

Von der „medizinischen Polizey“ zu den Gesundheitswissenschaften: zum Verhältnis von Gesundheitsexperten und Staat

FRIEDRICH WILHELM SCHWARTZ

I.	Zum normativen und politischen Rahmen gesundheitspolitischer Beratungsliteratur des 16. Jahrhunderts bis heute	1
II.	Skizze des gesundheitspolitischen Gehalts der ärztlichen und sonstigen fachwissenschaftlichen Beratungsliteratur vom 16. Jahrhundert bis zum beginnenden 19. Jahrhundert in Deutschland	4
III.	Skizze zum weiteren „neuen“ Ideengehalt gesundheitspolitischer Beratungsliteratur von der ‚socialen Medicin‘ des 19. Jahrhunderts bis zur Sozialhygiene und den ‚Gesundheitswissenschaften‘ – ‚Public Health‘ des 20. Jahrhunderts	12
IV.	Bemerkungen zu gesundheitsbezogener Politikberatung der Gegenwart	18

I. Zum normativen und politischen Rahmen gesundheitspolitischer Beratungsliteratur des 16. Jahrhunderts bis heute

Ratschläge an den Staat zum Umgang mit Gesundheitsfragen des Einzelnen oder der menschlichen Gemeinschaft, durch ‚Experten‘, also jene, die auf dem in Frage kommenden Gebiet „besonders gut Bescheid“¹ wissen oder Fachautorität für sich beanspruchen, sind sehr alt. Bereits in der Staatslehre *Platons* (427-347 v. Ch.) finden sich ausführliche Positionsbestimmungen zu Umgang mit Gesundheit, Gesundheitsbildung, Krankenbehandlung und zur Rolle und Aufgabe der Ärzte oder privater oder öffentlicher Einrichtungen bei Gesundheitsfragen.

Platons gesundheitspolitische Gedanken sind Teilstücke einer übergeordneten Schau des Ganzen.² In *Platons* Vorstellungen haben größere (göttliche) Güter, nämlich: Weisheit, Mäßigung, Gerechtigkeit und Tapferkeit, Vorrang vor kleineren (menschlichen) Gütern, das sind: Gesundheit, Schönheit, Kraft, Reichtum. In der Konsequenz ist Gesundheit bei *Platon* nicht das „höchste Gut“, und nicht einmal für alle Menschen gleichermaßen aktiv oder passiv – wünschenswert.³ *Platons* ethische Relativierung von Gesundheit ähnelt der mittelalterlich-christlichen Werteordnung, in der Gesundheit kein „Gut“, sondern eher, wie Schönheit und Reichtum, ein Hindernis zu einem im idealen Sinne gottgefälligen Leben ist und Krankheit eine unter Umständen für notwendig angesehene Prüfung des Menschen durch Gott.⁴

Die nachgeordnete Stellung von Gesundheit in der sittlichen Werteordnung gleich welcher Herleitung führt dazu, dass die Heilung von Krankheiten keine Staatsangelegenheit, sondern Privatsache ist. Andererseits befürwortet auch bereits *Platon* allgemeine Gefahrenabwehr im Sinne öffentlicher Hygiene, so die Reinhaltung des Wassers oder die Sicherung gesunden Nachwuchses. Es entspricht nicht meinem Thema, diese Betrachtungen antiker Ratschläge an eine staatliche Gesundheitspolitik an dieser Stelle zu vertiefen oder, was geboten wäre, z.B. mit Blick auf *Aristotelische* Auffassungen, zu differenzieren. Angesichts des großen Ein-

1 Fremdwörterbuch Duden. 4. Aufl. Mannheim 1982.

2 Vgl. Deneke, J. F. V.: Über die ideologischen Voraussetzungen gesundheitspolitischer Konzeptionen am Beispiel der gesundheitspolitischen Gedanken in der Staatslehre *Platons*. In: Individuelle Freiheit in sozialer Sicherheit. Hrsg.: J. F. V. Deneke. Bochum 1985, S. 7-27, hier 9 (erstmal erschienen in: *Ärztliche Mitteilungen* 42 (1957) 3, S. 60ff.).

3 Ebd., S. 12.

4 Ebd.

flusses normativer antiker und später christlicher Staatslehren auf den Fortgang des europäischen Denkens im Hinblick auf staatliche Aufgaben war ihre einleitende Erwähnung notwendig.

Springen wir in die frühe Neuzeit und befassen uns mit den Verwaltungsaufgaben der wachsenden Städte und der Staatstätigkeit der damals sich herausbildenden kleinen und großen mittel- und westeuropäischen Territorien in innenpolitischer, speziell gesundheitspolitischer Hinsicht, für die Begriff und Schrifttum zur „medizinischen Polizey“ eine zentrale Rolle spielten.

Der Begriff wurde sehr wahrscheinlich Ende des 15. Jahrhunderts der burgundisch-französischen, zentralistisch-obrigkeitlichen Behördenorganisation entlehnt, die damals in Europa als vorbildlich galt.⁵ Dass dieses neue Fremdwort in Deutschland zuerst in einer Nürnberger Ratsverordnung von 1482 auftaucht, später erst mit steigender Häufigkeit in territorialen und reichshoheitlichen Ordnungen, erklärt sich aus der Tatsache, dass die führenden deutschen Reichsstädte zur damaligen Zeit ihrer wirtschaftlichen und kulturellen Hochblüte viel früher als die agrarisch-feudalen Territorien den Charakter einheitlicher Staatsgebilde erreicht hatten. Ihre starke ökonomisch-soziale Dynamik warf Ordnungsprobleme auf, die nicht mehr durch bloßes Herkommen und Weistum⁶ zu bewältigen waren, sondern neue gebotsrechtliche Regelungen erforderten. Dies war nicht zuletzt eine Folge der verschärften sozialen Ungleichheiten schaffenden frühkapitalistischen Form der Stadtwirtschaft, aber auch neuer hygienischer Ordnungsprobleme der zunehmenden Bevölkerungsballung.⁷

1530 wurde auf dem Reichstag in Augsburg die erste Reichs-„Polizeiordnung“ („Ordnung und Reformation guter Polizei im Heiligen Römischen Reich“) erlassen, die mit mannigfaltigen Bestimmungen über öffentliche Sittlichkeit, Vergehen und Prozesswesen Vorbild für zahlreiche rasch folgende territoriale Polizeiordnungen wurde.

Mit der Ausdehnung der zentralen landesherrlichen Verwaltungstätigkeiten, die sich im Reichsgebiet gegen den feudalen, ständischen Partikularismus und gegen die „Autonomie der kleinen Lebensbereiche“ durchsetzte, weitete sich der Polizeibegriff aus.⁸ Im Absolutismus seit Ende des 17. Jahrhunderts schließlich wurde darunter die ganze nach innen gerichtete Staatstätigkeit verstanden (und zwar im Reich, im Territorium und in der Stadt).⁹

Neben der politischen Entwicklung spielt für die Ausweitung des Polizeibegriffs auch der im Humanismus erfolgende Rückgriff auf die antiken Wortwurzeln (gr. politeia, lat. politia) eine

5 Maier, Hans: Die ältere deutsche Staats- und Verwaltungslehre (Polizeiwissenschaft). Neuwied, Berlin 1966, S. 121.

6 Prozess der Rechtsfindung in Spätmittelalter und früher Neuzeit.

7 Schwartz, Friedrich W.: Idee und Konzeption der frühen territorialstaatlichen Gesundheitspflege („Medizinische Polizey“) in der ärztlichen und staatswissenschaftlichen Fachliteratur des 16.-18. Jahrhunderts. Diss. Frankfurt/M. 1973, S. 28.

8 Hierin spiegelt sich das Bemühen der Landesherrn, die gesamte Staatsverwaltung der alten rechtlichen Kontrolle durch die Gerichte bzw. die ständischen Organe zu entziehen; denn in Polzeisachen gab es keine Appellation, die landesherrlichen „Verwaltungsentscheidungen“ waren damit unanfechtbar.

9 Schwartz, Idee und Konzeption (Anm.7), S. 29.

Rolle mit ihrer Bedeutung von „Wohnordnung des Gemeinwesens“. Teils in Reaktion gegen die damit einhergehende humanistische Perzeption antiker Staatslehren, teils auch in Verteidigung der alten ständischen Rechtsordnungen verbinden sich in der frühen deutschsprachigen Literatur mit dem Begriff der „guten Polizei“ ergänzend die Auffassung von einer christlichen Ständegesellschaft¹⁰ und einer christlichen Amtsführung, deutlich z.B. in Veit L. von *Seckendorffs* „Teutscher Fürsten Stat“ (1656). Diese christliche Amtsauffassung tradiert die altständische, wechselseitige Treuebindung zwischen Herrschaft und Untertanen (Gefolgsleuten), sie wird als patriarchalische und später unter dem wachsenden Einfluss des Naturrechts als aufgeklärt-fürsorgende Grundhaltung ein spezifisches Attribut territorialer Herrschaft in Deutschland bis über das 18. Jahrhundert hinaus.

Diese christlich-patriarchalische Haltung stand von Beginn an in Auseinandersetzung mit dem zunehmend aufkommenden rational-utilitaristischen Staatsbegriff, der mit nur wenig wechselnden Inhalten sich bis in die Staatslehre und darauf begründete Beratungsliteratur des späteren deutschen Kaiserreichs, der Weimarer Republik und später des Nationalsozialismus weiterverfolgen lässt.

In diesem rationalistischen Staatsbegriff vollzieht sich zunächst einmal nur ein funktionales Zweckdenken der kameralistisch-merkantilistischen Bürokratie. Er gewinnt seinen theoretischen Gehalt durch den Staatsbegriff der frühen deutschen „Aufklärung“. Dieser entwickelte sich politisch im Raum des merkantilistischen Absolutismus, philosophisch unter dem Einfluss des englischen „moralistischen“ und des französischen „materialistischen“ Utilitarismus. Er ist gekennzeichnet durch eine Zweckmoral des Staatsganzen, in dem das „Glück“ des Einzelnen sich im „höchsten Nutzen“ des Ganzen erfüllt. Die Ausrichtung des gesamten staatlichen Lebens an der „salus publica“ wird zu einem Grundgedanken der einheitlichen „polizeilichen“ Staatsgewalt in der neuzeitlichen Staatsbildung. Diese im 17. und 18. Jahrhundert vor allem ökonomisch motivierte und begründete Staatsnutzenmaxime ist Kern der merkantilistischen Theorie.

Dieser Theorie von der nationalen ökonomischen Konzentration aller produktiven Kräfte korrespondiert eine politische Tugendlehre für das Individuum, die sich die Erziehung zu dem fleißigen, loyalen, zu allen Opfern für sein „Vaterland“ bereiten „guten Bürger“ und „Patrioten“ als oberstes Ziel setzt. Im merkantilen Denken ist „Vernunft“ des Einzelnen vor allem Appellationsorgan und Werkzeug für das „aufgeklärte“ Individuum, das mit ihrer Hilfe jene staatlich erwünschten Tugenden als „natürliche Verbindlichkeit“, ja paradoxerweise als „völlige Freiheit“ verinnerlichen soll.

