

Aus der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis von Diabeteskranken und Diabetolog_innen
anhand des *Diabetes Journals* in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1970
und 1990

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von
Isabelle España Muñoz
aus Karlsruhe

Mainz, 2020

Wissenschaftlicher Vorstand:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion: 08. Dezember 2020

Inhalt

1. Einleitung.....	1
1.1 Fragestellung und Zielsetzung.....	2
1.2 Quellen.....	5
1.3 Methodik.....	7
1.4 Gliederung.....	10
2. Diabetes bis 1970.....	13
2.1 Diabetesversorgung bis 1970.....	14
2.2 Diskriminierung durch die Gesellschaft.....	17
2.3 Theorien zum Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis.....	18
2.4 Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis in der Diabetologie bis 1970.....	22
2.5 Wechselwirkungen zwischen Medien, Öffentlichkeit und Wissenschaft.....	24
3. Hauptteil.....	28
3.1 Ausgangssituation 1970.....	28
3.1.1. Der Kampf um die Fahrerlaubnis.....	28
3.1.2 Verbeamtung (bis 1973).....	33
3.1.3 Lehrer-Schüler-Verhältnis (1970-1974).....	36
3.1.1.1 Ärzte als Lehrer (1970-1974).....	40
3.1.1.2 Diabetesranke als Schüler (1970-1974).....	43
3.2 Patientenrechte in der Veränderung (ab 1974).....	45
3.2.1 Der Gedanke der Partnerschaftlichkeit (1974 bis 1980).....	45
3.2.1.1 Biguanid-Verbot als Ursache für Werbung um Partnerschaft.....	49
3.2.1.2 Biguanide.....	50
3.2.1.3 Skandal (1976-1978) führt zu Misstrauen gegenüber den Ärzten.....	51
3.2.1.4 Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung aus Sicht der Diabetesranke.....	57
3.3 Fachsprache in der Kritik.....	60
3.3.1 Diskussion um Fachausdrücke.....	60
3.3.2 Messbare Konsequenz: Weniger Fachausdrücke.....	62
3.4 Wunsch nach Differenzierung der verschiedenen Altersklassen.....	66
3.4.1 Kinder und Jugendliche mit Typ-I- Diabetes und ihre Eltern.....	66
3.4.1.1 Ausgangszustand 1970.....	67
3.4.1.2 Abspaltung des Bundes diabetischer Kinder und Jugendlicher 1980 ...	67

3.4.1.3 Abspaltung der „Insuliner“ 1982	69
3.4.2 Veränderung für Kinder und Jugendliche	71
3.4.3 Veränderungen auch für Typ-II-Diabetiker.....	72
3.4.4 Fazit: Altersklassendifferenzierung.....	75
3.5 Erwartungshaltung.....	76
3.5.1 Diabetes mellitus als psychische Belastung.....	76
3.5.2 Ausgangssituation (1970-1975).....	77
3.5.2.1 Mediziner_innen und Psychologie um 1970	77
3.5.2.2 DDB und psychische Betreuung um 1970	78
3.5.2.3 Öffentlichkeit und Psychologie um 1970.....	80
3.5.2.4 Fazit: Die Erwartungshaltung an Diabeteskranke um 1970.....	81
3.5.2 Unzufriedenheit der Diabeteskranken.....	83
3.5.3 Veränderter Umgang mit Psychologie Ende der 1980er Jahre	85
3.6 Veränderung des Verhältnisses durch Blutzuckermessung	87
3.6.1 Zunächst ablehnende Haltung der Diabetolog_innen	89
3.6.2 Diskussion beider Seiten (1981-1982)	92
3.6.3 Akzeptanz der Blutzuckermessgeräte (1985).....	94
3.6.4 Überraschende Ernüchterung unter den Patient_innen	98
4. Fazit	101
5. Zusammenfassung.....	107
6. Anhang	108
6.1 Tabellarische Übersicht der Ereignisse und Folgen	108
7. Literaturverzeichnis	109
7.1 Primärquelle.....	109
7.2 Monographien und Sammelbände.....	122
7.3 Magazine und Zeitschriften.....	125
7.4 Internetquellen	126
8. Danksagung	129
9. Lebenslauf.....	130

1. Einleitung

Mit über sechs Millionen Betroffenen ist Diabetes als »Volkskrankheit« mitten in der Gesellschaft angekommen.¹ Heute akzeptiert die Allgemeinheit »den« Diabetes als Folge der Industrialisierung und den damit einhergehenden Lebensstil. Tatsächlich aber wurden Diabeteskranke bis in die 1970er Jahre von Behörden und ihren Mitmenschen massiv diskriminiert.² Das Bild des schwachen, kränklichen Diabeteskranken vor der Verbreitung des Insulins verharrte in den Köpfen der Menschen und Behörden und hatte bis in die 1980er zur Folge, dass Diabeteskranke Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung hatten – so zum Beispiel bei der Arbeitssuche, der Verbeamtung oder dem Erhalt der Fahrerlaubnis.

Im Kampf um Gleichberechtigung spielten nicht zuletzt die behandelnden Ärzte, Diabetologen und Diabetologinnen, eine wichtige Rolle. Das gemeinsame Ziel, die Verbesserung der Lebensqualität für Diabeteskranke, sorgte zusammen mit anderen Aspekten für ein besonders enges Verhältnis zwischen Patient_innen und Behandler_innen, wie im Folgenden noch genauer erläutert wird.

Die spannende Entwicklung der Beziehung von Diabeteskranken und ihren Ärzt_innen wird in dieser Arbeit thematisiert und analysiert. Sie stellt beispielhaft eine spezielle Facette des Emanzipationsprozesses zwischen Patient_in und Ärzt_in in Deutschland dar, die insbesondere seit den 1980er Jahren weg vom Paternalismus der Ärzt_innen zu einer partnerschaftlicheren Beziehung geführt hat.³

Im Rahmen dieser Einführung soll nun zunächst der genaue Umfang der Untersuchung festgelegt werden. Weiter wird die zentrale Quelle der Arbeit vorgestellt und deren Wahl begründet. Im Anschluss soll die methodische Vorgehensweise bei der Analyse erklärt und schließlich zur besseren Übersicht die Gliederung der Ergebnisse

¹Unbekannt: Neue Zahlen zum Weltdiabetestag am 14. November 2015: „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016“ erschienen. (2015).

Diese Zahl wird auch auf der Internetseite der Deutschen Diabetes-Hilfe genannt: Unbekannt. Diabetes in Zahlen. Datum der Veröffentlichung unbekannt.

²Siehe *Kapitel 2.2 Diskriminierung durch die Gesellschaft*.

³Koch-Gromus, U., Kreß, H. (2012), S. 1081.

des Hauptteils vorgestellt werden.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Im Hinblick auf die Veränderung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses ist gerade das Thema Diabetes interessant, da die Erkrankten und ihre Behandler_innen stark auf gegenseitige Kooperation angewiesen sind: Die Therapie einer chronischen Krankheit setzt eine regelmäßige Betreuung und Rücksprache zwischen Arzt und Patient voraus. Dementsprechend soll in der vorliegenden Arbeit das Verhältnis der Diabeteskranken zu deren Behandler_innen analysiert und dessen besondere Dynamik in den Jahren 1970 bis 1990 behandelt werden.

Der zeitliche Rahmen der Untersuchung ist von 1970 bis 1990 gewählt, da die Patientenrechte in diesen beiden Dekaden besonders stark im Fokus der Heilkunde standen.⁴ In den ersten Jahren der Nachkriegszeit vollzog sich der Wandel im Umgang mit Obrigkeiten nämlich eher zögerlich, auch wenn eine Untersuchung gerade in Bezug auf Diabeteskranke zeigte, dass es erste zaghafte Entwicklungen bereits in den 1950er Jahren gab.⁵ Zu Beginn des Untersuchungszeitraums, 1970, traf die Ärzt_in ihre Therapieentscheidungen aber weitgehend autonom und erwartete von der Patient_in, diesen Folge zu leisten. Während der folgenden zwanzig Jahre emanzipierten sich die Patient_innen zunehmend und das vorwiegend paternalistische Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in wich einer vertrauensvollen, eher partnerschaftlichen Beziehung. Die vorliegende Dissertation soll die wesentlichen Aspekte dieser Entwicklung vor dem zeitgenössischen Kontext aufzeigen.

Mit Gründung der Bundesrepublik (BRD) 1949 auf dem Territorium der drei Westalliierten begannen in allen Gruppen der Gesellschaft Demokratisierungsprozesse. Diese zunächst zögerlichen Veränderungen erfassten alle Bereiche des sozialen Lebens,

⁴Ulsenheimer, K. (2008), S.121-125.

⁵Prüll, C.-R. (2012), S.60.

und so auch die Medizin.⁶ Der Wandel vollzog sich verhalten, da die Menschen, nach Ende des Krieges und mit Einsetzen des Wirtschaftswunders ab 1950 das Land zunächst wiederaufbauen mussten und sich nach »Normalität« sehnten. Nicht die demokratische Teilhabe am öffentlichen Leben war wichtig, sondern neben wirtschaftlicher Absicherung eine stabile Ordnung dieses öffentlichen Lebens. Die überwiegende Zahl der Menschen war zeitlebens durch eine streng hierarchische Gesellschaft geprägt, weshalb die Rückkehr zu den Gewohnheiten des alten Lebensstils einer zügigen Öffnung der Gesellschaft für ein pluralistisches Zusammenleben entgegenstand.⁷ Erst in den 1970er und 1980er Jahren fanden die Ideen der 1950er Jahre einen deutlichen Niederschlag: In den Kontext der frühen 1970er fielen die Studentenbewegung und der Anstieg von Konsum, Dienstleistung und Bildung. Der Gradmesser für den gesellschaftlichen Umbruch waren die Spannungen zwischen den Älteren und der Jugend. Die Bundesrepublik befand sich in einem gesellschaftlichen Umbruch: Der Tod des Studenten Benno Ohnesorg am 2. Juli 1967 gilt als Auslöser für die sogenannte 68er-Bewegung, also die „Rebellion“ der akademischen Nachkriegsgeneration gegen das Establishment. Es kündigte sich ein gesellschaftlicher und politischer Generationenwechsel an.⁸

Sozialhistorisch wird daher in der Zeit zwischen 1966 und 1973 von der „Transformationsgesellschaft“⁹ gesprochen. In den darauffolgenden Jahren entwickelte sich die „Zivilgesellschaft“ (1974-1982), die nach Schild und Siegfried (2009) durch Utopieverlust und Realpolitik, mit Helmut Schmidt als Bundeskanzler, gekennzeichnet war.¹⁰ Interessanterweise war der Prozess der Demokratisierung in Westdeutschland unmittelbar vor der Wiedervereinigung weitgehend abgeschlossen. Man kann zusammenfassend davon ausgehen, dass die Bundesbürger in dieser Zeit ihre eigene Identität gefunden und akzeptiert hatten („Selbstanerkennung“ von 1983 bis 1990).¹¹

Als primäre Quelle dieser Arbeit dient die Fachzeitschrift *Diabetes Journal*, die in der Bundesrepublik seit 1951 einmal im Monat zur Unterstützung für sämtliche Diabetes- kranke veröffentlicht wird.¹² Die Betroffenen werden von Fachärzt_innen über die

⁶Schild, A., Siegfried, D. (2009), S13, 98-103.

⁷Ebd., S. 96f.

⁸Conze, E. (2009), S. 332.

⁹Ebd., S. 245-254.

¹⁰Ebd., S.332.

¹¹Ebd., S.403.

¹²Roth, S. (1993), S.10.

Krankheit, sowie neue Therapien informiert und sie bekommen Ratschläge für den Alltag: Beispielsweise berichten Diabeteskranke über ihre persönlichen Erfahrungen und es gibt eine Rubriken für Rezepte, sowie für Fragen und Antworten. Das *Diabetes Journal* ist außerdem eine Plattform für Neuigkeiten aus der Verbandsarbeit, von Diabetestagungen und Kongressen und veröffentlicht aktuelle Berichterstattungen über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Regelmäßig wurden Leserbriefe und deren Antworten veröffentlicht. So entstand ein Diskussionsforum, das sowohl von Patient_innen, als auch von Ärzt_innen frequentiert wurde. Wegen dieser offenen Diskussion und der Teilnahme aller betroffenen Gruppen eignet sich das *Diabetes Journal* besonders als Hauptquelle der vorliegenden Untersuchung.

Die Hintergründe und Interessen der Herausgeber, die angesprochene Zielgruppe und die Konstellation der Redaktion sollen im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

Im Gegensatz zur BRD gab es in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) durch den Aufbau des Gesundheitssystems nach sowjetischem Vorbild kein Medium, das als aussagekräftige Quelle dienen könnte.¹³ Ab 1957 gab es einen vom Gesundheitsministerium berufenen „Fachbeirat für Diabetes“, der immer wieder erweitert wurde und eng mit verschiedenen Facheinrichtungen wie dem Zentralinstitut für Diabetes in Karlsburg zusammenarbeitete. Gemeinsam wurden immer wieder „zentrale Therapieempfehlungen“ herausgegeben, nach denen sich die vielen lokalen Einrichtungen für Diabeteskranke richteten.¹⁴ Die Empfehlungen wurden also nicht für die Diabeteskranken entwickelt, sondern für die Mitarbeiter_innen der Betreuungseinrichtungen. Schulungsliteratur war nur in Form von Büchern erhältlich, mehr Wert wurde auf persönliche Gruppenschulungen im kleinen oder großen Kreis gelegt.¹⁵ Eine Quelle, in der Diabetolog_innen mit ihren Patient_innen öffentlich interagierten gab es in der DDR folglich nicht und das *Diabetes Journal* wurde erst ab 1990 auch in den neuen Bundesländern verkauft, also nach Ende des hier untersuchten Zeitraumes.

¹³Bruns, W. (2014), S.69-71 und Barack, S., Lokatis, S.: Zensurspiele – Heimliche Literaturgeschichte aus der DDR. (2008).

¹⁴Bruns, W. (2014) S.70f.

¹⁵Ebd., S.77.

1.2 Quellen

Das *Diabetes Journal*, das bis 1971 den Titel *Der Diabetiker* trug, ist schon seit der ersten Ausgabe im Juni 1951 das „offizielle Organ des Deutschen Diabetiker Bundes e.V.“.¹⁶ Der Deutsche Diabetiker Bund (DDB) war nur wenige Monate zuvor von dem Journalisten und Nicht-Diabetiker Robert Beining (1898-1961)¹⁷ gegründet worden. Beinings Frau erinnerte sich später, ihr Mann sei „von dem Gedanken besessen [gewesen], gerade den Leuten helfen zu müssen, die eine Krankheit herumtragen, welche eigentlich gar keine ist, die aber eine besondere Fürsorge durch eine Organisation, wie des DDB, [bedürfen]“.¹⁸ Dabei habe Beining als „Journalist und Organisator“ eine Zeitschrift als Möglichkeit verstanden, ein „Gerüst“ aufzubauen, „von dem aus die bestehenden Schwachpunkte erreichbar“ würden.¹⁹ Offiziell verkündet der DDB, sein Ziel sei es, die Interessen der Diabeteskranken in Politik und Öffentlichkeit zu vertreten.²⁰

Dabei war die Gründung des ersten Laienvereins der BRD nicht zufällig eine Selbsthilfegruppe für Diabeteskranken. Die Diabeteskranken standen unter enormen Leidensdruck: Wie bereits erwähnt, war die Allgemeinheit kaum über die Krankheit und ihre Therapiemöglichkeit mit Insulin aufgeklärt und stellte sich einen Diabeteskranken gebrechlich und im Sinne der NS-Ideologie als Last für den Staat vor. Ebenfalls von dieser Ideologie geprägt wurden sie zuweilen als ‚erbkrank‘ angesehen und noch bis ins Jahr 1951 wurde vor einer Heirat mit Diabeteskranken gewarnt.²¹

Zur Unterstützung gegen den Leidensdruck, der durch solche Vorurteile hervorgerufen wurde, vermittelte der DDB einen Austausch mit anderen Betroffenen. Von Erfahrungen vom Umgang mit schwierigen Situationen im sozialen Umfeld bis zu konkreten Tipps für Behördengänge konnte im *Diabetes Journal* vieles geteilt werden und es wurde ein Raum voller »Gleicher« geschaffen, in dem sich niemand rechtfertigen musste.²²

¹⁶Deutscher Diabetiker-Bund (Hrsg.): *Der Diabetiker* 1 (1951), H.1, Titelblatt.

¹⁷Borelli, S., Bauerdorf, R. (Hrsg.): *Medizinische Selbsthilfegruppen in Deutschland*. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Klön, 1990, S. 53f. Sowie

Roth, S. (1993), S.10 und 27

¹⁸Stemmer, W. (2001), S.24.

¹⁹Ebd., S.25.

²⁰Roth, S. (1993), S.10f.

²¹Prüll, C.-R. (2012), S.37-39.

²²Borelli, S., Bauerdorf, R. (1990), S.17-19 und 36f, Zitat s. S.37.

Anders als zu Beginn der 1970er Jahre, als vor allem Senioren (Diabeteskranke vom Typ II) und Kinder bzw. deren Eltern (Diabeteskranke vom Typ I)²³ eher am Rande angesprochen wurden, wendet sich das *Diabetes Journal* heute an alle Diabeteskranken und deren Angehörige. Dabei erreichte es zwischen 20.000 (1970) und 15.000 (1990) Mitglieder des DDB²⁴ und wurde durch die Abonnent_innen sowie die enthaltenen Werbeanzeigen (vor allem von Pharmaunternehmen) finanziert.²⁵

Die Rubriken der Zeitschrift persistierten im Wesentlichen über die Jahre in ähnlicher Form: Zu Beginn kommentiert die Redaktion aktuelle Nachrichten rund um den Diabetes; dann folgen verschiedene Artikel, z. B. mit Schulungen für die Leser_innen über den Umgang mit Diabetes und Aufklärung über Folgeerkrankungen, Medikation oder Sport mit Diabetes. In jeder Ausgabe findet sich eine Diätberatung mit Kochrezepten, eine Rubrik für „Fragen und Antworten“ sowie ein Abschnitt zum Thema Recht. Außerdem wird über Tagungen und Kongresse, sowie über die Vereinsarbeit des DDB informiert. Zum Schluss folgen die schon erwähnten Leserbriefe. Wie die Vorstöße hin zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung zu Veränderungen im Aufbau der Zeitschrift führen, wird im Hauptteil dieser Dissertation genau analysiert.

Ziel des DDB war nicht nur die Verbesserung der Lebensqualität durch mentale Unterstützung der Diabeteskranken und durch Hinweise zur praktischen Lebensbewältigung. Der DDB versuchte ferner, konkret Einfluss auf das Bewusstsein der Öffentlichkeit und das Gesundheitssystem auszuüben.²⁶

Um dem *Diabetes Journal* mehr Gewicht in der Gesellschaft zu verleihen und insbesondere den Diabeteskranken eine sachkompetente Hilfestellung zu geben, erweiterte sein Gründer, Robert Beining, basierend auf seinem eigenen paternalistischen Arztbild²⁷ die Redaktion noch im selben Jahr um den Chefarzt der Kurklinik Bad Neuenahr, Dr. med. Dr. phil. Erich Both.²⁸ Dieser konnte durch seine Kontakte auch andere einflussreiche Ärzt_innen für den DDB gewinnen.²⁹

²³Die beiden Typen werden im Kapitel 2. *Diabetes bis 1970* vorgestellt.

²⁴Roth, S. (1993), S. 38. Berichtet wird allerdings, dass, obwohl die Mitgliederzahl des DDB 1965 nur ca. 10.000 betrug, die sich Auflage des *Diabetes Journals* insgesamt auf ca.25.000 belief. (Roth,1993, S.51).

²⁵Ebd., S.50.

²⁶Ebd., S.17-19 sowie Roth, S. (1993), S.11.

²⁷Prüll, L. (2014), S.25.

²⁸Stemmer, W. (2001), S. 25.

²⁹Prüll, L. (2014), S.25.

Auf der Basis dieser Entscheidung arbeiteten in der Redaktion des *Diabetes Journals* fortan sowohl Laien als auch Mediziner mit. Dies hatte zur Konsequenz, dass offene Diskussionen zwischen beiden „Teilöffentlichkeiten“ geführt wurden.³⁰ Nach Arne Schirrmachers „Stufenmodell der Öffentlichkeit“ ist eine Auseinandersetzung zwischen einer „gebildeten und interessierten Öffentlichkeit“ auf der einen und einer „Fachwissenschaft“ auf der anderen Seite letztlich unvermeidbar.³¹ So fungierte das *Diabetes Journal* als „Marktplatz der Meinungen“, auf dem „unterschiedliche Interessen ausgehandelt“ werden konnten.³² Dies geschah im Dialog zwischen Kommentaren und ihren kritischen Repliken. Ein Beleg für das Bestreben der Redaktion, unterschiedliche Meinungen zu veröffentlichen, ist der Aufruf, die „Diskussion nicht abreißen“ zu lassen³³, als 1976 und 1977 unter den Leser_innen eine regelrechte Debatte darüber ausbrach, ob das *Diabetes Journal* sprachlich und inhaltlich nicht zu anspruchsvoll für die Mehrheit der diabeteskranken Abonnent_innen sei. „Grundsätzlich [...] [gälte] es zu überlegen: Enthält das Diabetes-Journal [sic] zu viel oder zu wenig Fachbeiträge“.³⁴ Die Leser_innen sollten außerdem überlegen, ob über bestimmte Themen zu häufig berichtet werde.

Gerade die Tatsache, dass im *Diabetes Journal* verschiedene Themen immer wieder angesprochen wurden, stellt sich für die Analyse des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses als überaus nützlich heraus. Hiermit lässt sich auf der Basis umschriebener Problemkonstellationen zuverlässig das Arzt-Patient-Verhältnis über die Zeit hinweg beschreiben. Auf welche Weise das *Diabetes Journal* in dieser Hinsicht analysiert wurde, soll im Folgenden erläutert werden.

1.3 Methodik

Über die Qualität des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses können Aufschlüsse

³⁰Requate, J. (1999), S.5-32.

Eine „Teilöffentlichkeit“ soll hier nach Prüll als eine „Personengruppe“ definiert werden, die eine Meinung bzw. Haltung öffentlich diskutiert, um zum Beispiel Überzeugungsarbeit zu leisten. (Prüll, C.-R. (2010), S. S.102-104)

³¹Nikolow, S., Schirrmacher, A. (2017), S.27-31.

³²Prüll, C. (2010), S.104.

³³Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., et al. (1980), S.98.

³⁴Ebd., S.98.

durch folgende Gesichtspunkte gewonnen werden:

Die Häufigkeit von Diskussion über bestimmte Themen in den Beiträgen lässt Rückschlüsse auf dessen Wichtigkeit zum gegebenen Zeitpunkt zu. So ist beispielweise in den Leserbriefen im Jahr 1978 vermehrt der Begriff „Biguanide“ (eine Gruppe der Antidiabetika) zu finden. Ein Präparat war kurz zuvor vom Markt genommen worden und hatte öffentliche Debatte, die sich kritisch mit der gesamten Medizinbranche auseinandersetzte, zur Folge. Die Tatsache, dass monatlich mehrere Leserbriefe zum Thema erschienen, belegt wie wichtig dieses Thema auch für die diabeteskranken Leser_innen des *Diabetes Journals* war.

Die Art und Weise, wie über einen Sachverhalt diskutiert wird, zeigt außerdem, auf welchem Entwicklungsstand sich das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis befindet. Besonders aufschlussreich ist hier der Vergleich zu verschiedenen Zeitpunkten. Aus persönlichen Erfahrungsberichten von Diabeteskranken geht zu Beginn des Untersuchungszeitraumes strenger Gehorsam und Folgsamkeit gegenüber der Ärzt_innen hervor. In Erfahrungsberichten der nächsten Dekade setzten sich die Diabetiker_innen dagegen offen auch kritisch mit ihren Behandler_innen auseinander.

Schließlich kann über die Analyse des Wandels der inhaltlichen Darstellung die schrittweise Weiterentwicklung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses im zeitlichen Ablauf verfolgt werden. Besonders aufschlussreich sind dabei Leit- und Schulungsartikel, Leserbriefe, Rundschreiben und Kommentare – weniger die Werbeanzeigen. So weist die Tatsache, dass die Sprache in den Schulungsartikel über die Jahre immer weiter vereinfacht wurde deutlich darauf hin, dass die Ärzteschaft die Bedürfnisse ihrer Patient_innen wahrnahmen und sich zumindest sprachlich auf dieselbe Ebene zu bewegten.

Hilfen zur Sichtung der Daten waren dabei in erster Linie die Titel der Artikel, darauf folgend die gezielte Suche nach Stichworten zur Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung in den Berichten.

Die Evaluation der Quellen erfolgt in der vorliegenden Dissertation vor allem qualitativ: Es wird zunächst ausgewertet, welche der sich regelmäßig wiederholenden Themen ein Konfliktpotential zwischen Diabeteskranken und Behandler_innen boten. So erschienen zu Beginn des Untersuchungszeitraums beispielsweise viele Berichte zu den

Themen Führerschein und Verbeamtung. Später, um die 1980er Jahre, wurde oft über das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis selbst berichtet. Daraufhin wird untersucht, welche der Debatten zu messbaren Veränderungen im Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis führten, indem analysiert wurde, wie sich die Kommunikation veränderte: Wie sprachen die Ärzt_innen ihre Patient_innen an? Wie äußerten sich diese in Leserbriefen und Erfahrungsberichten über ihre Behandler_innen? Wie wurde argumentiert? Durch eine hermeneutische Bearbeitung der Texte sollen im Sinne einer „methodischen Interpretation“, also die Interaktionsprozesse durch Analyse der Argumente und der sprachlichen Mittel, untersucht werden³⁵, wobei jede Interpretation kritisch hinterfragt und ein besonderes Augenmerk auf mögliche Beweggründe zur Veröffentlichung von Beiträgen gelegt wird.

Kann eine Veränderung festgestellt werden, soll in einem letzten Schritt analysiert werden, in welchem geschichtlichen Kontext sich der Wandel vollzog, denn auch Politik und Zeitgeist, aber auch ganz unterschiedliche gesellschaftliche Gruppierungen und Institutionen, wie zum Beispiel Pharmaunternehmen, spielten eine Rolle bei der Entwicklung und Durchsetzung der Interessen der Diabeteskranken.

Da eine quantitative bzw. statistische Untersuchung nur untersucht, wie häufig über gewisse Themen diskutiert wird, jedoch nicht die Qualität der Beiträge auswertet, wird diese Methode nur am Rande angewandt, um zu unterstreichen, wie wichtig die Diskussion über ein bestimmtes Thema in einem bestimmten Zeitraum für die Diabeteskranken und die Autoren des *Diabetes Journals* waren. Auch hätte eine solche Analyse aufgrund des erforderlichen Aufwandes die Möglichkeiten dieser Arbeit überstiegen.

Zusammenfassend dienen die Aushandlungsprozesse, die seinerzeit zwischen Ärzt_innen und Patient_innen abliefen, als Mittel zur Darstellung der Entwicklung des Verhältnisses von Diabetolog_innen und Diabeteskranken im angegebenen Zeitraum in der BRD. Um einen besseren Überblick über die Systematik hinter der Präsentation der Forschungsergebnisse zu behalten, soll nun die Gliederung des Hauptteils vorgestellt werden.

³⁵Schutte, J. (1985), S. 40f.

1.4 Gliederung

Die Struktur der Arbeit ist danach ausgerichtet, die Leser_in mittels einleitender Kapitel in das Thema einzuführen, um danach neuralgische Punkte des Arzt Patient-Verhältnisses zu behandeln. Nach dieser Einleitung soll zunächst dargestellt werden, was die Erkrankung Diabetes mellitus für die Patient_innen bis zu Beginn des Bearbeitungszeitraums dieser Studie (1970) bedeutete. Durch den Charakter der Krankheit entstanden demzufolge spezielle Konflikte zwischen den Diabeteskranken, ihrer Umwelt und ihren Ärzt_innen. So sollen die Krankheit und ihre Therapiemöglichkeiten bis zum Untersuchungsbeginn, aber auch ihre soziale Bedeutung vorgestellt werden. Behandelt werden in diesem Zusammenhang Diskriminierungserfahrungen im beruflichen und privaten Umfeld, sowie die wesentlichen Aspekte der damals vorherrschenden Arzt-Patienten-Beziehung. Erst dadurch ist eine Einordnung im historischen Kontext und in der Geschichte der BRD möglich.

Im Hauptteil werden schließlich die Ergebnisse der Analyse präsentiert. Anhand von sechs Fallstudien ergibt sich ein komplexes Bild der Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Fallstudien drehen sich nicht zuletzt um das Alltagsleben der Diabeteskranken.

Erstens wird der Kampf der Diabeteskranken um Selbstständigkeit und eine flexible Lebensgestaltung durch Erhalt des Führerscheins, sowie die Möglichkeit der Verbeamtung beleuchtet. Dabei soll behandelt werden, wie sich die Ärzt_innen zu diesen Themen positionierten und wie sie die einhergehenden Debatten beeinflussten.

Zweitens soll aufgezeigt werden, wie, teils durch die Mediziner_innen aber vor allem durch die Patient_innen selbst angeregt, die Patientenrechte in der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung aktiv gestärkt wurden. In diesem Kapitel wird beschreiben, wie die Ärzteschaft anfangs, eine Beziehung auf Augenhöhe mit ihren Patient_innen zu akzeptieren. Es wird gezeigt, dass dies nicht ganz freiwillig geschah und der Wandel nicht allen Diabeteskranken weit genug ging.

Der dritte Aspekt des Hauptteils beleuchtet die Seite der Patient_innen, die in einer regelrechten Debatte ihren Wunsch nach einer Beziehung auf Augenhöhe durch das Abschaffen der medizinischen Fachsprache und durch Einführung einer allgemein ver-

ständlichen Ausdrucksweise zum Ausdruck brachten. Auch wenn nicht alle Diabeteskranken die Fachausdrücke als störend empfanden, lässt sich doch ein Unterschied in der Abfassung der medizinischen Artikel vor und nach der Debatte erkennen.

Im vierten Punkt wird evident, wie die Diabetolog_innen gegenüber ihren Patient_innen einen weiteren Schritt auf ihre Patient_innen zuzugingen: So hatten sich die Diabeteskranken aktiv für mehr Einfühlungsvermögen seitens ihrer Behandler_innen eingesetzt. Diese sollten sich darüber klar werden, dass die Krankheit für die verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Herausforderungen bedeutete und so wurden auch die Schulungsartikel dementsprechend angepasst.

Auch der fünfte Abschnitt thematisiert eine Veränderung der Erwartungshaltung von Ärzt_innen gegenüber ihren Patient_innen: Noch zu Beginn des Untersuchungszeitraums 1970 herrschte die Vorstellung, ein Leben mit Diabetes müsse mit strenger Selbstdisziplin, Durchhaltevermögen und Standhaftigkeit geführt werden. Der Diabeteskranken habe, auch um die Vorurteile der Gesellschaft abzubauen, lebensfroh und -tüchtig zu sein. Seit Mitte der 1980er Jahre gewannen die Beteiligten jedoch zunehmend die Einsicht, eine adäquate psychologische Betreuung sei für die chronisch kranken Patient_innen, die einerseits mit ihrem Schicksal haderten, andererseits unter dem Erwartungsdruck von Gesellschaft und Ärzteschaft litten, von großer Bedeutung.

Zuletzt befasst sich die vorliegende Arbeit mit den Veränderungen, die sich durch die Möglichkeit der selbstständigen Blutzuckermessung durch die Patient_innen ergaben: Der unbedingte Wunsch der Patient_innen, diesen Diagnoseschritt selbstständig auszuführen und davon abhängig die Medikation selbst anzupassen, konnte rational nicht verweigert werden. Die Patient_innen gewannen dadurch ein wertvolles Stück an Autonomie, für die Ärzt_innen jedoch bedeutete „Empowerment“, also Selbstermächtigung, einen gewissen Kontroll- und Autoritätsverlust, der zu Spannungen im Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis führte.³⁶

Interessanterweise ist am Ende des Untersuchungszeitraums eine zunehmende Frustration der Leserschaft über das Unverständnis der Öffentlichkeit für ihre Lage zu beobachten. Auch wenn aus dieser Unzufriedenheit bis heute keine Konsequenzen erwachsen, weder zu einer Weiterentwicklung der Position der Patient_innen in der Gesellschaft, noch zu einer Fortsetzung der Debatte mit den Ärzt_innen, soll der

³⁶Laib, C. M. S.: (2017), S.128-146 und Nauck, M. (2014), S.45.

gegenwärtige Stand des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses am Ende dieser Dissertation kurz aufgezeigt werden.

Nach dem Hauptteil werden die Ergebnisse im Fazit abschließend zusammengefasst und diskutiert. Dabei sollen nicht zuletzt auch grundsätzliche Erkenntnisse zum Thema des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses erläutert werden. Zum besseren Verständnis soll an dieser Stelle zunächst mit der Einordnung des Themas in den medizinischen und geschichtlichen Kontext bis zum Untersuchungsbeginn 1970 begonnen werden.

2. Diabetes bis 1970

Vor der Betrachtung der Historie sei zunächst noch die heutige Einteilung des Diabetes wiedergegeben, damit die gewaltigen Veränderungen der letzten 200 Jahre entsprechend eingeordnet werden können.

Diabetes mellitus (kurz: Diabetes, auch Zuckerkrankheit) gehört zu den Stoffwechselerkrankungen. Es wird zwischen Diabetes Typ I und Typ II unterschieden:

Diabetes mellitus Typ I ist auch als „jugendlicher“ oder „juveniler Diabetes“ bekannt. Die Betroffenen leiden unter absolutem Insulinmangel durch die Zerstörung der insulinproduzierenden Betazellen des Pankreas (Bauchspeicheldrüse). Den Namen „juveniler Diabetes“ erhielt die Krankheit, weil die Neuerkrankungsrate zwischen 11 und 13 Jahren am höchsten ist.

Diabetes mellitus Typ II, der früher als „Altersdiabetes“ bezeichnet wurde, ist dagegen durch einen relativen Insulinmangel gekennzeichnet: Die Betazellen produzieren nur eingeschränkt Insulin, während Zielrezeptoren nicht mehr ausreichend darauf reagieren. Der Begriff „Altersdiabetes“ ist darauf zurückzuführen, dass sich die Krankheit meist nach dem vierzigsten Lebensjahr manifestiert.

Beide Diabetesformen sind durch chronisch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet, die unbehandelt zu gefährlichen akuten oder langfristigen Folgeerkrankungen führen. Akute Lebensgefahr besteht, wenn der Blutzuckergehalt weit vom normalen Niveau abweicht. Steigt er infolge einer unbedachten Einnahme von zuckerhaltigen Speisen rasch extrem an, führt dies zum Entgleisen des Säure-Base-Haushalts und zur Bewusstlosigkeit (diabetisches bzw. hyperglykämisches Koma). Auch umgekehrt führt ein starkes Absinken des Blutzuckergehalts, z. B. infolge einer zu hohen Insulingabe, zum hypoglykämischen Schock und zu Bewusstlosigkeit.

Spätfolgen des Diabetes mellitus sind vor allem Angiopathien (Veränderungen der Blutgefäße), Schlaganfälle, Herzinfarkte oder der Verlust der Sehkraft.

2.1 Diabetesversorgung bis 1970

Erste Hinweise auf die Krankheit Diabetes vom Typ I finden sich in ägyptischen Schriften aus dem Jahre 1552 vor Christus. Darin wird beschrieben, dass Hafergrütze eingesetzt wurde, um in Notfallsituationen die Blutzuckerwerte der Patient_innen wieder zu normalisieren.

Der griechische Arzt Aretaios von Kappadozien (30-90 n.Chr.) prägte den Namen *Diabetes* (griechisch = „hindurchfließen“). Er beobachtete, dass betroffene Patienten wesentlich mehr Urin ausschieden, als sie Flüssigkeit zu sich nahmen.

Während chinesische und indische Ärzte wohl zur selben Zeit feststellten, dass der Harn der Diabeteskranken süß schmeckte, griff in Europa erst der englische Arzt Thomas Willis (1621-1675) diese Beobachtung wieder auf. Ihm verdankt die Krankheit den Beinamen *mellitus* (lateinisch = honigsüß). Als Therapie propagierte er neben Hunger- und Milchdiät dickflüssige Speisen, wie Reis und Stärkeschleim. Er glaube damit der „Auflösung des Blutes“ entgegenzuwirken.³⁷

Entscheidende Weichenstellungen im Umgang mit dem Diabetes mellitus ergaben sich im 19. Jahrhundert. Dies lag vor allem daran, dass man dessen Symptome einem Organ zuschreiben konnte: dem Pankreas. Joseph von Mehring (1849-1908) und Oskar Minkowski (1858-1931) hatten dies 1889 durch ihre Untersuchungen an Hunden feststellen können. Ferner konnten sie bestätigen, dass das Pankreas eine Substanz in zu geringer Menge ausschüttet, nämlich das Insulin. Außerdem gelang es Paul Langerhans (1847-1888), die "Inselzellen" der Bauchspeicheldrüse 1869 als Ort der Insulinproduktion ausfindig zu machen. Erst dadurch wurde Diabetes im Bezug auf seine Auswirkungen und seine Therapie zu jener Krankheit, die wir heute kennen.³⁸ In Europa und den USA wurden schließlich verschiedene Diätansätze entwickelt, nachdem festgestellt wurde, dass durch die Einschränkung von Kohlenhydraten und Gewichtsabnahme die Menge an ausgeschiedenem Urin deutlich reduziert wird. Bekannt wurden der Deutsche Bernhard Naunyn (1839-1925) sowie die US-Amerikaner Frederic M. Allen (1879-1964) und Elliott P. Joslin (1859-1962) durch ihre Forschung in Bezug auf die Diabetestherapie vor der Extraktion des Insulins. Besonders Joslin

³⁷Nassauer, L. (1975), H.1, S.29-31 und S.66-68.

³⁸Prüll, L. (2014), S.21.

machte sich mit seinen detaillierten Forschungen mit diabetischen Kindern und Jugendlichen einen internationalen Namen: Er beobachtete, dass vor allem zeitweiliges Fasten das Auftreten eines diabetischen Komas, das damals 87% der Todesursache bei Typ-II-Diabeteskranken darstellte, auf 41% reduziert werden konnte. Beim Fasten sollte gänzlich auf Kohlenhydrate und Fett verzichtet werden. Lediglich Tee, Kaffee oder Brühe seien gegen das Hungergefühl erlaubt.³⁹ Joslin veränderte außerdem auch das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis entscheidend, wie im Folgenden noch beschrieben wird.⁴⁰

Die diätische Therapie half allerdings nur bedingt. Aufgrund des Energiemangels waren Diabetesranke nicht leistungsfähig und starben schon als Kinder oder Jugendliche. Sie verhungerten langsam, da durch den Insulinmangel die zugeführte Nahrung nicht zur Energiegewinnung genutzt werden konnte.⁴¹

Das dramatische Schicksal der Diabetesranke veränderte sich schließlich mit der erfolgreichen Extraktion des Insulins 1921 durch die beiden kanadischen Forscher Frederick Banting (1891-1941) und Charles Best (1899-1978). Durch das Verabreichen von Insulin waren die Betroffenen nicht länger „dem Tod geweiht“, sondern konnten dieselbe Lebenserwartung erreichen wie gesunde Menschen.⁴² Die verlängerte Lebenserwartung führte dazu, dass nun allerdings auch die Spätschäden des Diabetes sichtbar wurden und sich die Betreuung der Diabetesranke grundsätzlich änderte. Durch die Möglichkeit, den Insulinmangel auszugleichen, konnten die unmenschlichen Hungerdiätvorschriften gelockert und die Lebensqualität verbessert werden. Voraussetzung für ein weitgehend normales Leben und die Vermeidung von Spätkomplikationen war eine gute Einstellung des Diabetes, die nur durch eine intensive Kooperation zwischen den jungen Diabetesranke und ihren Ärzt_innen gewährleistet werden konnte.

In den späten 1920er und 1930er Jahren wurde schließlich auch der Diabetes Typ II für die Medinziner_innen fassbar. Das bedeutete für das medizinische Fachpersonal

³⁹Joslin, E. P. (1916), S.674 und 676-678.

⁴⁰Feudtner, C. (2003), S.12-25 und S.121. Siehe außerdem 2.4 *Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis in der Diabetologie bis 1970*.

⁴¹Jahnke, K. (1971), H.7, S.245-247.

⁴²Ständer, H. (1970), H.1, S.I und Feudtner, C. (2003), S.6-8 und 36: Joslin beschrieb die Veränderung mit den Worten „From bones to flesh“ (Zitat siehe ebd., S.36).

die Herausforderung, nun auch ältere Patient_innen zur Umstellung ihrer Lebensgewohnheiten und zu strenger Disziplin motivieren zu müssen.

