

Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 - ca. 1965)

Alfons Labisch und Florian Tennstedt

Vorbemerkung

Die besonderen Schwierigkeiten der folgenden Ausführungen liegen darin, daß bislang keine historische Untersuchung zu Prävention und Prophylaxe als Handlungsfeldern der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland vorliegen. Zwar werden vielerorts historische Daten und Hintergründe angesprochen. Diese Bemerkungen betreffen jedoch mehr oder weniger deutlich die jeweils nachfolgenden medizinischen, sozialmedizinischen oder gesundheitspolitischen Erörterungen.

Ein weiteres Problem liegt in den Quellen: Die einschlägigen Aktenbestände der beteiligten politischen Körperschaften, Verwaltungen, Organisationen und Verbände sind kaum zugänglich; falls sie zugänglich sind - wie etwa im Bundesarchiv Koblenz (BArchKobl) - sind sie größtenteils noch nicht systematisch aufgearbeitet. Die übliche Sperrfrist für Archivalien (30 Jahre) führt überdies dazu, daß bedeutsame Diskussionen, wie etwa zum Krankenversicherungsneuordnungsgesetz oder zum 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz, nur in Teilen oder gar nicht eingesehen werden können.

Um in diesem mithin historisch unberührten Feld einen Erkundungsgraben zu legen, schien es uns angemessen, der Diskussion einschlägiger Gesetze bzw. Gesetzentwürfe auf der Ebene des Bundes zu folgen. Dies erfolgt im wesentlichen anhand der Akten des Bundesministeriums des Innern (BMI) und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) im BArch Koblenz; die Akten zum Beispiel des Bundestages und anderer Körperschaften und Verbände konnten aus Zeitgründen nicht eingesehen werden. Im folgenden können also keine endgültigen Aussagen getroffen, sondern Probleme und Themen nur angesprochen werden.

1. Die Gründungsphase der Bundesrepublik Deutschland (1949 - 1952)

1.1 Die verfassungsrechtliche und administrative Situation

Die Bundesrepublik Deutschland wurde mit der Verkündung des Grundgesetzes (GG) durch den Parlamentarischen Rat am 23. Mai 1949 gegründet. Das GG überantwortete das Gesundheitswesen der konkurrierenden

Gesetzgebung. Konkurrierende Gesetzgebung bedeutet, daß die Länder die Gesetzgebungskompetenz haben, solange der Bund nicht gesetzgebend tätig wird. Der Bund kann die Gesetzgebung an sich ziehen. Bundesrecht verdrängt dann gegebenenfalls Landesrecht. Die Ausführung der Bundesgesetze kann den Ländern übertragen werden. Die Verwaltungshoheit liegt gänzlich bei den Bundesländern. Es war der Gesundheitsministerkonferenz nicht gelungen, »eine Generalklausel auch für das Gesundheitswesen in das Grundgesetz hineinzubringen« - so Redeker am 13. April 1950 auf der ersten gemeinsamen Tagung der Referenten der Gesundheitsabteilung im BMI und der leitenden Medizinalbeamten der Länder (BArch Kobl., B 142, Nr. 677, Protokoll der Sitzung, S. 5). Für das Gesundheitswesen umfaßt die konkurrierende Gesetzgebung gemäß Art. 74 Nr. 7, 19 und 20 des GG nach dem Stand von 1949:

- Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren;
- Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe;
- Verkehr mit Arzneien, Heil- und Behandlungsmitteln;
- das gesamte Lebensmittelrecht;
- die öffentliche Fürsorge.

Außerdem gab es kein Bundesgesundheitsministerium (BMGes), sondern als Abteilung IV nur eine »Gesundheitsabteilung« im BMI. 1950 begann daher auch die Diskussion, ein eigenständiges BMGes einzurichten - dies sollte allerdings erst 1961 geschehen. Bedeutsam für die Geschichte des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens ist ferner, daß die Sozialversicherung einschließlich der Krankenversicherung - und damit auch das Kassenarztrecht - beim BMAS ressortiert. Diese historisch begründete Dualität von Medizinalwesen und Sozialversicherung in den Ministerien auf Reichs- bzw. Bundesebene wurde also ebenfalls nicht überwunden.

Die für das Gesundheitswesen als Teil der inneren Staatsverwaltung zuständigen Minister und Senatoren der Länder trafen sich am 26. Januar 1949, also noch vor der Gründung der BRD, in Bad Pyrmont. Aus dieser Konferenz ging die »Arbeitsgemeinschaft der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister«, ab 1958 »Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder« (GMK) hervor. Unterhalb dieser Ebene wiederum hatten sich die zuständigen leitenden Medizinalbeamten der Länder bereits seit 1948 zu Vorbesprechungen getroffen. Aus diesen Zusammenkünften bildete sich die auch heute noch ein-

flußreiche Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB). Am 12. September 1950 wurde durch Beschluß der Bundesregierung als beratendes Gremium der Bundesgesundheitsrat (BGR) gebildet. Am 27. Februar 1952 wurde per Gesetz das Bundesgesundheitsamt (BGA) als selbständige Bundesbehörde eingerichtet (BGBl I 121).

Die Situation der Administration des Gesundheitswesens auf den Ebenen von Bund und Ländern war (und ist) in der Bundesrepublik Deutschland durch das Problem teils offener, teils unterschiedlicher Kompetenzen und Zuständigkeiten zu kennzeichnen. Diese Problematik wurde (und wird) zunächst zwischen Bund und Ländern, zwischen den einzelnen Ländern sowie zwischen den verschiedenen Ministerien des Bundes und der Länder in teils erbitterten Streitigkeiten ausgefochten.

Die wesentlichen legislativen und administrativen Aufgaben in der Gründungsphase der BRD lassen sich unter dem Begriff der Angleichung an die neuen politischen, rechtlichen und administrativen Verhältnisse zusammenfassen. Dies betraf einmal Gesetze zur Organisation des Gesundheitswesens - und hier in erster Linie das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) von 1934 - sowie das Arzt- und Kasernenrecht von 1933 bis 1935 einschließlich der in der Zeit zwischen 1945 teils durch die Besatzungsmächte, teils durch die regionalen Entwicklungen der Länder gegebenen Änderungen; dies betraf ferner Gesundheitsgesetze aus der NS-Zeit, die nach wie vor in Teilbereichen bzw. in einzelnen Bundesländern als gültig angesehen wurden - darunter auch das Sterilisations- und das Ehegesundheitsgesetz. Besonders diese Frage bedarf eingehender historischer Untersuchungen (vgl. vorerst Sons 1983).

Hier ist auch auf die Konstanz von Personen und Konzepten der Sozial- und Rassenhygiene hinzuweisen. Auf diesem Gebiet sind interessante Studien anzusehen. Als Beispiele seien genannt: Wilhelm Hagen, als sozialdemokratischer Stadtarzt in Frankfurt am Main 1933 aus dem Dienst vertrieben, 1949 Referent für Gesundheitsfürsorge in der Gesundheitsabteilung des BMI; Hermann Redetzky, der als Medizinalassessor 1932/33 im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt einen Plan zur Reform des Kreisarztwesens ausarbeitete, 1933 freiwillig den Dienst quittierte, 1946 die erste Poliklinik in der damaligen SBZ gründete und wesentlich die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens in der späteren DDR beeinflusste - und zwar gemäß seinen bereits 1932/33 entstandenen Grundgedanken. Die eugenische bzw. rassenhygienische Tradition ist hier

nicht einmal angesprochen: hier sind noch erhebliche Forschungsarbeiten zu leisten.

1.2 Die Diskussion des GVG

In Hinsicht auf das hier zu behandelnde Thema ist besonders die Diskussion um das GVG von Bedeutung. Durch das GVG vom 3. Juli 1934 waren die klassischen Aufgaben des staatlichen Gesundheitsschutzes und der kommunalen Gesundheitspflege mit den neuen Aufgaben der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege zu einer bislang unbekanntem Trias öffentlicher Gesundheitssicherung zusammengeführt worden.

Die wesentlichen Probleme des GVG nach 1945 ergaben sich weniger aus seiner Rolle in der erbgenehmigten »Ausmerze« und »Volksaufartung« des nationalsozialistischen Gesundheitswesens. Als problematisch galten vielmehr die rechtssystematische Einordnung des GVG in den Verfassungsaufbau der BRD und innerhalb dessen die staatliche oder kommunale Anbindung der Gesundheitsämter. Die Diskussion um den rechtlichen Stellenwert des GVG bildete mit Gründung der BRD daher eine Art Hintergrunddiskussion zur Organisation der Gesundheitsvor- und -fürsorge. Strittig war zunächst einmal, ob das GVG als ehemaliges Reichsgesetz überhaupt als Bundesrecht zu gelten hätte. Diese Auffassung vertrat die Gesundheitsabteilung des BMI von Anfang an. Redeker betrachtete »das Vereinheitlichungsgesetz als fortgeltendes Bundesrecht«; bereits 1950 beschwor Redeker auch die Gefahr, daß die Fürsorge und die Sozialversicherung in die durch das GVG zusammengeführten Zweige der Gesundheitsfürsorge einbrechen würden, so daß letztlich nur Medizinalwesen und Gesundheitspolizei als öffentliche Aufgaben zurückbleiben würden (BArch Kobl. B 142, Nr. 677, Protokoll der Sitzung vom 13. April 1950, S. 9, 13 f.). Die Länderkommission zur Rechtsbereinigung gemäß § 123 ff. GG kam dagegen übereinstimmend zu der Ansicht, daß das GVG *kein* Bundesrecht sei.