Das „aufgeklärte“ Moment dieses Vernunftbegriffs bedeutet dabei vor allem ein durchgreifend säkularisierendes Utilitätsprinzip. Die „Vernunft“ – ein alter Stammbegriff der abendländischen Kultur – wird im merkantilen Denken der aufblühenden Geldwirtschaft damit auf ökonomische Zwecke hin „instrumentalisiert“.

Jedoch wird nur wenig später im Horizont des zunehmend bürgerlichen Selbstbewusstseins und des wachsenden philosophischen Anthropomorphismus zunehmend das konkrete Einzelinteresse des Individuums im Leitbegriff des aufkommenden „Naturrechts“ zur Basis fort-

10 Sie ist vorherrschend in den Regimentstraktaten des 16. und 17. Jahrhunderts.

schrittlicher politischer Theorie. Der Begriff einer vom „Staat“ abgehobenen und der Staatsgewalt vertraglich verbundenen „Gesellschaft“ wird geboren.

In dieser Entwicklung manifestiert sich ein zweiter, neuer Grundzug „aufgeklärten“ Denkens, das über bloßes merkantiles Zweckdenken hinaus das „Geschöpf Mensch“ zum Zentrum und Maßstab, seine Pflege und Entfaltung zum Ziel allen Handelns macht. Hieraus speisen sich die naturrechtliche Rechts- und Staatsphilosophie gleichermaßen wie die zeittypischen Strömungen des Philanthropismus, der daraus sich ableitenden, aufkeimenden Sozialkritik und das Sendungsbewusstsein einer engagierten Pädagogik.

Diese Entwicklung vollzieht sich in einem neuen realpolitisch-ökonomischen Kontext, nämlich unter dem Einfluss der erstarkenden Mittelstandswirtschaft bzw. des sich entfaltenden Privatkapitalismus, die sich von staatlicher Bevormundung und feudalen Privilegien zu befreien suchen. Der erste theoretische und bis heute fortwirkende Höhepunkt dieser neuen Entwicklung manifestiert sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts in der damals revolutionären Idee des „Selfgovernments“, in der liberalen Wirtschaftslehre des großen Schotten Adam *Smith*.

Auch die Theorie der „Polizei“ unterliegt in der Folge diesem liberalen Bedeutungswandel, wird mit Beginn des 19. Jahrhunderts von einer umfassenden staatlichen Vorschriftenlehre zurückgedrängt zu vorrangig einer bloßen staatlichen Garantie von privater und öffentlicher Sicherheit innerhalb eines sich wieder wesentlich auf Rechtswahrung beschränken sollenden Staates.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bis zum Ende des 18. Jahrhunderts unter den aufgezählten Polizeibegriffen zunächst der „christlich-ständische“, dann der „kameralistisch-aufgeklärte“ vorherrschend waren und im 19. Jahrhundert zunehmend eine liberalere Polizeivorstellung Platz griff, um der vom Bürgertum getragenen erstarkenden Wirtschaft politischen Raum zu geben. Die Beratungsliteratur aus staatswissenschaftlicher oder ärztlicher Sicht zu öffentlichen Gesundheitsfragen folgt sehr eng jeweils diesen herrschenden Gesellschafts- und Politikvorstellungen. Diese gesundheitspolitische Beratungsliteratur ist nur aus diesem jeweiligen ideellen sowie dem korrespondierenden ökonomischen und politischen Kontext heraus zu verstehen. Es gehört zu den tragenden Hypothesen dieses Beitrags, dass dies bis in die heutige gesundheitsbezogene Beratungsliteratur und gesundheitspolitische Beratungspraxis der Fall ist.

II. Skizze des gesundheitspolitischen Gehalts der ärztlichen und sonstigen fachwissenschaftlichen Beratungsliteratur vom 16. Jahrhundert bis zum beginnenden 19. Jahrhundert in Deutschland

Bei der Bewertung der gesundheitspolitischen Vorschläge im Geiste christlich-patriarchalischer Amtsauffassung muss auch an die Ideen der Reformation in Deutschland und die im Gefolge *Luthers* sich entfaltenden Vorstellungen einer sinnvollen Wohlfahrtspflege gedacht werden. *Luthers* Position war zukunftsorientiert in dem Sinne, dass Armutsideal und Almosengeben zurücktreten hinter einem neuen Gedanken vom Wert der Arbeit. Die körperliche Gesundheit wird als Voraussetzung für diese und als Voraussetzung der dafür ebenso notwendigen seelischen Gesundheit begriffen. In *Luthers* Einheitslehrplan für gelehrte Berufe, d.h. für Theologen, Juristen, Lehrer und Ärzte, sind körperliche Übungen daher obligatorisch

und fanden von da als gesundheitsfördernde Leibesübungen Eingang in das abendländische Schulleben.¹¹

Der Humanist Thomas *Morus* entwickelt in seiner Schrift „Utopia“ von 1516 erstmals das detaillierte Bild eines Gemeinwesens, in dem eine umfassende Gesundheitsfürsorge zentrale Bedeutung gewinnt.¹² Seine Vorschläge reichen aus medizinischer Sicht nicht wesentlich über die seit der Antike bekannten Grundsätze von gesunder Luft, gesundem Essen, gesundem Trinken und Wohnen und gesunder Kindererzeugung und -erziehung hinaus, aber hier wird Hygiene bzw. Hygiene im Dienste von Gesundheitspolitik erstmals in das Zentrum eines gesellschaftspolitischen Entwurfs gerückt.

Das Vorgehen der Städte vor den Territorien auf dem öffentlichen Gesundheitssektor zeigt, dass öffentliche Gesundheitspflege ganz wesentlich jeweils auch Ergebnis der jeweiligen konkreten politisch-ökonomischen Entwicklungen ist: Ganz allgemein lässt sich feststellen, dass sich dort aktive öffentliche Gesundheitspolitik entfaltet, wo eine gewisse Bevölkerungsballung die Gefahr ausgreifender Seuchenzüge mit sich bringt, wo ferner zugleich – wenigstens in den herrschenden Schichten – mit wachsendem Lebensstandard das Streben nach „Gesundheit“ als selbstständiger Wert neben dem materiellen Existenzkampf erkennbar wird und wo drittens genügend entwickelte Verwaltungseinrichtungen zur Durchführung entsprechender Maßnahmen vorhanden sind.

Vor allem das 16. Jahrhundert bringt in Deutschland hinsichtlich der Häufigkeit und Reichhaltigkeit gesundheitsbezogener städtischer Verordnungen und Maßnahmen einen ersten Höhepunkt.

Auch in einer rasch anwachsenden Flut meist von Ärzten verfasster, allgemein belehrender, hygienisch-diätetischer Schriften, von Lehrgedichten, Kalendern und Pesttraktaten bekundet sich das große Interesse dieser Zeit an Gesundheitsfragen. Diese publizistische Tätigkeit findet für den Bereich der Stadthygiene ihren Höhepunkt in den 1567 und 1573 erschienenen Schriften des Frankfurter Stadtarztes Joachim *Struppius*, der darin das Wesentliche aller bis dato ergangenen städtischen Verordnungen zum Gesundheitswesen an die Adresse der Städtischen Obrigkeiten zusammenfasst. Der erste Höhepunkt für das hygienische Schrifttum überhaupt liegt in dem 40 Jahre später erscheinenden, ebenso engagierten wie umfangreichen Werk des Tiroler Arztes Hippolyt *Guarionius* (1610).

Joachim *Struppius* stand noch ganz in der christlich-caritativen Tradition der mittelalterlichen Wohlfahrtspflege. „Nützliche Reformation zu guter Gesundheit und christlicher Ordnung“ heißt die schmale, aber inhaltsreiche Schrift, mit der Joachim *Struppius* 1567 seine Vorschläge zur öffentlichen Gesundheitspflege herausbrachte.

In seiner „Vorrede an Christliche Oberkeyte, und deren Underthane ...“ schreibt er: Es sei zwar dem „gemeinen Nutzen“ viel daran gelegen, dass „der Bürger Hab und Gut“, „so da gleich als gliedmassen / Instrumenta und bande sind der Polickey / unbescheidiget und unbe-

11 Dolch, Josef: Lehrplan des Abendlandes. Ratingen 1965; Koch, Lotte: Wandlungen der Wohlfahrtspflege im Zeitalter der Aufklärung; R. Lange 1933; Roscher, Wilhelm: Geschichte der National-Ökonomik in Deutschland. München 1874.

12 Siefert, Helmut: Hygiene in utopischen Entwürfen des 16. und 17. Jahrhunderts. *Medizinhistorisches Journal* 5 (1970) 1, S. 24-41.

schwerte seyen“, vielmehr noch aber daran, „daß die Leiber jrer Underthanen ([...] welche Leiber auch gleich Fundamenta und Seulen sind / aller menschlichen handlungen und gewerben) gesund und leiberlich erhalten werden“.

Nützlichkeitsdenken, wenn auch noch nicht volkswirtschaftlich präzisiert, und christliches Gebot mischen sich in seiner Argumentation, wobei die christliche Verpflichtung Ausgangspunkt ist.

Struppius, hier stellvertretend für eine ausgebreitete Literatur gleicher Art, behandelt folgerichtig zunächst die „geistliche Versehung und Wolfart der Seelen“, dann erst in den folgenden Kapiteln „von der Leiber Gesundheit ...“. Es folgen ausführliche Vorschriften zur Hygiene der Luft und zur Abfallbeseitigung, zur Reinigung von Gewässern und Brunnen, von Back- und Brauhäusern, Ställen etc. Die Friedhöfe sollen außerhalb der Städte gelegt werden, eine Vorschrift, die erst rund 250 Jahre später allgemein anerkannt und umgesetzt wird. In ausführlichen Vorschriften setzt er sich auseinander mit dem Apothekenwesen einschließlich ihren Zulieferern und der Ausbildung der Apotheker sowie aller anderen wichtigen Medizinalpersonen, neben diesen nämlich Wundärzten, Scherern, Badern etc. Er setzt sich für die Trennung von Heilbaren und Unheilbaren in den Spitälern und Siechenhäusern ein und wendet sich gegen eine Reihe von dortigen Misständen. Ausführliche Vorschriften befassen sich mit der Qualität der Herstellung von Nahrungsmitteln, insbesondere Brot- und Fleischwaren, mit Quarantänemaßnahmen gegenüber Haushalten mit ansteckenden Erkrankungen und ihrem Wohnrat, ihrem Haushalt und Kleidung, ferner mit den Ordnungen für Hebammen, Wehemüttern und Säugammen und ihrer Tätigkeit sowie mit der zweifelhaften, auf Jahrmärkten angebotenen Medizin und Zahnmedizin. Mit ihm findet die neuzeitige Stadthygiene einen ersten Höhepunkt. Die direkten praktischen Ausführungen seiner Schrift auf das hygienische Ordnungswesen der Städte sind unklar, ihr literarischer Nachhall über Jahrzehnte war bedeutend.¹³ Mehr Würdigung aus fachlicher Sicht verdiente das nachfolgende großvolumige Werk des Stiftsarztes zu Hall *Guarionius*, Ingolstadt 1610. Diese in gewaltigem barocken Sprachstil ausgebreitete Schrift greift nicht nur die benannten Themen in stark vertiefter Form mit erstaunlichem Detailreichtum des Wissens auf, einschließlich der ersten mir bekannten Berechnungen des volkswirtschaftlichen Schadens der Überernährung der Bevölkerung im Bereich Hall. Diese Schrift wird erst wieder durch das 160 Jahre später erscheinende Hauptwerk von Johann Peter *Frank* übertroffen. *Guarionius'* Werk ist nicht zuletzt durch den ausbrechenden 30jährigen Krieg nicht zur Wirkung gekommen.¹⁴

Diesen frühen Beratungsschriften der Stadthygieniker sind die frühen staatstheoretischen Schriften zur Seite zu stellen, die in christlich-ständischer Amtsauffassung für die aufblühenden nicht-städtischen Territorialstaaten geschrieben wurden. Dazu gehört z.B. das „Politische Testament“ des sächsischen Kanzlers Melchior von *Osse*, 1555 abgefasst,¹⁵ oder die von J. *Oldendorp* von 1530¹⁶ oder die von Christian Werner *Friedlieb*: „*Prudentia Politica Christi-*

13 Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Bd. I. Berlin 1933, S. 182ff. (Nachdruck: Hildesheim 1965).

