics in Germany. The Growth of a Semisovereign State. Philadelphia: Temple Univ. Press
- Krasner, Stephen D., 1978: United States Commercial and Monetary Policy: Unravelling the Paradox of External Strength and Internal Weakness. In: Peter J. Katzenstein (Ed.), Between Power and Plenty, Madison (Wisc.): Univ. of Wisconsin Press, 51-87
- Lehmbruch, Gerhard, 1990: Die improvisierte Vereinigung: Die Dritte deutsche Republik. In: Leviathan 18, 462-486
- Lehmbruch, Gerhard, 1991: Die deutsche Vereinigung: Strukturen und Strategien. In: Politische Vierteliahresschrift 32, 585-604
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 283-307
- Prinz, Michael, 1991: Die Arbeiterbewegung und das Modell der Angestelltenversicherung. In: Klaus Tenfelde (Hrg.), Arbeiter im 20. Jahrhundert. Stuttgart: Klett-Cotta, 435-460
- Rosewitz, Berndt/ Webber, Douglas, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im bundesdeutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: Campus
- Schäuble, Wolfgang, 1991: Der Vertrag. Wie ich über die deutsche Einheit verhandelte. Stuttgart: DVA
- Schmidt, Manfred G., 1990: Die Politik des mittleren Weges. Besonderheiten der Staatstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 9-10/1990, vom 23. Februar 1990. 23-31
- SVR KAiG, 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1990 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos
- Vollmer, Rudolf J., 1990: Sozialversicherung und Gesundheitsrecht im beigetretenen Teil Deutschlands, Bd. 3. Bonn: AOK-Verlag
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: Leviathan 16, 158-203
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: Leviathan 17, 262-300

Abkürzungen zitierter Zeitungen und Zeitschriften

dfg - Dienst für Gesellschaftspolitik

DNÄ - Die Neue Ärztliche

HB - Handelsblatt

SZ - Süddeutsche Zeitung

Klaus Hofemann

Die Privatisierung der ambulanten Versorgung

Vom Niedergang der poliklinischen Versorgung in den neuen Ländern

1. Aufeinandertreffen konträrer Systeme

Im Prozeß der deutschen Vereinigung wurde das Gesundheitswesen in den neuen Bundesländern genauso konsequent den Strukturen Westdeutschlands angepaßt wie die anderen Bereiche des Sozialsystems. Hoffnungen, soziale Lösungen der ehemaligen DDR weiterzuentwickeln und gegebenenfalls in eine Sozialreform des Gesamtsystems einfließen zu lassen, wurden nicht Realität. Der Prozeß der deutschen Vereinigung wurde historisch als Kolonialisierung vollzogen und nicht – wie in vielen Reden zu Beginn des Einigungsprozesses beschworen – als Zusammenwachsen gleichberechtigter staatlicher Gebilde.

Staats- und Einigungsvertrag übertrugen das westdeutsche Sozialsystem vollständig, sieht man von einigen nicht sehr bedeutenden Einzelregelungen, wie z.B. der Anhebung der Schwerbehindertenabgabe im Westen, einmal ab¹. Die Gründe dieser »Duplizierung« sind vielschichtig und können kurz wie folgt skizziert werden:

- Die totale Abschottung von allen Informationen und das Fehlen jeglicher Reformbewegungen verhinderten die Artikulation sozialpolitischer Alternativen gegenüber dem Überstülpen des westdeutschen Modells. Dieses Vakuum wurde in der Umbruchphase schnell von westdeutschen Verbandslobbyisten ausgefüllt. Sozialpolitiker in den neuen Bundesländern müssen nun erst lernen, daß es zu den bestehenden Strukturen wohlbegründete Kritik, alternative Entwürfe und kritische gesellschaftliche Kräfte gibt.²
- Im Westen, teilweise auch im Osten, wurden sozialpolitische Lösungen der ehemaligen DDR schnell als SED-spezifisch denunziert, obwohl gerade die einheitliche Trägerschaft sowie die staatlichen Eigeneinrichtungen in der ambulanten Versorgung zeigen, daß dies Forderungen einer bis zur Jahrhundertwende zurückzuführenden Reformdiskussion waren.³
- Die Vereinigung der beiden deutschen Staaten fand historisch in einer Phase verschärfter Auseinandersetzungen um den Sozialstaat und seine Ausgestaltung statt. Die zwischen 1981 und 1985

in nachhaltig wirksamen Eingriffen durchgesetzte Mehr-Markt-Strategie zeigt eine Erosion des Sozialstaatsmodells und ein verändertes gesellschaftliches Machtgefüge gegenüber den siebziger Jahren.

Diese historische Bedingungskonstellation bestimmte auch den Systemwechsel im Gesundheitswesen. Allerdings war der Konflikt um die Neuordnung hier viel stärker ausgeprägt als in allen anderen Bereichen der Sozialpolitik. Stießen doch zwei konträre Modelle aufeinander, die seit Beginn staatlicher Gesundheitsversorgung in Deutschland im Streit miteinander liegen. Waren Staatlichkeit und zentrale Trägerschaft die Hauptmerkmale des ostdeutschen Gesundheitssystems und die private Leistungserbringung absolut unbedeutend, so stellen im Westen gerade der Trägerpluralismus in Form des »gegliederten« Krankenversicherungssystems mit regionalem, berufsständischem und betrieblichem Organisationsprinzip und das Monopol privatwirtschaftlicher Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung und bei Arzneimitteln Eckpfeiler des Systems dar.

Zwangsläufig kollidieren die westlichen Strukturelemente mit denen der ehemaligen DDR. Die Zulassung von nicht-privatwirtschaftlichen Leistungsanbietern in der ambulanten Versorgung drohte eine Schneise in das Behandlungsmonopol der Niedergelassenen zu schlagen und gleichzeitig die Position der Kassen zu stärken. Untersuchungen, die z.B. zeigen, daß Polikliniken auch wirtschaftlich zu führen sind,⁴ werden gesundheitspolitisch nicht wirksam

2. Eigeneinrichtungen der Kassen und ihre Zurückdrängung in der alten Bundesrepublik

Polikliniken und Ambulatorien sind keine Erfindung des SED-Regimes; sie hatten ihren Ursprung in der Weimarer Republik. Der reichsweite Ärztestreik 1923/24 führte zur Errichtung von Ambulatorien, die die ambulante Behandlung der Kassenpatienten sicherstellen sollten. An Reformen interessierte Ärzte fragten schon damals, »ob neben der freien ärztlichen Berufstätigkeit eine andere Art der ärztlichen Versorgung großer Volksteile zweckmäßig und wünschenswert ist«.5

In der Regie der Kassen geführte Ambulatorien sind als Ausdruck der Interessen der Krankenkassen anzusehen, preissenkende, qualitätsverbessernde und innovative Gesundheitsdienste anzubieten. Dies geschah in medizinischen Eigenbetrieben, wie Krankenhäusern, Zahnkliniken, Ambulatorien, Röntgen- und Lichtinstituten, etc., in Erholungsstätten und Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialberatung sowie in Selbstabgebestellen der Kassen für Arznei-, Heilund Hilfsmittel wie Brillen, orthopädische Gegenstände etc.

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen e.V. war damals auf dem Gebiet der Errichtung von Eigeneinrichtungen die aktivste Organisation. Die ihm zuzurechnenden medizinischen Eigenbetriebe und Erholungsstätten erreichten im Jahre 1930 ihre zahlenmäßig größte Ausdehnung. Bei 137 Kassen bestanden Zahnkliniken, weiter wurden 300 andere Eigeneinrichtungen gezählt, darunter 44 Ambulatorien und 125 Röntgen- und Lichtinstitute. Hierbei ergaben sich vor allem für die Ambulatorien neue qualitätsverbessernde Perspektiven. Sie ermöglichten eine sinnvolle Arbeitsteilung und Kooperation; die fachliche Zusammensetzung des Personals erlaubte ein breites Spektrum an Hilfen, die die Möglichkeiten der Einzelpraxis bei weitem überstiegen.⁶

Der Faschismus beendete die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung, aktiv in das Leistungsgeschehen einzugreifen. Im Westen Deutschlands konnte nach dem Ende Hitlerdeutschlands nicht mehr an die Reformen der Weimarer Zeit angeknüpft werden. Konservative und mittelständische Interessen der »Adenauer-Zeit« setzten sich besonders bei der Auseinandersetzung um das Kassenarztrecht durch. Die autonome, geradezu monopolistische Stellung des niedergelassenen Arztes wird im Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 abgesichert. Folge ist der §368 d (RVO), der den Eigeneinrichtungen der Kassen enge Grenzen setzt. Dementsprechend ist es im Westen bis heute bei einem einzigen Ambulatorium geblieben.

3. Die Situation ambulanter Versorgung in der ehemaligen DDR und die Regelungen des Einigungsvertrages

Ambulante Versorgungsleistungen wurden fast ausschließlich in Polikliniken und Ambulatorien erbracht. Unter Polikliniken sind Einrichtungen zu verstehen, die über mindestens fünf fachärztliche und eine zahnärztliche Abteilung sowie über Apotheke und Labor verfügen. Ambulatorien sind demgegenüber kleinere Versorgungseinheiten mit einem schmaleren Leistungsspektrum. Eine Besonderheit waren die Dispensaire-Einrichtungen. Sie faßten Patienten mit gleichen Krankheitsbildern zusammen und sollten die Integration von Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation sicherstellen. Tab. 1 gibt einen Überblick über die Einrichtungen der ambulanten Versorgung nach der (1989) 626 Polikliniken existierten, davon allein 41 in Ost-Berlin. Hinzu kommen noch Versorgungseinrichtungen des Betriebsgesundheitswesens mit 154 Betriebspolikliniken und 364 Betriebsambulatorien (1989). Insgesamt waren (1989) 20 840 Ärzte ambulant tätig, darunter lediglich 340 in eigener Niederlassung (gegenüber 5050 im Jahre 1955).

Tabelle 1: Zahl der Polikliniken, Ambulatorien und staatliche Arztpraxen, 1950-1989

Jahr	Polikliniken	Ambulatorien	Staatliche Arztpraxen	
1950	184	575	, -	
1960	399	766	298	
1970	452	828	1301	
1980	561	969	1645	
1989	626	1020	1635	

Quelle: Darstellung auf Grundlage von Ambulante medizinische Betreuung, Mitteilungen des Instituts für medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Berlin 1989. Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1991, 114.

Zur Bewertung des Versorgungssystems liegen unterschiedliche Einschätzungen vor. So berichtet Schönbach, daß nach einer Repräsentativbefragung im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen vom Mai 1990 zwei Drittel der Befragten mit der medizinischen Versorgung in den Betriebsambulatorien »sehr zufrieden« bzw. »zufrieden« waren. Eine negative Bewertung nimmt vor allem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor. Er bestreitet die Akzeptanz der Einrichtungen durch

die Bevölkerung und kritisiert, daß die positiven Effekte, die die integrierte Versorgung der poliklinischen Einrichtungen haben, durch zahlreiche Mängel in der Praxis aufgewogen werden. Als Mängel werden u.a. der häufige Arztwechsel, die dadurch erzeugte instabile Arzt-Patient-Beziehung, lange Wartezeiten, große Anonymität, organisatorische Schwierigkeiten und erhebliche Versorgungsprobleme genannt. Die angestrebte Einheit von Prophylaxe, Therapie und Nachsorge sei so im wesentlichen nicht verwirklicht. ¹⁰

Staats- und Einigungsvertrag übertrugen im Prozeß der deutschen Vereinigung das Gesundheitsversorgungssystem der BRD komplett auf die neuen Bundesländer. So heißt es in §311, Abs. 10 SGB: »Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.« Das bedeutet eine klare Vorrangstellung der Einzelpraxis und entspricht damit im wesentlichen den Forderungen der westdeutschen Ärzteschaft. 11 Lediglich Anpassungsfristen und eine sehr enge Öffnungsklausel für den Weiterbestand von poliklinischen Einrichtungen fand in den Einigungsvertrag Eingang: So sieht § 311, Abs. 2, SGB V vor: »Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden.... die kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich des Betriebsgesundheitswesen (Polikliniken, Ambulatorien u.a.) kraft Gesetz bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen.... Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung ... im Benehmen mit der Landesbehörde unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte.«

4. Polikliniken vor dem »Aus«

An den Erhalt der Polikliniken in den neuen Ländern knüpften einige westdeutsche Gesundheitspolitiker die Hoffnung, das als unreformierbar geltende westdeutsche Gesundheitswesen unter Veränderungsdruck zu setzen. ¹² Eine nicht auf privatwirtschaftlichem Kalkül basierende Versorgungseinrichtung wie die Poliklinik – so die Annahme – könnte als konkurrierendes Anbietersystem in der ambulanten Versorgung zu mehr Kostenstabilität beitragen und ganz allgemein die Innovationsfähigkeit verbessern.

Die Polikliniken weisen gegenüber der Einzelpraxis zahlreiche Vorteile auf: 13

1. Sie gewähren eine umfassende medizinische Betreuung bei geringer zeitlicher Belastung der Patienten.

- 2. Sie bieten die Chance zu kooperativen und interdisziplinären Arbeitsmöglichkeiten.
- Eine teuere stationäre Unterbringung kann häufig vermieden werden.
- 4. Die teuere Medizintechnik kann besser ausgelastet werden.
- 5. Die Dispensaires für die kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker können weitergeführt werden.

Eine vom Verfasser im ersten Jahr nach Übertragung des Gesundheitssystems der alten Bundesrepublik auf die neuen Länder durchgeführte Befragung sollte klären, inwieweit die im Einigungsvertrag vorgesehene Öffnungsklausel für Polikliniken zu relevanten Ergebnissen geführt hat. Im einzelnen sollte Material für die Beantwortung folgender Fragen verfügbar gemacht werden:

- Wie vollzieht sich der Übergangsprozeß von einem staatlichen Gesundheitswesen zu einem im Prinzip privatwirtschaftlich organisierten System?
- Welche Handlungsspielräume sind bei den zuständigen staatlichen Ebenen vorhanden und wie werden diese genutzt?
- Welche Einflußfaktoren bestimmen generell den Umbauprozeß? Der Untersuchung deren Ergebnisse im folgenden referiert werden lag eine schriftliche Befragung der Leiter der Gesundheitsämter bzw. der Amtsärzte aller Kreise und kreisfreien Städte in den neuen Bundesländern (außer Berlin) zugrunde sowie einige Leitfadengespräche im Raum Sachsen und Thüringen. Der Fragebogen bezog sich auf bereits vollzogene Entscheidungen und laufende Planungen in bezug auf die vorhandenen poliklinischen Einrichtungen. Er sollte die Faktoren, von denen der Wandel des Gesundheitssystems beeinflußt wird, transparent machen sowie mögliche Versorgungsprobleme offenlegen. Die Befragung erfolgte im Juni und Juli 1991.

An der Befragung beteiligten sich über 90 % aller Gesundheitsämter mit ca. 630 poliklinischen Einrichtungen. Dieser Rücklauf erlaubt zuverlässige Aussagen für das gesamte Gebiet der ehemaligen DDR (außer Berlin). Die hohe Beteiligung signalisiert ein erhebliches Interesse ostdeutscher Kommunalpolitiker, ihre komplizierte Problemlage im Westen verständlich zu machen.

4.1 Quantitative Bedeutung von Polikliniken und Ambulatorien im Verlauf des Systemwechsels¹⁴

Die heute deutlich werdende Radikalität des Umbruchs war zu Beginn des Umstrukturierungsprozesses noch nicht absehbar. Es

bestand sogar die Hoffnung, die poliklinischen Einrichtungen zu modernen Gesundheitszentren umzugestalten¹⁵ und so das überholte Prinzip der Einzelpraxis zu überwinden. Sogar die konzertierte Aktion warnte auf ihrer Sitzung im November 1990 vor überstürzten Kündigungen und sprach sich dafür aus, den Polikliniken eine Wettbewerbschance zu geben. Trotz vielfacher Anstrengungen einzelner Leiter von Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Ärzten vollzog sich offenbar bereits von Jahresbeginn 1991 an eine Entwicklung in Richtung einer vollständigen Anpassung der ambulanten Angebotsstrukturen an die der West-Länder. 77 % der befragten Gesundheitsämter (142 Fälle) gaben an, die vorhandenen ambulanten Einrichtungen nicht über das Jahr 1995 hinaus weiterbetreiben zu wollen. Die restlichen 20 % (36 Fälle) wollen ambulante Einrichtungen – zumeist erheblich reduziert – auch über 1995 hinaus weiterführen.

Die 36 Kommunen, die insgesamt 59 ambulante Einrichtungen weiterführen wollen, konzentrieren sich auf die Länder Brandenburg und Sachsen. In Thüringen und Sachsen-Anhalt geben überhaupt nur 2 bzw. 3 Gemeinden an, eine Fortführung über 1995 hinaus zu planen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Geplante Weiterführung über 1995 hinaus

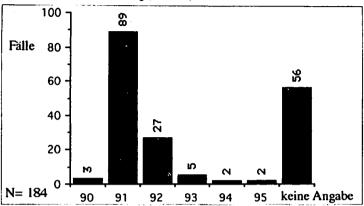
Mecklenburg- Vorpommern	Brandenburg	Sachsen- Anhalt	Thüringen	Sachsen	Gesamt
5	13	3	2	13	36

Von den Städten und Landkreisen, die ihre Einrichtungen vor 1995 schließen wollen, liegt der Schließungszeitpunkt überraschend früh. Von den Ämtern, die sich zu dieser Frage äußerten, geben fast 70 % (89 Fälle) an, ihre Einrichtungen noch im Jahr 1991 zu schließen. Weitere 21 % (27 Fälle) wollen dies bereits 1992 tun, 2 % der Einrichtungen waren schon1990 nicht mehr tätig (vgl. Schaubild 1).

An die Stelle der bislang bestehenden ambulanten Einrichtungen treten überwiegend private Niederlassungen. In ca. 20 Prozent der Fälle werden die Ambulatorien bzw. Polikliniken zu privaten Ärztehäusern umfunktioniert. Einige Gesundheitsämter betonen die problemlose Umwandlung und melden »Vollzug« bei der als notwendig erachteten Anpassung an westliche Verhältnisse.

Von den ehemaligen Polikliniken waren bereits 1991 z.T. nur Fragmente übriggeblieben. Dies sind v.a. Abteilungen, die wegen des





hohen Investitionsaufwandes nicht privatisiert werden konnten, meist die radiologisch – diagnostische Fachabteilung oder die Physiotherapie, ferner die Abteilungen, in denen die Ärzte zu alt sind, um sich privat niederzulassen. Wurden die Polikliniken gänzlich aufgelöst, so wurden die Reste, z.B. die chirurgische oder gynäkologische Ambulanz, dem Krankenhaus angegliedert, andere Abteilungen dem Gesundheitsamt.

Auch die Städte und Gemeinden, die einen reibungslosen Übergang zur kassenärztlichen Versorgung betonen, weisen auf Schwierigkeiten hin wie: »ältere Kollegen bleiben als 'Rumpfbesetzung' übrig«, »behinderte Ärzte können und wollen die finanziellen Belastungen einer privaten Niederlassung nicht tragen«, »das nichtmedizinische Personal, vor allem Physiotherapeuten und Schwestern, kann nur zu einem geringen Teil von den niedergelassenen Ärzten übernommen werden« (Quelle: Fragebogen 187).

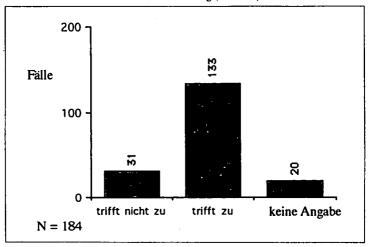
4.2 Ursachen des beschleunigten Zusammenbruchs

Die Befragung ging von der Arbeitshypothese aus, daß vor allem zwei Ursachen für den beschleunigten Zusammenbruch der Polikliniken verantwortlich seien: die fehlenden Mittel für Investitionen und das Abwandern der Ärzte in freie Praxis. Die tatsächliche Entwicklung ist jedoch komplexer. So schreibt ein Amtsarzt: »Die Schließung der Poliklinik war Anfang 1991 nicht geplant, ergab sich aber daraus, daß sämtliche Ärzte in eigene Niederlassung gingen. Außerdem stieg das Haushaltsdefizit der Polikliniken jeden weiteren

Monat und ließ sich durch Mittel des Landkreises nicht decken. « So oder ähnlich dürfte der Prozeß in vielen kleineren Gemeinden abgelaufen sein. Dieser Zusammenhang kommt in den Antworten zur Frage nach fehlenden Mitteln für Investitionen und noch vorhandenen Ärzten zum Ausdruck.

Fehlende Gelder für Investitionen. – In bezug auf die Ursachen ging die Umfrage davon aus, daß das Fehlen finanzieller Mittel ein wichtiger Einflußfaktor dafür ist, ob eine Einrichtung fortgeführt werden kann oder geschlossen werden muß. Von den Gesundheitsämtern, die sich zu dieser Frage äußerten, gaben über 80 % (133 Nennungen) an, daß Mittel für die Weiterführung fehlen (vgl. Schaubild 2). Als Schließungsursache wird vereinzelt auf die verspäteten und dann noch gekürzten Abschlagszahlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hingewiesen. Auch sechs- bis achtwöchige Banklaufzeiten haben vielen Einrichtungen das »Aus« gebracht.

Schaubild 2: Fehlende Mittel zur Weiterführung (N = 184)



Ärzte wandern ab. – Hand in Hand mit den mangelnden Perspektiven einer Weiterführung und dem Fehlen von Investitionsmitteln vollzieht sich ein schneller Abbau des Personals. 67 % der Amtsleiter gaben an, daß in Polikliniken und Ambulatorien nur noch eine Rumpfbesetzung tätig ist. Nur in 20 % der Fälle sind noch über 75 % der Ärzte in der Einrichtung, d.h. maximal 1/5 der Einrichtungen

ist von der Besetzung her überhaupt in der Lage, weitergeführt zu werden, falls dies beabsichtigt ist.

Die Abwanderung von Ärzten ist weitgehend unabhängig von der Aussage über fehlende Mittel. Den Ärzten war schon frühzeitig klar, daß eine längerfristige Weiterbeschäftigung am alten Arbeitsplatz vor allem auf Grund der unklaren Finanzsituation unwahrscheinlich sein würde und es nun darauf ankomme, sich möglichst schnell günstige Voraussetzungen für die Niederlassung als Kassenarzt zu sichern.

Die Abwanderung der Ärzte wird z.T. als panikartig beschrieben, die alle weiteren Planungen in bezug auf die vorhandenen ambulanten Einrichtungen unmöglich machte. An ihr sind vor allem auch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht unbeteiligt. Gesteuerte Informationen über beschränkte Zulassungsmöglichkeiten setzten das bekannte Windhundverfahren um die begrenzte Zahl von Kassenarztpraxen mit in Gang. Wie eine solche Einflußnahme ausgesehen haben mag, illustriert folgendes Zitat:

»Aus zahlreichen Gesprächen mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, insbesondere aus Köln, ging hervor, daß es für die Polikliniken der DDR – unabhängig von ihrer fachlichen oder wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – keine Überlebenschance geben wird. Es wurde mehrfach eindeutig zum Ausdruck gebracht, daß die KV nicht bereit ist, die angestellten Ärzte einer Poliklinik oder einer Ambulanz in ihre Berechnung der notwendigen Arztstellen in einem Bereich einzubeziehen....« (Quelle: Fragebogen Nr. 103)

Fallpauschale. – Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte erfolgt im Osten wie im Westen Deutschlands im Rahmen der Einzelleistungshonorierung, die der Polikliniken über eine Fallpauschale. Die im ersten Halbjahr 1991 gültige Höhe der Fallpauschale von ca. 50 DM wird überwiegend als nicht ausreichend angesehen. Auf die Frage, ob die Fallpauschale kostendeckend sei, antworteten fast 80 % mit »nein«. Nur gut 10 % halten die Fallpauschale für ausreichend, 10 % machten keine Angabe. Am häufigsten wurden kostendeckende Beträge zwischen 70 DM und 100 DM genannt; das Spektrum reicht bis 200 DM. (vgl. Schaubild 3). Viele Amtsleiter wünschen ausdrücklich das westliche Einzelleistungsvergütungssystem auch für Polikliniken, andere eine Anpassung der Höhe der Fallpauschale an das westliche Vergütungsniveau.

Die Nennungen hatten allerdings höchst unterschiedliche Qualität. Einige Amtsleiter beklagten die geringe Höhe der Fallpauschale, konnten aber keinen kostendeckenden Betrag nennen. Immerhin konnten fast 120 (!) Ämter keine Aussagen machen. Das zeigt, daß

die meisten Einrichtungen organisatorisch auf die Abrechnung nach Einzelleistungen nicht vorbereitet waren. Die Mehrzahl der 65 auswertbaren Antworten enthielt jedoch konkrete und plausible Nennungen von Zahlbeträgen, so daß die Schlußfolgerung einer relevanten Kostenunterdeckung zulässig ist.

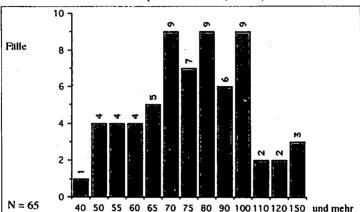


Schaubild 3: Kostendeckende Fallpauschale in DM (N = 65)

Gemessen an den tatsächlichen Kosten der poliklinischen Einrichtungen ist die im Westen festgesetzte Höhe der Fallpauschale zu niedrig. So mußten die Einrichtungen mit völlig veralteten Geräten arbeiten, deren Betriebskosten überdurchschnittlich hoch sind. Überhöhte Betriebskosten verursachten vor allem die veralteten Heizsysteme und mangelnde Wärmedämmung. Auch die ungünstige räumliche Aufteilung auf z.T. mehrere Gebäudeeinheiten erforderte Heizer, Fahrer und Pförtner. Hinzu kam ein ungünstiger Personalschlüssel. Auf einen Arzt kamen teilweise 9 Mitarbeiter. Eine Stadt von 13 000 Einwohnern hat in ihren poliklinischen Einrichtungen insgesamt 140 (!) nicht-ärztliche Mitarbeiter.

Neben der zu niedrigen Fallpauschale wird v.a. die Praxis der Kostenerstattung kritisiert. So wäre zu Beginn des Jahres 1991 ein Vorschuß zum Betriebsmittelumlauf erforderlich gewesen. Die verzögerten und reduzierten Zahlungen, teilweise erst zwei bis vier Monate später, hätten viele Gemeinden vor die Alternative gestellt, entweder die Gehälter zu zahlen oder für die Betriebskosten aufzukommen. Kritisiert wird auch die Zahlungspraxis der Kassenärztlichen

Vereinigungen, speziell die der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Diese gestaltete sich nicht selten zu einem »Fiasko« (so die Formulierung eines Amtsarztes) und hatte zur Jahreswende 90/91 entscheidenden Einfluß auf die Schließung von Polikliniken und Ambulatorien. So schreibt ein Amtsarzt, daß den Vertretern der Gemeinden eindeutig und unmißverständlich klar gemacht worden sei, daß an eine Fortführung bestehender Einrichtungen (insbesondere von Betriebsambulatorien) nicht zu denken sei und diese dem System der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik widersprächen. Einige der befragten Amtsärzte äußern ihr Bedauern darüber, daß bei den KVen kaum Kenntnisse über das Gesundheitssystem der ehemaligen DDR existierten, so daß Entscheidungen ohne Berücksichtigung der spezifischen Hintergründe des bereits existierenden Versorgungsangebotes getroffen wurden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die schon erwähnte Studie der Ärztekammer Berlin (vgl. Fußnote 4). Hiernach werden poliklinische Leistungen durch die Fallpauschale um 30 % bis 50 % geringer bewertet als die durchschnittliche Vergütung je Fall durch die AOK Berlin.

4.3 Gesundheitsversorgung

In bezug auf die Versorgungslage sind die Probleme nur zum Teil quantifizierbar. In den meisten Städten und Gemeinden wird die Situation – zumindestens aus Sicht der Leiter der Gesundheitsämter – als nicht problematisch angesehen. 96 % der befragten Ämter verneinen eine Gefährdung der Versorgung. Dennoch vollzieht sich der Systemwechsel nicht bruchlos. So wird auf zahlreiche Probleme hingewiesen, die zwar keine bedrohliche Situation kennzeichnen, aber eine Unterversorgung bzw. Schlechterstellung gegenüber früher bedeuten. Diese Problemlagen beziehen sich auf die mit der Schließung der Polikliniken und Ambulatorien nicht mehr vorhandenen Angebote, wie z.B. die Kinderstomatologie, die Diabetikerbetreuung, die kinderärztliche Betreuung, die Schwangerenbetreuung, die Betreuung psychisch Gefährdeter und Suchtkranker sowie die Lungenfürsorge.

Versorgungsdefizite werden v.a. auch im ländlichen Bereich genannt. Die Niederlassung der Ärzte konzentriert sich hier auf die Kreisstädte und verschlechtert die Versorgung auf dem Lande. Weitere Versorgungsdefizite entstanden dadurch, daß im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzten – entgegen vorherigen Zusagen – keine Ermächtigung zur kassenärztlichen Tätigkeit gegeben wurde.

Häufig wird die Zerschlagung der Verbindung zwischen Therapie und Prophylaxe beklagt. Die Patienten erlebten diese Situation als Zusammenbruch der bisherigen Arzt-Patient-Beziehung, vor allem die älteren Menschen, die größere Schwierigkeiten haben, sich umzustellen.

Hinzu kommen Zweisel daran, ob die neu niedergelassenen Ärzte, die in ihrer bisherigen Tätigkeit sehr spezialisiert waren, entsprechend darauf vorbereitet sind, allgemeinärztliche Aufgaben wahrzunehmen. So schreibt ein Amtsarzt, daß die Übergabe der – bislang von der Poliklinik durchgeführten – Diabetiker-Betreuung an niedergelassene Ärzte darin bestehe, daß im Rahmen eines zweistündigen Kurses die Insulinpumpe erklärt werde. Kunstsehler werden nicht ausgeschlossen. Eine empirische Bestätigung dieser Befürchtungen kommt in einem Bericht über die mangelhaste Betreuung Zuckerkranken zum Ausdruck. Hiernach werden deutlich mehr Patienten als früher mit «Blutzuckerwerten im extrem pathologischen Bereich» eingeliesert. 16

Die fehlenden finanziellen Mittel bewirken bei den noch vorhandenen poliklinischen Einrichtungen Versorgungsdefizite. Dies bezieht sich vor allem auf die total veralteten Röntgengeräte und das übrige Inventar.

4.4 Fehlen und Fehler der Gesundheitspolitik

Die Kritik an der Gesundheitspolitik bezieht sich sowohl auf die rechtliche Gestaltung der Übergangsregelungen als auch auf Hilfen nach Inkrafttreten des Einigungsvertrages. So wird kritisiert, daß die Interessen der Bürger nicht berücksichtigt wurden. Ferner wurde eine schrittweise Umgestaltung für sinnvoller gehalten. Nach der im Einigungsvertrag getroffenen bruchlosen Übernahme der westdeutschen Strukturen wird vor allem das Fehlen von Unterstützung im Umgestaltungsprozeß bedauert. Das entstandene Politikvakuum wurde sehr schnell und effektiv durch Verbandsinteressen gefüllt.

Durch die Antwortschreiben – auch bei denen, die die Umstellung der Gesundheitsversorgung begrüßen – zieht sich als roter Faden der Kritik das Fehlen von verantwortlicher Gesundheitspolitik. Diese betrifft einmal die *Verwaltungsebene*. In der Umstrukturierungsphase war die örtliche Verwaltung überlastet und durch die Neuartigkeit der sich stellenden Probleme überfordert. Ein Amtsleiter beklagt das »absolute Versagen der Landesregierung« (Sachsen), der gesamte Umstellungsprozeß sei organisatorisch nicht zu bewältigen

gewesen. So hätte die Politik schon von Anfang an deutlich machen müssen, daß »Polikliniken nur bei harter Wirtschaftsführung« eine Überlebenschance haben können. Es sei häufig der Eindruck erweckt worden, daß alles so bleiben könne, wie es früher war.

Welchen Einfluß die im Gesundheitswesen tätigen parastaatlichen Akteure, wie z.B. die Ärztekammern hatten, zeigt ein Beispiel aus Brandenburg:

»Noch in den letzten Tagen des Dezembers 1990 gab es zur Vorbereitung der Zahlung einer Fallpauschale eine Beratung in der Außenstelle der kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin. Dabei wurde den Vertretern des Gesundheitsamtes gesagt, daß die Finanzierung der Einrichtungen des Getriebsgesundheitswesens nicht übernommen wird. ... Aus dem Gespräch ging hervor, daß die dort Beteiligten, obwohl sie keine Kenntnisse über das Betriebsgesundheitswesen hatten, ihre Entscheidungen trafen. « (Fragebogen Nr. 80)

Daß die Ärztekammern – entgegen anderslautenden Versprechungen – keineswegs über die ideologische Hürde, Polikliniken in der ambulanten Versorgung zu tolerieren, gesprungen sind, zeigt die Praxis der Honorarzahlungen. Ein Amtsarzt drückt dies so aus: »Die KV hat ihre Politik über die der ärztlichen Versorgung gestellt«.

Wenn von seiten der gesundheitspolitisch Verantwortlichen Orientierungen gegeben wurden, wie dies in Brandenburg mit dem propagierten Modell der Gesundheitszentren der Fall ist, so wird dies als solches verstanden, obwohl die strukturellen Gründe, die den Zerfall der Polikliniken bewirkten, nicht beeinflußt worden sind bzw. werden konnten. Brandenburg kann mittlerweile 36 Gesundheitszentren weiterführen. Um poliklinische Einrichtungen als echtes Reformkonzept flächendeckend wirksam werden zu lassen, hätte es aber der Unterstützung durch ein übergeordnetes Politikinteresse, z.B. auf der Ebene des Bundesgesundheitsministeriums und der Krankenkassen, bedurft. Das vorhandene Vakuum konnte von Einzelakteuren auf Landes- und Gemeindeebene, bei Ärzten und örtlichen Kassen nicht ausgefüllt werden. Nachteilig wirkt sich auch aus. daß poliklinische Einrichtungen keine Partner im Westen hatten. 17 Das in fast allen anderen Bereichen zu beobachtende Einschleusen von know how ist hier unterblieben.

5. Weitere Schließungen 1992

Waren zum Jahresende 1989 noch 62 % der Ärzte der ambulanten Versorgung in Polikliniken, 18 % in Ambulatorien und nur 2 % als Niedergelassene tätig, so hat sich diese Situation innerhalb von etwas mehr als zwei Jahren fast in das Gegenteil gewendet. Am 1.4.1992

– so meldet das Ärzteblatt – haben sich bereits 89 % in eigener Praxis niedergelassen und nur noch 11 % sind in Ambulatorien und Polikliniken tätig. Insgesamt stieg die Zahl der niedergelassenen Kassenärzte von 2.100 im Dezember 1990 auf 15.142. 18 Damit ist das im Einigungsvertrag genannte Ziel, freiberuflich tätige Ärzte zum maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung zu machen, erreicht.

Welchen Einfluß die noch verbleibenden wenigen poliklinischen Einrichtungen auf die zukünftige Reformdiskussion haben werden, ist noch nicht absehbar. Ihre Erfolgsaussichten hängen nicht zuletzt davon ab, inwiefern der notwendige innere Umstrukturierungsprozeß erfolgreich abgeschlossen werden kann und die erforderliche politische Unterstützung – auch die finanzielle – nicht versagt wird.

Korrespondenzadresse: Fachhochschule Köln –Fachbereich Sozialpädagogik Mainzer Str. 5 – D-5000 Köln 1

Anmerkungen

- 1 Vgl. Hofemann, K., Systemwechsel im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 2/91, 37ff.
- Nahnsen, I., Die Gefährdung sozialpolitischer Gestaltungsspielräume durch die Diskreditierung sozialpolitischer Muster als SED-spezifisch, in: Sozialer Fortschritt, 1/1992, 7.
- 3 Vgl. ebenda, 9ff.
- 4 Vgl. z.B. die Wirtschaftlichkeitsanalyse der Ärztekammer Berlin »Beratung zugelassener ärztlich geleiteter Einrichtungen«, Berlin, o.J. (1992)
- 5 Hansen, E., u.a., Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen der Sozialpolitik, Köln 1981, 177.
- 6 Vgl. Hofemann, K., Reidegeld, R., Ambulante Versorgung an den Grenzen von Finanzierbarkeit. Effizienz und Effektivität. in: WSI-Mitteilungen 11/1986, 741.
- 7 Hansen, E., u.a., ebenda, 182.
- 8 Hansen, E., u.a., ebenda, 184.
- 9 Schönbach, K.-H., Zur Reorganisation von Betriebs-Polikliniken und -Ambulatorien im System der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR, in: Die Betriebskrankenkasse, 7-8/1990, 432.
- Vgl. Sachverständigenrat f
 ür die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1991, 122f.
- 11 Feldmeier-Berens, U., von Stackelberg, J.-M., Grundlagen für den Umbau, in: Die Ortskrankenkasse, 10/1992, 309.
- 12 Vgl. dazu u.a. führende Vertreter der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, z.B. W. Heizer, in: Die Ortskrankenkasse, 10/90, oder K.H. Schönbach, in: Die Betriebskrankenkasse 12/90, ferner Verordnungsentwurf des BMA zum geplanten Gesetz über die Errichtung von Krankenkassen und über das Krankenhauswesen vom Juni 1990.
- 13 Vgl. König, H.J., Sind Polikliniken wirtschaftlich zu gestalten? in: Humanitas, 4/1991.
- 14 Auf die Differenziertheit der ambulanten medizinischen Versorgung in der ehemaligen DDR wird hier nicht n\u00e4her eingegangen. Vgl. dazu: Schr\u00e4der, W.F., Jacobs, K., Zur Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden. Hrsg., Freie und Hansestadt Hamburg, 1991.
- 15 Vgl. Jacobs, K., Schräder, W.F., Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, vervielfältigt, Berlin 1991.
- 16 Frankfurter Rundschau vom 12.10.1992.
- 17 Vgl. Feldmeier-Berens, U., Von Stackelberg, J., Grundlagen für den Umbau, in: Die Ortskrankenkasse, 10/1992, 310.
- 18 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 15.5.1992, 1115f.

Strategische Planung oder ungesteuerte Kettenreaktion?

Zur Erosion der poliklinischen Einrichtungen in Ostdeutschland nach der Vereinigung

Die ambulante ärztliche Versorgung in den fünf neuen Bundesländern (einschl. Ost-Berlin) hat in den vergangenen zwei Jahren einen in hohem Maße dynamischen Wandlungsprozeß mitgemacht: War noch zum Zeitpunkt des Beitritts zur Bundesrepublik die Versorgung zu mehr als 95 % von in Polikliniken, Ambulatorien, (Fach-) Ambulanzen oder staatlichen Arztpraxen als Angestellte beschäftigten Ärzten/Ärztinnen sichergestellt, so stieg seit Jahresbeginn 1991 der Anteil der als niedergelassene Kassenärzte teilnehmenden Mediziner stetig an. Bereits ein Jahr nach Beitritt waren mehr als 60 % der ambulant tätigen Ärzte »freiberufliche« Kassenärzte. Wiederum ein Jahr später ist der Anteil der noch als Angestellte in Einrichtungen beschäftigten Ärzte/Ärztinnen auf unter 15 % gesunken. 1 Der »Transformationsprozeß« kann damit als im wesentlichen abgeschlossen betrachtet werden. Polikliniken spielen faktisch nur noch die Rolle eines »Auffangbeckens« für Ärzte/Ärztinnen, die auf Grund ihres Alters oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen keine Kassenarztpraxis eröffnen können.

Wird nach den Ursachen dieser raschen Transformation gefragt, so werden höchst unterschiedliche Erklärungen angeboten: Einerseits wird der Prozeß einer »dominante(n) Strategie der raschen institutionellen Angleichung an das westdeutsche System« (insbesondere) westdeutscher Akteure zugeschrieben (Offe 1992: 69), also als Resultat zielgerichteten politischen Handelns gedeutet, andererseits wird die These vertreten, er sei »von einer derartigen Eigendynamik (geprägt gewesen; JW), daß staatliches Handeln und staatliche Eingriffe die Entwicklung kaum hätten beeinflussen können« (Landesregierung Sachsen-Anhalt 1992: 3).

Strategische Planung oder ungesteuerter, ja unsteuerbarer eigendynamischer Prozeß? Die Frage kann überhaupt nur deswegen so gestellt werden, weil sich – anders als in den meisten übrigen Rechtsgebieten, in denen bundesdeutsche Institutionen und Strukturen im Vereinigungsprozeß definitiv auf Ostdeutschland erstreckt 40 Jürgen Wasem

wurden – die Vertragsparteien des Einigungsvertrages für einen gesetzlichen Rahmen entschieden, der die potentielle Entwicklung der Strukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung im Beitrittsgebiet a priori noch nicht eindeutig determinierte: Zwar wurde im Einigungsvertrag einerseits die Grundentscheidung getroffen, daß die ambulante Versorgung in Ostdeutschland grundsätzlich nach den »Spielregeln« des Kassenarztrechtes organisiert wird. Entsprechend wurde festgelegt, daß neu zu errichtende Kassenärztliche Vereinigungen² den gesamten Sicherstellungsauftrag übernehmen. Auch wurde explizit formuliert (ohne daß allerdings ein Instrument zur Durchsetzung dieser Vorgabe vorgesehen worden wäre), daß die Niederlassung in freier Praxis mit dem Ziel zu fördern sei, den freiberuflich tätigen Arzt zum maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung zu machen und der Anteil poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung zu verringern sei.

Andererseits wurden vom Einigungsvertrag Polikliniken und ähnliche Einrichtungen bis Ende 1995 grundsätzlich zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen.³ Zulassung zur Versorgung bedeutet hierbei insbesondere, daß der Träger der Einrichtung die erbrachten Leistungen insoweit gegenüber den Krankenkassen abrechnen kann, wie diese zum Leistungsspektrum der GKV gehören. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam mit der KBV bis Ende 1995 eine Treuhandgesellschaft zur Übernahme der Trägerschaft von poliklinischen Einrichtungen betreiben, soweit deren Fortbestand zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Ab 1.1.1996 sind die Einrichtungen immer noch dort zuzulassen, wo sie zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind. Auch wurde festgelegt, daß Vorstände und Vertreterversammlungen der neuen KVen bis 31.12.1995 paritätisch mit niedergelassenen ÄrztInnen und solchen der Einrichtungen zu besetzen sind; ebenso sind die Ärzte/Ärztinnen der Einrichtungen gleichgewichtig mit den niedergelassenen KollegInnen auf der ärztlichen Seite der gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden zu bildenden Zulassungsausschüsse vertreten.

Die skizzierten gesetzlichen Rahmenbedingungen enthalten damit zwar einerseits unzweifelhaft einen »bias« in Richtung Systemwechsel (vgl. dazu auch den Beitrag von Manow-Borgwardt in diesem Band), andererseits wäre jedoch auch eine dauerhafte Dominanz poliklinischer Versorgungsformen ebenso wie ein »Mischsystem« denkbar gewesen. Auch hinsichtlich eines Systemwechsel wäre ein Spektrum unterschiedlicher Dynamiken denkbar gewesen. Warum

sich derjenige Entwicklungspfad durchgesetzt hat, der zumindest im Jahresverlauf 1990 allgemein als am wenigsten wahrscheinlich angesehen wurde, nämlich die extrem rasche Angleichung an die westdeutschen Strukturen, darauf soll im vorliegenden Beitrag eine Antwort versucht werden.

Die Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte in der »Ausgangssituation«

Der »einfachste« Erklärungsansatz für den zu beobachtenden Prozeß wäre sicherlich, daß der massenhafte Übergang in die Niederlassung innerhalb kurzer Zeit den erklärten Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte/Ärztinnen entsprach, diese mit Inkrafttreten des westdeutschen Rechts (und damit der rechtlichen Zulässigkeit der Niederlassung) also das realisierten, was sie »schon immer« wollten. Träfe dieser Erklärungsansatz zu, könnte strategisches Handeln westdeutscher Akteure bei der Erklärung des Prozeßverlaufes unberücksichtigt bleiben.

Teilweise wurden die Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte/Ärztinnen während des Vereinigungsprozesses auch in dieser Weise interpretiert – so schätzte der Hartmannbund (1990) die Zahl der Niederlassungswilligen schon im Februar 1990 »auf mehr als 10000« ein und auch Arnold/Schirmer (1990: 129) nahmen im Frühjahr 1990 an, bei kaum einer anderen Berufsgruppe in der DDR sei der Wunsch nach den westdeutschen Organisationsformen so deutlich geworden wie bei den Ärzten und Ärztinnen.

Im allgemeinen aber kamen Beobachter in der Phase nach der Wende in der DDR zu dem Eindruck, daß die große Mehrheit der (als Angestellte) ambulant tätigen Mediziner zwar etwa mit der Arbeitsbelastung oder dem Anteil administrativer Tätigkeiten an ihrem Zeitbudget unzufrieden war (Wiesenhütter 1991, Harych 1990), jedoch die Ärzte die Versorgung durch Polikliniken einerseits als gesundheitspolitisch sinnvoll bewerteten und andererseits einen Verbleib in diesen Einrichtungen gegenüber einer Niederlassung auch deshalb bevorzugt haben würden, weil sie keine ökonomischen Risiken eingehen wollten oder weil ihre Lebensplanung (z.B. bei Teilzeitbeschäftigten) nicht auf eine Niederlassung ausgerichtet war.⁴ Eine hinreichende Erklärung für das hohe Ausmaß schneller Niederlassungen bieten die »ursprünglichen« Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte und Ärztinnen (vgl. hierzu ausführlicher: Wasem 1992: 17-24) nach der Wende damit sicherlich nicht.

42 Jürgen Wasem

Weichenstellungen durch die Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen

Der Kompetenzzuweisungsstruktur des Selbstverwaltungsmodelles im bundesdeutschen Gesundheitswesen entsprechend, kam den Handlungen der »parastaatlichen« verbandlichen Akteure – also der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen-Spitzenverbänden auf der Bundesebene sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Landesverbänden der Krankenkassen auf der Landesebene – bei der Umsetzung der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages besonderes Gewicht zu.

Dies gilt zunächst für die nähere Ausgestaltung der Modalitäten der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. Hier legten KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen kurz nach dem Beitritt eine »Gemeinsame Empfehlung zur Situation ambulanter Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost« vor (Empfehlung vom 2.11.1990, abgedruckt in: Schönbach [Hrsg.] 1991: 493-497). Darin erklärten beide Seiten u.a., daß sie die Möglichkeit der Gründung einer Treuhandgesellschaft zur vorübergehenden Übernahme von Trägerschaften von Polikliniken und Ambulatorien restriktiv handhaben wollen und im Regelfall nur für Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens und dort auch nur im Falle von Betriebsstillegungen beabsichtigen.

Diese restriktive Politik wurde fortgesetzt in den Ȇbergangsverträgen«, die die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der KBV im Dezember 1990 mit Wirkung zum 1. Januar 1991 schlossen⁵: Darin wurde unter anderem festgelegt, daß die Beschäftigung von Fachärzten in den Einrichtungen über den Personalstand vom 1. Januar 1991 hinaus, sowie ab 1.1.1993 jede Neu- oder Wiederbesetzung einer Facharztstelle der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf, die (nur dann) erteilt werden soll, wenn die Beschäftigung zur ordnungsgemäßen Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Die Vertragsparteien legten auch fest, daß Krankenhausfachambulanzen nicht zu den durch den Einigungsvertrag zugelassenen Einrichtungen gehören.

Der zweite Komplex, hinsichtlich dessen die Selbstverwaltung Spielräume in der Umsetzung des Einigungsvertrags hatte, war der Bereich der Vergütungsvereinbarungen. Durch Verträge zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde – nachdem das vereinbarte Honorar für niedergelassene Kassenärzte

bereits im Oktober bekannt geworden war, während die Vergütungen für Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt noch vergleichsweise »im Dunkeln« blieben - im Dezember 1990 für alle Kassenarten einheitlich die ab 1.1.1991 zu zahlende Vergütung in Ostdeutschland geregelt.6 Für die niedergelassenen Kassen-/Vertragsärzte wurde festgelegt, die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen ohne »Deckelung« mit einem Punktwert von 6,1 Pfennigen zu berechnen. Für die Einrichtungen wurde hingegen vereinbart, die Höhe der Gesamtvergütung nach einer Fallpauschale zu berechnen, in deren Ermittlung die Zusammensetzung der Poliklinik mit Ärzten der verschiedenen Fachgruppen, das relative Fallwertgewicht je Arztgruppe und die durchschnittliche Fallzahl je Arzt einer Arztgruppe in Westdeutschland, ein sog. Ȇberweisungsgewicht«, der durchschnittliche Gesamtfallwert in Westdeutschland und ein dem niedrigeren Grundlohnniveau im Beitrittsgebiet Rechnung tragender »Einigungsvertragsabschlag« (von 50 v.H.) einflossen.

Auf die Vergütungen sollten niedergelassene Ärzte und Einrichtungen Abschlagszahlungen erhalten. Während die Abschlagszahlungen für die niedergelassenen Ärzte durch die KVen organisiert wurden, wurde die KBV mit der Durchführung der Abschlagszahlungen für die Einrichtungen beauftragt. Diese hatte Anfang 1991 erhebliche Probleme die Abschlagszahlungen rechtzeitig abzuwickeln (BerG 1991: 1-2; Hofemann 1991: 670). Vielfach erreichten die Gelder die Einrichtungen bzw. deren Träger erst mit mehrwöchiger Verspätung.

Im Vergleich zu den Gestaltungsmöglichkeiten auf Bundesebene hatten KVen und Landesverbände der Krankenkassen nur vergleichsweise geringe Möglichkeiten, durch Normsetzung oder Verwaltungsakte auf den Transformationsprozeß einzuwirken. Spielräume bestanden hier etwa bei der Art der Beteiligung von Ärzten in Krankenhausfachambulanzen an der Versorgung.⁷ Wichtiger war auf der Landesebene aber die Einflußnahme durch Öffentlichkeitsarbeit. Beratung etc. Hier wirkte sich nun aus, daß zwar (wie skizziert) eine paritätische Besetzung der Organe der KVen mit niedergelassenen Ärzten und Poliklinikern vorgesehen war, diese aber erst ab dem Zeitpunkt gelten sollte, ab dem die KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert waren. Bis zu diesem Zeitpunkt nahmen von niederlassungsinteressierten Ärzten seit dem Frühjahr 1990 in der Rechtsform privatrechtlicher eingetragener Vereine gegründete »Kassenärztliche Vereinigungen e.V.« die Funktionen der KVen wahr. Als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Parität 44 Jürgen Wasem

haben sich die KVen erst zwischen April und Juni 1991 konstituiert. Damit waren die eingetragenen Vereine in den ersten Monaten nach dem Beitritt und dem Inkrafttreten des Einigungsvertrages in der Lage, ohne Berücksichtigung der Interessen der den Verbleib in Polikliniken präferierenden Ärzte zu agieren. Dies dürfte auch die Einflußnahme der westdeutschen Partner-KVen erleichtert haben. Im Vergleich zu den KVen sind die Krankenkassen und ihre Verbände auf Landesebene im Transformationsprozeß nur wenig in Erscheinung getreten – in erster Linie waren sie in dieser Phase mit ihrer eigenen Konstituierung, Organisation ihres Mitgliederbestandes etc. befaßt.

Wie sind die skizzierten Entwicklungen in Bezug auf die in diesem Beitrag untersuchte Fragestellung einzuordnen? Bei den ambulant tätigen Ärzten erweckten die getroffenen Vereinbarungen und die »Begleitmusik« ihrer Implementierung den Eindruck, daß kassenärztliche Organisationen und Krankenkassenverbände entschlossen seien, den Einrichtungen keine Überlebenschancen einzuräumen. Insbesondere die unterschiedliche Vergütung – hier Einzelleistungsvergütung, dort eine Fallpauschale – wurde ebenso wie die »Probleme« mit der Auszahlung der Abschlagszahlungen für die Polikliniken in den Anfangsmonaten von 1990 und 1991 als »Beweis« für eine bewußte Diskriminierung der Polikliniker bewertet (Jacobs/Schräder 1992).8

Dieser Eindruck wurde noch durch den – noch über die restriktive Haltung in der »Gemeinsamen Erklärung« aus dem Herbst 1990 hinausgehenden – vollständigen Verzicht auf die Bildung einer Treuhandgesellschaft für »trägerlos« gewordene Polikliniken verstärkt, so daß ein Verbleib in den Polikliniken auch solchen Ärzten, die gemäß ihrer ursprünglichen Zielsetzungen dort hätten bleiben wollen, als risikobehaftet und die Niederlassung als relativ »attraktiver« erscheinen ließ.

