

4 Problemsicht, Problemdefinition und Problemlösungsmuster der Gesundheitssicherung durch Staat, Kommunen und primäre Gemeinschaften

Alfons Labisch

4.1 Einführung

In der Bundesrepublik Deutschland wird das Spektrum der Todesursachen von nur wenigen Krankheitsgruppen (Herz- /Kreislaufkrankheiten, bösartige Neubildungen, Blutzuckerkrankheit, chronische Atemwegserkrankungen, Leberkrankheiten) beherrscht. Es ist daher berechtigt, von Massenphänomenen zu sprechen. Gegen die früheren Massenerkrankungen, die vorwiegend akute (z. B. Pest, Pocken, Gelbfieber, Cholera usw.) und chronische (z. B. Lepra, Syphilis, Tuberkulose etc.) Infektionskrankheiten waren, wurden gemeinschaftliche Systeme der Abwehr entwickelt: Isolation, Quarantäne, Absperrung, öffentliche und (über Massenpropaganda verbreitete) private Hygiene, Desinfektion, Massenimpfungen usw. Diese kollektiven Abwehrsysteme wurden durch Städte und Staaten eingeführt und schließlich zu organisatorisch durchstrukturierten Formen öffentlichen Gesundheitsschutzes und öffentlicher Gesundheitsvorsorge ausgebaut.

Angesichts des Massencharakters der heutigen Todesursachen fällt auf, daß öffentliche, jenseits alltäglicher Selbst- und Laienhilfe anzusiedelnde Formen vorbeugender Gesundheitssicherung in den Industriestaaten an den Rand gedrängt sind: Die ambulant und stationär erbrachte individuelle Therapie bereits erkrankter Menschen beherrscht das Feld einer als personenbezogener medizinischer Versorgung konzeptualisierten Gesundheitssicherung. Über das allen Industriestaaten gemeinsame Phänomen der hohen Gewichtung der Individualtherapie gegenüber massenorientierter Gesundheitsvorsorge hinaus fällt überdies in der Bundesrepublik Deutschland der besondere Niedergang des öffentlichen Gesundheitsdienstes als offiziell mit der Gesundheitsvorsorge bestelltem medizinischen Subsystem auf.

Faßt man den öffentlichen Gesundheitsdienst und seine Vorläufer als einen historisch gewordenen organisatorischen Fokus öffentlicher Formen der Gesundheitsvorsorge auf, läßt sich an seinem Beispiel auf verschiedenen Zeitebenen untersuchen, wie gesellschaftliche Gegebenheiten, staatliche Maßnahmen, unterschiedlich organisierte Hilfsformen und Selbsthilfe zusammenwirken müssen, damit individuelle und kollektive Formen der Gesundheitsvorsorge entstehen können bzw. unbeachtet bleiben oder aber verhindert oder gar zielgerichtet vernichtet werden. Dies ist kurz gefaßt die Problemstellung des Forschungsprojektes "Gesellschaftliche Bedingungen für Gesundheitsvorsorge durch Staat und intermediäre Instanzen — dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Eine historisch—soziologische Untersuchung" im Rahmen des Schwerpunktprogramms der Deutschen Forschungsgemeinschaft "Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Intervention".

In den hier vorzutragenden Ergebnissen des gesamten sozialpolitischen Schwerpunktprogramms der DFG erweisen sich diejenigen Aspekte des Forschungsprojektes als besonders relevant, die die unterschiedliche Problemsicht, Problemdefinition und Problembearbeitung der Gesundheitssicherung auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Aggregatebenen betreffen. Es herrscht heute weithin die Ansicht vor, daß ein einheitliches, im wesentlichen in medizinisch—naturwissenschaftlichen Parametern faßbares Gesundheitsverständnis alle diesbezüglichen Aktivitäten bei Personen, Gruppen, Organisationen und Institutionen ausrichtet: Diese gleichgerichteten Aktivitäten unterliegen vermeintlich vergleichbaren Bedingungen und Abläufen und damit auch gleichartigen Interventionsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. Abweichungen hiervon werden jeweils akteurspezifisch erklärt — z. B. beim offenkundigen schichtspezifischen Gesundheitsverhalten mit stratifikatorischen oder klassentheoretischen Ansätzen. Demgegenüber haben sich aus der Gesamtproblemstellung des Schwerpunktprogramms die Bedingungen und Friktionen sozialpolitischer Problembearbeitung sowohl durch als auch zwischen Staat, Kommunen, verfaßten und freien intermediären Instanzen und schließlich primären Sozialverbänden als besonders bedeutsam erwiesen: Dies gilt besonders für den Gegensatz von problemadäquater Verortung von Problemlösungen auf verschiedenen sozialen Ebenen und der "symbolischen Dezentralisierung" sozialer Hilfen aus aktuellen fiskalischen/parafiskalischen Notlagen.

Es gilt daher, im folgenden herauszuarbeiten, daß Gesundheit auf unter-

schiedlichen gesellschaftlichen Aggregatebenen unterschiedlich wahrgenommen und definiert wird, so daß differenzierte Muster der Problembearbeitung bestehen.¹ Um die möglichst allgemein und daher abstrakt formulierten Arbeitsergebnisse zu veranschaulichen, wird die Soziogenese des sozialen Gutes Gesundheit zunächst an unterschiedlichen Phasen des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland in einer systematisierten Übersicht dargestellt (4.2). Dann werden die immanenten Dimensionen gesundheitssichernder Strategien auf Seiten der Handlungsträger (4.3) wie der Gesundheitswissenschaften (4.4) herausgearbeitet. Die daraus folgenden Bestimmungsmomente und Dimensionen der Interaktion von Gesundheitswissenschaften und sozialen Akteuren werden wiederum am historischen Beispiel verdeutlicht (4.5). Allgemeine und aktuelle Schlußfolgerungen zu den Umgebungsbedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge schließen die Untersuchung ab (4.6).

4.2 Die soziale Konstruktion und Funktion von Gesundheit – zur Soziogenese eines sozialen Gutes

Die heutige Marginalität öffentlicher Formen der Gesundheitsvorsorge schlägt sich auch in der Forschungssituation nieder: Es mangelt nicht nur an empirischen Ergebnissen, sondern auch an theoretischen Zugriffen. Aufschlußreich erscheinen hier die Fragen, wann und unter welchen Bedingungen Personen, Gruppen oder Organisationen Probleme als gesundheitsrelevant entdecken, welche Maßnahmen sie planen und wie diese schließlich durchgeführt werden. Mit dem Schwergewicht auf die "öffentliche Gesund-

¹ Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, umfangreiche, teils noch nicht abgeschlossene theoretische und empirische Untersuchungen systematisch zusammenzufassen. Hier deren Grundlagen auszubreiten, verbietet sich aus Raumgründen. Es sei daher, bis auf wenige Hinweise am gegebenen Ort, allgemein auf die aus dem Projekt hervorgegangenen Publikationen verwiesen (vgl. Publikationsverzeichnis am Schluß dieses Bandes). Entscheidende Anregungen für die anzusprechenden Problembereiche verdanke ich den Mitgliedern des DFG-Forschungsschwerpunktes. Ich möchte vor allen den Herren F.-X. Kaufmann, P. Raschke, F. Schliehe, E. Pankoke, B. Becher und R. Müller nennen. Für ständige Kritik und Anregung bin ich Florian Tennstedt besonders verpflichtet.

heit" lassen sich die historischen Entwicklungslinien folgendermaßen zusammenfassen.²

In der spätmittelalterlichen Städtkultur, beginnend mit den in langen Handlungsketten stehenden und daher weit vorausplanenden Großkaufleuten und schließlich idealtypisch ausgeprägt im protestantischen Wirtschaftsbürger, wurde Gesundheit Lebensgrundlage bürgerlicher Eliten, die ihren Körper im Sinne selbstgesetzter Ziele zu instrumentalisieren begannen (bürgerliche Virtuosenethik). In diesem sozialen Konstrukt werden zumindest programmatisch die Grundlagen für die folgenden Perioden ausgebildet; Lebensweise, Umwelt *und* Arznei stellen die Trias dar, durch die dem potentiellen Mängelwesen "Jedermann" ein langes Leben ermöglicht werden kann, um ferne Ziele zu erlangen.

Über die individuelle gesundheitsgerechte Lebensführung hinaus werden die Umwelt – und damit die öffentliche "gesundheitsgerechte" Gestaltung von Verhältnissen – *und* die Arznei und damit die Hilfe im Krankheitsfall *als Wiederherstellen* von Gesundheit – als mögliche Garanten von Gesundheit ausgemacht: "Gesundheit" als langes Leben für Jedermann stellt damit die ärztliche Therapie im Krankheitsfall der vorgreifenden individuellen und öffentlichen Gesundheitssicherung gleich.

