

Alfons Labisch

Der „öffentliche Werth der Gesundheit“

Oder: was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben
zu wollen?

Die historische Perspektive

Öffentliche Gesundheit – ein ebenso vernachlässigtes
wie schwieriges Thema

Die Medizin ist eine Macht im Leben der Menschen geworden. Bietet sie einerseits Hilfe in allen Lebenslagen, stellt die Medizin andererseits offene und verdeckte Erwartungen an das Verhalten der Menschen. Die Medizin ist bei allen entscheidenden Passagen des menschlichen Lebens präsent – von der gegebenenfalls gesteuerten Empfängnis über die Geburt, das Säuglings- und Kindesalter, den Eintritt in das Berufsleben, die Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit oder -unfähigkeit bis schließlich hin zur Pflege, zum Sterben und zum Tod. Die meisten dieser Episoden sind im Bereich der individuellen Medizin angesiedelt: Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten begegnen sich persönlich.¹ Hinter dieser persönlichen Begegnung gibt es zwar eine tief gestaffelte Maschinerie an öffentlichen Gesundheitsleistungen, diese sind den meisten jedoch nicht mehr präsent und werden üblicherweise nur, und dann nur in wenigen Aspekten, im Falle bedrohlicher Ereignisse – wie etwa von gefährlichen Infektionskrankheiten – wahrgenommen. Öffentliche Gesundheit und öffentliche Gesundheitssicherung sind vernachlässigte Themen. Sobald diese jedoch akut werden, wird es schwierig: Denn es geht nicht mehr nur allein um Arzt und Patient, um gesund oder krank, es geht immer auch um Fragen öffentlicher Verwaltungen, lokaler, regionaler oder gesamtstaatlicher Politik. Öffentliche Gesundheit berührt zudem auch Fragen der Volkswirtschaft und vieler anderer Bereiche des öffentlichen Lebens. Kurzum: Öffentliche Gesundheit rührt immer an Fragen staatlicher Gewalt und expliziter sowie größtenteils impliziter Macht.

Die Leitfrage für die nachfolgenden Ausführungen lautet: Ist aufgrund der aktuellen Situation in Deutschland und aus historisch-systematischer Sicht die Zeit reif, eine neue Ära öffentlicher Gesundheitssicherung einzuleiten? Dieses facetten-

¹ Im Weiteren wird das generische Maskulinum verwendet.

reiche Thema soll folgendermaßen behandelt werden:² Im ersten Teil werden einige theoretische Grundlagen erläutert, und es wird nach Analogien zwischen der individuellen und der öffentlichen Medizin gefragt. Dann werden ausgewählte historische Stufen herausgearbeitet, in denen sich maßgebliche Verfahren der öffentlichen Gesundheitssicherung entwickelt haben. Auf dieser Grundlage werden Eckpunkte für die aktuelle Diskussion erarbeitet. Die Ergebnisse werden in Thesen zusammengefasst.

Individuelle und öffentliche Medizin – einige theoretische Grundlagen und Analogien

In dem Begriff „Gesundheit“ wird der „bios“/der „Leib“ der Menschen in die Gesellschaft eingeordnet. Der betrachtete „bios“, der betrachtete Leib, wird durch Biologie und Medizin zum objektivierten Körper. Gesundheit ist zunächst die jetzt und in Zukunft gegebene leiblich-körperliche und damit biologische Grundlage dafür, dass Menschen ihre Aufgaben und Ziele verfolgen können. Gesundheit ist folglich ein normativer Begriff, der die biologische Ordnung von Individuum und Gesellschaft repräsentiert. Im Zivilisationsprozess wird Gesundheit als „soziales Gut“ ausdifferenziert. Das „soziale Gut ‚Gesundheit‘“ wird in wissenschaftlich-rationalen Begriffen gedeutet und damit sozial- und iatro-technologisch handhabbar. Eine hoch differenzierte Industrie-/globale Gesellschaft ist ohne öffentliche Gesundheitssicherung nicht funktionsfähig.

Die Medizin der Moderne übernimmt mittels des Gesundheitsbegriffs das Definitionsmonopol und mittels des Krankheitsbegriffs das Handlungsmonopol über die individuellen und öffentlichen Körper der Menschen. Mit dieser exklusiven Aufgabe bestallt, erhalten Ärzte eine besondere Stellung in der Gesellschaft. Daraus resultiert eine besondere Verantwortung.

Aus dieser recht abstrakten Begriffsklärung seien folgende Arbeitsdefinitionen abgeleitet:

- *Gesundheit – Krankheit von Individuen in ihren primären Lebensgemeinschaften*
- Gesundheit ist die biologische Grundlage offener Handlungsoptionen im Rahmen der zeitbedingten Wertvorgaben – und zwar soweit diese Grundlage zeitgemäß biologisch erklärbar ist;
- Krankheit stört diese Handlungsoptionen. Die Handlungsoptionen werden durch die Medizin wieder hergestellt.

² Zu dem Thema der Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen in Deutschland habe ich oft publiziert und vorgetragen, sodass ich im Folgenden auf historische Einzelnachweise verzichten werde. Verwiesen sei auf Alfons Labisch/Wolfgang Woelk: Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Klaus Hurrelmann/Oliver Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München ⁵2012, S. 55–98; Alfons Labisch: Medizin und Medizingeschichte. In: Friedrich Jaeger/Wolfgang Knöbl/Ute Schneider (Hg.): Handbuch Modernforschung. Stuttgart 2015, S. 166–179.

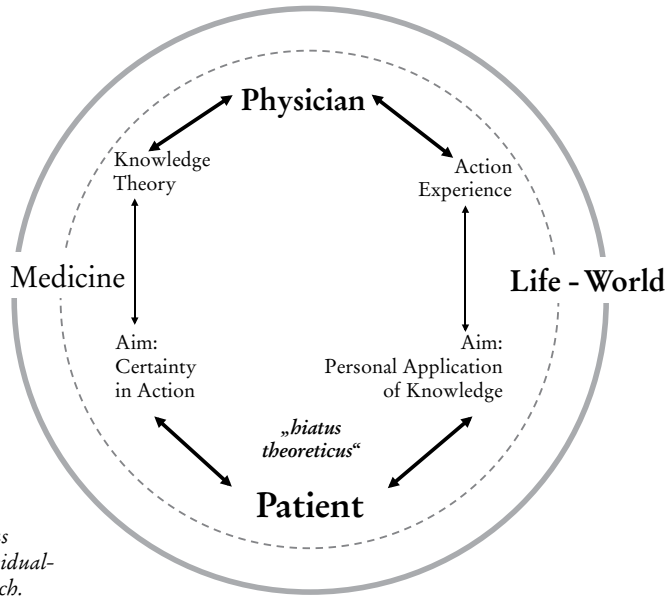


Abbildung 1: Der „biatus theoreticus“ in der Individualmedizin; © Alfons Labisch.

- Gesundheit ist eine teleologische Kategorie: Der Begriff eröffnet einen Diskussions- und Handlungsraum. Krankheit ist eine legitimatorische Kategorie: Dieser Begriff begründet das Eingreifen der Medizin.
- *Öffentliche Gesundheit – öffentliche Krankheit*
 - Öffentliche Gesundheit ist als öffentlicher Wert ein Aspekt der Handlungsoptionen von Gemeinschaften und Staaten, soweit dieser Aspekt biologisch erklärbar ist beziehungsweise erklärt wird.

