

# KAPITEL 3

## AUSDIFFERENZIERUNG UND STRUKTURWANDEL DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS

*Renate Mayntz und Bernd Rosewitz*

### 1 Vorbemerkung

Das Gesundheitswesen ist ein von den Gesellschaftsmitgliedern selbst problemlos identifizierbarer eigener Politiksektor, ein abgrenzbarer Institutionenkomplex und vor allem ein wichtiger Dienstleistungsbereich. Auch Sozialwissenschaftler nennen das Gesundheitswesen oft als eines der Teilsysteme, die für die moderne Gesellschaft kennzeichnend sind, allerdings ohne sich in gesellschaftstheoretischer Perspektive besonders dafür zu interessieren. In Parsons' AGIL-Schema der vier Systemfunktionen kommt der Gesundheitssektor erst in seinem Spätwerk vor (Parsons 1978)<sup>1</sup>, und Luhmann hat ihm bislang lediglich zwei Aufsätze gewidmet (1983a; 1983b). Diese tendenzielle Vernachlässigung mag damit zusammenhängen, daß weder für ein Denken in grundlegenden Systemimperativen noch für eine Auffassung von Gesellschaft als Kommunikationszusammenhang ein auf die Gesundheit von Individuen bezogenes Handeln zentral erscheint. So wird die Untersuchung des Gesundheitswesens den hieran speziell Interessierten überlassen, die dabei andere als gesellschaftstheoretische Fragestellungen verfolgen. Versuche wie der von Field (1973), analytische Kategorien für eine Beschreibung des als gesellschaftliches Teilsystem begriffenen "Health System" herauszuarbeiten, besitzen damit in der auf das Gesundheitswesen bezogenen sozialwissenschaftlichen Literatur eher Seltenheitswert.

Entgegen dieser vorherrschenden Tendenz soll in diesem Kapitel der Versuch unternommen werden, die Entwicklung des heutigen Gesund-

---

1 Allerdings hat Parsons (1939; 1964) immer wieder über Medizin und Gesundheit geschrieben.

heitswesens der Bundesrepublik Deutschland als realen historischen Prozeß in den Kategorien der Theorie sozialer Differenzierung, das heißt als Ausdifferenzierung eines gesellschaftlichen Teilsystems nachzuzeichnen. Dabei kann es selbstverständlich nicht darum gehen, neue historische Einsichten zu vermitteln. Die herangezogene Literatur zu geschichtlichen Entwicklungsverläufen dient uns als Material- und Datenbasis, wobei wir die Korrektheit historischer Darstellungen nicht selber kritisch beurteilen können, sondern unterstellen müssen. Andererseits geht es uns jedoch nicht lediglich darum, einen bekannten historischen Prozeß in der besonderen Sprache der Differenzierungstheorie nachzuerzählen. Wir hoffen vielmehr, mit dieser Analyse wichtige Aspekte der Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems zu seiner heutigen Beschaffenheit erklären zu können und damit gleichzeitig einen Beitrag zu einer sozialstrukturell orientierten und in Akteurskategorien denkenden Theorie sozialer Dynamik zu leisten. Sowohl der Begriff der Ausdifferenzierung wie der des gesellschaftlichen Teilsystems wird dabei im folgenden nicht im engeren systemtheoretischen Verständnis benutzt, sondern mit der in Kapitel 1 beschriebenen sozialstrukturell erweiterten Bedeutung. Gerade am Beispiel des Gesundheitssystems läßt sich demonstrieren, daß ein Versuch, dieses System so zu beschreiben, daß die mit seiner Struktur und Funktionsweise verbundenen und in der Gesellschaft selbst diskutierten Probleme erklärbar werden, ohne Bezugnahme auf die Existenz konkreter korporativer Akteure wie z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Gesetzlichen Krankenkassen kaum gelingen kann.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Entstehung des deutschen Gesundheitssystems geschildert, wobei die in Kapitel 1 unterschiedenen Stufen der Ausdifferenzierung als analytisches Ordnungsschema dienen. So wird zuerst die Entstehung der verschiedenen Gesundheitsberufe als Prozeß der rollenmäßigen Ausdifferenzierung und nachfolgend die Entwicklung verschiedener Arten formaler Organisationen dargestellt, die für die heutige Struktur des Gesundheitssystems kennzeichnend sind. Anschließend wird die geschilderte Entwicklung auf dem Hintergrund allgemeiner differenzierungstheoretischer Modellannahmen interpretiert und dabei auf Fragen nach ihren wichtigsten Triebkräften und problematischen Folgen eingegangen.

## 2 Die Entstehung der Gesundheitsberufe

Die erste Ausdifferenzierung gesundheitsbezogener Handlungsweisen fand auf situativer Ebene statt: der Magier oder Priester, der zur Heilung eines Kranken gerufen wurde, vollzog dort Handlungen, die von anderen rituellen Handlungsweisen (etwa von Initiationsriten) verschieden waren. Allerdings war die Erklärung des Phänomens "Krankheit" noch eine magische und ihre Behandlung entsprechend eine der verschiedenen Aufgaben des Magiers<sup>2</sup>. Für die rollenmäßige Ausdifferenzierung eines "Heilers" mußte man erst eine *spezifische* Interpretation des Phänomens, eine spezifische Erklärung finden, d.h. Krankheit mußte zunächst als verschieden von einem Zustand der Ungnade, der Müdigkeit oder des Alters wahrgenommen werden. Der entscheidende Schritt bei der Definition des Bezugsproblems Krankheit, die für das Gesundheitssystem konstitutiv wurde, war das Entstehen eines auf natürliche (statt auf magische oder religiöse) Ursachen abstellenden Krankheitsverständnisses, durch das Krankheit unmittelbar "behandlungsfähig" wurde. Dieser Schritt war in der Antike bereits vollzogen (Baas 1896: 29-52); im ausgehenden Mittelalter konnte daran angeknüpft werden.

Seitdem ist das Bezugsproblem Krankheit immer wieder etwas anders interpretiert und abgegrenzt worden. Die Auffassung von Krankheit als einem natürlichen Phänomen ist dabei zu einer *naturwissenschaftlichen* geworden und wurde insofern präzisiert, ohne deshalb jedoch fortlaufend enger (d.h. weniger psycho-physische Zustände des Menschen einbeziehend) definiert worden zu sein. Die Auseinandersetzungen über das "richtige" Verständnis von Krankheit und Gesundheit dauern auch heute noch an.<sup>3</sup> Besonders augenfällig sind die Veränderungen, die im Laufe der Zeit auf der Ebene des instrumentellen Handelns - der diagnostischen und therapeutischen Verfahren - stattgefunden haben und die neben Veränderungen in der kausalen Interpretation von Krankheitsphänomenen Fortschritte in Pharmazie und Medizintechnik widerspiegeln. Die normativ verankerte Orientierung gesundheitsbezogenen Handelns hat sich dagegen seit der Antike nicht grundsätzlich

---

2 Zur Entwicklung der magischen Medizin bei verschiedenen Völkern vgl. Baas (1896: 18-28); ebenso Lichtenthaeler (1974: 61 ff.).