Dieses Verständnis von Gesundheit wird im Umbruch vom Mittelalter zur

² Eine kurze, systematisierte Zusammenfassung der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland vgl. bei A. Labisch, *Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens*. In: B. Blanke u. a. (Hrsg.), *Die Zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik*. Leviathan, Sonderheft 7, Opladen 1986, S. 275–306; ausführlich zur Entwicklung des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland von ca. 1840 bis 1940 vgl. A. Labisch, F. Tennstedt, *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1933. Die Entwicklungslinien und –momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*. (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 13, 1.2) Düsseldorf 1985. Der eher individuelle Aspekt der Soziogenese des sozialen Gutes Gesundheit ist herausgearbeitet in: A. Labisch, *Die soziale Konstruktion der "Gesundheit" und des "homo hygienicus"*: Zur Soziogenese eines sozialen Gutes. In: *Österr. Zs. f. Soziologie*. 10, 1985, H. 3 u. 4, S. 60–81; vgl. hier auch Hinweise auf die aus Norbert Elias, Max Weber, Peter L. Berger, Thomas Luckmann *und* Michel Foucault abgeleitete Konzeption, die auch den folgenden Ausführungen zugrunde liegt.

frühen Neuzeit nicht nur bei ethischen Virtuosen, sondern auch in größeren Vergemeinschaftungsformen wirksam: In hochdifferenzierten Konfigurationen – dies sind zunächst Marktstädte, die die vorerst partielle ökonomische Rationalität in kollektiven Mentalitäten allmählich auf die gesamte Produktion und die Reproduktion ausdehnen – gewinnt Gesundheit allmählich kollektive Aufmerksamkeit: Zumindest programmatisch, teilweise sogar tentativ, wird über die Legitimation "Gesundheit" Einfluß auf Verhalten und Verhältnisse genommen. "Gesundheit" wird folglich seit der spätmittelalterlichen/frühneuzeitlichen Städtkultur als Argumentationsfigur benutzt, um auf die Gestaltung eines Gemeinwesens einzuwirken.

Organisatorische Vorläufer und frühe Formen öffentlicher Gesundheitswesens entstanden also nicht in den kleinen sozialen Einheiten der agrarischen Peripherie, sondern in Städten. Diese stellten mit der Entwicklung der Markt- und Verkehrswirtschaft einerseits Einfallspforten für Seuchen dar, waren andererseits auf eben diesen freien Verkehr angewiesen. Nicht nur einzelne Großhandelskaufleute, sondern der Ort und die Gemeinschaft waren also durch ihre ureigene Tätigkeit besonders gefährdet.

Kennzeichnend für die Entwicklung des frühen kommunalen Gesundheitswesens ist daher die Reaktion der Handelsstädte auf die Pest. Die öffentliche Gesundheitssicherung wurde als Aufgabe der städtischen Herrschaft und Verwaltung begriffen, die Marktwesen, Lebensmittelverkehr, Quarantäne etc. regelten. Mit empirischen Mitteln versuchten die Stadtherren, Gesundheitsgefahren zurückzudrängen (z. B. 'Magistrato della Sanità', Venedig 1486). Medizin und Ärzte waren lediglich Gegenstand stadtherrlicher Anordnungen. Die öffentliche Gesundheitssicherung wurde also als Aufgabe der städtischen Herrschaft und Verwaltung begriffen, die neben einer Beobachtung gesundheitlicher Verhältnisse auch das städtische Hospitalwesen und die Aufsicht über die Medizinalpersonen umfaßte, Ärzten und anderen Medizinalpersonen also eine nachgeordnete Rolle zuwies. Die zunächst eher reaktiven Maßnahmen ergaben sich aus ihrem übergeordneten Nutzen für Teil- oder Gesamtziele des Gemeinwesens. In den Handelsstädten wurden beispielsweise Maßnahmen ergriffen, die einerseits dem Hauptziel der Stadt, nämlich dem stetigen Warenverkehr dienen sollten, diesen im Moment der Gefahr aber teilweise, notfalls auch gänzlich zum Erliegen brachten. Damit ist die konstitutive Zwiespältigkeit öffentlicher Gesundheitsleistungen angesprochen, die immer auch in individuelle oder kollektive Handlungsabläufe eingreifen.

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 erlauben sollte. Diese von Ärzten vorgetragene Vorschläge waren nicht mehr reaktiv auf empirisch bekannte Gesundheitsgefahren ausgerichtet, sondern strebten eine zielorientierte, vorbeugende Gestaltung von Verhalten und Verhältnissen an. Diese Vorschläge mußten daher zwangsläufig mit vorherrschenden Denksystemen und Wertvorstellungen einhergehen, um bei den Macht- und Herrschaftsträgern eine gesundheitspolitischen Handlungsbedarf zu begründen. Die weltanschauliche Voraussetzung für derartige Vorschläge ist darüber hinaus, daß Gesundheit und Krankheit nicht mehr als gottgegebenes Schicksal, sondern als machbar, bzw. vermeidbar angesehen werden: Tod und Krankheit müssen ihres religiösen Bedeutungsgehaltes entkleidet, die Gesundheit des individuellen Körpers der Bürger und des sozialen Körpers der Stadt als instrumentalisierbar angesehen werden. Der Frankfurter Stadtarzt *Joachim Struppius* etwa schlug 1573 eine "Nützliche Reformation zu guter Gesundheit und christlicher Ordnung" vor, "damit jeder seinem Berufe leben könne".

Im Rahmen des politisch-administrativen Konsolidierungsprozesses der neuzeitlichen Territorialstaaten wurden ab der Mitte des 17. Jahrhunderts auch die medizinischen Institutionen und Medizinalpersonen dem staatlichen Ordnungsbedürfnis unterworfen. Gleichzeitig wurde auf der neuen gesellschaftlichen Verdichtungsebene "Staat" entdeckt, daß die Zahl der Bürger über Produktivität und Wehrhaftigkeit einen Faktor im Machtkalkül darstellte. Die frühen territorialstaatlichen Medizinalordnungen schlossen zwar an die städtischen Medizinalordnungen an. Gleichzeitig richtete sich die Problem-sicht einer öffentlichen Gesundheit auf staatlicher Ebene auf diejenigen Teilbereiche, die für die Ausbreitung und Konsolidierung staatlicher Macht und Herrschaft nach innen wie außen besonders bedeutsam waren: Die historisch weit zurückreichende Gerichtsmedizin im inneren Gewaltmonopol und das Militärsanitätswesen im äußeren Gewaltmonopol gingen einem staatlich öffentlichen Gesundheitswesen voraus, in dem – wie der Staatsrechtler *Lorenz von Stein* sagte – "öffentliche Gesundheit zum Gegenstand der verwaltenden Tätigkeit" und damit als Bestandteil rechtlich gesetzter und verwaltungsgemäß durchgeführter Staatstätigkeit in das adäquate Handlungsinstrumentarium eingeordnet wird. Das staatliche Gesundheitswesen zog daher im Laufe der Zeit vor allem die herrschafts- und ordnungspolitischen, teils zwangsmäßig eingreifenden Teile öffentlicher Gesundheitsleistun-

gen an sich: Neben der gerichtlichen Medizin das Medizinalwesen als Medizinalaufsicht und das Sanitätswesen als reaktive Sanitätspolizei. Die leistungsbezogenen Aspekte verblieben hingegen — sofern man bei den Armenärzten und den vorwiegend städtischen Hospitälern bereits davon sprechen kann — bei den Städten.

Ab einem gesellschaftlichen Differenzierungsgrad (industrielle Produktion, (Übersee-)Handel, Urbanisierung), in dem der extensive Verbrauch von Menschen (z. B. "Manchestertum") nicht mehr möglich war, erschien Krankheit als ein Massenphänomen, dem man sich weder durch Flucht noch durch Absperrung entziehen konnte. In der hochindustriellen Produktion galt es, sowohl einen ständigen Austausch von Gütern als auch ein dauernd verwertbares Arbeitskräftepotential zu sichern; außerdem waren im intensiven Produktions- und Reproduktionsprozeß, dessen räumliches Zentrum wiederum die Stadt war, berechenbare, "standardisierte" Verhaltensmuster durchzusetzen. Gleichzeitig wurden immer mehr vormals periphere, nun in den Zivilisationsprozeß hineingezogene Menschen auf ihre physische Leistungsfähigkeit angewiesen, um ihren Körper für fremdgesetzte Zwecke instrumentalisieren zu können. Das Risiko Krankheit wurde nicht nur zur kollektiven Gefahr für den Gütertausch, weil Städte und Warenverkehr rasche Wege der Infektion boten, sondern auch, weil die öffentliche Skandalisierung und Politisierung von Krankheit³ die wechselseitige Interdependenz der Figurationen in der Produktion und Reproduktion störte.

