Veröffentlichungsreihe
des
Berliner Zentrum Public Health
ISSN 0949-0752

98-3

Public Health: Die Kunst des Brückenschlagens
Georges Fülgraff im Gespräch

mit
Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie

Berlin, Juli 1998

Berliner Zentrum Public Health
Geschäftsstelle
Ernst-Reuter-Platz 7
10578 Berlin
Tel.: (030) 314 - 21 970
Fax: (030) 314 - 21 578

Vorbemerkung

Geoges Fülgraff, Jahrgang 1933, ist seit 1992 - nach einer Karriere, die ihn von der Pharmakologie zur Gesundheits- und Umweltpolitik führte - Professor für Public Health an der Technischen Universität Berlin und Sprecher des Berliner Zentrums Public Health. Wir sprachen mit Georges Fülgraff in seiner schönen Altbauwohnung in Charlottenburg. In unserem Gespräch sollte es um seine Biographie zwischen Wissenschaft und Politik, um Public Health und die Beziehung zur Psychologie gehen.

Teile dieses Interviews sind im Journal für Psychologie (1997, 3:71-86) erschienen. Wir freuen uns, Georges Fülgraff den ungekürzten Text zum 65. Geburtstag am 14. Juli widmen zu können. Unseren Glückwunsch verbinden wir mit der Hoffnung, daß er mit seinem Engagement und seiner Erfahrung auch weiterhin der Public-Health-Bewegung erhalten bleibt.

Ich war für unendlich viele Dinge offen

B.SCH.: Wir hatten überlegt, als erstes auf Deine Lebensgeschichte einzugehen und auf die Frage, was Du selber denkst, ob Deine Berufswahl mit der Lebensgeschichte zusammenhängt.

G.F.: Ich glaube schon, ja. Ich glaube, daß ich ganz unterschiedliche Interessen, die ich von Anfang an hatte, später wieder aufgreife. Als ich mein Abitur gemacht hatte, achtzehnjährig, stand ich vor der Frage, was jetzt? Und war für unendlich viele Dinge offen, aber auch für nichts entschieden. Das fing an, daß ich mir überlegt habe, ob ich nicht eine Lehre bei Daimler-Benz beginne und Ingenieur werde. Ich habe dann ein Studium gewählt, von dem man in der Rückschau sagen kann, daß es ganz viele Berufswege offenhält, nämlich Jura und Wirtschaftswissenschaften, was mir auch lag wegen der Nähe zur Politik, die mich schon damals fasziniert hat. Nach drei Semestern hab ich dann aus Gründen, die ich nur noch ungenau nachvollziehen kann, das Jurastudium aufgegeben und angefangen, Medizin zu studieren. Wahrscheinlich wollte ich was Konkreteres tun zu der Zeit. Ich habe dann auch während des Medizinstudiums ein paar Semester Psychologie mitgehört.

B.SCH.: So ein Interesse für die psychologischen Zusammenhänge?

G.F.: Das war immer da. Auch bei den Überlegungen, was mache ich nach dem Examen, hat die Psychiatrie immer eine Rolle gespielt. Je mehr ich mich dem Ende dieses Studiums näherte, um so unklarer wurde mir einerseits, was ich danach wohl machen würde, um so klarer wurde mir aber auch, daß eine normale Praxis im Rahmen des Versorgungssystems wahrscheinlich nicht in Frage kam. Ich habe dann vorgefühlt bei verschiedenen Kliniken und bekam immer die Antwort: "Es wäre ganz sinnvoll, wenn Sie sich vorher in einem experimentellen Fach eine Grundlage für eine wissenschaftliche Arbeit schaffen, ehe Sie an der Universitätsklinik anfangen." Und so kam ich in die Pharmakologie in Freiburg und blieb dann da hängen, weil

das Fach mich auch eine Zeit lang faszinierte. So habe ich eine ganz normale wissenschaftliche Ausbildung in Pharmakologie und Toxikologie gemacht, war auch zwischendurch ein Jahr in Amerika. Ich hatte schon den Ehrgeiz, wenn ich da hängenbleibe, dann auch irgendwann eine Universitätskarriere zu machen.

Zwischendurch gab es durchaus Anfechtungen, schon damals eine politische Karriere zu beginnen. Ich habe immer in einer politischen Partei mitgearbeitet, war im Landesvorstand Baden-Württemberg, habe da viel gemacht und war eine Figur, die im Land einen gewissen Bekanntheitsgrad hatte. Ich bekam Angebote, schon als junger Mensch für den Bundestag zu kandidieren.

B.SCH.: Erinnerst Du noch, was damals für Dich die Ziele waren, die Du mit deiner politischen Aktivität verbunden hast?

G.F.: Ich bin in die SPD eingetreten am Tage nach dieser Wahl 1957, als Adenauer zum einzigen Mal die absolute Mehrheit für die CDU/CSU gewonnen hat. Da dachte ich, jetzt muß man mitmachen, da ein Gegengewicht zu setzen. Am Montag nach dieser Wahl bin ich zum Parteibüro gegangen in Freiburg und bin eingetreten um mitzuarbeiten, weil die Werte, die damals die SPD verkörperte, insbesondere das Thema Solidarität in einer Gesellschaft, für mich sehr wichtig waren, und auch die Geschichte dieser Partei viele Aspekte hatte, zu denen ich stehen konnte.

Ja, dann kam eine ganz normale Universitätslaufbahn. Ich habe mich habilitiert und dann den Ehrgeiz gehabt, großen Ehrgeiz. Ich war so einer von den Privatdozenten, von denen man immer sagt, daß sie schlafen bei offenem Fenster, um keinen Ruf zu überhören. (LACHEN) Das war so der Spott, mit dem wir uns selbst belegt haben.

Über Aachen, wo ich als wissenschaftlicher Rat und Professor an der Neugründung der medizinischen Fakultät mitgearbeitet habe, kam ich dann auf den Lehrstuhl für Pharmakologie und Toxikologie in Frankfurt und hatte das Karriereziel erreicht. Ich baute da ein neues Institut auf, wußte aber auch damals schon, daß ich in der Wissenschaft, der Pharmakologie und Toxikologie, wohl nie wirklich Innovatives und Bedeutendes leisten würde. Die kleinen Sachen, die ich machte - und unser Team war durchaus erfolgreich - waren die Steine in Fundamenten, die andere gelegt hatten. Aber ich kannte meine Grenzen und war zufrieden damit.

Chef einer großen Behörde

Die Wendung kam dann ganz zufällig, indem ich in der "Zeit" eine Anzeige las, daß das Bundesgesundheitsamt in Berlin einen Präsidenten sucht. Das faszinierte mich plötzlich. Ich dachte, das schlägt ja wieder einen Bogen zu deinem politischen Interesse. Da gibt es Politikberatung, da gibt es auch Entscheidungen zu treffen. Ich schickte ganz locker eine Bewerbung hin und wurde dann ein paar Wochen später eingeladen nach Berlin, überall herumgeführt und anschließend nach Bonn eingeladen. Das Gespräch in Bonn verlief nach meinem Eindruck so, daß ich nach Frankfurt zurückkam, mit meinen Mitarbeitern einen Tee trank und ihnen sagte: "Also Leute, macht euch keine Sorgen. Das wird nichts, ich bleibe. Wir machen zusammen weiter."

Es muß in Bonn ähnlich angekommen sein wie bei mir, denn ich bekam eine Auf-

forderung eines Tages, mir das Amt in Berlin noch einmal ein bißchen gründlicher anzugucken. Mein zweites Gespräch in Bonn verlief dann ganz anders. Ich hatte mich sehr viel besser vorbereitet und hatte auch ein viel besseres Gefühl danach. Wieder kam eine merkwürdige Koinzidenz. Ich sah die Abendschau im Fernsehen, es gab den Zusammenschnitt einer Debatte über § 218, es muß Frühjahr 1974 gewesen sein. Und als der Sprecher sagte: "Die nächste Rednerin ist die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Dr. Katharina Focke" - klingelt das Telefon: "Hier Focke, ich sitze gerade im Bundeshaus. Wir haben uns jetzt entschieden, Herr Fülgraff, wollen Sie es machen?" Das heißt, sie wird im Fernsehen angekündigt als Rednerin und ruft mich in dem Moment an! Ich sagte sofort ja und war dann am ersten Oktober 74 hier in Berlin. Das Amt hatte mir ein Ein-Zimmer-Appartment in einem Arbeiterwohnheim in Lankwitz besorgt. Da habe ich dann das erste Jahr verbracht und saß gleichzeitig an einem Präsidentenschreibtisch. Das einzige, was mir der Interimsvorgänger mitgab auf den Weg, war der Hinweis, ich hätte mit einem grünen Stift zu unterzeichnen und hier lägen die Akten.

B.SCH.: Können wir noch mal einen kleinen Schritt zurückgehen, Georges. Du sagtest: "Ich bin beim zweiten Mal sehr viel besser vorbereitet da hineingegangen."

