

## Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge\*

A. Labisch

### Zusammenfassung

Die Gesundheitsvorsorge der vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen ist ein ungelöstes Problem. Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (= öGD) und seinen historischen Vorläufern gibt es in der Bundesrepublik Deutschland ein medizinisches Subsystem, dem in der Vorsorge der vormalig vorherrschenden Infektionskrankheiten Erfolg zugeschrieben wird. Der öGD spielt heute aber weder in der medizinischen Versorgung noch in der gesundheitspolitischen Diskussion noch schließlich in der Medizingeschichte, Medizinsoziologie, Sozialmedizin oder in der Gesundheitssystem-Forschung eine wesentliche Rolle. Es werden daher im 1. Kapitel die Entwicklungslinien, die zur derzeitigen Lage des öGD geführt haben, herausgearbeitet. In einem 2. Kapitel werden die vorliegenden medizinsoziologischen Arbeiten zum öGD diskutiert, und der öGD wird mit Hilfe verschiedener Theorien und Modelle in sein soziales Beziehungsgefüge gestellt. Ziel des Aufsatzes ist es, die vorhandene medizinhistorische und medizinsoziologische Literatur zum öGD unter der aktuellen gesundheitspolitischen Fragestellung der Gesundheitsvorsorge vorzustellen, Ansätze zu weiteren Forschungen anzudeuten und damit letztlich zur Diskussion über Gesundheitsvorsorge und einen möglichen organisatorischen Träger aufzurufen.

**Key-Words:** Public health service — Preventive health care — Social medicine — Medical sociology — History of medicine — Public health policy

### Einleitung

In den Industriestaaten wird das Spektrum der Krankheiten und Todesursachen von chronisch-degenerativen Erkrankungen beherrscht. Die Notwendigkeit individueller und gesellschaftlicher Gesundheitsvorsorge ist unbestritten. In der Bundesrepublik Deutschland sind jedoch bisherige Bestrebungen, den chronisch-degenerativen Erkrankungen vorzubeugen, nicht zu einem Erfolg gekommen, der sich etwa in der Sterblichkeits- oder Krankheitsstatistik ablesen ließe.

Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (= öGD) besteht im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ein Subsystem, dem — einschließlich seiner organisatorischen Vorgänger — in der Vorsorge einstmals vorherrschender Krankheiten von vielen Seiten Erfolg zugeschrieben wird: Staatliche Gesundheitsaufsicht, kommunale Gesundheitsfürsorge und später dann der öGD haben um und nach der Jahrhundertwende, teilweise sogar bis in die frühen 60er Jahre (Polio!), einen großen Beitrag im Kampf gegen die damals vorherrschenden Infektionskrankheiten geleistet.

Die Diskussion um Gesundheitsvorsorge und öGD hat jedoch einen problematischen Anstrich. Denn zum ersten ist der öGD im Vergleich zu den anderen Subsystemen der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere zur ambulanten medizinischen Versorgung und zum Krankenhauswesen, in den letzten Jahrzehnten nahezu zur Bedeutungslosigkeit herabgesunken; zum zweiten spielt der öGD auch in der gesundheitspolitischen Diskussion nur eine untergeordnete Rolle.

Über den vergleichsweise seltenen Beiträgen der letzten zehn Jahre zum öGD kann man etwa folgende Überschrift lesen: „Muß es einen öffentlichen Gesundheitsdienst geben?“ (Pfau 1979), oder „Völliges go stop im öffentlichen Gesundheitsdienst“ (Saltin 1973), oder schließlich sogar „Schlußverkauf — auch bei den Gesundheitsämtern?“ (Colberg 1975) und „Schwanengesang des öffentlichen Gesundheitsdienstes?“ (Schmitt 1971). Diese zugegebenermaßen absichtlich ausgewählten, reichlich aphoristischen Überschriften gewinnen dann an Gewicht, wenn man bedenkt, daß beispielsweise die Zahl der hauptberuflich im öGD beschäftigten Ärzte von 4905 im Jahre 1970 auf 2356 im Jahre 1976 abgesunken ist; und dies, obschon die Zahl der Ärzte in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens sowie die Zahl der Medizinstudenten insgesamt enorm angestiegen ist. So hat sich letztlich noch nicht einmal die Befürchtung, daß der öGD ein „Lückenbüßer der „Ärztenschwemme““ (Fichtner 1979) sei — so der Titel des weiteren Diskussionsbeitrages zum öGD —, bewahrheitet — wenn man einmal von dem notwendigen Hinweis Beskes absieht, wie gering der Nachwuchsbedarf gemäß den Planstellen im öGD wirklich ist (Beske/Rüschmann 1981).

Der öGD stellt aber nicht nur in der medizinischen Versorgung der Bundesrepublik und in der jüngsten gesundheitspolitischen Diskussion eine „quantité négligeable“ dar, sondern nimmt auch in der medizinhistorischen, in der medizinsoziologischen, der sozialmedizinischen und in der Gesundheitssystemforschung eine Randposition ein. Die übergeordnete Problemstellung des vorliegenden Arbeitspapiers ist daher eine Analyse der historischen Entwicklungslinien des öGD in der Bundesrepublik Deutschland bzw. seiner organisatorischen Vorgänger. Ausgangspunkt der Überlegungen stellt dabei die oben angedeutete sozialmedizinisch-gesundheitspolitische Problemstellung der Gesundheitsvorsorge allgemein, wie der Gesundheitsvorsorge durch öffentliche Institutionen, sei es des Staates, der Länder oder der Gemeinden im besonderen dar. Soziologische Theorien sollen hierzu, soweit dies die vorliegende Literatur erlaubt, teils als heuristische Hilfsmittel

\* Für Kritik und Hinweise zu diesem Arbeitspapier danke ich Erwin Jahn/Berlin, Margot Jefferys/London, Stephan Leibfried/Bremen, Ingrid Sree/Berlin, Manfred Stürzbecher/Berlin, Florian Tennstedt/Kassel und Paul Weindling/Oxford.

teils als Mittel zu einer systematischen Rekonstruktion der Gegenwart aus der Vergangenheit verwandt werden.

Diese weitgefaßte Problemstellung kann im folgenden nicht „in extenso“ bis hin zu diskussionsfähigen Ergebnissen verfolgt werden. Diese Einschränkung ergibt sich insbesondere aus dem Forschungsstand zum öGD: Die wenigen vorliegenden historischen Untersuchungen sind fast ausschließlich rein historisch-empirisch auf die Darstellung von Ereignissen ausgerichtet (eine Literaturübersicht bei Labisch, 1980, 455–460).

In den seltenen soziologischen Untersuchungen zum öGD, die weiter unten diskutiert werden, werden dagegen die historischen Grundlagen und Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheitsvorsorge nicht beachtet. Die theoretische und praktische gesundheitspolitische Diskussion zum öGD – zumindest, wie sie in den letzten zehn Jahren geführt worden ist – leidet schließlich vornehmlich darunter, daß nur der öGD in engerer Begrenzung gesehen wird – dies liegt auch darin begründet, daß sich fast nur Personen an dieser Diskussion beteiligen, die beruflich mit dem öGD befaßt sind. Es kommt daher zunächst einmal darauf an, neue Ansatzpunkte für Untersuchungen des öGD zu finden.

Die besondere Problemstellung des vorliegenden Arbeitspapiers ist es folglich, unter einer übergeordneten gesundheitspolitischen Problemstellung in Entwicklung und Stand des öGD einzuführen. In einem ersten Kapitel sollen daher die Entwicklungslinien des öGD mit Hilfe vorhandener historischer Arbeiten und Arbeiten aus der jeweiligen Zeit in äußerst geraffter Form nachgezeichnet werden. In einem zweiten Kapitel sind diese Entwicklungslinien zunächst unter dem Aspekt der vorliegenden soziologischen Arbeit zum öGD zu diskutieren. Zusätzlich soll das Beziehungsgefüge des öGD innerhalb der medizinischen Versorgung sowie innerhalb der sozialpolitischen und allgemeinen sozialen Entwicklung dargestellt werden. Unmittelbares Ziel des vorliegenden Papiers ist es mithin, den wissenschaftlichen Forschungs- und den gesundheitspolitischen Diskussionsstand zum öGD abzuklären und weitere Untersuchungen des öGD unter dem Aspekt der historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge vorzubereiten. Gleichzeitig soll dieser Beitrag zur Diskussion um den Entwicklungsstand und die Zukunft des öGD im Gesundheitswesen der Bundesrepublik aufrufen.

### 1. Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes :

Der öGD ist in Deutschland aus zwei unterschiedlichen Entwicklungssträngen hervorgegangen: aus der Medizinal- und Sanitätsaufsicht der neuzeitlichen Territorialstaaten einerseits und der Gesundheitsfürsorge der Industriestädte andererseits. Staatliche Gesundheitsaufsicht und kommunale Gesundheitsfürsorge\* entwickelten sich seit Ende des vorigen

\*Die Begriffe Medizinal- und Sanitätsaufsicht sowie staatliche Gesundheitsaufsicht und kommunale Gesundheitsfürsorge sind Begriffe, die teils aus dem historischen Material (Medizinal- und Sanitätsaufsicht) entwickelt, teils vom Autor als Hilfsmittel geprägt wurden, um die wesentliche Zielsetzung der Interventionsform (Gesundheitsaufsicht durch den Staat; Gesundheitsfürsorge durch die Gemeinde) bei der gebotenen Kürze in einem Wort zu kennzeichnen. Für eine exakte historische Untersuchung müssen selbstverständlich die Begriffe aus der Zeit entwickelt, erklärt und verwandt werden.

Jahrhunderts in einem teils sich ergänzenden, teils durchaus gegensätzlichen Dualismus, dieser Prozeß wurde im „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (= GVG) von 1934 aufgehoben. Das folgende Kapitel gliedert sich folglich in vier Teile: Zunächst soll die Entwicklung der staatlichen Medizinal- und Sanitätsaufsicht am Beispiel Preußens geschildert werden; im zweiten Teil folgt das kommunale Gesundheitswesen; im dritten Teil wird untersucht, wie sich diese unterschiedlichen Teilbereiche des öffentlichen Gesundheitswesens bis zum GVG aufeinander zu entwickelten – und dennoch klar unterscheidbar blieben; im letzten Teil wird schließlich die Entwicklung des öGD von 1934 bis heute skizziert.

#### 1.1 Staatliche Gesundheitsaufsicht in Preußen

Die Territorialstaaten der Neuzeit übernahmen Anfang des 17. Jahrhunderts neben anderen städtischen Organisationen auch medizinische Einrichtungen, die in den Medizinalordnungen vieler mittelalterlicher und spätmittelalterlicher Städte bereits vorgeprägt waren (Pistor 1908, Krabbe 1961, Stürzbecher 1966). In Preußen, das als Beispiel herausgegriffen sein soll – und zwar nicht zuletzt deshalb, weil seine Medizinalgesetzgebung schließlich im GVG aufgegangen ist –, wurde am 12. November 1685 ein Medizinedikt erlassen, durch das ein Collegium medicum eingerichtet wurde: Hauptaufgabe dieses Collegium medicum war die Medizinalaufsicht über die im Gesundheitswesen tätigen Personen – Einfluß auf die Gesundheit der Bevölkerung wurde also nur mittelbar über die Kontrolle der Medizinalpersonen genommen. 1724 wurde in jeder preußischen Provinz ein Collegium medicum eingerichtet; die Aufgaben der Collegia medica in den Provinzen bestanden ebenfalls hauptsächlich in der Medizinalaufsicht und zusätzlich im gerichtsarztlichen Gutachtenwesen. 1725 wurde ein verschärftes Medizinedikt erlassen, das allerdings in einer Deklaration vom 1. Februar 1726 erneut bekräftigt werden mußte – dies ein Hinweis, auf welchen Widerstand gesetzliche Neuerungen stießen, wenn es darum ging, sie in die Praxis umzusetzen.

Genauere Hinweise über die Errichtung des Collegium sanitatis, also des Collegiums, das über die nur mittelbar wirkende Medizinalaufsicht hinaus unmittelbar auf die Gesundheit des Volkes hinwirken sollte, gibt es nicht (Pistor 1908, S. 241). Jedoch geht diese erste Einrichtung einer staatlichen Gesundheitspolizei, die insbesondere die gesundheitlichen Verhältnisse überwachen, mithin Seuchen rechtzeitig erkennen und durch sanitätspolizeiliche Abwehrmaßnahmen eindämmen sollte, auf den Beginn des 18. Jahrhunderts zurück.

Am 16. August 1719 wurde das Collegium sanitatis in ein Pestkollegium umgewandelt, das nach einer Instruktion vom 29. August 1719 über Maßregeln gegen Einschleppung und Verbreitung der Pest, über die Verhütung anderer ansteckender Krankheiten sowie auch über die Bekämpfung von Viehseuchen beraten sollte. Nach und nach kam man zu der Überzeugung, daß im staatlichen Interesse ständig zu überwachen sei, wie die Krankheiten – insbesondere die ansteckenden Krankheiten – sich verteilten und verbreiteten. 1762 wurde daher in den Provinzen zu den Collegia medica auch Collegia sanitatis eingerichtet.

Es sei daran erinnert, daß diese ersten Ansätze zu einem staatlichen Gesundheitswesen, das über die Aufsicht des Medizinalwesens hinausging, durch eine neue wissenschaftliche Disziplin der Medizin wesentlich mitbeeinflusst wurde, die Staatsarzneikunde oder auch „Medizinische Polizey“, die im gleichnamigen Hauptwerk von *Johann Peter Frank* Ende des 18. Jahrhunderts ihren Höhepunkt erlebte (*Frank 1779ff, Rosen 1974*).

Es gab damit in Preußen bereits Ende des 18. Jahrhunderts zwei Behörden im Gesundheitswesen, deren Zuständigkeitsbereich sich überschneidet und zwischen denen es ständig zu Reibereien kam. Aufgrund einer Kabinettsorder wurde ab April 1798 darüber beraten, beide Behörden zu vereinigen: Bereits damals wurden Stimmen laut, die es weder für notwendig noch für nützlich hielten, Medizinalaufsicht und Sanitätsaufsicht in einer Behörde zusammenzuführen (*Pistor 1908, S. 245*) – der Streit, ob man Ordnungs- und Leistungsverwaltung im Gesundheitswesen in einem Amt zusammenführen soll, reicht folglich bereits in die ersten Anfänge des staatlichen Gesundheitswesens zurück. Am 13. März 1799 wurden indes die beiden Collegia zu einem Ober-Collegium medicum et sanitatis, oder Obermedizinaldepartment, vereinigt. In ähnlicher Weise wurden die Provinzialcollegia zusammenggeführt.