Bis Ende des 19. Jahrhunderts verharrte der Staat jedoch bei seinen reaktiven Formen öffentlicher Gesundheitssicherung, die darüber hinaus immer auch — durch Seuchen-Cordons, Quarantäne und Desinfektion — die Kommunikation von Waren, Dienstleistungen und Arbeitskräften zwangsmäßig unterbanden. Die Industriestädte waren also, vorangetrieben durch die seit 1831 auftretende Cholera, gezwungen, eigene Formen öffentlicher Gesundheitssicherung aufzubauen. Hier kam ihnen die neue, von *Max Pettenkofer* entwickelte experimentelle Hygiene zu Hilfe, die Seuchen nicht mehr als naturgegeben, sondern als künstlich und damit prinzipiell beherrschbar verstand. Gleichzeitig entstand in der nachrevolutionären Epoche

³ Vgl. hierzu die Untersuchung von *U. Frevert*, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. (Kritische Stunden zur Geschichtswissenschaft) Göttingen 1984, Bd. 62.

in Deutschland nach 1848 eine liberale bürgerliche Aufstiegsbewegung gegen den konservativen Staat. Die Hygiene wurde nun zu einem Teil der naturwissenschaftlichen Medizin, die ihrerseits ein wesentliches Element der geistesgeschichtlichen Säkularisierung, des Abschieds von traditionellen Mächten und Weltinterpretationen wurde: Die politische Ideologie der bürgerlich-liberalen medizinischen Reformbewegung, die Problemlösungsstrategien der experimentellen Hygiene und der Handlungsbedarf der Industriestädte vereinigten sich zu einem neuen Modell öffentlicher Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig sah *Pettenkofer* die Hygiene in Analogie zur Ökonomie und entwickelte für die öffentliche, kommunale Prävention eine eigene "Gesundheitswirtschaftslehre", in der er den "Werth der Gesundheit für eine Stadt" auf Heller und Pfennig vorrechnete.

In der nach 1860 in breiter Front einsetzenden Ära der Assanierung der deutschen Städte wurde die staatliche "Medizinal- und Sanitätspolizei" in die kommunale "Öffentliche Gesundheitspflege" gewendet, die als erste Phase des neuzeitlichen kommunalen Gesundheitswesens gelten kann: An die Stelle der reaktiven staatlichen Eingriffsverwaltung trat die vorbeugende städtische Leistungsverwaltung, die ursächlich in das Krankheitsgeschehen eingriff, indem sie die hygienische Situation verbesserte.

Die Bakteriologie beseitigte nach 1882 das wissenschaftliche Erklärungsdefizit der experimentellen Hygiene, nämlich die Spezifität von Keim und Krankheit, mit einem Schlag. Gleichzeitig wurde dadurch auch der ökologische Erklärungszusammenhang der experimentellen Hygiene beseitigt: Jenseits aller sozialer und umweltbezogener Faktoren konnte nun allein auf den spezifischen Keim hin interveniert werden. Im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens wirkte die Bakteriologie besonders auf das Militärwesen: Musterbeispiel ist der systematische Kampf gegen den endemischen Typhus, der in den Aufmarschgebieten der deutschen Armee gegen den "Erzfeind" Frankreich begann und schließlich zu den Medizinaluntersuchungsämtern auf der unteren staatlichen Verwaltungsebene der Provinzen und Bezirke führte. Die Bakteriologie entsprach mit ihrem spezifischen, reduktionistischen Modell 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 des überkommenen staatlichen Gesundheitswesens. Darüber hinaus erlaubte die spezifische Sicht der Bakteriologie, Krankheit zu individualisieren, indem sie diese zu einem Problem von Kranken und

Ärzten erklärte. Die aus rein innenpolitischen Motiven der inneren Reichsgründung — keinesfalls aus caritativen oder gar medizinischen Gründen — betriebene politische Kanalisierung des Massenrisikos Krankheit durch die gesetzliche Krankenversicherung der Arbeiter⁴, konnte so auch in der medizinischen Konzeption weiter betrieben werden.

Die Bakteriologie hatte zwar die ökologischen Konzepte der öffentlichen Gesundheitspflege zerstört, ja sogar der Lächerlichkeit preisgegeben. Sie konnte aber keine adäquaten Interventionsstrategien anbieten, mit den gleichmaßen gesundheitlichen wie sozialen Problemen in den pilzartig aufschießenden Industriestädten umzugehen. Die Sozialhygiene brachte hier den entscheidenden Wandel von der umgebungsbezogenen zur gruppenbezogenen Intervention, indem sie — so *Alfred Grotjahn* — das soziale Moment in der Medizin verwissenschaftlichte. Die städtische Assanierung war prinzipiell gelöst und durch die Bakteriologie zusätzlich spezifiziert und technisiert worden. Gleichzeitig war die kurzfristige Reproduktion der Arbeitskraft durch die Gesetzliche Krankenversicherung abgesichert: Nicht erfaßt wurde der gesamte Bereich der langfristigen Reproduktion der Arbeitskraft. Dieser Punkt gewann durch die enormen Verluste des Ersten Weltkrieges unter der Zivilbevölkerung (!) zunehmend öffentliche Aufmerksamkeit. Es galt nun, wie *Adolf Gottstein* zeigte, zum einen auf diejenigen Gruppen einzuwirken, die durch ihre Krankheit andere gefährdeten — wie etwa Tuberkulose — und andererseits auf die Gruppen, die durch ihre besondere Lage von vornherein gefährdet waren — also Schwangere, Säuglinge, Kinder und Mütter, kurzum: das gesamte Feld des Geburtsgeschehens im weitesten Sinne. In einer gezielten "Menschenökonomie" — so der Soziologe *Rudolf Goldscheid* — galt es, in dem nunmehr intensiven Produktions- und Reproduktionsprozeß auch mit Menschen "sparsam" umzugehen. Die "kommunale Gesundheitsfürsorge" als zweite Phase des neuzeitlichen kommunalen Gesundheitswesens stellte damit sowohl über gruppenspezifische Dienstleistungen als auch über die langfristige Enkulturation der Arbeiterbevölkerung über "gesundheitsgerechtes Verhalten" einen wesentlichen Bestandteil der Reproduktion und damit der Sicherung eines dauernd verwertbaren Arbeitskräftepotentials dar.

⁴ Vgl. hierzu die Arbeiten von *F. Tennstedt*, Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg. Göttingen 1981; *Ders.*, Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914. Köln 1983.

Städte, industrielle Ballungszonen und Industriestaaten produzieren folglich nicht nur besondere Gefahren für die Leiblichkeit, sondern mit der wachsenden Bedeutung konstanter und – auch in der Zukunft – berechenbarer leiblicher Verfügbarkeit sinkt gleichzeitig die Aufmerksamkeitsschwelle für die körperliche Leistungsfähigkeit, so daß sowohl von Einzelnen wie von Kollektiven immer mehr Problemlagen als gesundheitsrelevant wahrgenommen werden; in der Folge werden die den neuen Verkehrsformen angemessenen Hilfs- und Mentalitätsstrukturen aufgebaut.

In der Kehrtwendung wird Gesundheit im Industrialisierungsprozeß zu einem vielfältig besetzten Wert höchster immanenter politischer Potenz, in dem sich völlig divergierende Interessen und Bezugssysteme aufheben: Gesundheit wird zu einer Sinnwelt der Reproduktion hochdifferenzierter Gesellschaften, d. h. Gesundheit wird zu einem allgemein akzeptierten, nicht mehr kritikfähigen sozialen Gut. Damit wird Gesundheit einer zwar alternierenden, aber rationalen und zielgerichteten Steuerung durch den Sozialstaat zugänglich. Die Ausbreitung von Gesundheit als Gut und Wert von privilegierten Gruppen und ethischen Virtuosen auf gesamte Gesellschaften legitimiert nun den Anspruch, Verhältnisse *und* Verhalten verbindlich zu gestalten; gleichzeitig wird das Massenrisiko "Krankheit" über das propagierte Ziel "Herstellen von Gesundheit" durch kollektive Sicherungssysteme für den produktiven Teil der Bevölkerung entschärft. Soziologisch gesehen erweist sich "Gesundheit" damit als die – vielfach variable – Schnittstelle zwischen personal verfügbarer körperlicher (und mit der Differenzierung der Bezugssysteme: mentaler, psychischer und sozialer) Leistungsfähigkeit einerseits und den gesellschaftlich vermittelten Anforderungen an Konstanz und Präsenz dieser leiblichen Verfügbarkeit andererseits.