Obwohl sich die Situation für Diabetesranke nach dem Insulinversorgungsengpass während des Zweiten Weltkrieges wieder normalisierte und das Insulin ihre Krankheit therapierbar machte, bedeutete die chronische Krankheit für die Betroffenen eine Herausforderung. Eine Herausforderung, die jeden Tag Selbstdisziplin bei der Einhaltung der Diät und regelmäßige Bewegung erforderte; eine Herausforderung, die in den 1950er und 1960er Jahren für viele das tägliche Auskochen von Glasspritzen zusammen mit den dazugehörigen Kanülen bedeutete, die nach jedem Stich stumpfer wurden, sodass das Spritzen noch schmerzhafter wurde und große Hämatome am ganzen Körper hinterließ.⁴³ Aufgrund des Unverständnisses der Öffentlichkeit und der in der Einleitung schon angesprochenen Vorurteile gegenüber Diabetesranke, versuchten diese häufig ihre Krankheit zu verstecken. Die Harnzuckertests, die bis in die 1970er Jahre für die Diabetesranke die einzige Möglichkeit waren, selbst grobe Rückschlüsse auf den Blutzuckerwert und damit auf die nötige Menge Insulin zu schließen, waren in ihrer Handhabung umständlich und wurden während der Arbeit oft heimlich ausgeführt.

Der Tagesablauf (und damit oftmals auch die Berufswahl) musste der Krankheit angepasst werden, spontane Unternehmungen waren nicht möglich und mussten, wie beispielsweise auch Reisen, genau geplant werden. Denn mehr Bewegung zu machen, bedeutete auch mehr Kalorien zu verbrauchen. Daher musste dann Diät und Insulingabe entsprechend angepasst werden, um eine Hypo- oder Hyperglykämie zu vermeiden.

1955 konnte die Situation derjenigen Diabetesranke mit Typ II Diabetes verbessert werden: Auf dem deutschen Markt erschienen die ersten blutzuckersenkenden Tabletten, die die Insulinproduktion erhöhten. Die Diät blieb den Diabetesranke trotzdem nicht erspart, da die Tabletten diese nur ergänzten.⁴⁴

⁴³Unbekannt: Quantensprünge in der Diabetesversorgung. In: Bolus (Kundenmagazin von Medtronic) 17 (2008), S.6-9.

⁴⁴Appels, A., Roth, U. (1970), S.139.

2.2 Diskriminierung durch die Gesellschaft

Wie angesprochen, standen Teile der deutschen Öffentlichkeit den Diabeteskranken 1970 noch immer mit großem Misstrauen gegenüber. Obwohl nach dem zweiten Weltkrieg und mit der Gründung des DDB viel Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit geleistet wurde, hielt sich die Vorstellung vom gebrechlichen, labilen Diabeteskranken in den Köpfen: Noch 1970 blieb Diabeteskranken eine Verbeamtung oft verwehrt, da mit „vorzeitiger Invalidität“ gerechnet werden müsste⁴⁵; diabetischen Kindern wurde teilweise die Schulaufnahme und vielen Arbeitssuchenden die Einstellung verweigert.⁴⁶ Ebenso mussten viele Diabeteskranke zu Beginn der 70er Jahre die Erfahrung machen, aufgrund ihrer Erkrankung auf dem Arbeitsmarkt abgelehnt zu werden: In einem Lagebericht des DDB wird von einem Diabeteskranken berichtet, dessen Bewerbung über fünfzig Mal mit der Begründung abgelehnt wurde, man stelle keine Diabeteskranken ein. Er hätte daraufhin in der nächsten Bewerbung seine Krankheit verschwiegen und „in wenigen Tagen“ eine Anstellung bekommen.⁴⁷

Ein heikles Thema für Diabeteskranke war lange Zeit die Familiengründung. Noch 1951 wurde vor einer Heirat mit Diabeteskranken gewarnt und 1952 empfahlen die Diabetolog_innen ihren Patient_innen, sich ‚wenigstens‘ einen gesunden Partner zu suchen, um „die Ausbreitung [...] durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen“ zu verhindern und nicht mehr als zwei Kinder zu bekommen.⁴⁸ Erst die Erfindung der Anti-Baby-Pille 1960 erleichterte den Diabeteskranken ihre Partnerwahl und Familienplanung.

Auch der Erhalt der Fahrerlaubnis stellte für die Diabeteskranken in der BRD zu Beginn des Untersuchungszeitraums eine Hürde dar. Zwar setzen sich die führenden Ärzt_innen gemeinsam mit dem DDB für ihre Patient_innen und Mitglieder ein⁴⁹, der DDB betonte aber in seinen Lageberichten immer wieder, dass noch viel Öffentlichkeitsarbeit diesbezüglich getan werden müsse.⁵⁰ Dabei konnte der DDB seine Forderungen

⁴⁵Zuschriften aus dem Leserkreis (1956), S. 242 und DDB (1970), S.XXIX.

⁴⁶Rottenhöfer, H. (1970) S.55 und DDB (1970), S.VII.

⁴⁷DDB (1970), S.VII.

⁴⁸Prüll, C (2012), S.39f, Zitat siehe S. 43.

⁴⁹Mehnert, H. (1971), S.49.

⁵⁰DDB (1970), S. XXV.

für einen erleichterten Erhalt des Führerscheins sogar mit einer Studie untermauern, die zeigte, dass Diabetesranke weniger Verkehrsunfälle verursachten als ihre gesunden Mitmenschen.⁵¹ Dennoch wurde mancherorts von Diabetesranke vor Erteilen der Fahrerlaubnis ein Intelligenztest verlangt. Darüber hinaus wurde die Fahrerlaubnis von halbjährlichen ärztlichen Untersuchungen der Sehkraft abhängig gemacht.⁵² Wie wichtig die Fahrerlaubnis für die Diabetesranke war, wird verständlich wenn man bedenkt, dass oft erst mit der damit gewonnenen Mobilität die Arbeitsstelle erreicht werden konnte. Für den DDB stand deshalb die Forderung, dass Diabetesranke Zugang zur Fahrerlaubnis erhielten an prominenter Stelle. Für die Betroffenen hätte ein Entzug der Fahrerlaubnis einen tiefen Eingriff in die Lebensplanung und in den Alltag bedeutet.

2.3 Theorien zum Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis

Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis allgemein wurde bereits vielfach analysiert und verschiedene Modelle dazu aufgestellt, von denen einige an dieser Stelle vorgestellt werden sollen: Die am häufigsten zitierte Theorie, die sogenannte „*Principal-Agent-Theorie*“ aus den 1970er Jahren von Stephen Ross und Barry Mitnick⁵³, stammt aus der Wirtschaftswissenschaft. Sie beschreibt das Verhältnis zwischen dem *Principal* und einem von ihm beauftragten *Agent*. Der *Principal* ist dabei definiert als eine Person, die aufgrund von weniger Sachkenntnis einen *Agent* (Fachmann) mit der Erledigung einer Aufgabe beauftragt. Von entscheidender Bedeutung ist die „Informationsasymmetrie“ zwischen dem Auftraggeber und dem Beauftragten. Im Sinne einer klassischen Dienstleistung profitieren beide Parteien von dem Auftrag: Der *Principal* sieht sein Anliegen erfüllt, während der *Agent* in der Regel durch das finanzielle Entgelt profitiert. Unterscheiden sich jedoch die Interessen, kann der *Agent* in einen Zwiespalt zwischen seinen eigenen Interessen und denen seines Auftraggebers geraten (*moral hazard*).

Übertragen auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis entspricht der *Principal* dem

⁵¹Dgk (1970), S. 137.

⁵²Mehnert, H., Standl, E., Storch, A. (1990), S.4.

⁵³Bowie, N. E., Freeman, R. E. (1992), S. 27-47.

Patient_in und der *Agent* der Ärzt_in, die einen Wissensvorsprung gegenüber der Patient_in besitzt, der es ihr ermöglicht, die Diagnose zu stellen und die Therapiemöglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen und ihren Erfolgchancen gegeneinander abzuwägen.

Während viele Problemstellungen durch das Modell gut zu verdeutlichen und zu analysieren sind⁵⁴, stößt das Modell allerdings dort an seine Grenzen, wo der Einfluss von dritter Seite beginnt. Denn auch der Gesetzgeber, die Kostenerstatter und die Interessensverbände der im Gesundheitssystem agierenden Personen sind bestrebt, auf das Verhältnis Einfluss zu nehmen. Problematisch ist dabei, dass die Patient_in nicht durchschauen kann, inwieweit diese dritte Instanz Einfluss auf Leistung der beauftragten Ärzt_innen hat.

Eine Schwäche des Modells liegt auch darin, dass der Genesungsauftrag des *Principals* als Prozess verstanden werden muss, zu dem auch die Patient_in (*Principal*) durch behandlungsbegleitendes, gesundheitsförderndes Handeln (*Compliance*) selbst aktiv beitragen muss. Und auch die Gegebenheit, dass die Ärzt_in in der Arzt-Patient-Beziehung nicht nur Auftragsausführende ist, sondern zugleich auch als Berater fungiert, wird durch die *Principal-Agent-Theorie* nicht ausreichend berücksichtigt.⁵⁵

Trotz dieser Schwächen wurde das Modell immer wieder aufgegriffen und versucht, es weiterzuentwickeln. Blomqvist kommt zu dem Schluss, dass die Ärzt_in als „doppelter Agent“ (*double agent*) agiert: Er oder sie muss den Behandlungsauftrag der Patient_in bestmöglich erfüllen und zugleich das Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen beachten.⁵⁶ Eine Herausforderung für die *Adaptation* des Modells an das bundesrepublikanische Gesundheitswesen liegt auch darin, dass sich die zahlreichen Studien auf

⁵⁴ Gut analysiert werden können beispielsweise folgende Problemstellungen:

Der *Principal* kann aufgrund seiner mangelnden Kenntnis nicht beurteilen, welcher *Agent* seinen Auftrag am besten erfüllen wird. Trotzdem schließt er einen Vertrag ab (*adverse Selektion*), wobei weitere Modelle verdeutlichen, wodurch seine Entscheidungsfindung beeinflusst wird (z.B. *signaling*).

Weiter können die Folgen analysiert werden, wenn der *Agent* dem *Principal* vor und während Auftragsbefolgung Informationen bzw. Handlungsschritte vorenthält (*hidden information/ hidden action*) oder wenn der *Agent* dem *Principal* seine eigentliche Absicht hinter der Auftragsbefolgung geheim hält (*hidden intention*).

Darüber hinaus kann das Verhalten des *Agents* analysiert werden: Wenn nach Vertragsabschluss der *Principal* für eventuelle Folgen einsteht, lässt sich beobachten, dass sich die Risikobereitschaft des *Agents* erhöht, was nicht unbedingt im Interesse des *Principals* ist (*moral hazard*).

Siehe dafür: Schneider, U. (2002), S. 2f, sowie S.43.

⁵⁵ Gesamter Abschnitt siehe: Ebd., S. 2f, sowie S.43.

⁵⁶ Blomqvist, A.: T. (1991), S. 411-432.

das amerikanische oder das britische Gesundheitssystem beziehen.⁵⁷

Der deutsche Soziologe Günter Feuerstein und die deutsche Professorin für Rehabilitationswissenschaften Kuhlmann beschreiben in einer Abhandlung von 1999 den Prozess, in dem die Entscheidungsautonomie der Ärzt_innen zugunsten der Entscheidungsautonomie ihrer Patient_innen endet, als Autonomieverlust. Durch neue technische Möglichkeiten seien in der Medizin ständig neue Richtlinien und Gesetze nötig, die von Politiker_innen beschlossen würden. Die Ärzt_innen würden durch immer neue Regelungen und steigende bürokratische Anforderungen in der Praxis und durch neue Kommunikationstechniken in ihrer Kompetenz zunehmend eingeschränkt.⁵⁸ Gerade Fortschritte in der Medizintechnik machten die Ärzt_in immer mehr zum „Gesundheits-techniker“ (technical employees) beziehungsweise zur verlängerten Werkbank der Industrie.⁵⁹

Feuerstein und Kuhlmann setzten sich außerdem mit der ärztlichen Aufklärung der Patient_innen auseinander: Sie kamen dabei zu dem Schluss, dass die gewonnene Autonomie der Patient_innen nur ein „Placebo“ sei: Damit die Patient_in zu einer wirklich freien Entscheidung gelange, müsse die Aufklärung vor allem ohne „manipulative Verzerrung“ geschehen. In der Realität sei sie aber häufig geprägt von Zeitnot, juristischer Absicherung und Konfliktvermeidung.⁶⁰ Schließlich folgerten sie, dass der „überwunden geglaubte Paternalismus“ lediglich einen „Formwandel“ durchlaufen hätte. Immer noch würden Patient_innen von ihren Ärzt_innen bevormundet, indem ihre scheinbar freie Entscheidungsfindung beeinflusst würde. Feuerstein und Kuhlmann sprachen in diesem Zusammenhang von „Neopaternalismus“ und definierten diesen als Paternalismus, der „hinter ärztlicher Informationspolitik“ verborgen sei und neben dem Patient_innenwohl durchaus noch andere Motive habe.⁶¹

In seiner Arbeit über die ärztliche Rolle im Wandel konkludierte der deutsche Professor für Psychosoziale Arbeitsbelastungsforschung Johannes Siegrist im Jahr 2012, dass die Medizin in Deutschland immer mehr zu einer Dienstleistung werde, und das „hohe

⁵⁷Schneider, U. (2002), S.69.

⁵⁸Feuerstein, G., Kuhlmann, E. (1999), S.9.

⁵⁹Sureau, C. (1995). S. 553.

⁶⁰Feuerstein, G., Kuhlmann, E. (1999), S.11-13.

⁶¹Ebd., S.11.

Maß an beruflicher Autonomie“ in der traditionellen, paternalistischen Arztrolle immer weiter abnahme, mit positiven und negativen Folgen. Interessanterweise habe die paternalistische Arztrolle insbesondere bei chronisch kranken Patient_innen für eine niedrige Compliance gesorgt, andererseits werde die Medizin nicht besser, wenn die Patient_innen die Ärzt_innen zu Erbringern von medizinischen Leistungen degradieren.⁶² Die Ursache für diesen Autonomieverlust sah er in zwei Aspekten: Zunächst führte auch er die immer strenger werdenden Sparvorgaben der Krankenkassen auf, die die ökonomische Freiheit der Ärzt_innen einschränkten. Des Weiteren beschrieb Siegrist, wie die Patient_innen etwa durch Selbsthilfegruppen immer mehr Einfluss auf die Behandlung nähmen und bezeichnete diesen Drang nach Beteiligung sogar als „Konsumerismus“.⁶³ Der Autor gab eine Ambivalenz zu bedenken: Einerseits gewannen die Patient_innen unter dem Einfluss von Patientenrechtsgruppen und Krankenkassen mehr Mitsprache, andererseits verlöre die Medizin dadurch zunehmend Expertise und wandle sich zur reinen Dienstleistung.⁶⁴

Der Amerikaner Edward Shorter setzte sich 1990 mit der psychologischen Seite des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses auseinander: die Ärzte konzentrierten sich vor allem auf den „biochemischen Mechanismus“ einer Krankheit, während die Patient_in dahinter für die Mediziner_innen immer mehr in den Hintergrund rückten. Das hätte zur Folge, dass sich die Patient_innen immer mehr aus dem eigentlich sehr intimen Verhältnis zurückzögen.⁶⁵ Seine These untermauerte er mit einer Studie aus den USA, in denen 1989 nur noch 21% der Befragten angaben, Respekt vor ihrem Arzt zu haben. Der häufigste Vorwurf dabei war, dass für die Ärzt_innen lediglich eigene wirtschaftlichen Interessen im Vordergrund stünden.⁶⁶ Wie schon erwähnt lassen Studien aus dem englischsprachigen Raum, so auch Shorter, den Einfluss von Krankenkassen und Gesetzgebung häufig außer Acht. Der Rolle der Medien maß er jedoch eine zunehmende Bedeutung für die Relation zwischen Ärzt_in und Patient_in bei. So betonte er, dass viele Patient_innen den Massenmedien mehr Glauben schenkten als den Mediziner_innen.⁶⁷

⁶²Siegrist, J. (2012), S. 1101.

⁶³Ebd., S.1103.

⁶⁴Gesamter Abschnitt siehe: Ebd., S.1100-1105.

⁶⁵Shorter, E. (1990), siehe vor allem S.47-56.

⁶⁶Ebd., S.57.

⁶⁷Ebd., S.62.

Zuletzt seien noch die Untersuchungen zweier Dissertationen zur Veränderungen des Arztbildes um 1970 genannt: Stehr beschrieb in ihrer Analyse zum Wandel der öffentlichen Wahrnehmung anhand des Nachrichtenmagazins *Der Spiegel*, dass sich nach einem Einbruch der medizinischen Berichterstattung 1968 zunehmend kritische Artikel über (deutsche) Ärzt_innen fanden, mit einem Höhepunkt 1972.⁶⁸ Die wachsende Kritik bestätigte auch eine andere Dissertation, in der das Arztbild der Mediziner_innen selbst anhand des *Deutschen Ärzteblattes* untersucht wurde: Die Medizin habe schon immer im „Kreuzfeuer“ gestanden, dabei hätte sich die Kritik jedoch hauptsächlich gegen „Kurpfuscher“ gewandt. Seit 1971 gebe es aber eine „vehemente Systemkritik“, die sich vor allem gegen das Einkommen der Mediziner_innen richte.⁶⁹ Laier fasste in ihrer Studie zusammen, dass die deutsche Gesellschaft zwischen 1970 und 1979 ein ambivalentes Arztbild entwickelte: Für die ältere Generation seien die Ärzt_innen Respektspersonen gewesen, während sich die Jugend ganz im Zuge der 68er-Bewegung kritisch mit den vorhandenen Wertevorstellungen – auch in der Medizin – auseinandersetzte.⁷⁰

Um die Entwicklung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses speziell zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen zwischen 1970 und 1990 zu verstehen, soll deren Beziehung zunächst bis zum Jahr 1970 zusammengefasst werden.

2.4 Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis in der Diabetologie bis 1970

Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen Diabeteskranken und ihren behandelnden Ärzt_innen war bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch engmaschige, strenge Überwachung der Diät und der Urinzuckerwerte charakterisiert.⁷¹

Die Vorstellung von einem partnerschaftlicheren Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis

⁶⁸Stehr, B. (1984), siehe v. a. S.146.

⁶⁹Deneke, J. F. V. (1977), S. 538.

⁷⁰Laib, C. M. S. (2017), S. 146.

⁷¹Prüll, C. (2012), S.39f, Zitat siehe S. 38.

wurde international erstmals um die Jahrhundertwende des 20. Jahrhunderts laut. Ein Vorreiter war der bereits erwähnte US-amerikanische Arzt Elliot Proctor Joslin, der sich neben der Erforschung des Diabetes auch mit der Beziehung zwischen Ärzt_in und Diabeteskranken auseinandersetzte: Er vertrat die Ansicht, dass die ständige Überprüfung der Patient_innen gar nicht möglich wäre und man diese zur Selbsthilfe schulen und instruieren müsse. Damit stellte die Krankheit Diabetes mellitus einen absoluten Ausnahmefall dar, weil der Behandlungserfolg maßgeblich von einer einwandfreien Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen abhing.⁷² Er selbst vollzog erstmals den Schritt von der rigorosen Kontrolle hin zu einer engen Absprache und regelmäßigen Überwachung. Dennoch war die Beziehung zwischen Diabeteskranken und ihren Behander_innen noch paternalistisch geprägt.

Wie beschrieben, hatte die Insulinsubstitution eine Veränderung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses zur Folge: Diabetes mellitus wurde von einer akuten, letal verlaufenden Krankheit zu einer chronischen, was dazu führte, dass die Patient_innen nun Jahrzehnte lang betreut werden mussten. So wurde aus einem „medizinischen Problem im engeren Sinne“ eines, das die Gesellschaft sozial, juristisch, psychologisch und ökonomisch betraf.⁷³

Aufwind erfuhren wirkliche Veränderungen in der BRD nur langsam und ohnehin erst nach dem zweiten Weltkrieg: Viele Ärzt_innen hatten im „Dritten Reich“ maßgeblich die nationalsozialistische Gesundheitspolitik unterstützt und nun galt es, in der jungen Demokratie ihre Reputation wiederherzustellen. Die Medizin sollte erneut gesellschaftsfähig gemacht werden⁷⁴ und man suchte nach neuen Regelungen im Umgang mit den Patient_innen.⁷⁵ Man beschäftigte sich nun mit den Diabeteskranken, die während des Krieges „ihre Bedürfnisse denen der Volksgemeinschaft“ hatten unterordnen müssen.⁷⁶ Die ersten, dadurch zu erklärenden, großen Veränderungen des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses in der BRD zwischen 1951 und 1970 wurden bereits

⁷²Feudtner, C. (2003), S. 63-68 u. S.79. Und Prüll, L. (2014), S.22.

⁷³Ebd., S.23.

⁷⁴Prüll, C. (2012), S.39f, Zitat siehe S. 32.

⁷⁵Prüll, L (2014), S.25.

⁷⁶Prüll, C. (2013), S.228.

analysiert.⁷⁷ Bis 1956 wehrten sich die Diabeteskranken vor allem gegen die gesellschaftliche Diskriminierung und wurden dabei von ihren Ärzt_innen unterstützt.⁷⁸ Obwohl die Idee der »Hilfe zur Selbsthilfe« zwar bereits existierte, herrschte immer noch verbreitet ein paternalistisches Verhältnis zwischen den Ärzt_innen und ihren Patient_innen.⁷⁹

1956 kam es schließlich zum ersten Einschnitt: Der Internist Gerhard Katsch (1887-1961) formulierte den Begriff der „Bedingten Gesundheit“ der Diabeteskranken. Diese könnten nach richtiger Einstellung und Schulung genauso „arbeits- und leistungsfähig“ sein, wie andere, gesunde Mitmenschen.⁸⁰ Sein Leitspruch gab vielen Diabeteskranken Selbstbewusstsein und motivierte sie dazu, in strenger Selbstdisziplin zu leben, nicht zuletzt um allen Vorurteilen zu trotzen.

Das gewonnene Selbstbewusstsein äußerten sie auch gegenüber ihren Behandler_innen: Es wurde so lange über die eugenische Empfehlung, sich einen »gesunden« Partner zu suchen diskutiert, bis die Ärzteschaft schließlich einsah, dass sie die Patient_innen bei ihren Therapieansätzen einzubeziehen hatten. Im Zeitraum 1951-1970 wurde das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis „sukzessive patient_innenorientierter“, was durch genau diese „Demokratisierungsprozesse“ belegt wird.⁸¹ Die Diabetolog_innen akzeptierten nun das Feedback von ihren Patient_innen, setzten sich damit auseinander und veränderten ihre Ansätze dahingehend. Bevor im Hauptteil anhand der sechs Fallstudien vorgestellt wird, vor welchen Hintergründen sich das Verhältnis in den nächsten zwanzig Jahren (1970 bis 1990) weiter entwickelte und noch weiter „patient_innenorientierter“ wurde, soll zunächst noch vorgestellt werden, welcher Zusammenhang zwischen Wissenschaft, Medien und Öffentlichkeit besteht und wie groß ihr Einfluss auf einander ist.

2.5 Wechselwirkungen zwischen Medien, Öffentlichkeit und Wissenschaft

⁷⁷Ebd., S.225-239. und Prüll, C. (2012), S.31-61.

⁷⁸Prüll, C. (2013), S.235.

⁷⁹Prüll, C. (2012), S.39f, Zitat siehe S. 38.

⁸⁰Ebd., S.24.

⁸¹Ebd. S.39f, Zitat siehe S. 61.

Um die Zusammenhänge zwischen den drei Organen besser zu verstehen, soll zunächst ein jedes für sich definiert und seine jeweiligen Interessen vorgestellt werden, beginnend mit Überlegungen zum eher abstrakten Begriff der Öffentlichkeit. Schild (2001) definierte Öffentlichkeit als „Vielzahl kleiner und großer Foren“, in denen durch Kommunikation ein bestimmtes Wissen vermittelt wird.⁸² In ähnlicher Weise fasste Prüll (2010) Öffentlichkeit als Raum auf, in dem unterschiedliche Meinungen ähnlich wie auf einem Marktplatz ausgehandelt werden.⁸³ Nikolow und Schirmacher (2007) beschrieben Öffentlichkeit als aufklärungswilliges Publikum und betonten dessen überwiegende Passivität.⁸⁴ Für Requate (1999) spielte Öffentlichkeit dagegen eine deutlich entscheidendere Rolle: Nur durch sie könne eine Gesellschaft erst entstehen, bestehen und funktionieren und auch er gab zu bedenken, dass Öffentlichkeit nicht homogen sei, sondern sich aus vielen Teilöffentlichkeiten zusammensetzte. So schrieb er, dass „die Öffentlichkeit“ gar nicht „praktikabel“ sei, vielmehr sei es ein Raum, innerhalb dessen es verschiedene Akteure gäbe.⁸⁵

Neben der Definition machten sich die Autoren auch Gedanken über die einhergehende Problematik: Schild (2001) gab zu bedenken, dass sich Menschen unwillkürlich immer ihre *eigene* Realität konstruieren.⁸⁶ Weiter wies er auf die Eigendynamik öffentlicher Meinungen hin und betonte, dass die Meinungsbildung ein unreflektierter Prozess sei, da die Menschen sich nicht darüber im Klaren seien, unter welchen Umständen sich ihre Meinung ausbildete.⁸⁷

Die allgemein vorherrschende Meinung der Öffentlichkeit im Untersuchungszeitraum zwischen 1970 und 1990 war, dass die Patientenrechte gestärkt werden sollten: Breits seit 1947 wurde in den Medien die Selbstdarstellung der Patienten immer präsenter und dadurch vor allem die Fehlbarkeit bzw. die Grenzen der Medizin aufgezeigt.⁸⁸ Welche Interessen und Bedürfnisse die Teilöffentlichkeit der Diabeteskranken im Untersuchungszeitraum hatten, wird im Hauptteil vorgestellt.

Stellvertretend stehen hinter dem Begriff der Wissenschaft die Mediziner_innen, wobei zwischen Ärzt_innen, die sich hauptsächlich der Forschung widmeten, und anderen,

⁸²Schild, A. (2001), S. 177-206. Zitat siehe S. 181.

⁸³Prüll, C. (2010), S.104.

⁸⁴Nikolow, S., Schirmacher, A. (2007), S.11-36.

⁸⁵Requate, J. (1999), S. 5-8. Zitat S. 8.

⁸⁶Schild, A. (2001), S.182f.

⁸⁷Ebd., S.181f.

⁸⁸ Prüll, C. (2010), S.130 sowie Laib, C. M. S. (2017), S.108-111.

die sich vorrangig mit der Behandlung von kranken Patient_innen beschäftigten, unterschieden wird. Nach Ash (2007) nutzen Wissenschaftler (hier Ärzt_innen) die Medien, um ihre Ergebnisse vorzustellen. Die interessierte Öffentlichkeit diskutiert die verschiedenen Ansichten, wodurch zugleich ihr Bedürfnis nach Information befriedigt wird. Die Wissenschaftler ihrerseits generieren über die Diskussion neue Ideen und Ansätze zur Weiterentwicklung ihrer Forschungsgebiete. Somit würden Wissenschaft und Öffentlichkeit über die medialen Quellen gegenseitig zu Ressourcen füreinander.⁸⁹ Interessanterweise wurden über die Massenmedien publizierte Forschungsergebnisse und Behandlungsdurchbrüche, in den 1950er Jahren eher von der Öffentlichkeit antizipiert, während führende Mediziner_innen diesen Weg ebenso wie die damit verbundene Selbstdarstellung ablehnten.⁹⁰

Zuletzt sei auf eine der Besonderheiten der Medien hingewiesen: So wies Prüll (2010) darauf hin, dass die Meinung der Öffentlichkeit durch die Auswahl der Themen und ihre inhaltliche Darstellung häufig stark durch den Standpunkt und die Intention des Verfassers beeinflusst werde. Wichtig sei vor diesem Hintergrund, dass die Journalisten selbst Teil der Öffentlichkeit seien und nicht frei von ihren persönlichen Erfahrungen mit Ärzt_innen und Medizin.⁹¹

Das Risiko, auf Voreingenommenheit zu stoßen, war beim *Diabetes Journal* ganz anders gelagert. Es verfügte, wie erwähnt, über einen wissenschaftlichen Beirat aus Ärzt_innen und Laien, von denen viele selbst diabeteskrank waren⁹², und eignet sich daher in besonderem Maße als Primärquelle für die vorliegende Arbeit, denn die Standpunkte der Wissenschaft (repräsentiert durch den ärztlichen Teil des Beirats) und der Öffentlichkeit (repräsentiert durch die Diabeteskranken) waren mit einem geringeren Risiko der Vorselektion behaftet. Gerade durch diese redaktionelle Konstellation unter dem Dach eines Selbsthilfevereins bestand ein Diskussionsforum, aus dem heute die verschiedenen Meinungen sowie eine Grundstimmung herausgearbeitet werden konnte.

Zu diesem Ergebnis kamen auch Freitag und Löscher (1983): Sie sehen Vereine als

⁸⁹ Ash, Mitchell (2007), S.349-362. Sie vor allem S. 349f.

⁹⁰Prüll, C. (2010), S.129.

⁹¹Prüll, C. (2010), S. 130.

⁹²Siehe *Kapitel 1.2 Quelle*.

Hybridräume; als Orte, in denen zwischen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und ethischen Werten verhandelt wird. Dabei spiele die Zusammensetzung der Vereine eine entscheidende Rolle: Laien brächten beispielsweise das Bedürfnis nach Aufklärung und Orientierung in einen Verein, wissenschaftliche Mitglieder dagegen versuchten durch politisches Gewicht ihren Standpunkt zu vertreten.⁹³

Eine kompakte Zusammenfassung über die Wechselwirkungen von Medien, Öffentlichkeit und Wissenschaft findet sich in Münchs *Dynamik der Kommunikationsgesellschaft* (1995). Der deutsche Soziologe betonte, dass ohne Kommunikation keine Gesellschaft fortbestehen könne, wodurch den Medien eine tragende Rolle zukäme. Zugleich verwies er jedoch auch darauf, dass gesellschaftliche Entwicklungen in Medien immer verzerrt wiedergegeben würden, da sie immer schon von den Autoren interpretiert seien.⁹⁴ Münch kam außerdem zu dem Schluss, dass Vernunft und Wirklichkeit in einem Spannungsverhältnis stünden. Aus diesem Spannungsverhältnis resultiere eine Kraft, die Veränderungen bewirke. Sobald das Spannungsverhältnis aufhöre ende die Dynamik und alles „erstarre“ in Traditionalismus. Das Modell, das Münch auf die allgemeine gesellschaftliche Ebene bezog, kann im kleineren Rahmen gleichermaßen auch für Teilöffentlichkeiten herangezogen werden:

So könne der abstrakte Begriff „Vernunft“ einerseits als Wissenschaft verstanden werden, andererseits als sich durch Forschung ständig neu ergebende Behandlungsmöglichkeiten. Die dazu im Spannungsverhältnis stehende „Wirklichkeit“ stünde dann für die *tatsächlichen* Bedürfnisse der interessierten Teilöffentlichkeit, also der Diabeteskranken.

Inwieweit die Spannungen zwischen den Behandlungsmöglichkeiten, vertreten von den Diabetolog_innen, und den Bedürfnissen der Patient_innen zu einer Veränderung führen, soll nun im Hauptteil analysiert werden.

⁹³Freitag, S., Löscher, M. (2007) S. 339-345.

⁹⁴Münch, R. (1995), S.9-11.

3. Hauptteil

Um beurteilen zu können, inwiefern sich das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen 1970 und 1990 weiterentwickelte und zunehmend patient_innenorientierter wurde, soll zunächst die Beziehung zu Beginn des Untersuchungszeitraums aufgezeigt und vorgestellt werden. Diese war noch traditionell paternalistisch geprägt. Besonders an diesem Verhältnis war allerdings der Einsatz der Diabetolog_innen für mehr Gleichberechtigung ihrer Patient_innen. Um deren Leben einfacher zu machen und die Vorurteile abzubauen, die sich hartnäckig in den Köpfen der Deutschen Nachkriegsgesellschaft hielten, unterstützen die Diabetolog_innen die Diabeteskranken besonders im Kampf um den Erhalt der Fahrerlaubnis und die Verbeamtung.

3.1 Ausgangssituation 1970

3.1.1. Der Kampf um die Fahrerlaubnis

Die Politik stand dem Erteilen der Fahrerlaubnis für Diabeteskranken um 1970 sehr skeptisch gegenüber. Man befürchtete, dass Diabeteskranken während der Fahrt durch falsche Diät oder Medikation eine Hypo- oder Hyperglykämie erleiden, die Kontrolle über das Fahrzeug verlieren und einen Unfall verursachen könnten. Der erschwerte Zugang zur Fahrerlaubnis bedeutete einen erheblichen Eingriff in das Privatleben. Die Diabeteskranken in der BRD wollten, wie ihre Mitbürger auch, das Recht haben ein Auto privat zu führen, um unabhängiger von der Betreuung ihrer Angehörigen und freier in ihren Lebensentscheidungen zu sein, zum Beispiel in Bezug auf die Arbeitsstelle oder Arztwahl. In ihrem Wunsch nach Selbstständigkeit und Normalität wurden die Diabeteskranken von vielen Ärzt_innen unterstützt. Der Kampf verlief im Untersuchungszeitrahmen in drei Etappen: Die erste Diskussion entflammte 1970 bis 1971, es folgte eine Debatte zwischen 1980 bis 1983 und eine letzte Auseinandersetzung mit dem Thema im Jahr 1990. Die folgende Darstellung beschränkt sich dabei auf die Diskussion zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen anhand des *Diabetes Journals*.

Ursächlich für die erste Debatte zum Beginn des Untersuchungszeitraumes, war die vorangegangene, gelockerte Regelung für den Erhalt des Führerscheins von Diabetikern von 1969: Diese sah vor, dass Diabetiker, die nur durch Diät oder Tabletten therapierbar waren, für den Erhalt des Führerscheins zur privaten Nutzung ein ärztliches Gutachten brauchten. Lediglich insulinbedürftigen Diabetiker benötigten zusätzlich noch ein sogenanntes „medizinisch-psychologisches Gutachten“.⁹⁵ Dabei wurden die Konzentration, das Wahrnehmungsvermögen und die Intelligenz des Diabetikers getestet und ein Psychologe führte mit dem Antragsteller ein Gespräch über die Essenszeiten, die Freizeit und ihren Lebensstil.⁹⁶ Zusätzlich mussten regelmäßige Nachuntersuchungen, beispielsweise der Sehkraft durchgeführt werden, für deren Kosten die Diabetiker selbst aufkommen mussten.⁹⁷

Die neue Richtlinie wurde allerdings vielerorts nicht umgesetzt. So lagen dem DDB zahlreiche Beschwerden von insulinspritzenden Diabetikern in der BRD vor, denen kurzerhand pauschal die Fahrerlaubnis verweigert wurde. Der Deutsche Diabetiker Bund empörte sich im Jahr 1970 drei Mal über solche Fälle in einer beiliegenden Broschüre⁹⁸ und ermutigte die Leser_innen, der Diabetes sei „nicht gleichbedeutend“ mit Fahruntüchtigkeit.⁹⁹

Aus den Berichten wird allerdings auch das konservative Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis deutlich, denn bei korrekter Umsetzung hielt der DDB die derzeitigen Richtlinien für absolut angemessen: „Wir meinen allein entscheidend sollte der Arzt sein“, betonte der Verband in zahlreichen Artikeln. Bei einer guten Einstellung bestünde kein Risiko für die Allgemeinheit und den Diabetikern selber. Es sei aber auch „unrichtig“ zu glauben, ein Diabetiker könne sich „einfach unbedenklich ans Steuer setzen“. Es sei wichtig, dass der Arzt „individuell“ für jede Patient_in entscheiden würde.¹⁰⁰

Weshalb der DDB so sehr auf die Diabetolog_innen vertraute, wird in zwei Berichten aus Ärztesicht deutlich: Diese unterstützten ihre diabetikerkranken Patient_innen beim Thema Führerschein und standen gänzlich hinter ihnen. Sie schrieben: Man könnte dank „gute[r] und fundierte[r] Untersuchungen“ heute „ziemlich eindeutig“ belegen,

⁹⁵DDB (1974), S.XIXf.

⁹⁶DDB (1980), S.21.

⁹⁷DDB (1970), S.XXXVII.

⁹⁸DDB (1970), S.XXIII und DDB (1970), S.XXXVII und DDB (1970), S.CLVII.

⁹⁹DDB (1970), S.XXV.

¹⁰⁰DDB (1970), S.CLVII.

dass Diabeteskranken "verantwortungsbewusste Verkehrsteilnehmer [seien] und selten Verkehrsunfälle" verursachten.¹⁰¹ Bei nur 0,005-0,2% aller Unfälle sei Diabetes die Ursache, weshalb einige Experten bezüglich Fahrtauglichkeit von Diabeteskranken von einem „Pseudoproblem“ sprachen.¹⁰²

Hintergrund der ersten Debatte war also das Ziel, die Richtlinien tatsächlich umzusetzen und pauschale Fahrverbote abzuschaffen. Die Ärzt_innen ermutigten die Diabeteskranken und untermauerten deren Forderungen gegenüber der Politik durch wissenschaftliche Studien. Die Strategie des DDB, gleich bei seiner Gründung Ärzt_innen »mit ins Boot zu holen«, zahlte sich im Kampf um den Erhalt des Führerscheins doppelt aus: Durch die enge Zusammenarbeit kannten die Diabetolog_innen das Dilemma, den ohnehin schon schweren Alltag ohne Führerschein meistern zu müssen und sahen gleichzeitig die seriösen Anstrengungen der meisten Diabeteskranken, verantwortungsvoll mit ihrer Krankheit umzugehen. Zahlreiche Berichte der Ärzt_innen zum Thema belegen, dass diese beim Thema Fahrerlaubnis vollständig hinter ihren Patient_innen standen. Während sich von 1970 bis 1971 sechs Berichte zum Thema Führerschein fanden, wurde die Debatte in den darauffolgenden Jahren ruhiger und zwischen 1972 und 1980 wurden diesbezüglich nur drei Artikel veröffentlicht. Darin wurde die bestehenden Richtlinien für neue Leser_innen noch einmal zusammenfasst¹⁰³ und über das Absetzen von Unfallkosten berichtet.¹⁰⁴

Erst circa zehn Jahre später, 1980, entflammte die Diskussion von neuem. Auslöser war diesmal keine neue Regelung, sondern die Unzufriedenheit der Diabeteskranken in der Bundesrepublik: Der DDB berichtete von einem „täglichen“ Eingang einer Vielzahl an Leserbriefen, die sich über Diskriminierung und unnötige Kosten seitens der Behörden empörten. Trotz jahrelangen unfallfreien Fahrens müsse er wieder zum medizinisch-psychologischen Gutachten, berichtete ein Diabeteskranker und wandte sich in einem offenen Brief direkt an den DDB: „Ich frage Sie nun, wie weit man dieses Spiel mit mir noch treiben kann“.¹⁰⁵ Die Frage nach der Freizeitgestaltung sei ein „völlig un-

¹⁰¹Lübken, W. (1970), S.366-370, Zitat siehe S.369.

¹⁰²Schöffling, K (1970), S.165f.

¹⁰³DDB (1974), S.XIXf und Hansen, T. (1975), S.237f.

¹⁰⁴DDB (1978), S.117.

¹⁰⁵DDB (1980), S.21.

nötiger Eingriff in die persönliche Sphäre“ und auch die regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen seien „schikanös“¹⁰⁶, verkündete daraufhin der DDB in seiner monatlichen Begleitbroschüre im *Diabetes Journal*.

Aus den Berichten des DDB über diverse Vorfälle geht hervor, dass für die Diabeteskranken neben der Diskriminierung auch die ständigen Kosten für die Nachuntersuchungen ein Ärgernis waren. Schließlich verlangte der TÜV für seine medizinisch-psychologischen Gutachten circa 280.- DM.¹⁰⁷ Es ging in der Debatte also nicht mehr um das Grundrecht, überhaupt Auto fahren zu dürfen, wie 1970, sondern es ging um eine erneute Lockerung der Gesetzeslage, besonders wenn jahrelang der Beweis für Verantwortungsbewusstsein durch unfallfreies Fahren geleistet worden war.