Innerhalb der Länder stellte sich je nach historischer Tradition und politischer Ausrichtung die Frage, ob die Gesundheitsämter staatliche oder kommunale Behörden seien. Zu beachten ist dabei, daß viele Länder bereits vor der Gründung der BRD eigene Regelungen erlassen hatten. So hatte das Land Nordrhein-Westfalen am 30. April 1948 ein Gesetz verabschiedet, das alle staatlichen Sonderbehörden einschließlich der Ge-

sundheitsämter innerhalb von drei Monaten den Städten und Kreisen eingegliedert werden mußten. Kommunalisiert wurden die Gesundheitsämter ebenfalls in Hessen, Schleswig-Holstein, Berlin, Hamburg, Bremen und ab 1978 in Niedersachsen. In Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und im Saarland wurden sie staatliche Sonderbehörden, in Niedersachsen waren sie bis 1978 teils staatliche, teils kommunale Behörden.

Ob nun Bundesrecht oder gleiches Landesrecht - faktisch wurde das GVG als Grundlage zur Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in allen Bundesländern behandelt. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 7. Februar 1957 bestätigte dies. Damit war die Situation im ÖGD jedoch keineswegs abschließend geklärt. Eine zentrale Steuerungskompetenz, wie sie bis 1945 gegeben war und auch in der Sozialversicherung als unstrittig galt, fehlte. Der Gedanke einer öffentlich anzubietenden und umzusetzenden personen- bzw. gruppenbezogenen Prävention als Aufgabe der inneren Staatsverwaltung geriet daher in der BRD schon aus verwaltungstechnischen Gründen allmählich ins Hintertreffen - ohne jemals zu greifbaren legislativen oder administrativen Ergebnissen zu führen. Dies gilt jedenfalls bis zur Diskussion bzw. Verabschiedung neuer Gesundheitsdienstgesetze (GDG) auf Länderebene (Schleswig-Holstein 1979; Berlin 1980; Bayern 1986; Baden-Württemberg 1991[?]; Nordrhein-Westfalen 1992[?]).

Darüber hinaus hatte das GVG selbst seit 1934/35 destruktiv gewirkt. Problematisch war und ist die Situation des ÖGD durch folgende historische Fernwirkungen des GVG:

- Das Berufsbild eines eigenständigen Für- und Vorsorgearztes zwischen dem staatlichen Verwaltungsarzt und dem praktischen Arzt im Krankenhaus oder in der Niederlassung;
- das Berufsbild eines eigenständigen Gesundheitsfürsorgepersonals;
- die gruppen- und gemeindeorientierte Gesundheitsfürsorge und -vorsorge als wissenschaftlicher und praktischer Disziplin der Medizin;
- hier besonders die in die allgemeine Wirtschafts-, Jugend- und Familienfürsorge integrierte zu- bzw. nachgehende Gesundheitsfürsorge - und schließlich
- das Verständnis der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge als Aufgabe kommunaler Selbstverwaltung

sind durch die Konstruktionsmerkmale des GVG nachhaltig zerstört worden - und zwar in einem Maße, daß man sich ihrer über lange Zeit nicht

einmal mehr erinnerte (Labisch/Tennstedt 1985, 1988). Die personellen und konzeptionellen Anknüpfungspunkte, die sich über die NS-Zeit gerettet hatten, konnten hingegen keine neue Kraft gewinnen. Man muß vielmehr annehmen, daß ebenso wie in der ärztlichen Selbstverwaltung die Kassenärzte und ihre Funktionäre auch im ÖGD die Amtsärzte der NS-Zeit »grosso modo« weiter arbeiteten. Hier müssen ebenfalls historische Orts- und Regionalstudien weiterhelfen. Überdies begannen nun die spezifischen verfassungsrechtlichen und politischen Gegebenheiten der BRD zu wirken.

1.3 Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und das Kassenarztrecht

Entscheidungen, die die Diskussion der Prävention und Prophylaxe in der BRD wesentlich beeinflussen sollten, wurden indes auf anderen Gebieten gefällt. Am 22. Februar 1951 wurde per Gesetz in allen Versicherungszweigen die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wieder hergestellt (BGBl I 124) - nunmehr auf der Basis der Parität von Arbeitnehmern und Arbeitgebern:

»Damit war die von 1883 - 1934 gesetzlich verankerte Arbeitnehmermehrheit in der Krankenversicherungsverwaltung beendet . . . Durch diese restriktive Regelung und durch die neue Gewerkschaftsstruktur wurde vollendet, was 1933 begonnen worden war: die soziale Selbstverwaltung verlor ihre politische Komponente.« (Tennstedt 1976: 414 f.)

Einer der von Bismarck als Korrelat zum Zwang bewußt installierten Mechanismen, der sich im Laufe der Geschichte der deutschen Sozialversicherung als Motor zur ständigen Reform des Systems erwiesen hatte, war damit entfallen. Ausschlaggebend für diesen tiefen Eingriff war das Modell der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Dieses Modell hatte den Ausschlag dafür gegeben, daß der Arbeitnehmerflügel der CDU der paritätischen Mitbestimmung zustimmte.

Die nächste wesentliche Entscheidung fiel in der Frage der Position der Ärzteschaft in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion. Die reichsweiten Organisationen der deutschen Ärzteschaft, die Reichsärztekammer (RÄK) und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD), waren am 10. Oktober 1945 durch den Alliierten Kontrollrat aufgelöst worden. Die Notwendigkeit, die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung zu organisieren, hatte zwischen 1945 und 1949 zu vielfältigen

regionalen Regelungen geführt (Berger 1974). Insgesamt war es den Kassenärzten sogar gegen die Siegermächte gelungen, jegliche Dekartellierungsversuche ihres Behandlungsmonopols bis hin zur Reform der Sozialversicherung samt des Kassenarztrechts zu verhindern. Ein Entwurf zu einem Ärztekammergesetz des vereinigten Wirtschaftsrates wurde im Juni 1949 von den Alliierten im Hinblick auf die entstehende BRD zurückgestellt. Dieser Entwurf war die Grundlage eines Referentenentwurfes eines »Gesetzes zur Regelung der Beziehung zwischen Ärzten, Zahnärzten, Dentisten und Krankenkassen (Kassenarztrecht)«, der am 1. Oktober 1951 im BMAS als Kabinettsvorlage vorgelegt wurde. Die nunmehr eröffnete, jahrelange Diskussion des Kassenarztrechtes leitet in eine erste sozial- und gesundheitspolitische Anpassungsphase an die Realitäten der BRD über.

1.4 Möglichkeiten von Prävention und Prophylaxe in der BRD: Ein Resümee der Gründungsphase

Als Resümee der Gründungsphase der BRD läßt sich für die legislativen und administrativen Möglichkeiten von Prävention und Prophylaxe auf bundesstaatlicher Ebene festhalten: Die Anregungen zu gesundheitspolitischer Initiative waren verfassungsrechtlich und administrativ nicht durchsetzungsfähig. Die Position des ÖGD war weniger durch historische Belastung als durch die Konstruktionsmerkmale des GVG und die Rechtsunsicherheit über seine verfassungsgemäße Einordnung schwach. Der reformerische Stachel in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung war durch die paritätische Mitbestimmung unter dem Modell der Sozialpartnerschaft gestutzt worden. Gleichzeitig konsolidierten sich die Organisationen der niedergelassenen Ärzte in den öffentlich-rechtlichen (Landes-) Ärztekammern, später auch in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf Landesebene sowie bundesweit in verbandspolitischen Vereinen wie dem traditionellen Hartmann-Bund.

Es ist bedeutsam für die weitere Entwicklung, daß das Arztbild des sogenannten »frei niedergelassenen Arztes«, der tatsächlich ein niedergelassener *Kassenarzt* ist, in der BRD als einzig zulässiges Berufsbild galt. Die Einigung über die individuelle Prävention durch den Kassenarzt und die öffentliche Prävention durch den Kommunalarzt, die bereits 1930 in den sogenannten »Saalfelder Richtlinien« erreicht worden war, war vergessen.

Die im Krankenhaus tätigen Ärzte, die heute die größte Berufsgruppe unter den Ärzten darstellen, bauten Ende der vierziger bzw. Anfang der fünfziger Jahre erst mühsam eine eigenständige Interessenvertretung auf - den sogenannten »Marburger-Bund« (Gelsner 1985).

2. Die erste Phase der Diskussion präventiver Gesundheitsgesetze in der BRD (1952 - 1955)

Der Impetus zu einer neuen und eigenständigen Diskussion der Gesundheitsfürsorge wurde durch das Ziel einer »Neuordnung der sozialen Leistungen« ausgelöst. Die auf tausende von Gesetzes- und Verordnungspargraphen verteilten Regelungen der sozialen Sicherheit sollten zu einem einheitlichen Gesetzeswerk zusammengefaßt, die Leistungen an die geänderte soziale Lage angepaßt werden. Die Aufgabe, ein einheitliches sozial- und gesundheitliches Gesetzeswerk zu schaffen, wurde allerdings angesichts der Komplexität der Materie bald aufgegeben. Am 21. Februar 1952 beauftragte der Bundestag den BMAS, einen »Beirat zur Vorbereitung gesetzgeberischer Maßnahmen über die finanzielle Sicherung, Neuordnung und fortschrittliche Entwicklung der sozialen Leistungen« zu berufen. In diesem Beirat kamen Vertreter der Parteien, der Spitzenverbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, der Sozialleistungsträger und sonstige Sachverständige zusammen.