Dabei ist festzuhalten, dass „skandalisierte Krankheiten“, die öffentliche Gesundheitsleistungen veranlassen oder legitimieren, häufig nicht mit der aus der Epidemiologie folgenden Dringlichkeit öffentlicher Gesundheitsleistungen übereinstimmen! Ein historisches Beispiel dafür ist die Cholera, ein aktuelles Beispiel sind die hämorrhagischen Fieber: Sie sind zwar jeweils durch eine bedrohliche Letalität ausgezeichnet, können folglich also skandalisiert werden, ihre Bedeutung ist mit Blick auf die gesamte Morbidität und Mortalität aber tatsächlich gering oder gar vernachlässigbar. Die reaktive und prospektive öffentliche Gefahrenabwehr und die öffentliche Fürsorge um konsumtive Gesundheitsrisiken oder investive Gesundheitsrisiken sichern die jetzt und in Zukunft gegebenen Handlungsoptionen – und zwar mit den zeitbedingt gegebenen Mitteln. Als Modell für die weiteren Betrachtungen soll die Individualmedizin gelten (vgl. Abb.1). Von Ärzten wird erwartet, dass sie entscheiden und handeln: „ut aliquid fiat“. Sie wenden medizinisches Fachwissen nach einem Hilfsbegehren auf einen individuellen Patienten an. Die

nötige Sicherheit für das Entscheiden und Handeln bilden Wissen und Wissenschaften. Beides – Handeln und Wissen – sind jeweils durch das Hilfsbegehren des Patienten gerichtet. In der naturwissenschaftlichen Medizin stehen Ärzte vor einer einzigartigen Aufgabe: Sie setzen ihr allgemein gültiges naturwissenschaftliches Wissen in ein Handeln um, das den je individuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen des Patienten gerecht werden soll. In der Begegnung von Patient und Arzt wird der wissenschaftliche Objektbezug der Medizin in das subjektgerichtete ärztliche Handeln gewendet. Die Medizin ist als angewandte Wissenschaft also keine Naturwissenschaft, sie ist vielmehr eine auf Menschen als eigenständige Individuen gerichtete Handlungswissenschaft oder wie es früher hieß: „Die Medizin ist eine ärztliche Kunst.“ William Osler soll ebenso kurz wie treffend gesagt haben: „Wären die Menschen alle gleich, könnte die Medizin eine Naturwissenschaft werden.“

Im Raum zwischen wissenschaftlichem Wissen und subjektbezogenem Handeln öffnet sich ein theoretischer Spalt, ein *hiatus theoreticus*.³ In diesen Zwischenraum fließen der Stand des wissenschaftlichen Wissens wie auch die persönliche Erfahrung des Arztes, ebenso aber weitere Bedingungen und Umstände, wie etwa Empathie, Übertragung und Gegenübertragung oder die Umgebung seines Handelns ein. Ähnliches gilt für den Patienten, der seine Lebensgeschichte in die Behandlungssituation einbringt. Bestimmend sind hier die aus vielen Botschaften und Erfahrungen gespeisten Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen und -erwartungen.

Dieses Modell sei nun auf die öffentliche Gesundheitssicherung übertragen (vgl. Abb. 2). Angesichts der Diffusion von medizinisch relevantem Fachwissen in unterschiedlichste Disziplinen – von den Sozialarbeits- und den Ingenieurwissenschaften bis zur Mikrobiologie – steht hier nicht unbedingt der Arzt als Akteur, sondern der Experte für die öffentliche Gesundheit, der gegebenenfalls auch ein Arzt sein kann, als Handelnder an zentraler Stelle innerhalb des Systems. Das notwendige Handeln des Experten wird wiederum durch seine wissenschaftliche Expertise legitimiert. Der „Patient“ ist allerdings nicht eine konkrete Person in ihrer Lebenswelt, sondern es handelt sich hier um überpersonale und überlebensweltlich definierte Gruppen, Gemeinschaften, Gesellschaften oder gar übergesellschaftliche Verbände – wie dies in der internationalen Gesundheitssicherung der Fall ist. In dem auch hier gegebenen Hiatus zwischen Wissen und Handeln kommen in allen Bereichen öffentlicher Gesundheitssicherung Fragen von Gewalt und Macht zum Tragen. Diese Fragen sind mit Zielen und Erwartungen der gesellschaftlichen Gruppierungen verwoben, denen die gesundheitssichernden Maßnahmen gelten.

Welche Wahrnehmungsorgane, welche Eingriffsmöglichkeiten, welche Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen, welche Zwecke und Ziele, welche Ängste bringen Gemeinschaften oder Gesellschaften dazu, auf ihrer jeweiligen Handlungsebene mit ihren jeweiligen Mitteln bestimmte Gesundheitsgefahren zu identifizieren und reaktiv abzuwehren oder langfristig prospektiv zu vermeiden?

³ Norbert Paul: Der Hiatus theoreticus der naturwissenschaftlichen Medizin. Vom schwierigen Umgang mit Wissen in der Humanmedizin der Moderne. In: Cornelius Borck (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a. M. 1996, S. 171–200.

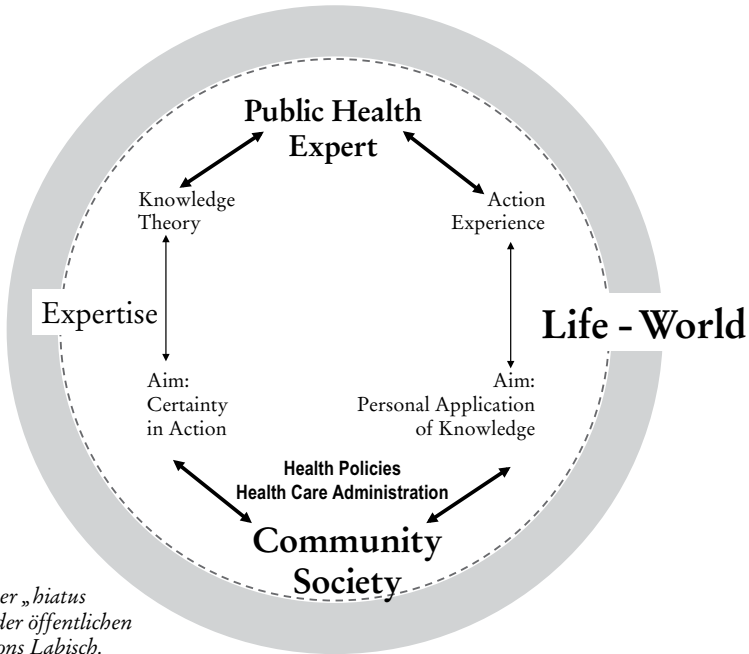


Abbildung 2: Der „hiatus theoreticus“ in der öffentlichen Medizin; © Alfons Labisch.

