

Alfons Labisch

**Gesundheitssicherung
in der Gemeinde –
Tradition, Stand, Aufgaben
für die Zukunft**

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Werner Müller
zum 70. Geburtstag
gewidmet

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	3
2. Systematische Grundlagenprobleme der Gesundheitssicherung	5
3. Aktuelle Probleme der Gesundheitssicherung unter dem besonderen Aspekt gemeinschaftlicher/gemeindlicher Gesundheitssicherung	9
4. Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege und die Gesundheitssicherung in der Gemeinde	13
5. Zusammenfassung	16
Literaturverzeichnis	18

1. Einleitung

„Gesundheitssicherung in der Gemeinde - Tradition, Stand, Aufgaben für die Zukunft“ - an einigen Zitaten seien die Dimensionen dieses Themas angedeutet. „Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt“ war der Titel einer Programmschrift, in der Max von PETTENKOFER 1873 seine „Wirtschaftslehre der Gesundheit“ entwickelte (PETTENKOFER 1873). In eben diesem Jahr - 1873 - wurde nicht zuletzt auf Einfluß PETTENKOFERS der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ gegründet. Dieser Verein führte Ärzte, Techniker, Verwaltungsbeamte und Bürgermeister zusammen: so wurde ein Podium geschaffen, auf dem Theoretiker und Praktiker verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen zusammen mit Beamten und Politikern der Städte die öffentliche Gesundheit betreffende Fragen gemeinsam erörtern und gemeinsam Lösungen vorbereiten konnten. „Die Sorge für die öffentliche Gesundheit liegt in erster Linie den Gemeinden und den analogen politischen Verbänden (Kreisen etc.) ob, in der öffentlichen Gesundheitspflege sind wesentliche Fortschritte nur auf dem Weg der Selbstverwaltung zu erwarten“ (GEIGEL 1975): mit diesem Satz trat der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1873 an die Öffentlichkeit. An die Stelle der staatlichen Medizinal- und Sanitätspolizei trat in der ersten Phase der Industrialisierung Deutschlands die öffentliche Gesundheitspflege in den Städten.

1927 schrieb Otto SCHWEERS, Leiter der sozialhygienischen Abteilung im städtischen Hauptgesundheitsamt Berlin: „Es wird ein unvergängliches Ruhmesblatt der Deutschen Selbstverwaltung bleiben, daß sie zu allererst die Bedeutung der Gesundheitsfürsorge erkannte und freiwillig ohne obrigkeitliche Einwirkung (...) den weitaus größten Teil der gegenwärtig vorhandenen praktischen Gesundheitsfürsorge aufgebaut hat. Es waren die deutschen Städte und sonstige weitschauende Kommunalverbände, die zuerst Fachleute in leitende Stellen beriefen und durch Mit- oder ohne Unterstützung durch die Sozialversicherung lückenlos ineinandergreifende, alle gefährdeten Bevölkerungsschichten planmäßig erfassende Systeme der Gesundheitsfürsorge schufen (SCHWEERS 1927).“ An die Stelle der umweltbezogenen kommunalen Gesundheitspflege in der ersten Phase der Industrialisierung war damit in der zweiten Phase der Industrialisierung die personen- und gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge der Industriestädte getreten. 1928 wurde die „Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf dem Gebiete des Gesundheitswesens“ gegründet. Ihr Grundsatz war „Die Führung der Gesundheitsfürsorge liegt und muß bei den Gemeinden liegen“ (MEMELSDORFF 1930). Wieder war ein Podium geschaffen, um die öffentliche Gesundheit betreffende Fragen in direktem Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis zu klären, wieder bezog eine historisch bedeutsame Phase der Gesundheitssicherung ihre Legitimation aus dem Selbstverständnis kommunaler Eigenständigkeit.

Die heutige Situation möchte ich mit folgenden Zitaten kennzeichnen. Dr. Siegfried HEYDEN, ein US-amerikanischer Arzt, sagte 1982 auf einem Symposium zur „Organisationsstruktur ärztlicher Tätigkeit in der Prävention“ (vgl. hierzu und zum Folgenden NÜSSEL/LAMM 1983) in Heidelberg: „Die Wiege der kommunalen Prävention liegt in den USA, in der kleinen Stadt Framingham in der Nähe von Boston, Massachusetts“. Auf

derselben Tagung sagte Heinz BETTINGER, Bürgermeister von Wiesloch: „Ich bin überrascht, hier sprechen zu sollen, und will mich kurz fassen“. Der Bürgermeister bekannte sich zwar zur kommunalen Daseinsvorsorge, sah die Aufgabe der Gemeinde in der Prävention aber lediglich darin, den Ärzten den Verwaltungsapparat und das politische Engagement der Verantwortlichen zur Verfügung zu stellen. Das Wissen um die alte Tradition der kommunalen Gesundheitspflege und -fürsorge, die Erfahrung permanenter Zusammenarbeit von Bürgermeistern, Verwaltungsbeamten und Ärzten, und das Verständnis der Kommune als einem genuinen Ort der Gesundheitssicherung ist in Deutschland offenbar verlorengegangen.

Gleichwohl fielen diese Äußerungen auf einer Veranstaltung, die im Rahmen des europäischen Programms zur „Prävention auf Gemeindeebene“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stattfand. Namen wie Eberbach/Wiesloch, Cochem, Mettmann, Emmendingen und Mannheim sollen für neue und aktuelle Beispiele präventiver Gemeindestudien – wohlgermerkt also im wesentlichen Forschungsaktivitäten – genannt sein (vgl. neben NÜSSEL/LAMM 1983; TROJAN/WALLER 1980; v. TROSCHKE 1983; VUORI 1983; IGES 1984). Offenbar wird die Gemeinde als Ort der Gesundheitssicherung neuerdings wieder entdeckt. Und so können wir denn auch in den seit Anfang der 70er Jahre entwickelten gesundheitspolitischen Programmen und Modellen der WHO verfolgen, daß den Eigenaktivitäten der Bürger – Individuen, Familien, Gemeinschaften und Gemeinden – ein immer höherer Stellenwert in der Gesundheitssicherung zugemessen wird. Im jüngsten, im September 1984 verabschiedeten Arbeitsprogramm des Regionalbüros Europa der WHO lesen wir über „community participation“: „Die Entscheidung, wie die Menschen ihr Leben führen wollen, ist letztlich maßgebend für ihre Gesundheit (...). Wenn wir auf die Totalität der Gesundheitssicherung schauen, sind in den meisten Ländern die Menschen selbst diejenigen, die den größten Anteil an der Gesundheitssicherung haben, und auch diejenigen, die letztlich entscheiden, ob sie das offizielle medizinische Versorgungssystem beanspruchen oder nicht (...). In diesem Sinne ist es entscheidend für den Erfolg der Strategie ‚Gesundheit für alle im Jahre 2000‘ (vgl. auch XVII. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege 1981), die Gesundheitsbewegung durch die Beteiligung der Gemeinschaft/Gemeinde zu verstetigen. Eine gut informierte, motivierte und aktiv teilhabende Gemeinschaft/Gemeinde ist so das Schlüsselement in der Gesundheitspolitik“. (WHO/EUR, ICP/EXM 001/mo 1/5 vom 6. April 1984 a, S. 4).

