

## **Gesundheitspolitik: Probleme und Reformperspektiven**

---

Prof. Dr. Bernhard Badura, geb. 1943, studierte Soziologie, Philosophie und Politikwissenschaft. Bis 1980 war er Professor für Sozialplanung und Sozialpolitik an der Universität Konstanz, seitdem lehrt er Sozialpolitik an der Universität Oldenburg. Zur Zeit übt er eine Beratungstätigkeit für das Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen aus.

Gesundheitserziehung beruht auf dem Glauben, daß Einsicht in die Risiken bestimmter Verhaltensweisen zu deren Vermeidung beiträgt. Dieser Glaube wurzelt tief in unserem von der abendländischen Aufklärung geprägten Menschenbild. Und er paßt vorzüglich in eine Welt, die zweckrationales Handeln zur wichtigsten Maxime individueller wie gesellschaftlicher Lebensgestaltung erhoben hat. Die gesellschaftliche Realität fügt sich diesem Glauben oft jedoch nicht. Belege dafür liefert nicht zuletzt die mangelhafte Wirksamkeit einer auf individuelle Verhaltensänderung ausgerichteten Gesundheitserziehung und - in noch sehr viel eindrucksvollerer Weise - die praktisch-

politische Wirkungslosigkeit der mittlerweile angehäuften Einsichten in Mängel und Defizite unserer Gesundheitsversorgung. Aber vielleicht ist auch nur der „Leidensdruck“ in diesem Politikfeld noch nicht stark genug, verteilen sich die materiellen, physischen und seelischen Kosten dieses bereits viele Jahre anhaltenden Zustandes auf eine Weise, die (noch?) keinen ausreichenden politischen Entscheidungsbedarf erzeugt. Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen war bei ihrer Einführung Mitte der siebziger Jahre als Beginn einer Wende in der Gesundheitspolitik gedacht. Diese Wende wurde aber - um im Sprachgebrauch der gegenwärtigen Bundesregierung zu bleiben - „noch nicht vollzogen“. Dies wohl auch deshalb, weil man den Hauptleidtragenden, den Versicherten und Konsumenten medizinischer Dienstleistungen, in der konzertierten Aktion (wohlweislich?) weder Sitz noch Stimme zugebilligt hat, und weil die Neigung gerade der auch bei ihren medizinischen Kollegen angesehenen Experten, sich öffentlich über „Leistungsangebote“ zu äußern, die „ihr Geld nicht wert sind“<sup>1</sup> gering erscheint. Darüber herrscht unter den Kennern des Systems weitgehend Übereinstimmung: Die zahlreichen sattsam bekannten Mängel unserer Gesundheitsversorgung sind gründlich durchorganisiert und gesetzlich abgesichert und können nicht behoben werden, solange die Verantwortlichen sich weigern, die gegebenen Versorgungsstrukturen dem sozialen Wandel anzupassen.<sup>2</sup> Die ungeheuren Summen, die wir heute für unsere medizinische Versorgung aufwenden, dürfen nicht mehr länger nur als „Errungenschaften“ des Sozialstaates gedeutet, sie müssen vielmehr zu einem guten Teil auch als Eingeständnis eines Mißerfolges erachtet werden in dem Bemühen, unsere Gesellschaft gesünder zu machen und Krankheiten zu verhüten statt sie zu behandeln. „Förderung der Gesundheit“ nicht „Versorgung von Kranken“ sollte die Hauptmaxime zukünftiger Gesundheitspolitik sein. Erforderlich hierfür ist zunächst eine grundlegende Wende im gesundheitspolitischen Denken. Erst wenn diese Wende vollzogen ist, werden sich Wege zu einer längerfristig erfolgreichen Lösung auch der Finanzierungsprobleme finden lassen. Andere westliche Länder sind hier bereits wegweisend vorangeschritten<sup>3</sup>, und wir sollten ihnen folgen. Da Gesundheit nicht nur Sache von Planern, Experten oder Professionellen, sondern in allererster Linie Sache jedes einzelnen Bürgers ist, sollte die wichtigste gesundheitspolitische Forderung lauten: weg von einer hierarchisch organisierten und von medizinischen Experten gesteuerten stationären Versorgung, hin zu dezentralen und ambulanten, von Experten unterstützten, ihren unverzichtbaren Sachverstand optimal nützendem, dennoch vom Geist der Selbsthilfe und Selbstbestimmung durchdrungen-

---

1 H. Schaefer in: Wido-Materialien, Bd. 21, Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn-Bad Godesberg 1983, S. 26.