Ob die dargestellten Entscheidungen und Verhaltensweisen der Selbstverwaltungskörperschaften auch faktisch Ergebnis bewußten strategischen Handelns waren, ist im einzelnen naturgemäß schwer zu rekonstruieren. A priori erscheint die Interessenlage von KBV und KVen einerseits und Krankenkassenverbänden andererseits keinesfalls identisch: Während für die KBV, sofern durch eine rapide Reduktion poliklinischer ärztlicher Arbeitsplätze die Versorgung nicht gefährdet wird, ein eindeutiges Interesse an einer raschen Dominanz der Niederlassungen zu konstatieren ist, da Polikliniken eine potentielle »Bedrohung« der freiberuflichen Ausübung des

Arztberufes darstellen, könnten die Krankenkassen hingegen an einem Erhalt des Angebotes durch poliklinische Einrichtungen aus versorgungspolitischen wie ökonomischen Gründen interessiert sein und daher innerhalb des vom Einigungsvertrages gesetzten Rahmens »poliklinikfreundliche« Regelungen zu vereinbaren gesucht haben.

Allerdings kann nicht von einer homogenen Interessenlage der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassenverbände der verschiedenen Kassenarten ausgegangen werden. Wie die Analyse von Manow-Borgwardt in diesem Band zeigt, blockierten sich wechselnde Koalitionen innerhalb der Krankenkassenverbände bereits bei den politischen Beratungen über die zwei Staatsverträge. Insgesamt erscheint daher eine Verhandlungskonstellation nicht unwahrscheinlich, in der der KBV, als einem über eine eindeutige Zielsetzung verfügenden Akteur, Krankenkassen-Vertreter mit widersprüchlichen Prioritäten gegenübersaßen, so daß insgesamt eine »poliklinikfreundliche« Mehrheit eher als unwahrscheinlich angesehen werden muß.

In bezug auf die restriktiven Vereinbarungen zur Zulassung zur Versorgung erscheint es vom Regelungsgehalt her naheliegend, daß diese mit der Absicht verabredet wurden, den Anteil poliklinischer Einrichtungen an der Versorgung zu reduzieren. Dies gilt auch für die Entscheidung, keine Trägergesellschaft für Polikliniken zu gründen (von der ein Teilnehmer an den Verhandlungen zwischen KBV und Spitzenverbänden im Interview mit dem Verfasser bemerkte, sie sei getroffen worden, weil man »den inneren Zerfallsprozeß der Polikliniken nicht hemmen wollte«).

Hinsichtlich der Vergütungsvereinbarung betont die KBV hingegen, daß sie um eine *faire« Regelung bemüht gewesen sei. Die Krankenkassenverbände stellen in den Vordergrund, daß sie bei einer Einzelleistungsvergütung für die Polikliniken die Gefahr medizinisch nicht indizierter Ringüberweisungen der angestellten Ärzte einer Einrichtung gesehen hätten (vgl. hierzu kritisch: Jacobs/Schräder 1992), betonten im übrigen aber ebenfalls, daß sie die Kriterien, nach denen die Fallpauschalen bemessen werden, für sachgerecht halten. Hinsichtlich der *Verzögerungen« bei den Abschlagszahlungen weisen schließlich beide Seiten strategische Absichten weit von sich. Wenn dies so sein sollte, wären die skizzierten Wirkungen der Vergütungsarrangements auf die Bewertungen durch die betroffenen Ärzte als unintendiert, aber – zumindest für einige der Akteure – nicht als kontraintentional zu kategorisieren.

46 Jürgen Wasem

Politikverzicht der Politik?

Als potentiell strategisch handelnde Akteure im Transformationsprozeß nach Inkrafttreten der Regelungen des Einigungsvertrages sind auch die Exekutiven und Legislativen von Bund und Ländern anzusehen: Zumal der Bund könnte auf einer breiten Klaviatur von Instrumenten spielen, die von der Gesetzgebung über die Rechtsaufsicht durch das zuständige Bundesministerium bis zur Formulierung von Vergabebedingungen für Transfers in die neuen Länder reichen. Die Länder verfügen hingegen über keine spezifischen sozialrechtlichen Kompetenzen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung, könnten allerdings aus ihrer allgemeinen Zuständigkeit für das Gesundheitswesen unter Beachtung des Primates bundesrechtlicher Regelungen in die Gestaltung der gesundheitlichen Infrastruktur eingreifen. Auch könnten sie als Kommunalaufsicht auf die Kommunen (als Träger der Polikliniken) einwirken.

Auf Bundesebene sind für die erste Phase nach dem Beitritt Aktivitäten des (seinerzeit noch zuständigen) Bundesarbeitsministeriums in Bezug auf den Transformationsprozeß festzustellen. Das Ministerium hatte in der ersten Jahreshälfte 1990 teilweise »poliklinikfreundlichere« Regelungen propagiert als diejenigen, die schließlich in den Einigungsvertrag Eingang fanden. In den ersten Wochen nach dem Beitritt bemühte sich der BMA, dem Eindruck entgegenzuwirken, die zeitliche Befristung der Zulassung der Polikliniken bis 1995 sei als »Deadline« zu verstehen - vielmehr handele es sich um eine »Prüfperiode«, an deren Ende über die Weiterexistenz wieder verhandelt werden müsse. Zugleich wurde seitens des BMA die Vergütung der Einrichtungen durch Fallpauschalen abgelehnt und der Selbstverwaltung vorgeworfen, die Polikliniker zu lange im Unklaren über die im einzelnen beabsichtigten Regelungen zu lassen. Auch hinsichtlich der Zulassung der Krankenhaus-Fachambulanzen setzte sich der BMA für eine einrichtungsfreundliche Interpretation des Einigungsvertrages ein, und es wurden konzeptionelle Überlegungen für eine Umstrukturierung von Polikliniken in Gesundheitszentren angestellt.

Nach der Regierungsneubildung im Januar 1991 sind vergleichbare Aktivitäten des nunmehr für die GKV zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit nicht mehr festzustellen. Es beschränkte sich vielmehr im wesentlichen darauf, den Bundesländern anzubieten, befristet auf Bundeskosten Personal für die Umstrukturierung von Polikliniken beschäftigen zu können (»Beratungshilfen«) und in

Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung einen »Wegweiser für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen« für infolge des Umbruches arbeitslos gewordene Beschäftigte der Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln (Bundesministerium für Gesundheit 1991). Hinsichtlich der Teilnahme von ambulant tätigen Ärzten aus Krankenhaus-Fachambulanzen spricht sich der BMG für eine Zulassung kirchlicher Krankenhäuser, nicht jedoch für die Zulassung von Krankenhäusern in kommunaler oder anderer öffentlicher Trägerschaft aus.

Ein uneinheitliches Bild bieten die Politiken der Länder. Das eine Extrem stellt hier sicherlich die Position des Landes Thüringen dar: Der dortige Arbeits- und Sozialminister legte den Kommunen in einem Rundschreiben Ende 1990 nahe, den Beschäftigten in poliklinischen Einrichtungen zu kündigen;⁹ im weiteren Verlauf hat Thüringen explizit nicht in den Transformationsprozeß eingegriffen. Auch Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen haben dezidiert keine Aktivitäten entfaltet. Einen Schritt weiter geht Sachsen-Anhalt: Das Land stellte den Kommunen 1991 Zuschüsse für Investitionen insbesondere in die bauliche Infrastruktur der Gebäude, in denen angestellte oder niedergelassene Ärzte beschäftigt sind, zur Verfügung.

Einen »geordneten Wandel« beabsichtigte Brandenburg herbeizuführen. Das Land entwickelte ein Konzept zur Einrichtung von Einrichtungen in sog. »Gesundheitszentren«, in denen niedergelassene und angestellte Ärzte gleichermaßen tätig sein können und jeder Arzt frei entscheiden kann, welchen Rahmen er für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bevorzugt. Diesen Gesundheitszentren wurde in einer Anlaufphase auch eine finanzielle Förderung (primär auf Darlehensbasis) zugebilligt. Noch weiter in dem Bemühen um eine »poliklinikfreundliche« Gestaltung der Rahmenbedingungen ging zunächst das Land Berlin, das für 1991 eine Beschäftigungsgarantie für die Mitarbeiter der Einrichtungen ausgesprochen hatte und mit großer Dynamik Konzepte einer Überführung der Polikliniken in gemeinnützige Trägerschaft entwickelte. Allerdings kehrte sich diese Politik in der zweiten Jahreshälfte 1991 um - seitdem steht die »Abwicklung« der Einrichtungen im Vordergrund der Politik des Landes.

Sind die unterschiedlichen Landespolitiken, wie die These vom »unsteuerbaren eigendynamischen Prozeß« nahelegt, ohne Einfluß geblieben? Werden die Niederlassungsanteile als Maßstab zur Beurteilung genommen, ergibt sich ein widersprüchliches Bild (vgl. ausführlicher: Wasem 1992: 8-13): Einerseits lag die Niederlassungsquote in Berlin zu den verschiedenen Zeitpunkten des Jahres 1991

48 Jürgen Wasem

durchweg spürbar unter der Quote in den anderen Bundesländern, während die Quote in Thüringen besonders hoch war – insoweit haben also die »Beschäftigungsgarantie« hier wie die »Kündigungsempfehlung« dort gewirkt. Andererseits unterscheidet sich der Anteil der Niederlassungen im (aktiven) Brandenburg kaum von dem in den (passiven) Ländern Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen – offenbar hatte die brandenburgische Politik entweder keinen Effekt auf die Niederlassungsintensität, oder ein eventueller Effekt wurde von anderen Faktoren überlagert. Hinsichtlich dieser anderen Faktoren ist insbesondere auf die Träger der Polikliniken, insbesondere also die Kommunen, zu rekurrieren.

Kommunale Finanznot als exogener Steuerungsmechanismus

Einen ganz wesentlichen Einfluß auf den Transformationsprozeß sollten die Kommunen ausüben. Insbesondere in den ersten Monaten nach dem Beitritt sprachen sie in zahlreichen Fällen Kündigungen der Arbeitsverhältnisse ärztlicher wie nicht-ärztlicher Mitarbeiter der Einrichtungen aus, während sie andererseits häufig durch niedrige Mieten bei einer Niederlassung in den Einrichtungen sowie durch günstige (häufig: unentgeltliche) Überlassung der Praxisausstattungen Anreize zur Niederlassung schufen. Auch im Jahresverlauf 1991 sind immer wieder »Kündigungswellen« zu beobachten. Zugleich unterblieb in der großen Mehrzahl der Einrichtungen jegliches investive Engagement der Träger. Diese Maßnahmen betrafen nicht nur die unmittelbar von den Kündigungen betroffenen Ärzte und Ärztinnen, sondern führten auch bei den noch in der Poliklinik beschäftigten Kollegen dazu, daß sie die Sicherheit des Arbeitsplatzes als gefährdet erlebten.

Das Verhalten der Kommunen läßt sich allerdings kaum als strategisches Handeln zur Beseitigung der poliklinischen Versorgungsform kategorisieren. Vielmehr ist es überwiegend als Reflex kommunaler Finanznot zu verstehen (vgl. auch Hofemann 1991): Zum
Jahreswechsel befürchteten viele Kommunen, die von den westdeutschen ärztlichen Standesvertretern regelmäßig als unwirtschaftlich
arbeitend bewerteten Einrichtungen würden durch Defizite zur Erhöhung der ohnehin eklatanten finanziellen Schwierigkeiten beitragen. Auch war häufig unbekannt, welche Kostenträger die weiteren
bis dahin von den Polikliniken wahrgenommenen Aufgaben, die nicht
in das Leistungsspektrum der GKV gehörten, finanzieren würden.
Zu Beginn des Jahres schienen sich die finanziellen Befürchtungen

zudem zu bestätigen: Die Gehälter für die ärztlichen und nichtärztlichen Beschäftigten waren zu zahlen, ohne daß die Abschlagszahlungen der KBV eingetroffen waren. Hinzu kam, daß in Fällen eines abrupten Abgangs von Ärzten in die Niederlassung regelmäßig ein Überhang nicht-ärztlicher Mitarbeiter entstand, der seinerseits nun tatsächlich Finanzierungslücken verursachte (BerG 1991: 2-4). In dieser Situation hatten kommunale Gesundheitspolitiker auch dort, wo sie prinzipiell ein offensives Eintreten für poliklinische Einrichtungen intendierten, kaum Durchsetzungsmöglichkeiten gegenüber den kommunalen Finanzpolitikern.

Ärzte in der »Niederlassungsspirale«

Das bis jetzt entwickelte Szenario zeigt, daß nach dem Beitritt seitens der staatlichen Akteure (Bund, Länder, Kommunen) und der Akteure in den Selbstverwaltungsorganen des Gesundheitswesen in Bezug auf die Poliklinik-Frage unterschiedliche, mehrheitlich allerdings »poliklinik-feindliche« Impulse ausgingen, die teilweise bewußtem strategischen Handeln zuzuschreiben sind, teilweise Reflex gesundheitssystemexogener Faktoren waren. Diese Impulse führten dazu, daß die Nachteile eines Verbleibs in der Poliklinik, insbesondere das hohe Arbeitsplatzrisiko, immer mehr Ärzten bewußt wurden, welche sich daher – trotz anderer »ursprünglicher« Zielvorstellungen – für eine Niederlassung entschieden. 11

Durch den Wechsel von Ärzten, die zunächst beabsichtigt hatten, in der Poliklinik zu verbleiben, wird nun allerdings eine den bisherigen Prozeß verstärkende und beschleunigende Dynamik in Gang gesetzt: Je mehr Ärzte sich in der Niederlassung befinden, um so bedrohter wird der Arbeitsplatz in der Poliklinik (u.a. weil infolge der entstehenden Personalüberhänge im nicht-ärztlichen Bereich die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung beeinträchtigt wird; auch weil die sich niederlassenden Kollegen durch Investition in westdeutsche Medizintechnik u.U. Patienten aus der – nicht investierenden – Poliklinik abziehen können). Also entscheiden sich mehr Ärzte/Ärztinnen für die Niederlassung, was das Risiko für die verbleibenden weiter heraufsetzt und weitere Niederlassungen auslöst¹².

Hätte die »Niederlassungsspirale« von den Ärzten durchbrochen werden können? Eine Chance hätte vielleicht bestanden, wenn kollektives gemeinsames Handeln aller, die »eigentlich« in der Poliklinik bleiben wollten, an die Stelle eines individuellen »Rette sich wer kann!« getreten wäre. Hierzu hätte es jedoch einer intensiven

Vertrauens- und Kooperationsbasis bedurft¹³, an der es jedoch – aus einer Reihe von Gründen – gefehlt hat.

Strategische Planung *oder* ungesteuerte Kettenreaktion? Die Erosion der ostdeutschen Polikliniken ist Ergebnis einer Kumulation von strategischer Planung westdeutscher Akteure, Gesundheitssystem-exogener Einflüsse (nämlich der Finanznot ostdeutscher Kommunen) *und* – von den strategisch Planenden so vermutlich selber nicht antizipiert – eines sich selbst beschleunigenden Diffusionsprozesses¹⁴, der seinen »natürlichen« Gleichgewichtspunkt dort erreicht hat, wo die Niederlassung »objektiv«, insbesondere aus Altersgründen, nicht möglich ist. ¹⁵

Korrespondenzadresse:

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln Lothringer Str. 78 5000 Köln 1

Anmerkungen

- 1 Die Datenlage zu Niederlassungen und Verbleib von Ärzten in Einrichtungen muß insgesamt als unbefriedigend bezeichnet werden. Vgl. zu diesbezüglichen Problemen: Wasem 1992: 10-11.
- 2 In Berlin-Ost war keine neue KV zu errichten; vielmehr erstreckte sich die KV Berlin auf den Ostteil der Stadt.
- 3 Wenn im folgenden von der *kassenärztlichen« Versorgung gesprochen wird, bezieht dies die vertragsärztliche Versorgung bei den Ersatzkassen stets mit ein.
- 4 Vgl. etwa FAZ v. 17.08.1990 sowie zahlreiche Experteninterviews im Rahmen des am MPIfG durchgeführten Forschungsvorhabens zur Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Aufschlußreich hinsichtlich der positiven Bewertung des poliklinischen Systems ist die Tatsache, daß noch Ende 1990, also zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt, 91 % der befragten Ärzte der Auffassung waren, die »organisatorische Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge« sollte als Element des DDR-Gesundheitswesens in ein gesamtdeutsches Gesundheitswesen einfließen. Entsprechend beurteilten 75 % die »Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung« und 82 % die Dispensaire-Versorgung als erhaltenswert alles Elemente, die mit dem Poliklinik-Gedanken auf das engste verknüpft waren.
- 5 Anhang zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Übergangsregelungen für die Anwendung des Vertrages in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, in welchem das SGB V bisher nicht gegolten hat; abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-51 sowie Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag: Übergangsregelungen für die Anwendung des Vertrages in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung

- Berlin, in welchem das SGB V bisher nicht gegolten hat; abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-138.
- 6 Vgl. für die Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen: Gesamt-Rahmenvertrag für die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (v. 14.12.1990; abgedruckt in: Schönbach 1991: 535-574); für den Bereich der Ersatzkassen wurde die Vergütung gem. §8 des Anhang zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag (s.o.) in einer Anlage zu diesem Anhang geregelt (abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 1991: A-138).
- 7 Hier hatten KBV und Krankenkassenverbände sich in einer Vertragsänderung im April 1991 auf eine temporäre Lockerung der zunächst (wie skizziert) sehr restriktiven Politik verständigt. Die Politik der Beteiligten im Zulassungsausschuß auf der Landesebene war allerdings teilweise offenbar weiterhin restriktiv.
- 8 Ob die an der Ermittlung der Fallpauschale geübte Kritik (u.a.: zu geringe Ansetzung der Überweisungsgewichte, höherer *Einigungsvertrags-Abschlag* als bei niedergelassenen Ärzten, Einigungsvertrags-Abschlag auch bei Behandlung von westdeutschen Patienten) tatsächlich gerechtfertigt ist und die Vergütungsregelungen die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen beeinträchtigen, ist eine von der Frage nach der Wirkung auf die Einschätzung der Ärzte/Ärztinnen zu trennende Frage, zu der verallgemeinernde Antworten kaum möglich sind (manche Polikliniken können offensichtlich mit den Fallpauschalen ganz gut leben, während sie dem spezifischen Leistungsspektrum anderer nur unzureichend Rechnung tragen).
- 9 Vgl. Interview mit dem Sozial- und Gesundheitsminister, in: Humanitas, Nr. 3/91: 7
- 10 Einer repräsentativen Befragung ostdeutscher Ärzte aus dem 4. Quartal 1991 zufolge hatten bei denjenigen Ärzten, die zu diesem Zeitpunkt noch als Angestellte in Einrichtungen beschäftigt waren, rd. 2/3 der Träger bislang nicht in die bauliche oder medizinisch-technische Infrastruktur der Einrichtungen investiert (MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB 1992)
- 11 In der Befragung der ostdeutschen Ärzte (MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB 1992) sind die langfristig größere Sicherheit des Arbeitsplatzes und die drohende bzw. bereits ausgesprochene Kündigung die eindeutig dominierenden Gründe für den Gang in die Niederlassung.
- 12 Es liegt also der typische Fall interdependenter Nutzen- und Kostenfunktionen vor, die häufig *spiralenhafte* Prozesse hervorrufen (vgl. Granovetter 1978 sowie Granovetter/Soong 1986).
- 13 In analytischer Perspektive liegt hier die typische Situation eines »Assurance game« vor, bei dem bei fehlender Kooperation für die Beteiligten eine suboptimale Lösung erreicht wird (vgl. Sen 1967 sowie Bates 1984).
- 14 Ein solcher »Diffusionsprozen« unterscheidet sich von typischen »eigendynamischen Prozessen« dadurch, daß bei letzteren die Aktion auf immer dieselben Akteure zurückgeworfen wird, bei ersteren jedoch immer weitere Akteure in die »Spirale« einbezogen werden (vgl. den Versuch einer Typologie bei Mayntz/Nedelmann 1987).
- 15 In der Ärztebefragung Ende 1991 ist »Mein Alter« der alles dominierende Grund derjenigen Ärzte, die an Polikliniken verblieben waren (MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB 1992).

52 Jürgen Wasem

Literaturverzeichnis

Arnold, Michael/Berndt Schirmer, 1990: Gesundheit für ein Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens. Köln

- Bates, Robert H., 1988: Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism. In: Politics and Society 16, 387-401
- BerG [Beratungsdienst Gesundheitszentrum Brandenburg], 1991: Liquiditätsprobleme und »strukturelle« Finanzierungslücken in Kreisen und Gemeinden der neuen Bundesländer als Folge des ungeordneten und häufig überstürzten Wandels in der ambulanten medizinischen Versorgung, vervielf. Ms.: [Potsdam]
- Bundesminister für Gesundheit, 1991: Wegweiser für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich der neuen Bundesländer, vervielf. Ms.:

 Berlin
- Granovetter, Mark, 1978: Threshold Models of Collective Behavior. In: American Journal of Sociology 83, 1420-1443
- Granovetter, Mark/ Roland Soong, 1986: Threshold models of interpersonal effect in consumer demand Journal of Economic Behavior and Organization 7, 83-99
- Hartmannbund: Hartmannbund: Mehr als 10.000 DDR-Ärzte planen freie Niederlassung HB-Informationen Nr. 6/90 vom 7. Februar 1990: Bonn
- Harych, Horst, 1990: Zur Zukunft der Polikliniken und der ambulanten Versorgung in der DDR. In: Wilhelm Thiele (Hrsg.): Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. Sankt Augustin, 99-104
- Hofemann, Klaus, 1991: Polikliniken im Umbruch. Eine empirische Bestandsaufnahme zur Diskussion des Umwandlungsprozesses in Ostdeutschland. In: Die Ortskrankenkasse 73. 669-672
- Jacobs, Klaus/ Wilhelm F. Schräder, 1992: Fallpauschale oder Einzelleistungsvergütung? Zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vergütungsformen in den neuen Bundesländern. IGES-Papier 92-21, Berlin
- Landesregierung Sachsen-Anhalt, 1992: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD betr. die Entwicklung des ambulanten Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt: Magdeburg
- Mayntz, Renate/Birgitta Nedelmann, 1987: Eigendynamische soziale Prozesse: Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 39, 648-668
- MPIFG/ZEG/Infratest Gesundheitsforschung/EFB, 1992: Datensatz Arztbarometer 1991: München
- Offe, Claus, 1992: Die politischen Kosten der Vereinheitlichung des Gesundheitssystems. Winfried Schmähl (Hrsg.): Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung Frankfurt, 59-90
- Schönbach, Karlheinz (Hrsg.), 1991: Das Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfaden mit Textsammlung. Baden-Baden
- Sen, Amartya K., 1967: Isolation Assurance and the Social Rate of Discount. In: Quarterly Journal of Economics 81, 172-224
- Wasem, Jürgen, 1992: Von der -Poliklinik- in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland: Köln
- Wiesenhütter, Peter, 1991: Wandeln sich die Arzt-Patienten-Beziehungen in Ostdeutschland? In: Medizin Mensch Gesellschaft 16, 21-26

Gesundheitszentren im Land Brandenburg

Zur Modernisierung ambulanter Angebotsstrukturen zwei Jahre nach der deutschen Vereinigung

1. Ausgangslage: Pauschale Vorurteile statt differenzierter Analyse

Zu Beginn des deutschen Vereinigungsprozesses herrschte unter allen Fachleuten weitgehend Einigkeit in der Erwartung, daß bei der anstehenden Integration des Gesundheitssystems der DDR mit den größten Anpassungsaufgaben und -problemen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung gerechnet werden müsse, weil sich in diesem Leistungsbereich in 45 Jahren getrennter Entwicklung die tiefgreifendsten Strukturunterschiede zwischen Ost und West herausgebildet hätten – in der Regel festgemacht an der verkürzten Gegenüberstellung von Polikliniken und Ambulatorien mit angestellten Ärzten und »frei« niedergelassenen Ärzten in Einzelpraxen.

Im Rückblick muß bei der Beschreibung der damaligen Ausgangssituation – Grundlage für die Entwicklung einer zielgerichteten Umstrukturierungskonzeption für das ambulante Versorgungssystem in Ostdeutschland – deutlich unterschieden werden zwischen dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen auf der einen Seite und den zahlreichen, bewußt oder unbewußt verbreiteten Vorurteilen und Fehlinformationen auf der anderen Seite. Diese Unterscheidung ist vor allem auch deshalb erforderlich, weil die vielfältigen Vorurteile und Fehleinschätzungen über das ostdeutsche Versorgungssystem den gesetzlich und vertraglich determinierten Umstrukturierungsprozeß mindestens ebenso nachhaltig geprägt haben wie die tatsächlichen Versorgungsstrukturen bzw. die diesbezüglich bestehenden Hauptunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland.

Den westdeutschen Ärzteverbänden und ihren »Sprachrohren« in Politik, Publizistik und Wissenschaft ging es von Beginn an erklärtermaßen darum, das ambulante Versorgungs- und Finanzierungssystem der Bundesrepublik ohne jeglichen Abstrich auf die neuen Länder zu übertragen. Eine unvoreingenommene Bestandsaufnahme der ostdeutschen Versorgungsrealität war dafür nicht nur unnötig, sondern im Zweifel sogar eher hinderlich. Somit wurde die Diskussion schon frühzeitig durch eine Reihe ungeprüfter Halb- und Unwahrheiten über das ostdeutsche Versorgungssystem geprägt,

während die Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen in der alten Bundesrepublik gleichzeitig unkritisch als »bewährt« und in jeder Hinsicht vorbildlich verklärt wurden: »Im Interesse der in der Bundesrepublik bewährten, historisch gewachsenen und der Bevölkerung und den Leistungserbringern gewohnten Strukturen und zur Abwehr einer Systemänderung ist (..) eine klare Politik bei den Polikliniken und Ambulatorien zwingend erforderlich« (Arnold/ Schirmer 1990: 132). »Auf Dauer sollten Polikliniken und Ambulatorien im Interesse der 'Systemklarheit' in Deutschland nicht bestehenbleiben« (ebenda: 131).

Einen auch nur annähernd ebenbürtigen Widerpart zu dieser Position gab es nicht, z.B. zum Erhalt von Versorgungsstrukturen, an die die ostdeutsche Bevölkerung und die dortigen Leistungserbringer gewohnt waren und die von diesen - wie alle entsprechenden Umfragen mit großer Deutlichkeit zeigten (z.B. Kruse/Kruse 1991; Hermann/Meinlschmidt 1991) - keineswegs rundweg als ungeliebte und überholte »sozialistische Reminiszenzen« empfunden wurden. Aber insbesondere auch auf seiten der gesetzlichen Krankenkassen gab es weder einen erkennbaren Versuch, bestimmte Elemente des ostdeutschen Versorgungssystems vor der Zerstörung zu bewahren – gerade auch im Hinblick auf die Möglichkeit ihrer späteren Nutzbarmachung in ganz Deutschland –, noch wurde irgendein Vorbehalt dagegen geäußert, auch solche Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, die im Westen seit langem kritisiert und als dringend reformbedürftig angesehen wurden, unverändert auf Ostdeutschland zu übertragen. Die Chance zu einem Pluralismus unterschiedlicher Angebotsformen, einem »wettbewerblichen Nebeneinander verschiedener Angebote, die ihre Qualität ständig unter Beweis stellen müßten« (Prognos 1990: 105), wurde zugunsten der aus westdeutscher Ärztesicht verständlicherweise bevorzugten »Systemklarheit« überhaupt nicht ernsthaft in Betracht gezogen.

Zwei besonders gern gepflegte Vorurteile gegenüber dem »staatszentralistischen« Versorgungssystem der DDR machten es den Kassen zudem leicht, sich auch im eigenen Interesse bzw. im Interesse ihrer Versicherten von der Vorteilhaftigkeit eines möglichst raschen Systemwechsels in Richtung »bewährter« West-Strukturen überzeugt zu geben: die vermeintliche Unwirtschaftlichkeit sowie das Fehlen konstanter Arzt-Patienten-Beziehungen im ambulanten Versorgungssystem der DDR.

Der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit brauchte offenkundig gar nicht mehr gesondert begründet oder belegt werden, weil hierin ja schließlich ein mitentscheidender Grund für den Zusammenbruch der gesamten DDR lag. Ein Staat mit einem von Grund auf unwirtschaftlichen und unproduktiven Wirtschaftssystem könne wohl schlechterdings - so die in der Regel in Ost und West gleichermaßen bereitwillig akzeptierte Auffassung – auch kein effizientes Gesundheitssystem haben. Diese Ansicht schien insofern durchaus zuzutreffen, als die allenthalben erkennbaren Mangelerscheinungen der DDR-Wirtschaft auch das Gesundheitswesen betrafen, und zwar sogar in ganz besonderem Maße: »Investitionen im Gesundheitswesen konnten nicht zur gesellschaftlichen Wertschöpfung beitragen und standen daher auf der staatlichen Prioritätenlist nicht gerade oben. So war die fortwährende Mangelverwaltung programmiert.« (Apelt 1991: 28) Dennoch besteht natürlich ein gravierender Unterschied - insbesondere für die Beurteilung der ambulanten Versorgungsstrukturen -, ob das System der ambulanten Gesundheitsversorgung unter den Folgen der allgegenwärtigen Mangelwirtschaft zu leiden hatte - wie letztlich ieder Gesellschaftsbereich der DDR oder ob dieses System selbst - auf Grund eigener Strukturschwächen - nennenswerte Ineffizienzen hervorrief.

Der Versuch, diese sehr unterschiedlichen Formen von Unwirtschaftlichkeit auseinanderzuhalten, wurde jedoch kaum ersthaft unternommen. Offenbar war die allgemeine Überzeugung von der Unwirtschaftlichkeit der Polikliniken allenthalben derart verwurzelt, daß der bloße Hinweis auf das zahlenmäßige Verhältnis zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterstellen als ausreichender Beleg für die vermeintlich geringe Produktivität in den Polikliniken zu genügen schien (so z.B. Arnold/Schirmer 1990: 132). Ohne weitere Differenzierung war diese Relation zu Vergleichszwecken jedoch weitgehend unbrauchbar: Zum einen zählten zur Gruppe der nichtärztlichen Mitarbeiter(innen) in den Polikliniken zum Beispiel auch Fürsorgerinnen oder Gesundheitsberater, die gar nicht zur ambulanten ärztlichen Versorgung gerechnet werden konnten; zum anderen gab es in der Regel eine nicht geringe Zahl von Mitarbeitern, die bereits auf den ersten Blick als unmittelbare Folgeerscheinungen der allgemeinen DDR-Mangelwirtschaft zu erkennen waren: zum Beispiel Fahrer, Heitzer, Fahrstuhlführer, aber auch die aus westlicher Sicht vergleichsweise vielen Assistentinnen in den medizintechnisch besonders rückständigen Labor- und Radiologieabteilungen. Der Nachweis einer »systemimmanenten« Unwirtschaftlichkeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung der DDR wurde jedenfalls nirgends geführt - ganz abgesehen davon, daß es mehr als fraglich erscheint, die im Westen dominierende Angebotsform der Einzelpraxis per se schon als einen Garanten für gesamtwirtschaftliche Rationalität und Effizienz anzusehen. Die Feststellung, es gebe keinen Beweis dafür, daß die ambulante Versorgung mit Polikliniken und Ambulatorien effizienter durchgeführt werden könne als mit niedergelassen Ärzten (Arnold/Schirmer 1990: 131), dürfte in umgekehrter Richtung mindestens ebenso zutreffen.

Ähnlich wie mit der angeblichen Unwirtschaftlichkeit verhielt es sich beim Vorwurf der fehlenden Arzt-Patienten-Beziehungen: Die bloße Behauptung paßte augenscheinlich derart gut zur allgemein verbreiteten Vorstellung von unvermeidlicher, weil »systemimmanenter« Unpersönlichkeit und Bürgerferne im DDR-Staat, daß ein Beleg dafür weithin überflüssig erschien. Und genauso wie beim Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit wurde gar nicht erst die Frage aufgeworfen, ob denn in den alten Bundesländern bei den Arzt-Patienten-Beziehungen immer alles zum Besten bestellt sei. Anders jedenfalls läßt sich die Schlußfolgerung, das (angebliche) Fehlen konstanter Arzt-Patienten-Beziehungen in den Polikliniken spreche cher für eine Förderung der privaten Niederlassung (Düllings 1991: 19), kaum nachvollziehen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß ein echtes Interesse an einer differenzierten Bestandsaufnahme des ambulanten Versorgungssytems der DDR nicht bestand. Insbesondere aus westdeutscher Sicht gab es keinerlei Neigung, irgendwelchen Strukturelementen aus dem Osten eine Überlebenschance in einem gesamtdeutschen Gesundheitssystem einzuräumen. Und für die Artikulation eigenständiger ostdeutscher Interessen war im Rahmen der »Beitritts-Verhandlungen« zum Einigungsvertrag von vornherein wenig Platz.

2. Erhaltenswerte Ansätze der Integration und Kooperation im ostdeutschen Versorgungssystem

Worin bestanden denn nun *echte* Strukturunterschiede zwischen den ambulanten Versorgungssystemen in Ost und West? Kennzeichnend für das westdeutsche Gesundheitssytem – und zugleich ursächlich für viele seiner seit langem bekannten, aber ebenso lange ungelösten Probleme – ist die in hohem Maße segregierte Zuständigkeitsverteilung, und zwar sowohl im Hinblick auf die Organisation des Versorgungsgeschehens als auch auf dessen Finanzierung. So wird

z.B. seit Jahren auf die Notwendigkeit einer besseren »Verzahnung« von ambulantem und stationärem Sektor hingewiesen, die jedoch bislang immer wieder an der starren institutionellen Abgrenzung beider Bereiche gescheitert ist; seit Jahren wird eine bessere Kooperation der Ärzte im ambulanten Bereich für erforderlich gehalten, um viele Doppeluntersuchungen und -behandlungen, aber auch zahlreiche Krankenhauseinweisungen vermeiden zu helfen; und seit Jahren ist bekannt, daß die gesonderte Finanzierungsverantwortung für die letztlich immer nur willkürlich unterscheidbaren Aufgaben der kurativen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgung zu einer Vielzahl von negativen Auswirkungen führt, und zwar sowohl im Hinblick auf Angemessenheit und Qualität der Versorgung als auch auf deren gesamtwirtschaftliche Effizienz.

Im deutlichen Unterschied dazu wies das ostdeutsche Gesundheitssystem an vielen Stellen einen weitgehend integrativen Charakter auf, wie sich für den ambulanten Versorgungsbereich gleich in mehrfacher Weise zeigen läßt. So bestanden integrative Strukturansätze u.a.

- innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung durch eine zumindest stellenweise institutionalisierte Kooperation von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete an zentralen Standorten;
- zwischen ärztlicher und nichtärztlicher medizinischer Versorgung im Rahmen integrierter Versorgungseinrichtungen mit einheitlicher Leitung;
- zwischen medizinischer Versorgung, ambulanter Pflege sowie Gesundheits- und Sozialberatung in einheitlicher organisatorischer und Finanzierungsverantwortung;
- im Zusammenwirken von qualifiziertem Fachpersonal unterschiedlicher Gesundheitsberufe zur Schwerpunktversorgung für chronische Krankenheiten («Dispensaire«-Betreuung);
- zwischen den Aufgabenbereichen der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie, etwa bei der gutausgebauten Kinderstomatologie, teilweise auch im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitswesens;
- in einer zumindest stellenweisen Abstimmung von ambulanter und stationärer Versorung, zum Teil institutionalisiert in »Polikliniken am Krankenhaus«.

Aus versorgungsinhaltlicher Sicht war die Vielzahl integrativer Elemente im ostdeutschen Versorgungssystem grundsätzlich positiv zu beurteilen, vor allem vor dem Hintergrund der zahlreichen gegenteiligen Erfahrungen im westdeutschen Versorgungsalltag – dortselbst immer wieder Gegenstand grundlegender Kritik und Anlaß

für die Forderung nach entsprechenden Strukturreformen. Gerade auch aus Sicht der ostdeutschen Ärzte wurden die verschiedenen integrativen Ansätze des poliklinischen Versorgungssystems als Grundlage für die Realisierung von »guter Medizin« und deshalb auch als erhaltenswert in einem gesamtdeutschen Gesundheitswesen eingestuft (Wasem 1992: 95 f).

Aber nicht nur aus versorgungsinhaltlicher, sondern auch aus ökonomischer Sicht bergen kooperative Formen der ambulanten Gesundheitsversorgung gegenüber der »Zwergpraxis« eines einzelnen Arztes eine Reihe von einzelwirtschaftlichen Vorteilen, die z.B. in der gemeinsamen Anschaffung und Nutzung von teuren medizin- und bürotechnischen Geräten, längeren Öffnungszeiten oder gegenseitigen Vertretungen liegen können. Nicht zuletzt aus diesen Gründen hat sich gerade auch in den westlichen Bundesländern der Anteil der ambulant tätigen Ärzte in kooperativen Angebotsformen (Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen) seit Beginn der achtziger Jahre deutlich erhöht und nimmt weiter zu. Sinnvolle Vergütungsregelungen könnten dazu beitragen, daß sich diese Entwicklung nicht nur einzelwirtschaftlich für die beteiligten Ärzte, sondern auch gesamtwirtschaftlich und damit für die Beitragszahler der Krankenkassen lohnt.

Die ambulanten Versorgungsstrukturen der DDR enthielten somit durchaus eine Reihe guter Ansätze für die Entwicklung einer modernen und zukunftsweisenden Gesundheitsversorgung. Deshalb wäre es die folgerichtige gesundheitspolitische Gestaltungsaufgabe gewesen, die bereits bestehenden guten Ansätze zu nutzen und gezielt weiterzuentwickeln, anstatt sie erst vollends zu zerschlagen, um sie dann u.U. zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer gesamtdeutschen Strukturreform in Teilen wieder mühsam aufzubauen. Damit keine Mißverständnisse entstehen: Das Konstatieren guter Ansätze der Integration und Kooperation im ostdeutschen System der ambulanten Gesundheitsversorgung soll keineswegs bedeuten. daß diese Ansätze auch immer in wünschenswertem Ausmaß entwickelt waren; dies war erkennbar nicht der Fall. Es soll auch nicht behauptet werden, daß die Mehrzahl der Probleme im ostdeutschen Gesundheitssytem als Folge der generellen Mißwirtschaft vor allem »von außen« stammte; ohne Zweifel gab es auch eine Vielzahl »interner« Mängel, u.a. als Folge von unzureichend geförderter Eigenverantwortlichkeit der Beschäftigten, des Fehlens von positiven Leistungsanreizen oder eines keineswegs immer »konsumentenorientierten« Umgangs mit den Patienten. Es hätte sich jedoch zumindest

der Versuch gelohnt, diese Mängel gezielt zu beseitigen, anstatt sie lediglich zu ersetzen durch die zahlreichen und u.U. tiefgreifenderen Strukturschwächen des westdeutschen Gesundheitssystems.

3. Konzept und Prozeß des »geordneten Wandels« im Bundesland Brandenburg

Mit Beginn des Jahres 1991 wurde das westdeutsche Gesundheitssystem mit seinen unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Erbringung und Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen auf die neuen Bundesländer übertragen. Dieses bedeutete gegenüber dem vorher gültigen System mit seiner weitgehend integrierten Versorgung und Finanzierung einen gravierenden Einschnitt. Nunmehr waren plötzlich ganz unterschiedliche Kostenträger für die Finanzierung von Leistungen zuständig, die zuvor noch »einheitlich« erbracht worden waren; und ein Großteil der einzelnen Kostenträger - z.B. der Öffentliche Gesundheitsdienst, Berufsgenossenschaften oder Sozialhilfeträger - war den Beteiligten in Ostdeutschland im Hinblick auf ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich weithin unbekannt - manches Mal sogar im Hinblick auf ihre Existenz. Auf die außerordentlich schwierige Aufgabe, sich hierauf von einem auf den anderen Tag einzustellen, wurden die Verantwortlichen in den ostdeutschen Versorgungseinrichtungen fast nirgends ausreichend vorbereitet. Vielfach herrschte sogar Unklarheit darüber, bei wem überhaupt die maßgebliche Verantwortung im erforderlichen Umstrukturierungsprozeß lag.

Träger der ambulanten Gesundheitseinrichtungen – Polikliniken und Ambulatorien – waren in aller Regel die Kreise und kreisfreien Städte – übrigens auch bei den Einrichtungen des Betrieblichen Gesundheitswesens, für die lediglich die Verantwortung für Gebäude und Ausstattung bei den jeweiligen Trägerbetrieben lag. Demzufolge hätten die Kreise und kreisfreien Städte bzw. deren Gesundheitsdezernenten auch die Hauptakteure im Umstrukturierungsprozeß sein müssen, doch stellten die damit verbundenen Aufgaben fast durchgängig eine klare Überforderung der zumeist unerfahrenen Kommunalpolitiker dar. Dies galt im Bereich der Gesundheitsversorgung in ganz besonderem Ausmaß, weil hier die sonst vielfach unverzichtbare Unterstützung von westdeutscher Seite weitgehend ausblieb, und zwar sowohl von seiten der kommunalen Spitzenverbände als auch durch einzelne Kommunalbeamte aus den alten Ländern, wo die Kommunen allein für den Bereich des Öffentlichen

Gesundheitsdienstes, aber nicht für die Organisation der gesamten amulanten Gesundheitsversorgung verantwortlich sind.

Aktiv waren vor allem einzelne Ärzte in den ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die für sich individuelle Niederlassungsentscheidungen trafen (vgl. dazu auch Wasem in diesem Band), und zwar vielfach »über Nacht«, d.h. unter Mißachtung aller Kündigungsfristen und arbeitsrechtlichen Verpflichtungen. Dieses Verhalten wurde zumeist überhaupt nicht als rechtlich problematisch empfunden, enthielt doch der Einigungsvertrag explizit eine Zielstellung, die am beruflichen Status der einzelnen Ärzte orientiert war: »Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird.« (§311 Abs. 10 SGB V).

Durch die unkoordinierte und vielfach überstürzte Niederlassungswelle, die im Prinzip inkompatibel war zu dem »eigentlich« erforderlichen Umstrukturierungsprozeß aus der Perspektive der bestehenden Versorgungseinrichtungen – hier wäre die Frage nach der beruflichen Stellung einzelner Beschäftigter bestenfalls sekundär gewesen –, kam es in der ambulanten Gesundheitsversorgung der neuen Länder unter vielen der unmittelbar Beteiligten zu erheblichen Verunsicherungen:

- unter zahlreichen, häufig älteren Ärztinnen und Ärzten, die dem Schritt in die Selbständigkeit eher zurückhaltend gegenüberstanden (häufig auch weil sie angesichts ihres Alters gar keine Kredite mehr von den Banken erhielten, um sich selbständig machen zu können);
- unter dem nichtärztlichen Personal, das von den sich niederlassenden Ärzten häufig nicht »mitgenommen« wurde (das hierdurch zwangsläufig wachsende Zahlenverhältnis zwischen nichtärztlichen und ärztlichen Beschäftigten in den »Restpolikliniken« wurde natürlich sofort als Indiz für deren vermeintliche Unwirtschaftlichkeit herausgestellt);
- unter den zuständigen Kommunalpolitikern, denen von interessierter Seite ständig eingeredet wurde, sich am besten so schnell wie möglich von den Polikliniken und Ambulatorien zu trennen, damit diese »unwirtschaflichen Gebilde« nicht zu einer unvertretbaren Belastung für die ohnehin knappen Kommunalhaushalte würden (und schließlich würden sich westdeutschen Kommunen ja auch nicht in die Belange der ambulanten ärztlichen Versorgung »einmischen«);
- und nicht zuletzt unter den Bürgern/Patienten, bei denen mit den

Polikliniken nicht nur ein weiterer, überwiegend positiv empfundener Teil ihres vertrauten Alltagslebens zu verschwinden drohte, sondern die sogar oft zunächst gar nicht wußten, ob sie Leistungen in den Polikliniken überhaupt noch kostenfrei in Anspruch nehmen konnten; der Fortbestand längjähriger Arzt-Patienten-Beziehungen, die entgegen vielen pauschalen Vorturteilen durchaus bestanden – im dünnbesiedelten Brandenburg bei insgesamt eher geringen Arztzahlen fast schon zwangsläufig –, drohten ausgerechnet in einer Zeit in Gefahr zu geraten, die nach dem Abflauen der ersten »Vereinigungseuphorie« in nahezu allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen durch erhebliche Unsicherheiten gekennzeichnet war.

Angesichts dieser großen Verunsicherungen, die eine Gefährdung der ambulanten Gesundheitsversorgung darstellten, sah sich die Landesregierung von Brandenburg – als einzige in den neuen Bundesländern – Anfang 1991 zum Handeln verpflichtet, um den teilweise chaotischen Erosionsprozeß in den poliklinischen Einrichtungen zu bremsen bzw. in geordnetere Bahnen zu lenken. Es entstand die Formel vom "geordneten Wandel« mit den übergeordneten Zielstellungen der ungefährdeten Versorgungssicherheit, der Schaffung von dauerhaft wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen, der Pluralität von unterschiedlicher Angebotsformen mit möglichst unverzerrten Wettbewerbsbedingungen und des möglichst weitreichenden Erhalts von positiven Ansätzen der Integration und Kooperation in der ambulanten Versorgung innerhalb von bürgernahen und patientengerechten Angebotsagglomerationen.

Vor dem Hintergrund einer empirischen Untersuchung der ambulanten Versorgungsstrukturen in der Region Dresden (Schräder/Jacobs 1991), deren zentrale Ergebnisse im Land Brandenburg grundsätzlich bestätigt wurden und die dem bestehenden Versorgungssystem – im deutlichen Widerspruch zu vielen undiffenzierten und erkennbar interessengeleiteten Vorurteilen – grundsätzlich positive Entwicklungsmöglichkeiten zubilligten, wurde ein pragmatisches Umstrukturierungskonzept entwickelt (Jacobs/Schräder 1991). Dieses Konzept setzte unmittelbar an den bestehenden Einrichtungen an, und zwar zunächst weitgehend unabhängig von der Frage der beruflichen Stellung einzelner Ärzte. Der eigens im Gesundheitsministerium eingerichtete »Beratungsdienst Gesundheitszentren Brandenburg (BerG)« wandte sich deshalb folgerichtig an die Träger der bestehenden Einrichtungen, um diese bei der praktischen Umsetzung des Umstrukturierungskonzeptes zu unterstützen.

Für das Umstrukturierungskonzept war vor allem der Gedanke leitend, daß die Schaffung von dauerhaft wirtschaftlichen Strukturen in den zu bildenden Nachfolgeeinrichtungen der Polikliniken und Ambulatorien deren möglichst rasche Herauslösung aus den Kommunalhaushalten erforderte, u.a. um sicherzustellen, daß erforderliche Modernisierungs- und Instandsetzunginvestitionen unverzüglich erfolgen konnten. Das Konzept sah deshalb vor, zur eigenständigen Wahrnehmung aller gebäudewirtschaftlichen Aufgaben sowie zu allen weiteren Aufgaben der Standortentwicklung eine Gesundheitszentrums-Gesellschaft zu gründen. Niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte aus der ehemaligen Poliklinik sollten grundsätzlich die Möglichkeit erhalten, als Mieter im neugegründeten Gesundheitszentrum zu verbleiben, genauso wie z.B. verschiedene gesundheitliche Beratungsdienste - jetzt in der Zuständigkeit der neugeschaffenen Gesundheitsämter -, eine Apotheke, eine Sozialstation, Geschäftsstellen von Krankenkassen oder weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Für den Fall, daß einzelne Ärzte auch weiterhin lieber im Angestelltenverhältnis tätig sein wollten - irgendeine Bevormundung bei dieser Entscheidung sollte es in keiner Richtung geben -, sollte durch die Kommune - u.U. auch durch einen freigemeinnützigen Träger oder in gemischter kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft - eine zweite Gesellschaft gegründet werden, die als gemeinnützige »Medizinische Einrichtungs-Gesellschaft« die unmittelbare Rechtsnachfolge der früheren Poliklinik antrat und damit zugleich deren im Einigungsvertrag erteilte Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung übernahm. Auch diese Gesellschaft sollte Mieter im neuen Gesundheitszentrum werden. Voraussetzung für ihre Gründung war eine positive Wirtschaftlichkeitsprognose für jede einzelne ärztliche Abteilung, um die Notwendigkeit einer Subventionierung von unwirtschaftlichen Leistungseinheiten durch Steuermittel von vornherein auszuschalten und um ein klares Signal zu geben: keine Abwicklung von überkommenen, sondern Entwicklung von modernen und leistungsfähigen Versorgungsstrukturen.

Das hier in seinen Grundzügen skizzierte »Brandenburg-Modell« der Umstrukturierung hat sich im Rückblick als erfolgreich erwiesen. Wenn sich der Prozeß der Umstrukturierung dennoch vielfach als ausgesprochen holprig erwies und auch nicht in jedem Fall zu einem positiven Abschluß im Sinne des »reinen Modells« führte, steht dies zu dieser grundsätzlich positiven Einschätzung keineswegs im Widerspruch. Für manche ehemalige Poliklinik kam das

Konzept der Umstrukturierung und die praktische Hilfestellung der Landesregierung zu spät, weil der Erosionsprozeß bereits zu weit fortgeschritten war. Aber auch dort, wo dies im Frühjahr und Sommer 1991 noch nicht der Fall war, gestaltete sich die praktische Umsetzung des Umstrukturierungskonzepts in vielen Fällen ausgesprochen schwierig. Die teilweise massive »Gegenpropaganda«, die vor allem von seiten der ärztlichen Standespolitik entfacht wurde, führte immer wieder zu erheblichen Verunsicherungen bei den vielfach überforderten Akteuren vor Ort. Insbesondere der Hinweis auf den vermeintlichen »Endtermin« für ambulante Versorgungseinrichtungen mit angestellten Ärzten - die kraft Einigungsvertrag bis zum 31.12.1995 erteilte Zulassung der Einrichtungen zur kassenärztlichen Versorgung wurde entgegen der Absicht des Gesetzgebers als grundsätzlich befristet interpretiert - ließ die Zukunft dieser Einrichtungen immer wieder fraglich erscheinen. Wäre die jetzt im Gesundheitsstrukturgesetz vorgenommene Streichung dieser Frist bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt, hätte manch gezielter »Störaktion« durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Boden entzogen werden können.

Aber nicht nur »Stimmungsmache«, sondern auch objektive Benachteiligungen standen der erfolgreichen Umsetzung des Brandenburger Umstrukturierungskonzeptes teilweise hinderlich im Weg. Dazu muß vor allem das Nebeneinander von unterschiedlichen Vergütungsregelungen für selbständig tätige Ärzte bzw. für Versorgungseinrichtungen mit angestellten Ärzten gezählt werden. Hier kann insbesondere den Krankenkassen nicht der Vorwurf erspart werden, entgegen vielen wohlklingenden Absichtserklärungen in Untätigkeit verharrt geblieben zu sein und das Ende hoffnungsvoller Strukturansätze billigend in Kauf genommen zu haben. Daß die undifferenzierte Behandlungsfallpauschale für ambulante Versorgungseinrichtungen - im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung für selbständig tätige Ärzte -, Ende 1992 noch weitgehend unverändert in derselben Form angewandt wurde, wie sie 1991 auf der Basis eines im Eilverfahren gegen Ende 1990 durchgeführten und in mehrfacher Hinsicht problematischen Gutachtens eingeführt worden war, entspricht jedenfalls in keiner Weise dem Anspruch der Krankenkassen, als moderne Dienstleistungsunternehmen zuallererst im Interesse ihrer Mitglieder zu handeln.

