

### III. Gesundheit und soziale Dienste

Alfons Labisch

#### Gemeinde und Gesundheit

Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens

„Vielmehr ist es auch für das Gesundheitswesen gewiß, daß das was wir in ihm gegenwärtig besitzen und künftig anstreben, so gut wie alle menschlichen Fortschritte auf den Schultern einer (...) Vergangenheit steht. Alle Gegenwart, und so auch die des heutigen Gesundheitswesens, ist doch zuletzt eine stillstehende Geschichte. Alle Geschichte aber trägt gleich von Anfang an den ersten Keim ihrer Entwicklung in sich. Es ist darum nicht bloß ein Bild von hohem Interesse (...), sondern dasselbe wird zugleich zur Grundlage des Verständnisses der Gegenwart, und zeigt uns die Richtung, welche ihre Linien in die Zukunft ziehen.“

L. v. Stein, Verwaltungslehre, I<sup>2</sup>1882, 90.

#### 1. Problemstellung

„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 Wege der Selbstverwaltung zu erwarten.“ So lautete der erste Satz der Resolution, mit der 1873 der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ der Öffentlichkeit bekanntgemacht wurde (Geigel, <sup>2</sup>1875, 231). Als 1928 die „Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf dem Gebiete des Gesundheitswesens“ ihre Arbeit aufnahm, lautete deren Grundsatz, daß „die Führung der Gesundheitsfürsorge bei den *Gemeinden* liegt und liegen muß“ (Memelsdorff, 1930, 169).

Diese beiden Sätze lösen heute sowohl durch ihre Aussage als auch durch ihre selbstverständliche Entschiedenheit Verwunderung aus. 1982 leitete auf einer Bürgergung zu dem übergeordneten Thema „Prävention im Gemeinderahmen“ ein Bürgermeister seinen Vortrag folgendermaßen ein: „Ich bin etwas überrascht, hier sprechen zu sollen und kann mich deshalb kurz fassen“ (Bettinger, in: Nüssel/Lamm, 1983, 20). Dieses Beispiel mag dafür stehen, daß das Selbstverständnis der Kom-

mune als eines genuinen Ortes der Gesundheitssicherung und Gesundheitspolitik heute weitgehend verschwunden ist. Gleichwohl zeigen diese Tagungen und andere gleichlaufende Aktivitäten in der Prävention (z. B. v. Troschke 1983) wie in der nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Programmentwicklung (z. B. Trojan/Waller, 1980; Vuori, 1983), daß die Bedeutung der Gemeinde in der Gesundheitssicherung wieder entdeckt wird – wenngleich vorerst nur auf der Ebene der Wissenschaft und nicht auf der Ebene kommunaler Politik (dazu z. B. Abt/Giesecke, 1983; Iges, 1984).

Mit diesem Problemaufriß wäre an sich schon das Interesse geweckt, mit der Frage in die Geschichte der Medizin zu blicken, wie die Entwicklung des Gesundheitswesens in den Städten verlaufen ist. Tatsächlich sind hierzu in der jüngsten Zeit – von verstreuten kleinen Beiträgen abgesehen (z. B. Bleker, 1983; Junker, 1975; Piechocki, 1968; Rosen, 1973; Sons, 1983; Stürzbecher, 1977; Treue, 1970) – einige Aufsatzsammlungen und Monographien erschienen (z. B. Artelt/Rüegg, 1967; Kirchgässner/Sydow, 1982; Rodegra, 1979; Russell, 1981; v. Simson, 1983; Sydow, 1981). Übergreifende und umfassende Darstellungen fehlen indes, so daß es nach wie vor lohnt, auf zwar veraltete, aber materialreiche Monographien zur Entwicklung des Gesundheitswesens und der Sozialmedizin zurückzugreifen (Fischer, 1933; Sand, 1952; Rosen, 1956; Brockington, 1965 und 1966). Bislang wurde jedoch nicht untersucht, aufgrund welcher allgemeiner Bedingungen sich ein öffentliches Gesundheitswesen mit der Differenzierung in kommunale und staatliche Interventionsstrategien entwickelte und warum diese Differenzierung schließlich verloren ging. Zu den Entwicklungslinien und Entwicklungsmomenten des kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens in Deutschland von ca. 1830 bis 1940 ist allerdings derzeit eine größere Monographie im Druck (Labisch/Tennstedt, 1985): hier wird unter systematischen Aspekten herausgearbeitet, wie vor dem Hintergrund allgemeiner zivilisatorischer Entwicklung im Zusammenwirken von Politik und Wissenschaft staatliche und kommunale Formen öffentlicher Gesundheitsleistungen entstanden und warum und wie schließlich die reiche Kultur kommunaler Gesundheitssicherung in der Anfangsphase der NS-Zeit systematisch vernichtet wurde (dazu vorerst Labisch/Tennstedt, 1984a und b).

Mit dem Hinweis auf die vorliegende ältere und neuere historische bzw. historisch-soziologische Literatur können im folgenden einige systematische Gesichtspunkte erarbeitet werden: Wann erscheint Gesundheit auf der Ebene von Stadt und Staat als eigenes Problem? Wie wird dieses Problem definiert? Welche Interventionsstrategien werden geplant und umgesetzt? Welche Rolle spielen Ärzte und Gesundheitswissenschaften in diesem Prozeß, welche die Macht- bzw. Herrschaftsträger? Diese Problembereiche, die ob der vorgegebenen Kürze jeweils nur zusammenfassend berichtet werden können, werden abschließend systematisiert: Lassen sich Wahrnehmungsschwelle und Interventionsformen eines kommunalen und eines staatlichen Gesundheitswesens differenzieren? Was macht die spezifische Problemart, Interventionsform und das Subjekt und Objekt eines kommunalen gegenüber einem staatlichen Gesundheitswesen aus?

## 2. Vorläufer und frühe Formen des öffentlichen Gesundheitswesens in Staat und Stadt

Das Medizinedikt des Kaisers Friedrich II. von 1240 wird oftmals als frühe und richtungsgebende Form des staatlichen Gesundheitswesens genannt (z. B. Fischer, 1933, I, 162 ff.). Diese Verordnung regelte vor allem Ausbildung, staatliche Zulassung und Aufgaben der Ärzte. Tatsächlich galt dieses Edikt nur für das Königreich Sizilien: nur hier gab es – in Salerno – eine medizinische Hochschule, nur hier hatten Reste der griechisch-römischen Verwaltung überdauert, die sicherstellen konnten, daß die Medizinalordnung durchgesetzt und eingehalten wurde (Stürzbecher, 1963).

Vorläufer und frühe Formen des öffentlichen Gesundheitswesens entstanden nicht in kleinen sozialen Einheiten wie etwa in den überschaubar und zerstreut organisierten Agrargebieten, sondern in den Städten – vor allem seit der Entfaltung der Verkehrs- und Marktwirtschaft im Wandel vom späten Mittelalter zur Neuzeit. Abgesehen von der jeweils im Einzelfall zu klärenden Frage, ob es sich bei den in Urkunden genannten ‚Physici‘ um in der Stadt angesiedelte oder aber von der Stadt bestellte Ärzte handelt, lassen sich offiziell angestellte Stadtärzte bis in das 13. Jahrhundert zurückverfolgen. Neben der ärztlichen Hilfe für die Stadtarmen bestand ihre Aufgabe auch darin, die nachgeordneten Medizinalpersonen (Wundärzte, Apotheker, Hebammen etc.) zu beaufsichtigen. Stadtwundärzte übernahmen die handwerklich ausgerichtete und organisierte Wundversorgung. Für Apotheker, die ebenfalls bis ins frühe 13. Jahrhundert zurückzuverfolgen sind, und Hebammen gab es eigene Ordnungen. Die frühen städtischen Medizinalordnungen befaßten sich meist mit den Aufgaben der Medizinalpersonen im weitesten Sinne: Insbesondere regelten sie das Verhältnis von Ärzten und Apothekern; so war seit frühester Zeit beispielsweise die Geschäftsgemeinschaft von Arzt und Apotheker verboten. In den städtischen Medizinalordnungen wurden die die Medizin ausübenden Personen in eine ähnlich formale Ordnung gezwungen, wie sie Handwerkern und Kaufleuten in den Gilden und Zünften auferlegt war – es ging in den Medizinalordnungen in erster Linie um eine Regelung der Konkurrenz und der Geschäftspraktiken zwischen den Medizinalpersonen und gegenüber anderen Berufen: ausschlaggebend waren offenbar nicht gesundheits- sondern ordnungspolitische Vorstellungen. Darüberhinaus wurden die besonders qualifizierten Stadtärzte als Berater der städtischen Führung verpflichtet.

Kennzeichnend für das spätmittelalterliche kommunale Gesundheitswesen ist die Reaktion der Handelsstädte auf die Pest, die zu einer schrecklichen Geburtshelferin des Gesundheitswesens wurde. 1486 wurde in der Republik Venedig ein für viele andere Städte beispielhafter Gesundheitsrat gebildet, der aus drei adligen Stadtherren bestand (Rodenwaldt, 1956). Diesen „Provveditori alla sanità“ war anheimgestellt, „auf Erscheinungen des öffentlichen Lebens, die geeignet erschienen, Leben und Gesundheit der Bevölkerung zu schädigen“, sinnvoll und zweckmäßig zu reagieren (Rodenwaldt, 1956, 13). Zwar gab es in Venedig seit dem 13. Jahrhundert

eine Ärztezunft. Diese wurde aber nicht zum städtischen Gesundheitsrat herangezogen, sondern unterlag vielmehr dessen strenger Aufsicht. Die öffentliche Gesundheitssicherung wurde also als Aufgabe der städtischen Herrschaft und Verwaltung begriffen, die das Marktwesen, den Lebensmittelverkehr, die Kontrolle der Ein- und Ausfuhr, die Anordnung von Quarantänen, das städtische Hospitalwesen und die Medizinalaufsicht umschloß, und den Ärzten und anderen Medizinalpersonen nur eine nachgeordnete Rolle zuwies. Auch den allgemeinen Markt- und Stadtordnungen kann man eine mittelbare gesundheitliche Wirkung nicht absprechen. Der helfende Aspekt, der im kommunalen Gesundheitswesen frühzeitig angelegt war, wurde durch einen ausgrenzenden Aspekt ergänzt, der sich nicht nur gegen die vermuteten Träger von Krankheiten, sondern gegen Bettler, Arme, Juden, „Fremde“ schlechthin wandte. Die eher reaktiven Maßnahmen des frühen kommunalen Gesundheitswesens ergaben sich aus den von übergeordnetem Nutzen angesehenen Teil- oder Gesamtzielen der städtischen Gemeinschaft: In den Handelsstädten wurden beispielsweise Maßnahmen ergriffen, die einerseits aus dem Hauptziel der Stadt, nämlich dem Warenverkehr, folgten, diesen andererseits aber behinderten (Isolation, Quarantäne etc.). Damit ist die Zweispältigkeit öffentlicher Gesundheitsleistungen, die immer auch in individuelle und kollektive Handlungsabläufe eingreifen, gekennzeichnet.

Eine neue Qualität im Argumentationszusammenhang städtischer Gesundheitspolitik wurde erreicht, als in Medizinalordnungen vorgeschlagen wurde, ein Gemeinwesen zu schaffen, das den Mitbürgern ein gesundes Leben zum Nutzen und Frommen aller garantiert. Diese von Ärzten vorgetragenen Vorschläge waren nicht mehr reaktiv auf empirisch bekannte Gesundheitsgefahren ausgerichtet, sondern strebten eine zielorientierte, vorbeugende Gestaltung von Verhalten und Verhältnissen an; sie mußten daher zwangsläufig mit vorherrschenden Denksystemen und Wertevorstellungen einhergehen, um bei den politischen Machträgern einen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf zu begründen. Voraussetzung für derartige Vorschläge ist, daß Gesundheit und Krankheit nicht mehr als gottgesandtes Schicksal, sondern als machbar bzw. vermeidbar angesehen werden: Der Tod muß seines religiösen Bedeutungsgehaltes entkleidet, der Körper für übergeordnete Ziele instrumentalisiert sein.

Joachim Struppius, Stadtarzt in Frankfurt, schlug beispielsweise 1573 eine „Nützliche Reform zu guter Gesundheit und christlicher Ordnung“ vor (Struppius, 1573). Dieser neue Gedanke einer vorgehenden Gesundheitssicherung schlug sich auch 1582 in der „Ordnung zwischen den Herren Doctorn Medicinae zu Augspurg, mit eines Ersamen Rahts daselbsten Wissen und Bewilligung auffgericht“ nieder (Fischer, 1933, I, 91) – mit dieser Ordnung wurde wiederum beispielhaft ein städtisches „Collegium medicum“ gegründet. Ähnliche Ordnungen tauchten auf Landesebene zunächst nur vereinzelt auf. Der Fürstbischof von Passau legte allerdings schon 1407 in einer Medizinalordnung fest, daß es Pflicht eines wachsamem Oberhirten sei, für das Wohl der Menschen in seelischer und körperlicher Hinsicht nach

Kräften zu sorgen (Fischer, 1933, I, 167). Die Regelung der Medizinalverhältnisse blieb vorerst jedoch weitgehend den Städten.