3 Vgl. u.a. Thoma (1979); Gerhardt (1981); Illich (1984); Schaefer (1981); v. Ferber (1975: 24/25); insbesondere auch die umstrittene Gesundheitsdefinition der WHO.

geändert; auf den hippokratischen Eid beziehen sich Ärzte noch heute. Obwohl bei der folgenden, sich auf Berufs- und Organisationsbildungsprozesse konzentrierenden Darstellung Veränderungen auf der kognitiv-symbolischen Ebene nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, wird die wechselseitige Beeinflussung der beiden Entwicklungslinien doch an mehreren Stellen deutlich werden.

Mit unserer Rekonstruktion der Entstehung von Gesundheitsberufen setzen wir im europäischen Mittelalter ein, obwohl es in der Antike bereits rollenmäßig ausdifferenzierte Gesundheitsberufe und auch Einrichtungen zur Krankenbetreuung - speziell von Sklaven und Kriegern - gab. Dabei kannte das Altertum Mediziner sowohl als Naturphilosophen, als Priester und als Handwerker, und es kannte auch die funktionelle und zugleich rangmäßige Unterscheidung zwischen sogenannten Chirurgen und Medizinern.<sup>4</sup> Im frühen kontinentaleuropäischen Mittelalter hatte sich die Medizin weitgehend in die Klöster zurückgezogen und war dabei religiösen Kriterien unterstellt; auch Krankheitsursache und Heilung wurden vielfach religiös gedeutet.<sup>5</sup> Allerdings besaß und beanspruchte der Klerus keinerlei exklusive Zuständigkeit für die Krankenbehandlung, für die sich eine Vielzahl von Berufen zuständig erklärte - neben den Chirurgen oder Wundärzten, die es seit dem Altertum kontinuierlich gegeben hatte (Baas 1896: 131; 145/146), die Bader und Scharfrichter, Hebammen, Kräuterfrauen und Schäfer<sup>6</sup>. Im wesentlichen handelte es sich hier um bestenfalls handwerklich organisierte Gruppen ohne klare Rangordnung und mit sich überlappenden De-facto-Zuständigkeiten.

1130 wird den Mönchen vom Konzil von Clermont die Ausübung ärztlicher Tätigkeit verboten. Der Weltklerus fährt allerdings damit fort und findet in den neu gegründeten Universitäten eine Ausbildungs-

---

4 Vgl. Ackerknecht (1986: 46-73), zum letzten Aspekt besonders Seite 64 und 72; ebenso Lichtenthaeler (1974: 336 ff.).

5 Im Vergleich mit der Zeit des griechischen Arztes Galen stellte dieses eine Regression zu einer früheren Stufe geringerer Differenzierung zwischen Medizin und Religion dar.

6 Über die Auswirkungen der Trennung von Chirurgie und Medizin schreibt Ackerknecht (1986: 81): "Schon im 11. Jahrhundert wurde der Aderlaß zunehmend von Barbieren ausgeführt. Chirurgische Bücher verschwanden aus den Universitätsbibliotheken. Die Chirurgie wurde jetzt den Badern, Barbieren, Henkern, Kastrierten und Quacksalbern jeder Art überlassen".



stätte, die mit einer standardisierten Wissensübermittlung, Examen und Titel zum Entstehen der Rolle des gelehrten Arztes führte (Ackerknecht 1986: 76/77; Lichtenthaeler 1974: 338). Allerdings besaß dieser gelehrte Arzt keine im engeren Sinne auf praktische Dienstleistung, auf faktische Krankenbehandlung orientierte Funktionsrolle. Die Ärzte waren ein Gelehrtenstand und mithin eher eine Erscheinung rangmäßiger als funktioneller Differenzierung. Die Bildungs- und Statusansprüche derer, die damals Universitäten besuchten, und die stark klassikerorientierte und im heutigen Verständnis eher naturphilosophische Ausbildung unterstützten sich gegenseitig. Sofern gelehrte Ärzte praktizierten, was bei vielen weder ihre hauptsächliche Tätigkeit noch ihre einzige Einkommensquelle war, konzentrierten sie sich auf Diagnose und Beratung, während Wundärzte oder andere Heilpersonen oft die eventuell notwendigen Manipulationen am menschlichen Körper vornahmen. Die gelehrten Ärzte des Mittelalters stellten nur einen kleinen Teil des Heilpersonals dar; Ackerknecht (1986: 84) etwa berichtet, daß Paris 1296 nur sechs und 100 Jahre später erst 32 Doktores verzeichnete. Mit der Gründung von Universitäten im 12. Jahrhundert in Montpellier, Paris, Bologna und Oxford wurde eine medizinische Ausbildung angeboten, die es in dieser Weise bisher nicht gegeben hatte (Lichtenthaeler 1975: 317 ff.; Ackerknecht 1986: 79/80).<sup>7</sup>

Die beiden medizinischen Hauptberufe jener Zeit, akademisch ausgebildete Ärzte und handwerklich ausgebildete Chirurgen, sogenannte Wundärzte, waren also sowohl rangmäßig wie funktionell differenziert. Grundlage (aber nicht Ursache) der Differenzierung war die damals akzeptierte Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Krankheiten, von denen die ersteren vor allem diagnostische Anforderungen stellten, die letzteren handwerklich manipulative. Diese Unterscheidung diente zur Rechtfertigung der sozialen Differenzierung. Als sie brüchig wurde, verschwand auch das überkommene Muster der Arbeitsteilung zwischen gelehrten Ärzten und Chirurgen (vgl. Huerkamp 1985: 44; Ackerknecht 1986: 116/117), die nicht nur Verschiedenes taten, sondern sich auch in ihrer Klientel unterschieden - die allgemeinmedizinische Versorgung der breiten Bevölkerungsschichten lag dabei in der Hand der Wundärzte. Tendenzen zur Verringerung der rangmäßigen und funktionellen Differen-

---

<sup>7</sup> Die erste medizinische Fakultät entstand zu Beginn des 13. Jahrhunderts in Montpellier (Lichtenthaeler 1975: 320).

zierung von Ärzten und Chirurgen lassen sich schon bald nach der Verankerung der Medizin an den Universitäten nachweisen. Schon im 16. Jahrhundert wurde trotz fortdauernder Vorherrschaft der scholastischen Medizin an mehreren Universitäten die Lehre am Krankenbett eingeführt und Ärzte wurden gelegentlich auch als Chirurgen ausgebildet (Ackerknecht 1986: 86-99). Zu Beginn des 19. Jahrhunderts waren die Chirurgen in den wichtigsten europäischen Ländern als Berufsstand anerkannt und kamen zunehmend in den Genuß einer systematischen Ausbildung, für die eigene Lehranstalten geschaffen wurden<sup>8</sup>. Die Bildung eines, wie es damals hieß, einheitlichen ärztlichen Standes wurde durch die Integration der chirurgischen Ausbildung in die Universitätsausbildung der Mediziner begünstigt. In Preußen begann sich ab 1825 im Zuge der Prüfungsreform, die die Klassifikation des Heilpersonals regelte, die wissenschaftlich obsolet gewordene Trennung in Chirurgie und Medizin aufzulösen (Huerkamp 1980) - ohne daß es sinnvoll scheint, hier von "Entdifferenzierung" zu sprechen.