In die Neuordnung der sozialen Leistungen sollten nicht einbezogen werden:

- die Umgebungshygiene (persönliche Hygiene, allgemeine Hygiene, Wohnungshygiene, Lebensmittelhygiene) und die
- Seuchenbekämpfung als gesundheitspolizeiliche Maßnahme, nicht jedoch Geschlechtskrankheiten, ausgewählte Impfungen sowie die Bekämpfung der Tuberkulose.

Der Mutterschutz der erwerbstätigen und damit sozialversicherten Frauen wurde durch das Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz) vom 4. Januar 1952 (BGBl I 69) festgelegt. Schwangeren- und Mütterberatung inklusive Säuglingsfürsorge waren nach wie vor Aufgabe der Gesundheitsämter. Die Geschlechtskrankenfürsorge wurde durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl I 700) neu geregelt. Die vorbeugende und nachgehen-

de Fürsorge, die Beratung und die gesundheitliche Aufklärung auf diesem Gebiet wurde den Gesundheitsämtern übertragen (§ 15 GesGKr).

2.1 »Vorbeugende Gesundheitsfürsorge« - die Lex Hagen

Prävention und Prophylaxe wurden in den nächsten Jahren unter dem Begriff der »vorbeugenden Gesundheitsfürsorge« diskutiert (Hagen 1953). Wilhelm Hagen, wesentlich geprägt durch seine Tätigkeit in der Kinder- und Mütterfürsorge der Weimarer Zeit, war nun Leiter des Referats 3 »Regelung der Gesundheitsfürsorge« in der Gesundheitsabteilung des BMI. Ob und inwieweit Hagen mit seiner Initiative verhindern wollte, die Gesundheitsfürsorge ohne weitere Bedenken auf die kassenärztliche Versorgung übergehen zu lassen - so Manger-Koenig (1975, S. 486) - sei dahingestellt. Jedenfalls machte Hagen in seiner Denkschrift »Überlegungen zum Wiederaufbau der Gesundheitsfürsorge in unserem Lande« auf wesentliche organisatorische und inhaltliche Mängel der Gesundheitsfürsorge aufmerksam: insbesondere der Mutterschutz - und damit zugleich der Schutz für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder - war nur im Arbeits- und Sozialrecht, also nur für die erwerbstätigen Mütter, nicht jedoch für die wesentlich größere Zahl der nicht-erwerbstätigen Mütter geregelt; gleichzeitig enthielten die entsprechenden Paragraphen des GVG bzw. der III. DVO nur summarische Vorgaben, jedoch keine Ausgestaltung nach Umfang, Organisation sowie personeller wie finanzieller Sicherstellung der Mütterfürsorge.

Die vorbeugende Gesundheitsfürsorge als Aufgabe des ÖGD zielte nach Hagen auf den

- Schutz von keimendem Leben, Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit der Frau;
- Säuglings- und Kleinkindfürsorge;
- Fürsorge für Schulkinder und Jugendliche.

Bei den Gesundheitsämtern sollte ein Gesundheitsbeirat eingerichtet werden, der die Ärzteschaft, die freie Wohlfahrtspflege und die einschlägigen Arbeitsgemeinschaften und Vereinigungen am Ort zusammenbringen sollte. Vorsitzender sollte der oberste Verwaltungsbeamte, sein Stellvertreter und faktischer Geschäftsführer der Amtsleiter des Gesundheitsamts sein.

Hagen schwebte also Gesundheitsfürsorge im Sinne der bereits Ausgang der zwanziger Jahre konzipierten organisationsübergreifenden und

interdisziplinären »Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge« vor. Ein weiterer historischer Anknüpfungspunkt sind die klassischen Sanitäts- bzw. Gesundheitskommissionen, die die Zusammenarbeit aller einschlägiger Organisationen und Personen auf Gemeindeebene organisieren sollten - diese waren im GVG 1933/34 gezielt ausgeschlossen worden, um die reichsweite Einheitlichkeit der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege zu gewährleisten. Hagens Konstruktion hätte nicht nur die Kooperation auf örtlicher Ebene sowie die Finanzierung und Organisation der Gesundheitsfürsorge sichergestellt. Vielmehr wäre das Gesundheitsamt wieder in den Mittelpunkt der praktischen Gesundheitsfürsorge vor Ort gerückt und damit aus der Fortentwicklung der Prävention nicht mehr hinwegzudiskutieren gewesen.

Der Bundesinnenminister Robert Lehr hatte Hagens Denkschrift »Vorbeugende Gesundheitsfürsorge« am 23. Juni 1953 dem Bundestag vorgelegt. Die ursprünglich beabsichtigte Aussprache fand jedoch nicht statt. Obwohl im Zusammenhang mit dem Mutterschutzgesetz auch Hagens Initiative - als offensichtlich gebotene Ergänzung - weiter bearbeitet wurde, verlief sie zunächst im Sande. Ebenfalls 1953 münzte das 2. Kabinett Adenauer in der Regierungserklärung den Gedanken der »Neuordnung der sozialen Leistungen« zu einer »umfassenden Sozialreform« um. Das Klima für eine materielle und organisatorische Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge schien somit geschaffen zu sein.

Hagen konnte seine Gesetzesinitiative erstmals am 20. Mai 1954 auf der 1. Sitzung des Ausschusses 3 »Gesundheitsvor- und -fürsorge« des BGR vortragen. Er führte aus, daß durch ein Gesetz über vorbeugende Gesundheitsfürsorge »die im Vereinheitlichungsgesetz nur formal geregelte Gesundheitsfürsorge materiell festgelegt und die Finanzierung gesichert werden« solle (BArch Kobl. B 142, Nr. 979, Niederschrift der Sitzung, S. 4). Die Gesetzesinitiative überlebte jedoch die Legislaturperiode nicht. Sie wurde in die Diskussion um die Neuregelung der gesamten Fürsorge überführt. Ein spezifisches Gesundheitsfürsorgegesetz war damit gescheitert. Hagen selbst schreibt rückblickend (Hagen 1978, S. 8 f.):

»Es war vergebens. Die Verfassungshüter waren unerbittlich, die Angriffe kamen von allen Seiten: von der Sozialfürsorge, von den Versicherungsträgern und besonders von der ärztlichen Standesvertretung. Inzwischen ist die Vorsorge der 'Ministerialbürokratie' entzogen. An Stelle einer gezielten, nachgehenden Gesundheitsfürsorge entstand ein üppiges Angebot von Leistungen, die allerdings gerade von denen ignoriert werden, die ihrer besonders bedürfen.«

2.2 Das Gesetz über das Kassenarztrecht

Das beherrschende gesundheitspolitische Thema der Zeit war das Kassenarztrecht. Obschon scheinbar nicht zur Diskussion von Prävention und Prophylaxe gehörend, ist das Kassenarztrecht ein entscheidender Schritt für die weitere Entwicklung der gesamten medizinischen Versorgung der BRD - einschließlich der Gesundheitsvor- und -fürsorge. Der am 1. Oktober 1950 vorgelegte Referentenentwurf eines »Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Dentisten und Krankenkassen (Kassenarztrecht)« bietet darüber hinaus in seiner weiteren Diskussion ein Beispiel für die Komplexität der Gesetzgebung auf Bundesebene allgemein und der Feinheiten verbandlicher Einflußnahme im besonderen - sofern es um ein das Gesundheitswesen betreffendes Gesetz geht, das trotz allen Widerstandes verabschiedet und verkündet wurde.

Die Verbände der niedergelassenen Ärzte kämpften in engster Zusammenarbeit mit ihren öffentlich-rechtlichen Vertretungen nicht nur gegen die »Begünstigung der Ambulatorien bei Krankenhäusern«, gegen die Schaffung neuer bzw. Erweiterung bestehender »Polikliniken« - so eine Entschließung der bayerischen Ärztekammer vom 22. November 1952 (BArch Kobl, B 149, Nr. 4256, fol. S. 458) - oder gegen die Einspruchsrechte der Krankenkassen o.ä. Als Ziel schälte sich vielmehr heraus, daß die Kassenärzte auch in der BRD nicht nur in die alten, per Notverordnung vom 8. Dezember 1931 bzw. per Verordnung über die KVD vom 2. August 1933 erlangten Monopolrechte bei der kassenärztlichen Versorgung (Krankenhilfe) eingesetzt werden wollten. Vielmehr beanspruchten sie neben der »absoluten Berufsfreiheit« die »verantwortliche Mitarbeit der Gesamtärzteschaft als der tatsächlichen Träger der Gesundheitspflege (!) und der Krankenhilfe« auch bei der Neuordnung der Sozialversicherung einschließlich der gesundheitsfürsorglichen Bereiche - so in einer Resolution des Hartmann-Bundes vom 2. Februar 1955 (BArch Kobl, B 149, Nr. 6885, fol. S. 1346 f.). Der am 19. Mai 1954 dem Bund eingereichte Gesetzentwurf über das Kassenarztrecht bereitete hingegen nach dem Münchner Ärzteverein die »Kollektivierung« der Kassenärzte vor; der Entwurf sei ein »Ermächtigungsgesetz«, wie es seit 1933 nicht mehr zu Tage getreten sei; auch gegen eine KV auf Bundesebene wurde protestiert: »Das grenzt an Sozialisierung.« (BArch Kobl, B 149, Nr. 4257, fol. S. 479) Diese Stimmen mögen genügen, um einen Eindruck vom gesundheitspolitischen Stil der führenden Ärzteverbände und -körperschaften in der BRD der frühen fünfziger Jahre zu geben. Tatsächlich steht in einem in-

ternen »Vermerk über den Stand des Kassenarztrechtes« des BMAS vom 18. Juni 1954:

»Bei der Abfassung des Gesetzentwurfes haben die Regierungsparteien, insbesondere die dem Ärztestand angehörigen Abgeordneten (Dr. Hammer, Frau Dr. Steinbiß, Dr. Mörschel) sich weitgehend mit den ärztlichen Standesorganisationen, insbesondere mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verständigt.« (BArch Kobl, B 149, Nr. 4258, fol. S. 4)

Trotz aller Widerstände passierte das Gesetz über das Kassenarztrecht am 25. Juni 1955 den Bundestag in 2. Lesung und wurde - nachdem noch der Vermittlungsausschuß beansprucht werden mußte - am 7. und 8. Juli 1955 endgültig vom Bundestag und vom Bundesrat verabschiedet. Mit dem »Gesetz über die Änderung von Vorschriften des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über das Kassenarztrecht - GKAR)« vom 17. August 1955 (BGBl I 513) war das Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung in der BRD als § 368 RVO gesetzlich gesichert - und zwar, wohlgemerkt, zum ersten Mal durch ein demokratisch legitimes Verfahren.