Erst im Rahmen des politisch administrativen Konsolidierungsprozesses der neuzeitlichen Territorialstaaten ab der Mitte des 17. Jahrhunderts wurden auch auf staatlicher Ebene die medizinischen Institutionen und Medizinalpersonen dem staatlichen Ordnungsbedürfnis unterworfen (Schwartz, 1973). Landgraf Moritz von Hessen etwa schuf 1616 einen „General- und Allgemein-Collegium medicum“: Damit wurde den in den Städten bereits vorhandenen Ordnungsstrukturen eine übergeordnete territoriale Aufsichtsbehörde mit zwei Provinzialkollegien als Zwischeninstanzen vorangestellt, die eine einheitliche Medizinalverwaltung für das Herrschaftsgebiet sicherstellen sollten. Richtungsweisend sollte das „Königlich-Preußische und Kurfürstlich Brandenburgische Medizinal-Edikt und Ordnung“ von 1685 werden: Auch diese Ordnung enthielt nichts, was nicht schon in den städtischen Vorbildern gegeben war, wurde aber als Medizinalordnung eines Herrschaftsgebietes „der Grundstein einer dauerhaften und weithin wirkenden Medizinalpflege“ (Fischer, 1933, I, 331 nach Caspar, 1828).

Die territorialstaatlichen Medizinalordnungen schlossen damit zwar von Inhalt, Zielsetzung und Organisation an die städtischen Medizinalordnungen an. Gleichwohl richtete sich die Problemsicht einer Gesundheit als staatlicher Aufgabe auf diejenigen Teilbereiche, die für die Ausbreitung und Konsolidierung staatlicher Macht und Herrschaft nach außen wie nach innen besonders bedeutsam waren. Der Staatsrechtler Lorenz von Stein hat diesen Prozeß in seiner Verwaltungslehre scharf herausgearbeitet (v. Stein, 1867; <sup>2</sup>1882). Das Heerwesen als staatliches Mittel der äußeren Machtsicherung stand außerhalb der Staatswissenschaften und Verwaltungslehre; gleiches galt für das Heeressanitätswesen. Erst mit der allgemeinen Wehrpflicht eines Staatsbürgertums, also mit Beginn des 19. Jahrhunderts, trat das Heerwesen als organischer Teil in das Staatswesen ein. Ebenso wie beim äußeren Gewaltmonopol war auch beim inneren Gewaltmonopol, der Rechtspflege, das Urteil medizinischer Sachverständiger nötig. Die historisch sehr weit zurückreichende gerichtliche Medizin zählt nach von Stein als Bestandteil staatlich garantierter Rechtssicherheit ebenfalls nicht zum öffentlichen Gesundheitswesen im engeren Sinne. „Das was wir das *eigentliche Gesundheitswesen* nennen, entsteht nämlich (...) da, wo vermöge ihres öffentlichen Werthes die Gesundheit, der Schutz und die Pflege derselben als solche dem Staate in seiner Verwaltung zum Bewußtsein kommen“ (v. Stein, <sup>2</sup>1882, 89).

V. Stein grenzt daher das internationale Gesundheitswesen, das Gesundheitswesen des Heeres, das Gesundheitswesen in Volks- und Staatswirtschaft und das Gesundheitswesen in der Rechtspflege vom „*eigentlichen Gesundheitswesen*“ ab, in dem die „öffentliche Gesundheit Gegenstand der verwaltenden Thätigkeit wird“ (v. Stein, <sup>2</sup>1882, 67). Diese wiederum sei in das Medizinalwesen als Regelung und Aufsicht der Heilberufe und Heilanstalten sowie in das Sanitätswesen (vormals: Medizinische Policey, Staatsarzneikunde) als Gesundheitspflege im engeren Sinne zu unterscheiden. Dieses *eigentliche öffentliche Gesundheitswesen* des neuzeitlichen

Staates erscheint im Rahmen absolutistischer Wohlfahrtspolitik zunächst als Bestandteil der Kameralwirtschaft und hier insbesondere der Peuplierungspolitik (Rosen, 1974).

Allerdings war die Wahrnehmungsschwelle staatlichen gesundheitspolitischen Handelns nicht nur auf die für den Machtausbreitungsprozeß relevanten Teilbereiche beschränkt, sondern auch die Problemlösungsstrategien wurden der Form staatlichen Handelns angepaßt: Gemäß dem herrschaftlichen Aspekt staatlichen Handelns wurden gesundheitliche Interventionen in formal-bürokratisches Verwaltungshandeln umgewandelt. Dieser Prozeß wird besonders auffällig, wenn man – etwa am Beispiel Preußens – verfolgt, wie die Fürsten zunächst die personal organisierten Formen des städtischen Gesundheitswesens in der Form der Leib- und Hofärzte (zur Rolle der Leib- und Hofärzte z. B. v. Hoffmeister, 1975) und den zunächst noch kollegial organisierten Medicinalcollegien übernahmen, diese bei der territorialstaatlichen Machtausbreitung allmählich formalisierten und schließlich – politisch vorgegeben durch die Reorganisation der Preußischen Staatsverwaltung durch Stein-Hardenberg ebenso wie durch die Restauration nach 1815 – einem strikten Formalisierungsschub unterwarfen. Die Kollegialstruktur wurde teilweise aufgehoben zugunsten einer direkten Einbeziehung in die innere Verwaltung bis hin zur Ministerialebene. Die Ärzte gewannen dabei aber bestenfalls eine Linienfunktion und waren juristischen Fachbeamten und adligen Herrschaftsträgern nachgeordnet. So wurden die Physici von kommunalen und ständischen Beamten zu fachlichen Beratern der inneren Verwaltung, der die alleinige Initiative in der Medizinal- und Sanitätsaufsicht als Aufgabe der Polizeiverwaltung zufiel. Ebenso wie in den Städten blieb damit auch beim Staat die eigentliche Initiative und Exekutive des öffentlichen Gesundheitswesens bei den tatsächlichen Herrschaftsträgern und nicht bei den Ärzten. Denn, so von Stein, wie wolle man bestreiten, „daß die Verwaltung des Gesundheitswesens denn doch etwas anderes ist als die Gesundheitslehre oder die ärztliche Wissenschaft“ (v. Stein, <sup>2</sup>1882, 27).

Es ist hier dem Eindruck entgegenzutreten, die Städte des ausgehenden 18. Jahrhunderts seien gegenüber der staatlichen Herrschaft ein Hort bürgerliche Freiheiten gewesen. Vielmehr zeigen die zahlreichen und – wohl mangels nötigen Gehorsams – ständig wiederholten Stadtordnungen bis hin zu peinlich genauen Kleiderordnungen, daß sich auch die städtische Obrigkeit des gesamten Lebenskreises ihrer Bürger ebenso, und wahrscheinlich sogar mit noch engerer Aufsicht, bemächtigen wollte wie der absolutistische Wohlfahrtsstaat (Gröttrup, 1973, 23 f.; Sachse/Tennstedt, 1981). Gleichwohl trat das nunmehr – bis auf die ärztliche Versorgung der Stadtarmen – fast gänzlich auf den Staat übergegangene öffentliche Gesundheitswesen in der Form herrschaftlich legitimierten Verwaltungshandelns auf. Die Physici erhielten dabei in Preußen mit Uniform und Dienstdegen auch äußere Insignien der Herrschaftsausübung. Die Verbindung von Medizin und staatlicher Gewalt wurde dadurch unterstrichen, daß die forensische Medizin als Bestandteil der staatlichen Rechtswahrung zu den Aufgaben des Physicus gehörte: in der Aufgabentrias von gerichtlicher Medizin, Medizinalwesen als Medizinalauf-

sicht und Sanitätswesen als reaktiver Sanitätspolizei sowie dem ebenfalls mit Zwang belegten Impfwesen überwog eindeutig der ordnungspolitische, teils zwangsmäßige Charakter staatlicher Eingriffsverwaltung.

### 3. Frühe Merkmale kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens

Es lassen sich damit bereits für die Periode, bevor das eigentliche neuzeitliche kommunale und staatliche Gesundheitswesen entstand, einige typische Merkmale des öffentlichen Gesundheitswesens an sich sowie seiner städtischen und staatlichen Ausprägungen unterscheiden. Voraussetzung für die Entstehung von öffentlichem Gesundheitswesen überhaupt ist ein umgrenztes, dauernd dicht besiedeltes Gebiet mit Verkehrswirtschaft, differenzierter Herrschaftsstruktur und einer so angemessen ausgeprägten Verwaltung, daß die beschlossenen Maßnahmen durchgeführt werden können: Personal organisierte, zentrifugale Herrschaftsstrukturen mit Subsistenzwirtschaft wie etwa der mittelalterliche Feudalismus überlassen die Sorge für die Gesundheit dem einzelnen. „Verständnis und Aufgabe der öffentlichen Gesundheit (sc. stehen; A. L.) stets im gleichen Verhältnis zur Dichtigkeit der Bevölkerung“ (v. Stein, <sup>2</sup>1882, 99). Diese ergab sich zunächst in den Städten, die aber zugleich auch darauf angewiesen waren, die aus ihren besonderen Zielen herührenden Gefahren abzuwehren, bzw. die Mittel, die zu diesen Zielen führten, zu fördern: Damit entscheidet letztlich die aus der Komplexität der Interdependenzgefüge folgende gesellschaftliche Wertschätzung von Gesundheit, ob Gesundheit ein so hoher Stellenwert eingeräumt wird, daß öffentliche Maßnahmen eingeleitet werden, die stets nicht nur mit entsprechendem Bedarf an Mitteln, sondern auch dem Einfluß auf individuelle und öffentliche Verhältnisse und Verkehrsformen einhergehen. „Im Gesundheitswesen ist die öffentliche Gesundheit nicht mehr die Tatsache die anderen Gebieten angehört, sondern sie ist eine, auf selbständige Elemente beruhende *Aufgabe für das Leben des Staats*“ (v. Stein, <sup>2</sup>1882, 89) – und der Stadt.

Allerdings ist die Wahrnehmungsschwelle für die mögliche Gefährdung des kollektiven Gutes Gesundheit (dazu demnächst Labisch, 1985b und c) in der Stadt sehr viel niedriger als beim Staat. Sie ist nicht auf die unmittelbare Herrschaftsausübung begrenzt, die insbesondere durch die akut hereinbrechenden, großflächigen Epidemien gefährdet war. Vielmehr setzten sie bereits auf der Ebene möglicher Störungen des städtischen Gemeinschaftslebens ein, schlossen daher neben den akuten Epidemien auch die endemischen Krankheiten, chronische Krankheiten und massenhafte Hilfsbedürftigkeit mit ein. Damit sind dem kommunalen Gesundheitswesen zwar humanitär-helfende Aspekte durchaus näher als dem staatlichen Gesundheitswesen; externe Effekte öffentlicher Gesundheitsleistungen für das städtische Wirtschaftsleben und die Aufrechterhaltung der sozialen Strukturen einschließlich der städtischen Herrschaftsform sind aber gleichfalls gegeben. Anders gewendet: Der herrschafts- und ordnungspolitische Aspekt des öffentlichen Gesundheits-

wesens ging mit der Monopolisierung politischer und militärischer Machtmittel auf die neue Aggregatebene des Staates über, die Leistungsverwaltung als Ausfluß gesellschaftspolitischer Vorstellungen – sofern man hier bereits davon sprechen kann – blieb hingegen bei den Städten. Während der Staat die mit personalem und finanziellem Aufwand verbundenen personenbezogenen Leistungen immer „unten“ lassen, bzw. „nach unten“ abschieben kann, erwächst den Städten, sobald ihre soziale Integration durch gesundheitliche Problemlagen gefährdet wird, ein unmittelbarer Handlungszwang – d. h., der Staat kann, die Stadt muß intervenieren. Hinzu kommt, daß sich neue Problemlagen stets zunächst auf niederen sozialen Organisationsstufen zeigen und hier jeweils einen neuen Handlungsbedarf setzen. Die Interventionsstrategien des städtischen Gesundheitswesens haben daher von vornherein einen stärker leistungspolitischen Aspekt und wirken unmittelbar auf die gefährdenden Umstände und die gefährdeten Personen ein, während die staatlichen Interventionsstrategien im öffentlichen Gesundheitswesen reaktiv und formal-bürokratisch im Sinne der staatlichen Ordnungs- und Eingriffsverwaltung strukturiert sind.

