

Die Ausdifferenzierung gesundheitsbezogener Handlungsweisen

Hörnemann, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hörnemann, G. (2000). Die Ausdifferenzierung gesundheitsbezogener Handlungsweisen. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 23(2), 157-159. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-40573>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Die Ausdifferenzierung gesundheitsbezogener Handlungsweisen

Gerd Hörnemann

1 Professionalisierung und Differenzierung der Ärzteschaft

Der Ausgleich einer stratifikatorischen Differenzierung zur Integration von akademischer Medizin und handwerklicher Chirurgie verlief über die Aufnahme der Chirurgie in die Universitätsausbildung. Die Vereinheitlichung der Ausbildungsvoraussetzungen auf hohem Niveau und von wissenschaftlichem Charakter erleichterte die Durchsetzung des Behandlungsmonopols in der Abgrenzung zu nicht oder nur handwerklich ausgebildeten Heilpersonen. Die ministerielle Verfügung vom 13. Oktober 1851 bzw. 27. März 1852 (vgl. Eulenberg 1874, S. 434 ff.), die normative Verankerung des ärztlichen Einheitsstandes, manifestiert das ärztliche Behandlungsmonopol gegenüber den verschiedenen Kategorien bzw. Subgruppen von Heilkundigen. Damit wurden die gesundheitsbezogenen Berufe einer genauen Zuständigkeitsbegrenzung und Kontrolle durch die Ärzte unterworfen (vgl. Huerkamp 1980, S. 359 f., Mayntz/Rosewitz 1988, S. 124).

Diese nach außen entwickelte professionelle Abgrenzung bzw. Differenzierung der Ärzteschaft ist zum einen durch die Integration der Chirurgen und die Absorption einiger weiterer Tätigkeitsfelder aus verschiedenen Heilberufen entstanden. Jedoch wurde der Differenzierungsprozess, der den medizinisch-wissenschaftlichen Aspekt reflektiert, parallel flankiert durch die Spezialisierung der ärztlichen Praxis, die sich seit den 80er-Jahren des 19. Jahrhunderts herauskristallisierte (vgl. Huerkamp 1985, S. 177 ff.). Zeitlich setzte die Spezialisierung der ärztlichen Praxis massiv nach der Bildung des ärztlichen Einheitsstandes ein. Jedoch wird darauf verwiesen, dass durch die Ausdifferenzierung neuer Spezialfächer an den Universitäten, also durch die Expansion medizinischen Wissens, der Spezialisierungsprozess expliziert werden kann. Die Gründe, warum die Spezialisierung insbesondere seit den 80er-Jahren zunehmend in die ärztliche Praxis Eingang fand, sind im wesentlichen nicht wissenschaftlicher (vgl. Huerkamp 1985, S. 179), „sondern praktischer Natur“ (vgl. Quinke 1906, S. 1214). Der Spezialarzt konzentrierte seine Tätigkeit auf ein bestimmtes Gebiet der ärztlichen Praxis und nutzte im Vergleich zum nichtspezialisierten Arzt mehrere Vorteile der Arbeitsteilung aus. Insbesondere besaß er durch ständige Übung mehr Sicherheit auf seinem Fachgebiet. Die kostspieligen Geräte wurden auf Grund der Spezialisierung ständig genutzt. Der Spezial-

arzt war aber auf einem großen potentiellen Kundenkreis angewiesen, so dass für die Ausbreitung des ärztlichen Spezialistentums ein ausgedehnter Markt für medizinische Dienstleistungen eine existentielle Voraussetzung bildete. Aus diesem Grund ist die spezialärztliche Praxis auch bis ins 20. Jahrhundert ein Großstadtphänomen geblieben (vgl. Huerkamp 1985, S. 179).

Das Spezialistentum der Ärzte seit den 80er Jahren erfuhr massive Kritik, weil eine geregelte Ausbildung für Spezialärzte fehlte. Nach der Approbation zum Allgemeinpraktiker stand die Spezialisierung im eigenen Belieben des Arztes. Es gab keine Vorschriften über die nötige Dauer und Qualität einer Weiterbildung und es wurde kein Nachweis der zumeist in einer entsprechenden Abteilung eines Krankenhauses erworbenen Kenntnisse durch eine Prüfung verlangt (vgl. Huerkamp 1985, S. 181).

Der berufliche Differenzierungsprozess innerhalb der Ärzteschaft förderte die Vereinheitlichung von Ausbildungsvoraussetzungen, die wiederum das integrierende Moment in der Ärzteschaft bildeten. Niveau und wissenschaftlicher Charakter der Ausbildung erleichterten die Durchsetzung des Behandlungsmonopols in der Abgrenzung zu den nicht nur ausgebildeten Heilpersonen der vielfältigen anderen Berufe. Diese Berufe hatten früher neben dem Wundarzt Kranke vor allem der niederen Schichten und auf dem Lande behandelt. Von den Ärzten wurde die Auseinandersetzung als Kampf gegen Kurfuscher und Quacksalber geführt und mit dem Patienteninteresse legitimiert. Dieses Argument musste mit dem medizinischen Fortschritt im 19. Jahrhundert an Glaubwürdigkeit gewinnen.