Individuelle und kollektive Gesundheitssicherung ist also darauf gerichtet, jetzt und in der Zukunft über einen ausreichenden leistungsfähigen Körper als biophysische Grundlage des Handelns von Individuen, Gruppen und differenzierten sozialen Aggregaten verfügen zu können. Der Körper als individuell und sozial wahrgenommenes Gebilde und der Körper als individuelles und soziales biophysisches Substrat stehen so in ständiger dynamischer Wechselwirkung: biologisch-physiologische Körper, die äußeren, vom Differenzierungsgrad abhängigen Bedingungen der Lebensführung und der vom Rationalisierungsgrad abhängige Sinn- und Wertgehalt individueller und sozialer Körper durchdringen sich ständig und verstärken sich gegenseitig. Hier liegt auch jene bislang nicht hinreichend bewältigte Grenzlinie

zwischen Soziologie und Biologie, die ständig die – gesellschaftliche – Reichweite beider Wissenschaftsgebiete ("Biologisierung" der Gesellschaft vs. "Soziologisierung" der Natur) herausfordert.⁵

Erst wenn die ständige biophysische Verfügbarkeit des Körpers unabdingbare Voraussetzung des Handelns von Individuen und komplexer aggregierten und differenzierten Vergemeinschaftungs- und Vergesellschaftungsformen wird, rückt die Medizin zum Rang offiziellen Weltexpertentums auf, die Ärzte zu den entsprechenden Sozialtechnologien: Erst jetzt erhalten Ärzte das Behandlungs- und Definitionsmonopol über das Aktionsfeld Gesundheit/Krankheit als Scheidegrenze leiblicher Verfügbarkeit. In dem Maße also, in dem im Zivilisationsprozeß die konstante und berechenbare Verfügbarkeit des Körpers von Individuen und Kollektiven erforderlich wird, wird Gesundheit zu einem mediatisierenden Begriff differenzierter rationaler Gesellschaften. Theorie und Praxis der Leiblichkeit, ihre Konstruktion, Rekonstruktion und vorgreifende Gestaltung wird in einem langfristigen Medikalisierungsprozeß der Medizin übertragen. Die Funktion der Medizin in einer Gesellschaft ist damit an die soziale Konstruktion und Funktion von Gesundheit gebunden. Diese wiederum begründet Art und Intensität der Interaktion zwischen sozialen Aggregaten als Handlungsträgern und dem Wissensträger Medizin.

4.3 Immanente Dimensionen der Übernahme von Strategien der Gesundheitssicherung auf seiten der Handlungsträger

Aus der historischen Entwicklung ergibt sich also, daß zu unterschiedlichen Zeiten jeweils unterschiedliche soziale Träger gesundheitsrelevanter Aktivitäten erscheinen. Im Rahmen neuer Entwicklungen und Forschungen im

⁵ Vgl. hierzu den prägnanten Überblick von H. Baier, Die "Idee des Menschen" in der Medizin. Überlegungen zu einer Medizinsoziologie zwischen Gesellschaftlichkeit und Leiblichkeit des Menschen. In: Österr. Zs. f. Soziologie. 10, 1985, H. 3 u. 4, S. 5-16.

Gesundheitswesen⁶ wird auch die für aktuelle Situation bestätigt, daß das Feld der Adressaten sozialstaatlicher Hilfsangebote und der Akteure in der Gesundheitssicherung vielfach zu differenzieren ist. Neben dem Individuum als Einzelperson und dem Staat als übergreifender Struktur sind zu unterscheiden:

- das Individuum und seine primäre, "natürliche" Gemeinschaft: also Familie, Wohngemeinschaft, Nachbarschaft usw. als Träger alltäglicher Selbst- und Laienhilfe;
- Aktionsgruppen als problemzentrierte Zusammenschlüsse, darunter insbesondere die spezialisierten Formen der Selbst- und Laienhilfe;
- formelle Arbeitsgemeinschaften, Vereine, Verbände usw., die als intermediäre Instanzen zwischen personalen Gruppierungen einerseits und dem politisch-administrativen System andererseits vermitteln, neue Problemlagen aufdecken bzw. als eigenes Handlungsfeld begreifen;
- selbstverwaltete Gebietskörperschaften: Gemeinden (Stadt, Kreis) gleichzeitig als unterste Stufe des politisch-administrativen Systems wie als – gegenüber dem Staat – relativ offene, unstrukturierte Felder sozialer und politischer Aktivitäten;
- selbstverwaltete Personenkörperschaften: parafiskale/parastaatliche Organisationen, die spezifizierte Aufgaben im öffentlich/rechtlichen Rahmen wahrnehmen.

Die genannten Menschen, Gruppen, Organisationen und Institutionen unterscheiden sich in dem hier zu diskutierenden Zusammenhang vor allen Dingen in ihrer Handlungskompetenz, d. h. in der Wahrnehmung von Problemen und den Mitteln ihrer Bewältigung und damit letztlich in ihrer Handlungsautonomie.

Die differenzierte Handlungskompetenz führt zu einer differenzierten Problemperzeption: Die Wahrnehmung einer Problemlage als gesundheitsrelevant und die aufgrund der Handlungskompetenz letztlich gefällte Problemdefinition unterscheiden sich von Akteur zu Akteur. Damit differieren auch die Angebotsperzeption sowie die Adäquanz und Akzeptanz präventiver Strategie-

⁶ Vgl. u. a. B. Badura, C. von Ferber (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. (Soziologie und Sozialpolitik 1)* München 1981; C. von Ferber, B. Badura (Hrsg.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe. (Soziologie und Sozialpolitik 3)* München 1983.

gien auf verschiedenen Aggregatebenen. Die Problemwahrnehmung, die Wahrnehmung einer angebotenen Hilfe als "problemgerecht" (Angebotsperzeption), die Einschätzung der Angemessenheit einer gesundheitssichernden Strategie angesichts der eigenen Handlungskompetenz (Adäquanz) und schließlich die Bereitschaft, die präventive Strategie auch in das eigene Handlungsinstrumentarium zu integrieren (Akzeptanz), ist folglich zwischen Personen, Gruppen, Organisationen und Institutionen zu differenzieren. Darüber hinaus gibt es unter den Akteuren jeweils vielfache weitere Untergliederungen, die sowohl aus der Differenzierung der Gesellschaft wie der Ungleichzeitigkeit historischen Wandels ("soziale Gemengelagen") hervorgehen.

Außer dieser gewissermaßen dreidimensionalen räumlichen Unterscheidung sind bei den Akteuren unterschiedliche Zeithorizonte anzusetzen, die wiederum sehr unterschiedliche Maßnahmen der Gesundheitssicherung zur Folge haben. Die individuelle und kollektive Bedrohung von Handlungsmöglichkeiten, Verkehrsformen und Normalitätsstandards durch Krankheit – durch die Erfahrung körperlich erklärbaren Versagens also – bringt individuelle und kollektive Maßnahmen der Gefahrenabwehr hervor. Diese Maßnahmen mögen sich zwar auf ein mögliches Ereignis in der Zukunft richten, sind zunächst aber rein reaktiv. Hingegen sind die relativ sichere körperliche Verfügbarkeit sowie die Durchsetzung neuer Verkehrsformen und Normalitätsstandards auf einem höheren Differenzierungsniveau, soweit sie sich auf individuelle und kollektive Körper beziehen lassen, auf Gesundheit, also auf eine auch zukünftig berechenbare Normalität individueller und sozialer Körper, gerichtet: Hieraus folgen individuelle und kollektive Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung, die oftmals erhebliche Modifikationen von Verhältnissen und Verhalten auf gegebenenfalls nötige Handlungsreserven hin erfordern. Diese zukunftsgerichteten Maßnahmen schließen ferner über Normalitätsvorstellungen von Körpern und Handlungsmöglichkeiten immer implizit an vorgegebene Normen an. Es ist daher sowohl aus gesundheitspolitischen wie aus heuristischen Gründen erhellend, die *Orientierung auf Gesundheit* scharf von der *Orientierung auf Krankheit* zu trennen. Krankheitsgerichtete Aktivitäten richten sich darauf, ein bereits eingetretenes Ereignis entweder als Einzelperson oder über kollektive Sicherungssysteme *nachträglich* abzuwenden. Gesundheitsorientierte Aktivitäten richten sich dagegen darauf, Verhalten und Verhältnisse *zuvorkommend* "gesundheitsgerecht" zu gestalten. Gesundheitsgerichtete Aktivitäten setzen gegenüber krankheitsorientierten Aktivitäten folglich in einem völlig anderen, zukunfts-

gerichteten Zeithorizont eine qualitativ andere Wahrnehmung, einen anderen Handlungswillen und andere Handlungsmöglichkeiten personaler und sozialer Akteure voraus. Von daher erhält die Frage, wann und wie "Gesundheit" von Menschen, Gruppen, Organisationen und Institutionen wahrgenommen wird, ihren besonderen heuristischen Wert.

Betrachten wir nun die verschiedenen Akteure auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Aggregatebenen im einzelnen, können folgende unterschiedliche Problemsichten, -definitionen und -lösungen der Gesundheitssicherung umschrieben werden.