4. Der Entwicklungsstand nach zwei Jahren deutscher Einheit und Perspektiven für die Zukunft

Trotz aller zahlreichen und vielfältigen Probleme kann sich das Zwischenfazit über den erfolgten Prozeß der Umstrukturierung rund zwei Jahre nach dem Ende der DDR sehen lassen: Im Land Brandenburg sind durch den »geordneten Wandel« rund 30 Gesundheitszentren unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung entstanden, überwiegend in kommunaler, zum Teil auch in freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. MASGF 1992). Im deutlichen Unterschied zu manchen ehemaligen Polikliniken, die auch in anderen neuen Ländern noch existieren, gilt für alle diese Gesundheitszentren, daß sie von ihrer Gesamtperspektive her als eindeutig zukunftsorientiert gelten können. Überall sind bereits zahlreiche positive Veränderungen erfolgt, die von baulichen Investitionen über eine Erhöhung der Standortattraktivität durch die Ansiedlung weiterer Anbieter bis zur Schaffung effizienter interner Verwaltungsstrukturen reichen. Die eingetretenen Veränderungen strahlen gleichermaßen positiv auf die Beschäftigten wie auf die Bürger/ Patienten aus. Die Gesundheitszentren stellen mit teilweise mehreren hundert Arbeitsplätzen im eher ländlich strukturierten Flächenstaat Brandenburg mittlerweile stabile Wirtschaftsfaktoren dar. Gleichzeitig bedeuten sie in einer Zeit der allgemeinen Ungewißheit über die wirtschaftliche Zukunft einen positiven Identifikationsfaktor für die Kommunen und ihre Einwohner, der weit über den Gesundheitsbereich hinausreicht.

Die erheblichen organisatorischen Aufgaben, die sich im Rahmen des hier lediglich grob skizzierten Umstrukturierungsprozesses in großer Zahl stellten – auf viele keineswegs kleine »Randprobleme« konnte hier überhaupt nicht eingegangen werden, wie z.B. die zwar gesetzlich eindeutig geregelte, praktisch aber dennoch oft strittige Frage der Eigentumsübertragung von Gebäuden des Betrieblichen Gesundheitswesens in das Kommunalvermögen –, ließen viele versorgungsinhaltliche Fragen zunächst häufig in den Hintergrund treten. Meist mußten die inhaltlichen Aspekte der Umstrukturierung zunächst auf die eher plakative Forderung beschränkt bleiben, die in den Polikliniken/Gesundheitszentren noch bestehenden positiven Ansätze zur Integration und Kooperation im Interesse einer ganzheitlichen medizinischen und sozialen Betreuung der Bevölkerung zu erhalten und gezielt weiterzuentwickeln. Diese Phase ist jedoch mittlerweile vorbei: Im selben Maße, in dem die entstandenen

Gesundheitszentren an innerer und äußerer Stabilität gewinnen, können auch Fragen einer gezielten Verbesserung der Versorgungsqualität und damit der Nutzung der erhaltenen Integrationsansätze angegangen werden. Auch hierzu leistet die Brandenburger Landesregierung Unterstützung.

Grundsätzlich gilt, daß die Gesundheitszentren durch ihr unterschiedlich breites Angebot an ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen der Gesundheitsversorgung günstige Anknüpfungspunkte für die Entwicklung von weitergehenden Versorgungskonzepten bieten, z.B. zur Entwicklung koordinierter Versorgungsangebote für chronisch Kranke als einer qualifizierten Fortführung und Weiterentwicklung der früheren Dispensaire-Betreuung zu einem flächendeckenden System der ambulanten Rehabilitation. Damit werden Voraussetzungen geschaffen, um die Versorgung von chronisch Kranken, z.B. von Diabetes- oder Rheumakranken, in Form einer rehabilitativ orientierten Langzeitbetreuung zu sichern, die modernen wissenschaftlichen Anforderungen gerecht wird. Allein hierdurch werden Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitszentren aufgezeigt, die weit über Brandenburg hinaus richtungsweisend sein können.

Dringend erforderlich für die Fortführung und Erweiterung der bereits bestehenden und zur Zeit zum Teil noch durch Landesmittel geförderten kooperativen Versorgungsangebote ist die Schaffung geeigneter Vergütungsformen, die keine Benachteiligung dieser zukunftsweisenden Ansätze, sondern ihre gezielte Förderung enthalten. Nicht zuletzt mit dem Ziel, entsprechende Initiativen zu bündeln und zu unterstützen, wurde im Frühjahr 1992 der »Verband der Gesundheitszentren (VdGZ)« mit Sitz in Potsdam gegründet, dessen Aktivitäten jedoch nicht auf das Land Brandenburg und die dortigen Gesundheitszentren beschränkt bleiben sollen, sondern die Einbeziehung aller Formen kooperativer ambulanter Versorgung - kooperative Ärztehäuser, Praxisgemeinschaften, gebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen usw. - in ganz Deutschland vorsieht. In diesem Sinne besteht durchaus die begründete Hoffnung, daß die in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach weiterhin erforderlichen Strukturanpassungen im System der ambulanten Gesundheitsversorgung spürbare positive Impulse aus den neuen Bundesländern erhalten können.

Korrespondenzadresse: Klaus Jacobs, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung Otto-Suhr-Alleee 18-20, 1000 Berlin 10

Literaturverzeichnis

- Apelt, P., 1991: Gleichheit und Ungleichheit im Gesundheitswesen der DDR. In: Medizin Mensch Gesellschaft 16, 1: 27-33
- Arnold, M., und B. Schirmer, 1990: Gesundheit für ein Deutschland, Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens, Köln
- Düllings, J., 1991: Staatsdominanz und ihre Folgen für die Entwicklung der ambulanten Versorgung Ostdeutschlands. In: Medizin Mensch Gesellschaft 16, 1: 13-20
- Hermann, S., und G. Meinlschmidt, 1991: Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik, Gesundheitsbarometer 1, hrsg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin
- Jacobs, K., und W.F. Schräder, 1991: Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum.
 Geordneter Wandel in der ambulanten medizinischen Versorgung: Das
 Brandenburg-Modell« der Umstrukturierung. In: Arbeit und Sozialpolitik 45,
 5-6: 4-13
- Kruse, U., und S. Kruse, 1991: Geborgenheit des Sozialismus wird nicht vermißt. In: Arbeit und Sozialpolitik 45, 3-4: 10-15
- MASGF Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1992) Gesundheitszentren mit Zukunft: Das »Modell Brandenburg« für eine moderne ambulante Versorgung, Potsdam
- Prognos, 1990: Bewertende Beschreibung des Gesundheitswesens der DDR, im Auftrag des Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Köln
- Schräder, W.F., und K. Jacobs, 1991: Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden, hrsg. von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg
- Wasem, J., 1992: Niederlassung oder »Poliklinik« Zur Entscheidungssituation der ambulant tätigen Ärzte im Beitrittsgebiet. In: Oberender, P. (Hrsg.) Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge 14, Baden-Baden: 81-134

Prävention und Markterschließung

Michael Berger

Die Cholesterin-Kontroverse in der Primär-Prävention der koronaren Herzkrankheit

Gestützt auf große epidemiologische Erhebungen, wie die Seven-Countries-Study (Keys 1970, 1980) und die prospektive Framingham Studie (Dawber 1980) sind Konzepte zur primären Prävention der koronaren Herzkrankheit durch die Senkung des Serum-Cholesterin-Spiegels in der Bevölkerung entwickelt worden – in einem Kontext, der später als Risikofaktoren-Medizin zu einem unbestritten innovativen Ansatz der modernen Medizin geworden ist. Das »Diät-Hypercholesterinaemie-Koronare Herzkrankheit« – Konzept, wie es primär aus diesen beiden epidemiologischen Studien (Dawber 1980; Keys 1980) abgeleitet wird, ist zum Hauptargument der Befürworter einer primären Prävention der koronaren Herzkrankheit durch eine Senkung des Serum-Cholesterin-Spiegels geworden.

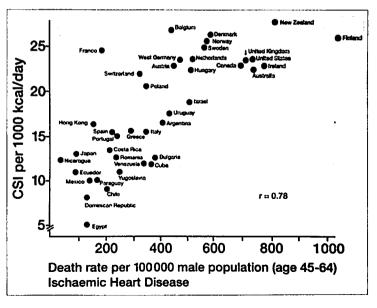
In jüngster Zeit ist auf einer Reihe von »Konsensus-Konferenzen« und in Empfehlungen nationaler und internationaler (Fach-)Gesellschaften die Forderung nach einer flächendeckenden Untersuchung und Behandlung der Bevölkerung (»Bevölkerungs-Screening und -Intervention«) gestellt worden mit dem Ziel, den Serum-Cholesterin-Spiegel auf der Populationsebene zu reduzieren und so zu versuchen, das Auftreten der koronaren Herzkrankheit und damit die cardiovaskuläre Morbidität und Mortalität in unseren Bevölkerungen zu verringern (Gutzwiller 1989; Study Group, European Athersoclerosis Society 1987 und 1988; The Expert Panel 1987; Thompson 1991). In Übereinstimmung mit dem »European Consensus Statement« der Europäischen Atherosklerose Gesellschaft (Study Group, European Atherosclerosis Society 1987 und 1988) hat sich in Deutschland eine »Nationale Cholesterin Initiative« (Assmann et al. 1990) mit der Forderung zu Wort gemeldet, einen Serum-Cholesterin-Spiegel von 200 mg % oder weniger für die gesamte Bevölkerung anzustreben. Als Konsequenz würde diese Vorgabe für mehr als 80 % aller Deutschen im Alter von über 40 Jahren bedeuten, daß ihr Serum-Cholesterin-Spiegel als pathologisch überhöht anzusehen und folglich therapeutisch zu senken ist. Auf Grund dieser Forderung wären knapp drei Viertel der Erwachsenen Deutschlands zu behandeln und würden damit zu Dauer-Patienten unseres Gesundheitssystems - eine Vorstellung, die zugegebenermaßen allerhand an Perspektiven eröffnet. Dieser radikale Weg einer ungezielten öffentlichen Gesundheitsvorsorge-Maßnahme, der eine präventivmedizinische Intervention für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung fordert, stößt bei einigen Experten auf ziemlich enthusiastische Zustimmung (Keil 1990; Schettler 1991), bei anderen jedoch auf Skepsis, Kritik und Widerstand (Berger 1991; Berger 1992; Oliver 1991; Skrabanek & McCormick 1989; Werkö 1987). Es muß jedoch daran erinnert werden, daß das »Diät-Hypercholesterinaemie-Koronare Herzkrankheit«-Konzept niemals einmütig akzeptiert worden ist, sondern vielmehr schon von Beginn an im Zentrum bitterer Kontroversen stand (Mann 1977; Berger et al. 1980). Im folgenden werde ich versuchen, einige Probleme darzulegen, die mit der Methodik und Interpretation relevanter Prototyp-Studien verbunden sind, welche oft im Zusammenhang mit dem Cholesterin-(Non-)Konsensus zitiert werden und mit denen der Kausalzusammenhang zwischen (den Ernährungsgewohnheiten und) dem Serum-Cholesterin und der Entstehung und der Progression der koronaren Herzkrankheit belegt werden soll.

Deskriptive Assoziationen.

Zunächst gibt es eine voluminöse Beweisführung, die sich auf die Beschreibung deskriptiver Assoziationen zwischen bestimmten Parametern und auch menschlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen einerseits und dem Auftreten von bestimmten Krankheiten. wie z.B. der koronaren Herzkrankheit, stützt. Skrabanek und McCormick (1989) haben uns gezeigt, daß - gestützt auf diese Art von Beweisführung - mehrere hundert »Risikofaktoren« für die koronare Herzkrankheit in der Literatur propagiert worden sind. In einem neuerlichen Aufsatz hat uns P. Skrabanek (1992) in tiefsinniger Analyse gezeigt, wie man sich über eine Epidemiologie, die sich auf einem derartig oberflächlichen Niveau bewegt, amüsieren kann, ja wie man sich über sie lustig machen muß! Doch die seriösen Autoren erkennen sicherlich an, daß man auf der Basis deskriptiver Querschnitts-Studien lediglich Sreening-Tests für Zusammenhänge oder Zuordnungen zwischen bestimmten Anzeichen und Indikatoren (»Risiko-Marker«) und der wahrscheinlichen Entwicklung von Krankheiten, in diesem Fall der koronaren Herzkrankheit, benennen kann – daß man aber auf diese Weise niemals kausale Zusammenhänge im Sinne des Risikofaktoren-Konzepts aufdecken kann. Nichtsdestoweniger werden medizinische Zeitschriften, insbesondere die medizin-journalistisch geprägte Fach-Tagespresse in Deutschland (die sogenannten »tabloids«), und sogar medizinisches Denken und Argumentieren zunehmend von der Tendenz durchdrungen, die Beschreibung solcher Assoziationen als den Beweis von Kausal-Zusammenhängen und damit als Rechtfertigung, ja als Indikation, für eine Intervention anzuerkennen.

So stellen auch eindrucksvoll global aufgemachte Darstellungen (Connor et al. 1986) von Beziehungen zwischen Ernährungswohnheiten und der cardiovaskulären Mortalität wenig hilfreiche Informationen dar (Abbildung 1), solange die enormen Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den einzelnen Populationen unberücksichtigt bleiben. Vergleicht man allerdings in dieser Darstellung zwei Länder mit ziemlich identischer Lebenserwartung, i.e. Finnland

Abbildung 1: Beziehung zwischen dem Cholesterin/Gesättigter Fett-Index (CSI-Index) der Ernährung und der Mortalität pro 100000 Personen an koronarer Herzkrankheit in der männlichen Bevölkerung im Alter von 55 bis 64 Jahren im Jahr 1977 in 40 Ländern; nach Connor SL et al. 1986



und Frankreich, so fällt immerhin auf, daß der offenbar enorme Unterschied im Fett- und Cholesterin-Konsum ohne Konsequenzen für die cardiovaskuläre Mortalität bleibt!

Derartige Fehl-Interpretationen stellen einen schlechten Dienst an hervorragenden Epidemiologen, wie A. Keys (1970, 1980) dar, die die ersten waren, die Assoziationen zwischen den Durchschnittswerten für den Konsum an gesättigten Fetten, Serum-Cholesterin-Spiegeln und koronarer Morbidität und Mortalität in einer größeren Anzahl von definierten Populationen in mehreren Ländern beschrieben haben. Die Tatsache, daß solche deskriptiven Assoziationen (positiv oder negativ) mit der koronaren Herzkrankheit auch für eine Unzahl anderer Eigenschaften und Gewohnheiten der Bevölkerung wie den Zucker-Konsum (positiv; Yudkin 1967), Knoblauchund Wein-Konsum (beide negativ; Leger et al. 1979; Renaud & De Lorgerie 1992), oder das Trinken fetter Milch (negativ!; Shaper et al. 1991) beschrieben worden sind, unterstreicht, daß kausale Zusammenhänge durch solche Erhebungs-Methoden niemals entdeckt oder nachgewiesen werden können. Diese Methoden sind bestenfalls im Rahmen von Suchtests (z.B. als screening-Verfahren auf der ersten Stufe der Abklärung der enormen Unterschiede in der Prävalenz koronarer Herzkrankheiten zwischen nord- und süd-europäischen Ländern) zu gebrauchen. Das intellektuelle Niveau, derartige deskriptive Assoziationen als Nachweis für kausale Zusammenhänge heranzuziehen, erinnert an die Großmütter früherer Zeiten, die die Hypothese, daß der Storch die kleinen Kinder bringe, mit der direkten Assoziation zwischen der Abnahme der Storchen-Population und der Geburtenrate in Mitteleuropa im Laufe dieses Jahrhunderts zu begründen suchten. - Für die Planung und Rechtfertigung praeventiv-medizinischer Strategien und Interventionen ist diese an sich banale Methoden-Kritik an der gängigen Über-Interpretation deskriptiver Assoziationen von großer Bedeutung. Ich habe mir angewöhnt, in Vorträgen und Vorlesungen meine Zuhörer vor dieser ins Kraut schießenden Unart, deskriptive Assoziationen mit Kausalzusammenhängen zu verwechseln, dadurch zu warnen, daß ich diese Art von Über-Interpretation als »Storch-Wissenschaft« bezeichne. Ich fordere die Kollegen dazu auf, in den ihnen zugehenden medizinischen Zeitschriften »Storch-Arbeiten« und »Storch-Professoren« zu identifizieren (was in den tabloids besondere Freude macht, da die Autoren der Artikel meist mit Porträt-Photo abgebildet werden), um die Schlußfolgerungen aus derartigen Publikationen oder Kongreß-Berichten nur ia nicht ernst zu nehmen.

Prospektive Kohorten-Studien.

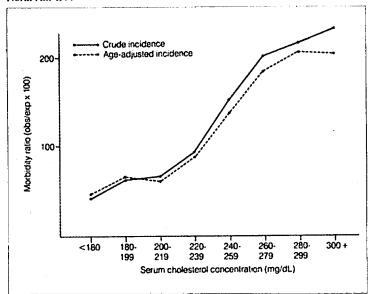
Die zweite Ebene der Beweisführung, mit der das »Diät-Hypercholesterinaemie-Koronare-Herzkrankheit«-Konzept untermauert werden soll, basiert auf prospektiven Kohorten-Studien ursprünglich gesunder Individuen, die über Jahre und Jahrzehnte anhand von systematischen Erfassungs- und Untersuchungs-Methoden verfolgt werden. Der Prototyp und sozusagen der »Gold-Standard« solcher Studien ist die Framingham-Studie (Dawber 1980). Derartige Studien erfordern einen enormen Aufwand in der Planung, Durchführung und Auswertung; die Aussagekraft ihrer Ergebnisse kann sehr bedeutungsvoll sein und hat der Medizin der Gegenwart wichtige Erkenntnisse und Impulse gegeben. Es besteht kein Zweifel daran, daß die Hypercholesterinaemie auf der Grundlage der Ergebnisse der Framingham Studie (Dawber 1980; Anderson et al. 1987) und einiger anderer prospektiver Kohorten-Studien als ein Risiko-Indikator (Risiko-Marker) für ein erhöhtes Risiko, in der Zukunft eine koronare Herzkrankheit zu entwickeln, identifiziert worden ist (Abbildung 2).

Eine ähnlich enge Beziehung kann zumindest für bestimmte Segmente der Bevölkerung auch für die Beziehung zwischen Serum-Cholesterin und kardiovaskulärer Mortalität und Gesamt-Mortalität nachgewiesen werden. Hier ist allerdings auf Grund neuester Befunde ein wichtiges caveat zu beachten; so stellt sich dar, daß die Beziehung des Serum-Cholesterin-Spiegels zur Gesamt-Mortalität durchaus einer sog. U-shaped Kurve folgt (Abbildung 3), d.h. daß ausgehend von einem »optimalen« oder »idealen« Cholesterin-Spiegel auch bei niedrigerem Serum-Cholesterin mit einem signifikanten Anstieg der Sterblichkeit zu rechnen ist (Frank et al. 1992). - Auf der anderen Seite muß man festhalten, daß die lineare Erhöhung von Morbiditäts- und Mortalitäts-Risiken mit dem Serum-Cholesterin-Spiegel oberhalb eines bestimmten Optimal-Bereiches nicht für ältere Bevölkerungs-Gruppen nachgewiesen worden ist. Gestützt auf die Daten der Dreißig-Jahre-Nachuntersuchung der Framingham-Studie haben Anderson und Mitarbeiter (1987) gefolgert, daß jenseits des 50. Lebensjahres keine Beziehung zwischen dem Cholesterin-Spiegel und der Gesamt-Mortalität und nach dem 60. Lebensjahr auch keine Beziehung zwischen dem Cholesterin-Spiegel und der cardiovasculären Mortalität mehr nachweisbar ist.

In der Tat hat eine Reihe von prospektiven, wenn auch erheblich kleineren, epidemiologischen Studien eindeutig U-förmige oder

Abbildung 2:

Relatives Risiko der Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit (*crude incidence« und *age-adjusted incidence«) in Abhängigkeit des initialen Serum-Cholesterin-Spiegels. Framingham-Studie: 14 Jahres Nachuntersuchung von Männern im Alter von 30 bis 39 Jahren bei der Eingangsuntersuchung; nach Kannel WB et al., Med Clin North Am 1974



sogar inverse Beziehungen zwischen der Lebenserwartung und dem Serum-Cholesterin-Spiegel bei älteren Menschen ergeben (Fargard 1991; Forette et al. 1989; Rudman et al. 1987). So lag der hinsichtlich des Sterblichkeits-Risikos »optimale« Bereich des Serum-Cholesterin-Spiegels in einer Studie an Frauen oberhalb des 60. Lebensjahres in Frankreich bei ca. 275 mg % (Forette et al. 1989; Abbildung 4) und damit entscheidend höher als die ohne jegliche Altersabstufung gegebene Empfehlung der »Nationalen Cholesterin Initiative« von 200 mg % (Assmann et al. 1990). Daraus ergibt sich, daß es unberechtigt und potentiell gefährlich ist. Definitionen von »optimalen« Serum-Cholesterin-Konzentrationen, die aus Studien an Menschen im mittleren oder jüngeren Lebensalter abgeleitet wurden, auf ältere Personen zu übertragen. Darüberhinaus erscheint es durchaus als problematisch und bedenklich, von diesbezüglichen Befunden, die bei Männern mittleren Lebensalters erhoben wurden, auf Frauen jedweder Altersgruppe zu extrapolieren.

Abbildung 3:

Die Glocke und die Schale (The bell and the bowl): Alters-korrigierte Gesamt-Mortalität pro 1000 Personen-Jahre und Verteilung der Personen nach dem initialen Serum-Cholesterin-Spiegel im Honolulu-Heart-Program 1965-1985; nach Frank JW et al., J Clin Epidem 45:333-346, 1992

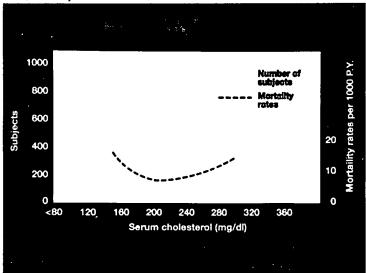
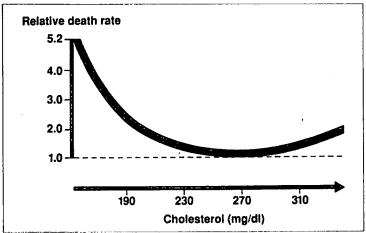


Abbildung 4: Relative Mortalität und Serum-Cholesterin-Spiegel bei Frauen im Alter von über 60 Jahren; nach Forette B, Lancet I:868-870, 1989



In einer zusammenfassenden Auswertung von 19 prospektiven Cohorten Studien Jacobs et al., Circulation 1992) zur Frage des Zusammenhangs zwischen dem Serum-Cholesterin und der Gesamt-Mortalität und deren Differenzierung nach Einzel-Ursachen ergab sich kürzlich, daß es eine eindeutige Assoziation zwischen niedrigen Serum-Cholesterin-Spiegeln und der Nicht-Cardiovasculären Mortalität sowohl bei Männern wie auch bei Frauen gibt; weiterhin zeigte sich bei dieser umfassenden Meta-Analyse auf Grund von Daten an ca. 125 000 Frauen, daß bei Frauen keine Assoziation zwischen dem Gesamt-Cholesterin und der Kardiovasculären Mortalität nachweisbar ist. In einem dazugehörigen Leitartikel wird dringend zu einer grundsätzlichen Revision der Empfehlungen zur Primärprävention der Kardiovaskulären Erkrankungen über die Beeinflussung des Serum-Cholesterins aufgefordert (Hulley et al. 1992)

Schließlich hat die Framingham-Studie noch andere Ergebnisse gezeitigt, die nur schwer mit den positivistischen Schlüssen zu vereinbaren sind, die üblicherweise im Sinne der Begründung von praeventivmedizinischen Interventionen daraus gezogen werden. In scharfem Kontast zu dem ermutigenden Abwärtstrend der gewöhnlich für das Vorkommen der koronaren Herzkrankheit in den USA und in anderen Ländern berichtet wird, haben D'Agostino und Mitarbeiter (1989) über den säkularen Trend in der Framingham-Studie zwischen 1953 und 1973 berichtet, nach dem für Männer im Alter von 55 bis 64 Jahren keine absolute Abnahme der koronaren Sterblichkeit nachweisbar ist, sondern vielmehr eine definitive Zunahme der Prävalenz der koronaren Herzkrankheit

Selbst die eindrucksvollen und breit abgesicherten Daten über den Nachweis erhöhter Cholesterinspiegel als Risikoindikator für die Entwicklung der koronaren Herzkrankheit bei Männern im mittleren Lebensalter aus der Framingham Studie (Anderson et al. 1987; Brett 1989) müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Sie können keinesfalls automatisch auf andere Altersgruppen und das andere Geschlecht übertragen werden! Sie können nicht als definitiver Beweis für den kausalen Zusammenhang zwischen Hypercholesterinaemie und der Ausbildung von Arteriosklerose und koronarer Herzkrankheit akzeptiert werden. Dazu bedarf es einer qualitativ höher stehenden Beweis-Führung, i.e. des experimentellen Nachweises durch eine Interventionsstudie

Experimentelle Studien: die prospektiv kontrollierte Intervention

Die definitive Stufe der Beweisführung ist die prospektive kontrollierte Intervention mit dem Ziel, durch eine therapeutische Senkung des Serum-Cholesterin-Spiegels bei initial herzgesunden »Hoch-Risiko-Patienten« mit erhöhtem Serum-Cholesterin im Sinne einer Primär-Prävention das Auftreten der koronaren Herzkrankheit mit ihren End-Punkten »koronare Morbidität« und »koronare Mortalität« gegenüber denjenigen einer vergleichbaren Kontrollgruppe in signifikantem Ausmaß zu senken. – Von diesem Vorgehen ist methodisch und gedanklich streng die Sekundär-Prävention zu trennen: hier wird bei hypercholesterinaemischen Patienten mit vorliegender koronarer Herzkrankheit, zumeist nach Vorliegen eines Myokardinfarktes, versucht, durch therapeutische Senkung des Serum-Cholesterin-Spiegels die Progression der koronaren Herzkrankheit bzw. das Auftreten eines Re-Infarktes zu verhindern.

Nur auf der Basis solcher Studien könnte ein Risikofaktor im Sinne einer Kausal-Beziehung zwischen einer bestimmten Variablen (z.B. des Laborparameter »Cholesterinaemie«) und dem Auftreten einer Erkrankung (z.B. der koronaren Herzkrankheit) endgültig identifiziert werden. Im Hinblick auf das behauptete cardiale Risiko durch Hypercholesterinaemie sind kürzlich zwei solcher Studien zur Primär-Prävention von enormem Umfang und kollossalem Aufwand abgeschlossen worden: die Helsinki Heart Study (Frick et al. 1987) und das Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial (Lipid Res. Clinics Progr. 1984). Beide Studien haben die Wirksamkeit einer medikamentösen Cholesterin-Senkung, durch Gemfibrozil bzw. Cholestyramin, bei männlichen Hochrisiko-Patienten (mittlerer initialer Serum-Cholesterin-Spiegel von ca. 290 mg %) im mittleren Lebensalter hinsichtlich einer signifikanten Reduktion des Auftretens der koronaren Herzkrankheit über einen Zeitraum von fünf bzw. sieben Jahren gezeigt. Diese Studien sind eindrucksvoll: sie stellen den Nachweis der Hypercholesterinaemie als ein unabhängiger und kausaler Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit und die Möglichkeit einer primären Prävention der koronaren Herzkrankheit durch eine Senkung erhöhter Serum-Cholesterin-Spiegel dar. Wiederum ist jedoch ein caveat in verschiedener Richtung erforderlich, um eine Überbewertung dieser noch so eindrucksvollen Befunde zu verhindern.

(1) Der absolute Erfolg, d. h. die Reduktion der Inzidenz der koronaren Herzkrankheit, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums

durch die medikamentöse Intervention erzielt wurde, ist durchaus begrenzt. Bei der Bewertung der Ergebnisse ist das bei der Darstellung der Daten leider recht beliebte »framing of data« (Brett 1989) im Sinne einer gezielten Verschönerung der objektiven Befunde zu berücksichtigen. Dies sei am Besipiel der Helsinki Heart Studie (Frick et al. 1987) demonstriert.

So wurde in der Helsinki Heart Studie (Frick et al. 1987) über eine fünfjährige Beobachtungszeit hinweg das Auftreten von koronarer Herzkrankheit bei hypercholesterinaemischen Männern bei 84 von 2030 Probanden der Placebo-Gruppe (entspr. 4.1 %) und bei 56 von 2051 Männern der mit Gemfibroziel behandelten Interventionsgruppe (entspr. 2.7 %) festgestellt. Dieser Unterschied bedeutet eine absolute Reduktion von 28 Fällen (1.4 %) und ist statistisch signifikant (p « 0.02). Nur wenn man sich entschließt, diese Differenz zwischen den beiden Gruppen in relativen Proportionen auszudrücken (indem man die Inzidenz von 4.1 % über einen Zeitraum von 5 Jahren in der Kontrollgruppe als 100 % darstellt), so kann eine relative Abnahme im Auftreten der koronaren Herzkrankheiten als 34 %ige Reduktion dargestellt werden. In der Tat ist es diese »34 %ige Reduktion der Herzinfarkte durch Senkung des Serum-Cholesterins«, was uns als »Endergebnis der Helsinki Herz Studie« immer wieder in Annoncen der pharmazeutischen Industrie plakatiert und in Fortbildungs-Schriften und -Vorträgen von enthusiastischen Experten präsentiert wird. Die Reduktion um 1.4 Absolut-Prozent bzw. um 34 Relativ-Prozent beziehen sich auf dieselben Original-Daten stellen diese aber ohne Zweifel in einem unterschiedlichen Kontext (»frame«) und mit unterschiedlicher Wirkung auf das Publikum dar. Mit Brett (1989) kann man die Spur dieses »framing of data« der Helsinki Herz Studie noch weiter verfolgen. Rechnet man die Studie auf eine Intervention bei 1000 Hochrisiko-Männern mittleren Alters auf einen Zeitraum von fünf Jahren um, so konnten durch die medikamentöse Behandlung 14 Herzinfarkte verhindert werden; dafür mussten 986 Männer im Endergebnis sine effectu für fünf Jahre therapiert werden: 959 Männer hätten auch unter den Bedingungen der Placebo-Gruppe keinen Herzinfarkt bekommen und 27 Männer hatten trotz Gemfibrozil-Therapie einen Herzinfarkt erlitten.

Der sich auf Grund dieser Analyse der Absolut-Daten abzeichnende Erfolg der Cholesterin-senkenden Intervention der Helsinki Herz Studie erscheint angesichts des Aufwands doch eher gering, so daß die Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation dieser Art von Präventiv-Medizin gestellt werden muß. Dabei geht es eigentlich

weniger um die finanziellen Aufwendungen für die tägliche Einnahme eines Lipidsenkers über fünf Jahre, sondern vielmehr um die Belastung und die Nebenwirkungen, denen die Männer durch eine solche medikamentöse Intervention ausgesetzt werden (s.u.).

solche medikamentöse Intervention ausgesetzt werden (s.u.).

Häufig wird eingewendet, daß sich die Ergebnisse der primärpräventiv-medizinischen Interventionen vom Typ der Helsinki Herz Studie wesentlich positiver darstellen würden, wäre es möglich gewesen, diese Studien über längere Zeiträume weiterzuführen. Dieser Hypothese muß energisch widersprochen werden: selbstverständlich kann es in gleicher Weise möglich sein, daß sich die Ergebnisse bei längerer Studiendauer im Sinne der Studien-Hypothese verschlechtern würden. Dies könnnte z.B. dadurch zustande kommen, daß das Neu-Auftreten der koronaren Herzkrankheit durch die medikamentöse Cholesterin-Senkung nicht verhindert, sondern lediglich um eine gewisse Zeit verzögert worden ist; oder dadurch daß die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie mit Studien-Dauer zunehmen – ein Verdacht, der in der Tat durch eine Reihe von Anhaltspunkten gestützt wird (s.u.).

(2) Weder in einer dieser beiden bekannten Interventionsstudien, der LRCS (Lipid Res. Clinics Progr. 1984) und der Helsinki Herz Studie (Frick et al. 1987), noch in irgendeiner anderen Interventionsstudie wurde jemals eine Abnahme der Gesamt-Mortalität durch eine Senkung (erhöhter) Serum-Cholesterin-Spiegel nachgewiesen. Auf diesen Umstand ist bereits 1988 von McCormick und Skrabanek (1988) in sehr dezidierter Form aufmerksam gemacht worden. In einer späteren Meta-Analyse haben Muldoon und Mitarb. (1990) diese negative Beurteilung durch eine Auswertung von sechs Studien zur (primär-präventiven) Senkung des Serum-Cholesterins an insgesamt 25000 männlichen Probanden (mittl. Alter 48 Jahre) über eine mittlere Studien-Dauer von fünf Jahren im Hinblick auf die Mortalität bestätigt: Die Senkung des Serum-Cholesterins war mit einer nicht-signifikanten Reduktion der koronaren Mortalität und mit einer signifikanten Steigerung der Mortalität durch maligne Erkrankungen und durch »gewaltsame Todesfälle« (Unfälle, Mord, Selbstmord) assoziiert; die Gesamt-Mortalität wurde im Zusammenhang mit der Cholesterin-Senkung nicht signifikant verändert. Verständlicherweise hat diese umfassende metaanalytische Auswertung der internationalen Literatur erhebliches Aufsehen erregt, da sie den gängigen, hoffnungsvoll positivistischen Intentionen zur Durchführung einer Primär-Prävention der koronaren Herzkrankheit durch eine (diätetische und/oder medikamentöse) 78 Michael Berger

Senkung des Serum-Cholesterins so eindeutig widersprach. Dieser Widerspruch wird durch die neuere Meta-Analysen der einschlägigen Literatur durch Smith & Pekkanen (1992), durch Ravnskov (1992) und durch substantiiert. Dabei ergab sich bei Berücksichtigung von zusätzlichen Daten, z.T. aus Fortschreibungen bekannter Studien, wie der Helsinki-Herz-Studie, oder neueren Untersuchungen (wie die Ein-Jahres-Auswertung der EXCEL-Studie zur Wirkung des Cholesterin-Synthese-Hemmers Lovastatin) ebenfalls kein positiver Effekt der Cholesterin-Senkung auf die Gesamt-Mortalität (Smith & Pelkanen 1992). Im Gegensatz zu Muldoon und Mitarbeitern (1990) haben Smith & Pekkanen (1992) aber darauf hingewiesen, daß die negativen Wirkungen der Cholesterin-Senkung auf die nicht-koronare Mortalität eher auf die medikamentöse Intervention und weniger (oder überhaupt nicht) auf rein diätetische Behandlungsmaßnahmen zurückzuführen seien. Andererseits führt eine diätetische Therapie zur Senkung des Serum-Cholesterin-Spiegels auch durch eine gegenüber den Ernährungsgewohnheiten der Gesamtbevölkerung recht einschneidenden Umstellung der Ernährung (Reduktion des Gesamt-Fett-Konsums auf 30 % des Gesamt-Kalorien-Konsums; Verhältnis mehrfach-ungesättigtes Fett/gesättigtem Fett = 1.0; weniger als 300 mg Cholesterin-Konsum/Tag; Gewichts-adäquate Reduktion der Kalorien-Aufnahme) auf Grund einer umfangreichen Meta-Analyse der verfügbaren Literatur in praxi kaum zu irgendwelchen relevanten Reduktionen des Serum-Cholesterins (Ramsey 1991) – wobei der notorische Feldzug gegen den Hühnerei-Konsum ohnehin rational kaum begründbar ist (Kimmerle et al. 1992).

Jüngste Arbeiten und Kommentare (Smith & Pekkanen 1992) haben auf recht beunruhigende Daten aufmerksam gemacht, auch wenn es sich dabei noch um vorläufige Resultate handelt: so scheint bei einer Nachuntersuchung der Probanden der Helsinki Herz Studie nach 6.5 Jahren (also 18 Monate nach Studien-Ende) in der Gemfibrozil Gruppe ein deutlicher Anstieg der Krebs-Häufigkeit eingetreten zu sein. Dies ist eigentlich nicht so überraschend, wenn man sich daran erinnert, daß die vieldiskutierte WHO Studie zur Cholesterin-Senkung mit Clofibrat (Committee of Principal Investigators 1978) in den siebziger Jahren seinerzeit wegen des Anstiegs der Malignom-Inzidenz beendet werden musste; schließlich ist das Gemfibrozil ein dem Clofibrat chemisch sehr ähnliches Fibrat-Derivat. In diesem Zusammenhang muß es beunruhigen, daß für den Markt-führenden Lipidsenker in Deutschland, das Fibrat-Derivat

Bezafibrat, weder ein positiver Effekt im Hinblick auf die koronare Morbidität und/oder Mortalität nachgewiesen noch ein negativer Effekt im Hinblick auf die Malignom-Inzidenz jemals ausgeschlossen worden ist. Ja, man hat sich nicht einmal die Mühe gemacht, eine Studie mit derartigen Endpunkten durchzuführen. – Weiter muß es beunruhigen, daß die – zugegebenermaßen noch präliminären – Ergebnisse der prospektiven, kontrollierten EXCEL Studie zu den Wirkungen der neuen Klasse von Cholesterin-Synthese-Hemmern nicht in eine vorteilhafte Richtung weisen: innerhalb des ersten Jahres starben 0.50 % der 6582 mit Lovastatin behandelten Patienten und nur 0.18 % von 1663 Probanden in der Placebo-Gruppe (Bradford et al. 1991).

Multiple Risikofaktoren Intervention

Schließlich muß noch erwähnt werden, daß auch bei denjenigen Interventionsstudien, bei denen ein ganzes Bündel von Interventionen gegen das Risikofaktoren-Profil im Sinne einer Primär-Prävention der koronaren Herzkrankheit durchgeführt worden ist, die Ergebnisse im Sinne der Studien-Hypothese sehr enttäuschend und negativ ausgefallen sind. Hier ist zu allererst das notorisch falsch zitierte Multiple Risk Factor Intervention Trial MRFIT (The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group 1990) zu nennen: in der 10.5-Jahres Nachuntersuchung dieser Studie an hoch Risiko-gefährdeten Männern mittleren Lebensalters hat sich keine signifikante Abnahme der Gesamt-Mortalität ergaben. Bei Subgruppen-Auswertungen – so problematisch diese aus biometrischen Erwägungen auch sein mögen – fand sich eine statistisch signifikante Senkung der Mortalität bei denjenigen Männern, die bei der Eingangs-Untersuchung keinerlei EKG-Veränderungen aufwiesen, während bei Vorliegen von initialen EKG Veränderungen die Risiko-Faktoren Intervention mit einer signifikanten Steigerung der Gesamt-Mortalität assoziiert war. Bei Detail-Analyse ergab sich immerhin, daß die Aufgabe des Zigaretten-Rauchens bei weitem als relevanteste Risiko-Faktoren Intervention einzuschätzen war.

Schließlich hat eine Nach-Untersuchung von Hochrisiko-Männern zehn Jahre nach einer fünfjährigen multiplen Risikofaktoren-Intervention zur Primär-Prävention der koronaren Herzkrankheit in Finnland Aufsehen erregt (Strandberg et al. 1991): Hierbei ergaben sich signifikante Steigerungsraten der Gesamt-Mortalität, der koronaren Mortalität und der »gewaltsamen Mortalität« für die Interventions-

80 Michael Berger

gruppe. Wiewohl diese überraschend negativen Daten der weitergehende Analyse und Bestätigung bedürfen, machen sie doch die Fragwürdigkeit präventiv-medizinischer Interventionen zur Verhinderung der koronaren Herzkrankheit in dramatischer Weise offenkundig. In diesem Sinne hat auch der britische Epidemiologe und Kardiologe Michael F. Oliver (1992) reagiert, als er seinen Leitartikel im Brit. Med. J. im Februar 1992 mit dem Titel »Zweifel an der Prävention der koronaren Herzkrankheit« überschrieb.

Schlußfolgerungen

Die in der Öffentlichkeit und in der Medizin breit propagierte Campagne zur Primärprävention der koronaren Herzkrankheit durch eine Bevölkerungs-Intervention zur Senkung des Serum-Cholesterins entbehrt der wissenschaftlich begründbaren Rechtfertigung. Gewöhnlich werden die Anstrengungen in Richtung auf eine Prävention der koronaren Herzkrankheit mit dem hohen Anteil (von etwa 65 %) der kardiovaskulären Mortalität an der Gesamt-Sterblichkeit in Deutschland motiviert. Die frappierende Zunahme der cardiovasculären Todesursachen an der Gesamt-Mortalität der westlichen Industrie-Staaten während der letzten 50 Jahre ist im wesentlichen als eine Folge der zunehmenden Lebenserwartung (Kinsella et al. 1992) anzusehen (Preston 1970). In der Tat ist in der Bundesrepublik Deutschland nach den Daten des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden aus dem Jahre 1991 während der letzten fünfzehn Jahre ein deutlicher Rückgang der Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten in den Altersgruppen bis 70 bis 75 Jahre, dagegen ein massiver Anstieg jenseits des 80. Lebensjahres zu verzeichnen (Holtmeier 1992). Der Koronartod ist die wesentliche Todesursache im Greisenalter und als solcher einer Prävention nicht mehr zugänglich. In diesem Zusammenhang erscheint es als irreführend, die Koronar-Mortalität als die Folge einer »ernährungsbedingten Erkrankung« darzustellen und damit zu insinuieren, daß ihre Prävention über eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten möglich sei (Henke et al. 1987). Möglich und sinnvoll erscheint allenfalls die Prävention der vorzeitig, etwa vor dem 65. Lebenjahr, auftretenden koronaren Herzkrankheit. Hierzu gibt es ja, jedenfalls was die Männer anbetrifft, eine Reihe von Interventionsstudien (s.o.), die allerdings insgesamt eher enttäuschende Resultate im Hinblick auf die erhoffte Reduktion der (cardiovaskulären) Morbidität und Mortalität gezeitigt haben. Das öffentliche, seitens der Medizin geschürte, Wunschdenken

in Richtung auf eine Prävention des Herz-Kreislauf-Todes durch eine Bevölkerungs-Intervention, z.B. über das allgemeine Ernährungsverhalten, muß angesichts der ohnehin ständig zunehmenden Lebenserwartung in Deutschland verwundern. So nähert sich die mittlere Lebenserwartung stetig der 80-Jahres-Grenze; Anthropologen haben übereinstimmend errechnet, daß angesichts der Sterblichkeit des Menschen eine mittlere Lebenserwartung von 85 Jahren für eine Bevölkerung nicht überschritten werden kann (Olshansky et al. 1990). Je mehr man sich dieser magischen Grenze annähert, desto größer wird die Gefahr, daß nicht mehr das »aktive Leben«, sondern vielmehr das »passive Leben«, das Leiden, die Pflegedürftigkeit verlängert wird (Fries 1988). Dies sind offene Fragen größter allgemeiner Bedeutung, die dringend der Diskussion in der Öffentlichkeit bedürfen.

Zusammenfassend muß man konstatieren, daß die verfügbare Evidenz dafür, daß man über eine Senkung des Serum-Cholesterins in der Bevölkerung (Bevölkerungs-Screening und -Intervention) die Morbidität und Mortalität an koronarer Herzkrankheit im Sinne einer Prävention senken kann, überinterpretiert worden ist. Dieser Umstand ist auf Wunschdenken, kommerzielle Interessen und andere unwissenschaftliche Faktoren und Motivationen zurückzuführen. Diese beklagenswerte Überinterpretation verfügbarer Fakten beruht auf der Vernachlässigung der methodisch bedingten Limitierung publizierter Studien (»deskriptive Assoziationen«), der unzulässigen Extrapolation von Studienergebnissen an definierten Kohorten auf die Gesamt-Bevölkerung (»prospektive Kohorten-Studien«) und der unrealistisch-verschönenden Darstellung von absolut geschen begrenzten Interventions-Erfolgen (»Framing of data von Kontrollierten Interventionsstudien«). Leider ist darüber hinaus immer wieder zu beobachten, daß ursprünglich exakt erhobene und in Original-Publikationen korrekt dargestellte Daten in Sekundär- und Tertiär-Publikationen in der medizinischen und der Laien-Presse von sogenannten Experten und Autoritäten falsch wiedergegeben oder zumindest unkritisch interpretiert werden; und daß eher skeptische Projektionen hinsichtlich des zu erwartenden Erfolges einer Senkung des mittleren Serum-Cholesterins in der Bevölkerung (Frank et al. 1992; Isles et al. 1992; Grover et al. 1992, Ravnskov 1992; Hulley et al. 1992) kaum Erwähnung finden. Es ist sicher im Interesse der Öffentlichkeit und der Glaubwürdigkeit der (Präventiv-)Medizin, wenn der Non-Konsensus bezüglich des »Diät-Hypercholesterinaemie-Koronare Herzkrankheit«-Konzeptes (wie im Ausland) endlich auch in Deutschland offen diskutiert und die noch völlig ungeklärten Fragen hierbei zur Sprache gebracht werden – anstatt die im internationalen Bereich offen ausgetragene Kontroverse immer wieder mit Hinweisen auf irgendwelche selbst-ernannte Experten-Gremien oder Konsensus-Konferenzen zu unterdrücken, um die deutsche Ärzteschaft und die Öffentlichkeit »nicht zu verunsichern«. Insofern ist die besondere ethische Verpflichtung jeglicher präventiv-medizinischer Intervention gegenüber der Öffentlichkeit zu beachten (Skrabanek 1986).

Dabei sind klare Unterscheidungen zu treffen zwischen den derzeit wissenschaftlich kaum begründbaren, ungezielten Populations-Interventionen und der wohlbegründeten Diagnostik und Therapie bei Patienten mit hohem koronaren Risiko durch familiäre Hypercholesterinaemien (high-risk-group intervention) sowie der Diskussion um die Effizienz der Serum-Cholesterin-Senkung im Rahmen der Sekundär-Prävention (Rossouw et al. 1990). Mag es gerade hinsichtlich des letzteren Punktes, aber auch zu der Ziel-Größe für eine Senkung des Serum-Cholesterins bei Hoch-Risiko-Patienten, noch offene Fragen geben, in einem sehr bedeutsamen Bereich kann es eigentlich keine rationalen Zweifel geben: es existiert nicht der geringste Anhalt dafür, daß man beim älteren Menschen jenseits des 60. bis 65. Lebensjahres über eine Senkung des Serum-Cholesterins für den Patienten im Sinne der Primär-Prävention koronarer Herzerkrankungen oder hinsichtlich Morbidität und Mortalität oder Lebensqualität auch nur den geringsten Vorteil erreichen kann. Im Gegenteil muß man von einer erheblichen Beeinträchtigung des alten Menschen durch den Versuch einer Umstellung seiner Ernährungsgewohnheiten und von einem erheblichen Nebenwirkungsrisiko durch Lipid-senkende Medikamente ausgehen. Es ist daher als ein medizinischer und gesundheitspolitischer Skandal anzusehen. daß in der Bundesrepublik Deutschland 80 % der Lipidsenker an Menschen im Alter von über 60 Jahren verordnet werden (Schwabe & Paffrath 1990). Hier wird das Defizit einer rationellen und kritischen Diskussion des Cholesterin-Konsensus in Deutschland zum Nachteil unserer älteren Mitbürger und unseres Gesundheitswesens sowie des Ansehens der Medizin in unserer Gesellschaft in dramatischer Weise offenbar.

Korrespondenzadresse:

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – Abt. Stoffwechsel und Ernährung (WHO Collaborating Center for Diabetes)

Moorenstraße 5 – 4000 Düsseldorf 1

Literaturverzeichnis

- Anderson, K.M. et al., 1987: Cholesterol and mortality. 30 years of follow-up from the Framingham Study. J Am Med Ass 257:2176-2180
- Assmann, G. et al., 1990: Nationale Cholesterin Initiative: Ein Strategie Papier zur Erkennung und Behandlung von Hyperlipidaemien. Dtsch Ärztebl 87:B991-B1010
- Berger, M., P. Berchtold und H. Zimmermann, 1980: Butter oder Margarine. Dtsch Med Wschr 1051297-1299
- Berger, M., 1992: The Cholesterol Non-Consensus. Bibl Nutr Diet (Basel) 49:125-130
 Berger, M., 1991: Eine wissenschaftliche Kontroverse. Non-Consensus-Konferenz zur Hypercholesterinämie und Hyperinsulinämie. Dtsch Ärztebl 88:B35-B37
- Bradford, R.H. et al., 1991: Expanded clinical evaluation of Lovastatin (EXCEL) Study results, I: efficacy in modifying plasma lipoproteins and adverse event profile in 8245 patients with moderate hypercholesterolemia. Arch Intern Med 151:43-49
- Brett, A.S., 1989: Treating hypercholesterolemia. New Engl J Med 321:6676-680 Committee of Principal Investigators, 1978: A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate. Brit Heart J 40:1069-1118
- Connor, S.L. et al., 1986: The cholesterol/saturated-fat index: an indication of the hypercholesterolaemic and atherogenic potential of food. Lancet 1:1229-1232
- D'Agostino, R.B. et al., 1989: Trends in CHD and risk factors at age 55-664 in the Framingham Study. Int J Epidemiol 18 (suppl. 1):S67-S72
- Dawber, T.R., 1980: The Framingham Study. Cambridge, Mass., USA; Harvard University Press
- Fargard, F., 1991: Serum cholesterol levels and survival in elderly hypertensive patients. Am J med 90 (suppl. 3A):62S-63S
- Forette, B. et al., 1989: Cholesterol as riskfactor for mortality in elderly women. Lancet I:868-870
- Frank, J.W. et al., 1992: Will lowering populattion levels of serum cholesterol affect total mortality? Expectations from the Honolulu Heart Program. J Clin Epidemiol 45:333-346
- Fries, J.F., 1980: Aging, natural death and the compression of morbidity. New Engl J Med 303130-135
- Frick, M.H. et al., 1987: Helsinki Heart Study. Primary-prevention trial with gemfibrozil in middel-aged men with dyslipidemia: Safety of treatment, changes in riskfactors, and incidence of coronary heart disease. New Engl J Med 317:1237-1245
- Grover, S.A. et al., 1992: The benefits of treating hyperlipidemia to prevent coronary heart disease. Estimating changes in life expectancy and morbidity. J Am Med Ass 267:8166-822
- Gutzwiller, F. et al., 1989: Lipide und Praevention der koronaren Herzkrankheit: Diagnostik und Massnahmen. Empfehlungen der Arbeitsgruppe Lipide der Schweizerischen Stiftung für Kardiologie. Schweizer Ärztezeitung 70:1279-1292
- Henke, K.D. et al., 1987: Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. Nr. 179, Stuttgart, Verlag Kohlhammer

- Holtmeier, H.J., 1992: Ernährungsrichtlinien für ältere Menschen. Österr Zschr f Allgemeinmed 46:79-115
- Hulley, S.B., J.M.B. Walsh und T.B. Newman, 1992: Health policy on blood cholesterol. Time to change directions. Circulation 86:1026-1029
- Isles, C.G. et al., 1992: Relation between coronary risk and coronary mortality in women of the Renfrew and Paisley survey: comaprison with men. Lancet 1:702-706
- Jacobs, D. et al., 1992: Report of the conference on low blood cholesterol: mortality associations. Circulation 86:1046-1060
- Kannel, W.B. et al., 1974: The rôle of cholesterol in coronary atherogenesis. Med Clin North 58:363-379
- Keil, U., 1990: Prävention der klassischen Risikofaktoren. Eine bevölkerungsmedizinische und gesundheitspolitische Aufgabe. Arzneimittelforschung 40:2-7
- Keys, A., 1970: Coronary heart disease in seven countries. Circulation 41 (suppl. 1):1-1211
- Keys, A., 1980: Seven countries. A Multivariate Analysis of Death from Coronary Haert Disease. Cambridge, Mass., USA; Harvard medical Press
- Kimmerle, R., A. Venhaus und M. Berger, 1992: Einfluß des Nahrungscholesterins auf das Serumcholesterin. Münchner Med Wschft 134:702-705
- Kinsella, K.G., 1992: Changes in life expectancy 1900-1990. Am J clin Nutr 55:1196S-1202S
- Leger, A.S.S. et al., 1979: Factors associated with cardiac mortality in developed countries withparticular reference to the consumption of wine. Lancet I:1017-1020
- Lipid Research Clinics Program, 1984: The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. I Reduction in incidence of coronary heart disease. J Am Med Ass 251:351-364
- Mann, G.V., 1977: Diet-heart: end of an era. New Engl J Med 297:644-650
- McCormick, J., und P. Skrabanek, 1988: Coronary heart disease is not preventable by population interventions. Lancet II:839-841
- Muldoon, M.F. et al., 1990: Lowering cholesterol concentrations and mortality. A quantitative review of primary prevention trials. Brit Med J 301:309-314
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, 1990: Mortality rates after 10.5 years for participants in the multiple risk factor intervention trial. J Am Med Ass 263:1795-1801
- Oliver, M.F., 1991: Might treatment of hypercholesterolaemia increase non-cardiac mortality? Lancet I:1529-1531
- Oliver, M.F., 1992: Doubts about preventing coronary heart disease. Multiple interventions in middle aged men may do more harm than good. Brit Med J 304:393-304
- Olshansky, S.J. et al., 1990: In search of methuselah: estimating the upper limits to human longevity. Science 250:634-640
- Preston, S.H., 1976: Mortality patterns in human populations: with special reference to recorded causes of death. Academic Press, New York
- Ramsey, L.E., W.V. Yeo und P.R. Jackson, 1991: Dietary reduction of serum cholesterol concentration: time to think again. Brit Med J 303:953-957
- Ravnskov, U., 1992: Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. Brit med J 305:15-19

- Renaud, S., und M. De Lorgeril, 1992: Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. Lancet I:1523-1526, 1992
- Roussouw, J.E. et al., 1990: The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. New Engl J Med 323:1112-1119
- Rudman, D. et al., 1987: Antecedents of death in the men of a Veterans Administration Nursing Home. J Am geriatr Soc 35:496-502
- Schettler, G., 1991: Praevention der koronaren Herzkrankheiten beim Älteren. Dtsch Ärztebl 88:B1580-B1583
- Schwabe, U., und D. Paffrath D (Hrsg.), 1990: Arzneiverordnungsreport 1990. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag
- Shaper, A.G. et al., 1991: Milk, butter, and heart disease. Brit Med J 302:785-786
- Skrabanek, P., 1986: Preventive medicine and morality. Lancet I:143-144
- Skrabanek, P., 1992: The poverty of epidemiology. Perspectives in Biology & Medicine 35:182-185
- Skrabanek, P., und J. McCormick, 1991: Follies and Fallacies in Medicine. Glasgow, The Tarragon Press, 1989 – Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin (Chantelau EA, Cleveland S, Richter B, Sawicki PT, Hrsg.), Mainz, Kirchheim Verlag
- Smith, G.D., und J. Pekkanen, 1992: Should there be a moratorium on the use of cholesterol lowering drugs? Brit Med J 304:431-434
- Strandberg, T.E. et al., 1991: Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. J Am Med Ass 266:1225-1229
- Study Group, European Atherosclerosis Society, 1987: Strategies for the prevention of coronary heart disease: A policy statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J 8:77-88
- Study Group, European Atherosclerosis Society, 1988: The recognition and management of hyperlipidaemia in adults. A policy statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J 9:571-600
- The Expert Panel, 1988: Report of the National Cholesterol Education Program on detection, evaluattion, and treatment of high blood cholesterol in adults. Arch Intern Med 148:36-69
- Thompson, G.R., 1991: What should be done about asymptomatic hypercholesterolaemia? Brit Med J 302:605-606
- Werkö, L., 1987: The enigma of coronary heart disease and its prevention. Acta Med Scand 221:323-333
- Yudkin, J., 1967: Sugar and ischaemic heart disease. Practitioner 198:680-683

Muß es die Wechseljahre bald nicht mehr geben? Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen

Lange Zeit waren die Wechseljahre in unserer Kultur ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wurde, ein Lebensereignis, das die meisten Frauen im Verborgenen durchlebten. Seit einiger Zeit ist das anders. Nachdem Mitte der achtziger Jahre eine Artikelflut über die medizinische Problematik dieses Lebensabschnitts durch die Fachpresse ging, griff sie kurze Zeit später auch auf die Massenmedien über: Kaum eine Illustrierte oder ein Gesundheitsmagazin im Fernsehen, das nicht in schöner Regelmäßigkeit darüber berichtete. Doch das Interesse gilt nicht in erster Linie älteren Frauen und ihren möglichen Umstellungsproblemen in den Wechseljahren, sondern Medikamenten, die für diese Zielgruppe entwickelt worden sind: der sogenannten Hormonersatztherapie. Tatsächlich sind in den letzten Jahren die Verschreibungszahlen für Hormone in den Wechseljahren deutlich in die Höhe gegangen.

