

# **Der öffentliche Gesundheitsdienst (öGD) angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (new public health.)**

*Alfons Labisch*

## **Zusammenfassung**

Der öGD hat einen umfassenden Aufgabenkatalog präventiver und betreuender Gesundheitsleistungen. Zwischen den normativen Zielvorgaben des öGD und seiner personellen und finanziellen Leistungsfähigkeit besteht jedoch ein tiefer Widerspruch. Tatsächlich wurde der öGD aus historisch zu begründenden strukturellen Eigenarten in den 50er und 60er Jahren gesundheitspolitisch an den Rand gedrängt. Seit Mitte der 70er Jahre wird von der »Subsidiarität des öGD« und damit von der Nachrangigkeit öffentlicher Gesundheitsleistungen gesprochen.

Seit Mitte der 70er Jahre ist international eine Renaissance öffentlicher Gesundheitsleistungen insbesondere auf Gemeindeebene zu beobachten: die Prävention der Herz-Kreislauf-Krankheiten, die Selbst- und Laienhilfebewegung, die Programm- und Projektentwicklung der Weltgesundheitsorganisation, aber auch neue Tendenzen der Wiederbelebung einer gesundheitsorientierten Wissenschaft und Praxis seien genannt.

Darüber hinaus wirkt das bundesrepublikanische Sozialsystem aufgrund seiner spezifischen, ebenfalls historisch zu erklärenden Konstruktionsmerkmale dahin, daß ein immer größerer Teil sozialer und gesundheitlicher Probleme außerhalb der Sozialversicherung in den Gemeinden aufgefangen werden muß.

Ob, inwieweit und in welcher Form sich diese Entwicklungen schließlich auf den öGD auswirken werden, scheint derzeit noch offen – und ist eher pessimistisch zu beurteilen.

## **1. Der öffentliche Gesundheitsdienst – Übersicht und Einführung**

Innerhalb eines vielfältig strukturierten und von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich organisierten Subsystems »öffentliches Gesundheitswesen« stellt der »öffentliche Gesundheitsdienst« (= öGD) im engeren Sinne die »Gesundheitsfachverwaltung« dar: Der öGD ist der Teil der staatlichen

Verwaltung, der den Gesundheitsstand der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsteile ermitteln und überwachen, drohende Gefahren feststellen und beseitigen sowie die Gesundheit der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsteile fördern soll. Der öGD ist Angelegenheit der Länder: er umfaßt – am Beispiel Nordrhein-Westfalen –:

- das Gesundheitsamt (= GA) eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt als *unterster* Gesundheitsbehörde,
- den Regierungspräsidenten als *höhere* Gesundheitsbehörde und
- den für das Gesundheitswesen zuständigen Minister als *oberste* Gesundheitsbehörde.

Die Aufgabenschwerpunkte des öGD sind präventiv und rehabilitativ (*Femmer 1985*): Gesundheitsvorsorge (vor allem gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung), Gesundheitsaufsicht und Hygieneüberwachung, gesundheitlicher Umweltschutz, Gesundheitshilfe für behinderte und notleidende Gruppen der Bevölkerung sowie Schulgesundheitspflege und schulzahnärztlicher Dienst.

1986 gab es in der BRD 322 örtliche Gesundheitsämter (161 staatliche, 161 kommunale). In diesen Ämtern waren 2.421 hauptamtliche und 1.458 nebenamtliche Ärzte tätig. Dies entspricht 1,5 % bzw. 0,9 %, insgesamt 2,4 % aller berufstätigen Ärzte. Bezogen auf alle berufstätigen Ärzte waren 1986 41,6 % in der freien Praxis, 48,3 % im Krankenhaus und 1,5 % hauptberuflich in den örtlichen Gesundheitsämtern tätig. Auf ein Gesundheitsamt kamen 189.646 Einwohner und auf einen hauptamtlichen Arzt in öGD 25.223 Einwohner (auf einen Arzt in freier Praxis: 889 Einwohner; auf einen Arzt im Krankenhaus: 767 Einwohner).

Die Gesamtausgaben für die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit betragen 1986 249,9 Mrd. DM (= 9,5 % des Bruttosozialprodukts ohne Einkommensleistungen). Die Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung betragen damit 4.092 DM/Jahr. Von den Gesamtausgaben entfielen:

- 15.500 Mio. DM = 6,2 % auf vorbeugende und betreuende Maßnahmen
- 149.331 Mio. DM = 59,8 % auf Behandlung
- 69.479 Mio. DM = 27,8 % auf Krankheitsfolgeleistungen
- 4.374 Mio. DM = 1,7 % auf Ausbildung und Forschung
- 11.219 Mio. DM = 4,5 % auf nicht aufteilbare Kosten.

Von den 15.500 Mio. DM = 6,2 % der Ausgaben für Vorbeugung und Betreuung entfielen auf

- Gesundheitsdienste 4.505 Mio. DM = 29,1 %
- Gesundheitsvorsorge und Früherkennung (soweit nicht Gesundheitsdienste) 1.854 Mio. DM = 11,9 %

betreuende Maßnahmen (soweit nicht  
Gesundheitsdienste: d.i.: Mutterschaftshilfe  
und Hilfe zur Pflege)

9.141 Mio. DM = 59,0 %

Innerhalb des bereits geringen Anteils von Ausgaben für Vorbeugung und Betreuung fallen also nur 29,1 % an Gesundheitsdienste; 11,9 % entfallen auf die individuenbezogene Gesundheitsvorsorge/Krankheitsfrüherkennung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsdienste erhalten folglich aus den Gesamtausgaben für Erhaltung und Wiederherstellen der Gesundheit 1,8 %. Die Ausgaben für den öGD im engeren Sinne betragen 1986 2.000 Mio. DM (geschätzt); das entspricht 0,8 % der Gesamtausgaben für Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit; oder in absoluten Zahlen: Von den Gesamtausgaben zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit im Jahr 1986 (4.092 DM/Einwohner) entfielen auf den öGD ca. 33 DM/Einwohner (Behandlung von Krankheiten ca. 2.406 DM/Einwohner).