Ausführende Organe des preußischen Medizinalwesens waren die Stadt- und Kreisphysici, die zunächst als kommunale bzw. ständische Beamte besoldet wurden (zum Aufgabenbereich und zur Arbeitsweise der Physici s. *Most 1838ff, Schürmayer 21856, Pappenheim 21870, Eulenberg 1881, Wiener 1885*). Ab 1769 wurden die Physici nach einer königlichen Verordnung besonders geprüft. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden die Physici unmittelbar Staatsbeamte, die der Bezirksregierung untergeordnet waren. Die Landräte konnten jedoch als oberste Kreismedizinalpolizei den Physikus jederzeit „zu Amtshandlungen requirieren“. Der Physikus hatte diesen Requisitionen als technisches Organ der Medizinalpolizei Folge zu leisten. Der Kreisphysikus erhielt nur ein geringes, nicht pensionsberechtigtes Gehalt und war auf den Erwerb aus ärztlicher Praxis angewiesen; seine Verpflichtung als Staatsbeamter beschränkte sich nur auf die Aufgaben der Staatsmedizin.

Am 17. Oktober 1776 erließ das Ober-Collegium medicum in Preußen eine „Instruction für die Land-, Kreis- und Stadtphysici“. Diese Arbeitsanweisung war faktisch bis zum preußischen Kreisarztgesetz von 1899 gültig und umschreibt mit ihren zahlreichen Änderungen, zusätzlichen Erlassen, Verfügungen etc. sowie besonderen Regulativen – wie z.B. den „Sanitätspolizeilichen Vorschriften bei ansteckenden Krankheiten“ von 1835 oder dem „Regulativ für das Verfahren der Gerichtsarzte“ von 1858 – die Hauptarbeitsgebiete der Staatsarzneikunde, nämlich

- Medizinalpolizei,
- Sanitätspolizei und
- gerichtliche Arzneikunde einschließlich psychiatrischer Gutachten.

Charakteristisch für diese Gesundheitsaufsicht durch den Staat war, daß sie – ganz im Sinne der merkantilistischen Politik absoluter Staaten – im Auftrage und zum Zwecke des Staates betrieben wurde. Die ausführenden Organe wa-

ren ebenfalls obrigkeitstaatlich orientiert, die Maßnahme der Physici sind am ehesten als ordnungsbehördliche Kontrolle zu werten – von der Bevölkerung wurden diese Maßnahmen als Eingriffe des Staates aufgefaßt und waren entsprechend verhaßt (z.B. *Walbaum 1871*). Die Physici selbst wurden gegen Ende des 19. Jahrhunderts von sozialmedizinisch orientierten Kollegen als passiv und unmodern eingeschätzt (z.B. *Wernich 1891, S. 558*) – dieses Urteil war einerseits sicherlich in dem rein reaktiven Charakter der Aufgaben des preußischen Physikus, sofern er nur seine Pflichtaufgaben erfüllte, andererseits aber sicher auch in der konservativen Ausrichtung der Physici begründet. Die wirtschaftliche Lage der Physici, zumindest auf dem Lande, war eher schlecht (*Stürzbecher 1975, 1978*). Trotzdem war es für viele Ärzte offenbar selbstverständlich, die durchaus schwierige Kreisarztprüfung abzulegen und sich um die Stelle des örtlichen Physikus zu bewerben.

Gerade aus heutiger Sicht fragt man sich, warum es trotz dieser Hindernisse genügend Physici gab. Die Antwort ist in der allgemeinen Stellung des Arztes zu jener Zeit zu suchen. Im Vorgriff auf die soziologische Diskussion sei darauf verwiesen, daß die Ärzteschaft erst in den Anfängen des Prozesses stand, der schließlich mit dem Begriff Professionalisierung belegt wurde. Bis zur Gewerbeordnung von 1869 konnte grundsätzlich jeder Arzt von der Ordnungsbehörde – also letztlich von jedem Gendarmen – zu ärztlichen Hilfeleistungen gezwungen werden. Die Befreiung aus dem staatlichen Zwang hatten die Ärzte erst 1869 mit der Kurierfreiheit erkaufte (*Guttstadt 1880*). Auf der Gegenseite begannen die Auseinandersetzungen mit den Arbeiterkrankenkassen, die die Ärzte aus ihrer Sicht in eine neue Abhängigkeit zu treiben drohten, erst um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert und sollten bis in die dreißiger Jahre dauern. In der öffentlichen Meinung war überdies die Zuständigkeit des Arztes für medizinisch-gesundheitliche Probleme nicht so selbstverständlich, wie dies heute ist. In dieser Zeit einer durchaus zweifelhaften wissenschaftlichen Orientierung und einer anzweifelbaren therapeutischen Kompetenz, die zugleich Konkurrenz mit anderen Ärzten und anderen Heilberufen – hier also den Naturheilkundigen bzw. in der Kampfsprache der Ärzte: den Kurpfuschern – bedeutete, war mithin eine zusätzliche Legitimierung anstrebenswert. Die Ärzte versuchten folglich, sich an eine allgemein akzeptierte Autorität anzubinden – und dies war bis weit in dieses Jahrhundert hinein der Staat. So war es unter den Physici jener Zeit ein offenes Geheimnis, daß sich viele Ärzte lediglich deshalb um eine Position im staatlichen Gesundheitswesen bewarben, um über das Renommee der Stelle des Physikus bzw. später des Kreisarztes ihre Privatpraxis aufzuwerten (z.B. *Fielitz 1908*).

### 1.2 Kommunale Gesundheitsfürsorge in Industriestädten

Stadtärzte sind in deutschen Städten bereits im 13. Jahrhundert nachweisbar. Seit dem 15. Jahrhundert waren in größeren Städten und Landständen üblicherweise Physici zur Überwachung der öffentlichen Gesundheit angestellt; seit Ende des 16. Jahrhunderts hatten größere Städte eigene Medizinalordnungen. Neben der Seuchen- und Medizinalaufsicht wurde in den Städten auch die ärztliche Behand-

lung der Armen geregelt – die Stadtärzte waren daher immer auch therapeutisch tätig. Die neuzeitlichen Territorialstaaten schränkten die städtische Freiheit und Eigenentwicklung – auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens – erheblich ein, übernahmen allerdings, wie bereits geschildert, viele in den Städten bereits vorgeprägte Einrichtungen. Über die 1835 in den Städten Preußens angeordneten Sanitätskommissionen oder die Armenkrankenpflege, die in Preußen 1842 gesetzlicher Teil der von den Städten zu leistenden Armenpflege wurde, wurde jedoch das Erbe eines städtischen Gesundheitswesens gewahrt.

Mit der Industrialisierung, der damit einhergehenden Mobilisierung großer Bevölkerungsmassen, der Verstädterung sowie einer bis dahin unbekanntem Verelendung breiter Bevölkerungsschichten von den stadtbekanntem Armen bis zu den Handwerkern und Gewerbetreibenden (*Sachße/Tennstedt* 1980) kamen auf die Städte unter anderem auch Probleme des Gesundheitsschutzes zu, die die Magistrate und politischen Körperschaften vor völlig neue Aufgaben stellten und letztlich der Antrieb zu einem eigenen, neuzeitlichen städtischen Gesundheitswesen waren (*Heindorf/Renker* 1961, *Piechocki* 1968, *Stürzbecher* 1972, 1977, 1978, 1980). Diese Entwicklung, die nach 1875 allmählich zu einer systematisch betriebenen kommunalen Gesundheitsfürsorge führte, war durch zahlreiche und vielfältige regionale Unterschiede geprägt und führte damit zwangsläufig zu ebenso uneinheitlichen und vielfältigen Einrichtungen und Organisationsformen. Bemerkenswert ist, daß die kommunale Gesundheitsfürsorge ebenfalls von der Entwicklung einer neuen medizinischen Disziplin begleitet wurde, der Sozialhygiene, die ihre Krönung in den Arbeiten von *Alfons Fischer*, *Alfred Grotjahn*, *Adolf Gottstein*, *Benno Chajes*, *Ludwig Teleky* u.v.a. fand (einen Überblick über Literatur und Diskussionsstand aus der Zeit s. in *Gottstein/Tugendreich*<sup>2</sup> 1920, *Gottstein/Schlossmann/Teleky* 1925ff).

Die städtischen Magistrate, die politischen Selbstverwaltungskörperschaften, viele bürgerliche Vereinigungen und Stiftungen, Ärzte, darunter auch viele interessierte Stadt- und Kreisphysici, unterschiedliche politische Gruppen und viele Einzelpersonen nahmen sich dringlicher Notfälle, besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen und bestimmter Problemfelder an, so daß schließlich auf kommunaler Ebene entsprechende Einrichtungen gegründet wurden, ohne daß sich bisher im einzelnen genau abklären ließe, welche Stadt nun in welchem Bereich führend war. So wurde beispielsweise bereits 1873 in Stuttgart ein Stadtarzt fest angestellt. Um die Jahrhundertwende wurde allenthalben mit der städtischen Säuglingsfürsorge begonnen, die zunächst meist durch Vereine und Stiftungen getragen wurde. In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts richteten Kommunen die Schulgesundheitsfürsorge ein (z.B. 1879 Wiesbaden, 1890 Leipzig), später folgte die Schulzahnpflege (z.B. 1902 in Straßburg). Kurz nach der Jahrhundertwende begann in den Städten die Schwangerenfürsorge. Die Tuberkulosefürsorgestellen entwickelten sich meist aus der Volkshelbstättenbewegung (z.B. 1899 Berlin, Halle). Beratungsstellen für Geschwulstkranken wurden eingerichtet (z.B. 1903 Berlin), ähnliche Einrichtungen für psychisch Kranke – damals meist Psychopathenfürsorge

genannt –, für Behinderte – meist Krüppelfürsorge genannt –, für Trinker, für Geschlechtskranke u.a. folgten. In den Fürsorgestellen fanden viele junge Frauen aus dem unteren und mittleren Bürgertum als Fürsorgerinnen ein neues Arbeitsfeld. In gleicher Weise befaßten sich die Städte mit öffentlicher Hygiene, mit der Wasserver- und -entsorgung, mit Straßenreinigung und Müllabfuhr, mit Nahrungsmittelhygiene und Lebensmittelverkehr, mit dem Ausbau des städtischen Krankenhauswesens, mit Sanitätswachen etc., etc.

Es stellt sich hier unmittelbar die Frage, was die Städte dazu brachte, neben dem staatlichen Kreisphysikat und der nach dem Regulativ vom 28. Oktober 1835 in Städten über 5000 Einwohner ständig einzurichtenden Sanitätskommission ein eigenes kommunales Gesundheitswesen zu errichten. Auch hier seien zunächst nur einige Hypothesen formuliert. Während die staatliche Gesundheitsaufsicht erst bei einer großflächigen Gefährdung durch Seuchen einsetzte, wurden die Städte in der allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung, die gemeinhin Industrialisierung genannt wird, von Problemen und Gefahren auch im Bereich der Gesundheitssicherung gleichsam überrannt; diese ständig wachsenden Gefährdungen waren mit dem teils beaufsichtigenden, teils beobachtenden, teils reaktiven Instrumentarium staatlicher Gesundheitsaufsicht nicht mehr angemessen zu handhaben. Es seien nur einige Problembereiche angedeutet: Die Städte wuchsen parallel zur industriellen Entwicklung in ihrem Weichbild rasch an, und zwar hauptsächlich durch den Zuzug einer größtenteils entwurzelten Schicht von Tagelöhnern, Landarbeitern, Handwerksburschen etc., aus denen sich erst nach und nach die Industriearbeiterschaft bildete (*Sachße/Tennstedt* 1980, *Tennstedt* 1982).

Diese Menschen hatten den Schutz früherer Eigenorganisation – so schlecht dieser auch, beispielsweise auf ostelbischen Gutshöfen, gewesen sein mag – verloren; des weiteren wurden die Aufgaben primärer Verbände, hier insbesondere der Familie, durch die neue Lebensgestaltung in den Industriestädten ständig weiter veräußerlicht: Die individuelle Notlage der Arbeiter und ihrer Familien mußte durch soziale Institutionen des Staates, der Städte, freier Verbände und auch der Selbsthilfe aufgefangen werden. Auf der Ebene der Städte kamen zu den Problemen der Wohnung und Ernährung die Probleme der Wasserver- und -entsorgung, der Abfallbeseitigung, der Versorgung der Kranken, der Gebärenden, der Säuglinge und Kleinkinder etc. hinzu. Mit diesen unabweisbaren, weil schlichtweg lebensnotwendigen Bedürfnissen der Arbeiter mischten sich gänzlich unterschiedliche Interessen des Bürgertums allgemein und der Besitzer von Produktionsmitteln im besonderen: Während die Kapitaleigner im Zusammenhang mit der technischen Entwicklung erkannten, daß nur eine beständige und geschulte Arbeiterschaft gewinnbringend arbeitete, ergab sich für die Stadtverwaltung das Problem der öffentlichen Ordnung und Sicherheit, das letztlich nicht autoritativ, sondern nur durch eine verdeckte soziale Kontrolle zu bewältigen war. Die Frauen der kleinbürgerlichen Zwischenschichten mußten, nachdem auch ihre vormaligen Großfamilien auseinanderfielen, einen standesgemäßen Beruf erlernen: Es gab die ersten

Fürsorgerinnen. Auch an die verdeckte Frontstellung des liberalen Bürgertums in den Städten gegen den sich zunehmend konservativer gebärdenden Staat ist zu erinnern – eine Fronstellung, die später durch die schnell wachsende politische Vertretung der Arbeiterbewegung in den Stadt- und Gemeindeparlamenten eine neue Variante erhielt. Zu erinnern ist schließlich an die Entwicklung der Sozialhygiene, deren wissenschaftliche Quellen aus der Verbindung der Medizin, insbesondere der Hygiene, mit den neuen Sozialwissenschaften gespeist wurde, und der sozial engagierten und politisch denkenden Ärzte, die sie in der Praxis vorantrieben. Zu allen diesen politischen, sozialen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Gründen trat schließlich das Moment der Philantropie oder der Nächstenliebe in vielen bürgerlichen und kirchlichen Vereinen sowie die Selbsthilfe von Arbeitern, Handwerkern usw. hinzu. Es hat also den Anschein, als ob zusammen mit dem wirtschaftlichen Aufschwung eine Renaissance der Städte gegenüber der Territorialgewalt vonstatten ging, die auch im Gesundheits- und Sozialwesen zu zukunftsweisenden Organisationsformen führte.

Die kommunale Gesundheitsfürsorge unterscheidet sich mithin in wesentlichen Punkten von der staatlichen Gesundheitsaufsicht: Die staatliche Gesundheitsaufsicht wurde aus einem abstrakten Staatsinteresse heraus von absolutistischen Fürsten eingerichtet, das Instrumentarium war entsprechend autoritativ und reaktiv. Die kommunale Gesundheitsfürsorge wurde aus einem sozialen Verantwortungsbewußtsein heraus, in dem sich die vielfältigsten Interessen und Beweggründe mischten, von städtischen Magistraten, politischen Gruppen, Vereinen, Ärzten und anderen Bürgern für ihre Stadt eingerichtet – so entstand eine kommunale Leistungsverwaltung, der zwar insbesondere aus heutiger Sicht ein ordnungspolitischer Aspekt nicht abgeht (z.B. *Grauhan* 1977), die sich aber flexibel den regionalen und lokalen Bedürfnissen und Gegebenheiten anpaßte, die als kommunale Gesundheitsfürsorge aktiv war, sich auf spezifische Gruppen und Problemkreise ausrichtete und insbesondere auf vorbeugende Maßnahmen angelegt war. Die Hauptaufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge waren in unterschiedlicher lokaler Ausprägung:

- Stadthygiene,
- Fürsorge für Mutter und Kind,
- Schulgesundheitspflege, Schulzahnpflege,
- Gesundheitsfürsorge für bestimmte Kranke und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.