14 Schwartz, Idee und Konzeption (Anm.7), S. 81.

15 D. Melchior von Osse Testament Gegen Hertzog Augusto Churfürsten zu Sachsen, Sr. Churfürstl. Gnaden Rätthen und Landschafften 1556. Hrsg.: Christian Thomasius. Halle 1717.

16 Olpendorp, J.: Von guten Ratschlägen, wie man gute Policey und auch Ordnung in Stedten und Landen erhalten möge. Hrsg.: C. Forstenow. Rostock 1597.

ana“, das ist die Beschreibung einer christlich nützlichen und guten „Policey“ (Goslar, 1614). Für die genannten Autoren stehen die soziale Ordnung und die finanzwirtschaftlichen Probleme der sich langsam konsolidierenden Territorien im Vordergrund. Ein klares gesundheitspolitisches Konzept bietet dagegen zwei Generationen später Veit Ludwig von *Seckendorff* in seinem damals sehr bekannt gewordenen „Teutschen Fürstenstat“ (Frankfurt/M. 1656), der sich allerdings weithin auf die bereits vorhandenen Gesetzgebungen und Ordnungen stützt.

Damit seien die skizzenhaften Hinweise zur Literatur in christlicher Amtsauffassung beendet und wir wenden uns den Schriften zu, die in der Rezeption der englischen und französischen utiliteristisch-materialistischen Philosophie im ausgehenden 17. Jahrhundert entstanden sind. Hier ist als erster einflussreicher Autor Georg *Obrecht* zu nennen, Professor der Rechte in Straßburg und Ratgeber Kaiser *Rudolphs II.*, mit seinen „Fünff unterschiedlichen Secreta Politica“, 1644 in Straßburg erschienen. Unter Verzicht der älteren Elemente von Treuebindung und christlicher Amtsauffassung reduziert sich der Staat für ihn zur fiskalischen Steuerquelle. Schätzungen und Steuerpflicht, Untertanen und obrigkeitliche Aufsicht über Lebensführung mit Hilfe einer umfassenden, bis in die kleinsten Details des Privatlebens hinein überwachende Präventivpolizei, die unter zur Hilfenahme von statistischen Übersichten, für allgemeine Besserung von Land und Leuten sorgen will, stehen im Mittelpunkt, um das Gemeinwesen „nahrhaft“ bzw. steuerkräftig zu machen. Er bringt als erster den Plan einer ländlichen Versicherung in Form von genossenschaftlicher Kapitaleinlage, ebenso das Projekt einer zwangsweisen Kinderversorgungskasse unter staatlicher Leitung.

Die zweite hervorzuhebende Schrift ist der von Joachim *Becher* 1668 veröffentlichte „Politische Discurs, von den eigentlichen Ursachen deß Auff- und Abnehmens der Städt, Länder und Republicken“,¹⁷ die als die bedeutendste nationalökonomische Schrift Deutschlands im 17. Jahrhundert gilt und schon seinen Zeitgenossen als grundlegend erschien. Bemerkenswert neu ist hier der populationistische Zug seiner merkantilistischen Theorie, d.h. er entwickelt eine ökonomisch-demographische Theorie des Volksreichtums und beschreibt die Wege dorthin. Er fordert auch erstmalig ein eigenes Ministerium für Gesundheitsfragen für einen Territorialstaat.

Modernen Auffassungen von gesundheitspolitischen Beratungsinhalten kommt der hannoversche Universalgelehrte Gottfried Wilhelm *Leibniz* (1646-1716) in erstaunlichem Maße nahe. Er entwickelte nicht nur zahlreiche naturwissenschaftliche und psychologische Verbesserungsvorschläge für die Medizin, sondern in den (handschriftlich niedergelegten) „Directiones ad Rem medicam pertinentes“ (1671/72) entwirft er auch erstmals das Modell eines umfassenden staatlichen Gesundheitswesens. Leibniz' Vorschläge einer öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist in ihrem Ansatz durchaus auf der Linie zeitgenössischer Merkantilisten, doch sind Umfang, Systematik und methodische Ansätze zu seiner Zeit in vieler Hinsicht revolutionär und vielfach bis in die Gegenwart gültig.

Kern der Vorschläge sind regelmäßige, verpflichtende Kontrolluntersuchungen für die gesamte Bevölkerung zum Zwecke rechtzeitiger Heilung wie auch der Vorbeugung. Unterstützt werden sollen diese Bemühungen durch eine bessere Aufklärung der Bevölkerung, insbeson-

17 Becher, Joachim: „Politische Discurs, von den eigentlichen Ursachen deß Auff- und Abnehmens der Städt, Länder und Republicken“. 1. Aufl. Frankfurt/M. 1668 (2. Aufl. 1673).

dere der Jugend, und durch die Selbsterforschung der Patienten mit Hilfe von Fragebögen. Die praktische Durchführung soll in den Händen von staatlich bezahlten Sprengelärzten liegen, die in allen größeren Hauptstraßen oder Quartieren der Städte wie auch auf jedem Dorfe zu finden sein sollten. (Auf dem Lande sollen dabei je ein junger und ein älterer Arzt und ein Wundarzt zusammenarbeiten zur gegenseitigen Ergänzung.) Neben den Sprengelärzten soll es auch „Medici vagi“ geben, ohne festen Sprengel, die von den Patienten freiwillig und nach freier Wahl aufgesucht werden können. In Fällen der Not sollen Bezirksärzte und die „Medici vagi“ zusammenarbeiten. (Eine intensive Zusammenarbeit empfiehlt Leibniz auch zwischen Ärzten und geistlichen Beichtvätern zum Vorteil der Patienten und unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht).

Weiterhin empfiehlt *Leibniz*, alle Ärzte zur Aufzeichnung der Krankengeschichten anzuhalten und bei allen in „Nosocomiiis“ verstorbenen Patienten Sektionen vorzunehmen. Auch sollten die Arzneimittel nach einheitlichen Grundsätzen vermindert und Apotheken auch auf allen Dörfern eingerichtet werden.

Fritz *Hartmann* hat darauf hingewiesen, dass dieses organisatorische Programm geprägt ist durch die Ideale Leibnizschen Wissenschaftsdenkens: Vollständigkeit, Systematik und quantitative Messbarkeit.¹⁸ Dies wird auch deutlich in den Vorschlägen *Leibniz'*, mit Hilfe einer Medizinalbehörde ausführliche Bevölkerungs- und Mortalitätsstatistiken zu erstellen; hierfür entwarf er einen Katalog von 56 Fragen, die insbesondere über Geschlecht, Familienstand, Zahl geburtsfähiger Frauen und wehrfähiger Männer, mittlere Lebensdauer, zeitlich und örtlich häufigste Krankheiten und die Todesursachen sowie über den Sterbeindex Auskunft geben sollten. Als oberste Medizinalbehörde, die sich insbesondere auch um die Ernährungshygiene kümmern sollte, schlug Leibniz ein aus Regierungsbeamten und Ärzten gebildetes „Collegium sanitatis“ vor.

Ein solches „Collegium sanitatis“ wurde in Brandenburg (zu dessen Hof *Leibniz* enge Beziehungen hatte) 1685 tatsächlich geschaffen. Im Übrigen blieben seine Vorschläge in der Stille der Archive; die finanziellen, organisatorischen und personellen Möglichkeiten der meisten Klein- und Mittelstaaten Deutschlands dürften sie überfordert haben.

Doch bleibt festzuhalten, dass hier erstmals ein modernes umfassendes System territorialstaatlicher Gesundheitsversorgung entworfen wurde, das dessen wichtigste Kernprobleme bereits erkannte und theoretisch löste: die Sicherung flächendeckender ärztlicher Versorgung, fest besoldete und beaufsichtigte Ärzte, gleichzeitig Ärzte für freie Arztwahl, die obligatorische Absicherung genereller präventivmedizinischer Maßnahmen sowie Aufbau einer epidemiologischen Gesundheitsberichterstattung - Grundsätze, die bis heute gelten können.

Neben *Leibniz* hat ein anderer, seinerzeit epochal wirkender Philosoph sich mit Ratschlägen zum Gesundheitswesen hervorgetan, dies war Christian *Wolff*, dessen philosophisches Schulsystem im eigentlichen Sinne die „Aufklärung“ in Deutschland begründete und absolute Vorrangstellung bis zur Umwälzung durch *Kant* einnahm. 1721 veröffentlicht er seine „Ver-

18 Hartmann, Fritz: Methoden ärztlicher Wissenschaft bei Leibniz. Referat zum II. Internat. Leibniz-Kongress. Hannover 1972 (Manuskript).

nünftigen Gedancken von dem gesellschaftlichen Leben der Menschen“ und die „Vernünftigen Gedancken von der Menschen Thun und Lassen“.¹⁹

Wolffs Vorschläge sind nicht neu, aber durch ihre strikte Herleitung aus „der Natur der Dinge“ bzw. aus dem „Gesetz der Natur“ philosophisch-ethisch vollkommen anders begründet als in der letztlich ökonomischen Nutzenmaximierung der Utilitaristen. Zum ersten Mal wird „die Gesellschaft“ definiert und zwar als ein Vertrag freier Personen, woraus für *Wolff* folgt, dass die höchste Gewalt im Staat eingeschränkt sein muss. Er bringt auch inhaltlich insofern einen neuen Gesichtspunkt, als er sich als erster Beratungsautor mit übermäßiger, ungesunder und angemessen entlohnter Arbeit auseinandersetzt.²⁰ Seine philosophisch-gesellschaftlichen Grundpositionen nehmen bereits das Ende absolutistischer Staatsauffassung vorweg. Hier war er seiner eigenen Zeit, und insbesondere den Verhältnissen in Deutschland, weit voraus.