2 Vgl. dazu die Gutachten in Bd. 14 (Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum, Bonn-Bad Godesberg 1981) der Wido-Materialien und Bd. 21 (s. Anm. 1).

3 Vgl. I. Kickbusch/R. Anderson, Report of a Study Tour on Health Promotion to Canada and the United States of America, in: Europ. Monogr. in Health Ed. Res., Bd. 6 (1984), S. 77-118.

nen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und primären Gesundheitsversorgung.

### Auf der Suche nach einer neuen Gesundheitsphilosophie

Der Mängelkatalog medizinischer Versorgung ist mittlerweile recht lang und reicht von der unzureichend kontrollierten Einführung neuer Techniken, Verfahren und Medikamente über die Feststellung, der Begriff Wirtschaftlichkeitsanalyse sei im deutschen Gesundheitswesen „ein Fremdwort“, bis hin zu der bereits zitierten lapidaren Feststellung, zahlreiche Leistungsangebote seien schlicht „ihr Geld nicht wert“.<sup>4</sup> Sicher scheint, daß die enormen Kostenschübe im Gesundheitswesen der vergangenen Jahrzehnte sich nicht in entsprechend nennenswerten Verbesserungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung niedergeschlagen haben, daß im Gegenteil die Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich recht hoch ist und die sozial Schwächeren sowie die mittleren Altersgruppen unter einer bemerkenswerten Übersterblichkeit leiden. Sicher scheint auch, daß die kurative Medizin nach aller Voraussetzung in Zukunft keine bahnbrechenden Erfolge bei der Bekämpfung moderner Massenkrankheiten zu leisten imstande sein wird. Sicher erscheint schließlich, daß die Zukunft nicht der kurativen, sondern der gesellschaftlichen Prävention (Vorbeugung) gehört und unser Versorgungssystem im Bereich der seelischen Nöte, der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen sowie im Bereich der Psychiatrie erhebliche Mängel aufzuarbeiten hat.

Wie verträgt sich dieser Mängelkatalog mit der in den letzten hundert Jahren doch sehr positiven Entwicklung der Lebenserwartung; und welche Lehren lassen sich aus der Geschichte und aus dem gegenwärtigen Diskussionsstand für die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik ziehen? Folgt man den medizin- und sozialhistorischen Arbeiten des angesehenen britischen Sozialmediziners McKeown, so verdanken wir die erfolgreiche Bekämpfung früher sehr verbreiteter und lebensbedrohender Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria oder Cholera nicht in erster Linie, wie man uns immer noch glauben machen will, dem „medizinischen Fortschritt“, sondern gesundheitsförderlichen Eingriffen in die Umwelt des Menschen (zum Beispiel einer verbesserten Nahrungsmittelkontrolle und einer besseren Abwasserbeseitigung), verbesserten materiellen Lebensbedingungen (etwa der Erhöhung der Realeinkommen) und gewandelten Lebensweisen (beispielsweise der Beachtung hygienischer Vorschriften).<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Ebda (s. Anm. 1).

<sup>5</sup> Vgl. dazu B. Badura, Thomas McKeown und die ökologische Gesundheitsstrategie, in MMG 9 (1984), S. 151-160; W. W. Holland et al. (Eds.), Oxford Textbook of Public Health, Oxford etc. 1984 ff.; D. Mechanic (Ed.), Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions, New York 1983; Th. McKeown, Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt a. M. 1981.

In den vergangenen hundert Jahren lag also das größte Potential zur Gesundheitsförderung nicht in Fortschritten bei der Behandlung Kranker, auch nicht in Fortschritten im Bereich der kurativen Prävention am einzelnen Menschen. Das größte Gesundheitspotential lag vielmehr in einer Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und in dem dadurch hervorgerufenen Wandel in unseren Lebensweisen. Alles spricht dafür, daß dies auch in Zukunft so bleiben wird. Je eher die Verantwortlichen ein solches ökologisches Gesundheitskonzept akzeptieren und einer entsprechenden Wende der Gesundheitspolitik zugrundelegen, um so wirksamer werden sich die vorhandenen Versorgungsmängel bekämpfen und die chronischen Kostenprobleme im Gesundheitssektor kontrollieren lassen.