Die Stadtärzte gehörten zunächst oft dem liberalen Bürgertum, nach dem 1. Weltkrieg auch oft sozialistischen politischen Kreisen an – ein großer Teil der Stadtärzte war überdies jüdischer Herkunft. Es gab folglich zwischen den Ärzten in der staatlichen Gesundheitsaufsicht und den Ärzten in der kommunalen Gesundheitsfürsorge nicht nur Unterschiede in der Art, wie sie ihren Beruf ausübten; vielmehr hatten diese beiden Gruppen von Ärzten offensichtlich eine unterschiedliche soziale und religiöse Herkunft – wobei die Kommunalärzte anscheinend als Vertreter politischer oder religiöser Minderheiten ihrerseits für Minderheiten tätig waren –, beide Arztgruppen hatten andere Gewichte in der medizinischen Ausbildung (Sozialhygiene!) und eine gegensätzliche weltanschauliche und politische Orientierung.

Der große Mangel der kommunalen Gesundheitsfürsorge lag darin, daß sie sich sehr uneinheitlich und sehr unüberschaubar entwickelte. Dies betraf etwa das unterschiedliche Ausbildungsniveau der Ärzte und der übrigen beteiligten Berufe, dies betraf auch das unterschiedliche Niveau und die unterschiedliche Art der angebotenen Dienste, wie insbesondere auch ihre völlig ungleiche regionale Verteilung. Überdies waren das kommunale Gesundheitswesen und die angestellten Ärzte sehr stark von den lokalen Verwaltungen und den politischen Gruppierungen in den Stadt- und Gemeindeparlamenten abhängig.

### 1.3 Der Dualismus von staatlicher Gesundheitsaufsicht und kommunaler Gesundheitsfürsorge

So zeichnete sich um die Jahrhundertwende ab, daß in Preußen ein zweifaches öffentliches Gesundheitswesen entstehen würde, die staatliche Gesundheitsaufsicht einerseits und die kommunale Gesundheitsfürsorge andererseits. Unverkennbar war allerdings, daß sich beide Einrichtungen in Teilbereichen überschneiden, so z.B. in den allgemeinen Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten, und daß sie sich in anderen Teilbereichen notwendig ergänzten, z.B. in der Gesundheitsfürsorge für besonders gefährdete Gruppen einerseits, die in der staatlichen Gesundheitsaufsicht bis dahin vernachlässigt wurde, oder in den gutachterlichen, gerichtsarztlichen und weiteren ordnungspolitischen Aufgaben andererseits, die weiterhin im Rahmen der staatlichen Gesundheitsaufsicht betrieben wurden und die kommunale Gesundheitsfürsorge in der Öffentlichkeit vor dem Anstrich ordnungspolitischer Eingriffe bewahrte.

Die abhängige Stellung und das begrenzte Aufgabengebiet des preußischen Kreisphysikus waren schließlich angesichts der völlig geänderten sozialen und wissenschaftlichen Verhältnisse immer stärkerer Kritik ausgesetzt. Schließlich brachte die Choleraepidemie von 1892/93 in Hamburg den Stein ins Rollen: Alle Instanzen des staatlichen Medizinalwesens sollten reorganisiert werden. Am 16. September 1899 wurde schließlich in Preußen ein Gesetz betr. die Dienstaufgaben des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen erlassen; hierzu kam die Dienst-anweisung für Kreisärzte vom 1. September 1899, die durch die Dienst-anweisung vom 1. September 1909 ersetzt wurde, die ihrerseits 1911, 1916, 1926 und schließlich mit dem GVG 1934 ergänzt wurde.

Durch das Kreisarztgesetz von 1899 wurde der preußische Physikus abgeschafft. Staatlicher Gesundheitsbeamter wurde der Kreisarzt, der zwar weiterhin unmittelbar dem Regierungspräsidenten unterstellt blieb, nun jedoch technischer Berater des Landrates bzw. in den Städten der für das Gesundheitswesen zuständigen Medizinalbehörden wurde. Der Kreisarzt war ferner Gerichtsarzt seines Amtsbezirks. Der Kreisarzt hatte eine relativ unabhängige Stellung auf der Ebene des höheren Verwaltungsbeamten und konnte selbständig vorgehen. Sein Gehalt wurde pensionsfähig; falls erforderlich, konnte er voll besoldet werden – in diesem Fall war ihm außer konsultativer Tätigkeit Privatpraxis versagt (1901 gab es zunächst 15, 1908 bereits 43 vollbesoldete Kreisärzte; *Pistor* 1908, S. 525).

Die Aufgaben des Kreisarztes lassen sich nach dem Kreisarztgesetz und der Dienstanweisung von 1909 (!) in vier Bereiche zusammenfassen:

- Medizinalaufsicht,
- Sanitätsaufsicht,
- sozialhygienische Aufgaben, wie Schulgesundheitspflege, Fürsorge für Mutter und Kind, Fürsorge für Behinderte, Geistesranke, Sieche und Süchtige,
- Gerichts- und vertrauensärztlicher Gutachtertätigkeit

(vgl. als Lehr- und Handbücher der Zeit *Rapmund/Dietrich* 1899, 1913, *Rapmund*, 1914).

Aus dieser Aufgabenzuordnung ist zu erkennen, daß nun auch gesundheitsfürsorgliche Aufgaben zu den gesetzlich vorgeschriebenen Tätigkeiten des staatlichen Gesundheitswesens gehörten. Das Kreisarztgesetz ermöglichte darüber hinaus auch eine organisatorische Anbindung an die kommunale Gesundheitsfürsorge: Stadtärzte, die in Stadtkreisen als Kommunalbeamte angestellt waren, konnten demnach vom zuständigen Ministerium mit der Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes betraut werden (so durchgeführt in Altona, Osnabrück, Dortmund und Düsseldorf).

Einen weitreichenden Einfluß gerade auf das kommunale Gesundheitswesen übte schließlich der Teil des Kreisarztgesetzes aus, der bestimmte, daß in jedem Ort über 5000 Einwohner eine ständige Gesundheitskommission gebildet werden müsse. Zielsetzung und Kompetenz dieser Gesundheitskommissionen gingen erheblich über die der vormaligen Sanitätskommissionen hinaus, „weil“ – so *Pistor* (1908, S. 528) – „die Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheitspflege gerade in der Lokalinstanz am unmittelbarsten und lebhaftesten hervortreten, und weil die Anforderungen des wirtschaftlichen Lebens eine besondere Berücksichtigung verlangen“. Gesundheitswidrige Zustände sollten beseitigt, bestehende Einrichtungen verbessert, neue unter der Beachtung sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse vorgeschlagen werden. Die Gesundheitskommissionen gingen aus Wahlen der Selbstverwaltungskörperschaften hervor, hatten aber nicht nur Aufgaben der Kommunen, sondern auch staatliche Aufgaben – z.B. in der Seuchenbekämpfung – wahrzunehmen. Die Gesundheitskommissionen konnten auf eigene Initiative hin Vorschläge ausarbeiten und arbeiten – zumindest was gegenseitige Information betrifft – ständig mit dem Kreisarzt zusammen. Bereits die Zeitgenossen sahen in den Gesundheitskommissionen eine Möglichkeit, das staatliche und das kommunale Gesundheitswesen zusammenzubringen (*Rapmund* 1908, S. 70f).

Was sich vor der Jahrhundertwende bereits angedeutet hatte, war mit dem Kreisarztgesetz von 1899, hier also insbesondere durch die Einrichtung der Gesundheitskommissionen und die Dienstanweisungen an den Kreisarzt, schließlich Wirklichkeit geworden: Die weitere Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen ist von einem merkwürdigen Dualismus eines staatlichen und eines kommunalen Gesundheitswesens gekennzeichnet – merkwürdig deshalb, weil das Aufgabengebiet, die Ziele und die Handlungsinstrumente immer ähnlicher wurden, so daß die Diskussion zur Vereinheitlichung des öffentlichen Gesundheitswesens immer mehr Nahrung erhielt, auf der anderen Seite

jedoch letztlich so starke Eigenmomente in beiden Bereichen wirkten, daß die Vereinheitlichung von den Exponenten der staatlichen und der kommunalen Gesundheitspflege heftig umkämpft war; als besonders starke Eigenmomente erwiesen sich die grundsätzlichen Unterschiede von Ordnungs- und Leistungsverwaltung und die in Dienststellung und weltanschaulicher Orientierung gegensätzlichen Kreisärzte und Kommunalärzte.

Nach dem 1. Weltkrieg konnte das öffentliche Gesundheitswesen in einem wesentlich breiteren Rahmen von Möglichkeiten weiterentwickelt werden. Denn zum ersten stand in den Jahren unmittelbar nach dem Krieg die Organisation des gesamten Gesundheitswesens zur Diskussion – bis hin zu Stimmen, die forderten, daß alle Ärzte in einem sozialisierten Gesundheitswesen beamtet bzw. angestellt würden. Zum zweiten hatte der Weltkrieg enorme soziale Schäden hinterlassen, die zu lösen das starre staatliche Gesundheitswesen überforderte, vielmehr flexible, den örtlichen Gegebenheiten angemessene Lösungen erheischte und damit in den Städten hohe Anforderungen an das kommunale Gesundheitswesen stellte: Es sei nur an die Tuberkulose erinnert; deren Sterblichkeitsziffer wieder auf den Stand von 1897 angestiegen war, oder an das Problem der Kriegswaisen. Zum dritten hatte sich das politische Umfeld völlig geändert; dadurch erhielten die kommunalen Selbstverwaltungen und die gleichermaßen von der Sozialhygiene wie von politischen Zielsetzungen beeinflussten Stadtärzte ein Betätigungsfeld, das ihnen erlaubte, gemäß den lokalen Bedingungen und Bedürfnissen zu handeln. Von den 1929 vorhandenen 64 städtischen Gesundheitsämtern stammten nach einer Umfrage *Rotts* vier aus der Vorkriegszeit und 60 aus dem Jahrzehnt von 1919 bis 1924; die meisten Gesundheitsämter wurden in den Jahren 1919 (8) und 1920 (15) gegründet (*Stürzbecher* 1978, S. 763f).

Schließlich bildete sich eine fast unüberschaubare Vielfalt unterschiedlichster Organisationsformen staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens heraus (*Krautwig* 1925, *Wendenburg* 1929; ein Überblick über die gesetzlichen Grundlagen bei *Dietrich* 1925).

Nach der Weltwirtschaftskrise und ihren sozialen Folgen verschärfte sich die Auseinandersetzung darüber, wie das öffentliche Gesundheitswesen fortzusetzen sei; es stand dabei außer Frage, daß der Dualismus von staatlicher und kommunaler Gesundheitsaufsicht, Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge nicht zuletzt aus Kostengründen beseitigt werden mußte. Ebenso vielfältig und unüberschaubar wie die bereits vorhandenen Organisationsformen waren die Argumente und Pläne, die von den ebenso unterschiedlichen Diskussionsteilnehmern, von den Medizinalbeamten über Kommunen und freie Wohlfahrtspflegeorganisationen bis zu den Kommunalärzten und führenden Sozialhygienikern, vorgetragen wurden (hierzu grundlegend *Trieb* 1964). Die Medizinalbeamten befürchteten hauptsächlich, daß sie als Kommunalbeamte ihre unabhängige Stellung verlieren würden, während die Kommunalärzte davor warnten, daß gerichtsarztlicher Dienst und amtsärztliches Gutachterwesen, also die besonders stark ausgeprägten ordnungspolitischen Elemente der amtsärztlichen Tätigkeit, in die kommunale Gesundheitsfürsorge eingeführt würden. Es gab sogar Kräfte, die alle gesundheitsfürsorglichen Aufgaben

an Arbeitsgemeinschaften übertragen wollten, die von den Kommunen und Sozialversicherungsträgern gebildet werden sollten; zusätzlich forderten sie, daß auch die Aufgaben der Sanitäts- und Medizinalaufsicht einschließlich der Medizinalpolizei auf die Kommunen übertragen würden. Schließlich lagen entsprechende Gesetzesentwürfe vor, etwa für ein preußisches Landesgesundheitsgesetz, das wesentliche Regelungen des späteren GVG bereits vorwegnahm.

#### 1.4 Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Deutschen Reich“ und die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bis heute

##### 1.4.1 Das GVG von 1934/35

Als die Nationalsozialisten an die Macht kamen, wurde die Neuregelung des öffentlichen Gesundheitswesens entschieden beschleunigt. Die frühere Vielfalt der Stimmen war gewaltsam beseitigt worden, die sozialistisch orientierten und die jüdischen Stadtärzte waren aus den Ämtern vertrieben (*Leibfried/Tennstedt*<sup>3</sup> 1981): In Berlin war von den 20 Stadtärzten, die am 1. Januar 1933 im Amt waren, 1937 nur noch einer nachweisbar (*Stürzbecher* 1972, S. 657); auch das öffentliche Gesundheitswesen des Deutschen Reiches sollte gleichgeschaltet werden.

Am 3. Juli 1934 wurde das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens des Deutschen Reiches<sup>4</sup> verkündet; es trat am 1. April 1935 in Kraft (ausführlich *Trüb* 1964). Ziel des Gesetzes war, alle ärztlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens zusammenzufassen, sowie die kommunale Gesundheitsfürsorge und die staatliche Gesundheitsaufsicht in einem Amt, dem in allen Städten und Landkreisen einzurichtenden Gesundheitsamt (= GA), zu vereinen. Nach der Interpretation von *Gütt*, dem leitenden Medizinalbeamten im Reichsinnenministerium, führten das GVG und die dazugehörenden drei Durchführungsverordnungen (= DVO) folgende Aufgabengebiete zusammen:

- Gesundheitsaufsicht und Gesundheitsschutz:  
Die Gesundheitsaufsicht umfaßt die Aufgaben der Medizinalaufsicht, Gesundheitsschutz die allgemeine Sanitäts- und Hygieneaufsicht. Ebenfalls enthalten sind die gerichtsarztliche Tätigkeit und das amtsärztliche Gutachterwesen.
- Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge:  
Diese beiden Aufgaben umfassen die gesundheitliche Vorsorge, Fürsorge und Nachsorge im Sinne der vormaligen kommunalen Gesundheitsfürsorge.
- Erb- und Rassenpflege.