#### *4. Die erste Phase des neuzeitlichen kommunalen Gesundheitswesens: die öffentliche Gesundheitspflege*

Die immanenten Unterschiede staatlicher und städtischer öffentlicher Gesundheitsleistungen wurden in der Industrialisierung immer deutlicher. Die Seuchenzüge der Cholera wurden durch den angestiegenen internationalen Handel und Wandel verbreitet und waren über Jahre hinaus vorherzusehen gewesen. Als die Cholera tatsächlich 1830 hereinbrach, versagten die staatlichen Maßnahmen gegenüber dieser gefürchtetsten Krankheit der ersten Phase der Industrialisierung völlig – mit Militärcordons und Schießbefehl wurde zwar die Kommunikation unterbunden, die Cholera breitete sich aber weiter aus. Der konservative Staat verharrte überdies in Passivität: das staatliche öffentliche Gesundheitswesen blieb in seinem Interventionsinstrumentarium über Jahrzehnte hin faktisch auf dem Stand der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert stehen. Die *Physici* dienten im wesentlichen als Berater und Gutachter medizinisch relevanter Bereiche der staatlichen Eingriffsverwaltung. Sie waren vorwiegend mit der gerichtsarztlichen und zunehmend mit der psychiatrischen Gutachtentätigkeit – als staatlich-exkludierende Ordnungsverwaltung – befaßt; die Sanitätsverwaltung stand weitgehend auf dem Papier.

Gegenüber dem staatlichen Gesundheitswesen der inneren Verwaltung wurde das Heeressanitätswesen – als medizinisch sensibler Bestandteil der äußeren staatlichen Machtausübung – seit der Wende zum 19. Jahrhundert systematisch gefördert und ausgebaut: Viele Neuerungen und Errungenschaften der ‚Assanierung‘ (Verbesserung der gesundheitlichen Zustände), des Impfwesens, der Massenernährung usw. wurden hier exemplarisch auch für das spätere städtische Sanitätswesen erprobt und durchgeführt.

Da der Arztberuf ein typisch bürgerlicher (Aufstiegs-)Beruf war und der preußische Adel weitgehend ein Militäradel, bot das militärische Sanitätswesen bürgerlichen Ärzten die Möglichkeit, in die – zur Rekrutierung geeigneten Nachwuchses permissive – Herrscherkaste des Adels bis hin zum Recht des Immediatvortrags beim König aufzusteigen: Die Professionalisierung der Medizin, hier verstanden als fachgebundene Anordnungs- und Ausführungsbefugnis der Ärzte über die von ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen, wurde im Militärsanitätswesen zuerst abgeschlossen.

Im Gegensatz zum Staat sank die Wahrnehmungsschwelle für gesundheitsrelevante Problemlagen in den Städten, die an der Schwelle zur Industrialisierung standen, rapide ab. Der „bürgerliche Verkehr“ (Geigel, 1874) war auf stete Leistung und stete Kommunikation angewiesen. Die staatlichen Maßnahmen gegen die Cholera legten hingegen den Verkehr lahm. Damit lagen Produktion und Kommunikation völlig darnieder: Die Verhinderung des Verkehrs wäre aber für die menschliche Gesellschaft im großen „gleichbedeutend mit der Abschneidung eines elementaren Lebenssubstrates“ (Geigel, <sup>3</sup>1882, 237). Pettenkofer sagte: „Der freie Verkehr ist ein so großes Gut, daß wir es nicht entbehren könnten, selbst um den Preis nicht, daß wir von Cholera und noch vielen anderen Krankheiten verschont blieben. Eine Sperre des Verkehrs bis zu dem Grade, daß die Cholera durch denselben nicht mehr verbreitet werden könnte, wäre ein viel größeres Unglück, als die Cholera selbst“ (Geigel, <sup>3</sup>1882, 237).

Als um 1840 in Deutschland die erste Phase der Industrialisierung einsetzte, waren die Industriestädte daher gezwungen, selbst die Initiative zu ergreifen; es galt, die allgemeine Ansteckungsgefahr zu senken, ohne das städtische Wirtschaftsleben und den regionalen, nationalen und internationalen Warenaustausch zu beeinträchtigen. Diesem gesundheitspolitischen Handlungsbedarf der Städte kam auf medizinischer Seite die neu entwickelte experimentelle Hygiene entgegen, eine Wissenschaft, die Seuchen nicht mehr als naturgegeben, sondern als künstlich und damit prinzipiell beherrschbar verstand. Die experimentelle Hygiene brachte den wissenschaftlichen Nachweis für den Nutzen präventiver Eingriffe in die unbelebte mittelbare und unmittelbare Umwelt, also in die Hygiene der Stadt, der Wohnung, der Kleidung, der Ernährung etc. Gleichsam als wissenschaftlicher Vorläufer hatte die Statistik nicht nur das epidemisch-akute sondern das endemisch-chronische – und alltägliche – Krankheitsgeschehen aufgedeckt: die Problemwahrnehmung einzelner aufmerksamer Beobachter wurde auf diese Weise verallgemeinert und damit politikfähig. Gleichzeitig entstand in der Medizin eine liberale bürgerliche Aufstiegsbewegung – vielfach getragen und vorangetrieben von einem starken jüdischen Element – gegen den christlich-konservativen Staat. Die Hygiene wurde nun zu einem Teil der naturwissenschaftlichen Medizin, die ihrerseits ein wesentliches Element der geistesgeschichtlichen Säkularisierung, des Abschieds von den traditionellen Mächten und traditionellen Weltinterpretationen wurde.

Die bürgerlichen politischen Ansprüche und Energien, die in der medizinischen Reformbewegung besonders deutlich wurden und durch die Revolution von 1848 ebenso zu allgemeiner Aufmerksamkeit gelangten wie sie den Staat und seine kon-

servativen Führungsschichten nachhaltig gegenüber Ärzten, Medizin und medizinischen Fakultäten verprellten, entfalteten sich nun innerhalb der Freiräume der Selbstverwaltung, d. h. innerhalb von Universität und Stadtgemeinde. Der in der Anfangsphase geäußerte Apell an den Staat und die zwangsläufig bürokratische Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege (z. B. Neumann, 1847; Virchow, 1848) wurde späterhin als „verzeihlicher Irrthum“ angesehen (Geigel, <sup>3</sup>1882, 126).

Die wissenschaftlichen Energien der Medizin, die nun nachweisbare Problemlösungsstrategien vorschlagen konnte, und der akute Handlungsbedarf der Städte ließen innerhalb eines restaurativen Nachtwächterstaates schließlich die erste Phase des kommunalen Gesundheitswesens entstehen: die politische Ideologie der bürgerlich-liberalen Medizinischen Reformbewegung, die Problemlösungsstrategien der Hygiene und der Handlungsbedarf der Städte/Industriestädte vereinigten sich so zu einem neuen Modell öffentlicher Gesundheitsleistungen. Das politische Handlungspotential resultierte dabei wesentlich aus der politischen Spannung zwischen Bürgertum und Adel bzw. der Konkurrenz der Städte untereinander und gegenüber der staatlichen Herrschaft.

In dieser Ära der Assanierung der Städte wurde die staatliche „Medizinal- und Sanitätspolizei“ in die „öffentliche Gesundheitspflege“ gewendet: an die Stelle der reaktiven staatlichen Eingriffsverwaltung trat die vorbeugende städtische Leistungsverwaltung, die durch die Verbesserung der hygienischen Situation ursächlich in das Krankheitsgeschehen eingriff, indem sie die Krankheitsursachen nachhaltig beseitigte. Diese erste Phase des neuzeitlichen kommunalen Gesundheitswesens war durch eine überregionale und interdisziplinäre Kooperation gekennzeichnet: formale Ausgangspunkte war ein weiterer Bestandteil bürgerlicher Kultur – der Verein. 1869 wurde der „Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ gegründet, der Vorbild für den überaus einflußreichen, 1873 gegründeten „Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ wurde. In diesem und ähnlichen Vereinen arbeiteten Bürgermeister und Verwaltungsbeamte als Spitzen kommunaler Politik und Verwaltung eng mit Fachvertretern angewandter Naturwissenschaften zusammen, darunter neben den Ärzten insbesondere mit Architekten und Ingenieuren – das Spezialfach „Tiefbau“ entstand erst jetzt. Gleichzeitig setzte diese Ära öffentlicher Gesundheitspflege einen Schub kommunaler Investitionen in Gang, der bislang noch nicht erforscht ist (Cain, 1977).

##### *5. Die Bakteriologie als neuer Impuls für das staatliche Gesundheitswesen*

Die experimentelle Hygiene beruhte auf einem ökologischen Ansatz, in der der unspezifisch gedachte Keim lediglich einen Faktor innerhalb einer lokalistischen – heute würde man sagen: ökologischen – Grundwasser-/Bodentheorie darstellte. Dieser theoretische Ansatz kam zwar der bürgerlich-liberalen Ideologie der Industrie- und Handelsstädte entgegen, weil er Isolation, Quarantäne und alle Maßnahmen, die Kommunikation, Handel und Warenverkehr unterbanden, für unsinnig

und nutzlos erklärte; dafür konnte er aber die Spezifität der Krankheitsursachen und Krankheiten nicht erklären. Die Bakteriologie beseitigte mit den von Robert Koch entwickelten Methoden dieses wissenschaftliche Erklärungsdefizit mit einem Schlag: gleichzeitig zerstörte die Bakteriologie aber auch den Erklärungszusammenhang des ökologisch ausgerichteten städtischen Gesundheitswesens. Denn nun konnte man jenseits sozialer und ökologischer Faktoren auf einen spezifischen Keim und eine spezifische Krankheit hin eingreifen. Gleichzeitig kam die Bakteriologie dem neuerlichen medizinischen Handlungsbedarf des Staates entgegen, der durch erhebliche Leuteverluste durch Seuchen während der Kriege zwischen 1866 und 1871 wie durch Ansätze zu kolonialer Expansion hervorgerufen wurde (allgemein s. Ackerknecht, 1948).

So befruchtete die Bakteriologie zwar auch das städtische Gesundheitswesen, indem sie die Spezifizierung und Technisierung der Stadthygiene vorantrieb; ebenso befruchtete die Bakteriologie die individuelle Prophylaxe sowohl durch persönliche Hygiene als auch durch aktive und passive Immunisierung (Behring), die individuelle Therapie (Ehrlich) und schließlich die Medizin allgemein (z. B. Asepsis: von Bergmann). Für den Bereich der öffentlichen Gesundheitsleistungen wirkte die Bakteriologie jedoch besonders auf das Militärsanitätswesen und leitete erst über primär militärische Ziele allgemeine hygienische Maßnahmen ein: Musterbeispiel ist hier der systematische Kampf gegen den endemischen Typhus, der Anfang des 20. Jahrhunderts im Aufmarschgebiet der deutschen Armee gegen den „Erzfeind“ Frankreich begonnen wurde. Daher wurde durch das Herrscherhaus und politische Machsträger auf der Ebene des Reiches und der Einzelstaaten um Robert Koch und seine Schule gewissermaßen eine eigene, neue Struktur wissenschaftlicher Sonderinstitute außerhalb der Universitäten und der staatlichen Medizinalverwaltung, nämlich der Medizinaluntersuchungsämter auf der Ebene der mittleren Verwaltung aufgebaut. Die ökonomische Verwertung und damit Industrialisierung der individual-therapeutischen Folgen der Bakteriologie bei den Impfsenen und den neuen Medikamenten folgte erst später. Die Bakteriologie entsprach in ihren Interventionsformen dem klassischen staatlichen Verwaltungshandeln im Gesundheitswesen: denn sie begründete auf neue Weise die spezifische Isolierung und Desinfektion – und führte damit gewissermaßen zur wissenschaftlichen Absicherung und Technisierung der überkommenen Gesundheitspolizei. Dieses Feld der Abwehr spezifischer, jenseits zeitlicher, örtlicher, individueller und allgemeiner Hilfsursachen sich verbreitender Krankheiten – so etwa der Pocken – wollten auch entschiedene Verfechter eines wissenschaftlich und praktisch eigenständigen kommunalen Gesundheitswesens dem Staat überlassen – und zwar aus systematischen Gründen unterschiedlichen Interventionsstrategien kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens (Geigel, <sup>3</sup>1882, 231 f.). Darüber hinaus erlaubte die spezifische Sicht der Bakteriologie, das Problem Krankheit zu individualisieren, indem sie diese zu einem Problem des Kranken und des Arztes erklärte. Hier konnte die inzwischen begonnene sozialpolitische Befriedigung des Massenproblems Krankheit über die Arbeiterversicherung erfolgreich weitergeführt werden.

Aufgrund der inzwischen völlig geänderten sozialen und wissenschaftlichen Situationen wurde nach und nach auch das staatliche Medizinalwesen umgeformt: in Preußen wurde beispielsweise 1899 durch das Kreisarztgesetz die staatliche Medizinalverwaltung in der unteren Instanz den neuen Erfordernissen angepaßt, wengleich die Haupttätigkeit der Kreisärzte nach wie vor im Bereich staatsorientierter Verwaltung und Begutachtung blieb – der Vorsprung der städtischen Selbstverwaltung in der Gesundheitspflege war nicht aufzuholen. Nicht zuletzt über die neuen, bakteriologisch ausgerichteten Institute wurde die Medizinalverwaltung innerhalb der staatlichen Verwaltung so umfangreich und fachspezifisch, daß vor dem Ersten Weltkrieg auch in der Medizinalverwaltung der Einzelstaaten Ärzte an die Spitze eines Herrschaftssystems traten, die bislang Adel und juristisch ausgerichteter Bürokratie vorbehalten war. Über die Bakteriologie und vermittelt über das militärische Sanitätswesen wurde folglich der Professionalisierungsprozeß der Medizin in der Bürokratie der Einzelstaaten abgeschlossen.