Damit ist der Problembereich „Gesundheitssicherung in der Gemeinde – Tradition, Stand, Aufgaben für die Zukunft“ umrissen. Es gibt insbesondere in Deutschland eine große Tradition gemeinschaftlicher und gemeindlicher Aktivitäten der Gesundheitssicherung: Bürger aus Politik und Verwaltung, Fachleute unterschiedlicher wissenschaftlicher Provenienz, darunter an herausragender Stelle diejenigen Ärzte, die sich mit Hygiene, der Wissenschaft von der Sicherung der Gesundheit also, befaßten, und die Bürger der Stadt insgesamt arbeiten zusammen, um Gesundheitsgefahren gemeinschaftlich zu beseitigen und die Gesundheit gemeinschaftlich zu sichern. Diese Tradition haben wir in einem Maße verloren, daß wir uns ihrer nicht einmal mehr erinnern. Gleichzeitig sehen wir, daß, sozusagen genuin, aus den heutigen Problemen der Gesundheitssicherung heraus, gemein-

schaftliche Aktionen neu entstehen: Heute nennen wir dies Selbsthilfe, Laienpotentiale – auch die Rolle der Familie in der Gesundheitssicherung wird wiederentdeckt; neuerdings wird in Forschungsprojekten versucht, die verbleibenden gesundheitsbezogenen Aktivitäten in der kommunalen Politik zu erfassen. Ebenso sehen wir, daß sozusagen von oben her, aus bewußten Überlegungen und Planungen der Prävention heraus, die Gemeinde als Ort der Gesundheitssicherung wiederentdeckt wird.

In diesem zwiespältigen Prozeß – in dem klassische Felder der Gesundheitssicherung gewissermaßen tastend neuentdeckt werden – blieb die Frage, was eigentlich den Stellenwert und die Besonderheit der Gemeinde in der Gesundheitssicherung ausmacht, bislang unbeantwortet. Ich möchte im folgenden Teilergebnisse von Forschungsvorhaben vortragen, die sich mit eben diesen Fragen und den weiter oben angedeuteten Problemen von Selbsthilfe und Laienpotential in der Gesundheitssicherung befassen. In drei Schritten möchte ich diese Probleme behandeln:

- Zunächst möchte ich einige systematische Grundlagenprobleme der Gesundheitssicherung erarbeiten (2.);
- auf dieser Grundlage möchte ich auf aktuelle Probleme der Gesundheitssicherung unter dem besonderen Aspekt gemeinschaftlicher/gemeindlicher Gesundheitssicherung zu sprechen kommen (3.);
- schließlich möchte ich darauf eingehen, in welchem Zusammenhang das Thema mit der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege steht (4.).
- Abschließend möchte ich die wesentlichen Gedanken unserer Diskussion nochmals zusammenfassen (5.).

2. Systematische Grundlagenprobleme der Gesundheitssicherung

Wir haben uns heute weitgehend daran gewöhnt, Individuen einerseits und den Staat in seiner Rolle als Sozialstaat andererseits als die wesentlichen Träger der Gesundheitssicherung und Prävention anzusehen. Die unmittelbare Beratung und Behandlung im Krankheitsfall, aber auch in der Krankheitsfrüherkennung, ist der Profession „Arzt“ im Rahmen eines umfassenden medizinischen Versorgungssystems, das selbst wiederum Bestandteil des sozialen Sicherungssystems ist, überantwortet.

Die rasant steigenden Kosten dieses medizinischen Versorgungssystems (1984 ca. 220 Mill. DM) und die absehbaren Probleme der Gesundheitssicherung (z.B. Überalterung der Bevölkerung, Pflegebedürftigkeit, Aufbrechen der Familie, chronisch-degenerative Erkrankungen, Sucht etc.) haben dieses Selbstverständnis verunsichert, die Bedeutung der Selbsthilfe wurde neu entdeckt, die Bedeutung von Vorsorge als vorgreifende Gesundheitssicherung wurde – nachdem die (sekundäre) Prävention in der Form der Krankheitsfrüherkennung weithin als fragwürdig angesehen wird – neu formuliert.

Im Rahmen der Forschungen um den hier skizzierten Problembereich – ich nenne hier nur den BMFT-Forschungsverbund „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheits-

selbsthilfe“ (BADURA/v. FERBER 1981; v. FERBER/BADURA 1983) oder das DFG-Schwerpunktprogramm „Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Intervention: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe“ (KAUFMANN 1981; 1986) - zeigte sich, daß das Feld der Adressaten sozialstaatlicher Hilfsangebote und der Akteure in der Gesundheitssicherung vielfach differenziert ist. Neben dem Individuum als Einzelperson und dem Staat als alles übergreifender Struktur sind zu unterscheiden:

- Das Individuum und seine primäre, „natürliche“ Gemeinschaft: also Familie, Nachbarschaft, Wohngemeinschaft usw.;
- Aktionsgruppen als problemzentrierte Zusammenschlüsse, darunter insbesondere die vielfältigen Formen von Selbsthilfegruppen;
- formelle Arbeitsgemeinschaften, Vereine, Verbände usw., die als intermediäre Instanzen zwischen personalen Gruppierungen einerseits und dem politisch-administrativen System andererseits vermitteln, neue Problemlagen aufdecken, bzw. als eigenes Handlungsfeld begreifen (das sind z.B. die klassischen Wohlfahrtsverbände und die in der Institutionalisierung begriffenen großen Selbsthilfeorganisationen (z.B. Deutsche Krebshilfe),
- Gemeinden (Stadt/Kreis) gleichzeitig als unterste Stufe des politisch-administrativen Systems wie als - gegenüber dem Staat - relativ offene, unstrukturierte Felder sozialer und politischer Aktivitäten;
- sogenannte parafiskale/parastaatliche Organisationen, die allgemeine Aufgaben im öffentlich-rechtlichen Rahmen wahrnehmen: dazu gehören im hier zu diskutierenden Zusammenhang insbesondere die klassischen Institutionen der sozialen Sicherung, die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, denen sowohl in der Prävention als auch in der Krankheitsfrüherkennung wie in der Rehabilitation in den letzten Jahren umfangreiche Aufgaben zugewachsen sind: auch hier zeigen praktische Beispiele (AOK Mettmann), daß auch in der Prävention ein neues, erfolgversprechendes Feld liegt.

Die genannten Menschen, Gruppen und Institutionen unterscheiden sich in dem hier zu diskutierenden Zusammenhang vor allen Dingen in ihrer Handlungskompetenz, d. h.: in der Wahrnehmung von Problemen und dem Mittel ihrer Bewältigung. Ob ein Problem als gesundheitsrelevant angesehen wird und entsprechende Aktivitäten auslöst, ist also zwischen den primären Gemeinschaften, Aktionsgruppen, Städten/Gemeinden usw. sehr unterschiedlich (vgl. zum Folgenden LABISCH 1985 a, c).