Individuelle und öffentliche Medizin – Historische Grundlagen

In diesem zweiten Abschnitt werden die historischen Stufen herausgearbeitet, in denen sich maßgebliche Verfahren der öffentlichen Gesundheitssicherung entwickelt haben. Dies geschieht mit „Siebenmeilenstiefeln“ – also ohne die Tiefe und die empirische Nachweispflicht historischer Einzeluntersuchungen. Aufgabe ist es vielmehr, langfristige Entwicklungslinien sowie entscheidende Entwicklungsmomente und aus diesen resultierende Strukturelemente öffentlicher Gesundheitssicherung herauszuarbeiten.⁴

Die hellenistischen Städte der Antike führten die kollegial organisierte Selbstkontrolle der Ärzte einschließlich der öffentlichen Pflicht zu ärztlicher Hilfe ein. Es ist dies der durchaus bescheidene Beginn einer Aufsicht über die die Medizin ausübenden Personen. Zudem liegen hier die ersten Anfänge dafür, dass Ärzte im öffentlichen Notfall – wie etwa bei Seuchen – ebenso als Helfer der Kranken wie auch als Berater der städtischen Obrigkeit zur Verfügung standen und vor allem durch ihre Funktion als Stadtärzte verpflichtet waren, im Notfall vor Ort zu bleiben.

In den Handelsstädten des späten Mittelalters und der Frühen Neuzeit wurden gegen ständig wiederkehrende Pestepidemien Maßnahmen rein reaktiver Gefahren-

⁴ Alfons Labisch: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M. 1992.

abwehr eingerichtet. Daraus entstanden später Quarantäne-Anstalten für Menschen und die sogenannten Contumaz-Anstalten für Waren – zum Beispiel für Pelze oder Stoffe. Die frühen (Personenverbands-)Staaten, so etwa das Königreich Sizilien des hohen Mittelalters, schufen gerichtsmedizinische Einrichtungen, um im Rahmen von Zivil- und Strafrechtsprozessen/-verfahren Ärzte als Gutachter heranziehen zu können.

Die die Gesundheit betreffenden Maßnahmen der Handelsstädte umfassten allgemeine Vorschriften mit gesundheitlichen (Neben-)Wirkungen, darunter zum Beispiel solche, die die öffentliche Ordnung der Stadt, die Wasserversorgung oder die Straßenreinigung betrafen, sowie die Lebensmittel- und Marktordnungen. Seitens der Handlungsträger ist zunächst kein Gedanke an die „öffentliche Gesundheit“ des Gemeinwesens zu erkennen. Auch die Medizin war keine öffentlich orientierte Wissenschaft samt einem daraus resultierenden Handlungsspektrum. Erst der Stadtstaat Venedig lässt 1485 mit der Einrichtung der *Proveditori alla Sanità* den Gedanken einer *sanitas terre* erkennen. Gegenstände und Ziele dieser öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen sind wiederum die öffentliche Ordnung, die Regulation sozialer Hierarchien und die Reichweite von städtischen oder staatlichen Eingriffen in Markt- und Lebensverhältnisse. Gelegentliche Versuche von Ärzten, über ihre öffentliche Bestallung als Berater hinaus in städtische oder staatliche Verhältnisse einzugreifen, wurden von den Führungsschichten der Städte und Territorialstaaten stets ebenso energisch wie strikt zurückgewiesen.

Die administrative Durchgestaltung der Territorialstaaten im ausgehenden 17. und frühen 18. Jahrhundert führte zu einem zur *Medizinalaufsicht* als Kontrolle der die Medizin ausübenden Personen, zum anderen zur *Sanitätsaufsicht*, und damit zu einer ständigen Kontrolle der Natalität, der Morbidität und der Mortalität sowie wiederum der die Medizin ausübenden Personen. Auch diese öffentlichen medizinischen Maßnahmen waren primär auf die öffentliche Ordnung gerichtet.

Die „Vernaturwissenschaftlichung“ der Medizin generell erfasste – vorangetrieben durch den raschen Wandel der Lebensverhältnisse vom Ständestaat zur Industriegesellschaft – auch die öffentliche Medizin. Erst in dem Moment, in dem in einer bürgerlichen Gesellschaft das Staatsvolk als Souverän sich selbst zum Gegenstand einer öffentlichen Gesundheit wurde, entstand auch ein eigener Gedanke der öffentlichen Gesundheit des Staates. Ausschlaggebend auf medizinischer Seite waren mit der Zunahme des weltweiten Handels und Wandels die ab 1831 regelmäßig auch über Europa hereinbrechenden Cholera-Pandemien. Es entwickelten sich die (Medizinal-)Statistik, Epidemiologie, Physik, Geografie, Meteorologie etc. Angetrieben durch einen paternalistischen Wohlfahrtsgedanken entstanden zunächst in England und Frankreich, dann in Deutschland die ersten modernen – das heißt sowohl an die Natur- als auch an die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften angebundenen – Gesundheitswissenschaften.

Mit dem Beginn der Industrialisierung wurde eine umfassende Gesundheitssicherung vermög des „öffentlichen Werthes“ der Gesundheit (im deutschen Sprachraum staatstheoretisch durch Lorenz von Stein; medizinisch durch Max

von Pettenkofer) entwickelt. Die modernen, das heißt hier naturwissenschaftlich ausgerichteten Gesundheitswissenschaften formulierten in einer biologischen Kausalkette eine geschlossene Hygiene des Menschen: Die *Umgebungs- oder Konditionalhygiene* (Michel Levy, Jules Guérin, Edmund Parkes, Max von Pettenkofer), die Mikrobiologie oder Bakteriologie als *Auslösungshygiene* (Louis Pasteur, Robert Koch), die dynamische Theorie der *Konstitutionshygiene*, die *Rassenhygiene* und schließlich die *Sozialhygiene*. Damit waren im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert prinzipiell sämtliche Bereiche des menschlichen Lebens erfasst. Dies gilt insbesondere auch für das noch nicht geborene, zukünftige Leben. Gesundheit wurde zwar zu einem Recht, aber ebenso wurde sie zu einer individuellen und öffentlichen Pflichtaufgabe.

Das staatstragende Ziel der Weimarer Republik war eine soziale Sicherung, die die gesamte Bevölkerung einschloss: Die vormalige Arbeiterversicherung wandelte sich zu einer Volksversicherung. Als Teil dieser sozialstaatlichen Inklusion wurde eine eigene „Planwirtschaft im Gesundheitswesen“ entwickelt. Abgesehen von den immer dichter werdenden Regeln staatlicher Gesundheitssicherung wandte sich die kommunal organisierte Gesundheitsfürsorge im Sinne der Gefahrenabwehr den „konsumtiven Gesundheitsrisiken“ zu – also etwa den an Geschlechts- oder Tuberkuloseerkrankungen Leidenden. Intensiv befasste sich die Gesundheitsfürsorge nun zudem mit den „investiven Gesundheitsrisiken“, das heißt insbesondere mit der Fürsorge für Schwangere, Gebärende, Stillende, Säuglinge und Kinder.