6. *Die zweite Phase des neuzeitlichen kommunalen Gesundheitswesens:  
die kommunale Gesundheitsfürsorge*

Die beiden klassischen Gesundheitswissenschaften des 19. Jahrhunderts, die experimentelle Hygiene und die Bakteriologie, hinterließen Erklärungsdefizite, die zu den beherrschenden Gesundheitswissenschaften der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts führen sollten, nämlich der Konstitutionshygiene, der Sozialhygiene und der Rassenhygiene. Diese wiederum führen neue Phasen des öffentlichen Gesundheitswesens an.

Die Bakteriologie konnte zwar die Spezifität der Krankheitsentstehung erklären, legte aber anfangs eine gleichmäßige Wirkung des Keimes zugrunde: damit konnte jedoch nicht erklärt werden, warum derselbe Keim bei unterschiedlichen Menschen unterschiedliche Wirkung hervorrief – am auffälligsten war das Beispiel der Tuberkulose, die als „Proletarierkrankheit“ *die* Krankheit der zweiten Phase der Industrialisierung Deutschlands werden sollte. Es hatte sich nämlich in umfangreichen Untersuchungen herausgestellt, daß faktisch alle Menschen infiziert waren, nur wenige aber manifest erkrankten: diese aber waren durch besonders ungünstige Lebensumstände ausgezeichnet, die wiederum durch epidemiologische Untersuchungen ermittelt wurden – Wohnung und Nahrung standen hier an erster Stelle. Aus diesem Erklärungsdefizit speiste sich eine Quelle der Sozialhygiene, die im spezifischen Keim nur noch das letzte Ereignis in einer Kette von Umständen erblickte, die eine Infektionskrankheit erst zu einer Seuche werden ließ (Gottstein). Andere Quellen der Sozialhygiene waren die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Grotjahn) und die Kulturhygiene (Fischer) als Gedanke, Gesundheit und gesundheitsgerechtes Verhalten zu einer generellen Richtschnur des Lebens im Industriezeitalter werden zu lassen.

Auf diese Weise befruchtete die Sozialhygiene das städtische Gesundheitswesen:

denn die Bakteriologie hatte zwar die ökologische Konzeptualisierung der öffentlichen Gesundheitspflege zerstört, sogar der Lächerlichkeit preisgegeben (z. B. Behring 1893), aber keine adäquaten Interventionsstrategien anbieten können, wie mit den gesundheitlichen und sozialen Problemlagen der nun rasch voranschreitenden Industrialisierung umzugehen sei. Die Sozialhygiene brachte den entscheidenden Wandel von der umgebungsbezogenen zur gruppenbezogenen Intervention: die städtische Assanierung war prinzipiell gelöst und durch die Bakteriologie zusätzlich spezifiziert und technisiert worden. Nunmehr war Gegenstand des öffentlichen Gesundheitswesens „nicht mehr die unbelebte Umwelt, sondern das von Gefahr bedrohte und Gefahr verbreitende Individuum (...), aber nicht als solches, sondern als Bestandteil der gesamten Gesellschaft“ (Gottstein, 1908, 513). Es war dies in der Sprache des ausgehenden 19. Jahrhunderts „dieser vierte Stand, der ungelöste Rückstand der Cultur, theils für sich als eine sociale Krankheit, theils als ein stets gährungsfähiger Herd der Gefahr für die ganze Gesellschaft“ (Geigel, <sup>3</sup>1882, 115). Nun, eine Generation später, galt es aber, diesen menschlichen „Rückstand“ systematisch in die industrielle Lebenswelt zu integrieren: das wiederum ursächlich orientierte Konzept der Sozialhygiene verband sich mit der humanitären Liebestätigkeit in den Städten, so daß man ebenso sagen kann, die Sozialhygiene verband Humanität und Wissenschaft, wie man sagen kann, die Sozialhygiene brachte die Verwissenschaftlichung des sozialen Moments in der Hygiene und Medizin. Dazwischen gab es viele vermittelnde Formen der „sozialen“ Hygiene gegenüber der Bakteriologie: so z. B. die Volkshygiene, die sich weniger kritisch auf die Verhältnisse als auf das Verhalten der Arbeiterbevölkerung richtete.

Keineswegs außer acht lassen darf man den externen Nutzen, der auch in der neuzeitlichen kommunalen Gesundheitspflege gegeben war – und auch völlig offen artikuliert wurde. In der Assanierungsära ging es darum, die allgemeine Ansteckungsgefahr, die aus den Arbeitervierteln drohte, zu beseitigen. Bei dieser auch auf die Bevölkerung gerichtete Assanierung der Armenviertel sollte, wenngleich vorwiegend appellativ, das Proletariat auch körperlich, geistig und seelisch gereinigt werden. Die Assanierungsära ging daher vielfach in eine säkularisierte Missionsbewegung über, in der das billige und durch die Stadtkanalisation allgegenwärtige Wasser zum Allheilspender äußerer und innerer Sauberkeit geriet. Sittlichkeit und Moral wurden in der Reinlichkeit und Sauberkeit bereits in dieser Welt real (Pettenkofer, 1876, 39). Pettenkofer entwickelte in seinen populären Vorträgen eine eigene „Wirtschaftslehre der Gesundheit“, in der er vor seiner bürgerlichen Zuhörerschaft die Investitionen in „Gesundheit“, angefangen von Nahrung und Wohnung bis zur „Race“ und Sittlichkeit und Moral, gegen die Verluste an Menschenleben durch Un-  
terlassen kommunaler Gesundheitspflege verrechnete (Pettenkofer, 1876). Die Ver-  
stetigung des „bürgerlichen Verkehrs“ (Geigel) rechtfertigte die hohen Investitio-  
nen, rechtfertigte den Gestaltungswillen der Stadt, ja rechtfertigte sogar den Ein-  
griff in die Produktion selbst, sofern Arbeit die allgemeine Arbeitskraft oder die öf-  
fentliche Gesundheit – und eben nur diese – gefährdeten (Geigel, <sup>3</sup>1882, 113–

117): „Denn es gibt kein öffentliches Leben ohne eine öffentliche Gesundheit. Und deren Schwankungen können für Niemand gleichgültig sein.“ (Geigel, <sup>3</sup>1882, 9).

In der Ära der Gesundheitsfürsorge wurden die Erziehungsmittel mit der Ausbreitung „hygienischer Kultur“ umfassender und subtiler. Zugleich wurde auch die Nachfrage durch die Bevölkerung, die sich vom Proleten zum Industriearbeiter assimilierte (Tennstedt, 1983), nachhaltiger. Der appellative Charakter fiel ebenfalls fort: der wissenschaftlichen Organisation der Produktion entsprach nun die wissenschaftliche Organisation der Reproduktion. Dieser über „Gesundheit“ vermittelte Prozeß der Ausbreitung zivilisierten Verhaltens auf vormals periphere Unterschichten war zum einen durch die Form gesundheitlicher Leistungen über die Gesundheitsfürsorge und das neue Kassenarztwesen selbst gegeben: über das Angebot und die Inanspruchnahme medizinischer und gesundheitsfürsorgerischer Dienstleistungen war also eine mittelbare Verhaltenssteuerung und -regulierung teils durch positive und negative Anreize, teils durch die Dienstleistung als solche gegeben. Systematische, feldzugsähnliche Kampagnen der Gesundheitserziehung mit dem Mittelpunkt des Dresdner Hygiene-Museums, finanziert durch den Odol-Fabrikanten Lingner, taten ein übriges; diese Gesundheitsausstellungen, -kurse etc., teilweise vorangetrieben durch arbeiternahe Krankenkassen, weckten ein erhebliches Gesundheitsinteresse und -bedürfnis in der Bevölkerung. Der Bedarf nach neuen, einsehbaren, nicht zuletzt auch den bürgerlichen Schichten modisch angepaßten Verhaltensweisen war in der qualifizierten, aufstiegsorientierten Arbeiterbevölkerung enorm – ein allgemein verbindliches und normatives Gesundheitsideal wird folglich dann akzeptiert, wenn es den Bedürfnissen im Assimilationsprozeß befindlicher Unterschichten nach neuen Verhaltensanweisungen entspricht (Frevert, 1984; Labisch, 1985b und c).

Das Ziel, die Reproduktion der Arbeitskraft zu verstetigen, wurde auch in dieser neuen Phase des kommunalen Gesundheitswesens deutlich angesprochen. Der Soziologe Rudolf Goldscheid entwickelte 1911 eine „Menschenökonomie“, die das Gesundheitswesen der Stadt Wien beeinflusste (Hubenstorf, 1981): galt es doch, in der intensiven Produktion und Reproduktion „sparsam“ mit Menschenleben umzugehen. Besonders offen wies Franz Redeker, seinerzeit Werks- und Fürsorgearzt bei Thyssen (Mühlheim) auf die volks- und betriebswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitsfürsorge hin: „Die mit der Industrialisierung verbundene Gestaltung der Lebensform der Arbeiterbevölkerung bedingt eine geistige und körperliche Degeneration, die die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung in wenigen Generationen so tief zu drücken droht, daß diese wirtschaftlich nicht mehr tragbar sind. (...) Die Verhütung dieser degenerativen Wirkung ist demnach für die Industrie von vitaler Bedeutung.“ (Redeker, 1926, 303; vgl. auch systematisch Brauer, 1932): Caritas und Humanität können diese zielgerichtete Gesundheitsfürsorge nicht tragen.

In diesem Sinne stellte das kommunale Gesundheitswesen einschließlich der Werksfürsorge sowohl über die gruppenspezifischen Dienstleistungen als auch über die langfristige Enkulturation der Arbeiterbevölkerung einen wesentlichen Bestandteil der Reproduktion und damit der Sicherung eines dauernd verwertbaren Ar-

beitskräftepotentials in den Industrieregionen dar (s. auch Piechocki, 1968). Der Unterschied zum externen Nutzen staatlicher Gesundheitsmaßnahmen lag nicht nur in ihrem wesentlich geringeren Abstraktionsgrad, der im staatlichen Gesundheitswesen durch die Anbindung an staatliche Machtmonopole und die Umsetzung in den Formen legitimer Herrschaftsausübung gegeben ist, sondern auch darin, daß neben dem sozial- und gesellschaftspolitischen Kalkül ein erheblicher Spielraum für freiwillige und caritative Liebes- und Hilfstätigkeit sowie für selbstbestimmte Aktionen blieb – eben der Raum, in dem wohltätige Organisationen als sozial- und gesundheitspolitische Experimentatoren arbeiten, in dem die aus dem Familienverband freigesetzten Frauen kleinbürgerlicher Mittelschichten über die professionalisierte Mütterlichkeit die Fürsorge entwickelten, und in der auf Gruppen orientierte, politisierte Fürsorgeärzte ein befriedigendes Arbeitsfeld finden konnten.

### *7. Die Blütezeit des kommunalen Gesundheitswesens in der Weimarer Republik: Gesundheitssicherung als genuine Aufgabe kommunaler Politik*

Die unbeschreibliche Not unter der Zivilbevölkerung schuf nach dem Ersten Weltkrieg in den Kommunen neue Problemfelder. Gleichzeitig wirkte sich der Nachholbedarf an Demokratisierung in Deutschland – und hier in erster Linie in Preußen – besonders in der Politisierung des kommunalen Lebens einschließlich der „Daseinsfürsorge“ aus. Dies galt für das öffentliche Gesundheitswesen umso mehr, als daß die allerorts geforderte Reichsgesundheitsreform unter einem Ministerium für Volksgesundheit o. ä. nicht zustande gekommen war. Aber auch das staatliche Gesundheitswesen begann, sich – in Preußen mit dem Wandel vom militärischen Machtstaat zum industriellen Wohlfahrtsstaat verbunden und parteipolitisch getragen von Sozialdemokratie und Zentrum – vielfach zu differenzieren.

In den Landkreisen Preußens übernahmen die staatlichen Kreisärzte zumindest die Organisation und Planung der Gesundheitsfürsorge – Personal und Mittel konnten die Kreisärzte allerdings nach wie vor nicht einsetzen. Neue Sozial- und Gesundheitsgesetze förderten allmählich das kommunale Gesundheitswesen, andererseits baute das Reich zu seinen eigenen Gunsten die Finanzierungsquellen der Gemeinden und Länder ab. Reich und Länder folgten dem alten Muster, personenbezogenen Leistungen in die Privatsphäre und die Selbstverwaltung abzuschieben. Die übrigen deutschen Staaten, vor allem Württemberg, Baden und Bayern, aber auch Sachsen und Thüringen, hielten das kommunale Gesundheitswesen in einem engen staatlichen Griff, konnten dies aber auch, weil der Gegensatz zwischen Staatsführung und Städten wegen der liberalen Staatsführung nicht so stark ausgeprägt war wie in Preußen.