Als wesentliches Problem erscheint nun, was Menschen, Gruppen und Institutionen überhaupt dazu bringt, sich gesundheitsgerecht zu verhalten - und zwar nicht erst aus dem Erlebnis von Krankheit, sondern aus dem Besitz von Gesundheit heraus: gerade dies ist ja das Ziel, aber auch das Problem der primären Prävention: vorhandene Gesundheit zu sichern und zu fördern - ein Problem, das übrigens bei dem diesjährigen Thema des Weltgesundheitsstages „Jugend und Gesundheit“ besonders auffällt: Wie bringe ich diejenigen, die gemeinhin das höchste Kapital an Gesundheit, gleichzeitig aber das geringste Problembewußtsein der Bedeutung von Gesundheit haben, dazu, dieses Kapital sorgsam zu behandeln (vgl. hierzu auch den Bericht des XIX. Kongresses der DZV vom 21./22. Nov. 1985).

Die entscheidende Frage ist also, was bringt Menschen, Gruppen und Institutionen dazu, sich gesundheitsgerecht zu verhalten, wenn Gesundheit noch da ist.

Hier ist es nötig, einen Blick auf die Gesundheitswissenschaften zu werfen: Gesundheitswissenschaften sind diejenigen Wissenschaften, die sich mit den Ursachen von Krankheiten und deren präventiver Bekämpfung befassen (z. B. experimentelle Hygiene, Bakteriologie, Konstitutionshygiene, Sozialhygiene, Rassenhygiene, Eugenik, Genetik, Risikofaktoretheorie usw.). Die Ätiologien als Lehren von den Krankheitsursachen bewegen sich innerhalb der Bandbreite spezifischer bis multivariabler/-dimensionaler Theorien. Spezifität und Varianz bestimmen die Konzeptualisierung präventiver Strategien.

Je spezifischer eine ätiologische Theorie ist, umso unmittelbarer ist sie in einem Ziel-/Mittelmodell umzusetzen: umso höher ist also auch der Normierungs- und Formalisierungsgrad der präventiven Strategie (Beispiele: Impfen bei akuten Infektionskrankheiten; gesundheitlicher Umweltschutz bei bekannten Umweltgiften).

Je unspezifischer eine ätiologische Theorie ist, desto unbestimmter ist sie in einem Ziel-/Mittelmodell umzusetzen: umso geringer ist ihr Normierungs- und Formalisierungsgrad (Beispiele: Tuberkuloseprophylaxe als Wohnungs- und Nahrungsmittelfürsorge; Herz- und Kreislaufkrankheiten).

Daraus folgt:

- Spezifische Ätiologien lassen sich in individuelle Konzepte der Verhaltensmodifikation und in präventive diagnostische und therapeutische personenbezogene Interventionen sowie in formalisierbares Verwaltungshandeln umsetzen.
- Unspezifische Ätiologien lassen sich in gruppen- und gemeinschaftsbezogene Konzeptionen der Erweiterung von Handlungskompetenz umsetzen und setzen damit einen höheren Grad sozialer Aktionen und damit auch einen Raum für diese Aktionen voraus.

Bei den Vorschlägen der Gesundheitswissenschaften handelt es sich folglich um differenzierte Handlungsangebote, die ebenso differenzierte Handlungskompetenzen ansprechen: die Modifikation individuellen Verhaltens (also etwa: nicht rauchen, mäßiger Genuß von Alkohol und sonstigen Genußmitteln, ausgewogene Kost, ausreichende Bewegung) einerseits und die Überwachung bzw. das Eingreifen in Lebens- und Arbeitsverhältnisse (also etwa: Umweltschutz und Gewerbeaufsicht) durch den Staat und seine Verwaltungen andererseits bilden die Pole eines breiten Spektrums gesundheitsrelevanter Aktivitäten und Handlungsräume.

Die Differenzierung der präventiven Konzepte der Gesundheitswissenschaften und die Differenzierung von Handlungsträgern gesundheitsrelevanter Aktivitäten und deren besondere Handlungsräume lassen ein ebenso differenziertes Ergebnis ihres wechselseitigen Austausches erwarten. Bevor es jedoch überhaupt zu derartigen Interaktionen kommt, ist eine entscheidende Voraussetzung nötig: Gesundheit muß als „sozialer Wert“ und „soziales Gut“ gesehen werden.

Im Binnenverhältnis von Industriegesellschaften gleich welcher Prägung rangiert „Gesundheit“ heute unter den höchsten Gütern – dies beweisen Volksbefragungen stets auf's neue. Gesundheit wurde jedoch nicht immer ein so hoher Rang in allen Bevölkerungskreisen zugewiesen. Gesundheit ist vielmehr erst im Rahmen des europäischen Zivilisationsprozesses zu einem sozialen Gut von kollektiver Bedeutung geworden. Der Weg der Gesundheit von einem integralen Bestandteil aristokratischer und großbürgerlicher Lebensführung zu allgemein geschätztem, aber auch allgemein verbindlichem „höchsten Gut“ in Industriestaaten beschreibt zugleich den Weg von einer Verhaltensalternative zu einem Verhaltensanspruch, in dem sich gesellschaftlicher Regulierungsbedarf und individuelle wie kollektive Erfordernisse nach Verhaltensangeboten und Hilfe gegenseitig aufheben. Gesundheit wurde daher auf verschiedenen Stufen des zivilisatorischen Differenzierungs- und Integrationsprozesses von jeweils verschiedenen Handlungsträgern als Gut erkannt (LABISCH 1985 b). Daraus wurde dann jeweils die Legitimation abgeleitet, auf die gesamte Dimensionsbreite von individuellem Verhalten bis zu allgemeinen Arbeits- und Lebenszusammenhängen einzuwirken. Und zwar wurde Gesundheit und (vorgreifende) Gesundheitssicherung immer dann als Problem erkannt, wenn Menschen, Gruppen oder Institutionen allgemeine Ziele und Werte entweder durch die destabilisierende Wirkung von Krankheit und/oder Hilfsbedürftigkeit gefährdet sahen oder aber sich durch die stabilisierende Wirkung von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Aktivitäten einen größeren Erfolg – eine Erweiterung ihrer Handlungskompetenz also – versprachen. Daraus folgt:

- Die Wahrnehmung einer Problemlage als gesundheitsrelevant hängt davon ab, ob sich die angebotenen Problemdefinitionen und -lösungen sinnvoll in die Problemsicht und die Handlungskompetenz von Individuen, Gruppen und Institutionen einordnen.
- Es gibt nicht nur verschiedene Handlungsträger/Akteure der Gesundheitssicherung, die in eigenen Handlungsräumen agieren; vielmehr haben die Akteure, Handlungsfelder und Aktivitäten der Gesundheitssicherung in gewissen Graden auch einen differenzierten Charakter; als solche sind sie nicht zwischen den verschiedenen Ebenen verschiebbar oder austauschbar (Verhaltensänderung ist nur auf den Ebenen des Individuums, der primären Gemeinschaft und der Aktionsgruppen möglich, Einfluß auf Verhältnisse nur auf übergeordneten, insbesondere städtischen und staatlichen Ebenen).
- Die wirklich durchgesetzten und durchgeführten Formen der Prävention beruhen also jeweils auf der sozialen Wahrnehmung von sozialen Bewegungen, die Gesundheit als bedeutsam ansahen, ein allgemeines Ziel zu erreichen.