Innerhalb einer Gesellschaft läßt sich bei *Personen* und primären Gemeinschaften jeweils ein schichtspezifisches Gesundheitsverhalten wahrnehmen. Differenzierte Lebensweisen, materielle und immaterielle Ressourcen, Deutung von Zeit (Zukunftsorientierung), soziale Bezüge, die Stellung im gesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionsprozeß bestimmen, ob Personen und primäre Verbände Lebenslagen und Probleme als gesundheitsrelevant wahrnehmen (können) und eigenes Verhalten oder ihre unmittelbare Umgebung nach expliziten oder impliziten gesundheitlichen Aspekten gestalten (können). Als bestimmende Wahrnehmungsschwelle erscheint die physische - und mit der Differenzierung der Bezugssysteme - die mentale, psychische und soziale Leistungsfähigkeit, soweit sie für individuelle Ziele oder sozial gesetzte Zwecke erforderlich ist.

Auf der Ebene der *Städte* wird Gesundheit als Problem wahrgenommen, wenn die jeweilige Leistungsfähigkeit der kommunalen Einheit entweder gefährdet ist oder durch gesundheitsrelevante Aktivitäten gefördert werden kann. Die Problemschwelle liegt bei Handelsstädten (Infektionsgefahr durch nationalen und internationalen Warenaustausch) oder bei Industriestädten (berechenbare Leistungs- und Verhaltensstandards) anders als bei Verwaltungszentren (Durchsetzung implizit gesundheitsrelevanter Verhaltensstandards durch lange Zeithorizonte) oder gar Ackerbürgerstädten und Landgemeinden (mit "natürlich/naturegebenen" Orientierungen). Ebenso unterschiedlich - etwa durch Sachkunde sowie finanzielle Leistungsfähigkeit (Beispiel: Universitäts- und Industriestadt Halle) - sind die Interventionsmöglichkeiten. Die Interventionsstrategien haben einen kommunaler Politik und Verwaltung eigenen, eher informellen und problemnahen Charakter.

Auf der Ebene von *Staaten* hängt die Wahrnehmungsschwelle gesundheitsre-

levanter Probleme vom jeweiligen Strukturierungsgrad ab, der seinerseits ebenfalls eine Folge der Differenzierung ist. Gesundheit taucht in der Reihenfolge der herrschaftlichen Durchstrukturierung des Territoriums auf: forensische Medizin im inneren Gewaltmonopol, Militärmedizin im äußeren Gewaltmonopol, verwaltungsmäßige Durchstrukturierung von Volks- und Staatswirtschaft (Medizinalwesen) und zuletzt erst Gesundheitssicherung als Aufgabe der inneren Verwaltung (Sanitätsaufsicht, bzw. später Leistung des inklusiven Rechts- und Sozialstaates). Auch hier sind die Interventionsmöglichkeiten – besonders deutlich gegenüber den Kommunen – spezifisch an die bürokratischen und generalistischen Formen staatlicher Herrschaftsausübung über Verwaltung, Recht, Geld sowie ökologische und pädagogische Interventionen gebunden.

Eine besondere Rolle kommt in hochdifferenzierten Gesellschaften informellen, nicht verfaßten *intermediären Instanzen* zu. Die Problemlösungsstrategien, die die Gesundheitswissenschaften/-schaftler politischen Macht- und Herrschaftsträgern anbieten, müssen auf personaler Ebene durch eben diese intermediären Instanzen entdeckt, definiert und vermittelt werden. Hier lassen sich typifizierbare Aktionsmuster erkennen: Zunächst über einzelne herausragende Personen, dann über kleinere (Aktions-)Gruppen werden Problemlagen erkannt, gesehen und definiert; es werden erste Problemlösungsmuster erprobt. Ausschlaggebend sind zunächst persönliche Wahrnehmungen und Interessen entweder von Menschen, die selbst an bestimmten Bedingungen oder Zuständen leiden ("aktionistische" Selbsthilfe), oder von Menschen, die anderen "helfen" wollen ("aktionistische Laienhilfe"). Entspricht die propagierte Problemdefinition einer allgemeiner verbreiteten Problemsicht, bzw. kann die Problemdefinition andere Problemsichten zumindest partiell für sich einnehmen, erhält die entsprechende intermediäre Instanz Zuwachs an Personen und Handlungskompetenz. Kommen Problemsicht und Problemdefinitionen der intermediären Instanz und verfaßter gesellschaftlicher Aggregatebenen – etwa Städte oder Staat – teilweise oder ganz zur Übereinstimmung, übernimmt die betreffende Aggregatebene die Problemlösungsstrategie –entweder, indem sie die entsprechende intermediäre Instanz fördert, oder indem sie entsprechende Aktionsformen selbst übernimmt.

Es gibt folglich nicht nur nach der Zahl der teilhabenden Individuen und dem Komplexitätsgrad zu differenzierende soziale Träger gesundheitsrelevanter Aktivitäten. Diese verschiedenen sozialen Handlungsträger sind vielmehr

in sich nochmals vielfach nach jeweils aggregatsspezifischen Parametern zu differenzieren. Es gibt folglich innerhalb einer gesamtgesellschaftlichen Formation und der ihr zugehörigen Sinnwelt vielfältige lebenswelt- und aggregatsspezifische Wahrnehmungsschwellen und Wahrnehmungsmuster und damit auch vielfältige Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten der Gesundheitssicherung.

Diese multiplen Deutungsmuster fallen dann besonders auf, wenn beispielsweise Angehörige anderer Formationen und Sinnwelten in neue Gesellschaften einwandern – hieraus erklären sich etwa vielfältige Interaktionsschwierigkeiten der medizinischen Versorgung bei den Arbeitern vor 100 Jahren oder bei ausländischen Arbeitnehmern heute. Noch deutlicher werden die multiplen Deutungsmuster im internationalen Vergleich und dort insbesondere dann, wenn gesellschaftsspezifische Formen der Medizin anderen Kulturen vermittelt werden sollen. Der interkulturelle Vergleich führt mithin zu ähnlichen Ergebnissen wie der Vergleich auf unterschiedlichen Zeitebenen – wie dies etwa der Medizinhistoriker und Ethnologe *Erwin H. Ackerknecht* in seinen Werken beispielhaft vorgeführt hat.⁷

4.4 Immanente Dimensionen der Konzeptualisierung gesundheitssichernder Strategien durch die Gesundheitswissenschaften

Als nächstes Problem erscheint nun die Interaktion zwischen sozialen Akteuren und deren unterschiedlicher Handlungskompetenz einerseits und den Gesundheitswissenschaften und ihren differenzierten Problemlösungsangeboten andererseits – und zwar jeweils vor dem Hintergrund einer allgemeinen Konstruktion und Funktion von Gesundheit: Wie kommt es dazu, daß Personen, Gruppen, intermediäre Instanzen unterschiedlicher Verfaßtheit und schließlich Staaten in einer gegebenen Problemlage aus einem vielfältigen

⁷ Vgl. u. a. *E. H. Ackerknecht*, Kurze Geschichte der Medizin. Stuttgart 1959 (und öfter); *Ders.*, *Medicine and Ethnology. Selected Essays*. Bern 1971. Auf die schlechten Erfahrungen beim Export westlicher Medizin in sog. "Entwicklungsländer" reagierte die Weltgesundheitsorganisation mit dem gesundheitspolitischen Programm der "Primary Health Care".

Bündel dargebotener Konzepte und Strategien jeweils bestimmte Handlungsangebote der Gesundheitswissenschaften übernehmen und umsetzen bzw. andere nicht wahrnehmen, auf andere Ebenen zu verlagern suchen oder vielleicht sogar bewußt vernichten. Hier ist es nötig, einen Blick auf die Gesundheitswissenschaften zu werfen.

Von den mit Gesundheit/Krankheit befaßten Wissenschaften sind die Gesundheitswissenschaften diejenigen Disziplinen, die sich nicht mit dem Heilen von Krankheiten, sondern mit der Wahrung von Gesundheit befassen (z. B. experimentelle Hygiene, Bakteriologie, Konstitutionshygiene, Sozialhygiene, Rassenhygiene, Eugenik, Genetik, Risikofaktorentheorie etc.). Innerhalb der Gesundheitswissenschaften ist nochmals zu unterscheiden zwischen denjenigen Disziplinen, die auf die Ursachen von Krankheiten abzielen und im Rückschluß ("pathologia pysiologiam illustrat") Gesundheitsgefahren beseitigen und auf diese Art Gefahren für die Gesundheit abwehren, einen gegebenen Stand von Gesundheit also schützen (Gesundheitsschutz) und denjenigen, die sich auf die Bedingungen von Gesundheit richten und diese vorgehend, präventiv zu bewahren (Gesundheitsvorsorge) oder gar — in einer weitestmöglichen Vorverlegung des Zeithorizontes — zu fördern (Gesundheitsförderung) suchen.