Das GVG und die DVO lehnten sich zum größten Teil – bisweilen bis in den Wortlaut hinein – an das preußische Kreisarztgesetz von 1899 und die novellierte Dienstanweisung für Kreisärzte an und ging kaum über diese hinaus (tabellarische Übersicht bei *Trüb* 1964, S. 340 und 343). Dies ist übrigens ein Kennzeichen vieler Gesetze und Maßnahmen der frühen NS-Zeit: Durch eine breite und allgemeine Diskussion war der Boden in der Weimarer Zeit bereits vorbereitet; die Nationalsozialisten deuteten die entsprechenden Inhalte in ihren Gesetzen völlig einseitig im Sinne ihrer Ideologie um, stießen aber, da die Begriffe

und Ziele bekannt waren, etwa beim Bürgertum zunächst auf keinerlei Widerstand. Im GVG wurde die Tuberkulosefürsorge in ihrer Verbindung von Seuchenbekämpfung und Fürsorge jedoch völlig neu gestaltet. Neu war ebenfalls die Alkohol- und Rauschmittelbekämpfung. Zur neuen Hauptaufgabe der Erb- und Rassenpflege ist mit *Trüb* ausdrücklich darauf zu verweisen, daß Bevölkerungspolitik, Rassenhygiene, Eheberatung und Ehegesundheitszeugnisse sowie die Sterilisierung von Epileptikern, Idioten und geistig Minderwertigen – um in der Sprache der Zeit zu bleiben – sowohl in Deutschland als auch in anderen Staaten auf breiter Ebene – und zwar bis weit in sozialistische Kreise hinein (*Labisch* 1980) – geführt wurde. Entsprechende Gesetzesentwürfe lagen ebenfalls bereits vor 1933 vor.

Mit dem GVG waren folglich Organisation und Durchführung von staatlicher Gesundheitsaufsicht sowie kommunaler Gesundheitsfürsorge auf unterster Verwaltungsebene vereinheitlicht – damit war der öGD, einschließlich dieses Namens, in unserem heutigen Sinne geschaffen, der in seinem Leistungsspektrum gleichzeitig der Ordnungs- wie Leistungsverwaltung zuzuordnen ist. Es war ferner ein einheitliches Medizinalbeamtenamt in Gestalt des Amtsarztes als Amtsleiter und beamteteter Ärzte mit einer eigenen Laufbahn geschaffen worden. Durch das neue GA und seinen Leiter, der als Amtsarzt Staatsbeamter war, hatte das örtliche Gesundheitsamt gegenüber den Kommunen verwaltungsrechtlich eine selbständige Stellung. Die Verstaatlichung der GÄ wurde allerdings aus finanziellen und kommunalpolitischen Gründen nicht strikt durchgeführt, so daß einige kommunale GÄ und einige Zwischenregelungen bestehen blieben. So gab es 1938 im Deutschen Reich 739 GÄ, von denen 88% staatliche GÄ mit einem staatlichen AA als Leiter, 7% kommunale GÄ mit einem staatlichen AA als Leiter und 5% kommunale GÄ mit einem kommunalen AA als Leiter waren (*Trüb* 1964, S. 348).

Sieht man von den profunden Ausführungen *Trübs* zur Entwicklung der Organisation und der Aufgaben im öGD ab, gibt es keine ausführliche historische Würdigung der gesundheitspolitischen Einordnung und Konsequenzen der GVG. Die Geschichte des öGD unter dem nationalsozialistischen Regime ist ebenfalls nicht untersucht. Es seien hier daher nur einige Gesichtspunkte zu den Konsequenzen dieses Gesetzes – und dem unglücklichen Zeitpunkt seiner Verabschiedung – zur Diskussion gestellt.

Das GVG ist noch heute in den meisten Ländern der Bundesrepublik gesetzliche Grundlage des öGD. Rückblickend geht es jedoch ganz offensichtlich auf das Kreisarztgesetz von 1899 zurück, mithin auf eine gesetzliche Regelung, die auf einen annähernd vor 100 Jahren bestehenden Zustand hin festgelegt wurde. Wenn heute immer noch die Aktualität des GVG, insbesondere der 3. DVO, betont wird – wie weiter unten zu zeigen sein wird –, dann kann dies angesichts der völlig geänderten Situation nur bedeuten, daß das GVG so abstrakt formuliert wurde, daß es nahezu auf jede Lage anzuwenden ist. Dies wiederum widerspricht einer eindeutigen Zielzuweisung an eine behördliche Organisation, die letztlich Grundlage einer ebenso eindeutigen Aufgaben- und Mittelzuweisung ist. *Wilhelm Hagen* schreibt in seinen Lebenserinnerungen,

daß die Aufgaben für den AA „in ihrer mangelhaften Präzision unerfüllbar sind“. Das GVG stellt nach *Hagen* ein reines Organisationsgesetz dar, das kein materielles Recht schafft. Zusammen mit den DVO erhält das GA einen maximalen Aufgabenkatalog – gegliedert z.B. in der 3. DVO nach 22 Abschnitten und 82 Paragraphen – ohne daß ihm die Mittel noch das Personal zugestanden würden (*Hagen* 1978, S. 236). *Stralau* bemerkt hierzu, daß das GVG zwar die gesetzlichen Aufgaben der GÄ nach ihrer Art benennt, nicht jedoch Umfang und Maß der einzelnen Aufgaben und Aufgabengebiete angibt (*Stralau* 1960, S. 172f).

Zum zweiten ist die Gefahr, daß die Medizin und die ärztliche Tätigkeit im staatlichen Interesse funktionalisiert werden, in einem staatlichen Gesundheitswesen zumindest als Möglichkeit immer gegeben. Dieser Gefahr ist der neugeschaffene öGD als Institution im Dritten Reich unzweifelhaft auch erlegen: Dies ergibt sich zum einen aus der Verbindung von nationalsozialistischer Volksgemeinschaftsideologie und bestimmten Zweigen der Sozialmedizin auf einer allgemeinen ideologischen Ebene, dies ergab sich aus dem § 18 der 2. DVO, die die GÄ zur Zusammenarbeit mit den gesundheitlichen Einrichtungen der NSDAP verpflichtete, und schließlich mit der nationalsozialistisch überformten Erb- und Rassenpflege auf konkreter gesetzlicher Ebene. Nach *Stürzbecher* hat übrigens *Gütt* durch die übereilte Verabschiedung des GVG verhindert, daß das staatliche und kommunale Gesundheitswesen gänzlich durch die NSDAP übernommen wurde – tatsächlich wurde *Gütt* später zwangspensioniert (*Stürzbecher* 1971).

*Redekers* Rede auf der ersten bundesweiten Tagung der Ärzte des öGD in Bonn am 9. Juni 1949 hinterläßt einen sehr zwiespältigen Eindruck: Über fast 20 Seiten hin befaßt sich *Redeker*, angefangen von *Anaximander* in grauer Vorzeit bis *Franklin*, *Virchow* und *Koch* in der Neuzeit, mit den hehren Quellen des „Magister in Physica“, und weist schließlich völlig unvermittelt in nur wenigen Sätzen – und dazu in einem expliziten Gegensatz zu den therapeutischen Ärzten – einen ominösen „Physikus“ gleichsam als *den* medizinischen Widerständler gegen das Nazi-Regime aus (*Redeker* 1949, S. 193). Dem steht beispielsweise die lakonische Bemerkung bei *Pürckhauer* entgegen, daß durch Enthebungen und Entnazifizierungsmaßnahmen der Besatzungsmächte in Bayern auf Landesebene und mittlerer Instanz 100% und bei den GÄ 95 bis 97% der AA entfernt wurden (*Pürckhauer* 1959/60, S. 167). Auch über *Pürckhauer* hinaus gibt es viele Hinweise, daß der öGD zur Exekutive staatlicher Gesundheitspolitik wurde – hierzu genügt ein Blick in die 1936 begründete Zeitschrift „Der öffentliche Gesundheitsdienst“. Die Erb- und Rassenpflege war schließlich durch die Vernichtungspraxis der Nazizeit, an der die GÄ zwangsläufig durch Einweisungspflicht, Gutachtenwesen und sonstige gesetzliche Bestimmungen beteiligt waren (*Stürzbecher* 1974, *Blasius* 1980, S. 159 und 165), so nachhaltig in Verruf geraten, daß sie erst heute allmählich wieder unter der Bezeichnung „Eheberatung“ oder „genetische Beratung“ neu entsteht.

Zum dritten wurden durch das GVG gleichermaßen Ordnungs- und Leistungsverwaltung im örtlichen GA zusammengeführt. Diese entgegengerichteten Funktionen – beson-

ders deutlich in der Tuberkulosenfürsorge – mußte insbesondere gegenüber dem vormals gesundheitsfürsorgerisch betreuten Publikum das Außenbild des GÄ ändern und schließlich schmälern.

Zum vierten schließlich wurden die ehemals sehr hohen qualitativen Anforderungen an den Kreisarzt und den Kommunalarzt, soweit sie in den sozialhygienischen Akademien ausgebildet und geprüft waren, in der Folge des GVG stark herabgesetzt – und zwar offenbar auch deshalb, weil man nach dem personellen Aderlaß von 1933/34 keinen geeigneten Nachwuchs mehr fand (*Stürzbecher* 1964, 1968, 1969). Das GVG brach faktisch mit der in der staatlichen Gesundheitsaufsicht althergebrachten Art, erfahrene und zusätzlich ausgebildete Ärzte zu Kreisärzten zu berufen bzw. in der kommunalen Gesundheitspflege den städtischen Magistraten die Auswahl geeigneter Ärzte zu überlassen und schuf stattdessen eine eigene Beamtenlaufbahn für Ärzte. Gleichwertig mit der Verbeamtung und Nivelierung des Ausbildungsstandards der Ärzte ist für die weitere Entwicklung des öGD zu sehen, daß durch das GVG die Eigeninitiative der Kommunen in der Gesundheitsfürsorge weitgehend ausgeschaltet wurde: Die Gesundheitskommissionen als organisatorische Verbindung zwischen der Dienstleistungsebene der kommunalen Gesundheitsfürsorge auf der einen und der kommunalen Selbstverwaltung und den politisch maßgeblichen Gruppen der Städte auf der anderen Seite wurden ohne jeden Ersatz abgeschafft. Die potentielle Einheitlichkeit des öGD, die überdies weder von der Organisation noch vom Leistungsangebot her jemals verwirklicht wurde, wurde mithin durch eine starre Regelung der gesetzlichen Grundlagen und eine ebenso starre Beamtenlaufbahn für Ärzte erkaufte; die Flexibilität der kommunalen Gesundheitsfürsorge und die Eigeninitiative gingen dabei verloren. Unter diesem Aspekt ist der ungeheure Aderlaß an hochqualifiziertem ärztlichen Personal unmittelbar nach der nationalsozialistischen Machtergreifung letztlich als ein sekundärer Grund für den Niedergang des öGD zu betrachten.

Es sei daher bereits hier die Hypothese formuliert, daß der Niedergang des öGD zunächst in den immanenten Mängeln des GVG und erst in zweiter Linie in der besonderen Entwicklung des öGD im nationalsozialistischen Deutschland vorgezeichnet war; die späteren Einflußfaktoren aus dem Bereich der medizinischen wie der gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklung der 60er und 70er Jahre, die ja auch in den meisten übrigen westeuropäischen Industriestaaten das öffentliche Gesundheitswesen an den Rand der betreffenden Gesundheitssysteme drängte, haben diesen vorgezeichneten Gang nur beschleunigt und zu einem, wiederum im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern, besonderen Tiefstand geführt.

#### 1.4.2 Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik

Das GVG wurde von den Besatzungsmächten nicht als Gesetz mit nationalsozialistischem Gedankengut eingestuft; lediglich § 18 der 2. DVO (Zusammenarbeit der GÄ mit den gesundheitlichen Einrichtungen der NSDAP) wurde gestrichen, während etwa die Bestimmungen zur

Erb- und Rassenpflege unangetastet blieben. Nach Gründung der Bundesrepublik fiel die Exekutive des öGD in die Kompetenz der Länder. Die Länderkommission zur Rechtsbereinigung war übereinstimmend der Ansicht, daß das GVG zwar kein Bundesrecht darstellt, nach wie vor aber die Rechtsgrundlage für die Organisation des öGD in allen Bundesländern ist. Ein Urteil des Bundesgerichtshofs (III ZR 160/55 vom 7.2.1957) hat überdies das Ziel des Gesetzes, die Sicherung der Gesundheit des Volkes, bestätigt (Pürckhauer 1954, Bernhardt 1967).

In den ersten Jahren nach dem 2. Weltkrieg waren die Ärzte des öGD vollauf damit beschäftigt, die aus der sozialen Notlage folgenden Gesundheitsschäden und Gesundheitsgefahren zu bekämpfen (z.B. Hagen 1958, Stralau 1960). Die Anstrengungen und Erfolge des öGD, bis hin zur erfolgreichen Bekämpfung der Polio in den frühen 60er Jahren, sind unbestritten. Gleichzeitig mit der Gründung der Bundesrepublik kam es jedoch zu einer ständig wachsenden Zersplitterung des öGD – dies begann bereits mit der unterschiedlichen Rechtsstellung der GÄ in den Bundesländern (staatliche Sonderbehörden in Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland; kommunalisierte GÄ in Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein (seit dem 1.1.1978 auch in Niedersachsen)). Die GÄ paßten sich so rasch noch weiter den regionalen und örtlichen Verhältnissen an. Die organisatorische Zersplitterung ging mit einem ständigen Funktionsverlust einher (s. daher Neumann 1980). Gleichzeitig kehrte der größte Teil der emigrierten deutschen Kommunalärzte, sofern sie überlebten, nicht nach Deutschland zurück, und die Tradition, die aus den 20er und frühen 30er Jahren noch überlebt hatten, gingen in den 50er Jahren vollends verloren; auch die Auseinandersetzung um sozialhygienische Grundfragen, die unmittelbar nach dem Krieg noch geführt wurde, versiegte später völlig – alles dies Gesichtspunkte, die bisher noch nicht hinreichend untersucht sind.

Jedenfalls geriet der öGD sehr schnell in die gesundheitspolitische Diskussion – diese Diskussion wurde allerdings in einer Form und in einem politischen Umfeld geführt, daß sie, obschon zunächst noch durchaus offen war, ob der öGD nicht ausgebaut wurde (Dietrich 1958), schließlich keine zielstrebige Neuorientierung des öGD während der Gründungsphase der Bundesrepublik erlaubten. Hierzu mag wiederum die Rede Redekers (Redeker 1949) als Symptom wie als Indiz dienen: Redeker wick der erforderlichen Auseinandersetzung über die Rolle des öGD als öffentlicher Medizin im nationalsozialistischen Deutschland aus und betrieb im eigentlichen mit Hilfe historischen Materials eine Ideologie eines quasi von den Zeitläufen unberührten Amtsarztes. Gleichzeitig wird bereits die Frontstellung zwischen den Ärzten des öGD und den niedergelassenen Ärzten deutlich – die niedergelassenen Ärzte ihrerseits bedienten sich bereits des diffamierend gemeinten Begriffs „Staatsmedizin“, wobei in der Zeit des Kalten Krieges nicht immer deutlich war, ob dieser Begriff auf die Vergangenheit oder die Gegenwart gemünzt war.

Wenngleich – selbst aus heutiger Sicht – zukunftsweisende Vorschläge zur Neuorientierung des öGD nach dem Krieg gemacht wurden – es ist hier etwa an Hagens Vorstellungen

zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge (Hagen 1953) oder an den „Sozialplan für Deutschland“ (Auerbach 1957) zu denken – führten alle diese Bestrebungen zu keinem Erfolg. Anschaulich wird diese Auseinandersetzung, wenn sich Hagen in seiner Autobiographie bitter über das Spiel hinter den Kulissen beklagt (Hagen 1978, S. 232f).