Interessant ist, daß die Integration von akademischer Medizin und Chirurgie über eine Zwischenphase lief, in der sich die stratifikatorische Differenzierung nicht nur erhielt, sondern sogar noch zu verschärfen schien. Mit der Prüfungsordnung von 1825 wurde in Preußen die neue Kategorie der "Wundärzte 1. Klasse" geschaffen, für die erhöhte Ausbildungsanforderungen galten; ihr Lehrplan umfaßte durchaus gleichgewichtig Chirurgie und innere Medizin (Huerkamp 1985: 48). Aufgrund dieser Ausbildung lagen die Wundärzte 1. Klasse genau zwischen den beiden bisherigen Berufen bzw. Statuskategorien: deren Integration wurde sozusagen durch die Einführung eines Zwischenranges eingeleitet, was allerdings als bloße Übergangslösung gemeint war und auch erkannt wurde. Kurz nach der Jahrhundertmitte wurde der ärztliche "Einheitsstand" in Preußen gesetzlich verankert und die bestehenden medizinisch-chirurgischen Lehranstalten wurden geschlossen.<sup>9</sup> Die akademisch ausgebildeten Ärzte führten seitdem den Titel "praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer", während der bisherige Wundarzt zweiter Klasse

---

8 Nach Huerkamp (1980: 353/354) wurden medizinisch-chirurgische Lehranstalten, an denen ein dreijähriges Studium zu absolvieren war, in Münster (1822), in Breslau (1823), in Magdeburg (1827) und in Greifswald (1831) eingerichtet.

9 Nach Ackerknecht (1986: 132/133) war in Frankreich die Trennung zwischen Ärzten und Chirurgen bereits durch die Französische Revolution aufgehoben worden.

zum konzessionierten "Heildiener" wurde und sich später als freipraktizierender Beruf auflöste.

Der so entstandene Arztberuf ist sowohl wissenschaftlich fundiert wie praxisorientiert und entspricht insofern erstmals dem Modell des professionellen Experten. Die zentrale Funktionsrolle im Gesundheitssystem ist also nicht ausschließlich durch Spezialisierung, sondern auch durch Entstratifizierung und funktionelle Integration gebildet worden.

Das Entstehen eines ärztlichen "Einheitsstandes" wurde von zwei wichtigen Prozessen begleitet, nämlich einerseits der schließlich gesetzlich verankerten Abgrenzung von anderen Heilberufen, und andererseits der horizontalen Differenzierung innerhalb der Ärzteschaft. Die durch die Vereinheitlichung der Ausbildungsvoraussetzungen bewirkte Integration der Ärzteschaft, vor allem aber Niveau und wissenschaftlicher Charakter dieser Ausbildung erleichterten die Durchsetzung des Behandlungsmonopols in der Abgrenzung zu den nicht oder nur handwerklich ausgebildeten Heilpersonen der vielfältigen anderen Berufe, die früher neben dem Wundarzt Kranke vor allem der niederen Schichten und auf dem Lande behandelt hatten. Diese Auseinandersetzung wurde von den Ärzten als Kampf gegen Kurpfuscher und Quacksalber geführt und mit dem Patienteninteresse legitimiert, ein Argument, das mit dem medizinischen Fortschritt im 19. Jahrhundert an Glaubwürdigkeit gewinnen mußte. Gleichzeitig wurden jedoch durch die zunehmende Umorientierung der Ärzte auf naturwissenschaftliche Grundlagen manche Tätigkeitsfelder und Behandlungsmethoden für sie interessant, die bislang zur Domäne der Heilkundigen gehört hatten. Beispiele sind die quasi orthopädischen Tätigkeiten der Bader sowie die gynäkologischen der Hebammen. Diese fortschrittlich-praktischen Tätigkeiten wurden von den Ärzten in ihr eigenes Berufsspektrum integriert, wobei sie gleichzeitig darauf hinwirkten, daß sie als ausschließlich *ärztliche* Aufgaben definiert wurden. Viele der so ihrer medizinischen Aufgabenteile entkleideten Berufe wurden damit aus dem sich bildenden Gesundheitssystem ausgeschlossen. Endgültig durchsetzen ließ sich das ärztliche Behandlungsmonopol den verschiedenen Kategorien von Heilkundigen gegenüber erst mit Hilfe des Gesetzgebers im Zuge der Verankerung des ärztlichen "Einheitsstandes" im Jahre 1852, wodurch andere gesundheitsbezogene Berufe einer genauen Zuständigkeitsbegrenzung und Kontrolle durch

die Ärzte unterworfen wurden (Huerkamp 1980: 359/360).<sup>10</sup> Mit der Aufhebung des Kurpfuschereiverbotes durch die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869 gaben die Ärzte jedoch ihr gesetzlich geschütztes Berufsmonopol wieder auf, das sie erst 1939 mit der Verabschiedung des Heilpraktikergesetzes zurückerlangen konnten.

Die sich parallel zur Abgrenzung nach außen entwickelnde fachliche Differenzierung der Ärzteschaft ist durch die Integration der Chirurgen und durch die Absorption einiger weiterer Tätigkeitsfelder aus verschiedenen Heilberufen stimuliert, aber nicht allein dadurch hervorgerufen worden. Die Spezialisierung der ärztlichen Praxis folgt zugleich derjenigen der medizinischen Wissenschaft. Sie läßt sich bis ins späte 18. Jahrhundert zurückverfolgen, setzte aber in großem Maßstab erst nach der Bildung des ärztlichen Einheitsstandes ein. "Ermöglicht und wesentlich gefördert wurde diese Ausdifferenzierung neuer Fachrichtungen durch die endgültige Etablierung der lokalistischen Krankheitsauffassung ...; durch die Entwicklung spezieller Untersuchungsinstrumente, die bisweilen geradezu die Entstehung eines neuen Spezialfaches markierten ...; und schließlich durch eine Reihe von Eigentümlichkeiten gerade des deutschen Universitätsbetriebes, die ein Engagement von jungen Wissenschaftlern in neuen Spezialdisziplinen begünstigten" (Huerkamp 1985: 177/178). Die Einführung neuer Spezialfächer an den medizinischen Fakultäten bedeutete allerdings nicht immer auch eine entsprechende Differenzierung ärztlicher Berufe. Hierfür eigneten sich vorzugsweise die sogenannten "Organspezialitäten" wie Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten usw., die teilweise zuerst in Privatanstalten behandelt wurden; als Spezialfächer mußten sie sich den Zugang zu den Universitäten erst erkämpfen. Auch die Chirurgie etablierte sich als Spezialfach und erhielt seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts jene von der alten Chirurgie deutlich verschiedene Bedeutung, die wir heute mit dem Wort normalerweise assoziieren<sup>11</sup>. Kurz nach der Jahrhundertwende betrieben ca. 17,5% der preußischen Ärzte eine Spezialpraxis (Huerkamp 1985: 180). Der fachliche Differenzierungs-