Im Zuge des weiterhin vorherrschenden Merkantilismus in der Staatsliteratur und den gesundheitspolitischen Ratschlägen an eine Staatsführung wären eine ganze Reihe weiterer Schriftsteller aufzuführen, die bedeutendsten sind: Johann Heinrich Gottlob von *Justi*, großbritannischer und braunschweigischer Bergrat und Oberpolizeikommissar, der 1756 seine „Grundsätze der Policywissenschaft“ veröffentlichte.²¹ Er fordert u.a. einen mit sehr weitgehenden Rechten ausgestatteten zentralen Gesundheitsrat im Staate und weist erstmals der wissenschaftlichen Fortentwicklung der Medizin eine entscheidende Funktion zu.

Bis ins frühe 19. Jahrhundert wirken ferner die Werke und Vorschläge von Josef von *Sonnenfels*.²² Sonnenfels versucht eine Vereinigung einander widersprechender Prinzipien, nämlich des Staates als Gesellschaft von Bürgern, die sich frei vereinigt haben, um „ein gewisses Bestes“ zu erreichen, mit einer „hausväterlichen Regierung“ mit einem Monarchen als „Vater und Gesetzgeber“ und im Vorgriff auf das 19. Jahrhundert die Betonung der „Sicherheit“ als Kernpunkt der Polizeiwissenschaft. In der Sache befasst sich Sonnenfels erstmals mit psychiatrischen Fragestellungen, mit dem Schutz der Schwangeren vor Folter und sonstigen Misshandlungen, mit der Einrichtung, Ausstattung und dem Betrieb von Krankenhäusern bis hin zu Fragen der Katastrophenhilfe, der Feuerwehr und der Baupolizei. Sein Einfluss vor allen Dingen auf das österreichische Gesundheitswesen war, auch in praktischer Hinsicht, bedeutend. Seine aufgeklärte Kameralistik rückte erstmals auch jene aufgeklärt-philantrophischen

19 Wolff, Christian: Vernünftige Gedancken von dem gesellschaftlichen Leben der Menschen und Insbesondere dem gemeinen Wesen, zu Beförderung der Glückseligkeit des menschlichen Geschlechtes, den Liebhabern der Wahrheit mitgetheilet. 4. verm. Ausg. Frankfurt/M., Leipzig 1736 (1. Aufl. 1721); Wolff, Christian: Vernünftige Gedancken von der Menschen Thun und Lassen, zu Beförderung ihrer Glückseligkeit, den Liebhabern der Wahrheit mitgetheilet. 4. verm. Aufl. Frankfurt/M., Leipzig 1733 (1. Aufl. 1721).

20 Schwartz, Idee und Konzeption (Anm.7), S. 111.

21 Justi, Johann Heinrich Gottlob von: Grundsätze der Policywissenschaft, in einem vernünftigen, auf den Endzweck der Policy gegründeten Zusammenhange und zum Gebrauch akademischer Vorlesungen abgefasst hat. Göttingen 1756.

22 Sonnenfels, Josef von: Grundsätze der Policy, Handlung und Finanzwissenschaft. Bd. I bis III (1. Aufl. Wien 1765-1769). Hier: Bd. I. 3. Aufl. Wien 1770.

Gesichtspunkte in den Mittelpunkt der Staatsverwaltungslehre, die Generationen von Staatsbeamten bis ins 19. Jahrhundert prägte.²³

Die wichtigste medizinische Persönlichkeit im Geiste der merkantilistischen medizinischen Polizei stellt Johann Peter *Frank* dar, der 1779 den ersten Band seines „Systems einer vollständigen medicinischen Polizey“ veröffentlichte.²⁴ Zu ihm liegt eine umfangreiche biographische Literatur vor, gilt er doch der Medizinhistorik traditionsgemäß als Hauptexponent, ja gelegentlich fälschlich als „Begründer“ der medizinischen Polizei, und sein Werk als „hygienisches Denkmal des absolutistischen Staates“ (*Sigerist*). Anzumerken ist, dass der Hauptstrom der politischen Entwicklung schon über den Gesundheitspolitiker *Frank* und große Teile seines Werkes hinweggegangen war, als dieser noch nicht die letzten beiden Bände seines groß angelegten „Systems“ vollendet hatte.

Frank hat in seinem Werk nach eigenen Worten „alles was von der Erzeugung an bis zum Tode und zur Beerdigung der Sterblichen, die öffentliche Gesundheitsverwaltung betrifft“ dargestellt, „und hiermit beynahe sämtliche Gegenstände, welche nicht zu den eigentlichen Medicinal- und Krankenanstalten“ d.h. der Therapie, Diagnostik etc.) gehören, der natürlichen Ordnung nach „abgehandelt“. Allenfalls der josephinische Polizeistaat hätte *Frank* die Möglichkeit geboten, seine umfassende hygienische Polizeiverwaltung, für die, wie er selbst betonte, die Mittel von Zwergstaaten nicht ausreichten, zu verwirklichen.

Doch zeigte das Scheitern der durchgreifenden Reformen von *Joseph II.*, dass weder der bürokratische Apparat noch die ökonomische Basis, noch das politische Zeitbewusstsein zu diesen Plänen passten. Der historische Weg verlief anders: Die Kräfte der europäischen Staaten waren in den damaligen Jahrzehnten zunächst vor allem durch große allgemeinpolitische und ökonomisch-technologische Umwälzungen in Anspruch genommen. Lediglich zu medizinischen Schwerpunktmaßnahmen wie der Pockenimpfung kam es zunächst, sieht man von einzelnen regionalen Fortschritten ab. Als dann mit der Verbesserung der wirtschaftlichen Basis, der Volksbildung und des Verwaltungssystems die Zeit für *Franks* praktisches Programm reif geworden wäre, war sein polizeiliches Verwaltungsmodell veraltet. Auch trat dann für Jahrzehnte die neue naturwissenschaftlich-technische Richtung der Hygiene in den Vordergrund. Erst im ausgehenden 19. Jahrhundert kam öffentliche Hygiene in dem umfassenden Sinne *Franks* zur Entfaltung, gelangte auch seine Bedeutung, wenn auch nur im historischen Sinne, zu einer neuen Renaissance.

23 Zu weiteren Autoren dieser Richtung, nämlich Heinrich Jung, genannt Stilling, und Günther Heinrich von Berg vgl. Schwartz, *Idee und Konzeption* (Anm.7), S. 124-133; sowie zu den medizinischen Autoren, nämlich dem Hildesheimer Arzt Konrad Barthold Behrens mit seiner 1696 veröffentlichten Schrift mit dem Aufgreifen krankheitsspezifischer Sterberegister (das sich auf englische Vorbilder beruft) sowie auf viele Menschen gefährliche Zoonosen und deren Bekämpfung, als vielleicht wichtigste Neuerungen sowie zum Werk des Ulmer Stadtarztes Wolfgang-Thomas Rau von 1764 oder des Jenaer Professors Christian Rickmann und seiner 1771 erschienenen Arbeit, ferner zu Johann Friedrich Zuckert und seinen 1773 in Berlin erschienenen Ausführungen, ferner zu Johann Peter Brinkmann und seinen 1778 in Düsseldorf erschienenen „Patriotischen Vorschlägen“, vgl. ebd., S. 153-181.

24 Frank, Johann Peter: *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. Bde. 1-15, 2. Aufl. Frankenthal 1791-1841.

Zurück zur Jahrhundertwende vom 18. auf das 19. Jahrhundert: In dem 1809 erschienenen „Vollständigen Handbuch der Polizei-Wissenschaft“²⁵ des Erlanger Professors für Philosophie und Kameralwissenschaften, Johann Paul *Harl*, hat sich die neue, durch englische Freihandels- und Rechtsvorstellungen gespeiste liberale Rechtsstaatsidee bereits durchgesetzt. Für *Harl* ist der Staat lediglich „eine zur Sicherung der Koexistenz der Menschen errichtete Rechtsanstalt“. Und er verdeutlicht: „Der Staat als solcher, wenn er nicht selbst Unrecht begehen und mit physischen und moralischen Unmöglichkeiten kämpfen soll, kann und darf nichts weiter seyn, als eine Sicherheitsanstalt. In diesem Begriffe liegt alles, was jeder Bürger vom Staate, der Staat aber auch von ihm fordern darf und soll“.

Daraus folgt für *Harl* eine überaus klare Absage an den Staatseudämonismus des aufgeklärten Absolutismus: „Der Staat, der seiner Natur nach unfähig ist, das Wohl seiner Mitglieder, ihre Aufklärung und Veredlung durch seine Mittel zu bewürken, kann und soll nur Jedem eine Sicherheit gewähren, bei der ihm durch Andere kein Hinderniß in den Weg gelegt und die Freiheit gelassen wird, selbstständig, an seiner physischen, intellektuellen, moralischen und ökonomischen Verbesserung zu arbeiten und sein Wohl auf seine eigene Weise selbst zu suchen“.

Ganz im neuen, liberalen Sinne wird nunmehr auch die Medizinalpolizei begriffen und zurückgefahren. „Die Lebenssicherheits- und medizinische Polizei [...] hat alle Individuen im Staate gegen Gefahren ihres Lebens und Gesundheit sicher zu stellen. Ihr Zweck ist Erhaltung und Gesundheit und Wiederherstellung derselben, wenn sie verloren ist“.

Harl argumentiert hier ganz vom Individuum her ohne jeden Anklang an die alte populationistische Staatsnutzenmaxime. Dabei darf aber unterstellt werden, dass mit dem Schutz der individuellen Liberalität Staatstheoretiker wie *Harl* gerade auch dem Staat gedient sahen, wenn man sich den gedanklichen Einfluss des englischen ökonomischen Liberalismus vergegenwärtigt, der eben der freien Tätigkeit des Individuums den höchsten Nutzen für das Ganze zuweist.

Wenn wir die Beratungsliteratur des 16. bis zum frühen 19. Jahrhundert zusammenfassend würdigen wollen, treten folgende Aspekte deutlich hervor:

- Während in der frühen Beratungsliteratur des 16. und des beginnenden 17. Jahrhunderts Stadtärzte als Autoren und Berater der politischen Instanzen ihrer Zeit hervortraten, sind es im 17./18. Jahrhundert zunächst vor allem Staatstheoretiker und Staatslehrer, die sich insbesondere an die Instanzen der sich herausbildenden Territorialstaaten richten. Erst gegen Mitte bis Ende des 18. Jahrhunderts treten ihnen ärztliche Ratgeber zur Seite. Anlass, Ziel und Rahmen wurden aber durch staatswissenschaftliche und ökonomische, nicht aber medizinische Gedanken vorgegeben. Dieses Muster bleibt auch zu Beginn des 19. Jahrhunderts insofern erhalten, als nunmehr liberale Wirtschafts- und Ordnungsideen den Rahmen einer dann wieder nach Anspruch und Inhalten stark reduzierten öffentlichen Wohlfahrtsliteratur vorgeben.
- Die Leitideen der gesundheitspolitischen Beratungsliteratur des 16. bis zum frühen 19. Jahrhundert stellen bereits – dies wird im nächsten Hauptabschnitt noch zu vertiefen sein – nahezu alle denkbaren Leitsätze und nahezu alle Fragen der praktischen medizinischen

25 *Harl*, Johann Paul: Vollständiges Handbuch der Polizei-Wissenschaft, ihrer Hilfsquellen und Geschichte. Erlangen 1809.