2 Die „öffentliche Gesundheitspflege“ – städtisches Gesundheitswesen in der Frühindustrialisierung

Gesundheit wurde zur Zeit der frühen Industrialisierung in seinen Beziehungen zum Wissen und zu Werten verfolgt, wobei die umgebungsbezogene Deutung der Gesundheit im Rahmen von Sauberkeit und Sittlichkeit (vgl. Huerkamp 1985, S. 181) einen hohen Stellenwert einnahm. Aber der Gesundheitsbegriff entfaltete im neuzeitlichen kommunalen Gesundheitswesen eine politische Kraft (vgl. Labisch 1992, S. 124). Mittelpunkt der modernen Schwerindustrie war das rheinisch-westfälische Industriegebiet. Die Industriestädte dieser Region waren teils bis ins Mittelalter und sogar bis ins Altertum zurückreichende Handels- und Gewerbestädte gewesen. Sie sahen sich durch die neuen Arbeits- und Lebensformen vor völlig neue Probleme gestellt. Die hohe Mobilität der Arbeiterschaft, das explosionsartige Anwachsen der Städte, die bislang unbekanntes Menschenmassen stellten an sich schon Faktoren dar, die die Infektionsgefahr erhöhten und den Boden für Epidemien bildeten. Probleme der Wohnung, der Ernährung, der Abfallbeseitigung, der Wasserver- und -entsorgung stellten die Kommunen vor große Aufgaben. Die Sterblichkeit in den Industriegebieten lag um 1870 deutlich höher als auf

dem Lande und in den Industrieregionen war die Sterblichkeit in den Städten deutlich höher als im Umland.

Für sich allein können die sozialen und epidemiologischen Daten nicht erklären, dass *öffentliche Gesundheit* in den frühen Industriestaaten als ein neuartiges Problem wahrgenommen wurde. Neben die bislang bestehenden, vornehmlich staatlichen Formen öffentlicher Gesundheitssicherung (vgl. Labisch 1992, S. 125, Eckart 1990, S. 246 f.) traten die Erfordernisse der neuen bzw. teilweise lediglich neu bewerteten Gefährdung öffentlicher Gesundheit. Produktions- und Lebensformen der Industriestädte beruhten auf dem freien Austausch von Gütern und Diensten. Dazu mussten auch die Arbeitskräfte aus sozialen und räumlichen Bindungen befreit und verfügbar gehalten werden. Die Grundsätze und Interventionsformen des staatlichen Gesundheitswesens beruhten hingegen auf dem Prinzip, Seuchenherde mit Hilfe staatlicher Gewalt großräumig abzusperren (vgl. Gottstein 1929, S. 187). Aber Maßnahmen wie die doppelte Postenkette, die Preußen 1830/31 entlang der Grenze zu Russland vor der Cholera schützen sollte und ähnliche regionale und örtliche Maßnahmen nützten wenig. Oftmals wurde durch einen brutalen oft ziemlich nutzlosen Apparat von Maßregeln und Publikationen das Gegenteil bewirkt. Die Erfahrungen der ersten Choleraepidemie führten in Preußen zur Überarbeitung des staatlichen Gesundheitswesens durch das Regulativ vom 8. Nov. 1835. Die Maßnahmen beruhten aber nach wie vor auf den Prinzipien der Absperrung, Isolation und Desinfektion. Durch die staatlichen Maßnahmen wurde die Kommunikation bei durchaus fraglichem Erfolg beeinträchtigt, wenn nicht sogar völlig unterbunden. Die Folge war, dass der Handel oder in der Sprache der Zeit der „bürgerliche Verkehr“ unterbunden war, was die heranwachsenden Industriestädte ökonomisch beeinträchtigte. *Max von Pettenkofer* (1873) schrieb darin:

„... für die menschliche Gesellschaft im Großen, wäre die Verhinderung des bürgerlichen Verkehrs gleichbedeutend mit Abschneidung eines elementaren Lebenssubstrates. Nirgends zeigt es sich deutlicher als bei den grossen Volksseuchen, dass dasjenige was wir mit einem Ausdrücke ‚Bürgerlicher Verkehr‘ genannt haben, *ein unausweichbares Element der menschlichen Gesellschaft selber bildet*, um deren öffentliche Gesundheit es sich handelt, und dass es leichter angeht, seine *fehlerhafte Beschaffenheit* als seinen *gänzlichen Mangel* zu ertragen. Der freie Verkehr ist ein so grosses Gut, dass wir es nicht entbehren könnten, selbst um den Preis nicht, dass wir von Cholera und noch vielen anderen Krankheiten verschont blieben. Eine Sperre des Verkehrs bis zu dem Grade, dass die Cholera durch denselben nicht mehr verbreitet werden könnten, wäre ein viel grösseres Unglück als die Cholera selbst und die Völker würden die blutigsten Kriege führen, um solche Schranken wieder zu brechen, wenn sie ihnen auferlegt würden“ (1873, S. 6).