---

10 Die Konzessionierung von Hebammen war bereits ab 1825 an Zusatzprüfungen gekoppelt worden.

11 Eine umfassende Analyse dieses Entwicklungsprozesses hat Eulner (1970) vorgelegt; siehe ebenso Pfetsch & Zloczower (1973) über die Institutionalisierung medizinischer Fachgebiete im deutschen Wissenschaftssystem.



prozeß ist bis in die jüngste Gegenwart nicht zum Stillstand gekommen. So sind auch nach 1945 weitere fachgebietliche Spezialisierungen hinzugekommen, wobei auch der Allgemeinarzt gegenüber dem bisherigen praktischen Arzt als eine Facharztbezeichnung mit vierjähriger Weiterbildungszeit eingeführt wurde (Narr 1984: 54/55). Nach wie vor wirken wissenschaftliche wie medizintechnische Entwicklungen bei dieser Spezialisierung mit. Die Allgemeinmediziner machen zwar weiterhin die stärkste Ärztegruppe in der Bundesrepublik aus, doch hat sich ihr Anteil zwischen 1952 und 1983 von 66% auf 53% verringert. Absolut gesehen ist die Zahl der Allgemeinmediziner in dieser Periode zwar noch um 65% gestiegen, doch liegt sie damit deutlich unter der durchschnittlichen Wachstumsrate der Ärzteschaft von über 116%. Die Zahl der Internisten ist in demselben Zeitraum um rund 225% gestiegen, ein Wachstumsprozeß, der allerdings mit einer gewissen Entspezialisierung, einer Verschiebung des Tätigkeitsspektrums zumindest der freipraktizierenden Internisten in Richtung auf das der früheren praktischen Ärzte verbunden war.<sup>12</sup>

Einen besonderen Verlauf nahm die Entwicklung einer Kategorie von Ärzten, die aus der heutigen Patientenperspektive wie jede andere Facharztsparte aussehen mag: die der Zahnärzte (vgl. zum folgenden Marezky & Venter 1974). Ursprünglich von nichtapprobierten Heilpersonen wie Badern und Barbieren durchgeführt, wandten sich um 1800 erstmals auch approbierte Ärzte der Behandlung von Zähnen zu. Dadurch kam es zunächst zur Entwicklung von zwei Berufskategorien: Auf der einen Seite entstand die der approbierten Zahnärzte, auf der anderen die der Dentisten. Erstere wurden in Preußen zuerst ähnlich wie die Wundärzte an medizinisch-chirurgischen Lehranstalten, nach der Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend an den Universitäten ausgebildet, wobei die Zahnärzte schließlich 1909 mit dem Erlaß einer neuen Prüfungsordnung die seit langem geforderte Gleichstellung mit den Ärzten erreichten. Zahlenmäßig allerdings überwogen im Deutschen Reich noch 1933 die Dentisten (18.000 gegenüber knapp 11.000 Zahnärzten). Die Dentisten hatten mit der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869, die auch das Verbot der Kurpfuscherei aufhob, eine Legitimation ihrer handwerklich-praktischen Tätigkeit erhalten. 1882 gründeten

---

12 Eigene Berechnungen nach Fachserie 12, Reihe 1 (Statistisches Bundesamt 1985: 46/47).

sie eine Fachschule, 1900 ein Lehrinstitut in Berlin und 1920 kam es zur Einführung einer staatlichen Dentistenprüfung. 1952 wurde die gesonderte Dentistenausbildung abgeschafft, und die Dentisten wurden in den Berufsstand der Zahnärzte eingegliedert. Die hier kurz geschilderte Entwicklung verbindet auf interessante Weise Prozesse der Integration, der sich stabilisierenden Arbeitsteilung und der Ausschließung, obwohl die heutige Zahnärzteschaft eher wie das Ergebnis eines Prozesses der Innendifferenzierung erscheinen mag; lediglich die Existenz gesonderter Kassenzahnärztlicher Vereinigungen verweist noch immer auf die tatsächliche Genese des Zahnarztberufs.

Eine weitere Variante der Differenzierung innerhalb der Ärzteschaft stellt die schrittweise Trennung zwischen praktizierenden Ärzten und den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst dar. Historisch geht der öffentliche Gesundheitsdienst auf die Bemühungen der Seuchenbekämpfung im Mittelalter zurück (Ackerknecht 1986: 83). Zu diesem Zweck bestellten Städte und geistliche Fürstentümer sogenannte *Physici*. Den Stadtärzten oblagen später vor allem soziale Aufgaben im Bereich der *Gesundheitsfürsorge*, während die Aufgaben der *Gesundheitsaufsicht* von staatlichen Medizinalbeamten übernommen wurden.<sup>13</sup> Eine staatliche Gesundheitspolizei (im damaligen Sinne von *Polizey*)<sup>14</sup> gab es in Preußen seit Anfang des 18. Jahrhunderts. Die Kreisphysiker, die sich seit 1764 einer besonderen Prüfung zu unterziehen hatten und denen zunächst vor allem die Überwachung und Kontrolle der Medizinalpersonen des Kreises, die Visitation der Apotheken und gerichtsmedizinische Begutachtungen übertragen waren, waren anfangs durchweg nebenamtlich tätig (Huerkamp 1985: 14). Mit der Zunahme insbesondere sanitätspolizeilicher Aufgaben im Zuge des Ausbaus des öffentlichen Gesundheitswesens<sup>15</sup> wurde das zeitlich bisher wenig anspruchsvolle Nebenamt immer schwererwichtiger, so daß zunächst eine bessere Bezahlung und nach und

---

13 Dieser Dualismus zwischen staatlicher Gesundheitsaufsicht und kommunaler Gesundheitsfürsorge wurde erst durch das "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" von 1934 aufgehoben (Labisch 1982).