Im Zuge der Übergangs- und Schlußvorschriften wurde mit dem Inkrafttreten des GKAR am 20. August 1955 die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Körperschaft öffentlichen Rechts auf Bundesebene eingerichtet. Die KBV trat die Rechtsnachfolge der KVD an. Der 1945 mit der Auflösung des Deutschen Reiches eingetretene rechtliche Schwebezustand im Kassenarztwesen und die inzwischen gewachsenen Regelungen auf den Ebenen der Länder und des Bundes wurden auf eine einheitliche Rechtsgrundlage gestellt.

Trotz der offenbar günstigen Situation gelang es der Ärzteschaft auf standespolitischer Ebene allerdings nicht, für die seit 1947 als »Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern« firmierende »Bundesärztekammer« (BÄK) den Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft zu erlangen - so wie er in der RÄK 1935 erreicht worden war. So gibt der Begriff BÄK zwar eine besondere öffentliche Funktion vor. Tatsächlich handelt es sich nur um einen eingetragenen Verein, also um eine private Einrichtung.

Den Schlußstrich in der absoluten Autonomie der Ärzte in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung setzte ein Urteil des BVerfG vom 23. März 1960. Mit diesem Urteil fiel die Verhältniszahl von 1 Kassenarzt auf 500 Versicherte sowie das Verhältnis 40 : 100 von Fachärzten zu Allgemeinärzten. Durch diese Verhältniszahlen sollten die Zahl der Versi-

cherten und der Kassenärzte - und hier der Allgemein- und der Fachärzte - aufeinander abgestimmt bleiben. Gleichzeitig hatten diese Verhältniszahlen den zugelassenen Kassenärzten, den sogenannten »beati possidentes«, seit jeher auch dazu gedient, die Konkurrenz innerhalb der Kassenärzte zu steuern. Hier war es insbesondere nach dem Krieg zu grotesken Notsituationen unter denjenigen Ärzten gekommen, denen die Zulassung als Kassenarzt verwehrt worden war. Nun war jedem Arzt die Niederlassung als Kassenarzt freigestellt. Dafür war nunmehr auch den KVen jede räumliche und disziplinäre Steuerungsmöglichkeit in der kassenärztlichen Niederlassung genommen - um von überprofessionellen gesundheitspolitischen Notwendigkeiten gänzlich zu schweigen.

2.3 Gesundheitsfür- und -vorsorge in der Sozialversicherung

Kennzeichnend für die weitere Entwicklung der Prävention in der BRD ist eine EntschlieÙung, die auf Initiative des SPD-Abgeordneten Ludwig Preller im Anschluß an die 2. Lesung des GKAR am 25. Mai 1955 vom Bundestag verabschiedet wurde. Diese EntschlieÙung lautet:

»Der Bundestag weist bei der Verabschiedung des Gesetzes über das Kassenarztrecht darauf hin, daß das Anliegen des Arztes sich mit der Heilung nicht erschöpft. Es ist vielmehr mit der Verhütung der Krankheit, mit der Festigung und Verbesserung des Gesundheitszustandes notwendig verbunden.

Der Bundestag ersucht deshalb die Bundesregierung, der Gesundheitsvorsorge innerhalb der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung das besondere Augenmerk zuzuwenden und dem Bundestag im Rahmen der Sozialreform geeignete Vorschläge zu unterbreiten.« (Bundestag-Drucksache Nr. 164/55; BArch Kobl, B 149, Nr. 4258, fol. S. 291)

In langfristiger Perspektive verbindet diese EntschlieÙung Sozialreform und Prävention mit der kurativen und präventiven Tätigkeit auch des niedergelassenen Arztes - und dies nicht aus verbandspolitischer Sicht, sondern als Willenserklärung der obersten Volksvertretung.

Preller selbst hatte dieses Thema bereits länger verfolgt. So hatte er beispielsweise am 6./7. Oktober 1954 auf einer Tagung der »Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung« im Zusammenhang mit dem Kassenarztrecht jährliche Vorsorgeuntersuchungen durch Kassenärzte vorgeschlagen. Ähnlich argumentierte die »Deutsche Sozialhygienische Gesellschaft« auf ihrer Jahrestagung am 30. Oktober 1954. Es ist nicht

verwunderlich, daß auch die Ärzteverbände einstimmten. So wird berichtet (ÖGD 17, 1955/56, 65),

»daß der Führer [!] der deutschen Ärzteschaft, Prof. Neuffer, sich diesen Vorschlag zu eigen machte und praktische Wege wies zu jährlichen kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen, die freiwillig beim selbstgewählten Arzt des Vertrauens vorgenommen werden können«.

Auch diese Initiative der Ärzteschaft war keineswegs neu. Vielmehr hatte sich schon der 54. Ärztetag 1951 mit dem Ausbau der Gesundheitsfürsorge unter einer stärkeren Beiteiligung der freien Ärzteschaft befaßt. Allerdings wurde auch dieses Ziel mit dem angeblichen Kampf gegen »Staatsmedizin«, gegen »Medizinalbürokratie«, gegen »Tendenzen zur Verstaatlichung und Verbürokratisierung der Gesundheitsfürsorge« verbunden. 1954 bildet die KBV einen Aktionsausschuß, der Pläne für eine Übernahme der Gesundheitsfür- und -vorsorge durch die frei praktizierende Ärzteschaft ausarbeiten sollte (Manger-Koenig 1975, S. 436).

Die Gesundheitsfürsorge in der Sozialversicherung läßt sich tatsächlich weiter zurückverfolgen. Historischer Anknüpfungspunkt sind die »Richtlinien über die Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung« vom 21. Februar 1929 (RGBl I 69) - diese waren im wesentlichen zur Gesundheitsfürsorge sozialversicherter Tuberkulöser und Geschlechtskranker gedacht. Am 3. Dezember 1936 folgten vom Reichsversicherungsamt erlassene »Richtlinien für die Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenversicherung« - hier wurde bereits ein Katalog zu Maßnahmen der Krankheitsverhütung aufgestellt, der aber nur durch Satzungsrecht verbindlich werden konnte. Auf dieser von Krankenkasse zu Krankenkasse verschiedenen Grundlage war eine allen Versicherten offenstehende Prävention augenscheinlich nicht möglich.

Des weiteren muß hier auf die historische Struktur von Prävention und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) verwiesen werden. Die GKV war nach 1883 zunächst ausschließlich auf das individuelle Krankheitsrisiko einer arbeitsrechtlich definierten und quantitativ begrenzten Bevölkerungsgruppe gerichtet. Daher erschien Gesundheitsfürsorge auch erst 1929 als Leistung der GKV. Die allgemeine Für- und Vorsorge wurde hingegen zunächst nur, wenn überhaupt, durch das Armenrecht, in der Weimarer Republik durch das Fürsorgerecht vorwiegend als kommunale Leistung erbracht. Daraus erwuchs die kommunale Gesundheitsfürsorge der zwanziger Jahre. Diese kommunale Gesundheitsfürsorge war völlig in die Jugend-, Familien- und Wirtschaftsfürsorge integriert, war immer also

auch unspezifisch-allgemeine Fürsorge - eben diese Art umfassender Gesundheitsfürsorge war durch das GVG beseitigt worden.

In den fünfziger Jahren wurden bereits über 75 % der Bevölkerung in der GKV erfaßt - und es war abzusehen, daß die GKV zur Volksversicherung werden würde. Das Armutsrisiko erschien im ausgestalteten - und prosperierenden - Sozialstaat als Restrisiko. Der sozialpolitische Anknüpfungspunkt an eine allgemeine Fürsorge entfiel damit. Dafür stellte sich nun eine völlig neue sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe: Prävention und Prophylaxe mußten in die GKV integriert werden - wobei, wie bereits die »Saalfelder Richtlinien« von 1930 gezeigt hatten, die Aufgabe der *individuellen* Prävention durch den (Kassen-)Arzt nie umstritten war. Hier verbirgt sich allerdings in der Interventionsform ein weiteres Problem. Auch der niedergelassene Kassenarzt muß auf seinen Klienten/Patienten warten; eine zu- bzw. nachgehende Fürsorge ist in der ambulanten Medizin arztrechtlich unzulässig. Die klassische Gesundheitsfürsorge beruhte hingegen eben auf diesem Konzept der zu- bzw. nachgehenden Fürsorge für besonders gefährdete bzw. besonders gefährdende Bevölkerungsgruppen, also *gruppenbezogener* Prävention. Wenn nun Gesundheitsvor- und fürsorge als Pflichtleistung in die GKV integriert werden sollten, hätte schon aus systematischen Erwägungen notwendigerweise die zu- bzw. nachgehende Fürsorge für bestimmte Gesundheitsrisiken bzw. Risikogruppen als besondere Leistung organisiert werden müssen. Dafür kamen - und kommen - wegen der notwendigen Interventionsform nur öffentliche Träger, und zwar wegen der nötigen Nähe zu den Problemen bevorzugt auf kommunaler Ebene, in Betracht.