In dieser Situation waren die Industriestädte gezwungen, neue Formen öffentlicher Gesundheitssicherung zu entwickeln, die den städtisch-industriellen Lebens- und Verkehrsformen angepasst waren. Auslösend war die Cholera, die als typische Krankheit der ers-

ten Industrialisierungsphase einzuordnen ist (vgl. Pettenkofer 1873, S. 6). Die Wirkung einer solchen Krankheit im öffentlichen Raum geht erheblich über ihre statistisch abgrenzbare Bedeutung für die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung hinaus. Für den Verwaltungsapparat der Städte wurde die allgemeine Gesundheit immer bedeutsamer. Gleichzeitig verschoben Hygieniker – Wissenschaftler, die sich mit den Bedingungen von Gesundheit bzw. der Verhinderung von Krankheit befassten – die Grenze zwischen gegebener und beeinflussbarer Gesundheit immer weiter nach unten. Nunmehr wurde Gesundheit nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten gedeutet, wobei jeder offene oder verdeckte Bezug zur Religion, zur Moral, selbst zu Äußerlichkeiten wie Sauberkeit aufgegeben wurde. Gesundheit stand jedoch gleichwohl nach wie vor als Ziel öffentlichen und privaten Handelns. Gesundheit erschien nicht mehr allein als Lebensziel an sich, sondern wurde ein begründbarer Wert. Der Mensch, der nach Gesundheit strebte und der seine Lebensführung an den Prinzipien medizinisch-wissenschaftlicher Lehren abgeleitete, wurde der Bakteriologie unterworfen – zumindest als wissenschaftliches Konstrukt, als *homo hygienicus* (vgl. Pettenkofer 1873, S. 6). Hier begann der rege Austausch zwischen Politikern und Beamten in den Städten, zwischen den Ärzten und Hygienikern sowie zwischen weiteren, neuen wissenschaftlich-technischen Berufen, die im Felde öffentlicher Gesundheit erst jetzt entstanden. Die formelle Form dieses Austausches war der Verein. Die Kooperation zwischen Hygienikern und Ärzten verbreitete den hygienischen Gedanken in der Medizin. Diese Kooperation zwischen Ärzten, Kommunalpolitikern und Technikern begründete die örtliche Gesundheitspolitik. Die Perzeption der sozialen Missstände durch die Ärzte führte zur Geburtsstunde eines Wissenschaftszweiges, der nach 1900 in Deutschland als *Sozialhygiene* und später als *Sozialmedizin* eine breite Resonanz finden sollte (vgl. Eckart 1990, S. 247). Mit Blick auf die katastrophale Gesundheitslage der oberschlesischen Bevölkerung, die unter Ausbeutung, Seuchen und Mangelernährung am „Hungertyphus“ dahinsiechte, betonte schon *Rudolf Virchow* 1848 im Rahmen der *medizinischen Reform* die These vom sozialen Charakter der Medizin, die sich unmittelbar auch der allgemeinen Arbeits- und Lebenssituation der Bevölkerung zuzuwenden habe (vgl. Virchow (1849) zur Gesundheitslage der oberschlesischen Bevölkerung):

...die Medizin hat uns unmerklich in das sociale Gebiet geführt und uns in die Lage gebracht, jetzt selbst an die grossen Fragen unserer Zeit zu stossen. Bedenke man wohl, es handelt sich für uns nicht mehr um die Behandlung dieses oder jenes Typhuskranken durch Arzneimittel und Regulierung der Nahrung, Wohnung und Kleidung: nein, die Cultur von 1½ Millionen unserer Mitbürger, die sich auf der untersten Stufe moralischer und physischer Gesunkenheit befinden, ist unsere Aufgabe geworden. [Die Gesundheitspflege habe (G.H.)...] in dem sie in ihren Forschungen den Lebensverhältnissen der verschiedensten Volksklassen nachgehe und die feinen gleichsam geheimen Schwankungen des Massenlebens verfolge, bei den meisten sozialen Schwierigkeiten eine entscheidende Stimme... Von Zeit zu Zeit werden jene Schwankungen grösser,

zuweilen ungeheuer, in dem einzelne Krankheiten in epidemischer Form auftreten... In solchen Fällen wird die öffentliche Gesundheitspflege souverän, der Arzt gebietend.“

Öffentliche Gesundheitspflege wurde von ihren Trägern vor dem Hintergrund dieser Wissenschaftsentwicklung in kurativer wie auch in präventiver Hinsicht vorrangig als disziplinierende *Hygienisierung* der Bevölkerung, vor allem der städtischen Unterschichten interpretiert. Ihre Organisation und Wirkungsentfaltung entsprach einerseits dem obrigkeitstaatlichen Muster vertikaler Intervention. Aber sie ermöglichte daneben auch das Entstehen eines Dienstleistungsnetzes kirchlicher *Fürsorgestellen* (Innere Mission, 1848; Caritas, 1885) und *wohlfahrtspflegerischer Vereine* (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1880) des Zweiten Kaiserreichs (vgl. Eckart 1990, S. 248).

3 Die Trennung zwischen freipraktizierenden Ärzten und Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst

Eine Differenzierungsvariante innerhalb der Ärzteschaft ist in der schrittweisen Trennung zwischen praktizierenden Ärzten und den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst zu sehen. Die Aktivität des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Mittelalter erstreckte sich auf die Seuchenbekämpfung (vgl. Eckart 1990, S. 248). Städte und geistliche Fürstentümer bestellten zur Erledigung dieser Aufgabe sogenannte *Physici*. Die sozialen Aufgaben im Bereich der *Gesundheitsfürsorge* wurden von den Stadtärzten wahrgenommen. Die Aufgaben der *Gesundheitsaufsicht* oblag den staatlichen Medizinalbeamten. Diese wurde aus einem abstrakten Staatsinteresse heraus von absolutistischen Fürsten ausgestattet mit einem autoritativ-reaktivem Instrumentarium. Dagegen entstand die kommunale Gesundheitsfürsorge aus einem sozialen Verantwortungsbewusstsein heraus. Dabei mischten sich die vielfältigsten Interessen und Beweggründe. Sie wurde von städtischen Magistraten, politischen Gruppen, Vereinen, Ärzten und anderen Bürgern für ihre Stadt eingerichtet. Mitunter entstand so die kommunale Leistungsverwaltung (vgl. Labisch 1982, S. 749).