Deutlich machen sollte das bisher Gesagte die Dringlichkeit eines radikalen Umdenkens in unserer Gesundheitspolitik, insbesondere eine verstärkte Berücksichtigung des sozialen Wandels und eine dementsprechend verstärkte Förderung interdisziplinärer Erforschung seiner gesundheitlichen Folgen. Bereits heute zeichnen sich die Grundzüge einer neuen (sozial-)ökologischen Gesundheitsphilosophie ab, deren wichtigste Prämissen folgende sind:

1. Die seit der industriellen Revolution vom Menschen selbst geschaffene natürliche, technische und soziale Umwelt überfordert vielfach seine seelische und physiologische Anpassungsfähigkeit.
2. Gesundheitspolitische Anstrengungen sollten sich auf die Wiedergewinnung eines Gleichgewichtes zwischen Umwelanforderungen einerseits und Bewältigungsmöglichkeiten andererseits richten.
3. Das wichtigste Instrument dafür werden Maßnahmen im Bereich der gesellschaftlichen Prävention sein, deren wissenschaftliche und praktische Voraussetzungen es zu fördern oder überhaupt erst einmal herzustellen gilt.
4. Umweltbedingungen und Lebensweisen bilden die hauptsächlichen Ansatzpunkte gesellschaftlicher Prävention.

#### Herausforderungen zukünftiger Gesundheitspolitik

Obwohl die medizinische Versorgung mit über 10 Prozent des Bruttosozialproduktes sich zu einem auch volkswirtschaftlich überaus bedeutsamen Faktor entwickelt hat, gelang es bisher nicht, den überstarken gesundheitlichen Verschleiß der sozial Schwächeren unserer Gesellschaft zu beseitigen. Christian von Ferber prägte dafür bereits vor vielen Jahren die Formel von der „gesundheitpolitischen Hypothek der Klassengesellschaft“.<sup>6</sup> Die Beantwortung der Frage, wodurch die Übersterblichkeit sozial Schwächerer verursacht wird und wie sie wirksamer zu bekämpfen wäre, gehört meines Erachtens zu den dring-

---

<sup>6</sup> Ch. v. Ferber, Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?, Stuttgart 1971, S. 71.

lichsten Aufgaben der Zukunft. Eine mögliche Antwort kann schon heute als falsch zurückgewiesen werden: der weitere Ausbau kurativer Medizin, d. h. eine über das bisherige Volumen noch hinausgehende Versorgung mit medizinischen Leistungen, deren Wirksamkeit ungeprüft und deren Angemessenheit fragwürdig ist, wird dazu keinen wesentlichen Beitrag leisten.

Obwohl noch längst nicht alle gesundheitlichen Folgen einer vergangenen Klassengesellschaft bewältigt worden sind, werden wir heute bereits mit neuen gesundheitlichen Folgen geradezu lawinenartig über uns hereinbrechender technischer, chemischer und biologischer Produkte und Innovationen konfrontiert, die uns vor zum Teil noch weitgehend unbekannte Probleme stellen. Zu nennen wären hier beispielhaft: mögliche genetische Schäden, bedingt durch Weiterverbreitung der Kerntechnik; chronische Arbeitslosigkeit mit entsprechenden psychosozialen und psychosomatischen Schäden, bedingt durch das Vordringen von Mikroelektronik und Automation; zunehmende psychosoziale und physische Belastungen durch neue Formen der Daten- und Textverarbeitung und durch Zunahme von Nacht- und Schichtarbeit; neue Risiken für Nahrungsmittel, Wasser, Boden, Luft, bedingt durch neue chemische Produkte und Verfahren; Unfallrisiken und Umweltverschmutzung als bewußt einkalkulierte und (bisher) akzeptierte Gefahren moderner Verkehrstechnologien. Die mit dem Siegeszug der modernen Medizin einhergehende Konzentration auf Reparaturleistungen körperlicher Schäden führte gleichzeitig zu einem zunehmenden Desinteresse der medizinischen Versorgung insgesamt an gesundheitsrelevanten Umweltfaktoren, mit der Konsequenz, daß heute Risiken in der Umwelt meist nur zufällig erkannt werden und selbst dies oft erst bei eingetretenem Schaden. Das von Politikern und Experten heute vielfach als „Umwelthysterie“ gebrandmarkte Verhalten der Bevölkerung muß, so gesehen, vielmehr als durchaus „gesunde“ Reaktion aufzunehmend „ungesunde“, weil potentiell riskante und gleichzeitig völlig unzureichend kontrollierte Verhältnisse begriffen werden. Gesundheitsförderliche Gestaltung nicht nur der sozialen, sondern auch der natürlichen Umwelt bildet daher eine wichtige Herausforderung zukünftiger Gesundheitspolitik.