Informationsveranstaltungen zum Thema Wechseljahre sind meist mehr als gut besucht. Und die häufigste Frage von Frauen mittleren Alters, die Information und Beratung bei uns im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum suchen, lautet: »Soll ich die Hormone nehmen oder nicht?«

Im folgenden gehe ich darauf ein, wie die Medizin einen derartigen Einfluß auf diesen Lebensabschnitt gewinnen konnte und welches die Folgen für Körper, Psyche und die gesellschaftliche Rolle von Frauen sind

Zur Geschichte der Hormonbehandlung in den Wechseljahren

Die Entwicklung einer »Therapie für die Wechseljahre« setzte ihre Definition als Krankheit voraus. Die Anfänge der Definition der Wechseljahre als Krankheit fallen mit dem Beginn der Entwicklung der synthetischen Hormone zusammen. (vgl. McCrea 1983) Die hormonelle Umstellung wurde als »Altersatrophie des Ovars« beschrieben, die Mangelzustände und Ausfallerscheinungen zur Folge habe. Aus Anzeichen der Wechseljahre und möglichen Begleiterscheinungen, deren Ursachen sowohl in Lebensumständen als

auch in anderen körperlichen Störungen liegen können, wurde ein »klimakterisches Syndrom«, das Hoff (1959) als »buntes Spektrum vasomotorischer, kardialer, allgemein-vegetativer und psychischer Symptome« charakterisierte. (zit.n. Overzier 1966)

Trotzdem wurde die Diskussion über die Therapiebedürftigkeit in den sechziger Jahren noch sehr kontrovers geführt. »Eine echte zyklusgerechte Substitutionstherapie entspricht weder dem Sinn noch den Möglichkeiten des Klimakteriums, obwohl sie den eigentlichen Ausfall der Ovarien ausgleichen könnte.«

»Während viele ältere Ärzte noch in den klimakterischen Umstellungsvorgängen physiologische Alternsvorgänge sehen und daher folgerichtig jede Behandlung oder Prophylaxe ablehnen, um der Natur nicht ins Handwerk zu pfuschen, steht die jüngere Generation den experimentellen Ergebnissen der Forschung aufgeschlossener gegenüber und ist bereit, die alten Theorien und Hypothesen neu zu überdenken.« (Mischel 1969)

Die ablehnende Haltung gegenüber hormoneller Behandlung ging einher mit einer paternalistischen Haltung, die dem – natürlich meist männlichen – Arzt die »psychische Führung« der Frau zur Aufgabe machte. Über Frauen mit kleineren Beschwerden während der Wechseljahre, deren Art er nicht beschreibt, urteilt Overzier folgendermaßen: »Die Frauen haben Angst, Angst vor Fehlleistungen, vor der Abkehr des Mannes. Daß sie gerade durch ihre Unbeherrschtheit oder Krankheitsbetonung auffallen, merken sie nicht. Intelligente Frauen sollten sich auch bei innerer Unausgeglichenheit unter Kontrolle halten können. Die Angst zu versagen oder das wirkliche Versagen spielt bei vielen alleinstehenden berufstätigen Frauen mit. Hier hilft ein guter Arzt, der aus innerer Berufung Psychotherapeut ist, mehr als ein Tranquilizer.« (1966, 356)

Doch auch Psychopharmaka und physikalische Methoden wurden von dieser Richtung als Behandlungsmöglichkeit angesehen und die Notwendigkeit einer »positiven Sinnfindung« in den Wechseljahren betont; ein genereller Einsatz von Hormonen für die Wechseljahre wurde abgelehnt. (Vgl. Richter 1968, 1116f.)

Es ist hervorzuheben, »daß diese Ärzte überhaupt den sozialen Zusammenhang und die seelische Befindlichkeit der sie aufsuchenden Frauen wahrnehmen« (Groth, Röring 1990), eine Haltung, die bei der darauffolgenden experimentierfreudigen Generation offensichtlich völlig ins Hintertreffen geriet.

Die Veröffentlichungen von VerfechterInnen der Hormone für die Wechseljahre beschränkten sich zu dieser Zeit auf die Diskussion

ihrer Zusammensetzung und Dosierung und ihrer möglichen Anwendungsgebiete, da für sie als Ursache »Hormonmangel« bereits feststand (Mischel 1969; Lauritzen 1968). Während in den USA die Hormone mit Versprechungen vermarktet wurden, die der Anwenderin ewige Jugend und Weiblichkeit verhießen - ein Buch, das die Hormone propagierte, hieß: »Feminine Forever« -, stand in der BRD bereits das Interesse an einem Einsatz der Hormone für ein breites Indikationsfeld von Arteriosklerose über Herzinfarkt – selbst Bluthochdruck und Diabetes wurden diskutiert - bis hin zu Osteoporose im Vordergrund. Bei der Zusammensetzung der empfohlenen Hormone handelte es sich teils um reine Östrogen- oder Testosteronpräparate, teils auch um Mischpräparate aus beidem bzw. noch abenteuerlicheren Mischungen wie dem Präparat Reginol, das aus Östrogenen, Androgenen, Trockensubstanz von Hoden und Ovarien und Barbituraten bestand oder dem Präparat Klimax Taeschner, das eine Schilddrüsentrockensubstanz und ein Abführmittel enthielt. Auch das synthetische Hormon DES2 wurde gegen Wechseljahresbeschwerden verschrieben (vgl. Kyank 1966, 308).

Nachdem Mitte der siebziger Jahre eine Reihe von Studien, die in den USA erschienen waren, einen Zusammenhang zwischen der Östrogeneinnahme und dem gehäuften Auftreten von Gebärmutterschleimhautkrebs nahelegten, kam es zu einem starken Rückgang der Verschreibungs- und Verkaufszahlen (vgl. Kaufert, McKinley 1985, 122). Obwohl die Studien nicht unumstritten waren, führten sie zu einer Verunsicherung der MedizinerInnen und zur heute noch gültigen Empfehlung, reine Östrogenpräparate nur noch Frauen zu verordnen, die keine Gebärmutter mehr haben.

Es ist auffällig, wie in dieser Situation, in der alte Therapieformen obsolet geworden und neue nicht überprüft verfügbar waren, wissenschaftliche Meinungen wieder stärker in den Vordergrund traten, die die Natürlichkeit der körperlichen Veränderungen bzw. die soziale Komponente von auftretenden Befindlichkeitsstörungen in den Wechseljahren betonten. So machten sich einzelne AutorInnen die Mühe, die natürlichen körperlichen Veränderungen der Wechseljahre auf der Ebene von biochemischen Vorgängen genauer zu untersuchen, ein Untersuchungsgegenstand, der trotz immer noch fehlenden Wissens später kaum noch auf Interesse stieß.

So bemerkte Plotz in einem Vortrag 1981, daß es in den Wechseljahren »nur selten zu einem völligen Östrogenmangel« komme. Er verweist auf andere Produktionsquellen von Östrogenen nach der Menopause neben den auch weiterhin produzierenden Eierstöcken. Mall-Haefeli und Werner-Zodrow untersuchten die Umbildungsrate von Androgenen in Östrogene und kamen zu der Erkenntnis, daß sie sich im Laufe der Wechseljahre mehr als verdreifacht (1980, 179). Zur gleichen Zeit ging Döring als unangefochtener Befürworter der Hormongabe für Frauen in den Wechseljahren davon aus, daß »nach der Menopause ... die Hormonproduktion in den Ovarien völlig (erlischt); es werden keine nennenswerten Mengen an Östrogenen mehr produziert« (1978, 146).

Andere Autoren wiesen zu jener Zeit auf die mögliche soziale Bedingtheit von Wechseljahresbeschwerden hin und relativierten damit deren Therapiebedürftigkeit. So warnte Schwartz (1984, 855) vor der »bequeme(n) Flucht in die Rezeptemedizin«; Stauber widmete der Frage der sozialen und psychischen Situation von Frauen in den Wechseljahren sogar einen ganzen Artikel und plädierte dafür, Verhältnisse zu schaffen, »die der älteren Frau Möglichkeiten und Raum geben, sich ihrer Persönlichkeit entsprechend zu verwirklichen« (1978, 228).

Gegenüber der inzwischen als Alternative propagierten kombinierten Östrogen/Gestagen-Gabe herrschte insgesamt Skepsis vor. »Die meisten AutorInnen beschränkten ihre Empfehlung auf die therapeutische Behandlung von Beschwerden, von einer prophylaktischen Behandlung wird auf Grund des zu geringen Wissensstandes über die langfristigen Auswirkungen der kombinierten Hormongabe eher abgeraten, der Aspekt der Risiko-Nutzen-Abwägung steht im Vordergrund. So schränkt selbst Döring den Anwendungsbereich der Hormone von vorneherein mit dem Hinweis ein, 'daß nur bei 20 bis 30 % aller Frauen behandlungsbedürftige Wechseljahresbeschwerden auftreten' (1978, 146). « (Groth, Röring 1990)

Eine weitere Einschränkung war durch ein relativ weit gefaßtes Feld von Kontraindikationen gegeben. Die Situation veränderte sich, als die Pharmakonzerne begannen, in einer breit angelegten Kampagne, für die die Firma Ayerst Laboratories 1982 eigens eine Public Relations Firma beauftragte, ihre Hormonpräparate als Osteoporoseprophylaxe aggressiv zu vermarkten (vgl. Dejanikus 1985; MacPherson 1985, 11ff.; Kaufert, McKinlay 1985, 113ff.). Diesem Beispiel eiferten deutsche Pharmakonzerne nach, wie zum Beispiel das von der Firma Kali-Chemie gesponserte Menopause-Symposium 1986 in Salzburg oder die ausführlichen, von zahllosen Werbeanzeigen begleiteten Artikelserien in medizinischen Fachblättern zeigen.

Diese Kampagne sollte nicht ohne Wirkung bleiben. »Etwa Mitte der achtziger Jahre tritt ein Wandel in der Trendmeinung insofern

ein, als die VerfechterInnen der Hormonersatztherpie als Prophylaxe und Dauerbehandlung zunehmend an Einfluß gewinnen. Wortführend in dieser Hinsicht sind in der Bundesrepublik die Professoren Hesch und Lauritzen. Kennzeichnend für sie und andere BefürworterInnen der Hormone ist, daß sie der Analyse des natürlichen Umstellungsprozesses und der damit zusammenhängenden ungeklärten Fragen kaum noch Beachtung schenken. Das Hauptaugenmerk liegt statt dessen auf möglichen pathologischen Erscheinungen wie Demineralisierung der Knochen, für die als zentrale Ursache der Östrogenmangel angesehen wird. Umstandslos gehen sie nun davon aus, daß die »Menopause ein zur Krankheit führender natürlicher Prozeß« (Hesch 1987, 8) sei. Noch weitergehender ist folgende Aussage: »Seit undenklichen Zeiten, und gegenwärtig noch in weitverbreiteten Kreisen akzeptiert, ist laut Definition die Menopause ein physiologischer Vorgang mit natürlichen Folgen. Die moderne Medizin kann dem nicht mehr folgen.« (Hesch 1985, 486) Er beschreibt die Menopause als einen Schutzmechanismus der Natur zur »Reduktion des genetischen Risikos für die Nachkommenschaft«, der heute nicht mehr sinnvoll sei ... Parallel zur Ausweitung der Indikation auf alle Frauen wird die Zahl der Kontraindikationen eingeschränkt. Es wird die Forderung erhoben, die Beipackzettel entsprechend zu verändern, eine Forderung, der das Bundesgesundheitsamt 1990 nachgekommen ist.« (Groth, Röring 1990, 12f.)

Inzwischen wird der Nutzen der kombinierten Hormone sowohl für die Behandlung von Wechseljahresbeschwerden als auch zur Vorbeugung von Osteoporose und Herz-Kreislauferkrankungen allgemein als wissenschaftlich gesichert angesehen, wobei medizinische Bedenken gegenüber möglichen unerwünschten Wirkungen und Langzeitrisiken zumindest im praktischen Verschreibungsverhalten keine Auswirkung mehr zu haben scheinen. Unseren Erfahrungen zufolge ist die zwar steigende, aber trotzdem immer noch relativ geringe Zahl von Frauen, die in den Wechseljahren Hormone nehmen, weniger der Vorsicht der niedergelassenen ÄrztInnen als vielmehr der gesunden Skepsis der betroffenen Frauen geschuldet, die nach dreißig Jahren Pille vorsichtig gegenüber den Errungenschaften der Chemieindustrie geworden sind.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß das wissenschaftliche Verständnis von den körperlichen und psychischen Vorgängen der Wechseljahre offenbar immer stark geprägt war von der Verfügbarkeit und Akzeptanz bestimmter zur Therapie eingeführter Präparate und von den dahinterstehenden Verkaufsinteressen.

Vom Umgang mit den Risiken der Hormonbehandlung

Die Hormone haben inzwischen ihren Siegeszug angetreten als beinahe unumstrittene »Therapie der Wechseljahre«, die Frauen bei kleineren und größeren Beschwerden, aber auch immer häufiger ohne jede Indikation als angebliche Prophylaxe verordnet wird, ohne daß ein individuelles Risiko ermittelt worden wäre. Diese Tatsache und entsprechende Darstellungen in den Massenmedien suggerieren, daß es sich um eine erprobte und unbedenkliche Behandlungsmethode handelt.

Dies ist nicht der Fall.

Je höher die wissenschaftliche Ebene, desto kontroverser und unübersichtlicher wird das Bild. Wie bereits erwähnt, werden grundlegende Untersuchungen über physiologische Veränderungen in den Wechseljahren und ihre Ursachen heute kaum noch durchgeführt. Heutige Studien und Veröffentlichungen befassen sich statt dessen beinahe ausschließlich mit dem Nachweis positiver oder negativer gesundheitlicher Effekte der künstlich hergestellten Hormone.

AutorInnen, die sich die Mühe gemacht haben, diese Studien auf ihre Aussagekraft und Anfechtbarkeit hin zu untersuchen und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen, kommen meist zu dem Ergebnis, daß definitive Aussagen auf Grund der Unterschiedlichkeit in der Anlage der Studien nicht getroffen werden können. So gibt es in diesem Zusammenhang wohl keine einzige Grundthese der Schulmedizin, die unwidersprochen blieb; dennoch basiert die Behandlung von Millionen von Frauen hierauf. US-amerikanische Studien (Mack u.a. 1976; Ziel, Finkle 1975), denen zufolge das Risiko für Gebärmutterschleimhautkrebs unter der ausschließlichen Östrogeneinnahme um das Fünf- bis Neunfache erhöht sei, wurde von anderen wegen angeblicher statistischer Ungenauigkeiten stark in Zweisel gezogen (Döring 1978; Mall-Haeseli, Werner-Zodrow 1980).

Die Fragwürdigkeit derartiger Studien bringt Plotz auf einen Nenner, wenn er anmerkt, daß ein kausaler Zusammenhang zwischen Östrogeneinnahme und Entstehung eines Korpuskarzinoms auf Grund dieser Untersuchungen zwar nicht bewiesen werden konnte, »daß aber genügend klinische und experimentelle Hinweise vorhanden sind, die für eine solche Korrelation sprechen (presumptive evidence)« (1982, 6).

Die daraus abgeleitete, allgemein akzeptierte Schlußfolgerung, Frauen ohne Gebärmutterentfernung nur kombinierte Hormone zu

verschreiben, wird wiederum von anderen Forschungsergebnissen stark in Frage gestellt. Sie geben Hinweise darauf, daß Gestagene negative Auswirkungen auf den Fettstoffwechsel und damit auch auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben können (vgl. Wilson 1985; Riis, Christiansen 1987). Dies ist um so wahrscheinlicher, als der angeblich schützende Effekt des Östrogen auf Herz und Kreislauf ebenfalls in Zweifel gezogen wird (Vandenbroucke 1991). Der Framingham-Studie zufolge bringt die Östrogeneinnahme älteren Frauen sogar ein signifikant erhöhtes Risiko (vgl. Ettinger 1988). Auf dem Hintergrund der Tatsache, daß diese Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Frauen darstellen, kommen einige AutorInnen zu der Empfehlung, den negativen Effekt der Gestagene gegenüber dem statistisch gesehen geringeren Risiko des Gebärmutterschleimhautkrebses abzuwägen (vgl. Ross u.a. 1988; Ernster u.a. 1988).

Völlig kontrovers dazu steht wiederum die Meinung, allen Frauen, die Hormone nehmen wollen, also auch denen ohne Gebärmutter, Östrogen/Gestagen zu verschreiben, da nur die kombinierte Gabe einen schützenden Effekt gegen Brustkrebs haben soll (vgl. Gambrell 1988). Dem liegen Erkenntnisse zugrunde, daß sich die Brustkrebsrate, die sowieso relativ hoch ist, nach Einnahme von isolierten Östrogenen erhöht (vgl. Ross u.a. 1980; Berkowitz 1985; Steinberg u.a. 1991). Andere Studien kommen allerdings zu dem Ergebnis eines erhöhten Brustkrebsrisikos auch bei der Einnahme von kombinierten Hormonen (vgl. Steinberg 1991).

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Kommission Hormontoxikologie und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft kamen von daher 1988 zu dem vorsichtigen Ergebnis: »Zur Zeit lassen sich keine verbindlichen Aussagen darüber machen, ob sich eine längerfristige Substitutionstherapie positiv oder negativ auf die Entstehung einer Mammakarzinoms auswirkt.« Weitere schwerwiegende Einwände, die gegen die vorliegenden Daten und Untersuchungsergebnisse generell vorgebracht werden, richten sich gegen das Fehlen von Langzeitstudien (Ernster u.a. 1988; Hemminki 1988) und das methodische Herangehen vieler Studien. So ist die Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse stark eingeschränkt durch die kaum überschaubare Vielfalt von Hormonarten, Dosierungen und Darreichungsformen: verschiedene Östrogene und Gestagene in unterschiedlichen Kombinationen und Dosierungen, zyklisch oder kontinuierlich verordnet in den verschiedensten Darreichungsformen als Tablette, Spritze oder Pflaster (vgl. Feministisches Frauen

Gesundheits Zentrum 1990, 65f.). Zusätzlich beeinträchtigt wird die Aussagekraft der Forschungsergebnisse durch den weitgehenden Verzicht, Faktoren wie Schichtenzugehörigkeit und Gesundheitszustand mit in die Untersuchung einzubeziehen. So werden nach Meinung von F. Stewart Untersuchungen häufig an weißen Mittelschichtfrauen durchgeführt, deren Gesundheitsrisiken für bestimmte Erkrankungen - wie Herz-Kreislauf - geringer sind als die von Unterschichtfrauen. Ein weiteres Moment der Verfälschung besteht ihrer Ansicht nach darin, daß nur die Ergebnisse der Frauen in Untersuchungen einfließen, deren compliance (Akzeptanz der Medikamenteneinnahme) sehr groß ist. Andere Frauen, die die Hormonbehandlung abbrechen - häufig weil sie starke unerwünschte Wirkungen feststellen oder die Hormone ihnen nicht helfen -, werden nicht berücksichtigt. - Außerdem bemängelte Stewart, daß die Studien häufig an einer lächerlich geringen Zahl von Frauen durchgeführt werden. So basiere die Empfehlung an die amerikanische ÄrztInnenschaft, den 35 Millionen amerikanischer Frauen, die in den Wechseljahren sind, eine kontinuierliche statt eine zyklische Hormoneinnahme zu empfehlen, um die unerwünschten Blutungen zu vermeiden - ein Haupteinwand vieler Frauen gegen die Hormone -, lediglich auf sechs Studien und sieben Reports an zusammen nicht mehr als 158 Frauen. Nur bei 60 dieser Frauen gingen die Studien über einen Zeitraum von länger als zwei Jahren; zwei dieser Frauen, die die Hormone länger als sechs bis acht Jahre nahmen, entwickelten Gebärmutterschleimhautkrebs (Stewart 1992).

Kennzeichen der meisten vorliegenden Untersuchungen ist, daß sie sich fast ausschließlich auf die Erforschung der gesundheitlichen Risiken beschränken, die in der Meinung der Öffentlichkeit eine besondere Rolle spielen: Gebärmutter- und Brustkrebs sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen; andere, weniger spektakuläre Risiken wie Thrombosen, Leber-Galle-Erkrankungen und sonstige Auswirkungen auf den Stoffwechselprozeß finden kaum Beachtung. Selbst wenn Studien durchgeführt werden, die wahrscheinlich machen, daß Gallenerkrankungen unter der Hormoneinnahme zunehmen (Prentice 1988, Pettiti 1988), spielen sie in der wissenschaftlichen Diskussion keine Rolle, NaturheilkundlerInnen weisen aber gerade darauf hin, daß Störungen und Belastungen bestimmter Organe und besonders eines so wichtigen Entgiftungsorgans wie der Leber - bereits im Vorfeld manifester Erkrankungen die Ursache für schwere Befindlichkeitsstörungen und für die Entwicklung chronischer und degenerativer Erkrankungen sein können.

In der Zusammenfassung dieser Ergebnisse läßt sich sagen, daß bei dem heutigen Wissensstand ÄrztInnen im besten Fall die Wahl haben, welchen der bekannten Risiken sie ihre Patientinnen aussetzen wollen. Viele von ihnen dürften über diese Risiken allerdings kaum ausreichend informiert sein, um diese Entscheidung bewußt treffen zu können, geschweige denn die betroffenen Frauen. Arbeitsüberlastung bei ÄrztInnen, die kaum die ausreichende Lektüre von Fachliteratur zuläßt, die pharmafreundliche Aufbereitung von Forschungsergebnissen in vielen Fachblättern und Massenmedien und nicht zuletzt die Verdienstinteressen v.a. der niedergelassenen GynäkologInnen verhindern eine umfassende Information. Diese Faktoren führen dazu, daß Millionen von Frauen einem unverantwortlichen Experiment ausgesetzt werden, von dem sie zudem selber nichts wissen, bei dem sie aber sehr viel verlieren können, nämlich ihre Gesundheit und ihr Leben, während andere davon ausschließlich profitieren.

Die »Hormonersatztherapie« als Fiktion

Die Verschreibung von Hormonen in den Wechseljahren erfolgt in der Regel unter dem Anspruch der individuellen Hilfeleistung für die einzelne Frau. Der allgemein gebräuchliche Begriff »Hormonersatztherapie« suggeriert, daß es darum geht, bestimmte Hormone zu »ersetzen« und damit aktuelle oder potentielle Beschwerden zu »therapieren«. Tatsächlich aber ist dieser Begriff irreführend und widerspricht den Tatsachen, da zum einen nur ersetzt werden kann, was natürlicherweise vorhanden sein sollte. Ein höherer Östrogen/ Gestagen-Spiegel ist aber für die Wechseljahre keineswegs natürlich, so daß es allenfalls gerechtfertigt wäre, bei jüngeren Frauen, die ihre Eierstöcke verloren haben, von einem »Hormonersatz« zu reden. Zum anderen stellen die Hormonverschreibungen keine »Therapie« dar, da sie weder »heilen« noch die wirklichen Ursachen bestehender Beschwerden beseitigen. Sie verzögern lediglich den Umstellungsprozeß, da im Fall des Absetzens sowohl die Beschwerden meist wieder da sind - oft stärker als zuvor - als auch der beschleunigte Knochendichteverlust einsetzen kann, der durch die Hormone verhindert werden sollte. Auch handelt es sich – entgegen dem expliziten Anspruch der Schulmedizin - nicht um eine ursächliche Behandlung, da bei vielen der auftretenden Beschwerden andere Ursachen in Betracht zu ziehen sind, die durch den instabilen Zustand in den Wechseliahren lediglich verstärkt werden können.

So lassen sich beispielsweise bei Frauen, die über Schlafstörungen klagen, auf Nachfrage sehr häufig belastende Lebensumstände feststellen, die ihnen aus ersichtlichen Gründen den Schlaf rauben. Auch organische Ursachen, die wiederum Einfluß auf den Hormonstoffwechsel haben können, können der Hintergrund für vegetative Beschwerden sein. Die vorschnelle Diagnose »Wechseljahresbeschwerden« enthebt viele ÄrztInnen der Notwendigkeit weitergehender Abklärung.

Hinsichtlich des Osteoporose-Risikos spielen ebenfalls so viele Faktoren eine Rolle, daß es mehr als willkürlich erscheint, ausgerechnet dem Östrogenmangel die Hauptverantwortung zu geben. Gute, vitamin- und mineralstoffreiche Ernährung sowie ausreichende Bewegung sind erwiesenermaßen nicht nur als Osteoporose-Prophylaxe und -Therapie wirksam, sondern haben auch den unbestreitbaren Vorteil, daß sie – im Gegensatz zu den Hormonen – einen eindeutig positiven Effekt auf das Gesamtbefinden haben.

Da die Gynäkologie diesen Bereich der Lebensweise weder im Blick hat noch ihre Patientinnen für mündig genug ansieht, sich dafür bewußt zu entscheiden, setzt sich hier statt dessen immer stärker der Trend durch, alle Frauen ab den Wechseljahren möglichst lebenslang mit künstlich hergestellten Hormonen zu versorgen. Diese Empfehlung – so behaupten Kritikerinnen – ist vergleichbar mit einer, allen älteren Menschen vorbeugend ein Mittel gegen Bluthochdruck zu verabreichen, nur weil ein nennenswerter Teil alter Menschen einmal einen Hochdruck bekommt (vgl. Brown Doress, Laskan Siegal 1987).

Angesichts dieses Sachverhalts drängt sich der Verdacht auf, daß es gar nicht vorrangig um eine Behandlung einzelner Beschwerden der Wechseljahre geht, und daß auch die schon erwähnten finanziellen Interessen nicht ausreichen zur Erklärung des bisherigen Erfolgs der Kampagne. Es scheint vielmehr, daß es um eine Therapie gegen die Wechseljahre als solche geht, um damit einen ganzen Lebensabschnitt quasi ungeschehen zu machen.

Die Hormonbehandlung und ihre sozialen Folgen

Die rein negative Darstellung der Wechseljahre durch die Gynäkologie wird von den meisten Frauen keineswegs geteilt. Während die medizinische Literatur von »ovarieller Erschöpfung«, »Verkümmerung«, »Schrumpfung«, »Störung« und »Mangel« spricht (vgl. Martin 1987) bis hin zu dem skandalösen Sprachgebrauch der MedizinerInnen

untereinander, Frauen nach den Wechseljahren als »kastriert« zu bezeichnen – so auf dem Deutschen Ärztekongreß im Juni 1992 in Berlin –, sehen Frauen selbst oft auch die positiven Aspekte dieser Zeit: weniger Wert auf Äußeres und Äußerlichkeiten zu legen, mehr an sich selbst denken zu können, unabhängiger von der Meinung anderer zu sein und – bei heterosexuellen Frauen – keine Angst mehr vor ungewollten Schwangerschaften haben zu müssen.

Frauen können diese Zeit der Unruhe und des Umbruchs auch als Anlaß betrachten, um Bilanz zu ziehen über ihr bisheriges Leben und eine Neuorientierung vorzunehmen (Greer 1992, Groth 1992). Sicher kann dies zu der bitteren Erkenntnis führen, daß die gegenwärtige Lebenssituation nicht mit den Wünschen und Bedürfnissen übereinstimmt, doch bleiben Frauen in der Lebensmitte nicht nur noch genügend Energien und Jahre, um notwendige Veränderungen durchzusetzen, sondern scheinen die Wechseljahre selber bei manchen Frauen Energien freizusetzen, die aus der Überwindung der Krise entstehen. Frauen berichten, daß sie nach den Wechseljahren ein erfüllteres, glücklicheres Leben führen als zuvor (vgl. Brown Doress, Laskin Siegal 1987). So betrachtet, können die Wechseljahre eine sehr produktive Zeit sein, die viele kreative und rebellische Potentiale in sich birgt.

Diese Chance zur – oft auch schmerzhaften – Veränderung wird Frauen genommen, wenn bereits die ersten Signale des Wandels »wegtherapiert« werden, wie es heute häufig geschieht. Und die Hormone, die verordnet werden, wirken keineswegs nur auf die körperlichen Anzeichen, sondern auch auf die Seele. In einer ständigen Wechselwirkung zwischen innen und außen beeinflussen Hormone unser Wohlbefinden und unsere Stimmungen genauso wie umgekehrt körperliche Vorgänge und psychische Reaktionen unseren Hormonspiegel beeinflussen. Fasziniert von den neuesten Ergebnissen der Hormonforschung beschreibt dies ein Mediziner in den sechziger Jahren folgendermaßen überschwenglich:

»Ein ganzes Orchester klingt in zahllosen Tonabstufungen zusammen und läßt unsere Lebenssymphonie aufklingen, nicht nur aus den sieben Tönen einer Tonleiter, sondern aus viel mehr als sieben verschiedenen Hormonen, nicht in ganzen, viertel, achtel, sechzehntel oder zweiunddreißigstel Noten, sondern in tausendfach, in zehntausendfach, in zahllos abgestimmten Werten chemischer Substanzmengen. Ihr Mischungsverhältnis ändert sich bei jedem Atemzug, bei jedem Herzschlag, bei jedem Gedanken, jeder Hoffnung, jeder Erfüllung, jeder Angst, jedem Versagen, jeder Laune. Es wechselt

mit Tag und Nacht, mit Regen und Sonnenschein, im Erfolg und Mißerfolg, bei Gesundheit und Krankheit, bei Liebe, Enttäuschung, Verzicht, Haß. Immer ist es anders. « (Böttcher 1963, 553)

Wenn wir auf diese Weise unsere Hormone auch als Ausdruck unserer Persönlichkeit sehen, so stellt die Verordnung von künstlich hergestellten Hormonen »eine persönlichkeitsverändernde und -verletzende Maßnahme dar. Und das, was aussieht als wäre es die ganz private Sache zwischen hilfesuchender Patientin und helfendem Arzt, hat – massenhaft durchgeführt – durchaus eine soziale Dimension« (Röring 1991).

Wie stark die Medizin als Instrument sozialer Konditionierung bei Frauen in den Wechseljahren wirkt, zeigt sich an folgenden Beispielen:

- Frauen in den Wechseljahren werden von ihrer Umgebung häufig als unmotiviert, launisch und aggressiv wahrgenommen – und sehen sich oft selber so. Sie vergessen, daß sie mit ihrer plötzlich auflodernde Wut wahrscheinlich nur deshalb auffallen, weil sie all die Jahre viel zu viel geduldet und heruntergeschluckt haben. Aus dieser Sicht ist also nicht die Launenhaftigkeit das Problem, sondern die vorherige übergroße Duldsamkeit. Die Hormone aber sollen helfen, genau diesen Zustand wiederherzustellen, keine Veränderung zuzulassen. G. Greer nannte in diesem Zusammenhang auch Östrogen »das Hormon der Fügsamkeit« (Greer 1992, 145).
- Viele Frauen klagen über Leistungsminderung in den Wechseljahren. Wenn wir genauer nachfragen, erfahren wir oft, daß diese Frauen sich Leistungen abfordern oder sie von ihnen gefordert werden –, zu denen Jüngere vielfach nicht in der Lage wären. Anstatt von einer realistischen Einschätzung der eigenen Kräfte auszugehen und übertriebene Anforderungen zurückzuweisen, benutzen viele dieser Frauen Hormone als Peitsche, um sich selber anzutreiben. Die Medizin hilft mit, diese überhöhten Leistungsstandards in Wirtschaft, Gesellschaft und Familie aufrechtzuerhalten.
- Das Dünnerwerden der Vaginawände kann eine natürliche Folge des Alterns und des Östrogenrückgangs sein. Es kann Frauen Beschwerden verursachen und Auswirkungen auf die Sexualität haben, indem es die Penetration beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr erschwert. Frauen und ihre Partner können dies zwar als Problem erleben, sie können darin aber auch eine Chance zur Veränderung bisheriger sexueller Gewohnheiten sehen. Gerade

Frauen erleben die penetrationsfixierte Sexualität häufig als unbefriedigend und könnten deshalb besonders davon profitieren, wenn die gemeinsame Sexualität mehr an *ihren* körperlichen Bedürfnissen ausgerichtet wäre statt an denen ihrer Partner. Die Verschreibung von Hormonpillen oder -salben gegen die Trockenheit der Vagina bewirkt lediglich, daß Frauen weiter reibungslos funktionieren – eine Erhöhung der sexuellen Lust bewirken sie nicht (vgl. auch Greer a.a.O.).

- Die Alterskrankheit Osteoporose ist in besonderer Weise ein Synonym für Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Es ist deutlich, daß in der Angstkampagne gegen die Knochenbrüchigkeit die Angst vor dem Altern schlechthin mitschwingt. Diese Angst ist berechtigt angesichts fehlender familiärer und sozialer Strukturen für alte Menschen, menschenunwürdiger Versorgung von Pflegebedürftigen und der besonders bei Frauen zu beobachtenden Altersarmut. Statt diese Situation zu verändern, wird versucht. unter Hinweis auf Kosten-Nutzen-Rechnungen und Inkaufnahme anderer gesundheitlicher Risiken diese Krankheit zu beseitigen; dies in der irrigen Hoffnung, damit einen Hauptgrund für die Hilfsbedürftigkeit im Alter zu beseitigen. Diese Position negiert, daß auch Frauen mit Osteoporose selbständig und aktiv sein können, während andere ohne Osteoporose Knochenbrüche erleiden – abhängig von der jeweiligen Beweglichkeit – und daß es noch zahlreiche andere Ursachen gibt, warum Menschen von der Hilfe anderer abhängig werden. Es ist allerdings wahrscheinlich, daß es bei den dahinterstehenden volkswirtschaftlichen Überlegungen nicht nur darum geht zu verhindern, daß osteoporosekranke Frauen Pflegekosten verursachen, sondern auch darum, sie in ihrer unersetzbaren Funktion als Pflegende für ihre kranken Männer oder sonstigen Angehörigen zu erhalten.

Die Verfügbarkeit der Hormone kann leicht dazu führen, denjenigen, die an Osteoporose erkranken, individuell die Schuld anzulasten, eine Tendenz, die auch bei anderen medizinischen Entwicklungen wie der Pränataldiagnostik zu beobachten ist. Damit könnte sich die Hormoneinnahme unversehens von einem freiwilligen Hilfsangebot zu einer sozialen Verpflichtung entwickeln.

Die verstärkten Anstrengungen, die Osteoporose zu verhindern, lassen sich aber auch noch unter einem besonderen sozialpsychologischen Aspekt betrachten: Mit einem Prototyp der osteoporosekranken Frau wurden wir alle bereits in unserer Kindheit konfrontiert: der buckligen alten Hexe. Sie symbolisiert nicht nur das Böse

schlechthin, sondern auch eine Form von Macht, die alte Frauen in unserer Kultur schon lange nicht mehr haben. Nicht zufällig stand an der Schwelle der Neuzeit die Hexenverfolgung und damit die Vernichtung des Wissens und der Macht gerade der alten Frauen. Ich wurde auf diesen Aspekt durch ein modernes Jugendbuch aufmerksam, in dem der Autor seinen Abscheu und seine Angst vor der alten Frau in die Beschreibung einer »buckligen Alten« einfließen läßt:

»Die Alte stieß ihm die Spitze ihres Stockes gegen die Brust und keifte ihn mit heiserer Stimme an. Sie war wild und bösartig wie eine Furie, und es schien, daß sich nicht nur Brian vor ihr fürchtete. Als sie nämlich plötzlich herumfuhr und ihren Stock schwang, wichen einige der Männer ängstlich zurück.« (Egli 1988)

Greer (1992) hat diese »irrationale Angst vor alten Frauen« als »Anophobie« bezeichnet (von lat. anus, alte Frau).

Die alte Frau in Gestalt der Hexe symbolisiert auch die Abkehr von den Normen der Gesellschaft und eine Unabhängigkeit in der Denk- und Lebensweise – übrigens trotz ihrer Krankheit.

Das Bild einer Hexe in einer Artikelserie der Medical Tribune über Wechseljahre trug die bezeichnende Bildunterschrift: »Diese Erscheinung muß es bald nicht mehr geben«. Es ist zu vermuten, daß damit nicht nur die Krankheit, sondern auch ihre Trägerin gemeint war.

Die Anforderungen an Frauen, den unterschiedlichsten Rollenanforderungen gerecht zu werden, waren noch nie so groß wie heute. Die Pharmawerbung für Hormone in den Wechseljahren trägt ihren Teil dazu bei, die schon bestehenden Klischees zu verfestigen und neue zu kreieren. Die ältere Frau von heute sollte aktiv und attraktiv, leistungsfähig und verständnisvoll, erfolgreich, ausgeglichen und freundlich sein und als Ehefrau, Geliebte, Hausfrau, Mutter, Großmutter und Berufstätige alle an sie gerichteten Erwartungen erfüllen. Nicht akzeptiert ist die unzufriedene, nörgelnde, aufbegehrende, lustlose oder ruhebedürftige Frau, die es satt hat, es allen recht zu machen.

Wie die hohe Medikamentenabhängigkeit von Frauen zeigt, waren Pillen schon immer ein probates Mittel, Frauen sozial in Schach zu halten (vgl. Burgert 1990). Die neue Qualität in der Entwicklung der Hormone für die Wechseljahre besteht darin, daß sich die Medikalisierung nicht mehr nur auf einzelne Frauen erstreckt, deren Funktionieren damit sichergestellt werden soll, sondern auf einen ganzen Lebensabschnitt.

Ich halte es für dringend erforderlich, daß MedizinerInnen ein Bewußtsein davon bekommen, wie stark sie in den persönlichen

Lebensbereich von Frauen eindringen und unterdrückerische gesellschaftlich Strukturen verfestigen, wenn sie Hormone verschreiben. Die Diskriminierung des Alters, die sexuelle Verfügbarkeit von Frauen und ihre Festlegung auf die Rolle der Dienenden und Versorgenden sind wichtige Strukturen in der Aufrechterhaltung der patriarchalen Gesellschaft. Die Hormone tragen ihren Anteil dazu bei – nicht selten auf den ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Frau hin, die sich anders nicht zu helfen weiß.

Sicher befindet sie die Medizin hier in einem Dilemma, das sie selbst kaum lösen kann. Angesichts der hohen Heilserwartung, die an sie gerichtet ist, und der Tatsache, daß sie häufig das einzige Hilfsangebot für Frauen darstellt, ist der Druck einerseits erheblich, Lösungen bieten zu müssen. Außer der chemischen Variante bleibt aber andererseits nur die der »Lebensberatung«, die häufig in dem Stil verläuft »Das ist alles psychisch« oder »Sie sollten aber ...«, eine Art, die zu recht von vielen Frauen als Bevormundung und unzulässige Einmischung abgelehnt wird. Die eigene Unzuständigkeit und Überforderung einzugestehen und v.a. keinen Druck auf Frauen auszuüben. die Hormone zu nehmen, könnte von seiten der ÄrztInnen ein erster Schritt sein. Ansonsten können nur Frauen selber die Macht der Medizin über diesen Lebensabschnitt zurückdrängen, indem sie sich eigene Hilfsmöglichkeiten schaffen, um den Wechsel für sich zu erleichtern und dem medizinischen Bild der Wechseliahre das eigene Erleben entgegenzusetzen. Vielleicht müssen wir den Pharmakonzernen sogar dankbar sein, daß sie den Blick auf diese Zeit gelenkt haben, weil es uns die Chance gibt, daß Tabu, das immer noch darüber liegt, zu durchbrechen und uns offen mit anderen darüber auseinanderzusetzen.

Ein Pharmakonzern wirbt für sein Wechseljahreshormonpräparat in einer ganzseitigen Anzeige, die eine mit einer Spritze bewaffnete Hand in zigfacher Wiederholung zusammen mit der Aufforderung zeigt: »Die Therapie in der Hand behalten.«

Es ist zu hoffen, daß Frauen diesen Anspruch nicht an ÄrztInnen abtreten, sondern daß sie in dem Prozeß der Auseinandersetzung mit anderen Frauen lernen, wie sie selber die Kontrolle über ihr Leben behalten können

Korrespondenzadresse: Regina Röring Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin Bamberger Straße 51 1000 Berlin 30

Anmerkungen

- 1 Diesen normalerweise gebräuchlichen Begriff werde ich im folgenden nicht benutzen aus Gründen, auf die ich später noch eingehe.
- 2 DES (Diäthylstilböstrol), ein synthetisches Hormon, wurde seit den fünfziger Jahren weltweit v.a. schwangeren Frauen verordnet, vermeintlich, um Fehlgeburten zu verhindern. Obwohl es seit Beginn der fünfziger Jahre Hinweise auf ein erhöhtes Krebsrisiko gab, wurde das Mittel erst in den siebziger Jahren vom Markt genommen. Heute gibt es weltweit 4 bis 6 Millionen Frauen, die von den Langzeitfolgen des DES betroffen sind, v.a. einer erhöhten Brustkrebsrate bei den Müttern und vaginalen Veränderungen bei den Töchtern bis hin zu Krebs und Unfruchtbarkeit.

Literaturverzeichnis

- Böttcher, Helmut M., 1963: Hormone. Die Geschichte der Hormonforschung, Köln Berkowitz, G.S., 1985: Estrogen Replacement Therapy and Fibrocystic Breast Disease in Postmenopausal Women, in: American Journal of Epidemiology, 121, 238-245
- Brown Doress, Paula, und Diana Laskin Siegal, 1987: Ourselves, Growing Older. Women Aging with Knowledge and Power, New York
- Burgert, Conny, 1990: Gezähmtes Leben, in: CLIO Eine Feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe, 31, 22-26
- Dejanikus, Tacie, 1985: Major Drug Manufacturer Funds Osteoporosis Public Education Campaign, in: The Network News (Publication of the National Womens's Health Network), May/June, 1
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, 1991: Mammakarzinom und Substitutionstherapie, in: Deutsches Ärzteblatt 88, 11, v. 14.3.
- Döring, G.K., 1978: Kritische Betrachtung der Langzeitbehandlung der klimakterischen Beschwerden mit Östrogenen, in: Lebensversicherungsmedizin 30, 6, 145-148
- Ernster, Virgina, u.a., 1988: Benefits and Risks of Menopausal Estrogen and/or Pregestin Hormonal Use, in: Preventive Medicine, 17, 201-223
- Ettinger, Bruce, 1988: Postmenopausal Hormone Replacement, in: Obstetrics and Gynekology 72, 5, November, 31-36
- Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. (Hrsg.), 1990: Wechseljahre eine Broschüre zu Selbsthilfe, Berlin
- Gambrell, R. Donald Jr., 1988: Cancer in the older woman: Diagnosis and prevention, in: Geriatrics 43, 9, 27-36
- Greer, Germaine, 1991: Wechseljahre, Düsseldorf, Wien, New York, Moskau
- Groth, Sylvia, und Regina Röring, 1990: Medizinsoziologische Untersuchung der Forschung, Förderung und Einschätzung der Hormonbehandlung in und nach den Wechseljahren anhand der medizinischen Literatur der letzten 25 Jahre, unveröff. Manuskript, Berlin
- Groth, Sylvia, 1992: Hitze ... und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre, in: Beiträge zur Feministischen Theorie und Praxis 33 (in Druck)
- Hemminki, Elena, 1988: The Use of Combined Estrogen Progestin Replacement Therapy, in: International Journal of Technology Assessment in Health Care 4, 511-519
- Hesch, R.D. u.a., 1985: Prävention der Osteoporose, in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe C, 82, 8 v. 22.2., 485-498

- Hesch, R.D., und E.F. Rittinghaus, 1987: Östrogensubstitution bei Frauen nach der Menopause, in: Niedersächsisches Ärzteblatt, 60, 17 v.5.9., 5-10
- Kaufert, Patricia, und Sonja McKinlay, 1985: Estrogen Replacement Therapy. The Production of Medical Knowledge and the Emergance of Policy in: E. Levin, V. Oleson (Hrsg.(, Women, Health and Healing. Toward an New Perspecktive, Travistock, New York, London, 113-137
- Kyank, H., 1966: Die hormonelle Umstellung im Klimakterium und die Frage der Hormontherapie in der Postmenopause, in: Zeitschrift für Alternsforschung 19, 305-316
- Lauritzen, Christian, 1968: Pathogenese und Therapie der Osteoporose, in: Gynäkologische Rundschau 5, 151-174
- Mack, T.M., M.C. Pike, B.E. Henderson u.a., 1976: Estrogens and Endometrial Carcinoma in a Retirement Community, in: New England Journal of Medicine 294, 1262
- MacPherson, Kathleen I., 1985: Osteoporosis and Menopause. A Feminist Analysis of the Social Construction of a Syndrome, in: Advances in Nursing Science, 7, July, 11-22
- Mall-Haefeli, M., und I. Werner-Zodrow, 1980: Das Klimakterium der Frau, in Gynäkologe 13, 177-186
- Martin, Emily, 1988: Die Frau im Körper, Frankfurt/M.
- McCrea, Frances B., 1983: The Politics of Menopause. The Discovery of a Deficiency Disease, in: Social Problems 31, 11, 111-123
- Mischel, W., 1969: Die Therapie mit Sexualhormonen im Klimakterium, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 45,7, 308-315
- Overzier, C., 1966: Die medikamentöse und physikalische Behandlung klimakterischer Frauen, in: Internist 7, 356-359
- Petititi, D.B., u.a., 1988: Increased Risk of Cholecystectomy in Users of Supplemental Estrogen, in: Gastroenterology 94, 91-95
- Plotz, E.J., 1982: Die Hormonbehandlung in der Menopause. Eine Nutzen-Risiko-Abwägung, in: Gynäkologe 15, 2-10
- Prentice, R.L., 1987: On the Epidemiology of Oral Contraceptives and Disease, in: Advances of Cancer Research 49, 285-301
- Richter, F., 1968: Das klimakterische Syndrom und seine Therapie in der gynäkologischen Praxis, in: Medizinische Klinik, 63, 28, 1116-1118
- Riis, B., und C. Christiansen, 1987: Verhütung der postmenopausalen Osteoporose durch eine Östrogen/Gestagen Substitutionstherapie, in: Medizinische Klinik 82, 238-241
- Röring, Regina, 1991: Frauen sind nicht ersetzbar. Soziale Auswirkungen der Hormonbehandlung, in: CLIO Eine feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe 33. 4-5
- Ross R.K., u.a., 1980: A Case Control Study of Menopausal Estrogen Therpy and Breast Cancer, in: Journal of the American Medical Association, 243, 1635-1639
- Schwartz, U., 1984: Differenzierte Anwendung von Sexualhormonen in der Perimenopause, in: Fortschritte der Medizin 102, 35, 853-855
- Stauber, Manfred, 1978: Psychosoziale Aspekte des Klimakteriums, in: DBAe 4, 225-228 Steinberg, Karen, u.a., 1991: A Meta Analysis of the Effect of Estrogen Replacement The-
- rapy on the Risk of Breast Cancer, in: Journal of the American Medical Association, 265, 15, April 17, 1990-1995
- Stewart, Felicia, 1992: The Miracle of Non-ovulation, Vortrag gehalten auf der Contraceptive Technology Conference, Washington D.C.
- Vandenbroucke, J.P., 1991: Postmenopausal Estrogen and Cardioprotection, in: The Lancet, April 6, 833-834
- Wilson, Peter W.F., 1985: Postmenopausal Estrogen Use, Cigarette Smoking and Cardiovascular Morbidity in Women over 50. The Framingham Study, in: New England Journal of Medicine, 313, 1038-1043
- Ziel, H.K., und W.D. Finkle, 1975: Increased Risk of Endometrial Carcinoma among Users of Conjugated Estrogens, in: New England Journal of Medicine, 293, 1167

Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention

Das amerikanische Beispiel¹

1. Lebensstilbezug als dominierende implizite Gesundheitsstrategie

Ein Präventionskonzept kann sinnvoll nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Realität beurteilt werden, in der es seine Wirkung tun soll. Es gibt kein »eigentlich« effektives Konzept, wenn es nicht unter den gegebenen sozialen Bedingungen in der angestrebten Weise effektiv ist. »Gegeben« ist in den westlichen Industrieländern die Realität sozialökonomischer Klassen und Schichten und angestrebt wird von der Gesundheitspolitik die Verlängerung der gesunden Lebensspanne der Bürger bei Angleichung ihrer sozialökonomisch ungleich verteilten gesundheitsbedingten Lebenschancen.

Die in den Vereinigten Staaten vorherrschend praktizierte – und stark nach Europa ausstrahlende – Prävention und Gesundheitsförderung konzentriert sich weitgehend auf die Beeinflussung dessen, was als »Lebensstil« bezeichnet wird. Ihr implizites ätiologisches und handlungsleitendes Konzept fokussiert sich in der Regel auf folgende Faktoren, die als hauptverantwortliche Ursachen für die verlorenen potentiellen Lebensjahre durch die wichtigsten Krankheitsgruppen koronare Herzerkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus usw. genannt werden:

- Tabakgenuß
- Alkoholgenuß,
- Bewegungsarmut,
- Fehl- oder Überernährung und
- Streß (verstanden als Fehlverhalten).