G.F.: Ich war ganz anders motiviert. Da habe ich dann das Amt sehr viel genauer durchleuchtet und auch mehr nach Unterlagen geguckt, was da wirklich abläuft und was die Bedürfnisse sind. Ich wußte, daß ein neues Arzneimittelgesetz ansteht und verabschiedet werden muß. Ich habe mir die Strukturen der Arzneimittelregistrierung angeguckt, habe mir überlegt, was läuft da eigentlich falsch, warum fallen hier keine Entscheidungen? Ich habe mich dann mit Freunden, die was von Organisationslehre verstehen, und Betriebswissenschaftlern beraten. Ich habe denen erzählt, was mir an Mängeln oder an Problemen aufgefallen ist, habe mit denen diskutiert, wie würde man da herangehen? Ich bin also mit einer ganz anderen Vorbereitung dahin gegangen und habe auch konkrete Ideen gehabt, die ganz ähnlich später von mir umgesetzt worden sind.

H.L.: Hattest Du denn vorher Erfahrungen in Richtung Management? Das war doch eine Riesenbehörde, und Präsident in so einer Behörde zu sein, ist ja eine Managementaufgabe.

G.F.: Ich war von '65 an vier Jahre Mitglied im Stadtrat in Freiburg und habe in der Zeit eine Menge gelernt. Also ich glaube, die Erfahrung mit der kommunalen Selbstverwaltung sollte eigentlich jeder machen, der in die Politik geht, weil man dort enorm viel lernt, weil man mit ganz bürgernahen Dingen zu tun hat, weil man unter anderem auch lernt, einen Haushaltsplan zu lesen. Das ist keine Managementerfahrung im engeren Sinn, aber es ist eine gewisse Politikpraxiserfahrung. Für mich war das wieder so ein Stück Rückkehr - plötzlich waren die drei Semester Jura nicht mehr vergebens. Zwischen den Juristen und den Wissenschaftlern bestand eine große Spannung, und mir ist es gelungen, die miteinander zu versöhnen, weil ich mit den Juristen umgehen konnte und die merkten, daß ich zumindest verstand, wovon sie redeten. Dadurch konnte ich ihnen klar machen: "Ihr seid hier in der Rolle einer Hilfswissenschaft. Ihr müßt uns zwar sagen, was geht und was nicht geht. Ihr müßt aber manchmal auch begreifen, daß wir bestimmte Dinge machen wollen. Ihr müßt nicht immer nur sagen, das geht nicht aus juristischer Sicht, sondern ihr müßt manchmal auch dafür sorgen, daß sie gehen."

In diesem Bundesgesundheitsamt waren damals in einer Reihe von Bereichen die Entscheidungen einfach liegengeblieben und immer nur vorläufig getroffen worden,

ohne zur Kenntnis zu nehmen, daß sie damit nicht vom Tisch sind. Es gab enorme Rückstände in der Arzneimittelregistrierung, der Pflanzenschutzmittelzulassung, in allen Bereichen, in denen solche praktischen Verbraucherschutzentscheidungen zu treffen waren, weil erstens die Präsidentschaft eine Weile verwaist war und zweitens weil das Amt davor ein sehr stark wissenschaftlich geprägtes Selbstverständnis hatte und relativ wenig Selbstverständnis für die Exekutiv- und Verbraucherschutzaufgaben. Für mich war es die ersten Jahre dort ganz spannend, mich mit den Wissenschaftlern in den Fachabteilungen hinzusetzen und einfach Entscheiden zu üben: "Kommt mit euren Ladenhütern auf den Tisch. Wir entscheiden jetzt hier am Tisch gemeinsam, ich übernehme die Verantwortung als Präsident und entlaste euch." Und das hat dazu beigetragen, daß wir innerhalb relativ kurzer Zeit die Rückstände auch geschafft haben. Dadurch gewann das Amt auch wieder ein anderes Ansehen bei der Politik.

Das ist eigentlich ganz gut gelungen, glaube ich, in den ersten Jahren. Aber es war ein Learning by doing, nichts, womit ich ausgebildet hinkam. Es war ein spannender Berufswechsel, den ich nie bereut habe, sondern es war von meinem beruflichen Leben die erfüllteste, beste und schönste Zeit, diese sieben Jahre BGA-Präsidentschaft. Und wenn es nach mir gegangen wäre, wäre ich da auch nicht weggegangen. Ich hatte mit der Zeit auch das Gefühl - und ich glaube, das wurde auch von außen so gesehen - das kann ich, damit komme ich zurecht. Ich habe auch immer mehr die verschiedenen Ebenen, sowohl das Management als auch die Organisation, also die Entscheidungsfragen im Griff gehabt.

H.L.: Es geht die Sage, Du seist der letzte Präsident des BGA gewesen, der ohne Skandal gegangen ist. Das ist offenbar auch eine für Verlockungen gefährdete Position?

G.F.: Ich nehme das mal als liebenswürdiges Kompliment zur Kenntnis. Aber ich kommentiere das nicht. Ich möchte jetzt nicht bewerten, ob das bei meinen Nachfolgern eine Rolle gespielt hat. Aber ich denke, das Hauptproblem dieses Hauses war die Frage, von welchem Selbstverständis geht man aus. Und da bestand bei den meisten Mitarbeitern ein Problem: Sie verstanden sich als Wissenschaftler und haben ihr Sozialprestige in der Anerkennung der Universitätskollegen gesucht. Und das wichtige war, ihnen deutlich zu machen, daß ihre Aufgabe als Verbraucherschützer eigentlich eine viel spannendere ist als die als Forscher und daß sie ihr Selbstverständnis und ihre Befriedigung eigentlich darin finden müssen, gute Entscheidungen zu treffen oder vorzubereiten.

Den Regierungsapparat von innen erleben

B.SCH.: Wie kam es, daß Du das BGA verlassen hast?

G.F.: Ich bin 1980 aus diesem Amt geschieden, weil die damalige Gesundheitsministerin mich als Staatssekretär nach Bonn haben wollte. Das war eine ganz schwere Entscheidung für mich, weil ich wie gesagt dieses Amt sehr liebte und wußte, daß ich das kann, und nicht weg wollte. Ich habe drei Wochen Bedenkzeit gehabt und bin ziemlich depressiv in diesen drei Wochen gewesen, weil ich genau wußte, ich komme um die Entscheidung für Bonn nicht herum.

B.SCH.: Was denkst Du, was wäre passiert, wenn Du nein gesagt hättest?

G.F.: Da hätte mir niemand was tun können. Es gab zwei Gründe zuzusagen: Zum einen habe ich mir gesagt, wenn man Dich jetzt auffordert, Staatssekretär zu werden, mußt Du schon gute Gründe vorbringen, die nicht nur privater Art sein dürfen, sondern auch öffentlich überzeugen. Andererseits hat es auch den Bauch gepinselt und war eine neue Aufgabe.

Es war wieder ein ganz anderer Beruf, ganz politiknah. Der Staatssekretär leitet das Ministerium für den Minister oder die Ministerin und muß dessen oder deren politische Vorgaben im Ministerium umsetzen, vertritt auch die Ministerin, wenn sie verhindert ist, im Kabinett. Das heißt, man erlebt den Regierungsapparat von innen.

Es war ein Ministerium, das wenig klar umrissene exekutive Aufgaben hatte. Interessanterweise hatten wir bei der Presse, die sich ja mehr für die harte Politik interessierte, eher einen schwierigen Stand. Aber wenn Bürgergruppen nach Bonn kamen, von den Abgeordneten eingeladen aus den Wahlkreisen, gehörten wir zu denen, die mit am meisten gefragt waren, weil da ganz viele bürgernahe Fragen anstanden, von der Sozialhilfe über die Altenpolitik, zur Frauenpolitik, Jugendpolitik, Familienpolitik bis hin zu Fragen der Gesundheitspolitik wie etwa Lebensmittelrecht, Weingesetz, Arzneimittelrecht. Wir machten Modellversuche über Sozialstationen, über ambulante Pflege, das Modellprogramm Psychiatrie, also alles "weiche" Politikfelder, die aber eine große praktische Bedeutung für das Leben der Menschen hatten.

Das Interessante an dieser Arbeit war, daß man sieht, wie eine Regierung funktioniert, und wieviel davon Arbeit nach innen ist, Abstimmungsprozeduren innerhalb des Apparates, und wie wenig tatsächlich als Regierungsentscheidung nach außen in Erscheinung tritt.

H.L.: Kannst Du mal allgemeinverständlich erläutern, was Du da gelernt hast? Ich meinte jetzt nicht, was in Büchern steht, sondern Deine ganz persönlichen Einsichten.

G.F.: Man fragt sich ja oft als Bürger, warum passiert in der Umweltpolitik so wenig oder warum geht so vieles nicht durch in der Politik? Und da habe ich schon einiges gelernt. Also an fast allen Entscheidungen, die in der Exekutive fallen, ist mehr als ein Ministerium beteiligt. Bei allem, was man macht, sind Interessen anderer Ressorts mitbetroffen in irgendeiner Form. Das heißt, es muß mit den anderen Ressorts etwas abgestimmt werden, wenn man irgendwas durchsetzen oder umsetzen will. Wenn ich sage, "Interessen anderer Ressorts" sind berührt, heißt das immer, aus der Sicht oder aus den Interessen ihrer jeweiligen Fachpolitik müssen sie irgendwo nachgeben. Und das bedeutet, man muß selber auch irgendwo nachgeben können. Wenn man aber ein Ressort wie Gesundheits- oder Umweltpolitik vertritt, in dem man eigentlich immer nur fordert bei den anderen, aber nie auch was bieten kann, hat man schlechte Karten. Egal, worum es geht, ob um Naturschutz, wo die Umweltpolitik mit der Landwirtschaft im Clinch liegt, ob es um Fragen der Gewässerreinhaltung geht, um den CO_2-Ausstoß, also Klimapolitik, immer sind Interessen von Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft, von anderen Ressorts betroffen. Man kann denen aber nie etwas bieten, denn Umweltpolitik muß immer andere Interessen verletzen. Also man ist in einer ganz schlechten Position, weil man keine Geschäfte machen kann. Wenn man nicht ganz harte Gesundheitsbedrohungen belegen kann, tut man sich wahnsinnig schwer gegen die geballten Interessen der Wirtschaftsressorts.