Der DDB setzte sich daraufhin dafür ein, dass für den Erhalt des Führerscheins fortan nur noch ein fachärztliches Gutachten nötig sei und das medizinisch-psychologische Gutachten für alle Diabeteskranken entfalle. Die Initiative des DDB zeigte sich erfolgreich und 1982 wurde eine neue Richtlinie vom Regierungsbeauftragten für Belange für Behinderte und dem Verkehrsministerium erlassen, die dieser Forderung entsprach. Für alle Diabeteskranken genügte nun ein fachärztliches Gutachten und die diskriminierenden, umgangssprachlich "Idiotentests“ genannten Gutachten für insulinabhängige Diabeteskranken wurden mit sofortiger Wirkung abgeschafft. Die alte Richtlinie hätte nicht mehr den „medizinischen Standards“ entsprochen, die neue dagegen basiere auf „neusten Erkenntnissen der Diabetologie“.¹⁰⁸ Durch die Formulierung ist klar, dass auch bei diesem Schritt zu einer verbesserten Lebensqualität die Diabetolog_innen sich erneut für ihre Patient_innen eingesetzt hatten. Noch deutlicher wird dies in einem Artikel von führenden Diabetolog_innen zum Thema einige Monate später: „Leider“ würden in manchen Gegenden die Behörden immer noch medizinisch-psychologische Untersuchungen fordern, obwohl das Verkehrsministerium längst empfahl, von dieser „Unzumutbar[keit]“ abzusehen. Anschließend wandten sich die Ärzt_innen ganz deutlich an ihre Patient_innen: „Falls solche Untersuchungen noch von Ihnen verlangt werden, sollten Sie sich dagegen wehren“.¹⁰⁹ Es lässt sich festhalten, dass die aktive Unterstützung der Diabetolog_innen zum Thema Fahrtüchtigkeit von Diabeteskranken während des gesamten Untersuchungszeitraums präsent ist. Die neue Regelung

¹⁰⁶Ebd., S.21.

¹⁰⁷DDB (1980), S.498.

¹⁰⁸DDB (1982), S.167f, Zitat siehe S.167.

¹⁰⁹Berger, M, Broermann, C, Chantelau, E, et al. (1983), S.28-32, alle Zitate siehe S.31f.

wurde nach wenigen Monaten zufriedenstellend angewandt¹¹⁰ und bis zum Januar des Jahres 1989 lassen sich keine Berichte mehr zu diesem Thema Fahrerlaubnis im *Diabetes Journal* finden. Auslöser für den dritten Höhepunkt der Diskussion um den Führerschein der Diabeteskranken war ein Bericht der Süddeutschen Zeitung vom September 1989, in dem proklamiert wurde, die EG (Europäischen Gemeinschaft) -Kommission wolle eine europaweit einheitliche Regelung für den Führerschein durchsetzen. Der Entwurf sähe vor, allen insulinpflichtigen Diabeteskranken die Fahrerlaubnis zu entziehen.¹¹¹ Als die Chefredaktion drei Monaten später Stellung zu diesem Thema bezog, merkte sie, sichtlich um Gelassenheit bemüht, an, dass die Regierung auf Nachfrage die Gerüchte nicht bestätigt hätte und man berichten würde, sobald man „Genaueres“ wisse.¹¹²

Die Aufklärung erfolgte wiederum drei Monate später, wobei in der Zwischenzeit keine Artikel zu dem Thema erschienen, weder von Ärzte- noch von Vereinsseite. Die Chefredaktion konnte schließlich vermelden, dass das die „Gerüchte“ falsch seien und die neue Regelung im Wesentlichen mit der alten übereinstimme.¹¹³ Es würde nach zwei Gruppen eingeteilt: Gruppe 1, die den Führerschein für den privaten Gebrauch von PKWs bzw. Motorrädern beantragte, brauche ein Gutachten vom Facharzt. Gruppe 2, die den Führerschein als LKW- oder Busfahrer beantrage, brauche ein ausführliches Gutachten.¹¹⁴

Wie bemüht die Redaktion war, keine große Debatte auszulösen, wird auch daran deutlich, dass man keine Berichte von Ärzt_innen findet, die Stellung zum Thema beziehen. Da die Regelung inhaltlich im Prinzip der derzeit geltenden Richtlinie entsprach, an der die Mediziner_innen ja maßgeblich mitgearbeitet hatten, gab es auch keinen Grund, sich von Ärzteseite aus erneut dazu zu äußern.

Die heutige Regelung geht auf diejenige von 1990 zurück: Diabeteskranken werden beim Erhalt des Führerscheins immer noch in die beiden genannten Gruppen eingeteilt. Für die private Nutzung sieht die Leitlinie vor, dass die Diabeteskranken darin geschult

¹¹⁰Mehnert, H., Standl, E., Storch, A. (1989), S.538.

Die Redaktion spricht von der bisherigen als „gut funktionierende Regelung“.

¹¹¹Ebd., S.538.

¹¹²Ebd., S.538.

¹¹³Mehnert, H., Standl, E., Storch, A. (1990), S.4.

¹¹⁴Ebd., S.4.

sein müssen, eine Unterzuckerung zu erkennen und angemessen reagieren zu können, spezielle Tests oder Gutachten sind aber nicht mehr erforderlich, egal ob die Patient_in insulinpflichtig ist oder nicht. Für die Nutzung von LKWs über 3,5t oder die Personenbeförderung ist zusätzlich zur Sensibilität für Hypoglykämien ein Nachweis einer stabilen Stoffwechsellage über drei Monate erforderlich.¹¹⁵

3.1.2 Verbeamtung (bis 1973)

Ganz ähnlich wie bei den Anstrengungen um mehr Gleichberechtigung der Erteilung der Fahrerlaubnis verlief der Kampf um mehr Gleichberechtigung bei der Verbeamtung. Auch an dieser Fallstudie wird der Aspekt der Fürsorge und Solidarität der Diabetolog_innen deutlich. Der Dialog, der sich im *Diabetes Journal* nachverfolgen lässt und nachfolgend beschrieben wird, macht deutlich, dass Ärzt_innen und Patient_innen bei der rechtlichen Verbesserung der Lebensumstände eng zusammenarbeiteten. Die Diabetolog_innen unterstützten auch beim Thema Verbeamtung den DDB mit medizinischen Fakten bei der Durchsetzung seiner Ziele:

Zu Beginn des Untersuchungszeitraums 1970 stand das Thema der Verbeamtungen sehr weit oben auf der Agenda des DDB. Dabei häuften sich Artikel von Fällen, in denen Diabeteskranke aufgrund ihrer Erkrankung gar nicht verbeamtet oder in speziellen Fällen nicht in den öffentlichen Dienst aufgenommen wurden, weil nach den damaligen Richtlinien für die Beschäftigung von Diabeteskranken im Staatsdienst mit „frühzeitiger Invalidität“ zu rechnen war.¹¹⁶ Der DDB schrieb 1970 diesbezüglich einen offenen Brief an den Bundeskanzler und beklagte darin, dass private und öffentliche Arbeitgeber Diabeteskranken oft die Anstellung und insbesondere die Verbeamtung verweigerten.¹¹⁷

Auch bei diesem Kampf stellten sich die Ärzt_innen hinter ihre Patient_innen: Prof. Mehnert, ein angesehener Diabetologe, der 1971 festes Mitglied des medizinischen Beirats des DDB war, schrieb in einem Artikel, er wisse nicht, warum den Diabeteskranken immer noch solche Schwierigkeiten bei der Verbeamtung gemacht würden;

¹¹⁵Ebert, O. (2017), S. 59f.

¹¹⁶DDB (1970), S.XXIX.

¹¹⁷DDB (1970), S.XXI.

einen „gewichtigen medizinischen Grund [...] [gäbe] es hierfür jedenfalls nicht“. ¹¹⁸ Ein weiterer Arzt erinnerte daran, dass in den USA Diabeteskranke seit 1941 ohne „negative Entwicklungen“ in den Staatsdienst aufgenommen würden ¹¹⁹ während ein anderer schrieb, es würde „keinen Zweifel [geben], dass Diabetiker oft an ihrem Arbeitsplatz Überdurchschnittliches leisten“ würden und „ihre Arbeitsmoral und ihre Zuverlässigkeit“ besonders hervorgehoben werden müssten. ¹²⁰ Wie bei der Diskussion um die Fahrerlaubnis wurden von den Diabetolog_innen wissenschaftliche Studien zur Untermauerung ihrer Argumentation herangezogen. Die Unterstützung für ihre Patient_innen war auch beim Thema der Verbeamtung ein großes Anliegen der Ärzt_innen und ihre Motivation waren Empathie und der Glaube an ihre Patient_innen. ¹²¹

Zwischen 1970 und 1971 wurden zwölf Berichte zum Thema Verbeamtung und Jobsuche veröffentlicht. Hier berichtete der DDB, dass aufgrund des Gesuchs an den Bundeskanzler die Bundesregierung Hilfe in Aussicht gestellt hätte ¹²² und ergänzte einige Monate später, dass sich der Innenminister den Problemen annehmen wolle. ¹²³ Gegen Ende des Jahres 1971 war das Versprechen der Regierung in die Tat umgesetzt worden und die neue „Richtlinie für die Beschäftigung von Diabetikern als Beamte im öffentlichen Dienst“ wurde vorgestellt. Sie war von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) erarbeitet worden, der Fachgesellschaft für Diabetologie, die sich seit ihrer Gründung 1964 für die Forschung sowie die Fort- und Weiterbildung der Diabetolog_innen in der BRD einsetzt und sich auch politisch bei der Entwicklung von Leitlinien zum Thema Diabetes engagiert. ¹²⁴

Die neue Richtlinie formulierte klar, dass ein genereller Ausschluss medizinisch nicht gerechtfertigt sei und alle gut eingestellten Diabeteskranken, egal ob insulinpflichtig oder nicht, für eine Verbeamtung infrage kämen. Lediglich bereits auftretende Vorläufer von Spätschäden seien ein Ausschlussgrund. Beim Antrag müsse des Weiteren ein ärztliches Zeugnis über die Stoffwechsellage und die Kooperationsbereitschaft des Diabeteskranken vorgelegt werden und die Bewerber müssten sich in der Regel alle drei

¹¹⁸Mehnert, H (1971), S.47-49, Zitat siehe S.48.

¹¹⁹Kurow, G (1972), S.279f, Zitat siehe S.280.

¹²⁰Lübken, W. (1973), S.19f, Zitat siehe S.19.

¹²¹So schrieb Lübken weiter, er würde sich persönlich immer freuen, wenn Vorurteile widerlegt würden. (Zitat: Ebd., S.19.)

¹²²DDB (1970), S.XXV.

¹²³DDB (1971), S.XXI.

¹²⁴Unbekannt: Über uns, (siehe Internetquelle).

Monate einer medizinischen Kontrolle unterziehen.¹²⁵

Der Einsatz der führenden Diabetolog_innen der DDG trug maßgeblich zur Verbesserung der Situation bei, denn von 1972 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums 1990 wurde das Thema Verbeamtung nur in insgesamt vier Artikeln angesprochen. In einem davon betonte der federführende Diabetologe, dass die Diabeteskranken über die Kooperationsbereitschaft und ihre Selbstdisziplin nun selbst über ihr Schicksal entscheiden könnten¹²⁶, in einem weiteren Bericht appellierte er an die Diabeteskranken „verantwortungsbewusst mit ihren Rechten“ umzugehen.¹²⁷ Auch an dieser positiven Entwicklung der Situation der Diabeteskranken hatten die Diabetolog_innen federführend mitgewirkt und ihre »Schützlinge« unterstützt. Aus den letzten Zitaten geht allerdings auch die damit verbundene Erwartungshaltung an die Diabeteskranken hervor: Jeder hätte eine Eigenverantwortung und müsse verantwortungsvoll damit umgehen. 1983 wurde von einer Überarbeitung der Richtlinie berichtet: Der Ausschlussgrund einer Verbeamtung, dass bereits „Spätschäden“ erkennbar seien, wurde auf Probleme an Augen und Nieren beschränkt und es wurde erstmals vorgeschrieben, welche Untersuchungen genau für das ärztliche Zeugnis benötigt wurden. Die neue Regelung wurde von den Diabetolog_innen der Redaktion des *Diabetes Journals* als „erfreuliche Verbesserung“ begrüßt.¹²⁸ Diese Reaktion bestätigte erneut, dass das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen von aktiver Unterstützung Patient_innen durch ihre der Ärzt_innen geprägt war.

Der Artikel von 1983 ist der letzte, der sich im *Diabetes Journal* bis Ende des Untersuchungszeitraumes 1990 zum Thema Verbeamtung findet. Der DDB und die betroffenen Diabeteskranken in der BRD waren hier augenscheinlich mit der letzten Richtlinie zufrieden. Wie auch die Zunahme ihrer Rechte beim Erhalt der Fahrerlaubnis, hatten die Diabeteskranken auch die Verbesserungen der Rechtslage bei Verbeamtungen nicht zuletzt dem politischen Gewicht ihrer Ärzt_innen zu verdanken.

Es lässt sich festhalten, dass die Themen Verbeamtung und Führerschein phasenweise intensiv diskutiert wurden. Was die Fahrerlaubnis betraf wurden die Diabetes-

¹²⁵DDB (1971), S.XXXIXf.

¹²⁶Kurow, G. (1972), S.279f.

¹²⁷DDB (1974), S.XIXf. Zitat siehe S.XX.

¹²⁸Berger, M., Broermann, C., Chantelau, E., et al. (1983), S.28-32. Zitat siehe S.29.

kranken in der BRD selbst aktiv und wehrten sich gegen die diskriminierenden Untersuchungen. Mithilfe der Diabetolog_innen und des DDBs konnten neue Richtlinien durchgesetzt werden, von denen Diabeteskranke noch heute profitieren. Etwas anderes gestalteten sich die Vorgänge beim Thema Verbeamtung: Nachdem auf Drängen der Patient_innen, des DDBs und der Diabetolog_innen 1971 eine erste Richtlinie, die die Verbeamtung ermöglichte, erarbeitet wurde, lassen sich keine Belege für eine Unzufriedenheit der Diabeteskranken bezüglich der Regelung für eine Verbeamtung im *Diabetes Journal* finden.

Die Mediziner_innen spielten bei der Vertretung der Interessen ihrer Patient_innen eine wichtige Rolle. Sie überzeugten die Politiker mit sachlichen, Argumenten auf wissenschaftlicher Ebene. Die solidarische Unterstützung der Diabetolog_innen für ihre Patient_innen war also eine Facette der Arzt-Patienten-Beziehung, die das Verhältnis bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes 1990 prägte und eine Konstante bildete. Um jedoch in einem weiteren Schritt zu verstehen, welche dynamische Weiterentwicklung (vom paternalistisch geprägten zum patient_innenorientierten Verhältnis) sich abspielte, soll dieses paternalistische und konservative Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zunächst einmal beschreiben werden. Dieses kann zum Untersuchungsbeginn 1970 besonders gut mit einem Lehrer-Schüler-Verhältnis verglichen werden:

3.1.3 Lehrer-Schüler-Verhältnis (1970-1974)

Zwischen 1970 und 1974 finden sich 87 Artikel, vor allem Berichte, Fragen, Schulungen und Anzeigen, die Rückschlüsse auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zum damaligen Zeitpunkt zulassen. Besonders in den 46 Schulungsartikeln wird die Einstellung der Mediziner_innen zu ihren Patient_innen deutlich. Weitere 25 Beiträge, die von Ärzt_innen und Professor_innen geschrieben wurden (wovon der überwiegende Teil als Gastautoren publizierte), verdeutlichen ihre Erwartungen an die Diabeteskranken in der BRD. Und in weiteren 16 Artikeln lässt sich die Einstellung der Diabeteskranken zu ihren Ärzt_innen herauslesen. Hiervon wiederum sind 13 Artikel Leserbriefe oder Leserfragen und bei drei Beiträgen handelt es sich um Mitteilungen des DDB zur Lage der Diabeteskranken. Aufforderungen wie „Vertrauen Sie Ihrem Arzt und nützen Sie alle Möglichkeiten, sich zu schulen [...] [und beherzigen] Sie die ärztlichen

Verordnungen“¹²⁹ geben dabei beispielsweise die Vorstellungen der Ärzteschaft über eine Musterpatient_in preis. Auf der anderen Seite verraten Formulierungen wie „Unsere Aufgabe [als Eltern eines diabetischen Kindes] ist es – natürlich mit ärztlicher Hilfe – dafür zu sorgen, dass unser Kind weder in eine [...] [Überzuckerung, noch Unterzuckerung] gerät“¹³⁰, dass die Betroffenen diesen Aufforderungen »obrigkeitshörig« nachkamen („*natürlich* mit ärztlicher *Hilfe*“).

Im Anschluss folgt nun die Analyse des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses in den Jahren 1970 bis 1974.

Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis in der Bundesrepublik war zu Beginn des Untersuchungszeitraumes noch klassisch paternalistisch geprägt: Für die Ärzteschaft besaß der perfekte Arzt neben einem „enormen Wissen“ und einem „warmem Herz“ vor allem eine „feste Hand“¹³¹. Die Heilkunst gehörte dabei „zu den ehrwürdigsten und göttlichen Tätigkeiten“¹³² und während sich die Idealvorstellung im allgemeinen auf die antiken Werte des Arztes besann, um sich von der Medizin im dritten Reich abzugrenzen¹³³, definierten sich die Diabetolog_innen eher als »Lehrer_innen«:¹³⁴ Auch so waren sie geachtete Respektspersonen und trafen alle Entscheidungen. Dem Patienten gaben sie »Hausaufgaben«: Diät halten, den Blutzucker kontrollieren und das Sportprogramm oder die Insulindosis dementsprechend anzupassen. Die Schulungen, die die Diabetolog_innen ihren Patient_innen angediehen ließen, stellten dabei eine Besonderheit und einen Fortschritt zu mehr Eigenverantwortung dar: Hilfe zur Selbsthilfe war auf allgemeiner Ebene noch ungewöhnlich für das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis.

Allgemein lässt sich festhalten, dass auch wenn die Patient_innen genauso von der paternalistischen Beziehung geprägt waren und mehrheitlich großen Respekt vor den Ärzt_innen hatten, so machten Umfragen deutlich, dass sich die Bevölkerung auch allmählich kritisch mit den Mediziner_innen auseinandersetzte.¹³⁵ Diese kritische Aus-

¹²⁹Mehnert, H. (1971), S.47-49. Zitat s. S. 49.

¹³⁰Bürger-Büsing, H. (1971), S.67f.

¹³¹Laib, C. M. S. (2017), S.101.

¹³²Ebd., S.101.

¹³³Ebd., S110f.

¹³⁴Siehe Anmerkung 165.

¹³⁵Ebd., S.111.

einandersetzung mit bestehenden Ordnungen lässt sich vor dem Hintergrund der Protestwelle des Jahres 1968 einordnen. Die deutsche Historikerin Gilcher-Holtey kommt in ihren Untersuchungen zu den Auswirkungen der Proteste zu dem Schluss, dass die Proteste zusammengefasst eine „Wahrnehmungsrevolution“ mit der Leitprämisse der Mit- und der Selbstbestimmung darstellten¹³⁶, die zur Liberalisierung der Gesellschaft führte.¹³⁷ Die Allgemeinmediziner_innen setzten sich ab 1970 in einer „intensiven Diskussionen“ mit den „Nachwehen der 68er-Revolution“ auseinander¹³⁸ und konstatierten dabei hauptsächlich, wie ungerechtfertigt die mediale Kritik gewesen sei. Dagegen gab es unter den Diabetolog_innen zwei unterschiedliche Arten, mit dem zunehmenden Selbstbewusstsein der Patient_innen umzugehen:

Eine kleine Gruppe setzte sich zögerlich für mehr Eigenverantwortung der Diabeteskranken ein, indem sie sie ermutigten, sich im eigenen Interesse so viel Wissen wie möglich über ihre Krankheit anzueigenen: Professor Mehnert, ein geachteter Diabetologe, der gleichzeitig Chefredakteur des *Diabetes Journals* war, schrieb: „Sie sollten erkennen, daß [sic] ein Diabetiker, der gut über seine Krankheit Bescheid weiß und in der Behandlung aktiv mithilft, damit die Grundlage für ein langes und beschwerdefreies Leben gewonnen hat“¹³⁹. Motiviert von ärztlicher Fürsorge war aber auch Mehnert ein Kind seiner Zeit, denn er schrieb weiter: „Vertrauen Sie Ihrem Arzt und nützen Sie alle Möglichkeiten, sich zu schulen und sich fortzubilden. Beherzigen Sie die ärztlichen Verordnungen und die Ratschläge, die ich Ihnen heute geben durfte“.¹⁴⁰ Die Betonung der genauen Befolgung der ärztlichen Anweisungen verrät, dass auch für ihn der Arzt eine Autoritätsperson sein sollte. Der Raum zwischen Fürsorge, Eigenverantwortung und ärztlicher Autorität wurde weiter ausgelotet und dabei rückten langsam moderne Ansätze in den Vordergrund: In einem anderen Beitrag hieß es: „Gute Diabetesbehandlung ist vor allem geschickte Handhabung der Diät, und die Diäteinhaltung bleibt trotz aller ärztlichen Fürsorge der Eigenverantwortung der Diabetiker überlassen.“¹⁴¹

Die weitere kleine Gruppe von Diabetolog_innen, wehrten sich wortgewandt gegen die

¹³⁶Gilcher-Holtey, I. (2016), S.7-12.

¹³⁷Dabei beeinflussten „1968“ nachhaltig den Journalismus, das Theater und das Fernsehen. Siehe hierzu: Vogel, M. (2013), S.81.

¹³⁸Laib, C. M. S. (2017), S.145.

¹³⁹ Mehnert, H. (1971), S.49.

¹⁴⁰Siehe Anmerkung 105.

¹⁴¹ Lübken, W. (1971), S.362-365. Zitat siehe S. 365.

aufkommenden allgemeinen Liberalisierungsbestrebungen der Patient_innen in Westdeutschland: Auch diese Fraktion agierte zwar edukativ und schulte ihre Patient_innen, jedoch äußerte sie sich immer wieder skeptisch über zu viel Eigenständigkeit der Patient_innen und wollte am streng paternalistischen Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis festhalten. Dabei lässt sich nicht mehr nachvollziehen, ob es sich bei den konservativ eingestellten Diabetolog_innen etwaig vor allem um ältere Ärzt_innen handelte.

Vertreter dieser konservativen Gruppe schrieben beispielsweise: „Langjährige Patienten glauben manchmal, sie könnten einer regelmäßigen Kontrolle entraten; sie sind doch wie sie sagen schon halbe Fachleute geworden. Eine solche Auffassung ist kurzfristig und kann schlimme Folgen nach sich ziehen“.¹⁴² Ein anderer Diabetologe schrieb in einem Schulungsbericht über die verschiedenen Insulinsorten: „Sie selber brauchen nicht zu wählen. Nun ja: Das können Sie auch nicht. Etwa: Herr Doktor, dieses Insulin möchte ich, soll gut sein... Er muss Sie dann zart anlächeln, weil er es eigentlich doch ein wenig genauer weiß“.¹⁴³ Der Verfasser verbat sich jeglichen Zweifel an der fachlichen Kompetenz und reagierte mit der Wahl seiner Formulierung hämisch und herablassend. Und auch Dr. Helmuth Rottenhöfer, ein Diabetologe, der selbst auch diabeteskrank war¹⁴⁴ und regelmäßig für das *Diabetes Journal* schrieb, hielt nichts von »aufsässigen« Patient_innen: Auch er betonte: „Ob ein- oder zweimal gespritzt werden muss, bestimmt Ihr eigener Diabetes, ferner Ihr Arzt und leider nicht Sie.“ Explizit formulierte er weiter, was er vom Mitspracherecht der Patient_innen hielt: „Vielleicht besitzen aber auch Sie ein wenig Mitbestimmung: Durch Ihre Diätdisziplin“.¹⁴⁵ Mitbestimmung definierte Dr. Rottenhöfer also als Umsetzung der ärztlichen Anweisungen zuhause. An ein partnerschaftliches Verhältnis auf Augenhöhe war hier nicht zu denken. Die Diabetolog_innen behandelten ihre Leser_innen immer wieder ein wenig demütigend.

Gemessen an der Gesamtzahl der Schulungsartikel stellen diese zwei Beispiele aber eine Ausnahme dar. Die meisten Diabetolog_innen, die für das *Diabetes Journal* schrieben, verfassten neutrale Beiträge und nutzten dabei Formulierungen, die keine

¹⁴²Kloppe, W. (1970), S.441-443. Zitat s. S441.

¹⁴³Rottenhöfer, H. (1971), S.52-56. Zitat siehe S.55.

¹⁴⁴Sein Buch „Betrachtungen des Saccharias Zuckerlmeier zum Diabetes“ trägt den Untertitel „Ein unwissenschaftlicher Beitrag eines diabetischen Arztes“.

¹⁴⁵Ebd. S.56.

Rückschlüsse auf ihre Meinung zum Thema Patientenrechte zuließen. So hieß es zum Beispiel: „Der Diabetiker darf keinen Beruf ergreifen, in dem er für die Beförderung vieler Menschen im Verkehr verantwortlich ist.“¹⁴⁶ Die Aussage ist sachlich, aber bestimmt formuliert, was typisch für diesen Zeitraum war. Denkbar wäre schließlich auch eine warnende und erziehende Formulierung wie »*Keinesfalls* darf ein Diabeteskranker einen Beruf ergreifen, in dem er für die Beförderung vieler Menschen verantwortlich ist, da es zu *gefährlich* wäre und außerdem *unverantwortlich*«. Genauso wäre auch eine empathische und aufbauende Formulierung möglich gewesen, wie zum Beispiel: »*Leider* darf ein Diabeteskranker keinen Beruf ergreifen, in dem er für die Beförderung vieler Menschen verantwortlich ist. *Glücklicherweise* gibt es eine Vielzahl an derer Berufe, die sich ideal mit den besonderen Anforderungen des Diabetes mellitus vereinbaren lassen«. Der gewählte distanzierte und emotionslose Schreibstil war typisch für das *Diabetes Journal* zu Beginn der 1970er Jahre. Unhöfliche Töne wie in den letzten Beispielen waren Ausnahmen. Trotzdem finden sich zu späteren Zeitpunkten keine derartig herablassenden Formulierungen mehr, was ebenfalls einen Wandel des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses belegt. Natürlich gilt es aber auch sich vor Augen zu führen, dass sich das *Diabetes Journal* als offizielles Organ des Selbsthilfevereins Deutscher Diabetiker-Bund kein Interesse daran hatte, seine Leser_innen zu verärgern.

Im Folgenden soll nun dieser distanzierte und neutrale Schreibstil der Mehrzahl der »Lehrer-Diabetolog_innen« betrachtet werden.

3.1.1.1 Ärzte als Lehrer (1970-1974)

Die meisten Ärzte, die für das *Diabetes Journal* schrieben, bemühten sich, die Patienten genauestens aufzuklären und ihnen dadurch ein einfacheres und auf lange Sicht beschwerdefreies Leben zu ermöglichen. In jeder Ausgabe des *Diabetes Journals* gab es einen Aufklärungsbeitrag, der unter der Rubrik „Schulung“ veröffentlicht wurde. Im Gegensatz zu den Artikeln heute ähnelten die meisten Artikel Fortbildungsberichten aus Fachzeitschriften für Diabetolog_innen oder sachlichen Medizinlehrbüchern: Die

¹⁴⁶Mehnert, H. (1971), S.47-49. Zitat s. S. 47.

Texte arbeiteten mit vielen Fachbegriffen und waren sehr nüchtern geschrieben. Die Autoren beschränkten sich auf neutrale Tatsachenbeschreibung. Als Beispiel für einen typischen Beitrag dieser Zeit soll ein Artikel eines Arztes dienen, der erklärt, wie die Muskulatur, und damit Sport, den Zuckerstoffwechsel beeinflusst. Er schrieb: „Die Muskulatur ist das größte Organ des menschlichen Organismus. Ungefähr 30-40 Prozent des Körpergewichts entfallen auf die Muskulatur, das heißt, bei einem Normalgewichtigen [...] 70 Kilogramm schweren Mann beträgt die Muskelmasse 21 bis 28 Kilogramm. Die Muskulatur hat im wesentlichen [sic] zwei Aufgaben zu erfüllen. [...]“.¹⁴⁷ Ein derartiger Stil erinnert eher an die Ansprache eines Hochschullehrers an Medizinstudenten, als an einen Arzt, der sich mit allgemeinverständlichen Worten an seine Patient_innen wendet. Nicht nur die sprachliche Formulierung der Beiträge ähnelte eher einem Lehrbuch, auch das Layout der Artikel mit biochemischen oder anatomischen Skizzen und tabellarischen Zusammenfassungen trugen zu diesem Eindruck bei.

Betrachtet man diesen Sachverhalt vor dem Hintergrund der Literatur um Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis¹⁴⁸, so lässt sich konstatieren, dass durch Sprache Dominanz über eine andere Person ausgeübt werden kann. Das Verwenden von Fachausdrücken seitens des Arztes ist ein explizites Beispiel für dieses Verhalten. Der Arzt könne dadurch bewusst oder unbewusst seine „hierarchisch bessere Position“ unterstreichen.¹⁴⁹ Selbst die progressiveren Ärzt_innen des *Diabetes Journals* fanden im Lehrer-Schüler-Verhältnis also eine Möglichkeit, weiterhin an ihrer übergeordneten Position festzuhalten.

Aus einem anderen Artikel geht hervor, wie wohl sich die Diabetolog_innen längst in ihrer Rolle als Lehrer_innen fühlten: Ein Autor schrieb, dass ein Lehrer-Schüler-Verhältnis zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen wünschenswert, aber gerade mit älteren Diabeteskranken oft schwierig herzustellen sei.¹⁵⁰ Das läge vor allem daran,

¹⁴⁷Dieterle, P. (1972), S. 366-368, Zitat siehe S. 366.

¹⁴⁸Peters, T. (2008).

¹⁴⁹Ebd., S.18-47. Zitat siehe S.18.

¹⁵⁰Kurow, G. (1972), S. 406.

dass die älteren Typ II Diabetiker „ihre eingeschliffene[n] Verhaltensweise wie ‚gutes‘ Essen und Trinken nicht ohne zwingende Motivation“ aufgaben.¹⁵¹ Da sie den Diabetes auch nicht zum Beispiel durch Schmerzen wahrnahmen, sei die Krankheit für diese Patienten „äußerst zweifelhaft“¹⁵² und die Mitarbeit und Umsetzung der ärztlichen Verordnungen nicht vergleichbar mit den „Lernvoraussetzungen“ bei echten Schülern.¹⁵³

In einem Artikel, in dem ein Autor Stellung zu Diabetikerschulungen nahm, finden sich sogar erste kritische Auseinandersetzungen mit dem Thema Pädagogik: Seiner Meinung nach bräuchte ein Arzt „Zeit und Geduld und ein gewisses Maß an pädagogischer Führung“ während der Instruktionen.¹⁵⁴ Am geeignetsten seien dabei Gruppenschulungen. Des Weiteren müsse sich der Arzt Gedanken machen, inwieweit die Schulung vom Patienten verstanden wurde und welche didaktischen Fehler man vermeiden müsse.¹⁵⁵ Dabei verdeutlicht das Vokabular eindrucksvoll, wie sehr sich die Diabetolog_innen in ihre Rolle als Lehrer_innen eingefunden hatten und sich bereits selbstkritisch mit dieser auseinandersetzten.

Die Leser_innen des *Diabetes Journals* wurden von allen Diabetolog_innen regelmäßig daran erinnert, die ärztlichen Verordnungen genau zu befolgen. Anhand dieser Aussagen zeigt sich, dass es zu Beginn der 1970er Jahre durchaus Ärzt_innen gab, die um ihre übergeordnete Position kämpften und für die die vermehrte Eigenständigkeit der Patient_innen durchaus ein emotionales Thema war.

Ebenso fühlten sich die Ärzt_innen von Werbeanzeigen spezieller diätischer Nahrungsmittel in ihrer Autorität untergraben. So erwähnten Diabetolog_innen in ihren Berichten, dass sie sich immer wieder mit Diabeteskranken auseinandersetzten müssten, die, angeregt durch Werbung für Insulin, Tabletten oder Diätkost, ganz andere Vorstellung von dem Ablauf ihrer Therapie hatten, als die Ärzt_innen.¹⁵⁶ Wie die Historikerin Ulrike Thoms in einer Untersuchung zum Verhältnis von Wissenschaft und Öffentlichkeit darstellt, entwickelt Aufklärung von Laien zur Vermarktung neuer Medikamente

¹⁵¹Ebd., S.406.

¹⁵²Ebd., S.406.

¹⁵³Ebd., S.404.

¹⁵⁴Neumann-Mangoldt, P. (1970), S.98f.

¹⁵⁵Ebd., S. 98.

¹⁵⁶Rottenhöfer, H. (1971), S. 55.

oder Nahrungsmittel immer eine Eigendynamik. Diese kann durchaus kritisch bewertet werden, da sie die komplexen wissenschaftlichen Zusammenhänge nur in sehr stark vereinfachter Form für ihr Publikum darstellt.¹⁵⁷ Vor diesem Hintergrund ist zu erklären, wieso sich die Diabetolog_innen kritisch über diverse Anzeigen äußerten, die auf selbstständige Auswahl von Medikamenten und Nahrungsmittel setzten.¹⁵⁸

Auffällig und daher erwähnenswert ist, dass die Diabetolog_innen ihre Aufforderung, weiterhin genau ihre Verordnungen zu befolgen, nur äußerst selten Nachdruck verliehen, indem sie den »Ungehorsamen« mit Folgeschäden des Diabetes drohten, wie man erwarten könnte. Leider findet sich nur eine einzige, beiläufig erwähnte Bestätigung hierfür in einem Artikel von 1972 und das ohne Begründung: „Auch das Angstmotiv Komplikationen hat sich für das pädagogische Repertoire der Diätberatung als wenig wirksam erwiesen.“¹⁵⁹

3.1.1.2 Diabeteskranke als Schüler (1970-1974)

Aus den Leserbriefen zwischen den Jahren 1970 und 1976 geht hervor, dass die Patient_innen ihre Rolle als »brave Schüler« annahmen.

In ihren Briefen an die Redaktion wurden das Verhältnis und die Therapieentscheidungen des Arztes von den Patient_innen nicht hinterfragt. Es fällt auf, dass manche Leser jegliche Änderungen ihres Diätplanes mit ihren Ärzt_innen besprechen wollten. Ein Leser fragte, welche Weinsorten genau bei der diätischen Kost erlaubt seien¹⁶⁰, ein anderer, ob er neben der Diabetesdiät auch vegetarisch leben könnte.¹⁶¹ Aus einem weiteren Brief geht hervor, dass ein Leser sogar bereit war, einen neuen Beruf zu erlernen, wenn ihm der Arzt dazu räte.¹⁶² Eine besorgte Mutter beschrieb, durch welche diätischen Maßnahmen sie versuchte, Blutzuckerschwankungen ihres diabetischen Kindes auszugleichen und fragte, ob sie es richtig mache. Die Antwort war sachlich;

¹⁵⁷Thoms, U. (2007), S. 75-96. Siehe v.a. S.90.

¹⁵⁸Siehe Anmerkung 109.

¹⁵⁹Kurow, G. (1972), S. 404-406. Zitat und Ausführung siehe S. 406.

¹⁶⁰K., L. (1970), S.192.

¹⁶¹S., H. (1970), S.312.

¹⁶²K., E. (1970), S.389f.

die Mutter wurde weder gelobt oder ihr Mut zugesprochen, sie wurde aber auch nicht für ihr eigenständiges Eingreifen getadelt.¹⁶³

Ein Patient stellte sich als »Musterschüler« heraus und fordert „Lernbereitschaft“ von den anderen Diabeteskranken. Der Diabetes sei ein „Nebenberuf“, bei dem die Zuckerwerte regelmäßig kontrolliert und notiert werden müssen. Das sei „eine Sache von wenigen Minuten, aber lebenswichtig!“ Die Diät einzuhalten und sich zu bewegen, verstehe sich von selbst, hielt er fest.¹⁶⁴

Ein anderer schrieb zum Thema Eigenständigkeit durch Blut- beziehungsweise Harnzuckerselbstkontrolle: „Warum sich damit belasten? Habe ich dafür nicht meinen Hausarzt, der meinen Körper kennt und dem ich bezüglich seiner ärztlichen Maßnahmen volles Vertrauen entgegenbringen kann?“¹⁶⁵

Interessant ist auch die Kritik eines Lesers an „stundenlange[n] Wartezeiten, kurze[n] Beratungs- oder Besprechungszeiten, Überforderung in speziellen Sachfragen usw.“, denn er bemerkt gleich: „All das ist wohlgemerkt nicht unbedingt dem Arzt anzulasten, die Zeitumstände in der Praxis zwingen zu manchen Konzessionen und Kompromissen“.¹⁶⁶

Dass es aber auch »faule Schüler« gab, die ihre Eigenverantwortung nicht besonders ernst nahmen, berichtete eine Diabetesberaterin. Sie erzählte, dass manche Patienten erst drei Tage vor dem nächsten Arztbesuch mit der Diät begännen und am Tag vorher gar keine Kohlenhydrate, sondern nur noch Sauerkraut zu sich nähmen. So sei „der Blutzucker immer gut und der Doktor [...] zufrieden...“.¹⁶⁷ Aus dem Bericht geht hervor, dass die Autorin die Ursache für schlechte Umsetzung der Diät hauptsächlich im Zeitmangel und in der Uneinsichtigkeit der Ärzte, sich einfach auszudrücken, sah.

Zusammenfassend lässt sich beobachten, dass es motivierte Diabetolog_innen gab, die sich mit dem Thema der pädagogischen Führung auseinandersetzten und so versuchten, sich ihren Patient_innen anzunähern. Diese Art, sich Gedanken zu machen, wie man seinen Patient_innen auf ihrem derzeitigen Standpunkt »abholt«, stellt eine Form der Empathie dar, eine Facette der Arzt-Patienten-Beziehung, über die sich die Diabetolog_innen aber erst zehn Jahre später bewusst wurden.¹⁶⁸

¹⁶³F., H. (1970), S.474.

¹⁶⁴Weber, K. (1972), S.369.

¹⁶⁵Willms, H. (1970), S.XXVIIIf.

¹⁶⁶Pahlow, P. (1970), S.XXXI.

¹⁶⁷Romeick, M. (1975), S.132f. Zitat siehe S. 133.

¹⁶⁸siehe Kapitel 3.4.3 *Veränderungen auch für Typ-II-Diabetiker* sowie 3.5.3 *Veränderter Umgang mit Psychologie Ende der 1980er Jahre*.

In den Jahren 1970 bis 1974 glich das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis also einem Lehrer-Schüler-Verhältnis. Im *Diabetes Journal* gibt es in dieser Zeit keine Hinweise auf Bewegungen, die die Ausbildung einer neuen, selbstbewussteren Identität der Diabeteskranken erahnen lässt. Anstöße dieser Art finden sich ab 1974 in Form einer Diskussion über Patientenrechte, die schließlich in einer Veränderung der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung gipfelte. Diese Diskussion soll im Folgenden Kapitel ausführlich beleuchtet werden.

3.2 Patientenrechte in der Veränderung (ab 1974)

Aus dem vorherigen Kapitel geht hervor, dass das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen den Diabetolog_innen und den Diabeteskranken zu Beginn des Untersuchungszeitraumes konservativ und paternalistisch geprägt war, wenngleich die solidarische Unterstützung für die Diabeteskranken im gesamten Untersuchungszeitraum eine konstante Facette in deren Beziehung darstellte.

Die folgenden Fallbeispiele zeigen nun dagegen die dynamische Weiterentwicklung – vom paternalistisch geprägten zum patient_innenorientierten Verhältnis.

Dabei wird gezeigt, wie es zu einer Stärkung der Patientenrechte kam, von wem diese ausging und gegen welche Widerstände sie durchgesetzt wurde. Außerdem soll die Patientenrechtsbewegung der Diabeteskranken in die allgemeine Patientenrechtsbewegung eingeordnet werden.

3.2.1 Der Gedanke der Partnerschaftlichkeit (1974 bis 1980)

Der Deutsche Diabetiker Bund sprach bereits 1970 von einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen autoritärem Lehrer und gehorsamem Schüler:

„Während bei vielen Krankheiten [...] noch eine abgegrenzte Information des Patienten üblich erscheint, bemühen sich die Ärzte bei Zuckerkranken um eine

weitgehende Aufklärung [...], da sie in der Lage sein sollten, die jeweiligen Reaktionen ihres Stoffwechsels zu erkennen, um dazu beizutragen, dass zur rechten Zeit sinnvolle Maßnahmen ergriffen werden können. Je intensiver eine Zusammenarbeit des stoffwechselefahrenen Arztes mit einem interessierten und gut geführten Diabetiker ist, umso größer der Nutzen im Hinblick auf die Verständigungsmöglichkeiten der Partner“.¹⁶⁹

Zu einer Zeit in der das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis, wie in den obigen Kapiteln beschrieben, im Allgemeinen konservativ paternalistisch geprägt war¹⁷⁰, übernahm der DDB damit eine Vorreiterrolle: Er reihte sich in die Bewegungen auf allgemeiner Ebene für mehr Mitbestimmung der Patient_innen ein. Die Formulierung „interessierte[r] und gut geführte[r] Diabetiker“ deutet aber auch darauf hin, dass sich die Diabeteskranken nach Meinung des DDBs die partnerschaftliche Zusammenarbeit durch Selbstdisziplin erst verdienen mussten. Die Liberalisierung sollte also nicht bedingungslos erfolgen. Außerdem wurde in dem Artikel von verschiedenen Fällen berichtet, in denen die Krankenkassen sich weigerten, die Kosten für die Selbstkontrolle zu übernehmen. Die Idee eines Vorteils durch eine starke Zusammenarbeit zwischen Diabetolog_innen und Diabeteskranken, entstand also auch aus der Not heraus.