Beispiele sind:

- die hygienische Assanierung der frühindustriellen Städte als Bestandteil der bürgerlich-liberalen Bewegung gegen den konservativen Staat (der mit Seuchenkordons gegen die Cholera vorging und dabei Handel und Wirtschaft zum Erliegen brachte);
- die Förderung und der Aufbau der Bakteriologie durch das Reich und Preußen sowie die (BISMARCKSche) Sozialpolitik als Bestandteil der äußeren und inneren Reichsgründung;
- die kommunale Gesundheitsfürsorge als Bestandteil der städtischen Politik als „dritter Kraft“ neben Reich und Ländern, darin eingeschlossen eine enge, formale Zusammen-

arbeit (örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften) zwischen den Städten, freien Wohlfahrtsverbänden, den örtlichen Krankenkassen und den regionalen Landesversicherungsanstalten (das heißt: entgegen dem heutigen Verständnis waren nicht nur die Kommunen, sondern auch die Träger der Kranken- und Rentenversicherung sowie freie Verbände in der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge tätig);

- und schließlich in der massenhaften Übernahme gesundheitsgerechten Verhaltens als Bestandteil der Enkulturation der wandernden Armenbevölkerung und der Proleten als Industriearbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt: nicht ohne Grund gilt die Weimarer Zeit daher als goldene Zeit der Gesundheitserziehung.

Als Ergebnis der bisherigen Überlegungen können wir damit festhalten:

- Gesundheit wurde im Rahmen des europäischen Zivilisationsprozesses zu einem alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringenden, schutzwerten „sozialen Gut“ und damit zu einem normbestimmenden, allgemein verbindlichen „sozialen Wert“.
- Menschen, Gruppen und Institutionen haben jeweils eine eigene, differenzierte Wahrnehmung von gesundheitsrelevanten Problemlagen und übernehmen in einem differenzierten Austausch mit den unterschiedlichen Handlungsangeboten der Gesundheitswissenschaften jeweils diejenigen Handlungsformen, die sich sinnvoll in ihre Problemsicht und ihre Handlungskompetenz einordnen.
- Es gibt folglich in gewissem Maße spezifische Akteure und Handlungsfelder gesundheitsrelevanten Handelns, die untereinander nicht austauschbar und verschiebbar sind: Menschen, Gruppen und Institutionen haben differenzierte, individuelle, gemeinschaftliche oder gesellschaftliche Sehweisen und Handlungsformen der Gesundheitssicherung.

3. Aktuelle Probleme der Gesundheitssicherung unter dem besonderen Aspekt gemeinschaftlicher/gemeindlicher Gesundheitssicherung

Aus der Sicht der systematischen Grundlagenprobleme möchte ich auf die Prämissen, die Spezifität unterschiedlicher Handlungsebenen und die aktuellen sozialpolitischen Rahmenbedingungen der Gesundheitssicherung eingehen und so den Stand und die Aufgaben für die Zukunft einer Gesundheitssicherung in der Gemeinde umreißen.

Die Prämisse für eine wirkungsvolle Gesundheitssicherung allgemein und die Prävention im besonderen ist: Gesundheit ist ein alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringender Wert. Nur wenn alle Menschen, Gruppen und Institutionen gleichermaßen zu handelnden Subjekten in der Gesundheitssicherung werden, kann diese wirkungsvoll betrieben werden. Erforderlich sind also Räume gesundheitsbezogener Aktivitäten, in denen alle Menschen, Gruppen und Institutionen im Rahmen ihrer jeweiligen handlungskompetenz und im Rahmen eines differenzierten Austauschs mit Handlungsangeboten der Gesundheitswissenschaften tätig werden können.

Diese Prämissen möchte ich an den drei spezifischen Handlungsebenen von Individuen, Gemeinden und Staat in deren jeweiliger idealer Form und der aktuellen Form darlegen.

„Gesund leben“ heißt für *Menschen* (und deren *primäre Gemeinschaften*), daß sie fähig sind, ihr Leben selbständig und in aktiver Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zu führen. Gesundheit erscheint hier also nicht als Ziel an sich, dem die Lebensführung unterzuordnen ist, sondern als die Fähigkeit, Probleme zu formulieren, Lösungen zu finden, Entscheidungen zu treffen und durchzustehen, Konflikte zu lösen, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten und aktiv im eigenen Interesse tätig zu werden (WHO/EUR/RC 34/7 vom 14. Juli 1984 b, S. 29). Die Fähigkeit des Einzelnen, richtige Entscheidungen zu treffen und durchzuführen, ist für Gesundheitsfragen zunächst belanglos: diese Entscheidungsfähigkeit ist vielmehr die wichtigste Voraussetzung, um ein gesundes Leben zu führen.

Statt der Fähigkeit, das Leben – einschließlich von Krankheitsepisoden – zu bewältigen, beobachten wir heute ein weitverbreitetes Risikoverhalten: durch riskante Lebensgewohnheiten werden für kurzfristige Gewinne (z. B. Leistung, Attraktivität, Konfliktvermeidung) langfristig wirksame Schäden in Kauf genommen. Als Gegenreaktion wird in den heute vorherrschenden ätiologischen Modellen das Individuum zum Träger gesundheitsriskanter Merkmale: die Interventionen – z. B. gegen Bluthochdruck, Rauchen, erhöhte Blutfettwerte – richten sich daher auf einzelne, minimale Ausschnitte des täglichen Lebens. Der Mensch wird in diesem Modell zum Objekt spezifischer Verhaltensmodifikationen und präventiver medizinischer Interventionen.

Dem steht entgegen, daß die Erfahrungen, spezifische Verhaltensmodifikationen durchzusetzen, bisher negativ sind. Das spezifische Konzept der Risikofaktoren ist daher in der theoretischen und praktischen Gesundheitserziehung und in der Präventionsdebatte heute umstritten, wenn nicht fraglich: Auf einer Arbeitskonferenz über „Gesetzliche Krankenversicherung und Prävention“ am 20. – 22. Febr. 1985 in Berlin wurde u. a. festgestellt, daß nach epidemiologischen Interventionsstudien 100 Menschen gegen Bluthochdruck behandelt werden müssen, um sieben wahrscheinlich vor einem Krankheitsereignis zu bewahren – vorausgesetzt, es werden alle Risikoträger erfaßt und konsequent behandelt, und es treten keine langfristigen Nebenwirkungen der antihypertensiven Therapie ein, die den Behandlungserfolg wieder aufheben. Festgestellt wurde ferner, daß es nach epidemiologischen Untersuchungen bis zu 4 Mio. DM kostet, um durch Filteruntersuchungen einen Fall eines Mammakarzinoms zur Heilung zu bringen (ABHOLZ, in: HAUSS/ROSENBROCK 1985). Die heutigen Vorsorgemodelle sind also bei fraglichem Erfolg sehr kostspielig. Gleichzeitig wissen wir aus anderen Untersuchungen, daß von Kindheit an religiös eingebundene Menschen erheblich gesünder sind und länger leben als Menschen mit geringerer religiöser Verpflichtung (PIECHOWIAK 1985): da Gesundheit nicht das wesentliche Lebensziel, sondern lediglich ein Bestandteil der Lebensweise dieser Menschen ist, ergibt sich gerade aus diesem zunächst merkwürdigen Beispiel als wesentliche Frage, was eigentlich Gesundheit und gesundheitsrelevante Aktivitäten in der Lebensführung von Menschen bedeuten und was Gesundheit eigentlich ausmacht.