14 Vgl. hierzu insbesondere Pankoke (1970: 183 ff.).

15 Wesentlich beeinflusst wurde diese Entwicklung durch eine neue wissenschaftliche Disziplin der Medizin, die Staatsarzneikunde oder auch "Medizinische Polizey", die im gleichnamigen Werk von Frank (veröffentlicht ab 1779) ihren Höhepunkt erlebte (Labisch 1982: 746/747; vgl. auch Neumann 1983: 82; Deppe & Regus 1975).

nach eine vollbesoldete hauptamtliche Tätigkeit verlangt und durch die Vermehrung vollbesoldeter Kreisarztstellen auch schrittweise verwirklicht wurde. 1926 waren in Preußen 69% aller Kreisarztstellen voll besoldet (Huerkamp 1985: 175). Die beamteten Ärzte, die für dieses Amt auch eine weitergehende spezielle Qualifikation erwerben mußten, wurden mehr und mehr zu Spezialisten für öffentliche Gesundheitspflege. "Für den solcher Art durch Ausbildung und Tätigkeitsfeld spezialisierten Arzt kam es mehr darauf an, 'daß er Bazillen als daß er Menschen behandeln kann'" (Huerkamp 1985: 170). Hier hat also nicht nur eine positionale, sondern auch eine inhaltliche Differenzierung von Berufsrollen stattgefunden.

Gleichwohl gab es, zumal solange die Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen ihre Tätigkeit im Nebenamt ausübten, Konkurrenz und Konflikte mit nicht beamteten Arztkollegen. Die Ausweitung der ärztlichen Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitspflege speziell im Zusammenhang mit der Ausführung von Impfungen und der Schulgesundheitspflege schuf sogar neue Reibungsflächen, da mitunter sowohl die beamteten Ärzte wie die praktischen Ärzte solche Aufgaben für sich beanspruchten. Mit der Neuregelung des öffentlichen Gesundheitswesens im Jahre 1934 wurde zwar ein einheitliches Medizinalbeamtentum geschaffen, doch konnte der öffentliche Gesundheitsdienst "... seinen Stellenwert im medizinischen Versorgungssystem nicht behaupten und wurde gesundheitspolitisch im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung in eine Außenseiterrolle gedrängt" (Labisch 1982: 753). Nach 1945 setzte eine scharfe ideologische Auseinandersetzung zwischen Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und niedergelassenen Ärzten ein, die sich um die Schlagworte "Staatsmedizin" versus "freie Medizin" rankte (Labisch 1982: 758). Da den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst immer mehr ärztliche Aufgaben entzogen wurden und sich auch die Einkommensverhältnisse in der Ärzteschaft zu ihren Ungunsten verschoben haben, scheint der intraprofessionelle Status beamteter Ärzte heute eher niedriger zu sein als der anderer Arztgruppen. Trotzdem sind durch die Existenz eines - wenn auch marginalen - öffentlichen Gesundheitsdienstes die freipraktizierenden Ärzte aus der formellen Verantwortung für die öffentliche Gesundheit weitgehend entlassen worden. Dadurch mußte sich ihre Orientierung am einzelnen Patienten verstärken.

*Tabelle 1: Ausgewählte Berufe im Gesundheitssystem  
(1955 und 1983)*

<i>Jahr</i>	<i>Ärzte (insg.)</i>	<i>Allgemein- mediziner</i>	<i>Ärzte hauptamtl. in Gesund- heitsämtern</i>	<i>Zahnärzte</i>	<i>Apotheker</i>
1955	71.967	47.384	1.149	31.134	12.968
1983	147.467	78.261	2.230	33.713	29.536

Quelle: Fachserie 12, Reihe 1 (Statistisches Bundesamt 1985: 43, 50, 52).

Eine Differenzierung innerhalb der Ärzteschaft hat schließlich noch entlang zweier weiterer Dimensionen stattgefunden, die noch deutlicher als diejenige zwischen Ärzten und Medizinalbeamten positioneller Art sind, anstatt sich primär auf inhaltliche Aspekte der ärztlichen Tätigkeit zu beziehen. Dabei handelt es sich einmal um die Trennung zwischen Krankenhausärzten und freipraktizierenden Ärzten, und zum anderen um die zwischen Kassenärzten und Privatärzten. Das Auftreten beider Gruppierungen ist eng mit der Entwicklung bestimmter Einrichtungen im Gesundheitswesen verknüpft und wird deshalb weiter unten im Zusammenhang mit Krankenhäusern und Krankenkassen behandelt.

An dieser Stelle soll dagegen noch auf einen Prozeß der arbeitsteiligen Differenzierung innerhalb des Gesundheitssystems eingegangen werden, der zwischen Ärzten und Apothekern stattgefunden hat. Die Apotheker sind weder in die Ärzteschaft integriert, noch als Beruf aus dem Gesundheitssystem herausgedrängt worden, sondern stellen heute als Ergebnis der Arbeitsteilung einen eigenen Sektor innerhalb des Systems dar. Die Entstehung des Apothekerberufes wird auf das 13. bis 15. Jahrhundert datiert und hängt eng mit der Zunahme und nachfolgenden Systematisierung des pharmakologischen Wissens zusammen. Die ab der Mitte des 16. Jahrhunderts in Mittel- und Südeuropa verbreiteten Arzneimittelbücher (Pharmakopöen - vgl. Dann 1975: 60/61) können als die grundlegende Fachliteratur angesehen werden, die zur Wissensbasis des Apothekerberufes wurde (Schubert 1983: 99). Zuvor



und auch während der Herausbildung des Apothekerberufes hatten verschiedene Kategorien von Heilpersonen zum Teil ihre eigenen Arzneien hergestellt, wobei die Ingredienzen zum größten Teil aus dem Kräuterkrauthandel stammten. In dem neuen Beruf des Apothekers, den man in Mitteleuropa vom 16. Jahrhundert an im Rahmen staatlicher Medizinalordnungen zu regeln versuchte, wurden demnach verwandte Tätigkeitselemente aus recht unterschiedlichen Berufen zusammengeführt. Die Folge waren jahrhundertelange Auseinandersetzungen u.a. um die Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche zwischen Ärzten und Apothekern, eine Abgrenzung, die trotz wiederholter staatlicher Interventionen bis ins 19. Jahrhundert hinein von beiden Seiten immer wieder verletzt wurde: Auf der einen Seite stellten Ärzte weiterhin Arzneimittel für die von ihnen behandelten Patienten her, während auf der anderen Seite Apotheker sich auch mit der Krankenbehandlung befaßten (Kuhn 1963: 10-14; Schwarz 1976).