In den preußischen Industriezentren, besonders stark in Berlin, im rheinisch-westfälischen Industriegebiet und im Rhein-Main-Gebiet, entstand eine eigene Kultur städtischen Gesundheitswesens. Allein in den deutschen Städten über 25 000 Einwohner waren 1931 73 kommunale Gesundheitsämter vorhanden; es arbeite-

ten dort über 300 hauptamtliche, über 1 100 nebenamtliche Ärzte – in allen städtischen Dienststellen annähernd 1 700 haupt-, neben- und ehrenamtliche Ärzte. Dazu kamen über 800 hauptamtliche Fürsorgerinnen in den Gesundheitsämtern, insgesamt über 2 300 haupt-, neben- oder ehrenamtlich im Gesundheitswesen tätige Fürsorgerinnen.

Damit entwickelte sich im medizinischen Sektor zwischen den Berufstätigkeiten und Karrieren des staatlichen Arztes als Verwaltungsarzt und des Kassenarztes als therapeutischem Arzt nun der städtische Arzt als Fürsorge- und Vorsorgearzt. Diesem neuen Arzttyp stand in der Sozialhygiene eine adäquate Wissenschaft, in der Gesundheitsfürsorge eine adäquate Handlungsanleitung zu Gebote; in den Gesundheitsfürsorgerinnen entwickelte sich das entsprechende medizinische Fachpersonal.

Ein Schritt noch größerer gesundheitspolitischer Tragweite ereignete sich, als die Kommunen sich über hervorragend geführte Interessenverbände gegenüber Staat und Reich als dritte Kraft zu profilieren begannen. Dabei nahmen sie auch das Gesundheitswesen als eigene Aufgabe in Anspruch. 1928 wurde die „Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf dem Gebiete des Gesundheitswesens“ gegründet: die Handlungszwänge, die bislang treibende Kraft des kommunalen Gesundheitswesens waren, hatten schließlich im Verein mit der staatlichen Sozial- und Gesundheitspolitik, die die unmittelbare Dienstleistung in die kommunale Peripherie verwies, dazu geführt, daß die Kommunen das öffentliche Gut Gesundheit nun als ein ureigenes Gut kommunaler Daseinsvorsorge und kommunaler Leistungsverwaltung begriffen. „Gesundheitssicherung“ wurde nun als „Gesundheitsfürsorge“ auch zu einem eigenständigen Problem kommunaler Politik definiert.

Die Gesundheitspolitik im öffentlichen Sektor erhielt damit endgültig eine neue Qualität. Zwar war zunehmend im staatlichen und kommunalen Gesundheitswesen beklagt worden, daß das Nebeneinander vielfältiger Formen öffentlicher Gesundheitsleistungen – zu staatlichen und kommunalen Stellen waren Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherung, Gesundheitsfürsorge durch Bahn, Post, Polizei, Werksfürsorge und zahllose private Vereine hinzuzuzählen – zur Desorganisation führe. Gleichwohl wirkten in beiden Bereichen die starken Eigenmomente staatlicher Eingriffsverwaltung und kommunaler Leistungsverwaltung fort: sie waren insbesondere im Gerichts- und Gutachtenwesen der staatlichen Ärzte und in der gesundheitspolitischen und fürsorgerischen Orientierung der Kommunalärzte spürbar. Als Lösung des Problems deutete sich an, daß die Kreisärzte in den Städten die gesundheitliche Ordnungsverwaltung übernehmen würden, dazu auf dem Lande die Gesundheitsfürsorge; hingegen würden die städtischen Fürsorgeärzte mit den Sozialversicherung über Bezirks-Arbeitsgemeinschaften eine eigene Gesundheitsfürsorgeorganisation als intermediäre Instanz aufbauen.

Nun jedoch beanspruchten die kommunalen Spitzenverbände als Träger der partikularen Gewalt, die sie gleichberechtigt neben Einzelstaaten und Reich als dritte Kraft zu stellen gedachten, das kommunale Gesundheitswesen völlig in die eigene Hand zu übernehmen. Die klassischen staatlichen Aufgaben sollten dabei, bis auf das gerichtsärztliche Gutachtenwesen als „harten Kerns“ staatlicher Eingriffsver-

waltung, als staatliche Auftragsangelegenheit auf die Kommunen übertragen werden.

Wie diese gesundheitspolitische Kernfrage letztlich entschieden worden wäre, bleibt der Spekulation überlassen. Denn nun bestimmten externe Ereignisse die Gesundheitspolitik: zunächst die Weltwirtschaftskrise, die bereits in der Weimarer Zeit zu einem Paradigmenwandel in der Gesundheitspolitik im öffentlichen Sektor von der Sozialhygiene zur Rassenhygiene führte, und dann die nationalsozialistische Machtübernahme, die mit einem völlig anderen Gesellschaftsmodell eine andere Problemdefinition des öffentlichen Gutes „Gesundheit“ brachte.

### *8. Staatliches Gesundheitswesen und kommunales Gesundheitswesen: allgemeine Voraussetzungen und Typologie*

Vor dem bisher ausgebreiteten historischen Material ist es nunmehr möglich, allgemeine Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitswesens zu erarbeiten und eine Typologie des staatlichen und des kommunalen Gesundheitswesens zu versuchen.

Alle öffentlichen Gesundheitsleistungen reagieren auf gesundheitliche Probleme von kollektiver Wahrnehmung und kollektiver Bedeutung; als solche schaffen sie auch einen kollektiven Nutzen – „Gesundheit“ wird damit als „sozialer Wert“ konzeptualisiert, der neben dem Nutzen für das Individuum und dessen primäre Gruppe (Familie) immer auch externe Effekte von öffentlichem, kollektivem Interesse befriedigen muß. Das öffentliche Gut Gesundheit ist damit auf qualitativ andere Art als die individuelle Gesundheit in jeweils verschieden strukturierte soziale Felder eingeordnet und unterliegt daher auch einer viel engeren und vielfältigeren Verknüpfung zur allgemeinen sozialen Entwicklung, zur allgemeinen Politik und zur allgemeinen, „herrschenden“ Weltanschauung. Anders gewendet: öffentliche Gesundheitsleistungen reagieren einerseits auf allgemeine Lebensverhältnisse und richten sich andererseits auf allgemeine Lebensverhältnisse, sind folglich auch stets Bestandteil allgemeiner politischer Wahrnehmung und allgemeiner politischer Strategien und Maßnahmen. Dies ist das entscheidende Charakteristikum aller öffentlicher Gesundheitsleistungen.

Gesundheit als sozialer Wert ist ferner ein Charakteristikum der Psycho- und Soziogenese der industriellen Zivilisation. Erst der Wandel der Gesundheit von einem integralen Bestandteil aristokratisch-großbürgerlicher Lebensführung über eine Maxime ethischen Virtuositäts bürgerlicher Individuen zu einem sozialen Wert kollektiver Bedeutung bedingt, daß größere soziale Aggregate wie intermediäre Instanzen, Städte und schließlich der Staat „Gesundheit“ als Problem sehen, definieren und bestimmte Interventionsstrategien konzeptualisieren und schließlich – mit jeweils besonderen Friktionen – implementieren.

Erst die Wahrnehmung der Gesundheit als sozialem Wert konstituiert also eine Gesundheitspolitik. Voraussetzung ist ein Wandel der Problemsicht: von der bloßen

Verhütung der Ausbreitung von Krankheiten zur „normalen Leistungsfähigkeit“ (individuelle Gesundheit) der Menschen – als Arbeitskraft – und zum stetigen „bürgerlichen Verkehr“ (öffentliche Gesundheit) – als Konstanz sozialer Interdependenz. Gleichzeitig differieren Interpretation und Wertschätzung der Gesundheit zwischen verschiedenen sozialen Aggregaten (Individuum/primäre Gruppe, intermediäre Instanzen, Stadt, Staat) und innerhalb der sozialen Aggregate (z. B. schichtenspezifisches Gesundheitsverhalten). Gesundheit erscheint damit als Bestandteil einer allgemeinen Handlungskompetenz, die von Aggregat zu Aggregat verschieden ist und in engen Grenzen sogar eine Spezifizierung zuläßt: dies bedeutet zugleich, daß gesundheitsrelevante Aktivitäten nicht von Aggregatenebene zu Aggregatenebene austauschbar oder verschiebbar sind – vielmehr kommt jeder Aggregatenebene ein eigener, der Handlungskompetenz adäquater Teilbereich im Rahmen einer umfassenden Gesundheitssicherung zu.

Auf der Seite der Gesundheitswissenschaften – d. h. derjenigen Wissenschaften, die sich mit den Ursachen von Krankheiten und deren präventiver Bekämpfung befassen – beobachten wir eine Bandbreite von spezifischen bis zu multivariablen/-dimensionalen ätiologischen Theorien. Spezifität, bzw. Varianz bestimmen die Konzepte präventiver und gesundheitssichernder Strategien. Je spezifischer eine Ätiologie ist, umso unmittelbarer ist deren Funktionalisierungsgrad in einem Ziel-Mittel-Modell – umso höher ist also auch der Normierungs- und Formalisierungsgrad präventiver Strategien. Je unspezifischer eine ätiologische Theorie ist, desto unbestimmter ist deren Funktionalisierungsgrad: unspezifische Ätiologie begünstigt folglich unspezifisch soziale Aktionen, in denen „Gesundheit“ lediglich ein Teilaspekt darstellt.

Wenn gesundheitsrelevante Aktivitäten sich in die differenzierte Handlungskompetenz eines sozialen Aggregates einordnen sollen, müssen die seitens der Gesundheitswissenschaften angebotenen Aktivitäten entsprechend differenziert auf verschiedene Aktionsebenen ausgerichtet sein. Zwischen den sozialen Aggregaten und den Gesundheitswissenschaften muß es also zu angemessenen Interaktionsformen kommen, damit schließlich gesundheitsrelevante Aktivitäten oder Interventionen durchgesetzt werden.

Die Implementation gesundheitsrelevanter Aktivitäten hängt aber nicht allein von der Interaktion zwischen differenzierten sozialen Aggregaten und den Gesundheitswissenschaften ab, sondern von allgemeinen politischen Prozessen zwischen den sozialen Aggregaten: „Gesundheit“ dient immer auch als Argumentationsfigur, um gleichzeitig auf „Verhalten“ wie auf „Verhältnisse“ einzuwirken. In ihrem Randbereich folgt Gesundheitspolitik daher immer auch sozialtechnologischen und sozialutopischen Zielvorstellungen: insofern ist die Gesundheitssicherung Bestandteil sozialer Bewegungen in einem politischen, macht- und herrschaftsbesetzten Feld. Usurpation, Zuweisung oder Enteignung von Handlungskompetenzen sind daher ebenfalls genuiner Bestandteil der Gesundheitssicherung allgemein und der Gesundheitspolitik im besonderen.

Die Gesundheitswissenschaften unterscheiden sich daher wesentlich von den me-

dizinischen Disziplinen, die darauf gerichtet sind, Krankheiten in der Form des „individuellen Falles“ zu heilen. Allein durch den Gegenstand der „öffentlichen Gesundheit“ müssen sie soziale Tatbestände wahrnehmen und wirken immer mehr oder weniger direkt auf diese ein. Die Gesundheitswissenschaften reichen daher von offenen politischen Ansprüchen – am greifbarsten in dem geradezu grotesken Machtanspruch (vgl. auch Ackerknecht, 1932, 98) des bürgerlichen Radikalen Rudolf Virchow, daß die Politik nichts anderes sei als die Medizin im großen – über sorgsame staatswissenschaftliche Analysen entweder von den Staatswissenschaften hin zur Medizin (v. Stein) oder von der Medizin hin zu den Staatswissenschaften (Geigel) bis hin zu der stillen Interessenallianz und Kooperation zwischen Politik, Verwaltung und Medizin – wie etwa oben angedeutet in der Bakteriologie um die Jahrhundertwende oder auch jüngst herausgearbeitet in der Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene seit dem frühen 20. Jahrhundert (Weindling, 1984). Die enge Verflechtung der öffentlichen Gesundheit mit den öffentlichen Verhältnissen kommt ebenfalls in der über Jahrhunderte unselbständigen Zuordnung des Arztes zu den Macht- und Herrschaftsträgern in der Stadt und Staat zum Ausdruck: bis heute stellt das Recht der Initiative und der Ausführung bei der Abwehr gesundheitlicher Gefahren ein Problem zwischen dem medizinischen Fachkundigen und der jeweiligen Exekutive dar. Der Professionalisierung der Medizin im öffentlichen Gesundheitswesen stehen mithin immanente Kräfte entgegen und ihr Spielraum ist insgesamt geringer als bei der Medizin im therapeutischen Bereich.