Bis das Wort „Zusammenarbeit“ oder „Partner“ aber auch von den Diabetolog_innen verwendet wurde, dauerte es jedoch zunächst vier weitere Jahre. Damit begann 1974 allerdings gleich eine ganze Serie von Artikeln im *Diabetes Journal*, in denen die Diabetolog_innen aktiv um ein partnerschaftliches Verhältnis warben. Es ist dabei auffällig, dass es zunächst keine echte Diskussion zwischen Diabetolog_innen und ihren Patient_innen gab: Die diabeteskranken Leser_innen äußerten sich lange gar nicht und die Initiative ging klar von der Ärzteschaft aus, auch wenn die Artikel, die hauptsächlich von Gastautoren verfasst wurden, zunächst noch rar und die Begriffe noch zurückhaltend verwendet wurden.

„Die richtige Diagnose zu stellen, ist die erste Pflicht des Arztes [...]. Alles weitere [sic]

¹⁶⁹DDB (1970), S.XIV.

¹⁷⁰Ebd., S. XIX: „Während bei vielen Krankheiten aus den verschiedensten Gründen auch heute noch eine abgegrenzte Information des Patienten üblich erscheint [...]“.

Es sei noch einmal erwähnt, dass es eine erste zaghafte Emanzipationsbewegung bereits in den 1950er Jahren gab, die aber das paternalistische Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in nicht maßgeblich veränderten (siehe hierfür Prüll, C.-R. (2012), S.60).

liegt nun in der Zusammenarbeit von Arzt und Patient, von Zusammenwirken von Wissen, Können und Geduld des Arztes mit dem Wollen, dem Vermögen und dem Vertrauen des Patienten“, schrieb ein Mediziner und betonte gleichzeitig, dass mit dem Privileg auch gewisse Pflichten einhergingen. Er beschrieb weiter, dass die Diätschulung für die Ärzt_in seiner Meinung nach das „schwierigst[e] Problem in der Zusammenarbeit“ sei. Sie sei „häufig sicher mühevoller und ohne Zweifel auch erfolgloser [...], als einem Kind das Lesen und Schreiben beizubringen“, führte er aus. Auch für den Patienten ergäben sich Schwierigkeiten, denn „dieser Lernprozess [sei] verbunden mit gutem Willen, vielen Mühen, manchen Härten und einigem Umlernen“.¹⁷¹ Diese harte und auffällig emotionale Formulierung beweist, dass sich das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis seit 1970-1974 zu verändern begann. Der Schreibstil war nicht länger distanziert und neutral und der Autor gestand am Ende sogar verständnisvoll ein, dass die Krankheit eben auch für die Patient_innen eine Herausforderung sei. Die Veränderung liegt genau in dieser Empathie: Zwischen 1970 und 1974 zeigten die Ärzt_innen (bis auf eine Ausnahme¹⁷²) kaum Bemühungen, den Diabeteskranken emotional entgegenzukommen, ihnen Mut zuzusprechen und ihre Patient_innen auch psychisch zu unterstützen. Es gab keine herzlichen, aufbauenden Worte oder Verständnisbekundungen in schwierigen Situationen.

Da sich nur vereinzelt Artikel zum Thema der partnerschaftlichen Beziehung finden, kann aber noch nicht von einem vollzogenen Wandel die Rede sein. Es lässt sich nur der Beginn des Umdenkens festhalten: 1978 griffen auch die damaligen Chefredakteure des *Diabetes Journals* die Idee auf und schrieben: „Der Arzt ist in Wirklichkeit längst zum Bündnispartner des chronisch Kranken geworden“. Weitere Bündnispartner seien „der Chefarzt, die Diätberaterin, der Sozialhelfer und ganz besonders der Ehegatte“. Für die Chefredaktion, die 1978 aus drei Münchener Diabetesspezialisten und einem Laien zusammengesetzt war¹⁷³, bildete „die enge Beziehung zwischen dem Kranken und seinem persönlichen Arzt“ die Achse des Bündnisses, „um die herum sich die anderen gruppieren“. Die Bündnispartner seien dabei nicht „beliebig austauschbar, und der ‚persönliche Arzt‘ [...] schon gar nicht“. Auch sie betonten wieder, dass dieses „therapeutische Bündnis“ sich dadurch auszeichne, dass jeder einzelne Rechte und

¹⁷¹Weinges, K. (1974), S. 351f. Alle Zitate siehe S. 351, letztes Zitat S. 351 und S. 352.

¹⁷²Mehnert, H. (1971), S.47-49.

¹⁷³Diabetes Journal 28 (1978), H.1, S.3.

Pflichten habe.¹⁷⁴

Die Diabetolog_innen stellten das Verhältnis zu ihren Patient_innen als harmonisches Miteinander dar, indem sie nicht zuletzt die Bemühungen des Diabeteskranken um seine Lebensbewältigung positiv hervorhoben: „Heute kann man noch lange nicht jedem chronisch kranken Menschen mit diesem ‚therapeutischen Bündnis‘ kommen, dem Diabetiker wohl; denn er ist [...] recht vernünftig und pflichtbewusst. [...] Respektpersonen sind die Beteiligten, der Kranke eingeschlossen, sowieso“. Nicht nur auf Respekt, auch auf einem viel tieferen Vertrauen, „als es sich bei bloßer ‚Laufkundschaft‘ entwickelt“, gründe diese Partnerschaft.¹⁷⁵

In demselben Artikel versuchen die Autoren auch, mit einem alten Klischee aufzuräumen: „Gerade der chronisch Kranke soll wissen, dass der Doktor niemals ein allwissender Göttervater ist. Dann hat er es auch nicht mehr nötig, ihm ein Schnippchen zu schlagen oder die Verordnungen überhaupt zu ignorieren“.¹⁷⁶

Die Tatsache, dass die Autoren die gute, partnerschaftliche Beziehung mehrfach betonen, wirkt verdächtig: Warum dieses massive Umwerben der Diabeteskranken? Schließlich sieht die Realität oft umgekehrt aus, wenn etwas immer wieder betont wird.

Um die Brisanz der veränderten Haltung der Diabetolog_innen zu ihren Patient_innen zu betonen, sollen jedoch zunächst weitere Beispiele aufgeführt werden, wie die Ärzt_innen um das Vertrauen der Diabeteskranken warben:

Die behandelnde Ärzt_in und die Patient_in arbeiteten „in gleicher Weise“ daran, die Zuckerkrankheit in eine „bedingte Gesundheit“ umzuwandeln, erwähnt beispielsweise ein Mediziner beiläufig in einer Schulung.¹⁷⁷ Der Preis für das einhergehende, erhöhte Maß Selbstbestimmung wird gleichzeitig auch immer wieder betont: die eigene Verantwortung der Patienten: „Der Arzt kann aber hier, wie auch in allen anderen Dingen, stets nur raten und den rechten Weg weisen. Den Weg gehen, muss der Patient selber.“¹⁷⁸

Wieder andere Diabetolog_innen gingen sogar noch weiter. Prof. Dr. Rüdiger Petzold, Chefarzt der Diabetesklinik Bad Oeynhausen (heute Herz- und Diabeteszentrum Nord-

¹⁷⁴Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H. (1978), S.5.

¹⁷⁵Ebd., S.5.

¹⁷⁶Ebd., S.5.

¹⁷⁷Dieterle, P. (1975), S.123.

¹⁷⁸Gries, F. (1975) S.102.

rhein-Westfalen) und bis 2015 als „ständiger Mitarbeiter“ des *Diabetes Journals* aufgezählt¹⁷⁹, schrieb, es sei nicht übertrieben zu behaupten, „der Diabetiker ist sein ... [sic] Arzt!“. Diabetiker seien auf ihr eigenes Wissen und Können angewiesen, da die Untersuchungen bei den Diabetologen nur in gewissen Abständen erfolgten. Er betonte aber auch, dass diese Eigeninitiative nur dann von Vorteil für Diabeteskranke sei, wenn sie nicht bedeutete, „der Diabetiker [sei] sein ‚einziger‘ Arzt“. Da die meisten Patient_innen eher „schlechte Ärzte“ sein, ermutigte er die Leser mit einem Zitat von Francis Bacon: „Wissen ist Macht“, schrieb er, was auch für den Diabetiker und seine Krankheit gelte.¹⁸⁰

Die Eigenverantwortung wurde nicht nur betont, manche Mediziner_innen drohten auch mit ihr: „Der Überschlaue, der da glaubt, dem Doktor unvermerkt ein Schnippchen schlagen zu können, indem er dessen Verordnungen nicht befolgt, betrügt sich selbst“, wurde gemahnt, gleichzeitig aber auch wieder an das Vertrauen erinnert: „Arzt und Patient sollte ein partnerschaftliches Verhältnis verbinden. Sie ziehen beide an einem Strick, verfolgen das gleiche Ziel“.¹⁸¹

Während die Diabetolog_innen das partnerschaftliche Verhältnis zwischen ihnen und ihren Patient_innen immer wieder betonten, fällt auf, dass sich die Patient_innen bis 1980 überhaupt nicht dazu äußerten – weder in Leserbriefen noch Erfahrungsberichten.¹⁸² Diese Tatsache verwundert und verlangt nach Ursachenforschung.

3.2.1.1 Biguanid-Verbot als Ursache für Werbung um Partnerschaft

Als das massive Werben der Diabetolog_innen im *Diabetes Journal* um das Vertrauen der diabeteskranken Leser_innen 1978 seinen Höhepunkt erreichte, wurde ein weit verbreitetes und häufig von den Diabetolog_innen verordnetes Antidiabetikum vom Markt genommen. Die allgemeinen Zeitungen und Zeitschriften reagierten darauf mit einer regelrechten Verleumdungskampagne gegen die gesamte Ärzteschaft und un-

¹⁷⁹Diabetes Journal 24 (1974), H.11, S. 383.

¹⁸⁰Petzoldt, R. (1974), S. 393.

¹⁸¹smog (1979), S.306.

¹⁸²Siehe hierfür Kapitel 3.2.1.4 *Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung aus Sicht der Diabeteskranken*.

terstellten den Ärzt_innen, für eigene finanzielle Interessen das Wohl ihrer Patient_innen aufs Spiel gesetzt zu haben. Um die Hintergründe für diese »Verleumdungskampagne« genauer zu verstehen, soll zunächst die Medikamentengruppe der Biguanide vorgestellt werden, bevor der Presseskandal und die unmittelbare Reaktion der Diabetolog_innen darauf aufgezeigt werden soll.

3.2.1.2 Biguanide

Biguanide sind seit 1929 zugelassene blutzuckersenkende Tabletten für Diabetes- kranke vom Typ II.¹⁸³ Ihre Wirkungsweise kann in fünf Punkten zusammengefasst werden: Die Zahl der Insulinrezeptoren bzw. die Kohlenhydrataufnahme in die Muskula- tur¹⁸⁴ und allgemein in die Körperzellen wird erhöht, (zusätzliches) Insulin aus dem Pankreas, also der Bauchspeicheldrüse, wird freigesetzt, die Kohlenhydrataufnahme aus dem Darm ins Blut wird gehemmt und die Glukoneogenese, das heißt die Zuckerneu- bildung, in der Leber wird herabgesetzt.¹⁸⁵ Ganz allgemein führen alle diese Wirkme- chanismen dazu, dass der Blutzucker gesenkt wird.

Die Nebenwirkungen der Biguanide bestehen in der Ansammlung von Laktat (Milch- säure), im Blut. Die Indikation wird daher im Jahr 1975 schon streng eingegrenzt: nur Patienten ohne Nieren-, Herz-, oder bronchiale Beschwerden, durften das Medikament nehmen und zwar hauptsächlich in Kombination mit Sulfinylharnstoff, einem anderen blutzuckersenkenden Medikament, das am häufigsten verschrieben wurde.¹⁸⁶ Wie er- wähnt wurden die Biguanide 1978 wegen diesen Nebenwirkungen, die zum Teil letale Konsequenzen hatten, bis auf das Metformin, vom Markt genommen.¹⁸⁷

In der Tatsache, dass deutsche Diabetolog_innen Medikamente verschrieben, die den Patient_innen potentiell schaden könnten, fand die deutsche Presse einen vielverspre- chenden Skandal. Schließlich hatte sich seit den 1960er Jahren bestätigt, dass hohe Verkaufszahlen durch Kritik an der Ärzteschaft erzielt werden konnten.¹⁸⁸ Negative Be- richterstattung über die Mediziner_innen in der BRD war außerdem ein medialer Trend

¹⁸³Ebd., siehe S.548.

¹⁸⁴Ebd., S.548.

¹⁸⁵Brandner, B., Hillebrand, B., Kraus, B. et al. (1985), S.416.

¹⁸⁶Ebd., S.416.

¹⁸⁷Ebd., S.416.

¹⁸⁸Laib, C. M. S. (2017). S.108-112.

geworden¹⁸⁹ und so verwundert es nicht, dass sich die Presse auf den vermeintlichen Skandal stürzte. Im nächsten Kapitel soll nun ausgeführt werden, wie die jahrelange negative Berichterstattung die Öffentlichkeit teilweise erheblich beeinflusste und Misstrauen unter den Patient_innen schürte.

3.2.1.3 Skandal (1976-1978) führt zu Misstrauen gegenüber den Ärzten

Um zu verstehen, welchen Einfluss die mediale Verleumdungskampagne auf die Patient_innen hatte, soll zunächst der Umfang der negativen Berichterstattung der Massenmedien aufgezeigt werden:

Stehr untersuchte in ihrer Dissertation von 1984, die medizinische Berichterstattung anhand des Nachrichtenmagazins *Der Spiegel*. Ihre Wahl fiel auf *Den Spiegel*, da sich das Magazin an ein „eher intellektuelles Publikum“ wende und nicht aus jeder Nachricht „eine Sensation“ mache, sondern gut recherchierte Fakten darstellen wolle.¹⁹⁰ Auch für diese Arbeit sind die Berichte des *Spiegels* interessant, da ein Leser im *Diabetes Journal* Stellung zu diesen bezieht. Stehr kommt zu dem Schluss, dass es ab 1968 einen Umbruch in der medizinischen Berichterstattung gab. Es wurde zunehmend über unmoralische Ärzte berichtet, die sich lediglich selbst bereichern wollten, von grob fahrlässigen Kunstfehlern und in vielen Beiträgen wurde an die ärztliche Mitschuld an der Euthanasie im Dritten Reich erinnert.¹⁹¹ Stehr beobachtete den Höhepunkt 1972 und stellte fest, dass die negativen Schlagzeilen auch 1984 noch „verbreitet“ waren.

Auch der deutsche Historiker Nils Kessel hielt in seiner Untersuchung zum Thema »Umgang mit Arzneimittelschäden im Jahr 1971« fest, dass es seit den 1960er Jahren ein „offensichtlich vorhanden[es] Interesse der Presse an unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln“ gab.¹⁹² Für dieses Interesse sah er drei Ursachen:

Zunächst hätte die Contergan-Affäre 1961 (die im Folgenden noch genauer beschrei-

¹⁸⁹Stehr, B. (1984), S.1f, u. S.29. Außerdem: Rottwinkel, P. (1977), S.328.

¹⁹⁰Stehr, B. (1984). S.4.

¹⁹¹Ebd., S.1f u. 29.

¹⁹²Kessel, N. (2009). S.289.

ben wird) in den 1960er und 1970er Jahren zu einem neuen Verständnis von „Arzneimittelsicherheit als [...] *politisches* [sic] Thema“ geführt.¹⁹³ Dieser Wandel sei auch die Ursache für eine Veränderung des „bis dato rücksichtsvolle[n] Umgang[s] der Presse gegenüber politischer Stellen“ gewesen.¹⁹⁴

Kessel führte als zweiten Grund für das mediale Interesse an Arzneimittelskandalen an, dass es in der Bundesrepublik in den 1960er Jahren „eine Reihe [...] weiterer Arzneimittelskandale“ gegeben hatte, die die öffentliche Aufmerksamkeit erregten. So wurden zwei Appetithemmer und fünf Antibabypillenpräparate wegen ihrer schweren Nebenwirkungen vom Markt genommen.¹⁹⁵

Als dritte Ursache nennt Kessel die Auswirkungen der „68er-Revolte“, deren direkter Effekt auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis ebenfalls zu einem späteren Zeitpunkt noch genau beschreiben wird.¹⁹⁶ Junge Ärzt_innen und Wissenschaftler_innen in der BRD schlossen sich zu »Expertengruppen« zusammen und konkurrierten mit den etablierten Spezialist_innen.¹⁹⁷ Gerade diese junge Generation war überzeugt, die Arzneimittelgefahren „nicht nur innerhalb wissenschaftlicher Zirkel“ zu debattieren, sondern an die breite Öffentlichkeit zu tragen.¹⁹⁸ Einzelne Vertreter nutzten die Medien gezielt als Plattform, um ihre Erkenntnisse zu veröffentlichen und gleichzeitig ihre Meinung dazu zu verbreiten. Zuletzt gab Kessel zu bedenken, dass auch die „Akteure“ hinter der Presse, also die Journalist_innen, „– oft im gleichen Alter wie die ärztlichen Aktivisten – einen ‚engagierten‘ Journalismus vertraten“.¹⁹⁹ Damit spielte er auf den sich in diesen Jahren verschärfenden Generationenkonflikt an, spezifischer, dass sich politisch motivierte Vertreter der Nachkriegsgeneration in allen Bereichen des öffentlichen Lebens mit der bestehenden Ordnung auseinandersetzten. Diese Auseinandersetzung hielt auch in die Medizin und den Journalismus Einzug.²⁰⁰

Im Jahre 1976 stürzte sich die Presse also auf den medizinischen Skandal der Biguanid-Derivate: Vor allem in der „Laienpresse“ wurde über die „großen Gewinne“ der

¹⁹³Ebd., S.289.

¹⁹⁴Ebd., S.289.

¹⁹⁵Ebd., S.290.

¹⁹⁶Siehe hierfür *Kapitel 3.4.4 Fazit: Altersklassendifferenzierung*.

¹⁹⁷Kessel, N. (2009). S 290-293.

¹⁹⁸Ebd., S.292.

¹⁹⁹Ebd., S.293.

²⁰⁰Siehe hierfür *Kapitel 3.1.3 Lehrer-Schüler-Verhältnis (1970 bis 1974)*.

Pharmaindustrie durch den Verkauf von Biguaniden berichtet, obwohl diese „nicht helfen“ würden, sondern sogar „schädlich“ seien.²⁰¹ Die Einnahme der Medikamente könne letale Folgen haben, berichteten die Medien und verunsicherten so zahlreiche Diabeteskranken.²⁰²

In der Stellungnahme der Chefredaktion wehrten sich die Redakteure (und damit die federführenden Diabetesspezialisten) gegen diese Vorwürfe, gaben aber zu bedenken, dass „auch mit solchen Berichten Geschäfte mit der Angst von kranken Menschen gemacht“ würden und „die Darstellungsweise einiger Aussagen schlichtweg irreführend oder falsch“ sei. Leider resultiere daraus „eine starke Verunsicherung der betroffenen Patienten und ein wachsendes Misstrauen den behandelnden Ärzten gegenüber.“²⁰³

Dieser Zweifel gegenüber den Diabetolog_innen, die diese in Verruf geratenen Medikamente erst verschrieben, erscheint als plausibelste Erklärung für das massive Werben um ein partnerschaftliches Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis um 1978.

Interessanterweise wurde von Seiten der Diabetolog_innen zunächst nicht weiter auf das Thema der Biguanide eingegangen, sei es, weil man nicht wollte oder weil man davon ausging, bereits alles gesagt zu haben. Unter den Leser gab es jedenfalls einige, denen das Thema Sorge bereitete und die sich in Leserbriefen dazu äußerten: Einer beklagte beispielsweise, dass man das Thema „verdräng[te]“: „Es gibt viele Leute, denen die 'Schreibe' des Spiegels nicht unbedingt gefällt“, schrieb er, trotzdem habe sich der „Kern der Berichterstattung in diesem Nachrichtenjournal als zutreffend herausgestellt“. Außerdem glaube er nicht, dass „auch die Süddeutsche Zeitung ihr Geschäft mit der Angst“ machen wolle, „wenn sie berichtet[e], dass namhafte Hersteller von Pharmazeutika (darunter Boehringer) in Rundschreiben an die Ärzte zur Vorsicht beim Einsatz von Biguaniden geraten“ hätten. „Die Redaktion“ solle es sich „nicht gar so leicht machen“ und behaupten, solche Artikel seien nur aus „Sensationslüsternheit, oder weil man 'Geschäfte mit der Angst' machen wolle, hochgespielt worden.“²⁰⁴

²⁰¹Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H. (1976), S.44.

In einem Bericht des Spiegels vom 01.08.1977 heißt es, man hätte aus der Contergan-Katastrophe nichts gelernt und „[m]it großer Wahrscheinlichkeit habe die Biguanid-Behandlung inzwischen ‚mehr Menschenleben gekostet als gerettet‘: Zwischen 400 und 4000 Diabetiker [...] [würden] nach [...] Schätzungen jährlich in den USA mit Biguaniden zu Tode therapiert.“ In den USA hätte nach wenigen Wochen ein Verbraucheranwalt die „drohende Gefahr für die öffentliche Gesundheit“ beseitigt. Unbekannter Autor: Zweifelhafte Helfer. In: Der Spiegel Heft 32 (1977). S. 129.

²⁰²Jacob, K. (1977), S.94.

²⁰³Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H. (1976), S. 443

²⁰⁴B., K.-H. (1977), S.46.

In der nächsten Ausgabe des *Diabetes Journals* hieß es in einem anderen Leserbrief: „Die Mediziner – auch Internisten – bleiben Erklärungen schuldig.“ Der Verfasser erzürnte sich darüber, dass Diabetesranke als „alltäglich[...]’ vorkommende Erscheinung wie Schnupfen oder der Kopfschmerz nach übermäßigem Alkoholgenuss“ nicht ernst genommen würden und ihm noch kein Arzt „über dieses Präparat [...] Auskunft geben“ konnte.²⁰⁵ Daher lässt sich davon ausgehen, dass das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis aus Sicht vieler verunsicherter Diabetesranke, die sich nicht ernst genommen fühlten, auf einem Tiefpunkt angelangt war.

Als schließlich 1977 mehrere Präparate vom Markt genommen wurden, äußerte sich die Chefredaktion zu ihrer bislang zurückhaltenden Position wie folgt: „Am 1. März 1987 hat eine nochmalige Anhörung von Experten auf dem Gebiet der Biguanide beim Bundesgesundheitsamt in Berlin stattgefunden. Im Anschluss daran empfahl das Bundesgesundheitsamt, die Präparate [...] bis zum 1. Juli 1977 vom Markt zu nehmen.“ Die Chefredaktion informierte ihre Leser also zunächst nur sachlich. Der nächste Satz ließ allerdings vermuten, dass sie sich doch gegenüber der Anschuldigung, man hätte das Thema „verdrängt“ (s.o.), rechtfertigen wollte. „Wie die Leser des *Diabetes Journals* wissen, waren die Biguanide insgesamt wegen der gehäuften Beobachtung von Laktazidosen, das heißt Milchsäurevergiftungen, unter dieser Therapie in die Diskussion geraten“, schrieben die Redakteure, um daran zu erinnern, dass sie ihre Leser durchaus über potentielle Gefahren informiert hatten. Diese gefährliche Komplikation sei „äußerst selten“ und käme vor allem bei der „unsachgemäßen Anwendung“²⁰⁶ vor. Auch diese Aussage klang im Kontext nach Rechtfertigung, wobei der Redaktion sicherlich keine böse Absicht für die späte Warnung zu unterstellen war. Vielmehr ist davon auszugehen, dass lediglich Panik vermieden werden sollte.

Ein Leserbrief einer Patientin des Jahres 1977 bestätigte die weit verbreitete Unzufriedenheit und das Misstrauen vieler Patient_innen außerhalb des *Diabetes Journals* gegenüber ihrer Ärzt_innen: So schrieb sie von einer Zeit „da es Mode zu sein scheint, Ärzte pauschal zu verunglimpflichen“.²⁰⁷ Ihre Aussage reihte sich damit in die Riege der anderen Leserbriefe ein, die Bezug auf die massive, mediale negative Berichterstattung nahmen.

²⁰⁵Jacob, K. (1977), S.94.

²⁰⁶Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H. (1977), S. 148.

²⁰⁷Rottwinkel, P. (1977), S.328.

An dieser Stelle soll an das vorherige Kapitel zum Thema des Biguanidskandals angeknüpft werden. Wie beschrieben hatte die negative medizinische Berichterstattung mit dem Contergan-Skandal 1961 begonnen. Um also das Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft in der BRD gegen Ende der 1970er Jahre zu verstehen, soll die Contergan-Affäre und deren Auswirkungen nun beschrieben werden: Das Schlafmittel Contergan von der Firma *Grünenthal* wurde 1957 auf dem deutschen Markt erstmals zugelassen. Im November 1961 verdichteten sich die Hinweise, dass dessen Wirkstoff Thalidomid gravierende Nebenwirkungen hatte, besonders bei Einnahme während der Schwangerschaft. So wurde ein Zusammenhang zwischen der gestiegenen Zahl an Neugeborenen mit Fehlentwicklungen wie verkürzten bzw. nicht angelegten Gliedmaßen, und dem Schlafmittel Contergan festgestellt.²⁰⁸ Diese Nachricht traf die westdeutsche Gesellschaft völlig unvorbereitet und sorgte für enorme Aufregung. Der deutsche Historiker Alexander von Schwerin analysierte in seiner Arbeit zum Thema Contergan-Skandal die Ursache für diese hohe Aufmerksamkeit. Er kam zu dem Schluss, dass die westdeutsche Bevölkerung, die seit dem wirtschaftlichen Aufschwung hauptsächlich die Vorteile der modern, fortschrittlichen Zivilisation zu spüren bekommen hatte, durch den Contergan-Skandal schlagartig mit deren Risiken konfrontiert wurde.²⁰⁹ Von Schwerin spricht sogar davon, dass „die Massengesellschaft [durch Contergan] ihre Unschuld“ verlor.²¹⁰ So habe mitten im Kalten Krieg „das Szenario [einer] atomare[n] Verseuchung [...] den Erwartungshorizont“ der Bevölkerung gebildet²¹¹, welche Gefahr aber von einem pharmakologischen Mittel ausgehen kann, war der Bevölkerung nicht bewusst gewesen. Der tiefe »Schock« der Bevölkerung sowie die Tatsache, dass die Betroffenen Kinder waren und alle Abschnitte des (sozialen) Lebens noch vor sich hatten, sorgte dafür, dass der Skandal nicht in Vergessenheit geriet.²¹²

In der historischen Aufarbeitung des Themas sind sich die Autoren einig: Der Contergan-Skandal hatten einen „allgemeinen sozialen Wandlungsprozess“ zur Folge.²¹³ So

²⁰⁸von Schwerin, A. (2009), S.255f.

²⁰⁹Ebd., S.258.

²¹⁰Ebd., S.256.

²¹¹Ebd., S.256.

²¹²So kam das Thema Behinderung verursacht durch Contergan immer wieder auf: Bei der Frage der Erziehung und Bildung in Kindergärten und Schulen, bei der Eingliederung auf den Arbeitsmarkt oder beim Erhalt von Sozialhilfe. (siehe Von Schwerin (2009), S.256).

²¹³Ebd., S. 256 und Lenhard-Schramm, N., Großbölting, T. (2017), S. 8.

wurde durch das veränderte Gefahrenbewusstsein eine „Debatte über Arzneimittelsicherheit und -überwachung“ entfacht²¹⁴ und es wurde in einem anderen Ausmaß über die Integration von benachteiligten Gruppen diskutiert, da der Fall Contergan „quer zu den klassischen sozialen wie politischen Konfliktlinien lag“.²¹⁵ Außerdem wurde das Verhältnis von „Fachwissenschaftler[n] und Öffentlichkeit [und] die Deutungsmacht von Experten“ infrage gestellt.²¹⁶ Die Historiker Lehnhard-Schramm und Großbölting gingen sogar noch einen Schritt weiter und schrieben: „Der Medikamentenskandal war [...] Ausdruck und Triebkraft eines allmählichen Aufweichens autoritärer Gesellschaftsstrukturen“.²¹⁷ Durch das Bewusstsein, dass sie nicht „adäquat auf die Entwicklung im Contergan-Skandal reagierten oder reagieren konnten“, hätten Politik, Verwaltung, Justiz und nicht zuletzt auch die Ärzteschaft an Autorität gegenüber der Öffentlichkeit eingebüßt.²¹⁸ Das „gesellschaftliche Gewicht der berichtenden Medien“ sei dagegen gestärkt worden, da diese Missstände anprangerten, was im Endeffekt zur ihrer „eigenen Profilierung beitrug[...]“.²¹⁹

Die beschriebene resultierende Skepsis an der Ärzteschaft und das gestärkte Selbstbewusstsein der Patient_innen²²⁰ in Form von deutlicher Kritik an der Ärzteschaft, kann durch die Leserbriefe zum Biguanidskandal im *Diabetes Journal* und aus den Rechtfertigungsversuchen der Redaktion belegt werden.

Es ergibt sich das Bild eines eher belasteten Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses zwischen 1976 und 1978 und aus den Leserbriefen geht klar eine skeptische Meinung der Diabeteskranken zum Thema „Ärzt_innen“ hervor. Im nächsten Kapitel soll genauer spezifiziert werden, wie ihre Meinung zu den „Diabetolog_innen“ aussah, um die Auswirkungen des Biguanid-Skandals auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis darzustellen.

²¹⁴Ebd., S.10.

²¹⁵Zitat siehe Lehnhard-Schramm, N., Großbölting, T. (2017), S. 11, Vgl.: Von Schwerin (2009), S.256.

²¹⁶Von Schwerin (2009), S.256.

²¹⁷Lehnhard, N., Großbölting, T. (2017), S.13.

²¹⁸Ebd., S.13.

²¹⁹Ebd., S.13.

²²⁰Ebd., S.13.

3.2.1.4 Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung aus Sicht der Diabeteskranken

Der Deutsche Diabetiker Bund, als Anwalt der Diabeteskranken berichtete im Bearbeitungszeitraum immer wieder positiv über sein Verhältnis zu den Diabetolog_innen. In den Begleitbroschüren wurde regelmäßig erwähnt, dass man zufrieden mit der Zusammenarbeit sei²²¹ und erfreut über das Engagement der Diabetolog_innen, sich einzubringen.²²² In vielen Leserbriefen offenbarte sich jedoch, dass nicht wenige Diabeteskranken aber ganz anderer Meinung über das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis waren.

Eine Patientin wandte sich schockiert an den DDB. Sie schilderte ihre Erfahrungen im Krankenhaus, wo keine Diätkost für Diabeteskranken zur Verfügung stand, und wie das Personal darauf reagierte, als sie danach fragte. Sie berichtete: „Oh‘, sagte der Arzt [spöttisch], hier haben wir eine Patientin, die sich für ihre Krankheit interessiert“. Als sie um Vollkornbrot und Quark bat, hätte das Personal ihr geantwortet, das Essen „ist Diät“. Die Leserin empörte sich und kommentierte: „Zum Mittagessen eine große Platte voll Mohrrüben, zwei kleine Fleischbällchen, als Nachtisch Weintrauben (!!), Birnen oder Orangen“. Sie erzählte weiter: „Ich sagte, ob sie nicht wüssten, dass Weintrauben nichts sind für Diabetiker“. Darauf habe sie die gehässige Antwort bekommen: „Diese Weintrauben sind extra für Sie gezüchtet“.“²²³

Der Deutsche Diabetiker Bund äußerte sich entsetzt, distanzierte sich von den Ärzt_innen im Krankenhaus und nahm gleichzeitig die Diabetolog_innen in Schutz: „Man hat uns zu aufgeklärten Diabetikern gemacht, infolgedessen wollen wir auch mitreden dürfen. Ein Diabetologe weiß das. Er will Behandlungspartner des Diabetikers sein.“²²⁴

Mit den Problemen der Diabeteskranken im Krankenhaus setzte sich Prof. Dr. Michael Berger, Chefarzt der Abteilung für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung an der

²²¹DDB (1973), S.lf.

²²²DDB (1975), S.XXXIII-XXXV: „Unsere Ärzte bemühen sich, durch eine gezielte Aufklärungsarbeit in der Praxis, zwischen Arzt und Patient einen engen Kontakt herzustellen. Überall dort, wo aus Zeitmangel oder anderen Gründen eine absolute Aufklärungsarbeit nicht erreicht werden konnte, schaltete sich der deutsche Diabetiker-Bund für den Arzt helfend ein. Er betrachtete sich immer als verlängerten Arm des Arztes.“

²²³Unbekannt: Mein Krankenhausaufenthalt vom 29.11-18.12.79. Diabetes Journal 30 (1980), H. 2, S. 65f.

²²⁴DDB (1980), S.66.

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und regelmäßiger Gastautor vor allem für Schulungsartikel im *Diabetes Journal*, ganz konkret auseinander, nachdem weitere Berichte von Diabeteskranken veröffentlicht wurden, in denen sie sich über die Zustände beschwerten. Der Mediziner kam zu dem Schluss, dass der/die Diabeteskranke „freundlich, aber bestimmt“ gewisse Dinge einfordern könne und solle. Wenn man damit keinen Erfolg hätte, solle man sich beschweren und verlangen, dass ein Spezialist hinzugezogen würde“. ²²⁵ Weiter schrieb er: „Sie riskieren zwar, dass Sie durch Ihre Fragen Schwestern und Ärzte verärgern, aber dieses Risiko müssen Sie in Kauf nehmen!“ ²²⁶ Damit stellte er sich klar auf die Seite der Patient_innen. Er nahm seine Kolleg_innen im Krankenhaus nicht in Schutz, sondern machte deutlich, dass das Risiko der Spät-komplikationen der Patient_innen wichtiger sei. Und in der Tat versuchten Diabetolog_innen immer wieder ihre Kolleg_innen über das Thema Diabetes zu informieren, sodass in diesem Punkt Diabetolog_innen und Diabeteskranke klar an einem Strang zogen.

Doch es erschienen auch Berichte, aus denen hervorging, dass nicht alle Diabetolog_innen etwas von partnerschaftlicher Zusammenarbeit hielten und auch langjährigen Patient_innen kein Wissen und Erfahrungen mit ihrer Krankheit zutrauten: Eine langjährige Diabetikerin berichtete von überforderten Ärzten, die ihre „Behandlungsvorschläge“ aber nicht einmal erwogen, obwohl sie gut mit ihrem schwer einzustellenden Diabetes zurechtkam. Sie berichtete von verschiedenen hochmotivierten Ärzten, die sie perfekt einstellen wollten und die ihre Erfahrungen als Patientin nicht interessierten: „Eigentlich hätte ich nach wenigen Tagen nach Hause gehen können. Doch ich war mehrere Wochen dort [...]. Sämtliche Ärzte, die ich in meinem langen Diabetikerdasein traf, haben nämlich den Ehrgeiz, ein ideales Zuckerprofil zu erstellen“, erzählte sie und klagte: „Was habe ich schon wortgewandt meinen Standpunkt versucht anzubringen! Es handeln ja alle in gutem Glauben, was die Sache noch schlimmer macht. Alle haben es eben so gelernt und der Patient ist sowieso höchstens eine Art Halbgebildeter, der nichts wirklich weiß. Dass aber meine vierzig Jahre Erfahrung meiner Krankheit ein tüchtiges Maß an Wissen darstellen, kann ich niemandem klarmachen.“ ²²⁷ In einer Zeit, in der die Chefredaktion von „Bündnispartnern“ auf Augenhöhe schrieb, klangen die

²²⁵Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H., et. (1982), S.275.

²²⁶Ebd., S.276.

²²⁷Kühnel, E. (1983), S.69.

Erfahrungen dieser Diabeteskranken höhnisch.

Ein weiterer großer Kritikpunkt, den viele Patient_innen an ihren Ärzt_innen äußerten, war deren mangelnde Zeit und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden: „Oft hat man den Eindruck, dass der Arzt gar keine Zeit hat. Deshalb fragt man dann gar nicht“, kritisierte ein Patient. „Ich bin dann ungehorsam wenn ich das Gefühl habe, dass den Arzt nur meine Krankheit interessiert, denn ich will als ganzer Mensch gesehen und behandelt werden“²²⁸, gab ein anderer zu. Den Diabeteskranken schien es also wichtig zu sein, von ihren »Ärzte-Partnern« ernst genommen zu werden. Wie entmutigt sie waren, dass dies oft nicht geschah, ging aus einem weiteren Leserbrief hervor: An dem Versprechen, die Ärzt_innen würden sich mehr Zeit für ihre Patienten nehmen, zweifelten viele Leser_innen: „Wir sind allerdings in dieser Hinsicht sehr skeptisch; unsere Erfahrungen mit dem ‚Zeitaufwand‘, den sich Ärzte für ihre Patienten nehmen, sind da zu enttäuschend“, schrieb eine Gruppe Patienten und bezog sich auf die Bekräftigungen der Diabetologen auf dem Diabetiker-Tag in Bremen 1981.²²⁹

Äußerst interessant ist ebenfalls die zweite Aussage zum Kongress in demselben Brief: „In der gesamten Argumentation der Ärzte drückte sich jedoch aus, dass wir Diabetiker gegenüber den Ärzten wie Schüler zum Lehrer stehen! Einige Äußerungen, die ein wirkliches Miteinander von Arzt und Diabetiker ansprachen, erschienen uns doch sehr halbherzig und daher auch wenig glaubwürdig. Wir meinen, dass es Diabetologen – den »normalen« Ärzten sowieso – sehr schwerfällt, dieses Miteinander zu praktizieren“, bemerkt die Gruppe.²³⁰

Die Veränderungen im Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis fanden für die meisten Diabeteskranken im Jahr 1980 also nur auf dem Papier statt. Es gab Zweifel an dem Versprechen einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Patient_innen und Diabetolog_innen. Wie aus den Leserbriefen hervorgeht, ist das hauptsächlich durch ihre negativen Erfahrungen begründet, denn viele fühlten sich von ihrer Ärzt_in nicht ernst genommen.

Ein weiterer Aspekt für die Distanz zwischen Ärzteschaft und Patient_innen ist die medizinische Fachsprache. Zwischen 1976 und 1982 lassen sich bedeutende Unter-

²²⁸T., W. (1981), beide Zitate siehe Seite 511.

²²⁹Musch, W., Schenk, B. (1981), erstes Zitat siehe S. 430, zweites Zitat siehe S.431.

²³⁰Ebd., S.431.

schiede in der Form feststellen, in der die Diabetolog_innen die Diabeteskranken ansprachen. Der veränderte Umgang, seine Ursache und seine Konsequenz sollen im nächsten Kapitel aufgezeigt werden.

3.3 Fachsprache in der Kritik

Die Untersuchungen von Peters (Berlin, 2008), in denen er beschreibt, wie durch Sprache Dominanz über eine andere Person ausgeübt werden kann, ist wissenschaftlich untersucht und belegt.²³¹ Das Verwenden von Fachausdrücken seitens des Arztes sei ein explizites Beispiel für dieses Verhalten. Der Arzt könne dadurch bewusst oder unbewusst seine „hierarchisch bessere Position“ unterstreichen.²³² Selbst die progressiveren Ärzt_innen des *Diabetes Journals* fanden durch das Verwenden von Fachsprache also eine Möglichkeit, weiterhin an ihrer übergeordneten Position festzuhalten. Doch nicht zuletzt wegen des neuen gesellschaftlichen Demokratieverständnisses²³³ hatten auch die Diabeteskranken das nötige Selbstbewusstsein (erneut) einen Umgang auf Augenhöhe auf sprachlicher Ebene einzufordern.

3.3.1 Diskussion um Fachausdrücke

Im Jahre 1976 entbrannte eine längere Diskussion darüber, ob die medizinischen Artikel des *Diabetes Journals* wegen der vielen Fachausdrücke für einen Laien zu schwierig zu verstehen seien. Damit wurde eine alte Diskussion der 1950er Jahre wieder aufgegriffen.²³⁴ Es zeichnete sich ab, dass tatsächlich die Mehrheit der Leser Verständnisprobleme hatte und sich eine einfachere Sprache wünschte: Ein Leser berich-

²³¹Peters, T. (2008).

²³²Ebd.