Tatsächlich wurde die gesundheitspolitische Diskussion um den öGD Anfang der 70er Jahre bis hin zur Existenzfrage »Muß es einen öffentlichen Gesundheitsdienst geben?« geführt. Ein Blick auf vergleichbare Industriestaaten zeigt, daß auch dort das öffentliche Gesundheitswesen in den 60er und 70er Jahren einen Niedergang erlebte (*Duplessis 1989*). Gleichwohl scheint die Position des öGD in der BRD besonders schwach zu sein. Die Voraussetzungen und Gründe dafür müssen folglich zum einen in der Entwicklung der medizinischen Versorgung der Industriestaaten allgemein, zum anderen der BRD im besondere liegen (*Labisch 1988*).

## **2. Strukturelle Fernwirkungen des »Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3. Juli 1934**

Das öffentliche Gesundheitswesen hat in Deutschland eine bis ins Mittelalter zurückreichende kommunale und eine bis in den frühen Absolutismus zurückreichende staatliche Tradition. Seit der Industrialisierung entwickelten vor allem die Industriestädte und -regionen das öffentliche Gesundheitswesen fort: Die umweltbezogene Assanierung im ausgehenden 19. Jahrhundert und die gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge im frühen 20. Jahrhundert waren nahezu ausschließlich Leistungen der Städte. Vor 1933 zeichnete sich ab, daß die medizinische Versorgung sich in drei Bereiche

aufzuteilen begann, die jeweils verschiedene Ziele, Zielgruppen, Interventionsformen und soziale Träger hatten (*Labisch/Tennstedt 1985*):

- Kassenärzte und Krankenhäuser übernehmen die individuelle kurative Medizin im ambulanten und stationären Bereich, getragen und finanziert durch die GKV.
- Staatliche Medizinalbeamte übernehmen den ordnungspolitischen Teil des öffentlichen Gesundheitswesens, vor allem also Medizinal- und Sanitätsaufsicht einschließlich gerichts- und amtsärztlichen Gutachtenwesens, getragen und finanziert durch Reich und Länder.
- Dazwischen schieben sich Kommunalärzte, die die auf die Gemeinde insgesamt sowie besondere Gruppen gerichtete Gesundheitsfürsorge und -vorsorge organisieren, getragen und finanziert durch Gemeinden, Städte und überregionale Arbeitsgemeinschaften, an denen die örtlichen Krankenkassen und freien Wohlfahrtsverbände beteiligt sind.

Wesentliches Kennzeichen der Interventionsart kommunaler Gesundheitsfürsorge war die Verbindung von Gesundheitsfürsorge und allgemeiner Wirtschaftsfürsorge: Kommunalärzte und Gesundheitsfürsorgerinnen gingen von sich aus auf besonders gefährdete Gruppen – z.B. Schwangere, Wöchnerinnen, Mütter und Unterschichtsbevölkerung – zu und konnten hier sozial-medizinische Diagnostik, gesundheitliche Beratung *und* allgemeine soziale und wirtschaftliche Hilfe nach dem klassischen »uno actu«-Prinzip in einer Dienstleistung verbinden. Die kommunalen Spitzenverbände begriffen das kommunale Gesundheitswesen als genuine Aufgabe kommunaler Sozialpolitik und kommunaler Daseinsvorsorge. Dieser Gedanke fand in der 1928 gegründeten »Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände für das Gesundheitswesen« seinen organisatorischen Hort.

In der Anfangsphase der NS-Zeit setzte die nationalsozialistisch geführte Medizinalabteilung des Reichsministeriums des Innern gegen den massiven Widerstand der Länder, der Gemeindeverbände und der kassenärztlich orientierten Politik des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes, bzw. der NSDAP die Vereinheitlichung des öffentlichen Gesundheitswesens auf Reichsebene durch. Ziel des »Gesetzes über Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« (= GVG) vom 3. Juli 1934 war – so sein Schöpfer Arthur Gütt – »die Staatshoheit auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens in vollem Umfange« herzustellen. Dadurch sollte ein organisatorischer Transmissionsriemen für die staatlich orientierte nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege geschaffen werden. Hierfür wurde der klassische staatliche Gesundheitsschutz, die »unverzichtbaren Teile« der kommunalen Gesundheitsfürsorge und die nationalsozialistische Erb- und

Rassenpflege zu einer neuen Aufgabentrias des öffentlichen Gesundheitswesens gebündelt.

Erst mit diesem Gesetz also wurde in Deutschland die reichsübergreifende und bis in die untere Verwaltungsebene gegliederte Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen. Da das GVG aber selbst in der NS-Zeit nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner verabschiedet werden konnte, war es ein reines Organisationsgesetz. Die Aufgaben des öGD ergaben sich durch die um das GVG gruppierten Durchführungsverordnungen (= DVO) sowie die einschlägigen nationalsozialistischen »Gesundheitsgesetze«. Wesentliche Bestimmung des öGD in der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege war, innerhalb der – von jüdischen Mitbürgern bereits »gereinigten« – »arisch-deutschblütigen« Bevölkerung die Erbkranken zu erkennen und von der Fortpflanzung auszuschließen, – durch Sterilisation, durch Eheverbote, durch Kastration etc. etc. Unabdingbares Instrument dieser permanent siebenden Tätigkeit war eben jene bis in die Peripherie ausgedehnte Gesundheitsverwaltung, deren ohne Ansehen von Person, Zeit und Ort wirkende Instrumente wiederum einschlägige Gesetze und Verordnungen waren: das Sterilisationsgesetz, das Ehegesundheitsgesetz, einzelne Absätze des Reichsbürgergesetzes, die Erbbestandsaufnahme etc. etc.

Dieses Konzept eines öGD, der drei verschiedene, teils gegensätzliche Ziele (staatlicher Gesundheitsschutz, kommunale Gesundheitsfürsorge, nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege) in einem Amt verband, scheiterte bereits in der NS-Zeit. Die vormaligen gruppenorientierten Aufgaben der Gesundheitsfürsorge wurden den Gesundheitsämtern nach und nach von der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (= NSV) abgenommen – diese breitete sich in der Tat auch gegen den Willen des »Hauptamtes für Volksgesundheit« der NSDAP und der Führung des öGD immer weiter aus. Der öGD wurde auf diese Weise bereits in der NS-Zeit eine Art gesundheitspolitischer Steinbruch, dem immer mehr personen-, bzw. gruppenbezogene Fürsorgeleistungen entzogen, dafür aber in demselben Maße Aufgaben gesundheitlicher Ordnungs- und Eingriffsverwaltung übertragen wurden. Dies gilt keineswegs allein für die nationalsozialistischen Erb- und Rassengesetze – deren rein verwaltungsgemäße Durchführung in der NS-Zeit übrigens heftig umstritten war. Vielmehr wurden auch klassische Aufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge in typischer Weise verformt – besonders nachvollziehbar in der Fürsorge für Tuberkulosekranke. Diese

beruhte in der Weimarer Zeit auf einem geradezu raffiniert gestaffelten System von Fürsorge und Kontrolle; nach 1936 ging die Fürsorge jedoch nach und nach, und zwar durch Verordnungen vorgeschrieben, auf die NSV und deren Tuberkulosehilfswerk über, während die klassischen (staatlichen) Aufgaben der Erfassung, Registrierung, ordnungsgemäßen Aktenführung einschließlich notfalls anzuordnender Zwangsmaßnahmen etc. bei den GÄ kumulierten.