Innerhalb dieser gemeinsamen Kennzeichen öffentlichen Gesundheitswesens gilt es nun, die Besonderheiten staatlicher und städtischer Gesundheitsleistung herauszuarbeiten. Allgemeine Voraussetzungen öffentlicher Gesundheitsleistungen sind: konstante und dichte Besiedlung eines Gebietes, arbeitsteilige Verkehrswirtschaft, formalisierte Herrschaft und Verwaltung sowie aus dem zivilisatorischen Differenzierungsgrad folgende Verkehrsformen und Normalitätsstandards, die das Handlungsgefüge aufrechterhalten: daraus folgen die Probleme der Wahrnehmung und Wahrung von Gesundheit im Zuge allgemeiner politischer Gestaltung nach zwei Seiten (a) kollektive Bedrohung von Verkehrsformen und Normalitätsstandards durch Krankheit; daraus folgen kollektive Maßnahmen der Gefahrabwehr; (b) Durchsetzung neuer Verkehrsformen und Normalitätsstandards auf höherem Differenzierungsniveau; daraus folgen kollektive Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Die Aufmerksamkeitsschwelle gegenüber Gesundheitsgefahren ist damit keineswegs durch Not oder Krankheit als solchen gegeben – die alltägliche Not, die alltägliche Krankheit und der alltägliche Tod erregen keine Aufmerksamkeit. Herausragende Argumentationsfiguren für öffentliche Gesundheitsleistungen bildeten zwar immer wieder die akuten und/oder bedrohlichen Seuchen. Abwehrmaßnahmen können aber selbst als schädlich angesehen werden. Damit bestimmen letztlich der Grad wechselseitiger Interdependenz, bzw. die Gefahr der sozialen Desintegration die Höhe einer Aufmerksamkeitsschwelle und Problemsicht für die physische – und mit der Komplexität gesellschaftlicher Interdependenzgefüge auch physische

schen und sozialen – Leistungsfähigkeit. Es werden folglich nicht vordringlich die Verhaltensweisen oder Verhältnisse pathogener, sondern die Aufmerksamkeits- und Definitionsschwellen wurden gesenkt (oder gehoben). Diese Aufmerksamkeits-schwellen sind in kleineren sozialen Aggregaten niedriger, breiter und unspezifischer als in komplexen und großen sozialen Aggregaten. Diagnostische Hilfsmittel kollektiver Krankheiten und Gesundheitsverfahren werden in hoch differenzierten Aggregaten Statistik und Epidemiologie: diese stellen gewissermaßen die Verwissenschaftlichung gesundheitsrelevanter Problemwahrnehmungen dar. Nach Geigel ist die Statistik das Trennmittel, um die akute, Aufmerksamkeit erregende Krankheit von den „stationären Volkskrankheiten“ zu scheiden, an denen möglicherweise mehr Menschen zugrundegehen als an aufsehenerregenden Massierungen von Todesfällen.

Die Aufmerksamkeitsschwelle öffentlicher Gesundheitssicherung wird zwar einerseits von gesellschaftlichen Integrations- und Desintegrationsprozessen bedingt, andererseits aber auch von allgemeinen gesellschaftspolitischen Zielen und entsprechenden Wahrnehmungsmustern: Politik als konstitutiver Raum öffentlicher Gesundheitsleistungen führt dazu, daß die Phasen neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen jeweils mit besonders aktiven politischen Phasen einhergehen, die – und hier schließt sich dieser Kreis – wiederum Erscheinungsbilder besonders intensiver Differenzierungsschübe sind. Der absolutistische Wohlfahrtsstaat brachte die – weitgehend programmatische – medizinische Policy hervor, das imperialistische Kaiserreich als Bestandteil der äußeren Reichsgründung die Tropenhygiene und die Sanierung der militärischen Aufmarschgebiete (dann: Medizinaluntersuchungsämter) sowie als Bestandteil innerer Reichsgründung die politische Kanalisierung des Massenrisikos Krankheit durch die Sozialversicherung, das nationalsozialistische Deutschland schließlich in seiner staatsorientierten Phase die staatlichen Gesundheitsämter als Transmissionsriemen der Erb- und Rassenpflege. Das kommunale Gesundheitswesen wurde als Bestandteil kommunaler Selbstverwaltung des Bürgertums gegen den monarchistisch-bürokratischen Staat im Sinne der Konfrontation, um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert als abgeleitete Staatsverwaltung im Sinne der Ergänzung ausgebaut. Nach 1918/19 wurde in den Kommunen die Demokratisierung und Politisierung nachgeholt, die im Reich und besonders in Preußen – weniger in den süddeutschen Staaten – ausgeblieben war.

Der Satz, öffentliche Medizin sei „poor medicine for poor people“ bleibt an Erscheinungsformen hängen: Tatsächlich wirken öffentliche Gesundheitsleistungen besonders auf diejenigen peripheren Schichten, die in den Zivilisationsprozeß hineingezogen werden. Öffentliche Gesundheitsleistungen sind damit ein Kennzeichen besonders intensiver gesellschaftlicher Differenzierungs- und Integrationsschübe. Gleichzeitig wird jede Phase öffentlicher Gesundheitssicherung von einer besonderen hygienischen Disziplin begleitet: Es gibt folglich eine besondere Affinität gesundheitswissenschaftlicher Konzepte zur städtischen und staatlichen Gesundheitssicherung, die aus einem Gesamtspektrum verschiedener Gesundheitswissenschaften jeweils zum Zuge kommen – diese Affinität drückt sich in zumindest teilweise deckungsgleicher Problemwahrnehmung und der Kompatibilität der vorgese-

henen Interventionen bezogen auf die jeweiligen Ziele aus; überdies sind schließlich immer auch weltanschauliche und politische Konvergenzen greifbar.

Komplexe soziale Aggregate monopolisieren nicht nur Lebens- und Handlungschancen von Individuen und primären Gemeinschaften. Derartige Monopolisierungsprozesse – als grundlegende Bestandteile des europäischen Zivilisationsprozesses (Elias, 1969; für Medizin/Gesundheit v. Ferber, 1981; Labisch, 1985 c) – finden vielmehr auch zwischen komplexen sozialen Aggregaten statt, hier also zwischen Städten und Staat. So sind die herrschaftsbezogenen Bestandteile öffentlicher Gesundheitsleistungen – wie etwa Gerichtsmedizin und Medizinalaufsicht – früh von den Städten auf den Staat übergegangen. Gleichzeitig werden die Durchdringungs- und Monopolisierungstendenzen komplexer Aggregate durch die Dynamik des Wandels ständig in Gang gehalten: die Verfestigung, Formalisierung und Strukturierung von Handlungsabläufen werden den neuen Problemlagen nicht mehr gerecht. Eine neue Runde der Problemwahrnehmung, Problemdefinition und Problembearbeitung wird eröffnet.

Auf diesem Feld neuer Problemlagen liegt ein besonderes Gebiet des kommunalen Gesundheitswesens: die Probleme des Verwaltungshandelns (Definition von Fall und Intervention) und die ähnlich gelagerten Probleme professionellen Handelns sind in den relativ offenen und unstrukturierten Handlungsfeldern der Kommunen zurückgedrängt. Die Sozial- und Gesundheitspolitik des Staates hinterläßt aufgrund ihrer begrenzten Problemsicht und ihres formalisierten Interventionsinstrumentariums gewissermaßen ein Reservoir nicht erfaßter alter und nicht erfaßbarer neuer Problemlagen. Ein Beispiel in der Gesundheitspolitik ist die Anbindung der gesetzlichen Krankenversicherung an das Arbeitsverhältnis und die Arbeitsfähigkeit – unter dem Ziel einer sozialen Befriedigung der politisierten Arbeiterschaft gerieten die statistisch ermittelbaren, vordringlichen gesundheitlichen Problemlagen gar nicht erst in den Gesichtskreis staatlicher Gesundheitspolitik bzw. wurden bewußt ausgegrenzt. Die massenhafte Gefährdung durch Kranke oder von benachteiligten Gruppen – hier an erster Stelle Schwangere, Mütter, Säuglinge, Klein- und Schulkinder – wurde daher zwangsläufig Ansatzpunkt des kommunalen Gesundheitswesens. Daß es besonders in diesem Bereich galt, die neuen Normalitätsstandards der Reproduktion in einer industriellen Lebenswelt durchzusetzen, sei nur am Rande vermerkt (Labisch, 1985 b). Der Staat kann sich als übergeordnete, problemferne Struktur aber auch bewußt zurückziehen und die Problembearbeitung in die Peripherie abschieben – wie dies in der Weltwirtschaftskrise nach 1929 oder in der aktuellen Sozialpolitik geschieht (hierzu neuerdings Leibfried/Tennstedt, 1985).

Das kommunale Gesundheitswesen ist damit offenbar ein Gebiet, das sich wie die kommunale Sozialpolitik und Leistungsverwaltung ständig neu zu definieren hat (zur Systematik kommunaler Politik Becher, 1982, Becher/Pankoke, 1981; Pankoke, 1985). Es kann eben daraus eine besondere Aufgabenzuweisung an die Kommunen im Sinne einer „integrativen und konstitutiven“ Funktion (Keim 1983, 63) abgeleitet werden, zu der auch das Aufgreifen neuer Problemlagen und Erschließen neuer Problemlösungsmöglichkeiten gehört. Die Stadt bliebe mithin neben Ak-

tionsgruppen und Verbänden gewissermaßen ein soziales Experimentierfeld auch für die öffentliche Gesundheitssicherung. Ebenso kann man vor diesen Durchdringungsprozessen warnen und in einer politischen Theorie kommunaler Selbstverwaltung auf der Eigenständigkeit lokaler und kommunaler Politik verharren (z. B. Grauhan, 1965 und 1975). Auch für die aktuelle sozial- und gesundheitspolitische Situation ist jedoch wahrscheinlicher, daß die staatlichen Durchdringungs- und Rückzugsprozesse durch den sozialen Wandel auf einer neuen Stufe neu eröffnet werden müssen: So scheinen der aktuelle soziale Wandel, in dem die Normalitätsstandards der Industriegesellschaft (Pankoke, 1981) aufgelöst werden, und die – restriktive – Sozialpolitik des Staates, die um eben diese alten Standards aufgebaut wurde (Leibfried/Tennstedt, 1985) eine neue Runde der Kommunalisierung von sozialen Problemlagen einzuläuten. Ob hierdurch auch das kommunale Gesundheitswesen neu belebt wird, sei dahingestellt: im Bereich der Forschung – nicht der kommunalen Politik (!) – gibt es entsprechende Ansätze (z. B. Abt/Gieseke, 1983; Iges, 1984; Trojan/Behrendt, 1980; Trojan/Waller, 1980; v. Troschke, 1983; Vuori, 1983).

Das kommunale und das staatliche Gesundheitswesen lassen sich nunmehr folgendermaßen systematisieren:

#### 9. *Zum Schicksal des städtischen Gesundheitswesens nach 1933 – ein Ausblick*

Bei aller notwendiger Differenzierung im einzelnen lassen sich die Gesundheitswissenschaften der Weimarer Zeit auf den Gegensatz zwischen der Sozialhygiene einerseits und der Rassenhygiene andererseits, auf Grotjahns „Soziale Pathologie“ (erstmalig 1912) einerseits und die „Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ von Baur/Fischer/Lenz (erstmalig 1922) andererseits zurückführen. Beide Gesundheitslehren enthalten letzten Endes biologisch begründete Gesellschaftsmodelle: in deren expliziten und impliziten Grundlagen, ihren ideologischen Ausfransungen, ihrer sozialstaatlichen wie sozialwissenschaftlichen Offenheit und schließlich in den angesprochenen personalen Trägern und institutionell organisatorischen Strukturen politischer und gesellschaftlicher Macht und damit in den geplanten und durchgeführten Interventionsformen unterscheiden sich Sozialhygiene und Rassenhygiene allerdings gründlich – die allgemeine wirtschaftliche, soziale und politische Entwicklung gab schließlich den Ausschlag, nach welcher Seite sich die Waage senken würde.

