Barbara Nemitz*

Was hat Gesundheit mit der Volksuni zu tun?

Bericht vom Gesundheitsressort auf der 3. Westberliner Volksuni, Pfingsten 1982

1. Perspektive: Gesundheit gegen Unterdrückung wenden

Was wollten wir, als wir in diesem Jahr erstmals auch Gesundheit auf die Volksuni holten mit Veranstaltungen zu: Krankenpflege als Frauenberuf, Rauchen und Tabakmultis, Datenschutz und epidemiologische Forschung, Depressionen von Frauen, Volkskrankheit Krebs, »Krankfeiern«, Sozialstaatskritiken von links und alternativ-medizinischen Modellen in Berlin? Am letzten Gesundheitstag 1981 in Hamburg wurde hauptsächlich kritisiert, daß jede Strömung unter sich bleiben konnte, weil es keine Struktur gab, welche die Auseinandersetzung organisierte. Eine Lösung aus diesem Dilemma sollen die künftigen kleineren regionalen Gesundheitstage bieten. Gesundheit auf der Volksuni ist ein erster Schritt in diese Richtung, zugleich der Versuch, Gesundheit ganz bewußt mit den verschiedenen sozialen Bewegungen, mit linker Theorie und mit der sozialistischen Perspektive zu verknüpfen. Spontan könnte man meinen, dies sei überflüssig. Denn wer für Gesundheit ist, der scheint schon auf Seiten der Befreiung zu stehen: für einen gesunden Körper sein, heißt, gegen Umweltverschmutzung, gegen Arbeitshetze, gegen atomare Bedrohung und gegen vergiftete Lebensmittel aufzutreten — heißt auch, an einer neuen Sinnlichkeit zu arbeiten, damit wir überhaupt »das Stöhnen des Körpers« (Carpentier) unter unserer falschen Lebensweise spüren. Anzunehmen, daß Gesundheit an sich die Befreiungsperspektive in sich trüge, scheint uns jedoch naiv. Die Gesundheitstage haben auch gezeigt, daß Gesundheit sehr unterschiedlich artikuliert und verknüpft werden kann und nicht automatisch Fortschritt verspricht: es gibt eine neue »Gesundheitstümelei«, die den alten Geburtstagswünschen — Hauptsache, Du bist gesund! — ähnelt. Solche »Hauptsachensätze« erklären unausgesprochen andere Fragen zu Nebensachen (Hauptsache gesund in die Atomkatastrophe — witzelte ein Volksuni-Teilnehmer), und sie tun so, als sei der Weg zu dieser Hauptsache egal. Unserer Ansicht nach kommt es aber gerade darauf an, sich über das Verhältnis der verschiedenen Befreiungsziele zueinander und den Weg dorthin zu verständigen.

2. Das Problem: Spontane Gesundheitsvorstellungen können die Unterdrückten spalten

In der Veranstaltung des »Berliner Infoladen für Arbeit und Gesundheit« (BILAG) ging es um das Thema »Krankfeiern«. Nach offizieller Gewerkschaftsmeinung gibt es so etwas nicht, aber die Kollegen in den Betrieben sind heimlich offenbar anderer Meinung. Sie haben Vorstellungen davon, wann einer »wirklich« krank ist und wann nicht, wie lange man bei welchen Beschwerden »gerechterweise« fehlen darf, welche Gesundheitsschäden mit der Arbeit zusammenhängen und welche »Privatsache« sind etc. Diese eigenen Definitionen sind eine Mischung aus *Kritik* an der medizinischen Praxis und *Zustimmung* zu der normativen und individualisierenden Krankheitsdefinition der Sozialversicherung. Unter

* Leitet zusammen mit Dieter Borgers das Gesundheitsressort der Volksuni

dem Druck der ökonomischen Krise und der personellen Unterbesetzung an den Arbeitsplätzen spalten diese Gesundheitsvorstellungen die Belegschaft: Das sogenannte Krankfeiern trennt Deutsche, die etwas »aushalten« von »faulenzenden« Ausländern, »harte« Männer von »schwachen« Frauen, Alte mit »Pflichtgefühl« von Jungen ohne »Arbeitsmoral« etc. Am verhängnisvollsten für eine betriebliche Gewerkschaftspolitik von unten ist vielleicht die Vorstellung, die ein Gewerkschafter als den Haupttraum am Arbeitsplatz kritisierte: der Traum vom Feierabend, vom Urlaub und von der Rente. Erst dort sei Gesundheit zu finden. Solche Träume schlössen aber jede Perspektive von Gesundheit *in* der Arbeit aus!

3. Statt einer »Hände-weg-Politik« für eine konkrete Politik der »Umartikulation«

Die Frage »womit ist Gesundheit verknüpft?« fordert gleichzeitig zu einem Umbau, einer Neuverknüpfung, einer Umartikulation auf. Greiser führte in seinem Vortrag »Ökologisch-epidemiologische Forschung braucht personenbezogene Daten!« vor, wie eine unheilige Allianz von Ärzten und Industrie die Befürchtungen der Bevölkerung vor einem Mißbrauch der Daten in Dienst nimmt und damit eine aufklärerische Forschung — die auf personenbezogene großen Datensammlungen angewiesen ist — über Krankheitsursachen durch Umweltverschmutzung, Schadstoffe am Arbeitsplatz oder Arzneimittel verhindert. Fürchtet die Industrie als Ergebnis solcher Forschungen bestimmte Produktionsbeschränkungen, so die Ärzteschaft anscheinend eine Durchleuchtung ihres therapeutischen Vorgehens. Daten machen nämlich nicht nur den Bürger durchsichtig, sondern auch die, die an ihm handeln. Greiser rief daher indirekt zu einer Umgruppierung dieses aufklärungsfeindlichen Blocks um den Datenschutz auf. An seine Stelle müsse eine fortschrittliche Allianz aus Verbrauchern (die von Krankheiten unklarer Ursache betroffen sind) und Ärzten, die die Ursachen erforschen wollen, treten. Statt einer abstrakten »Hände-weg-vom-Datenschutz«-Forderung schlug er eine konkrete Datenschutzpolitik vor: z.B. könne verlangt werden, daß jeder, der mit personenbezogenen Daten forschen will, zuvor die Relevanz seines Projektes öffentlich erläutert und dies breit diskutiert werden muß. Die langweilige und falsche Gretchenfrage »Wie hältst Du's mit dem Datenschutz — dafür oder dagegen?«, an der sich die Geister des Fortschritts und der Reaktion scheiden sollen (es aber nicht tun), wäre also in Überlegungen darüber zu verwandeln, was wir alles am Problem der personenbezogenen Daten aufrollen wollen und welches neue Bündnis sich dabei herstellen ließe.