3. Die zweite Phase der Diskussion präventiver Gesundheitsgesetze in der Frühgeschichte der BRD (1955 - 1965)

Ab 1954 wurde die Sozialreform energisch vorangetrieben. Der Beirat beim BMAS bildete Ausschüsse für Grundsatzfragen, Fragen der Rentenversicherung, der Invalidenversicherung, der Krankheitsbekämpfung, 1955 auch für Fürsorge. Am 13. Juli 1955 wurden ein Ministerausschuß - das sogenannte »Sozialkabinett« - , ein interministerieller Ausschuß und ein Generalsekretariat zur Vorbereitung der Sozialreform beim BMAS gebildet. Am 7. August 1955 trug der Arbeitsminister dem Bundeskabinett »Grundgedanken zur Gesamtreform der sozialen Leistungen« vor. Am 10. August

1955 bezeichnete Adenauer die umfassende Sozialreform, die er zu Beginn der 2. Legislaturperiode angekündigt hatte, als »das innenpolitische Thema Nr. 1«.

3.1 »Vorsichtsuntersuchungen« bestimmter Krankheitsgruppen

Die Perspektiven der Gesundheitsvor- und -fürsorge in der Sozialreform des Kabinetts Adenauer wurden auf einer Arbeitstagung am 3./4. Oktober 1955 in Unkel erarbeitet. Die Autoren waren Ministerialbeamte. Im Zentrum der Diskussion stand die Krankheitsverhütung bei Jugendlichen. Insgesamt wurden umfassende präventive Maßnahmen gefordert, darunter gesundheitliche Volksaufklärung, gesundheitlicher Schutz für Mutter und Kind, Schutzimpfungen, Ausbau des schulärztlichen Dienstes zu einem jugendärztlichen Dienst, Schulzahnpflege sowie die sogenannte »Vorsichtsuntersuchung (!) bestimmter Personengruppen« (Manger-Koenig 1975, S. 437). Diese Vorsichtsuntersuchungen sollten - so Daniels in einer der GMK vorgetragenen Analyse »Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst« - auf bestimmte Krankheitsgruppen gerichtet sein (Daniels 1956, S. 169):

»Hierbei werden als vordringlich die Vorsichtsuntersuchungen für junge Menschen im Entwicklungsalter angesehen, ... ferner der in einem gewissen Lebensalter gefährdeten Erwachsenen. In diesen Fällen sollen die Vorsichtsuntersuchungen ... insbesondere auf bestimmte Krankheiten, Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sowie Rheuma und Krebs gerichtet sein. Ein Zwang soll hierbei nicht ausgeübt werden und ein Nachteil an die Nichtanspruchnahme nicht geknüpft werden. Die Führung von zentralen Gesundheitskarteien und Gesundheitsakten und die Einführung eines Gesundheitspasses wird abgelehnt.«

Prävention und Prophylaxe wurden nun auf breitester Basis diskutiert. So forderte der einflussreiche »Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge« im September 1955 in Frankfurt Verbesserungen in folgenden Fürsorgebereichen: Schwangerenfürsorge, Säuglingsfürsorge, Kleinkinderfürsorge, Schulgesundheitspflege, Schulzahnpflege und Erholungsfürsorge - im wesentlichen also in den klassischen Gebieten öffentlicher Gesundheitsfürsorge. Erwähnt seien ferner der Krankenkassentag, die Gesellschaft für sozialen Fortschritt sowie die politischen Parteien, und hier insbesondere die SPD. Diese hatte bereits 1952 ein - so Daniels (1956, S. 168) - geschlossenes Konzept für die Gesundheitsfürsorge vorgelegt.

Das wesentliche gesundheitspolitische Problem aller dieser Programme war allerdings die Frage, wer die Prävention in welchem Ausmaß mit welcher Finanzierung auf welcher sozialadministrativen Ebene in welchem Versorgungszweig durchführen sollte. So sollten beispielsweise nach den Unkeler Vorschlägen die Verwaltungsbehörden und Gebietskörperschaften für die notwendigen Fürsorge- und Beratungsstellen zuständig sein. Das Arbeitsministerium des Landes Baden-Württemberg lehnte hingegen in seinen vielbeachteten Grundsätzen jeden staatlichen Gesundheitsdienst ab: Die Gesundheitsvorsorge sollte eine Gemeinschaftsaufgabe der Träger der Sozialversicherung werden. Der Verband der Ortskrankenkassen schlug Arbeitsgemeinschaften vor, an denen die Krankenkassen, die Werksärzte und der ÖGD beteiligt werden sollten. Die Gesellschaft für sozialen Fortschritt meinte, »daß die allgemeine Gesundheitsfürsorge in erster Linie dem Staat und den Gemeinden obliegt, während die präventive Medizin eine wichtige Aufgabe der Sozialversicherungsträger darstelle« (Daniels 1956, S. 171).

Resümieren läßt sich diese Diskussion mit den Worten Daniels (1956, S. 169):

»Zweifellos ist die Regelung der örtlichen Zuständigkeiten eines der Kardinalprobleme, das klar erkannt werden muß, wenn die Sozialversicherung reibungslos funktionieren soll. Alle Vorschläge . . . sind sich über die Notwendigkeit der Koordinierung der sozialen Hilfe einig, die Wege sind aber verschieden.«

Die wesentlichen Alternativen für die Organisation der Prävention sind damit angesprochen: einmal die Sozialversicherung und die niedergelassenen Kassenärzte und zum anderen die klassische Form der Gesundheitsfürsorge durch öffentliche Organisationen, sei es der ÖGD als solcher, seien es andere in der Gemeinde zu organisierende Konzepte. Für die erste Version hatte der Beirat beim BMAS empfohlen, den rechtlichen Begriff der ärztlichen Behandlung auch auf die »Vorsichtsuntersuchungen« auszudehnen. Die weitere Ausgestaltung der sozialen Leistungen solle dem Bundesausschuß für Kassenärzte und Krankenkassen überlassen bleiben. Für die zweite Version führte Daniels ins Feld, daß gleiche Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere der Gesundheitsfürsorge nicht mehreren Trägern zugewiesen werden sollten, weil dies in der Praxis zu zahlreichen Überschneidungen führe.

3.2 Der »Sozialplan für Deutschland«

In der Regierungserklärung des 3. Kabinetts Adenauer wurde am 29. Oktober 1957 das Ziel einer Sozialreform erneut herausgestellt; sie sollte nun auch auf eine Neuordnung der Krankenversicherung ausgerichtet sein. Die SPD ihrerseits publizierte 1957 den »Sozialplan für Deutschland« - nach dem alphabetisch erstgenannten Verfasser auch Auerbach-Plan genannt (Auerbach 1957). Aktive Mitarbeiter des »Sozialplans für Deutschland« waren im Bereich der Gesundheitsfürsorge Erwin Jahn und Ludwig Preller, der inzwischen seine Ansichten über die Prävention in der Sozialversicherung geändert hatte. Obschon die CDU im Bund mit absoluter Mehrheit regierte, wurde der Auerbach-Plan nicht nur zu einem öffentlichen und parlamentarischen Angelpunkt der Diskussion. Vielmehr wurden bis in die Ministerien hinein eingehende Auseinandersetzungen mit den sozialpolitischen Zielen der größten Oppositionspartei »angeordnet« (BArch Kobl, B 149, Nr. 7666 unfol.).

Der Auerbach-Plan enthielt im Konzept der »Sozialgemeinde« ebenfalls umfassende Vorstellungen zur Organisation der Gesundheitsfürsorge. Die gesamte soziale Sicherung sollte durch Kooperation der verschiedenen Sozialleistungsträger unter Mitwirkung örtlicher Arbeits-, Versorgungs-, Sozialhilfe- und Jugendämter, des »Amtes für Gesundheitsfürsorge«, sozialfürsorgerischer Dienste, der Kommunalparlamente sowie mit Beratung der freien Wohlfahrtspflege auf örtlicher Ebene zusammengefaßt werden. Wesentliches Element der Sozialgemeinde war die Selbstverwaltung. Die Gemeinde als Ort des täglichen Lebens und Arbeitens sollte also durch eine entsprechende, umfassend angelegte örtliche Sozialverfassung ergänzt werden.

Für den ÖGD ergaben sich daraus erhebliche Konsequenzen. Die durch das GVG zusammengeführten heterogenen Aufgaben öffentlicher Gesundheitsleistungen sollten wieder entflochten werden. Die klassischen staatlichen Aufgaben der Gesundheitspolizei und Hygieneaufsicht sollten - ähnlich den Medizinaluntersuchungsämtern - in staatlichen Ämtern auf der mittleren Instanz zusammengefaßt werden. Die klassischen kommunalen Aufgaben der Gesundheitsfür- und -vorsorge sollten der kommunalen Selbstverwaltung überantwortet und durch das soeben genannte örtliche »Amt für Gesundheitsfürsorge« erbracht werden. Dabei war intendiert, die sozialarbeiterische Gesundheitsfürsorge nicht unter ärztliche, sondern unter eigene fachliche Leitung zu stellen. Die Gesundheitsfürsorge sollte

entsprechend der Familienfürsorge umfassend angelegt werden. Dies entsprach dem klassischen Konzept der Gesundheitsfürsorge der kommunalen Gesundheitsämter der Weimarer Zeit - also vor dem GVG.