Die Gesundheitswissenschaften bewegen sich innerhalb der Bandbreite spezifischer bis multivariabler/—dimensionaler Theorien. Spezifität bzw. Varianz bestimmen die Konzeptualisierung präventiver Strategien.

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

Je unspezifischer eine gesundheitswissenschaftliche Theorie ist, um so unbestimmter ist sie in einem Ziel—/Mittelmodell umzusetzen: Umso geringer ist der Normierungs— und Formalisierungsgrad der präventiven Strategie (Beispiele: Stadtanierung aufgrund der Keim—Grundwasser—Boden—Theorie der Infektionskrankheiten; Tuberkuloseprophylaxe als Wohnungs— und Nahrungsmittelfürsorge).

Daraus folgt: *Spezifische Theorien* lassen sich in individuelle Konzepte der

Verhaltensmodifikation und in präventive diagnostische und therapeutische personenbezogene Interventionen sowie in formalisierbares (parastaatliches, staatliches) Verwaltungshandeln umsetzen. *Unspezifische Theorien* lassen sich in gruppen- oder gemeinschaftsbezogene Konzeptionen der Erweiterung individueller und kollektiver Handlungskompetenz umsetzen; sie setzen damit ein offenes, umstrukturiertes Feld sozialer Aktion voraus und implizieren deshalb einen höheren Politisierungsgrad.

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

Spezifische Konzepte haben zwar eine hohe funktionelle Bestimmtheit und damit eine hohe spezifische (und damit krankheitsbezogene) Selektivität; dafür ist ihre Reichweite und Sensitivität begrenzt: Die Angebotsperzeption bei Adressaten mit informellen Aktionsformen (z. B. Individuen, primäre Gruppen) ist gering, während die Angebotsperzeption bei Adressaten mit formellen Aktionsformen (z. B. Staat) hoch ist. Die unspezifischen präventiven Konzepte haben zwar eine geringe funktionelle Bestimmtheit, dafür aber eine große Reichweite und Sensitivität in der Angebotsperzeption bei Adressaten mit informellen Aktionsformen (z. B. Aktionsgruppen, Gemeinden) während die Angebotsperzeption bei Adressaten mit formellen Aktionsformen (z. B. Staat) gering ist.

4.5 Bestimmungsmomente und Dimensionen der Interaktion von Gesundheitswissenschaften und sozialen Aggregaten

Die immanenten Dimensionen der Übernahme gesundheitsrelevanter Aktivitäten auf seiten der Handlungsträger und der Konzeptualisierung entspre-

chender Strategien durch die Gesundheitswissenschaften bedingen nun, daß die Vorschläge der Gesundheitswissenschaften jeweils (zumindest in Teilbereichen) mit den differenzierten Problempereptionen der Akteure übereinstimmen müssen, um in das Handlungsinventar des Akteurs übernommen zu werden. Anders gewendet: Präventive Strategien werden dann akzeptiert, wenn sie sich sinnvoll in Problemsicht, Problemösungsbedarf und Handlungskompetenz eines Akteurs einordnen – dies gilt für das gesamte Spektrum von der individuellen und kollektiven Verhaltensmodifikation über die präventive Gestaltung von Arbeits- und Lebenszusammenhängen bis hin zur sozialpolitischen Absicherung des Massenrisikos Krankheit.

Daraus folgt, daß die Formen der Gesundheitssicherung, die den Raum wissenschaftlicher Programmatik überschreiten und tatsächlich implementiert werden, nur im Rahmen sozialer Wahrnehmung und sozialer Aktion möglich sind. Denn "Gesundheit" wird dann als Problem erkannt, wenn Menschen, Gruppen oder Institutionen auf körperlicher Verfügbarkeit beruhende allgemeine Ziele entweder durch Krankheit gefährdet sehen oder sich durch gesundheitsrelevante Aktivitäten eine Erweiterung ihrer Handlungskompetenz versprechen.

Die wirklich durchgesetzten Formen öffentlicher Gesundheitssicherung beruhten also jeweils auf der kollektiven Wahrnehmung sozialer Akteure, die Gesundheit als so bedeutsam ansahen, daß ein Interaktionsprozeß mit den Gesundheitswissenschaften einsetzte, der auch praktische Konsequenzen zeitigte: Handlungsträger und Wissensträger müssen folglich in Teilbereichen deckungsgleich interagieren. Gesundheit wurde daher auch auf verschiedenen Stufen des zivilisatorischen Differenzierungs- und Integrationsprozesses von jeweils verschiedenen Handlungsträgern als relevantes Gut erkannt und im Austausch mit jeweils adäquaten Wissensträgern definiert und implementiert. Beispiele hierfür sind:

- Die weitgehend programmatische, allerdings in richtungsweisenden Ansätzen verwirklichte "medizinische Polizey" als Bestandteil der herrschaftlich-verwaltungsmäßigen Durchstrukturierung des absolutistischen Wohlfahrtsstaates;
- die hygienische Assanierung der Städte als Bestandteil der bürgerlich-liberalen Bewegung im konservativen Staat in der ersten Phase der Industrialisierung;
- die Förderung und der Ausbau der Bakteriologie (Militär- und Tro-

- penmedizin) durch das Reich und Preußen und die (*Bismarcksche*) Sozialpolitik (Entschärfung der individualisierten Risiken Krankheit, Unfall und Alter) als Bestandteile der inneren und äußeren Reichsgründung;
- die massenhafte Übernahme gesundheitsgerechten Verhaltens als Bestandteil der Inkulturation der wandernden Armenbevölkerung und des Proletariats als Industriearbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt;
 - die kommunale Gesundheitsfürsorge als Bestandteil der städtischen Politik als "dritter Kraft" neben Reich und Ländern in der Weimarer Republik;
 - in der Perversion der Gesundheit von einem sozialen Gut zu einer sozialen Kategorie in der NS-Zeit: in einem auf Selektion ("rassisch rein und erbggesund") aufbauendem biologistischen Gesellschaftsmodell entscheidet Gesundheit nicht nur über die Zuweisung von Lebens- und Handlungschancen, sondern über das Recht auf Leben schlechthin.

Gesundheitsgerichtete Konzepte und Strategien, die keinen sozialen Handlungsträger finden, bleiben hingegen auf der Ebene der Programmatik stecken. Musterbeispiel ist die "Medizinische Reform" (z. B. *R. Virchow*) von 1848/49: Zwar selbst Bestandteil der bürgerlich-liberalen Bewegung gegen den konservativen Staat ging sie mit dem Einsetzen der Restauration an inneren und äußeren Widersprüchen und Konfrontrationen zugrunde.

Die Aufmerksamkeitsschwelle öffentlicher Gesundheitssicherung wird so durch gesellschaftliche Differenzierungs- und Integrationsprozesse bestimmt, die in einem gegebenen politischen Rahmen durch allgemeine gesellschaftspolitische Ziele und entsprechender Wahrnehmungsmuster verarbeitet werden. Die Politikfelder öffentlicher Gesundheitssicherung wechseln also auf diejenigen Handlungsebenen, die jeweils neue Verdichtungsräume des sozialen Wandels darstellen. Dort wird das Problem des sozialen Körpers jeweils spezifisch neu wahrgenommen und in neuer Form bearbeitet. Daraus folgt zugleich, daß die neue Wahrnehmung und Problembearbeitung immer auch Bestandteile allgemeiner politischer Werte und Ziele sind, so daß sich auch die politischen Kräfte und Träger öffentlicher Gesundheitsleistungen ausmachen lassen.

Dies läßt sich sehr eindrücklich an den Auswirkungen der nationalsozialisti-

schen Machtübernahme⁸ auf das öffentliche Gesundheitswesen herausarbeiten. Das kommunale Gesundheitswesen war seit ca. 1860 als Bestandteil der kommunalen 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 worden. Nach 1918/19 wurde in den Kommunen die Demokratisierung und Politisierung nachgeholt, die besonders in Preußen ausgeblieben war. In einer gezielten Interessenpolitik der kommunalen Spitzenverbände sollten die Kommunen als gleichwertige Kraft neben Reich und Staaten etabliert werden. Im Zuge dieser Politik nahmen die Kommunen auch das öffentliche Gesundheitswesen für sich in Anspruch. 1928 wurde die "Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf dem Gebiete des Gesundheitswesens" gegründet: Die Kommunen begriffen nunmehr die öffentliche Gesundheit als ureigenes Gut kommunaler Daseinsvorsorge und kommunaler Leistungsverwaltung. In der Diskussion zur Reform des öffentlichen Gesundheitswesens beanspruchten die Kommunen, das öffentliche Gesundheitswesen völlig in die eigene Hand zu übernehmen. Die klassischen staatlichen Aufgaben der Medizinal- und Sanitätsaufsicht sollten dabei – bis auf das gerichtsärztliche Gutachtenwesen als "hartem Kern" staatlicher Eingriffsverwaltung – als staatliche Auftragsangelegenheiten an die Kommunen übertragen werden.

Durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde diese offene Auseinandersetzung zwischen Kommunen, Staaten und Reich abgebrochen. Die nationalsozialistische Revolution begründete an sich schon einen neuen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Der "völkische" Staat bezog seine Legitimation aus einem biologistischen – und damit auch gesundheitspolitisch und medizinisch umzusetzenden – Gesellschaftsmodell. Grundlage der Volksgemeinschaft war nunmehr die "arische" Rasse, zentriert um den am höchsten bewerteten Kern einer "nordischen" Rasse. Überdeckt durch die völkisch-arteigene Gemeinschaftsideologie stand nun die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege auf dem Programm: Zum ersten die rassische Entmischung, z. B. von Juden, Zigeunern, "Gemeinschaftsfremden" durch "Ahnennachweis", Reichsbürgergesetz, zuletzt technisierten Völkermord; zum zweiten die Ausschaltung "minderwertigen" und "gemeinschaftsunfähigen" "arischen" Erbgutes von der Fortpflanzung, z. B. durch Sterilisation,

⁸ Vgl. hierzu ausführlich A. Labisch, F. Tennstedt 1985, a. a. O.

Kastration, zuletzt "Euthanasie"; schließlich zum dritten die gezielte Höherzuchtung des "guten arischen" Erbgutes bei ständiger Selektion durch Arbeit und Krieg.

Damit wurde an die Stelle sozialpolitischer und sozialhygienischer Inklusion des Rechts- und Sozialstaates der Weimarer Republik die auf Selektion und damit prinzipielle Exklusion bis hin zur physischen Vernichtung aufgebaute nationalsozialistische Volksgemeinschaft gesetzt. Besonders auffällig ist in diesem Modell die Verschiebung der Zeithorizonte und deren Konsequenzen: Ziel war, einen erbgesunden und rassistisch reinen Nachwuchs zu sichern, der dann einem permanenten Selektionsprozeß ausgesetzt werden konnte; die Fürsorge für den lebenden Menschen wurde damit zweitrangig.

Außer dem ideologischen Handlungsbedarf war 1933/34 auch die politische Situation für eine staatliche Gesundheitspolitik günstig. Die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege sollte nach der politischen Generallinie des Reichsinnenministers *Wilhelm Frick* als Aufgabe des Staates, als "Staatsgrundgesetz", reichseinheitlich durchgesetzt werden. Einheitlichkeit, Gleichmäßigkeit und flächendeckende Wirkung – also genau die Spezifika des staatlichen Gesundheitswesens – wurden damit zu alleinigen Prinzipien öffentlicher Gesundheitsleistungen erhoben.

Das daraus herrührende "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934 wurde gegen zahlreiche Widerstände, darunter gegen die geschickt taktierende Kommunalabteilung des Preußischen Innenministeriums und gegen den Deutschen Gemeindetag durchgesetzt. Ziel dieses Gesetzes war also keineswegs – wie in den Legenden der Nachkriegszeit behauptet wurde – den Dualismus von kommunalen und staatlichen Gesundheitsleistungen zu überwinden. Vielmehr wurden die klassischen staatlichen Gesundheitsleitungen der Medizinal- und Sanitätsaufsicht und die unverzichtbaren Bestandteile der kommunalen Gesundheitsfürsorge mit der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege zu einer neuen Aufgabentrias öffentlicher Gesundheitsleistungen gebündelt. Nur nebenbei sei vermerkt, daß der öffentliche Gesundheitsdienst so zwar zu einem Transmissionsriemen der staatlich – legalistischen nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege wurde, eben deswegen aber nicht in die späteren illegalen und heimlichen Mordaktionen hineingezogen wurde.

Als *Ergebnis* der bisherigen Überlegungen ist festzuhalten: Menschen,

Gruppen und Institutionen haben jeweils eine eigene, differenzierte Wahrnehmung von gesundheitsrelevanten Problemlagen und übernehmen in einem differenzierten Austausch mit unterschiedlichen Handlungsangeboten der Gesundheitswissenschaften jeweils diejenigen Handlungsformen, die sich in ihre Problemsicht und ihre Handlungskompetenz einordnen. Es gibt folglich in gewissen Maße spezifische Akteure und spezifische Handlungsfelder gesundheitsrelevanter Aktivitäten, die untereinander nicht austauschbar oder verschiebbar sind.

4.6 Allgemeine und aktuelle Schlußfolgerungen zu den Umgebungsbedingungen öffentlicher Gesundheitsleistungen

Die bisher vorgelegten, in der Zusammenfassung notwendigerweise verkürzten, hypothetischen Annäherungen an Umgebungsbedingungen öffentlicher Gesundheitssicherung sind in weiteren Untersuchungen zu überprüfen und zu korrigieren. Als idealtypische Konstruktionen dienen sie als systematisches heuristisches Hilfsmittel für theoretische und empirische Probleme. Mit diesen notwendigen Kautelen scheinen sowohl *allgemeine* als auch *aktuelle* Schlußfolgerungen möglich.

Alle öffentlichen Gesundheitsleistungen einschließlich der sozialpolitischen Absicherung des Massenrisikos Krankheit reagieren auf gesundheitliche Probleme von kollektiver Wahrnehmung und kollektiver Bedeutung; als solche schaffen sie auch einen kollektiven Nutzen – "Gesundheit" wird damit als "soziales Gut" konzeptualisiert, das neben dem Nutzen für die Adressaten 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 verschiedenen 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. Gleichwohl ist auch das jeweilige mikrosoziale Umfeld der "individuellen" Gesundheit immer in die jeweiligen makrosozialen Bezüge einschließlich des jeweiligen sozialen Konstrukts von Gesundheit eingefügt.

Die Implementation gesundheitsrelevanter Aktivitäten hängt so nicht allein von einer quasi mechanistischen Interaktion zwischen differenzierten sozialen Aggregaten und den Gesundheitswissenschaften ab, sondern von allgemeinen politischen Prozessen zwischen den sozialen Aggregaten, die jeweils vor dem Hintergrund gesamtgesellschaftlicher Formationen und Sinnwelten stattfinden: "Gesundheit" dient immer auch als Argumentations- und Legitimationsfigur, um 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.

Diese Prozesse fallen besonders in der (künstlichen) Dichotomie von Individuum und Gesellschaft auf: Die Medikalisierung von Rollen (z. B. der Mütter) und Verhaltensweisen (z. B. von Devianz) setzt programmatisch und tentativ mit der "Medizinischen Polizey" des absolutistischen Wohlfahrtsstaates ein und erhält später durch den bürgerlichen Gedanken der Gleichheit aller Menschen durchschlagendes Moment: Die Inklusion als Prinzip des Rechts- und Sozialstaates schafft das Problem, offenkundiges (z. B. Geisteskrankheiten) und zugeschriebenes (z. B. Frauen) abweichendes Verhalten, sofern es auf den Körper und dessen Leistungsfähigkeit bezogen werden kann, neu – und zwar dem Rationalisierungsgrad adäquat – zu interpretieren und zu definieren.

Die Zuweisung bzw. Enteignung von Handlungskompetenz unter dem Etikett Gesundheit findet allerdings auch zwischen verschiedenen Aggregatebenen und zwischen verschiedenen sozialen Akteuren statt, so etwa zwischen Städten/Gemeinden und Staat und zwischen selbstaktiven/-verwalteten Akteuren und Städten und Staat. Nicht nur die vorgreifende Gesundheitssicherung ist daher ambivalent, wie dies im aktuellen Streit um die sozialutopische oder sozialtechnologische Konnotation der Prävention zum Ausdruck kommt. Vielmehr ist diese Ambivalenz auf "Gesundheit" als Legitimations- und

Argumentationsfigur selbst zurückzuführen. Das Beispiel der NS-Medizin zeigt, daß Gesundheit nicht nur ambivalent im Sinne zwar wohlgemeinter, aber gleichwohl verordneter Verhaltensmodifikationen ist: In einem biologischen Gesellschaftsmodell, das nicht auf Inklusion, sondern auf Selektion als gesellschaftlichem Prinzip beruht, pervertiert Gesundheit zu einer menschenfeindlichen, ja menschenvernichtenden ("Euthanasie") sozialen Kategorie.