Die Gedanken einer umfassenden Gesundheitsfürsorge des inkludierenden Rechts- und Sozialstaats Weimarer Prägung wurden im Nationalsozialismus durch die rassenhygienisch und vor allem rassenkundlich legitimierte Exklusion mit dem Ziel ersetzt, einen „erbgesunden“, „rassisch reinen“ „arisch-deutschblütigen Volkskörper“ heranzuzüchten, der dem „säkularen Rassenkampf“ gewachsen sein sollte. Um diesen zu erreichen, kam es zu

- Exklusion der als „rassefeindlich“ oder „rassefremd“ bezeichneten Menschen aus dem „Volkskörper“ (Reichsbürgerrecht, „Nürnberger Gesetze“ etc., durchgeführt durch die Standesämter, gegebenenfalls mit Hilfe der 1934 neu geschaffenen Gesundheitsämter);
- Exklusion der Erbkranken aus der verbleibenden „arisch-deutschblütigen Bevölkerung“ (Sterilisierungsgesetz, Ehegesundheitsgesetz, „Euthanasie“ etc., organisiert durch die Gesundheitsämter unter Hilfe sämtlicher ambulanter und stationärer Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens);
- Selektion unter der verbleibenden „rasse reinen“ und „erbgesunden“ „arisch-deutschblütigen“ Bevölkerung;
- Einrichtung eines umfassenden Systems von Arbeit und Erholung beziehungsweise von Kampf und Erholung für den „Rassenkampf“ („Kraft durch Freude“, Gesundheitspolitik der Deutschen Arbeitsfront, der NSV etc.).

Es hat noch nie in der deutschen Geschichte eine derartige Explosion öffentlicher Gesundheitsleistungen stattgefunden wie in der NS-Zeit! Die Medizin im Natio-

nalsozialismus stellte – idealtypisch gesehen – die Apotheose einer nach biologischen und medizinischen Kriterien durchorganisierten Gesellschaft dar: Ein ganzes Volk sollte in einer auf mehrere Jahrhunderte angelegten Perspektive einem jenseits von Persönlichkeitsrechten agierenden, gewaltsamen, teils exkludierenden, teils inkludierenden und deshalb vornehmlich öffentlichen Gesundheitsregime unterworfen werden. Dies ist nur in Denk- und Administrationsformen der Moderne möglich. Die Medizin im Nationalsozialismus ist nicht als Atavismus, sondern als das janusköpfige Gegengesicht einer ebenso fortschrittsbesessenen wie fortschrittsgeblendeten Moderne zu verstehen. Der Themenkomplex „NS-Medizin“ und Moderne“ ist noch nicht ausreichend erforscht.⁵

In der Bundesrepublik Deutschland wurde die öffentliche Gesundheitssicherung durch zwei Vorgänge maßgeblich bestimmt. Zum einen wandelte sich in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens das Bild von der klassen- oder schichtspezifischen Definition von Risiken – „Arbeiterversicherung“ – hin zum selbstverantwortlichen Individuum und damit zur „Sozialversicherung“, die für die gesamte Bevölkerung gelten sollte. Mit einer gewissen zeitlichen Versetzung konnte die Medizin immer weitere therapeutisch wirksame Maßnahmen auch für epidemiologisch relevante Gesundheitsrisiken anbieten. Das Resultat war, dass die Gesundheitsvorsorge immer weiter individualisiert wurde – so zum Beispiel die „Früherkennungsuntersuchungen“ der 1970er-Jahre – und dass nach und nach geeignete Felder der Gesundheitsvorsorge, sofern und sobald entsprechende Therapien zur Verfügung standen, ganz der Individualmedizin überantwortet wurden. Dies ist besonders bei der Entwicklung der Perinatalmedizin sowie der immer engeren Kooperation von Pädiatrie und Geburtshilfe zu erkennen, die letztlich die Mutter-und-Kind-Fürsorge individualisiert hat. Auch die Vorsorge für die immer auffälliger werdenden „Zivilisationskrankheiten“ – Herz- und Kreislauferkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten etc. – wurde individualisiert.

Eine neue Situation trat ein, als im Zuge der AIDS-Epidemie der 1980er-Jahre sämtliche historischen Interventionsmechanismen gegen infektiöse Krankheiten diskutiert wurden – von den insbesondere von Vertretern der politischen Rechten propagierten Modellen einer generellen Seuchenabwehr im Sinne der Quarantäne („Sidatorien“/Jean-Marie Le Pen, 1987) bis hin zur Geschlechtskrankenfürsorge der Weimarer Zeit und der frühen Nachkriegszeit. Letztlich setzte sich unter maßgeblichem Einfluss der damaligen Gesundheitsministerin Rita Süßmuth – der Name muss hier genannt werden – ein völlig neues System der Gesundheitsfürsorge durch: Diese wurde gänzlich den „people at risk“ überantwortet. Damit ging zugleich eine massive Aufklärung über die möglichen Ansteckungsgefahren

⁵ Vgl. hierzu in ersten Ansätzen Alfons Labisch: Die „hygienische Revolution“ im medizinischen Denken. Medizinisches Wissen und ärztliches Handeln. In: Angelika Ebbinghaus/Klaus Dörner (Hg.): Vernichten und heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Berlin 2001, S. 68–89; Volker Roelcke: Medizin im Nationalsozialismus. Radikale Manifestation latenter Potentiale moderner Gesellschaften. Historische Kenntnisse, aktuelle Implikationen. In: Heiner Fangerau/Igor J. Polianski (Hg.): Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach. Stuttgart 2012, S. 35–50.

für die gesamte Bevölkerung einher. Die abnehmende und stets niedrige Inzidenz und Prävalenz von HIV-Infektionen in Deutschland bestätigt vor allem auch im internationalen Vergleich, dass diese Organisationsform erfolgreich wirkt. Zur „skandalisierten“ Krankheit selbst ist festzuhalten: Die AIDS-Inzidenz betrug in der Hochphase der Infektionen im Jahr 1985 circa 6 000 Ansteckungen pro Jahr und hat sich jetzt auf unter 3 000 Neuinfektionen pro Jahr eingependelt.⁶ Zum Vergleich sei angemerkt: Die Zahl der Sepsis-Fälle dürfte derzeit bei circa 280 000 pro Jahr liegen, bei annähernd 50 % davon handelt es sich um schwere Fälle; die Gesamt-Letalität beträgt circa 25 %, das heißt es sind annähernd 70 000 Tote pro Jahr zu verzeichnen.⁷

Die neuen Gefahren durch hämorrhagische Fieber – wie zum Beispiel „Vogelgrippe“, „Schweinepest“ oder „Ebola“ –, verbreitet durch den modernen Flugverkehr, erfordern keine prinzipiell neuen Konzepte öffentlicher Gesundheitssicherung. Vielmehr müssen die bekannten Verfahren der Seuchenabwehr – wie etwa „Surveillance-“ oder „Containment-“Strategien – erheblich intensiviert werden.