Bestimmend für die Entwicklung des öGD in der BRD wurde jedoch weniger die unleugbare Tatsache und das Ausmaß, in dem der öGD zum notwendigen Bestandteil der NS-Gesundheitspolitik geworden war. Denn der öGD stand zwar im Zentrum der legalistischen Erb- und Rassenpflege: Gerade diese legalistische und verwaltungsgemäße Orientierung bewahrte ihn jedoch davor, in die ganz und gar illegalen und nicht ohne Grund geheimen medizinischen Versuchs-, Tötungs- und Mordaktionen einbezogen zu werden.

Die Fernwirkungen des GVG liegen vielmehr in seiner gesetzestechnischen Konstruktion. Zwar schuf das GVG erstmals einen einheitlichen öffentlichen Gesundheitsdienst mit einem bis in die Peripherie ausgebauten Netz örtlicher Gesundheitsämter (1935: 735). Das GVG schuf ebenfalls den einheitlichen Typus eines staatlichen Medizinalbeamten als eigener ärztlicher Laufbahn.

Gleichzeitig erhielten die GÄ in der III. DVO einen umfassenden Aufgabekatalog, der so abstrakt und vollständig ist, daß er heute noch als Grundlage öffentlicher Gesundheitssicherung begriffen werden kann. Dieser Katalog war und ist allerdings ohne klare Aufgaben und entsprechende Mittelzuweisung formuliert: Er stellt mithin kein materielles Recht dar. Ferner wurden durch das GVG die rein ärztlichen Aufgaben der Für- und Vorsorge und die Maßnahmen, die der Durchführung der Heil- und wirtschaftlichen Fürsorge dienen sollten, getrennt: Dadurch wurde die Praxis sozialhygienisch orientierter Gesundheitsfürsorge, die immer auch unspezifisch auf Umgebung und Lebensverhältnisse einwirkte, nicht nur eingeeignet; sie verlor vielmehr ihre konstitutive Verbindung von gesundheitsgerichteter allgemeine Fürsorge *und* Disziplinierung – übrig blieb allein die rein kontrollierende Gesundheitsverwaltung. Weiterhin wurde der gesamte öGD durch das GVG formalisiert und bürokratisiert: Der öGD wurde sowohl in seiner Konstruktion als Amt wie in seinen leitenden Personen als Staatsbeamten und in seinen ordnungsgemäßen Handlungsvollzügen Bestand-

teil gleichmäßigen, einheitlichen und flächendeckenden staatlichen Verwaltungshandelns. Auch dies wirkte sich nachteilig auf das relativ offene und flexible Reaktionen erfordernde Feld kommunaler Gesundheitsfürsorge und -vorsorge aus: Kommunale Leistungsverwaltung und staatliche Ordnungsverwaltung wurden durch das GVG im örtlichen GA in einem Amt zusammengeführt – eine Maßnahme, die schon aus strukturell-organisatorischen Gründen die Gesundheitsfürsorge gegenüber den staatlichen Maßnahmen benachteiligen mußte. Schlagend deutlich wird dies am Aufgabefeld der Fürsorgerinnen: selbständige soziale Diagnose, (gesundheitliche) Aufklärung und (Vermittlung von) Hilfe vor 1933 – durchaus mit offenen sozialdisziplinierenden Effekten; nach 1933 Aufklärung, Diagnose und letztlich Denunziation im Sinne der Erb- und Rassengesetze, einschließlich bürodienstlicher Hilfsarbeit für den Amtsarzt. Hilfen waren hingegen nur noch auf dem Dienstweg über die Sozialämter oder die NSV möglich. Schließlich – und dies ist besonders wichtig – wurden durch das GVG die Kommunen aus der Verantwortung für das örtliche Gesundheitswesen ausgeschlossen. Die seit dem 19. Jahrhundert entwickelte politische Kultur kommunaler Gesundheitspflege und -fürsorge wurde damit nachhaltig zerstört.

Die strukturellen Fernwirkungen des GVG bestehen folglich darin, daß:

- das Berufsbild eines eigenständigen Für- und Vorsorgearztes zwischen dem staatlichen Verwaltungsarzt und dem praktischen Arzt,
- das Berufsbild eines eigenständigen Gesundheitsfürsorgepersonals,
- die gruppen- und gemeindeorientierte Gesundheitsfürsorge und -vorsorge als medizinischer Disziplin und
- das Verständnis der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge als Aufgabe kommunaler Selbstverwaltung in der BRD nachhaltig zerstört worden sind.

### **3. Der öGD nach 1945: auf dem Weg zur »Subsidiarität«**

Nach der Gründung der BRD wurde das GVG zwar nicht als Bundesrecht anerkannt, sollte aber als Grundlage für die Organisation des öGD in den Bundesländern dienen. Die örtlichen GÄ wurden teils in staatliche Sonderbehörden (Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz,

Saarland) in Anlehnung an die untere Verwaltungsbehörde verwandelt; teilweise wurden die GÄ wieder kommunalisiert (Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein; seit 1978 auch wieder: Niedersachsen); teils wurden auch verschiedene Rechtsformen in einem Land beibehalten. Überdies paßten sich die GÄ allmählich den örtlichen Verhältnissen an, so daß trotz vergleichbarer gesetzlicher Grundlagen schwerlich von einem einheitlichen Typus »GA« in der BRD gesprochen werden kann.