Die Apotheker wurden, ähnlich wie die Wundärzte, bis ins 19. Jahrhundert hinein in der Art der Handwerker mit Lehr- und Gesellenzeit ausgebildet. Zur Verbesserung und zum Teil auch zur Verwissenschaftlichung der Ausbildung von Wundärzten und Apothekern wurde das Collegium Medico-chirurgicum in Berlin gegründet. Apotheker, die einen Kurs an dieser Institution absolviert hatten, durften sich als Apotheker 1. Klasse bezeichnen, während alle anderen als Apotheker 2. Klasse galten. Schrittweise verlagerte sich auch für sie der Ausbildungsort aus der Apotheke in spezielle Schulen, und zwar sowohl in private Institute wie später in öffentliche pharmazeutische Lehranstalten und schließlich zunehmend in die Universitäten, die sich allerdings zu Beginn des 19. Jahrhunderts gegen die Aufnahme von Studenten ohne höhere Schulbildung wehrten (Schubert 1983: 100/101). 1853 wurde die Ausbildung der Apotheker in Preußen vereinheitlicht und die Prüfungsbefugnis von den Medizinalkollegien auf die Universitäten übertragen, die von den künftigen Apothekern, zunächst allerdings nur für wenige Semester, neben ihrer praktischen Ausbildung besucht wurden. Erst seit 1935 hat der Apothekerberuf mit der Einführung eines sechsemestrigen Studiums vollen akademischen Status erreicht. Interessanterweise setzte diese Aufwertung des Apothekerberufes durch Akademisierung genau zu der Zeit ein, als durch die industrielle Fertigung von Arzneimitteln das bisher zentrale Tätigkeitselement des Berufs weitgehend verloren ging. Infolge des fehlenden Substitutionsrechts bei ärztlichen Verschreibungen und der relativ geringen Rolle, die ohne

ärztliche Verschreibung abgegebene Arzneimittel heute für den Umsatz deutscher Apotheken spielen<sup>16</sup>, blieben die Apotheker jedoch trotz rangmäßiger Gleichstellung als Akademiker in einer funktionellen Abhängigkeit gegenüber den Ärzten. Gleichzeitig sind ihnen durch die industrielle Fertigung der Arzneimittel neue Konkurrenten erwachsen, gegen die sie sich nur mit Hilfe des Gesetzgebers wehren können.

Der letzte in diesem Abschnitt zu behandelnde Aspekt beruflicher Differenzierung bezieht sich auf das paramedizinische Personal (wie das medizinische Hilfs- und Pflegepersonal hier genannt werden soll). Diese Berufsgruppen, auf die in der historischen Literatur eher am Rande eingegangen wird, sind rein quantitativ gesehen hauptsächlich im Zusammenhang mit den Krankenhäusern entstanden. Obwohl es zumeist an Hospitäler gebundene christliche Orden und Pflegegemeinschaften bereits im Mittelalter gab, kann man von der Entstehung eines Krankenpflegeberufes erst in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sprechen. Zu dieser Zeit, zu der sich auch der Wandel vom Hospital zum Krankenhaus vollzieht, werden von protestantischer Seite aus die ersten Krankenpflegeorganisationen mit der Ausrichtung auf ein medizinisches Anforderungsprofil gegründet (Schaper 1987: 157-177). In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstehen auch die ersten weltlichen Krankenpflegeorganisationen. Neben dem ausschließlich auf Krankenpflege ausgerichteten Personal entstanden teils in Reaktion auf eine Veränderung der Krankheitsstruktur, teils in Reaktion auf neue medizinisch-technische Anforderungen eine Vielzahl weiterer Berufe. So begann die Spezialisierung der medizinisch-technischen Assistenten mit der Entdeckung der Röntgenstrahlen (1895), und sie hat sich durch die Ausgliederung weiterer, in einer eigenen Ausbildungsordnung geregelter Berufe aus dieser Berufsgruppe (medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, medizinisch-technische Radiologieassistenten) weiter fortgesetzt (Kirchberger 1986). Parallel mit der absoluten wie relativen Zunahme an Krankenhausärzten ist auch beim paramedizinischen Personal insgesamt in den letzten Jahrzehnten ein erheblicher Zuwachs (ca. 190% Zunahme zwischen 1952 und 1983) zu verzeichnen. Am stärksten ist heute die Berufsgruppe der Krankenschwestern bzw.

---

16 Laut Apothekenreport (1987: 33) lag der Anteil der Selbstmedikation am Arzneimittelumsatz zwischen 1979 und 1982 bei rund 16% und stieg 1983 auf rund 18% an.

-pfleger. Ihre Zahl hat sich seit 1952 mehr als verdoppelt, obwohl ihr Anteil am gesamten paramedizinischen Personal gesunken ist, doch gibt es zusätzlich seit 1965 die Berufsgruppe der Krankenpflegehelfer, die inzwischen zur zweitstärksten Gruppe in diesem Bereich herangewachsen ist. Die drittstärkste Berufsgruppe sind die Kinderkrankenschwestern/-pfleger.<sup>17</sup> Von dem gesamten paramedizinischen Personal entfallen ca. 85% auf den stationären Bereich.<sup>18</sup>

*Tabelle 2:* Die drei quantitativ größten Kategorien des paramedizinischen Personals (im Vergleich zum gesamten paramedizinischen Personal)

<i>Jahr</i>	<i>Personal insgesamt</i>	<i>Krankenschw./-pfleger</i>	<i>Krankenpflegehelfer</i>	<i>Kinderkrankenschw./-pfleger</i>
1955	155.116	100.419	(1965: 5.474)	11.469
1983	375.856	210.143	42.294	26.279

Quelle: Fachserie 12, Reihe 1 (Statistisches Bundesamt 1985: 50).

Damit ist der kurze Überblick über berufliche Differenzierungsprozesse in der Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland abgeschlossen. Beeindruckend ist die dabei sichtbar werdende Vielfalt von Prozeßvarianten, die sich keiner einzigen Formel fügen. Nur ein Teil der ärztlichen Spezialisierungsprozesse entspricht dem Modell der *Arbeitsteilung*, wo aus einer umfassenden Rolle mehrere Rollen mit spezialisierterem Tätigkeitsprofil werden. Andere Prozeßvarianten, die wir vorfinden, sind: die Aufgabenverteilung zwischen mehreren schon bestehenden Berufen mit überlappenden Tätigkeitsprofilen; die Integration mehrerer verschiedener zu einem neuen Beruf; die partielle Absorption von Tätigkeitselementen eines bestehenden in einen anderen Beruf,

<sup>17</sup> Eigene Berechnungen nach Fachserie 12, Reihe 1 (Statistisches Bundesamt 1985).