Die Hauptaufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge waren in unterschiedlicher lokaler Ausprägung: Stadthygiene, Fürsorge für Mutter und Kind, Schulgesundheitspflege, Schulzahnpflege, Gesundheitsfürsorge für bestimmte Kranke und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen. Die Stadtärzte gehörten zunächst oft dem liberalen Bürgertum an. Nach dem Ersten Weltkrieg erweiterte sich der Kreis auch auf sozialistisch-politische Kreise. Ein großer Teil der Stadtärzte war überdies jüdischer Herkunft. Zwischen den Ärzten in der staatlichen Gesundheitsaufsicht und den Ärzten in der kommunalen Gesundheitsfürsorge gab es folglich nicht nur Unterschiede in den Modi ihrer Berufsausübung. Beide Gruppen von Ärzten hatten offensichtlich eine unterschiedliche

soziale und religiöse Herkunft, wobei die Kommunalärzte als Vertreter politischer oder religiöser Minderheiten ihrerseits für Minderheiten tätig waren. Gegensätzlich waren daher auch die weltanschaulichen und politischen Orientierungen (vgl. Labisch 1982, S. 749). Beide Arztgruppen hatten auch andere Gewichte in der medizinischen Ausbildung, wie zum Beispiel auf dem Gebiet der Sozialhygiene. In Preußen gab es eine staatliche Gesundheitspolizei seit Anfang des 18. Jahrhunderts. Bereits 1764 hatten sich die Kreisphysiker einer besonderen Prüfungsordnung zu unterziehen. Ihnen war die Überwachung und Kontrolle der Medizinalpersonen des Kreises, die Visitation der Apotheker sowie die gerichtsmedizinische Begutachtung übertragen. Weiterhin zählten die Aufsicht über die Hospitalkranken, die Examinierung von Hebammen und Barbiergesellen, die Bekämpfung der Pfuscherei und die Einleitung seuchenhygienischer Maßnahmen im Falle einer Epidemie zu ihren Aufgaben. Außerdem waren diese Ärzte dazu verpflichtet, arme Kranke kostenlos zu behandeln. Ein solches gering besoldetes Nebenamt hatten 1827 fast die Hälfte aller promovierten preußischen Ärzte inne. Sie standen damit als Beamte unmittelbar dem Staat zur Verfügung. Seit 1812 wurden die Stadt- und Kreisphysici direkt vom Staat eingestellt und bezahlt (vgl. Frevert 1984, S. 43). Sie waren anfangs hauptsächlich nebenamtlich tätig. Die unsichere Einkommenslage motivierte viele Ärzte dazu, sich neben ihrer Privatpraxis noch um ein städtisches oder staatliches Amt zu bewerben, insbesondere um die Stellung eines Stadt- oder Kreisphysikers, dass mit einem geringen festen Gehalt besoldet war. Die städtischen Magistraten beauftragen bereits seit dem 16. Jahrhundert einen Arzt mit der Wahrnehmung bestimmter gesundheitsfürsorgender Aufgaben (vgl. 1984, S. 23). Mit dem Anwachsen sanitätspolizeilicher Aufgaben im Zuge des Ausbaus des öffentlichen Gesundheitswesens avancierte das zeitlich bisher wenig anspruchsvolle Nebenamt zur vollbesoldeten hauptamtlichen Tätigkeit. Die beamteten Ärzte mussten für dieses Amt auch eine weitergehende Qualifikation erwerben und etablierten sich zu Spezialisten für öffentliche Gesundheitspflege. 1884, 1886 und 1888 wurden in Berlin erstmals bakteriologische Fortbildungskurse für Medizinalbeamte abgehalten (vgl. Huerkamp 1985, S. 170, Ellerkamp 1991, S. 15).

Solange Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst ihre Tätigkeit im Nebenamt ausübten, gab es Konkurrenz und Konflikte mit nicht beamteten Arztkollegen. Die Ausführung von Impfungen und die Schulgesundheitspflege begründeten Konkurrenzkämpfe im Rahmen der Ausweitung der ärztlichen Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitspflege, da sowohl die beamteten Ärzte wie auch die praktischen Ärzte diese Aufgaben für sich beanspruchten.

In jüngster Geschichte wurde mit der Neuregelung des öffentlichen Gesundheitswesens im Jahre 1934 zwar ein einheitliches Medizinalbeamtenamt geschaffen, jedoch konnte der öffentliche Gesundheitsdienst im medizinischen Versorgungssystem keinen größeren Stellenwert einnehmen. Er wurde gesundheitspolitisch im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung in eine Außenseiterrolle gedrängt (vgl. Labisch 1982, S. 753). Die ideologische Auseinandersetzung „Staatsmedizin“ oder „freie Medizin“

setzte nach 1945 zwischen Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und niedergelassenen Ärzten ein (1982, S. 758). Heute scheint der intraprofessionelle Status beamteter Ärzte eher niedriger zu sein als der anderer Arztgruppen. Dies rührt daher, dass den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst immer mehr ärztliche Aufgaben entzogen wurden und auch die Einkommensverhältnisse innerhalb der Ärzteschaft sich zu ihren Ungunsten verschoben. Durch die Existenz des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die freipraktizierenden Ärzte trotzdem aus der formellen Verantwortung für die *öffentliche* Gesundheit weitgehend entlassen worden. Dadurch musste sich ihre Orientierung am einzelnen Patienten verstärken.