Ein ähnliches Problem hat eine umfangreiche Studie zur Morbidität und Mortalität von 17.000 britischen Beamten und Angestellten zu Tage gefördert (ROSE/MARMOT 1981): Das hoch beanspruchte Führungspersonal hatte nicht nur die geringste Morbidität und

Mortalität, sondern auch die geringste Belastung an den klassischen Risikofaktoren. Die nachgeordneten Beamten und Angestellten in der untersten Kategorie (von insgesamt 5) hatten bei einer 40-Stunden-Woche nicht nur die höchste Morbidität und Mortalität, sondern auch die höchsten Raten von Risikofaktoren; gleichzeitig erklärten die Risikofaktoren in dieser Gruppe jedoch nur den geringeren Teil in der Gesamtvarianz der Morbidität und Mortalität. Diese Menschen starben und erkrankten also häufiger an anderen Ursachen als an den Risikofaktoren. Auch hier erhebt sich also die Frage, ob die Phänomene Krankheit und Gesundheit mit spezifischen, quantitativ operationalisierbaren physiologischen, bzw. verhaltensorientierten Parametern hinreichend zu beschreiben und zu erfassen sind, auch hier folglich die Frage nach der Bedeutung gesundheitsrelevanter Aktivitäten in einer gesamten Lebensweise und den entsprechenden Handlungsräumen.

Auf der Ebene der *Gemeinden* ergibt sich folgende Charakteristik der Gesundheitssicherung: Die gemeindliche Gesundheitssicherung ist bezogen auf ein Territorium uneinheitlich in der Leistung, regional unterschiedlich und ungleichmäßig in der Durchführung. Dafür ist die Handlungsstruktur gering bürokratisch-formal ausgeprägt, auf die Probleme der Gemeinde bezogen und damit differenziert auf die Umgebung und besonders gefährdete Gruppen ausgerichtet. Das gemeindliche Gesundheitswesen ist flexibel auf wechselnde Problemlagen orientiert und hat einen genuinen Leistungscharakter.

Die verschiedenen Phasen des kommunalen Gesundheitswesens erwiesen sich in der Geschichte der Prävention damit jeweils als diejenigen Phasen, in denen in unspezifischen Konzepten (experimentelle Hygiene, Sozialhygiene) dann neue Formen umgebungs- und gruppenbezogener Fürsorge und Vorsorge eingeführt wurden, wenn individuelle und staatliche Handlungsformen und Hilfen nicht ausreichten bzw. die neuen Problemlagen überhaupt nicht erkannt wurden. Die Stadt war also jeweils der Raum, in dem besonders früh auf massenhafte Gesundheitsgefahren und massenhafte Hilfsbedürftigkeit reagiert wurde – und reagiert werden mußte: die städtische Lebensform ist besonders anfällig gegenüber den destabilisierenden Folgen von Krankheit und Bedürftigkeit, die Wahrnehmungsschwelle gegenüber diesen Problemen daher entsprechend niedrig; anders ausgedrückt: die Gemeinde muß, der Staat kann eingreifen. Die Gemeinde ist daher ein genuiner Ort unspezifischen gesundheitsrelevanten Handelns, bezogen auf Personen, Gruppen und die unmittelbare Umgebung.

Auf der Ebene des *Staates* ergibt sich folgende Charakteristik der Gesundheitssicherung: die staatliche Gesundheitssicherung ist einheitlich in der Leistung, flächendeckend und gleichmäßig in der Durchführung. Dafür sind die Leistungen formal-bürokratisch organisiert, und in die Formen legitimer Herrschaftsausübung als Verwaltungshandeln eingeordnet. Staatliche Gesundheitsleistungen müssen folglich in Paragraphen und Verordnungen faßbar sein und beziehen sich daher zwangsläufig vorwiegend auf genau festzulegende und eingetretene, zumindest aber exakt absehbare Ereignisse – sind daher also krankheitsorientiert. Die staatlichen Leistungen werden undifferenziert über die generell ökologischen, ökonomischen, rechtlichen und pädagogischen Interventionsformen erbracht. Damit sind die Leistungen unflexibel, teils nur beobachtend reaktiv und haben einen starken Ord-

nungscharakter. Der Staat ist daher der genuine Ort für die formalisierbaren gesundheitsrelevanten Aktivitäten, insbesondere im intersektoralen Bereich und im Umweltschutz.

Für den heutigen öffentlichen Gesundheitsdienst ist darauf zu verweisen, daß durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 eben die spezifischen Interventionsformen des früheren kommunalen Gesundheitswesens und des früheren staatlichen Gesundheitswesens in einem Amte zusammengeführt worden sind.

Dies bedeutet u. a., daß der im Sinne des Verwaltungshandelns zwar relativ unregelte, dafür aber flexibel auf die jeweiligen städtischen Probleme ausgerichtete Raum der kommunalen Gesundheitsfürsorge der besonderen Handlungsweise des staatlichen Gesundheitswesens unterworfen wurde. Mit anderen Worten: die alte Tradition kommunaler Gesundheitssicherung in Deutschland wurde erheblich durch die gesetzestechnische Konstruktion des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens eingeschränkt, wenn nicht gar vernichtet (LABISCH/TENNSTEDT 1984 a, b; 1985).

Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, daß Prävention durch den Versuch, möglichst spezifische und krankheitsbezogene Konzepte der Gesundheitswissenschaften umzusetzen, zu einem Gegenstand staatlicher und individueller Aktivitäten geworden ist: staatlich insofern, als daß ein normiertes, quantitativ operationalisierbares Gesundheitsideal über die klassischen staatlichen Interventionsformen umgesetzt werden soll; individuell insofern, als daß der einzelne zum Objekt von Früherkennungsuntersuchungen und Verhaltensmodifikationen wird. Diese Entwicklung wird durch die vordergründige Alternative „Prävention statt Therapie“ und eine ebenso vordergründige Effizienz- und Kostenfrage verstärkt. Der Raum für unspezifische gesundheitsrelevante Aktivitäten und die Fähigkeit, mit Krankheit umzugehen und Krankheiten zu bewältigen, und damit eben die Handlungsräume primärer Gruppen, Aktionsgruppen, Gemeinde- und parastaatlicher Instanzen, sind hingegen aus historischen und inhaltlichen Gründen weitgehend ausgeschaltet.

Erst seit kurzem werden diese Räume gesundheitsrelevanter Aktivitäten in ihrer Bedeutung für die Gesundheitssicherung wieder entdeckt. So zeigte sich z.B. bei den aktuellen gemeindebezogenen Präventionsstudien - wie etwa in dem berühmten Karelien-Projekt (KARELIEN 1981) - das auch in der Vergleichsregion, in der nicht spezifisch auf Bluthochdruck, Blutfettwerte und Zigarettenrauchen interveniert wurde, die Mortalität und Morbidität gleichermaßen sanken wie in der Interventionsregion. Dies ist m.E. darauf zurückzuführen, daß auch in der Vergleichsregion allein durch die notwendigen Untersuchungen die Problemsicht für gesundheitsrelevante Aktivitäten erweitert wurde: der Nebeneffekt der Interventionsstudie ist damit bezogen auf das Interesse einer Gemeinde an der Gesundheitssicherung und bezogen auf die Mortalität und Morbidität größer als der angestrebte Effekt der Senkung von Risikofaktoren, der tatsächlich in der Interventionsregion höher war als in der Vergleichsregion.