Gegen die falschen Gretchenfragen war auch der Vortrag von Krätke »Dieser Sozialstaat ist der unsere nicht?!« gebaut. Er ging aus von der Ratlosigkeit der Linken gegenüber dem Sozialstaatsabbau in der gegenwärtigen Krise. Ihr Dilemma und Unbehagen besteht darin, etwas verteidigen zu müssen, an dem sie gleichzeitig Kritik üben. Um aus der lähmenden Frage »Wie hältst Du's mit dem Sozialstaat — dafür oder dagegen?« herauszukommen, lieferte Krätke historisches Material zu dem von Anfang an problematischen Verhältnis der Arbeiterbewegung gegenüber der Sozialversicherung. Im Zentrum seines Vortrags stand E.P. Thompsons Begriff der »moralischen Ökonomie der unteren Volksklassen«. Damit sind die konkreten Vorstellungen des Volkes von dem, was eine »anständige« Wohnung, ein »guter« Preis, ein »gerechter« Lohn, ein »menschenwürdiges« Leben, eine Krankheit und die dafür »notwendige« medizinische Hilfe etc. ist, gemeint. Krätke schlug vor, in der Diskussion um den Sozialstaat zu fragen, wie

heute von links auf die staatliche Definitionsmacht Einfluß genommen werden kann, so daß nicht nur um die quantitativen Größen gestritten wird und die Sozialversicherung weiterhin nur für Erlittenes entschädigt, individualisiert und zudem die Lohndidfferenzierung verstärkt, sondern statt dessen präventiv und vereinheitlichend wirkt. Damit hat Krätke die Gretchenfrage umgebaut, so daß nicht mehr Sozialversicherung oder Selbsthilfe als Gegensätze lähmen, sondern die Frage nach einer konkreten qualitativen Politik um den Sozialstaat gestellt werden kann.

Aufruf zur Mitarbeit:

Schwerpunktheft: Ambulante Medizin/Gruppenpraxis

Neben den Jahrbüchern für Kritische Medizin erscheint jährlich ein Schwerpunktheft über jeweils nur einen Themenbereich. 1981 war dies der Band 'Prävention' (AS 64) und Ende 1982 wird es 'Alternative Medizin' (AS 77) sein. Die Medizin-Redaktion plant für 1983 ein Schwerpunktheft über 'Ambulante Medizin/Gruppenpraxis': 1. Struktur und Organisation ambulanter Versorgung: Analysen über das System ambulanter Versorgung mit seinen Behinderungen für eine adäquate Versorgung: Zugangserschwernisse regional, sozial, krankheitsspezifisch. Steuerung einer Technik-orientierten Medizin mit Vernachlässigung der psychosozialen Betreuung auf der Basis des gültigen Honorierungssystems (Einzelleistungen, Technik-Betonung). Welche Rolle spielen nicht-ärztliche Berufsgruppen und welche Rolle könnten sie bekommen? Verteidigung von Standespositionen zum Nachteil der Versorgung. — 2. Erfahrungen mit alternativen Organisationsformen (Gruppenpraxis etc.): Erfahrungen aus der BRD und dem Ausland. Welche unterschiedlichen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern haben welche Auswirkungen auf die Verwirklichungsmöglichkeiten von Gruppenpraxis-Modellen? Stellt die Gruppenpraxis eine gesundheitspolitische Perspektive für die ambulante Versorgung dar oder muß sie eine 'exotische' Praxisform für einzelne bleiben? — 3. Inhalt der Basisversorgung: Spezifische Betreuungsprobleme, die sich aus einem umfassenden Krankheitsverständnis ergeben, das die bio-medizinische und psycho-soziale Ebene von Krankheit berücksichtigt. Unterschiede einer Medizin des Krankenhauses zu der ambulanter Versorgung. — 4. Gesundheitspolitische Überlegungen: Die politische Debatte über die Organisationsformen ambulanter Versorgung ist wegen des Niederlassungsmonopols der KV-Ärzte sehr machtbesetzt und deshalb in vieler Hinsicht blockiert. Vorschläge zur politischen, gesetzlichen und institutionellen Durchsetzbarkeit von alternativen Versorgungsmodellen müssen erarbeitet werden. — 5. Ausbildung: Aus der Kenntnis der Anforderungen in der ambulanten Medizin müssen Konsequenzen für Inhalt und Form der Ausbildung für Ärzte gezogen werden, die diese 'Basisversorgung' tragen sollen.

Liebe Autoren/Autorinnen, liebe Leser/innen, bitte schickt uns ein Exposée zum Themenschwerpunkt bis Ende November 1982 zu. Es soll Umfang, thesenartigen Themenaufriß und die geplanten Hauptaussagen des Beitrages enthalten.
Mit der Hoffnung auf viele Angebote: Die Medizin-Redaktion