Eine neue Situation für die öffentliche Gesundheitssicherung ergibt sich durch die molekulare Transition der Medizin einerseits und durch die raschen Änderungen durch die Globalisierung und Digitalisierung der Arbeits- und Lebenswelt andererseits. Das klassische „Mensch-Maschine-Modell“ der iatro-technologischen Medizin wird durch ein dynamisches molekularbiologisches Modell ersetzt. Maßgeblich für die individuelle und öffentliche Interaktion von Arzt und Patient, der jetzt als „Merkmalsträger“ erscheint, wird eine im Genom des jeweiligen Individuums beziehungsweise entsprechend definierter Gruppen vorgegebene biologische Potenzialität, die sich im Laufe des Lebens unter dem Einfluss innerer und damit subjektiver Faktoren sowie äußerer und damit lebensweltlicher und sich im Laufe des Lebens auch biologisch akkumulierender Faktoren in jeweils individueller Weise äußert (cave: Geno-/Phänotyp) und durch entsprechende Maßnahmen beeinflusst werden kann.⁸

Individuelle und öffentliche Medizin – Versuch einer historischen Systematik

Auf der Grundlage dieser bereits abstrahierend herausgearbeiteten Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente öffentlicher Gesundheitssicherung werden im Folgenden zunächst in einer weiteren Abstraktion an ausgewählten Beispielen die

⁶ Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin, 14. November 2016/Nr. 45, Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2015 (DOI 10.17886/EpiBull-2016-066.1).

⁷ Carolin Fleischmann u. a.: Fallzahlen und Sterblichkeitsraten von Sepsis-Patienten im Krankenhaus. Analyse der deutschlandweiten fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik von 2007 bis 2013. In: Deutsches Ärzteblatt 113/10 (2016), S. 159.

⁸ Vgl. dazu den Beitrag von Rainer Müller, Karl-Heinz Wehkamp und Joachim Larisch in diesem Band.

maßgeblichen Gesundheitswissenschaften, deren Bezugsdisziplinen, die jeweils „skandalisierten“ Krankheiten, die Interventionsobjekte, die Interventionsmittel, die Interventionssubjekte und die jeweiligen gesellschaftlichen Handlungsebenen herausgearbeitet. In Analogie zur Untersuchung der Entwicklung der individuellen Medizin ist die Frage zu stellen, welche Wahrnehmungsorgane und welche Handlungsmöglichkeiten ein gesellschaftlicher Handlungsträger hat, um einen gegebenenfalls historisch-spezifischen Begriff öffentlicher Gesundheit zu formulieren und die in diesem Begriff einer öffentlichen Gesundheit verborgenen Ziele zu verwirklichen.

Für die frühe Entwicklung städtischer Gesundheitsleistungen von der späten Antike bis ins hohe Mittelalter sind akute epidemische Krankheiten, darunter in erster Linie die Pest, als ursächlich anzusehen. Sofern es sich nicht um eine Pandemie handelte – wie etwa die Justinianische Pest des 6. Jahrhunderts oder den „schwarzen Tod“ des 14. Jahrhunderts –, kehrte die Pest, sobald sie endemisch geworden war, in regelmäßigen Abständen von 15 bis 20 Jahren wieder. Die Humoralpathologie bot mit dem Konzept des Miasma zwar eine Erklärung, aber nur bedingt eine entsprechende Vorsorge an. Diese bestand vor allem darin, vor der nahenden Seuche so schnell, so weit, so hoch und so lange wie möglich zu fliehen. Die Stadtärzte dagegen konnten diesen „Vorsorgeweg“ nicht wählen, sie wurden zur Ortsständigkeit verpflichtet, damit sie den Erkrankten halfen und die Obrigkeit berieten.

Im Mittelalter wurden aufgrund der Erfahrung, dass eine Seuche innerhalb einer Stadt die Produktion und außerhalb der Stadt jedweden Verkehr von Waren und Menschen zum Erliegen brachte, Pesthöfe eingerichtet, in denen die Erkrankten isoliert werden sollten. Es war auch möglich, ein Haus, in dem Erkrankte waren, zu sperren. Nach außen hin richteten die Handelsstädte die Quarantäne ein und ergriffen weitere ähnlich exkludierende Maßnahmen: Waren oder Menschen, die aus einem gefährdeten Gebiet kamen, wurden so lange konfisziert beziehungsweise eingesperrt, bis Waren als nicht mehr ansteckungsfähig galten und verdächtige Menschen entweder erkrankten und gegebenenfalls verstarben oder aber als nicht erkrankt nach gebührender Zeit entlassen werden konnten. Des Weiteren wurden befallene Orte gereinigt, das Miasma in der Stadt, soweit überhaupt möglich, durch entsprechende Lüftungen – etwa durch Kanonenschüsse (ohne Kugeln) – zu vertreiben versucht. Zwar wurde im Laufe der Zeit der Ansteckungscharakter solcher Erkrankungen deutlich; die Ärzte lernten aus ihren Erfahrungen sich, etwa durch Pestmasken, zu schützen. Im öffentlichen Bereich bedeutete eine Seuche indes durchweg, dass der Handel und Wandel sowohl außerhalb als auch innerhalb des befallenen Ortes für längere Zeit zum Erliegen kam. Das war gänzlich gegen die Interessen sowohl der Händler als auch der Produzenten. Da die öffentlich-medizinischen Maßnahmen meist auf Absperrung hinausliefen, war der Konflikt zwischen der Obrigkeit und den Ärzten vorprogrammiert.

Der absolutistische Wohlfahrtsstaat sah in der Zahl und dann auch in der Qualität seiner Einwohner ein Machtmittel und setzte auf eine Peuplierungspolitik. Daraus resultierten gleichsam als öffentliche Wahrnehmungsorgane der staatli-

chen Interessen eine stets verbesserte Medizinal- und Sanitätsaufsicht sowie eine immer feinere Demografie samt einer Sterblichkeits- und Krankheitsstatistik. Diese Entwicklungen beförderten zugleich das Vorhaben, die Herrschaftsinstrumente von der Person des Herrschers zu lösen und bis in die territoriale Peripherie durchzugestalten. Die Ziele öffentlicher Gesundheitssicherung lagen gänzlich im staatlichen Interesse. Seuchenzüge sollten – selbstredend meist vergeblich – mit staatlichen Gewaltmitteln, also beispielsweise durch Militär, mit Seuchenkordons abgewehrt werden. Unter dem Gesichtspunkt der Peuplierung ist die Geburtshilfe, die in öffentlichen Musteranstalten verbessert werden sollte, ebenso zu sehen wie die Pockenimpfung, da der Erkrankung vorwiegend kleine Kinder zum Opfer fielen.

Die „skandalisierte“ Krankheit der frühen Industrialisierung war die Cholera. Während der endemische Typhus und die hohe Kindersterblichkeit nicht nur hin-, sondern nicht einmal wahrgenommen wurden, war die Letalität an der Cholera so hoch und die Krankheit so grässlich, dass die pandemischen Seuchenzüge Angst und Schrecken auslösten. Nachdem die Seuchenkordons gegen den ersten europäischen Cholerazug der späten 1820er- und frühen 1830er-Jahre völlig versagt hatten, wurde aus den verschiedenen Theorien über die Ursachen der Krankheit ein ganzes Bündel von Beobachtungsmaßnahmen entwickelt, die über Gesundheitsgefahren aufklären sollten. Die Meteorologie, hygienische Ortsbeschreibungen oder eine stets verfeinerte Statistik bis hin zu den ersten Fall-Kontroll-Studien etc. wurden in diesem Sinne genutzt.