Hingegen nahmen in den frühen 50er Jahren Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft wieder die Diskussion auf, Aufgaben der Gesundheitsfürsorge vom öGD auf die freipraktizierenden Ärzte zu übertragen. In der Folge dieser gesundheitspolitischen Grundsatzfrage wurde das medizinische Subsystem der ambulanten medizinischen Versorgung gegenüber dem Subsystem öffentlicher Gesundheitsdienste immer stärker bewertet; der öGD konnte seinen Stellenwert im medizinischen Versorgungssystem nicht behaupten und wurde gesundheitspolitisch im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung in eine Außenseiterrolle gedrängt. Historische Festpunkte der gesundheitspolitischen Entwicklung sind das Gesetz über Kassenarztrecht (1955), das Jugendarbeitsschutzgesetz (1961), das Mutterschaftsgesetz (1965) und schließlich das 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetz (1971), häufig angeführt – insbesondere im Hinblick auf den ärztlichen Nachwuchs – wird auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 über die Liberalisierung der Zulassung von Kassenärzten. Erwähnen sollte man schließlich auch, daß sich, nachdem in den 60er Jahren allmählich die Einzelleistungshonorierung in der ambulanten medizinischen Versorgung eingeführt wurde, während gleichzeitig die begehrten Nebeneinkünfte durch Gutachtertätigkeit (hierzu z.B. Hagen 1978) im öGD schwanden, die Einkommensverhältnisse sehr deutlich zuungunsten der Ärzte im öGD verschoben. Heute, nachdem durch die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (§ 405 a RVO) der Korporatismus im Gesundheitswesen festgeschrieben ist – und zwar ohne Beteiligung des öGD –, spielt der öGD im Chor der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Verbände und Organisationen keine Rolle mehr (zur neueren gesundheitspolitischen und legislativen Entwicklung des öGD Manger-Koenig 1975, Hopf 1979).

In der Folge der gesetzlichen Entwicklung verlor der öGD nach und nach die wesentlichen gesundheitsfürsorglichen Aufgaben, die aus der kommunalen Gesundheitsfürsorge stammten. Diese Entwicklung zog einen ständigen Schwund an ärztlichen Aufgaben im öGD nach sich; zwangsläufig nahmen die als unärztlich eingeschätzten Aufgaben in der Verwaltung und Sicherung der öffentlichen Ordnung zu. Als einzige unangefochtene gesundheitsfürsorgliche Aufgabe verblieb dem öGD bis heute die Schulgesundheitspflege.

Ein vergleichbarer, wenn auch nicht so offenkundiger Verlust genuiner Aufgaben des öGD spielt sich auf dem Gebiet der amtsärztlichen Begutachtung ab. Behörden, Gerichte, Sozialversicherungsträger etc. forderten Gutachten immer öfter nicht mehr beim Amtsarzt, sondern in spezialisierten öffentlichen Einrichtungen an, so beispielsweise in gerichtsmedizinischen, hygienischen oder psychiatrischen Instituten von Universitäten, in chemischen Untersuchungsämtern, bei Gewerbeärzten etc. (Bachmann 1982). Schließlich wurden sogar gutachterliche Aufgaben vom öGD auf

andere Ämter übertragen (Schwerbehindertengesetz 1974), bzw. wurde dem öGD nur noch eine koordinierende Aufgabe im Gutachtengang zugestanden (Reha-Angleichungsgesetz 1974).

Wenn wir uns also den ursprünglichen Aufgabenkatalog des öGD in Gesundheitsaufsicht, Gesundheitsschutz, Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge nochmals vor Augen führen, beobachten wir in den letzten zwei Jahrzehnten einen ständigen Schwund an einstmaligen originären Aufgaben – ein „spreading of functions“ (*Jefferys*), das übrigens auch für das öffentliche Gesundheitswesen in anderen Industriestaaten, beispielsweise Großbritannien, kennzeichnend ist. Mit der zunehmenden Komplexität und Spezialisierung der Fragen, die an das GA herangetragen wurden, und auch mit der zunehmenden Spezialisierung anderer Berufsgruppen und Professionen, mußte das GA, bzw. die AÄ, folglich immer mehr Aufgaben teils an Spezialisten seiner eigenen Profession – etwa an die Gynäkologen, Kinderärzte, Psychiater und Rechtsmediziner –, teils an die Spezialisten aus anderen Berufsgruppen – etwa an Chemiker, Ingenieure, Städteplaner –, teils an Berufsgruppen, die in einem Professionalisierungsprozeß stehen – etwa die Sozialarbeiter –, teils schließlich aufgrund legislativer Entscheidungen, die ihrerseits wiederum nur ein Indiz für das geringe politische Gewicht des öGD sind, an andere Ämter abgeben. Damit können AA und GA weder innerhalb der Ärzteschaft noch innerhalb der im Arbeitsbereich des gesamten öffentlichen Gesundheitswesens neu hinzugekommener Berufe und Professionen wie schließlich auch innerhalb der Verwaltung eine hervorgehobene Rolle beanspruchen.

Unter dem Eindruck dieses „Schwundes von Aufgaben“ erscheint der öGD heute als eine Art Restsubsystem im gesamten Gesundheitssystem, dessen Aufgaben gleichsam zur Disposition stehen. Es taucht daher zwangsläufig das Wort „Subsidiarität“ (*Wolters 1974, Geissler 1974*) in der gesundheitspolitischen Diskussion zum öGD auf: Dieses Wort bedeutet letztlich, daß der öGD nur noch die Aufgaben wahrnimmt, die kein anderes medizinisches Subsystem, kein anderes Amt und keine andere Einrichtung der Sozial- und Wohlfahrtspflege wahrnehmen kann oder will. Die Auffassung von der „Subsidiarität“ des öGD ist folglich das absolute Gegenteil einer eigenständigen Konzeption öffentlicher Gesundheitsleistungen, wie sie vormals für den preussischen Kreisphysikus, den Kreisarzt, die kommunale Gesundheitsfürsorge und möglicherweise auch für das GVG typisch gewesen ist. „Subsidiarität“ bedeutet letztlich, daß der öGD zu einer Art Restgröße im medizinischen Gesamtsystem geworden ist, dessen Ziele und Aufgaben und damit auch seine personellen und finanziellen Ressourcen nach den Bedürfnissen der anderen Teilsysteme bestimmt werden.

Die neuere gesundheitspolitische Diskussion zum Standort und zur Zukunft des öGD wird insbesondere durch den Ärztemangel im öGD angeregt und bestimmt. Eine mehr oder weniger offen ausgesprochene Grundannahme der Diskussion ist, daß, sobald die gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben abnehmen, die eigentlichen ärztlichen Aufgaben ebenfalls abnehmen und daraus letztlich der Mangel insbesondere an ärztlichem Nachwuchs folgt. Heute ist der Mangel an Ärzten im öGD und darüber hinaus das nahezu völ-

lige Fehlen eines interessierten und qualifizierten ärztlichen Nachwuchses offenkundig. Die Funktionsfähigkeit des öGD ist ernsthaft in Frage gestellt.

Aus dieser Entwicklung in Aufgaben und Personal des öGD werden in der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten 10 Jahre folgende Konsequenzen für die Zukunft gezogen:

1. Der ständige Verlust der gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben ist als gegeben hinzunehmen, daher ist
  - a) dem öGD eine besondere Aufgabe in Planung, Koordination, Organisation, Aufsicht etc. des Gesundheitswesens zuzuweisen (*Manger-Koenig 1975, Riege 1979*),
  - b) der ärztliche Aufgabenbereich im öGD neu zu definieren, nichtärztliche Begutachtungsaufgaben sind auf andere akademische Berufsgruppen zu übertragen (*Wolters 1974*),
  - c) die Gesundheitsfürsorge völlig aus dem öGD herauszunehmen: Die Rückkehr zum Kreisphysikus preussischer Prägung, der als Ausgleich ärztliche Praxis betreiben darf, ist unausweichlich (*Kahnt 1972, Bachmann 1972*).
2. Der öGD bzw. das GA als ausführendes Amt ist auf höherer Verwaltungsebene neu zu organisieren. Alle mit medizinischen Fragen befaßten Dienste der Verwaltung sind als Groß-GA in Form einer Gesundheitsfachverwaltung zusammenzufassen (*Schindel 1975*).
3. a) Die Konzeption eines eigenständigen öGD ist neu zu überdenken. Zu den klassischen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge, der Medizinalaufsicht und des Gutachterwesens kommen neue Aufgaben in der Gesundheitsplanung und der Beratung von politischen Entscheidungsträgern hinzu (Gesundheitspolitische Tagung, Schleswig-Holstein 1971).
- b) Der öGD hat ein den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung angemessenes Spektrum an beratenden und therapeutischen Diensten anzubieten (*Paetzold 1978*).
- c) Der Aufgabenkatalog des öGD ist nicht veraltet, er muß sich lediglich mit geänderten Interventionsformen auf die neuen „Seuchen“ einstellen (*Hoffmeister 1978*).

## 2. Zur Soziologie des öffentlichen Gesundheitsdienstes

### 2.1 Der öffentliche Gesundheitsdienst in der medizinsoziologischen Sicht

#### 2.1.1 Der öffentliche Gesundheitsdienst aus der Sicht der Institutionenlehre

Es gibt nur wenige medizinsoziologische Arbeiten, die sich mit dem öGD befassen. Im Jahre 1957 legte *Doerks* einen soziologischen Beitrag zum Verhältnis zwischen praktischen Ärzten und dem öGD vor (*Doerks 1957*). Nach *Doerks* hat der permanente Spannungszustand zwischen dem öGD und der freipraktizierenden Ärzteschaft einen soziologisch begründbaren Ursprung, der aus dem gesamtgesellschaftlichen Spannungszustand zwischen bürokratisch-abstrakten Großorganisationen einerseits und den institutionellen Gruppen wie Familie oder berufsständigen Bindungen andererseits herrührt.

Nach *Doerks* ist die idealistisch-berufsethische Grundhaltung der gesamten Ärzteschaft von der Idee der Freiheit des ärztlichen Berufsstandes geprägt – diese Haltung nennt *Doerks* in Anlehnung an *Arnold Gehlen* „institutionell“. In soziologischer Sicht liegt demnach ein primäres Spannungsfeld für die gesamte Ärzteschaft zwischen der institutionellen Haltung des Arztes einerseits und dem Machtanspruch abstrakt-anonymer Großorganisationen der modernen Gesellschaft andererseits. Davon leite sich ein sekundäres Spannungsfeld zwischen den freipraktizierenden Ärzten einerseits und den Ärzten des öGD andererseits ab, weil der einzelne niedergelassene Arzt entsprechend seiner Bewußtseinslage den öGD mit der kollektiv-egoistischen Großorganisationsform des Staates gleichsetze.

Der institutionelle Charakter des öGD ist einerseits in seiner gesundheitsfürsorglichen Aufgabe begründet. In dieser gesundheitsfürsorglichen Aufgabe findet der Arzt im öGD auch ein Tätigkeitsfeld, das dem ethischen Berufsideal der gesamten Ärzteschaft entspricht. Der Arzt des öGD ist andererseits ständig dem Zugriff der abstrakten bürokratischen Großorganisation von Kommune, Land oder Staat ausgesetzt, der er als Beamter oder Angestellter angehört. Er steht damit ständig in der Gefahr, im Dienste dieser Großorganisation funktionalisiert zu werden und so schließlich den institutionellen Charakter seiner Tätigkeit zu verlieren. Mit dem Verlust der gesundheitsfürsorglichen Aufgaben des öGD büßt das GA seinen institutionellen Charakter ein, und der Arzt im öGD wird zum verlängerten Arm einer abstrakten Bürokratie.

Aus der Sicht der oben dargestellten Entwicklungslinien des öGD in Deutschland ergeben sich aus den Erörterungen *Doerks* unmittelbar einige Schlußfolgerungen: Der institutionelle Charakter öffentlicher Gesundheitsfürsorge wäre demnach in der kommunalen Gesundheitsfürsorge der 20er und 30er Jahre besonders stark ausgeprägt gewesen – insbesondere wenn man bedenkt, daß es, wie weiter unten noch zu zeigen sein wird, neben der individualistischen auch eine auf die Gemeinschaft ausgerichtete ethische Grundhaltung des Arztes gibt. Die Spannung zwischen den kommunalen Fürsorgeärzten und den praktischen Ärzten waren daher auch ziemlich gering; es gab vielmehr einen offenen Dialog und viele Formen der Zusammenarbeit (*Krautwig* 1925, S. 457f). Durch das GVG wurde der institutionelle Charakter des städtischen Fürsorgearztes jedoch sehr stark angegriffen: Der Arzt wurde Lebenszeitbeamter, der in einer Person die Aufgaben der staatlichen Ordnungsverwaltung wie die institutionellen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge vereinen sollte. Die Aufgaben der Leistungsverwaltung mußten bei den unzureichend gebotenen Mitteln zwangsläufig zugunsten der Aufgaben der Ordnungsverwaltung zurücktreten – diese Annahme würde auch organisationssoziologischen Erfahrungen, wie ebenfalls später unten zu zeigen sein wird, entsprechen. Zusätzlich ist der öGD unter dem nationalsozialistischen Regime ständig der Gefahr einer Funktionalisierung durch Bürokratie und herrschende Ideologie unterlegen – wenn man einmal von der sorgsameren Interpretation absieht, ob nicht eine Ideologie einen eigenen institutionellen Charakter begründet. Daher war der öGD seit Ende des Nazi-Regimes und dem gleichzeitigen Wechsel der gesellschaftlichen Werte unter dem

Begriff „Staatsmedizin“ in den Augen der niedergelassenen Ärzte gekennzeichnet. Nachdem der öGD in der Folgezeit seine gesundheitsfürsorglichen Aufgaben entweder bis auf wenige Ausnahmen an die niedergelassenen Ärzte verloren hat oder diese Aufgaben mangels ärztlichen Personals nicht mehr ausführen kann, ist die institutionelle Orientierung des Arztes im öGD heute ohne reale Grundlage: Der Arzt im öGD ist heute Agent einer bürokratischen Organisation.

### 2.1.2 Der öffentliche Gesundheitsdienst aus der Sicht der Professionalisierung der Medizin

Eine Betrachtung des öGD aus strukturell-funktionaler Sicht, hier aus der Sicht der Professionalisierung der Medizin nach *Freidson*, kommt zu vergleichbaren Ergebnissen. Bekanntlich vollzog sich die Professionalisierung der Medizin nach *Freidson* in drei Stufen: Die erste Stufe war die Kontrolle der Ärzteschaft über den Inhalt und die Methoden der eigenen Berufsrolle; die zweite Stufe war die Kontrolle über die Rekrutierung des Nachwuchses und die Zuteilung von Berufsrollen; die dritte Stufe war schließlich das Vertrauen des Publikums in die Kompetenz und den Wert des beruflichen Wissens und Könnens der Ärzte. Die heutige Praxis einer professionalisierten Medizin ist überdies dadurch gekennzeichnet, daß der niedergelassene Arzt, insbesondere der Hausarzt, auf seine Patienten orientiert ist, während der Spezialist und die Krankenhausärzte auf ihre Kollegen orientiert sind (*Freidson* 1970). *Gill* untersuchte die Rolle des „Community Physician“ im englischen „National Health Service“ aus der Sicht dieses Theorems; seine Überlegungen sind prinzipiell auf den deutschen Arzt im öGD übertragbar (*Gill* 1976).