Plötzlich ohne Dienstwagen...

B.SCH.: Wie ging es weiter?

G.F.: Dann kam die dramatische Erfahrung, der Wahlausgang 1982, Regierungswechsel und damit die Entlassung. Heiner Geißler übernahm damals das Ministerium und hatte die Freundlichkeit, mich zu entlassen - durchaus in freundschaftlicher Atmosphäre. Die Entlassung erfolgt ja nicht wegen erwiesener Unfähigkeit, sondern weil das politische Vertrauen nicht da ist. Das ist völlig normal.

Wenn man aus so einer Position wie dem Staatssekretär entlassen wird, wo man ja auch mit Insignien von Macht ausgestattet ist - Vorzimmer und ein großer Apparat, der einem zuarbeitet, bis hin zu Fahrer und Wagen - verarbeiten das die verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich. Das ist dann von einem Tag auf den anderen weg. Ich habe das eigentlich problemlos verkraftet. Ich bekam ein paar interessante Angebote hochrangiger Industrietätigkeit, die ich kurzfristig auch erwogen, aber dann doch gelassen habe. Ich habe mich in eine freiberufliche Tätigkeit, Beratungstätigkeit zurückgezogen. Das schwierigste an diesem Übergang für mich war eigentlich, daß der Informationsfluß nicht mehr so ganz selbstverständlich auf mich zulief, sondern ich mich jetzt wieder selber darum kümmern mußte, und zwar in ganz anderer Weise als etwa ein Hochschullehrer. Der muß sich ja auch drum kümmern und muß lesen. Aber dennoch ist er eingebunden in eine Atmosphäre von Hochschule, von Bibliothek, von eingehenden Zeitschriften.

B.SCH.: Das warst Du als Selbständiger dann nicht mehr.

G.F.: Plötzlich sitzt man zu Hause in seinem eigenen Büro und es kommt nichts von selbst. Nichts, keine Information außer dem, was in der Zeitung steht. Und man muß sich um alles jetzt selber aktiv kümmern. Man muß auch eine ganz andere Arbeitsdisziplin lernen, wenn man sein Leben lang ein Institut oder ein BGA leitete oder Staatssekretär war, wo man so völlig selbstverständlich seine Tage und Nächte in einem Büro verbrachte und einfach die Dinge auf einen zukamen, die zu erledigen waren.

Jetzt muß man sich erst mal Disziplin angewöhnen, auch wenn man ganz alleine ist, nicht in Übersprungshandlungen zu ersticken, sondern tatsächlich sich auch hinzusetzen und die Dinge zu machen. Ich habe dann Vorträge und Beratungen an der Schnittstelle von Wissenschaft, Gesundheits- und Umweltpolitik gemacht, auch Seminare für das Management von Unternehmen, wie gesundheits- und umweltpolitische Aspekte in das Unternehmen zu integrieren wären.

B.SCH.: Kannst Du noch etwas sagen zu den Motiven, die Dich bewogen haben, Dich gegen eine Tätigkeit in Industrie oder Wirtschaft zu entscheiden?

G.F.: Ach Gott, das klingt jetzt ein bißchen provozierend, wenn ich das sage, aber nach meinem ganzen Naturell und Selbstverständnis war der einzig honorige Arbeitgeber, für den ich gerne arbeiten würde, die Öffentliche Hand. Und ich würde mich schwertun, gerade nach dem heutigen Unternehmerbild meine berufliche Tätigkeit auszurichten.

H.L.: Kannst Du das mal erläutern?

G.F.: Ja, die neue Unternehmerphilosophie, die ja auch in der deutschen Industrie verbreitet ist, hat zur Abkehr von dem bisherigen Unternehmerbild geführt. Ich meine traditionell war der deutsche Unternehmer einer gewissen Langfristigkeit

in seinem unternehmerischen Denken verpflichtet und einer sozialen Verantwortung. Das war gar keine Frage, die hat es gegeben, bei allen sozialen Auseinandersetzungen, während heute bei einer Unternehmergeneration, die ihr unternehmerisches Weltbild im wesentlichen von den USA gelernt hat, eine sehr viel stärkere Kurzfristigkeit des Denkens herrscht. Es geht um den Gewinn der Aktionäre, kurzfristige Gewinnmaximierung und schnelle Rendite der investierten Mittel sind das absolute Ziel.

B.SCH.: Und das war damals auch schon absehbar für Dich?

G.F.: Das ist eine ganz individuelle Entscheidung, und die möchte ich jetzt überhaupt nicht verallgemeinern, und das soll auch bitte nichts heißen gegen irgend jemanden, der in der Wirtschaft tätig ist. Das ist überhaupt nicht der Punkt, sondern mein Motiv war, daß ich mir vorstellte, mit Erfüllung eigentlich nur arbeiten zu können für einen gemeinwohlorientieren öffentlichen Bereich.

H.L.: Ich hätte da noch eine Frage: Du begannst mit der Gesundheitspolitik und dann kam zunehmend Umweltpolitik ins Spiel. Vielleicht kannst Du dazu noch biographisch etwas sagen, wie diese Wendung zur Umweltpolitik entstanden ist. Deine Ausbildung, Deine Herkunft ist ja die Pharmakologie?

G.F.: Pharmakologie, aber auch Toxikologie. Ich habe dort das Verständnis dafür gelernt, wie man die gesundheitliche Bewertung von Stoffen und physikalischen Faktoren vornimmt und was die wissenschaftlichen Voraussetzungen und das Theoriemodell dafür sind. Insofern besteht keine so große Distanz zwischen der Bewertung von Lebensmittelzusatzstoffen in gesundheitlicher Hinsicht zu der Bewertung von Schadstoffen in der Umwelt in gesundheitlicher Hinsicht. In diesem Bereich haben ja Umwelt- und Gesundheitspolitik auch etwas miteinander zu tun.

Das stärkere Engagement im Umweltbereich kam dann durch einen Auftrag der EG-Kommission, eine Bewertung der Umweltforschung in der Europäischen Union vorzunehmen. Die Generaldirektion Forschung der Europäischen Kommission hat für die Umweltforschung eine kleine Kommission berufen, international zusammengesetzt aus Leuten, die aus unterschiedlichen Disziplinen der Umweltwissenschaften kamen und man hat mich gebeten, den Vorsitz dieser Gruppe zu übernehmen. Wir haben in umfangreicher Arbeit - es ist auch ein Buch darüber erschienen - eine Evaluation dieser Forschung vorgenommen. Während dieser Zeit wurde ich in den Sachverständigenrat für Umweltfragen berufen. Das war ein Gremium von zwölf Personen aus unterschiedlichen Wissenschaftszweigen, von der Umweltökonomie über die Rechtswissenschaft, die Ingenieurwissenschaften, die Chemie - ich vertrat die Schnittstelle Umwelt und Gesundheit. In diesem Sachverständigenrat war ich bis 1990, also insgesamt sechs Jahre tätig.

Konfliktmediation

Dazwischen kam noch eine Phase, das darf ich nicht vergessen: Das Angebot des Wissenschaftszentrums Berlin, als Mediator für einen Bereich der Abfallwirtschaft ein Mediationsverfahren beispielhaft durchzuführen. Das Projekt sollte weltweit erstmals von Anbeginn und während des ganzen Verfahrens sozialwissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Das war noch mal eine ganz spannende Erfahrung von zweieinhalb Jahren, 1990 bis 93. Es ging um ein Abfallwirtschafts-

konzept im Kreis Neuss. Das Neue daran war, daß man ständig diese Sozialwissenschaftler um sich herum hatte, die einem auf die Finger guckten und mit Videokameras alles verfolgten und dann daraus auch wieder Schlüsse zogen, ihre Befragungen machten. Was da eigentlich abgelaufen war, habe ich selbst erst, wie alle anderen, aus den Veröffentlichungen erfahren.

B.SCH.: Und Deine Rolle als Mediator, kannst Du die kurz beschreiben?