Die 1929 hereinbrechende Weltwirtschaftskrise wurde zu einem gesellschaftspolitischen „experimentum crucis“ im großen: die Umverteilung eines erwirtschafteten Surplus fiel aus, sozialhygienische und gesundheitsfürsorgerische Intervention fielen auf ein Minimum zurück – gerade da, wo sie an sich am notwendigsten waren. Denn der Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen und sozialen Lage und dem Gesundheitszustand wurde in paradigmatischer Weise offengelegt. Gleichzeitig sank die Geburtenziffer dramatisch ab. Die Waage senkte sich aber nicht auf die sozialhygienisch-fürsorgerische, sondern auf die eugenisch-rassenhygienische

	<i>Stadt</i> lokale Gebietskörperschaft mit selbstverwaltetem Lebensraum	<i>Staat</i> territoriale Gebietskörperschaft mit herrschaftlich – verwaltungsgemäß strukturiertem Raum
Subjekt	städt. Politik u. Verwaltung im Rahmen allgemeiner staatlicher Vorgaben u. lokaler sozioökonomischer Bedingungen	staatl. Politik u. Verwaltung
Objekt	physische (psychische, soziale) Leistungsfähigkeit der <i>kommunalen Einheit</i> (= öffentl. Gesundheit)	physische (psychische, soziale) Leistungsfähigkeit des <i>Individuums</i> , soweit diese nur durch öffentliche Mittel gefördert werden kann.
Aufmerksamkeitsschwelle der Problemwahrnehmung	Gefährdung bzw. Förderung der komm. Integration durch (akute u. chron.) Krankheiten u. kollektive Hilfsbedürftigkeit bzw. entsprechende Gegenmaßnahmen	Gefährdung bzw. Förderung territorialer Herrschaft nach außen u. innen incl. Gestaltung der Gesellschaft (Rechts- und Sozialstaatlichkeit)
Problemdefinition/-konzeptualisierung	ursächliches, vorbeugendes Eingreifen	reaktive Gefahrenabwehr, generelle Intervention; Abschieben personengebundener Dienstleistungen in die Selbstverwaltung (komm. Gebietskörperschaften; parafiskale/-staatliche Instanzen)
Gesundheitswissenschaft: Gegenstand	Aufdecken der sich jeweils neu darstellenden, in öffentlichen Zuständen begründeten u. wirkenden Ursachen bzw. Gefährdungen der öffentl. Gesundheit	Aufdecken der sich jeweils neu darstellenden, in privaten Zuständen begründeten und wirkenden Gefährdungen des bzw. durch das Individuum
Diagnostik	Epidemiologie/Sozialepidemiologie	Statistik/Epidemiologie
Ziel	Bestimmung der Mittel durch öffentliche Maßnahmen	Bestimmung der Mittel durch individuelle Maßnahmen
Charakteristik	hohe Sensitivität u. hohe Reichweite bei geringer Spezifität und geringer Formalisierbarkeit (das ist: Raum ungerichteter gesundheitsrelevanter Aktivitäten)	hohe Spezifität und hohe Formalisierbarkeit bei geringer Sensitivität u. geringer Reichweite (das ist: Raum zielgerichteter krankheitsbezogener Aktivitäten)
Interventionsmittel	kommunale Leistungsverwaltung: Modifikation öffentl. Verhältnisse u. kollektiven Verhaltens im Rahmen der komm. Selbstverwaltung aus und durch Mittel der Gemeinschaft	staatliche Eingriffsverwaltung: Beeinflussung/Behandlung von Individuen durch rechtliche, ökonomische, ökologische oder pädagogische Intervention (incl. parastaatliche Institutionen und Auftragsverwaltung)
Wirkungsweise	regelmäßig langsam	außerordentlich temporär
Charakteristik	geringe formale und professionelle Ausprägung, differenziert umgebungs- und gruppenbezogen, flexibel auf aktuelle Problemlagen orientiert, aktiv und vorbeugend, territorial/regional uneinheitlich, ungleichmäßig in der Durchführung	einheitlich in der Leistung, flächendeckend, gleichmäßig in der Durchführung formal-bürokratisch organisiert und professionalisiert, undifferenziert in Wahrnehmung und Intervention, unflexibel reaktiv und beobachtend
unmittelbarer Interventionsanlaß	allgemein wirkende Störungen der Verkehrsgesellschaft	Tätigkeit bzw. Unterlassung von Individuen

Seite: aus der sozialhygienischen Frage „Wie können die gesundheitlichen Kosten sozialer Mißstände gelindert, möglicherweise vorbeugend beseitigt werden?“ wurde die rassenhygienische Frage „Wie können die sozialen Kosten gesundheitlicher Mißstände reduziert und möglicherweise vorgehend beseitigt werden?“

Gleichzeitig war aus der bevölkerungspolitischen Diskussion, d. h., der rein quantitativen Vermehrung des Nachwuchses, eine Diskussion positiver und negativer Rassenhygiene geworden, in der die Frage nach der erblichen Qualität des Nachwuchses gestellt wurde. In der Folge der Weltwirtschaftskrise geriet auch die positive Eugenik in Mißkredit. Die Zeit zum Handeln war reif: bereits im demokratischen Preußen wurde die „Eugenik in den Dienst der Volkswohlfahrt“ gestellt – aus dem großen Strauß möglicher positiver und negativer Interventionen blieb einzig der erbbiologisch begründbare Ausgliederungsmechanismus der – allerdings zunächst freiwilligen – Sterilisierung übrig: am 30. Juli 1932, 10 Tage nach dem sog. „Preußenschlag“, der Reichsexekution gegenüber der verfassungsmäßigen preußischen Regierung, legte eine Kommission des Preußischen Landesgesundheitsrates mit breiter Zustimmung den Entwurf eines Sterilisierungsgesetzes vor.

Der entscheidende Paradigmenwandel von der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge zur Rassenhygiene in der Form negativer Eugenik war also bereits in der Endphase der Weimarer Republik vollzogen.

Mit der Machtübernahme durch die NSDAP im Januar/März 1933 waren die Sozialhygiene wie die „jüdisch-demokratische“ und „klerikale“ Eugenik gleichermaßen überflüssig: Rassenhygiene und Rassenkunde marschierten nun unter dem politischen Signum der Rassenlehre gemeinsam, die politischen Protagonisten der Rassenhygiene von vor 1933, wie etwa der Katholik Hermann Muckermann, wurden ausgeschaltet, die wissenschaftlichen Protagonisten ließen sich gern und verstärkt weiter fördern (Müller-Hill, 1984).

Die nationalistische Revolution begründete an sich schon einen neuen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Der deutsche Nationalsozialismus unterschied sich spezifisch durch das Element der „Rasse“ von den anderen Formen des Faschismus. Der „völkische“ Staat bezog seine Legitimation aus einem biologistischen – und damit gesundheitspolitisch und medizinisch umzusetzenden – Gesellschaftsmodell. Grundlage der Volksgemeinschaft war die „arische“, die „nordische“ und schließlich eine angeblich „germanische“ Rasse. Überdeckt durch die völkisch-arteigene Gemeinschaftsideologie stand nun die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege auf dem Programm: die aggressive, d. h. zunächst legalistische, später illegale, in jedem Falle aber prinzipiell zwangsmäßig in Persönlichkeitsrechte eingreifende Erbpflege, d. h. Ausschalten der Erbkranken *und* Gemeinschaftsunfähigen aus der Fortpflanzung, ferner die rassische Entmischung und die bewußte rassische Höherzüchtung – und damit eine Gesundheitspolitik, die nicht mehr auf das sozialpolitische und sozialhygienische Prinzip der Inklusion, sondern auf die Exklusion bis zur physischen Ausgliederung hin setzte. In der Weimarer Zeit verbreitet, von bürgerlichen Kreisen zunächst akzeptiert, konnte sich nun jener Wandel von der „Volksaufartung“ (Ostermann) und „gedeihlichen Auslese“ (Lenz) über die

„Ausmerze und Lebensauslese“ (Gütt) zur „Verschrottung durch Arbeit“ (Fischer) und schließlich zur konsequent folgenden, systematisch und fabrikartig betriebenen Liquidierung der Träger minderen, gemeinschaftsunfähigen und fremdrassigen Erbgutes vollziehen. Die Gesundheitsökonomie und die Menschenökonomie hatten damit eine negativ-perverse Kehrtwendung vollzogen – die Euthanasie verdrängt die Eugenik; Holocaust und Völkermord werden die äußerste, gleichwohl logisch zwingende und daher absehbare Konsequenz der Rassenlehre.

Durch die nationalsozialistische Revolution wurde jedoch nicht nur ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf gesetzt – dies allein reicht für eine praktische Gesundheitspolitik keineswegs aus. Vielmehr schien um die Jahresmitte 1933 die politische Situation auch staatliches Handeln zu begünstigen, so daß der Handlungsbedarf auch in Interventionsstrategien umgesetzt werden konnte. Die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege sollte nach der politischen Generallinie des Reichsinnenministers Wilhelm Frick, Protagonist der Zentralisierungsbewegung in der Anfangsphase der NS-Herrschaft, als Aufgabe des Staates, als „Staatsgrundgesetz“, reichseinheitlich durchgesetzt werden: Einheitlichkeit, Gleichmäßigkeit und flächendeckende Wirkung – also genau die Spezifika des staatlichen Gesundheitswesens – wurden zum alleinigen Prinzip öffentlicher Gesundheitsleistungen erhoben.

Bereits das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 als erstes großes nationalsozialistisches Erbpfleugesetz legte die zukünftige Marschrichtung klar. Denn in diesem Gesetz wurde, anders als im Entwurf des Preußischen Landesgesundheitsrates vom 30. Juli 1932, der staatliche Medizinalbeamte in das Zentrum der Durchführung des Gesetzes gestellt: der beamtete Arzt avancierte über das Erbgesundheitsgericht vom klassischen Gutachter staatlicher oder parafiscaler Maßnahmen zum Initiator, Gutachter, Richter *und* Exekutor staatlicher Gesundheitspolitik in *einer* Person. Arthur Gütt, der „Schöpfer“ (Frick) des Sterilisierungsgesetzes, avancierte innerhalb kürzester Zeit zu dem bis dahin ranghöchsten und mächtigsten Medizinalbeamten der Deutschen Medizingeschichte. Gütt brachte über die Erb- und Rassenpflege die Professionalisierung der Medizin in der Ministerialbürokratie auf Reichsebene zum Abschluß.

Es galt nunmehr, „die Staatshoheit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens in vollem Umfange wieder herzustellen“. Gütt, dem Protagonisten des staatlichen Gesundheitswesens, und der Führung des RMdI gelang es, gegen den Widerstand der Verfassungsabteilung des RMdI, des Reichsfinanzministeriums, der Kommunalabteilung des Preußischen Ministeriums des Innern, der süddeutschen Länder, des neuen Deutschen Gemeindetags und der neu aufgebauten „Ämter für Volksgesundheit“ der NSDAP die Vereinheitlichung des öffentlichen Gesundheitswesens in der lokalen Instanz durchzusetzen (Labisch/Tennstedt, 1984a und b).

Zielsetzung und Grundlage des am 3. Juli 1934 verabschiedeten „Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (=GVG) war es keineswegs, den Dualismus in der Organisation staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens zu beseitigen: die Unität von staatlicher und kommunaler Verwaltung des Medizinal-

wesens war für Gütt lediglich ein Mittel. Gütt bündelte die klassischen staatlichen Gesundheitsleistungen der Medizinal- und Sanitätsaufsicht, die unverzichtbaren Bestandteile der kommunalen Gesundheitsfürsorge und die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege zu einer Aufgabentrias. Für dieses neue Aufgabenbündel schuf er im Zusammenhang mit anderen, inhaltlich einschlägigen Gesetzen und Verordnungen als reichsübergreifende Organisation den öffentlichen Gesundheitsdienst (= öGD), die Gesundheitsämter (= GÄ) und den staatlichen Einheitsmedizinalbeamten als Amtsarzt. Auf diese Weise war das GVG zwar ein reines Organisationsgesetz mit summarischen inhaltlichen Vorgaben. Seine Funktion im Rahmen der staatlichen Erb- und Rassenpflege ergab sich aber durch die um das GVG und den öGD herum gruppierten einschlägigen Erb- und Rassengesetze, deren Durchführung dem öGD entweder ganz übertragen oder an der er maßgeblich beteiligt war. Hierzu gehörten neben der (erb)gesundheitlichen Begutachtung und Beratung im Zusammenhang mit dem Siedlergesetz, dem Reichserbhofgesetz, der Gewährung von Ehestandsdarlehen, von Kinderbeihilfen etc. an vorderster Stelle die zentralen NS-Erb- und Rassengesetze: das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ („Sterilisierungsgesetz“) vom 14. Juli 1933, das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ („Ehegesundheitsgesetz“) vom 18. Oktober 1935 und das „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ („Blutschutzgesetz“) vom 15. September 1935.

Trotzdem hatte das GVG den grundsätzlichen Konflikt zwischen zentralem Gesundheitsschutz und dezentraler Gesundheitspflege nicht gelöst: in den folgenden Jahren übernahmen die Gesundheitsorganisationen der NSDAP, zentriert um das vom Reich bis in die Kreise gegliederte Amt für Volksgesundheit und die angeschlossenen volksgesundheitlichen Abteilungen der Deutschen Arbeitsfront und der NS-Volkswohlfahrt, nach und nach die Gesundheitsfürsorge, so daß sich das alte Neben-, Gegen- und Durcheinander im öffentlichen Gesundheitswesen wieder einstellte – nun allerdings nicht im Gegensatz von Staat und Kommune, sondern im neuen Gegensatz von Staat und Partei – wir stoßen damit auf eine völlig neue Version öffentlicher Gesundheitsleistungen: Träger ist nicht mehr Staat oder Stadt, sondern die Partei, für die Hausärzte als eine Art „Gesundheitsblockwarts“ tätig werden sollten.

1945 wurde das GVG 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 in den DVO unangestastet 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 öffentlichen Gesundheitsdienstes 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.

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 Gesundheitsämter in Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein (seit dem 1.1.1978 auch in Niedersachsen)). Die GÄ paßten sich rasch den regionalen und örtlichen Verhältnissen an. Die organisatorische Zersplitterung ging mit einem ständigen Funktionsverlust einher. Gleichzeitig kehrte der größte Teil der emigrierten deutschen Kommunalärzte, sofern sie überlebten, nicht nach Deutschland zurück, und die Traditionen, 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, versiegt später völlig. 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: alles dies Gesichtspunkte, die bisher noch nicht hinreichend untersucht sind (vgl. vorerst Labisch, 1982). Offenbar jedoch ist, daß durch das GVG und die NS-Zeit die gesamte Kultur einer kommunalen Gesundheitssicherung in Deutschland nachhaltig zerstört worden ist.