Industrialisierung und Urbanisierung hatten neben den bereits genannten noch eine Reihe weiterer, weit weniger sichtbarer, aber dennoch vermutlich höchst gesundheitsrelevanter Folgen. Sie erzeugten zugleich auch einen tiefgreifenden Wandel sozialer Beziehungen und Werte und stellten den Menschen, dessen stammesgeschichtliche Ausstattung ursprünglich auf ein Leben als Sammler und Jäger zugeschnitten war, vor neue Anforderungen an seine Psyche und sein Verhalten, deren negative physiologische Konsequenzen von der Streßforschung erst in jüngster Zeit schrittweise aufgedeckt wurden.<sup>7</sup>

---

7 J. P. Henry/M. P. Stephens, *Health, Stress, and the Social Environment*, New York etc. 1977.

Industrialisierung und Urbanisierung beeinflussen nicht nur das Ausmaß psychosozialer Belastungen, denen wir ausgesetzt sind, sie beeinflussen auch die Persönlichkeitsentwicklung sowie den Umfang und die Qualität sozialer Netzwerke des einzelnen und damit die seelische und körperliche Verwundbarkeit der Bevölkerung. Stabile Sozialbeziehungen und die schützende und stützende Kraft als hilfreich und positiv erlebter sozialer Alltagserfahrungen bilden wichtige psychosoziale Lebensgrundlagen, deren gesundheitsförderliche Bedeutung in der Forschung und in der Praxis gegenwärtiger Gesundheitsversorgung noch weitgehend unterschätzt werden und deren Beeinträchtigung oder Zerstörung ein erhebliches zusätzliches Gesundheitsrisiko darstellen.<sup>8</sup> Überstarker Verschleiß sozial schwacher Mitglieder unserer Gesellschaft, zum Teil noch unbekannte Risiken technischer und chemischer Innovationen, psychosoziale Belastungen sowie die Schädigung sozialer Schutzfaktoren und, nicht zu vergessen, auch die starke Verbreitung riskanter Lebensweisen - sie alle sind wirksam zu bekämpfen nur mit Hilfe einer ökologisch orientierten und wissenschaftlich wohlfundierten Strategie gesellschaftlicher Prävention.

Eine weitere wichtige Herausforderung zukünftiger Gesundheitspolitik liegt auf einem ganz anderen Gebiet, nämlich im Bereich chronisch Kranker und Behinderter. Wo Heilung nicht mehr oder noch nicht möglich ist, bei der in den vergangenen Jahrzehnten rasch angewachsenen Zahl Herz- und Krebskranker, bei denjenigen, die an unheilbaren Geburts- oder Unfallschäden oder an Bronchitis oder Rheuma leiden - um nur die wichtigsten Beispiele zu nennen -, aber auch bei der demographisch bedingten wachsenden Zahl älterer Pflegebedürftiger gewinnen Maßnahmen zur medizinischen, praktischen und psychosozialen Betreuung ein erhebliches Gewicht. Die moderne Hochleistungsmedizin hat sich bisher viel zu wenig auf diesen Problembereich eingestellt. Pflege, Rehabilitation und Nachsorge sind Stiefkinder medizinischer Ausbildung und medizinischer Praxis. Vor allem die auch in Zukunft weiter wachsende Zahl chronisch Kranker und Pflegebedürftiger erzwingt ganz neue Organisations- und Behandlungsformen, die an den Fundamenten der bisherigen medizinischen Versorgung rütteln: an der Vorherrschaft der medizinischen Profession, der Konzentration auf körperliche Schäden statt auf deren Ursachen, der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung. Neue Berufsgruppen (insbesondere Sozialarbeiter) werden verstärkt im Gesundheitsbereich tätig werden müssen, neue Arbeitsformen wie interdisziplinäre Teamarbeit und ein eher partnerschaftliches Verhältnis zwischen Experten und Laien werden sich durchsetzen müssen. Selbsthilfe und Selbstorganisation werden zu zentralen Bestandteilen zukünftiger Gesundheitsversorgung.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> B. Badura (Hrsg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt a. M. 1981.