G.F.: Das kam auch wieder durch eine Kette von Zufällen zustande. Ich war eingeladen eines Tages - das muß so 89 gewesen sein - in der Evangelischen Akademie Loccum einen Vortrag zu halten und in einem Podium mitzuwirken über das Thema Abfallwirtschaft. Und man bat mich, dann gleich noch am Wochenende dazubleiben zu einer international besetzten hochrangigen und erstmals in Deutschland stattfindenden Tagung über das Thema Mediation. Teilnehmer waren Leute, die in Deutschland bis dahin sich wissenschaftlich mit dem Thema befaßt hatten, insbesondere aus der Rechtswissenschaft, Mediatoren und Mediatorinnen aus USA und Kanada und Leute, die in Deutschland Genehmigungsverfahren laufen hatten, sei es aus der Verwaltung, sei es aus Betreiberfirmen, die mit ihren Verfahren entweder bereits gescheitert waren oder zu scheitern drohten. So konnte man auf dieser Tagung einen Vergleich ziehen zwischen mediierten Verfahren und dem typischen Vorgehen nach deutscher Verwaltungstradition: Beraten, Entscheiden, Verkünden, Durchsetzen. Man konnte mal überlegen, gibt es bessere Lösungen als die bei uns üblichen, die oft auch noch scheitern und irgendwann vor Gericht recht und schlecht positiv oder negativ entschieden werden, mit ungewissem Ausgang jedesmal. Das war eine spannende Tagung, in der mir deutlich wurde, was für ein diffiziles und interessantes Verfahren da möglich sein und wie das auch mit dem deutschen Verwaltungsrecht machbar sein könnte.

Als dann das Wissenschaftszentrum ein Jahr später auf mich zukam, ob ich ein solches erstes Verfahren in Deutschland in dieser Größenordnung machen würde, war wiederum die Frage, wie soll man da nein sagen, wenn man sich in Loccum gerade noch aus dem Fenster gelehnt und gesagt hat, das müssen wir mal probieren.

Ich habe mich dann in Windeseile mit dem ganzen theoretischen Rüstzeug von Mediation auseinandergesetzt und die amerikanische Literatur gelesen und das bißchen, was es in deutsch gab. So bin ich damit ausgerüstet eigentlich ohne professionelle Vorbereitung in die Aufgabe hineingesprungen. Nun hatte ich das Glück, nicht nur ein bißchen soziale Kompetenz gelernt zu haben in diesen verschiedenen Berufswegen vorher, sondern auch eine soziale Anerkennung zu haben, die natürlich das ganze sehr viel leichter gemacht hat, als wenn ich irgendein dreißigjähriger, auch ausgebildeter Mediator gewesen wäre.

B.SCH.: Soziale Anerkennung aufgrund deiner Vorerfahrungen, aufgrund deines Alters?

G.F.: Aufgrund meines Alters und meiner Reputation. Ich bin nicht sicher, wenn da ein junger ausgebildeter Mediator gewesen wäre, ob dann der Oberstadtdirektor zu jeder Sitzung gekommen wäre, beispielsweise. Aber selbstverständlich ist er gekommen.

H.L.: Da juckt es mich natürlich sehr, jetzt mehr einzusteigen. Mediation spielt auch in der Psychologie eine große Rolle. Wie würdest Du die Kompetenzen, die Du in diesem Mediationsverfahren benötigt hast, aus deiner Erfahrung heraus einschätzen? Wie kann Psychologie dabei helfen?

G.F.: Ich glaube, man muß da unterscheiden. Was ich gemacht habe, war eine dilettierende Herangehensweise. Ich hatte keine Ausbildung. Ich bin kein Psychologe, sondern ich habe sozusagen mit dem, was ich über Mediation gehört und gelesen hatte, versucht, mir ein Bild zu machen, worauf es ankommt. Mir kam es in diesem Verfahren erst einmal darauf an, von äußeren Fragen ausgehend bis hin zu den inhaltlichen, eine Art von Chancengleichheit herzustellen, das Vorgehen abzukoppeln vom üblichen Verwaltungsdenken und zu einer Diskussionsoffenheit zu führen. Das ging so weit, daß auch ohne formellen Beschluß klar war, das Verfahren wird tatsächlich mit offenem Ausgang geführt. Das war gar nicht so einfach am Anfang, weil die äußeren Umstände für das Verfahren nicht günstig waren: Die Entscheidungen waren im Grunde getroffen. Ein Abfallwirtschaftskonzept war vom Kreistag beschlossen, einschließlich einer Müllverbrennungsanlage. Der Streit und die Verfrontung zwischen Bürgerinitiativen und Umweltschutzgruppen auf der einen und der Verwaltung auf der anderen Seite war extrem, bis hin zu einer völligen Lükke an Glaubwürdigkeit, härtesten Beschimpfungen und einer absoluten Gesprächsverweigerung.

B.SCH.: Was sollte dann die Mediation, wenn die Entscheidungen schon getroffen waren? Das ist doch eigentlich gegen alle Ziele jedes Mediationsverfahrens.

G.F.: Völlig klar! Nur: wir haben die Offenheit hingekriegt. In der ersten Gesprächsrunde drehte es sich nur darum, daß die Bürgerinitiativen sagten: "Wir verlangen, daß Offenheit hergestellt wird durch eine förmliche Rücknahme der Beschlüsse im Kreistag." Und die Verwaltung sagte: "Das können wir auf gar keinen Fall." Wir haben dann ein nie förmlich beschlossenes, aber ein de facto - Moratorium erreicht für die Gesamtzeit unserer Mediation. Das war einer der großen Erfolge der ersten Gesprächsrunden.

B.SCH.: Hieß das wirklich auch Abänderung der Entscheidungen?

G.F.: Ganz erhebliche, bis dahin, daß der Kreis Neuss heute sehr glücklich ist, keine Müllverbrennungsanlage gebaut zu haben, weil sie keine mehr brauchen. Also im Nachhinein hat sich das beim Abschluß des Verfahrens noch in einem Kernpunkt offene Ergebnis als besonders segensreich herausgestellt. Und heute sind alle froh, daß es damals so ausgegangen ist, und daß keine Müllverbrennungsanlage gebaut wurde. Nein, das war ein absolut erfolgreiches Verfahren.

Aber zurück zu der Frage: Ich glaube schon, wenn das Verfahren künftig breiter eingesetzt werden soll, auch in umweltpolitischen Konflikten und nicht nur in der Familienmediation, wo es ja Anerkennung gefunden hat in Deutschland, daß man dann eine gewisse Institutionalisierung braucht. Künftige Mediatoren sollten nicht nur im Hinblick auf Theorie, sondern auch im Hinblick auf soziale Kompetenz, auf die Art des Vorgehens eine gewisse Aus-, Fort- und Weiterbildung haben. Ob sie notwendigerweise Psychologen sein müssen, da mag ich mich gar nicht festlegen. Aber da spielen schon viele Elemente aus der Psychologie und aus Konfliktlösungsmodalitäten eine große Rolle. Und der Wildwuchs, der im Moment herrscht, ist wahrscheinlich auf die Dauer so nicht zu halten, wenn das Verfahren künftig Wert kriegen und behalten und weiter gelingen soll.

Ich habe später einen ganz ähnlichen Prozeß in einem völlig anderen Sektor erlebt, den man nicht unbedingt Mediation nennen kann, aber der im Grunde nicht viel anderes war. Ich hatte kürzlich den Auftrag von der Kommission der Europäischen Union, eine Gruppe zu leiten und auch das Gesamtprojekt zu koordinieren zur Frage "Ist Homöopathie beforschbar?" Das war eine Gruppe, die sich aus drei Fraktionen

zusammensetzte: Wissenschaftlich erfahrene homöopathische Ärzte, klassische klinische Forscher und klinische und experimentelle Pharmakologen und Methodologen. Es bestand eine Atmosphäre, in der im Grunde genommen ein Mediator gefragt war: In den ersten Sitzungen hätte das genauso gut platzen können, denn das Mißtrauen, der gegenseitige Vorwurf der Inkompetenz und der Voreingenommenheit war so groß, daß man eigentlich von Sitzung zu Sitzung nicht wußte, ob es überhaupt eine Chance hatte, weiterzugehen. Daraus eine Gruppe werden zu lassen, die dann sich doch zuhört, die Neugier entwickelt, die einen gemeinsamen Lernprozeß mitmacht und nach einem Jahr im Konsens einen fünfbändigen Abschlußbericht verabschiedet mit klaren Antworten auf die von der Kommission gestellten Fragen - das hat mir im Endeffekt großen Spaß gemacht, so sehr ich zwischendurch manchmal verzweifelt bin. Ich habe immer gesagt, ich gehe zu meinem Sack Flöhe nach Brüssel.

B.SCH.: Das ist ja, wenn Du das Bild von den Flöhen nimmst, eine ganz wichtige Aufgabe des Mediators, zu ermöglichen, daß die Flöhe an ihren Plätzen bleiben, nicht ständig durch die Gegend springen und es aushalten, dem anderen mal zuzuhören, die andere Position überhaupt an sich heranzulassen.

Public Health in Berlin

G.F.: Das war meine Arbeit, bis 1992 eine neue Herausforderung auf mich zukam: Die Anfrage aus der Technischen Universität Berlin, im Bereich Public Health eine Professur zu übernehmen und dort einen Studiengang aufzubauen und zu leiten und die Sprecherrolle im Berliner Forschungsverbund Public Health zu übernehmen. Dazu eine kleine Frechheit, nur am Rande: Während des Studiums hatte ich immer die Idee, eines Tages möchte ich mal einen Lehrstuhl für Verschiedenes haben. Und mit Public Health hat man das ja so ungefähr. Also hat sich wieder ein Kreis geschlossen zu ganz frühen Phantasien.