<sup>18</sup> Eigene Berechnungen nach Fachserie 12, Reihe 6 (Statistisches Bundesamt 1986: 24-29) sowie Fachserie 12, Reihe 5 (Statistisches Bundesamt 1986: 22).



wodurch der eine erweitert und aufgewertet, der andere funktionell verarmt und abgewertet wird; und das Entstehen neuer Berufe aufgrund neuer Tätigkeitschancen und wachsenden Bedarfs. Festzuhalten ist auch, daß Differenzierungsprozesse nicht nur auf der Ebene von Tätigkeiten stattfinden, sondern daß es daneben auch vorwiegend positionell unterschiedene Rollen gibt. Schließlich wurde deutlich, daß funktionelle und rangmäßige Differenzierung meist zusammen auftreten, und daß es insbesondere nur selten rangmäßig völlig neutrale funktionelle Differenzierungen gibt. Die simple Vorstellung von funktioneller Differenzierung auf der Ebene von Berufsrollen nach dem Muster horizontaler Arbeitsteilung (Dekomposition) ist damit außerstande, einen realen historischen Entwicklungsprozeß adäquat wiederzugeben.

### 3 Die Organisationsformen der Leistungsproduktion

Vergegenwärtigt man sich, in welcher Art sozialer Einheiten gesundheitsbezogene Leistungen heute erbracht werden, dann fällt vor allem die Trennung zwischen Praxen und Krankenhäusern ins Auge. Entsprechend wird die Trennung in einen ambulanten und einen stationären Sektor des Gesundheitswesens heute oft als eine der wichtigsten Differenzierungen angesprochen (so Döhler 1987).

Während es handfeste praktische Gründe dafür gibt, daß die stationäre Behandlung im Rahmen größerer formaler Organisationen, also in Krankenhäusern, stattfindet, ist das in der Bundesrepublik bestehende faktische Monopol der niedergelassenen Ärzte für die ambulante Behandlung eine erklärungsbedürftige Besonderheit. In Krankenhäusern wird in vielen Ländern auch ambulant behandelt; ebenso gab es bei uns und gibt es anderswo noch heute spezialisierte Ambulatorien als größere Organisationen. In Deutschland wurden die von Krankenkassen für ihre Mitglieder betriebenen Ambulatorien geschlossen, nachdem den Kassen 1933 das Recht, eigene Einrichtungen zu betreiben, abgesprochen wurde (Tennstedt 1977: 192/193). Die heute in der Bundesrepublik bestehenden Gemeinschaftspraxen niedergelassener Ärzte sind mit Ambulatorien nicht vergleichbar. Obwohl die ärztliche Zulassungsordnung einige Formen gemeinschaftlicher Praxisausübung zuläßt, sind sie trotz eines ansteigenden Trends eher selten. Ende 1985 gab es 4.577 an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Gemeinschaftspraxen, in



denen insgesamt 9.465 Ärzte tätig waren.<sup>19</sup> Etwa die Hälfte der Gemeinschaftspraxen werden von Ehegatten bzw. von Verwandten betrieben. Außerdem findet sich ein erheblicher Anteil von sogenannten Nachfolgepraxen unter ihnen, in denen eine Praxisübernahme zwischen einem älteren und einem jüngeren Arzt vorbereitet wird (vgl. Kosanke & v. Troschke 1979; vgl. auch Hoffmann et al. 1982). Damit dominiert in der ambulanten Versorgung eindeutig die ärztliche Einzelpraxis.

Sozialstrukturell ergibt sich eine gespaltene "Branchenstruktur" für das Gesundheitswesen. Eine große Zahl sehr kleiner Betriebe steht hier recht unvermittelt neben einer geringen Zahl von großen Betrieben. Im Jahre 1984 gab es

- ca. 68.000 Ärzte in Praxen
- ca. 16.600 öffentliche Apotheken sowie
- ca. 3.100 Krankenhäuser

Quelle: Daten des Gesundheitswesens (1987: 220, 228, 242).

Während Praxen und Apotheken fast durchweg Kleinbetriebe sind, gibt es bei den Krankenhäusern sowohl mittlere wie große Einrichtungen. Ende 1985 existierten in der Bundesrepublik

- 1.949 Krankenhäuser mit unter 200 Betten
- 719 Krankenhäuser mit 200-400 Betten
- 234 Krankenhäuser mit 400-600 Betten
- 196 Krankenhäuser mit über 600 Betten

Quelle: Daten des Gesundheitswesens (1987: 241/242).

Die kleinbetriebliche Verfassung der ambulanten und die eher großbetriebliche der stationären Behandlung zieht einen deutlichen Trennungsstrich zwischen diesen beiden Sektoren des Gesundheitswesens. Er wird verstärkt durch die Existenz unterschiedlicher Berufsbilder und Ausbildungsgänge für die größten Personalkategorien in diesen Sektoren, den Arzthelferinnen einerseits und dem Krankenhauspflegepersonal andererseits.

Die Vorläuferorganisation des heutigen Krankenhauses war das mittelalterliche Hospital.<sup>20</sup> Ursprünglich waren Hospitäler meist Klöstern

---

19 Kassenärztliche Bundesvereinigung (1986): Tab. A 16; A 17; demgegenüber gab es 1976 erst 1.312 Gemeinschaftspraxen mit 2.669 Ärzten.

20 Eine umfassende Darstellung der Hospitalgeschichte findet sich bei Jetter (1966).

angegliedert. Sie wurden von Bischöfen, Mönchs- und Schwesternorden gegründet, um einerseits Reisenden Unterkunft zu bieten, und um andererseits den Armen, den Alten und den minderbemittelten Kranken des lokalen Einzugsbereiches Hilfe zu gewähren. Es handelte sich also um religiös motivierte und orientierte multifunktionale Einrichtungen, bei denen die eigentliche Krankenbehandlung nur eine untergeordnete Rolle spielte, was durch das christliche Krankheitsverständnis als Prüfung oder Strafe Gottes unterstützt wurde (Schaper 1987: 21)<sup>21</sup>. Im übrigen wurden Bau und Unterhalt von Hospitälern durch den Verkauf von Ablässen gefördert (Rohde 1962: 74), wodurch mittelalterliche Hospitäler gelegentlich so wohlhabend wurden, daß sie das ökonomische Interesse weltlicher Stadtherren erregten. Im Anschluß an die Reformation gründeten die Städte selbst Armenhospitäler; dasselbe taten Fürsten und das städtische Patriziat in Form von Stiftungen. Hierbei überwogen immer noch Motive sozialer Fürsorge<sup>22</sup>. Im Zuge der nach der Reformation einsetzenden Säkularisierung gingen außerdem viele vormals geistliche Hospitäler in die kommunale Verantwortung über.