4 Die Trennung zwischen Krankenhausärzten und freipraktizierenden Ärzten

Innerhalb der Ärzteschaft hat eine weitere Differenzierung entlang zweier Dimensionen stattgefunden. Diese sind noch deutlicher als diejenigen zwischen Ärzten und Medizinalbeamten *positioneller* Art, da sie primär auf *inhaltliche* Aspekte der ärztlichen Tätigkeit bezogen sind. Es handelt sich dabei um die Trennung zwischen Krankenhausärzten und freipraktizierenden Ärzten sowie um die Trennung zwischen Kassenärzten und Privatärzten. Beide Gruppierungen sind eng mit der Entwicklung von Institutionen wie Krankenhäusern und Krankenkassen verbunden. Die Organisationsformen medizinischer Leistungsproduktion formiert sich in der Trennung zwischen Praxis und Krankenhäusern. Dabei wird als wichtigste Differenzierung die Trennung in einen ambulanten und stationären Sektor des Gesundheitswesens angesehen.

4.1 Die Entwicklung vom Hospital zum Krankenhaus

Die Vorläuferorganisation des heutigen Krankenhauses war das mittelalterliche Hospital. Ursprünglich waren Hospitäler meist Klöstern angegliedert (vgl. Jetter 1973, S. 9, vgl. auch Fischer 1982, S. 29; 31). Ein zentrales Moment des Medikalierungsprozesses, der den Einfluss des Staates und der medizinischen Profession auf die Bevölkerung allmählich vergrößerte, erfolgte mit der Strukturveränderung und dem Ausbau der Krankenhäuser (vgl. Frevert 1984, S. 74). Auch nach dem Mittelalter haben die Klöster Hospitäler betrieben. Im Laufe der Kommunalisierung der großen urbanen Zentren wurden Hospitäler von Bischöfen und den Städten gegründet, sowie auch vom Adel und weltlichen Herrschern (vgl. Jetter 1973, S. 12 ff.).

Die radikalen Veränderungen in der Medizin am Anfang des 19. Jahrhunderts, wie sie die Entstehung und Durchsetzung der modernen klinischen Methoden in Paris, Wien, Dublin und London mit sich gebracht hatten, die Einführung physikalisch-chemisch-diagnostischer Methoden in diese klinische Medizin, die Emanzipation der Physiologie

von der Naturphilosophie und der Aufstieg zu einer modernen naturwissenschaftlich geprägten Wissenschaft blieben nicht ohne Konsequenzen für die Entwicklung des Krankenhauses (vgl. Eckart 1990, S. 242 f.; Wischhöfer 1991, S. 208). Dies bewirkten auch die neuen Konzepte und Grundlagen der Medizin, wie sie die Zellulärpathologie und die Bakteriologie darstellten. Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts war der Charakter der Krankenanstalten zwar gewissen Wandlungen unterworfen gewesen, aber an den alten Bindungen des Krankenhauses und seinen vielfältigen Funktionsweisen wie der Pflege der Armen, Herbergslosen, Alten und Kranken hatte sich wenig verändert. Mit der Durchsetzung der neuen klinischen Medizin begann eine radikale *Funktionseinen-gung* auf die ausschließliche Behandlung von kranken Menschen. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts verstärkte sich diese Tatsache unter dem Eindruck einer zunehmend naturwissenschaftlichen *Laboratoriumsmedizin* (vgl. Eckart 1990, S. 243). Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts zeichnete sich auch in Deutschland eine Entwicklung ab, die *Michel Foucault* in seiner Studie über Frankreich als „Geburt der Klinik“ bezeichnete (vgl. Frevert 1984, S. 74). Es bildete sich eine Sphäre unter staatlicher Anleitung und Aufsicht heraus, in der sich die ärztliche Kunst entfalten konnte. Das ehemalige Hospital als Experimentierstätte wandelte sich seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts aus einem Aufbewahrungssyhl für Alte und Sieche in einen Pflege- und Behandlungsbereich. In dieser Übergangsperiode zwischen 1750 und 1870 bestanden beide Funktionen des Krankenhauses nebeneinander (vgl. Jetter 1973, S. 110). Es gab nur sehr wenige Institute, die die Aufnahme chronischer Pflegefälle zugunsten der reinen Behandlungspraxis verweigerten (vgl. Frevert 1984, S. 75). Nach der Reformation gingen im Zuge der einsetzenden Säkularisierung viele vormals geistliche Hospitäler in die kommunale Verantwortung über. Erst mit dem Einzug der Medizin in die Hospitäler zu Beginn des 19. Jahrhunderts wandelten sich die an multifunktionellen Problemlagen orientierten Hospitäler in spezialisierte Einrichtungen des Gesundheitswesens, den Krankenhäusern. Im gleichen Zuge setzte die eigentliche Verwissenschaftlichung der akademischen Medizin sowie eine Umorientierung der ärztlichen Ausbildung ein. Dabei wurde die klinische Erfahrung im wachsenden Maße sowohl für die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin wie auch für die ärztliche Ausbildung von Bedeutung. Es entstand so ein zirkulärer Prozess wechselseitiger Verstärkung von medizinischem Fortschritt und funktioneller Spezialisierung der Hospitäler auf die Krankenbehandlung (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 134). Der preußische Staat erkannte gegen Ende des 18. Jahrhunderts bereits die Wichtigkeit von Krankenpflegeanstalten und unterstellte sie, ihrer Bedeutung entsprechend, dem Schutz des Allgemeinen Landrechts von 1794 (vgl. Adam 1959, S. 272).