Die derzeitigen Präventionsstrategien kranken daher an selbstgesetzten Grenzen, weil die klassischen Felder unspezifischer gesundheitsrelevanter Aktivitäten ausgeblendet sind.

Gleichzeitig beobachten wir im Rahmen des aktuellen wirtschaftlichen und sozialen Wandels, daß die während der Industrialisierung durchgesetzten Normalitätsstandards „Erwerbsleben“ für die Produktion und „Familienleben“ für die Reproduktion zerfallen. Die klassischen sozialen Sicherungssysteme sind um eben diese Standards errichtet worden: „Arbeit“ und „Reproduktion der Arbeit“ waren und sind die Angelpunkte unseres sozialen Sicherungssystems (LEIBFRIED/TENNSTEDT 1985). Mit der Krise der Arbeitsgesellschaft stoßen daher auch die klassischen sozialen Sicherungssysteme an ihre Grenzen: Die Deckungsfrage der Rentenversicherung und die Kostenfrage der Krankenversicherung sind damit nur äußere Erscheinungsformen eines tiefgreifenden sozialen Wandels, dessen Folgen heute noch nicht abzusehen sind. Neue Problemlagen (Produktion ohne menschliche Arbeit, Verteilung der verbleibenden Arbeit usw.), neue soziale Bewegungen und ständig neue Versuche, der Probleme mit den klassischen Interventionsformen Herr zu werden, sind die Folge.

Es besteht daher nicht nur aus einer theoretischen Durchdringung der Probleme der Gesundheitssicherung, sondern aus aktuellen Problemen des sozialen Wandels heraus die Notwendigkeit, neue - und wie angedeutet: alte - Handlungsräume und Aktionsformen der Gesundheitssicherung zu entdecken, in ihrer Eigenheit zu erkennen und ihnen entsprechende Verantwortung und Mittel einzuräumen: *Dies betrifft insbesondere den Bereich der Selbsthilfe und Laienpotentiale von primären Gruppen und Aktionsgruppen sowie die flexible und problemadäquate Gesundheitssicherung in der Gemeinde* (vgl. hierzu außer den o. a. Arbeiten BZgA 1983; GRUNOW 1984).

4. Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege und die Gesundheitssicherung in der Gemeinde

Was hat nun die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege mit dem Thema „Gesundheitssicherung in der Gemeinde“ zu tun? Vielfache Hinweise sind hier möglich. Augenscheinlich ist zunächst der Bezug zu Frankfurt/Main. Gustav Adolf SPIESS (1802 - 1875) ist hier als Mitbegründer des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu nennen. Ebenso Alexander SPIESS (1833 - 1904), der am 1. Juni 1883 in Frankfurt erster Stadtarzt in Preußen und in Deutschland überhaupt wurde. Er war zugleich Sekretär des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Redakteur der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege und seit 1903 Ehrenmitglied des Deutschen Vereins.

An herausragender Stelle ist Johann Georg VARRENTRAPP (1809 - 1896), Arzt und Stadtverordneter in Frankfurt zu nennen. Er gründete mit Adolf SPIESS die „Sektion für öffentliche Gesundheitspflege“ in der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 1867 in Frankfurt; er regte die Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege an und war deren Redakteur. 1873 war er ebenfalls Mitbegründer des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, der in Frankfurt seine Gründungsversammlung abhielt. VARRENTRAPP gründete 1876 den städtischen Gesundheitsrat in Frankfurt und gilt als der eigentliche Vater der Kanalisation Frankfurts und vieler anderer deutscher Städte.

Wenn VARRENTRAPP das „enfant terrible“ der stadthygienischen Bewegung in Deutschland genannt wurde, mag dies anzeigen, mit welchen wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen die kommunale Gesundheitspflege gekennzeichnet war.

So kostete die Kanalisation von Frankfurt bis 1877 6 Mio. Mark. Und um die Brisanz dieser Ära der Gesundheitssicherung zu kennzeichnen: eine allgemein anerkannte wissenschaftliche Theorie über die Ursachen der durch das Wasser verbreiteten Krankheiten gab es in dieser vorbakteriologischen Ära noch nicht; ebenfalls war das technische Problem der Wasserkanalisation noch nicht überzeugend gelöst: so war beispielsweise in Frankfurt keinesfalls klar, ob die anfallenden Wassermassen über den Main oder über Rieselfelder abgeleitet werden sollten; Frankfurt erhielt daher als eine der ersten Städte eine Kläranlage. Was uns heute in hygienischer und gesundheitlicher Hinsicht als Allgemeingut und damit als selbstverständlich erscheint, ist in Wirklichkeit das Ergebnis eines jahrzehntelangen historischen Läuterungsprozesses. Die gesundheitspolitisch relevante Frage lautet also hier: was brachte die gesetzgebende Versammlung Frankfurts, bzw. ab 1868 die Stadtverordnetenversammlung Frankfurts dazu, Millionen und Abermillionen Mark in der Erde zu verbuddeln, obwohl keine wissenschaftlich überzeugenden Lösungen vorlagen. Hieraus kann man entnehmen, wie bedeutsam der Wert „Gesundheit“ für eine Industrie- und Handelsstadt damals bereits geworden war.

Da die gemeindebezogene Gesundheitssicherung immer auch eine gemeinschaftliche Gesundheitssicherung ist, in der Angehörige verschiedenster Berufe und Sparten zusammenarbeiten, muß hier auch Franz ADICKES (1846–1915) genannt werden, der von 1891–1912 Oberbürgermeister von Frankfurt war. Er war eine herausragende Gestalt unter den herausragenden Bürgermeistern um die Jahrhundertwende. Er arbeitete im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege mit und war Mitherausgeber der Deutschen Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

Wenn wir uns weiterhin fragen, was die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege mit dem Thema „Gesundheitssicherung in der Gemeinde“ zu tun hat, können wir auch auf frühere Mitglieder der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege verweisen.

Wilhelm HAGEN (1893–1982), der vielen gewiß noch in bester Erinnerung ist, war ab 1921 Sozialarzt in Lennep, ab 1923 Stadtarzt und Leiter des Gesundheitsamtes in Höchst/M. und von 1925–1933 Stadtmedizinalrat in Frankfurt am Main. Vor 1933 wuchs er zur bedeutendsten Figur im Bereich der kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitspflege heran. Anfang der 50er Jahre machte er mehrere vergebliche Versuche, über den Begriff der „vorbeugenden Gesundheitsfürsorge“ die kommunale Gesundheitsfürsorge neu zu beleben (HAGEN 1953).

Wir können ebenfalls an Ludwig von MANGER-KOENIG (1917–1983) erinnern, den verstorbenen Präsidenten der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, der aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst hervorgegangen ist und dessen besonderes Interesse immer auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst galt: er wollte dem öffentlichen Gesund-

heitsdienst eine zukunftsweisende Rolle in der Gesundheitssicherung geben (MANGER-KOENIG 1975).