Die erste Gesundheitswissenschaft, die sich entschieden an die neuen Naturwissenschaften anschloss, war die experimentelle Hygiene. Deren Bezugsdisziplinen waren die Chemie und die Physik. Im Laufe der Zeit wurden – von der Ernährung und Kleidung über die Wohnungen und Schulen bis hin zum Städtebau – sämtliche Umstände untersucht, die Auswirkungen auf die Gesundheit hatten, die mit entstehenden Maßnahmen gesichert werden konnte. Die öffentliche Wirkung der experimentellen Hygiene im Kampf gegen die Cholera zeigte sich vor allem darin, dass die üblichen Absperrmaßnahmen und damit das Stilllegen jedweden „bürgerlichen“ Verkehrs nicht länger als erforderlich galten. Durch die zu dieser Zeit entstehenden Leistungsverwaltungen wurde die Infrastruktur in den (Industrie-)Städten – etwa durch Wasserent- und -versorgung – insgesamt saniert. Diese Maßnahmen beinhalteten – das sollte nicht übersehen werden – auch ein missionarisches Moment: Es galt nicht nur, die hygienischen Umgebungsverhältnisse zu verbessern; vielmehr ging es zugleich darum, mit dem Wasser auch die moralischen Gefahren und die Zerwürfnisse der neuen Industriestädte zu bannen. Die Gesundheitsverhältnisse in den Städten verbesserten sich also durch allgemeine horizontale hygienische Maßnahmen.

Mit dem Schritt zur experimentellen Hygiene, zur hygienischen Infrastruktur und zur entsprechenden Leistungsverwaltung wurden jetzt neue öffentliche Gesundheitsgefahren offenkundig. Nachdem die epidemischen akuten Infektionskrankheiten durch die allgemeine Assanierung zumindest ansatzweise beherrscht werden konnten, traten die endemischen akuten Infektionskrankheiten in den

Blick, darunter vornehmlich der Typhus und die Durchfallerkrankungen, die die Hauptursache für die hohe Kindersterblichkeit waren. Die neue Bakteriologie, deren Bezugsdisziplin die Mikrobiologie war, machte es möglich, in einem gezielten, gleichsam chirurgischen vertikalen hygienischen Eingriff die entsprechenden Krankheitskeime beziehungsweise gesunde Keimträger – ein Konzept, das damals erst entstand – ausfindig zu machen und zu sanieren. Anlass waren in Deutschland aber keineswegs die hohe Kindersterblichkeit oder die Tuberkulose – Robert Koch hatte zwar den Erreger der Tuberkulose entdeckt, aber keinerlei öffentliche Interventionen gegen die Tuberkulose entwickelt. Maßgeblich waren vielmehr militärisch-strategische Gründe für die nachhaltige Sanierung südwestdeutscher Aufmarschgebiete gegen den „Erzfeind“ Frankreich vom endemischen Typhus. Die langfristige Folge war die Einrichtung von Medizinaluntersuchungsämtern auf der mittleren staatlichen Ebene.

Die chronisch-endemischen Infektionskrankheiten, darunter vornehmlich die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, wurden zum besonderen Gegenstand der Sozialhygiene. Die Sozialhygiene wandte sich in der zugehenden Gesundheitsfürsorge besonders den Schwangeren, den stillenden Müttern, den Säuglingen und den Klein- und Schulkindern zu. Bezugsdisziplinen waren die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, treibendes Moment war in der Weimarer Republik der Sozialstaatsgedanke als Staatsziel. Die Beseitigung sozial pathogener Faktoren war eine Aufgabe, der sich zunächst Vereine, später insbesondere die führenden Schichten in den Industriestädten zuwandten.

Die NS-Gesundheitssicherung war auf generelle Selektion unter rassenhygienischen und rassenkundlichen Gesichtspunkten ausgelegt. Unter der oben ausgeführten Zielvorgabe des „erbgesunden“ und „rassenreinen“ Volkskörpers wurde ein staatliches Gesundheitswesen aufgebaut, das gleichsam wie ein Rechen die angeblich erblichen und rassischen Gesundheitsrisiken identifizierte und entsprechenden Maßnahmen zuführte. Dies endete notwendig mit dem Auslöschen der entsprechenden Merkmalsträger – wie dies bereits Sozialhygieniker der Weimarer Zeit vorausgesehen hatten.

In der Zeit nach dem Krieg spaltete sich die öffentliche Gesundheitssicherung in Deutschland auf. In der Weimarer Zeit hatte sich ein großer Strauß von Gesundheitstheorien, Gesundheitsmaßnahmen und gesellschaftlichen Handlungsebenen von intermediären Instanzen über Kommunen bis hin zum Staat entwickelt, der selbstredend immer auch erbgesundheitlich-rassenhygienische Aspekte umfasste. In der NS-Zeit waren die erbgesundheitlichen und rassischen (!) Aspekte gleichsam verstaatlicht worden, während viele Bereiche der Gesundheitsfürsorge weiterhin intermediären Instanzen und den Städten und Gemeinden überantwortet wurden. In der Deutschen Demokratischen Republik wurde die sozialhygienische Version der Gesundheitsfürsorge aufgegriffen, und zwar im Wesentlichen staatlich organisiert. In der Bundesrepublik blieb vorerst das überkommene System der Gesundheitsämter – allerdings je nach Bundesland mit starken kommunalen Anteilen – bestehen. Im Zuge des Sozialstaatsgedankens wurde Gesundheit zu einem öffentlichen Gut. Durch neue medizinische Möglichkeiten konnten immer

weitere Gesundheitsmaßnahmen aus dem öffentlichen Bereich in die private Verantwortung und damit in den Bereich der Individualmedizin verlagert werden. Diese Entwicklung fand mit den Maßnahmen gegen AIDS ihr Ende: Die Verantwortlichkeit wurde gänzlich aus der Zuständigkeit der öffentlichen Organe in die Lebenswelt der Individuen verlagert. Dies wurde allerdings durch erheblichen öffentlichen Aufwand in der gesundheitlichen Aufklärung begleitet.

Aus dieser historischen Abstraktion lassen sich in einer weiteren systematischen Abstraktion Eckpunkte herausarbeiten, die gleichsam das Bedingungsgefüge darstellen, in dem öffentliche Gesundheitsleistungen geplant, durchgesetzt und durchgeführt werden:

- *Unterschiedliche Arten von Krankheiten/unterschiedliche Bedrohungspotenziale*
 - akut bedrohliche Krankheiten versus schleichende chronische Krankheiten
 - akute epidemische Infektionskrankheiten/Seuchen
 - akute endemische Infektionskrankheiten/Seuchen
 - chronische epidemische/endemische Infektionskrankheiten/Seuchen
 - Zivilisations-/Mangel-/Überfluss-/Verschleiß-Krankheiten
- *Unterschiedliche Gesundheits-/Ordnungs-Vorstellungen*
 - jetzt und in Zukunft gegebene Handlungspotenziale mit Blick auf die als biologisch definierten Grundlagen sozialen Handelns
 - differenzierte, divergierende Gesundheitskonzepte unterschiedlicher gesellschaftlicher Handlungsebenen
 - gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen mit impliziten Gesundheitsdeutungen
- *Unterschiedliche gesellschaftliche Handlungsebenen*
 - Individuen in ihren primären Lebensgemeinschaften
 - intermediäre Instanzen: Laien/Selbsthilfe, Vereine, Verbände, NGOs
 - Gruppen/Gemeinschaften/Gemeinden/Städte
 - Staaten
 - überstaatliche gesundheitsrelevante Einrichtungen
- *Differenzierte/divergierende Wahrnehmungspotenziale*
 - Gesundheits-/Krankheitswissen der primären Lebensgemeinschaft: Selbst- und Laienhilfe
 - Bevölkerungs-/Mortalitäts-/Morbiditäts-Statistiken (berichtend)
 - Epidemiologie (populations-/krankheitsspezifisch; retro- und prospektiv)
 - nationale Zentren, Monitoring von Interventionen, prospektive Kohortenstudien
- *Medizinische/gesellschaftlich-relevante Expertise*
 - Konditional-/Umgebungs-hygiene
(horizontale Maßnahmen: Verbesserung der Gesamtsituation)