²³³Siehe Kapitel 3.2.1.3 *Skandal (1976-1978) führt zu Misstrauen gegenüber den Ärzten*

²³⁴So hatte sich im Jahr 1952 ein Gründungsmitglied öffentlich über die „schwere Lesbarkeit der medizinischen Artikel“ beschwert. Die Antwort damals lautete, dass dem Diabeteskranken das „Durcharbeiten“ der Fachartikel durchaus zugemutet werden konnte. Siehe hierfür: Prüll, L.: Die Geschichte des Diabetes. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (Hrsg.): 50 Jahre DDG! Berlin, 2014, S. 26 (Zitat siehe dort).

tete, dass er das *Diabetes Journal* bereits abstellen wollte, da es „zu viele Fachausdrücke“ enthalte.²³⁵ Ein anderer Leser schrieb: „Manchmal kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass Ihre Beiträge zu hochgestochen für Laien sind. Ihre Autoren, die ja meist Wissenschaftler und Ärzte sind, scheinen sich seines Erachtens zu wenig zu bemühen.“²³⁶ Ein anderer Leser bekräftigt den Wunsch nach mehr Verständlichkeit: Auch er müsse „leider öfters feststellen“, dass er „den einen oder anderen der immer sehr interessanten Beiträge nicht verstehe“, weil ihm „das dazu notwendige medizinische Vokabular“ fehle.²³⁷

Interessanterweise meldeten sich schließlich auch Leser_innen zu Wort, die den anderen Diabeteskranken widersprachen: In einem Brief hieß es, die Sprache sei sogar oft „laienhaft“ und der Verfasser implizierte, dass für wirklich an ihrer Krankheit interessierte Diabeteskranke auch die Ausdrucksweise der Diabetolog_innen kein Problem sei. Vor allem die Deutschen als „Dichter und Denker“ müssten sich auch mit sprachlich anspruchsvollen Texten auseinandersetzen.²³⁸ Darauf nahm ein weiterer Leser Bezug und schrieb: „Dieser Artikel darf nicht unwidersprochen bleiben“. Die deutschen Dichter und Denker hätten damit nichts zu tun.²³⁹

Wieder ein anderer gab zu bedenken: „Manchen Lesern ist das medizinische Vokabular einzelner Beiträge unverständlich. Das mag zunächst stimmen. Es ist aber doch zu bedenken, dass es sich zwar nicht um ein „Ärzteblatt“, aber auch nicht um eine „Gartenlaube“ handelt, sondern um eine Fachzeitschrift. Ich möchte diese jedenfalls auch weiterhin in der Art haben, wie sie bisher war“.²⁴⁰

Es lässt sich also eine spannende Diskussion verfolgen. Viele Leser nahmen Bezug auf andere Leserbriefe, gaben ihnen Recht oder widersprachen diesen.²⁴¹ Die Idee eines Lesers für einen Kompromiss beendete schließlich vorerst die offene Diskussion: Er schlug vor, am Ende jeden Heftes eine Liste abzdrukken, in der die Bedeutung der Fachausdrücke nachgeschlagen werden könnten.²⁴² Drei Monate später, im Dezem-

²³⁵Freckmann, F. (1976), S.444, Und: Benndorf, W. (1977), S.94. Und: Jäger, E. (1977), S.184.

²³⁶S.,B.: (1977), S.2.

²³⁷Benndorf, W. (1977), S.94.

²³⁸L., H. (1977), S.46.

²³⁹Jäger, E. (1977), S.184.

²⁴⁰Schultz, H (1977), S. 231.

²⁴¹Jäger, E. (1977) S. 184: „Dieser Artikel darf nicht unwidersprochen bleiben.“

²⁴²W., H. (1977), S.328.

ber des Jahres 1977 griff schließlich auch die Chefredaktion das Thema auf: „Grundsätzlich gilt es zu überlegen: Enthält das Diabetes-Journal zu viel oder zu wenig Fachbeiträge“. Außerdem baten sie ihre Leser um deren Meinung, ob einige Aspekte der Krankheit zu oft oder zu selten thematisiert würden. Durch die Diskussion wird noch einmal deutlich, welche wertvolle Quelle das *Diabetes Journal* darstellt. Als „Organ“ des Deutschen Diabetiker Bundes, musste die Redaktion einerseits auf die Bedürfnisse ihrer Mitglieder und Schützlinge eingehen, andererseits bei der Zusammenarbeit mit den Diabetolog_innen auch auf deren Wünsche und Vorstellungen Rücksicht nehmen. Heute kann so anhand schriftlicher Quellen nachvollzogen werden, wie diesen Parteien eine akzeptable Lösung für beide Beteiligten aushandelten.

3.3.2 Messbare Konsequenz: Weniger Fachausdrücke

Eine Fremdwörterliste am Ende jeder Ausgabe wurde zwar nicht abgedruckt, jedoch zog die Diskussion ab 1978 eine auffallende Konsequenz nach sich: Die Themen der Schulungen enthielten fortan zwar denselben Inhalt und man verzichtete auch nicht auf Neuigkeiten in der Diabetesforschung, allerdings fanden sich weniger Fachausdrücke und diese wurden häufig in Klammern stehend direkt erklärt. In einem Bericht heißt es beispielsweise: „Bei anderen, häufigen Erkrankungen [...], kommt es dagegen meist zu einer Verschlechterung der sogenannten Glucosetoleranz, d.h. zu einem Blutzuckeranstieg und vermehrter Glucoseausscheidung im Urin.“²⁴³ Der Fachausdruck Glucosetoleranz wurde entsprechend direkt erklärt. Noch deutlicher wurden die Bemühungen, inhaltlich weiterhin hohes Niveau in verständlicher Sprache auszudrücken in einem anderen Beitrag, in dem es um den Zusammenhang von Blutzucker und Blutfetten ging: „Zwischen dem Kohlenhydrat- und dem Lipid (=Fett-) -Stoffwechsel bestehen engste Beziehungen“, hieß es. Und weiter schrieben die Autoren, dass „Übergewicht oder falsche Ernährung [...] Diabetes mellitus und die Hyperlipoproteinämie (=Erhöhung der Blutfettwerte) provozieren“ könnten und übersetzten auch hier die verwendeten Fachausdrücke unmittelbar.²⁴⁴ Vor der Diskussion der Leser_innen, waren Fachausdrücke teilweise gar nicht erklärt worden.

²⁴³Haslacher, C. (1978), S.176.

²⁴⁴Seidel, D. (1978), S.100.

Zum direkten Vergleich sollen zwei Schulungsartikel zum Thema Diät dienen. In einem Artikel von 1970 hieß es:

„In ihrer Zusammensetzung muss die Diabetesdiät alle individuellen Anforderungen berücksichtigen, sonst könnte der Diabetiker nicht leistungsfähig bleiben. [...] Es hat sich als günstig erwiesen[,] wenn Diabetiker ihr Körpergewicht im Verhältnis zu ihrer Körpergröße im unteren Bereich der Norm halten. Die vielen übergewichtigen Diabetiker müssen unter allen Umständen versuchen, ihr Normalgewicht zu erreichen, da sonst die Krankheit einen ungünstigen Verlauf nehmen kann. [...] Unsere Nahrung besteht aus drei Grundnährstoffen, nämlich aus Kohlenhydraten, Eiweißen und Fett. Jeder Grundnährstoff hat einen bekannten Brennwert, sodass wir berechnen können, wie viele Kalorien ein Gramm Kohlenhydrate, ein Gramm Eiweiß oder ein Gramm Fett enthalten.“²⁴⁵

Auffällig ist hier stellvertretend für die anderen Artikel vor Beginn der Diskussion 1976 die unpersönliche und eher komplizierte Ausdrucksweise sowie die Beschreibung eines leistungsfähigen Idealzustandes, wie wir später noch sehen werden. Im Vergleich dazu formulieren die Autoren 1981, also vier Jahre nach dem Höhepunkt der Diskussion um die Fachausdrücke 1977, denselben Sachverhalt wie folgt:

„[Es] wird zunächst eine genaue Diätanamnese erhoben; das heißt der Nahrungsbedarf und die Essgewohnheiten des Patienten werden festgestellt. [...] Diese einzelnen Faktoren müssen aufeinander abgestimmt werden, damit der Patient sich wohlfühlt und seine Krankheit gut behandelt ist[...]. In unserer Nahrung liegen Kohlenhydrate in Form von Zucker oder in Form von Stärke vor. Man könnte die Kohlenhydrate ebenso gut auch ‚Zuckerstoffe‘ nennen, da sie alle aus einzelnen Zuckerbausteinen zusammengesetzt sind.“²⁴⁶

Die Autoren betonten verstärkt das Wohlbefinden der Patient_innen, nicht die Leistungsfähigkeit, sie heben die gute Behandlungsmöglichkeit hervor, nicht den „ungünstigen Verlauf“. Der Begriff »Kohlenhydrate« wurde genau erklärt, außerdem wurde ein Beispiel angebracht, was bis dahin nur äußerst selten zur Veranschaulichung verwendet

²⁴⁵Appels, A., Roth, U. (1970), S.16.

²⁴⁶Ebd., S.513.

wurde: „Im Folgenden gehen wir von einem Patienten aus, der zweimal täglich Insulin spritzt [...]. Dieser Patient muss morgens spätestens 15 Minuten nach dem Spritzen essen, weil [...]“.²⁴⁷ Heutzutage greift man gerne zu Beispielpersonen, gibt ihnen Namen und baut eine Geschichte um sie auf, um das Interesse zu wecken und das Gehirn auf emotionaler Ebene anzusprechen. So lässt sich ganz klar nach 1977 ein Wandel in der Art, wie die Patienten angesprochen wurden beobachten, und man kam den Bitten nach einfacher und verständlicher Sprache nach. Die Überlegenheit der Ärzt_innen über ihre Patient_innen, die durch für Laien unverständliche Fachausdrücke aufgebaut und unterstrichen wurde, wie die deutsche Linguistin Helgard Lörcher in ihren Untersuchungen zur Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation beschreibt, wurde also aufgegeben.²⁴⁸

Und auch ein zweites Beispiel verdeutlicht die Bemühungen der Diabetolog_innen, sich mehr auf ihre Patient_innen einzulassen: In einem Artikel zum Thema Sport und Diabetes von 1975, also vor dem Anstoß zu mehr Verständlichkeit, wurde die blutzuckersenkende Wirkung durch Bewegung wie folgt erklärt: „Muskeltätigkeit führt zu einer Verbesserung der Glucosetoleranz und Senkung des Insulinbedarfs zur Stabilisierung der Stoffwechsellage. Nach längerem Training ist ein erniedrigter Insulinspiegel auch in Ruhe nachweisbar, ohne daß [sic] sich dadurch die Zuckertoleranz verschlechtert.“²⁴⁹ Die Aussage, dass durch Bewegung der Blutzucker gesenkt werden kann, wurde akademisch versiert formuliert. In einem vergleichbaren Bericht von 1980, nach der Debatte um einfachere Sprache, formulierten die Gastautoren den Zusammenhang schließlich viel laienhafter: „Der Insulin spritzende Diabetiker macht die Erfahrung, daß [sic] die Insulindosis reduziert werden kann, wenn er sich zusätzlich bewegt. Es kommt zu einer besseren Glucoseverwertung. Einfach gesagt: Die arbeitende Muskulatur verbraucht mehr Traubenzucker als ruhende Muskulatur.“²⁵⁰ Der Sachverhalt wird nicht nur mit einfachen Worten beschrieben, für den Diabetiker wird auch direkt die Konsequenz (geringere Insulindosis nötig) beschrieben.

Sehr auffällig ist nach 1977 auch die Veränderung des Layouts: Zu Beginn der Unter-

²⁴⁷Ebd., S.512f.

²⁴⁸Lörcher, H. (1983), S.18.

²⁴⁹Kindermann, W., Reindell, H. (1975), S.283.

²⁵⁰Mildner, J., Eggstein, M. (1980), S.31.

suchung erinnern die Berichte, wie oben erwähnt, an Medizinlehrbücher. Es gibt lediglich Fließtexte und keine Bilder von einem nachahmenswerten »Lifestyle« oder von glücklichen Menschen, die voller Lebensfreude in die Kamera lachen wie in heutigen Hochglanzmagazinen. Der Text wird lediglich von Tabellen oder Skizzen unterbrochen, die den Inhalt zusammenfassen bzw. grafisch darstellen. Sicherlich ist dieser Wandel eine generelle Veränderung und der Verbreitung des Farbdrucks geschuldet, wodurch das äußere Erscheinungsbild der Zeitschriften ansprechender gestaltet wurde. Dennoch ist der direkte Vergleich der Layouts von Artikel zum selben Thema mit fünf bzw. zwölf Jahren Abstand beeindruckend und zeigt aussagekräftig, wie sich die Art und Weise, die Leser_innen anzusprechen im *Diabetes Journal* verändert hat:

Bis Ende der 1970er Jahre wurden die meisten Berichte, bis auf die Werbung als reine Fließtexte ohne Abbildungen abgedruckt. Ab 1980 dagegen wurden die Artikel von zahlreichen Bildern und Grafiken untermauert und deutlich ansprechender für die Leser_innen gestaltet.

Sowohl das sprachlichen Entgegenkommen als auch die ansprechendere Gestaltung des Layouts belegen, dass die verfassenden Gastautoren und der ärztliche redaktionelle Beirat gegenüber den Diabeteskranken bereit war Zugeständnisse zu machen, nachdem diese eine emotionale Diskussion über die Fachausdrücke und Verständlichkeit der Beiträge ins Rollen gebracht hatten.

Diese Zugeständnisse stellten einen ersten großen und messbaren Schritt im Wandel des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses zwischen den Diabetolog_innen und den Diabeteskranken dar. Wie schon ausgeführt warben die Diabetolog_innen ab Mitte der 1970er (mit dem Höhepunkt zum Biguanid-Skandal 1978) durch das Versprechen einer partnerschaftlichen Beziehung um das Vertrauen ihrer Patient_innen. Ein Beleg, dass dieses Versprechen ihnen ernst war, war der veränderte Umgang mit Fachausdrücken, der die Zugänglichkeit zu Fachbeiträgen wesentlich erhöhte. Bemerkenswert ist außerdem die Tatsache, dass die Diabetolog_innen während der ersten Diskussion 1952 nicht bereit waren, einen Schritt auf ihre Patienten zuzugehen, während sie sich fünfundzwanzig Jahre später sichtlich um die Gunst ihrer Patient_innen bemühten.

Die Diabeteskranken, die mit ihren behandelnden Ärzt_innen eher unzufriedenen waren, forderten bald noch mehr als eine besser verständliche Sprache ein. Im selben Zeitraum lässt sich der Wunsch nach mehr Einfühlungsvermögen im Sinne von mehr

Differenzierung der verschiedenen Altersklassen beobachten. Wie auch diese Forderung zur Veränderung im Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis führten, soll im nächsten Kapitel vorgestellt werden.

3.4 Wunsch nach Differenzierung der verschiedenen Altersklassen

Die Tatsache, dass Diabetes mellitus von Kleinkindern bis zu Senioren Menschen aller Altersklassen treffen kann, stellte den Deutschen Diabetiker Bund vor eine schwierige Aufgabe: Die Interessen der verschiedenen Altersklassen mussten vertreten und das *Diabetes Journal* für alle ansprechend gestaltet werden.

Es erscheint völlig logisch, dass für diabetische Kinder und Jugendliche mit einem Diabetes mellitus vom Typ I sowie deren Eltern und Familien andere Fragen und Probleme auftauchten als für ältere Diabetesranke vom Typ II. Ebenso wie auch junge, erwachsene Typ I Diabetesranke andere Sorgen haben, als jüngere Typ II Diabetesranke, die mitten im Berufs- und Familienleben stehen. Bis zum Aufruf für mehr Einfühlungsvermögen für die entsprechenden Lebenssituationen der Patient_innen, unterschieden die ärztlichen Autoren des *Diabetes Journals* kaum zwischen den verschiedenen Altersgruppen – schließlich war die Therapie für Jung und Alt dieselbe. Und so richteten sich die Artikel vor allem an die Mehrheit der Diabetesranke, den Typ II Diabetesranke im mittleren und fortgeschrittenen Alter.

Eine Ausnahme zur Vereinheitlichung stellten zwar von Anfang an Beiträge für Kinder und Jugendliche dar, dennoch ging diese Differenzierung den Betroffenen nicht weit genug, wie im Folgenden gezeigt wird.

3.4.1 Kinder und Jugendliche mit Typ-I- Diabetes und ihre Eltern

Schon dem Gründer des DDB Robert Beining war von Anfang an viel am Wohl der kleinsten Diabetesranke gelegen und 1954 organisierte er das erste Ferienlager für

diabetische Kinder in der Bundesrepublik.²⁵¹ Auch im *Diabetes Journal* erschienen immer wieder Artikel, die sich mit Typ I Diabetes beschäftigten. Wie diese zu Beginn des Untersuchungszeitraumes und vor dem Drängen der Leser_innen für mehr Differenzierung der unterschiedlichen Bedürfnisse aussahen, soll nun vorgestellt werden.

3.4.1.1 Ausgangszustand 1970

Im Jahr 1970 erschien nur ein, im Jahr 1971 nur zwei Artikel zum Thema „Kindlicher Diabetes“. Es gab keine eigene Rubriken und die Artikel richteten sich nicht an die Kinder selbst: Man wendete sich an junge Erwachsene Typ-I-Diabeteskranke oder die Eltern diabetischer Kinder und erklärte beispielsweise, welche Berufe für Diabeteskranke empfehlenswert wären.

Trotzdem wollte der DDB über das *Diabetes Journal* alle Diabeteskranken in der BRD ansprechen und sich mehr für diabetische Kinder einsetzen, sowie enger mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft zusammenarbeiten. So jedenfalls erklärte die Redaktion die Umbenennung von „Der Diabetiker“ in „Diabetes Journal“.²⁵² Und tatsächlich stieg von 1972 bis 1974 die Zahl der Beiträge für kindlichen Diabetes rapide an und es erschienen insgesamt siebzehn Artikel zum Thema. Außerdem wurde 1972 eine eigene Rubrik eingeführt: Diabetische Kinder konnten direkt Fragen an eine spezialisierte Diabetolog_in stellen und deren Brief mitsamt der Antwort wurde daraufhin veröffentlicht. Die Rubrik existierte von 1972 bis 1984.

3.4.1.2 Abspaltung des Bundes diabetischer Kinder und Jugendlicher 1980

Um die finanziellen Mittel des Bundesjugendplans zur Organisation von Ferienlagern für diabetische Kinder auszuschöpfen, wurde im Jahr 1957 der „Bundesverband diabetischer Kinder und Jugendlicher“ (BdK) innerhalb des DDBs ursprünglich gegründet.²⁵³ Als der Nachfolgeverband, der „Deutsches Diabetiker Sozialwerk e.V.“ hieß, 1974 „aufgelöst [wurde]“, „[empfahl]“ der damalige Bundesvorsitzende des Deutschen

²⁵¹Brettschneider, H. (2001), S.6-11. Siehe v.a. S.7.

²⁵²Mehnert, H., Prüllmann, A., Ständer, H. (1971), S.71. (Hier heißt es allerdings auch, der Briefträger und Nachbar sollten durch den Titel nicht gleich wissen, dass der Abonnent diabeteskrank sei.).

²⁵³Stemmer, W. (2001), S.24-33. Siehe v.a. S.28 und 30.

Diabetiker Bundes Dr. (h.c. verliehen der Uniklinik Homburg/Saar) Heinz Bürger-Büsing „die Gründung eines Kinder- und Jugendverbandes“²⁵⁴ und wurde in einer „Personalunion“ zu dessen Präsidenten gewählt.²⁵⁵ Die Gründung wurde am 18. Mai 1974 auf einer außerordentlichen Bundesversammlung mit dem Ziel beschlossen, neben der Organisation von Ferienlagern auch Schulungsmaßnahmen für die diabeteskranke Kinder auszubauen.²⁵⁶

Von Bürger-Büsing ist nur bekannt, dass seine Tochter 1969 im Alter von zwei Jahren an Diabetes Typ I erkrankte und er und seine Frau sich daraufhin ganz der Verbesserung der Lebensbedingung für diabetische Kinder verschrieben²⁵⁷.

Bürger-Büsing behielt dabei auch weiterhin den Posten als Bundesvorsitzender des DDB bei²⁵⁸ und veröffentlichte im *Diabetes Journal* von 1977 bis 1984 unregelmäßig Informationen über die Verbandsarbeit des BdK, der Ende 1981 in Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher (BdKJ) umbenannt wurde. Die beiden Vereine arbeiteten zunächst sehr eng zusammen: So rief der DDB zu Spenden für den BdK auf, empfahl Kindern die Mitgliedschaft im BdK und unterstützte den Verein finanziell beim Bau eines Schulungs- und Erholungszentrums in Kaiserslautern.²⁵⁹

Am 31. Dezember 1980 spaltete sich der BdK „wegen Vorenthaltung des Stimmrechtes“ bei der Bundesversammlung in Hannover vom DDB ab.²⁶⁰ Von diesem Schritt wurde im *Diabetes Journal* nicht berichtet. Auffällig ist jedenfalls, dass es auch in den zahlreichen historischen Rückblicken zum 50-jährigen Bestehen des DDB lediglich sehr neutral und ohne Begründung formuliert hieß: „Schließlich gingen der BdKJ und DDB getrennte Wege“²⁶¹ bzw. „[z]um 31. Dezember 1980 tritt der BdK aus dem DDB aus“.²⁶²

Und interessanterweise hatte Bürger-Büsing, der in der Zwischenzeit zu einer „schillernde[n] Persönlichkeit des öffentlichen Diabetes-Lebens“ geworden war, im Sommer

²⁵⁴Ebd., S.30.

²⁵⁵Ebd., S30.

²⁵⁶Roth, S. (1993), S.63.

²⁵⁷Ebd., S.8 Auf Nachfragen beim BdKJ (damals BDK), begründete Bürger-Büsing's andere Tochter, Jutta Bürger-Büsing, die »Abspaltung« damit, dass der DDB sich hauptsächlich um Typ-2-Diabetiker gekümmert habe.

²⁵⁸DDB (1975), S.XIII.

²⁵⁹ Roth, S. (1993), S.63-67.

²⁶⁰Stemmer, W. (2001), S.24-33. Siehe v.a. S.30 und Roth, S. (1993), S.67.

²⁶¹Brettschneider, H. (2001), S.8.

²⁶²Stemmer, W. (2001), S.24-33. Siehe v.a. S.30.

zuvor „der Gesundheit wegen“ sein Amt als DDB-Vorsitzender aufgegeben.²⁶³ Er engagierte sich jedoch, bis zu seinem Tod im Jahr 2000, weiterhin für den BdkJ.²⁶⁴

Inwieweit eine große Mehrheit der Diabeteskranken in der BRD mit der Arbeit des DDB und damit auch der vertretenen Diabetolog_innen unzufrieden war, lässt sich anhand der Gründung bzw. späteren Abspaltung des BdkJ natürlich nicht belegen. Tatsache ist allerdings, dass Bürger-Büsing überzeugt war, es gäbe genug unzufriedene Familien, deren Sorgen und Interessen durch den DDB nicht ausreichend bedient wurden und für die sich die Gründung eines eigenen Vereins überhaupt lohnte. Ob das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen den diabetischen Kindern und ihren Ärzt_innen ausschlaggebend für die Abspaltung gewesen ist, lässt sich nicht mehr eindeutig nachvollziehen. Trotzdem werden wir sehen, dass die Abspaltung zu einer anderen Wahrnehmung und zu einem veränderten Umgangston der Diabetolog_innen gegenüber ihren Patient_innen führte.

Doch bevor sich die Beiträge der Diabetolog_innen im *Diabetes Journal* merklich veränderten, kam es zu einer weiteren Abspaltung.

3.4.1.3 Abspaltung der „Insuliner“ 1982

Im Oktober 1982 schlossen sich vierzehn junge Erwachsene bei einer Wochenendschulung des DDB als „unabhängige[...] Selbsthilfegruppe[...] junger Diabetiker“ zusammen.²⁶⁵ Die Warnung eines über diesen Umstand besorgten Mitglieds des Deutschen Diabetiker Bundes, „das eigentliche Zentrum“ würde sich abspalten, liefen aber ins Leere und sollten sich im Nachhinein auch nicht bewahrheiten.²⁶⁶

Für den Bruch mit dem DDB lassen sich hier im Gegensatz zur Abspaltung des Bdk mehrere Erklärungen finden: So wird im *Diabetes Journal* 1985 angegeben, es ginge den „Insulinern“ in erster Linie um den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen.²⁶⁷

²⁶³Brettschneider, H. (2001), S.6-11. Zitat siehe S.8. Und: Stemmer, W. (2001), S.24-33. Siehe v.a. 29f.

²⁶⁴Brettschneider, H. (2001), S.8.

²⁶⁵Kuhn-Prinz, A. (1985), S. 133. Die Chefredaktion des Diabetes Journals lassen in einem kurzen Abschnitt eines der Gründungsmitglieder der „Insuliner“ zu Wort kommen. Und: Kuhn-Prinz, A. (2012), S.7.

²⁶⁶Birkenbach, K. H. (1985), S.98.

²⁶⁷Kuhn-Prinz, A. (1985), S. 133.

In einer Ausgabe zum 25. Jubiläum der „Insuliner“ erwähnt eines der Gründungsmitglieder aber, dass nicht zuletzt auch die Diabetolog_innen dabei eine entscheidende Rolle gespielt hatten: Die zunehmende Verbreitung von Blutzuckermessgeräten hatte zu großer Verunsicherung bei den Patient_innen geführt: „Zu den Blutzuckerwerten und der Insulinwirkung gab es mehr Fragen als Antworten.“²⁶⁸ Die Blutzuckerwerte konnten exakter bestimmt werden und die Insulintherapie besser angepasst werden. Für die jungen Diabeteskranken, die ihr ganzes Leben noch vor sich hatten, bedeutete die verbesserte Therapiemöglichkeit eine Reduktion des Risikos von Spätfolgen und war daher ein zentrales Thema. Gerade viele junge Diabeteskranke waren mit den „Weißkitteln [...]“ unzufrieden²⁶⁹, die den Blutzuckermessgeräten zum Teil skeptisch gegenüberstanden und gerade den jüngeren Diabeteskranken durch die Ängste vor eigenständigen Patient_innen die konkrete Chance auf ein längeres und gesünderes Leben verwehrten.

Die „Insuliner“ wünschten sich einen Erfahrungsaustausch mit anderen Diabeteskranken über neueste Therapien und mehr Kritik an den alten Strukturen.²⁷⁰ Da sich der DDB aber hinter die Mediziner_innen stellte und bis ins Jahr 1985 kritisch über die Blutzuckermessung berichtete²⁷¹, sahen viele junge Diabeteskranke die einzige Chance, ihre Interessen durchzusetzen, in der Gründung einer eigenständigen Selbsthilfegruppe. Allein der gewählte Untertitel „unabhängig insulinabhängig“ macht diese Intention deutlich.

Ein deutlicher Unterschied zwischen dem *Diabetes Journal* und der Zeitschrift der „Insuliner“ ist der fehlende ärztliche Beirat in der Redaktion der letzteren. Die Mehrheit der Beiträge im *Insuliner*, der Zeitschrift der „Insuliner“, werden von Mitgliedern verfasst²⁷², nur vereinzelt finden sich auch Berichte von Diabetolog_innen.²⁷³ Diese Tatsache beweist erneut, dass bei allem Wunsch nach Unabhängigkeit, Diabeteskranke auf Diabetolog_innen angewiesen blieben und die Krankheit eine enge Kooperation zwingend erforderlich macht. Die entschlossene und selbstbewusste Abspaltung zeigte aber vor allem den Generationswechsel der jungen, diabetischen Patient_innen

²⁶⁸Kuhn-Prinz, S. (2007), S. 53.

²⁶⁹Kuhn-Prinz, A. (2012), S.8.

²⁷⁰Kuhn-Prinz, A. (2012), S.8-11.

²⁷¹Siehe Kapitel 3.6. *Veränderung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses durch Blutzuckermessung.*

²⁷²Angaben der offiziellen Webseite der Insuliner: Unbekannt. *Insuliner-Zeitschrift*. Datum der Veröffentlichung unbekannt. <https://www.insuliner.de/insublog/wordpress/insuliner-zeitschrift/> (entnommen am 29.09.17).

²⁷³Jörgens, V. (2012), S.14-17.

und deren Emanzipation gegenüber den Diabetolog_innen und stellte einen weiteren Schritt der Diabeteskranken hin zu einer eigenverantwortlichen Position dar.

3.4.2 Veränderung für Kinder und Jugendliche

Sicherlich wurde die Redaktion des *Diabetes Journals* durch die Gründung des Bundes diabetischer Kinder und Jugendlicher und der „Insuliner“ auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Altersgruppen aufmerksam. Und so nahmen die Artikel für diabeteskranken Kinder und ihre Eltern ab 1974 immer mehr zu, bis 1982 ein Höhepunkt erreicht war: Von 1982 bis ins Jahr 1986 wurden im *Diabetes Journal* die Artikel für Kinder und Jugendliche durch eine Art Stempel markiert („Hallo Jungdiabetiker“) und das Layout wurde durch viele Fotos, von anderen Kindern gemalte Bilder oder Collagen und verschiedene Schriftarten anspruchsvoll gestaltet. Die Artikel stachen besonders durch ihre farbenfrohen Seiten heraus. Auch das sprachliche Niveau wurde einfach gehalten und die Themen bezogen sich auf die Organisation von Klassenausflügen oder Ferienlagern, auf Geschwister und Freizeitaktivitäten und vor allem Sport. Ab 1987 wurde die Kinderrubrik in „Kinder und Jugendliche und ihre Eltern“ umbenannt und erschien fortan viermal im Jahr (März, Juni, September und Dezember) mit einem Umfang von zunächst etwa zehn Seiten. Interessanterweise ähneln sich die Beiträge aus dem Magazin „Diabetes aktuell“, der Zeitschrift des BdKJ von heute und die Beiträge in der Jugendrubrik des *Diabetes Journals* ab 1982: Auch die aus Laien und Diabetolog_innen zusammengesetzte Redaktion des „Diabetes aktuell“²⁷⁴ befasst sich mit Schwierigkeiten im Alltag wie Kindergarten, Schule oder Freizeit. Herausarbeiten lässt sich lediglich ein einziger Unterschied zum Deutschen Diabetiker Bund: die Betonung des engen Kontakts zu Behörden und Krankenkassen.²⁷⁵ Ab 1985 wurden die Leser_innen des *Diabetes Journals* nicht mehr über die Aktivitäten des BdKJ informiert.

Es kann festgestellt werden, dass sowohl die Redaktion des *Diabetes Journals*, als auch die Diabetolog_innen ab 1982 als Konsequenz der Abspaltung des BdKJ sehr

²⁷⁴ Die aktuelle Ausgabe konnte eingesehen werden unter: <http://www.bund-diabetischer-kinder.de/html/fachjournal.html> (entnommen am 18.10.17).

²⁷⁵ Offizielle Homepage des BbKJ: Unbekannt. Geschichte. Datum der Veröffentlichung unbekannt. <http://www.bund-diabetischer-kinder.de/html/geschichte.html> (entnommen am 18.10.17).

rücksichtsvoll mit der jüngsten Altersgruppe der Diabeteskranken und deren Eltern umgingen und ein ganz neues Bewusstsein für deren Bedürfnisse entwickelten.

3.4.3 Veränderungen auch für Typ-II-Diabetiker

Als Folge der rebellierenden „Insuliner“ besann sich die Redaktion des *Diabetes Journal* ab 1983 auf seine »treuen« Zielgruppen und überlegte im Zuge der neuen Erkenntnisse über altersgerechte Beiträge, wie die Berichte für die verschiedenen Altersgruppen ansprechender gestaltet werden könnten.²⁷⁶ So profitierten nicht nur die jungen Diabeteskranken in der BRD, sondern auch die älteren: Es wurden gezielt Rubriken für ältere und „Midlife“-Diabetiker, also vornehmlich Typ-II-Diabeteskranke, eingeführt: Von März 1983 bis März 1984 wurde statt dem klassischen Schulungsteil die Rubrik „Frau Oppler hat Diabetes“ veröffentlicht. Die Serie wurde von vielen Bildern, etwa von Frau Oppler beim Einkaufen²⁷⁷ oder Spaziergehen mit ihrem kleinen Hund²⁷⁸, begleitet und berichtete aus dem Alltagsleben eines Rentners oder Rentnerin. Die Sprache wurde einfach und verständlich gehalten und die Rubrik war alles in allem sehr gut auf Bedürfnisse älterer Diabeteskranker zugeschnitten. So hieß es in einem Beitrag über richtige Diätetik: „Frau Oppler hat mit Unterstützung ihres Arztes und einer Diätassistentin rasch herausgefunden, wie sie essen muß [sic], damit ihr Blutzucker im Normalbereich bleibt. Am Anfang war das nicht immer leicht. Frau Oppler hatte früher nie viel Wert auf Süßigkeiten gelegt. Nachdem sie aber gehört hatte, daß [sic] sie wegen ihres Diabetes auf Torten, Pralinen und Schokolade verzichten sollte, ertappte sie sich immer häufiger, wie sie nun gerade vor Konditorläden stehen blieb [...]“²⁷⁹ Dasselbe Thema wurde 1976, vor der Diskussion um Fachausdrücke und Differenzierung der Altersgruppen noch folgendermaßen aufgearbeitet: „Ziel der diabetischen Behandlung des Diabetes mellitus ist es, eine optimale Einstellung und dauerhafte Stabilisierung des Stoffwechsels zu erreichen. Außerdem sollen durch die Ernährungsbehandlung Gefäßkomplikationen des Diabetes vermieden sowie Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden des Kranken erhalten werden“.²⁸⁰ Es fällt deutlich die einfache Sprache

²⁷⁶Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K. (1983), S.152.

²⁷⁷Toeller, M.(1983), S.173-177, Bild beim Einkauf auf S. 174.

²⁷⁸Ebd., S.173 (Titelbild der Serie).

²⁷⁹Toeller, M., Schumacher, W. (1983), S.173-177. Zitat siehe S.173.

²⁸⁰Matzkies, S., Grabner, W. (1976), S.281-284. Zitat siehe S.281.

im ersten Beispiel auf: Durch die Beispielperson Frau Oppler sollten sich die Senioren auf Augenhöhe mit dem Thema Diät auseinandersetzen und sich mit Frau Oppler identifizieren. Im zweiten Beispiel wurden keine Beispielpersonen verwendet, die Sätze sind lang und die Satzstellung verschachtelt. Es fällt auf, dass mit Spätkomplikationen als Folge von mangelnder Disziplin gedroht wird. Im Beispiel von Frau Oppler versuchten die verfassenden Diabetolog_innen Verständnis für die Herausforderung einer Ernährungsumstellung zu zeigen und die Typ-II-Diabeteskranken eher durch positive Beispiele zu ermutigen, statt ihnen mit gesundheitlichen Folgen zu drohen.

Nach „Frau Oppler hat Diabetes“ folgte das „Forum für ältere Diabetiker“ (von 1987 bis Dezember 1989), das 1990 noch einmal in „Forum für erwachsene Diabetiker“ umbenannt wurde. Aus der Ankündigung der Redaktion geht leider nicht eindeutig hervor, weshalb es zu dieser Namensänderung kam. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass der Titel eventuell erneut in „Forum für Typ-II-Diabetiker“ umbenannt werde.²⁸¹ Daraus ergibt sich die Vermutung, man wolle statt einer klaren Differenzierung der Altersgruppen, wieder ein breiteres Publikum ansprechen. Die Redaktion nahm aber auch hierzu keine Stellung mehr.

Die neue gewonnene Empathie der Diabetolog_innen gegenüber ihrer Patient_innen führte zu einer weiteren Rubrik: Von 1984 bis 1987 erschien eine neue Art von Schulung für „Mid-life Diabetiker“, also alle Diabeteskranken, die Mitten im Leben standen. In der Schulung versuchte man auf das Problem einzugehen, Familie, Beruf und Diabetes zu vereinbaren. Auch dem verantwortlichen Schulungsteam gelang es, die Beiträge genau auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zuzuschneiden und sich empathisch in das Leben ihrer Patient_innen hineinzusetzen. Bis 1984 wurden die Schulungsartikel von fest angestellten Ärzt_innen des Verlages verfasst. Ab April 1984 wurde der Schulungsteil, der sich nun an „Midlife-Diabetiker“ wandte, vom „Schwabinger Schulungsteam“ geschrieben. Bei der Gruppe handelte es sich um enge Mitarbeiter von Prof. Dr. Mehnert, einem der Chefredakteure sowie Chefarzt im Krankenhaus München-Schwabing.²⁸² Der letzte Schulungsteil des Schwabinger Schulungsteams wurde im Februar 1986 veröffentlicht, gefolgt von einer Schulungsreihe des „Schulungsteams

²⁸¹Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K., et al. (1987), S.189.

²⁸²Pox.(2016).

der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim“. Zu ihrer letzten Schulung nimmt das Schwabinger Schulungsteam keine Stellung und der Wechsel fällt, wie auch bei den vorherigen Autoren, nicht weiter auf.²⁸³ Erst als der vorerst letzte Schulungsartikel, diesmal vom Mergentheimer Schulungsteam erschien, gab es eine kurze Ankündigung: „Mit diesem Beitrag verabschieden wir uns von den Lesern des Diabetes Journals und bedanken uns für Ihr großes, in vielen Zuschriften gezeigtes Interesse und würden uns freuen, wenn wir Ihnen für Ihr persönliche Einstellung einige Anregungen gegeben haben.“²⁸⁴ Das Ende der langen Schulungsreihe wurde nicht weiter kommentiert oder begründet, auch die Chefredaktion nahm im Vorwort dieser bzw. den folgenden Ausgaben keine Stellung dazu. Diese Kommentarlosigkeit überrascht, da die Redaktion gegenüber ihren Leser_innen seit den ersten Ausgaben sämtliche Erneuerungen in der Zeitschrift erläuterte. Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass ab Juli 1990 wieder einen Schulungsteil existierte, der auch bis heute in regelmäßigen Abständen im *Diabetes Journal* erscheint.²⁸⁵ Daher sollte das Aussetzen des Schulungsteils allein nicht als eine Konsequenz des veränderten Lehrer-Schüler-Verhältnisses interpretiert werden. Außerdem muss betont werden, dass die besondere Stellung, die Diabetes-kranken im Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis einnehmen, vor allem durch ihr Wissen und Verständnis ihrer Krankheit gewährleistet wird. Es erscheint daher unmöglich in einem Magazin wie dem *Diabetes Journal* auf einen Schulungsteil zu verzichten und seine bloße Existenz darf daher nicht als Beweis für die Lehrer-Schüler-Beziehung verstanden werden. Als Argument für die Richtigkeit der Lehrer-Schüler-Theorie kann allerdings die Umbenennung der Rubrik gedeutet werden: Heute stehen die Schulungen unter der Kategorie „Diabetiker-Kurs“.²⁸⁶

Es lässt sich also festhalten, dass sich die Einstellung zur Patientenschulung in den zwei Jahrzehnten des Untersuchungszeitraumes (1970 bis 1990) bedeutend veränderte, und dass sich auch die Diabetolog_innen des *Diabetes Journals* Gedanken über einen neuen Umgang mit ihren Patient_innen machten. Das Lehrer-Schüler-Verhältnis wurde tatsächlich immer partnerschaftlicher: Durch den Verzicht auf Fachsprache wurde auf die Demonstration von Überlegenheit verzichtet und der bedürfnisbezogene

²⁸³Brandner, B., Hillebrand, B., Kraus, B., et al. (1986), S.96-98.

²⁸⁴Bergis, K., Tuepe, Glück, et al. (1987), S.147.

²⁸⁵Hasche, H. (1991), S.26-29. Und: Schmeisl, G. (2016), S.30-33.

²⁸⁶Ebd., S.30.

Umgang wurde einfühlsamer und damit gleichzeitig respektvoller.

3.4.4 Fazit: Altersklassendifferenzierung

Der DDB hatte schon 1970 zum ersten Mal von einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient gesprochen. Trotzdem lässt sich beobachten, dass die Diabetolog_innen ihre Patient_innen bis 1978 (mit dem Höhepunkt des Biguanid-Skandals) im Rahmen eines strengen Lehrers-Schüler-Verhältnisses ansprachen. Danach veränderte sich die Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen im *Diabetes Journal* zusehends: Ab 1982 ging man intensiv auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Diabeteskreanken ein, man erklärte Fremdwörter und legte Wert auf eine verständliche Sprache. Außerdem differenzierte man zum ersten Mal zwischen verschiedenen Altersgruppen und versuchte, auf deren Bedürfnisse einzugehen. So fand sich im *Diabetes Journal* 1990 ein Bereich, die sich an Kinder bzw. Jugendliche und ihre Eltern wandte, sowie eine Rubrik für Ältere und eine für „Diabetiker im Erwachsenen- und Berufsalter“.²⁸⁷

Der Grund hierfür lag einerseits bei den Diabeteskranken selbst, die in Briefen an das *Diabetes Journal* immer wieder mehr Einfühlungsvermögen für ihre Bedürfnisse einforderten²⁸⁸ sowie an der Abspaltung verschiedener Altersgruppen in einer eigenen Bewegung (BdKJ und „Insuliner“), die zum Nachdenken anregten. Ein weiterer Grund war aber auch die allgemein veränderte Erwartungshaltung der Bürgerinnen und Bürger in der BRD als Konsequenz der 1968er Bewegung.²⁸⁹ Die Forderung nach mehr Mitspracherecht und mehr Selbstbestimmung sowie die Medikamentenskandale setzten auch die Diabetolog_innen unter Druck, ihren Worten Taten folgen zu lassen.