Der Arzt des öGD ist im Gegensatz zum niedergelassenen Arzt nicht patientenorientiert und im Gegensatz zum Spezialisten nicht kollegenorientiert; er ist vielmehr aus der Sicht der Medizin „anders orientiert“, d.h. er ist im wesentlichen in Staat, Bürokratie und politische Prozesse eingebunden: Die Orientierung des Arztes im öGD ist damit nicht auf immanente Bereiche der Medizin, sondern im wesentlichen auf außermedizinische Bereiche gerichtet. Daraus folgt ein Mangel an funktionaler Autonomie, der den Arzt im öGD wesentlich von seinen Kollegen in der Niederlassung und im Krankenhaus unterscheidet, deren Kompetenz prinzipiell unangefochten ist. Darüber hinaus ist der Erfolg der ärztlichen Tätigkeit im öGD für das Publikum nur schwer erkennbar und führt nicht zu einem entsprechenden Status und Prestige wie bei den individuell therapeutisch tätigen Ärzten. Hinzuzufügen ist der ordnungspolitische Aufgabenbereich des Arztes im öGD, der vom Publikum als restriktiv erlebt wird. Damit bleibt dem Arzt im öGD die Akzeptanz und das öffentliche Vertrauen in seine Kompetenz und den Wert seines Könnens versagt – Akzeptanz und öffentliches Vertrauen sind jedoch wesentliche Voraussetzungen einer autonomen professionellen Berufsrolle.

### 2.1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und berufliche Spezialisierung: „Secondary Choice within a Profession“

Eine Konsequenz aus der Diskussion der beiden vorgetragenen Modelle – der Funktionalisierung der Ärzte im öGD durch bürokratische Großorganisationen und seine abhän-

gige, nicht professionalisierte Berufsrolle – zeigt sich in der berufssoziologischen Diskussion zum ärztlichen Nachwuchs: Eine Spezialisierung zum Arzt im öGD weicht erheblich von der üblichen „Secondary Choice“, der Wahl eines Spezialfachs in einem Berufsbild, ab. Hierzu liegt eine Arbeit aus der Mitte der 50er Jahre in der amerikanischen Soziologie breit geführten Diskussion zum ärztlichen Berufsnachwuchs vor (*Back* u.a. 1958). Nach *Back* u.a. stellt die Wahl des Spezialfachs „Public Health“ deswegen eine abgelegene Besonderheit dar, weil viele Bestandteile der Tätigkeit des Arztes im „Public Health Service“ von den entsprechenden Eigenheiten der Medizin im allgemeinen sehr unterschieden seien. So sei beispielsweise der zentrale Anteil ärztlicher Tätigkeit die individuelle Diagnose und Behandlung von Patienten, wohingegen ein Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen, wenn er eine auf die Gemeinde gerichtete Diagnose und Behandlung betreibe, nur selten Patienten auf individueller Basis behandelt, sondern den größten Teil seiner Arbeit auf administrative und auf die Gemeinde gerichtete Tätigkeiten aufwendet. Darüber hinaus betrachteten sich die meisten Ärzte als Angehörige einer freien Berufsgruppe („individualistic entrepreneurs“), während die Ärzte des öGD in einem öffentlichen Dienstverhältnis stehen. Mit der primären Berufswahl „Medizin“ schein daher – so *Back* u.a. – eine sekundäre Berufswahl „öffentliches Gesundheitswesen“ bereits weitgehend ausgeschlossen.

In einem Vortrag zur Motivation und Sozialisation von Medizinstudenten unter dem besonderen Aspekt der Spezialisierung zum Amtsarzt kommt *Manfred Pflanz* zu ähnlichen Ergebnissen (*Pflanz* 1973): Die Ausbildung zum Amtsarzt sei nicht selten eine „zweite Wahl“ – und zwar nicht im Sinne von „Secondary Choice“, sondern durchaus in einem abwertenden klassifikatorischen Sinn. Es sei ganz ungewöhnlich, wenn ein junger Mediziner zielstrebig eine Karriere im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in verwandten Berufsparten wie Werkarzt, Vertrauensarzt, Arbeitsamts- oder Gefängnisarzt anstrebe. Daß die Entwicklung einer hochspezialisierten und technisierten Medizin jedoch nicht zwangsläufig mit einem Verlust an sozialmedizinischem oder sozialhygienischem Interesse bezahlt werden müsse, zeigen Beispiele aus der DDR: Hier ist ein ausreichender Anteil der Studenten an einer späteren Tätigkeit im Hygiene- und Seuchenschutz sowie an der Planung, Leitung und Organisation des Gesundheitswesens interessiert.

## 2.2 Der öffentliche Gesundheitsdienst in seinem sozialen Beziehungsgefüge

In den historischen Entwicklungslinien und den soziologischen Beiträgen wurde der öGD jeweils nur aus einem auf die Organisation beschränkten Gesichtswinkel heraus betrachtet. Bevor einige weitere soziologische Theorien und Theoreme daraufhin untersucht werden sollen, ob und wie sie dazu beitragen können, den Stand und die Zukunft öffentlicher Gesundheitsvorsorge durch den öGD zu klären, sollen daher einige Gesichtspunkte skizziert werden, die den öGD in seinem sozialen Beziehungsgeflechte zeigen.

### 2.2.1 Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Politik und Wissenschaft

Aus den historischen Entwicklungslinien des öGD ist zu erkennen, daß sowohl bei der Staatsarzneikunde als auch bei der kommunalen Gesundheitsfürsorge von den jeweils tragenden politischen Kräften ein politischer Anspruch an die Medizin formuliert wurde. Dies waren einmal die absoluten – und aufgeklärten – Herrscher; man denke an die Berufung *Franks* durch Joseph II; dies waren später die Magistrate und politischen Selbstverwaltungskörperschaften der Industriestädte. Die Grundlagen dieser Gesundheitspolitik verdienen daher besonderes Interesse: Es ist hier nach den sozialen Grundlagen dieser Politik zu fragen, nach der politischen Gesamtkonzeption, nach den formulierten gesundheitspolitischen Programmzielen, nach den verborgenen gesellschaftspolitischen Zielen, nach den vorgesehenen Maßnahmen sowie schließlich nach den bereitgestellten Mitteln und dem Erfolg. Es sind insbesondere Gesichtspunkte dieser staatlichen bzw. städtischen Gesundheitspolitik herauszuarbeiten, die historische Vergleichsmöglichkeiten zur Entwicklung des öGD in der Bundesrepublik erlauben: Denn in der Bundesrepublik hat es bekanntlich einen vergleichbaren Anspruch des politischen Systems, sei es nun des Staates oder sei es intermediärer Instanzen, wie etwa der Städte, entweder nicht gegeben oder er hat nicht zu einem greifbaren Erfolg in der Form einer öffentlichen, gruppenspezifischen Gesundheitsvorsorge geführt.

Als die staatliche Gesundheitsaufsicht und die kommunale Gesundheitsfürsorge aufblühten, entwickelten sich – wie mehrfach angesprochen – gleichzeitig entsprechende wissenschaftliche Disziplinen in der Medizin – und zwar bezeichnenderweise zunächst außerhalb der Universitäten. Die führenden Ärzte – es seien hier für die Staatsarzneikunde nur *Frank* und für die Sozialhygiene *Gottstein* genannt – waren oftmals zur gleichen Zeit im theoretischen wie im praktischen Feld ihrer Disziplin tätig. Neben einer Verbindung von Theorie und Praxis sind diese Disziplinen und ihre Vorgänger dadurch gekennzeichnet, daß ihre Protagonisten, wiederum oft in Personalunion, gleichzeitig eine entsprechende theoretische und praktische Gesundheitspolitik betrieben – es seien hier wiederum *Frank* und für die Sozialhygiene *Grotjahn* und *Zadek* genannt. *Hagen* schreibt für die Kommunalärzte der Weimarer Zeit: „Ihre (sc. der kommunalen Gesundheitsämter) Leiter waren Ärzte, die Kommunalpolitiker waren. Sie haben sich als Stadträte, Beigeordnete und Bürgermeister durchgesetzt. Im Rahmen dieser Gesundheitsämter wurden nicht nur die Institutionen geschaffen, sondern auch ein Stab von Kommunalärzten herangebildet, die ihre Lebensaufgabe in der Gesundheitspolitik und in der prophylaktischen Medizin sahen“ (*Hagen* 1969, S. 55). Mit Hinblick auf die von *Doerks* und *Gill* formulierten Thesen würde dies auch erklären, warum so viele Ärzte in die kommunale Gesundheitsfürsorge gingen, obschon diese eben nicht auf die Medizin, sondern auf außermedizinische Bezugssysteme in Verwaltung und Politik orientiert waren: Diese Ärzte waren von vornherein politisch orientiert und vertraten daher eine auf die Gemeinschaft ausgerichtete Ethik.

Die von seiten der Medizin her betriebene Gesundheitspolitik war deshalb erfolgreich, weil die betreffenden Fürsten bzw. Kommunalpolitiker ihre Notwendigkeit einsahen und den Rat dieser Ärzte suchten – im Gegensatz beispielsweise zur „Medizinischen Reform“ von 1848/49, die in dem bald einsetzenden restaurativen politischen Klima ohne praktische Konsequenzen blieb. Die Staatsarzneikunde und die Sozialhygiene hatten demnach eine theoretische wissenschaftliche Komponente, eine praktische wissenschaftliche Komponente, eine gesundheitspolitische Komponente und trafen überdies auf ein günstiges politisches Umfeld.

Im historischen Teil dieser Arbeit wurde bereits darauf verwiesen, daß die Traditionen der Sozialhygiene, die in der Gründungszeit der Bundesrepublik noch bestanden, nicht aufgegriffen und weiterentwickelt wurden – ein bisher unerforschtes Problem. Erst in den 60er Jahren entwickelte sich eine neue Sozialmedizin, die allerdings im wesentlichen auf einer naturwissenschaftlichen und damit medizinimmanenten Konzeption beruht – während ja die Staatsarzneikunde wesentlich durch die Verbindung von Medizin und Politik bzw. Verwaltung, und die Sozialhygiene durch die Verbindung von Medizin und Sozialwissenschaften gekennzeichnet war. Wenn auch in der Theorie soziale Komponenten zunehmend berücksichtigt werden mußten – man verfolge nur die Entwicklung der Theorie der Risikofaktoren bei *Schaefer* –, führten die theoretischen Ergebnisse nicht zu einem entsprechenden sozialtherapeutischen Instrumentarium, sondern verlagerten Gesundheitsvorsorge in der medizinimmanenten Form von Krankheitsfrüherkennung in die individuelle ärztliche Therapie bzw. in der Form der Gesundheitserziehung in die Beseitigung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen beim Individuum: Der Erfolg beider Strategien ist heute sehr umstritten. Eine sozialmedizinische begründete Gesundheitspolitik, die über individuelle Behandlung und Belehrung hinausgeht, wurde jedenfalls von den maßgeblichen Vertretern der Sozialmedizin bisher nicht entwickelt. So gab es von der medizinischen Seite her kein Angebot an die Politik, und von der politischen Seite her – wie noch anzudeuten sein wird – keinen Anspruch an die Medizin.

### 2.2.3 Der öffentliche Gesundheitsdienst innerhalb der Medizin: Formen medizinischer Dienstleistung, Formen ärztlicher Ethik, Medizin als Markt

Weiterhin ist von seiten der medizinischen Versorgung eine ganze Reihe von Entwicklungen für den öGD bedeutsam gewesen. Hier ist zunächst das leicht quantitativ faßbare Angebot medizinischer Dienste zu beachten, also die Zahl der Ärzte, die Zahl und Verteilung der Krankenhäuser und Krankenhausbetten und die Zahl und Verteilung der Arztpraxen. Auskunft über die Ausnutzung des medizinischen Angebots geben beispielsweise die Zahlen über die Krankenhauszugänge. Ergänzend dazu ist die Art des Zugangs zum medizinischen Dienstleistungsangebot zu sehen. Der freie Zugang zu medizinischen Dienstleistungen war für die Unterschicht bekanntlich zunächst auf diejenigen begrenzt, die unter die gesetzliche Krankenversicherung (= GKV) fielen. Dies war zunächst nur ein relativ geringer Prozentsatz der Bevölkerung. Wer als Nichtversicherter ärztliche Hilfe in Anspruch nahm und das Honorar

nicht aufbringen konnte, fiel unter das Armenrecht und verlor damit seine bürgerlichen Ehrenrechte. Darüber hinaus waren die Familienangehörigen zunächst nicht in der GKV; diese Regelung traf insbesondere die Frauen, Säuglinge und kleinen Kinder. So forderte beispielsweise noch 1921 *Adolf Gottstein* die allgemeine Familienversicherung, die die städtische Armenpflege sehr entlasten und die Schulgesundheitspflege erleichtern würde (*Gottstein/Tugendreich*<sup>2</sup> 1920, S. 6–8). Heute indes sind nur noch 0,3% der Bevölkerung nicht in irgendeiner Form gegen Krankheit versichert; das Leistungsangebot der GKV wurde enorm ausgeweitet. Demzufolge besteht heute – zumindest normativ (BMAS 1981) – ungehinderter Zugang zu einem umfassenden medizinischen Dienstleistungssystem.

Des weiteren ist im Hinblick auf die öGD zu beachten, wie sich im Gleichschritt mit den therapeutischen Möglichkeiten die Art des Dienstleistungsangebots in der Medizin geändert hat. In einer Zeit relativer therapeutischer Inkompetenz bestand das Dienstleistungsangebot der Staatsarzneikunde in ihrer vornehmsten Art in der Beratung von Fürsten; praktisch wurden Aufsicht und sanitätspolizeiliche Maßnahmen auf mittlerer Verwaltungsebene durchgeführt. Man könnte dies als eine indirekte, gemeinschaftsbezogene Dienstleistung bezeichnen. Zur Zeit der kommunalen Gesundheitsfürsorge waren die therapeutischen Möglichkeiten der Medizin bereits angewachsen – beispielsweise in der Chirurgie. Die Arbeit des kommunalen Fürsorgearztes war teils politische Beratung, zu einem großen Teil aber auf bestimmte Bevölkerungsgruppen gerichtete prophylaktische Medizin. Man könnte dies als eine direkte gemeinschaftsbezogene oder gruppenspezifische Dienstleistung bezeichnen. Während die therapeutischen Möglichkeiten der Medizin nach dem 2. Weltkrieg sprunghaft zunahmen, nahm auch gleichzeitig die individuelle personenbezogene Dienstleistung zu. Dieser Prozeß vollendete gleichzeitig die Professionalisierung der Medizin (*Larson* 1977). Demgegenüber wird heute die personenbezogene medizinische Dienstleistung so hoch bewertet, daß sogar die Gesundheitsvorsorge – in einer Konsequenz der heutigen sozialmedizinischen Grundlagen – in der Form der von der GKV finanzierten Krankheitsfrüherkennung als individuelle Dienstleistung erbracht wird.