- Auslösungshygiene/Infektiologie
(vertikale Maßnahmen: zum Beispiel Impfen, Isolierung etc.)
- Konstitutionshygiene
(das ist: Differenzierung zum Beispiel nach Geschlecht, Alter, Ethnie etc.)
- Sozialhygiene/Sozialmedizin
(das ist: Relevanz des sozialen Umfeldes)
- *Handlungs-/Organisationsformen*
 - reaktives Verhalten versus gesundheitssichernd prospektives Verhalten
 - Gefahrenabwehr (Isolation, Quarantäne/Containment/Sensitivität und Spezifität der Interventionen)
 - vorgegreifende Gesundheitssicherung (Verhältnis-Prävention/Verhaltens-Prävention)
 - horizontale versus vertikale Eingriffe
 - öffentlich gerichtete Maßnahmen versus neue individual-therapeutische Potenziale

Diese stufenförmigen Zusammenfassungen sind dem empirisch arbeitenden und auf den einzelnen historischen Fall gerichteten Historiker gewiss ein Graus. Aus der Sicht des historischen Sozialwissenschaftlers wurde indes aus den Entwicklungslinien und Entwicklungsmomenten öffentlicher Gesundheitssicherung ein Gerüst von Aufmerksamkeitshorizonten erarbeitet. Die Frage „Was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben zu wollen?“ wurde damit zwar aus der historischen Perspektive erarbeitet, aus den Ergebnissen lassen sich jedoch Eckpunkte ableiten, die in jeder Diskussion zur Frage, wie die Situation öffentlicher Gesundheitssicherung einzuschätzen ist und ob neue Maßnahmen öffentlicher Gesundheitssicherung etabliert werden können, bedacht werden müssen.

Individuelle und öffentliche Medizin – Eckpunkte der aktuellen Diskussion

Die beiden Pole für die aktuelle Situation öffentlicher Gesundheitssicherung in Deutschland sind einerseits die Akteure der gesellschaftlichen Handlungsebenen, die entweder eine Gesundheitsgefahr wahrnehmen oder langfristig Gesundheit sichern wollen, andererseits sind es die Vertreter derjenigen Wissenschaften, die für die wahrgenommenen und gesundheitspolitisch thematisierten Gesundheitsgefahren angemessene Interventionsformen anbieten.

Zwischen diesen beiden Polen ist nach den Bezugsdisziplinen – diese bestimmen letztlich die Einsatzmöglichkeiten –, den Interventionsobjekten, den Interventionszielen und den Interventionssubjekten zu fragen. Von der Ebene oberhalb der primären Lebensgemeinschaften bis hin zu internationalen Organisationen werden alle gesellschaftlichen Handlungsebenen als mögliche Interventionsräume angesprochen.

Wichtig ist ferner die Frage nach den „skandalisierten“ Krankheiten beziehungsweise Gesundheitsgefahren. Die These, dass eine Maßnahme öffentlicher Gesundheitssicherung noch nie nach den epidemiologisch dringlichen, sondern stets nach den öffentlich am meisten gefürchteten und diskutierten Gefahren und damit nach den „skandalisierten Krankheiten“ eingerichtet worden ist, scheint zwar gewagt. Aber sie lässt sich bis in unsere Tage belegen. So bilden etwa die chronisch-obstruktive pulmonale Krankheit (COPD) und weitere Erkrankungen des Atmungssystems, die in der Öffentlichkeit kaum bekannt sind und vornehmlich unter Experten oder Aktivisten diskutiert werden, heute die dritthäufigste Todesursachengruppe. An der seinerzeit hoch diskutierten Ebola-Epidemie 2014 erkrankten nach Angaben der WHO – einschließlich der Verdachtsfälle – weltweit (!) bisher (Stand: März 2016) 28 639 Menschen, von denen 11 316 starben.⁹ An der ebenso heftig diskutierten „Vogelgrippe – N5H1“ erkrankten nach Meldung der WHO im Zeitraum von 2003 bis 2017 weltweit (!) 856 Menschen, davon starben 452.¹⁰ Betrachtet man hingegen die Todesfälle in Deutschland, so sterben an Erkrankungen des Atmungssystems jährlich annähernd 6 % aller Frauen und annähernd 7,5 % aller Männer; die Prävalenz beträgt je nach Altersgruppe bis an die 70 %.¹¹

Für die aktuelle Situation lassen sich aus der historischen Systematik folgende Bereiche herausarbeiten, die es im Einzelnen zu diskutieren gilt – und die hier nur stichwortartig aufgeführt werden können.

- *Zunahme und Verdichtung der Akteure (Staat, Städte, intermediäre Instanzen etc.)*
 - Verlagerung von Verantwortlichkeit vom Rechtssubjekt „Staat“ und dessen Rechtsobjekt „Untertan“ auf das Rechtssubjekt „Bürger“ im ausgebildeten Sozialstaat
 - Ausdifferenzierung/Pluralisierung von Lebensformen
 - Balance zwischen den Akteuren
 - divergierende Staatsverständnisse (historisch; international: zum Beispiel USA, Großbritannien, Deutschland)
 - divergierende Verständnisse von „öffentlicher Gesundheit“ und/versus „Public Health“
 - Was soll/welche Konnotationen transportiert der Begriff „Public Health“ im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen?
 - Gesellschaftsbild/Menschenbild: Welchen Menschen wollen wir in welcher Art von Gesellschaft haben?

⁹ https://de.wikipedia.org/wiki/Ebolafieber-Epidemie_2014 (letzter Zugriff am 2. 5. 2018).

¹⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Vogelgrippe_H5N1 (letzter Zugriff am 2. 5. 2018); vgl. auch http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/2018_01_25_tableH5N1.pdf (letzter Zugriff am 2. 5. 2018).

¹¹ http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html (letzter Zugriff am 19. 3. 2017).