3.3 Gesundheitsfürsorge im neuen Sozialhilferecht

Unterhalb der strategischen Diskussion war am 27. Februar 1957, also noch in der 2. Legislaturperiode, ein »Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von Körperbehinderung bedrohte Personen« (Körperbehindertengesetz; BGBl I 147) verabschiedet worden. Am 23. Juli 1959 folgte ein »Gesetz über die Tbc-Hilfe« (BGBl I 513). Beide Gesetze traten bereits am 1. Juni 1962 außer Kraft, als das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961 (BGBl I 815) in Kraft trat.

Durch das BSHG wurde die (Armen-)Fürsorge zur »Sozialhilfe« weiterentwickelt. Auf Sozialhilfe bestand ein Rechtsanspruch. Neben der »Hilfe zum Lebensunterhalt«, die mehr oder weniger der klassischen Fürsorge entsprach, wurden »Hilfen in besonderen Lebenslagen« geschaffen, bei denen die Voraussetzungen der Bedürftigkeit im Sinne der Wohlfahrtspflege gemildert waren. So fungierten nun Eingliederungshilfen für Behinderte und Tuberkulose als »Hilfe in besonderen Lebenslagen«. Sozialhilfe erstreckte sich seitdem in der medizinischen Versorgung nicht nur auf die Behandlung, sondern auch auf vorbeugende und nachgehende Hilfen. Die persönliche Beratung und die Organisation der Hilfen wurden den Gesundheitsämtern übertragen.

In § 36 BSHG wurden als eine Hilfe in besonderen Lebenslagen allen Personen, denen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden droht, vorbeugende Gesundheitshilfe gewährt - sofern diese nicht anderweitig, zum Beispiel durch die GKV, gewährt wurde. Auch zur Früherkennung von Krankheiten können Vorsorgeuntersuchungen bewilligt werden. Die vorbeugende Gesundheitshilfe umfaßt seitdem unter anderem - im Einzelfall nach ärztlichem Gutachten - Erholung für Kinder, Jugendliche, alte Menschen, Mütter, aber auch spezifische Gefährdungsgruppen wie etwa Suchtgefährdete, Suchtkranke, psychisch Kranke etc. Die Aufgaben der Gesundheitsämter in der Gesundheitsfürsorge blieben durch dieses Gesetz ausdrücklich unberührt. Im Rahmen des BSHG wird ebenfalls allgemeine Krankenhilfe sowie Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen gewährt.

Eine Gegenüberstellung des BSHG und der »Lex Hagen« zeigt, wie unvereinbar die jeweiligen Ziele und Konstruktionsmerkmale beider Gesetze bzw. Entwürfe sind. Hagens Entwurf beruht auf dem Gedanken, besonders gefährdete *Gruppen* der Bevölkerung zugehend vor Gesundheitsgefahren zu schützen bzw. bestehende Gesundheitsgefahren nachgehend zu betreuen. Das BSHG beruht hingegen auf dem Individual- und dem Subsidiaritätsprinzip. Der mit dem BSHG verbundene Fortschritt - Rechtsanspruch auf Hilfe - wirkt notwendigerweise individualisierend. Es geht nicht um soziale Intervention bei gefährdeten Gruppen, sondern um eine individuelle Intervention bei gruppentypischen besonderen Lebenslagen. Die Hilfen nach BSHG sind also nach der individuellen Lage des Einzelfalls und gemäß der Nachrangigkeit gegenüber allen anderen Hilfen einschließlich familialer Selbsthilfe jeweils auf Antrag hin zu gewährleisten. Diese Prinzipien haben einen anderen Ausgangspunkt als Hagens Prinzipien einer aktiven, gruppenorientierten Gesundheitsfürsorge - um von dem gesundheitsfürsorgerischen Instrument Hagens, den örtlichen Gesundheitsbeiräten, ganz zu schweigen. Gegenüber dem Auerbach-Plan fällt die Gesundheitsvorsorge gemäß BSHG augenscheinlich noch weiter ab. Denn dort ging es darum, Leben und Arbeiten mit der sozialen Versorgung und Vorsorge am Ort zu verbinden.

Durch das »Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei Menschen« (Bundesseuchengesetz - BSG) vom 18. Juli 1961 (BGBl I 1012) wurden die unübersichtlichen Rechtsbestimmungen auf dem Gebiet infektiöser Krankheiten abgelöst und bundeseinheitlich geregelt. Das Gesetz erstreckt sich unter anderem auch auf die Wasserversorgung, auf die Überwachung von ansteckungsgefährdeten Personen in Lebensmittelbetrieben, Schulen und anderen Einrichtungen, die Meldepflicht einschließlich entsprechender Zwangsmaßnahmen (zum Beispiel bei Cholera, Meningitis, Hepatitis infectiosa, Poliomyelitis, Pocken etc.) sowie auf das Impfgeschäft. Organisatorischer Träger dieses klassischen Gebietes staatlichen Gesundheitsschutzes wurde - selbstverständlich - der ÖGD.

3.4 Der Arbeitsausschuß zur Überprüfung der Gesundheitsgesetzgebung

Entscheidende Weichenstellungen in der Diskussion von Prävention und Prophylaxe erfolgten auf anderen Gebieten. Deutlich wurde diese Entwicklung in der Diskussion zur Überprüfung der Gesundheitsgesetzgebung. Anlaß war die »unmutige Bemerkung« des neuen Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Fragen des Gesundheitswesens, Wolfgang Stammberger, FDP, gewesen. Stammberger hatte gesagt, daß in vielen Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens vielfach unzureichende Leistungen festzustellen seien; »eine Verstärkung der legislativen Bundeskompetenz [könne; d.V.] das unerwünschte Leistungsgefälle in der Bundesrepublik beseitigen« (BArch Kobl, B 142, Nr. 678, Niederschrift vom 11./12.9.1958, S. 3). Diese Bemerkung hatte ein solches Echo in der Presse gefunden, daß die zuständigen Minister und Senatoren im September 1958 einen »Arbeitsausschuß der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren zur Überprüfung der Gesundheitsgesetzgebung« ins Leben riefen.

Ergebnis entsprechender Analysen war zunächst, daß weder Bund noch Länder ihre Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet des Gesundheitswesens überhaupt ausgeschöpft hatten. Als eindeutig durch den Bund zu regeln erwies sich allerdings angeblich nur der Strahlenschutz - erledigt durch eine Ergänzung des Grundgesetzes (Art. 74 GG, Nr. 11a), das »Gesetz über die friedliche Verwendung der Kernenergie und den Schutz gegen ihre Gefahren« (Atomgesetz) vom 23. Dezember 1959 (BGBl I 814) und die Erste Strahlenschutzverordnung vom 23. Juni 1960 (BGBl I 430).

Als dringlich erschien über das Atomgesetz und weitere unter anderem bereits oben angeführte Gesetze - wie das BSG und das BSHG - hinaus die Reform der Krankenversicherung, und zwar einmal im Leistungsrecht einschließlich dem Arztrecht und zum anderen in der Gesundheitsfürsorge, hier insbesondere im gesamten Bereich der Schwangerschaft.

Ludwig von Manger-Koenig, damals leitender Medizinalbeamter des Landes Hessen, regte an,

»die Schwangerschaft als Leistungsfall der Sozialleistungsträger vorzusehen, und zwar in einem ärztlich ausreichenden Umfange, wobei . . . die rein fachliche Betreuung in den Händen der frei praktizierenden Ärzte und evtl. auch der Hebamme liegen sollte und die Gesundheitsämter sich nur subsidiär einschalten, wenn ein ausreichendes Mindestniveau auf diesem eben skizzierten Wege nicht gewährleistet ist« (BArch Kobl, B 142, Nr. 678, Niederschrift vom 11./12.9.1958, S. 6 f.).

Diese Bemerkung unterstrich von Manger-Koenig mit dem Hinweis, daß die Ärzteschaft sowohl in der wissenschaftlichen wie in der standespolitischen Diskussion immer wieder fordere, die frei praktizierenden Ärzte an Vorsorgeuntersuchungen zu beteiligen. Er berichtet weiterhin, daß

»die Arbeitsgemeinschaft . . . zu der Auffassung gekommen [ist; d.V.], daß alle allgemeinen vorsorgenden Einzeluntersuchungen in die Hand des Hausarztes gehören. Dagegen ist es Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, besonders gefährdete Alters- oder Berufsgruppen durch spezifisch gezielte vorsorgliche Untersuchungen gesundheitspflegerisch zu betreuen.« (BArch Kobl, B 142, Nr. 678, Niederschrift vom 11./12.9.1958, S. 7)

In der Tat vertrat die Ärzteschaft jetzt die Auffassung, die Untersuchung Schwangerer durch das Gesundheitsamt - also die klassische Schwangeren- und Müttergesundheitsfürsorge - würde sich erübrigen, wenn durch eine Änderung der Sozialversicherung ähnliche Untersuchungen als Leistungen der Krankenkassen anerkannt würden. Die Frage des Leistungsrechts der Krankenversicherung, insbesondere auch im präventiven Bereich, wirkte sich allmählich auf die Position des ÖGD als originär mit der Gesundheitsvor- und -fürsorge befaßte Institution aus.