Im Anschluß hieran ist auf das ebenfalls nur in Ansätzen untersuchte Problem der medizinischen Ethik hinzuweisen. In einer Zeit zahlreicher therapeutischer Möglichkeiten und der personenbezogenen Dienstleistung wird die auf das einzelne Individuum bezogene, ansonsten jedoch „freie“ ethische Ausrichtung des Arztes sehr stark betont – und oftmals historisch, in einem historisch-fachwissenschaftlich fragwürdigen Rückgriff auf den hippokratischen Eid (*Baader* 1977/78), als die einzige Form ärztlicher Ethik dargestellt (*Schipperges* 1973). Die oben vorgetragenen soziologischen Modelle scheinen diese Annahme zu bestätigen – und weisen nicht zuletzt dadurch gleichfalls ihre Abhängigkeit von einer bestimmten gesellschaftlichen Orientierung aus. In der Geschichte der ärztlichen Ethik hat es hingegen Perioden gegeben, in der es eine auf die Gemeinschaft orientierte Ausrichtung der Ärzte gab (*Fischer-Homberger* 1973, 1980, *Brand* 1977, *Seidler* 1980). Diese Ethik hat zwangsläufig ein Handlungsinstru-

mentarium zur Folge, das über den engeren Bereich der therapeutischen Medizin hinausging – es sei hier auf die Beispiele der Staatsarzneykunde und der kommunalen Gesundheitsfürsorge verwiesen. Diese Beispiele kollektiv orientierter ärztlicher Ethik erfordern eine neue Diskussion des Theorems der Professionalisierung, das ja eine medizinimmanente funktionale Autonomie der Medizin voraussetzt. Es sei darauf aufmerksam gemacht, daß heute zur gleichen Zeit, in der diskutiert wird, ob die chronisch-degenerativen Zivilisationskrankheiten nicht besser durch gemeinschaftliche und individuelle Gesundheitsvorsorge als durch individuell-kurative medizinische Dienstleistungen bekämpft werden können, auch wieder die Hinwendung zu einer mehr gemeinschaftlichen Ausrichtung der Medizin gesehen wird (Sokolowska 1976).

Bezüglich der Einflußfaktoren der Medizin auf den öGD ist schließlich darauf zu verweisen, daß die Entwicklung in der medizinischen Therapie und in der Art der medizinischen Dienstleistung schließlich zu einem eigenen Markt geführt haben. Während der Arzneimittelmarkt schon länger in der Kritik steht, so daß hierzu nichts mehr zu sagen ist, ist der Einfluß der medizinischen Geräte und der entsprechenden Industrie auf die Medizin bisher noch kaum untersucht (Kirchberger 1982). Ein dritter Faktor aus diesem Themenkomplex ist m.W. bisher nur an einer einzigen Stelle angesprochen worden: Dadurch, daß Medizin in unserer Gesellschaft als individuelle Dienstleistung dargeboten wird, hat sie bis zu der Zeit, als Mitte der 70er Jahre finanzielle Restriktionen einsetzten, eine erhebliche Rolle als Reservoir von Arbeitsplätzen gespielt – und zwar in vielfältigen Berufssparten (Eberle/Geissler 1978). Gleichzeitig bestand eine nahezu ungehinderte Profileration sekundärer und tertiärer medizinischer Dienste – also bei den niedergelassenen Fachärzten, im Krankenhauswesen und bei Spezialkliniken. Damit ist die Medizin heute zu einem Markt von Gütern und Dienstleistungen geworden, der einen erheblichen Anteil des Bruttoinlandprodukts schafft. Es ist eine wohl begründete Annahme, daß eine auf gemeinschaftliche Gesundheitsvorsorge – etwa auf der Ebene des öGD – ausgerichtete Medizin weder für die Pharma- noch für die Geräteindustrie einen entsprechenden Markt geboten hätte; bei den nur wenig personalintensiven gemeinschaftsbezogenen Dienstleistungen im öGD wäre überdies auch nicht so viel Personal erforderlich gewesen. Es wäre mithin zu untersuchen, ob und wie Interessen von Industrie und Dienstleistungsberufen die Orientierung der Medizin von der vorsorgenden Medizin zur therapeutischen Medizin beeinflusst haben.

### 2.2.3 Der öffentliche Gesundheitsdienst und seine Nutznießer: Überalterung der Bevölkerung und Wandel des Krankheitspanoramas

Nach dem vielfältigen Wandel in der staatlichen und städtischen Gesundheitspolitik, in der Sozialmedizin, in der Wissenschaft und Praxis der Medizin und in der Sozialgeschichte der Sozialversicherung ist abschließend auf mögliche Änderungen auf der Seite der Nutznießer der medizinischen Versorgung hinzuweisen. Hier sind im Hinblick auf den öGD zwei Entwicklungen offensichtlich: Die Überalterung der Bevölkerung bei sinkender Geburtenrate einer-

seits, sowie der Wandel des Krankheitspanoramas von den akuten und chronischen Infektionskrankheiten zu den chronisch-degenerativen Krankheiten andererseits. Der öGD war in der kommunalen Gesundheitsfürsorge und noch im GVG auf eine gesundheitliche Lage konzipiert, die im wesentlichen durch Infektionskrankheiten beherrscht wurde, gegen die nur individuelle und allgemeine Gesundheitsvorsorge betrieben werden konnte, sowie auf eine prophylaktische Betreuung von Schwangeren, Müttern, Säuglingen und Kindern bei einer relativ hohen Geburtenrate und einer dementsprechend jungen Bevölkerung. Offenkundig ist ferner auch, daß sich das allgemeine Versorgungsniveau sowie die allgemeine Lebens- und Arbeitssituation völlig geändert haben. Auch in der öffentlichen und privaten Hygiene sind erhebliche Änderungen eingetreten. Unbekannt und schwierig zu untersuchen dürften Änderungen des individuellen Gesundheitsverhaltens und der Motivation zu einer gesunden Lebensweise sein. Hieran schließt sich die Frage der Selbsthilfe an: Ein entsprechendes Potential war zu Zeiten einer unmittelbaren gesundheitlichen Bedrohung und mangelnder medizinischer Versorgung offenbar erheblich größer als heute. Die kommunale Gesundheitsfürsorge hat sich vielerorts aus Vereinen und Stiftungen entwickelt und war auch späterhin auf die Zusammenarbeit mit freien Vereinigungen angewiesen. Die Entwicklung des medizinischen Dienstleistungssystems wäre damit offensichtlich mit einer Vernichtung von Selbsthilfe einhergegangen, die heute von vielen Menschen als Abhängigkeit erlebt wird.

### 2.3 Mögliche Ansätze zu einer historisch-soziologischen Erforschung öffentlicher Gesundheitsvorsorge am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes

#### 2.3.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst, medizinische Ethik im Gesundheitswesen und Neokorporatismus

Die von Doerks in Anlehnung an Gehlin und von Gill in Anlehnung an Freidson vorgetragenen Überlegungen stehen über die Frage der ethischen Orientierung des Arztes in Verbindung: Beide zielen in ihrer Konsequenz darauf, daß Ärzte nur auf die Medizin im engeren Sinn orientiert sind. Diese Haltung würde man heute tatsächlich als üblich ansehen. Wie historische Beispiele zeigten, war dies jedoch nicht immer so: Es besteht mithin die Möglichkeit, die auf die Allgemeinheit ausgerichtete Ethik der Staatsärzte und der Kommunalärzte mit der heuristischen Hilfe dieser Theorien zu untersuchen; weiterhin besteht die Möglichkeit, diese beiden Theorien mit Hilfe historischen Materials daraufhin zu untersuchen, ob und wie weit sie gültig sind. Relevant im Sinne der übergeordneten gesundheitspolitischen Fragestellung ist diese Diskussion für die Frage, unter welchen Bedingungen Ärztegenerationen herangewachsen und tätig geworden sind, die eher auf die Allgemeinheit als auf das Individuum orientiert waren. Mit denselben heuristischen Hilfen ist die sofort nach Ende des 2. Weltkrieges einsetzende scharfe Auseinandersetzung zwischen den Ärzten des öGD und den niedergelassenen Ärzten zu untersuchen. Der Konflikt einer „Staatsmedizin“ versus einer „freien Medizin“ ist dabei aufs engste mit der allgemeinen politischen Ausrichtung des Ge-

sellschaftssysteme verknüpft. Dies ist bereits bei einem nur oberflächlichen Vergleich mit der DDR evident. Die Einflüsse des politisch-administrativen Systems auf das Gesundheitswesens, und zwar stets im Sinne der „freien Medizin“ – wie z.B. im GKAR, im Urteil des BVG betr. Niederlassungsfreiheit, in der ständig wachsenden Aufgabenzuweisung auf die ambulante Versorgung etc. zu erkennen – sind ebenfalls evident. In diesem Zusammenhang ist nicht nur auf die Bedingungen ärztlicher Standespolitik in der Bundesrepublik Deutschland hinzuweisen, für die erste Untersuchungen vorliegen (*Naschold 1967, Rauskolb 1976*); vielmehr ist auch an die zahlreichen anderen Verbände im Gesundheitswesen zu erinnern. Dabei ist es in der Entwicklung der Bundesrepublik zu einer sehr ungleichen Machtverteilung zwischen den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Gruppen und Verbänden gekommen, während gleichzeitig der Staat seiner Steuerungsfunktion in dieser neuen Verbandsdemokratie nicht durch einen Ausgleich ungleicher Machtverhältnisse gerecht wird (zum Neokorporatismus im Gesundheitswesen *Wiesenthal 1981*). Wie bereits erwähnt, wurde der Korporatismus im Gesundheitswesen durch das KVKG 1977 festgeschrieben (§ 405 a RVO), ohne daß Interessen öffentlicher Gesundheitsvorsorge in irgendeiner der beteiligten Gruppen benennbar sind.

### 2.3.2 Medizin und technokratische Symptombekämpfung

Oben wurde angedeutet, daß die Professionalisierung der Medizin eng mit der Entwicklung der medizinischen Therapie und der Art, wie die medizinische Dienstleistung erbracht wird, verknüpft ist. Um zu untersuchen, wie sich das medizinische Dienstleistungsangebot nach dem 2. Weltkrieg als Markt entwickelte, bietet sich ein weiteres Theorem an: das Theorem der technokratischen Symptombekämpfung der von der Industriegesellschaft selbst erzeugten Schäden. Dieses Theorem besagt, daß in Industriegesellschaften die Schäden, die durch die besondere Produktions- und Lebensweise hervorgebracht werden, nicht ursächlich behoben, sondern mit begrenzten Maßnahmen nur symptomatisch zurückgedrängt werden; diese begrenzten Maßnahmen werden ihrerseits ein neuer Bestandteil der industriellen Produktion und des Marktes. *Jänicke* führt als Beispiel u.a. die Umweltindustrie an (*Jänicke 1979*): Umweltschädigende Industrien werden nicht in der Produktionsweise umgestellt – obschon dies vielfach möglich wäre –, vielmehr werden z.B. Emissionen durch technische Hilfsmittel kurzfristig gesenkt, um später allerdings wegen der allgemeinen Ausweitung der industriellen Produktion erneut anzusteigen. Die technischen Mittel der Schadensbekämpfung bringen eine neue Industrie mit einem neuen Markt hervor und erhöhen so zwar den gesamtwirtschaftlichen Umlauf, beseitigen aber zum einen nicht das Problem und sind zum anderen selbst Bestandteil des umweltschädigenden Produktionssystems. Vergleichbares vermutete *Jänicke* im Gesundheitswesen: Während die Bemühung in der Gesundheitsvorsorge, die die Ursachen von Krankheiten beseitigt, denkbar gering sind, ist in der kurativen Medizin, die erst die Endstrecke vieler Krankheiten erfaßt, ein riesiger Markt von Pharmaprodukten, medizinischen Geräten und Dienstleistungen entstanden. Aus der Sicht der technokratischen Symptombekämpfung erscheint der Niedergang öffentlicher Gesundheitsvorsorge und des öGD als nicht marktkon-

formes System einerseits und die – bis vor kurzem – ungehemmte Proliferation von Diensten im kurativen medizinischen Bereich als dem Markt anpassungsfähige Systeme andererseits nahezu zwangsläufig. Als ein Weg, diese Fragestellung zu diskutieren, scheint es angezeigt, folgende Indikatoren in ihrer Entwicklung darzustellen: Die Zahl der Ärzte und ihre Verteilung auf die verschiedenen Subsysteme der Medizin: öGD, Arbeitsmedizin, Praxis und Krankenhaus; die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten sowie der Krankenzugänge; die Wertschöpfung in der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie; die Ausgaben und Ausgabenverteilung im Gesundheitswesen – alles Zahlen, die durch das Statistische Bundesamt erfaßt werden. Die historische Fragestellung medizinischer Ethik und die soziologischen Fragestellungen nach der Medizin als Institution und Profession würden mithin eine – sozusagen harte – Grundlage aus volkswirtschaftlicher Sicht erhalten.