Die Situation des öGD wurde durch die nunmehr rasant fortschreitende Entwicklung der individuell-therapeutischen Medizin verschärft: Diese Entwicklung spiegelte sowohl die Fortschritte in der medizinisch-wissenschaftlichen Diagnostik und Therapie als auch die professionellen Interessen der niedergelassenen Ärzte und der anhängenden Pharma- und Geräteindustrie wider. Diese wiederum konnten im Rahmen einer allgemein marktorientierten Wirtschafts- und Sozialpolitik an innere Strukturmerkmale der GKV anknüpfen: Die Entwicklung der Position der niedergelassenen Kassenärzte und der GKV in der medizinischen Versorgung sind engstens miteinander verknüpft. Die Finanzierung und die Leistungserbringung erfolgen getrennt über Krankenkassen und Kassenärzte. Ansprüche an soziale Leistungen werden ihrerseits über Erwerbstätigkeit und entsprechende Sozialversicherung begründet (vgl. unten 4.): Die daraus resultierende Massennachfrage nach medizinischen Dienstleistungen mobilisierte wiederum starke Anbieterinteressen der zum System gehörenden Dienstleistungsberufe – hier also der Kassenärzte – und der anhängenden Industrien – hier also der Pharma- und der medizinischen Geräteindustrie.

Der in der gesetzlichen Konstruktion der GKV angelegte Kern einer »liberal-kapitalistischen Expansion des »Gesundheitssektors«« (*Tennstedt 1981*) konnte in dem Moment aufblühen, als einerseits die beherrschende Position der Kassenärzte innerhalb der GKV gesichert war und andererseits die kommunale Gesundheitsfürsorge als klassisches Feld der umwelt- und gruppenbezogenen gesundheitlichen Prävention aus der Politik kommunaler Daseinsvorsorge ausgeschieden wurden: Der öGD hatte nach 1945 in den Gemeinden keinen sozialen Träger mehr, der im gesundheitspolitischen Kräftefeld einen Machtfaktor hätte darstellen können. Diese Situation war gesundheitspolitisch gegeben, als die niedergelassenen Kassenärzte 1955 im Gesetz über das Kassenarztrecht (= GKAR) ihre während der Wirtschaftskrise von 1931 durch Notverordnungen errungene und in der NS-Zeit 1935

gefestigte Position auch im demokratischen Rechts- und Sozialstaat durchsetzen konnten: Bund und Länder sahen sich durch das GKAR gesundheitspolitisch entlastet, während gleichzeitig der öGD aus den oben erarbeiteten strukturellen Gründen keine eigene Kraft und Dynamik mehr entfalten konnte.

In der Folge dieser gesundheitspolitischen Grundsatzentscheidungen wurde nun nicht allein das System der medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV ausgebaut. Vielmehr wurden nach und nach genuine gesundheitsfürsorgerische Aufgaben vom öGD auf die niedergelassenen Ärzte übertragen, so 1961 der Jugendarbeitsschutz oder 1965 die Vorsorge für Mutter und Kind. Zum entscheidenden gesundheitspolitischen Experiment wurde die Diskussion um die organisatorische Durchführung der Krankheitsfrüherkennung. Nachdem die Untersuchung (noch/scheinbar) Gesunder auf Frühsymptome häufiger Todesursachen als Bestandteil der Gesundheitsvorsorge akzeptiert war, lag es auf der Hand, die abzusehenden Massenuntersuchungen dem für diese Art öffentlicher gesundheitlicher Intervention vorgesehenen Subsystem zu übertragen – dem öGD. So sollten nach einem Beschluß der GMK von 1959 Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen besonders gefährdeter Altersgruppen ausdrücklich in den Verantwortungsbereich des öGD fallen (v. *Manger-Koenig* 1975). In der heftigen Diskussion – die hier mangels Raum weder nach Argumenten noch nach Interessen aufgeschlüsselt werden kann – obsiegten bekanntlich die Kassenärzte: Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (= 2. KVÄG) vom 21. Dez. 1970 erklärte die Krankheitsfrüherkennung zu einer Kassenleistung. Angesichts der aktuellen Situation wäre es interessant zu fragen, welche Entwicklung eingetreten wäre, wenn Krankheitsfrüherkennung nicht als individuell nachzufragende Kassenleistung, sondern als öffentliches, evtl. zugehend organisiertes Angebot organisiert worden wäre. In jedem Fall war nach dem 2. KVÄG endgültig klar, daß der öGD auch in seiner klassischen Domäne der gruppen- oder kollektiv orientierten Krankheitsfrüherkennung gesundheitspolitisch keine Rolle mehr spielen würde.

Die Diskussion um die Krankheitsfrüherkennung kann daher auch als endgültiges Zeichen dafür gelten, daß weiterhin genuine Leistungen öffentlicher Gesundheitsfür- und -vorsorge vom öGD auf die GKV übertragen werden. Nach der Lockerung der Impfgesetzgebung werden auch Schutzimpfungen immer häufiger durch Kinder- und Allgemeinärzte durchge-

führt. Der ständige Schwund an ärztlichen Aufgaben führte zu einer starken Gewichtung der als nicht-ärztlich eingestuften Aufgaben der Verwaltung innerhalb des öGD. Infolgedessen – und nicht infolge gesetzlicher Änderungen im ärztlichen Niederlassungsrecht – kam es bis weit in die 70er Jahre zu einem erheblichen Nachwuchsmangel an Ärzten sowie an Sozialarbeitern im öGD (*Labisch-Ziesmann/Labisch 1984*).

Ein vergleichbarer Schwund genuiner Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens spielte sich auf dem Gebiet des amtsärztlichen Gutachtenwesens sowie des Gesundheitsschutzes ab. Fachgutachten wurden auch von Behörden immer häufiger bei spezialisierten Instituten, z.B. gerichtsmedizinischen oder hygienischen Instituten der Universitäten, angefordert. In Sozialgesetzen – etwa im Schwerbehindertengesetz von 1974 oder im Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 – wurden Aufgaben medizinischer Gutachtentätigkeit an andere Behörden übertragen. Lediglich nicht sozialversicherte Behinderte verblieben zur Begutachtung beim GA. Die Gewerbehygiene im öGD ist weitgehend an die Gewerbeaufsichtsverwaltung und die Betriebsärzte (nach dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1973) übergegangen. Selbst die Begutachtung von Impfschäden wurde der Versorgungsverwaltung übertragen.