<sup>9</sup> Ch. v. Ferber/B. Badura (Hrsg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, München 1983.

## Was tun?

*Sozialversicherung und medizinische Versorgung:* Zu diesen Themen ist bereits viel geschrieben und nahezu alles gesagt worden.<sup>10</sup> Deshalb beziehe ich mich im folgenden auf einige wenige, in ihrer Aussage sicherlich für das derzeitige System charakteristische Ergebnisse eigener Forschung im Bereich der Herzinfarkt- und Krebsrehabilitation.<sup>11</sup> Bis heute ist es nicht gelungen, die Aufgaben der Rehabilitation einem eigenständigen Träger der Sozialversicherung zu übertragen. Rehabilitationsmaßnahmen werden von sechs (!) verschiedenen Trägergruppen durchgeführt. Dadurch werden beispielsweise medizinisch unsinnige und rein bürokratisch bedingte Mehrfachbegutachtungen notwendig. In einer repräsentativen Studie mit 1000 Erstinfarktpatienten konnte nachgewiesen werden, daß die Mehrfachbegutachtungen Ängstlichkeit und Depressivität der Betroffenen erhöhen und ihr Selbstvertrauen schwächen, neben unnötigen finanziellen und administrativen also auch unnötige psychische Kosten erzeugen. Weitaus am häufigsten erbracht werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Psychische und soziale Probleme chronisch Kranker werden systematisch vernachlässigt, obwohl sie, wie wir in mehreren Studien nachweisen konnten, einen erheblichen Einfluß auf den Genesungsverlauf haben.

Durch ausgiebige Beratung auch über nichtmedizinische Themenstellungen, die von den meisten Patienten nachdrücklich gewünscht wird, durch frühzeitige Einbeziehung des Partners und weiterer wichtiger Bezugspersonen ließe sich die Rehabilitation chronisch Kranker erheblich verbessern. Wie die erwähnte Infarktstudie zeigt, beträgt die durchschnittliche Verweildauer nach einem Herzinfarkt in der Bundesrepublik 32 Tage. Verglichen mit der Situation im Ausland ist dies sehr lang. In England liegen die Vergleichszahlen bei 15 Tagen, in den Vereinigten Staaten sogar noch etwas niedriger. Auch hier zeigt unsere Studie, daß ein offensichtlich nicht medizinisch, sondern betriebswirtschaftlich begründeter überlanger Krankenhausaufenthalt sich negativ auf die Psyche der Betroffenen auswirkt, daß also große Summen für überflüssige Leistungen aufgewendet werden, die zusätzlich auch noch erhebliche Schäden anrichten. Dringend erforderlich wäre eine verstärkte Berücksichtigung der psychischen und sozialen Problemlagen, eine Aufweichung der starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, eine Organisation der Rehabilitationsträger unter einem Dach, eine deutliche Verringerung der Krankenhausverweildauer sowie eine Förderung der psychischen und sozialen

---

<sup>10</sup> Vgl. z. B. die beiden genannten Wido-Bände (Anm. 1 und 2).

<sup>11</sup> Vgl. S. Schafft/S. Töpfer, Psychische und soziale Probleme krebserkrankter Frauen-eine ethnographische Studie, Manuskript, Oldenburg 1984 und B. Badura u. a., Der Streß des Herzinfarkts - eine sozialepidemiologische Studie, Manuskript, Oldenburg 1985.

Selbsteilungskräfte chronisch Kranker - um nur einige Beispiele herauszugreifen.