Auch Marie BAUM (1874–1964), deren Gedenken die DZV mit der Verleihung des Marie-Baum-Preises feiert, müssen wir hier nennen: u.v.a. war sie von 1907–1914 Geschäftsführerin im „Verein für Säuglingsfürsorge“ im Regierungsbezirk Düsseldorf. Dieser Verein wurde auf Anregung Arthur SCHLOSSMANNs gegründet, der nicht nur ein berühmter Pädiater, sondern auch ein Pionier der kommunalen Gesundheitsfürsorge in Deutschland war (BAUM 1950), die ja selbst nicht Gesundheitsfürsorgerin war, aber entscheidende Impulse zur Gestaltung dieses Berufsbildes gegeben hat, gibt Anlaß, an die Entstehung der Gesundheitsfürsorge, bzw. Sozialarbeit in Deutschland zu erinnern. Die Gemeinde war der Ort, in dem sich die Gesundheitsfürsorge als einer der wesentlichen Zweige der modernen Fürsorge und Sozialarbeit entwickelte. Dies gilt übrigens auch für die Krankenhausfürsorge, die sich besonders in den kommunalen Krankenhäusern entwickelt hat.

Die Verbindungen zwischen der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege und dem Problembereich „Gesundheitssicherung in der Gemeinde“ sind also keineswegs zufällig, sondern scheinen einer inneren Rationalität zu unterliegen. Darüber hinaus ist hier aber auf den Anlaß zur Gründung der Deutschen Zentrale und die damit verbundene Tradition selbst zu verweisen (vgl. mit weiterer Lit. STÜRZBECHER 1982). Unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg gründete die amerikanische Besatzungsmacht ein „Institute of Public Affairs“ mit dem Ziel, die *gemeindliche und gemeinschaftliche Selbstverantwortung* im demokratischen deutschen Gemeinwesen und in einem demokratischen deutschen Staat *wiederzubeleben*. In diesem „Institut zur Förderung öffentlicher Angelegenheiten“ gab es eine Unterabteilung für das Gesundheitswesen. Leiter dieser Unterabteilung für das Gesundheitswesen war Wilhelm von DRIGALSKI (1871–1950), ein Schüler Robert KOCHs (ab 1908 Stadtarzt in Halle/Saale, führend vor dem 1. Weltkrieg) und Stadtmedizinalrat von Groß-Berlin in den Jahren 1925–1933. Ziel der Unterabteilung für das Gesundheitswesen war, den Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, der 1934 aus bekannten Gründen eingegangen war, wieder aufleben zu lassen: Ziel war es mithin, die Gesundheitspflege als kommunale Aufgabe in der Zusammenarbeit von Ärzten, Kommunalpolitikern, Verwaltungsfachleuten und technischem und medizinischem Fach- und Hilfspersonal wieder aufzubauen. Als von DRIGALSKI kurz nach Gründung der Unterabteilung für das Gesundheitswesen starb, übernahm Carl COERPER (1886–1960), seines Zeichens Nachfolger Peter KRAUTWIGs in Köln, eines der berühmtesten Kommunalärzte der Weimarer Zeit, und selbst von 1926–1945 Beigeordneter für das Gesundheits- und Sozialwesen in der Stadt Köln, die nunmehr „Arbeitsgemeinschaft für das Gesundheitswesen“ genannte gesundheitspolitische Fachabteilung des „Instituts zur Förderung öffentlicher Angelegenheiten“. Es war ein besonderes Trauma für Carl COERPER, der selbst an der Weiterentwicklung der Sozialhygiene gearbeitet hat, daß Deutschland, einst internationales Vorbild in der öffentlichen Gesundheitspflege, nun aus dem Ausland lernen mußte. Hauptaufgabe der Arbeitsgemeinschaft für das Gesundheitswesen waren erstens das öffentliche Gesundheitswesen, zweitens Mutter und Kind, drittens wissenschaftliche Forschung und viertens Arbeits- und Gewerbehygiene. Mitte der 50er Jahre wurde dann schließlich die

Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege gegründet. Sie stand nun zunächst unter der Führung von Prof. Franz KLOSE (1889–1978), der 1919–1923 Stadtarzt in Wittenberge war und ab 1923 ein für die Weimarer Zeit beispielhaftes städtisches Gesundheitsamt in Kiel aufbaute.

Es sei hier nicht verhehlt, daß die Frage der Anbindung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge in der Arbeitsgemeinschaft für das Gesundheitswesen und in der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege damals heiß umstritten war:

Manche Kehrtwendungen wurden hier vollzogen. Ziel war in der allgemeinen politischen Auseinandersetzung der 50er Jahre, die Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens aus dem Einfluß, bzw. der Auseinandersetzung zwischen Kommunen und Staat herauszunehmen. Ob diese Lösung, das öffentliche Gesundheitswesen innerhalb der staatlichen und kommunalen Verwaltungen zu verselbständigen und es damit seiner Unterstützung gegenüber konkurrierenden Richtungen innerhalb der Medizin zu berauben, sich letztlich bewährt hat, muß ausführlicher Analyse vorbehalten bleiben: Jedenfalls hat das öffentliche Gesundheitswesen allgemein und der öffentliche Gesundheitsdienst im besonderen seine Position im Rahmen der medizinischen Versorgung und der Gesundheitssicherung nicht halten können.

Festzuhalten bleibt hier indes der nie umstrittene Auftrag des „Instituts für öffentliche Angelegenheiten“ bzw. mit der „Arbeitsgemeinschaft für das Gesundheitswesen“ und der „Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege“, die Gesundheitssicherung als öffentliche Aufgabe zu begreifen und in der medizinischen Praxis, der wissenschaftlichen Forschung und der Gesundheitspolitik in diese Richtung zu wirken. Zu den oben genannten personalen und rationalen Verbindungen der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, insbesondere den öffentlichen Bereich der Gesundheitssicherung und Prävention zu pflegen, kommt also eine ganz eindeutige Aufgabenzuweisung hinzu. „Gemeinde und Gesundheit“ steht daher der DZV als Thema wohl an. Die Zukunft wird zeigen, ob die Bundesrepublik in der öffentlichen Gesundheitssicherung ihrer alten Tradition gerecht wird.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend möchte ich mit einem Gedanken schließen, der den bisherigen Überlegungen mehr oder weniger unausgesprochen zugrunde lag. Die eigentlichen personalen oder institutionellen Träger von „Gesundheit“ im weitesten Sinne sind die Menschen selbst und ihre verschiedenen Vergemeinschaftungs- und Vergesellschaftungsformen (WHO).