Langjährige und unvergleichlich aufwendige epidemiologische Forschungsarbeiten wie die Framinghamstudie² und die Alameda-Studie³ und eine Reihe von Regierungsberichten⁴ stellen solche Verhaltensweisen des »Lebensstils« als »Risikofaktoren« für Krankheit und vorzeitigen Tod heraus, an denen präventive und gesundheitsfördernde Strategien üblicherweise ansetzen. Die Aufmerksamkeit wird damit weit mehr – meist sogar ausschließlich – auf einige individuelle Angewohnheiten der Menschen gelenkt, als auf die sozialen und ökologischen Bedingungen ihres Lebens, Bereiche wie Arbeit,

104 Hagen Kühn

Einkommen, Wohnen, Verkehr, physische Umwelt, Krankenversicherung usw. Im Blick hat man meist lediglich Verhaltensweisen in der Konsum- und Freizeitsphäre (mit Ausnahme der Entspannung bei »Streß« in der Arbeit) und dort wiederum vornehmlich Anpassungsverhalten im Unterschied zu solchem Verhalten, das auf die Veränderung der Lebensbedingungen gerichtet sein könnte:5

- Rauchen einstellen.
- weniger oder kein Alkohol,
- Jogging, Schnellgehen und Gymnastik,
- weniger oder keine tierischen Fette, weniger Zucker und Kochsalz, mehr Ballaststoffe in der Nahrung, Gewichtsreduktion und
- Erlernen von Entspannungstechniken zur Reduktion von »Streß«;
- hinzu kommt noch die ärztliche (medikamentöse) Behandlung der Risikofaktoren Bluthochdruck und zu hoher Cholesterinspiegel im Blut.

Die amerikanische Gesellschaft kann als ein »natürliches Experiment« für die Wirkungsweise der – in diesem Sinne – lebensstilbezogenen Gesundheitsstrategien betrachtet werden. Nirgendwo dürften diese Form der Gesundheitsförderung und deren verhaltensorientierende Botschaften eine so große – und in manchen Bereichen kaum mehr zu steigernde – Verbreitung haben. Daher können die meßbaren Tendenzen der Entwicklung von Morbidität und Mortalität zum Effektivitätstest dieser Präventionsstrategie herangezogen werden.

Vermutlich gibt es auch kein zweites Land, dessen Bürger den Wert »Gesundheit« so hoch veranschlagen wie die Vereinigten Staaten. Nach einer Gallupumfrage über die Werte, denen die US-Bürger nachstreben, waren die beiden am meisten genannten Ideale »ein gutes Familienleben« (82 Prozent) und »gute physische Gesundheit« (81 Prozent). Eine andere Studie fand heraus, daß 42 Prozent der Befragten ȟber ihre Gesundheit öfter nachdenken als über irgend etwas anderes, einschließlich Liebe, Arbeit und Geld.«6 Eine Studie in Cleveland berichtet darüber, daß 97 Prozent der dort Befragten angibt, »etwas« für die Gesundheit zu tun, sei es, daß sie eine Gesundheitsdiät einhalten, für ausreichenden Schlaf sorgen, körperliche Bewegung oder Entspannungsübungen machen oder ähnliches.7 Die durch Meinungsumfragen ermittelte Rate derjenigen Amerikaner, die regelmäßig körperliche Bewegung aus Gesundheitsgründen betreiben, hat sich zwischen 1961 und 1984 von 24 auf 59 Prozent erhöht und der Anteil der Jogger vergrößerte sich von 6 auf 18 Prozent der Bevölkerung und dürfte seither noch um ein Erhebliches angestiegen sein.8

Bei der Zwischenevaluierung der Gesundheitsziele des ersten »Healthy People«-Reports von 1979 für das Jahr 1990 hat man auch die Verbreitung von Kenntnissen über die Bedeutung von Gesundheitsrisiken gemessen. Es wurden teilweise erhebliche Verbesserungen angezeigt. So erhöhte sich der Prozentsatz der Bürger, die in der Lage sind, Risikofaktoren für Herzkrankheiten zu nennen zwischen 1979 und 1985 von 24 auf 92 Prozent für Bluthochdruck von 32 auf 91 Prozent für Zigarettenrauchen und von 11 auf 86 Prozent für Cholesterin und fettes Essen.⁹ Der Teil der amerikanischen Bevölkerung, der seinen Cholesterinspiegel untersuchen läßt, hat sich zwischen 1983 und 1990 von 35 auf 65 Prozent (mit steigender Tendenz) erhöht. 10 Im gleichen Zeitraum stieg auch der Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter, die sich über die Risiken des Alkohols bei der Schwangerschaft bewußt waren, von 73 auf 88 Prozent. Das sind Prozentzahlen, die sich nicht nur in einer Gesellschaft wie der amerikanischen. mit relativ vielen Menschen, die der Landessprache unkundig und/ oder Analphabeten sind, kaum noch steigern lassen. Auch in Westeuropa wird man sie schwerlich übertreffen können. Die Kenntnisse dürften also als annähernd maximal verbreitet angesehen werden. 11

2. Thesen

Im folgenden wird gezeigt, daß sich bei hohem Verbreitungs- und Bewertungsgrad kognitiven Gesundheitswissens auf der einen und zunehmender Ungleichverteilung der sozialökonomischen Lebensbedingungen und (damit) der Verhaltensressourcen auf der anderen Seite, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sozialökonomisch differenziert und polarisiert. Das dominierende Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept – so behaupte ich – verstärkt im Erfolgsfalle diese Tendenz.

These 1: Die meisten Indikatoren der gesundheitlichen Lage in den USA weisen für die achtziger Jahre auf Verbesserungen im Durchschnitt der Bevölkerung hin. Differenziert nach Kriterien und Indikatoren der sozialökonomischen Schicht (ethnische Zugehörigkeit, Einkommen, Bildung, Berufshierarchie) sind die Verbesserungen in den oberen Schichten größer als in den unteren. Die Gesundheit der unteren Schichten hat sich in mancher Hinsicht sogar absolut verschlechtert. Das Gleiche gilt für die soziale Verteilung vieler Risikofaktoren. D.h.: das Ausmaß der sozialen Ungleichheit bei Krankheit und Tod hat in den Vereinigten Staaten während der achtziger Jahre zugenommen.

106 Hagen Kühn

These 2: Diese soziale Ungleichverteilung der gesundheitsbedingten Lebenschancen folgt dem Muster der sozialökonomischen Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft im Gefolge der wirtschaftlichen Rezession und der marktradikalen Wirtschafts- und Sozialpolitik zwischen der zweiten Hälfte der siebziger Jahre und der Gegenwart. Obwohl die gesundheitlichen Auswirkungen restriktiver Lebensumstände erst nach längeren zeitlichen Verzögerungen voll zutage treten (besonders in der Sterblichkeitsstatistik), sind beginnende Polarisierungstendenzen bereits ab Mitte der achtziger Jahre statistisch meßbar.

These 3: Das dominierende implizite Lebensstilkonzept ist nicht geeignet, soziale Ungleichheit bei Krankheit und Sterblichkeit zu vermindern. Gerade wo es effektiv ist und gesundheitliche Verbesserungen zu verzeichnen sind, trägt es noch zur Vergrößerung der Ungleichheit bei. Und zwar überall dort, wo die Verbesserungen von objektiven und subjektiven Eigenschaften abhängig sind, die ihrerseits ungleich in der Gesellschaft verteilt sind.

3. Globale Trends der gesundheitlichen Lage

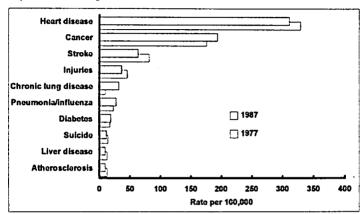
Soweit es Studien und amtliche Statistiken erkennen lassen, ist in den achtziger Jahren die Inzidenz und Mortalität für die meisten Krankheitsarten im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung zurückgegangen. Diese Verbesserungen finden ihren Ausdruck in der durchschnittlichen Lebenserwartung. Sie ist zwischen 1980 und 1989 von 73,7 Jahren auf 75,2 Jahre angestiegen. Auch die Lebenserwartung für Personen mit 65 Jahren verbesserte sich im Durchschnitt von 16.4 auf 17.2 Jahre. ¹²

Herzkrankheiten, Krebs, Schlaganfall, Verletzungen und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane sind – in dieser Reihenfolge – weiterhin unter den Todesursachen von herausragender Bedeutung. Die Abbildung 1 läßt eine rückläufige Bedeutung der Herzkrankheiten (die aber weiterhin an erster Stelle stehen) und eine – absolute und relative – Zunahme der Todesursache Krebs erkennen.

Die amtliche Statistik berechnet, wieviele »verlorene potentielle Lebensjahre« (pro 100000 Einwohner unter 65 Jahren) auf das Konto der einzelnen Todesursachen gehen. Nach diesem Kriterium kommt den Herzkrankheiten eine geringere Bedeutung zu. Da sie überwiegend erst bei alten Menschen zum Tode führen, nehmen sie mit 689 verlorenen potentiellen Lebensjahren erst die dritte Stelle ein hinter den Unfällen (1078) und bösartigen Neubildungen (848)

Abbildung 1:

Die häufigsten Todesursachen in der US-amerikanischen Bevölkerung, 1977-1987 (Rate pro 100 000) – Quelle: US-Department of Health and Human Services: Healthy People 2000, Washington, D.C., 3



und vor den Opfern privater und staatlicher Gewalt (*Homicide and legal intervention«: 325). Für die Gesamtbevölkerung verbesserte sich dieser Wert von 6,42 Millionen verlorenen Lebensjahren 1980 auf 5,71 Mio. 1985 und verharrt bis 1989 auf diesem Wert. ¹³

Die gesundheitliche Situation wird durch die Mortalitätsraten allerdings nur teilweise ausgedrückt. Die Krankheiten, an denen die Menschen der heutigen Industriegesellschaften sterben, sind zumeist nicht diejenigen, an denen sie einen beträchtlichen Teil ihres Lebens leiden (dazu weiter unten mehr). Die amtliche Gesundheitsstatistik nennt zwei Indikatoren, die, wenigstens für Personen über 64 Jahren, Auskunft geben über die Tage eingeschränkter Aktivität durch akute und chronische Erkrankungen und Bettlägerigkeit. Vergleichbar sind die jährlichen Angaben erst ab 1982. Das 1979 für das Jahr 1990 aufgestellte Gesundheitsziel gab eine Senkung auf jährlich 30 Tage eingeschränkter Aktivitäten und auf 12 Tage Bettlägerigkeit vor. 1988 waren 30,6 Tage bzw. 14,4 Tage erreicht. 14 Im Verlauf der letzten Jahre sind die Angaben schwankend und ein Trend zur Verbesserung ist nicht eindeutig festzustellen.

Die Verbesserungen der gesundheitlichen Lage der amerikanischen Bevölkerung relativieren sich, wenn die internationalen Gesundheitsstatistiken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen werden: Bei der globalen Lebenserwartung liegen die Vereinigten Staaten bei den Frauen an 16. und bei den Männern an

22. Stelle von 38 ausgewählten Ländern mit einer vergleichbaren Gesundheitsstatistik. Die Lebenserwartung der 65jährigen Männer (14,8) ist in zwölf anderen Ländern höher als in den USA, die der 65jährigen Frauen (18,7) in neun anderen Ländern. Bei der Kindersterblichkeit liegt die USA an 24. Stelle (10,1). Bei den kardiovaskulären Erkrankungen rangieren die USA (in der WHO-Statistik) an zehnter Stelle von 27 Ländern und sind um 70 Prozent schlechter als das erste Land; bei Krebs sind sie zwölfte von 27 (50 Prozent schlechter als das erste Land); ebenfalls zwölfte von 27 bei Diabetes mellitus (doppelt so hoch wie die ersten); an 23. Stelle bei den Motorfahrzeugunfällen von 26 Ländern (doppelt so hoch wie das beste Land); an zehnter von 25 Vergleichsländern beim Suizid und schließlich ist die amerikanische Mordrate die höchste aller 25 Vergleichsländer, sie ist neunmal höher als in dem Land mit der niedrigsten Mordrate. I6

Die interessierte internationale Öffentlichkeit registriert seit Jahren augenfällige Verbesserungen bei der Mortalität durch koronare Herzerkrankungen (KHK) in den Vereinigten Staaten. Die berichteten Erfolge tragen nicht wenig zur Attraktivität amerikanischer Gesundheitskonzepte bei. Die positive Veränderung bei der KHK-Sterblichkeit¹⁷ liegt sowohl bei den Männern (45 bis 64 Jahre) als auch bei den Frauen weit über dem internationalen Durchschnitt, wenngleich das Niveau der Mortalität bei Herzkrankheiten in den Vereinigten Staaten noch immer über dem Durchschnitt der OECD-Länder liegt und schlechter ist als in Kanada, Schweden, West-Deutschland, Frankreich und Japan. ¹⁸

In der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit herrscht die Annahme vor, den Rückgang der KHK-Mortalität vor allem zwei Faktoren zuzuschreiben, den Fortschritten der Medizin und Wandlungen des »Lebensstils«, insbesondere der Ernährungsweise (Cholesterin)¹⁹ und des Rauchens. Es werden jetzt aber zunehmend Argumente laut, die Zweifel am Wahrheitsgehalt dieser Meinung aufkommen lassen. Ihre Gültigkeit müßte zumindest auf drei Voraussetzungen beruhen: die koronaren Herzkrankheiten müßten bis zu der statistisch ausgewiesenen Trendwende tatsächlich angestiegen sein, und die Faktoren, die ihr zugeschrieben werden, müßten zu diesem Zeitpunkt schon existiert und ihre Wirkung ausreichend lange getan haben. Schließlich müßte die vom medizinischen Mainstream vertretene Behauptung, der Cholesteringehalt des Blutes sei eine wesentliche Ursache des Herzinfarkts zutreffen. Alle diese Voraussetzungen sind aber fraglich:

Man nimmt an, in der Vergangenheit sei die KHK-Mortalität auf Grund folgender Faktoren angestiegen: hoher Blutfettwert, Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Übergewicht und bewegungsarme Lebensweise. Die Ursachenbezogenheit und damit Effektivität der präventiven Beeinflussung dieser Faktoren werde augenscheinlich, da die Trendumkehr der KHK-Mortalität tatsächlich auf ernährungsbedingte Veränderungen des – vermuteten – Risikofaktors Cholesterin, den abnehmenden Zigarettenkonsum und eine bessere Kontrolle des Bluthochdrucks zurückgeführt werden könne. Die verscheiten des Bluthochdrucks zurückgeführt werden könne.

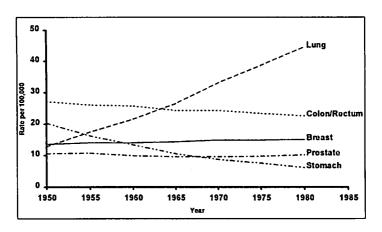
Smith führt eine Reihe von Gründen an, daß die Verbesserung nicht – wie die Mortalitätsstatistik aussagt – erst Mitte der sechziger Jahre einsetzte. Der Rückgang der Mortalität durch Herzkrankheiten insgesamt und einige ihrer Untergruppen vollziehe sich schon mindestens seit 1950.²² Verfeinerte Diagnostik, besonders die Verbreitung des Elektrokardiogramm in den fünfziger Jahren, habe bei der Diagnose der Todesursachen zu Umgruppierungen innerhalb der Klassifikation »Herzkrankheiten« geführt. Todesfälle, die früher anderen Ursachen, speziell der Herzhypertrophie und der chronischen Endokarditis zugeschrieben worden seien, seien dann zunehmend als koronare Herzkrankheit erkannt und klassifiziert worden.²³

Aber selbst wenn man trotz dieser Einwände eine Trendumkehr erst Mitte der sechziger Jahre unterstellen will, können die veränderte Ernährungsweise, der rückläufige Zigarettenkonsum und die Senkung des Bluthochdrucks dafür nicht verantwortlich sein. Es ist zwar richtig, wenn die Verfechter der Cholesterin-Hypothese von einem abnehmenden Anteil der tierischen Fette an der Ernährung sprechen, aber sie erwähnen nicht, daß dies auch für die vorhergehenden Jahrzehnte zutrifft, für die eine wachsende KHK-Sterblichkeit angenommen wird.²⁴ Daten des Nationalen Gesundheits- und Ernährungssurveys berichten, daß in der amerikanischen Bevölkerung zwischen 1960 und 1980 der mittlere Cholesterinspiegel im Blut von 220 mg auf 213 mg pro Deziliter zurückgegangen sei. 25 Davon abgesehen, daß die Validität solcher Messungen umstritten ist²⁶, wird der gesundheitliche Nutzen einer solch geringfügigen Veränderung selbst von den Verfechtern der Cholesterinannahme nicht behauptet. Auch der Zigarettenkonsum hatte 1964, im Jahr der unterstellten Trendumkehr, gerade seinen Höhepunkt erreicht, konnte sich also noch nicht so ausgewirkt haben, daß sein Rückgang als Ursache der *Umkehr* des langfristigen Trends in Frage kommen könnte. Und das Nationale Bluthochdruck-Programm, für das

gleichfalls ein Anteil am Erfolg reklamiert wird, fiel gar erst in die siebziger Jahre, also auch lange nach der unterstellten Wende.

Die Cholesterin-Hypothese für die Herz-Kreislauferkrankungen wird weder durch diese oberflächliche historische Zusammenhangsbehauptung noch durch die zahlreichen epidemiologischen Studien und klinischen Großversuche bestätigt, nicht einmal durch diejenigen, die in den führenden Zeitschriften als Beweise interpretiert werden. Das wird durch neuere kritische Untersuchungen immer mehr evident.²⁷ Eine neulich im British Medical Journal erschienene Meta-Studie kommt zu folgendem Fazit: »In den 22 kontrollierten cholesterinsenkenden Versuchen, wurde weder die KHK-Sterblichkeit noch die Gesamtsterblichkeit signifikant verändert, auch nicht in irgend einer Untergruppe. (...) Schlußfolgerung - Die Senkung des Cholesterinspiegels reduziert nicht das Sterblichkeitsrisiko und es ist unwahrscheinlich, daß es die koronare Herzerkrankung verhindert. Behauptungen des Gegenteils stützen sich auf selektive Zitierweisen unterstützender Versuchsergebnisse. «28 Die rückläufige KHK-Sterblichkeit wartet also noch immer auf eine Erklärung und kann derzeit für kein wie auch immer geartetes Konzept reklamiert werden.

Abbildung 2: Sterblichkeit durch Krebs, ausgewählte Krebskrankheiten, 1950-85, USA – Quelle: *McKinley, J.B. et.al.* (1989): A Review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, in: International Journal of Health Services, Vol.19, No.2, 193



Bei der zweithäufigsten Todesursache Krebs ist es schwierig, von Erfolgen zu sprechen und eine Tendenz auszumachen. Die Abbildung 2 zeigt die längerfristigen Trends zwischen 1950 und 1980. deren auffälligstes Merkmal die enorme Bedeutungszunahme des Lungenkrebses ist. Zwischen 1980 und 1988 hat die altersbereinigte Sterblichkeit für Lungenkrebs bei den weißen Frauen um 36 Prozent und bei den schwarzen Frauen um 26 Prozent zugenommen, während sie bei den Männern in etwa stabil geblieben ist. Jeder fünfte Tod und ein gleicher Anteil an den verlorenen potentiellen Lebensjahren (mehr als bei Herzkrankheiten) ist durch Krebs verursacht. Nun ist Krebs keine einheitliche Krankheit, sondern ein zusammenfassender Begriff für über 100 Krankheiten, deren Gemeinsamkeit im unkontrollierten Wachstum abnormaler Zellen besteht. Die Sterblichkeit für alle Krebsarten steigt bis 1989 noch immer an.²⁹ Bei Männern (altersstandardisiert) ist der Anstieg noch immer zu verzeichnen, während Frauen mit leicht abnehmender Häufigkeit an Krebs sterben. Fragt man nach den Altersgruppen, dann ist die Bevölkerung über 54 Jahre noch immer in steigendem Maß vom Krebstod betroffen, während bei allen Altersgruppen unter 54 Jahren die globale Krebsmortalität rückläufig ist. Am günstigsten sieht es dabei für die Kinder unter 16 Jahren aus, die Ende der achtziger Jahre 33 Prozent weniger an Krebs gestorben sind als 1973.³⁰

Was die Krebs-Inzidenz angeht, besteht kein Zweifel an dem immer noch ansteigenden Trend für beide Geschlechter. Da das Wachstum der Inzidenz größer ist als das der Mortalität, könnte man auf verbesserte Überlebensraten schließen, falls man sicher sein könnte, daß dies nicht ein Effekt verbesserter Diagnostik und größerer Aufmerksamkeit ist. 31

McGinnis, leitender Beamter für Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitsministerium, reklamiert Verbesserungen bei der Mortalität durch »nicht-tabak-verursachten« Krebs um 10 Prozent.³² Diese Zuschreibung beruht auf Annahmen über die Krebsverursachung, die von »Healthy People 2000« entsprechend dem National Cancer Institute wie folgt zusammengefaßt werden: »Der Beitrag von Faktoren des Lebensstils und der Umwelt zur Krebssterblichkeit wird folgendermaßen geschätzt: Ernährung (ungefähr 35 Prozent aller Krebstoten), Tabak (30 Prozent), Sexualverhalten (7 Prozent), Beruf (4 Prozent), Alkohol (3 Prozent), geophysikalische Faktoren (3 Prozent), Umweltverschmutzung (2 Prozent), Industrieprodukte (1 Prozent) sowie Medikamente und medizinische Prozeduren (1 Prozent).«³³ Arbeits- und umweltmedizinische Experten

halten diese Aufstellung für indiskutabel, da sie auf die Lebensstiltheorie zugeschnitten sei.³⁴

Ursachenbezogene Aussagen täten denn auch gut daran, der Empfehlung des »Lancet« zu folgen, die an die sehr begrenzte Aussagefähigkeit der Sammelbezeichnung »Krebs« erinnert und zu bedenken gibt, daß »zwar einige umwelt- und verhaltensbedingte Risikofaktoren einigen Krebsarten gemeinsam sind, es aber unwahrscheinlich ist, daß es welche gibt, die alle gemeinsam haben.«35 Die herrschende Meinung kommt in »Healthy People 2000« zu der Schlußfolgerung: »Die Reduzierung des Tabakkonsums und Veränderungen der Ernährung durch weniger Fett und mehr Früchte, Gemüse, Getreideprodukte und somit faserhaltige Nahrung versprechen den größten Erfolg bei der Verringerung der Krebs-Inzidenz und letztlich der Krebssterblichkeit.«36 Die auffälligste innere Widersprüchlichkeit der herrschenden Meinung besteht in folgendem: Die Veränderung des realen amerikanischen Ernährungsmusters (Reduzierung von tierischen Fetten und Cholesterin, die Zunahme von Pflanzenfett und faserreicher Nahrung) gilt als Erfolgsursache der rückläufigen KHK-Sterblichkeit und bedeutender Präventionsfaktor. Andererseits werden mit der Ernährung 35 Prozent der Krebssterblichkeit erklärt (s.o.). Wie kann man unter dieser Annahme vermeiden, die empfohlene Diät auch für die Zunahme der Krebssterblichkeit verantwortlich zu machen? Das müßte um so mehr zu denken geben, da in den wissenschaftlichen Großversuchen die Rückgänge der KHK-Mortalität in der Interventionsgruppe nicht zuletzt durch zusätzliche Krebs-Sterbefällen ausgeglichen worden sind.37

Die Durchschnittswerte der Krankheits- und Sterbestatistik haben für die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung von so großer sozialer Disparität einen nur begrenzten Aussagewert. Bevor jedoch die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen betrachtet wird, sind einige Informationen über die in den achtziger Jahren wachsende sozialökonomische Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft notwendig.

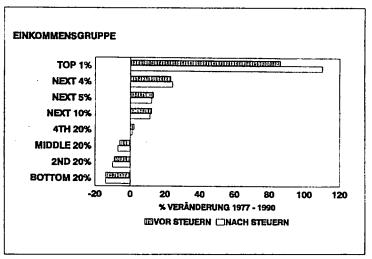
4. Sozialökonomische Polarisierung in den achtziger Jahren

Die achtziger Jahre waren, mit Ausnahme einer scharfen und kurzen Rezession zu Beginn, eine Periode gesamtwirtschaftlichen Wachstums, in der die Zahl der beschäftigten Arbeitskräfte zugenommen hat.³⁸ Trotz Wachstum und steigender Beschäftigung jedoch haben

die Reallöhne zwischen 1980 und 1990 absolut abgenommen.³⁹ Die **Arbeitsproduktivität** der Industrie hat sich – entgegen einer verbreiteten Ansicht – in den achtziger Jahren um durchschnittlich 3,4 Prozent verbessert.⁴⁰ Ihre statistische Definition (Wertschöpfung pro Arbeitseinheit) beinhaltet sowohl den technischen Fortschritt als auch die gesteigerte Arbeitsintensität. Sinkende Reallöhne und steigende Produktivität lassen also sowohl auf gestiegene *Arbeitsbelastung*, als auch auf einen enormen *Verteilungsverlust* der Arbeitskräfte schließen.

Selbst die Aufschwungsjahre zwischen 1982 (Ende der Rezession) und 1987 sind durch den Fortgang der Einkommenspolarisierung gekennzeichnet.⁴¹ Wie die Abbildung 3 zeigt, sind die Realeinkommen für das wohlhabendste Hundertstel der Bevölkerung zwischen 1977 und 1990 brutto um 80 und netto um 110 Prozent gestiegen.⁴² Im gleichen Zeitraum sind die Einkommen der unteren 60 Prozent der Amerikaner real gesunken. Die ärmsten 20 Prozent haben eine Einbuße von 15 Prozent ihres Realeinkommens.⁴³ Die meisten sozialpolitischen Programme sind gleichfalls gekürzt worden.⁴⁴

Abbildung 3: Veränderungen des Realeinkommens 1977-1990, nach Einkommensgruppen, in Prozent – Quelle: *Himmelstein, D.U.; Woolhandler, S. (1992):* The National Health Program Chartbook, Center for National Health Program Studies, Cambridge, Mass.



Der Fortschritt in der Bekämpfung der Armut, der in den sechziger Jahren erzielt worden ist, wurde in den achtziger Jahren zu einem guten Teil wieder hinfällig. 45 39,5 Millionen Amerikaner mußten 1959 von einem Einkommen unter der Armutsgrenze leben. 46 1978 waren es noch 24,7 Millionen (Tiefststand), zehn Jahre später wieder 32,2 Millionen Menschen. Der Anteil der amtlich definierten Armutsbevölkerung ist von 22,4 (1959) auf 11,4 Prozent der Bevölkerung im Jahre 1978 (tiefster Wert) gesunken, in den ersten Reagan-Jahren waren 1983 wieder 15,2 Prozent (35,3 Millionen Personen) erreicht. 1991 lebten 35.7 Millionen (14,3 Prozent) Amerikaner unter der Armutsgrenze mit stark ansteigender Tendenz infolge der seither anhaltenden und sozialpolitisch kaum abgefederten Rezession.⁴⁷ Mit weniger als 125 Prozent des Armutssatzes lebten 1988 42,7 Millionen oder 17,3 Prozent der Bevölkerung. 43,2 Prozent der schwarzen Kinder werden für 1989 in der amtlichen Definition als arm bezeichnet. Eine Studie der Tuft-Universität ermittelte, daß sich die Zahl der hungernden Amerikaner in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre auf 30 Millionen verdoppelt hat.48 Diese dramatische Entwicklung kann in den angeführten Gesundheitsstatistiken noch keinen Niederschlag gefunden haben, aber sie läßt vermuten, daß die in den achtziger Jahren beginnende Polarisierung der Gesundheit sich eher noch verstärken wird.

In den Zahlen der Einkommensstatistik kommt die sozialökonomische Differenzierung der Lebensumstände nur beschränkt zum Ausdruck. Nicht einmal die Möglichkeiten der Teilhabe an der gesamten Warenfülle sind damit gänzlich erfaßt. Von den Arbeitsbedingungen, der sozialen Integration (social support) und sozialen Sicherheit, der Wohnung und Wohnumgebung, den stofflichen Umweltbedingungen, Bildungschancen, Erholungsmöglichkeiten und anderen Bedingungen der Gesundheit ganz zu schweigen. Allerdings dürften sie in etwa der gleichen Weise sozial verteilt sein.

5. Indikator: Ethnische Zugehörigkeit

Die amtliche Gesundheitsstatistik der Vereinigten Staaten veröffentlicht nur wenige Daten, die einen direkten Bezug auf die sozialökonomische Struktur der Gesellschaft zulassen. Die Spärlichkeit von statistischen Angaben über die Zusammenhänge von Krankheit und sozialer Lage steht in keinem Verhältnis zur Üppigkeit, mit der andere Daten und Erkenntnisse präsentiert werden.

Die politischen Kämpfe gegen Rassendiskriminierung haben dazu geführt, daß die amtlichen Statistiken im vielen Fällen die Daten der afroamerikanischen Minderheit gesondert aufführen. Da sich die schwarze und weiße Bevölkerung in ihrem durchschnittlichen sozial-ökonomischen Status voneinander unterscheiden, d.h. überproportional viele Afroamerikaner den unteren Schichten der Gesellschaft angehören, ist es üblich geworden, die entsprechenden statistischen Unterschiede hilfsweise als *Indikatoren für sozioökonomische Ungleichheit* zu nehmen. Tatsächlich wird damit die Realität der soziale Ungleichheit untertrieben:

Die schwarzen Amerikaner verdienten pro Kopf 1988 nur 63 Prozent des durchschnittlichen nationalen Pro-Kopf-Einkommens, 31,6 Prozent der Schwarzen gilt im amtlich-statistischen Sinne als arm (Durchschnitt 13,1 Prozent) und fast die Hälfte der schwarzen Kinder unter 16 Jahren lebt unterhalb der Armutsgrenze (15,2 im Durchschnitt). Wur 58 Prozent der Schwarzen unter 65 Jahren hatten eine private Krankenversicherung (81 Prozent der Weißen), 18 Prozent hatten einen Sozialhilfeanspruch auf medizinische Versorgung (Medicare) und 22 Prozent waren 1988 überhaupt nicht krankenversichert (Durchschnitt 13 Prozent). So

Aber es sind bei weitem nicht mehr alle Schwarzen arm und viele Weiße leben in Armut: 1988 hatten 33,8 Prozent aller schwarzen Haushalte ein jährliches Einkommen von unter 10000 Dollar. Von den weißen Haushalten waren dies zwar nur 14,8 Prozent. Nimmt man die absoluten Zahlen, dann ist ersichtlich, daß davon 3,6 Millionen schwarze und 11,8 Millionen weiße Haushalte betroffen sind, es also 3,3 mal so viele weiße Haushalte in dieser ärmsten Einkommensgruppe gibt wie Haushalte schwarzer Amerikaner. Während 40,2 Prozent der weißen Haushalte 1988 auf mehr als 35000 und 22,1 Prozent auf mehr als 50000 Dollar kamen, waren es unter den schwarzen Haushalten zwar nur 21,3 und 9,9 Prozent, aber das sind immerhin genug zum Beleg, daß es an der Hautfarbe nicht liegt. 51

Das Entsprechende zeigt auch die Beschäftigungsstatistik: Der Anteil der Schwarzen an der Gesamtbeschäftigung liegt mit 10,1 Prozent unterhalb ihres Bevölkerungsanteiles von 12 Prozent. Wenn sie eine Beschäftigung haben, dann sind sie überdurchschnittlich in weniger qualifizierten, schlechter bezahlten und unsichereren Berufen zu finden (Fabrikarbeiter, Haushaltshilfen, Hilfen in kleinen Dienstleistungsbetrieben, untere Verwaltungsangestellte usw.). Aber auch das gilt nicht generell. Die Kategorie »managerial and professional speciality« (s. Abbildung 7) ist zwar mit fast 30 Millionen

Beschäftigten (von 115 Mio.) weitläufig angelegt, auch werden die Schwarzen hier in den »oberen Regionen« des wirtschaftlichen und akademischen Lebens noch stärker unterrepräsentiert sein, aber ihr Anteil macht immerhin 6,1 Prozent aus (bei 10,1 Prozent an der Gesamtbeschäftigung und 12 Prozent der Bevölkerung).⁵²

6. Ethnische Zugehörigkeit und Gesundheit

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen weißen und schwarzen Amerikanern sind ganz überwiegend eine komplexe Folge des generationenlangen Leidensweges dieser Minderheit. 53 Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und verlorene potentielle Lebensjahre sind Indikatoren, denen ein über das unmittelbar Gemessene hinausgehender Informationsgehalt für die gesundheitliche Lage zugeschrieben wird: Die Verläufe aller drei Größen entsprechen den eingangs formulierten Thesen: Erstens: die soziale Ungleichheit (hier gemessen an der ethnischen Ungleichheit) nimmt durchschnittlich bis Ende der siebziger Jahre ab, vergrößert sich aber danach wieder, mit zeitlicher Verzögerung zur sozialökonomischen Polarisierung. Zweitens: Verbesserungen der Durchschnittswerte für die Gesamtbevölkerung gehen einher mit Stagnation oder Verschlechterung bei der afroamerikanischen Minderheit:

Die allgemeine Lebenserwartung bei der Geburt hat sich von durchschnittlich 69,7 Jahren 1960 über 72,6 Jahre 1975 auf 74,9 Jahre verbessert. Seit Mitte der achtziger Jahre stagniert sie. ⁵⁴ Die Differenz zwischen weißen und schwarzen Amerikanern betrug 1960 7,4 Jahre für beide Geschlechter, ging dann auf 6,6 Jahre 1975 und 5,8 Jahre 1985 zurück. In den vier Jahren vor 1988 wuchs der Unterschied wieder auf 6,4 Lebensjahre. Das geht auf die seit 1984 absolut sinkende (von 65,6 Jahren 1984 auf 65,1 Jahre 1988) Lebenserwartung der afroamerikanischen Männer zurück. Die Rassenunterschiede sind vom Tiefpunkt 1984 (6,2 Jahre) bis 1988 wieder auf 7,4 Jahre gewachsen und haben steigende Tendenz. ⁵⁵

Das gleiche Muster finden wir bei der (neonatalen und postneonatalen) Säuglingssterblichkeit: Sie sank im Durchschnitt von 26,0 pro 1 000 Lebendgeborenen 1960 auf 10,0 im Jahr 1988. Bei den Weißen starben 1960 pro 1 000 Geburten 22,9 und im Jahr 1988 nur noch 8,5 Kinder gegenüber 44,3 und 17,6 Kindern schwarzer Eltern. Während sich das Verhältnis von 1960 (1,93) bis 1975 leicht verbesserte (1,84), ist es seither auf 2,1 angestiegen, d.h. die Unterschiede sind heute sogar größer als sie 1960 waren.⁵⁶

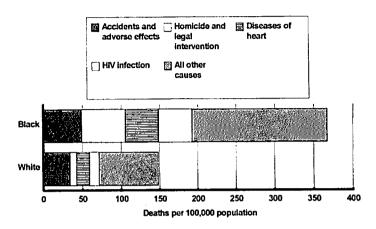
Die amtliche Statistik veröffentlicht für die Jahre seit 1980 die **verlorenen potentiellen Lebensjahre** für die Altersgruppe der unter 65jährigen Amerikaner. Auch hier sind die Unterschiede zwischen Weißen und Schwarzen offensichtlich: Von 1980 bis 1988 sank die Gesamtzahl der verlorenen potentiellen Lebensjahre um fünf Prozent. Vergleicht man die standardisierten Zahlen pro 100000 Einwohner, so beträgt der Verlust bei den Weißen 1988 5698,2 Jahre und bei den Schwarzen 13 845,5 Jahre, das ist das 2,1fache. Nur acht Jahre zuvor war es noch das 1,89fache. Auch bei den Frauen wächst bei durchschnittlichen Verbesserungen die Ungleichheit: 1980 verloren schwarze Frauen das 1,99fache an potentiellen Lebensjahren der weißen Frauen und 1988 ist das Verhältnis auf das 2,13fache angestiegen. 57

Für die meisten einzelnen Todesursachen ist die Mortalität für Schwarze höher als für Weiße und für viele darunter sind die Unterschiede ansteigend. D.h. auch wenn sich in diesen Fällen nicht selten die absoluten Zahlen verbessern, dann verbessern sie sich für die Weißen schneller als für die Schwarzen.⁵⁸

Die jugendlichen Schwarzen von 15 bis 24 Jahren sterben 1,53 mal häufiger als ihre weißen Altersgenossen. Hauptursachen sind Unfälle, Morde und polizeilichen Aktionen (»legal interventions«) sowie Selbstmord, also ausschließlich soziale Faktoren. Das »relative Risiko« für Morde und Polizeiaktionen ist bei den Schwarzen 7,38 mal so groß wie bei den Weißen (59/100000 : 8/100000). 59 In der Altersgruppe der 25 bis 44jährigen Amerikaner (Abbildung 4) ist die Sterblichkeit der Schwarzen um das 2,46fache höher als bei den Weißen. Die Unterschiede bei den tötlichen Verletzungen betragen das 1,6fache, bei Mord und Polizeiaktionen das 8fache (56/100000 zu 8/100000), beim Tod durch Herzkrankheiten das 2,58fache und durch AIDS das 3,58fache, »alle anderen Ursachen« führen bei Schwarzen 2,27 mal häufiger zum Tod als bei ihren weißen Altersgenossen.60 Die hier einzeln aufgeführten Todesursachen sind für den relativ größten Teil der durchschnittlich verlorenen Lebensjahre verantwortlich, da gerade die jüngeren Altersgruppen ein hohes Risiko haben. Die Zahl der Opfer von Gewalt (Mord und Totschlag) hat in den achtziger Jahren besonders drastisch zugenommen, sie erreicht in zwei Jahren annähernd die Zahl der amerikanischen Gefallenen im Vietnam-Krieg.

In der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen Amerikaner beiderlei Geschlechts sind die Unterschiede in der Sterblichkeit mit dem 1,75fachen Wert für die Schwarzen zwar immer noch sehr stark, aber

Abbildung 4: Mortalität für ausgewählte Ursachen bei Personen im Alter von 25 bis 44 Jahren, nach ethnischer Herkunft. USA 1988 – Ouelle: Health United States, 1990, 14 und 42.



erheblich geringer als bei den jüngeren Erwachsenen. Die größte Ungleichheit ist beim Schlaganfall zu verzeichnen (das 2,97fache). Die Herzkrankheiten sind die häufigste Todesursache bei den Schwarzen und die zweithäufigste bei den Weißen, bei denen der Tod durch Krebs die erste Stelle einnimmt.⁶¹

Wie nicht anders zu erwarten ist die Ungleichheit in der höchsten Altersgruppe der über 65jährigen Amerikaner mit der 1,1lfachen Mortalität bei den Schwarzen gegenüber den Weißen durch Selektionsprozesse in der Sterblichkeit am geringsten. In beiden Gruppen sind die Herzkrankheiten die mit Abstand häufigste Todesursache, die bei den Schwarzen nur 1,05fach häufiger vorkommt. Beim Krebs, als der zweithäufigsten Ursache ist es noch das 1,16fache.⁶²

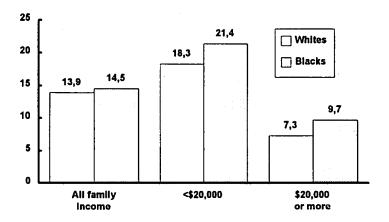
Eine herrschaftskonforme Thematisierung sozialer Mißstände ist deren Zurückführung auf genetische Ursachen. Nach der im amerikanischen Alltagsbewußtsein verankerten Ansicht ist auch die Verelendung der schwarzen Bürger rassisch bedingt. Dem widerspricht allerdings selbst der schwache Widerschein der Realität, als der die quantitativen Maße der Gesundheitsstatistik nur bezeichnet werden können. Mit Deutlichkeit wird sichtbar, daß die soziale Unterschiedlichkeit im Gesundheitsstatus erheblich größer ist als die zwischen den ethnischen Gruppen. Dafür Beispiele:

Personen, die im National Health Interview Survey ihre eigene Gesundheit als »schlecht« (»poor« oder »fair«) eingeschätzt haben,

können in zwei Einkommensklassen von weniger und mehr als 20000 Dollar Jahreseinkommem unterteilt werden. In jeder der beiden Gruppen ist die Gesundheit der Schwarzen etwas schlechter als die der Weißen. In der Gruppe mit über 20000 Dollar sind 5,1 Prozent der weißen und 7,6 Prozent der schwarzen Amerikaner bei schlechter Gesundheit. Aber bei den Weißen mit weniger als 20000 Dollar ist das mit 16,6 Prozent 2,18 mal häufiger der Fall als bei der schwarzen Bevölkerung mit mehr als 20000 Dollar jährlich. 63

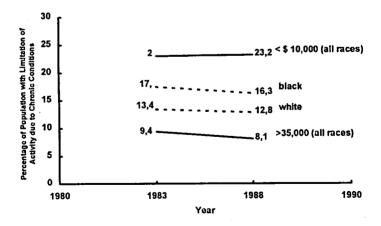
Ähnlich verhält es sich beim Anteil von Personen, die an wichtigen Lebensaktivitäten durch eine chronische Krankheit gehindert sind (Abbildung 5). Einkommensstandardisiert liegt er bei den Schwarzen nur geringfügig über dem der Weißen (14,5 zu 13,9 Prozent). Sowohl bei den Personen mit unter als auch mit über 20000 Dollar Familieneinkommen liegen die Werte der Schwarzen schlechter. Aber den Schwarzen der oberen geht es weit besser als den Weißen der unteren Einkommensgruppe. Ein Teil der hier scheinbar noch »rassisch« bedingten Unterschiede erklärt sich durch den relativ niedrigeren sozialökonomischen Status der Schwarzen innerhalb jeder Gruppe.

Abbildung 5:
Durchschnittlicher Prozentsatz der Personen mit chronischen Einschränkungen der Lebensaktivitäten, nach Familieneinkommen und Rasse, 1985-87 – Quelle: National Center for Health Statistics: Vital and Health Statistics, Health of black and white Americans, 1985-87; zit.n. Navarro, V. (1990): Race or class a.a.O., 1239



Die Abbildung 6 gibt Zahlen aus dem National Health Interview Survey wieder. Hier wurden die Personen ermittelt, die unter Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeiten durch chronische Bedingungen leiden. Das waren 1988 bei den Weißen 12,8 und bei den Schwarzen 16,3 Prozent. Wenn man nach Einkommensgruppen unterteilt, dann sind von den Personen mit unter 10000 Dollar 23.2 Prozent und bei denen mit über 35000 Dollar 8,1 Prozent durch chronische Bedingungen stark eingeschränkt. Vergleicht man nun noch die Werte im Zeitverlauf zwischen 1983 und 1988. dann bestätigt sich wieder das eingangs skizzierte Muster: Für alle Amerikaner im Durchschnitt, für die Schwarzen ebenso wie für die Weißen, nimmt der Anteil der chronisch stark eingeschränkten Personen ab. in diesem Fall sogar die Ungleichheit zwischen den beiden ethnischen Gruppen. Vergleichen wir aber die Einkommensgruppen, so zeigt sich, daß die Armen aller Rassen (unter 10000 Dollar) an diesem Fortschritt nicht teilnehmen (1983: 23.0 und 1988: 23.2), während die Verbesserungen für die sozialökonomischen Mittel- und Oberklassen in nur 5 Jahren ausgeprägt sind.

Abbildung 6: Einschränkungen der Lebensaktivitäten durch chronische Bedingungen, nach Einkommen und Rasse, 1983-88 – Quelle: Health United States, 1989, zit.n. *Navarro, V* (1990): a.a.O., 1239



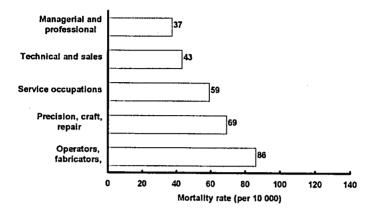
7. Soziale Ungleichheit bei Krankheit

Immer wieder haben Epidemiologen nachgewiesen, daß sich mit wenigen Ausnahmen die Todesursachen und Krankheitsinzidenzen nach sozialökonomischen Merkmalen in einer solchen Deutlichkeit unterscheiden, die weder mit den gebräuchlichen Risikofaktoren des Lebensstils noch mit rassischen oder ethnischen Unterschieden allein erklärt werden kann.64 Die am häufigsten benutzten Indikatoren für soziale Klassen in der Epidemiologie sind die Faktoren Beruf (Beschäftigung), Bildung und Einkommen. Der Pragmatismus, mit dem sie meistens ausgewählt werden, ist theoretisch besser begründbar, als normalerweise angenommen wird. Alle drei Indikatoren sind in Bezug auf Krankheit und Sterblichkeit gleichermaßen reagibel, daher liegt es nahe, nach einem gemeinsamen Merkmal zu fragen. Das ist der ökonomische Reproduktionsprozeß der Gesellschaft: Der zentrale Mechanismus, der dieser ökonomischen Reproduktion die ihr adäquate soziale Schichtung sichert und reproduziert ist der Arbeitsmarkt. Fast alle gesundheitsrelevanten Elemente des sozialökonomischen Status von abhängig Arbeitenden verteilen sich gemäß deren Fähigkeit (bei nicht Berufstätigen: der Fähigkeit des »Haushaltsvorstands«), ihr Arbeitsvermögen erfolgreich anzubieten. Die Bildung reproduziert sich im Hinblick auf die Erfordernisse des Arbeitsmarktes, der berufliche Status wird sozusagen auf den Arbeitsmärkten zugewiesen und die Einkommensverteilung folgt letztlich aus den relativen Knappheitsgraden der angebotenen Arbeitskraft.65

Die Ergebnisse des National Mortality Followback Survey von 1986 zeigen, daß Personen mit geringer formaler Bildung, geringem Einkommen, die entsprechend zu den unteren arbeitenden Schichten (*operators, laborers, fabricators«) gehören, mit signifikant größerer Wahrscheinlichkeit an Herzkrankheiten sterben als die jeweils bessergestellte Gruppe. Die Abbildung 7 zeigt überdies, daß der gesamten Berufshierarchie eine ebensolche Hierarchie der Sterblichkeit entspricht. 66

Auch hier finden wir die Annahme zunehmender Ungleichheit bestätigt: Eine Forschergruppe benutzte als Indikator lediglich die Zahl der Ausbildungsjahre. Die Mortalität durch Herzkrankheiten zwischen 1960 und 1984 ist bei den Männern mit nur sieben oder weniger Ausbildungsjahren unverändert. Die international weit überdurchschnittliche Abnahme der Herzmortalität in den USA hat also in der Unterschicht gar nicht stattgefunden. In einer Nacherhebung

Abbildung 7: Mortalitätsrate für Herzkrankheiten nach Berufsgruppen, USA, 1986 – Quelle: Statistical abstract of the United States, 1988, 376-77, berechnet v.u.zit.n. *Navarro, V* (1990): a.a.O.,1238



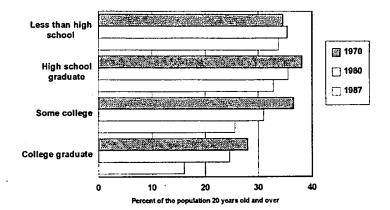
Für alle Herz- und Kreislaufkrankheiten sind die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den sozialökonomischen Schichten größer als zwischen den rassischen Merkmalen: Die berichtete Morbiditätsrate bei »Blue-collar-workers« (operators) betrug mit 9,5 Prozent das 2,9fache der akademischen Berufe (3,2), aber der Unterschied zwischen Weißen und Schwarzen ist nur 1 zu 1,9. Auch für die Verteilung von Krebs nach der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit gibt es zahlreiche epidemiologische Belege.⁶⁸

8. Soziale Ungleichheit bei den »Risikofaktoren« des Lebensstils

Nicht nur Krankheit und chronische Einschränkungen, sondern auch die – eingangs aufgelisteten – pathogenen »Risiken«, die heute dem Lebensstil zugeschrieben werden, verteilen sich unterschiedlich auf die sozialökonomischen Schichten. In den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts waren Rauchen, Bewegungsmangel und fette Nahrung weit häufiger in den oberen als in den unteren Schichten der Gesellschaft zu finden. Aber als die gesundheitlichen Wirkungen größer und offenbarer wurden, holten die unteren Schichten relativ auf, während die Wohlhabenden und Gebildeten anfingen, sich einen weniger riskanten Lebensstil zuzulegen. Es bildete sich – wie bei den Krankheiten – ein sozialer Gradient auch für die

verhaltensbedingten Risikofaktoren heraus, wie das die Abbildung 8 am Beispiel der Raucher zeigt. Auch das Entwicklungsmuster beim Risikofaktor Rauchen zwischen 1970 und 1987 entspricht dem bei Sterblichkeit und Krankheit: es gibt durchschnittliche Verbesserungen, an denen die untere Schicht nicht teilgenommen hat.

Abbildung 8: Zigarettenraucher, nach Bildungsgrad 1970 bis 1987 - Quelle: Statistical Abstract of the United States 1990, 110th edition, Washington. D.C., 1990, 90



Man hat auch ermittelt, daß Bezieher unterer Einkommen weit weniger körperliche Übungen machen. Das wird bevorzugt von jüngeren Weißen der städtischen Mittelschicht getan. ⁶⁹ Auch das, was heute als gesunde Ernährungsweise angesehen wird, ist in enger Weise an den sozialökonomischen Status gebunden. ⁷⁰ Ebenso gehören Menschen mit hohem Übergewicht besonders häufig den Unterschichten an. ⁷¹

Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen geht aber nur teilweise auf die sozial ungleich verteilten »subjektiven Risikofaktoren« zurück. Eine britische Studie fand heraus, daß Staatsbeamte (Civil Servants) der untersten Rangstufe bei den koronaren Herzerkrankungen eine viermal höhere Rate aufweisen als Beamte der obersten Hierarchieebene. Die Forscher wollten nun wissen, ob wie es die herrschende Meinung ist – diese Unterschiede ihre wichtigste Ursache im Gesundheitsverhalten bzw. dem Lebensstil haben. Be trat zwar zutage, daß die untere Schicht in höherem Maße verhaltensabhängige »Risikofaktoren« aufwies, also einen

124 Hagen Külın

höheren Cholesterinspiegel, mehr Übergewicht, höhere Raucherquote, höheren Blutdruck und weniger körperliche Bewegung. Aber nachdem diese Faktoren statistisch neutralisiert waren, war die Morbidität der unteren Schicht noch immer dreimal höher als die der oberen Schicht. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und den Risikofaktoren des »Lebensstils« ist erst neuerdings wied. r durch den britischen »Health and Lifestyle Survey« empirisch nachgewiesen worden. Die dort untersuchten gesundheitsriskanten Verhaltensweisen Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut, Fehlernährung, Übergewicht und Schlafdefizite verteilten sich ebenso wie der Gesundheitsstatus ungleich nach sozialer Klasse, Bildungsgrad, Einkommen, günstigen Wohn- und Umweltbedingungen, sozialer Geborgenheit und Integration.⁷⁴

Die Kritik des naiven Individualismus und des entgesellschafteten Charakters der gängigen lebensstilorientierten Konzepte, kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. 75 So hart und zutreffend sie auf die objektiven und subjektiven Gründe für die sehlende oder mangelhafte Umsetzung der propagierten Verhaltensimperative hinweist, geht sie immer noch nicht weit genug: Selbst wenn die Verhaltensnormen auch unter sozialökonomisch ungünstigen Bedingungen umsetzbar wären, wäre ihre Wirkung wiederum sozial ungleich. So ist der Gesundheitseffekt gleichen Verhaltens (z.B. des Nichtrauchens) in den unteren Klassen und Schichten geringer als bei den Bessergestellten. Darauf haben schon die oben zitierten Untersuchungen mit den Daten der Whitehall-Studie in England verwiesen. Die Untersuchungen Blaxters mit den Daten des britischen Health and Lifestyle Survey bestätigten das erst neulich: die verhaltensabhängigen Gesundheitseffekte sind in Schichten mit günstigeren Lebensbedingungen größer als unter ungünstigen. Daher führt beispielsweise das Rauchen zu größeren Fitness-Unterschieden in der »non-manual class« als in der »manual class«. Für Männer, die leichte Arbeit verrichten, »lohnt« sich das Nichtrauchen gesundheitlich mehr als für Schwerarbeiter. »Gute Ernährung« reduzierte die Erkrankungsraten zwar bei den Frauen der »non-manual class«, aber nicht bei denen der »manual class«. Gesündere Lebensweise scheint generell in den Wohngebieten mit hohem Status zu einer besseren Gesundheit zu führen, als in innerstädtischen Regionen oder Industrieregionen usw. 76.