Schließlich ist an das jeweilige Konstrukt von Gesundheit auch die Rolle der Medizin in einer Gesellschaft gebunden. Die zivilisatorische Ausdifferenzierung des sozialen Guts Gesundheit ist mit der Ausdifferenzierung des Definitions- und Handlungsmonopols Medizin ("Professionalisierung") verbunden. Die Funktion der Medizin als offizieller Weltexpertise der Sinnwelt "Gesundheit" fällt mit der allgemeinen Verbindlichkeit des sozialen Wertes "Gesundheit" überein; die Entschärfung und sozialpolitische Kanalisierung des Massenrisikos Krankheit über kollektive Sicherungssysteme durch den Etikettenwechsel von "Heilen von Krankheiten" zu "Wiederherstellen von Gesundheit" fallen mit professionellen Interessen überein. Die medizinische Versorgung firmiert also nicht ohne innere Ratio als "Gesundheitssystem". Diese Koinzidenz zivilisatorischer Teilprozesse und professioneller Interessen zeitigt aber noch weitere Folgen: Die offizielle Sinnwelt "Gesundheit" führt zur Marginalisierung und Nihilierung alternierender Sinnwelten des individuellen und kollektiven Umgangs mit Gesundheit, Krankheit, Leiden und Tod (z. B. Volks-/Laienmedizin); dem entspricht auf professioneller Ebene der Kampf gegen Laienhelfer ("Kurpfuscher"). Im gleichlaufenden Differenzierungsprozeß beeinflussen die Ärzte die Realität, so daß sie in ihr wirken können.⁹

Die Funktion der Medizin in einer Gesellschaft erklärt sich damit nicht aus sich selbst heraus. Diese Annahme ist gewissermaßen ideologieimmanent. Die Bedeutung der Medizin für die Gesundheit wird seit langem aus beruflichem Munde bestritten.¹⁰ Gleichzeitig folgt aber aus dieser Feststellung, daß

⁹ Vgl. dazu jetzt G. Göckenjan, *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt 1985.

¹⁰ Vgl. u. v. a. Th. McKeown, *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?* Frankfurt 1982; dazu A. Labisch, *Von der medizinischen Versorgung zur Gesundheitssicherung. Bemerkungen zu Th. McKeowns Buch "Die Bedeutung der Medizin"*. In: *Soziale Sicherheit* 33, 1984, S. 341-348.

bei einem Wandel der Differenzierungs- und Integrationsform einer Gesellschaft die Bedeutung der Medizin auch wieder abnehmen bzw. sich auf gesellschaftliche Teilbereiche verlagern kann.

Die *aktuellen Probleme* der Gesundheitssicherung allgemein und der heuristisch besonders aufschlußreichen Prävention im besonderen sind durch Defizite zu kennzeichnen, die im Rahmen der oben erarbeiteten allgemeinen Vorgaben durch besondere, teils historische, teils aktuelle Randbedingungen zu erklären sind: Heute erscheinen im allgemeinen Verständnis der Sozialstaat sowie dessen zwangsläufig generalisierte Interventionsformen und professionellen Helfer einerseits und die Individuen als Adressaten sozialstaatlicher Hilfsangebote andererseits in einem Subjekt-Objekt-Verhältnis: Insbesondere die weitgehend als personenbezogene Dienstleistung erbrachte Prävention der vorherrschenden Massenerkrankungen — sei es als präventive Therapie (!), sei es als Krankheitsfrüherkennung, sei es als individuelle Verhaltensänderung — scheitert an der mangelnden Akzeptanz. Dabei wird erst allmählich offenbar, daß im Zusammenwirken von (sozial-)staatlichen Durchdringungsprozessen und eindimensionalen, nach medizinisch-biologischen und verhaltensbedingten Parametern quantitativ operationalisierten und normierten Gesundheitsbegriffen bestimmte Aktionsebenen der Gesundheitssicherung marginalisiert oder sogar ausgeschaltet worden sind. Laienpotentiale, Selbsthilfe, Aktionsgruppen, Gemeinden, die gesetzliche Krankenversicherung werden erst jetzt wieder als Orte der Gesundheitssicherung einschließlich der Prävention erkannt. Damit werden die Felder selbstaktiver bzw. selbstverwalteter Gesundheitssicherung wieder wahrgenommen.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst als offiziell mit der Prävention befaßtem medizinischen Subsystem hatte die Entwicklung zur personenbezogenen, über die Gesetzliche Krankenversicherung als Familienversicherung finanzierten medizinischen Dienstleistung erhebliche Konsequenzen. Die kurativen medizinischen Subsysteme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung wurden generell bevorzugt. Darüber hinaus wurden genuine Leistungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge wie etwa der Jugendgesundheitsschutz, der Mutterschutz, die Krankheitsfrüherkennung etc. allmählich auf kurative Bereiche der medizinischen Versorgung übertragen. Auch Aufgaben der Begutachtung, wie z. B. der Gerichtsmedizin, des psychiatrischen Gutachtenwesens, der Umwelthygiene etc. wurde auf spezialisierte Ämter und Berufe übertragen.

Dieses "spreading of functions" — so die englische Medizinsoziologin Margot Jefferys — öffentlicher Gesundheitssysteme ist in allen Industriestaaten (gleich ob westlicher oder östlicher Prägung) prinzipiell vergleichbar. Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland ist zusätzlich dadurch gekennzeichnet, daß über die in den letzten Jahrzehnten durch die Interessen von Dienstleistungsberufen und anhängender Industrien (Pharma- /Geräteindustrie) vorangetriebenen Marginalisierungsprozesse von Selbst- und Laienhilfepotentialen hinaus ein Defizit an gemeinschaftlichen und gemeindlichen Aktionen und Aktionsfeldern besteht. Diese wurden, wie wir gesehen haben, in der NS-Zeit unter dem Etikett einer "Volksgesundheitspflege als Staatsgrundgesetz" bewußt und zielgerichtet vernichtet.

Hier wirken also die Geschichte und die Konstruktion des "Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" von 1934 fort, das nach wie vor in den meisten Ländern der Bundesrepublik (außer in Schleswig-Holstein, Berlin und neuerdings in Bayern) gesetzliche Grundlage des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist. Die Fernwirkungen des "Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" liegen darin, daß

- das Berufsbild eines eigenständigen (kommunalen) Für- und Vorsorgearztes zwischen dem (staatlichen) Verwaltungsarzt und dem kurativ tätigen Arzt,
- das Berufsbild eines eigenständigen (kommunalen) Für- und Vorsorgepersonals,
- die gruppen- und gemeindeorientierte Gesundheitsfürsorge und -vorsorge als medizinische Disziplin und
- das Verständnis von Gesundheitsfürsorge und -vorsorge als Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge und Selbstverwaltung

in der Bundesrepublik Deutschland nachhaltig zerstört sind — und zwar so nachhaltig, daß diese Tradition heute nicht einmal mehr erinnert wird.

Warum die zahlreichen Versuche fehlschlügen, nach 1945 in der Bundesrepublik präventive gemeinschaftliche Formen der Gesundheitssicherung insbesondere auf Gemeindeebene wieder einzurichten, ist bislang nicht hinreichend untersucht worden. Auf jeden Fall erwies sich die Verbindung staatlich-formaler Gesundheitsleistungen und kommunaler-informeller Gesundheitsleistungen in einem Amt als hinderlich für diejenigen gesundheitsfördernden Leistungen in einem rechts- und verordnungsfreien Raum, die das

eigentliche Aktionsfeld gesundheitsfördernder Maßnahmen darstellen.¹¹

Die heute gültigen stratifizierenden, eindimensionalen Strategien der Gesundheitssicherung krankten folglich an selbstgesetzten, immanenten Grenzen der gesundheitswissenschaftlichen, medizinischen und sozial- wie gesundheitspolitischen Konzepte, weil klassische Felder unspezifischer gesundheitsrelevanter Aktivitäten ausgeblendet sind. Die herkömmlichen, generalisierten Organisationsmittel des Rechts- und Sozialstaates greifen daher angesichts des aktuellen sozialen Wandels nicht mehr. Es besteht vielmehr nicht nur aus einer theoretischen Durchdringung der Probleme der Gesundheitssicherung, sondern aus aktuellen Problemen des sozialen Wandels heraus die Notwendigkeit, neue – und wie angedeutet alte – Handlungsräume und Aktionsformen der Gesundheitssicherung zu entdecken, in ihrer Eigenheit zu erkennen und ihnen entsprechende variable Konzepte sowie entsprechende Verantwortung, Mittel und Handlungsräume einzuräumen: Dies betrifft insbesondere den unspezifischen und ungerichteten Bereich gesundheitsrelevanter Aktivitäten von primären Gruppen und Aktionsgruppen bis zur Gesundheitssicherung in der Gemeinde.

¹¹ Vgl. hierzu auch U. Labisch-Ziesmann, Auswirkungen der personellen Entwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst auf die Arbeitsorganisation eines Gesundheitsamtes. Med. Diss. RWTH Aachen 1984.