4.2 Die Sicherung einer adäquaten Nachfrage von Krankenhausbehandlungen durch eine staatliche Kassenpolitik

Der Wachstumsprozess der Krankenhäuser setzte natürlich eine adäquat wachsende Nachfrage von Krankenhausbehandlungen voraus. Faktoren wie die Urbanisierung und das Entstehen eines städtischen Proletariats, das mit zunehmender Existenz von Hilfs- und Unterstützungskassen in die Lage versetzt wurde, einen Krankenhausaufenthalt zu finanzieren, unterstützten das Nachfragewachstum. In diesem situativen Kontext von Industrialisierung, Arbeiterfrage und Krankenkassen im Zeitraum von 1840-1880 ist argumentativ hervorzuheben, dass die aus der Medizinalreformbewegung kommende Forderung nach einer allgemeinen, alle unbemittelten Bevölkerungsgruppen erfassenden öffentlichen Gesundheitspflege zur Abwehr von drohendem Pauperismus und Proletarisierung nicht nur aus finanziellen Gründen wenig akzeptiert wurde. Aus politischem Kalkül widersprach eine in ihren Folgen unabsehbare Sozialpolitik der liberalen Orientierung. Sowohl die Einstellung der preußischen Gewerbepolitik wie auch die Handlungslogiken der erstarkenden Wirtschaftsbourgeoisie, die im Liberalismus eingebunden waren, schlossen allzu weitgehende Eingriffe marktfremder Kräfte in die Ökonomie aus. Mit der allmählichen Umformung der Pauperismusdebatte und der Diskussion um die Soziale Frage zur Debatte über Lohnarbeiter fand eine langsame Abkehr von paternalistischem Versorgungskonzepten statt (vgl. Frevert 1984, S. 149). Die Motivationsorientierung der Arbeiter sollte in die Richtung *Selbsthilfe* gesteuert werden. Präferiert wurde, ein Bewusstsein von mehr Eigenverantwortlichkeit für die physische Reproduktion zu schaffen. Staat und Kommunen behagte es nicht, die Kosten für eine Wiederherstellung der durch Krankheit geschwächten Arbeitskraft zu übernehmen. Auf einem politisch tragenden Fundament wurde im Modell einer Kollektiven Krankenversicherung der Arbeiter in Form *gemeinsamer Kassen* in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Lösung gesehen, die Folgeprobleme zunehmender Erkrankungshäufigkeit und -dauer handarbeitender Unterschichten einzudämmen. Die eigentlichen Probleme wie das Erlassen von Arbeiterschutzmaßnahmen, die Gewerbehygiene, eine Verbesserung insbesondere der Wohnverhältnisse von Arbeiterfamilien fanden in der Zeit von 1850 - 1880 noch wenig politisches Interesse. Sichtlich favorisiert wurde dagegen die Entwicklung des Krankenkassenwesens. Flankiert wurde dies von Gesetzen, Verordnungen und Kontrollen. Innerhalb dieser staatlichen Steuerung trat 1845 die Allgemeine Gewerbeordnung in Preußen in Kraft, die den Gemeinden die Möglichkeit einräumte, am Ort beschäftigte *Gesellen und Gehülfen* zum Beitritt zu gewerblichen Unterstützungskassen zu verpflichten. Mit dem vom Deutschen Reichstag verabschiedeten Gesetz über die Gesetzliche Krankenversicherung von 1883, das einen Versicherungszwang für fast alle in Handwerk und Industrie beschäftigten Arbeiter vorsah, konstituierte der Staat aus einer Kann-Regelung eine Muß-Regelung (vgl. Frevert 1984, S. 150). „Selbsthilfe“ als Gegenmodell zum „Hospital-