### 2.3.3 Der öffentliche Gesundheitsdienst aus der Sicht der Zivilisationstheorie

Auf die Außenwirkung öffentlicher Gesundheitsvorsorge am Beispiel der Interaktion von öGD und den betreuten Bevölkerungsgruppen zielt zunächst eine Fragestellung aus der Sicht von *Norbert Elias'* Theorien über den Prozeß der Zivilisation ab. Es wird landläufig angenommen, daß die persönliche Hygiene durch Aufklärung und Erziehung verbreitet wurde. Die Sozialhygiene war über die Kommunalärzte und Gesundheitsfürsorgerinnen erheblich an diesen Bemühungen beteiligt, es sei nur an das Deutsche Hygienemuseum in Dresden – mit seinen Wanderausstellungen –, an die Reichsgesundheitswoche oder an die Gesolei in Düsseldorf erinnert. Einer der wesentlichen Bestandteile der *Eliasschen* Zivilisationstheorie ist, daß sich die Verhaltensstandards höfischer Umgangsformen in einer Art von Nachahmung auf die Bevölkerung ausgedehnt haben; dieser Prozeß verlief nicht rational, sondern ungeplant. Für den Bereich der persönlichen Hygiene liegt bereits eine Arbeit von *Goudsblom* vor (*Goudsblom 1979*). Nach *Goudsblom* dienten rationale hygienische Erklärungsmuster lediglich dazu, unerwünschte Verhaltensmuster zu tabuisieren. Zwischen dem Zivilisationsprozeß und der Angst vor Ansteckung besteht folglich ein wechselseitiger Zusammenhang: Der Kampf gegen ansteckende Krankheiten hat einerseits zur Bildung zivilisierter Lebensgewohnheiten beigetragen wie andererseits zivilisierte Lebensgewohnheiten dazu beigetragen haben, ansteckende Krankheiten zu bekämpfen. Aus dieser These lassen sich einige Vermutungen ableiten: Die kommunale Gesundheitsfürsorge hat rational eine bessere gesundheitliche Versorgung der Unterschicht angestrebt und dabei – gleichsam im Nebeneffekt – bürgerliche Verhaltensweisen auf die Unterschichtbevölkerung übertragen, die kommunale Gesundheitsfürsorge wäre damit im Gegensatz zur rein restriktiven und von außen kontrollierenden staatlichen Gesundheitspflege mithin zugleich ein Instrument des sozialen Lernens und – in der Konsequenz – der sozialen Kontrolle gewesen – einer sozialen Kontrolle allerdings, in der sich der frühere Fremdzwang der Sanitätsaufsicht in den Eigenzwang einer hygienischen Lebensweise geändert hat. Es liegen bereits Vermutungen in der Richtung vor, daß die Medizin an sich und insbesondere die Arbeiterärzte in Form des „hidden curriculum“

bürgerliche Verhaltensweisen auf Unterschichten übertragen haben und damit zur sozialen Integration und Kontrolle der Arbeiterschaft beigetragen haben (v. Ferber 1975, Labisch 1977, Spree 1981). Unklar ist bisher allerdings, wie dieser Prozeß vonstatten ging und welche Konsequenzen er auf die Medizin hatte: Vermutungen, daß die Schulgesundheitspflege, die Mütterberatung und die persönliche gesundheitliche Aufklärung, beispielhaft verkörpert in der Person der aus dem Kleinbürgertum stammenden Gesundheitsfürsorgerin, hier maßgeblichen Einfluß hatten, liegen ebenso auf der Hand wie die Annahme, daß – nachdem die Enkulturation der Unterschichten gelungen ist bzw., um mit Elias zu sprechen, der Fremdzwang durch Eigenzwang ersetzt wurde – vergleichbare Aufgaben sozialer Kontrolle heute in subtiler Form, etwa über den Begriff des „gesundheitsgerechten Verhaltens“ und der „Krankheitsfrüherkennung“, in der ärztlichen Praxis auf individueller Ebene fortgeführt werden. Es wäre mithin erforderlich, das Handlungsinstrumentarium der kommunalen Gesundheitsfürsorge und seine offene kommunalpolitische wie seine verdeckte gesamtpolitische Dimension unter diesen heuristischen Aspekten zu untersuchen. Im Sinne des historischen Vergleichs folgen hieraus unmittelbar die Fragen, ob mit der heutigen rationalen Gesundheitsaufklärung und Krankheitsfrüherkennung überhaupt die formulierten Ziele erreicht werden können bzw. welcher Zweck und welche Funktion sich möglicherweise hinter diesen formulierten Zielen verbergen.

### 2.3.4 Der öffentliche Gesundheitsdienst aus der Sicht der Organisationssoziologie

In der soeben vorgetragenen Problemstellung ist die Frage nach einer öffentlichen, allgemein angenommenen und einer verdeckten Wirkung einer Organisation enthalten; es sei daher abschließend auf einige Fragestellungen hingewiesen, die sich aus der Organisationssoziologie ableiten lassen. Hierzu jedoch einige Vorbemerkungen: Zunächst einmal ist bemerkenswert, daß sich aus dem mittlerweile unüberschaubaren Gebiet der Organisationssoziologie keinerlei Arbeiten entwickelt haben, die etwa die vieldiskutierte Frage des Verhältnisses von Profession und formaler Herrschaft in Organisationen am Beispiel des öGD diskutieren, obwohl diese Spannung hier gut greifbar ist. In diesem Zusammenhang sei weiterhin auf einen besonderen Aspekt hingewiesen, den der öGD aus der Sicht der Bürokratietheorie Max Webers ergibt: Wenn Bürokratie eine Form effizienter Ausübung legaler Herrschaft ist, dann ist weder staatliche Gesundheitsaufsicht noch wahrscheinlich kommunale Gesundheitsfürsorge noch selbst der öGD nach dem GVG jemals Bürokratie im strengen Sinne gewesen: Alle diese Formen standen immer außerhalb der eigentlichen Verwaltungshierarchie, konnten nie unmittelbar Herrschaft ausüben, sondern mußten sich dazu immer anderer Behörden bedienen, wurden vielmehr häufig von anderen Behörden benutzt und nahmen folglich nur eine zugeordnete Funktion im bürokratischen Herrschaftsapparat als gleichsam jederzeit verfügbare Sachkunde ein – dies wird besonders deutlich an der Position des preußischen Kreisphysikus, der kein Beamter mit eigener Dienstlaufbahn, Besoldung etc. war, sondern gegen ein – zumindest im Anfang – nicht pensionsfähiges und nicht zum Lebensunterhalt ausreichendes Gehalt der Verwaltung ausschließlich für medizinische Dienste zu- und untergeordnet war.

Unter der in der vorliegenden Arbeit angesprochenen Gesamtproblematik sind aber weniger die Fragen interessant, die sich mit der Struktur einer Organisation oder dem Verhältnis von Mitgliedern und Organisation befassen. Relevant erscheinen vielmehr die Fragen, die die Ziele einer Organisation und insbesondere die Außenbeziehungen einer Organisation, also die Beziehung von Organisation und Gesellschaft, aufgreifen.

Die bereits oben angedeutete Unterscheidung von bürokratischer und funktionaler Organisation sowie von Ziel, Zweck und Funktion einer Organisation (Mayntz 1963, 1968) scheint insbesondere dazu geeignet, die Gegensätze von staatlicher Gesundheitsaufsicht, kommunaler Gesundheitsfürsorge und dem heutigen öGD herauszuarbeiten. Für diese Fragestellung können weitere organisationssoziologische Kategorien, wie die Publikumsorientierung einer Organisation sowie die Konsistenz von Zielen, der Konflikt zwischen verschiedenen Zielen und schließlich der Wandel von Zielen eingesetzt werden (Mayntz 1973, Büschges/Lütke-Bornefeld 1977). Über die Frage der Formalisierbarkeit von Zielen und die Relation von Zielen und eingesetzten Mitteln ist schließlich der Unterschied von deklarierten Zielen zu wirklichen Zielen herauszuarbeiten (Etzioni<sup>4</sup> 1973). Um den heuristischen Wert dieser organisationssoziologischen Überlegungen deutlich zu machen, wenn man nach der gesellschaftlichen Funktion und Wirkungsweise öffentlicher Gesundheitsvorsorge in ihrer historischen Dimension fragt, folgende Fragestellung: Aus den historischen Entwicklungslinien ließ sich die Vermutung ableiten, daß im GVG unvereinbare Ziele in einer Organisation zusammengefaßt, überdies die Organisationsziele unklar definiert und darüber hinaus schließlich weder genügend Mittel noch genügend Personal zu ihrer Verwirklichung bereitgestellt wurden. Ferner ist aus organisationssoziologischen Untersuchungen bekannt, daß formalisierbare Leistungen in Organisationen bevorzugt durchgeführt und wegen ihrer leichten Zählbarkeit als Leistungsnachweis vorgezeigt werden, gemäß der Konstruktion des GVG würde dies die formalisierbaren Aufgaben der GÄ in Gesundheitsaufsicht und Gesundheitsschutz in den Vordergrund des Leistungsspektrums führen – und zwar zu Lasten der weniger formalisierbaren Aufgaben in der Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge. Dies würde bedeuten, daß die GÄ schon sehr früh ihren Aufgaben im Leistungssektor nicht mehr gerecht wurden. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage nach dem – gesellschaftlich gesetzten – Zweck und der Funktion des GVG im nationalsozialistischen Deutschland und des öGD im heutigen System der medizinischen Versorgung. Die Frage nach dem Zweck und der Funktion einer Organisation weist schließlich auf den Problembereich von Organisation und Gesellschaft hin. Denn eine Organisation muß in ihrem Aufbau und ihren Zielen den an sie von außen gestellten Anforderungen entsprechen; die Suche nach allgemeingültigen Organisationskriterien – beispielsweise auch bezogen auf öffentliche Gesundheitsvorsorge – ist damit von vornherein verfehlt, weil sie eine Organisation auf interne Beziehungen isoliert und damit ihre Umwelt vernachlässigt. Unter den verschiedenen Konzeptualisierungen der Beziehungen von Organisation und Gesellschaft scheint für die vorliegende Problemstellung insbesondere

die Interorganisationstheorie (Pfeiffer 1976) relevant, die von der Prämisse ausgeht, daß die für eine Organisation wichtige Umwelt ihrerseits wieder aus Organisationen besteht: Gerade dieser Aspekt ist in den bisherigen Überlegungen schon häufig angeklungen.

Die Abschnitte zum sozialen Beziehungsgefüge des öGD und zur Soziologie des öGD haben zumindest in Ansätzen gezeigt, in welchem vielfältigen sozialen Geflecht der öGD im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft der Bundesrepublik steht und aus welchen unterschiedlichen Blickrichtungen heraus er betrachtet werden kann. Wenn es so grundsätzlich nötig ist, verschiedene Einzelthemen, Fragestellungen und Methoden abzugrenzen, muß die übergeordnete Problemstellung der Gesundheitsvorsorge allgemein und der Möglichkeit der öffentlichen Gesundheitsvorsorge durch Staat und intermediäre Instanzen im besonderen Kriterium für weitere Überlegungen sein. Aus dieser Sicht wird der Blick in erster Linie auf die kommunale Gesundheitsfürsorge von der Jahrhundertwende bis 1933 gelenkt: Diese Art von Gesundheitsvorsorge durch intermediäre Instanzen, seien es nun die Städte gewesen oder Städte in Verbindung mit freien Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften etc, scheint besonders erfolgreich gewesen zu sein. Die Frage nach der Organisation, dem Handlungsinstrumentarium und dem sozialen und politischen Umfeld der kommunalen Gesundheitsfürsorge ist daher sowohl im Hinblick auf den heutigen öGD als auch die Möglichkeit der Weiterentwicklung bzw. Neuentwicklung einer öffentlichen Gesundheitsvorsorge bedeutsam.

### Schlußwort

Der vorliegende Beitrag wird für jeden Historiker – insbesondere für die wenigen Medizinhistoriker, die sich mit dem öGD befassen – ein Greuel sein: Zu sehr wurde der Blick auf historisch-empirische Forschungsdefizite vernachlässigt, zu sehr wurden gesetzte Begriffe gegen den Wandel der Zeit beibehalten. Die fremden soziologischen Ausdrücke, die teils nicht einmal erklärt wurden, tun ein Übriges.

Dem Soziologen seinerseits dürfte insbesondere der Elektizismus bei den diskutierten und vorgeschlagenen soziologischen Theorien und Modellen ins Auge stechen: Nicht einmal der Versuch, hinter dem notfalls noch zugestandenen Elektizismus doch wenigstens eine gesellschaftliche Metatheorie anzudeuten, wurde gemacht. Und schließlich wurden selbst die aufgeführten Modelle und Theorien nur oberflächlich angesprochen.

Wenn man daher als Autor schon bereit ist, sich zwischen die Stühle zu setzen, sei zum Abschluß noch einmal gestattet, auf das übergreifende Ziel dieses Aufsatzes hinzuweisen. Ausgangspunkt ist das aktuelle sozialmedizinische Problem der Vorsorge der vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankung; dieses sozialmedizinische Problem erhält seine gesundheitspolitische Wendung in diesem Beitrag dadurch, daß implizit und ohne theoretische Begründung auf einen historisch wahrscheinlich erfolgreichen organisatorischen Träger von Gesundheitsvorsorge, nämlich im öGD und seine Vorläufer, hingewiesen wird. In den beiden Kapiteln der Arbeit werden die Entwicklungslinien,

die zum heutigen Stand des öGD führen, und die sozialen Einflußfaktoren auf das medizinische Subsystem öGD holzschnittartig aufgerissen. Damit liegen mit diesem Aufsatz weder definitive historisch-empirische noch medizinsoziologische Forschungsergebnisse vor, nicht einmal die vielerorts greifbaren gesundheitspolitischen Implikationen für die zukünftige Organisation der Gesundheitsvorsorge mit besonderem Blick auf den öGD wurden gezogen. Bei dieser Vorläufigkeit der Ergebnisse kann es schließlich nur darum gehen, einen ersten Weg durch den verwickelten Problembereich der Gesundheitsvorsorge und ihrer möglichen organisatorischen Träger, hier also den öGD, zu legen, Forschungsdefizite und mögliche Forschungsansätze aufzuweisen und damit schließlich zu einer breitgefächerten sozialmedizinischen, medizinsoziologischen, medizinhistorischen und gesundheitspolitischen Diskussion dieser aktuellen gesundheitspolitischen Frage aufzurufen.

### Literatur

Wegen der außerordentlichen Überlänge des Beitrags wurden die Literaturangaben im Text erheblich eingeschränkt und nur verkürzt angegeben. Des weiteren werden im Literaturverzeichnis nur die Arbeiten aufgeführt, die im Text ausführlich wiedergegeben bzw. diskutiert werden. Das ausführliche Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Back, K.W., R.F. Coker, T.G. Donnelly: Public Health as a Career of Medicine: Secondary Choice within a Profession, *American Sociolog. Review* 23 (1958) 533–541

Doerks, G.: Vom Spannungsfeld der Ärzteschaft. Ein soziologischer Beitrag zum Verhältnis zwischen den praktizierenden Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. *Ärztl. Mitteilungen* 42 (1957) 710–713

Dietrich, E.: Die Organisation der Gesundheitspflege. In: *Gottstein, A. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, Bd. 1, Berlin (1925) 401–438

Gill, D.G.: The Reorganisation of the National Health Service: Some Sociological Aspects with Special Reference to the Role of the Community Physician. In: *Stacey, M. (ed.): The Sociology of the National Health Service*, Keele (1976) 9–22

Goudsblom, J.: Zivilisation, Ansteckungsangst und Hygiene. Betrachtungen über einen Aspekt des europäischen Zivilisationsprozesses. In: *Gleichmann, P. u.a. (Hrsg.): Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie*, Frankfurt (1979) 215–253

Jänicke, M.: Wie das Industriesystem von seinen Mißständen profitiert. Kosten und Nutzen technokratischer Symptombekämpfung: Umweltschutz, Gesundheitswesen, innere Sicherheit, Opladen 1979

Hagen, W.: Auftrag und Wirklichkeit.. Sozialarzt im 20. Jahrhundert. München 1978

Hagen, W.: 60 Jahre Gesundheitsfürsorge. Ausgewählte Aufsätze von Prof. Dr. Wilhelm Hagen, herausgegeben zu seinem 85. Geburtstag (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf). Düsseldorf 1978

Pistor, M.: Geschichte der preussischen Medizinalverwaltung. In: *Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege* 40 (1908) 225–250 und 550–554

Redeker, F.: „Magister in Physica“. Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wohin geht der Weg?. *Öff. Gesundh.-dienst* 11 (1949) 146–157 und 185–195

Stürzbecher, M.: Die medizinische Versorgung und die Entstehung der Gesundheitsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhundert in Deutschland. In: *Mann, G., R. Winau (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich (= Studien zur Medizingeschichte im Neunzehnten Jahrhundert, Bd. 8)*. Göttingen (1977) 239–258

Trüb, C.L.P.: Grundlagen und Zielsetzung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. *Öff. Gesundh.-dienst* 26 (1964) 321–349