Kurzum: nicht nur das *Gesundheitsverhalten*, sondern auch dessen *Wirkungen* hängen von den sozialökonomischen Lebensbedingungen ab.⁷⁷

Je besser also die Lebensbedingungen, desto höher der Effekt gesunden Verhaltens. Mehr noch: Die Gesundheitseffekte unterschiedlichen Verhaltens sind geringer als die unterschiedlicher Lebensumstände (angezeigt durch Berufsgruppe, Einkommen, Wohnen, Streß und soziale Unterstützung). Das wird durch die Langzeitstudie im kalifornischen Alameda County bestätigt, wo man 1985 bereits auf 18 Jahre fortlaufende Daten zurückgreifen konnte. The Die Mortalität der Personen mit »inadäquaten« Einkommen betrug das 2,lfache derjenigen mit »sehr adäquaten« Einkommen. Man hat die Daten standardisiert um die Faktoren Alter, Geschlecht, Rasse, Rauchgewohnheit, Alkoholkonsum, Schlafgewohnheiten, körperliche Freizeitaktivitäten, Bluthochdruck, Herzbeschwerden und Brustschmerzen und Krebs und immer noch betrug das Mortalitätsrisiko der unteren von zwei Einkommensgruppen das 1.6fache. The

9. Soziale Ungleichheit der gesundheitsbedingten Lebensqualität

In verschiedenen Kontexten gesundheitspolitischer Diskurse spielt die Argumentation eine Rolle, die Erfolge der steigenden Lebenserwartung verlängerten zwar das Leben, jedoch nur um Jahre, die durch chronische Erkrankungen und Einschränkungen gekennzeichnet seien. Es ist die These vom vergeblichen Bemühen. Sie hat nun auch eine zentrale Bedeutung in der Ende der achtziger Jahre angehobenen Debatte um die »Rationierung« nützlicher medizinischer Leistungen gegenüber alten Menschen bekommen, in der sie der Abwertung des zu Rationierenden dient. ⁸⁰ Aber darüber, ob und zu welchem Anteil die gewonnenen Lebensjahre gesundheitlich beeinträchtigt sind, entscheidet ganz wesentlich die sozialökonomische Schichtzugehörigkeit und nicht die Biologie. Die Vergeblichkeitsthese trifft zwar für die unteren Schichten durchaus zu, nicht jedoch für die soziale Schicht, der ihre Anhänger selbst angehören.

Am Survey Research Center der Universität von Michigan wurde

Am Survey Research Center der Universität von Michigan wurde von 3617 Personen über 25 Jahren der Zusammenhang von Alter und chronischen Einschränkungen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status untersucht. 81 Als abhängige Variable erhob man drei Indikatoren der physischen Gesundheit: (1) ein Index für chronische Bedingungen im letzten Jahr (Arthritis/Rheuma, Lungenkrankheiten, Bluthochdruck, Herzanfälle, Diabetes mellitus, Krebs, Schlaganfall, Brüche, Harninkontinenz); (2) ein Index für den funktionalen Status, angefangen von Bettlägerigkeit bis zur Fähigkeit,

schwere Arbeit außer Haus verrichten zu können; schließlich (3) ein Index der berichteten Begrenzungen bei den täglichen Aktivitäten, reichend von »zum großen Teil« bis »gar nicht«. Für den sozioökonomischen Status bildete man lediglich vier Kategorien, die aus den Indikatoren Einkommen und Bildung (Ausbildungsjahre) zusammengefügt wurden. Diese Einteilung ist sehr grob, bildet nur drei Gruppen von Bildung und nur zwei Einkommensgruppen (über oder unter 20000 Dollar), die jeweils anders kombiniert werden. Die wirkliche Ober- und obere Mittelklasse hat natürlich ein wesentlich höheres Einkommen als 20000 Dollar, so daß die Unterschiede zwischen den statistischen Klassen die Unterschiede der realen Klassen untertreiben: (1) »upper socioeconomic status«: 16 und mehr Jahre Ausbildung und Einkommen von über 20000 Dollar jährlich; (2) *upper-middle SES «: 12-15 Jahre und Einkommen über 20000 Dollar: (3) »lower-middle SES«: 0-11 Jahre oder Einkommen über 20000; (4) »lower SES«; 0-11 Jahre und unter 20000 Dollar. Zu dieser statistischen »Oberklasse« würde in Deutschland bereits jeder akademisch Ausgebildete mit einer entsprechend bezahlten Ganztagsbeschäftigung gehören.

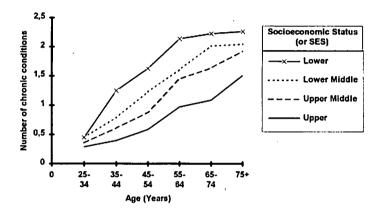
Die Abbildung 9 zeigt, daß in den mittleren Altersgruppen zahlreiche chronische Bedingungen manifest werden, das Ausmaß der Prävalenz aber sehr deutlich vom sozioökonomischen Status abhängig ist: Bei den jungen Erwachsenen (25-34) sind die schichtspezifischen Unterschiede noch nicht signifikant, da chronische Krankheiten und Behinderungen insgesamt noch sehr niedrig sind. Aber schon im frühen mittleren Alter (35-44) sind die Unterschiede beträchtlich. Das steigert sich noch in den Altersgruppen der 45- bis 54jährigen und der 55- bis 64jährigen. Bei den über 75jährigen alten Menschen werden die Disparitäten dann wieder geringer.

Dem Verlaufsmuster des Gesamtindex folgen auch die chronischen Bedingungen, wenn sie einzeln untersucht werden: Die Personen zwischen 35 und 44 Jahren, die der untersten sozioökonomischen Schicht angehören, weisen bereits genau so viele chronische Krankheiten und Einschränkungen auf, wie die älter als 75jährigen der obersten Schicht. Der negative Höhepunkt ist in der untersten Schicht bereits bei den 55- bis 64jährigen erreicht, in der unteren Mittelschicht bei den 65- bis 74jährigen, bei den beiden oberen Schichten aber nicht vor dem 75. Lebensjahr. Es zeigt sich also eine beträchtliche Verschiebung von chronischen Krankheiten und Behinderungen in der höchsten sozioökonomischen Gruppe, in der die mittlere Prävalenz der zehn chronischen Bedingungen bis zum

Alter von 54 Jahren unter 0,5 bleibt und bis zum 75. Lebensjahr unter 1,0. Im Gegensatz dazu wächst die mittlere Prävalenz bei den unteren Gruppen bereits zwischen 25 und 54 Jahren sehr stark.

Abbildung 9:

Chronische Bedingungen im Altersverlauf nach sozioökonomischem Status. (SES = Einkommen und Bildung) – Quelle: Americans' Changing Lives Survey (N = 3.617) House, J.S.; Kessler, R.C.; Herzog, A.R. et.al. (1990): Age, Socioeconomic Status, and Health. The Milbank Quarterly. Vol.68. No.3. 396



Ähnlich verhält es sich bei den bedeutenden funktionalen Einschränkungen und Begrenzungen der alltäglichen Lebensaktivitäten wie der Fähigkeit, schwere Arbeit um das Haus zu verrichten. Sie treten in der oberen Sozialschicht nicht vor dem 75. Lebensjahr auf.

Für die oberen sozialökonomischen Schichten ist – im Unterschied zu den Unterschichten – das, häufig als utopisch angesehene, Ziel der Verschiebung chronischer Erkrankungen ins hohe Lebensalter bereits annähernd realisiert: Über alle Schichten haben nur 0,5 bis 1,4 Prozent der Personen zwischen 25 und 34 drei oder mehr chronische Bedingungen berichtet. In der oberen Schicht erreicht die Prävalenz eines solchen Niveaus der Multimorbidität niemals mehr als 16 Prozent, selbst nicht in der Altersgruppe der über 75jährigen. Dagegen berichten schon 12 Prozent der unteren Schicht im Alter zwischen 35 und 44 Jahren drei oder mehrere chronische Bedingungen, in der Gruppe zwischen 45 und 54 sind es schon 26 Prozent und gar 39 Prozent vor dem 65. Lebensjahr. Ähnlich verhält es sich bei dem Anteil der Personen, die nicht in der Lage sind, ein paar Treppenstufen ohne Schwierigkeiten zu laufen. Das sind weniger als

3 Prozent der Personen aller Schichten im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. In der oberen sozioökonomischen Schicht steigt dieser Anteil auf nur 5 Prozent derer im Alter zwischen 65 und 74 Jahren, sowie auf 9 Prozent bei den über 75jährigen an. Dagegen haben diese Schwierigkeiten in der unteren Schicht schon 12 Prozent der Menschen zwischen ihrem 35. und 44. Lebensjahr, 29 Prozent in der Altersgruppe zwischen 55 und 64, und schließlich über 40 Prozent der alten Menschen über 75 Jahre. Auch hier wird deutlich, daß die beiden unteren sozioökonomischen Schichten bereits im mittleren Lebensalter unter erheblichen chronischen Bedingungen und funktionalen Einschränkungen leiden, die bei der oberen Schicht – wenn sie überhaupt auftreten – ins hohe Alter verschoben sind.

10. Präventionspolitische Schlußfolgerungen

Daraus lassen sich grundlegende präventionspolitische Schlußfolgerungen ziehen: Zwar muß man annehmen, daß ein durchschnittliches Lebensalter von etwa 85 Jahren das äußerste ist, was unter günstigen Lebensbedingungen wahrscheinlich erzielt werden kann.83 Aber das Ziel, die Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen möglichst weit in die letzten Lebensiahre zu verschieben, ist so utopisch nicht. Die Hindernisse sind politischer und sozialer. nicht aber biologischer Art. Bei den oberen sozialökonomischen Schichten kann man durchaus bereits ein niedriges Niveau an Krankheiten und funktionalen Behinderungen bis weit in die späten Phasen des Lebens antreffen. Es ließen sich hier die salutogenen Bedingungen erforschen, unter denen das für alle möglich ist. Die pessimistische These trifft jedoch für die unteren Schichten zu, in denen Krankheit und Behinderung stetig schon in den mittleren Jahren und im frühen Alter wächst. Die große Masse der verhütbaren Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen in der amerikanischen Bevölkerung - d.h. die Krankheiten und funktionellen Behinderungen in den Altersgruppen bis unter 75 Jahre – ist absolut und relativ auf die unteren sozioökonomischen Schichten konzentriert

Bereits die erste amerikanische Gesundheitszielsetzung im Jahre 1979 für 1990 hat als eine übergreifende Priorität die »Verminderung der Ungleichheiten« postuliert. Wie gezeigt, entwickelte sich die soziale Realität mit der entgegengesetzten Tendenz. Es wäre jedoch falsch, für diesen Fehlschlag ausschließlich die – durch staatliche

Politik verstärkte - Polarisierung der ökonomischen Klassen und Schichten in den achtziger Jahren verantwortlich zu machen. Vielmehr wurde und wird das Ziel mit ungeeigneten Mitteln angestrebt.

Das forcierte und praktizierte Konzept der lebensstilorientierten Gesundheitsförderung und Prävention wirkt als Trendverstärker dieser Polarisierung: Denn das dominierende »Paradigma« verhält sich zur (wachsenden) sozialen Ungleichheit von Krankheit und Sterblichkeit paradox. Sein wesentliches Charakteristikum ist die zentrale Rolle des individuellen Lebensstils sowohl im impliziten ätiologischen Modell als auch in der Interventionspraxis. Die individuellen Realisierungschancen für ein gesünderes Verhalten sind jedoch dort größer, wo die Lebenssituation ohnehin gesundheitsgerechter ist. Die teilweise guten, aber auch unzweifelhaft sozial ungleichen Erfolge der lebensstilorientierten Strategie beruhen darauf, daß die Individuen die ihnen – sozial ungleich im umgekehrten Verhältnis zur sozialen Verteilung von Krankheit – zur Verfügung stehenden Verhaltensressourcen besser nutzen können. Das kann sogar manchmal zu absoluten Verbesserungen bei den unteren sozialen Schichten führen, aber die Verbesserung bei den Mittel- und Oberschichten wird exponentiell sein: Es multiplizieren sich nämlich die Folgen (1) der ungleichen Aneignungschancen gesundheitsbezogener Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten mit (2) den ungleichen Ressourcen für Verhaltensänderungen und Risikominderungen. Schließlich tritt (3) noch hinzu, daß die Effekte von anerkannt gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ebenfalls sozial ungleich sind.84

Es ist keine erfolgreiche Strategie für größere gesundheitliche Chancengleichheit denkbar, die nicht gegen die Tendenz der sozialen Polarisierung gerichtet ist. Gegentendenzielle Konzepte zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit müßten zumindest drei Bedingungen erfüllen:

- sie müßten den Charakter des zu fördernden Gesundheitsverhaltens verändern: Weniger durch individuell- anpassendes und privates, als durch gemeinschaftlich-veränderndes und öffentliches Verhalten sind die Voraussetzungen für den notwendigen Zugewinn gesundheitsrelevanter Ressourcen bei den unteren sozialen

Schichten zu erreichen. Die Überlegungen des sogenannten Empowerment-Ansatzes und einzelne, daran anknüpfende Projekte von gesundheitspolitischen Außenseitern gehen in diese Richtung. 85

Kontaktadresse:

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Dr. Hagen Kühn Reichpietschufer 50 – 1000 Berlin 30

Anmerkungen

- Teile des vorliegenden Aufsatzes sind entnommen aus Hagen Kühn: Healthismus

 Präventionspolitik und Gesundheitsförderung am Beispiel U.S.A., Berlin (edition sigma) 1993.
- 2 Kannel, W.; Gordon, T. (eds.) (1968): The Framingham Study, (US-Government Printing Office), Washington, D.C.
- 3 Berkman, L.; Breslow, L. (1985): Health and the Ways of Living, (Oxford University Press) New York
- 4 Department of Health and Human Services, Public Health Service (1990): Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Washington DC. Im weiteren zitiert als Healthy People 2000. Es haben daran 300 Organisationen und alle Gesundheitsministerien der Einzelstaaten sowie die National Institutes of Health, insgesamt mehr als 10000 Experten mitgewirkt, so daß man die Ausführungen durchaus als Ausdruck der herrschenden Meinung betrachten kann.
- 5 Zwar sind von amerikanischen Epidemiologen empirische Studien von hohem Niveau vorgelegt worden, mit denen die herausragende Bedeutung sozialer Krankheitsbedingungen untermauert wurde, insbesondere der sozialen Unterstützung und Integration« (social support) und der sozialökonomische Status, aber in der herrschenden Praxis spielt das kaum eine Rolle.
- 6 Zit.n. Leichter, H.M. (1991): Free to be foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain, (Princeton University Press) Princeton, NJ, 5
- 7 Leichter, H.M.: Free to be foolish, a.a.O., 5
- 8 Leichter, H.M.: Free to be foolish, a.a.O., 9
- 9 Leichter, H.M.: Free to be foolish, a.a.O., 9
- 10 Manson, J.E.; Tosteson, H.; Ridker, P.M.; et.al. (1992): The Primary Prevention of Myocardial Infarktion, New England Journal of Medicine, 326, 21, 1408
- 11 US-Public Health Service (1986): 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review, Washington, D.C. (Gov.Printing Office)
- 12 National Center for Health Statistics (1991): Health United States, 1990, Hyatts-ville, Ma, 67; im folgenden zitiert als Health, United States, 1990; die Angaben für 1989 sind provisorisch.
- 13 Health, United States, 1990, 83
- 14 Health, United States, 1990, 106
- 15 Health, United States, 1990, 73f.

- 16 World Health Organisation (1987, 1988): World Health Statistics annual 1987 and 1988. Geneva
- 17 Der internationale Vergleich zeigt, daß die aufgezeichneten Trends nur für die koronaren Herzkrankheiten (KHK) einen deutlich ausgeprägten Verlauf nehmen, im Unterschied zu allen anderen Herzkrankheiten. Thom, T.J. (1989): International Mortality from Heart Disease: Rates and Trends, International Journal of Epidemiology, Vol.18 (1989), No.3 (Suppl 1), S20
- 18 Thom, T.J. (1989): a.a.O., 21
- 19 Der präventionspolitisch entscheidende Teil der Cholesterin-Hypothese besagt, der Cholesterinspiegel im Blut sei nicht nur ein Frühindikator für koronare Herzkrankheit, sondern auch eine Ursache; d.h. die Senkung des Cholesterinspiegels senke auch das Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko und diese Senkung lasse sich durch die Einhaltung von Diätempfehlungen und/oder die Gabe von Medikamenten in einem Umfang herbeiführen, der zur angestrebten Senkung der KHKSterblichkeit führe.
- 20 Der Report "">»Healthy People 2000"
 zu den Gesundheitszielen für das Jahr 2000, stellt seine präventive Strategie gegen die KHK-Sterblichkeit ebenfalls uneingeschränkt auf diese Annahme. Healthy People 2000"
 . 390ff.
- 21 Higgins, M.; Thom, T. (1989): Trends in CHD in the United States, International Journal of Epidemiology, Vol.18, No.3, Suppl.1, S58ff. So werden auch die Richtlinien des Nationalen Cholesterin Erziehungsprogramms begründet, s. Manson, J.E.; Tosteson, H.; Ridker, P.M.; et.al. (1992): a.a.O., 1408
- 22 Wahrscheinlich schon vor 1950, jedoch sind die Vorjahre nicht statistisch vergleichbar. Thom, selbst ein führender Vertreter der Cholesterin-These aus dem National Heart Lung and Blood Institute, zeigte, daß die Sterblichkeitsraten von 1949 und früher nicht mehr vergleichbar sind. Gorden, T.; Thom, T. (1975): The recent decrease in CHD mortality, Preventive Medicine, No.4, 115
- 23 Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, St. Louis, Miss., 27ff. u.157ff.; dazu Health, United States, 1990, 85f.
- 24 Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, a.a.O., 35f.
- 25 Manson, J.E.; Tosteson, H.; Ridker, P.M.; et.al. (1992): The Primary Prevention of Myocardial Infarktion, a.a.O., 1408
- 26 Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, a.a.O., 107ff. u. 234
- 27 Ravnskov, U. (1992): Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome, British Medical Journal, Vol.305, 15; Smith, R.L. (1991): a.a.O.; Borgers, D. (1992): Die mangelnde Effizienz der Cholesterinhypothese für eine individuelle Präventionsstrategie, Berlin (Wissenschaftszentrum Berlin), Man.; s. den Aufsatz von M.Berger im vorliegenden Band.
- 28 Ravnskov, U. (1992); a.a.O., 15
- 29 Health, United States (1990): 105
- 30 Healthy People 2000, a.a.O., 412
- 31 o.V. (1992): The cancer epidemic: fact or misinterpretation?, The Lancet, Vol. 340, 399 f.
- 32 McGinnis, J.M. (1990): Prevention in 1989: The State of the Nation, American Journal of Preventive Medicine, Vol.6, No.1
- 33 National Cancer Institute (1986): Cancer Control Objectives for the Nation: 1985-2000. National Cancer Institute Monographs 2, Bethesda, MD, US-

- Departm.of Health and Human Services, 1986, zit.n. Healthy People 2000, a.a.O., 415
- 34 Epstein, S.S. (1990): Losing the War against Cancer: Who-s to blame and what to do about it?, International Journal of Health Services, 20, 53-71
- 35 o.V. (1992); The cancer epidemic, a.a.O.
- 36 Healthy People 2000, a.a.O., 415; vgl. für die etablierte Sichtweise: Doll, R. (1991): Progress against cancer: An epidemiologic assessment, American Journal of Epidemiology, 143, 675-688
- 37 s. Ravnskov, Smith, Borgers, Berger, a.a.O.
- 38 Zur Zusammensetzung der neuen Arbeitsplätze s. Cornetz, W. (1987): Die Kehrseite des *amerikanischen Beschäftigungswunders*, Wirtschaftsdienst,/XII, 627-32
- 39 US-Bureau of Census: Statistical Abstract of the United States, 1991, Sec. 13-15; im folgenden zitiert als »Statistical Abstract 19.. «.
- 40 o.V. (1992): Can America compete?, Economist, January 18th, 69ff. Meist wird nur die gesamtwirtschaftliche Produktivität betrachtet, deren relativ schlechte internationale Position sich dem überdurchschnittlich großen Dienstleistungssektor verdankt.
- 41 Danziger, S.; Gottschalk, P.; Smolensky, E. (1989): How the Rich Have Fared, 1973-87, AEA Papers and Proceedings, Vol.79, No.2; OECD Economic Surveys: United States 1990/1991, Paris 1991, 11-23
- 42 Die Differenz zwischen Brutto- und Nettozuwachs (80 zu 110 Prozent) weißt auf die kräftige Mithilfe der staatlichen Steuerpolitik an dieser Einkommenskonzentration hin. In der ersten Amtszeit des Präsidenten Reagan wurde der Steuersatz der Höchstverdienenden von 70 auf 28 Prozent gesenkt und für die mittleren Einkommen (45 000 bis 150000 Dollar) auf 28 bis 33 Prozent festgelegt. Beim gleichen Einkommenssteuersatz wie 1979 müßte heute die oberste Einkommensschicht zusätzliche 78 Milliarden Dollar an die Staatskasse entrichten. Die Zeit v. 5.11.1992
- 43 International Monetary Fund, zit.n.: Center for National Health Program Studies (1992): The National Health Program Chartbook, Cambridge, Ma
- 44 McKenzie, N.; Bilofsky, E. (1991): Shredding the Safety Net. The Dismantling of Public Programs, Health/PAC Bulletin, Vol. 21, No.2, 5-12
- 45 Die Angaben zur Armut, wenn nicht anders angegeben s. Statistical Abstract 1991, 455 u.468, OECD Economic Surveys: United States 1990/1991, a.a.O.
- 46 Die Armutsgrenze lag 1991 bei 6932 Dollar j\u00e4hrlich, bzw. bei 13924 Dollar f\u00fcr einen Vier-Personen-Haushalt
- 47 Frankfurter Rundschau v.11.9.1992
- 48 Frankfurter Rundschau v.11.9.1992
- 49 US-Bureau of the Census: Statistical Abstract of the United States: 1990, Washington, D.C. 1990, 421ff. Im folgenden zit. als Statistical Abstract 1990
- 50 Health, United States, (1990): a.a.O., 34; Vgl. Long, S.H. (1987): Public versus Employment-Related Health Insurance: Experience and Implications for Black and Nonblack Americans, The Milbank Quarterly, Vol.65, Suppl.1, 200ff.
- 51 Statistical Abstract 1990, a.a.O., 444
- 52 Statistical Abstract 1990, a.a.O., 389ff.
- 53 Byrd, W.M.; Clayton, L.A. (1991): The "Slave Health Deficit" Racism and Health Outcomes, Health/PAC Bulletin, Summer, 25ff.

- 54 Health United States (1990): Washington, D.C. 1991, 67; Vgl. Long, S.H. (1987): a.a.O., 200ff.
- 55 Health, United States, (1990): a.a.O., 67
- 56 Health, United States, (1990): a.a.O., 68
- 57 National Center for Health Statistics. Health, United States, 1990, a.a.O., 83/84
- 58 Vgl. New York Times v.23.3.1990: »US health gap is widening beween whites and blacks«; Byrd, W.M.; Clayton, L.A. (1991): The »Slave Health Deficit«, a.a.O.
- 59 Health, United States, 1990, 14 und 42
- 60 Health, United States, 1990, 15 und 42; Eine differenzierte Analyse bietet Mangano, J.J. (1991): Young Adults in the 1980s. Why Mortality Rates are Rising, Health/PAC Bulletin, Summer, 19ff.
- 61 Health, United States, 1990, 15 und 42
- 62 Health, United States, 1990, 16 und 42
- 63 Navarro, V. (1990): Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States, The Lancet, Vol.336, Nov.17, 1238-1240
- 64 Vgl. Marmot, M.; Kogevinas, M.; Elston, M.A. (1987): Social/Economic Status and Disease, in: Annual Review of Public Health, Vol.8, 111-135; Marmot, M. (1989): Socioeconomic Determinants of CHD Mortality, International Journal of Epidemiology, Vol.18, No.3 (Suppl.1), 196-202;
- 65 Einschränkungen, wie die »Anomalie der Lohnkurve« (d.h. bei rückläufigem Lohn wird mehr Arbeitskraft angeboten) und das »bargaining« modifizieren diese generellen Mechanismen, tun aber hier nichts zur Sache.
- 66 Navarro, V. (1990): Race or class..., a.a.O., 1238
- 67 Feldman, J.J.; Makuc, D.M.; Kleinman, J.C.; Cornoni-Huntley, J.: National trends in educational differences in mortality, Man., zit. nach Marmot, M. (1989): a.a.O., 196-202
- 68 Smith, G.D.; Leon, D.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1991): Socioeconomic Differentials in Cancer among men, International Journal of Epidemiology, Vol. 20, 2, 341; andere Studien zeigten die gleichen Muster für Brustkrebs und weitere Krankheitsarten: Krieger, N. (1990): Social class and the black/white crossover in the age-specific incidence of breast cancer, American Journal of Epidemiology, 131, 804-14
- 69 Thomas, G. (1981): Exercise and Health: The Evidence and Implications, Cambridge, Mass.
- 70 Goldstein, M. (1991): The Health Movement. Promoting Fitness in America, New York
- 71 Healthy People 2000, a.a.O., 456
- 72 Marmot, M.G.; Rose, G.; Shipley, M.; Hamilton, P.J.S. (1978): Employment grade and coronary heart disease in British civil servants, Journal of Epidemiology and Community Health, Vol.32, 244-49
- 73 Über diese Studie gibt es eine, für mich unübersichtliche Vielzahl von Veröffentlichungen. 18.403 Bedienstete des Öffentlichen Dienstes (Civil Servants) zwischen 40 und 64 Jahren wurden zwischen 1967 und 1969 untersucht und bis 1989 weiterverfolgt. Smith, G.D.; Leon, D.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1991): a.a.O., 339ff.
- 74 Blaxter, M. (1990): Health and Lifestyles, London & New York, 113ff.

75 Vgl. die theoretisch gut begründete Kritik von Tesh, S. (1988): Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy, New Brunswick & London; s. auch Kühn, H. (1987): Die rationalisierte Ethik – Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, Medizin, Moral und Markt, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 12 (Argument Sonderband AS 146). Berlin/Hamburg. 8-30

- 76 Blaxter, M. (1990): Health and Lifestyles, a.a.O., 203-243; als Indikatoren für »Soziale Klassen« wurde wie in England üblich das allgemeine Berufsregister herangezogen. Nicht nur die Hausfrauen wurden nach der Berufstätigkeit des Ehemannes klassifiziert; auch bei den berufstätigen Frauen ergaben sich klarere Trends, wenn die Klassifikation des Ehemannes zugrunde gelegt wurde. (ebd., 61).
- 77 In verschiedenen Besprechungen wurde auch Kritik am Fehlen statistischer Tests geäußert, mit denen die Nachteile von Querschnittsuntersuchungen im Vergleich zu Longitudinalstudien vermindert hätten werden können (z.B. West, P. (1991): International Journal of Epidemiology, Vol.20, No.2, 577). Von der Qualität der Daten, und dem auch von den Kritikern anerkannten sensiblen Umgang der Autorin mit ihnen abgesehen, sind die Ergebnisse in hohem Maße konsistent mit denen der oben zitierten Longitudinalstudie von Marmot und anderen.
- 78 Es wurden im sogenannten »Human Population Laboratory« 1965 mit Erhebungen bei systematisch ausgewählten 4.452 Haushalten (8.023 Erwachsene) begonnen, die jährlich weitergeführt wird.
- 79 Kaplan, G.A. (1985): Twenty years of health in Alameda County: The human population laboratory analyses, Man.; n. Marmot, M.; Kogevinas, M.; Elston, M.A. (1987): Social/Economic Status and Disease, a.a.O., 129
- 80 Callahan, D. (1990): What kind of life: the limits of medical progress, New York; Zur Rationierungsdebatte insgesamt s. Kühn, H. (1991): Rationierung im Gesundheitswesen. Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.17, Berlin und Hamburg (Argument), 40-72; überarb. Fass.: P91-209, Wissenschaftszentrum Berlin
- 81 House, J.S.; Kessler, R.C.; Herzog, A.R. et.al. (1990): Age, Socioeconomic Status, and Health, The Milbank Quarterly, Vol.68, No.3, 383
- 82 Diese Ergebnisse sind mit den Daten des National Health Interview Survey (N = 55.690), sowohl für chronische Bedingungen als auch für einen Indikator für funktionale Einschränkungen, im Prinzip nachvollzogen und bestätigt worden.
- 83 Fries, J.F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity, New England Journal of Medicine, 303, 130-36
- 84 Nichts davon hat man verstanden, wenn man wie der Sozialmediziner Gutzwiller das Problem in den fehlenden Erkenntnissen sieht, »wie die Gesundheitsbotschaft schichtspezifisch an den Mann oder an die Frau gebracht werden kann.«, Plenumsdiskussion, abgedruckt in Arnold, M.; v. Ferber, C.; Henke, K.D. (Hrsg.) (1990): Ökonomie der Prävention, Gerlingen, 60
- 85 Zum Empowerment-Ansatz vgl. Ottawa Charter for Health Promotion: Charter endorsed at the First International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986; Exemplarisch vgl Minkler, M. (1992): Community Organizing among the Elderly Poor in the United States: A Case Study, International Journal of Health Services, 22, 2, 303-16; LaVeist, T. (1992): The Political Empowerment and Health Status of African-Americans: Mapping a New Territory, in: American Journal of Sociology, 97, 4, 1080-95

Gesundheitsberufe

Martin Moers und Doris Schaeffer

Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege

Erfahrungen aus den USA

In den letzten Jahren ist die Qualifikationsmisere in der Pflege unübersehbar geworden. Nachdem ihr bislang von politischer Seite aus überwiegend in Form von Absichtsbekundungen zu begegnen versucht wurde, denen auch die wenigen verdienstvollen Einzelinitiativen und aufschlußreichen Modellversuche, die es bereits seit Ende der siebziger Jahre gibt, keine größere Schubkraft verleihen konnten, beginnt sich nun ein Wandel abzuzeichnen. An einigen Universitäten und einer Reihe von Fachhochschulen wird damit begonnen, Studiengänge einzurichten und die Akademisierung der Pflege voranzutreiben. Mit der Konkretisierung der Studiengangsvorhaben liegt nahe, die amerikanischen Erfahrungen heranzuziehen, denn in den USA werden bereits seit Anfang des Jahrhunderts universitäre Ausbildungen für Pflegekräfte angeboten. Sie waren zunächst eher erziehungswissenschaftlich orientiert, sind aber seit den sechziger Jahren pflegewissenschaftlich ausgerichtet (Meleis 1988: 436). Die seither gesammelten Erfahrungen können für die bundesrepublikanische Diskussion wertvolle Anregungen liefern. Dabei ist nicht einzig an Fragen der Konturierung der Studiengänge und curriculare Probleme gedacht. Auch in der Bundesrepublik setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, daß es zwar auch um eine Anhebung des Qualifikationsniveaus geht, diese jedoch nicht auf einige Bereiche der Pflege (Lehr- oder Leitungsfunktionen) beschränkt sein kann, sondern zugleich die Pflegewissenschaft in Deutschland einzuführen ist (Bischoff/Botschafter 1992; Botschafter/Moers 1990: Wittneben 1991)1. Mit anderen Worten, hinter den Initiativen zur Etablierung von Pflegestudiengängen verbirgt sich auch die Frage, wie Pflege als wissenschaftliches Fach zu etablieren und die Verwissenschaftlichung der Pflege voranzutreiben ist. Und auch dafür, wie die Produktion sowie die Universalisierung und Systematisierung von pflegerischem Wissen zu fördern ist, lassen sich in den USA eine Reihe von Hinweisen finden. Unsere Ausführungen werden sich auf beide Aspekte beziehen und sowohl Ausbildungsfragen als auch Probleme der Theoriebildung und der Generierung pflegerischen Wissens behandeln. Zuvor aber wird der Stellenwert der Pflege unter den Gesundheitsberusen in den USA skizziert.

In den USA kommt der Pflege eine größere Bedeutung zu als im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen. Dies drückt sich unter anderem in der Anzahl der Pflegekräfte aus, die 1981 für die BRD 33 pro 10000 Einwohner, für die USA hingegen 56, also fast das Doppelte, beträgt (Alber 1990a: 130). Dabei ist die Arztdichte in den USA nur etwas niedriger: kommen hier auf 10000 Einwohner 19 Ärzte, so sind es in der BRD 24 (Alber 1988: 122).

Betrachtet man das Qualifikationsniveau, so ergibt sich folgendes Bild. In den letzten Jahren hat sich durchgängig ein Trend zur Höherqualifikation durchgesetzt: 1987 gab es 28 Prozent mehr »Registered Nurses« (staatlich examnierte Pflegekräfte) als 1980. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Hilfs-Pflegekräfte um 22 Prozent. 1980 stellten die Registered Nurses 56 Prozent, 1987 hingegen 65 Prozent des Pflegepersonals (Pope/Menke 1990: 129f.).

Parallel dazu ist auch die absolute Zahl der Registered Nurses deutlich gestiegen: Von 316 000 im Jahre 1950 auf 1 404 000 im Jahre 1983 (Williams/Torrens 1988: 326)². Von diesen Kräften arbeitet eine beträchtliche Zahl in der direkten Pflegepraxis, denn für Leitungstellen wird in der Regel ein Universitätsabschluß vorausgesetzt, über den nur ein Teil der Registered Nurses verfügt (Doheny et al. 1992: 83).

Der Trend zur Höherqualifizierung drückt sich nicht nur in der steigenden Zahl der Registered Nurses aus, sondern auch darin, daß es zunehmend mehr akademisch ausgebildete Pflegekräfte gibt: 91 Prozenten des Ausbildungsjahrgangs 1988 absolvierten ihre Ausbildung an einer Hochschule. Das Angebot an wissenschaftlichen Pflegeausbildungen wird also extrem nachgefragt. Wer sich in den USA überhaupt als Pflegekraft qualifiziert, tut dies inzwischen mehrheitlich mit einer wissenschaftlichen Ausbildung. Für die BRD kann im Unterscheid dazu von einem sehr hohen Anteil dreijährig ausgebildeter Pflegekräfte ausgegangen werden – in den Krankenhäusern liegt ihr Anteil bei über 80 % des Pflegepersonals (Alber 1990: 36) –, jedoch gibt es auf Grund des schwierigen Situation der Pflege in der Aus- und Weiterbildung keine in der BRD wissenschaftlich ausgebildeten Pflegekräfte.

Pflegeausbildungen in den USA

Betrachtet man die Pflegeausbildungen in den USA, so ergibt sich ein recht komplexes Bild. Dies ist im wesentlichen dadurch bestimmt, daß zwischen pflegepraktischen und pflegetheoretischen Ausbildungen getrennt wird oder anders gesagt: Pflege einerseits als Beruf vermittelt wird und es daneben wissenschaftliche Aus- und Weiterbildungen gibt, die entweder auf der vorhergehenden berufliche Pflegeausbildung aufbauen oder die Vermittlung pflegepraktischer beruflicher Fähigkeiten einschließen. Wie auch immer – die Beibehaltung der dualen Ausbildung – Pflege als Beruf und als Wissenschaft – deutet darauf, daß die Pflege bei allen Verwissenschaftlichungen auch eine praktische Tätigkeit darstellt, die ohne entsprechende Fertigkeiten nicht ausgeübt werden kann. Diese Fertigkeiten gelten sozusagen als Basisqualifikation, auf der die Studienmöglichkeiten aufbauen.

In den USA muß zunächst eine – meist dreijährige – pflegerische Grundausbildung absolviert werden, die von den meisten Einrichtungen der Krankenversorgung als Voraussetzung verlangt wird, um Pflege eigenständig als Beruf ausüben zu können. Das kann auf zweierlei Art und Weise geschehen. Die Grundausbildung wird zum einen – vergleichbar der hiesigen Praxis – von Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern angeboten und mit einem Staatsexamen vor dem »Board of Nursing« – einer Art Pflegekammer, die u.a. die Ausbildungsinhalte kontrolliert und Prüfungen abnimmt – abgeschlossen. Das Staatsexamen berechtigt zur Berufsausübung der Pflege mit dem Titel Registered Nurse (RN). Der Anteil der auf diese Weise Ausgebildeten ist kontinuierlich gesunken. 1955 stellten die Krankenpflegeschulen 89 Prozent der Diplome, 1989 waren es nur noch 9 Prozent (Doheny et al.: 81f.).

Die Grundausbildung wird außerdem von Hochschulen angeboten und ist dann umfassender: Sie beinhaltet sowohl eine pflegerische Grundausbildung wie auch ein pflegewissenschaftliches Studium. Diese Ausbildung wird sowohl mit dem Staatsexamen zur Registered Nurse als auch mit einer universitären Prüfung, die zum Erwerb des »Bachelor of Science« (BS) führt, abgeschlossen und dauert in der Regel vier Jahre. Es werden inzwischen fast alle Registerd Nurses akademisch ausgebildet, 58 Prozent absolvieren jedoch sogenannte »associate degree«-Programme, die eine auf zwei Jahre verkürzte College-Ausbildung beinhalten (Doheny et al. 1992: 81f.). In den letzten Jahren drängen die Berufsverbände allerdings darauf, den

Hochschulabschluß (»Bachelor of Science«) zur alleinigen Voraussetzung für den Erwerb des Titels Registered Nurse zu machen, der durch die Eintragung bei der Pflegekammer attestiert wird (Doheny et al. 1992: 87). Damit wäre ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege getan.

Unterhalb des Niveaus der Registered Nurse gibt es zahlreiche nicht-universitäre Pflegeausbildungen verschiedener Dauer, meist in Krankenhäusern, die zu niedrigeren staatlichen Abschlüssen führen: Graduate Nurse (GN), Licensed Graduate Practical Nurse (LGPN), sowie Licensed Vocational Nurse und Nurse's Aide. Die Ausbildung zur LGPN beispielsweise ist etwa unserer einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer vergleichbar.

Oberhalb des Niveaus der Registered Nurse gibt es nur noch Hochschulausbildungen. Voraussetzung, weitere Pflegestudiengänge zu absolvieren, ist das Vorhandensein eines »Bachelor of Science« (BS), dem niedrigsten Hochschulabschluß, und die Eintragung als Registered Nurse. Wichtig zu wissen ist, daß der BS auch in einem anderen Fach erworben werden kann. Aufbauend auf dem BS ermöglicht das amerikanische System den Abschluß »Master of Science« (MS) und anschließend die Promotion. Die wichtigste Hochschulausbildung ist zur Zeit die zum Nurse Practitioner (NP). Sie wird im Rahmen eines Master-Programms erworben und folglich mit einem MS abgeschlossen. Daran können sich »doctoral studies« anschließen, die mit einem »Doctor of Nursing Science« (DNS) oder neuerdings auch »Doctor of Philosophy« (PhD) abschließen. Schematisch sieht dieses duale Ausbildungssystem folgendermaßen aus:

Staatlicher Berufsabschluß

Pflegewissenschaftlicher Universitätsabschluß

Nurse's Aide

Licensed Vocational Nurse

Licensed Graduate Practical Nurse

Graduate Nurse

Registered Nurse (mit oder ohne): Bachelor of Science

Master of Science (Nurse Practitioner o.

Clinical Nurse Specialist)
Doctor of Nursing Science
Doctor of Philosophy
Professor of Nursing

Das Schema verdeutlicht, daß der Erwerb des MS und der Promotion sowohl den BS als auch das RN-Examen voraussetzen.

Alle Pflegestudiengänge sind an Universitäten angegliedert, wobei zu betonen ist, daß es eine solche Differenzierung des Hochschulwesens wie hier nicht gibt. Will man einen Vergleich wagen, so kann aber die Ausdifferenzierung der Studienmöglichkeiten als Korrelat gelten. So gesehen ist der BS tendenziell mit einem Fachhochschulabschluß zu vergleichen, der MS mit dem Magister bzw. Universitäts-Diplom. Im folgenden werden wir exemplarisch die Situation an der »School of Nursing« der UCSF beleuchten und einen Einblick in deren Studiengänge und die Probleme nach dem »pflegewissenschaftlichen Aufbruch« geben.

Die School of Nursing der UCSF3

In den USA ist die Institutionalisierung der Pflege an den Universitäten und auch die Autonomisierung relativ weit fortgeschritten. Zwar gibt es auch Pflegestudiengänge, die eng an medizinische Fachbereiche angegliedert sind, an vielen Universitäten aber hat die Pflege eigene Fachbereiche mit entsprechenden Lehrstuhlausstattungen und auch eigene Promotions-Studiengänge. An der staatlichen »University of California«, die insgesamt über neun verschiedene Standorte verfügt, gibt es beispielsweise an der UCSF (San Francisco) oder an der UCLA (Los Angeles) eigene »Schools of Nursing«, die unseren Fakultäten oder Fachbereichen entsprechen. Die UCSF ist als einzige von ihnen ein reiner »Health Sciences-Campus«, d.h. sie besteht ausschließlich aus gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten. Dazu gehört neben Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie auch die Pflege. Allein diese Zusammensetzung zeigt exemplarisch die Bedeutung, die der Pflege und den Pflegewissenschaften in den USA beigemessen wird. Die einzelnen Fakultäten bestehen unabhängig voneinander, sie kooperieren jedoch. Public Health - eine wichtige gesundheitswissenschaftliche Fakultät - fehlt an der UCSF. Es gibt jedoch einzelne Institute wie das »Center for Aids Prevention Studies (CAPS)« mit über 70 wissenschaftlichen Mitarbeitern. Eine Public-Health-Fakultät existiert an der benachbarten Universität in Berkeley. Zu ihr besteht seitens der School of Nursing ein Kooperationsverhältnis, das sich vornehmlich auf die Promotions-Studiengänge bezicht.

An der UCSF werden getrennte Fachbereiche von Pflege und Public Health zumindest aus der Sicht der Pflegewissenschaft für erstrebenswert gehalten, damit beide Disziplinen ihre eigene Identität entwickeln können und Unterschiede nicht verwischt werden. Das ist nicht zuletzt deshalb erwähnenswert, weil Public Health und Pflege hierzulande einigenorts ein Bündnis eingehen und sich gemeinsam zu etablieren versuchen, womit sie in Gefahr stehen, über wesentliche Divergenzen beider Disziplinen hinwegzugehen. Gleichwohl werden die Gemeinsamkeiten von Pflege und Public Health trotz aller Differenzen für sehr groß und auf jeden Fall für größer gehalten als die der Pflege mit der Medizin. Wir werden das kurz erläutern, weil es für die hiesige Diskussion wichtig ist.

Sowohl Public Health als jüngst auch Pflege definieren »Gesundheit, Gesundheitserhaltung und -förderung« als eine der Leitmaximen ihres Handelns. Beiden geht es außerdem nicht in erster Linie um die Beseitigung von Krankheit (wie der kurativen Medizin), sondern um Verhinderung des Eintritts von Gesundheitsstörungen bzw. Befähigung zu und Stärkung von autonomer Lebenspraxis: auch trotz und mit Gesundheitsbeeinträchtigungen und den damit verbundenen Autonomieeinbußen. Das Interesse gilt folglich »Gesunden« wie auch »Kranken«, ist aber - geht es um Kranke - ebenfalls nicht an Krankheitsbeseitigung (wie es für die Medizin zutrifft), sondern an Optimierung von Gesundheit orientiert, wobei Pflege mit ihren Mitteln partiell immer auch Krankheitsbearbeitung zur Aufgabe hat. Public Health und Pflege haben also eine - von der Medizin abgesetzte – gemeinsame Zielsetzung. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres Gegenstands, ihrer Herangehensweise und der Perspektive. Während sich das Interesse und die Interventionen von Public Health auf die Gesundheit(serhaltung und förderung) von Bevölkerungsgruppen beziehen, richten sich die der Pflege an das Individuum und seine (beeinträchtigten) Gesundheitspotentiale. Die Pflege geht vom Einzelfall aus, zielt auf das Individuum als Teil seiner sozialen, psychischen und kulturellen Umwelt und begreift es als soziales und leibliches Wesen. Public Health betrachtet die lebensweltlichen Bedingungen der Gesundheit von sozialen Gruppen. Entsprechend dieser divergierenden Interessen unterscheiden sich auch die Herangehensweisen und (Interventions-)Konzepte beider: präferiert Pflege eher individuenzentrierte und insofern patientenorientierte Modelle, so legt Public Health die Gewichtung auf gruppenspezifische, verhaltens- und verhältnisorientierte orientierte Konzepte.

Studiengänge der School of Nursing der UCSF

Die School of Nursing verfügt über vier Departments (Abteilungen):

- Family Health Care Nursing (Familienpflege);
- Mental Health, Community, and Administrative Nursing (Psychiatrische Pflege, Gemeindepflege und Pflegemanagement);
- Physiological Nursing (Physiologische Pflege);
- Social and Behavioral Sciences (Sozial- und Verhaltenswissenschaften).

Familienpflege umfaßt Kinderkrankenpflege, Geburtshilfe sowie Mutter-und-Kind-Betreuung. Physiologische Pflege entspricht am ehesten der in der BRD üblichen Krankenpflege und besteht u.a. aus interner, chirurgischer, onkologischer, gerontologischer und Intensivpflege. Jede Abteilung hat eigene Studiengänge und eigene fachspezifische Abschlüsse. Das bedeutet, daß an der Abteilung für Sozial- und Verhaltenswissenschaften in Soziologie promoviert (PhD in Sociology) werden kann. Genau besehen zeigt sich hier noch einmal der Status der Schools of Nursing: Soziologie, die als Wissenschaft hierzulande ein ungleich höheres Ansehen genießt als Pflege, ist als Abteilung an einem Pflegefachbereich angesiedelt und verfügt über prominente und in den Reihen der Soziologie international anerkannte Vertreter ihres Fach wie etwa Anselm Strauss.

Alle Abteilungen der School of Nursing haben mehrere Schwerpunkte gesetzt und damit korrespondierende Studienprogramme entwickelt, die flexibel auf Anforderungen des Berufsfeldes reagieren. In den Pflege-Abteilungen werden zur Zeit 22 berufliche Spezialisierungen mit jeweils eigenen Studienprogrammen angeboten. An der School of Nursing lehren insgesamt ca. 360 Wissenschaftler, davon 72 ordentliche oder außerordentliche Professoren (UCSF 1991).

Zum Angebot der School of Nursing der UCSF zählen ausschließlich Post-Graduierten-Studienprogramme. Der Erwerb des BS ist dort also nicht möglich. Sie ist damit eine der drei Elite-Universitäten für Pflege in den USA mit unterschiedlichen Studienprogrammen für den Master of Science und die Promotion. Einige davon werden wir im folgenden darstellen.

Master-Studienprogramme

a) Nurse Practitioner

Auch die Master-Studienprogramme bereiten die Absolventen (ebenso wie die BS-Studienprogramme) für Aufgaben in der unmittelbaren Pflegepraxis vor. Das ist insofern bemerkenswert, als es nur

wenige gesonderte Studienprogramme gibt, die einzig für Lehr- und Managementfunktionen in der Pflege ausbilden bzw. direkt auf diese Funktion zugeschnitten sind, wie sie hier in jüngster Zeit vermehrt diskutiert werden (für die USA: Chinn/Kramer 1991: 39; für die Bundesrepublik Robert-Bosch-Stiftung 1992).

Viele der Master-Studienprogramme bilden zum »Nurse Practitioner« aus. Nurse Practitioners sind – wie die Bezeichnung andeutet – hochqualifizierte, für leitende Funktionen in der Pflegepraxis ausgebildete Kräfte. Zu ihrem Wirkungsfeld gehören zahlreiche Aufgaben, die hier bereits in den Kompetenzbereich der Ärzte fallen und beispielsweise im Krankenhaus den Stationsärzten obliegen.

Die meisten dieser Studienprogramme wurden in den sechziger Jahren eingerichtet. Ihr Ziel war, die Pflege aufzuwerten und ihr mehr Unabhängigkeit von der Medizin zu verschaffen. Darunter wurde allerdings keine Lösung von der Medizin verstanden, sondern eine Ausdehnung des Wirkungsfeldes und Kompetenzbereichs der Pflege sowie größere Eigenständigkeit in medizinischen Feldern gedacht wurde vor allem an den Krankenhausbereich. Dem kam die Tatsache entgegen, daß die stationäre ärztliche Versorgung in den USA in einer Art Belegarztsystem organisiert ist, die Patienten in den Krankenhäusern also zumeist von ihrem niedergelassenen Arzt betreut werden. Infolge dessen sind die meisten Krankenhäuser vor allem die privaten – nahezu arztleer. Die Pflege übernahm in der Folgezeit viele der Aufgaben, die im Zusammenhang mit moderner Diagnostik und Therapie eingeführt wurden (s.a. Willams/Torrens 1988: 329ff.). Ein Blick in die Praxis zeigt, daß ihr die angestrebte Kompetenz- und Autonomieausdehnung in der Tat gelungen sind. Die Nurse Practitioners arbeiten in den USA sehr selbstständig, sind direkt an der medizinischen Versorgung beteiligt, bestreiten sogar weite Teile alleine, arbeiten dabei jedoch extrem medizinorientiert. Die Diagnose von Krankheiten sowie die Verschreibung und Vergabe von Medikamenten in allen Applikationsformen einschließlich dem Anlegen intravenöser Infusionen, im stationären Bereich auch Aufnahmen und Entlassungen von Patienten, Eingangsuntersuchungen etc. bilden einen wesentlichen Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Die Tätigkeit der Pflegekräfte und speziell die der Nurse Practitioners ist allerdings sehr arztähnlich, so daß dem nicht mit den amerikanischen Verhältnissen vertrauten Beobachter zunächst kaum Unterschiede zwischen Ärzten und Nurse Practitioners gewahr werden.

Um die Rolle und den Status der Nurse Practitioners in der medizinischen Versorgung zu illustrieren, sei ein Beispiel herangezogen.

So verfügt die Ward 86, die Aids-Ambulanz des General Hospital in San Francisco, in der täglich 120 Patienten behandelt werden, über 5 Nurse Practitioners und 145 andere Mitarbeiter (inclusive anders qualifizierter Pflegekräfte, Sozialarbeiter, administrativer Kräfte etc.). Selbständige Konsultationen mit Aids-Patienten, die alle medizinischen Fragen der Diagnostik und Therapie beinhalten und zu denen nur in Zweifelsfällen erfahrene Ärzte hinzugezogen werden, gehören ebenso zu den Aufgaben der Nurse Practitioners wie Leitungsfunktionen, Koordination und Supervision der Mitarbeiter, eigenständige Durchführung von Forschung etc. Der arztähnliche Status der Nurse Practitioners schlägt sich auch in der Höhe des Gehalts nieder: Es beträgt für Ärzte 65000 Dollar/Jahr und Nurse Practitioners 50000 Dollar/Jahr, weist also hinsichtlich seiner Höhe keine eklatanten Unterschiede auf.

Trotz aller Erfolge wird diese durch die Nurse Practitioner-Studienprogramme eingeleitete Entwicklung retrospektiv als zwiespältig beurteilt. Denn faktisch wurde damit eine Vernaturwissenschaftlichung, »Medizinalisierung«, d.h. eine noch weitergehende Anlehnung an die Krankheitsorientierung und folglich eine Unterordnung unter die Deutungsmacht der Medizin - betrieben. Beispielsweise haben die Nurse Practitioner-Studienprogramme einen medizinischen Orientierungsrahmen und einen überwiegend aus medizinischen Inhalten bestehenden Fächerkanon, damit die Pflegekräfte den an sie gestellten (medizinischen) Anforderungen besser gerecht werden können. Unversehens wurde so unter dem Vorzeichen des Strebens nach mehr Unabhängigkeit von der Medizin eine Verfremdung der Pflege hergestellt und das genuin Pflegerische aus den Augen verloren. Nicht zuletzt um dieser zunehmenden Medizinorientierung und Vernaturwissenschaftlichung der Pflege entgegenzuwirken, erfolgte eine Kurskorrektur. Seit einiger Zeit werden neue Studienprogramme konzipiert, in denen die eigenständige Bedeutung der Pflege im Vordergrund steht.

b) Clinical Nurse Specialist

In diesem Kontext entstand an der School of Nursing in San Francisco ein Programm, das zum »Clinical Nurse Specialist« ausbildet. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Master-Programm, dessen Bezeichnung auf den ersten Blick irritierend ist. »Clinical« meint keineswegs »klinisch« im Sinn von Klinik/Krankenhaus, sondern zielt auf die personale Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient. »Klinische Pflege« strebt analog zur klinischen Psychologie oder

klinischen Soziologie (Dewe/Radtke 1989) an, die »eigentlichen« Funktionen der Pflege über »klinische«, d.h. personen- und situationsbezogene Kompetenzen wirksam werden zu lassen (und nicht über medizin-technizistische Fertigkeiten). Die Bezeichnung zielt somit auf die »face-to-face«-Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient und versucht, die Pflege als eigenständiges Handlungsfeld an die Beratung und Therapie anzuschließen. »Clinical procedure is characterized by the case method, co-operative work, and a therapeutic aim« – so beschreibt Wirth, ein Angehöriger der Chicagoer Schule der Soziologie (Wirth, 1931: 49), den klinischen Zugriff.