H.L.: Wie kam das zustande? Und was uns natürlich als Berliner besonders interessiert, Deine Erfahrungen in diesem für Dich wieder neuen Feld?

G.F.: Die internen Hintergründe kann ich weniger beurteilen als Du, lieber Heiner, denn Du hast damals, glaube ich, der Lenkungsgruppe Public Health angehört, die das Ganze veranlaßt hat..

H.L.: Ich war nicht Mitglied der Lenkungsgruppe, wurde aber zur Teilnahme an diesem denkwürdigen Gespräch eingeladen.

G.F.: Für mich war es so, daß ich eines Tages einen Anruf bekam von einem mir bis dahin unbekannten Professor der Architektur, ob ich ihn nicht mal besuchen könnte. Es gäbe in Berlin ein Public-Health-Projekt, das wollten sie mir mal zeigen. Als ich in sein Büro kam, saß dort eine Reihe von Damen und Herren - erst später erfuhr ich, das war die Lenkungsgruppe Public Health an der Technischen Universität. Das Projekt, das man mir vorstellte, war mir ein bißchen vorher schon von den Erzählungen eines Berliner Kollegen bekannt. Es erinnerte mich an die Siebziger Jahre, als ich BGA-Präsident war, weil wir damals schon in verschiedenen Diskussionszirkeln mit dem Gedanken spielten, die Idee von Public Health in Berlin zu beleben, einer Stadt, die soviel Kompetenz auf diesem Sektor aufzuweisen hat, aber verstreut an verschiedenen Stellen. An der TU hat das dann einen anderen Drive

bekommen. Als ich 1992 kam, waren die Strukturen im Grunde schon erkennbar: Die Planungen für den Studiengang waren schon sehr weit vorangetrieben, der Antrag für den Forschungsverbund war schon im Grundsatz bewilligt. Wenn ich mich recht erinnere, kam mein Ruf dadurch zustande, daß die Gutachter des Antrags für den Berliner Forschungsverbund Public Health gesagt hatten: "Im Prinzip ja und mit den und den Projekten, aber, liebe Berliner, ihr müßt euch irgendeine Figur suchen, die die Idee von Public Health in eurem Forschungsverbund nach innen und außen glaubwürdig vertreten kann." Sinngemäß habe ich das später so in den Akten gefunden. Nachdem eine andere Wunschkandidatin für dieses Gebiet abgesagt hatte, ist der Lenkungsausschuß auf mich gekommen.

H.L.: Vielleicht erzählst Du noch ein bißchen zu deinen Berliner Erfahrungen in dieser Doppelfunktion Forschungsverbund und Ergänzungsstudiengang?

G.F.: Das eigentlich Neue an diesem Aufgabengebiet Public Health bestand darin, ganz viele unterschiedliche disziplinäre Zugänge zu einem gemeinsamen Problemfeld - bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und ein bedarfsgerechteres und effizienteres Versorgungssystem - auf dieses Aufgabenfeld hin zu bündeln. Wir haben es bei Public Health mit einer Multidisziplin zu tun, in der jeder, der daran mitarbeitet, bleibt, was er ist: Psychologe, Soziologe, Ingenieurwissenschaftler, Ökonom, Mediziner, Architekt, Planungswissenschaftler - ganz unterschiedliche disziplinäre Zugänge, die im Grunde ein Problemfeld verbindet, an dem sie arbeiten.

Beim Studiengang kam es darauf an, diese unterschiedlichen Disziplinen auf ein bestimmtes Ausbildungsziel hin zusammenzuführen und aus dem großen Angebot in Berlin, aus Wissenschaft und Praxis, die geeigneten Lehrpersonen zu finden. Die Veranstaltungen sollten aufeinander abgestimmt sein und ein viersemestriges Ausbildungsprogramm so füllen, daß die Mischung aus unverzichtbaren Pflichtteilen und einem breiten Spektrum wählbarer Schwerpunktanteile stimmte. Ich denke, das ist insofern sehr gut gelungen, als eine ganz große Bereitschaft und Begeisterung der Kolleginnen und Kollegen in Berlin vorhanden war, in dieser Modellphase des Anfangs ohne Anrechnung auf eigenes Lehrdeputat oder ohne große Kostenerstattungen mitzumachen. Inzwischen ist es gelungen, den Studiengang im Regelangebot der Technischen Universität in Zusammenarbeit mit der Freien Universität, der Humboldt-Universität und vielen anderen Einrichtungen zu einer dauerhaften Institution zu machen.

H.L.: Und Deine persönlichen Erfahrungen dabei?

G.F.: Im Forschungsbereich war das sehr viel schwieriger, weil dort ganz unterschiedliche Theorie- und Methodenansätze zunächst unvereinbar aufeinanderstießen, und weil es lange gedauert hat, ehe sozusagen die gegenseitigen Vorurteile - "Ihr seid Feuilletonisten" und "Ihr seid Erbsenzähler" - einigermaßen versöhnbar miteinander waren und man wirklich an die Arbeit gehen und sich gegenseitig respektieren und auch gegenseitig die disziplinären Zugänge anerkennend zu einer dauerhaften Institution kommen konnte. Doch das gelingt jetzt auch: Die Akademischen Senate aller drei Universitäten haben beschlossen, eine dauerhafte Einrichtung, ein Berliner Zentrum Public Health zu schaffen, das von allen Universitäten gemeinsam getragen wird. Das wurde 1997 gegründet.

H.L.: Was hast Du für Dich in diesen Jahren in Berlin Neues erfahren?

G.F.: Das waren erstens neue Inhalte. Zweitens war es eine ganz spannende Erfahrung für mich - nachdem ich 1974 die Universität verlassen und sozusagen

im "richtigen Leben" gearbeitet hatte - in diese Scheinwelt der Universität zurückzukehren und plötzlich wieder zu merken, daß es da ganz andere Sorgen gibt. Zunächst stellt sich für mich die Universität als ein zeitfreier Raum dar, ein Raum, in dem die Ressource Zeit keine Rolle spielt. Also die Art, wie Personalentscheidungen, Berufungen ablaufen und wie dabei Zeit keine Rolle spielt, auch dann nicht, wenn bestimmte Lehrkapazitäten einfach gebraucht werden, wie das dauert und wie da verhandelt und getrickst wird. Das ist für jemanden, der nach zwanzig Jahren an die Uni zurückkommt, schon kaum auszuhalten.

Zweitens hat mich verblüfft, daß diese Großstrukturen dieser heutigen Berliner Universitäten eigentlich gar nicht mehr richtig verwaltbar sind. Also das fängt an mit der Raumvergabe. Man braucht Hörsäle, man braucht Seminarräume. Da ist auf dem Papier eine unendliche Knappheit, man hat größte Mühe, solche Räume zu bekommen, man bekommt sie in unterschiedlichen Gebäuden, die Studenten müssen hin- und herlaufen. Und dann macht man sich auf die Suche nach der ersten Semesterwoche und guckt, ob die Räume belegt sind. Man findet dann plötzlich ganz viele leere Seminarräume, in die man einfach eindringt, und das ganze Semester erhebt keiner von denen, die sie angeblich belegt haben, irgendeinen Anspruch darauf. Man hat plötzlich Räume im selben Haus, wo die Studenten nicht mehr herumlaufen müssen.

Die Raumvergabe hat offenbar gar keine Ahnung über die tatsächlich verfügbaren Räume, das ist aber kein böser Wille von irgend jemandem. Ich habe überall in der Universitätsverwaltung für die Probleme, die ich habe, ein offenes Ohr und große Hilfsbereitschaft gefunden. Es ist offenbar so, daß da Fiktion und Wirklichkeit weit auseianderklaffen.

Noch etwas hat mich beeindruckt. Ich kenne so aus meiner Zeit in Freiburg, Aachen und Frankfurt, daß gerade auch in geistes- und sozialwissenschaftlichen Fächern die wichtigsten und spannendsten Seminare abends von acht bis zehn stattfanden. Wenn ich heute durch die TU gehe, dann ist meistens ab 18 Uhr, spätestens ab 19 Uhr, Totenstille, nichts passiert mehr. Uns ist es schon passiert, daß wir bis 20 Uhr unterrichtet haben, und das Haus war abgeschlossen, wir mußten mit den Studierenden aus dem Fenster im ersten Stock ins Freie, weil kein Hausmeister mehr zu erreichen war.

Die Rolle der Psychologie in Public Health

H.L.: Ich würde gern noch auf die Rolle der Psychologie in Public Health zu sprechen kommen. Du bist selbst Naturwissenschaftler, hast aber in ganz unterschiedlicher Weise mit Psychologie zu tun, privat auch jetzt durch Deine Frau und beruflich in verschiedenen Bereichen. Was sind Deine Erfahrungen, Deine Perspektiven, vielleicht auch Kritik, Stärken und Defizite der Psychologie aus der Sicht von Public Health.