Gestaltung öffentlicher Gesundheit zur Diskussion. Selbstverständlich trat in den folgenden 100 Jahren bis in unsere Gegenwart eine enorme Fülle von vertiefenden oder die frühen empirischen Hypothesen- oder Faktensammlungen erst erklärenden Wissensbestände hinzu, aber es kommen nur wenig grundlegend neue Gesichtspunkte und wenig vollständig neue Themengebiete hinzu. Wir können, wie in manchen anderen Bereichen staatsbezogener Betrachtungen, den Ideenbestand des 16. bis zum frühen 19. Jahrhundert als „Ausgangskorb“ aller späteren Vorschläge und Überlegungen sehen. Wir begegnen Ordnungs- und Handlungsideen, die aus normativ-sittlicher Sicht, religiös oder naturrechtlich philosophisch begründet werden, wie ökonomisch-utilitaristischen Zweckbetrachtungen, sei es unter der Idee eines freien Gesellschaftsvertrages für den höchsten Nutzen aller oder unter der Vorstellung eines supremen Staatszweckes als einziger letzter Legitimation. Wir begegnen aber ebenso bereits den liberalen Überlegungen zur Sicherung des Wohlstands, der Wohlfahrt und der Freiheit des Individuums als obersten Zweck, dem allenfalls wenige Verpflichtungen und Einschränkungen aus Gründen der Sicherheit oder der sonstigen notwendigen gemeinschaftlichen Problembewältigung einschränkend gegenübergestellt werden.

Damit ist der grundsätzliche ideelle Problemhaushalt der folgenden 200 Jahre bis heute nahezu vollständig umrissen.

- Die ideellen Konzeptionen und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu staatlich angeleiteter oder staatlich durchzuführender Gesundheitssicherung werden wesentlich aus den jeweils vorherrschenden politischen und wirtschaftlichen Strukturen und den dazu passend entwickelten Leitideen hergeleitet.²⁶ Nicht die Ärzte begründen in der Regel neue Leitbilder, sondern die politischen und ökonomischen Verhältnisse und die diesen verbundenen Theoretiker geben Ziel und Rahmen vor.²⁷

Zu fragen ist im nächsten Abschnitt, welche grundlegend neuen Ideen in der gesundheitspolitische Beratungsliteratur des 19. und 20. Jahrhunderts entwickelt wurden.

III. Skizze zum weiteren „neuen“ Ideengehalt gesundheitspolitischer Beratungsliteratur von der ‚socialen Medicin‘ des 19. Jahrhunderts bis zur Sozialhygiene und den ‚Gesundheitswissenschaften‘ – ‚Public Health‘ des 20. Jahrhunderts

Mit Blick auf die dazu zahlreich und in sehr guter Aufarbeitung des Materials vorliegende historische Sekundärliteratur beschränkt sich die Skizze zum weiteren gesundheitspolitischen Diskurs des 19. und des 20. Jahrhunderts äußerst knapp auf ein Maß, das es erlaubt, den Spannungsbogen bis zu den Gesundheitswissenschaften der Gegenwart prinzipiell verstehen zu können.

26 Vgl. dazu auch Labisch, Alfons; Woelk, Wolfgang: Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Hrsg.: K. Hurrelmann (et al.). Weinheim, München 1990, S. 49-89, hier 60.

27 Vgl. dazu auch Unschuld, Paul U.: Medizin und Ethik. Sozialkonflikte im China der Kaiserzeit. Wiesbaden 1975; ders.: Medizinische Ethik – ethische Medizin, In: ders.: Der Arzt als Fremdling in der Medizin? München, Wien, New York 2005, S. 69-91; das hier angesprochene Phänomen der politisch-kulturellen Überformung der Medizin ist offenbar nicht auf das zentrale Europa beschränkt.

Zu den vorliegenden Publikationen verweise ich insbesondere auf die Darstellung von Alfons *Labisch* und Wolfgang *Woelk*²⁸ sowie auf zahlreiche Beiträge in dem von Sigrid Stöckel und Ulla Walter herausgegebenen Band „Prävention im 20. Jahrhundert“,²⁹ ferner auf den Beitrag von Christine *Antoni*,³⁰ ferner ergänzend auf Michael *Hau* zum Thema „The Cult of Health and Beauty in Germany“.³¹

Die durch die rasche Industrialisierung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sich herausbildende soziale Frage der „Arbeiter“ und der „unteren sozialen Klassen“ brachte in ihrer theoretischen und praktischen Auseinandersetzung eine wesentliche neue Komponente in die Debatte. Dazu trugen einerseits die direkten ökonomischen und politischen Auseinandersetzungen mit diesen Fragen³² selbst bei, wie auch das übrige wachsende sozialkritische Schrifttum der Zeit. Einfluss hatten ferner die ersten Cholera-Pandemien, die 1830 Europa erreichten³³ und in England und Frankreich vor Deutschland die „ersten modernen Gesundheitswissenschaften“ (*Labisch*) hervorbrachten und in modernem Sinne das fachliche Zusammenwirken von medizinischer Statistik, Physik, Geographie, Meteorologie etc.

In Deutschland entstand in den Revolutionsjahren 1848-49 die Bewegung einer „sozialen Medizin“, verbunden mit den Namen Rudolf *Virchow* (1821-1902) und Salomon *Neumann* (1819-1908). *Virchow* knüpfte an den Naturrechtsgedanken des 17./18. Jahrhunderts an und leitete daraus „das Recht des Einzelnen auf eine gesundheitsgemäße Existenz“ ab.³⁴ Er verknüpfte dies mit der Idee des demokratischen Staates, der das „Wohlsein“ aller Staatsbürger auf der Basis der Gleichberechtigung aller erstrebe, für die Gesundheit und Bildung unabdingbare Voraussetzungen sei; der Staat habe also die Aufgabe, öffentliche Gesundheitspflege herzustellen und öffentlichen Unterricht zu gewähren.

Den ökonomischen Notwendigkeiten der Zeit entsprechend verlangte *Virchow*, dass der Staat den Arbeitsunfähigen Mittel zur Existenz und den Arbeitsfähigen Möglichkeiten zur Arbeit gewähre, aber auch den Arbeitsscheuen zur Arbeit zwingt. Im Übrigen entwickelte er ein Programm der öffentlichen Gesundheitspflege, in der Assoziationen von Ärzten als den eigentlichen Experten für Gesundheit die entscheidende Rolle zugeschrieben wird.

28 Labisch, Woelk, Geschichte (Anm.26), S. 49-89.

29 Prävention im 20. Jahrhundert. Hrsg. Sigrid Stöckel, Ulla Walter. Weinheim, München 2002. Ich verweise darin insbesondere auf den Beitrag von Heinz-Peter Schmiedebach („Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit von Gesellschaftsbegriff im 19. Jahrhundert“, S. 26-38), ferner auf die Aufsätze von Dietrich Milles und Rainer Müller, Sabine Schleiermacher, Sigrid Stöckel, Ragnhild Münch und Jan Lazardzig, Gabriele Moser, Paul Weindling, Astrid Ley, Rebecca Schwoch, Dagmar Ellerbrock, Udo Schagen, Norbert Schmacke, Jürgen von Troschke, Jens Uwe Niehoff, Gudrun Eberle, Alf Trojan.

30 Antoni, Christine: Sozialhygiene und Public Health. Franz Goldmann (1895-1970). Husum 1997.

31 Hau, Michael: The Cult of Health and Beauty in Germany. A Social History 1890-1930. Chicago, London 2003.

32 Vgl. Engels, Friedrich: Die Lage der arbeitenden Klasse in England. In: Marx/Engels-Werke. Bd. II. Berlin 1962, S. 225-506.

33 Labisch, Woelk, Geschichte (Anm.26), S. 60.

34 Schmiedebach, Heinz-Peter: Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit von Gesellschaftsbegriff im 19. Jahrhundert. In: Prävention (Anm.29), S. 26f.

Anders griff Salomon *Neumann* diese Idee auf, der in diesen Assoziationen sich auch Vertreter aus der Arbeiterklasse wünschte. Auf dieser Basis kam es zum 1. Mai 1849 zur Bildung des „Gesundheitspflegevereins des Berliner Bezirks der Deutschen Arbeiterverbrüderung“.³⁵ Dieser Verein war Krankenversicherung zur Versorgung im Krankheitsfalle und gleichzeitig Vereinigung zur Ausgestaltung von Prävention zur Absicherung von Gesundheit. Dieses „Modell“, das in seinem Selbsthilfeteil an die sehr viel älteren, zum Teil ins 17. Jahrhundert zurückreichenden Modelle der gesundheitlichen Selbsthilfeeinrichtung der Zünfte oder der Gesellenvereine oder der Arbeitervereine anknüpfte, sollte wenige Jahre später im Deutschen Reich national prägende Bedeutung erlangen.

Das neue, parallel verlaufende wissenschaftliche wie anwendungsorientierte Aufblühen von Physik und Chemie und Technik in der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde von Max von *Pettenkofer* (1818-1901) in weit über Deutschland hinaus prägender Weise mit dem Erfahrungswissen und den Aufgaben der älteren Hygiene verbunden und damit von ihm die moderne experimentelle Hygiene begründet. Hier ging es auch um eine neue Interpretation des Krankheitsgeschehens als dynamische Auseinandersetzung von „Keimen“ oder deren giftigen Produkten einerseits und ökologischen Umgebungsbedingungen andererseits. Die darauf basierenden, zahlreichen technischen Interventionen zielten vor allem auf die Reinigung und Reinhaltung der Gewässer und Abwässer, ja aller mittelbaren und unmittelbaren Lebensverhältnisse insbesondere in den Städten durch den Aufbau einer umfassenden hygienetechnischen Infrastruktur.³⁶

Dieser technologische Zugriff erlaubte bis zu einem gewissen Grade auch, den sozial bedingten und mitbedingten Ursachen von Erkrankungen und ihrer Ausbreitung mit rein technischen Mitteln zu begegnen, oder anders gesprochen, in die auch sozial bedingten Fragen von Krankheit einzugreifen, ohne selbst sozial sein zu müssen. Diese „Soziale Frage“ in der Hygiene lieferte schon damals – und liefert bis heute – zahlreiche zentrale Ansatzpunkte politischer Auseinandersetzungen.

Eine weitere Leitinnovation des 19. Jahrhunderts, die Bakteriologie Robert *Kochs* (1853-1910) und seiner Schüler, die sich seit den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts entfaltete, spitzte die hier angesprochene Fragestellung insofern naturwissenschaftlich zu, als die Ursachen wichtigster großer Erkrankungsgruppen zunächst fast ausschließlich in naturwissenschaftlich definierten und wirkenden „Keimen“ gesehen wurden. Darüber hinaus entfaltete *Koch* und sein ideologischer Deutungs- und Handlungsansatz eine für das folgende Jahrhundert weitreichende Wirkung, in dem es – nach Labisch erstmals in der Geschichte der Medizin –³⁷ eine methodisch eindeutige und reproduzierbare Beziehung zwischen einer einzigen naturwissenschaftlich fassbaren Ursache und einer spezifischen Erkrankung im Sinne eines „Paradigmenwandels“ herstellte. Die Bezugsdisziplinen wurden die Mikrobiologie und die krankheitsspezifische Infektionsepidemiologie. Diese Innovation führte zu einer neuen Struktur in der öffentlichen Gesundheitssicherung auf unterer und mittlerer staatlicher Ebene

35 Ebd., S. 28.

36 Labisch, Woelk, Geschichte (Anm.26), S. 61; sowie das zahlreiche Schrifttum zur Stadthygiene im 19. Jahrhundert und zu Max von Pettenkofer.