Hier scheint bereits durch, daß sich hinter diesen Studienprogrammen eine wichtige Wende verbirgt. Sie stehen als Symbol dafür, daß die Pflege mehr und mehr beginnt, sich von dem Streben nach scheinbarer Unabhängigkeit durch Übernahme medizinischer Funktionen bei gleichzeitiger Subsumtion unter professionsfremde Paradigmen zu verabschieden und sich verstärkt auf eigene Ziele, Herangehensweisen und Theoreme besinnt.

Zwei Besonderheiten kennzeichnen das Programm. Zum einen wird entschieden mehr Wert auf patientenorientierte Pflegekonzepte sowie die (therapeutischen) Eigentümlichkeiten der Pflegender-Patient-Interaktion gelegt und zum anderen nicht mehr der Krankenhausbereich als zentrales Feld pflegerischen Handelns betrachtet, sondern die ambulante Versorgung. In Korrespondenz zu den von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellten Zielen (WHO 1978) geht es um eine Steigerung der Lebensqualität gesundheitlich beeinträchtigter Menschen durch Versorgung und Betreuung in der eigenen sozialen Umwelt (»Primary Health Care« bzw. »Gemeindenahe Versorgung« sowie das Primat »ambulant vor stationär«; Meleis 1990; Parse 1992). Damit werden das Zuhause der Patienten und ihre soziale, psychische und kulturelle Umgebung, ihre alltägliche Lebenssituation sowie ihre Lebensbedingungen, Fragen des Zugangs zur Versorgung, des sozialen Netzes und die Stärkung der (beeinträchtigten) Gesundheitspotentiale und Krankheitsbewältigungskompetenzen der Patienten zum Ausgangspunkt der Pflegeausbildung.

Promotionsstudienprogramme

Doctor of Nursing oder Doctor of Philosphy. – In den Promotionsstudienprogrammen werden Pflegewissenschaftler, -forscher und auch -lehrer ausgebildet, wobei wir noch einmal herausstreichen

möchten, daß es nur wenige Studienprogramme gibt, die explizit zum Pflegelehrer ausbilden und didaktische Fragen zum Studienschwerpunkt erheben. 1988 zählte Meleis für die gesamten USA 45 verschiedene Promotionsstudienprogramme (Meleis 1988: 436), die zu unterschiedlichen Abschlüssen führen: »Doctor in Education« (EdD = Erziehungswissenschaften), »Doctor of Philosophy« (PhD), »Doctor of Nursing Sciene« (DNS) und »Doctor of Nursing« (ND). 1987 gab es 1500 Studenten, die den Abschluß Promotion anstrebten und 210 entsprechende Absolventen. Die meisten von ihnen sind in Lehrfunktionen tätig, verstehen sich jedoch vornehmlich als Pflegewissenschaftler und nicht als Pflegelehrer.

Bei den Promotionsstudienprogrammen hat ähnlich wie bei den Master-Programmmen in den letzten Jahren eine Umorientierung und verbunden damit eine konzeptionelle Weiterentwicklung stattgefunden. So wurden an der School of Nursing in San Francisco bis vor kurzem nur Studienprogramme angeboten, die zum »Doctor of Nursing Science« (DNS) qualifizieren. Seit einiger Zeit kann auch der »Doctor of Philosophy in Nursing« (PhD) erworben werden. Der Unterschied zwischen beiden läßt sich folgendermaßen erklären. Idealtypisch legen DNS-Studienprogramme den Schwerpunkt eher auf pflegepraktische Frage- und Problemstellungen, während PhD-Studienprogramme auf Fragen ausgerichtet sein sollen, die den Horizont der Pflege erweitern und die Theoriebildung vorantreiben. Deshalb sind pflegerische PhD-Abschlüsse in der Universität höher angesehen. Während in den DNS-Studienprogrammen naturwissenschaftliche Forschungsfragen dominieren, beispielsweise Untersuchungen über Ernährungsgewohnheiten oder auch die Wirkung von Medikamenten durchgeführt werden, stehen in den PhD-Studienprogrammen geistes- und sozialwissenschaftlich geprägte Themen im Mittelpunkt, wie die Pflegender-Patient-Interaktion, Verlaufsdynamiken chronischer Krankheiten, Pflegeanforderungen bei irreversiblen Krankheiten, Bedeutung von (chronischer) Krankheit für das Individuum, seine Biographie und die Familie(nbeziehungen), Rolle der Pflege bei der Unterstützung pflegender Angehöriger, transkulturelle Phänome etc. All dies sind Themen, die partiell auch von anderen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen untersucht, dort jedoch aus anderer Perspektive und mit anderer inhaltlicher Gewichtung bearbeitet werden.

Meleis hat die Unterschiede zwischen berufs- und forschungsorientierten Promotionsstudienprogrammen in folgendem Schema zusammengefaßt:

	DNS	PhD
Theorie:	Nutzung	Entwicklung
Forschung:	angewandte Forschung	Grundlagenforschung
Ziele:	Berufspraxis	Forschung
Berufsfelder:	beide: Forschung, Lehre, Verwaltung	

(Meleis 1988: 440)

Die historische Entwicklung der Pflegestudienprogramme in den USA korrespondiert nicht eindeutig mit dieser Trennungslinie, denn viele Pflege-Fachbereiche können aus innerinstitutionellen Gründen nur DNS-Studienprogramme anbieten, deren Inhalte sie jedoch mehr und mehr auf Grundlagenforschung und Theorieentwicklung erweiterten. Insgesamt geht der Trend inzwischen zur Einrichtung von PhD-Studienprogrammen. Beispielsweise werden an der »School of Nursing« der UCSF seit diesem Jahr nur noch PhD-Studienprogramme angeboten, die DNS-Studienprogramme laufen aus. Hinter dieser Programmentwicklung scheint sich eine ähnliche Trendwende zu verbergen wie bei den Master-Studienprogrammen. Auch in den PhD-Studienprogrammen wird das Schwergewicht nun nicht mehr auf Themen gelegt, die in unmittelbarer Nähe zu den Fragestellungen der kurativen Medizin liegen, sondern in denen die Eigentümlichkeit und inhaltliche Eigenständigkeit der Pflege im Mittelpunkt steht.

Neue Studienprogramme

Master's Entry Program in Nursing. – Vor einiger Zeit wurde an der School of Nursing der UCSF ein neues Studienprogramm konzipiert, das ein Novum innerhalb der wissenschaftlichen Aus- und Weiterbildungen darstellt: das Master's Entry Program in Nursing (MEPN). Es handelt sich um einen Pflegestudiengang auf Master-Niveau ohne pflegerische Grundausbildung. In diesem Programm können Absolventen, die den ersten Universitätsabschluß (BS) in einem anderen Studienfach erworben haben, ein Pflegestudium durchlaufen, das mit dem Master of Science abgeschlossen wird. Sie beginnen das Pflegestudium ohne über eine pflegerische Grundausbildung zu verfügen gleich auf dem Master-Niveau. Die Idee, ein solches Studienprogramm zu konzipieren, erwuchs daraus, daß Pflegestudienprogramme in den letzten Jahren vermehrt von Interessenten nachgesucht wurden, die über einen BS in einem anderen Fach, z.B. Sozialarbeit, Pädagogik, Psychologie oder Biologie verfügen und

keine pflegerische Grundausbildung besitzen. Die meisten von ihnen hatten mit ihrer Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt wenig Chancen und suchten nach Möglichkeiten der Weiterqualifizierung oder stellten nach kurzer Zeit beruflicher Tätigkeit fest, daß diese nicht ihren Vorstellungen entspricht. Der Pflegeberuf ist für sie attraktiv, weil er mehr als andere Tätigkeitsfelder, in denen »Arbeit am Menschen« verrichtet wird, expandiert, weiterhin Statusgewinn erfährt und außerdem Möglichkeiten der Beschäftigung bietet. Um diesen Interessenten Zugangsmöglichkeiten zum Pflegestudium zu eröffnen, wurde das o.e. Programm auf Master-Niveau inclusive Pflegeausbildung konzipiert. Das Programm wird seit einem Jahr an der UCSF mit 29 Teilnehmern durchgeführt und hat an anderen Universitäten bereits erfolgreiche Durchläufe hinter sich (School of Nursing 1991).

Dieses Programm könnte Vorbildfunktion für bundesdeutsche Pflegestudienprogramme einnehmen, die keine dreijährige Berufsausbildung zur Krankenschwester/-pfleger voraussetzen. Solche Studienprogramme, die Pflegeausbildung und -studium integrieren, wird es wahrscheinlich auch hier geben müssen, denn langfristig wird die Benachteiligung der Pflegestudenten, die mit der Berufsausbildung als Eingangsvoraussetzung gegeben ist, gegenüber anderen Gesundheitsberufen, z.B. der Medizin, nicht zu vertreten sein. Die Universitäten werden sich in der Konsequenz der Frage der Anbindung und Organisation der praktischen Pflegeausbildung stellen müssen. In den USA ist diese Frage mit dem dualen Charakter der Universitätsstudienprogramme bzw. der Integration von pflegepraktischer und pflegetheoretischer Ausbildung in einigen der Studienprogramme gelöst. Diese Lösung könnte Modellfunktion haben, zumal davon ausgegangen werden kann, daß Pflegestudiengänge auch in der BRD möglicherweise nicht einzig für Pflegekräfte selbst von Interesse sein werden, sondern auch Berufswechsler anziehen. Aus diesen beiden Gründen ist das MEPN-Programm so interessant für die hiesige Diskussion.

Eines der wesentlichen Probleme bei der Konzipierung des MEPN-Programms bestand darin, die Frage zu lösen, wie die Studenten die nötige berufspraktische Ausbildung in gedrängter Form innerhalb des Studiums erhalten können, jedoch alle zur pflegerischen Basisqualifikation gehörenden Fähigkeiten und Kompetenzen vermittelt bekommen. Für die ansonsten dreijährige berufliche Grundausbildung ist im MEPN-Programm nur ein Jahr vorgesehen. Danach legen die Teilnehmer das gleiche staatliche Examen zur Registered Nurse ab wie die Absolventen einer Grundausbildung.

Anschließend folgen zwei Jahre intensiven wissenschaftlichen Studiums begleitet von Praxiseinsätzen, die v.a. der Spezialisierung und der Durchführung eigener Forschungsarbeiten dienen. Insgesamt handelt es sich hier also um ein sehr komprimiertes Studium. Das trifft sowohl auf die pflegewissenschaftliche, vor allem aber auf die pflegepraktische Ausbildung zu. Deshalb werden wir letztere genauer darstellen.

Normalerweise wird in den USA die praktische Ausbildung von Pflegelehrern durchgeführt, die an einer Universität oder einer Krankenpflegeschule angestellt sind. In der Regel ist ein Lehrer für acht bis zwölf Studenten zuständig. Wesentliche Teile der praktischen Ausbildung finden jedoch nicht in den Universitäten statt, sondern »vor Ort«: in Krankenhäusern oder ambulanten Pflegeeinrichtungen, die organisatorisch nicht mit den Universitäten verbunden sind. Eine Folge dieser Trennung ist, daß die Pflegelehrer nicht in das Praxisgeschehen integriert sind und daher wenig damit vertraut sind, wie in der jeweiligen Einrichtung gearbeitet wird. Außerdem sind die Studenten in verschiedenen Einrichtungen eingesetzt, so daß ein Praxislehrer entweder höchsten alle zwei Wochen einen ganzen Arbeitstag mit einem einzelnen Studenten verbringen kann, oder täglich nur 30 bis 60 Minuten für jeden Studenten Zeit hat. Daher ist es für die Lehrer schwierig, die Studenten bei einer komplexen Pflegeplanung mit verschiedenen Anforderungen (Pflegediagnose, Durchführung von Pflegetechniken, Koordinations- und Interaktionsaufgaben: Gespräche mit Vertretern anderer Berufe, Interaktion mit Patienten usw.) umfassend anzuleiten. Das Lehrprogramm beschränkt sich deshalb im wesentlichen auf Standardsituationen. die gemeinsam eingeübt werden4.

Im MEPN wurde die praktische Ausbildung deshalb anders organisiert. Wesentlich ist sie dadurch charakterisiert, daß auf das Modell der »Praxisanleiter« zurückgegriffen wurde. Dahinter verbergen sich Pflegekräfte, die in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen (Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten) tätig und dort angestellt sind und in einer Fortbildung zu Praxisanleitern qualifiziert wurden. Ihre Aufgabe besteht darin, den Studenten vor Ort die erforderlichen pflegepraktischen Fertigkeiten zu vermitteln. Eine Grundvoraussetzung, um die Ausbildungszeit komprimieren zu können, wird darin geschen, daß die Studenten vor Ort nicht regulär *mitarbeiten*, sondern gezielt *lernen*. Um das zu gewährleisten, werden auch die Praxisanleiter für ihre Ausbildungsaufgaben von der regulären Arbeit freigestellt. Der Unterschied zum hiesigen Ausbildungssystem,

in dem partiell auch mit Praxisanleitern gearbeitet wird, ist wenig spektakulär, aber folgenreich: Kommt im hiesigen System eine Schülerin zum praktischen Einsatz, wird ihr im günstigen Fall eine Praxisanleiterin – in der Regel eine erfahrene Schwester – zugeteilt, die dann die ihr übertragene reguläre Arbeit fortführt und dabei die Schülerin mitnimmt. Im MEPN hingegen führt der Praxisanleiter mit dem Studenten gezielt die jeweiligen Ausbildungsschritte durch: Baden eines Patienten, Ankleiden eines Patienten mit Bewegungseinschränkungen, Vorbereitung einer Untersuchung o.ä. Nach erfolgreicher Durchführung wird der jeweilige Ausbildungsschritt nicht wiederholt, d.h. gelernt wird nicht durch Habitualisierung, sondern durch gezielte Unterweisung und Aneignung. Der Tag auf einer Station fängt für die Schüler folglich nicht jedesmal mit Bettenmachen an, weil morgens eben die Betten gemacht werden, sondern jeder Tag ist einem speziellen Lerninhalt gewidmet.

Dabei ist die Vermittlung praktischen Wissens folgendermaßen organisiert: allgemeine Pflegekompetenzen wie Betten machen, Medikamentenvergabe, Umgang mit Infusionen, Funktionsweise einer Station, usw. werden zunächst im Unterricht in Kleingruppen erläutert. Anschließend werden alle Ausbildungsschritte, die für eine geplante individuelle Pflege notwendig sind, im »Apprentice-ship-model«, dem Lehrlings-Modell, von einer Praxisanleiterin und einer Schülerin – also im Verhältnis 1:1 – geübt. Auf diese Weise soll eine gezielte und effektive praxisnahe Ausbildung gewährleistet werden, bei der die Teilnehmer lernen, Patientenbedürfnisse, -probleme und -ressourcen zu ermitteln, Pflegesituationen einzuschätzen und die notwendigen Pflegeschritte zu planen, durchzuführen und auszuwerten. Besonderer Wert wird auf die Koordinierung der Pflege mit anderen Gerufsgruppen gelegt. Ein wichtiges Ausbildungsziel ist daher die Fähigkeit, eine Pflegesituation mit allen Implikationen einschätzen zu können.

Ergänzenswert ist, daß die Ausbildung der Praxisanleiter durch die Universität – konkret durch den universitären Koordinator der praktischen Ausbildung – erfolgt. Auf diese Weise ist eine enge Verschränkung mit dem Programm und seinen Lehr- und Lernzielen garantiert. Auch die Ausbildungsinhalte werden von der Universität – also pflegewissenschaftlichen Kriterien folgend – festgelegt und nicht von Praktikern vor Ort. Die Inhalte werden im Lauf des Programms überprüft und gegebenfalls modifiziert. Die Durchführung der praktischen Ausbildung wird ebenfalls universitär durch den Koordinator begleitet. Er steht als Supervisor für die Praxisanleiter

wie auch als Mentor für die Studenten zur Verfügung. Konkret sieht das so aus, daß er für die 29 MEPN-Teilnehmer der School of Nursing der UCSF bei Problemen oder Schwierigkeiten jederzeit an den Ort des praktischen Einsatzes gerufen werden kann. Bei Praxisanleitern, die sieh nicht bewähren, besteht die Möglichkeit, die Anleitungsbefugnis zu entziehen. Umgekehrt steht der Koordinator auch Praxisanleitern zur Verfügung, stellen sieh ihnen Vermittlungsprobleme oder Schwierigkeiten im Umgang mit den Studenten. Diese intensive, wissenschaftlich begleitete From der praktischen Ausbildung verweist noch einmal auf das Ziel, das die School of Nursing verfolgt. Ausgebildet wird sowohl für die »Pflege am Bett« als auch für Leitungsaufgaben.

Vermittlung und Produktion pflegewissenschaftlichen Wissens und entsprechender Kompetenzen

Angesichts des Neulandes, das mit der Einführung der Pflegewissenschaft hierzulande betreten wird, erscheint es uns sinnvoll, auf die Vermittlung theoretischen Wissens und wissenschaftlicher Kompetenzen einzugehen. Dabei ist nicht einzig von Interesse, wie der Erwerb theoretischen Wissens curricular organisiert ist, sondern auch, wie innerhalb der Studienprogramme an der Produktion neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse gearbeitet wird. Denn diese haben – wie Studienprogramme generell – neben Aus- und Weiterbildungsfunktionen auch die Aufgabe, den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern und zur Erweiterung wissenschaftlichen Wissens beizutragen.

a) Orientierung an einzelnen Pflegetheorien versus Theorievielfalt

Zunächst einmal ist festzuhalten, daß die Studienprogramme (in unterschiedlicher Breite und Tiefe, je nach Art des Studiengangs) die Vermittlung umfassender wissenschaftlicher Basiskenntnisse vorsehen. Dazu gehören Einführungen in pflegetheoretisches Wissen, Grundlagenkenntnisse aus angrenzenden Fachgebieten, gesundheitssystemanalytische Fragen und Probleme der Versorgung sowie Methoden empirischer Forschung und wissenschaftlichen Arbeitens. Darüber hinaus enthalten viele Studienprogramme »Projektstudien«, in denen es um den Erwerb und die Erprobung praktischer Kompetenzen geht und außerdem eigenständige Bearbeitungen und Untersuchungen wissenschaftlicher Fragestellungen erfolgen. Sie

dienen also sowohl dem Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen wie auch der Generierung neuer pflegewissenschaftlich relevanter Erkenntnisse.

Erwähnenswert ist, daß es auch in der theoretischen Ausrichtung der Curricula der Studienprogramme in den letzten zwanzig Jahren eine Umorientierung gegeben hat. In den sechziger und siebziger Jahren wurden häufig Curricula konstruiert, die auf jeweils einer einzelnen der zur der Zeit entstehenden Pflegetheorien basierten. Mit der massenhaften Einrichtung von Pflegestudienprogrammen seit den sechziger Jahren kam es in der Folge geradezu sprunghaft zur Entwicklung spezifischer theoretischer Ansätze der Pflege durch einzelne Wissenschaftlerinnen, die meist auch an Universitäten lehrten. Beispielsweise wurde an der UCLA die Pflegetheorie von Dorothy Johnson verwendet, die dort Professorin für Pflege war und ein Verhaltenssystemmodell für die Pflege konzipiert hatte (Botschafter/Moers 1991; zur Entwicklung der Pflegetheorien generell exemplarisch Meleis 1991).

In den folgenden Jahren wurden die Curricula der Pflegestudienprogramme zunehmend revidiert und andere Verfahrensweisen gewählt, weil die wissenschaftlichen Arbeiten auf Grund dieser Curricula nicht »kreativ« waren – so wurde es von seiten der School of Nursing der UCSF bezeichnet. Gemeint ist, daß sie zu eng an ein Theorem angelehnt waren, was sich aber angesichts des Stands der Theoriebildung in den Pflegewissenschaften als unfruchtbar und beengend erwies. Daß diese Vorgehensweise wenig sinnvoll ist, muß nicht zuletzt auf die Beschaffenheit pflegetheoretischen Wissens zurückgeführt werden. Generell ist zu konstatieren, daß der Bestand an systematischem wissenschaftlichem Wissen in der Pflege relativ gering ist und zudem - wie es für junge Disziplinen oftmals typisch ist – eine eigentümliche Charakteristik aufweist. Auf der einen Seite sind Theorieversuche zu finden, die relativ abstrakt sind, sich überwiegend aus anderen Disziplinen nähren und zudem eklektischen, ja auch schematischen Charakter aufweisen und meist in erheblicher Distanz zu den sich in der Pflegepraxis stellenden Fragen stehen. Auf der anderen Seite gibt es theoretische Diskurse und entsprechende Systematisierungsversuche, die nahezu an der Praxis »kleben« und dieser durch technokratisch anmutende Strukturierungen und »rezeptologische« Vorschläge zu begegnen versuchen. Die ausschließliche Ausrichtung an einem dieser Theoreme, gleichgültig welcher Provinienz, muß sich daher zwangsläufig als beengend erweisen

Als Konsequenz erfolgte an vielen Universitäten eine Currculumrevision, in deren Folge die Pflegestudienprogramme theoretisch breiter ausgerichtet wurden. So gehören beispielsweise an der School of Nursing in San Francisco Überblickveranstaltungen über den Charakter des Theoriebestands wie auch über die einzelnen Theorieansätze und -traditionen seither ebenso zum Lehrangebot wie intensivere Auseinandersetzungen mit einzelnen Theorien und Theorietraditionen. Allerdings erfolgen diese mittlerweile problembzw. themenbezogen. So wird zum Thema Interaktion auf Peplau. Orlando und Travelbee rekurriert, beim Thema Transitionen auf Rogers oder Leininger (zu den genannten Theoretikerinnen siehe exemplarisch Meleis 1991). Obschon es in den Pflegewissenschaften nach wie vor prominente Vertreter der Forderung nach Orientierung an ausschließlich einem theoretischen Modell für die gesamte Pflegewissenschaft gibt (so z.B. Huckabay 1991), wird die erstgenannte problem- und themenbezogene Vorgehensweise an der UCSF bevorzugt und für wissenschaftlich sinnvoller gehalten als die Ausrichtung an einem speziellen Theorieversuch, zumal dann die Gefahr besteht, einzelne Theoreme zu einer Art »Heilslehre« zu verklären und deren Relativität zu übersehen.

Außerdem wird an der UCSF großer Wert auf induktive Theoriebildung gelegt. Auch dahinter verbirgt sich ein Versuch, die aus dem Stand pflegewissenschaftlicher Theoriebildung resultierenden beengten Möglichkeiten des Gewinns neuer Erkenntnisse zu überwinden und eine produktive Möglichkeit zu finden, den Bestand an pflegewissenschaftlichem Wissen zu erweitern.

b) Der grassroot-approach: induktive Theoriebildung in den Pflegewissenschaften

Mehr als an Pflegefakultäten anderer Universitäten wird an der School of Nursing der UCSF der »grassroot-approach« geschätzt. Damit ist nichts anderes gemeint, als Theoriebildung »von unten« zu betreiben. Hierzulande wird diese Art der Erkenntnisgewinnung oft als Praxisforschung bezeichnet (v. Kardoff 1992), eine Bezeichnung, die ihren Charakter nicht trifft. Es ist keine Untersuchung gängiger Praxis zum Zweck der Systematisierung und Korrektur gemeint, sondern die Generierung theoretischer Erkenntnisse aus empirischen Tatbeständen (Strauss 1987, 1991; Glaser/Strauss 1962). Auf diese Weise wird es möglich, die Erfahrungen der Pflegepraxis zum Sprechen zu bringen und theoretische Erkenntnisse zu gewinnen, die »grounded« (»grounded theory«, ebenda sowie Corbin/ Strauss 1990,

Glaser 1978), also empirisch gesättigt sind und in der gängigen Praxis gründen⁵. Es ist nicht von ungefähr, daß die für die Pflegewissenschaften vielversprechende »empirisch gesättigte Theoriebildung« an der School of Nursing präferiert wird, weil ihr Begründer Anselm Strauss dort bis vor kurzem Leiter der Abteilung für Sozialund Verhaltenswissenschaften war und seine Arbeiten bzw. die seines Teams die Fakultät nachhaltig beeinflußt haben.

Es kann hier nicht der Ort sein, über induktive Strategien der Theoriebildung zu referieren (siehe dazu die bereits zitierte Literatur), wohl aber ist zu fragen, welche Konsequenzen daraus für die Konzipierung der Studienprogramme erwachsen.

Zum einen erhalten die Studenten neben den o. g. Inhalten eine Einführung in soziologische Theorien und sozialwissenschaftliche Forschungsstrategien. Dabei werden qualitative Forschungsstrategien sehr viel höher gewichtet als an anderen Pflegefakultäten. Insbesondere in den PhD-Studienprogrammen der School of Nursing der UCSF spielen Methodenkenntnisse eine große Rolle und wird seit einiger Zeit auch erheblich mehr Wert auf die Verwendung qualitativer Forschungsmethoden gelegt als in den älteren DNS-Studienprogrammen. Während im DNS-Programm die Absolvierung von vier Kursen in quantitativen und nur einem Kurs in qualitativen Methoden der empirischen Forschung verlangt werden, sind es im PhD-Studienprogramm vier quantitative und drei qualitative Kurse (Stand: Akademisches Jahr 1991/92 der School of Nursing, San Francisco). In diesen Kursen geht es sowohl um eine Einführung in die Methoden empirischer Sozialforschung samt der ihnen zugehörenden theoretischen Grundlagen, doch zugleich auch um den Erwerb forschungsstrategischer Kenntnisse und forschungspraktischer Kompetenzen. Das geschieht in Form von Kolloquien bzw. Projektseminaren, in denen über weite Strecken praktisch am Datenmaterial gearbeitet wird (siehe dazu Strauss 1991). Außerdem sind alle Studierenden gefordert, eigene Untersuchungen durchzuführen. Dieses können Bearbeitungen eigener Fragestellungen im Kontext größerer Studien sein, die an der Fakultät durchgeführt werden, jedoch auch eigenständige Forschungsvorhaben. Auch diese Arbeiten werden in den »Methodenkolloquien« diskutiert und methodisch/forschungsstrategisch begleitet. An der School of Nursing werden gemäß dem o.g. Konzept Vorhaben bevorzugt, in denen eigene Feldforschungen erforderlich sind und Aspekte im Mittelpunkt stehen, mit denen die eigenständige Bedeutung der Pflege inhaltlich untermauert bzw. ihre Wissensbasis erweitert wird.

Freilich gibt es nach wie vor auch weiterhin naturwissenschaftliche Arbeiten und forschungsstrategisch anders verfahrende Studien. Dennoch wird in der induktiven Theoriebildung und der Gewichtung sozialwissenschaftlicher Aspekte eine der Möglichkeiten gesehen, der Vernaturwissenschaftlichung der Pflege und der daraus erwachsenen Begrenzung ihres Selbst- und Aufgabenverständnisses entgegenzuwirken und die Theorieentwicklung voranzutreiben.

Anregungen und Lehren für die deutsche Diskussion

Auch in der Bundesrepublik ist längst unübersehbar geworden, daß die steigenden Anforderungen an die Pflege und die wachsende Bedeutung der Pflege in der Krankenversorgung verlangen, daß sie sich zu einem eigenverantwortlichen und gleichberechtigten Gesundheitsberuf entwickelt. Der Aufbau der dazu notwendigen professionellen und (pflege)wissenschaftlichen Kompetenzen ist hierzulande lange Zeit vernachlässigt worden (exemplarisch Robert-Bosch-Stiftung 1992). Mittlerweile aber herrscht zunehmend Konsens darüber, daß vor allem im Bereich der Qualifizierung die Defizite in diesem Berufszweig der Krankenversorgung ohne erhebliche Innovationen nicht zu beheben sind. Die Pflegeausbildung mit ihrem Schema der dreijährigen Grundausbildung mit anschließender Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung kann eine ausreichende Qualifizierung in den Pflegeberufen nicht mehr gewährleisten. Weder sind die Pflegenden, noch ihre Lehrer und Manager ausreichend auf ihre komplexen Aufgaben vorbereitet. Die Einführung von Studienprogrammen, in denen Pflegende für Lehr- und Managementfunktionen ausgebildet werden, stellt dabei einen wichtigen ersten Schritt dar. So begrüßenswert allein diese Entwicklung ist, so sind aus den amerikanischen Erfahrungen bei allen Unterschieden der Situation jedoch folgende ergänzende Anregungen zu entnehmen:

- Eine Qualifikationsanhebung, die lediglich auf einige Bereiche der Pflege begrenzt ist, wie beispielsweise die Lehrerausbildung oder die Qualifizierung für Managementfunktionen kann nicht ausreichen. Bemühungen, der Krise des Pflegeberufs zu begegnen, müssen über kurz oder lang alle Bereiche der Pflege betreffen, damit die Pflege den an sie gestellten Aufgaben gerecht werden kann. Anders gesagt: Zu warnen ist davor, den Nachholbedarf der bundesdeutschen Pflege zu eng zu definieren und Studienmöglichkeiten zu pragmatisch zu konzipieren. Nur durch eine breite Ausrichtung von Studienangeboten und eine Ausdifferenzierung von Studienprgrammen gemäß

den unterschiedlichen Aufgabenbereichen in der Pflege ist eine Aufwertung und Veränderung dieses traditionsreichen, sich hier derzeit in einer Identitätskrise befindlichen Berufs zu erreichen.

- Von vornherein wird darauf zu achten sein, eine Fehlentwicklung zu vermeiden, die die Pflege in vielen anderen Ländern so auch in den USA durchlaufen hat. Der Weg zur Eigenständigkeit führt nicht über eine Vernaturwissenschaftlichung und Medizinalisierung der Pflege. Aus der Übernahme medizinischer Aufgaben erwächst ein Bumerangeffekt, nämlich eine noch engere Anlehnung an die Medizin und eine Zementierung ihres Status als medizinischer Delegationsberuf, wenngleich auf höherem Niveau.
- Die amerikanischen Erfahrungen lehren, daß mit der Akademisierung der Pflege ein sehr dorniger Weg beschritten wird. Der Mühsal, Studienprogramme zu konzipieren, die die nötige Flexibilität und Kreativität aufweisen, um Intention und widerborstige Realität in Übereinstimmung bringen zu können, wird nicht auszuweichen sein. Auch Bereitschaft zum ständigen Diskurs mit der Praxis und zur Reaktion auf dieselbe sowie zu Curriculumrevisionen werden vonnöten sein, um Studienprogramme zu schaffen, die die Absolventen nicht in die Sackgasse führen und in eine ähnlich schwierige und subjektiv nicht zu bewältigende Situation stürzen, wie wir sie beispielsweise im Bereich pädagogischer und psychosozialer Berufe im Zuge der Ausdifferenzierung des Hochschulwesens in den siebziger Jahren bereits einmal erlebt haben (Schaeffer 1992). Dafür, was Flexibilität und Kreativität bedeuten, sind gerade in den USA viele Beispiele zu finden. Erinnert sei allein an die ungeheure Vielzahl der Studienprogramme, mit denen u.a. auf die jeweiligen Anforderungsveränderungen der Praxis reagiert wird.
- Desgleichen ist zu lernen, daß neben der fachlichen Qualifizierung auch zu beachten ist, daß die Absolventen auf ihre Rolle als »change agents« vorbereitet werden. Eines der zentralen Probleme wird für die Pflegestudiengangsteilnehmer darin bestehen, daß sie auf eine Praxis treffen, die zwar zum Wandel genötigt ist, ihn aber noch nicht vollzogen hat. Die Absolventen werden daher entsprechende Wandlungsprozesse selbst einleiten müssen und dabei mit einer Reihe von Widerständen und Machtkämpfen zu rechnen haben, weil Veränderungen herkömmlicher Strukturen in der Regel sehr viel tiefgreifender sind, als zunächst vermutet wird und weder angestammte Handlungsroutinen, noch die Zuständigkeitsbereiche und Dispositionsspielräume anderer Professionen/Berufe unberührt lassen. Aus den Erfahrungen in anderen Berufszweigen der Kranken-

versorgung – denken wir beispielsweise an die die Transformation von der Gesundheitsfürsorge zur Sozialarbeit (Garms-Homolova/Schaeffer 1990) – konnten wir lernen, daß eine solche Aufgabe noch im Prozeß der Professionalisierung befindliche »neue« Professionen (Mok 1969) hoffnungslos überfordert, werden sie nicht explizit auf sie vorbereitet. Und wir konnten auch lernen, daß nachgeschobene Unterstützungsmaßnahmen – etwa Supervisionsprogramme – an diesem Tatbestand nur wenig ändern können, oft sogar sich bestehende Schwierigkeiten und sich abzeichnende Fehlentwicklungen verstärken.

- Die amerikanischen Erfahrungen zeigen auch, daß es nicht darum gehen kann, die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu akademisieren ohne zugleich Pflegewissenschaft und -forschung aufzubauen. Nur so kann die wissenschaftliche Fundierung der Pflege vorangetrieben und der wissenschaftliche Nachwuchs gefördert werden. Das ist um so dringlicher, als die Bewältigung der veränderten Aufgaben der Pflege mit Schwerpunkt auf rehabilitativen und autonomieerhaltenden bzw. -fördernden Zielen bei chronischen Erkrankungen und Alterskrankheiten nur auf Grund wissenschaftlich gestützter Konzepte und Forschungen denkbar ist. Dafür, wie Konzeptentwicklung und Theoriebildung aussehen könnte, d.h. wie Studienprogramme zur Erweiterung (pflege)wissenschaftlichen Wissens beitragen können, sind in den USA ebenfalls zahlreiche Hinweise zu finden. Gerade der Ansatz der School of Nursing der UCSF - speziell der grassroot-approach und die Strategien induktiver Theoriebildung (inclusive der Organisation ihrer Vermittlung) bieten für die Diskussion hierzulande einen reichhaltigen Fundus an Anregungen.

Abschließend möchten wir auf einen anders gelagerten Aspekt hinweisen. Mit der Professionalisierung – so wird gerade von seiten der weiblichen Pflegekräfte gemutmaßt – könnte sich die Pflege von einem Frauen – zu einem Männerberuf wandeln, wie es in der Sozialarbeit zu beobachten ist. Männer besetzen bereits heute mehr führende Positionen in der Pflege als ihrer prozentualen Vertretung im Berufsfeld entspricht (Althoff/Moers 1990: 34; Steppe 1992: 317). Mit der Akademisierung der Pflege steht zu befürchten, daß sich diese Tendenz verstärkt.

Betrachten wir dazu noch einmal die Situation in den USA. Das Geschlechterverhältnis in der Pflege beträgt bei den Registered Nurses 3 Prozent Männer gegenüber 97 Prozent Frauen (Levine/Moses 1982: Table 26.1). Allerdings haben die wenigen Männer in den USA

überproportional häufig führende Positionen in der Pflege inne und zwar im Pflegemanagement. In der Bundesrepublik wird mehr noch als in den USA mit ähnlichen Tendenzen zu rechnen sein, weil der Anteil männlicher Pflegekräfte hier sehr viel größer ist: ca. 18 Prozent der Pflegekräfte sind Männer (Statistisches Bundesamt 1988). Es wird also darauf zu achten sein, daß Studienzugangsmöglichkeiten und auch führende Positionen speziell für Frauen offen gehalten werden, um nicht unversehens eine Entfeminisierung in einer der letzten beruflichen Domänen der Frauen und dem größten Berufszweig der Krankenversorgung einzuleiten. Ebenso wird darauf zu achten sein, daß mit den Pflegestudiengängen nicht unbeabsichtigt eine Hierarchisierung innerhalb deR Pflege betrieben wird, indem eine kleine »Elite« besser ausgebildet und die Situation der großen Mehrheit der Pflegenden unverändert gelassen wird. Die Entwicklung in den USA führt klar vor Augen, daß mit der Einführung wissenschaftlicher Ausbildungen sich nicht nur die Leitungsebene, sondern der gesamte Beruf umgestalten muß.

Korrespondenzadresse:

Martin Moers, M.A. und Dr. Doris Schaeffer Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Reichpietschufer 50 D-1000 Berlin 30

Anmerkungen

- 1 Wir betonen diesen Punkt, denn ohne eine entsprechende Bezugswissenschaft ist die Verwissenschaftlichung der Pflege nicht denkbar. Bisher eingerichtete Studiengänge haben sich dieser Aufgabe jedoch noch nicht gestellt.
- 2 Dennoch wird auch in den USA von anhaltendem Pflegepersonalmangel gesprochen. Die Ausweitung des Personalbedarfs und -bestandes wird auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt, wie etwa den erhöhten Pflegebedarf durch die zunahme chronischer Krankheiten und altersgebrechlicher Patienten. Als Hauptgrund wird jedoch die Ausweitung der medizinischen Technik in den Krankenhäusern gesehen, die mehr und besser qualifiziertes Personal notwendig machten. Generell fiel in den USA die Entscheidung zugunsten des Pflegeberufes: Zwei Drittel aller Registered Nurses arbeiten im Jahre 1985 in Krankenhäusern (Williams/Torrens 1988: 327).
- 3 Die nachfolgende Darstellung beruht auf zahlreichen Gesprächen, die die Autoren 1992 im Rahmen einer Forschungsreise in die USA an der School of Nursing der University of California, San Franscisco u.a. mit Afaf Meleis, Anselm Strauss, Juliet Corbin, Scott Ziehm sowie mit Praktikern in den unterschiedlichen Aufgabengebieten der Pflege führten.

- 4 Nebenbei bemerkt sind die Pflegeschulen in der BRD zwar meist in Krankenhäuser integriert, es stehen jedoch keine speziellen Lehrer für die praktische Ausbildung zur Verfügung, so daß die Pflegeschüler in der Regel im Anlernverfahren durch erfahrene Pflegekräfte auf den Stationen ausgebildet werden, ansonsten jedoch im Stationsbetrieb voll mitarbeiten. Auszubildende in der Pflege werden in der BRD sogar mit 1/7 Stelle im Planstellenschlüssel geführt, d. h. sie werden regelrecht als Arbeitskraft definiert.
- 5 Forschungsstrategisch bedeutet das, daß nicht mit einem theoretisch abgeleiteten Set von Hypothesen gearbeitet wird, welches dann auf die Realität angewandt und ihr mehr oder minder übergestülpt wird, sondern Annahmen und Hypothesen über einen Gegenstand aus der Praxis, d.h. in der Regel auf der Basis der Analyse von qualitativ erhobenem Datenmaterial entwickelt werden. Empirisch gesättigte Theoriebildung (*grounded theory*) setzt also umfangreiche Methodenkenntnisse (vor allem im Bereich qualitativer Verfahren), Kenntnisse von Strategien der Auswertung (und -skonzepte), doch ebenso entsprechende Kenntnisse sozialwissenschaftlicher Theorien voraus.

Literaturverzeichnis

- Alber, J., 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.): Staatstätigkeit, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19/1988, Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150
- Alber, J., 1990a: Gesundheitspolitische Entwicklungen in den OECD-Ländern: Zur Einordnung der bundesrepublikanischen Erfahrung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 36. Jg., Heft 3/4, 126-138
- Alber, J., 1990b: Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. Discussion Paper 90/3 des Max-Planck-Institut f
 ür Gesellschaftsforschung
- Althoff, R., und M. Moers, 1990: Analyse der Ausbildungssituation in den Berliner Krankenpflegeschulen (ehemals Berlin-West). Abschlußbericht. Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung: Frankfurt
- Bischoff, C., und P. Botschafter, 1992: Universität oder Fachhochschule das ist hier die Frage? Pflegepädagogik, 2, 1, 4-II
- Botschafter, P., und M. Moers, 1990: Pflegewissenschaft und Pflegenotstand-Einrichtung eines Studiengangs *LehrerIn der Pflege« an der Freien Universität Berlin? Argument Sonderband AS 190, 123-139
- Botschafter, P., und M. Moers, (1991: Dorothy Johnson Das Verhaltensmodell für die Pflege. Pflegemodelle in der Praxis, Folge 9. Die Schwester/Der Pfleger, 30, 10, 889-895
- Chinn, P.L., und M.K. Kramer, 1991: Theory and Nursing A Systematic Approach. 3rd ed. St. Louis et al.: Mosby Year Book
- Corbin, J., und A. Strauss, 1990: Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. Zeitschrift für Soziologie, 19, 6, 418-427
- Dewe, B., und F.-O. Radke, 1989: Klinische Soziologie Eine Leitfigur der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. in: Beck, U., und W. Bonß (Hrsg.): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt: Suhrkamp. 46-71
- Doheny, M., C. Cook und C. Stopper, 1992: The Discipline of Nursing An Introduction. 3d edition. Norwalk: Appleton & Lange
- Garms-Homolova, V., und D. Schaeffer, 1990: Kiepenarbeit versus Beratung: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 20, 2, 111-124

- Glaser, B., und A. Strauss, 1962: The Discovery oft Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine Publishing Company
- Glaser, B., 1978: Theoretical Sensivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory. Mill Valley, L.A.: The Sociology Press
- Huckabay, L.M.D., 1991: The Role of Conceptual Frameworks in Nursing Practice, Administration, Education and Research. Nursing Administration Quarterly, 15, 3,17-28
- Kardoff, E. v., 1992: Praxisforschung im Bereich personenbezogener Dienstleistungen. In: Schaeffer, D., M. Moers und R. Rosenbrock (Hrsg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin: edition sigma, 351-376
- Levine, E., und E. Moser, 1982: Registered nurses today: A statistical profile. In: Aiken, L. (Ed.): Nursing in the 1980's: Crises, Opportunities, Challenges. Philadelphia: Lippincott
- Meleis, A.I., 1988: Doctoral Education in Nursing: Its Present and Its Future. Journal of Professional Nursing, 4, 6, 436-446
- Meleis, A.I., 1990: Being and Becoming Healthy: The Core of Nursing Knowledge. Nursing Science Quaterly, 3, 3, 107-114
- Mcleis, A.I., 1991: Theoretical Nursing: Development and Progress. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company
- Mok, A.C., 1969: Alte und neue Professionen. KZfSS 4, 770-781
- Parse, R.R., 1992: Nursing Knowledge for the 21st Century: An International Commitment. In: Nursing Science Quaterly, 5, 1, 8-12
- Pope, G., und T. Menke, 1990: Hospital Labor Markets In The 1980s. In: Health Affairs, Winter, Vol. 9, No. 4, 127-137
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1992: Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28. Gerlingen: Bleicher
- Schaeffer, D., 1992: Tightrope Walking. Handeln zwischen P\u00e4dagogik und Therapie. In: Dewe, B., W. Ferchhoff und O. Radke (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in p\u00e4dagogischen Feldern. Leverkusen: Leske & Budrich, 200-229
- Statistisches Bundesamt, 1988: Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6 Krankenhäuser 1986, Stuttgart/Mainz
- Strauss, A., 1987: Qualitative Analysis for Social Scientists. New York u.a.: Cambridge University Press
- Strauss, A., 1991: Creating Sociological Awareness: Collective Images and Symbolic Representations. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers
- School of Nursing, University of California, San Francisco, 1991: The Science of Caring, Vol. 3, No. 1, Fall 1991, 9-11
- University of California, San Francisco, 1991: Nursing 91/92. UCSF Publications, Volume 31, No. 5, June
- Williams, S.J., und P.R. Torrens (Ed.), 1986: Introduction to Health Services. New York: John Wiley & Sons
- Wirth, L., 1931: »Clinical Sociology«. American Journal of Sociology 37, 49-66
- World Health Organization, 1978: Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6.-12. September, Geneva
- Wittneben, K., 1991: Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Frankfurt/Main: Peter Lang

Eherhard Göbel

Reform der Medizinerausbildung

Deutsche und internationale Ideen und Konzepte

Mitte der neunziger Jahre wird es eine Reform der Medizinerausbildung in der Bundesrepublik Deutschland geben. Eine nicht unwesentliche Rolle bei der Durchsetzung von neuen Ideen auf der politischen Ebene spielt hierbei der Wissenschaftsrat. Dieses Gremium ist ein kleiner, konservativer Kreis bildungspolitischer Berater der jeweiligen Bundesregierungen. Entsprechendes Gewicht haben seine Verlautbarungen, Gutachten, Empfehlungen und Leitlinien auf die Administrationen von Bund und Ländern. Sie erzeugen in der Regel Handlungsdruck bei den Regierenden. Im Sommer 1992 hat der Wissenschaftsrat »Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums« vorgelegt. 1 Er faßt darin sowohl die bundesdeutsche Reformdiskussion der vergangenen Jahre zusammen, und nimmt auch Reformideen und -erfahrungen in- und ausländischer Proiekte auf. Das Resümee des Wissenschaftsrates über die Qualität der ärztlichen Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland ist hart, für die Lehrenden wenig schmeichelhaft und dennoch eine Herausforderung für alle Beteiligten. Zusammenfassend stellt er fest: Die bestehenden bundesdeutschen Studienangebote entsprechen nicht dem Wandel der wissenschaftlichen, technischen und gesellschaftlichen Situation und seien auch nicht mehr in der Lage, die Studierenden auf die vielfältigen beruflichen Anforderungen adäquat vorzubereiten. Im folgenden fasse ich die wesentlichen Punkte der Leitlinien zusammen und skizziere kurz die bundesdeutsche Reformrealität in der Medizinerausbildung. Anschließend beschreibe ich die Besonderheiten der für die bundesdeutschen Diskussion wichtigen internationalen Reformmodelle.

Die Mängelliste des Wissenschaftsrates

Sie ist ebenso lang wie bedeutend: Die Wissensvermittlung geschehe vorwiegend kumulativ. Exemplarisches Lernen und Lehren, das das Denken in Zusammenhängen fördere sowie die Einbeziehung fächerübergreifender Aspekte blieben in der Ausbildung die Ausnahme. Die Multiple-Choice-Prüfungen stifteten die Studierenden zum reinen Faktenpauken an, lieferten keinen Beitrag zum Erlernen

selbständiger wissenschaftlicher Arbeit und eigenständigem Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen. Auch Form und Inhalt der Vorlesungen in den Fakultäten/Fachbereichen würden ein rein rezeptives Lernverhalten begünstigen. Der Pflichtwochenstundenplan hemme die studentische Eigeninitiative. Die intellektuelle Neugierde der Studierenden werde kaum geweckt. Das Lehrangebot der naturwissenschaftlichen Spezialdisziplinen während der vorklinischen Ausbildung bilde ein beziehungsloses Nebeneinander, die klinische Bedeutung der vermittelten Grundkenntnisse werde von den Lehrenden nicht herausgearbeitet. An den Hochschulkliniken sei der Dreiklang von Forschung, Lehre und Krankenversorgung gestört. Oftmals habe die Krankenversorgung Vorrang vor der Forschung. Die Lehre rangiere mit großem Abstand auf dem dritten Platz. Das Angebot klinischer Lehrveranstaltungen folgte keinem didaktischen Konzept, sei vorrangig darauf angelegt, Störungen in der Krankenhausroutine zu vermeiden. Außerdem sei der Kontakt der Studierenden zu den ausbildenden Ärzten schlecht. Prävention und Rehabilitation kämen im Studium nicht vor oder würden nur am Rande abgehandelt. Der Aspekt der Gesundheitsförderung fehle in der Ausbildung völlig.

Paradigmenwechsel in der Medizinerausbildung

Bei seiner Forderung nach einer Neuorientierung und Neustrukturierung des Medizinstudiums nennt der Wissenschaftsrat in seinen Leitlinien die Aufgaben und Herausforderungen:

Die Entwicklung im apparativen Bereich erweitere die Möglichkeiten instrumentellen Handelns in Forschung, Diagnose und Therapie. Der Arzt müsse in der Lage sein, die medizinischen, ethischen und ökonomischen Konseqenzen dieser Methoden kritisch einzuschätzen, mit großen Datenmengen umzugehen und sich mit anderen Experten verständigen können. Zugleich wächst auch die Einsicht in die Notwendigkeit einer umfassenden Betrachtung des Menschen. Komplexe Erklärungsansätze, die auch psychische, familäre, berufliche, arbeitsplatzbedingte, ökologische und sozioökonomische Rahmenbedingungen der Patienten berücksichtigen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die Arzt-Patienten-Beziehung ändert sich. Der Arzt muß immer häufiger zwischen technischer Machbarkeit und medizinischem Nutzen vor dem Hintergrund einer Besserung der Lebensqualität des Patienten abwägen und den Patienten entsprechend beraten. Neue Entwicklungen in der Genetik, Molekular- und

162 Eberhard Göbel

Zellbiologie sowie Immunologie werden dazu führen, daß Funktionen von Organismen auf der Ebene der Struktur interagierender Moleküle erklärt werden müssen. Diese sich herausbildende molekulare Medizin wird auch Auswirkungen auf die Arzeimitteltherapie haben. Neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse werden nachhaltig die Medizin beeinflussen. Schließlich ändern sich auch die rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns: Aufklärungspflicht, Haftpflicht usw. stellen immer höhere Anforderungen an die Verantwortungsbereitschaft und -fähigkeit von Ärzten.

Die Leitlinien

Der Wissenschaftsrat fordert die medizinischen Fakultäten und Fachbereiche auf, Studien- und Prüfungsordnungen in eigener Verantwortung neu zu entwerfen, innovativ tätig zu werden. Dabei sollen sie folgende Leitlinien des Rates berücksichtigen:

Inhaltliche Anforderungen

Maßgebend für den Studienaufbau sollte in Zukunft nicht mehr das Fächerprinzip, sondern die Orientierung an übergeordneten Strukturprinzipien sein. Ein solches Strukturprinzip könnte zum einen Organe bzw. Organsysteme sein. Dabei sollten gesunde Organe bzw. das gesunde Organsystem, dessen Aufbau, Funktion und Störung sowie daraus resultierende Erkrankungen aus der Sicht verschiedender Fächer im Zusammenhang dargestellt werden. Das Skelett könne z.B. durch den Anatom, Biochemiker, Radiologen und Nuklearmediziner, Pathologen und Orthopäden fachübergreifend im Zusammenhang gelehrt werden. Die Vermittlung von Krankheitsbildern sollte exemplarisch am repräsentativen Spektrum der wichtigsten Krankheiten erfolgen (Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes, Verletzungen und Vergiftungen und Krankheiten der Verdauungsorgane). Das Prinzip der Lehr-Lernspirale mit seiner sukzessiven Differenzierung der Lerninhalte sollte dabei zur Anwendung kommen. Bei der Darstellung von Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf sollte auch das Lebensumfeld der Patienten mit einbezogen werden.

Neue Lernformen

Die bewußte Eingrenzung des Stoffes verlangt die Festlegung eines klar umrissenen Grundwissens, exemplarisches Lernen, die Schaffung von Möglichkeiten, speziellen Fragestellungen nachgehen zu

können sowie die Entwicklung von Fähigkeiten zu selbständigem Wissenserwerb. Stichwort: Lebenslanges Lernen. Insgesamt fordert der Wissenschaftsrat eine stärkere Eigenverantwortlichkeit der Studierenden für ihr Fortkommen im Studium und mehr Zeit für das Selbststudium

Strukturvorschläge

Die Vorschläge zur Struktur des Studiums sind ebenfalls radikal:

- Verzicht auf die naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer als eigenständige Unterrichtsfächer ohne gleichzeitig auf die Vermittlung von naturwissenschaftlichem Wissen verzichten zu müssen.
- Vorklinik und Klinik sollen vollständig miteinander ins Gesamtstudium integriert werden.
- Frühzeitiger Patientenkontakt, die Einbeziehung von Patienten in den Unterricht sollte bereits im ersten Semester erfolgen. Studierende sollten frühzeitg verstehen, daß die Krankheit des Patienten nicht ausschließlich unter naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten und der Patient nicht nur Träger seiner Krankheit ist.
- Die Studierenden sollten nicht in erster Linie fertige Ergebnisse vorgesetzt bekommen, sondern mit kontroversen Themen und Sichtweisen konfrontiert werden.
- Für das Selbststudium müssen in ausreichendem Maße apersonale und audiovisuelle Lernmedien und Lernzentren zur Verfügung gestellt werden. Hochschullehrer sollten sich an deren Ausstattung durch Lehr- und Programmerstellung beteiligen.
- Die Akademischen Lehrkrankenhäuser sollten enger an die Universitätskliniken angebunden werden.
- Die Wahlpflichtfächer sollen den Studenten mehr Spielräume für eigene Interessen bieten.