G.F.: Also die Sozialwissenschaften, zu denen ich jetzt mal die Psychologie rechne - ich glaube, sie versteht sich auch so - sind die Schlüsselwissenschaften in Public Health. Es ist in meinen Augen nicht die Medizin, sondern es sind die Sozialwissenschaften. Was ich gerade beschrieben habe an Herausforderungen für Public Health, sind im Grunde genommen Dinge, zu denen man zwar Medizin, Architektur, Ingenieurwissenschaften und Planung, alles mögliche, braucht. Für Verände-

rung von Lebensverhältnissen, in der Stadt zum Beispiel, braucht man alle diese Disziplinen. Aber das Ganze dann auch zu bewerten: Wie hat sich das Leben der Menschen durch bestimmte Interventionsmaßnahmen tatsächlich verändert? Wie hat sich ihr Umgang mit ihrer eigenen Lebensweise verändert? - das Ganze zu evaluieren im Hinblick auf das tatsächliche Outcome, ist eine Aufgabe für die Sozialwissenschaften, eine Aufgabe für Psychologen. Das Problem ist nur, daß ich schwer beurteilen kann, inwieweit sich die Psychologen für diese Art von Forschung tatsächlich interessieren und inwieweit sie dabei auch mitmachen.

H.L.: Wir haben in der deutschen Psychologie ein Schwergewicht auf quantitativen und experimentellen Methoden, die Psychologen sehen sich auch gern in der Nähe von Naturwissenschaftlern. Auf der anderen Seite gibt es hier in Berlin eine Tradition sozialwissenschaftlich orientierter Psychologie mit anderen Theorie- und Forschungsansätzen. Mich interessiert, wie Du den Beitrag dieser Traditionslinien der Psychologie für Public Health siehst.

G.F.: Oh, wir hatten heiße Diskussionen in der Anfangszeit zwischen diesen beiden Richtungen, nicht nur in der Psychologie, sondern zwischen den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die im Public Health mitgearbeitet haben, aus genau diesen beiden Richtungen kommend, und auch ein großes gegenseitiges Unverständnis über diese methodischen Zugänge. Aber inzwischen sind wir soweit, daß sie sich zumindest gegenseitig respektieren und davon ausgehen, daß sie beide im Bereich von Public Health ihren Platz haben. Wenn ich einmal anhand von Abschlußarbeiten im Studiengang das mir angucke, dann stelle ich dort fest, daß ein starkes Übergewicht sogar besteht im Hinblick auf qualitative Methoden, auf qualitative Zugänge, auf qualitative Feldforschung. Ganz egal, wo unsere Studenten disziplinär selber herkommen, offensichtlich können sie mit solchen Methoden auch umgehen lernen, und zwar so, daß die Arbeiten wirklich ein hohes Niveau haben. Wir haben einen Preis für die besten Magisterarbeiten aussetzen können und unter den preisgekrönten jedes Jahr erstaunlich gute Arbeiten, überwiegend mit qualitativem Zugang. Was die praktische Public-Health-Forschung angeht, wäre es völlig daneben, wenn man nicht anerkennen würde, daß man beide Zugänge braucht.

H.L.: Vollkommen einverstanden. Aber wo siehst Du die Stärken und die speziellen Beiträge dieser beiden Ansätze?

G.F.: Ich fange mal mit dem quantitativen Ansatz an. Er ist für die öffentliche Diskussion in der Gesundheitspolitik ganz zweifellos von großem Nutzen, weil einsichtig und überzeugend. Zur Outcome-Forschung in der Versorgungsepidemologie beispielsweise, wenn ich über Diagnose, Verlauf und Outcome unterschiedlicher Versorgungsarten eine quanititative Analyse machen kann, gewinne ich damit auch für Außenstehende sehr schnell überzeugende Argumente einerseits. Auf der anderen Seite gibt es Bereiche, in denen es sehr stark darauf ankommt, erst mal zu verstehen, was in einem bestimmten Untersuchungsfeld abläuft, wo es darauf ankommt, mit ganz anderen Techniken Fragestellungen anzugehen, und wo wir erst durch die Arbeit im Feld erkennen können, welche Probleme beforscht werden sollten. Das ist eine Forschungsrichtung, die nicht nur in Berlin, auch in anderen Forschungsverbünden, die viel stärker quantitativ ausgerichtet sind, etwa München, wo ja sehr stark die quantitative Epidemologie im Vordergrund steht, um ihre Anerkennung lange hat ringen müssen, wo aber alle mehr und mehr erkennen, wie wichtig sie ist.

H.L.: Kannst Du ein Beispiel nennen, was das für Probleme sind, die diese Art von Vorgehen erforderlich machen?

G.F.: Ich nenne mal zwei Beispiele. Das eine war eine Untersuchung mit der Zielsetzung, in einigen wenigen Handwerksbetrieben prototypisch zu verstehen, was das Gesundheitsspezifische an der Arbeit in diesem Beruf ist und worauf es dabei ankommt. Das ist ein ganz anderer Zugang als in der quantitativen Epidemologie. In der zweiten Untersuchung ging es darum, lebensgeschichtliche Zusammenhänge zu erforschen im Bereich psychischer Krankheiten. Das war auch eine preisgekrönte Magisterarbeit. Da ging es um das Verstehen einiger weniger biographischer Schicksale. Ich könnte viele solcher Beispiele, gerade auch im Bereich der Gesundheitsförderung nennen, sie liegen, glaube ich, so sehr auf der Hand, daß man das gar nicht vertiefen muß. Das Problem dabei liegt nicht darin, die Notwendigkeit dieser Art von Forschung zu erkennen, sondern das Problem liegt eher darin, den Kolleginnen und Kollegen, die aus einer anderen Forschungstradition kommen, die Plausibilität dieser Ergebnisse zu verdeutlichen.

Ich will einmal anders anfangen: Für mich ist die Art des Zugangs und des Methodischen zunächst sekundär. Für mich kommt es darauf an, was ist die Fragestellung und welche Art von Zugang ist dieser Fragestellung angemessen. Ich lege Wert darauf, was man gemacht hat, wie man zu dem Ergebnis gekommen ist und in welcher Art das Ergebnis intersubjektiv plausibel kommuniziert werden kann. Wenn das der Fall ist, dann ist mir jede Methode recht. Ich habe ja nun in meinem ersten Beruf und in meinem zweiten Beruf vor allem, als BGA-Präsident, sehr viel zu tun gehabt mit Fragen der Arzneimittelzulassung, also mit der Frage, ist die Wirksamkeit ausreichend nachgewiesen. Und dabei kommt es mir sehr viel mehr auf die Frage der Plausibilität an als auf die Frage einer quanititativen Methodik.

H.L.: Auch da?

G.F.: Ja, weil die Festlegung auf eine bestimmte Methodik eines solchen Nachweises meistens mehr ein Ausdruck von Denkfaulheit ist als tatsächliche Wissenschaftlichkeit. Man will ein Kochbuch haben und eine abhakbare Checkliste. Bei der Frage "Ist Homöopathie beforschbar?" haben wir gesehen, daß phantasiereiche Methodologen - und damit meine ich in diesem Fall quantitativ orientierte Forscher - manchmal zu Ergebnissen kommen, die es plötzlich möglich machen, daß sowohl homöopathische Ärzte wie Methodologen sich verständigen können auf Zugänge, an die man bisher noch nicht gedacht hat, und die von beiden Seiten anerkannt werden können.

Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung

B.SCH.: Ich würde gern noch auf die Rolle der Psychotherapie in der Gesundheitsförderung zu sprechen kommen. Ich möchte mal auf ein Beispiel eingehen - sicher eine Ausschnitterfahrung - die Kuren eines privaten Instituts bei Übergewicht oder Bluthochdruck. Die Leute bekamen während der Kur die Gelegenheit, sich auch um die möglichen psychischen Anteile am Übergewicht, am Bluthochdruck zu kümmern..

G.F.: Das sind die entscheidenden!

B.SCH.: ... in Form von Gruppen- und Einzelgesprächen. Es wurde versucht, sie zu motivieren, nach der Kur in Berlin bis zu einem halben Jahr ein Nachbetreuungsangebot wahrzunehmen. Solche Leute kamen dann zu mir in die psychotherapeuti-

sche Praxis. Die sich darauf einlassen konnten, stellten sicher eine Auswahl dar trotzdem waren Menschen dabei, für die das Wahrnehmen eines solchen Gesprächsangebots relativ untypisch war. Für viele war das ein so ungewöhnlicher Zugang, daß sie, selbst wenn sie es in der Kur wahrgenommen haben, zu Hause dann nicht mehr hingegangen sind. Da kommt gleich das Motto: "Ich bin doch nicht verrückt" und "Was sagt meine Familie dazu?" und "Wir haben zuviel zu tun, andere Sorgen". Sicher könnte man noch kreativer sein zu überlegen, wie Zugang zur Therapie ermöglicht werden kann.

G.F.: Das ist das Problem: Wie erreicht man diejenigen, die es am nötigsten haben? Etwas überspitzt ausgedrückt: Der Zuwachs an Gesundheit für die Gesamtbevölkerung ist wahrscheinlich dann am größten, wenn wir die erreichen, deren Gesundheitsprobleme, auch psychischen Gesundheitsprobleme die belastendsten sind.

B.SCH.: Hier findest Du am ausgeprägtesten die Ansicht: "Das hat doch mit mir nichts zu tun" oder "Ich kann mich um das kümmern, was ich fühle. Wenn ich Schmerzen habe, gehe ich zum Arzt. Seele sehe ich nicht, fühle ich nicht, kenne ich nicht."