geist“ führte im Spiegel bürgerlicher und kommunaler Interessen Spar- und Krankenkassen (vgl. Frevert 1984, S. 151). Die Staatliche Kassenpolitik rangierte zwischen Armutsprävention und sozialer Integrations-Technologie (vgl. Göckenjan 1981, S. 20). Erst allmählich führte die Krankenhausentwicklung zur Herausbildung einer besonderen Berufsgruppe von Krankenhausärzten und spezialisiertem Pflegepersonal. Insbesondere organisierten die kleineren Krankenhäuser im 19. Jahrhundert die ärztliche Versorgung nach dem Belegarztsystem (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 136). Festangestellte Ärzte, die keine eigene Praxis führen durften, fanden zumeist in großen Krankenhäusern Einstellungen (vgl. Goerke 1976, S. 62). Auf diese Weise wurden – und werden teilweise bis heute – Assistenzärzte rekrutiert. Für die leitenden Ärzte (Chefärzte) wurde das Belegarztsystem in modifizierter Form durch Inkorporation ihrer Privatpraxis in das Krankenhaus beibehalten. So bestand für sie die Möglichkeit, ärztliche Privateinnahmen wahrzunehmen. Die Krankenhäuser konnten folglich angesehene Ärzte gewinnen, die ansonsten zumeist in lukrative Privatkliniken abgewandert wären. So entstand das bis heute umstrittene System der ärztlichen Versorgung mit liquidationsberechtigten Chefärzten und Privatabteilungen in Krankenhäusern, die in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft geführt werden. Es entwickelte sich auf Grund einer offenbaren Interessenkoalition zwischen privilegierten Ärzten und Krankenhausträgern. Es stammt aus der Frühphase der Krankenhausentwicklung und aus der Perspektive großer formaler Organisationen in öffentlicher und gemeinnütziger Trägerschaft. Dieses anachronistische Prinzip stellt heute den Rest einer personellen Verklammerung zwischen den Berufsgruppen der selbständigen praktizierenden und der angestellten Krankenhausärzte dar. Zu konstatieren ist in diesem Zusammenhang, dass erst mit dem Verschwinden dieser noch zu einer Übergangsphase gehörenden Gruppe privat liquidationsberechtigter Krankenhausärzte die funktionelle Differenzierung zwischen diesen beiden Ärzteguppen abgeschlossen sein wird (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 136, Narr 1988, S. 312. 7 Rd. 495a). Das Entstehen der Krankenhäuser als spezialisierte Einrichtungen der medizinischen Versorgung gewichtete enorm die Bedeutung des stationären Sektors im Gesundheitswesen. So hatte die Bedeutung größerer formaler Organisationen für die Produktion von Gesundheitsleistungen ständig zugenommen.

Die Vielfalt von Prozessvarianten über ärztliche berufliche Differenzierungsprozesse in der Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland lässt sich nicht in einer einzigen Formel darstellen. Ärztliche Spezialisierungsprozesse entsprechen nur teilweise dem Modell der *Arbeitsteilung*, wobei aus einer umfassenden Rolle mehrere Rollen mit spezialisiertem Tätigkeitsprofil entstehen (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 131). Die Differenzierungsprozesse variieren innerhalb der Aufgabenverteilung zwischen mehreren schon bestehenden Berufsgruppen mit überlappenden Tätigkeitsprofilen und der Integration mehrerer verschiedener Berufe zu einem neuen Beruf sowie der partiellen Absorption von Tätigkeitselementen eines bestehenden in einen anderen Beruf. Davon wird der eine erweitert und aufgewertet, der andere funktionell abgewertet. Andere neue

Berufe entstehen aufgrund neuer Tätigkeitschancen und wachsendem Bedarf. Differenzierungsprozesse finden nicht nur auf der Ebene von Tätigkeiten statt, sondern auch vorwiegend innerhalb positionell unterschiedlicher Rollen. Funktionelle und rangmäßige Differenzierungen treten meist zusammen auf; vor allem gibt es nur selten rangmäßig völlig neutrale funktionelle Differenzierungen (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 132).

5 Zur Berufsgeschichte der Zahnärzte

Einen besonderen Entwicklungsverlauf nahm die Gruppe der Zahnärzte. Die heilkundliche Tätigkeit wurde ursprünglich von nicht approbierten Heilpersonen wie Badern und Barbieren durchgeführt. Um 1800 wandten sich erstmals auch approbierte Ärzte der Behandlung von Zähnen zu. Zwei Berufskategorien entwickelten sich: nämlich zum einen die Gruppe der approbierten Zahnärzte und zum anderen die Dentisten. Die approbierten Zahnärzte wurden in Preußen ähnlich wie die Wundärzte zunächst an medizinisch-chirurgischen Lehranstalten und später nach der Mitte des 19. Jahrhunderts an den Universitäten ausgebildet. In dem Maße, wie sich die Zahnheilkunde zu einem wissenschaftlichen Teilgebiet der Medizin emanzipierte, entstand parallel ein Bedürfnis nach gegenseitigem Erfahrungsaustausch. Die auf lokaler Ebene gebildeten Vereinigungen, wie in Berlin, Hamburg, Leipzig und Dresden, schlossen sich 1859 zum „Centralverein Deutscher Zahnärzte“ zusammen (vgl. Tiemann/Herber 1980, S. 12). Der wissenschaftliche Informationsfluss und Gedankenaustausch erfolgte durch Jahrestagungen und der Redaktion einer wissenschaftlichen Zeitung (vgl. Marezky/Venter 1979, S. 15). Der Centralverein war nicht nur ein Zirkel von Wissenschaftlern, sondern die eigentliche, wenn auch nur lose, Ständevertretung der approbierten Zahnheilkundler (vgl. Tiemann/Herber 1980, S. 12, 13). Erst 1909 erreichten die Zahnärzte mit dem Erlass einer neuen Prüfungsordnung die seit langem geforderte Gleichstellung mit den akademisch gebildeten Ärzten. Mit der Einführung der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes 1869, die auch das Verbot der Kurpfuscherei aufhob, hatten die Dentisten eine Legitimation ihrer handwerklich-praktischen Tätigkeit erhalten (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 125). Diese gründeten 1882 eine Fachschule, 1900 ein Lehrinstitut in Berlin und 1920 kam es zur Einführung einer staatlichen Dentistenprüfung (vgl. Tiemann/Herber 1980, S. 13). Die gesonderte Dentistenausbildung wurde 1952 abgeschafft und diese Berufsgruppe in den Berufsstand der Zahnärzte eingegliedert. Dieses Gesetz beseitigte auch die bis dahin bestehende grundsätzliche Kurierfreiheit und nahm gleichzeitig die Zahnärzte aus der seit 1869 bestehenden Einordnung in die Gewerbeordnung heraus. Anders als für Ärzte und Tierärzte war die Geltung des § 29 GewO für Zahnärzte bis dahin nicht beseitigt worden und trotz gleichgelagerter Probleme im Vergleich zu Ärzten und Tierärzten erlangte dieser Beruf eine einheitliche und erschöpfende Kodifizierung seiner Rechtsverhältnisse oder eine Reichszahnärztekammer auch im Dritten Reich nicht mehr