Bundesdeutsche Wirklichkeit (West)

Vergleicht man diese weitgehenden Forderungen des Rates mit der bundesdeutschen Realität (West), dann klafft eine riesige Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit in den alten Bundesländern auf Grund der bundeseinheitlichen gesetzlichen Vorgaben für die Medizinerausbildung (Approbationsordnung von 1970) und der nicht gerade reformfreudigen Lehrenden wie Lernenden an den medizinischen Fakultäten und Fachbereichen kein Studien-

164 Eberhard Göbel

reformmodell für ein Gesamtstudium. Die Approbationsordnung, die eine Verordnung der Bundesärzteordnung ist, enthält keine Experimentierklausel und damit auch keine Möglichkeit, eine Alternative im Rahmen der vorgegebenen gesetzlichen Möglichkeiten auszuprobieren. Das vielversprechende Projekt »Privatuniversität Witten/Herdecke« mit seiner Anfang der achtziger Jahre gegründeten medizinischen Fakultät vermochte bisher kein überzeugendes Gesamtkonzept vorzulegen.²

Die meisten bundesdeutschen Reformbemühungen beziehen sich in der Regel auf einzelne Fachgebiete bzw. Fachpraktika, den klinischen Studienabschnitt oder es handelt sich um zusätzliche Angebote zur traditionellen Ausbildung. Bemerkenswerte Reformaktivitäten bezüglich der Fachpraktika findet man z.B. in Hannover mit dem Modellpraktikum »Anatomie am Lebenden« oder in München und Gießen mit den »Chirurgiepraktika«, in Essen und Berlin mit den »Kinderheilkundepraktika«. In Münster und Bochum gibt es langjährige Erfahrungen mit der Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser in die klinische Ausbildung. In Heidelberg bemüht sich eine Projektgruppe, ausländischer Studierenden insbesondere aus Entwicklungsländern spezifische Kenntnisse für eine Medizin in der Dritten Welt zu vermitteln, um sie adäquat für die Rückkehr in ihre Heimatländer zu qualifiziernen.

Hingewiesen werden muß noch auf zwei studentische Initiativen, die bereits über viele Jahre hinweg zusätzlich zur traditionellen Ausbildung Alternativen anbieten. Von bundesdeutschen Ausbildungsexperten wird dieses Engagement fortgesetzt ignoriert. Seit mehr als zehn Jahren veranstalten Studierende hörerer Semester zu Beginn des Studiums an fast allen medizinischen Fakultäten und Fachbereichen in den alten Bundesländern sog. »Orientierungseinheiten für Studienanfänger«. Dies geschicht oft in eigener Regie und ohne systematische Unterstützung der jeweiligen Fachbereiche/Fakultäten.

Eine zweite studentische Initiative mit mehr als zwanzigjähriger Tradition sind die sog. Anamnesegruppen von Studierenden für Studierende während der klinischen Ausbildung. In Gruppen bis zu zehn Studierenden erarbeiten sie eine umfassende Anamnese von einem Patienten. Besonderer Wert wird dabei sowohl auf die psychosoziale Anamnese gelegt, wobei die eigene Reaktion sowohl auf die Patienten als auch auf die anderen Studierenden mitreflektiert wird. Dieses Vorgehen wird mit Tutoren besprochen, die sich selbst wiederum einer Supervision durch Psychologen oder Psychiater unterziehen.³

Das Berliner Modell

Der Hoffnungsträger in Sachen Reform der Medizinerausbildung ist derzeit das sog. Berliner Modell. Es enstand aus einer studentischen Initiative im UNiMut Streik im Wintersemester 1988/89. Die »Inhalts-AG«, ehemals eine Streikgruppe, entwickelte aus der Unzufriedenheit mit den Ausbildungsbedingungen Ideen für eine andere Ausbildung. Inzwischen konnte das Konzept mit Hilfe einer Planungsgruppe und dem Dekan des Universitätsklinikums Rudolf Virchow in ein Curriculum umgesetzt werden, um es im Rahmen eines Modellversuches erproben zu können. Dieser Vorschlag entspricht am ehesten den Leitlinien des Wissenschaftsrates und ist derzeit das einzige Modell für eine Gesamtreform der Medizinerausbildung. Er soll 1993/94, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen worden sind, realisiert werden.

Die Ziele dieses Modellversuches bestimmt die Inhalts-AG/Planungsgruppe wie folgt:

Der Reformstudiengang hat die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten zum Ziel, die eigenverantwortlich und selbständig handeln können und zu selbstkritischer Reflexion sowie zur kontinuierlichen Weiter- und Fortbildung fähig und motiviert sind. Das Studium soll den angehenden Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, ihren Patientinnen und Patienen aufmerksame Zuhörer, sorgfältige Beobachter sowie kompetente Gesprächspartner und kompetente Ärzte zu werden. Die Ausbildung orientiert sich an primärärztlichen Fragen, Problemen und Aufgaben; sie wird auf wissenschaftlicher Grundlage patienten- und praxisgerecht durchgeführt und stellt für Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation Wege zur Problemerkennung und -lösung in den Vordergrund.

Zwei aus internationalen Reformprojekten übertrage und für die Berliner Verhältnisse modifizierte Elemente, bestimmen das Curriculum des Berliner Modells: das Problemorientierte Lernen und Lernspirale.

Problemorientiertes Lernen

Kernstück des Problemorientierten Lernens ist die Lerngruppe. Sie trifft sich am Wochenanfang und am Wochenende mit ihrem Betreuer. Zu Beginn wird das Wochenthema anhand einer vorbereiteten Patientengeschichte vorgegeben (»Papercase« oder Patient). Nach der Klärung von Verständnis- und Sachfragen stellt die Lerngruppe eine Problemliste auf, ordnet diese und formuliert für sich Lernziele und verteilt Lernaufgaben. Die Bearbeitung erfolgt im Selbststudium unter Nutzung der Infrastruktur der Fakultät (z.B. Skills-Lab, Mediothek, Bibliothek). Die Betreuer müssen speziell

166 Eberhard Göbel

geschult sein und die Lerngruppe anleiten können. Am Ende einer solchen Woche trifft sich die Gruppe und präsentiert das Erarbeitete. Hierbei sollen anhand der verteilten Lernaufgaben Untersuchungsbefunde, Diagnose, Differentialdiagnose dem Lernstadium angemessen zusammengetragen und interpretiert werden. Anschließend wird ein Therapie- und Betreuungsplan aufgestellt, der die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme des Patienten berücksichtigt.

Lernspirale

Die Lernspirale bedeutet, daß Themen mehrfach, aber unter jeweils anderen Ordnungskriterien, bearbeitet werden. Die ersten vier Semester sind nach Körperfunktionen geordnet. In den darauffolgenden drei Jahren wird das Lebensalter zum Ordnungsprinzip. Es werden so die Entstehung des Menschen, Wachstum und Entwicklung, Adoleszenz und Probleme der Lebensbewältigung besprochen. Probleme der Lebensmitte, der Berufs- und Zivilisationserkrankungen und des Alterns schließen sich an. Die Krankengeschichten werden nach folgenden Kriterien ausgesucht:

- Häufigkeit der Erkrankungen unter Berücksichtigung des Lebensalters
- Bedeutung der Erkrankung in der primärärztlichen Praxis,
- exemplarische Bedeutung der Erkrankung für das Verständnis grundlegender bio-psycho-sozialer Zusammenhänge und
- Bedeutung von Krankheitssymtomen, die ein sofortiges Eingreifen des Arztes erfordern.

Ausländische Reformprojekte

In der bundesdeutschen Diskussion werden immer wieder folgende ausländische Reformprojekte genannt: die Rijksuniversiteit für Geneeskunde in Maastricht in den Niederlanden, die Faculty of Health Science am Chedoke-McMaster Hospital der Universität McMaster in Hamilton/Ontario/Kanada, die Gesundheitsuniversität an der Hälsouniversität Linköping in Linköping/Schweden, die Harvard Medical School in Cambridge/Bosten/USA und die Medizinische Fakultät mit dem »Primary Care Curriculum« an der Universität von New Mexico in Albuquerque/USA. In der bundesdeutschen Diskussion werden jedoch als Schlagworte entweder nur die Ortsnamen gebraucht wie z.B. im Falle von Maastricht, Albuquerque oder Linköping oder aber die Bezeichungen für die Universität

wie z.B. Harvard oder McMaster. Vergleicht man diese Reformprojekte miteinander werden trotz der länderspezifischen Unterschiede und der unterschiedlichen Trägerschaften bzw. Rechtsformen dieser Institutionen (staatlich oder privat) folgende Gemeinsamkeiten augenfällig:⁵

Die in der Bundesrepublik Deutschland noch übliche Trennung von vorklinischer und klinischer Ausbildung wurde dort ebenso abgeschafft wie die bei uns übliche strikte Fächertrennung. Alle Reformmodelle beginnen die Ausbildung mit Patientenkontakt. Die ieweiligen Angebote an die Studierenden zum selbständigen Lernen. was sowohl die Zeit als auch die Angebote der Fakultät betrifft, sind im Vergleich zu den bundesdeutschen Möglichkeiten an allen Reformuniversitäten geradezu luxuriös. Dies betrifft sowohl die personelle wie sächliche Ausstattung der verschiedenartigsten Lernzentren als auch die Zugangszeiten für diese Einrichtungen. Die Benutzung und Anwendung von PC's als Schreibsystem, als Lernmittel mit Unterricht, als interaktives Lernprogramm, als Recherchemittel bei Literaturrecherchen in internationalen Datenbanken, als Kommunikationsmittel innerhalb und außerhalb der jeweiligen Fakultät über On-line-Verbindungen ist überall eine Selbstverständlichkeit. Auch auf den intensiven Kontakt zwischen Lernenden und Lehrenden wird besonderer Wert gelegt, die Vielfalt der verschiedenen Lernformen (problemorientiertes Lernen, Lernspirale, Blockpraktia, Projektunterricht u.a.) wird systematisch gefördert. Alle Reformmodelle werden mit einem erheblichen Aufwand und mit den vielfältigsten Formen ständig evaluiert. Es gibt an jeder Reformuniversität eine institutionalisierte Evaluationsinstanz. Leistungsstand und Lernfortschritt der Studierenden werden auf verschiedenste Art und Weise geprüft. Dies geschieht durch »progress-test«, »individuell process assessment«, problemorientiere Lerngruppen, durch »self-directed learning« oder »OSCE (objective structual clinical examination)«. Engagement und Selbstveränderungsbereitschaft aller am Reformprozeß Beteiligten sind überdurchschnittlich ausgeprägt. Die Studiendauer liegt durchschnittlich bei vier Jahren. Alle Reformprojekte haben Reforumcurricula entwickelt, die vom gesunden Menschen ausgehen und ihn auch als Mensch in seinem familiären und sozialem Umfeld kennen wollen. Soweit die Gemeinsamkeiten der o.g. Reformprojekte. Sie unterscheiden sie sich jedoch in einzelnen Schwerpunktsetzungen, bzw. haben lokale Besonderheiten ausgeprägt.

168 Eberhard Göbel

McMaster

In McMaster beispielsweise ist die Form des »self-directedlearning«, d.h. die Lerntempobestimmung durch die Studierenden bzw. durch die Lerngruppen am weitesten entwickelt. Prüfungen im herkömmlichen Sinne gibt es in McMaster nicht mehr. Für die einzelnen Studienabschnitte sind Lernzielkataloge entwickelt worden, die festlegen, was der einzelne lernen und wissen soll. Der Lernfortschritt wird individuell bestimmt, durch studienbegleitende Evaluation in Formen wie z.B. mündliche Rücksprachen über Stand des Wissens, Hausarbeiten, Arbeit in der problemorientierten Lerngruppe oder durch sog. OSCE (objektive structured clinical examination). Hierbei handelt es sich um eine Art Prüfungsralley, in der in einer bestimmten Zeit auf verschiedenen klinischen Stationen genau definierte Teilanforderungen vom Studierenden bewältigt werden müssen. Ziel dieser Ralley ist es, herauszubekommen, was der Studierende noch lernen muß, wo seine Lücken sind. Erst am Ende des dreijährigen Studiums müssen die Absolventen von McMaster eine staatliche Prüfung ablegen und schneiden dabei nicht schlechter ab, als die Absolventen der »normalen« Fakultäten. Bezüglich der Möglichkeit des persönlichen Engagement gibt es als bemerkenswerte Besonderheit in McMaster auf dem Campus eine universitäre Radiostation.6

Maastricht

Bemerkenswert am Maastrichter Modell sind die sog. »Simulationspatienten« (SP). Es handelt sich hierbei um medizinisch nicht vorgebildete Laien, die durch umfassende Einführungen und kontinuierliche Begleitschulungen auf ihre bezahlte Rolle in der Lehre vorbereitet werden. Damit ist das Problem der Patientenbelastung durch untersuchende Studierende, die bei uns immer wieder beklagt wird, ein Stück weit geregelt. Für spezielle Untersuchungen im Urogenitalbereich werden aus dem Kreis der Simulationspatienten, diejenigen ausgewählt, die für die Lehre besonders gut geeignet sind (»patient instructor«). Sie sollen den Studierenden den Übergang vom Lernen am Phantom zum Lernen am Patienten erleichtern. In Gegenwart eines Lehrenden trifft sich der Studierende mit dem »patient instructor« für eine Stunde. Nach einem kurzen einleitenden Interview, in dem die Untersuchungstechnik beschrieben und das Wissen des Studierenden geprüft wird, untersuchen die Studierenden den »patient instructor«. Der Studierende wird bei der Untersuchung beraten und erhält ein Feed-back über seine technischen und interaktionellen Fähigkeiten bei der Untersuchung.

Im Unterschied zu McMaster werden die Studierenden in Maastricht regelmäßig geprüft. Vier Mal pro Jahr müssen sie einen »progress-test« mit 250 Fragen absolvieren. Die Antwortmöglichkeiten sind »ja/nein/weiß nicht«. Je fortgeschrittener sie im Studium sind, desto mehr Fragen können sie beantworten. Einmal pro Jahr gibt es einen sog. OSCE-Test. Darüber hinaus müssen drei Examina absolviert werden: eins nach dem ersten Jahr, ein weiteres nach dem vierten und das letzte nach dem sechsten.⁷

Linköping

Das besondere an Linköping in Schweden ist die Ausrichtung der Ausbildung auf die Anforderungen des Arztes in einer Allgemeinmedizinischen Praxis. Etwa 90 Prozent aller in der kommunalen Versorgung tätigen Ärzte sind in Linköping und Umgebung an der Ausbildung der zukünftigen Ärzte beteiligt.⁸

Harvard Medical School

In der Harvard Medical School sind zwei Besonderheiten hervorzuheben. Zum einen werden Lehrende wie Lernende kontinuierlich evaluiert. Die Lehrenden eines Kurses sind darüber hinaus angehalten auf folgendes bei den Studierenden zu achten: angemessene Wissenbasis, Integrationsfähigkeit des aus Büchern und anderen Quellen erworbenen Wissens in die Gruppendiskussion der Lerngruppe, Verständnis und Problemlösungsfähigkeiten hinsichtlich der Fallbeispiele, Erreichen der Lernziele, Zerlegen komplexer Probleme in Faktoren, Aufstellen und Analysieren von Hypothesen, Aufstellen eigener Lernziele, klarer Ausdruck in Diskussionen, angemessenes Gruppenverhalten, Sensitivität gegenüber sozialen und ethischen Fragestellungen und persönliche Reflexion von Fallbeispielen.

Zum anderen wird auf eine intensive Nutzung der Informationsverarbeitung wertgelegt. Alle Studierenden und Lehrenden verfügen über einen PC, um per Modem über das Telefonnetz untereinander und mit dem Zentralrechner kommunizieren zu können. In Harvard werden ebenso wie in McMaster keine »großen Prüfungen« abgehalten. Es gibt auch keine Studienabschlußprüfung. Allerdings müssen die Studierenden die NBME (National Board of Medical Examiners)-Prüfungen I und II bestehen, um eine Berufserlaubnis zu bekommen. Ab 1993 werden die NBME-Prüfungen durch die

170 Eberhard Göbel

USMLE (United States Medical Licensing Examination) abgelöst. Letztere sind nicht mehr fächeroriertiert gestaltet.⁹

Albuquerque

Im Unterschied zu den anderen Reformprojekten sollen die Studierenden an der Universität in New Mexico in Albuquerque in erster Linie Erfahrungen mit Primärärzten sammeln und medizinische Probleme in einem großen lokalen und sozialen Zusammenhang verstehen können. Sie sollen die Bedeutung eines Gesundheitsproblems für Patient, Angehörige und Umgebung beschreiben lernen. Sie sollen zum Gesundheitszustand beitragende Faktoren in der Familien und Umgebung herausfinden können. Ebenso sollen sie die Kosten eines Therapieplanes und Probleme der Kostendeckung verstehen lernen. Im ersten Jahr müssen die Studierenden wöchentlich einen halben Tag in einer Poliklinik arbeiten. Sie müssen vier Monate in einer ländlichen Praxis in einer medizinisch unterversorgten ländlichen Gegenden mitarbeiten. Sie können auch im Verlauf des Studiums einige Monate in einem Dritte-Welt-Land verbringen. Es wird insgesamt großen Wert darauf gelegt, bei der Interpretation, Prävention und Therapie von Krankheiten den sozialen Kontext zu verstehen. Epidemiologie, gemeindeorientierte Medizin, Hausbesuche, Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, Entwicklung von Gemeindeprojekten gehören während des Studiums zum begleitenden Programm. - Insbesondere in den ersten beiden Studienjahren wird die individuelle Entwicklung jedes einzelnen ständig überprüft (Individual Process Assessment, IPA). Geachtet wird auf: die Fähigkeit, klinische Begründungszusammenhänge herzustellen, die Beherrschung körperlicher Untersuchungs- und Anamnesetechnik (mit Simulationspatienten und Videodokumentation), Entwicklung von Hypothesen bezüglich der dem Krankheitsprozeß zugrundeliegenden Mechanismen. Präsentation und Diskussion einer innerhalb von 48 Stunden angefertigten Epikrise usw. Eine Beurteilung der gewonnenen Einsichten und Fähigkeiten findet innerhalb der ersten beiden Jahre fünf Mal statt. Im weiteren Studienverlauf werden die Studierenden danach beurteilt, wie sie z.B. in einem Gemeindeprojekt mitarbeiten. Die Absolventen schneiden bei der NBME-Prüfung nicht schlechter ab als der amerikanische Durchschnitt. Die Orientierung des Curriculums in Richtung »Primary Health Care« leitet sich vor allem aus der Lage des Bundesstaates New Mexico ab. Er liegt im Südwesten am Rande der USA. Der größte Teil der Einwohner spricht spanisch. 10

Schlußbetrachtung

Wer an bundesdeutschen medizinischen Fakultäten/Fachbereichen etwas werden will, muß in der Regel mindestens einmal während seines Studiums im Ausland studiert und nach abgeschlossenem Studium möglichst in einem amerikanischen Forschungsinstitut gearbeitet haben. Erstaunlicherweise spielen jedoch die vielfältigen amerikanischen oder auch andere ausländische Reformexperimente auf der Gebiet der Ausbildung an unseren Fakultäten so gut wie überhaupt keine Rolle. Sie werden von den Lehrenden und Lernenden schlichtweg ignoriert. Zwar hört man immer wieder die Klage über die Patientenbelastung durch die Ausbildung, aber auf die Idee, Simulationspatienten einzusetzen, ist man bei uns noch nicht gekommen. Auch wird der Lernfortschritt einzelner nicht verfolgt. Eine kontinuierliche Auseinandersetzung zwischen Lernenden und Lehrenden während des Studiums findet ebenfalls nicht statt. Die Evaluationsformen stecken hier noch in den Kinderschuhen und stoßen insbesondere bei Klinikern auf Mißtrauen und Abwehr. Formen des problemorientierten Lernens sind bisher noch sehr unentwickelt und - von wenigen Ausnahmen abgesehen - noch nicht erprobt worden. Auch die Fächerorientierung verhindert die Entwicklung einer Lernspirale. Zweifellos kann jeder bundesdeutsche medizinische Hochschullehrer sofort über die Mängel der Ausbildungsbedingungen klagen. Dabei bleibt es in der Regel allerdings auch. Die ausländischen Reformmodelle führen praktisch vor, wie Probleme behoben und Mängel angepackt werden können. Bleibt nur zu hoffen, daß Mitte der neunziger Jahre mit der Schaffung von Experimentierfeldern, diejenigen Kräfte Raum bekommen, die die Stufe des Jammerns praktisch überwinden wollen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Eberhard Göbel

Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin

Klingsorstraße 119 - 1000 Berlin 45

Anmerkungen

- Wissenschaftsrat (Hrsg.): Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln 1992.
- 2 Ingela Schwinge, Ingrid Stiegler: Privatuniversität Witten/Herdecke. In: E.Göbel, S.Remstedt: Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.

3 Einen relativ guten Überblick über den Stand der Entwicklungen geben folgende Veröffentlichungen aus der letzten Zeit: E.Göbel, S.Remstedt: Leitfaden zur Studienreform für Medizinstudierende. Mit einem aktuellen Überblick über Studienreformprojekte und Studienreformvorschläge. Frankfurt am Main 1991. D.Habeck, P.Schwarz-Flesch: Innovationen in der Bundesrepublik Deutschland im Überblick: Ergebnisse einer IfAS-Umfrage im Winter 1990/91. In: Medizinische Ausbildung 8 (1991), 39-41, 65-75, und D.Habeck, U.Schagen und G.Wagner (Hrsg.): Neue Wege der ärztlichen Ausbildung. Beiträge zur konzeptionellen Gestaltung des Medizinstudiums. 1993.

- 4 Reinhard Busse, Ingela Schwinge: Das Berliner Modell. In: E.Göbel, S. Remstedt: Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.
- 5 E. Göbel, S.Remstedt (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.
- 6 Kai Schnabel: McMaster-University. In: E. Göbel, S.Remstedt (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden. Schweiz. Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.
- 7 Thomas Ruprecht, Ingela Schwinge: Maastrichter Modell Faculteit der Geneeskunde. In: E. Göbel, S.Remstedt (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.
- 8 Regina Podlech: Fakultät für Gesundheitswissenschaft. In: E. Göbel, S. Remstedt (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.
- 9 Reinhard Busse: The New Pathway an der Harvard Medical School. In: E. Göbel, S.Remstedt (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.
- 10 Christoph Schmidt: Primary Care Curriculum in Albuquerque. In: E. Göbel, S.Remstedt (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt am Main 1993.

Die Zukunft des Gesundheitswesens und die deutsche Ärzteschaft

Die Zeichen der Zeit stehen schlecht für den liberalen Sozialstaat. Allenthalben ist zu beobachten, wie in langen Auseinandersetzungen errungene Sozialleistungen nun zur Diskussion gestellt werden. Statt sozialpolitischer Offensive haben fast alle gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen auf die verzweifelte Verteidigung bisher unbestrittener, aber nun bedrohter Errungenschaften umgeschaltet.

Wir müssen uns also auf eine Zeit des weiteren Sozialabbaus einstellen, und das Gesundheitswesens wird sich dem nicht entziehen können. Die Hoffnung ist trügerisch, daß es in den zukünftigen gesundheitsökonomischen Debatten auch weiterhin nur um Honorardeckelungen, finanzielle Zuzahlungen der Kranken und Leistungsausgrenzungen gehen wird. Die bereits seit Jahren in anderen Ländern sich entwickelnde Tendenz zu Rationierungen medizinischer Leistungen wird auch die deutsche gesundheitspolitische Diskussion bald erreichen.

Auf diese Entwicklung ist aber kaum eine gesellschaftliche Gruppierung vorbereitet, erst recht nicht die Ärzteschaft. Statt die damit zusammenhängenden Fragen zu diskutieren und auf gefährliche, die egalitäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bedrohende Entwicklungen hinzuweisen, wird mit Vehemenz von den Verbänden der Ärzteschaft und ihren Körperschaften eine ständische Klientelpolitik betrieben, deren zentrales Anliegen die Verteidigung eigener wirtschaftlicher Interessen bleibt.

Der Mythos der »Kostenexplosion«

Dabei sind zentrale Argumente in der gesundheitspolitischen Debatte ohne wirklichen Bezug zur Realität und dienen eher der Vernebelung als einer klärenden Aufhellung der vorhandenen Probleme.

Das wohl wichtigste Argument ist die behauptete »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen. Dafür werden die absoluten Ausgaben für Gesundheitsleitungen angeführt, die tatsächlich in den letzten 20 Jahren eine beeindruckende, kontinuierliche Steigerung erfahren haben: Lagen die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen 1970 noch bei 25,18 Milliarden DM, so waren sie 1980

bereits auf 89,83 Milliarden DM gestiegen und erreichten 1990 141.65 Milliarden DM.

Es wird dabei aber gern übersehen, daß der Anteil der Gesundheitsleistungen am Bruttosozialprodukt (die Gesundheitsquote) seit Jahren konstant geblieben ist. Dies gilt im übrigen auch für die Sozialleistungsquote insgesamt, die sich im Vergleich der letzten 20 Jahre nur wenig geändert hat und 1990 bei 29,4 Prozent lag. Tatsächlich steht also die Argumentation derjenigen, die mit einer exorbitanten Kostensteigerung für Gesundheitsleistungen argumentieren, auf eher brüchigem Eis. Mit diesem Verweis jedoch jeglicher Diskussion über die Kosten im Gesundheitswesen den Boden entziehen zu wollen, muß allerdings scheitern. Denn einen idealen Anteil der Gesundheitsleistungen am BSP gibt es nicht. In den Worten des Sachverständigenrates: »Eine optimale Höhe der Gesundheitsausgaben (ihres Anteils am Bruttosozialprodukt, das heißt die Gesundheitsquote) ist nicht bekannt, und sie kann auch nicht wissenschaftlich abgeleitet werden.«

Schaut man über die Grenzen Deutschlands, wird die Berechtigung dieser Aussage schnell offenbar. Niemand wird ernsthaft behaupten, daß die medizinische Versorgung in den USA mit einem BSP-Anteil (Sachleistungen plus Einkommensleistungen wie Lohnfortzahlung und Krankengeld) von 13,5 Prozent besser ist als die in Großbritannien, wo er nur bei 9,3 Prozent liegt¹ (in den alten Bundesländern BR Deutschland: 11,5 Prozent). Werden nur die Ausgaben für Sachleistungen berücksichtigt, dann wird die Problematik einer am BSP orientierten Ausgabendiskussion noch deutlicher: während der BSP-Anteil der medizinischen Sachleistungen in den USA bei 11,5 Prozent liegt, erreicht er in Großbritannien nur 5,9 Prozent² (Anteil in den alten Bundesländern bei 8,2 %).

Bei der Diskussion um den wünschenswerten Anteil des Gesundheitswesens am allgemeinen Volkseinkommen darf auch nicht übersehen werden, daß die Beitragsaufkommen der gesetzlich Krankenversicherten in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen sind. Lagen sie 1975 durchschnittlich noch bei 10,5 Prozent, so haben sie inzwischen (1991) ein Niveau von 12,2 Prozent erreicht. Tatsächlich umfaßt das BSP ja sämtliche Einkommen, während sich die gesetzlichen Krankenversicherungen nur aus dem Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit finanzieren. Der Anteil dieser Einkommen am Volkseinkommen insgesamt, die sogenannte Lohnquote, ist aber in den letzten Jahren kontinuierlich gefallen, von 77 in 1982 auf 70 Prozent in 1990.

Wenn man also den Gesundheitsausgaben einen gleichbleibenden Anteil am BSP zukommen lassen will, dann muß man zur Vermeidung der sonst unvermeidlich steigenden Beitragssätze notwendigerweise über alternative Finanzierungsquellen reden. Warum z.B. müssen die Einnahmen der Krankenversicherungen ausschließlich aus den lohnbezogenen Beiträgen finanziert werden? Denkbar wäre ja z.B. auch, daß staatliche Finanzleistungen oder finanzielle Beiträge von Verursachern gesundheitlicher (z.B. umweltmedizinischer) Störungen einen Teil des Versicherungsbudgets tragen.

Zu dem Problem steigender Beitragssätze kommt hinzu, daß es erhebliche Verwerfungen in der Höhe der Beitragssätze gibt: sie bewegen sich zwischen 8,5 Prozent bei manchen Betriebskrankenkassen und 16,8 Prozent bei einigen AOK's. Dies ist Folge der zersplitterten Krankenkassenlandschaft, in der die einzelnen Kassen auf Grund ihrer Mitgliederstruktur (Arbeitslose, mitversicherte Familienmitglieder, Altersstruktur etc.) weit auseinanderklaffende Einnahmen (unterschiedliche Grundlohnsummen) und Ausgaben haben.

Vor allem die AOK's, die als einzige Kassen auch »schlechte Risiken« versichern mußten, haben unter dem Nord-Süd-Gefälle bei den Einnahmen leiden müssen. Die hohen Arbeitslosenraten im Norden verschlechterten die Grundlohnsumme, weshalb zum Ausgleich der Ausgaben die Beitragssätze für die in Arbeitsverhältnissen stehenden Versicherten angehoben werden mußten. Betroffen waren von diesem Anstieg der Lohnnebenkosten vor allem mittelständische und kleinere Unternehmen, die sich nicht durch Gründung von Betriebskrankenkassen aus den AOK's verabschieden konnten.

Der nun beschlossene bundesweite, kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich wird die in den letzten Jahren immer krasser gewordenen Einnahmedifferenzen zwischen den einzelnen Kassen in Zukunft ausgleichen. Daraus allerdings zu schließen, daß sich die Diskussion um »Kostendämpfung« im Gesundheitswesen beruhigen könnte, wäre ein gewaltiger Irrtum. Das Gegenteil dürfte eintreten. Die durch den solidarischen Ausgleich zwischen den Kassen und Regionen notwendig eintretende Erhöhung der Beitragssätze im Süden der Republik wird eher zu verstärkten Forderungen nach kostensenkenden Maßnahmen führen.

Die Ärztschaft nimmt an den notwendigen Debatten nicht teil

In dieser Situation ist auch von der Ärzteschaft eine offene, von Tabuisierungen freie, selbstkritische Diskussion zu fordern. Denn

bei weitem nicht alle Leistungen, die von den ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, lassen sich rational begründen. Statt sich dieser Problematik zu stellen und eine notwendigerweise schmerzliche innerärztlich Debatte über die Grundlagen ärztlichen Handelns zu führen stimmen die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen) und die meisten ärztlichen Berufsverbände in den Chor derjenigen ein, die vor allem bei den Patienten weitere finanzielle Entlastungspotentiale orten wollen.

So unterstützt das in Köln beim Außerordentlichen Deutschen Ärztetag im September 1992 verabschiedete Positionspapier nicht nur die politischen Bemühungen um eine Ausweitung der »Selbstbeteiligung« der Kranken an den entstehenden Behandlungskosten. Es geht sogar noch über die ursprünglichen Vorstellungen der Bundesregierung hinaus und propagiert auch für den humanmedizinischen Bereich die Trennung der medizinischen Versorgung in Regel- und Wahlleistungen, wie sie der erste Gesetzesentwurf für den zahnmedizinischen Bereich noch vorsah. Gleichzeitig werden alle Maßnahmen zur »Kostendämpfung«, die die Einkommen der Ärztinnen und Ärzte einschränken, mit großer Geste zurückgewiesen.

Die Forderung von Ärzteverbänden nach einer verstärkten finanziellen »Selbstbeteiligung« der Kranken, die ja tatsächlich nichts anderes ist als eine zusätzliche Kassenfinanzierung ohne Beteiligung der Arbeitgeber, ist aber nichts anderes als eine unerträgliche Perfidie. Begründet wird sie scheinheilig mit angeblichen Steuerungswirkungen, die zu einem Abbau medizinisch nicht begründeter Anspruchshaltungen bei den Versicherten führen würde. Dabei wird aber geflissentlich verschwiegen, daß es immer die Ärzte sind, die den vermeintlich unbegründeten Anspruch des Versicherten erst durch eine Verordnung bzw. Bescheinigung legitimieren. So entpuppt sich denn die eifrige Unterstützung solcher Vorschläge durch die ärztlichen Institutionen und Verbände als der unappetitliche Versuch, ausschließlich die Patienten für eigenes Fehlverhalten haftbar zu machen.

Noch weiter geht der Versuch, mit der Aufteilung der medizinischen Versorgung in Regel- und Wahlleistungen die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Leistungsausgliederung zu entlasten und diese in die private Gesundheitsvorsorge zu verschieben. Dieser Vorschlag läuft letztendlich auf die Institutionalisierung einer Klassenmedizin hinaus, in der die Behandlungschancen der Reichen besser sind als die der Armen.

Ein Blick in die USA auf die dort bereits praktizierte Klassenmedizin und eine Kenntnisnahme der kritischen Diskussion innerhalb der US-amerikanischen Ärzteschaft über die sich daraus ergebenden ethischen Folgen hätten unsere hiesigen Ärztefunktionäre darüber aufklären können, daß sie bei solchen Vorschlägen mit dem Feuer spielen. Wie sollte man sich auch eine gesundheitspolitisch verträgliche Aufteilung der Versorgung in Regel- und Wahlleistungen vorstellen?

Um sich das Ausmaß der zu erwartenden Konflikte vorzustellen, reicht ein Blick auf die Vielzahl der jährlichen Sozialgerichtsverfahren, in denen um die konkrete Bedeutung der sozialgesetzlichen Begriffe »notwendig«, »ausreichend« und »wirtschaftlich« erbittert gestritten wird.

Die Reaktion der organisierten und verfaßten Ärzteschaft auf die durch Seehofer neu eröffnete gesundheitspolitische Debatte hat keine Zweifel daran offengelassen, daß es ihr ausschließlich um den wirtschaftlichen Vorteil geht, für den man auch die Patienten zu instrumentalisieren bereit ist. Reine Klientelpolitik bestimmt weitgehend die innerärztliche Diskussion, und in dieser Debatte sind gesundheitspolitische Argumente, die auf eine bessere Versorgungsqualität zielen, kaum zu vernehmen.

Die ärztliche Praxis ist korrekturbedürftig

Dabei hätte die Ärzteschaft fürwahr Gründe genug, sich mit den Problemen ärztlichen Handelns zu befassen, vor allem aber damit, daß die Ärzte viel zu häufig ohne Nutzenvorteile für den Patienten erhebliche Kosten generieren. Eine solche selbstkritische Diskussion hätte vor allem aufzudecken, daß die Ärzte im Spannungsfeld ihrer jeweiligen Anwaltschaft für die eigenen wirtschaftlichen Interessen und für die gesundheitlichen Interessen ihrer Patienten häufig Handlungsstrategien entwickeln, die mit den offiziellen Ansprüchen ihrer Berufsethik nicht oder nur sehr schwer in Einklang zu bringen sind.

Im Zentrum einer solchen Diskussion hätte dann auch die Frage zu stehen, inwieweit das aktuelle Vergütungssystem nach Einzelleistungen die falschen Anreize für ärztliches Entscheiden und Handeln setzt. Auffallend ist ja, daß die jährliche Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland bei 11,5 liegen soll, während sie für Schweden mit nur 2,7 und in Frankreich mit 5,2 angegeben werden.

Inzwischen kann jedenfalls nicht mehr übersehen werden, daß zahlreiche weitverbreitete diagnostische und therapeutische Handlungen nur wenig mit den Grundregeln der ärztlichen Kunst bzw. den gesicherten Erkenntnissen medizinischer Wissenschaft zu tun haben. Vor diesem Problem verschließen die Selbstverwaltungsorgane und Verbände der deutschen Ärzteschaft beharrlich die Augen und unterminieren so ihre eigene Glaubwürdigkeit, wenn sie in der Diskussion um die Mängel der medizinischen Versorgung ausschließlich mit dem Finger auf die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen zeigen.

Stimmen wie die zweier Berliner Internisten, die schonungslos auf diese Problematik hingewiesen haben, sind jedenfalls selten: »Die Bereitschaft und Fähigkeit gerade deutscher Mediziner, die Angemessenheit, Effizienz und Konsequenzen des eigenen Handelns kritisch zu befragen – zu Virchows Zeiten einst hoch entwickelt – befindet sich heute auf einem Tiefpunkt.«³ Statt ärztlicher Selbstzweifel und Selbstkritik sei deutlich festzustellen, »daß ebenso irrige wie pharisäische, erst kürzlich wieder vom Präsidenten eines Ärzteverbandes geäußerte Selbsteinschätzung tonangebend ist: 'Wir deutschen Ärzte sind die besten auf der Welt.'«

Dabei gibt es konkrete Hinweise für einen dringenden Handlungsbedarf genug.

So wurde vor wenigen Monaten z.B. von Prof. Stender, Lehrstuhlinhaber für Röntgenologie in der Medizinischen Hochschule Hannover, geschätzt, daß ca. 30 bis 40 Prozent aller erbrachten Röntgenleistungen ohne wirkliche Indikation erfolgen. Prof. Losse, ehemals Direktor der medizinischen Poliklinik der Universität Münster, gab Mitte 1992 den Umfang nicht indizierter Laboruntersuchungen auf ca. 30 Prozent an. Neben Wissensmängeln und der leichten Verfügbarkeit von labormedizinischen Untersuchungsmethoden nannte er problematische ökonomische Anreize als Grund für die hohe Zahl überflüssiger Laboruntersuchungen. Prof. Kunkel von der Freien Universität Berlin beklagte Ende 1991, daß die Mehrheit der ambulant erbrachten allergologischen Untersuchungen und Behandlungen so fehlerhaft erbracht würden, daß von einer qualitativ ausreichenden und methodisch begründeten ärztlichen Versorgung in diesem Bereich nicht ausgegangen werden könne. Nach seinen Darstellungen zeigen Analysen des Abrechungsverhaltens, daß diagnostische Verfahren eher nach der Höhe der jeweiligen kassenärztlichen Vergütung als nach der wissenschaftlich belegten Aussagekraft durchgeführt würden.

Ein besonders augenfälliges Beispiel für die verbreitete, diagnostisch aber fragwürdige Anwendung eines neuen Verfahrens ist die Osteodensitometrie, die allenfalls nur einen geringen Beitrag zur Verbesserung der frühzeitigen Vorsorge von Osteoporose leistet. Die Methode, mit der der Mineralgehalt der Knochen bestimmt werden kann, krankt nämlich daran, daß bis heute unbekannt ist, wo man bei einer erheblichen Streubreite »normaler« Knochendichten und beträchtlichen iährlichen Schwankungen der individuellen Knochendichten die Abgrenzung vom Normalen ansetzen muß. Ihre schnelle Verbreitung läßt sich nur mit den damit verbundenen Möglichkeiten der Einkommensvermehrung erklären. Obwohl sie erst vor sechs Jahren Eingang in die Gebührenordnung fand, kam sie 1990 bereits über 150000 mal zur Anwendung und zwang die gesetzlichen Krankenkassen, 154 Millionen DM dafür bereitzustellen. Einzelnen Orthopäden gelang es sogar, bis zu 11 Prozent ihres Gesamtumsatzes allein mit der Knochendichtebestimmung zu erwirtschaften.

Die Liste solcher diagnostischen Ȇberversorgungen« ließe sich nahezu beliebig verlängern.

Auch im therapeutischen Bereich haben sich zahlreiche Traditionen entwickelt, die weniger mit einer effizienten Versorgung der Patienten zu tun haben, sondern eher mit der Anfälligkeit der Ärzte gegenüber falschen und irreführenden therapeutischen Versprechungen. Dabei wird die an hohen Umsätzen interessierte Industrie häufig von Medizinprofessoren unterstützt, die dafür gut bezahlt werden und nach einem Bonmot von Prof. K.-D. Bock gern als habilitierte Pharmareferenten bezeichnet werden. Anders ist es nicht zu erklären, daß es der Industrie z.B. gelungen ist, die Verordnung von lipidsenkenden Arzneimitteln so erfolgreich zu propagieren, daß sie inzwischen 1991) 6,8 Millionen mal bei einem Gesamtumsatz von 816 Millionen DM verordnet wurden, obwohl deren therapeutische Bedeutung in der weit überwiegenden Zahl der Verordnungsfälle als zweifelhaft angesehen werden muß⁴⁻⁶. Tatsächlich ist es in den bisherigen Interventionsstudien ja auch nicht gelungen, die Gesamtmortalität der Behandlungsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen zu senken.

Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche und erheblich kostensteigernde pharmazeutische Werbestrategie, die von zahlreichen Universitätsgrößen unterstützt wird, ist die Durchsetzung von ACE-Hemmern und Calcium-Antagonisten für die primäre Therapie von Hochdruck-Kranken, deren Tagestherapiekosten um den Faktor 5

bis 10 über denen der in der Hochdrucktherapie bewährten Diuretika liegen. Im Zentrum dieser Strategie stehen umstrittene wissenschaftliche Hypothesen wie das »metabolische Syndrom« bzw. das »Syndrom X«^{7,8} und die angeblich negativen metabolischen Effekte der älteren Substanzen z.B.⁹, deren Hypothesencharakter von den universitären Helfern regelmäßig heruntergespielt oder ganz unterschlagen wird. Dabei ist bis heute nur für Diuretika und – in besonderen Fällen – für Betablocker gesichert, daß die Behandlung der Hypertonie zu günstigen Prognoseeffekten führt ^{10,11}.

Weitere Beispiele dieser Art ließen sich auch für den therapeutischen Bereich fast beliebig lange anschließen man denke z.B. nur an die medizinisch unbegründete Verdrängung der älteren Antibiotika wie Ampicillin/Amoxycillin durch neuere orale Cephalosporine oder den ebenso fragwürdigen Austausch von Erythromycin durch die neueren Makrolide).

Alle diese Beispiele weisen auf einen erheblichen Diskussionsbedarf innerhalb der Ärzteschaft hin und machen deutlich, daß hier kaum zu unterschätzende Sparpotentiale vorhanden sind, die ohne jede Minderung der Versorgungsqualität zu realisieren wären. Im Gegenteil, der Abbau der diagnostischen und medikamentösen »Überversorgung« würde aller Wahrscheinlichkeit nach sogar zu einer Hebung der Versorgungsqualität führen, da es teilweise zu einem Wegfall der mit jeder ärztlichen Intervention einhergehenden, potentiellen Patientengefährdung kommen würde.

Vor diesen innerärztlich zu lösenden Problembereichen haben die Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft bisher beharrlich die Augen verschlossen. Statt dessen wird in der Reformdiskussion mit Penetranz der Finger über die eigenen Reihen hinweg auf die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen – vor allem aber die Patienten – gezeigt, denen pauschal ein übertriebenes Anspruchsdenken unterstellt wird. Statt der selbstkritischen Überprüfung der eigenen Praxis sollen die Patienten durch ihre »Selbstbeteiligung« auch in Zukunft die ökonomischen Ansprüche der Ärzteschaft alimentieren helfen. Die Unverfrorenheit, mit der die eigenen ökonomischen Interessen vertreten werden, wurde allerdings so übertrieben, daß sich die ärztlichen Kampfverbände und Selbstverwaltungsorgane plötzlich völlig isoliert fanden.

Es bietet sich aber über die Diskussion medizinisch überflüssiger und teurer Verfahrensweisen und entsprechende Korrekturmaßnahmen die Chance, den immer stärker werdenden und inhumanen Rationierungsdruck, wie wir ihn bereits aus den USA kennen, aufzufangen oder zumindest abzufedern. Hier böte sich die Gelegenheit, den gesundheitspolitischen Rang der ärztlichen Selbstverwaltung zu demonstrieren und mit den Zielen der Allgemeinheit in Einklang zu bringen.

Ohne Aufnahme der lange überfälligen innerärztlichen Diskussion über die Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung und ohne die selbstkritische Überprüfung ärztlichen Handelns wird sich die Ärzteschaft jedenfalls aus der wahrscheinlich mit gravierenden Umwälzungen einhergehenden gesundheitspolitischen Diskussion der nächsten Jahre verabschieden. Die Zeiten einer ausschließlich wirtschaftlich motivierten Interessenpolitik scheinen in jedem Fall endgültig vorbei zu sein.

Es läßt sich in Zukunft nicht mehr vermeiden, daß sich die unterschiedlichen wirtschaftlichen Interessen der verschiedenen Arztgruppen z.B. Hausärzte vs. Fachärzte und Labormediziner) auch in der innerärztlichen Debatte bemerkbar machen. Dies wird den bisherigen Schulterschluß der verschiedenen ärztlichen Gruppen endgültig beenden. Es bleibt zu hoffen, daß die damit verbundene Chance zu einer neu zu eröffnenden Generaldebatte über die Zukunft ärztlicher Tätigkeit zugunsten der Patienten genutzt wird.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hermann Schulte-Sasse, Richard-Strauß-Platz 13 - 2800 Bremen 1

Anmerkungen

- 1 Daten für 1989, BASYS.
- 2 Daten für 1989, OECD.
- 3 M. de Ridder, W. Dissmann: Denn sie wissen nicht, was sie tun. Feuilleton-Beilage der Süddeutschen Zeitung vom 20./21.April 1991.
- 4 G.D. Smith, J. Pekkanen: Should there be a moratorium on the use of cholesterol lowering drugs? British Medical Journal 304: 431-434, 1992.
- 5 U. Ravnskov: Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. British Medical Journal 305:15-19, 1992.
- 6 U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg): Arzneiverordnungs-Report '92, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1992.
- 7 P.T. Sawicki, M. Berger: Bluthochdruck und Hyperinsulinämie Henne, Ei oder eine Ente? Münchener medizinische Wochenschrift 134:441-443, 1992.
- 8 R.J. Jarrett: In defence of insulin: a critique of syndrome X. Lancet 340:469-471, 1992
- K.O. Stumpe, A. Overlack: Diuretische Therapie bei Hypertonie und Herzinsuffizienz. Deutsches Ärzteblatt 89:A-I438-I447, 1992.
- 10 R. Collins, R. Peto, S. MacMahon et al: Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Lancet 335:827-838, 1990.
- 11 M.H. Alderman: Which Antihypertensive Drugs First and Why! JAMA 267:2786-2787, 1992.

Über die Autorinnen und Autoren

Berger, Michael, geb. 1944, Prof. Dr. med., Internist und Dermatologe. Wiss. Ausbildung an der Harvard Medical School (Boston) und an der Universität Genf (1972 bis 1978). 1978 Professor für Innere Medizin, Düsseldorf. Seit 1985 Leitung der Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung und des WHO Collaborating Center for Diabetes Treatment and Prevention sowie Pro-Dekan der Medizinischen Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Göbel, Eberhard, geb. 1951; Dr.rer.pol., Dipl.-Soziologe, Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte und Medizin der FU Berlin, Arbeitsgebiete: Ärzteausbildung, Arbeit und Gesundheit und Gesundheitsbewegung.

Hofemann, Klaus, geb. 1946; Prof. Dr. rer. pol., lehrt Sozialpolitik an der Fachhochschule Köln, Arbeitsgebiete: Gesundheitswesen und System der sozialen Sicherheit.

Jacobs, Klaus, geb. 1957, Diplom-Volkswirt, Dr. rer.pol., seit 1988 am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) Berlin, Arbeitsgebiete: Gesundheitsökonomie, Gesundheitsberichterstattung.

Kühn, Hagen, geb. 1943, Dr. rer. pol., Wissenschaftszentrum Berlin, Lehre: Univ. of California, L.A. (Public Health), Humboldt-Universität Berlin, FU Berlin, Mitglied der Redaktionskommission Medizin des Argument, Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen: Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik, Pol. Ökonomie und Soziologie der Gesundheit, Internat. Vergleich, Ethik.

Manow-Borgwardt, Philip, geb. 1963, Dipl.-Pol., seit 1990 Stipendiat der Max-Planck Gesellschaft am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln, Arbeitsgebiet: Gesundheitspolitik.

Moers, Martin, geb. 1954, MA Philosophic, Krankenpfleger, Mitglied der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Arbeitsschwerpunkte: Pflegeforschung, -theorien und -wissenschaft, Aids-Krankenversorgung.

Röring, Regina, geb. 1951, Soziologin, seit 1983 Mitarbeiterin im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin, Mithrsg. der CLIO – Eine feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe, besondere Arbeitsschwerpunkte: Wechseljahre und ungewollte Kinderlosigkeit.

Schaeffer, Doris, geb. 1953, Dr.phil., Sozial- und Erziehungswissenschaftlerin, Mitglied der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Arbeitsschwerpunkte: Versorgung chronisch Kranker, Krankheitsbewältigung bei HIV und Aids, Probleme professionellen Handelns, Berufe im Gesundheitswesen.

Schräder, Wilhelm F., geb. 1941, Diplom-Ingenieur, Planungswissenschaften, seit 1980 am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) Berlin, Arbeitsgebiete: Regionale Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen.

Schulte-Sasse, Hermann, Dr.med., Sprecher der Liste Gesundheit in der Ärztekammer Bremen und stellvertretender Vorsitzender des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ)

Wasem, Jürgen, geb. 1959, Dr. rer. pol., Wiss. Angest., Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln, Arbeitsgebiete: Sozialpolitik, Gesundheitssystemforschung.

Bestellschein

an: ARGUMENT-Verlag · Rentzelstraße 1 · 2000 Hamburg 13 oder an Ihre Buchhandlung

Wichtiger Hinweis:

Der Einzelband KRITISCHE MEDIZIN kostet 21,50 DM Der Abonnementspreis beträgt pro Band 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.			
☐ 198 Wer oder was ist »Public Health«?			
☐ 193 Das Risiko, zu erkranken			
☐ 186 Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie			
☐ 182 Chronische Krankheit: ohne Rezepte			
☐ 178 Grenzen der Prävention			
☐ 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			

Argument-Sonderbände Neue Folge

Das besondere wissenschaftliche Taschenbuch

AS 201
Rassismus und
Migration in Europa

AS 202
Bronwyn Davies
Frösche und Schlangen
und feministische
Märchen

AS 203. Wolfgang Fritz Haug Theorie des Ideologischen

AS 204
Arbeit soll auch
Selbstverwirklichung
sein
Mikroelektronik und
Lebensweisen

AS 205
George Leaman
Heidegger im Kontext
Gesamtüberblick zum
NS-Engagement der
Universitätsphilosophen

AS 207
Ursula Apitzsch (Hg.)
Neurath - Gramsci Williams
Theorien der
Arbeiterkultur
und ihre Wirkung

AS 209
Gerhard Hauck
Einführung in die
Ideologiekritik
Bürgerliches Bewußtsein
in Klassik, Moderne und
Postmoderne

AS 210
Reinhard Marker
& Thomas Weber (Hg.)
Literatur über Walter
Benjamin
Kommentierte
Bibliographie 1983 -1992

AS 211 Étienne Balibar Die Grenzen der Demokratie



Die Gesundheitsmärkte sind in Bewegung geraten. Während 1992 Regierungsparteien und SPD übereingekommen sind, daß das Gesundheitswesen von mangelhafter Effizienz sei, haben sie in den beiden Jahren davor gefördert und zugesehen, wie eben dieses System der privaten Selbstbedienung bei sozialer Finanzierung auf Ostdeutschland übertragen worden ist. Dieser Band befaßt sich mit dem Vorgang, seinen Widersprüchen und Zukunftschancen.

Eine Form der Marktausweitung ganz anderer Dimension findet derzeit in allen westlichen Industrieländern statt: die oft lebenslange medikamentöse Behandlung gesunder Patienten unter dem Zeichen der Prävention. Diese Tendenz wird an den Beispielen der Herzinfarktprävention durch Cholesterinsenkung und Abschaftung der Wechseljahre vorgestellt. Umfangreiches empirisches Material aus den USA macht deutlich, daß die individuelle und lebensstilbezogene Prävention die soziale Ungleichheit bei Krankheit und Tod weiter verstärkt. Internationale Überblicke über die Berufs- und Ausbildungsperspektiven des Pflege- und Arztberufs schließen den Band ab.