37 Ebd., S. 62.

und prägte weit darüber hinaus das ebenfalls bis in die Gegenwart reichende, vorherrschend monokausale Verständnis der sich in dieser Zeit ebenfalls rasch entfaltenden Schulmedizin.³⁸

Max von *Pettenkofer* entwickelte nicht nur die naturwissenschaftlich-technisch orientierte Hygiene, sondern auch eine „Gesundheitswirtschaftslehre“ als Verknüpfung von Hygiene, Gesundheit und ökonomischer Betrachtungsweise. Im Rahmen dieser „Wirtschaftslehre von der Gesundheit“ ist Gesundheit einerseits ein individuelles Gut bzw. Vermögen, das sowohl vermehrt wie vermindert werden kann, es ist darüber hinaus ein ‚Kapital‘ für eine Gemeinde oder eine Nation und auf dieser Basis propagiert von *Pettenkofer* Kosten-Nutzen-Analysen, um ohne religiöse oder humanitäre Begründungen die für die Pflege und Erhaltung von Gesundheit notwendigen Kosten zu rechtfertigen.³⁹

Diese ökonomische Betrachtungsweise ist nach dem zuvor Gesagten⁴⁰ nicht neu, aber gerät hier in einen neuen technisch-kommunalpolitischen Argumentationszusammenhang, dem in seiner Zeit der ersten Hochblüte des wirtschaftlichen Kapitalismus für die Bereitstellung von ausreichendem Kapital als Voraussetzung für die Realisierung technischer Innovationen eine wichtige argumentative Bedeutung zukam.

Das ausgehende 19. Jahrhundert brachte dann mit der so genannten Konstitutionshygiene ab ca. 1890 (Ferdinand Hueppe, 1852-1938) und mit der *Rassenhygiene und der so genannten positiven oder negativen Eugenik* (ab ca. 1895),⁴¹ verbunden mit den Namen Alfred *Ploetz* (1860-1940) und Wilhelm *Schallmayer* (1857-1919) zwei wesentliche ideelle und fachliche Innovationen. Deren Grundlinien sollten die gesamte öffentliche Gesundheitsdebatte bis in die Weimarer Zeit und, extrem wie inhuman pervertiert, im Nationalsozialismus bestimmen.

In einer veränderten, zunächst noch weithin entpolitisierten Form kommt die Vererbungsfrage als naturwissenschaftliche Genetik und Genforschung unserer Gegenwart am Ende des 20. sowie zu Beginn des 21. Jahrhunderts zu einer neuen „naturwissenschaftlich-technischen“ Blüte. Dabei zeigen die zum Teil widersprüchlichen Voten nationaler oder internationaler Ethikkommissionen und die uneinheitlichen politisch-parlamentarischen Debatten in Europa des letzten halben Jahrzehnts, dass wir hinsichtlich der sozialen und ethischen Folgen

38 Die weitreichende Wirkung dieser politischen, auf eine rein naturwissenschaftliche Herangehensweise beschränkten Auseinandersetzung mit epidemischen oder endemischen Krankheiten von bevölkerungsweiter Bedeutung vollzieht sich noch einmal Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts in der Auseinandersetzung der sich konsolidierenden und erweiternden Europäischen Union zu Fragen der öffentlichen Gesundheit (Public Health) in dem Sinne, dass die Minimaleinigung der europäischen Staaten auf diesem Gebiet zuerst in Form der Errichtung einer gemeinsamen europäischen Überwachungsbehörde zur Bekämpfung infektiöser Erkrankungen erreicht wurde.

39 So verglich er die von ihm als vorbildlich angesehene Stadt London mit den damaligen Verhältnissen der Stadt München und errechnete, wie hoch das zusätzliche Kapital Münchens wäre, würden dort Londoner Verhältnisse herrschen; er kam auf einen Kapitalwert von 25 Mio. Gulden (*Pettenkofer* 1873, zitiert nach: Schmiedebach, *Gesundheit* (Anm.34), S. 30).
Wir erinnern uns, dass zuerst Guarinonius, der Haller Stiftsarzt des 17. Jahrhunderts (s .a.a.O.) erstmals für die Stadt Hall unter Ernährungsgesichtspunkten eine ähnlichen Kapitalaufstellung errechnete.

40 Vgl. die Ausführungen zu den Merkantilisten in Abschnitt II.

41 Vgl. Labisch, *Woelk, Geschichte* (Anm.26), S. 63ff.

und für die sonstigen gesundheitspolitischen Implikationen ihrer Umsetzung nicht hinreichend gerüstet sind. Die gegenwärtigen Debatten zur Umsetzung gendiagnostischer Daten für Zwecke der Auskunft an Arbeitgeber oder an Versicherer geben einen Vorgeschmack.

Die Konstitutionshygiene entwickelte sich teilweise auch in Auseinandersetzung und Abgrenzung zu einer ausschließlich naturwissenschaftlich technisch ausgerichteten Medizin und Hygiene⁴² und führte mit einer daraus abgeleiteten Konstitutionstherapie, die sich auf die ‚plastischen‘, d.h. beeinflussbaren Aspekte der ‚Konstitution‘ richtete, zu für die damalige Klinik und ärztliche Praxis praktisch wichtigen neuen Behandlungsansätzen (Friedrich *Martius* 1850-1923). Diese verbanden sich auch vielfach mit der Naturheilkunde und der Bewegung der Naturheilvereine im deutschen Kaiserreich.⁴³ Darüber hinaus speisen sich daraus Elemente der vor allem heute im Bereich der rehabilitativen Medizin praktizierten klimatologischen, balneologischen und sonstige physikalischen Therapien. Diese Konstitutionslehre prägte in mannigfaltig popularisierten Fassungen im Kaiserreich und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die wissenschaftlich-fachlichen Auffassungen von gesunder Pädagogik, von Gesundheitspflege in der Familie, in Kindergärten, Schulen und Militär. Sie lieferte auch Anregungen für Initiativen zu einer sozialen und gesunden Architektur.

Seit Mitte des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die ‚Soziale Hygiene‘ fachlich und wissenschaftlich ausformuliert. Der Terminus trat zuerst in der französischen Literatur Mitte des 19. Jahrhunderts auf, mit Arbeiten über Umwelthygiene, die auch sozialen Problemen Beachtung schenken.⁴⁴ Dem entsprach in England die „Sanitary Movement“, eine Bewegung, die die Auswirkungen der Industrialisierung auf die Gesundheit der Arbeiter untersuchte. In Deutschland nutzte Max von *Pettenkofer* als erster den Begriff in seinem „Handbuch der Hygiene und die Gewerbekrankheiten“ (1882), wobei der sozialwissenschaftliche Forschungsansatz noch schwach ausgeprägt war. Erst 1904 lieferte Alfred *Grotjahn* eine überzeugende Eingrenzung des Faches, das damit als „letzte unter den neuen Gesundheitswissenschaften“⁴⁵ des frühen 20. Jahrhunderts ausformuliert wurde. Alfred *Grotjahn* (1869-1931) unterscheidet die **Sozialhygiene** als deskriptive Wissenschaft, die sich mit kausalen und konditionalen Bedingungen befasst, von der normativen Sozialhygiene, die sich mit erwünschten Formen hygienischer Kultur auseinandersetzt. Die Praxis der Sozialhygiene, die sich in der Weimarer Republik entfaltende Gesundheitsfürsorge insbesondere in Städten und Gemeinden, richtete sich vor allen Dingen auf besonders gefährdete soziale Gruppen, insbesondere Mütter und Kinder, und zum anderen auf durch Krankheiten und Verhalten sich und andere gefährdende Gruppen, also Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Alkoholiker und Geisteskranke.⁴⁶

Für den gesundheitspolitischen Diskurs und die sich in dessen Gefolge entfaltende politische Beratungskultur im Gebiet des Deutschen Reiches bedarf abschließend eine große, weniger

42 Ebd., S. 64.

43 Vgl. auch Regin, Cornelia: Selbsthilfe und Gesundheitspolitik. Die Naturheilbewegung im Kaiserreich. Wiesbaden 1995.

44 Antoni, Sozialhygiene (Anm.30), S. 36.

45 Labisch, Woelk, Geschichte (Anm.26), S. 65ff.

46 Ebd., S. 66; zu Thesen und Themen im gesamten Feld sei hiermit vor allem auf die in der vorliegenden Dokumentation enthaltenen Arbeit von Sigrid *Stöckel* zur sozialmedizinischen Zeitschriftenanalysen von 1903-1944 verwiesen.

theoretische als praktisch sozialpolitische Innovation einer Würdigung: nämlich die reichsweite Einführung einer nach staatlichen Regeln vorgehenden und arbeitenden Sozialversicherung (1883).

Der Entwurf des im Juni 1883 verabschiedeten Gesetzes stammte maßgeblich von dem Unterstaatssekretär im preußischen Handelsministerium, dem Juristen Theodor *Lohmann* (1831-1905).⁴⁷ Das Gesetz orientierte sich an bestehenden Einrichtungen wie den Innungs- oder Fabrikkrankenkassen, den Arbeiterselbsthilfevereinen, in denen bis dahin schätzungsweise 5% der Bevölkerung, in einigen Städten, z.B. Dresden, gut 10% versichert waren.⁴⁸

Das Gesetz basierte auf Versicherungszwang (für die Arbeiter) und Vorleistungen durch Pflichtbeiträge, orientiert am Bruttoarbeitslohn. Die Leistungen beschränkten sich zunächst auf Barleistungen für krankheitsbedingten Lohnausfall, Sterbegeld und Unterstützung von Wöchnerinnen. Freie ärztliche Behandlung, Krankenpflege und Sachleistungen wie Arzneien, Brillen und Bruchbänder traten schrittweise hinzu. Krankenkassen konnten Sachleistungen nach eigenem Ermessen auch auf die Familienmitglieder des Versicherten ausdehnen. Erst 1904 wurde von den großen Kassen die Familienversicherung eingeführt. Daneben gab es, insbesondere für versicherungsberechtigte Angestellte, freie Hilfskassen, die Ersatzkassen, diese konnten Aufnahmeuntersuchungen zur Risikoanalyse durchführen und günstige Beiträge und Leistungen bieten. Waren die Kassen zunächst vor allem bestrebt, Mindestleistungen anzubieten, um ausreichende Rücklagen und niedrige Beiträge zu gewährleisten, setzten sich allmählich sozialhygienische Bestrebungen durch, die Vorbeugung und umfassende Beratung der Versicherten gewährleisten. Dies wurde vor allem durch die Gründung des „Zentralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich“ in Gang gesetzt. Dessen Jahrestagungen waren auch ein Forum für viele Sozialhygieniker als Berater der Kassen (u.a. auch Alfred *Grotjahn*).