Wenn wir uns den ursprünglichen Aufgabenkatalog des öGD in Gesundheitsaufsicht, Gesundheitsschutz, Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge vor Augen führen, beobachten wir ferner in den letzten 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 Amtsärzte, folglich immer mehr Aufgaben teils an Spezialisten der 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.

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“ (Geißler, 1974; Wolters, 1974) in der gesundheitspolitischen Diskussion zum öffentlichen Gesundheitsdienst auf: Dieses Wort bedeutet letztlich, daß der öffentliche Gesundheitsdienst nur noch die Aufgaben wahrnimmt, die kein anderes medizinisches Subsystem, kein anderes Amt und keine andere Einrichtung der So-

zial- und Wohlfahrtspflege wahrnehmen kann oder will. Die Auffassung von der „Subsidiarität“ des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist folglich das absolute Gegenteil einer eigenständigen Konzeption öffentlicher Gesundheitsleistungen, wie sie vormalig für den preußischen Kreisphysikus, die kommunale Gesundheitspflege, 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.

### Literatur

- Abt, G./O. Gieseke, 1983: Perspektiven der Gesundheitsvorsorge am Beispiel des Kreises Mettmann, in: C. v. Ferber/B. Badura (Hrsg.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*, München/Wien, 95–117.
- Ackerknecht, E. H., 1932: Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848, in: *Sudhoffs Archiv* 25, 61–109, 113–183.
- Ackerknecht, E. H., 1948: Anticontagionism between 1821 and 1867, in: *Bulletin of the History of Medicine* 22, 562–593.
- Artelt, W./W. Rüegg (Hrsg.), 1967: *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart (= Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, Bd. 1).
- Auerbach, W. u. a. (E. Jahn für den Abschnitt „Gesundheitssicherung“), 1957: *Sozialplan für Deutschland*, Berlin/Hannover.
- Baur, E./E. Fischer/F. Lenz, 1922: *Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene*, München.
- Becher, B., 1982: Gesellschaftlicher Wandel und neue Funktionsbedingungen kommunaler Sozialpolitik, in: *Sociologica Internationalis* 20, 87–115.
- Becher, B./Pankoke, E., 1981: Sozialadministration und selbstaktive Felder. Neue Relationsprobleme kommunaler Sozialpolitik, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis sozialer Arbeit* 12, 219–239.
- Behring, E. v., 1893: *Gesammelte Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten*, Leipzig.
- Bleker, J., 1983: Die Stadt als Krankheitsfaktor – Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert, in: *Med.-hist. J.* 18, 118–136.
- Brauer, T., 1932: Die kulturpolitische Bedeutung der Gesundheitsfürsorge, in: *Arch. f. soziale Hygiene und Demographie* 7, 271–282.
- Brockington, C., 1965: *Public Health in the Nineteenth Century*, Edinburgh.
- Brockington, C., 1966: *A Short History of Public Health*, London.
- Cain, L. P., 1977: An Economic History of Urban Location and Sanitation, in: *Research in Economic History* 2, 337–389.
- Elias, N., 1969: *Über den Prozeß der Zivilisation*, 2 Bde., Bern.
- Ferber, C. v., 1981: Zur Zivilisationstheorie von Norbert Elias – heute, in: *Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages in Bremen*, Frankfurt/M., 98–122.
- Fischer, A., 1933: *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*, 2 Bde., Berlin.
- Frevert, U., 1984: Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung (= *Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft*, 62), Göttingen.
- Geigel, A./L. Hirt/G. Merkel, 1874: *Handbuch der öffentlichen Gesundheits-Pflege und der Gewerbe-Krankheiten* (= H. v. Ziemssen (Hrsg.), *Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*, 1. Bd.), Leipzig (2. Aufl. 1875; 3. Aufl. 1882).
- Geißler, H., 1974: Was erwartet der Gesundheitspolitiker vom öffentlichen Gesundheitswesen“, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 35, 97–103.

- Gottstein, A., 1908: Die Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten, in: Dte. Med. Wochenschrift 34, 512–515, 553–555, 598–601.
- Grauhan, R. R., 1965: Zur politischen Theorie der Stadt, in: Arch. f. Kommunalwiss. 4, 87–111.
- Grauhan, R. R. (Hrsg.), 1975: Lokale Politikforschung, 2 Bde., Frankfurt/New York.
- Gröttrup, H., 1973: Die kommunale Leistungsverwaltung, Grundlagen der gemeindlichen Daseinsvorsorge (Schriftenreihe des Vereins für Kommunalwissenschaften, 37), Stuttgart.
- Grotjahn, A., 1912: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene, Berlin.
- Hagen, W., 1953: Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, Stuttgart.
- Hoffmeister, A. v., 1975: Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern. Wirken und Einfluß der Leib- und Hofärzte auf Gesetzgebung und Organisation, München.
- Hubenstorf, M., 1981: Sozialmedizin, Menschenökonomie, Volksgesundheit, in: F. Kadruoska (Hrsg.), Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938, Wien u. a., 247–265.
- IGES = Institut für Gesundheits- und Sozialforschung 1984: Diverse Arbeitspapiere eines Forschungsprojektes zu „Modellversuche zur kommunalen Gesundheitsplanung“, Berlin.
- Junker, V. E., 1975: Vom Wiener Stadtphysikat zum Gesundheitsamt der Stadt Wien, in: Wiener medizinische Wochenschrift 125; Nr. 1–3, 18–23.
- Keim, K. D., 1983: Kommunale Sozialpolitik, in: Gegenwartskunde 32, SH 4, 61–80.
- Kirchgässner, G./H. Sydow (Hrsg.), 1982: Stadt und Gesundheitspflege. 19. Arbeitstagung in Bad Mergentheim, 14.–16. November 1980 (= Stadt in der Geschichte. Veröffentlichungen des Südwestdeutschen Arbeitskreises Stadtgeschichtsforschung, Bd. 9), Sigmaringen.
- Labisch, A., 1982: Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland, Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge, in: Öff. Gesundh.-Wesen 44, 745–761.
- Labisch, A., 1985a: „Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene“ – soziale Disziplinierung und Medizin, in: C. Sachße/F. Tennstedt (Hrsg.), Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung, Frankfurt (1986), 265–285.
- Labisch, A., 1985b: Doctors, Workers, and the Scientific Cosmology of the Industrial World: the Social Construction of „Health“ and the „Homo Hygienicus“ in: Journal of Contemporary History 20, 599–615.
- Labisch, A., 1985c: Die soziale Konstruktion der „Gesundheit“ und der „Homo hygienicus“, in: Österreichische Zs. f. Soziologie 10, H. 3/4, 60–81.
- Labisch, A., 1985d: Soziologische Grundlagenprobleme der primären Prävention und das Konzept der „gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung“ der Weltgesundheitsorganisation, in: R. Rosenbrock/F. Hauss (Hrsg.), Krankenkassen und Prävention, Berlin, 51–75.
- Labisch, A./F. Tennstedt, 1984a: 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, 1984b: 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 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bd. 13), 2 Bde, Düsseldorf.
- Leibfried, S./F. Tennstedt (Hrsg.), 1985: Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats, Frankfurt.
- Memeisdorff, F., 1930: Die Arbeitsgemeinschaften der kommunalen Spitzenverbände für das Gesundheitswesen, in: Zs. f. Gesundheitsverwaltung 1, 169–171.
- Müller-Hill, B., 1984: Tödliche Wissenschaft, Frankfurt.
- Neumann, S., 1847: Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum, Berlin.
- Nüssel, E./G. Lamm (Hrsg.), 1983: Prävention im Gemeinderahmen. Europäische Erfahrungen in der Herz-Kreislauf-Vorsorge, München u. a.
- Pettenkofer, M. v., 1876: Ueber den Werth der Gesundheit für eine Stadt, Braunschweig.

- Pankoke, E., 1981: Gesellschaftlicher Wandel sozialer Dienste. Voraussetzungen und Entwicklungsperspektiven, in: E. Kerkhoff (Hrsg.), Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Bd. 1, Düsseldorf, 3–30.
- Pankoke, E., 1985: Entwicklungen kommunaler Sozialpolitik. Soziale Fragen, soziale Bewegung und soziale Politik im kommunalen Raum, in: F. Ortmann/C. Sachße (Hrsg.), Arbeitsmarkt, Sozialpolitik, Selbsthilfe: Perspektiven „neuer“ Sozialstaatlichkeit, Kassel, 84–107.
- Piechocki, W., 1968: Das Hallesche Stadtphysikat im Industrialisierungsprozeß des 19. Jahrhunderts, in: Wiss. Zs. Humboldt-Univ. Berlin 17, Math.-Nath. R., H. 5, 773–781.
- Redeker, F., 1926: Ideologie und Formen der industriellen Wohlfahrtspflege, in: Zs. f. Schulgesundheitspflege 36, 300–307.
- Rodegra, H., 1979: Das Gesundheitswesen der Stadt Hamburg im 19. Jahrhundert, Unter Berücksichtigung der Medizinalgesetzgebung (1586–1818–1900), (= Sudhoffs Archiv. Beihefte 21) Stuttgart.
- Rodenwaldt, E., 1956: Die Gesundheitsgesetzgebung des Magistrato della sanità Venedigs. 1486–1550 (= Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften; Math.-nat.-wiss. Klasse, Jg. 1956, 1. Abhdlg.), Heidelberg.
- Rosen, G. A., 1958: A History of Public Health, New York.
- Rosen, G., 1973: Social Variables and Health in an Urban Environment: The Case of the Victorian City, in: Clio Medica 8, 1–17.
- Rosen, G., 1974: From Medical Police to Social Medicine. Essays on the History of Health Care, New York.
- Russell, A. W. (Hrsg.), 1981: The town and state physician in Europe from the Middle Ages to the Enlightenment, Wolfenbüttel.
- Sachße, C./F. Tennstedt (Hrsg.), 1981: Jahrbuch der Sozialarbeit 4. Geschichte und Geschichten, Reinbek.
- Sand, R., 1952: The Advance to Social Medicine, London.
- Schwartz, F., 1973: Idee und Konzeption der frühen territorialstaatlichen Gesundheitspflege in Deutschland („Medizinische Polizei“) in der ärztlichen und staatswissenschaftlichen Fachliteratur des 16.–18. Jahrhunderts, med. Diss. Frankfurt.
- Simson, J., 1983: Kanalisation und Städtehygiene im 19. Jahrhundert, Düsseldorf.
- Sons, H.-U., 1983: Öffentliche Gesundheitswesen und kommunale Selbstverwaltung in Nordrhein-Westfalen (britisches Besatzungsgebiet) 1945–1949 – Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter, in: Öffentl. Gesundh.-Wesen 45, 343–348.
- Struppius, J., 1573: Nützliche Reformation zu guter Gesundheit und christlicher Ordnung, Frankfurt.
- Stürzbecher, M., 1963: Betrachtungen zur Historiographie der Medizinalordnungen, in: Öff. Gesundh.-dienst 25, 282–288.
- Stürzbecher, M., 1977: Die medizinische Versorgung und die Entstehung der Gesundheitsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland, in: G. Mann/R. Winau (Hrsg.), Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich (= Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, Bd. 8), Göttingen, 239–259.
- Stein, L. v., 1882: Das Gesundheitswesen. Erstes Hauptgebiet, zweiter Theil der Inneren Verwaltungslehre, 2. Aufl.; gänzlich Neubearbeitet und bis auf die neueste Zeit verfolgt. Anhang. Das kaiserliche Gesundheitsamt (= Die Verwaltungslehre. Dritter Theil), Stuttgart.
- Sydow, J. (Hrsg.), 1981: Städtische Versorgung und Entsorgung im Wandel der Geschichte (= Stadt in der Geschichte, Bd. 8), Sigmaringen.
- Tennstedt, F., 1983: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiter und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln.
- Treue, W., Die reale Stadt und die Krankheit im 17. Jahrhundert, in: Med.-hist. J. 5, 1970, 10–23.
- Trojan, A./S. U. Behrendt, 1980: Lokale Bewegungen: Modelle gemeindebezogener Gesundheitsselfhilfe in der BRD, in: Österr. Zs. f. Politikwissenschaft 9, 93–109.
- Trojan, A./H. Waller (Hrsg.), 1980: Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizinische und psychosoziale Berufe, München u. a.
- Troschke, J. v., 1983: Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt 80, 65–70.

- Virchow, R., 1848: Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, in: Archiv f. Pathologische Anatomie und für klinische Medizin 2, H. 1 u. 2 (Nachdruck: R. Virchow, Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin ..., Berlin 1879, Bd. 1, 214–334).
- Vuori, H., 1983: Community Participation in Primary Health Care – a Means or an End?, verv. Ms., WHO/Kopenhagen.
- Weindling, P., 1984: Die Preußische Medizinalverwaltung und die „Rassenhygiene“. Anmerkungen zur Gesundheitspolitik der Jahre 1905–1933, in: Zs. f. Sozialreform 30, 675–687.
- Wolters, H.-G., 1974: Moderne Gesundheitspolitik im öffentlichen Gesundheitsdienst, in: Öff. Gesundh.-Wesen 35, 727–737.