Doch Empathie und eine zunehmende Begegnung auf Augenhöhe waren nicht die einzigen Veränderungen im Untersuchungszeitraum in der Arzt-Patienten-Beziehung. Wie bereits angedeutet, veränderte sich auch die Erwartungshaltung der Diabetolog_innen an ihre Patient_innen. Um den Wandel zu dokumentieren, soll zunächst die

²⁸⁷Hasche, H. (1990), S.16-60 Zitat siehe S.16.

²⁸⁸Mehnert, H., Standl, E., Achenback, K. (1983), S.152.

²⁸⁹Gilcher-Holtey, I. (2016), S.7-12.

Ausgangssituation beschrieben werden und schließlich mit der Haltung, die aus Artikeln vom Ende der 1980er Jahre hervorgeht, verglichen werden.

3.5 Erwartungshaltung

Der Wandel des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses zwischen Diabetolog_innen und Diabeteskranken zwischen 1970 und 1990 kann mit Hilfe des *Diabetes Journals* an mehreren Gesichtspunkten dargestellt werden. Ebenso wie die Entwicklung anhand von sprachlichen Veränderungen deutlich zu beobachten ist, so lässt sich auch eine neue Erwartungshaltung der Ärzt_innen gegenüber den Diabeteskranken aufzeigen: Wie gleich gezeigt wird, herrschte noch zu Beginn des Untersuchungszeitraums 1970 unter den Diabetolog_innen die Vorstellung, ein Diabeteskranker müsse in strenger Selbstdisziplin leben und dankbar für die Fortschritte in der Medizin sein. Seit Mitte der 1980er Jahre verbreitete sich dann aber die Einsicht, wie wichtig eine psychologische Betreuung bei chronisch kranken Patient_innen ist. Auch diese Einsicht führte zu einer Veränderung in der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung und soll daher nun genau vorgestellt werden.

Um die Lage der Diabeteskranken besser zu verstehen, soll zunächst eine kurze Zusammenfassung die täglichen physischen und mentalen Herausforderungen diabeteskranker Patient_innen vorstellen, bevor der unterschiedliche Umgang mit den Diabeteskranken aufgezeigt wird. Da es sich bei der Einsicht, dass psychologische Unterstützung sinnvoll ist, um einen dynamischen Prozess handelt, soll zunächst mit dem Ausgangszustand begonnen werden, bevor die Veränderungen, die ab 1980 zu beobachten sind, vorgestellt werden.

3.5.1 *Diabetes mellitus als psychische Belastung*

Die meisten Diabeteskranken erfahren erhebliche Einschränkungen durch ihre Stoffwechselerkrankung. Um das Risiko von Spätfolgen zu vermindern, muss man als Betroffene_r sein Leben aber oft radikal umstellen: Es gilt eine Kohlehydrat- und Fettdiät

einzuhalten, auf süße Nahrungsmittel sollte gänzlich verzichtet werden und es ist wichtig sich diszipliniert und regelmäßig zum Sport motivieren. Auch wenn in den 1980er Jahren, ebenso wie heutzutage, die Diskriminierung durch die Gesellschaft ein immer kleineres Problem darstellte, so gab es doch einen gewissen Erwartungsdruck der Umwelt, das Leid mit Fassung zu (er)tragen und nicht zu »jammern«. ²⁹⁰

Auch der tägliche Einstichschmerz bei der Blutzuckerkontrolle und der Insulinverabreichung können eine Belastung darstellen und man weiß heutzutage, dass Diabetes- kranke ein erhöhtes Risiko haben, eine Depression zu entwickeln. ²⁹¹ Wie wichtig die psychische Betreuung beim Diabetes ist, ist daher heute unumstritten. Doch bis Ende der 1980er Jahre entwickelte sich diese Erkenntnis, wie wir im Folgenden sehen werden, nur langsam. Um diese Entwicklung deutlich erkennbar zu machen, wird zunächst wieder der Ausgangszustand zu Beginn der 1970er Jahre betrachtet und im Anschluss werden die Veränderungen analysiert, insbesondere den veränderten Umgang der Diabetolog_innen diesbezüglich mit ihren Patient_innen.

3.5.2 Ausgangssituation (1970-1975)

Zu Beginn der 1970er Jahre existierte kein Bewusstsein für die Bedeutung psychologischer Betreuung der Diabeteskranken in der BRD wie wir es heute kennen. Die Diabetolog_innen fühlten sich nicht dafür verantwortlich, der Deutsche Diabetiker Bund legte Wert auf eine starke und »lebenstüchtige« Präsentation der Diabeteskranken, um so Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen. Im Folgenden werden die einzelnen Gruppen und deren Motive genauer betrachtet.

3.5.2.1 Mediziner_innen und Psychologie um 1970

Während für einen Arzt zwischen der Mitte des 19. und des 20. Jahrhunderts bei der Behandlung unheilbarer Krankheiten immer eine gewisse Sensibilität wichtig war, galt

²⁹⁰Maurer, S. (2010).

²⁹¹Gie (2017).

in der Medizin seit den 1950er Jahren die Ansicht, dass nur Krankheiten, deren biochemischen Mechanismus man kannte und die man durch Medikamente heilen oder doch wenigstens lindern konnte, vom Arzt zu behandeln waren. Alle anderen »Leiden« fielen fortan unter den Tätigkeitsbereich der Psychiater.²⁹² Aus dem Kapitel 3.1.1.1 *Ärzte als Lehrer*, in dem der neutrale und unpersönliche Schreibstil der Spezialisten aufgezeigt wurde, geht hervor, dass auch die Diabetolog_innen, die für das *Diabetes Journal* schrieben, diese Meinung vertraten.

3.5.2.2 DDB und psychische Betreuung um 1970

Auch der DDB legte zu Beginn der 1970er seinen Fokus nicht auf die persönlichen, psychischen Herausforderungen der Erkrankten, sondern konzentrierte sich vor allem auf die sozialen Herausforderungen wie der anhaltenden Diskriminierung in der Gesellschaft. In einem Bericht zur Situation der Diabeteskranken 1970, machte der damalige Präsident des DDB, Heinz Ständer, deutlich, dass viele Diabeteskranken ihre Stoffwechselkrankheit noch immer vor der Öffentlichkeit verheimlichten.²⁹³ In den Köpfen der Bevölkerung dominierte nach wie vor die Erfahrung aus Kriegszeiten, die den Diabeteskranken als schwächlich und schwerkrank betrachtete. Aus einem Artikel mit dem Titel „Mit dem Diabetes etwas Rechtes werden“²⁹⁴ geht diese Einstellung der Deutschen zu Beginn der 1970er Jahre hervor. Ein Diabeteskranker könnte, so diese Meinung, keine wirklich gute Leistung erbringen. Daher war ein wichtiges Ziel des DDB, die Menschen durch Öffentlichkeitsarbeit darüber aufzuklären, dass Diabeteskranken „bedingt gesund“ leben konnten und dadurch Vorurteile abgebaut werden sollten.²⁹⁵ So stand der Weltgesundheitstag 1971 unter dem Motto „Lebenstüchtig auch mit Diabetes“²⁹⁶ und die empfohlene Literatur trug Titel wie „Zuckerkrank und doch lebensstüchtig“ oder „Unser Kind – lebensstüchtig trotz Diabetes“.²⁹⁷ Damit wollte der DDB den

²⁹²Shorter, E. (1990), S.16-47.

²⁹³Ständer, H. (1970), S.I.

²⁹⁴Rottenhöfer, H. (1970), S.55-58.

²⁹⁵Ständer, H. (1970), S.II, Zitat siehe S.I.

Die Wortwahl geht zurück auf den berühmten Diabetologen Gerhardt Katsch (1887 – 1961), der sich seit 1930 intensiv für die Rechte der DiabetikerInnen in Deutschland einsetzte und auch die Fachrichtung Diabetologie hierzulande mitgegründete. Siehe hierfür: Willms, B. (1979), S.296f.

²⁹⁶Strobel, K. (1971), S.177.

²⁹⁷Anzeige in *Der Diabetiker* 20 (1970), H.1, S.39.

Diskriminierungen zum Beispiel beim Beantragen des Führerscheines oder der Verbeamtung (siehe dazu 3.1 Gemeinsamer Kampf um Führerschein und Verbeamtung), aber auch in privaten Bereichen, zum Beispiel beim Thema Partnerwahl und Familiengründung, die Grundlage entziehen.

Gerade um der Diskriminierung entgegenzuwirken, hatte der Deutsche Diabetiker-Bund zu Beginn dieser Untersuchung sehr hohe Ansprüche an ihre Leser_innen: Man sollte tüchtig und diszipliniert sein, man sollte nicht alle Vergünstigungen annehmen, die der Staat einem durch seine Einschränkung gewährte: So erwartete der DDB ein „Verantwortungsgefühl gegenüber der Gruppe der Diabetiker“.²⁹⁸ Als Beispiel führte er einen Fall an, in dem ein betrunkenener Diabetiker einen Autounfall auf eine Hypoglykämie (Unterzuckerung) schob und damit die Boulevardpresse in ihrer Forderung, den Diabeteskranken den Führerschein zu entziehen, bestätigte. In einer Mitteilung über Vergünstigungen für Diabeteskranke wurde diese Einstellung auf den Punkt gebracht: Die Möglichkeit zu Feststellung einer verminderten Erwerbsfähigkeit, also unter anderem mehr Urlaubstage, Kündigungsschutz und Steuerfreibeträge, kommentierte die Redaktion wie folgt:

„Selbstverständlich nimmt jedermann gerne irgendwelche Vorteile für sich in Anspruch, noch dazu, wenn man an einer lebenslangen Krankheit wie dem Diabetes leidet. Im vorliegenden Fall muss man jedoch überlegen, ob nicht auch Nachteile entstehen können, wenn man sich eine Schwerbeschädigung oder einer Gleichstellung mit diesem Status bescheinigen lässt“.²⁹⁹

Diese Nachteile lägen in der Verweigerung des Führerscheins und der Verbeamtung, außerdem leistete eine amtlich bescheinigte Minderung der Erwerbsfähigkeit ganz allgemein dem Vorurteil Vorschub, „Diabetiker [seien] Menschen zweiter Klasse und gesellschaftliche Außenseiter“.³⁰⁰ Letztendlich müsse das aber jeder für sich selbst entscheiden. Auch wenn nicht namentlich benannt, positionierte sich der DDB immer wieder ganz deutlich zur großen zeitgenössischen Debatte, Diabetes mellitus als Schwer-

²⁹⁸Ständer, H. (1970), S.V.

²⁹⁹Standl, E. (1975), S.55.

³⁰⁰Ebd., S.55.

behinderung anzuerkennen. Der DDB ermutigte die Leser_innen des *Diabetes Journals* beinahe in jeder Ausgabe, als „lebenstüchtige“ und „bedingt gesunde“ Menschen aufzutreten. So zeigte die Aussage ganz eindeutig, dass der Deutsche Diabetiker-Bund von seinen Mitgliedern erwartete, ein gewisses Leid zu ertragen, um ein anderes zu lindern: Ein Diabetiker sollte ohne Klagen sein Leben in strenger Selbstdisziplin und Verzicht führen und so der gesellschaftlichen Diskriminierung den Boden entziehen.

3.5.2.3 Öffentlichkeit und Psychologie um 1970

Im Jahre 1972 wurde erstmals über eine Änderung des Gesetzes berichtet, die es den Diabetekranken in der BRD mit einer Überweisung ermöglichte, die Kosten für eine psychologische Behandlung von den Krankenkassen abrechnen zu lassen. Der berichtende Journalist (kein Arzt) beklagte, dass die Psychotherapie in der Bevölkerung nicht akzeptiert sei und auch den Medizinstudenten an den Universitäten nichts über das Thema vermittelt würde. Wie negativ Psychotherapie damals belegt war, lässt auch der Ausdruck für die Psychologen damals erahnen: So wurde in dem Bericht vor allem vom „Seelenarzt“³⁰¹ gesprochen. In einem weiteren Bericht wurde eine Journalistin (auch keine Ärztin) noch deutlicher: Der Gang zum Psychologen würde oft „belächelt und verhöhnt“. Es herrsche das Vorurteil, die Psychologie sei etwas für „Intellektuelle, die sich gut ausdrücken“ könnten. Dabei gäbe es Studien, die den Erfolg psychologischer Unterstützung bewiesen.³⁰² Aus beiden Beispielen geht die kritische Haltung der Öffentlichkeit zum Thema hervor, die sich teilweise bis heutzutage hartnäckig in den Köpfen hält.³⁰³

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Journalisten psychologische Betreuung in einem positiven Licht darstellten, während man sich von medizinischer Seite nicht einmal mit dem Thema Psychologie auseinandersetzte. Für die Diabetolog_innen bestand psychische Unterstützung vor allem in der Präsentation von »erfolgreichen«, vorbildlichen Diabetekranken:

So erschien bis 1979 auffällig viele Erfahrungsberichte, in denen Diabetekranke ihre

³⁰¹Weitz, R. (1972), S.25f.

³⁰²Mreschar, R. (1975), S.24.

³⁰³Katsidou, O. (2017).

Aufopferungsbereitschaft beschrieben und wie sehr sich diese lohne.³⁰⁴ Diese Berichte von lebensstüchtigen »Vorbilddiabeteskranken« finden sich bis 1975 gehäuft und sollen nun noch einmal genauer vorgestellt werden, um die hohen Erwartungen zu verdeutlichen, die der DDB und die Diabetolog_innen an ihre Patient_innen hatten.

3.5.2.4 Fazit: Die Erwartungshaltung an Diabeteskranke um 1970

Wie sich der DDB und die Diabetolog_innen den »perfekten« Diabetiker und Patienten vorstellten, geht am deutlichsten aus deren Auswahl der Erfahrungsberichte hervor, die auf Wunsch der Leser_innen ab Mitte der 1970er regelmäßig veröffentlicht wurden. Besonders bezeichnend ist hier ein zweiteiliger Erfahrungsbericht eines langjährigen Diabeteskranken mit dem Titel „Der Diabetes wurde mir zum Segen“. Der 82-Jährige beschreibt zunächst, wie viele Komplimente er regelmäßig erhalte, er mache im Gegensatz zu anderen seines Alters einen „gesunden, leistungsfähigen und frischen Eindruck.“³⁰⁵ Diese einfache Aussage stellte aber für die meisten Diabeteskranken durchaus eine Herausforderung dar. Denn bei einer Abweichung der normalen Blutzuckerwerte fühlt man sich müde und abgeschlagen, nicht leistungsfähig und frisch. Dabei gilt zu bedenken, dass es zu einer Zeit, als man den Blutzucker lediglich indirekt über den Harnzucker messen konnte, für den Diabetiker viel schwieriger war, diesen im Normalbereich zu halten.

Der Autor berichtete weiter, dass er sich, als er die Diagnose vor über dreißig Jahren erhalten habe, sofort über die Bedeutung dieser Erkenntnis klar gewesen sei: Ein Diabeteskranker müsse seine „gesamte Einstellung zum Leben ändern“ und dabei sei die Einstellung zur Krankheit am wichtigsten. „Denn nur dann wird er täglich neue Kraft zum Verzicht auf diese und jene Verlockung bezüglich des Essens aufbringen und auch die Kraft haben, Herr seiner Bequemlichkeit zu werden.“³⁰⁶ In seiner Wortwahl schwingt Verachtung für jeden Diabeteskranken mit, der nicht genauso diszipliniert lebt wie er, und das entging den anderen Lesern des *Diabetes Journals* nicht, wie später noch gezeigt wird. Wie selbstdiszipliniert er lebte (und seiner Meinung nach auch jeder

³⁰⁴Dickmann, E. (1975), S.14-16 (Teil 1) und S.54-56 (Teil 2). Und: Gut, E. (1980), S. 54f.

³⁰⁵Dickmann, E. (1975), S.14.

³⁰⁶Ebd., S.15.

andere Diabeteskranke leben müsste), führte er im Folgenden aus: Statt einen Mittagsschlaf zu halten, ginge er eineinhalb Stunden spazieren oder laufe bis zu 20km täglich, seine Frau würde nur noch fettarm kochen³⁰⁷, er kontrolliere mehrmals täglich den Urinzucker, passe die Diät entsprechend an und klage niemals über das Spritzen.³⁰⁸ Bei der Selbstkontrolle fand er erneut sehr aussagekräftige Worte: Als „verantwortungsvoller“ Patient setzte er sich mit abweichenden Werten intensiv auseinander und fragte sich: „Was hast du falsch gemacht? In der Diät? In der Bewegung? Die richtige Insulinmenge rechtzeitig gespritzt?“³⁰⁹ Auch in der Wahl dieser Formulierung hört man Verachtung für andere, weniger ehrgeizige Patient_innen heraus. Für die meisten Diabeteskranken hätte eine ideale Therapieumsetzung bedeutet, auch noch die letzten »normalen« Teile ihres Lebens aufzugeben, ihre Arbeit, die Kindererziehung oder ein geliebtes Hobby, um sich ganz und gar dem Diabetes zu widmen. Tatsächlich ging der Autor darauf ein und schrieb: „Mancher, der meine Ausführungen liest, wird sagen: 'Ich habe ja gar keine Zeit, um das alles durchzuführen, ich habe ja schließlich auch einen Beruf und eine Familie [...].‘“³¹⁰ Gegen ein vernünftiges Abwägen beider, der gesundheitlichen und der sozialen Verpflichtungen, habe er nichts einzuwenden, oft seien solche Aussagen aber nur eine „Ausrede aus Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit oder Unwissenheit“, er hätte es auch geschafft, „trotz des Zeitaufwandes, den der Diabetes von [ihm] verlangte, [seine] beruflichen Tätigkeit [als Geschäftsführer eines Unternehmens] nicht [zu vernachlässigen]“. ³¹¹ Diese Ausführungen fassen zusammen, welche hohen Erwartungen man an einen Diabeteskranken 1975 hatte. Zum Beweis für die Häufigkeit solcher „vor Kraft und Willensstärke strotzende[n] Schicksalsberichte“, wie eine Leserin in einer Stellungnahme 1980 bemerkte³¹², soll noch ein weiteres Beispiel aufgeführt werden: Eine junge Leserin beschrieb 1980 ihre eigene und die vorbildliche Haltung ihrer Eltern. Diese hätten sich, da die Ärzt_innen vor Ort leider nicht genug informiert waren, in Büchern und Zeitschriften das meiste Wissen selbst angeeignet. Die Familie sei sogar umgezogen, auf ein Grundstück mit großem Garten, damit sie mehr Bewegung hätte. Sie berichtete davon, wie sie ihre Schulzeit „ohne

³⁰⁷Bis hierher: Dieckmann, E.: (1975), S.15.

³⁰⁸Dieckmann, E. (1975), S.54-56.

³⁰⁹Ebd., S.54.

³¹⁰Ebd., S.56.

³¹¹Ebd., beide Zitate siehe S.56.

³¹²Schmalenbach, G. (1980), S.5.

Ausfälle absolvieren“ konnte, wie sie „vereinzelte hypoglykämische Schocks [...] immer im Frühstadium erkennen und abblocken“ hatte können. Sie berichtet, dass sie das Coma Diabeticum (Schock durch Überzuckerung) „in keiner Form kennengelernt“ hätte und schrieb schließlich sogar: „[Ich] habe das Krankenhaus stets im Urlaub eingeplant. Es bedeutete kein Opfer für mich [...]“.³¹³ Gerade im Falle einer jugendlichen Diabeteskranken überraschen so viel Einsicht und Opferbereitschaft, in den Schulferien zur Kontrolle und erneuten Einstellung einige Tage im Krankenhaus zu verbringen, mit dem Hintergedanken, so nichts von der Schule zu verpassen. Diese strenge Selbstdisziplin ist einerseits mit der Erziehung in den 1970er Jahren zu erklären³¹⁴, andererseits ist davon auszugehen, dass sich damit die wenigsten Diabeteskranken in ihrem Alter identifizieren konnten. Viele fühlten sich von den Beiträgen, wie bereits angedeutet und wie im nächsten Kapitel noch genau ausgeführt wird, unter Druck gesetzt. Man interpretierte die Artikel als mahnende, strenge Erinnerung, wie alle Diabeteskranken leben sollten.

Dabei steckte eine ganz andere Intention hinter der Auswahl der Berichte: In einem Bericht von 1973 mit dem Titel „Psychische Probleme bei Zuckerkranken“ machte Professor Mehnert, einer der damaligen Chefredakteure, klar, dass die Artikel „nicht geschrieben [worden seien], um dem zuckerkranken Menschen einen Spiegel seiner Unzulänglichkeiten vorzuhalten.“³¹⁵ Man hätte gezielt die Erfahrungsberichte voller Kampfgeist herausgesucht und gedruckt, um die Leser_innen zu ermutigen.³¹⁶

3.5.2 Unzufriedenheit der Diabeteskranken

Wie oben beschrieben wurden um 1975 im *Diabetes Journal* auffallend viele und vor allem ausschließlich optimistische Erfahrungsberichte von Betroffenen abgedruckt. Die Mehrheit der Diabeteskranken fühlten sich von diesen Beispielen allerdings nicht motiviert, sondern vielmehr unter Druck gesetzt: Sie hatten das Gefühl, man erwarte

³¹³Gut, E. (1980), H. 2, S.54.

³¹⁴Baader, M. S. (2008).

Baader beschreibt die Erziehung vor den Überlegungen der »68er-Generation«, die Kinder zur Kritikfähigkeit zu erziehen, um deren Anfälligkeit für diktatorische System zu vermindern, als Erziehung mit „Gehorsam, Triebunterdrückung, Gefühlskälte, Härte und Bindungslosigkeit“.

³¹⁵Mehnert, H. (1970), siehe S.45.

³¹⁶Ebd., S.45.

von ihnen auch Optimismus und Lebensfreude bei genauso viel Disziplin, Anstrengung und Überwindung. Sie äußerten ihren Unmut darüber in zahlreichen Leserbriefen und es lässt sich eine spannende Diskussion verfolgen. Diese führte, wie bei der Debatte um Fachausdrücke im *Diabetes Journal*, schließlich zu einem sensibleren Umgang der Diabetolog_innen mit den Diabeteskranken und stellte daher einen weiteren Schritt des Entwicklungsprozesses vom patriarchal zum partnerschaftlich geprägten Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses dar.

Als eine Leserin 1980 dazu Stellung nahm und schrieb: „Merkwürdig, merkwürdig, dass es mir so ganz anders geht“³¹⁷, entfachte sie eine Diskussion unter den Leser_innen. Diabeteskranken erginge es meistens ganz anders, als von den „vor Kraft und Willensstärke strotzenden Schicksalsberichte[n]“ suggeriert.³¹⁸

Ihr Brief erhielt viel Zuspruch: Es wurde begrüßt, dass endlich auch einmal kritische Stimmen zu Wort kämen, nicht nur Diabeteskranke, „die anscheinend vom Schicksal sehr begünstigt“ seien³¹⁹, schrieb ein anderer Leser. Eine Diabetikerin, deren optimistischer Erfahrungsbericht veröffentlicht wurde, meldet sich daraufhin erneut zu Wort. Sie erklärte, dass sie ihren Bericht damals so formuliert habe, um niemanden zu „verletzen“ und stellte dann klar: „Heute finde ich, dass dem Diabetiker nicht geholfen ist, wenn man diese Probleme beiseiteschiebt und ihm sagt: »Du bist bedingt gesund. Wenn...« [sic]“.³²⁰ Es gab aber auch Gegenstimmen: Ein Leser verteidigte die Redaktion des *Diabetes Journals*; das Magazin wolle schließlich dazu beitragen, Diabeteskranken zu helfen.³²¹ In einem weiteren Brief schrieb ein Diabeteskranker an alle missmutigen Leser_innen gerichtet, sie sollten ihr „Selbstmitleid [...] beiseite“ schieben.³²²

Die aufflammende Kritik an den Erfahrungsberichten der »Vorbilddiabeteskranken« durch die Leser_innen macht deutlich, wie viele von ihnen im Jahr 1980 mit der Erwartungshaltung der Diabetolog_innen an sie überfordert waren. Sie wünschten sich ehrliches Verständnis für die Herausforderungen, die ihre Krankheit mit sich brachte. Sie

³¹⁷Schmalenbach, G. (1980), S.4.

³¹⁸Ebd. S.5.

³¹⁹Stüben, A. (1980), S.97.

³²⁰Gut, E. (1980), H.4, S.144.

³²¹L. C. (1980), S.96.

³²²Hassenberg-Probst, H. (1980), S.284.

konnten und wollten nicht immer „lebenstüchtig“ sein müssen, sondern auch in Momenten der Schwäche akzeptiert werden. Sie wünschten sich die Möglichkeit, ihr Privatleben mit dem Einhalten der Therapie des Diabetes in Einklang zu bringen.

Die Leser_innen beklagten jedoch nicht nur die übermäßig positiven Erfahrungsberichte und unrealistischen Erwartungshaltungen, es wurde eine ganze Welle an Kritik losgetreten: Sie richtete sich gegen Mediziner_innen in Krankenhäusern, sowie die westdeutsche Öffentlichkeit allgemein.

Da vor allem die Leserbriefe zu Krankenhausaufenthalten von Diabeteskranken Aufschluss über das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis geben, sollen diese, vor der Kritik an der Öffentlichkeit und vor der Beschreibung der Auswirkungen dieser Kritik, vorgestellt werden.

3.5.3 Veränderter Umgang mit Psychologie Ende der 1980er Jahre

Verfolgt man den Umgang mit psychologischer Unterstützung im Detail, so ist festzustellen, dass das Thema phasenweise unterschiedlich intensiv, aber dennoch mehr oder weniger dauerhaft präsent war: Während 1985 insgesamt fünf Artikel veröffentlicht wurden, die auf psychologische Unterstützung abzielten (von Februar bis September monatlich)³²³, ging das Interesse daran 1986 bis 1989 zurück. 1986 wurde nur ein Artikel zum Thema veröffentlicht, allerdings auch monatlich mehrere Leserbriefe, in denen über die Sorgen der Leser_innen diskutiert wurden. Man setzte sich also durchaus mit dem Thema auseinander, tat dies aber, indem man das Austauschforum erweiterte und so wieder mehr die Funktion einer Selbsthilfegruppe einnahm. Die Zahl der Leserbriefe nahm auch bis zum Ende der Untersuchung nicht mehr ab. Im Jahr 1987 erschienen insgesamt drei Artikel zum Thema Psychologie, 1988 nur einer und 1989 zwei (darunter ein theologischer). Erst 1990 erschienen schließlich wieder mehr

³²³Baumann, W. (1985), S.50f. Und: Delekat, W. (1985), S.108f. Und: Brander B., Hillebrand, B., Braus, B., et al. (1985), S.215f. Und: Gfeller, R., Assal. J. Ph. (1985), S. 242-245 (Teil 1) und S.295-298 (Teil 2).

Artikel, es wurde sogar eine neue Rubrik mit dem Titel „Diabetes und Psyche“ eingeführt.³²⁴

Zuletzt sei eine interessante Entwicklung erwähnt: In einem Artikel von 1971 wurden die »drei Säulen« oder auch »Joslin-Trias« (nach dem berühmten amerikanischen Diabetesspezialisten³²⁵) der Diabetestherapie vorgestellt. Die erste und wichtigste ist dabei die Diät, gefolgt von Bewegung und Medikation, also Insulin und Tabletten.³²⁶ Ab 1980 wurde hin und wieder auf dieses einfache Prinzip zurückgegriffen, allerdings wurde plötzlich von »vier Säulen« gesprochen. Dabei änderte sich die Reihenfolge auf „Diät, Insulin, Selbstkontrolle und Bewegung“.³²⁷ Im Jahre 1983 tauchte schließlich in einem Bericht über Blutzucker die Beschreibung von „fünf Säulen“ in der Diabetes Therapie auf: „Diät, Medikamente, Seele, Bewegung und Selbstkontrollen“, hieß es nun.³²⁸ Der Arzt dürfe nicht nur die Krankheit sehen, sondern auch den Menschen dahinter mit seiner „seelische[n] Situation und [dem] soziale[n] Umfeld“.³²⁹ Insgesamt wurde der Fokus also stärker auf die Haltung der Patient_innen gelegt. Bis 1990 erscheint dann aber kein Artikel mehr, der sich mit den Säulen der Diabetestherapie auseinandersetzt. Die fünfte Säule setzte sich nicht durch, bis heute spricht man von drei oder vier Säulen.

Es lässt sich deutlich ein neuer Schwerpunkt und die veränderte Einstellung zum Thema psychische Unterstützung bei chronischen Krankheiten erkennen. Entgegen der Erwartungen lässt sich aus den Leserbriefen zwischen 1985 bis 1990 jedoch viel Frustration von Seiten der Diabeteskranken herauslesen, obwohl ihnen im Allgemeinen von Seiten der Diabetolog_innen mehr Einfühlungsvermögen und Verständnis denn je entgegengebracht wurde. Untersucht man die Beschwerden im Einzelnen, so lässt sich festhalten, dass sich die Frustration auch nicht gegen die Diabetolog_innen richtete, sondern vielmehr gegen die westdeutsche Gesellschaft.

³²⁴Marwede, J. (1990), S.28-30.

Papatheodorou, N. H (1990), S.22-25.

³²⁵Siehe *Kapitel 2.1 Diabetesversorgung bis 1970*.

³²⁶Bronsert, U. (1971), S.145f.

³²⁷Unbekannt: 20 Jahre Diabetiker-Jugendhaus Hinrichsseggen. *Diabetes Journal* 34 (1984), H.4, 140f. Und: Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H. et al.: (1981), H.7/8, S.288. Und: Mehnert, H, Standl, E., Bürger-Büsing, H. (1980), S. 5.

³²⁸Kampmann, B. (1983), S.164.

³²⁹Ebd., S.164.

3.6 Veränderung des Verhältnisses durch Blutzuckermessung

Die Blutzuckerbestimmung erlaubt es den Diabeteskranken heute, spontan und selbstständig auf Blutzuckerschwankungen zu reagieren, beispielsweise mehr Insulin zu spritzen, falls der Blutzucker nach einer Mahlzeit deutlich erhöht ist. Dass der geschulte Diabeteskranke diese Therapieentscheidung eigenständig trifft, ist heute selbstverständlich. Voraussetzung dafür war die Erfindung von kleinen, handlichen Geräten, die für Laien einfach zu bedienen waren und den Blutzuckerwert präzise bestimmen konnten. Damit waren sie der Methode der Harnzuckerbestimmung weit voraus. Die ersten frei verkäuflichen Messgeräte wurden 1964 für Laien erhältlich. Da diese aber noch sehr groß und unhandlich waren, setzten sie sich erst im Laufe der 1974er Jahre in der BRD durch.³³⁰ Noch in den 1960er Jahre war der Harnzuckernachweis oft die einzige Möglichkeit, Rückschlüsse auf die Blutzuckerwerte zu erhalten. Dazu musste der Urin zusammen mit einer Indikator-tablette aufgekocht werden. Um den Dekadenwechsel setzten sich „trocken-chemische“ Teststreifen durch, die wesentlich einfacher und unauffälliger in der Handhabung waren. Trotzdem ließen sie nur eine bedingte Aussage über die Blutzuckerwerte zu: So konnte ein erhöhter Blutzuckerwert nur nachgewiesen werden, wenn er oberhalb der sogenannten Nierenschwelle (180mg/dl) lag. Ein ideal eingestellter Blutzuckerwert beträgt nach dem Essen aber ca. 120-130mg/dl.³³¹ Man konnte also nur erkennen, dass der Blutzuckerwert erhöht war, wenn dieser schon deutlich zu hoch war.

Die exakte Höhe des Blutzuckerwerts konnte damals nur beim Arzt und in einem aufwendigen Verfahren bestimmt werden: Das Blut musste filtriert und mit Chemikalien versetzt werden, diese Lösung aufgekocht und wieder abgekühlt werden.³³² Aufgrund der Ungenauigkeiten bei der Urinselbstkontrolle und der aufwendigen Bearbeitung bei der Blutzuckerbestimmung wurde der Blutzucker nur etwa alle vier Wochen beim Arzt überprüft. Auch die nötige Insulindosis konnte so nur grob abgeschätzt und nicht überprüft werden, sodass auch die Folgen, beispielsweise Nierenschäden, Sehstörungen,

³³⁰Unbekannt: Blutzuckermessungen nach 1964. Datum der Veröffentlichung unbekannt. <https://diabetes-museum.de/blutzucker/blutzucker-nach-1964> (entnommen am 06.07.2018).

³³¹Nauck, M. (2014), S.44.

³³²Unbekannt: Die Geschichte des Blutzuckermessens: Eine kleine Zeitreise. Große Apparate und kleine Hightech-Wunder (2017).

Herzinfarkte oder Schlaganfälle, nicht so effizient wie heute verhindert werden konnten.³³³

In Japan und Amerika wurden schließlich 1968 die ersten Blutzuckermessgeräte für den häuslichen Gebrauch frei verkäuflich und 1974 brachte die Firma Boehringer Mannheim, die heute zu dem Schweizer Pharmaunternehmen Hoffman-La Roche gehört, „nach Jahren intensiver Forschung“ den „Reflektomat“ auf den deutschen Markt.³³⁴ Diese 1,1kg schwere Maschine ersetzte zum ersten Mal komplett die manuelle Auswertung im Labor und machte die regelmäßigen Arztbesuche damit in ihrer häufigen Form nicht mehr notwendig.

Die Entwicklung wurde also von den Pharmaunternehmen vorangetrieben und in einem Bericht über die Entwicklung der ersten Blutzuckermessgeräte verriet die Firma Roche: „Am Anfang war die Selbstmessung mit dem Reflolux bei Diabetesexperten hoch umstritten. Man konnte sich nicht vorstellen, dass diese Verantwortung im Rahmen der Diabetestherapie nicht mehr bei ihnen liegen sollte – dafür fehlte es den Patienten doch an Fachwissen und Selbstdisziplin!“ Boehringer Mannheim dagegen hätte „fest daran [geglaubt], dass Menschen mit Diabetes ihre Krankheit eigenständig managen könnten – wenn sie das nötige Wissen [...] [besäßen] und die richtige Unterstützung [...] [bekämen]“.³³⁵ Die Firma sprach von einer „visionären Idee“, Anfang der 1980er Jahre in „Zusammenarbeit mit Diabetologen das weltweit erste [...] [gezielt auf den Umgang mit dem Blutzuckermessgerät ausgelegte] Schulungsprogramm“ für Diabetesranke zu entwickeln. Selbstinszenierend hieß es auf der Internetseite: „Die Diabetikerschulung ist ein hervorragendes Beispiel, wie durch eine gemeinsame Vision von Industrie und Ärzten Innovationen im Gesundheitssystem vorangebracht werden können und dadurch die Qualität der Patientenversorgung verbessert wird.“³³⁶ Die Aussagen machen deutlich, dass die Entwicklung zunächst noch recht einseitig von den Pharmaunternehmen ausging und aus den Berichten im *Diabetes Journal*, die im folgenden Kapitel analysiert und genau vorgestellt werden, geht hervor, dass viele Diabetolog_innen der Selbstmessung zunächst wirklich skeptisch entgegenstanden. Selbstverständlich wurde diese Vision allerdings nicht nur aus uneigennützigem Glau-

³³³Ebd.

³³⁴Ebd.

³³⁵Ebd.

³³⁶Ebd.

ben an eine bessere Patientenversorgung heraus vorangetrieben, sondern auch wegen ihrem großen wirtschaftlichen Potential.

Wie in Kapitel 3.4.1.3 (Abspaltung der „Insuliner“ 1982) beschrieben, traf die Entwicklung besonders bei den jungen Typ-I-Diabeteskranken auf großes Interesse. Für sie bedeutete die Möglichkeit, den Blutzucker ideal zu halten, eine gute Chance auf ein längeres und vor allem gesundes Leben, wesentlich mehr Freiheit bei der Alltagsgestaltung und mehr Selbstbestimmung.

Doch bevor die Sichtweise der Diabeteskranken auf die Entwicklung der Blutzuckermessgeräte beschrieben wird, soll zunächst die Haltung und die Argumente der Diabetolog_innen vorgestellt und analysiert werden. Schließlich lässt auch diese Einstellung Rückschlüsse auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zu.

3.6.1 Zunächst ablehnende Haltung der Diabetolog_innen

Zwischen 1970 und 1980 wurde zwar theoretisch von Partnerschaft auf Augenhöhe und Vertrauen gesprochen, von Seiten der Diabetolog_innen es gab aber viele Gegner der praktischen Umsetzung, insbesondere bei den Blutzuckermessungen. In einem Bericht zur Stoffwechselfbstkontrolle wurde zwar über Blutzuckertests Folgendes geschrieben:

„Prinzipiell wünschenswert wären möglichst häufige Blutzuckerkontrollen, die im Idealfall sogar zu jeder Tages- und Nachtzeit möglich sein sollten. Praktisch sind dieser Forderung jedoch aus technischen Gründen Grenzen gesetzt. Mit anderen Worten: Blutzuckerbestimmungen sind an die Sprechstunden des Hausarztes oder die Arbeitszeiten eines Instituts für Laboratoriumsmedizin gebunden.“³³⁷

³³⁷Bottermann, P. (1973), S.399.

Doch viele Diabetolog_innen sträubten sich gegen die Verbreitung der Geräte nur unter dem Deckmantel ihrer angeblichen unzureichenden technischen Entwicklung. Wie in der Einleitung des Kapitels beschrieben, wehrten sich viele Diabetolog_innen gegen die Selbstermächtigung der Patient_innen.

So sind die deutlichen Worte eines anderen Diabetologen zu erklären: „Die Bestimmung des Blutzuckers mittels Teststreifen ist [...] als Selbstkontrolle für eine gute Diabeseinstellung abzulehnen“. Die Teststreifen und Geräte seien sehr teuer und empfindlich. Eine Kontrolle des Urins auf Zucker und Aceton sei für eine gute Dauereinstellung nicht zu ersetzen. *„Die Blutzuckerbestimmung sollte deshalb in der Regel weiterhin dem Arzt überlassen bleiben“*, schrieb der Autor (kursiv im Original).³³⁸ Derartige Stellungnahmen zeigen, dass die Ärzteschaft seinerzeit noch ein patriarchales Verständnis der Patient_innenbetreuung hatte. Außerdem lassen solche Äußerungen vermuten, dass sie sich durch die Blutzuckermessgeräte für zuhause in ihrer Autorität untergraben fühlten. Ein anderer Diabetologe stellte klar, die Blutzuckerkontrolle sei „aber ganz klein geschrieben, in vielen Fällen [könne] ganz darauf verzichtet werden.“³³⁹ Eine Kollegin schrieb, die Harnkontrolle sei „in jedem Fall [...] aussagekräftiger als die [...] Blutzuckerbestimmung, die stets nur »Blitzlichtaufnahmen«“ seien³⁴⁰ und auch der einflussreiche Diabetologe Prof. Dr. Bernd Willms, ärztlicher Leiter des Diabeteszentrums Bad Lauterberg, Präsident der DDG von 1991 bis 1992 und Vorsitzender des „Ausschuss für Laienarbeit“ in den 1980er Jahren³⁴¹, unterstützte die neue Möglichkeit zu mehr Unabhängigkeit zunächst nicht. Er schrieb: „Gegen die regelmäßige Blutzuckerselbstkontrolle durch den Patienten sprechen mehrere Gründe“. Der Tenor seiner Ausführungen war, dass Blutzuckertests komplizierter, langsamer, teurer und weniger aussagekräftig seien als die Urinkontrolle. Diese sei das Mittel der Wahl bei allen „Altersdiabetes“ und auch bei allen insulinpflichtigen Diabeteskranken. Er räumte aber ein, dass im speziellen Fall eines „ungewöhnlich labilen Diabetes“ die häusliche Blutzuckerbestimmung durchaus sinnvoll sei. In seinen Ausführungen kam er also zu dem Ergebnis, dass die Blutzuckerselbstkontrolle für den Alltag zu aufwendig sei und die Urinkontrolle völlig ausreichend.

³³⁸Vögtle-Böhringer, M., Gries, F. (1975), alle Zitate siehe S.329.