Anders als im Fall von Krankheit – und wie GRUNOW gezeigt hat, in den meisten krankheitsverdächtigen Episoden im Leben eines Menschen oder einer Familie nicht einmal da – spielt die Medizin in der Sicherung und Förderung von Gesundheit die Rolle eines Beraters, nicht eines alleinverantwortlichen Akteurs. Dies bedeutet – und dies ist möglicherweise das

wesentliche Ergebnis unserer Überlegungen –, daß wir bei zukünftigen Maßnahmen der Gesundheitssicherung und Prävention unsere Perspektive ändern, zumindest aber erweitern müssen: wir dürfen nicht mehr von der Medizin und den Gesundheitswissenschaftlerin auf Menschen, Gruppen und Institutionen als mögliche – und oft vergebens angerufene – Adressaten gesundheitsrelevanter Handlungsangebote sehen; vielmehr müssen wir unseren Blickwinkel um 180 Grad drehen und fragen: was bedeutet Gesundheit im Leben und Handeln von Menschen, Gruppen und Institutionen, wie ordnet sich Gesundheit in ihr Handeln ein und was können die Medizin und die Gesundheitswissenschaften aus dieser neuen Sicht – gleichsam aus einer „Bringschuld“ heraus – leisten, um gesundheitsrelevante Potentiale und Aktivitäten zu wecken und zu fördern.

Anders gewendet: weder die schlüssigste Präventionsstrategie noch die staatlich verordnete Prävention greifen – die „selbstaktive Präventionsmaschine“ gibt es nicht! Tauschen wir unsere medizinzentrierte Sicht daher gegen eine gesundheitszentrierte Sicht.

Literaturverzeichnis

Die folgenden Angaben sind eine gedrängte Auswahl zum Thema. Eine ausführliche medizinsoziologische und medizinhistorische Darstellung der Entwicklungslinien des kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens einschließlich Quellen und Literatur vgl. bei LABISCH/TENNSTEDT 1985.

- ABHOLZ, H.-H., 1985: Vorsorge und Früherkennung als Prävention?, in: HAUSS/ROSENBROCK 1985 (im Druck)
- BADURA, B./C. v. FERBER (Hrsg.) 1981: Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen (= Soziologie und Sozialpolitik, 1), München/Wien
- BAUM, M., 1950: Rückblick auf mein Leben, Heidelberg
- BZgA = 1983: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.); Lebensweisen und Lebensbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit, Köln
- DZV 1982: Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. Primäre Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe, (= XVII. Kongreß der DZV, 12./13. Nov. 1981) Frankfurt
- DZV 1986: Körperliche und seelische Gesundheit im Jugendalter - Realität, Perspektiven, Lösungsversuche, (= XIX. Kongreß der DZV, 21./22. Nov. 1985) Frankfurt (im Druck)
- FERBER, C. v./B. BADURA (Hrsg.) 1983: Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe, (= Soziologie und Sozialpolitik, 3) München/Wien
- GEIGEL, A./L. HIRT/G. MERKEL ²1875: Handbuch der öffentlichen Gesundheits-Pflege und der Gewerbe-Krankheiten (= H. v. Ziemssen [Hrsg.], Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 1. Bd.) Leipzig (¹1874, ²1875, ³1882)
- GRUNOW, D. 1984: Lebensweisen und Alltagsorganisation von Familien im Rahmen von Gesundheitsarbeit; (= Projektgruppe Verwaltung und Publikum, Prepints 3) Bielefeld
- HAGEN, W. 1983: Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, Stuttgart
- HAUSS, F./R. ROSENBROCK (Hrsg.) 1985: Gesetzliche Krankenversicherung und Prävention, Berlin/Frankfurt (im Druck)
- KARELIEN 1981: Community Control of Cardiovascular Diseases, Hrsg. v. d. WHO, Kopenhagen
- KAUFMANN, F.-X., 1981: Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Intervention: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Ein neues Schwerpunktprogramm der Deutschen Forschungsgemeinschaft, in: Zs. f. Sozialreform 27, 31-49
- KAUFMANN, F.-X. (Hrsg.) 1986: Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Intervention: Staat, intermediäre Instanzen, Selbsthilfe, München/Wien (in Vorbereitung)
- LABISCH, A. 1985 a: Soziologische Grundlagenprobleme der primären Prävention und das Konzept der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ der Weltgesundheitsorganisation, in: HAUSS/ROSENBROCK 1985 (im Druck)
- LABISCH, A. 1985 b: Die soziale Konstruktion der „Gesundheit“ und der „homo hygienicus“: zur Soziogenese eines sozialen Gutes, in: Österr. Zs. f. Soziologie 10, H. 3/4 (im Druck)

- LABISCH, A. 1985 c: Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens, in: EVERS, A. u. a. (Hrsg.), Kommunalpolitik am Rande von Sozialstaat und Wachstum, (= Leviathan - Sonderband 1985) (im Druck)
- LABISCH, A./F. TENNSTEDT, 1984 a: 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Dr. med. Arthur Gütt und die Gründung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in: Öff. Gesundh.-Wesen 46, 291-298
- LABISCH, A./F. TENNSTEDT, 1984 b: 50 Jahre „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“. Der öffentliche Gesundheitsdienst wurde gegründet und die innovative Kultur gemeindenaher Gesundheitssicherung zerstört, in: Soziale Sicherheit 33, 193-201
- LABISCH, A./F. TENNSTEDT, 1985: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1985. Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente des staatlichen und des kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 13.1.2) Düsseldorf
- LEIBFRIED, S./F. TENNSTEDT (Hrsg.) 1985: Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats, Frankfurt
- MANGER-KOENIG, L. v. 1975: Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen, in: Öff. Gesundh.-Wesen 37, 433-448
- MEMELSDORFF, F. 1930: Die Arbeitsgemeinschaften der kommunalen Spitzenverbände für das Gesundheitswesen, in: Zs. f. Gesundheitsverwaltung 1, 169-171
- NÜSSEL, E.; LAMM, G. (Hrsg.) 1983: Prävention im Gemeinderahmen, Europäische Erfahrungen in der Herz-Kreislauf-Vorsorge, München
- PETTENKOFER, M. v. 1873: Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt, Braunschweig
- PIECHOWIAK, H. 1985: Religionsspezifische Lebensweisen und Häufigkeiten von Krebserkrankungen. Eine Übersicht epidemiologischer Daten, in: Deutsches Ärzteblatt 82, 105-114
- ROSE, G./M. G. MARMOT 1981: Social class and Coronary Heart Disease, in: Brit. Heart Journ. 45, 13-19
- SCHWEERS, O. 1927: Die Gesundheitsfürsorge in der Gesetzgebung, in: Archiv f. Soziale Hygiene und Demographie 2, 109-122
- STÜRZBECHER, M. 1982: Volksgesundheitspflege im Wandel der Zeiten, in: DZV (Hrsg.), Festschrift zum 25-jährigen Bestehen der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., 13-20
- TROJAN, A./WALLER, H. (Hrsg.) 1980: Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizinische und psychosoziale Berufe, München
- TROSCHKE, J. v. 1983: Präventive Gemeindestudien in der BRD, in: Deutsches Ärzteblatt 80, 65-70
- VUORI, H. 1983: Community Participation in Primary Health Care - a Means or an End?, verv. Ms., WHO/Kopenhagen
- WHO/EUR 1984 a: European Regional Targets for HFA 2000, (ICP/EXM 001/m 01/5; 6. Apr. 1984), Kopenhagen
- WHO/EUR 1984 b: Regional Targets in Support of the Regional Strategy for Health for All, (EUR/RC 34/7; 14. July 1984), Kopenhagen

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfons LABISCH, M.A.
FB 4 der Gesamthochschule Kassel
Heinrich-Plett-Straße 40
3500 Kassel