1894 gab es die ersten kasseneigenen Genesungsheime, es wurden Badekuren geleistet, kasseneigene Therapiezentren mit Heilbädern, Bestrahlung und Höhensonne angeboten. Darin wird der Einfluss (s.o.) der konstitutionshygienischen Konzepte auf die praktische Gesundheitspolitik der Krankenkassen deutlich. Bis Beginn des Ersten Weltkrieges wurden zudem Fürsorge- und Beratungsstellen und hygienische Vortragskurse aufgebaut bzw. angeboten und zusätzlich zahlreiche Informationsbroschüren zu Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Tumoren und Alkoholismus veröffentlicht; nach dem Weltkrieg traten Beratungsstellen für Schwangere, psychisch gestörte Kinder, Ehe- und Sexualprobleme, orthopädisches Turnen für Kinder und die logopädische Betreuung bei Sprachbehinderungen hinzu.⁴⁹

Die politische Innovation einer reichsweiten Krankenversicherung im Deutschen Reich entsprang nicht einer gesundheitspolitischen Beratungsinitiative durch Ärzte. Obwohl es in der späten merkantilistischen Epoche (siehe II), bereits erste Vorschläge für Armenkassen oder Kinder-Wohlfahrtskassen gab, griffen hier die Politik und ihre juristischen Berater vor allem auf praktische Modelle zurück, die sich seit Ende des 17. Jahrhunderts im Bergbau, im Handwerk und später im Fabrikwesen als Selbsthilfeinitiativen etabliert hatten. Die tatsächliche Ausgestaltung der Leistungen der aufblühenden Krankenkassen im Deutschen Reich ist

47 Vgl. Antoni, Sozialhygiene (Anm.30), S. 57, Fußnote 164.

48 Ebd., S. 57.

49 Ebd., S. 57-58.

allerdings deutlich von Konzepten und Vorschlägen ärztlicher Berater, nicht zuletzt aus dem sozialhygienischen Bereich beeinflusst, die auf den Jahrestagungen des Zentralverbandes der Krankenkassen auftraten und auch später in vielen Ausbildungsakademien der Krankenkassen für deren Verwaltungszwecke als Dozenten tätig waren.

Die Habilitationsschrift von Franz *Goldmann* über den Versorgungsauftrag des Krankenhauses und damit zusammenhängende organisatorische und wirtschaftliche Fragen sowie die von Adolf *Gottstein* herausgegebene Sammlung von Schriften über das Krankenhauswesen⁵⁰ stehen für eine in den wirtschaftlich schwierigen Jahren seit der Weltwirtschaftskrise immer wichtiger werdende Frage nach der Einführung betriebswirtschaftlicher Methoden und Betrachtungsweisen in den Krankenhausbetrieb sowie in weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Fürsorgestellen. Dies ist ein sowohl von Ökonomen wie Sozialmedizinern wahrgenommenes Themengebiet, das nach dem Zweiten Weltkrieg 40 Jahre später und seit den 70er Jahren bis in unsere Gegenwart hinein wieder zu einem zentralen Beratungsthema für die Gesundheitspolitik geworden ist. Es muss an dieser Stelle genügen, auf dieses Themengebiet und seine Bedeutung hinzuweisen.

IV. Bemerkungen zu gesundheitsbezogener Politikberatung der Gegenwart

Meine Darstellung zu gesundheitsbezogener Politikberatung seit dem 17. Jahrhundert im deutschsprachigen Raum überspringt eine ganze Reihe von Jahrzehnten, nämlich die des Dritten Reichs und der frühen 50er Jahre, und wendet sich, nach wenigen Zwischenreflexionen, der Gegenwart zu, in der wir den 1925 von *Gottstein*, *Schlossmann* und *Teleky* geprägten Begriff „Gesundheitswissenschaften“⁵¹ für die auf Bevölkerung, auf Institutionen oder intermediäre Verwaltungsebenen oder auf ganze Systeme bezogenen Wissenschaftsdisziplinen und Hilfswissenschaften verwenden oder diese alternativ und dem internationalen, angelsächsisch geprägtem Sprachgebrauch entsprechend mit „Public Health“ bezeichnen.⁵²

Wenn man, um nun zu den Zwischenbemerkungen zu kommen, sich überlegt, welche Innovationen die gesundheitspolitische Debatte im deutschen Sprachraum seit den 50er Jahren über den Ideen- und Argumentenschatz der vorausgegangenen Jahrhunderte oder Jahrzehnte hinaus bereichert haben, so fallen folgende Aspekte ins Auge: Weder in von den Westmächten dominierten Zonen Westdeutschlands⁵³ noch in der Sowjetischen Besatzungszone⁵⁴ konnten sich neue, aus dem Ausland importierte gesundheitspolitische Ideen durchsetzen.

Dies zeigt sich beispielsweise an dem Scheitern der Idee, 1949 in der amerikanischen Zone, in Heidelberg, eine deutsche „School of Public Health“ sowie ein „College of Nursing“ nach amerikanischem Vorbild zu errichten.

50 Ebd., S. 74f. zu Franz Goldmann sowie S. 77 zu Adolf Gottstein und der von ihm herausgegebenen „Handbücherei für das gesamte Krankenhauswesen“ (S. 1-7, Berlin 1930).

51 Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Handbuch (Anm.26), S. 17-45.

52 Vgl. Das Public Health-Buch. Hrsg.: F. W. Schwartz (et al.). 2. Aufl. München, Jena 2003.

53 Vgl. Beitrag von Dagmar Ellerbrock in: Prävention (Anm.29), S. 152-164.

54 Vgl. Beitrag von Udo Schagen in: Prävention (Anm.29), S. 165-177.

Im Bereich des sowjetisch verwalteten Teil Deutschlands entstanden neue institutionelle Versorgungsformen, die allerdings Ideen der Arbeiterparteien der Weimarer Republik aufgegriffen, nämlich das Konzept der Polikliniken, ein Konzept, das nach dem „Untergang der DDR“ 1989 zunächst fast verschwand, jedoch im „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ (2003) der rot-grünen Bundesregierung der Gegenwart als „medizinische Versorgungszentren“ modifiziert wieder in Erscheinung tritt.

Die westdeutsche Debatte war verständlicherweise nach den vielfach auch negativ geprägten Erfahrungen mit institutionalisierten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in der Epoche nationalsozialistischer Herrschaft und unter dem Ansturm tausender aus den deutschen Heeren zurückkehrender Ärzte und Hilfsärzte von dem Konzept privatärztlicher bzw. einzelärztlicher Praxistätigkeit bestimmt. Ideologisch dominierte hier die Idee der individuellen Freiheit und des freien medizinischen Berufs als neue Leitidee.⁵⁵ Das weitgehend unter ärztlicher Mitwirkung zustande gekommene deutsche Kassenarztrecht von 1955 rückte dementsprechend die Einzelpraxis und ihre genossenschaftlichen, frei gewählten Verbandsstrukturen – als öffentliche Körperschaften in gleicher Augenhöhe wie die Körperschaften der Krankenkassen angesiedelt und von direkter staatlicher Bevormundung weitgehend freigestellt – in den Mittelpunkt. Der öffentliche Gesundheitsdienst geriet unter diesen Bedingungen in den westdeutschen Bundesländern zunehmend in eine defensive Lage.⁵⁶

Eine wesentliche medizinische Innovation von auch sozialmedizinischer oder gesundheitswissenschaftlicher Bedeutung war die Mitte der 70er Jahre in Deutschland rezipierte, aus Italien importierte Debatte zur Entinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung; die in diesem Zusammenhang in Westdeutschland eingerichtete parlamentarische Psychiatrie-Enquete-Kommission hat dazu wesentliche Impulse einer tatsächlichen Änderung der bis dahin nahezu ausschließlich dominierenden Anstaltspsychiatrie geliefert.⁵⁷

Die etwa zeitgleich diskutierte wichtigste innovative These im deutschen Nachkriegsgesundheitswesen war die von Ivan *Illich*⁵⁸ vertretene These von der notwendigen „Entmedikalisierung“ der Medizin, verbunden mit einem ersten starken Plädoyer für ein nicht mehr allein vom Leitberuf der Ärzte dominiertes und den Patienten und Konsumenten zur passiven Rezeption verordnendes, sondern von diesen selbst gestaltetes „Gesundheitswesen“.

Dieser Medizinkritik nahe steht die ebenfalls in den 70er Jahren sich entwickelnde antiinstitutionelle, teilweise auch antiärztliche Bewegung der die Autonomie und die Selbstorganisations- und Selbstheilungskräfte der Individuen und ihrer Bezugsgruppen herausfordernden autonomen „Gesundheitsläden“.⁵⁹

55 Deneke, Voraussetzungen (Anm.2), S. 28 ff., 311 ff.

56 Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Frankfurt/M. 1988.

57 Kritisch zur Reichweite dieser Debatte: Henkel, Dieter; Roer, Dorothee Roer: Häufigkeit, Sozialverteilung Versorgung psychischer Störungen in der BRD. In: Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen. Hrsg.: Wolfgang F. Haug. Karlsruhe 1976, S. 148-189.

58 Die Nemesis der Medizin. 4. Aufl. München 1995 (1. Aufl. 1976).

59 Göbel, Eberhard; Schagen, Udo: Gesundheitsbewegung wohin? In: Jahrbuch für kritische Medizin 8: Pflege und Medizin im Streit (= Argument Sonderband, 86). Berlin 182, S. 130-139.

Diese genannten Entwicklungen, auch das nachfolgende, später systematisierte und wissenschaftlich wie politisch besser operationalisierte Konzept des „Empowerment“ von Patienten und Nutzern im Gesundheitswesen – in Deutschland populär geworden unter dem zunächst ideellen und inzwischen rechtlichen Leitbegriff wie dem fachlichen Begriff der „Gesundheitsförderung“ im Gefolge der „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation (1986) – lassen sich in langfristige gesellschaftliche Entwicklungen in den westlich geprägten Industriegesellschaften einordnen, in denen die privatwirtschaftlich dominierte Waren- und Dienstleistungswelt sich zu Lasten der öffentlichen Sektoren ausbreitet und der Konsument zur umwordenen zentralen Figur wird.⁶⁰

In diese Entwicklung hin zu den Patienten und den Kunden als den zentralen Bezugsfiguren gehören auch die Ausbreitung und der Aufstieg der Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen als informelle und (nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003) auch formelle Beratungsinstanzen und Hilfeeinrichtungen im Gesundheitswesen.

Weitere wesentliche neue disziplinäre oder materielle Entwicklungen sind zu nennen, wenn man das gesundheitstypische Beratungsrepertoire der Gegenwart zutreffend umreißen will. Dazu gehört das von *Sackett*⁶¹ entwickelte Konzept, die Methodik und die Technik der Evidenz-basierten Medizin (EBM), in der kontrollierte Erfahrung und klinische Forschung in Form einer festgelegten Methodenlehre und Interpretationstechnik klinischer Studien als wesentliche Pfeiler ärztlichen und gesundheitspolitischen Urteilens fixiert werden.⁶² Dieses Konzept ist die wesentliche tragende wissenschaftliche Idee für die Tätigkeit des ebenfalls durch die Reformgesetze nach 2000 geschaffenen „gemeinsamen Bundesausschusses“ als oberstem Entscheidungsorgan von Krankenkassen, Leistungserbringern und Patienten im deutschen Gesundheitswesen und dem diesen zugeordneten Institut für Qualität in der Medizin, die die Wirksamkeit im System etablierter oder neuer Diagnose- und Behandlungsverfahren überprüfen sollen.