³³⁹Löscher (1979), S.247.

³⁴⁰Sachse, G. (1979), S.375.

³⁴¹ Kulzer, B., Schmidt-Kubeneck, S. (2014), S.91.

In den Augen vieler Diabeteskranken erweckte diese kritische Haltung der Diabetolog_innen an der Blutzuckerselbstkontrolle den Eindruck, die Ärzt_innen seien nicht an einer wirklichen Zusammenarbeit mit ihnen interessiert. Zwar berichteten einige Diabeteskranke dankbar und positiv von ihren betreuenden Ärzt_innen, die ihnen Blutzuckermessgeräte verschrieben und über die Auswertung aufklärten.³⁴² Viele andere empörten sich aber über die Einstellung ihrer Behandler_innen, die sich gänzlich gegen die Alltagserleichterung verschlossen.³⁴³ Noch 1983 schrieb PD Dr. E. Standl, einer der Chefredakteure des *Diabetes Journals*: „Nach wie vor gehen die Diabetologen davon aus, dass die Harnzuckerselbstkontrolle die Basis aller häuslichen Selbstkontrollmaßnahmen durch den Patienten darstellt“. Allerdings gestand auch er ein, dass Blutzuckerkontrollen manchmal sinnvoll seien: „Erst wenn mit der Harnzuckerselbstkontrolle keine befriedend gute Diabeteseinstellung zu erreichen ist oder häufige Unterzuckerungen auftreten oder die Nierenschwelle für Harnzucker abnorm hoch oder niedrig ist, kommt eigentlich eine Blutzuckerselbstkontrolle in Frage.“³⁴⁴

In einem Schreiben vom DDB an die Krankenkassen wurde 1983 immerhin gefordert, dass die Kosten für Blutzuckermessungen in diesen speziellen Fällen übernommen werden sollen. Für alle anderen dürfte die Blutzuckermessung allenfalls die Urinkontrolle ergänzen, hieß es in der veröffentlichten Stellungnahme.³⁴⁵

Die Chefredaktion des *Diabetes Journals* nahm zum selben Zeitpunkt wie folgt dazu Stellung: Die Blutzuckerselbstmessung würde zwar immer wichtiger, weil „man in den letzten Jahren immer mehr Beweise für den großen Nutzen“ beobachtete. Trotzdem sei die Urinkontrolle das Mittel der Wahl, da diese über Jahrzehnte gute Ergebnisse gebracht hatte. „So gesehen, wären die heutigen Möglichkeiten der Blutzuckerselbstkontrolle eine gegebenenfalls zusätzlich einzusetzende Waffe im Kampf um eine möglichst lebenslange gute Diabeteseinstellung.“³⁴⁶ Auch die Chefredaktion, die sich zum damaligen Zeitpunkt nur aus Diabetolog_innen zusammensetzte, vertrat also eine kritische Meinung zur den Blutzuckerselbstkontrollen. Die häusliche Blutzuckerselbst-

³⁴² Bruchfeld, L. (1980), S.292. Und: Rohrsdorf, T. (1981), S.378. Und: Hauner, H. (1982), S.106-109.

³⁴³siehe (nächstes) *Kapitel 3.6.2 Diskussion beider Seiten 1981-1982*.

³⁴⁴K., V., Standl, E. (1983), S.36.

³⁴⁵Koschinsky, T. (1983), S.354-358.

³⁴⁶Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K. (1982), S.352.

kontrolle sei nur in bei labilen Diabeteskranken sinnvoll, für alle anderen sei die Urinkontrolle ausreichend. Diese konservative Einstellung des DDB wurde besonders von jüngeren Typ-I-Diabetikern immer wieder kritisiert und führte 1982 schließlich zur Abspaltung der „Insuliner“.³⁴⁷

Nachdem nun die anfänglich kritische Haltung der meisten Diabetolog_innen und sogar des DDBs aufgezeigt wurde, soll im nächsten Schritt die Meinung der diabeteskranken Leser_innen herausgearbeitet werden. Interessant dabei ist, dass beim Thema Blutzuckermessgeräte nicht nur unter den Leser_innen selbst eine Diskussion entbrannte, sondern sich teilweise sogar Diabetolog_innen in Leserbriefen dazu äußerten.

3.6.2 Diskussion beider Seiten (1981-1982)

Im September 1981 äußerten sich einige Diabetolog_innen in der Diabetiker-Schulung erstmals positiv über die häusliche Blutzuckermessung:

„Auch der Arzt misst den Blutzucker, warum sollte dies der Patient nicht [auch] selbst tun? Die modernen Methoden sind bei richtiger Handhabung so exakt, dass ein gut geschulter Patient auch Konsequenzen aus den Werten der Blutzuckerselbstkontrolle ziehen kann. Jeder insulinbehandelte Diabetiker sollte in der Regel die Selbstmessung des Blutzuckers erlernen denn manche Probleme bei der Stoffwechseleinstellung lassen sich nur durch die Blutzuckerselbstkontrolle lösen.“³⁴⁸

Gleich in der nächsten Ausgabe nahm eine Leserin das Thema auf und schrieb:

„Noch heute nach ungefähr 10 Jahren bin ich Herrn Prof. Dr. Pfeiffer, Ulm, dankbar, dass er mir für notwendige Blutzuckerselbstkontrollen das Ames-Reflektometer verschrieb. Denn wenn ich bei den Harnteststreifen negative Ergebnisse habe [=kein Zucker im Urin – Anm. d. Verf.], so weiß ich nicht, ob der Blutzucker

³⁴⁷Siehe *Kapitel 3.4.1.3 Abspaltung der „Insuliner“ 1982.*

³⁴⁸Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H. et al. (1981), S.358f.

bei 160mg [=hier wird kein Zucker über die Nieren ausgeschieden, liegt aber immer noch zu hoch – Anm. d. Verf.] oder 25mg [=Unterzuckerung – Anm. d. Verf.] liegt.“³⁴⁹

Häufig täusche sie ihr Gefühl, wenn sie glaubte ihr Blutzucker sei zu hoch, sei er in Wirklichkeit zu niedrig und umgekehrt. Und so kam sie am Ende zu dem Schluss: „Fazit: Ohne Reflektometer hätte ich schon längst ins Gras gebissen!“³⁵⁰

Ein anderer Leser erwiderte der Leserin im nächsten Heft direkt: „Machen Sie sich, sehr geehrte Frau Rohrsdorf, nicht selbst (entschuldigen Sie bitte) verrückt mit Ihren täglichen Kontrollen und den nachfolgenden Reaktionen?“³⁵¹ Er erzürnte sich darüber, wie gefährlich eine solche „Panikmache“ sein könne und forderte: „In einer Zeitschrift wie dem Diabetes Journal sollten solche [...] irreführenden Leserbriefe nicht veröffentlicht werden oder zumindest begleitend eine klare Stellungnahme der Redaktion oder eines Facharztes haben!“³⁵²

Wie unterschiedlich die Meinungen der Diabeteskranken selbst zum Thema Blutzuckermessung waren und wie vielfältig sie darin beeinflusst wurden geht aus einem weiteren Leserbrief hervor. Nicht nur die Patient_innen und Diabetolog_innen versuchten ihre Interessen durchzusetzen – auch die Hersteller der Blutzuckermessgeräte mischten sich ein und versuchten mit allen Mitteln ihre Produkte an die Diabeteskranken zu bringen. Besorgt beschrieb der Leser im Frühjahr 1982, wie eine Firma die Diabeteskranken aufforderte, ihre Ärzt_in zu belügen und zu behaupten, ihr Diabetes sei instabil. Falls die Ärzt_in ihnen das Gerät immer noch nicht auf Kosten der Krankenkasse verschreiben wollte, sollten sie den Arzt wechseln.³⁵³

Interessant ist ein Brief von zwei Diabetolog_innen, von denen der eine selbst diabeteskrank war. Sie schrieben: „Einer der Autoren, seit 1950 zuckerkrank, wendet zusätzlich zum Urinzuckertest die Methode der Selbstkontrolle des Blutzuckers seit 6

³⁴⁹Rohrsdorf, T. (1981), S.378.

³⁵⁰Ebd., S.378.

³⁵¹Imkamp, E. (1981), S.480.

³⁵²Ebd., S.480.

³⁵³Busch, H. (1982), S.196f.

Monaten an.“³⁵⁴ Nach diesem halben Jahr kämen sie zu dem Schluss: „Zusammenfassend stellen wir fest, dass der Zuckerstoffwechsel des Diabetikers, in Zusammenarbeit mit dem Arzt, durch die Selbstkontrolle von Blut- und Urinzuckerwerten besser als zuvor reguliert und ausgeglichen werden kann.“³⁵⁵ Als Diabetologe und Patient gleichzeitig hatte er natürlich das Bedürfnis nach einer bestmöglichen Behandlung und mochte auf die Blutzuckermessung nicht mehr verzichten.

Es existierten also fünf Interessengruppen, die ihre Meinungen zu den Blutzuckermessgeräten äußerten: Vor allem junge Diabeteskranke mit Typ-I-Diabetes wie beispielsweise die „Insuliner“, für die die Blutzuckermessgeräte eine Emanzipation von den behandelnden Ärzt_innen und mehr Selbstbestimmung darstellten. Außerdem meldeten sich Diabeteskranke zu Wort, die sich sorgten, durch die eigene Interpretation der Blutzuckerwerte könnte eine fehlerhafte Therapie resultieren und die dafür plädierten, die Auswertung der Werte doch besser den studierten Mediziner_innen zu überlassen. Als dritte Gruppe äußerten sich die eher patriarchalisch eingestellten Diabetolog_innen, die sich durch die Selbstständigkeit in ihrer Autorität untergraben fühlten. Doch auch unter den Ärzt_innen wurden zu Beginn der 1980er Jahre Stimmen laut, die sich durch Studien und verbesserte Technik für die Blutzuckertests als Bereicherung und Erleichterung aussprachen. Die fünfte Gruppe stellten die Firmen dar, die die Blutzuckermessgeräte herstellten und diese in möglichst großer Stückzahl an die Diabeteskranken verkaufen wollten. Dafür gingen sie sogar so weit, die Diabeteskranken zum Lügen anzustiften.

Dank verbesserter Technik und zahlreichen positiven Studien wurden die Blutzuckermessgeräte langsam, aber immer noch mit einer gewissen Skepsis geduldet. Im folgenden Kapitel soll dieser Prozess genauer beleuchtet werden.

3.6.3 Akzeptanz der Blutzuckermessgeräte (1985)

Bis zu Beginn des Jahres 1985 war also der Tenor im *Diabetes Journal* derjenige, dass Blutzuckermessungen nur ergänzend, beziehungsweise nur in speziellen Fällen be-

³⁵⁴Rosberg, L., Leibecke, S. (1984), S.12.

³⁵⁵Ebd., S.13.

nutzt werden sollten. Doch in der Märzausgabe von 1985 äußerte sich die Chefredaktion plötzlich in anderer Weise: „Es ist aber keine Frage, dass flexible, das heißt an den tatsächlichen Bedarf angepasste, intensivierte Insulintherapie nur mit regelmäßigen Blutzuckerbestimmungen [...] möglich ist. Dauerhaft einigermaßen normnahe Diabeseinstellung zur Verhinderung von Gefäßschäden ist bei nicht wenigen Patienten nur mit dieser Methode möglich“, schrieben die Autoren im Vorwort. Sie kamen schließlich zu folgendem Schluss: „Blutzuckerselbstkontrolle [...] [sei] kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit.“³⁵⁶ Ein Jahr später schrieben dieselben Autoren sogar: „Ein Rückfall in die Zeiten ohne Blutzuckerselbstkontrolle erscheint undenkbar.“³⁵⁷

In einem Bericht über Selbstkontrolle ebenfalls aus dem Jahr 1986 schrieb ein Diabetologe: „Früher begnügte man sich zur Selbstkontrolle mit der Urinzuckerbestimmung.“ Durch die Blutzuckertests sei eine normoglykämische Einstellung erst richtig gewährleistet und der „Weg zum Erfolg“. Allerdings müsste jeder Diabeteskranke selbst entscheiden, welchen Weg er gehen wolle, und „dabei müssen sie von Ärzten beraten werden“³⁵⁸. Dabei stellte ganz im Sinne des „Empowerments“ diese eigene Entscheidung der Diabeteskranken einen weiteren Schritt der Emanzipation der Diabeteskranken von den Diabetolog_innen dar. Es ging also nicht mehr nur um die Verlagerung der Stoffwechselkontrollen aus der ärztlichen Praxis ins Zuhause der Patient_innen, sondern auch um die Frage, was denn eigentlich die Patient_in selbst möchte.

Und so fingen auch die Patient_innen erneut an, über die Blutzuckerselbstkontrolle zu debattieren. Ein Leser schrieb 1986, er wehre sich gegen die „neuerdings zunehmend propagierten weiteren Selbstkontrollen, also gegen die täglich mehrmaligen Blutzuckeruntersuchungen.“ Sie seien für die meisten Diabetiker nicht notwendig und „das ständige Denken an die nächste Kontrolle in drei Stunden mit all ihren Vorbereitungen, dem Instrumentarium, der Hautverletzung, dem Protokollieren, den Nachbereitungen“ machten den Diabetiker erst „zu einem wirklich kranken Menschen.“³⁵⁹

Er wurde vielfach kritisiert; so antwortete ein Leser: „Wenn ich die Aussagen von Herrn Stolze richtig interpretiere, haben sich die bösen Mediziner die Selbstkontrolle ausgedacht, um den armen Diabetiker zusätzlich zu schikanieren.“ Die Empfehlungen der

³⁵⁶Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K. (1985), S.100.

³⁵⁷Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K. (1986), S.170.

³⁵⁸Look, D. (1986), erstes Zitat siehe S. 12, zweites und drittes Zitat siehe S. 13.

³⁵⁹Stolze, H. (1986), S.334.

Ärzte beruhten auf Erfahrungswerten, und zwar in der Richtung, „Diabetikern das Leben so angenehm wie möglich zu machen“, verteidigte er die Ärzteschaft.³⁶⁰ Und auch ein anderer Leser stellt sich hinter die Diabetolog_innen: „Ich finde es traurig, wenn die aner kennenswerten Bemühungen dieser wenigen Ärzte dadurch zum Scheitern verurteilt sind, dass selbst Betroffene die Bedingungen des 'bedingt Gesundseins' nicht wahrhaben wollen“³⁶¹, beklagte er. Wieder ein anderer versuchte zu beschwichtigen und schrieb: „Wenn jemand behauptet, die Tasse ist schon halb leer und sein Gegenüber die Tasse ist noch halb voll, so haben beide Recht. Es kommt halt auf die Warte an, von der aus man eine Sache betrachtet.“³⁶² Er wollte also ausdrücken, dass sowohl die Blut- als auch die Urinzuckerselbstkontrolle Vor- und Nachteile habe. Er schrieb weiter:

„Angeblich kommt Herr Stolze auch nach 22 Jahren mit seinem Diabetes noch ganz gut zurecht. Ich war 24 Jahre lang der gleichen Meinung, bis es mich dann traf [...] Herr Stolze glaubt, dass erst die regelmäßigen Kontrollen den Diabetiker zum wirklich kranken Menschen machen. Ich bin dagegen davon überzeugt, dass jeder, der um die Bedeutung der Normoglykämie weiß, durch ‚Blindflugtage‘ unsicher und unzufrieden wird.“³⁶³

Aus den doch teilweise sehr emotionalen Antworten der Leser_innen lässt sich erahnen, wie wichtig die Möglichkeit zu mehr Selbstständigkeit für viele Diabeteskranke war. Wer sich gegen die häusliche Blutzuckertestung aussprach – egal ob Diabeteskranke_r oder Ärzt_in – erntete viel Kritik.

Mit dieser Debatte der Leserschaft endete die Diskussion über den Nutzen von Blutzuckermessgeräten für zuhause im *Diabetes Journal* und es finden sich fortan nur noch Hinweise darauf, dass sich der Gebrauch und die Akzeptanz des Geräts bei Ärzt_innen und Patient_innen durchgesetzt hatten. So wurde der damalige Stand der Stoffwechselfelbstkontrollen im Jahr 1988 in einer Art Schulungsbericht wie folgt zusammengefasst:

³⁶⁰Wulf, M. (1986), S.496.

³⁶¹Eckhard, K. (1986), S.542.

³⁶²Holke, P. (1987), S.4.

³⁶³Ebd., S.4.

„Heutzutage ist es unbestritten: Stoffwechselfbstkontrolle ist für jeden Diabetiker nützlich und kann dank verbesserter und vereinfachter Methoden von jedem Diabetiker durchgeführt werden. Die regelmäßige Selbstmessung und Dokumentation von Harnzucker und Blutzucker trägt dazu bei, dass Diabetiker zusammen mit ihrem behandelnden Arzt eine bessere Stoffwechseleinstellung erzielen können.“³⁶⁴

Obwohl die häuslichen Blutzuckermessungen für die meisten diabeteskranken Patient_innen eine Erleichterung darstellten und auch von den Diabetolog_innen weitgehend als sinnvoll erachtet wurden, hielt sich die Harnzuckermessung zunächst trotzdem noch. Weshalb erklärte eine Ärztin im nächsten Abschnitt: „Die Blutzuckermessung ist die genaueste, aber auch aufwendigste Art der Stoffwechselfbstkontrolle. Für Diabetiker, die kein Insulin spritzen, ist die Selbstmessung des Blutzuckers nicht immer erforderlich.“³⁶⁵ Doch das Argument, Blutzuckertests seien schwieriger in der Handhabung, wurde nicht mehr weiter diskutiert und auch nicht mehr angeführt und es finden sich keine Beiträge mehr zum Thema Stoffwechselfbstkontrollen. Doch erst zwei Jahre später berichtete die Chefredaktion in einem Rückblick zum vierzigjährigen Jubiläum beiläufig: „Eingangs der 90er Jahre sind Blutzuckermessungen mit relativ einfachen Methoden längst zum Standard für die Selbstkontrolle geworden, noch dazu mit einer Genauigkeit, von der man bei den Bestimmungen des Blutzuckers in Großlabors vor 40 Jahren nur träumen konnte“.³⁶⁶

Die Tatsache, dass Vor- und Nachteile von Blutzuckertests ansonsten überhaupt nicht mehr besprochen wurden und keine Fragen und Leserdiskussionen dazu auftauchten, lässt darauf schließen, dass die Blutzuckertests 1990, am Ende des Untersuchungszeitraums, wirklich zum Standard in der Diabetestherapie geworden waren. Der Kampf um mehr Mitsprache, mehr Selbstbestimmung und mehr Eigenverantwortung der Diabeteskranken in der Bundesrepublik hatte sich gelohnt und das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen war um eine weitere Facette partnerschaftlicher geworden.

Doch obwohl man meinen könnte, die Diabeteskranken hätten allen Grund zur Genug-

³⁶⁴Mosny, C. (1988), S.18.

³⁶⁵Ebd., S.18.

³⁶⁶Mehnert, H., Standl, E., Storch, A. (1990), S.2.

tuung, lässt sich ein Trend der Unzufriedenheit in den Leserbriefen im Jahr 1990 beobachten, der zu guter Letzt beschrieben werden soll.

3.6.4 Überraschende Ernüchterung unter den Patient_innen

Es lässt sich festhalten, dass sich die Einsicht, wie wichtig eine adäquate psychologische Betreuung für Diabeteskranken ist, gerade gegen Ende der 1980er Jahre klar durchsetzte und der DDB im *Diabetes Journal* durch immer mehr Artikel zum Thema versuchte, dieser Betreuung im Rahmen seiner Möglichkeiten gerecht zu werden. Außerdem wurde der Alltag der Diabeteskranken durch die häusliche Blutzuckermessung vereinfacht und im Rahmen des Empowerments profitierten die Diabeteskranken von mehr Selbstbestimmung. Offensichtlich gab es aber eine Gruppe Diabeteskranker, die mit der Eigenverantwortung auch überfordert waren. So jedenfalls lässt sich die große Frustrationswelle unter den Leser_innen ab 1985 erklären. So finden sich in den 1990er Jahren kaum noch Diskussionen über das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis und deutlich weniger Kritik an den Ärzt_innen als in den Vorjahren. Der gesellschaftliche Druck auf Diabeteskranke wurde ebenfalls nicht mehr thematisiert. Allerdings wurde häufig der psychische Druck beklagt.

Bereits seit 1985 und bis 1990 finden sich zahlreiche Leserbriefe, aus denen viel Mutlosigkeit und Frustration sprach.³⁶⁷ Die Leser_innen klagten nicht mehr über die ärztliche Behandlung, sondern äußerten sich wütend und mutlos über die hohen Erwartungen der Gesellschaft an Diabeteskranke. Ein Leser ärgerte sich darüber, dass die Umwelt von ihm erwartete, problemlos mit der Krankheit zurechtzukommen, es gäbe ja noch viel schlimmere Krankheiten. Dabei sprach er von „private[m] Pech“ oder einen „lästige[n] und zudem noch teure[n] Angelegenheit“. Schließlich folgerte er: „Und das geheuchelte oder echte Mitleid unserer Umgebung geht uns deshalb so auf den Geist, weil es uns ja doch nur den Klotz bewusst machten, den wir so gerne vergessen würden.“³⁶⁸

Auch einen anderen Leser störte das mangelnde Verständnis seiner Umwelt. Jeder erlaube sich ein Urteil, obwohl die wenigsten wüssten, von was sie sprächen. „Die Ignoranz der Bevölkerung bezüglich Diabetes ist erschreckend. Es gibt ja Leute, die

³⁶⁷siehe Kapitel 3.5.4 *Mutlosigkeit trotz vermehrter seelischer Unterstützung.*

³⁶⁸Delekat, W. (1985), S108f.

nicht einmal wissen, dass Diabetes unheilbar ist.“ Er eschauffierte sich, dass aber vor allem diese Menschen schließlich Ratschläge erteilten.³⁶⁹ Diese Erfahrungen bestätigte ein anderer Diabeteskranker: „Nicht die Zuckerkrankheit belastet mich so sehr, sondern die Erlebnisse mit meinen Mitmenschen. Die ewigen Aufforderungen, doch mal Kuchen oder Eis zu essen oder ein Bierchen zu trinken, gehen mir auf den Nerv, ebenso die tollen Rezepte, wie z.B. immer fleißig grüne Bohnen zu essen und niemals Möhren, dann ginge der Zucker ‚weg‘“, ärgerte sich dieser Leser über die Ahnungslosigkeit seiner Mitmenschen.³⁷⁰

Frustration, aber vor allem Überforderung sprach aus den Zeilen eines weiteren Leserbriefs. „Hat euer Tag mehr als 24 Stunden?“, fragte sich die Leserin bei lebensfrohen und kämpferischen Berichten anderer Diabeteskranker, die den Erwartungen der Mitmenschen problemlos nachkamen.³⁷¹

Interessanterweise stammten die entmutigten Leserbriefe mehrheitlich von Frauen. So beklagten sich in neun von vierzehn frustrierten Leserbriefen weibliche Leserinnen, während nur fünf von männlichen Lesern verfasst wurden. Dabei klagten sie vor allem über das mangelnde Verständnis und Einfühlungsvermögen ihres Umfelds. Hilfe und Trost erhielten die Leser_innen durch andere Diabeteskranker, nicht durch Ärzt_innen.³⁷² Der Schriftwechsel im *Diabetes Journal* erinnert in dieser Zeit wieder sehr an den Ursprung des Deutschen Diabetiker Bunds: eine Selbsthilfegruppe. So finden sich auf die vierzehn niedergeschlagenen Leserbriefe neun aufmunternde (gleichmäßig von männlichen und weiblichen Leser_innen verfasst.)

Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen erreichte eine neue Phase: Die Patient_innen konnten viel selbstbestimmter mit ihrer Krankheit umgehen, erkannten aber erstmals auch die Konsequenz der hohen Eigenverantwortung. Viele junge Diabeteskranker hatten die Selbstbestimmung immer wieder eingefordert und konnten gut mit der neuen Freiheit umgehen (beispielsweise die „Insuliner“). Doch wie gezeigt wurde, gab es auch viele Diabeteskranken,

³⁶⁹Eisenhardt, E. (1985), S.286.

³⁷⁰Nyassi, U. (1986), S.3.

³⁷¹Mingram, E. (1985), S.48.

³⁷²S., J. (1990), S.2.

die sich mit der Eigenverantwortung überfordert fühlten. Aus dieser Unsicherheit heraus wendeten sich viele an ihre Leidensgenoss_innen und halfen sich gegenseitig. Die behandelnden Diabetolog_innen wurden dagegen nicht um Rat gefragt und blieben zunächst unbeteiligt im Findungsprozess ihrer veränderten Rolle als selbstbestimmte Patient_in.

4. Fazit

In welcher Weise veränderte sich also das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen Diabeteskranken und Diabetolog_innen in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1970 und 1990?

Zu Beginn und während des größten Teils des Untersuchungszeitraums lässt sich das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis am ehesten mit einem Lehrer-Schüler-Verhältnis vergleichen: Die Diabetolog_innen sprachen ihre Patient_innen wie Medizinstudent_innen an und informierten sie neutral und emotionslos über richtige Therapien. Dabei erwarteten sie eine Lebensführung in strenger Selbstdisziplin, Fleiß und „Tüchtigkeit“. Die meisten der diabeteskranken Patient_innen brachten ihren Ärzt_innen dabei den gewünschten Respekt entgegen und bemühten sich, ihren Anweisungen bestmöglich Folge zu leisten. Ähnlich wie Lehrer aber auch ihre Schüler unterstützen, unterstützten auch die Diabetolog_innen in Deutschland ihre Patient_innen: So stellte besonders zu Beginn der 1970er Jahre vor allem der gemeinsame Kampf um mehr Gleichberechtigung (beispielsweise bei der Genehmigung der Fahrerlaubnis und der Verbeamtung) einen wichtigen Aspekt dar. Durch die wissenschaftliche Einflussnahme der Mediziner_innen auf die Politik, konnten Lösungen gefunden werden, die die Lebensqualität der Diabeteskranken in der BRD enorm verbesserten und die Diabeteskranken waren ihren Ärzt_innen dankbar für deren Hilfe.

Zunächst waren sowohl die Diabetolog_innen als auch die Diabeteskranken mit ihrer Lehrer-Schüler-ähnliche Beziehung zufrieden, denn bis zum Jahr 1976 findet sich kaum Kritik von der einen oder anderen Seite. Erst mit der Diskussion über Fachausdrücke in den medizinischen Beiträgen begann eine indirekte Auseinandersetzung mit dem Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis. Hinzu kam, dass durch den Biguanid-Skandal die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft in den allgemeinen Zeitungen und Zeitschriften kompromittiert wurde. So ist es zu erklären, dass die Diabetolog_innen im *Diabetes Journal* zum Skandalhöhepunkt 1978 auffällig häufig mit einem partnerschaftlichen, guten Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis warben. Auch wenn aus einem Leserbrief hervorgeht, dass auch zwei Jahre später, 1980, das Verhältnis immer noch eher als Lehrer-Schüler-Verhältnis empfunden wurde, so zog zumindest die Diskussion über

die Fachausdrücke eine messbare Konsequenz nach sich: Auf Wunsch der Diabeteskranken verzichteten die Diabetolog_innen ab 1980 merkbar darauf, ihre Überlegenheit gegenüber ihren Patient_innen durch Verwendung der Fachsprache auszuspielen. Entsprechend wurden die Fremdworte in den Schulungsartikeln fortan erklärt und man bemühte sich sichtlich, den Patient_innen sprachlich entgegen zu kommen.

Nicht nur auf dem Weg einer gemeinsam verständlichen Sprache nahmen die Diabeteskranken Einfluss auf die Ärzteschaft, sondern auch auf deren Sichtweise gegenüber ihren an Diabetes leidenden Patient_innen. Sie beklagten 1980 in einer ganzen Welle von Leserbriefen, dass man ihnen nicht helfe, wenn man die Probleme und Belastungen, die die Krankheit mit sich bringt, klein redete. Stattdessen würden ehrliche Erfahrungsberichte oft mehr Trost spenden und glaubhafte Lösungsansätze offenbaren. Schließlich, nachdem die Diskussion 1990 ein zweites Mal entflammte, folgten die Diabetolog_innen den Forderungen und setzten sich nach 1990 sehr viel einfühlsamer mit den psychischen Herausforderungen einer chronischen Krankheit auseinander.

Den vielleicht größten Einfluss auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis zwischen Diabetolog_innen und Diabeteskranken hatte die Verbesserung der Technik der häuslichen Blutzuckermessgeräte, die für die Patient_innen eine wesentlich größere Selbstbestimmung bedeuteten. Gegen Ende der 1970er Jahre lehnten viele Diabetolog_innen die Erfindung noch ab, mit der Begründung, die wesentlich genauere Blutzuckermessung bleibe allein dem Arzt vorbehalten. Vor allem junge Diabetiker wehrten sich gegen diese Einstellung und so spaltete sich im Jahr 1982 die Gruppe der „Insuliner“ vom DDB ab. Sie taten es damit dem BdKJ (Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher) gleich, der sich ebenfalls unterrepräsentiert fühlte und sich bereits 1980 getrennt hatte. Gerade die jungen Erwachsenen Typ-I-Diabetiker suchten nach neuen Lösungen für den Umgang mit den neuen technischen Möglichkeiten, die zunächst „Hilflosigkeit verursachte“, wie es in einem Rückblick zum 25 jährigen Jubiläum hieß.³⁷³ Weiter berichtete die Mitbegründerin und damit selbst betroffene Zeitzeugin Sissi Kuhn-Prinz: „Zu den Blutzuckerwerten und der Insulinwirkung gab es mehr Fragen als Antworten [...] [und] anfangs [gab] nur sehr wenige Ärzte, die die Selbstständigkeit der Diabetiker unterstütz[en] und Informationen [...] [weitergaben].“³⁷⁴ Das Thema der

³⁷³Kuhn-Prinz, S. (2007).

³⁷⁴Ebd.

Blutzuckermessung und der zurückhaltende, eher kritische Umgang vieler Diabetolog_innen damit, war somit der entscheidende Grund für die Abspaltung der jungen Erwachsenen vom DDB. Unabhängigkeit von den Diabetolog_innen war ihnen wichtig, wie es ja schon im Untertitel des Vereinsnamens („unabhängig insulinabhängig“) zum Ausdruck gebracht wird.

Die Konsequenzen aus dieser Trennung, zusammen mit dem Druck auf die Ärzteschaft durch die öffentliche Verleumdungskampagne in den Medien³⁷⁵ führten bis zum Ende der 1980er Jahre allmählich zu einer breiten Akzeptanz der Blutzuckermessgeräte. Eine weitere Facette begleitete den Wandel im Verhältnis zwischen den Ärzt_innen und Patient_innen: Bemühten sich die Diabetolog_innen zunächst um mehr Empathie auf der sprachlichen Ebene, so begannen sie seit 1982 ihre schriftlichen Beiträge zunehmend altersgerecht auf die Bedürfnisse der verschiedenen Patient_innen, vom diabetischen Kind bis zum Senioren zu gestalten. Dauerte die Akzeptanz der Blutzuckermessgeräte nahezu über ein Jahrzehnt, fielen die letzten Ressentiments dann rasch, sodass in einem Artikel über Stoffwechselkontrollen 1990 von den Blutzuckermessgeräten bereits als „Standard“ gesprochen wurde.

Zusammenfassend wurde die Diabetestherapie besonders ab den 1980er Jahren sukzessive patient_innenorientierter. Doch wie lässt sich der Wandel des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis in den allgemeinen Emanzipationsprozess der Patient_innen von ihren Ärzt_innen einordnen?

Der Wandel hin zu mehr Selbstbestimmtheit der Diabeteskranken war im Sinne von Münchs „Theorie der modernen Demokratie“³⁷⁶ in den ersten Nachkriegsdekaden ohnehin Trend in der deutschen Gesellschaft. Triebfeder für Veränderungen in der Gesellschaft ist demnach die Vernunft, die in Spannung mit dem Faktischen gerät.³⁷⁷ Übersetzt auf das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis entspricht die «Vernunft» dem Streben der Diabeteskranken, ihre Krankheit durch alle zur Verfügung stehenden Mittel (zum Beispiel durch Blutzuckermessgeräte) so optimal wie möglich zu behandeln, und das »Faktische« dem Mangel, von den Diabetolog_innen darin nicht ausreichend unterstützt zu werden. Ihren Ausdruck fanden die Spannungen zwischen beiden Parteien

³⁷⁵Stehr, B. (1984), S.1 und S.146f.

³⁷⁶Siehe *Kapitel 2.5 Wechselwirkung zwischen Medien, Öffentlichkeit und Wissenschaft*.

³⁷⁷Münch, R. (1995), S.19.

in der offenen Diskussion im *Diabetes Journal*, und im Austritt der „Insuliner“ bzw. des Bunds für diabetische Kinder und Jugendliche. Die nach Münch zu erwartenden Veränderungen resultierten in der Weiterentwicklung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses: Die Beziehung war zu Beginn des Untersuchungszeitraues 1970 noch paternalistisch geprägt. Die Diabetolog_innen waren Autoritätspersonen vergleichbar mit Lehrer_innen, deren Vorrangstellung sich neben ihrem Wissensvorsprung in ihrer Fachsprache und einer anspruchsvollen Erwartungshaltung manifestierte. Befeuert durch die medialen Medizinskandale, durch den autoritätsaufweichenden Einfluss der »68er « auf die gesamte Gesellschaft, medizintechnische Innovationen und natürlich die Diskussion der Diabeteskranken selbst (beispielsweise über psychische Herausforderungen ihrer chronischen Krankheit), lässt sich zum Ende des Untersuchungszeitraumes 1990 festhalten, dass das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis deutlich selbstbestimmter wurde.

Dem widerspricht die in der Einleitung vorgestellte Theorie des deutschen Soziologen Feuerstein und der deutschen Professorin für Rehabilitationswissenschaften Kuhlmann, das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis sei nicht durch echte Selbstbestimmung geprägt, der Paternalismus hätte sich nur transformiert zum sogenannten „Neopaternalismus“.³⁷⁸ Da die Autonomie der Patient_innen mit deren freier Therapieentscheidung begründet werde, führen die Autoren aus, dass die ärztliche Aufklärung nie frei von „manipulative Verzerrung“ geschehe durch Motive wie Zeitnot, juristischer Absicherung und Konfliktvermeidung.³⁷⁹ Die Selbstbestimmung der Patient_innen sei nur ein Placebo; Ärzt_innen würden ihre Patient_innen immer noch bevormunden, indem sie ihre scheinbar freie Entscheidungsfindung beeinflussten.

Aber klärten die Diabetolog_innen im *Diabetes Journal* ihre Patient_innen wirklich mit manipulativen Hintergrundgedanken auf? Dafür spricht, dass die federführenden Ärzt_innen besonders zu Beginn der 1970er Jahre immer wieder betonten, wie wichtig es sei, ihren Anordnungen genau Folge zu leisten. Daraus lässt sich schließen, dass sie ihre Patient_innen zu Gehorsam und Respekt vor der eigenen Autorität erziehen wollten. Die anfänglich vehemente Abwehr vieler Diabetolog_innen gegen die Verbrei-

³⁷⁸Feuerstein, E., Kuhlmann, E. (1999), S.11.

³⁷⁹Ebd., S.11-13.

tung von Blutzuckermessgeräten, lässt gleichfalls den Schluss zu, sie hätten ihre Patient_innen weiterhin in einer Art Abhängigkeit halten wollen. Dagegen spricht die Zusammensetzung der Redaktion aus Mediziner_innen *und* Vertretern des DDB. Es lässt sich festhalten, dass ein Leser im *Diabetes Journal* überwiegend sachlich informiert wurde, verschiedene Meinungen zu Wort kamen und die Beiträge gerade ab den 1980er Jahren besonders patient_innenorientiert gestaltet wurden.

Diese Patient_innenorientierung als Folge der Einflussnahme der Leser_innen (vertreten durch ihre Selbsthilfegruppe) auf die Diabetestherapie kann im Sinne von Siegrist als Beispiel für „Konsumerismus“ in der Medizin verstanden werden.

Wie in der Einleitung beschrieben, kommt der Autor auf allgemeinmedizinischer Ebene zu dem Schluss, dass die Mediziner_innen in Deutschland einen Autonomieverlust aus verschiedenen Ursachen erlitten: Einerseits hätten die immer strenger werdenden Vorgaben der Krankenkassen zur Beschränkung der ökonomischen Freiheit der Ärzt_innen geführt, was nicht immer mit der bestmöglichen Behandlung verbunden sei. Andererseits hätten die Patient_innen beispielsweise durch Selbsthilfegruppen politisch zunehmend auf die Behandlung Einfluss genommen und dadurch mehr Mitspracherecht gewonnen.³⁸⁰

Das Eingehen der Diabetolog_innen auf bestimmte Wünsche ihrer Patient_innen (einfache Sprache, altersgerechte Schulungen und die Akzeptanz der Blutzuckermessgeräte) als Dienstleistung zu verstehen, wäre allerdings übertrieben. Schließlich zielten die Behandlungserwartungen der Diabeteskranken keinesfalls auf „Wellness-“ oder „Lifestyle-Medizin“ und „ausschließlich auf eine Steigerung des individuellen Wohlbefindens“ ab.³⁸¹ Die Forderungen sollten in erster Linie eine effizientere Behandlung ermöglichen.

Der Schritt auf die Patient_innen zu wurde außerdem weder von Politik, Kostenerstatern oder vom DDB etwa durch Lobbyarbeit vorangetrieben, wie nach Siegrists Theorie zu vermuten wäre. Allein die Diabeteskranken selbst, insbesondere die junge Generation, hatten sich, getragen von der zunehmend liberalen Einstellung der Gesellschaft, für mehr Selbstbestimmung eingesetzt.

³⁸⁰Siegrist, J. (2012), S.1103.

³⁸¹Ebd., S.1103.

Außerdem bedeutete die gewonnene Autonomie der Diabeteskranken keinesfalls den völligen Autoritätsverlust der Diabetolog_innen. Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis wurde schlicht patient_innenorientierter.

Abschließend gilt, dass Münchs Theorie vom Wandel durch das Spannungsverhältnis zwischen Vernunft (Zugang zu den verbesserten Therapiemöglichkeiten zu erhalten) und Wirklichkeit (diese Möglichkeiten vorenthalten zu bekommen) die Weiterentwicklung vom patriarchal geprägten Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis hin zu einem patient_innenorientierten am besten erklärt.

5. Zusammenfassung

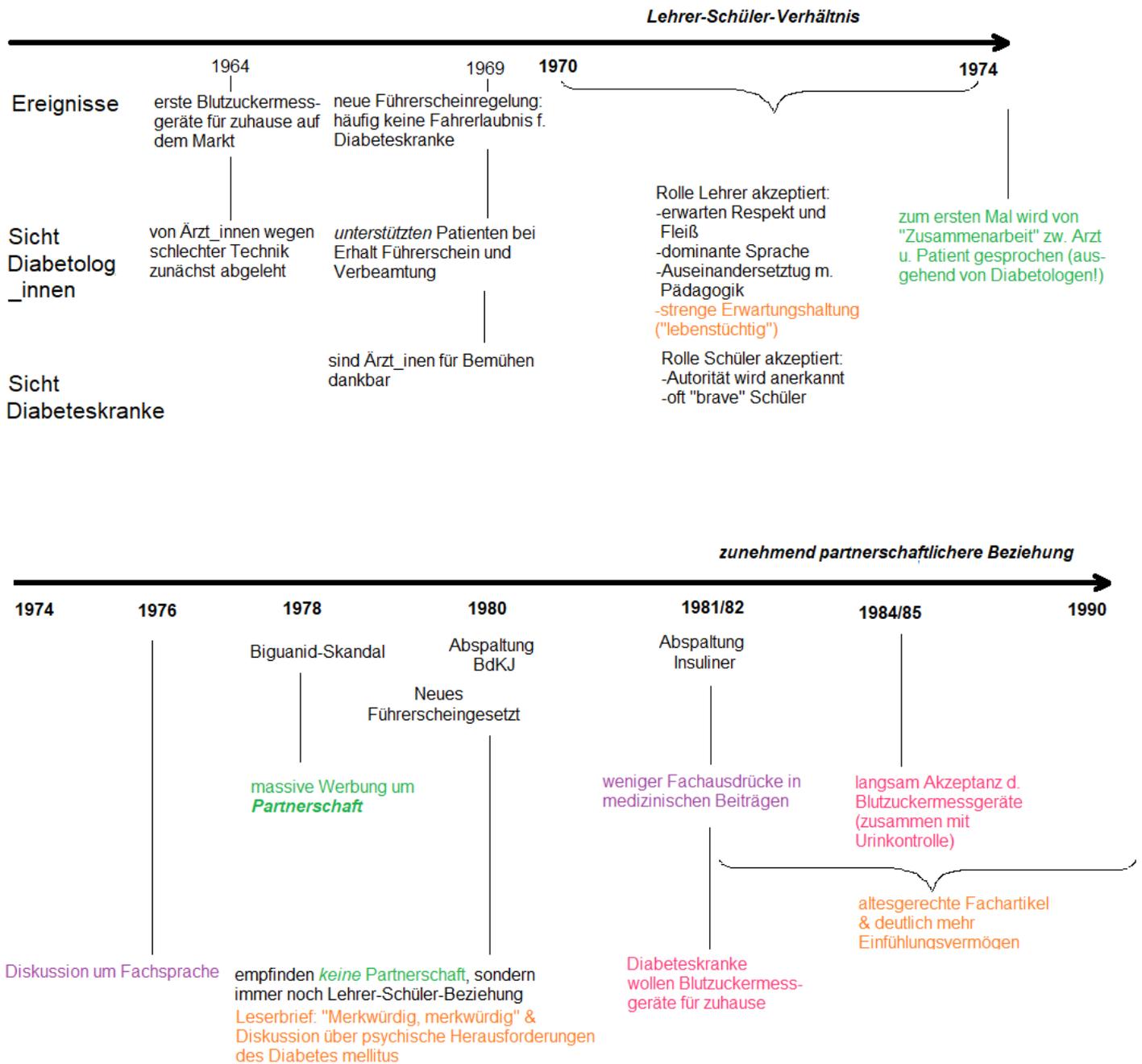
Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Wandel von einer paternalistischen Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung am Beispiel von Diabetolog_innen und Diabeteskranken hin zu einer deutlich partnerschaftlicheren Beziehung. Untersucht wird diese Entwicklung anhand vom gemeinsamen Kampf um die Gleichberechtigung, einer Veränderung der Kommunikation, einer höheren Erwartungshaltung, sowie der Durchsetzung von mehr Selbstbestimmung der Diabeteskranken. Als primäre Quelle dient dabei das 1951 gegründete *Diabetes Journal*, der Vereinszeitschrift des ebenfalls in diesem Jahr gegründeten Deutschen Diabetikerbundes (DDB). Im Sinne einer qualitativen Auswertung sind Themen festgelegt, die immer wieder von Diabetolog_innen und Diabeteskranken diskutiert wurden und zu messbaren Veränderungen in deren Beziehung führten. Die Argumente der Parteien werden dabei hermeneutisch untersucht und methodisch interpretiert.