Es sind hier allerdings auch allgemeine soziale und medizinische Entwicklungen zu berücksichtigen. Die günstigen Lebensverhältnisse in der BRD wirkten sich eben-so auf die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse wie auf das Gesundheitsbewußtsein und das Gesundheitsverhalten der Menschen aus. Die klassischen Gesundheitsgefahren, Krankheiten und Todesursachen der Industrialisierung verloren den Rang von Volkskrankheiten. Gleichzeitig sind die beeindruckenden Entwicklungen in der medizinischen Therapie zu sehen: Sie erfolgten und verbreiteten sich wesentlich in den fünfziger und sechziger Jahren. Eine geradezu euphorische Zuversicht, daß durch die Fortschritte der Chirurgie, der Pharmakologie und der apparativen Medizin Gesundheit nicht nur machbar, sondern aus jeder gegebenen Krankheit wiederherstellbar sei, kündigte sich an. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß die gesetzliche Krankenversicherung immer mehr Menschen erfaßte und in absehbarer Zeit zur Volksversicherung werden würde. In den wenigen Jahren der Präventionsdiskussion im Rahmen der Sozialreform war also bereits entschieden - und auch seitens der führenden Medizinalbeamten akzeptiert -, daß diejenigen präventiven Leistungen, die unmittelbare therapeutische Konsequenzen hatten, in die Sozialversicherung überführt und von niedergelassenen Kassenärzten übernommen werden sollten. Ebenso wurde allerdings als notwendig er-

achtet, für besonders gefährdete Gruppen eine öffentlich zugängliche Gesundheitsvor- und -fürsorge zu organisieren.

Im Zusammenhang mit den sich ständig ausweitenden Aufgaben im Gesundheitswesen wurde am 13. November 1961 durch Beschluß der Bundesregierung ein BMGes eingerichtet. Der Aufgabenbereich des BMGes wurde per Erlaß des Bundeskanzlers vom 29. Januar 1962 festgelegt für »alle Fragen des Gesundheitswesens einschließlich der Reinhaltung der Luft, der Lärmbekämpfung, der Wassergüte, der Hygiene des Wassers und Abwassers, des Gesundheitsschutzes gegen die Gefahren der ionisierenden Strahlen sowie des Verbraucherschutzes vor Täuschung bei Arzneimitteln und Lebensmitteln«. Die Sozialversicherung einschließlich der Krankenversicherung ressortierte nach wie vor beim BMAS. Man kann darüber hinaus sagen, daß die Aufgabenbeschreibung von 1962 bereits die maximale Kompetenzzuweisung an das BMGes in Angelegenheiten des Gesundheitswesens war.

3.5 Das Krankenversicherungsneuregelungsgesetz

Am 3. Juli 1958 wurde das »Gesetz zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung« (KVNG) vom Bundeskabinett unter die Liste der »Gesetze von politischer Bedeutung« aufgenommen (BArch Kobl, B 149, Nr. 7666, unfol.). Die Geschichte dieses von der Bundesregierung als erstrangig eingestuften Gesetzentwurfs nachzuzeichnen, ist hier nicht möglich. Der Bundesregierung ging es im wesentlichen um folgendes:

- Im Leistungsrecht sollten Maßnahmen der Krankheitsverhütung, der Schutz bei langdauernden Krankheiten, die Verbesserung der Familienhilfe und die Selbstbeteiligung eingeführt werden.
- Im Arztrecht sollte auf die Verhältniszahl verzichtet, freie Kassenzulassung bzw. freie Arztwahl gewährt, die Pauschalhonorierung zugunsten der Einzelleistungsvergütung aufgegeben sowie ein neuer »beratungsärztlicher Dienst« eingerichtet werden.
- Die Krankenhauspflge sollte als Pflichtleistung gewährt, den Krankenhäusern ausreichende Pflegesätze gewährt werden.

Am 20. Oktober 1959 richtete die SPD-Fraktion des Bundestages eine große Anfrage betreffs der Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung an die Bundesregierung. Als wesentliche Diskussionspunkte zwi-

schen Regierung und Opposition stellten sich weniger die umfassenden organisatorischen Pläne der SPD oder die von der SPD forcierte Leistungsausweitung als vielmehr die Frage des Maßes von Sozialversicherung gegenüber Selbstbeteiligung heraus. Dies war - und ist - eine entscheidende Schnittstelle in der sozialpolitischen Diskussion der großen Parteien. Die gesellschaftspolitische Situation der ausgehenden fünfziger Jahre läßt sich durch die Grundsatzdiskussion über die öffentliche Verpflichtung des (Sozial-)Staates einerseits und die Selbstverantwortung des Bürgers andererseits kennzeichnen. Öffentliche Verpflichtung bedeutet immer eine größere Interventionsbereitschaft des Staates - mit dem Nachteil eines immer komplexeren Sozialrechts einer ausgeweiteten (Sozial-)Bürokratie; Selbstverantwortung bedeutet immer ein größeres Vertrauen in Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Bürger - mit dem Nachteil, daß die nötigen finanziellen oder sonstigen Ressourcen fehlen können. Die damalige Situation läßt sich am besten durch die Strafrechtsreform kennzeichnen: der Rückzug des Staates, der Rückzug herrschaftlich-verwaltungsgemäßer Kontrollmittel und Korrekturanstalten wurde durch eine Neubewertung von Re-Sozialisation und damit durch den Aufstieg entsprechender professioneller Leistungen beantwortet. Auch in einer liberalen Gesellschaft stellt sich allerdings die Frage, wer sich um diejenigen Menschen kümmert, die entweder aus Mangel an finanziellen Ressourcen marktgesteuerte Leistungen oder aus Mangel an immateriellen Ressourcen, wie etwa kommunikativen Fähigkeiten, Beratungsangebote etc. nicht in Anspruch nehmen können. Für diese Menschen müssen daher in einer sozialen Gesellschaft entsprechende Angebote zur Verfügung stehen.

Als eigentliche Gegner des KVNG erwiesen sich jedoch einmal mehr die Ärzteverbände. Diese wandten sich nicht gegen die Prophylaxe in der Krankenversicherung, sondern gegen die Steuerungsinstrumente. Auf einem zu diesem Zweck eigens einberufenen außerordentlichen Ärztetag am 10. Februar 1960 wurden folgende Kritikpunkte erhoben:

- Das KVNG erschwert bzw. gefährdet die ärztliche Versorgung;
- es bürokratisiert das Verhältnis von Arzt und Patient;
- es mindert die Rechtsstellung der frei praktizierenden Kassenärzte und ihrer Vereinigungen in der Krankenversicherung;
- es beseitigt die Vertragsfreiheit von Ärzten und Krankenkassen zugunsten eines behördlichen Lenkungssystems;

- das Honorar wird ministeriellen und damit politischen Entscheidungen unterworfen.

In der Tat ging es auch der christlich-konservativen Regierung darum, die - wie sich inzwischen herausgestellt hatte - Übermacht der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen zurückzudrängen. Zwar sollte allen Ärzten die freie Kassenzulassung zugestanden, die freie Arztwahl nicht eingeschränkt und die Einzelleistungsvergütung auch nicht gesetzlich festgesetzt werden. Dafür war aber eine einheitliche Gebührenordnung für alle Krankenkassen beabsichtigt. Ferner sollten die Arztstellen öffentlich ausgeschrieben werden. Das Ungleichgewicht von KVen zu Krankenkassen sollte also durch eine Art zentrales Zulassungs- und Abrechnungssystem gemindert werden.

Es ist ein Zeichen für die damalige Macht der verfaßten Ärzteschaft, daß es ihr gelang, das KVNG zu Fall zu bringen. Die Arbeiten an dem Gesetzentwurf wurden im Februar 1961 eingestellt. Der politischer Einseitigkeit durchaus unverdächtige Staats- und Verfassungsrechtler Theodor Eschenburg hat die Methoden der führenden ärztlichen Standesvertreter bei der Krankenversicherungsreform 1958/61 als *das* Negativ-Beispiel verbandlicher Interessenpolitik in der politischen Praxis der BRD herausgestellt (Eschenburg 1964; siehe auch Naschold 1967, Rauskolb 1976).

Perspektivisch ist festzuhalten, daß nicht nur die Schwangerenvor- und -fürsorge, sondern auch die »Reihenuntersuchungen Gesunder zur Feststellung von Krankheiten und Krankheitsbereichen«, die inzwischen »sogenannten(!) Vorsorgeuntersuchungen« - so 1959 im Ausschuß »Gesundheitsfürsorge« des BGR (BArch Kobl, B 142, Nr. 3528, unfol.) - Ende der fünfziger Jahre als Mittel der Prävention akzeptiert waren. Darüber hinaus schien klar, daß auch diese massenhaft anfallenden Untersuchungen nicht über öffentliche Gesundheitseinrichtungen, sondern als Leistung der GKV von den niedergelassenen Ärzten erbracht werden sollten.

3.6 Subsidiäre Gesundheitsvorsorge versus Gesundheitsvorsorge durch die Sozialversicherung - die entscheidenden Gesetze

Allerdings beharrte die AGLMB und die GMK nach wie vor darauf, die subsidiäre Funktion öffentlicher Vorsorgeleistungen ernst zu nehmen. Auf der GMK 1959 in München wurde beschlossen, daß

»Untersuchungen besonders gefährdeter Altersgruppen zum Verantwortungsbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören . . . daß der Aufgabenkatalog der Gesundheitsämter in den Durchführungsverordnungen zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens konkretisiert und soweit notwendig ergänzt werden soll, um eine gleichmäßige Durchführung der Aufgaben der Gesundheitsämter in einem bestimmten Mindestrahmen sicherzustellen und ein Leistungsgefälle zwischen und in den Ländern zu vermeiden« (Manger-Koenig 1975, S. 438).