Unter dem Gesichtspunkt des ständigen Verlustes originärer Aufgaben – der ›Austrocknung‹ des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie Hans-Georg *Wolters* dies einmal trefflich nannte, des »spreading of functions«, wie die britische Medizinsoziologin Margot *Jeffreys* diese internationale Erscheinung beschrieb – erschien der öGD Mitte der 70er Jahre als eine Art Rest-Subsystem der medizinischen Versorgung, dessen Aufgaben und Funktion zur Disposition stehen. In der gesundheitspolitischen Diskussion tauchte auf einmal explizit oder implizit das Wort von der »Subsidiarität« des öGD auf (*Geissler 1974; Wolters 1974*): Dieses Wort bedeutet letztlich, daß der öGD nur noch Aufgaben wahrnehmen solle, die kein anderes medizinisches Subsystem und keine andere Einrichtung der öffentlichen und freien Sozial- und Wohlfahrtspflege wahrnehmen können oder wollen. Die Auffassung von der Subsidiarität des öGD ist damit das absolute Gegenteil einer eigenständigen Konzeption eines öGD innerhalb des gesamten medizinischen Versorgungssystems.

Die inzwischen in Schleswig-Holstein (1979), Berlin (1980) und Bayern (1986) verabschiedeten Novellen zur gesetzlichen Grundlage des öGD sind in dieser gesundheitspolitischen Lage daher in den Aufgaben und Funk-

tionszuweisungen restriktiver als das GVG. Am weitesten geht in dieser Hinsicht ein »Bericht der Landesregierung über die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz« aus dem Jahre 1983 (*Bericht 1983*). Die Perspektiven des öGD werden in diesem Bericht unter den politischen Leitlinien der Entstaatlichung und des Subsidiaritätsprinzips auf die staatlichen Hoheitsfunktionen begrenzt. Die Privatisierung findet lediglich dort ihre Grenze, wo die Daseinsvorsorge des Staates für den Bürger lebensnotwendig wird, bzw. wo der öGD (nach wie vor) eine Vorreiterrolle spielt. Als auszubauender Sektor gilt unter diesen Prämissen der medizinische Umweltschutz. Die übrigen Leistungen des öGD, darunter die verbliebenen klassischen Leistungen der Gesundheitsfürsorge etwa in der Schul- und Jugendgesundheitsfürsorge, sollen indes grundsätzlich reduziert und weitgehend auf andere medizinische Versorgungseinrichtungen, wie niedergelassene Ärzte, oder auf andere Ämter, auf ehrenamtliche Hilfe oder auf die Selbsthilfe übertragen werden. Als »Denkmodell für eine neue Organisationsform im öffentlichen Gesundheitsdienst« gelten der »Medizinalüberwachungsverein« (= MÜV) in Anlehnung an den Technischen Überwachungsverein, das »beliehene Amt« im Sinne eines »Arztnotars«, Ehrenbeamte oder Körperschaften des öffentlichen und privaten Rechts und schließlich freiberuflich tätige Ärzte. Wie auch immer man zu diesem Entwurf stehen mag – er ist in sich logisch abgeleitet und durchdacht. Die klassischen Aufgaben einer gruppenbezogenen kommunalen Gesundheitsfürsorge werden konsequent auf personenbezogene Leistungsträger bzw. auf Laien- und Selbsthilfe verlagert, die verbleibenden klassischen staatlichen Ordnungsaufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen auf ein striktes Mindestmaß reduziert – sofern sie nicht längst von spezialisierten Ämtern übernommen worden sind. Damit kann der öGD in der Tat auf einen MÜV und einen Arztnotar reduziert werden – um so den Entwicklungsstand des preußischen Kreisphysikus des 19. Jahrhunderts wieder herzustellen, also vor dessen über Jahrzehnte verfochtener Reform durch das Kreisarztgesetz von 1899. Pathognomisch an dieser Diskussion ist allerdings, daß nicht einmal mehr entfernte Vorstellungen über die Eigenart der Intervention und der Handlungsebene kommunaler Gesundheitssicherung existieren.

#### 4. Perspektiven einer »new public health«

Der öGD ist im Vergleich zu anderen Subsystemen der medizinischen Versorgung der BRD in den letzten Jahrzehnten in eine Randposition geraten. Diese Randposition läßt sich in einem Satz so kennzeichnen: Während der ambulante und der stationäre Sektor ständig an Personal, Mitteln und Aufgaben ausgebaut werden, stagniert der öGD in Personal und Mitteln und sein Aufgabenspektrum verschiebt sich von personen-, bzw. gruppenbezogenen Leistungen hin zu (Hoheits-)Aufgaben der gesundheitlichen Ordnungsverwaltung. Die Steigerung der übrigen Bereiche ist dabei so überproportional, daß der öGD auch dann, wenn die absoluten Zahlen wachsen, prozentual gesehen immer weiter zurückfällt (z.B. 1970: 4,9 % aller berufstätigen Ärzte, 1986: 2,4 %; 1970: 1,1 % an den Gesamtausgaben, 1986: 0,8 %).

Gleichwohl zeichnen sich in den letzten Jahren wirtschaftliche und soziale Entwicklungen ab, deren sozial- und gesundheitspolitische Folgen möglicherweise positive Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssicherung insgesamt haben – und in der Folge auch den öGD betreffen werden (zum folgenden *Labisch 1989*). Die neuen elektronischen Daten- und Informationsverarbeitungstechniken führen dazu, daß die Produktion von Gütern und Dienstleistungen national und international neu organisiert wird. National gesehen wird Arbeit auf leistungsfähige, sozial und räumlich mobile Schichten der Bevölkerung eingeschränkt: Die Lebenschance Arbeit/Erwerbstätigkeit/Berufsleben wird nicht mehr jedem eröffnet (Jugend- arbeitslosigkeit), nur partiell gewährt (z.B. Frauen), bzw. frühzeitig genommen (Frühinvalidität statt Arbeitslosigkeit als »sozialpolitischer Artefakt«).