*Öffentliches Gesundheitswesen:* Gesundheitsämter sind die traditionsreichsten Träger gesellschaftlicher Prävention in unserem Lande. Die Konzeptionslosigkeit der Gesundheitspolitik (falls überhaupt etwas existiert, das diesen Namen verdient) zeigt sich beispielhaft in der Tatsache, daß zu einem Zeitpunkt, zu dem nichts dringender scheint, als die Verbesserung gesellschaftlicher Prävention, ihr traditionsreichster Träger von Zerfall und Auflösung bedroht ist. Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik muß einer totalen Erneuerung unterzogen und zur Bewältigung dringlicher Gesundheitsprobleme im Bereich der Umweltkontrolle, der Gesundheitserziehung und -aufklärung, der allgemeinen Gesundheitsförderung und der Kontrolle medizinischer Einrichtungen befähigt werden. Kommunale Gesundheitsförderung muß zu einem Schwerpunkt zukünftiger Gesundheitspolitik werden. Denn nur auf lokaler Ebene lassen sich Risiken und Probleme sachgerecht überwachen und Ressourcen zu ihrer Bewältigung mobilisieren. Die Kommune ist das Haupttätigkeitsfeld gesellschaftlicher Prävention. Verbessert werden müßte daher die Informationsverarbeitungs- und Forschungskapazität der Ämter. Auch Personal- und Organisationsstrukturen müßten auf die neuen Herausforderungen und Aufgaben zugeschnitten werden. Die Ausbildung der dort Tätigen müßte an einigen Universitäten konzentriert und durch entsprechend zu fördernde interdisziplinäre Grundlagenforschung abgesichert werden.<sup>12</sup>

*Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsvorsorge:* Die Arbeitsschutzgesetzgebung in der Bundesrepublik gehört sicherlich zu den fortschrittlichsten Regelungen unseres Gesundheitswesens. Ihre praktische Umsetzung wird gegenwärtig jedoch noch durch bürokratische Erschwernisse, durch Schwächen und Einseitigkeiten des zuständigen Personals sowie durch eine weitgehend fehlende wissenschaftliche Infrastruktur erheblich behindert. Auch hier möchte ich mich auf kurze Bemerkungen aus der eigenen Forschungserfahrung beschränken. In einer Studie mit 274 Lokführern der Region Oldenburg/Bremen konnten wir einige, in mancher Hinsicht sicherlich exemplarische, Mängel und Defizite des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsvorsorge feststellen.<sup>13</sup> Eines der Hauptprobleme bei den Lokführern (und bei allen anderen, die Nacht- und Schichtarbeit leisten müssen) ist die Arbeitszeit. Unregelmäßiger Wechselschichtdienst verbunden mit Nacht- und Wochenendarbeit sowie häufige auswärtige Übernachtungen greifen die psychische und physische Gesundheit der

12 B. Badura/K. Lenk, Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn?, in: A. Evers/H. Wollmann (Hrsg.), Leviathan-Sonderband 1985 (im Druck).

13 K. Zelder u. a., Die Gesundheit des Lokführers. Eine sozialegpidemiologische Studie, Manuskript, Oldenburg 1985.



Lokführer stark an. 66,4 Prozent der Befragten klagen über Schlafstörungen. Bei Tagesarbeitern liegt dieser Satz nur bei 15 bis 25 Prozent. Auch andere Symptome machen den Lokführern sehr zu schaffen: 43,3 Prozent leiden unter Magenbeschwerden, 43 Prozent unter Rheuma, 52,5 Prozent unter Nervosität und 36 Prozent unter Herz- und Kreislaufstörungen. Hoch ist auch der Anteil der Lokführer, die über häufige Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen klagen. Diese Zahlen schnellen bei den Lokführern des sogenannten Sonderdienstes noch in die Höhe, deren Arbeitszeit durch besonders extreme Unregelmäßigkeit gekennzeichnet ist. 74 Prozent geben hier Schlafstörungen an. 46 Prozent Magenbeschwerden und 70 Prozent Nervosität. In der Studie konnte auch ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Raucherverhalten festgestellt werden. Der Anteil der Raucher bei den sogenannten Sonderdienstlern liegt bei 44 Prozent, bei den Plandienstlern lediglich bei 32 Prozent. 51 Prozent der Raucher geben Herz-Kreislaufbeschwerden an, bei den Nichtrauchern liegt dieser Prozentsatz bei 28 Prozent. Ein weiteres Problem der Lokführer sind ihre Bandscheibenbeschwerden, unter denen 54 Prozent leiden. Die Bandscheibenschäden sind nach Untersuchungen unserer Forschungsgruppe relativ eindeutig auf die Tatsache zurückzuführen, daß in vielen älteren Lokomotiven noch ungefederte Fahrersitze installiert sind, so daß sich die Vibration der Maschine direkt auf das Rückgrat der Lokführer übertragen kann. Insgesamt kommt unsere Studie zu dem Ergebnis, daß neben der Arbeitszeitregelung und der Grundbelastung (Lärm, Vibration, Temperaturverhältnisse im Führerhaus) das Alleinsein bei der Arbeit und die damit verbundene soziale Isolierung das seelische und körperliche Befinden beeinträchtigen. Aus diesem Grunde erscheint es erforderlich, daß Nacht-, Schicht- sowie Sonntagsarbeit abgebaut oder zumindest durch zusätzliche Freizeit ausgeglichen werden.