Die Initiative, den Verantwortungsbereich und die Funktionen öffentlicher Gesundheitsleistungen angesichts der neuen sozialpolitischen Situation weiterzuentwickeln, war nun zwar gegeben. Eine Kommission arbeitete daran, einen neuen Aufgabenrahmen für den ÖGD zu konzipieren und eine Verwaltungsanordnung gesetzestechnisch zu erarbeiten - »aber die Kooperation der Länder kam nur langsam in Gang« (Manger-Koenig 1975, S. 438).

Nunmehr wurde allerdings - wie wieder von Manger-Koenig treffend gesagt (1975, S. 438) - die Gesundheitspolitik von der Sozialpolitik überholt. Dies ist letztlich darauf zurückzuführen, daß das BMAS gegenüber der Gesundheitsabteilung des BMI bzw. dem späteren BMGes eine wesentlich größere politische Kraft entfalten konnte. Das nächste große Gesundheitsgesetz dieser Zeit war das »Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend« (Jugendarbeitsschutzgesetz) vom 9. August 1960 (BGBl I 665). Jugendliche dürfen demnach nur in ein Beschäftigungsverhältnis treten, wenn sie innerhalb eines Jahres von einem Arzt untersucht worden sind und keine ärztliche Bedenken gegen die Beschäftigung erhoben werden. Die ärztlichen Untersuchungen gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz sind *nicht* dem ÖGD vorbehalten, sondern dürfen von jedem Arzt durchgeführt werden. Entgegen der soeben zitierten Resolution der GMK beginnt mit diesem Gesetz ebenso die Übertragung präventiver Aufgaben auf die niedergelassenen Ärzte wie die Aushöhlung klassischer präventiver Aufgaben des ÖGD. Alle Warnungen - darunter insbesondere bezüglich der Organisation, Dokumentation und Auswertung der in Millionenzahl anfallenden Untersuchungen - waren vergeblich.

Gleichwohl stimmte die GMK 1960 einem einheitlichen Gesundheitsfürsorgegesetz zu - einem Gesetz also, das bereits 1954/55 mit der Lex Hagen vorgelegen hatte, und das der Deutsche Fürsorgetag 1957 angesichts der sachlichen Zusammenhänge von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe erneut gefordert hatte. Die Klausel »soweit eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes gegeben ist« zeigt allerdings, daß der gesundheits-

politische Wille hinter dieser Resolution anzuzweifeln war (Manger-Koenig 1975, S. 438).

Das neue gesundheitspolitische Prinzip, Gesundheitsvorsorge als Regelleistung der Sozialversicherung zu gewähren, wurde erstmals beim »Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung« (Mutterschutzgesetz) vom 24. August 1965 (BGBl I 912) verwirklicht. Das Mutterschutzgesetz erklärte die Vorsorgemaßnahmen zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Schwangerenberatung wurde damit Aufgabe der niedergelassenen Gynäkologen und Hausärzte. Für den Teil der Bevölkerung, der seinerzeit noch nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erfaßt wurde, konnte die Schwangerenberatung gemäß § 38 BSHG gewährt und durch den ÖGD organisiert werden. Beide gesetzlichen Konstruktionen beruhen auf dem Prinzip der individuellen Nachfrage - beim BSHG erschwert durch das Prinzip individueller Bedürftigkeit.

Noch bedeutsamer war indes das Schicksal des Jugendzahnpflegegesetzes. Das Gesetz hatte mit Hinweis auf Art. 74, Ziff. 7 des GG einstimmig den Bundestag passiert. Durch das Gesetz sollte eine jährliche zahnärztliche Untersuchung sowie zahnärztliche Belehrung und Beratung für Kinder und Jugendliche sichergestellt werden. Auch die GMK war von einer Zuständigkeit des Bundes ausgegangen - und zwar für die Gesundheitsfürsorgegesetzgebung insgesamt. Der Bundesrat bestritt jedoch am 7. Februar 1964 und am 24. April 1964 am Beispiel des Jugendzahnpflegegesetzes nicht nur die Kompetenz des Bundes, sondern das Bedürfnis nach bundesgesetzlicher Regelung überhaupt.

»Damit war der Weg für eine bundesgesetzliche Regelung der Gesundheitsfürsorge seitens der Länder generell verbaut.« (Manger-Koenig 1975, S. 439)

Die Große Koalition versuchte, durch eine Änderung des GG die Voraussetzungen für eine aktivere Gesundheitspolitik zu schaffen - und zwar für alle Gebiete von der Gesundheitsvorsorge bis zur Krankenversorgung. Diese Initiative führte lediglich zu derjenigen Änderung des GG vom 22. Mai 1969, die für das »Gesetz über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser . . .« (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl I 1009) notwendig war.

»Die ungleich wichtigere Zuständigkeit für das Gesundheitswesen, speziell für die Gesundheitsvor- und -fürsorge, scheiterte wiederum am Widerstand der Länder im Bundesrat und auch an massiven Interventionen einzelner Berufsorganisationen.« (Manger-Koenig 1975, S. 439)

Rechtssystematisch abgeschlossen wurde die individuelle Prävention durch das nunmehr von der sozialliberalen Koalition verabschiedete »Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 21. Dezember 1970 (BGBl I 1770) - auch Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz (2. KVÄG) genannt. Durch dieses Gesetz wurden ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum 4. Lebensjahr, für Frauen ab dem 20. Lebensjahr und für Männer ab dem 45. Lebensjahr zur Regelleistung der GKV. Während der Beratung dieses Gesetzes hatte die zuständige Untergruppe der Sachverständigenkommission nochmals ein Gesamtkonzept der Früherkennung durch Untersuchungs- und Beratungsstellen beim ÖGD und bei den Krankenkassen entwickelt. Der Niedergang des ÖGD, insbesondere dessen niedrige Arztzahlen, erwiesen sich nunmehr als entscheidendes Gegenargument. Mit der Problematik dieses Gesetzes schließt die historische Untersuchung an die aktuelle Diskussion an.

4. »Versuch einer Beurteilung«

Als Resümee unseres kurzen Überblicks können an dieser Stelle die ersten Sätze des bitteren »Versuchs einer Beurteilung« zitiert werden, die Ludwig von Manger-Koenig seiner Analyse der Gesundheitspolitik bis zu Beginn der Jahre 1950 bis 1970 folgen läßt (Manger-Koenig 1975, S. 439):

»1. Die Gesundheitspolitik dieser zwanzig Jahre blieb ohne langfristiges von Bund, Ländern und Gemeinden getragenes und auf die sozialpolitischen Zielsetzungen abgestimmtes Konzept für ein geschlossenes umfassendes System gesundheitlicher Versorgung und Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung, zur rationellen Krankenbehandlung und -rehabilitation.

[...]

Deshalb gelang es nicht, die drei Subsysteme ambulante Versorgung - stationäre Versorgung und öffentlichen Gesundheitsdienst - in einem Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung zu Kooperation und sinnvoller Arbeitsteilung zu verknüpfen.«

Literatur

- Auerbach, W. et al. (1957): *Sozialplan für Deutschland*. Hannover.
- BArchKobl. B 142: Bundesministerium für Gesundheitswesen, Nr. 677, 678, 979, 3528.
- BArchKobl. B 149: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Nr. 4256, 4257, 4258, 6855, 7666.
- Berger, M. (1974): »Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht. Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztes in den Westzonen nach 1945«, in: *Argument*, Sonderband 4. Berlin, S. 73-93.
- Daniels, J. (1956): »Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst«, in: *Öff. Gesundheits-Dienst*, 18, S. 161-173.
- Daniels, J. (1958): »Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst«, in: *Öff. Gesundheits-Dienst*, 20, S. 49-66.
- Eschenburg, T. (1964): »Staatsführung durch Verträge zwischen Regierungschef und Verbänden«, in: ders.: *Zur politischen Praxis in der Bundesrepublik*, Band I. München.
- Federhen, L. (1967): »Grundlegende Gesetze und Durchführungsverordnungen«, in: ders. (Hrsg.): *Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das grüne Gehirn*. Stuttgart, S. 10-76.
- Gelsner, K. (1985): *Der Marburger Bund. Chronik der organisierten Krankenhausärzte*. Frankfurt a.M.
- Hagen, W. (1953): *Vorbeugende Gesundheitsfürsorge*. Stuttgart.
- Hagen, W. (1978): *60 Jahre Gesundheitsfürsorge*. Ausgewählte Aufsätze von Prof. Dr. Wilhelm Hagen. Herausgegeben zu seinem 85. Geburtstag. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 7. Düsseldorf.
- Labisch, A./Tennstedt, F. (1985): *Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 13, 1.2. Düsseldorf.
- Labisch, A. (in Zusammenarbeit mit F. Tennstedt) (1988): *Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Problemsichten und Problemlösungsmuster kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes*. Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, Heft 49. Frankfurt a.M.
- Manger-Koenig, L. von (1975): »Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen«, in: *Öff. Gesundheits-Wesen*, 37, S. 433-448.
- Naschold, F. (1967): *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*. Reihe Sozialwissenschaft in Theorie und Praxis. Freiburg.
- Rauskolb, C. (1976): *Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände*. Frankfurt a.M., Köln.

- Sons, H.-U. (1983): *Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945 - 1949*. Düsseldorfer Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens, Band 7. Wuppertal.
- Tennstedt, F. (1976): »Sozialgeschichte der Sozialversicherung«, in: M. Blohmke et al. (Hrsg.): *Handbuch der Sozialmedizin*, Band 3. Stuttgart, S. 385-492.