Dieser Wandel im produktiven Bereich führt in der BRD zu einer fundamentalen Krise des klassischen Sozialversicherungssystems. Denn dieses während der Hochindustrialisierung seit 1883 schrittweise ausgebaute System ist an die Erwerbstätigkeit gebunden: Nur Arbeit begründet soziale Teilhabe – nur vorangegangene, aktuelle oder zu erwartende Erwerbstätigkeit legitimiert folglich den Anspruch auf Leistungen der Alters-, Invaliden-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung. Bislang war bereits die Hinterbliebenenrente nicht selbstversicherter Familienmitglieder – d.h. besonders derjenigen Frauen, die »nur« im Haushalt tätig waren und durch diese »Schattenarbeit« die Berufstätigkeit des Mannes und die Aufzucht der

Kinder erst garantierten – ein sozialer Brennpunkt: Armut im Alter bedeutet faktisch Armut alter Frauen (bei 72 % der Rentnerinnen lag die Hinterbliebenenrente 1986 unter 600 DM (Männer 9 %); 20 % der Frauen über 65 beziehen Sozialhilfe (Männer: 10 %)).

In den letzten Jahren bleibt die Chance der Erwerbstätigkeit einer immer größeren Zahl von Menschen auf Dauer vorenthalten. Dadurch wird der Anteil von Menschen immer größer, die auf die allgemeine Sozialhilfe als unterster und letzter Stufe öffentlicher Sozialleistungen angewiesen sind: Die aus der Sozialversicherung ausgegliederten Menschen fallen der »neuen Armut« anheim. Das Prinzip sozialer Sicherung wird damit letztlich durch das vorindustrielle Armutsprinzip abgelöst (*Leibfried/Tennstedt 1985*). Die wichtigsten Gründe für die Inanspruchnahme von Sozialhilfe sind seit langem Arbeitslosigkeit, unzureichende Rente, unzureichendes Einkommen und Gesundheitsschäden. Die Sozialhilfe wird überwiegend durch kommunale Gebietskörperschaften finanziert. Diese Mittel werden den Gemeinden zugestanden oder zugewiesen, nicht jedoch – wie etwa in der politisch hochsensiblen GKV oder der Rentenversicherung – nach Bedarf ausgeweitet. Politisch-hochsensibel sind die klassischen Sparten sozialer Sicherung deshalb, weil diese Versorgungsbereiche wiederum systemimmanent den produktiven Teil der Bevölkerung interessieren. Das gegliederte Sozialleistungssystem erweist sich als ein System der Ausgliederung von Personenkreisen und Tatbeständen der Hilfsbedürftigkeit – so Christian v. *Ferber*. Die Folgen sind regionale, geschlechts- und gruppenspezifische Verarmung: Struktur-schwache Gebiete (z.B. Landwirtschaft, alte Industrien etc.), Alte, Pflegebedürftige, (Dauer-)Arbeitslose, Frauen, die nicht oder nur kurzfristig sozialversichert werden, Jugendliche ohne Ausbildung sind besonders betroffen.

Die Kommunen versuchen, unter den exorbitant steigenden finanziellen Belastungen der Sozialhilfe allerorts, die Ausgaben als vermeintlich konsumtive Ausgaben zu begrenzen. In Einzelfällen wird jedoch erkannt, daß sich hier Probleme stellen, die eine völlige Umorientierung der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik erfordern. Denn die sozialpolitische Entlastungsfunktion der klassischen Sozialversicherungssysteme ist offenbar nicht mehr gegeben: Nicht nur Armut, sondern Arbeitslosigkeit, Alter, chronische Krankheit, Pflegebedürftigkeit werden als neue (alte?) Probleme der kommunalen Einheit wahrgenommen. Es wundert daher nicht, daß vor

einiger Zeit in einem Modellversuch die kommunale Planung im Gesundheitswesen untersucht wurde.

Darüber hinaus zeichnet sich seit einigen Jahren weltweit ab, daß die Gemeinde als Ort der Prävention wiedererkannt wird. Die vorherrschenden chronisch-degenerativen Krankheiten und Todesursachen können im System der medizinischen Versorgung zwar in ihren Folgen individuell gemildert, nicht jedoch allgemein vorgegreifend bekämpft bzw. vermieden werden.

Auch die Erforschung und Förderung von Selbsthilfe- und Laienpotentialen in der medizinischen Versorgung und Gesundheitsvorsorge hat in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren erheblichen Aufschwung erlebt. Groß angelegte Projekte des Bundesministeriums für Forschung und Technologie und der Deutschen Forschungsgemeinschaft seien genannt. Aus den vielfältigen Einzelaspekten und Einzelergebnissen der Forschungen müssen hier zwei Punkte angesprochen werden. Zunächst einmal ist zu betonen, daß ein erheblicher Anteil sozial und gesundheitlich relevanter Leistungen nach wie vor in der Familie erbracht wird. Gleichzeitig wurde bekannt, daß die Familien sowohl in der Pflege als auch in der Vorsorge bis an ihre Grenzen belastet sind – und dies betrifft nach wie vor die Arbeit, genauer: die Überlastung von Frauen. Den Abbau sozialstaatlicher Leistungen mit dem Hinweis auf die sozialen und medizinischen Eigenleistungen der Familien begründen zu wollen, erweist sich damit als außerordentlich fragwürdig. Vielmehr muß der unter den Aspekten der De-Institutionalisierung oder De-Professionalisierung in Teilbereichen durchaus willkommene Abbau sozialstaatlicher Versorgungssysteme durch entsprechende Hilfe aufgefangen und gestützt werden. Diese Förderung gesundheitsrelevanter Selbsthilfe- und Laienpotentiale muß nach den vorliegenden Forschungsergebnissen darauf gerichtet sein, unterhalb formeller sozialstaatlicher Hilfen und oberhalb primärer sozialer Hilfen angesiedelte soziale Netze zu initiieren bzw. zu unterstützen. Als sozialer Raum bietet sich für die gleichermaßen sozialen wie gesundheitlichen Aktivitäten die Gemeinde bzw. in Großstädten der überschaubare Stadtteil an.