G.F.: Wahrscheinlich muß der Zugang indirekter sein, es muß auf Umwegen vermittelt werden, daß die Bewältigung der eigenen Konflikte und der Umgang mit der Arbeitslosigkeit überhaupt ein psychisches Problem bedeutet. Da sehe ich eine ganz große Aufgabe für die Psychologie, die entscheidende. Wer sonst kann überlegen, wie man das Angebot an psychologischer Beratung so gestalten kann, daß man die wirklich wichtige Zielgruppe erreicht?

B.SCH.: Es würde darum gehen, sich überhaupt damit zu beschäftigen, was können psychische Anteile sein bei Gesundheitsproblemen.

G.F.: Es geht ja nicht allein um die psychischen Ursachen, sondern es geht auch darum, daß man ja auch an die körperlichen Ursachen nicht herankommt, wenn man den Leuten nicht bewußt machen kann, daß es ein Problem gibt. Die ganze Frage der Einstellungsveränderung ist doch ein Problem von Psychologie, also psychologischer Forschung und Herangehensweise. Wie kann man überhaupt mit Einstellungen zu Gesundheit umgehen?

H.L.: Nun ist es so, daß die Psychologie in diesen ganzen Diskussionen eine relativ geringe Rolle spielt, obwohl es in der Psychologie auch jenseits der Psychotherapie eine Reihe von Ansätzen gibt, z.B. in der Gemeindepsychologie. Ich las letztens im Deutschen Ärzteblatt über Family Case Management als praktisch neuesten Schrei der medizinischen Versorgung, und zwar als Maßnahme zur Kostenreduzierung! Was sich hinter diesem Schlagwort verbirgt, ist eine Kombination des systemischen familientherapeutischen Ansatzes mit gemeindepsycholgischen Konzepten. Gleichzeitig wird die Familientherapie als psychotherapeutische Leistung abgelehnt und gestrichen. Mich würde interessieren, wie Du da die Entwicklung siehst und wie Du auch Ansätze wie etwa die Familientherapie in diesem Zusammenhang beurteilst bezüglich der Chancen für die künftige Entwicklung.

G.F.: Ich halte das für einen ganz wichtigen Ansatz. Ich sehe das ja in der Praxis meiner Frau und lerne da sehr viel, einfach aus ihrer Erfahrung das auch einzuschätzen. Daß wir mit der Anerkennung von Psychotherapie in einem breiten Sinn, auch der unterschiedlichen Methoden einschließlich Familientherapie, uns so schwer tun in Deutschland, ist eine ganz dramatische Entwicklung, die natürlich stark zu tun hat mit Futterneid. Es geht doch nicht um Abwägung inhaltlicher Ge-

sichtspunkte! Die Ärzte haben die Töpfe, die Psychologen wollen an die Töpfe, und die Ärzte lassen sie nicht. Ganz einfach.

Doch ich sehe noch einen anderen wichtigen Aspekt bei der Bezahlung von Psychotherapie. Es gibt das alte Freudsche Prinzip, daß die ganze Psychotherapie nichts taugt, wenn man nicht selbst was dafür leisten muß. Ich bin absolut für die Gleichberechtigung von Psychotherapie und körperlicher Behandlung, beides als Teil des Versorgungssystems. Nur ist die Überlegung schon was wert, im Bereich der Psychotherapie eine den persönlichen Umständen gerecht werdende Selbstbeteiligung zu verlangen.

Die Zuzahlung zur somatischen Therapie wird über die Verordnungen längst praktiziert, es gibt praktisch keine ärztliche Beratung mehr, bei der nicht am Ende was verordnet wird. Die Zuzahlung wird heute pro Arzneimittel bezahlt und ist schon dramatisch hoch und wird in Zukunft noch höher werden.

Noch ein letzter Punkt: Wir haben bei der normalen ärztlichen Therapie das Problem der Complience. Hält sich der Patient an das, was verabredet ist zwischen Arzt und Patient? Ich gehe mal vom Idealfall aus. Der Arzt drückt dem Patienten nicht einfach ein Rezept in die Hand, sondern er bespricht auch mit ihm, worum es geht. Nun kommt es darauf an, ob der Patient/die Patientin sich daran hält. Wenn ich das als Laie richtig sehe, ist in der Psychotherapie eine viel intensivere Art von Kooperation verlangt, eine Form von Mitarbeit und von Sich-Einlassen. Einen Blinddarm kann man auch operieren bei einem Patienten, der nicht kooperiert. Ich kann mir aber nicht vorstellen, daß man in einer Psychotherapie mit einer Patientin umgehen kann oder mit einem Patienten, der nicht kooperiert.

H.L.: Kann man nicht aus der Psychotherapie auch für die Behandlung somatischer Störungen lernen, daß auch hier Kooperation in einem ganz anderen Sinne notwendig wäre?

G.F.: Das ist ja die Crux der ausschließlich oder sehr stark naturwissenschaftlich geprägten Medizin, daß sie diese Aspekte viel zu wenig berücksichtigt. Man hat zwar versucht, mit der Veränderung des Bewertungsmaßstabes die "sprechende Medizin" stärker zu honorieren gegenüber der technischen Medizin. Das hat aber nur dazu geführt, daß plötzlich sprechende Medizin in einer Weise abgerechnet wurde, wonach Ärzte bis zur Erschöpfung Gespräche geführt haben müssen.

Herausforderungen für Public Health

H.L.: Ich würde Dich gerne noch bitten, auf die gegenwärtig anstehenden inhaltlichen Probleme von Public Health einzugehen.

G.F.: Vielleicht machen wir das mal getrennt für den Bereich des Bevölkerungsbezugs und Systembezugs. Ich denke, die Herausforderung besteht darin, daß Public Health sich in besonderem Maße der sozialen Frage stellen muß. In der ersten Aufbauphase sind wir ja so vorgegangen, daß wir geguckt haben, wo sind in Berlin Kompetenzen und wer kann auf dem Hintergrund seiner bisherigen Forschungserfahrungen ein Projekt beitragen, das im weitesten Sinne für die Bevölkerungsgesundheit relevant ist. Also wir haben eingesammelt und relativ wenig auf Profilierung des Forschungsverbunds in bestimmten Themenbereichen achten kön-

nen. Wir haben dann in einem nächsten Schritt überlegt, wie kann sich dieser Berliner Forschungsverbund profilieren, wo sollten wir Akzente setzen und wo sollten wir uns eher nicht engagieren. So ergaben sich vier Bereiche: gesundheitsbezogene Stadtforschung, Epidemiologie und Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung und Gesundheit in der Arbeitswelt.

Fragt man nach den bedeutendsten Determinanten oder Prädiktoren für die Gesundheit der Bevölkerung, für Gesundheit und Krankheit, für Lebenserwartung und Lebensqualität, so sind dies die sozioökonomischen Lebensverhältnisse, die Zugehörigkeit zur jeweiligen sozialen Schicht. In der Praxis sollte Gesundheitsförderung genau dies berücksichtigen. Das geschieht bisher noch zu wenig. Die Herausforderung für Public Health wird in den nächsten Jahren darin bestehen, sich diesem Thema in einer sich mehr und mehr polarisierenden Gesellschaft zu stellen.

Diese Polarisierung ist nicht nur unübersehbar, sondern sie wird auch von der Politik immer schamloser hingenommen, ja fast propagiert. Manchmal fühle ich mich an die Parole des Pariser Bürgerkönigs erinnert: Bereichert Euch! Auf der einen Seite haben wir die quasi-religiösen, weltumspannenden und die Industrienationen einigenden neuen wirtschaftlichen Leitbilder "Return Of Investment - ROI" und "Shareholder Value", d.h. steigende Gewinne und Aktienkurse, schnelle Bildung großer Geldvermögen durch internationale Transaktionen, legale Steuervermeidung und illegale Steuerflucht. Auf der anderen Seite sind Sozialhilfeempfänger, Langzeitarbeitslose, Personen in unteren Lohngruppen, sozialversicherungsfrei Beschäftigte, Personen mit kleinen Renten und Übergangsgeldern, abgewickelte Personen und über ABM Scheinbeschäftigte auf dem Weg zur Mehrheit in der Gesellschaft. Würde man vorschlagen, ROI statt INRI über das christliche Kreuz zu schreiben, wäre die Aufregung wahrscheinlich geringer als beim Versuch, die Vermögenssteuer wieder einzuführen. Aber die neuen Prinzipien wie ROI und Sharholder Value enthalten die gesundheitszersetzenden Elemente für die Ausgrenzung durch Arbeitslosigkeit, die Entwürdigung durch Obdachlosigkeit, die tägliche Überforderung durch Beschleunigung, alles verbunden mit der Diskreditierung sozialer Sicherung als Hängematte, dem Absenken von Leistungen, der Lockerung von Arbeits- und Kündigungsschutz, dem allgemeinen Verlangen nach Deregulierung und der gleichzeitigen Verlängerung der Lebensarbeitszeit von Beamten und leitenden Angestellten.