Ebenso wichtig scheinen bessere Lärmisolation und der Einbau von Klimaanlage und von besseren Sitzgelegenheiten auf den Führerständen der Loks. Art und Umfang der Morbidität der von uns untersuchten Lokführer läßt in vielerlei Hinsicht keinen Zweifel über die Arbeitsbedingtheit ihrer Leiden zu. Dies gilt insbesondere für die hohe Zahl der Schlafstörungen und Bandscheibenbeschwerden, aber auch für eine Vielzahl der sonst festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zu fragen bleibt, warum solche Schäden und Beeinträchtigungen durch eine mehr oder weniger zufällig zustandekomene Studie und nicht durch eine systematische Erhebung der Arbeitsbelastungen in der Bundesrepublik aufgedeckt wurden. Zu fragen bleibt aber auch, wieso die zuständigen Betriebsmediziner nicht über diese Situation informiert sind oder bislang offenbar wenig dagegen unternommen haben. Zu fragen bleibt schließlich, wie es mit der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und den Aktivitäten der zuständigen Gewerkschaften steht. Zu tun wäre gerade hier

sehr viel. Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz sollte ein zweiter großer Schwerpunkt einer zukünftig wesentlich zu intensivierenden gesellschaftlichen Prävention werden.

*Selbstverwaltung der Krankenkassen:* Die Selbstverwaltung der Krankenkassen war in den vergangenen Jahrzehnten weder zu einer wirksamen Kosten- noch zu einer wirksamen Qualitätskontrolle medizinischer Versorgung imstande. Insofern trifft sie ein Teil der Schuld an der gegenwärtigen Situation. Ohne grundlegende Änderungen in ihren Entscheidungsstrukturen und Kompetenzen werden die Kassen auch in Zukunft ihrer Hauptaufgabe nicht gerecht werden können, die darin besteht, die Gesundheitsbedürfnisse der Versicherten auf angemessene und wirtschaftlich vertretbare Weise zu befriedigen. Dies heißt im wesentlichen zweierlei: Verbesserung der Mitwirkungsrechte der Versicherten und wirksame Kontrolle der Angemessenheit, Qualität und der Effizienz medizinischer Akutversorgung. Die gegenwärtigen, quasi ständestaatlichen Strukturen der Selbstverwaltung müssen durch echte Wahlmöglichkeiten und durch Selbstverwaltungsorgane abgelöst werden, mit denen sich die Versicherten wieder zu identifizieren vermögen, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie dann wieder mit echten versorgungspolitischen Alternativen konfrontiert werden können. Genau dies ist gegenwärtig nicht der Fall und hat wesentlich zur Gleichgültigkeit der Wählerschaft bei den Sozialwahlen beigetragen. Erst wenn der Wähler den Eindruck hat, seine Stimme könne etwas bewirken, und erst wenn man diesen Wähler mit wirklichen Alternativen konfrontiert (wie Abbau der stationären zugunsten ambulanter Rehabilitation, Förderung der Selbsthilfe, Einstellung von Sozialarbeitern usw.), werden sich bisher nur zahlende wieder zu politisch aktiven Kassenmitgliedern entwickeln. Auf der Leistungsseite sollten sich die Kassen auf den Bereich der Akutversorgung konzentrieren. Der Bereich der gesellschaftlichen Prävention sollte ganz einem total revidierten öffentlichen Gesundheitswesen und dem ebenfalls wesentlich zu verbessernden Arbeitsschutz und der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz überlassen bleiben.

Zusammenfassend stehen den notwendigen grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik zwei Dinge entgegen: eine immer noch zu sehr kurative und medizinische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit und eine für den gesamten Bereich der gesellschaftlichen Prävention völlig unterentwickelte wissenschaftliche Infrastruktur. In der Erforschung arbeitsbedingter Krankheiten und in der wissenschaftlichen Fundierung nichtkurativer Gesundheitsförderung insgesamt darf die Bundesrepublik als Entwicklungsland bezeichnet werden.