In der gesundheitspolitischen Programmentwicklung wird die Gemeinde ebenfalls als Zentrum der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung neu wahrgenommen und herausgestellt: Dies gilt besonders für die aufeinander aufbauenden Konzepte der »Primary Health Care« (1978) und der »Health Promotion« (1986) der Weltgesundheitsorganisation. Als Ort für

diese Konzepte der Gesundheitssicherung kann nur der alltägliche Lebensraum der Menschen verstanden werden – also die »community«, ein im Deutschen kaum angemessen wiederzugebender Begriff, der zwischen Gemeinde als Verwaltungskörperschaft und der unmittelbaren Lebenswelt der Familien- und Lebensgemeinschaften anzusiedeln ist. Die programmatische Entwicklung der Gesundheitsförderung führte dazu, daß der Gedanke einer »öffentlichen Gesundheit« international wiederbelebt wurde. Im Rahmen dieser »new public health«, bzw. einer »healthy public policy« wird derzeit ein weltweites Praxisprojekt der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene durchgeführt, das internationale »Healthy Cities Project«. Die Referenzstädte für dieses Praxisprojekt sind in der Bundesrepublik Deutschland seit 1986 Bremen und Düsseldorf sowie seit 1988 zusätzlich München. Unterhalb dieses internationalen Praxisprojekts hat sich in vielen Ländern ein nationales Netzwerk »gesunde Städte« gebildet – so seit Juni 1989 auch in der Bundesrepublik Deutschland.

Schließlich sind vielfältige und vielerorts angesiedelte Bestrebungen zu erwähnen, Ausbildungsgänge für »öffentliche Gesundheit« im weitesten Sinne zu etablieren. Allgemein gesehen sind neue Ausbildungsgänge vor allem in den Bereichen Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung bereits etabliert worden, so etwa in Bremen, Lüneburg oder Osnabrück. Am bekanntesten dürfte das Graduiertenstudium »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung« in Bielefeld sein. Die (postgraduale) Ausbildung für Epidemiologen wird ebenfalls endlich forciert – ein Mangel, der nach internationalen Standards mehr als peinlich für die BRD ist. Auch im engeren Feld des öffentlichen Gesundheitswesens und der Gesundheitsfachverwaltung wird seit einiger Zeit immer lauter beklagt, daß es keine Ausbildungsgänge gibt, die mit den »schools of public health« in Großbritannien oder den USA zu vergleichen wären. Die Ausbildung in den Akademien für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München ist im wesentlichen Mitarbeitern des öGD vorbehalten und vorwiegend auf die Belange des öGD ausgerichtet. Die »schools of public health« stehen indes als postgraduale Studiengänge einer Vielzahl einschlägiger Berufe offen und bieten neben der Medizin ein breites Spektrum relevanter Fächer an – darunter Epidemiologie, Ökonomie, Sozial- und Verwaltungswissenschaften. In dem Maße, in dem »öffentliche Gesundheit« in Wissenschaft, Forschung und gesundheitspolitischer Programmatik wahrgenommen wird, wachsen die Bestrebungen,

auch in der BRD entsprechende Einrichtungen zu gründen. Genannt seien hier lediglich die durchaus gegensätzlichen Vorhaben in Berlin und Düsseldorf. In Düsseldorf soll in einer Kooperation zwischen Medizinischer Fakultät und der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ein postgradualer Studiengang entwickelt werden, der institutionell und personell weitgehend innerhalb der Medizin bleibt. In Berlin wird hingegen eine eigenständige Hochschule für Gesundheit angestrebt, die bewußt außerhalb der klassischen medizinischen Ausbildungsstätten angesiedelt werden soll.

Nach wie vor – und dies ist hier deutlich zu sagen – stehen alle hier geschilderten Entwicklungen bislang gleichsam im leeren Raum. Es sind Aktivitäten von Wissenschaft, Forschung, Lehre, Feldforschung, Interventionsstudien, gesundheitspolitischen Programmentwicklungen etc. Daß hinter diesen Entwicklungen, bis auf einzelne Orte, machtvolle Träger stünden, wird sicherlich keiner behaupten. Eine Analogie zur individuellen Gesundheitserziehung ist hier durchaus hilfreich: solange derjenige, dem Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung gelten, die durchaus begriffenen Verhaltensweisen nicht in sein Handlungsinstrumentarium einordnet, bleiben Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung ohne Erfolg. Dasselbe gilt – mutatis mutandis – auch für komplexe soziale Akteure wie Gemeinden, Städte oder den Staat. Zwar wird allenthalben deutlich, daß die GKV öffentliche Handlungsträger nicht mehr generell von Aufgaben der Gesundheitssicherung entlastet. Die Etablierung einer neuen »öffentlichen Gesundheit« als eigenem Zweig kommunaler und staatlicher Gesundheitssicherung steht bislang allerdings aus. In historischer Analogie wäre sie dann gegeben, wenn beispielsweise die kommunalen Spitzenverbände wieder eine entsprechende »Arbeitsgemeinschaft für die Gesundheitssicherung« etablieren würden. Erst dann wäre auch gewährleistet, daß die vielfältigen Gedanken, Konzepte und Pläne einer öffentlichen Gesundheit in ausreichendem Maße implementiert würden.

## 5. Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der bisherigen Betrachtung war, die aktuelle Situation und die möglichen Perspektiven des öGD aus der Sicht seiner langfristigen Entwicklungsmomente herauszuarbeiten. Ergebnis war, daß die nach Interventions-

ebene, Interventionsart und Interventionsziel eigenständigen Formen kommunaler Gesundheitsfürsorge und staatlichen Gesundheitsschutzes durch das GVG in einem Amt zusammengeführt worden sind. Nach 1945 überlebten die Strukturmerkmale des GVG samt der dadurch gegebenen Defizite: eine Sozial- und Gesundheitsfürsorge integrierende Theorie und Praxis kommunaler Gesundheitsfürsorge fehlte, das entsprechende Personal im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich fehlte und die Kommunen waren aus der Verantwortung für die Gesundheitssicherung ausgeschaltet – daran änderte auch die rein verwaltungsrechtliche Kommunalisierung der Gesundheitsämter nach 1945 nichts mehr. Denn die organisatorischen, personellen und interventionsbezogenen Anknüpfungspunkte einer kommunalen Gesundheitssicherung waren nicht mehr gegeben.

Unter den ebenfalls ausgeführten Bedingungen des bundesrepublikanischen Systems sozialer Sicherung und der rasch voranschreitenden Spezialisierung von Aufgaben der Medizinalaufsicht, des Gesundheitsschutzes und des Gutachtenwesens trat jene Entwicklung ein, die schließlich in den 70er Jahren zur offensichtlichen »Austrocknung des öGD« führte. Das endgültige gesundheitspolitische »knock-out« war mit dem Begriff der »Subsidiarität des öGD« offiziell verkündet.