Die Kehrseite dieser Innovation ist bislang noch wenig reflektiert, nämlich die Vernachlässigung der Einzelfallbeobachtungen in der Medizin, die Verbesserung der individuellen Urteilsbildung und die Bedeutung der personalen Interaktion in der Patienten-Therapeuten-Beziehung.

Dieser letzte Aspekt leitet über zu einer weiteren wesentlichen innovativen Komponente im gegenwärtigen Medizinwesen, nämlich der zunehmenden wissenschaftlichen und fachlichen Integration von Psychologie und Verhaltenswissenschaften nicht nur in den klassischen Bereichen Gesundheitsedukation und gesundheitlichen Informationskampagnen, sondern in schulmedizinischen Kernbereichen selbst.⁶³

60 Schwartz, Friedrich Wilhelm: Gesellschaft und Gesundheit – Gesundheitsversorgung im Jahre 2020. Referat auf der 12. Landesgesundheitskonferenz NRW. Düsseldorf 04.12.2003; vgl. Homepage: epi.mh-hannover.de.

61 Sackett, David L. (et al.): Evidenzbasierte Medizin. Bern, Wien, New York 1999.

62 Vgl. auch Evidenz-basierte Medizin. Wissenschaft, Praxis, Alltag. Hrsg.: Matthias Perleth, Gerd Antes. 2. Aufl. München 1999.

63 Vgl. z.B. Jordan, Jochen; Bardé, Benjamin; Zeiher, Andreas M.: Statuskonferenz Psychokardiologie. Bde. I-XVI. Frankfurt/M. 2000-2003.

Auch in der für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wesentlichen verhaltensabhängigen Prävention werden Psychologie und Verhaltenswissenschaft zu einer zentralen Disziplin.⁶⁴

Ein wesentliches neues gesundheitspolitisches Beratungsfeld wird mit der Rezeption von amerikanischem Organisationsmanagement, von Führungs- und Finanzierungskonzepten im Gesundheitswesen mit dem weiten Begriff „Managed Care“⁶⁵ umschrieben, in der Grundsätze und Verfahren aus nichtmedizinischen Produktions- und Dienstleistungsbereichen, insbesondere unter stark wettbewerblichen Bedingungen entwickelt, auf die personalen und nichtpersonalen Dienstleistungen des Gesundheitswesens übertragen werden.

Um das Beratungsrepertoire gegenwärtiger gesundheitspolitischer Politikberatung abzurunden, sind noch der europäische Binnenmarkt und die Gesundheitstelematik zu nennen.⁶⁶

Alle letztgenannte Entwicklungen, die die Organisationsformen, die Außen- und die Binnenorganisation für Gesundheitsdienste und ihre Kommunikationsstrukturen betreffen und ihre wettbewerbliche Aufstellung gegeneinander – und dies zugleich unter spürbaren Knappheitsbedingungen des Gesundheitswesens – ebenso sehr wie die durch die Evidenz-basierte Medizin vorangetriebene Verwissenschaftlichung weiter, bislang erfahrungsheilkundlich geprägter Versorgungsbereiche haben das Tempo, den Detailreichtum und die methodischen wie technischen Anforderungen gesundheitspolitischer Beratungsaufgaben vorangetrieben.

In diesem Lichte lassen sich einige Schlussbemerkungen zur Rolle gesundheitlicher Politikberatung in der Gegenwart formulieren:

- Die Gesundheitswissenschaften als Bündelung jener Disziplinen, die mit einem umfassenden, vor allem auch Prozesse in Institutionen, auf Meso- und auf Makroebene betreffenden Wissens- und Beratungsanspruch an öffentliche oder private Entscheider im Gesundheitswesen herantreten, müssen ihre disziplinären und methodischen Kompetenzen laufend erweitern; sie werden in Abwendung von „klassischen Gebieten“ der Sozialhygiene zunehmend auch von psychologischen, informatikbezogenen und managementwissenschaftlichen Methoden und darin bewanderten Experten geprägt. Dass dabei neue, im sozialmedizinischen Sinne „gebietsfremde“ Disziplinen hinzutreten oder völlig getrennt von den Gesundheitswissenschaften eigenständige Beratungsleistungen erbringen, ist der Fall und auch in historischer Rückschau keineswegs neu. Diese Rolle fiel im 17., 18. und 19. Jahrhundert bereits Juristen und später Technikern und Naturwissenschaftlern zu.
- Neu ist allerdings die Dichte und die rasche Wandlung der Beratungsthemen, die eine immer stärkere Professionalisierung und Spezialisierung des Beratungswesens selbst verlangen. Damit treten seit den 70er Jahren in Deutschland neben den Einzelwissenschaftlern der Universitäten zunehmend frei finanzierte oder von Interessentengruppen finan-

64 Vgl. Psychologische Gesundheitsförderung. Hrsg.: Matthias Jerusalem, Hannelore Weber. Göttingen (u.a.) 2003.

65 Kongstvedt, Peter R.: The managed Health Care Handbook. 3. Aufl. Aspen 1996; Amelung, Volker E.; Schuhmacher, Harald: Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 2. Aufl. Wiesbaden 2000.

66 Z.B. Europäischer Binnenmarkt und Wettbewerb – Zukunftsszenarien für die GKV. Hrsg.: Norbert Klusen. Baden-Baden 2003; Gesundheitstelematik. Hrsg.: Norbert Klusen, Andreas Meusch. Baden-Baden 2002.

zierte wissenschaftliche nichtuniversitäre Einrichtungen, Beratungsinstitute und „Consultings“ in Erscheinung in einer unmittelbaren Konkurrenz zu den akademischen Fachwissenschaftlern.

- Seit dem 17. Jahrhundert, seit der Einrichtung eines „Collegiums Sanitatis“ in Brandenburg, gibt es mit wenigen Unterbrechungen bis heute ärztlich und wissenschaftlich zusammengesetzte gesundheitspolitische Beratungsgremien im deutschen Gesundheitswesen. Nach dem Zweiten Weltkrieg sind dies: der Bundesgesundheitsrat, der Sachverständigenrat für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In diesen Gremien waren in den ersten Jahren (Bundesgesundheitsrat) Sozialmediziner oder Gesundheitswissenschaftler kaum vertreten, dagegen vielfach klinische Ärzte mit organisatorischer Erfahrung oder so genannte Praktiker des Gesundheitswesens aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion sowie (lediglich umbenannt) im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen dominieren gegenwärtig Nichtärzte (Apotheker, Pflegewissenschaftler, Sozialwissenschaftler, Finanzwissenschaftler) „gesundheitswissenschaftlicher“ Prägung gegenüber Ärzten. In den Beratungstäben dieser Gremien, ebenso in den Leitungstäben des Bundesausschusses, sind mittlerweile überwiegend gesundheitswissenschaftlich aus- bzw. fortgebildete Wissenschaftler tätig. Dieser Rat oder mit ihm verbundene Personen haben im vergangenen Jahrzehnt viele politisch wirksam gewordene Anregungen gegeben. Als Beispiele seien genannt: Die Darstellung dessen Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens aber auch der Wirtschaftlichkeitsreserven, ferner die Merkmale von Fortschritts- und Wachstumsmärkten im Gesundheitssektor sowie Grundfragen und Varianten der Finanzierung bzw. der Vergütung⁶⁷. Hervorzuheben sind ferner die Ende der 90er Jahre neu formulierten Grundlagen der Prävention⁶⁸.
- Eine gesundheitspolitische Schlüsselfunktion im Vorfeld des Modernisierungsgesetzes nahm ferner das Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit mit der zentralen Darstellung zu ‚Über-, Unter- und Fehlversorgung‘ ein.⁶⁹ Die Vorschläge zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes wurden politisch weitgehend umgesetzt⁷⁰ ebenso Vorschläge zur Neuordnung der ärztlichen Fortbildung.⁷¹ Seine Darlegungen zur Prävention führten bis zur Vorlage eines Präventionsgesetzes im Jahre 2005. Weitergehende

⁶⁷ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1996/1997: Gesundheitswesen in Deutschland. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden 1996, 1998.

⁶⁸ Ebd.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzen, Orientierung und Partizipation. Baden-Baden 2002.

⁶⁹ Ebd.; Sachverständigenrat, Gutachten 2000/2001. Bde. I-III.4 sowie Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden 2002.

⁷⁰ Ebd., Addendum 2002.

⁷¹ Ebd., Gutachten 2000/2001.

Vorschläge zur Verbesserung von Rehabilitation und Pflege⁷² wurden bislang nicht umgesetzt. Politisch verwirklicht wurden Vorschläge zur Einführung von Praxisgebühren und Selbstbehalten⁷³

- Gleichzeitig muss konstatiert werden, dass große Entwicklungsthemen unserer Tage, wie z.B. Wettbewerb oder Preisbildung oder Telematik, im vorpolitischen und politischen Raum der Parteien des Parlaments wesentlich von anderen, industrie- bzw. wirtschaftsnahen Gruppierungen und ihren unter Vertrag genommenen wissenschaftlichen Beratern oder Einrichtungen geprägt werden.
- Bei all diesen Prozessen kommt es – dies ist allerdings im historischen Rückblick keineswegs ein neues Phänomen, wenn man die Entwicklungen im Deutschen Kaiserreich, der Weimarer Zeit oder im Nationalsozialismus erinnert – immer wieder zu sehr engen Interdependenzen zwischen der wissenschaftlichen Beratung und unmittelbarer Politikeinwirkung und damit immer auch zu einer offensichtlichen Gefährdung des an sich gesellschaftlich erwünschten unabhängigen wissenschaftlichen Urteils.
- Aus gesellschaftlicher Sicht erwünscht ist eine Trennung zwischen dem interessegeleiteten und einem sachverpflichteten unabhängigen wissenschaftlichen Beratungsprozess. Die akademischen Gesundheitswissenschaften sollten sich dies zur Aufgabe machen und in diesem Sinne sich im politischen Beratungswesen engagieren und diese Beratungsprozesse immer auch nach innen und kritisch und öffentlich dokumentiert reflektieren.
- In all diesen Prozessen ist ferner eine stärkere (ebenfalls selbst- und fremdkritisch reflektierte) Repräsentanz der Patienten und Konsumenten des Gesundheitswesens zukünftig erwünscht, damit das „Gesundheitswesen“ keine Industrie oder Verwaltung für „dritte Zwecke“ wird.

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str.1
30625 Hannover
e-Mail: epidemiologie@mh-hannover.de

⁷² Sacherständigenrat, Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität Band I und II. Baden-Baden 2003.

⁷³ Schwartz, Friedrich Wilhelm und Karl Jung †: Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialer Fortschritt 2000; 49: 70-75.