Die Untersuchungen zeigen einen Bruch im Umgang der westdeutschen Diabetolog_innen mit ihren Patient_innen ab 1980. Eine Ursache war vor allem, dass die Diabeteskranken ihre Rechte, namentlich mehr Selbstbestimmung und eine patient_innenorientierte Behandlung, einklagten. Unterstützend wirkten dabei negative Presseberichte über Ärzteskandale, welche die Mediziner_innen dem Druck aussetzten, ihren Ruf wieder aufzubessern. Außerdem neue Behandlungstechniken und die allgemein veränderte gesellschaftliche Einstellung gegenüber den Wertevorstellungen der Kriegsgeneration.

Ihre Forderungen veränderten das paternalistische Verhalten der behandelnden Ärzt_innen und über den Appell, häusliche Blutzuckermessgeräte zuzulassen, konnten sie außerdem neue Standards in der Therapie setzen.

6. Anhang

6.1 Tabellarische Übersicht der Ereignisse und Folgen



Durch die farbliche Darstellung der verschiedenen Facetten, die zur Veränderung des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses zwischen Diabetolog_innen und Diabetesranke geführt haben, soll verdeutlicht werden, dass die Initiative dabei immer von den Patient_innen ausging: Die Patient_innen waren es, die die Diskussion über eine verständliche Sprache, mehr Einfühlungsvermögen und zu guter Letzt die Akzeptanz der Blutzuckermessgeräte voran trieben.

7. Literaturverzeichnis

7.1 Primärquelle

Appels, A., Roth, U.: Diabetikerschulung. Die Diät bei Diabetes mellitus. Diabetes Journal 20 (1970), H.1, S.16-18.

Appels, A., Roth, U.: Diabetikerschulung: Die Behandlung des Altersdiabetes mit Sulfonylharnstoffen. Der Diabetiker 20 (1970), H.4, S.139

B., K-H.: Im Kern wahr.... Diabetes Journal 27 (1977), H2, S.46

Bartsch, D.: „Mögt ihr mich nicht?“ Diabetes Journal 36 (1986), H.10, S.449

Bauann, W.: Über die psychologische Bewältigung des Diabetes mellitus. Diabetes Journal 35 (1985), H.2, S.50f

Benndorf, W.: Neuer Umschlag wesentlich besser. Diabetes Journal 27 (1977), H.3, S.94

Berger, M, Broermann, C, Chantelau, E, et al.: Der Diabetiker und sein Alltag. Diabetes Journal 33 (1983), H.1, S.28-32

Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H., et al.: Diät beim insulinpflichtigen Diabetiker. Diabetes Journal 31 (1981), H.12, S.513-515

Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H., et al: Der Diabetiker und sein Arzt. Diabetes Journal 32 (1982), H.6, S.274-277

Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H.et al.: Messungen des Urin- und Blutzuckers. Diabetes Journal 31 (1981), H.9, S.357- 360. Zitat siehe S.358f

Berger, M., Chantelau, E., Cüppers, H.et al.: Was ist Diabetes mellitus? Diabetes Journal 31 (1981), H.7/8, S.286-289

Bergis, K., Tuepe, Glück, et al.: Zeigt her eure Füße: Fußpflege. Diabetes Journal 37 (1987), H.3, S.144-147

- Birkenbach, K. H.: Alt-Insuliner zu Besuch bei Jung-Insuliner. Diabetes Journal 35 (1985), H.3; S.98
- Bottermann, P.: Das Reflektometer zur Blutzuckerbestimmung. Diabetes Journal 23 (1973), H.11, S.399-401
- Brander B., Hillebrand, B., Braus, B., et al.: Hilfe durch Gruppe. Diabetes Journal 35 (1985), H.5, S.215f
- Brandner, B., Hillebrand, B., Kraus, B. et al.: Tabletten in der Diabetes-Therapie. Diabetes Journal 35 (1985), H.10, S.414-416
- Brandner, B., Hillebrand, B., Kraus, B., et al.: Zum Thema Vererbung. Diabetes Journal 36 (1986), H.2, S.96-98
- Bronsert, U.: Die drei Säulen der Diabetestherapie. Diabetes Journal 21 (1971), H.4, S.145f
- Bruchfeld, L.: Mitkontrolle ist besser. Erfahrungen eines Diabetikers. Diabetes Journal 30 (1980), H.7/8, S.292
- Bürger-Büsing, H.: Unser Kind hat Diabetes. Der Diabetiker 21 (1971), H.2, S.67f
- Busch, H.: Verkaufsmethoden einer Herstellerfirma für elektronische Blutzuckerbestimmungsgeräte. Diabetes Journal 32 (1982), H.5, S.196f
- DDB: „Wir stellen keine Diabetiker ein“, Broschüre des DDB in Der Diabetiker 20 (1970), H.2, S.VII
- DDB: 25 Jahre Deutscher Diabetiker-Bund. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 25 (1975), H.9, S.XXXIII-XXXV (nach S.328)
- DDB: Anmerkung der Redaktion. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 30 (1980), H.2, S.66
- DDB: Anmerkung der Redaktion. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 30 (1980), H.2, S.66

- DDB: Ärzte unseres Vertrauens. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 30 (1980), H.6, S.258
- DDB: Der Diabetiker und der Führerschein. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), S.XXV
- DDB: Die Dunkelziffer ist noch immer zu hoch. Broschüre des DDB in Der Diabetiker 20 (1970), H.9, S.XXXVI
- DDB: Er darf kein Beamter werden. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.8, S.XXIX
- DDB: Führerschein naß – du musst zum TÜV. Broschüre im Diabetes Journal 30 (1980), H.12, S.498
- DDB: Führerschein versagt, weil er Untersuchung ablehnte. Broschüre im Diabetes Journal 20 (1970), H.10, S.XXXVII
- DDB: Führerscheinantrag – Ärgernis für Diabetiker? Broschüre des DDB im Diabetes Journal 30 (1980), H.1, S.21
- DDB: Führerscheinentzug wegen Diabetes. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.6, S.XXIII
- DDB: Herr Bundeskanzler, wir bitten um Hilfe. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.6, S.XXI
- DDB: Hilfe durch Bundesregierung in Aussicht. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.6, S.XXV
- DDB: Idiotentest beim Führerschein: Ärgernis für Diabetiker entfällt! Broschüre des DDB im Diabetes Journal 32 (1982), H.4, S.167f
- DDB: Innenminister Gescher will die Probleme anpacken. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 21 (1971), S.XXI
- DDB: Können Diabetiker Auto fahren? Broschüre des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.12, S.CLVII

- DDB: Krankenkassen wollen nicht zahlen. Ersatzkasse lehnt Kosten für Selbstkontrolle ab. Broschüre des DDB in Der Diabetiker 20 (1970), H.4, S.XIV (nach S.140)
- DDB: Neue Richtlinie für die Beschäftigung von Diabetikern besonders als Beamte im öffentlichen Dienst. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 21 (1971), S.XXXIXf
- DDB: Referat. Diabetes aus der Sicht eines Amtsarztes. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 24 (1974), H.5, S.XIXf
- DDB: Referat. Diabetes aus der Sicht eines Amtsarztes. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 24 (1974), H.5, S.XIXf
- DDB: Referat: Diabetes aus der Sicht eines Amtsarztes. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 24 (1974), H.5, S.XIXf
- DDB: Tätigkeitsbericht 1974. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 25 (1975), H.4, S.XIII
- DDB: Unfallkosten steuerlich absetzbar. Broschüre des DDB im Diabetes Journal 28 (1978), H.3, S.117
- DDB: Welche Ziele verfolgt der Deutsche Diabetiker-Bund? Broschüre des DDB im Diabetes Journal 23 (1973), H.1, S.I-II (nach S.75)
- Delekat, W.: Diabetes – ein Problem? Aus einer Beratungsstelle des DDB. Diabetes Journal 35 (1985), H.3, S.108f
- Deneke, J. F. V.: Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit - Teil 2. Diabetes Journal 27 (1977), H.11. S.538
- Dgk: Diabetiker im Straßenverkehr. Diabetes Journal 20 (1970), H.4, S.137
- Dickmann, E.: Der Diabetes wurde mir zum Segen. Teil 1. Diabetes Journal 25 (1975), H.1, S.14-16
- Dieckmann, E.: Der Diabetes wurde mir zum Segen. Teil 2. Diabetes Journal 25 (1975), H.2, S.54-56

- Dieterle, P.: Wenn die Nerven gestört sind. Probleme der diabetischen Neuropathie. Diabetes Journal 25 (1975), H.4, S.119
- Dieterle, P.: Wie die Muskulatur den Zuckerstoffwechsel beeinflusst. Diabetes Journal 22 (1972), H.10, S.366-368
- Ebert, O.: Diabetiker am Steuer. Kein nennenswert höheres Unfallrisiko. Diabetes Journal 67 (2017), H.9, S.59f
- Eckhard, K.: Die Sprache des eigenen Körpers verstehen lernen. Diabetes Journal 36 (1986), H.12, S.542
- Eisenhardt, E.: Mangelndes Verständnis der Umwelt. Diabetes Journal 35 (1985), H.7/8, S.286
- Enge, K.: Mit Diabetes im Krankenhaus. Diabetes Journal 31 (1981), H.4, S.147
- F., H.: Wenn Eltern ihr diabetisches Kind selbst „einstellen“. Der Diabetiker 20 (1970) H.12, S.474
- Freckmann, F.: Aus der Seele geschrieben. Diabetes Journal 26 (1976), H.12, S.444
- Friedrich, M.: Leute, werdet Diabetiker. Diabetes Journal 36 (1986), H.2, S.52
- Fuchs, P.: Diabetes – ein Problem? Diabetes Journal 35 (1985), H.5, S.192f
- Gfeller, R., Assal. J. Ph.: Diabetes Education (Teil 1). Diabetes Journal 35 (1985), H.6, S.242-245
- Gfeller, R., Assal. J. Ph.: Diabetes Education (Teil 2). Diabetes Journal 35 (1985), H.7, S.295-298
- Gmelch, H (ein Mann): Ähnliche Erfahrungen. Diabetes Journal 36 (1986), H.4, S.172
- Gries, F.: Diabetes, ein Schicksal durch Vererbung oder Umwelteinflüsse? Diabetes Journal 25 (1975), H.3, S.99-102
- Gut, E.: Ein unbelasteter Diabetiker. Diabetes Journal 30 (1980), H.2, S.54f

- Gut, E.: Nachtrag zu einem Brief. Diabetes Journal 30 (1980), H.4, S.144
- Hansen, T.: Wenn Diabetiker Auto fahren. Diabetes Journal 25 (1975), H.7, S.237f
- Hasche, H.: Besondere Formen der Zuckerkrankheit und allgemeine diagnostische Hinweise. Diabetes Journal 41 (1991), H.1, S.26-29
- Hasche, H.: Der Einfluss des Diabetes auf Freizeit und Beruf. Diabetes Journal 40 (1990), H.7, S.16-60
- Hassenberg-Probst, H.: Leserbrief. Diabetes Journal 30 (1980), H.7/8, S.284
- Hasslacher, C., Wahl, P.: Diabetes mellitus und Lebererkrankungen. Diabetes Journal 28 (1978), H.4, S.176f
- Hauner, H.: Über Blutzuckerselbstkontrolle. Diabetes Journal 32 (1982), H.3, S.106-109
- Holke, P.: Regelmäßige Blutzuckerselbstkontrolle übertrieben? Diabetes Journal 37 (1987), H.1, S.4
- Imkamp, E.: Anmerkungen zu einem „energischen Widerspruch“. Diabetes Journal 31 (1981), H.11, S.480
- Jacob, K.: Gefahr durch Biguanidderivate? Diabetes Journal 27 (1977), H.3, S.94
- Jäger, E.: Zu laienhaft, Diabetes Journal 27 (1977), H.5, S.184
- Jahnke, K.: Der Diabetes – 50 Jahre nach der Entdeckung des Insulins. Diabetes Journal 21 (1971), H.7, S.245-247
- K., E.: Ist eine Umschulung bei einem 54jährigen Diabetiker noch möglich? Der Diabetiker 20 (1970), H.10, S.389f
- K., L.: Südweine für Diabetiker? Der Diabetiker 20 (1970), H.5, S.192
- K., V., Standl, E.: Möglichkeit, selbst zu kontrollieren? Diabetes Journal 33 (1983), H.1, S.36

- Kalisch, C.: Diabetes wirklich schlimm? Diabetes Journal 40 (1990), H.1, S.4
- Kampmann, B.: Über die Wichtigkeit der Bluthochdruckbehandlung bei Diabetikern. Diabetes Journal 33 (1983), H.4, S.160-166
- Karl, B.: Leben ist die Devise. Diabetes Journal 40 (1990), H.1, S.3
- Kindermann, W., Reindell, H.: Gesund und leistungsfähig durch sportliches Training. Diabetes Journal 25 (1975), H.8, S.282-284
- Kloppe, W.: Probleme der ambulanten Diabetiker-Betreuung. Der Diabetiker 20 (1970), H.12, S.441-443
- Koschinsky, T.: Möglichkeiten und Grenzen der Selbstkontrolle des Diabetikers. Diabetes Journal 33 (1983), H.9, S.354-358
- Kühnel, E.: Aus dem Nähkästchen geplaudert. Erlebnisse einer Diabetikerin, durchleben von meiner Frau, niedergeschrieben von mir. Diabetes Journal 33 (1983), H.2, S.68f
- Kuhn-Prinz, A.: Insuliner. Diabetes Journal 35 (1985), H.3, S.133
- Kurow, G.: Ambulante Diätberatung in Gruppen. Diabetes Journal 22 (1972), H.11, S.404-406
- Kurow, G.: Ambulante Diätberatung in Gruppen. Diabetes Journal 22 (1972), H.11, S.404-406
- Kurow, G.: Beamter – trotz Diabetes. Diabetes Journal 22 (1972), H.8, S.279f
- L. C.: Leserbrief. Diabetes Journal 30 (1980), H.4, S.96
- L., D.: Leserbrief: „Partnerwahl“. Der Diabetiker 6 (1956), H.10, S.202
- L., H.: Zu laienhaft, Diabetes Journal 27 (1977), H.2, S.46
- Laube, B.: Nüchtern existieren. Diabetes Journal 40 (1990), H.1, S.3f
- Look, D.: Selbstkontrolle bei Diabetikern. Diabetes Journal 36 (1986), H.1, S.12-13

- Löscher: Häusliche Kontrollmöglichkeiten beim kindlichen Diabetes. *Diabetes Journal* 29 (1979), H.6, S.246f
- Lübken, W.: Sozialprobleme bei Diabetes. *Diabetes Journal* 20 (1970), H.10, S.366-370
- Lübken, W.: Sozialprobleme. *Diabetes Journal* 23 (1973), H.1, S.19f
- Lübken, W.: Was der Diabetiker über die Diät wissen muss. *Diabetes Journal* 21 (1971), H.10, S.362-365
- Marwede, J.: Die seelische Bewältigung von Spätkomplikationen. *Diabetes Journal* 40 (1990), H.1, S.28-30
- Mathes, H.: Einstieg in die Selbstkontrolle. *Diabetes Journal* 38 (1988), H.11, S.544f
- Matzkies, S., Grabner, W.: Zur diätischen Behandlung des Diabetes mellitus. *Diabetes Journal* 26 (1976), H.7/8, S.281-284
- Mehnert, H, Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H.: Geschäft mit der Angst. *Diabetes Journal* 26 (1976), H.12, S.44
- Mehnert, H, Standl, E., Bürger-Büsing, H.: Sieg über den Diabetes – 25 Jahre ohne Spätkomplikationen. *Diabetes Journal* 30 (1980), H.1, S.5
- Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H.: Biguanide teilweise vom Markt. *Diabetes Journal* 27 (1977), H.4, S.148
- Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E, Bürger-Büsing, H.: Geschäft mit der Angst. *Diabetes Journal* 26 (1976), H.12, S.443
- Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H.: Das therapeutische Bündnis mit dem Arzt. *Diabetes Journal* 28 (1978), H.1 S.5
- Mehnert, H., Pfeiffer, W., Standl, E., Bürger-Büsing, H.: Zeit des Nachdenkens. *Diabetes Journal* 27 (1977), H.12, S.474
- Mehnert, H., Prüllmann, A., Ständer, H.: Vom Aprilheft an: Unter einem neuen Titel. Der

Diabetiker 21 (1971), H.3, S.71

Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K., et al.: Forum für ältere Diabetiker. Diabetes Journal 37 (1987), H.4, S.189

Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K.: Blutzucker-Selbstkontrolle nicht zu ersetzen! Diabetes Journal 35 (1985), H.3, S.100

Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K.: Hindernisse in Sicht. Diabetes Journal 36 (1986), H.4, S.170

Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K.: Midlife-Diabetiker? Diabetes Journal 33 (1983), H.4, S.152

Mehnert, H., Standl, E., Achenbach, K.: Trend zum Blutzucker. Diabetes Journal 32 (1982), H.9, S.352

Mehnert, H., Standl, E., Bürger-Büsing, H.: Diskussion in Gang gebracht. Diabetes Journal 30 (1980) H.3, S.98

Mehnert, H., Standl, E., Storch, A.: 40 Jahre Diabetes Journal. Diabetes Journal 40 (1990), H.9, S.2

Mehnert, H., Standl, E., Storch, A.: Kaum glaublicher Rückschritt? Diabetes Journal 39 (1989), H.11, S.538

Mehnert, H., Standl, E., Storch, A.: Kein Führerschein für insulinspritzende Diabetiker? Diabetes Journal 40 (1990), H.1, S.4

Mehnert, H., Standl, E., Storch, A.: Kein Führerschein für insulinspritzende Diabetiker? Diabetes Journal 40 (1990), H.3, S.4

Mehnert, H.: Diabetes-Sprechstunde auf Schallplatte. Auch für die Angehörigen eine wichtige Information. Der Diabetiker 21 (1971), H2, S.47-49

Mehnert, H.: Psychische Probleme bei Zuckerkranken. Diabetes Journal 20 (1970), H.2, S.45-49

- Mildner, J., Eggstein, M.: Diabetes mellitus und Sport. Diabetes Journal 30 (1980), H.1, S.31f
- Mingram, E.: Es lebe die Disziplin. Diabetes Journal 35 (1985), H.12, S.483
- Mosny, C.: Stoffwechselfelbstkontrolle für Typ-II-Diabetiker. Diabetes Journal 38 (1988), H.1, S.18-22
- Mreschar, R.: Psychologie nicht nur für Intellektuelle. Diabetes Journal 25 (1975), H.1, S.24
- Musch, W., Schenk, B., Wagner, S.: 2. Deutscher Diabetiker-Tag in Bremen. Diabetes Journal 31 (1981), H.11, S.430f
- Nassauer, L.: Diätbehandlung in der Vorinsulinära. Diabetes Journal 25 (1975), H.1, S.29-31 und S.66-68
- Neumann-Mangoldt, P.: Möglichkeiten und Grenzen der Diätschulung des Diabetikers. Der Diabetiker 20 (1970), H.3, S. 98f
- Nyassi, U.: Das geht mir auf den Nerv. Diabetes Journal 36 (1986), H.1, S.3
- P., T.: Leserbrief. Diabetes Journal 30 (1980), H.3, S.97
- Pahlow, P.: Krankenkassen wollen nicht zahlen. Der Diabetiker 20 (1970), H.8, S.XXXI (nach S.298)
- Papatheodorou, N. H.: Diabetes erfordert Veränderungen – aber wo bitte fange ich an? Diabetes Journal 40 (1990), H.11, S.22-25
- Petzoldt, R.: Wissen und wissen sollen. Diabetes Journal 24 (1974), H.11, S.393-395
- Rohrsdorf, T.: Ich widerspreche energisch! Diabetes Journal 31 (1981), H.10, S.378
- Romeick, M.: Diabetes-Diät: Wunsch und Wirklichkeit. Erfahrungen einer Diabetes-Beraterin. Diabetes Journal 25 (1975), H.4, S.132f
- Rosberg, L., Leibecke, S.: Beiträge eines Diabetikers und seines Arztes zum Thema: Verbesserung der Diabeteseinstellung durch Selbstkontrolle. Diabetes Journal

34 (1984), H.1, S.11-13

Rotherund, R.: Die Einstellung dazu geändert. Diabetes Journal 40 (1990), H.2, S.2

Rottenhöfer, H.: Mit dem Diabetes etwas Rechtes werden. Der Diabetiker 20 (1970),
H.2, S.55-58

Rottenhöfer, H.: Verschiedene Insuline – und welches für mich? Der Diabetiker 21
(1971), H.2, S.52-56

Rottwinkel, P.: Dank von Herzen. Diabetes Journal 27 (1977), H.9, S.328

S., J.: Danke ich bin auf dem „Weg“! Diabetes Journal 40 (1990), H.2, S.2f

S., J.: Das Spritzen macht mich verrückt! Diabetes Journal 39 (1989), H.11, S.541f

S.,B.: Zu hoch gestochen. Diabetes Journal 27 (1977), H.1, S.2

S., H.: Kann ein Diabetiker strenger Vegetarier sein? Der Diabetiker 20 (1970), H.8,
S.3127

Sachse, G.: Die Stoffwechselfbstkontrolle des Diabetikers. Diabetes Journal 29
(1979), H.9, S.372-375

Schmalenbach, G.: Merkwürdig, dass es mir so ganz anders geht. Diabetes-Journal 1
(1980), H.1, S.4f

Schmeisl, G.: Mit Diabetes in den Urlaub: So sind Sie entspannt unterwegs. Diabetes
Journal 64 (2016), H.6, S.30-33

Schöffling, K.: Die Verkehrssicherheit des Diabetikers. Diabetes Journal 20 (1970), H.5,
S.165f

Schultz, H.: Keine „Gartenlaube“. Diabetes Journal 27 (1977), H.6, S.231

Seidel, D.: Der Transport der Fette im Blut. Diabetes Journal 28 (1978), H.3, S.99-101

smog: Mehr Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Diabetes Journal 29 (1979),
H.7/8, S.306

- Sommia, D.: Eigene Ängste wiedererkannt. Diabetes Journal 40 (1990), H.2, S.2
- Ständer, H.: Der Diabetiker in der heutigen Gesellschaft. Beilage des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.1, S.I
- Ständer, H.: Der Diabetiker in der heutigen Gesellschaft. Der Diabetiker 20 (1970), H.1, S.I
- Ständer, H.: Der Diabetiker in der heutigen Gesellschaft. Der Diabetiker 20 (1970), H.1, S.I
- Ständer, H.: Die Bilanz der vergangenen 20 Jahre. Beilage des DDB im Diabetes Journal 20 (1970), H.1, S.V
- Standl, E.: Ein zweischneidiges Schwert. Diabetes Journal 25 (1975), H.2, S.55
- Stolze, H.: Übertriebene Forderung nach Stoffwechselfbstkontrolle. Diabetes Journal 36 (1986), H.7, S.334
- Strobel, K.: Lebenstüchtig auch mit Diabetes. Diabetes Journal 21 (1971), H.5, S.177
- Stüben, A.: Leserbrief. Diabetes Journal 30 (1980), H.3, S.97
- T., W.: Patienten-Compliance. 2. Internationales Kolloquium über Patienten-Compliance. Diabetes Journal 31 (1981), H.12, S.510f
- T., W.: Patienten-Compliance. 2. Internationales Kolloquium über Patienten-Compliance. Diabetes Journal 31 (1981), H.12, S.510f
- Toeller, M., Schumacher, W.: Frau Oppler hat Diabetes. Zur Behandlung des Diabetes gehört eine Diät. Diabetes Journal 33 (1983), H.4, S.173-177
- Toeller, M.: Schulungskurs. Frau Oppler hat Diabetes. Diabetes Journal 33 (1983), H.4, S.173-177
- Unbekannt: 20 Jahre Diabetiker-Jugendhaus Hinrichsseggen. Diabetes Journal 34 (1984), H.4, S.140-151
- Unbekannt: Mein Krankenhausaufenthalt vom 29.11-18.12.79. Diabetes Journal 30

(1980), H.2, S.65f

Vögtle-Böhringer, M., Gries, F.: Stoffwechselkontrolle, Methoden und Beurteilung. Diabetes Journal 25 (1975), H.9, S.329-331

W., A.: Etwas angeknackst und auf der Suche. Diabetes Journal 36 (1986), H.7, S.334f

W., H.: Fremdwörter-Liste. Diabetes Journal 27 (1977), H.9, S.328

Weber, K.: Aus meinem Diabetiker-Alltag. Diabetes Journal 22 (1972), H.10, S.369

Weinges, K.: Verständnis für die Zuckerkrankheit. Diabetes Journal 24 (1974), H.10, S.351f

Weitz, R.: Zum Seelenarzt auf Krankenschein. Diabetes Journal 22 (1972), H.1, S.25f

Willms, B.: Gerhardt Katsch – Wegbereiter der Diabetiker-Schulung. Diabetes Journal 29 (1979), H.7/8, S.296f

Willms, H.: Leserbrief. Krankenkassen wollen nicht zahlen. Der Diabetiker 20 (1970), H.7, S.XXVIIIf (nach S.260)

Wulf, M.: Mit, nicht für den Diabetes leben. Diabetes Journal 36 (1986), H.11, S.496

Zimmer, S.: Vom Diabetes gefangen. Diabetes Journal 35 (1985), H.1, S.435

Zuschriften aus dem Leserkreis: Beamtenlaufbahn für Diabetiker! Der Diabetiker 6 (1956), H.12, S.242

7.2 Monographien und Sammelbände

- Ash, Mitchell: Wissenschaft(en) und Öffentlichkeit(en) als Ressourcen füreinander. Weiterführende Bemerkungen zu Beziehungsgeschichte. In: Nikolow, S., Schirmmayer, A. (Hrsg.): Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressourcen füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert. Campus Verlag, Frankfurt/M., 2007, S.349-362
- Borelli, S., Bauerdorf, R. (Hrsg.): Medizinische Selbsthilfegruppen in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 1990
- Bowie, N. E., Freeman, R. E.: Ethics and agency theory. Oxford University Press. New York, 1992
- Bruns, W.: Die Geschichte der Diabetologie in der DDR. In: Siegel, E. und Garlichs, D. (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft, Thieme Verlagsgruppe, Calbe (Saale), 2014, S.69-71
- Conze, E.: Die Suche nach Sicherheit - Eine Geschichte der Bundesrepublik Deutschland von 1949 bis in die Gegenwart. Siedler Verlag, München, 2009
- Feudtner, C.: Bittersweet. Diabetes, Insulin and the Transformation of Illness (Studies in Social Medicine). The University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2003
- Freitag, S., Löscher, M.: Vereine als Vermittler zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit. In Nikolow, S., Schirmmayer, A. (Hrsg.): Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressourcen füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert. Campus Verlag, Frankfurt/M., 2017, S.339- 345
- Garlichs, D., Siegel, E.: Die Herausgeber im Gespräch – Diabetes erforschen und verhindern, behandeln und heilen. In. Ebd. (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft. Thieme Verlagsgruppe, Calbe (Saale), 2014, S.12-19
- Kessler, N.: 1971. Arzneimittelschäden zwischen Regulierung Skandal. Das Beispiel des Appetithemmers Phentermin. In: Eschenbruch, N., Balz, V., Klöppel, U., Hulverscheidt, M. (Hrsg.): Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. transcript Verlag

Bielefeld, 2009. S.283-308

Kulzer, B., Schmidt-Kubeneck, S.: Zertifizierung und Weiterbildung: Zentrale Bausteine des Qualitätsmanagements. In: Siegel, E. und Garlichs, D. (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft. Thieme Verlagsgruppe, Calbe (Saale), 2014, S.84-91

Laib, C. M. S.: Das Bild des Arztes und sein Auftrag in der Gesellschaft von 1949 bis zur Gegenwart im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes. Diss. Med. Fak. Tübingen, 2017

Lenhard-Schramm, N., Großbölting, T.: Contergan. Arzneimittelskandal und permanentes Politikum. In: Ebd. (Hrsg.): Contergan. Hintergründe und Folgen eines Arzneimittel-Skandals. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. Göttingen, 2017

Lörcher, H.: Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 1983

Mehnert, H.: Die Historie der Deutschen Diabetes Gesellschaft. In: Siegel, E. und Garlichs, D. (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft. Thieme Verlagsgruppe, Calbe (Saale), 2014, S.45-61

Münch, R.: Dynamik der Kommunikationsgesellschaft, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main, 1995

Nauck, M.: Geschichte der Diabetestherapie. In: Siegel, E. und Garlichs, D. (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft. Thieme Verlagsgruppe, Calbe (Saale), 2014, S.40-45

Nikolow, S., Schirmmacher, A.: Das Verhältnis von Wissenschaft und Öffentlichkeit als Beziehungsgeschichte. Historiographische und systematische Perspektiven. In: dies. (Hrsg.): Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressourcen füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert. Campus Verlag, Frankfurt/M., 2017, S.11-36

Peters, T.: Macht im Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient. Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur, Berlin, 2008

- Prüll, C.: Auf der Suche nach dem „Zucker-Mädchen“. In: Medizin Historisches Journal 47 (2012), H.1, S.31-61
- Prüll, L.: Die Geschichte des Diabetes mellitus. In: Siegel, E. und Garlichs, D. (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft. Thieme Verlagsgruppe, Calbe (Saale), 2014, S.20-34
- Roth, S.: Entwicklung und Aufgaben des Deutschen Diabetiker-Bundes. Diss. Med. Fak. Düsseldorf, 1993
- Schild, A., Siegfried, D.: Deutsche Kulturgeschichte: Die Bundesrepublik 1945 bis zur Gegenwart, Carl Hanser Verlag, München, 2009
- Schneider, U. Theorie und Empirie der Arzt-Patienten-Beziehung. Allokation im marktwirtschaftlichen System. Peter Lang GmbH, Frankfurt/M, 2002
- Schutte, J.: Einführung in die Literaturinterpretation, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Stuttgart, 1985
- Shorter, E.: Das Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis in der Geschichte und heute. Picus Verlag, Wien, 1990
- Stehr, B.: Der Arzt im „Spiegel“ Die Veränderungen des Arztbildes in der Öffentlichkeit um 1970, Diss. Med. Fak. Köln, 1984
- Thoms, U.: Vitaminfragen - kein Vitaminrummel? Die deutsche Vitaminforschung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und ihr Verhältnis zur Öffentlichkeit. In: Nikolow, S., Schirmacher, A. (Hrsg.): Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressourcen füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert. Campus Verlag, Frankfurt/M., 2017, S.75-96
- Ulsenheimer, K: Die Entwicklung der Rechtsprechung zur Stärkung der Patientenrechte – brauchen wir eine Patientencharta? In: Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein, Luxenburger, B., Beeret, R., Dahm, F. et al. (Hrsg.): Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein. Medizinrecht heute: Erfahrungen, Analysen, Entwicklungen. Festschrift 10 Jahre Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV. Deutscher Anwaltverlag, Bonn, 2008

von Schwerin, A.: 1961. Die Contergan-Bombe. Der Arzneimittelskandal und die neue risikoepistemische Ordnung der Massenkongsumgesellschaft. In: Eschenbruch, N., Balz, V., Klöppel, U., Hulverscheidt, M. (Hrsg.): Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. transcript Verlag. Bielefeld, 2009. S.255-282

7.3 Magazine und Zeitschriften

Blomqvist, A.: The doctor as double agent: information asymmetry, health insurance, and medical care, in: Journal of Health Economics 10 (1991), H.4, S. 411-432

Brettschneider, H.: Aufgestellt: Die Chefetage des DDB. In: Subkutan Sonderheft 2001, S.6-11

Gilcher-Holtey, I.: „1968“ – Eine Wahrnehmungsrevolution? Horizont-Verschiebungen des Politischen in den 1960er und 1970 Jahren. In: dies. (Hrsg.): „1968“ – Eine Wahrnehmungsrevolution? In: Institut für Zeitgeschichte (Hrsg.): Zeitgeschichte im Gespräch 16 (2013), S.7-12

Jörgens, V.: Was erwarten wir von der Diabetes Forschung? Insuliner 29 (2012), H.100, S.14-17

Joslin, E. P., The treatment of Diabetes mellitus. In: The Canadian Medical Association Journal 8 (1916), H.VI, S.673-684

Koch-Gromus, U., Kreß, H.: Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis. In: Bundesgesundheitsblatt 9 (2012), S.1081-1084

Kuhn-Prinz, A.: S'tritt Klaus. Insuliner 29 (2012), H.100 S.7-12

Kuhn-Prinz, S.: 25 Jahre Insuliner. Insuliner – unabhängig insulinabhängig (2007). H.79, S.53

Nassauer, L.: Diätbehandlung in der Vorinsulinära. Diabetes Journal 25 (1975), H.1, S.29-31 und S.66-68

- Prüll, C.: Ärzte, Journalisten und Patienten als Akteure von Teilöffentlichkeit in Westdeutschland. Eine Analyse am Beispiel des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ (1947-1955). In: *Medizinhistorisches Journal* 45 (2010), S.102-133
- Prüll, C.: Making sense of Diabetes. Public Discussions in Early West Germany. In: Rogge, J. (Hrsg.): *Making sense as a Cultural Practice. Historical Perspectives*, Bielefeld; 2013, S.228-xx
- Requate, J.: Öffentlichkeit und Medien als Gegenstände historischer Analysen. In: *Geschichte und Gesellschaft* 25 (1999), H.1, S.5-32
- Stemmer, W.: 5 bewegte Jahrzehnte. Ein kritischer Rück- und Ausblick. In: *Subkutan Sonderheft* 2001. S.24-33
- Sureau, C.: Medical Deresponsibilization. In: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 12 (1995). H. 8. S. 552-558
- Unbekannt: Quantensprünge in der Diabetesversorgung. In: *Bolus* (Kundenmagazin von Medtronic) 17 (2008), S.6-9
- Unbekannter Autor: Zweifelhafte Helfer. In: *Der Spiegel* (1977), H.32, S.129
- Vogel, M.: „1968“ als Kommunikationsereignis. Die Rolle des Fernsehens. In: Gilcher-Holtey, I. (Hrsg.): „1968“ – Eine Wahrnehmungsrevolution? In: *Institut für Zeitgeschichte* (Hrsg.): *Zeitgeschichte im Gespräch* 16 (2013), S.65-82

7.4 Internetquellen

Aktuelle Ausgabe der BdkJ-Zeitschrift „Diabetes aktuell / Hallo – du auch“.
<http://www.bund-diabetischer-kinder.de/html/fachjournal.html> (entnommen am 18.10.17)

Baader, M. S.: Erziehung und 68. Beitrag der Bundeszentrale für politische Bildung

vom 30.05.2008. <http://www.bpb.de/geschichte/deutsche-geschichte/68er-bewegung/51961/erziehung-und-68?p=all> (entnommen am 22.06.19)

Barack, S., Lokatis, S.: Zensurspiele – Heimliche Literaturgeschichte aus der DDR. 2008. http://www.deutschlandfunkkultur.de/literatur-zensur-in-der-ddr.950.de.html?dram:article_id=136509 (entnommen am 07.09.16)

Gie: Diabetes: Erhöhtes Risiko für Depression und Suizide. In: Ärzteblatt vom 1.12.17. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83764/Diabetes-Erhoehtes-Risiko-fuer-Depressionen-und-Suizide> (entnommen am 22.06.19)

Katsidou, O.: „Ich bin doch nicht verrückt“. Warum eine Therapie für viele ein Tabu ist. In: Wirtschaftswoche vom 09.03.2017. <https://www.wiwo.de/erfolg/ich-bin-doch-nicht-verrueckt-warum-eine-therapie-fuer-viele-ein-tabu-ist/19489576.html> (entnommen am 22.06.19)

Kuhn-Prinz, S.: 25 Jahre INSULINER. 15.06.2007. <https://www.diabsite.de/infos/experten/lesefutter/070622-insuliner.html> (entnommen am 07.07.19)

Maurer, S.: Wer zu viel jammert, verspielt die Zuwendung. In: Welt vom 15.01.2010. <https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article5737337/Wer-zu-viel-jammert-verspielt-die-Zuwendung.html> (entnommen am 22.06.19)

pox: Diabetiker Selbsthilfegruppe feiert 30-JährigeS. In: Passauer Neue Presse. Zeitung für den Landkreis Freyung-Grafenau am 30.04.16. Entnommen aus: https://www.pnp.de/mobile/diabetiker_selbsthilfegruppe_feiert_30_jaehriges_2054650/ (entnommen am 02.11.18)

Unbekannt. Diabetes in Zahlen. Datum der Veröffentlichung unbekannt. http://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes_/diabetes_in_zahlen (entnommen am 30.04.2017)

Unbekannt. Geschichte. Datum der Veröffentlichung unbekannt. <http://www.bund-diabetischer-kinder.de/html/geschichte.html> (entnommen am 18.10.17)

Unbekannt: Blutzuckermessungen nach 1964. Datum der Veröffentlichung unbekannt. <https://diabetesmuseum.de/blutzucker/blutzucker-nach-1964> (entnommen am 06.07.2018)

Unbekannt: Die Geschichte des Blutzuckermessens: Eine kleine Zeitreise. Große Apparate und kleine Hightech-Wunder. 04.04.17. <https://www.mein-buntes-leben.de/artikel/40-jahre-roche-blutzuckermessen> (entnommen am 29.06.19)

Unbekannt: Insuliner-Zeitschrift. Datum der Veröffentlichung unbekannt. <https://www.insuliner.de/insublog/wordpress/insuliner-zeitschrift/> (entnommen am 29.09.17)

Unbekannt: Neue Zahlen zum Weltdiabetestag am 14. November 2015: „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016“ erschienen. 13.11.2015. <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/presse/ddg-pressemeldungen/meldungen-detailansicht/article/neue-zahlen-zum-weltdiabetestag-am-14-november-2015-deutscher-gesundheitsbericht-diabetes-2016.html> (entnommen am 30.04.2017)

Unbekannt: Über uns, Datum der Veröffentlichung unbekannt. <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns.html> (entnommen am 18.09.2018)

8. Danksagung

Sehr herzlich möchte ich für die Überlassung des Themas und Betreuung sowie die investierte Zeit in diese Dissertation bedanken.

Mein besonders herzlicher Dank gilt dem Kirchheimverlags für die großzügige und freundliche Aufnahme! Danke für die Bereitstellung der Textquellen und Lokalitäten sowie für inhaltliche und methodische Unterstützung.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich beim Ressort Forschung und Lehre für die kompetente Unterstützung bei allen bürokratischen Fragen auf dem Weg.

Danken möchte ich auch meiner Familie und allen Freunden für ihre Unterstützung und Motivation. Vielen Dank für alles!

(9. Lebenslauf)