Bei näherer Betrachtung ist die Entwicklung der letzten Jahrzehnte so zu präzisieren: Während der ambulante und der stationäre Sektor permanent an Personal, Ressourcen und Aufgaben ausgeweitet wurden und werden, bleibt der öGD in Personal und Ressourcen faktisch seit Jahrzehnten auf demselben Stand. Hingegen verschieben sich die Aufgaben des öGD permanent von der personen- und gruppenbezogenen Gesundheitsfürsorge zur hoheitlich-staatlich orientierten Eingriffsverwaltung: die Amtsstruktur des öGD setzt sich völlig durch – gänzliche Abhängigkeit von Vorgaben der Verwaltung einerseits, Ausrichtung der eigenen Aktivitäten auf durch Gesetze und Verordnungen vorgeschriebene Aufgaben andererseits. Es ist unmittelbar deutlich, daß durch diese Interventionsart der Bereich einer lebensweltorientierten öffentlichen Gesundheitsförderung schwerlich erreicht werden kann.

Völlig falsch wäre nun allerdings der Eindruck, der öGD versacke in bürokratischer Selbstbefriedigung. Tatsächlich kommt es durch die herausgearbeitete formale Struktur und die gesundheitspolitische Einschätzung des öGD zu einem teils grotesken Syndrom von Über- und Fehlbelastungen. Das GVG und die substantiell nach wie vor gültigen Durchführungsverord-

nungen von 1934/35 begründen noch immer eine »Allzuständigkeit in medizinischen Fragen« – nach *Schmacke* eine »immer offensichtlichere Farce«, da in den GÄ weder genügend Qualifikation sei, noch die Amtsärzte in die entscheidenden Weichenstellungen der Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsverwaltung eingreifen können (*Schmacke 1987, 128*). Darüberhinaus werden dem öGD permanent neue Aufgaben aufgebürdet (eindrucksvoll der Katalog bei *Femmer 1982*).

Diese sind durch die – teils mit den Mitteln staatlicher Eingriffsverwaltung operierender – seuchenhygienische Überwachung einerseits und die notwendigerweise lebensweltbezogene – und bei AIDS sogar randgruppenbezogene und damit äußerst sensible – Gesundheitserziehung andererseits vorgezeichnet. Deutlich wird in jedem Fall: das Konzept der »Subsidiarität« führt nicht nur dazu, daß der öGD zu einem offenen Steinbruch für die jeweiligen Wünsche anderer medizinischer Berufsgruppen wird; vielmehr führt dieses Konzept auch dazu, daß dem öGD wahllos Aufgaben übertragen werden, die aus einer gegebenen Situation zwar unbedingt notwendig erscheinen, die aber kein anderer übernehmen will. Ein Konzept einer ziel- und mittelgerechten Politik im öffentlichen Gesundheitswesen ist so jedenfalls nicht zu erkennen.

Völlig falsch wäre schließlich der Eindruck, die Ärzte des öGD ließen diese Entwicklung über sich ergehen (dazu *Müller u.a. 1988*). Dies wird allein schon deswegen immer weniger zutreffen, wie die – auf einen Schlag zwei Generationen überspringende – Verjüngung der Ärzte des öGD voranschreiten wird. Zwei Bewegungsrichtungen lassen sich hier unterscheiden: im Umweltschutz einerseits und in der Gesundheitsförderung andererseits. Umweltschutz als bevorzugte Aufgabe des öGD ist beispielsweise in Hamburg in der Form des »Gesundheits- und Umweltamtes« bereits etabliert. Deutlich ist, daß der gesundheitliche Umweltschutz die klassische staatliche Seuchenhygiene in moderner und regional angepaßter Form fortführt. Die Gesundheitsförderung wird nicht primär durch das Modell AIDS-Beratung, sondern durch die Beteiligung am »healthy cities project« deutlich – hier besonders an den internationalen Referenzstädten Bremen, Düsseldorf und München. Dort führt die Gesundheitsförderung die klassische kommunale Gesundheitsfürsorge in moderner, regionaler Form fort.

## Literatur

Das ursprünglich umfangreiche Literaturverzeichnis mußte aus Raumgründen erheblich gekürzt werden. Für weiterführende Literatur sei verwiesen auf *Labisch 1988, 1989* und *Müller 1988*.

- Bericht 1983, *Bericht der Landesregierung über die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz*, Landtags-Drucksache 10/284 (Mainz 8.11.1983)
- Duplessis, P. u.a. (Hg.), *Public Health and Industrialized Countries* (Versionen in Englisch, Französisch und Spanisch), Quebec 1989
- Femmer, H.J., *Zur Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Organisation und Aufgaben*, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 44, 1982, 805-814
- Femmer, H.J. u.a. (Hg.), *Grundriß des öffentlichen Gesundheitswesens zum Gebrauch an Medizinischen Fakultäten und an Medizinal-Lehranstalten*, Bielefeld <sup>21</sup>1985
- Geissler, H., *Was erwartet der Gesundheitspolitiker vom öffentlichen Gesundheitsdienst?*, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 36, 1974, 97-103
- Hagen, W., *Vorbeugende Gesundheitsfürsorge*, Stuttgart 1953
- Labisch, A. (in Zusammenarbeit mit F. Tennstedt), *Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge*, (= Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, H. 49) Frankfurt 1988
- Labisch, A. (Hg.), *Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven* (= Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, H. 52) Frankfurt 1989
- Labisch, A./F. Tennstedt, *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 in Düsseldorf, 13, 1.2) Düsseldorf 1985
- Labisch-Ziesmann, U./A. Labisch, *Zur Personalsituation (insbesondere der Ärzte) im öffentlichen Gesundheitsdienst von 1951 bis 1980 im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung*, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 46, 1984, 63-67, 125-130
- Leibfried, S./F. Tennstedt (Hg.), *Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats*, Frankfurt 1985
- Manger-Koenig, L.v., *Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen*, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 37, 1975, 433-448
- Müller, W. u.a., *Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur*, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 50, 1988, 303-313
- Schmacke, N., *Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion*, in: *Jb. f. kritische Medizin* 12 (= Argument. Sb 146), 1987, 122-145
- Tennstedt, F., *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland*. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen 1981
- Wolters, H.-G., *Moderne Gesundheitspolitik im öffentlichen Gesundheitsdienst*, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 36, 1974, 727-737