Daraus ergeben sich für mich, in einer durchaus subjektiven Sicht, die folgenden vier inhaltlichen Schwerpunkte:

Erstens steckt eine ressourcenorientierte und -stärkende Gesundheitsförderung noch in den Kinderschuhen. Das gilt für alle Stadien: die Entwicklung von umfassenden Konzepten und Programmen ebenso wie deren Implementierung und Evaluierung hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse und der Kosten im Verhältnis zu dem langfristigen gesellschaftlichen Nutzen. Es geht somit ganz konkret darum, Konzepte für eine treffsichere Gesundheitsförderung zu entwickeln, diese modellhaft zu erproben und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren. Dazu gehört vor allem, daß solche Gesundheitsförderungsprogramme weniger mittelschichtorientiert sind. Wir müssen ins Auge fassen, was in der Gesellschaft zur Zeit passiert. Wir nähern uns den fünf Millionen Arbeitslosen. Wir haben mehr und mehr Sozialhilfeempfänger. Wir haben mehr und mehr Migranten, die wir alle nicht erreichen mit diesen Programmen bisher. Wenn wir mal analysieren, wer sind die typischen Teilnehmer an Gesundheitsförderungsprogrammen gewesen, dann waren das gesundheitsbewußte Mittelschichtleute. Alle bisherigen Programme betrafen als Zielgruppe Menschen, die ohnehin relativ gesundheitsbewußt leben. Es waren alles Mittelschicht-

programme, die im Grunde die soziale Differenzierung im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit und auf Lebenserwartung eher noch verstärkt, die soziale Schere nicht vermindert haben. Solche Programme müssen in Zukunft viel stärker unterschichtorientiert sein, sie müssen ihre Zielgruppen vorher definieren und versuchen, diese Zielgruppen auch wirklich zu erreichen.

Beispielsweise hatten wir in den letzten Jahren, bevor der § 20 im Sozialgesetzbuch V wieder geändert wurde, erlebt, wie mehr und mehr von den Krankenkassen initiierte Programme zur Gesundheitsförderung entstanden sind, die möglicherweise sehr verdienstvoll waren. Das Handicap war, es gab keine Evalutationsforschung zu diesen Gesundheitsförderungsprogrammen, was dazu geführt hat, daß man in der Diskussion um die Streichung des § 20 relativ wenig mit solchen Evaluationen hat argumentieren können. Man konnte nur relativ allgemein argumentieren, daß das doch alles sehr sinnvolle Sachen waren, aber man konnte nicht mit konkreten Angaben über das Outcome solcher Programme argumentieren. Also da war ein Defizit. Evaluationsforschung von allen Programmen, die künftig wo auch immer gemacht werden im Bereich Gesundheitsförderung, ist eine ganz dringende Aufgabe von Public Health.

Die zweite Herausforderung hat ebenfalls mit Evaluation zu tun. Wir erproben jetzt in Deutschland an mehreren Stellen neue Formen der gesundheitlichen Versorgungsgestaltung, Disease und Care Management, integrierte Formen ambulanter und stationärer Versorgung, integrierte Formen von medizinischer und pflegerischer Versorgung. Public Health muß sich intensiv darum kümmern, diese neuen Formen von Versorgungsgestaltung zu evaluieren und zwar sowohl im Hinblick auf Outcome und Kosten wie im Hinblick auf Zufriedenheit der Klienten und Angehörigen der Heilberufe.

Drittens muß die Public-Health-Forschung das System der gesundheitlichen Versorgung selbst systematisch zum Forschungsgegenstand machen, das heißt die Systemorientierung gleichrangig neben die Bevölkerungsorientierung stellen. Was tun mit diesem größten wirtschaftlichen Wachstumsmarkt angesichts von Entsolidarisierung, Individualisierung und zunehmender Armut? Mehr Geld aufbringen, Effizienz steigern, Leistungen begrenzen? Die Erwartung ist, daß aus der Public-Health-Forschung innovative, auch bisher nicht gedachte oder modellierte Lösungsvorschläge kommen. Wie können die Ziele des Systems als Ganzes, seiner Elemente, Akteure und Berufsgruppen angemessen definiert werden? Wie sollen die Mittel für das Versorgungssystem aufgebracht werden, wer soll in welcher Höhe belastet werden und welche Mittel sind für das Gesundheitssystem angemessen? Wofür sollen die Mittel in welcher Höhe verwendet werden? Es wird vermutet, daß das System auf dieser Ebene große Reserven enthält, doch sind sie weder systematisch untersucht, noch sind Wege aufgezeigt, wie diese Reserven ausgeschöpft werden können. Damit hängt die Frage zusammen, wie die Qualität der Leistungen des Gesundheitssystems systematisch untersucht und verbessert werden können, und zwar sowohl auf der Ebene der Entscheidungen für bestimmte Maßnahmen als auch auf der Ebene der tatsächlichen Durchführung.

Viertens würde ich mir wünschen, daß die Prävention von der Präventivmedizin zu einer umfassenden und integrierten Politik der Prävention weiterentwickelt wird. Präventionspolitik würde bedeuten, alle relevanten Politikbereiche daraufhin zu untersuchen, welche krankheits- oder gesundheitsfördernden Einflüsse von ihnen ausgehen. Das hieße auch, Entscheidungen in diesen Politikbereichen daraufhin zu überprüfen, ob und wie sie Gesundheit und Krankheit beeinflussen und für diese

Beurteilung Kriterien zu entwickeln. Daß Arbeits- und Sozialpolitik, Wohnungsbau und Stadtentwicklung, Umwelt- und Landwirtschaftspolitik, Raumordnungs- und Verkehrspolitik, Bildungs- und Wirtschaftspolitik mehr oder weniger gesundheitsförderlich, mehr oder weniger krankheits(mit)verursachend sein können, ist unstrittig. Es fehlen systematische Untersuchungen und Abschätzungen gesundheitlicher Auswirkungen politischer Entscheidungen. Es wäre auch eine lohnende Aufgabe für die Public-Health-Forschung, zu untersuchen, ob und wann Gesundheit ein entscheidungsrelevantes Kriterium in der Politik ist oder wie sie dazu gemacht werden könnte.

Ganz generell müssen wir uns in der Public-Health-Forschung davon lösen, was wir bisher sowieso in der Forschung gemacht haben, jetzt weiterhin zu machen und es Public Health zu nennen. Kolleginnen und Kollegen, die im Forschungsverbund oder künftig im Zentrum mitmachen, müssen künftig die Probleme der Praxis aufgreifen und dort forschen, wo Forschung gebraucht wird, also etwa in der Evaluation von Versorgungsgestaltung, der Evaluation von Gesundheitsförderung. Als Ziel möchte ich noch erreichen, daß dieses im letzten Jahr gegründete Zentrum für Gesundheit der Öffentlichkeit auch ein Forschungsangebot macht, und zwar in genau den Schwerpunkten, die ich genannt habe. Ich bin mal gespannt, ob es klappt.

H.L.: Wollen wir vielleicht mal Bilanz ziehen?

B.SCH.: Wenn ich Deinen Weg, was Du erzählt hast, noch mal bei mir vorbeiziehen lasse, fällt mir vor allem der Begriff integrativ ein. Ich finde, daß insgesamt Deine Fähigkeiten und Dein berufliches Engagement sehr integrativ ausgerichtet sind, daß Du häufig Felder gewählt hast, wo Du versucht hast, sehr gegensätzliche Tendenzen zu versöhnen und daß Du Leute mit gegensätzlichen Standpunkten an einen Tisch gebracht hast.

G.F.: Das empfinde ich auch so. Das empfinde ich im Rückblick als das wirklich Spannende an meinem Leben, ganz unterschiedliche Denkansätze miteinander in Beziehung zu bringen und dadurch gesprächsbereit zu sein oder auch Leute gesprächsbereit zu machen.

Das **Berliner Zentrum Public Health (BZPH)** ist eine Forschungs- und wissenschaftliche Serviceeinrichtung der drei Berliner Universitäten - Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Technische Universität Berlin - in Kooperation mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen.

Das Berliner Zentrum Public Health nutzt die multidisziplinäre Vielfalt seiner Mitglieder, um komplexe Probleme praxisorientiert zu lösen.

Das Berliner Zentrum Public Health bietet Forschung, Beratung, Fortbildung und Serviceleistungen auf den Gebieten:

- Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung
- Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz der Bevölkerung
- Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention
- umfassende Evaluation neuer Versorgungs- und Vernetzungsmodelle
- Effizienzsteigerung und Innovationen im Versorgungssystem
- Analyse und Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen.

Kontaktadresse: Berliner Zentrum Public Health
Geschäftsstelle
Ernst-Reuter-Platz 7
10587 Berlin

Über die Autoren:

Prof. Dr. Dr. Heiner Legewie ist Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie - Schwerpunkt Gemeinde- und Gesundheitspsychologie - am Institut für Sozialwissenschaften an der Technischen Universität Berlin.

Barbara Schervier-Legewie ist Diplom-Psychologin und arbeitet als Gesprächs-, Paar- und Familientherapeutin und Supervisorin in freier Praxis.

Heiner Legewie ist Leiter der Projekte „Bürgerbeteiligung in der gesundheitsorientierten Stadtentwicklung" (abgeschlossen) und „Kooperative Projektentwicklung zur kommunalen Gesundheitsförderung" (laufend) im BZPH.