(vgl. Taupitz 1991, S. 314, 315). Diese Entwicklung verbindet den Prozess der Integration der sich stabilisierenden Arbeitsteilung mit einer Ausschließung, obwohl die heutige Zahnärzteschaft eher wie das Ergebnis eines Prozesses der Innendifferenzierung erscheint (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988, S. 126, Taupitz 1991, S. 313). Die Existenz gesonderter Kassenzahnärztlicher Vereinigungen verweist jedoch noch immer auf die tatsächliche Genese des Zahnheilberufs.

Literatur:

- Ackerknecht, Erwin, 1986⁵: Geschichte der Medizin. Stuttgart. 239 S.
- Adam, W., 1959: Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten. In: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften. Bd. 6. Göttingen. S. 272-276.
- Eckart, Wolfgang, 1990: Geschichte der Medizin. Berlin.
- Ellerkamp, Marlene, 1991: Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht. Zu den sozialen Kosten der Industrialisierung: Bremer Textilarbeiterinnen 1870 - 1914. Göttingen.
- Eulenberg, Hermann, 1874: Das Medicinalwesen in Preussen. Nach amtlichen Quellen bearbeitet (= 3 umgearb. Aufl. von W. v. Horn, Das preußische Medicinalwesen). Berlin.
- Fischer, Wolfram, 1982: Armut in der Geschichte. Erscheinungsformen und Lösungsversuche der „Sozialen Frage“ in Europa seit dem Mittelalter. Göttingen.
- Frevort, Ute, 1984: Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen.
- Freyer, Hans, 1955: Theorie des gegenwärtigen Zeitalters. Stuttgart.
- Göckenjan, Gerd, 1981: Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversorgung. In: Leviathan. Jg. 9, S. 8-38.
- Goerke, H., 1976: Personelle und arbeitstechnische Gegebenheiten im Krankenhaus des 19. Jahrhunderts. In: Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland. Göttingen, S. 56-71.
- Gottstein, Adolf, 1929: Die Lehre von den Epidemien. Berlin.
- Huerkamp, Claudia, 1980: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland – Überlegungen zum Wandel des Arztberufes im 19. Jahrhundert. In: GG. Bd. 6. 1980. S. 349-382.
- Huerkamp, Claudia, 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen.
- Jetter, Dieter, 1973: Grundzüge der Hospitalgeschichte. Darmstadt. 135 S.
- Labisch, Alfons, 1982: Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. In: Öffentliches Gesundheitswesen 44, S. 745-761.
- Labisch, Alfons, 1992: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt.
- Maretzky, Kurt; Venter, Robert, 1979: Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes. Köln.
- Mayntz, Renate, 1988: Funktionale Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In: Mayntz, Renate; Rosewitz, Bernd; Schimank, Uwe; Stichweh, Rudolf: Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt, S. 11-44.
- Narr, Helmut, 1988: Ärztliches Berufsrecht. Ausbildung – Weiterbildung – Berufsausübung. Bd. 2, Köln. Loseblattsammlung (Stand: Oktober 1988).
- Pettenkofer, Max v., 1873: Was man gegen die Cholera tun kann. München.

- Quincke, H., 1906: Ärztliche Standesangelegenheiten. Über ärztliche Spezialitäten und Spezialärzte. In: Münchner Medizinische Wochenschrift. Bd. 53. S. 1213- 1217.
- Taupitz, Jochen, 1991: Die Standesordnungen der freien Berufe. Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem. Berlin, New York.
- Tiemann, Burkhard; Herber, Reinold, 1980: System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
- Virchow, Rudolf, 1849: Die Not im Spessart. Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. Nachdruck der Ausgabe Berlin 1849. Hildesheim.
- Wischhöfer, Bettina, 1991: Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft in der Aufklärung. Das Beispiel Lippe 1750-1830.

Dr. Gerd Hörnemann
Walhovener Str. 53
41539 Dormagen
Tel.: ++49.02133.47260

Gerd Hörnemann, geb. 1957 in Neukirchen-Vluyn, Studium der Rechtswissenschaft in Bonn 1977 bis 1985; Studium der Verwaltungswissenschaft in Konstanz 1985 bis 1989. Promotion 1993. Seit 1989 freier Mitarbeiter am Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Konstanz bei Prof. Dr. Horst Baier. Derzeit Institut für Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung (IGO) Köln, Priv.-Doz. Dr. habil. Jost Bauch. Buchveröffentlichungen: Kassenarzt als Freier Beruf, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1994. Die Selbstverwaltung der Ärztekammern, Hartung-Gorre Verlag, 2. Aufl., Konstanz 1995. Bauch, Jost; Hörnemann, Gerd (Hrsg.): Gesundheit im Sozialstaat, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1996. Die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem. Ein Weiterentwicklungsvorschlag, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1997.