- „Öffentliche Gesundheit“ als Teilaspekt der gesamten Sozialstaatssicherung
 - Was ist die (Rest-)Größe einer teils privat, teils intermediär, teils staatlich geregelten Gesundheitssicherung?
 - Wo ist der Platz für „Public Health“ in Deutschland (im Gegensatz etwa zu Großbritannien oder den USA)?
 - Gesamtaufgabe: Wahrnehmen und Gestalten „gesundheitsrelevanter“ Aspekte des Systemfunktionierens des ausgeformten Sozialstaats auf „öffentlichen Ebenen“ unterschiedlichen Organisationsgrades
- *Marktfunktionieren des Sozialstaats im Sinne vergleichbarer Lebensverhältnisse* zum Beispiel
 - Gefahrenabwehr, Arbeitssicherheit etc.
 - Markt/Marktregulation im Sozialstaat
 - Eingriffsmöglichkeiten des Sozialstaats (F.-X. Kaufmann): Recht, Geld, Infrastruktur, Kommunikation/Information
 - zu sicherndes Humanvermögen des Rechtssubjektes „Mensch“ im Sozialstaat: Arbeit, Fortpflanzung, soziale Teilhabe etc.
- *Gesundheit als Teilaspekt des (Sozial-)Staatsverständnisses*
Alter, Arbeit, Armut, Krankheit als klassische Versicherungsbereiche und deren institutionell-organisatorische Umsetzung
- *Differenzierung intermediärer Instanzen*
 - „hetero-staatlich“: Unfall- und Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen
 - Bürger-Aktivitäten: Selbsthilfe, Laienhilfe, „Aktivisten“
- *Medizin und Technik, Technik und Medien*
- „Public Health“ als Wissenschaft und als Interventionsform
„öffentliche Gesundheitssicherung“ versus „Public Health“
 - Was heißt hier Gesundheit?
 - Was heißt hier öffentlich?
 - Wer sind die personalen Akteure/Experten öffentlicher Gesundheitssicherung?

Zusammenfassung und Thesen

Allgemein-theoretisch/konzeptionell

Der Begriff „Gesundheit“ definiert die biologisch gedeuteten Grundlagen des Handelns in jeweils zivilisationsadäquater Weise. Der Gesundheitsbegriff vermittelt zugleich zwischen der Gesellschaftlichkeit und der Natürlichkeit der Menschen und ordnet so die „natürlich“-biologischen Grundlagen menschlichen

Daseins in das soziale Handeln ein. Der Begriff „öffentliche Gesundheit“ definiert die biologisch gedeuteten Grundlagen des Handelns von gesellschaftlichen Verdichtungsformen oberhalb der Individuen und ihrer primären Lebensgemeinschaften. Mehr noch als die individuelle Gesundheit ist die öffentliche Gesundheit in spezifisch zivilisationsadäquater Form sozial konstruiert und organisiert.

Gesundheitsvorstellungen – ob individuell oder öffentlich – sind Ordnungsvorstellungen, enthalten also explizite und vor allem implizite Verhaltensanweisungen. Im privaten und fortschreitend im öffentlichen Raum sind diese Ordnungsvorstellungen machtdurchgesetzt und gehen in Teilen mit Anwendung von Gewalt einher. Für den Blick auf die Bedingungen öffentlicher Gesundheitsleistungen ist erhellend, wenn die Wahrnehmung und Gestaltung der Gesundheit von Individuen und ihren Lebensgemeinschaften in einer heuristischen Analogie auf die öffentliche Gesundheit übertragen werden: Was wird mit welchen Wahrnehmungsorganen und welchen gefährdenden beziehungsweise zukunftssichernden Zwecken und Zielen als gesundheitsrelevant angesehen? Welche Handlungsoptionen werden gesichert oder eröffnet? Mit welchem spezifischen Handlungspotenzial und auf welcher gesellschaftlichen Ebene kann es umgesetzt werden?

Allgemein-historisch

Jede (historisch neue) gesellschaftliche Verdichtungsstufe bringt eine eigene Interpretation ihrer „öffentlichen Gesundheit“ hervor. Diese Interpretation führt in einem gesellschaftlichen Aushandlungsprozess zu einer jeweils historisch- und zivilisationsspezifischen Form öffentlicher Gesundheitssicherung (Wahrnehmungsformen, Problemdefinitionen, Eingriffsmittel, Reichweite etc.). Für jeweils neue gesellschaftliche Verdichtungsstufen sind die überkommenen Formen öffentlicher Gesundheitssicherung nur bedingt brauchbar. Bestimmte Aktionsformen werden zum Standardrepertoire (zum Beispiel Kontrolle und Aufsicht, Infrastruktur), andere werden nach und nach de-thematisiert oder dezidiert aufgegeben. Unter den aktuellen Bedingungen des ausgebildeten Rechts- und Sozialstaats sind Vorstellungen öffentlicher Gesundheit dann wirksam, wenn sie für die Bürger als Rechtssubjekte nachvollziehbar Handlungsoptionen offen halten oder gegebenenfalls verbessern oder vermehren.

Essenziell für die mögliche Implementierung öffentlicher Leistungen unter den aktuellen Bedingungen ist die Problemwahrnehmung öffentlicher Gesundheit generell und speziell auf der Ebene der Adressaten in einem Beziehungsgeflecht von gesellschaftlichen Wertesystemen, Menschenbild, gesellschaftlichen Handlungsebenen mit je spezifischer Problemwahrnehmung, spezifischem Problemlösungspotenzial und spezifischen Eingriffsformen.

Speziell bezogen auf die Eingangsfrage

Auf die aktuelle Public Health-Debatte bezogen lautet der Schluss aus den historisch-systematischen Überlegungen: Aufgrund des fehlenden gesellschaftlich skan-

dalisierten beziehungsweise skandalisierbaren Bedrohungspotenzials, aufgrund der divergierenden Konzepte öffentlicher Gesundheit und öffentlicher Gesundheitssicherung, aufgrund der stets wachsenden Möglichkeiten, auch massenhaft auftretende Krankheiten und häufig vorkommende Todesursachen im Bereich der Individualmedizin zu behandeln, wird es, sofern nicht eine neue und unerwartete kollektive gesundheitliche Bedrohung auftritt, in absehbarer Zeit auf keiner gesellschaftlichen Handlungsebene einen hinreichenden Handlungsdruck geben, eine neue Ära öffentlicher Gesundheitssicherung einzuleiten. Die aktuelle Diskussion ist und bleibt rein akademisch.

Abstract

A society is ultimately responsible for the health of its fellow citizens. This idea can be traced back to the very first considerations of antiquity, what a “polis”, what a state should be. These proposals and the historically realized institutions diverged, of course, widely in different societies depending on the degree of social organization, possibilities for action, and historical situations of pestilence and mass diseases.

In this chapter, based on historical examples, an idealtypical comparison with the environmental conditions of doctors in individual medicine and medical scientists/experts in public health care is developed: “public”, communities, cities, state as “patients” – those societal organizations who are healthy or want to stay healthy in the future. What are the fundamental differences for a public health, when individual medicine is taken as a heuristic model: power and power gradients; divergent and competing decision-makers; economy and public investments asf. The basic question is: what causes a society or parts of a society to want to be healthy? Which role can an expert in public health achieve? This model is exemplified in times when public interventions in health were given: experimental hygiene and cholera; microbiology/bacteriology and typhoid; social hygiene and tuberculosis; racial hygiene and NS-public health reforms; “people at risk” and AIDS.

The conclusion is a question: what happens if the model, which is developed here, is transferred to the current situation? Are there any connections, to recognize and to implement public health services in our special historical situation? What would be necessary to get the “public” to invest in its health?