Die Umwandlung der an multifunktionellen Problemlagen orientierten Hospitäler in spezialisierte Einrichtungen des Gesundheitswesens, also in Krankenhäuser, fand - trotz früherer Ansätze - erst an der Wende zum 19. Jahrhundert mit dem Einzug der Medizin in die Hospitäler statt.<sup>23</sup> Etwa um diese Zeit setzte die eigentliche Verwissenschaftlichung der akademischen Medizin und eine entsprechende Umorientierung der ärztlichen Ausbildung ein, wobei klinische Erfahrung in wachsendem Maße sowohl für die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin wie für die ärztliche Ausbildung von Bedeutung wurde (Foucault 1973). Damit entstand ein zirkulärer Prozeß wechselseitiger Verstärkung von medizinischem Fortschritt einerseits und der funktionellen Spezialisierung der Hospitäler auf die Krankenbehandlung andererseits. Gegen Ende des Jahrhunderts erkannte in Preußen auch der Staat die Bedeutung von Krankenpflegeanstalten und unterstellte sie im Allgemeinen Landrecht von 1794 seinem Schutz und seiner Aufsicht (Adam 1959: 272).

---

21 Stärker medizinischen Charakter erwarben zuerst einige von Ritterorden getragene Hospitäler im 12. Jahrhundert (Ackerknecht 1986: 85).

22 Bauer (1984); Jetter (1977); Rohde (1962); Leistikow (1976).

23 Vgl. ausführlich zur Entwicklung der Spitalmedizin Lichtenthaeler (1974: 522 ff.).

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden nicht nur bestehende Hospitäler zunehmend in Krankenhäuser umgewandelt, was auch bedeutete, daß jetzt die Obdachlosen- und Altenbetreuung aus diesen Einrichtungen ausgeschlossen wurden. Vielmehr wurden in dieser Zeit zunehmend Krankenhäuser als solche neu gegründet, und zwar sowohl in kommunaler als auch in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft (Rausch 1984). Waren die neuen Einrichtungen von vornherein auf die Krankenbehandlung spezialisiert, so wurde die Umwandlung der alten Hospitäler in Preußen durch den Kulturkampf und das in diesem Zusammenhang 1875 erlassene Gesetz beschleunigt, das die religiösen Orden bzw. die katholische Kirche dazu zwang, alle Einrichtungen aufzulösen, die sich nicht speziell der Krankenpflege widmeten (Gatz 1971: 585-594). Allerdings waren die meisten Krankenhäuser im 19. Jahrhundert noch relativ klein. Die ersten modernen Großkrankenhäuser entstanden um die Jahrhundertmitte in Städten wie München, Hamburg und Stuttgart. Dieser Wachstumsprozeß setzte natürlich eine entsprechend wachsende Nachfrage nach Krankenhausbehandlung voraus. Zu diesem Nachfragewachstum trugen verschiedene Faktoren bei, vor allem die Urbanisierung und das Entstehen eines städtischen Proletariats, das infolge der ebenfalls zunehmenden Existenz von Hilfs- und Unterstützungskassen für einen Krankenhausaufenthalt auch bezahlen konnte. Für das gehobene Bürgertum behielt das Krankenhaus noch lange das Image des Arme-Leute-Spitals. Hier führte jedoch u.a. die (in zunehmendem Maße auch medizintechnische) Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus von der Jahrhundertmitte an zu einem graduellen Wandel. Zunächst allerdings begannen Angehörige des höheren Bürgertums bei Bedarf die im 19. Jahrhundert von Ärzten für ihre wohlhabenden Patienten gegründeten privaten Augenkliniken, orthopädischen Kliniken und andere Spezialeinrichtungen zu frequentieren (Goerke 1976: 56; Stürzbecher 1976), während ihre allgemeinmedizinische Behandlung zunächst noch zu Hause stattfand. Die zunehmende Bedeutung des Krankenhauswesens läßt sich anhand der seit 1877 geführten Statistik der Krankenanstalten im Deutschen Reich aufzeigen, nach der in den allgemeinen Krankenhäusern für je 10.000 Einwohner 1877 16,5 Betten, 1901 31,0 Betten und 1921 53,1 Betten zur Verfügung standen (Göckenjan 1985: 230). In der Bundesrepublik betrug 1984 die Bettendichte 111,2 Betten (Statistisches Bundesamt 1986: 6, Fachserie 12, Reihe 6).

Die Krankenhausentwicklung führte interessanterweise erst nach und nach zur Herausbildung einer besonderen Berufsgruppe von Krankenhaus-

ärzten und von entsprechend spezialisiertem Pflegepersonal. Vor allem kleinere Krankenhäuser organisierten im 19. Jahrhundert die ärztliche Versorgung nach dem Belegarztsystem. In großen Krankenhäusern kam es dagegen zunehmend zur Einstellung von fest angestellten Ärzten, die keine eigene Praxis führen durften.<sup>24</sup> Allerdings wurden - und werden teilweise bis heute - auf diese Weise lediglich die Assistenzärzte rekrutiert, während für die leitenden Ärzte (Chefärzte) das Belegarztsystem in modifizierter Form beibehalten wurde, indem ihre Privatpraxis ins Krankenhaus inkorporiert wurde. Durch die damit verbundene Möglichkeit ärztlicher Privateinnahmen konnten angesehene Ärzte gewonnen bzw. ihre Abwanderung in zumeist lukrativere Privatkliniken verhindert werden. Auf diese Weise entstand das bis heute umstrittene System der ärztlichen Versorgung mit liquidationsberechtigten Chefärzten und Privatabteilungen in Krankenhäusern, die in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft geführt werden (Rausch 1984: 66; vgl. auch Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1980). Dieses von einer offenbaren Interessenkoalition zwischen privilegierten Ärzten und Krankenhausträgern ermöglichte partielle Fortbestehen eines aus der Frühphase der Krankenhausentwicklung stammenden und aus der Perspektive großer formaler Organisationen in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft anachronistischen Prinzips stellt heute den Rest einer personellen Verklammerung zwischen den Berufsgruppen der selbständig praktizierenden und der angestellten Krankenhausärzte dar. Erst mit dem Verschwinden dieser noch zu einer Übergangsphase gehörenden Gruppe privat liquidationsberechtigter Krankenhausärzte wird die funktionelle Differenzierung zwischen diesen beiden Ärztegruppen abgeschlossen sein.

Seit dem Entstehen von Krankenhäusern als spezialisierten Einrichtungen der medizinischen Versorgung hat das Gewicht des stationären Sektors im Gesundheitssystem, und das heißt die Bedeutung größerer formaler Organisationen für die Produktion von Gesundheitsleistungen ständig zugenommen. Auch nach 1945 hat sich die Gewichtsverlagerung von der freien Praxis zum Krankenhaussektor weiter fortgesetzt. Während die Zahl der Krankenhausärzte noch 1952 weit unter derjenigen der

---

24 So standen 1876 von insgesamt 12.000 Ärzten 334 = 2,8% ausschließlich einem Krankenhaus zur Verfügung; 1898 waren es von nunmehr 21.000 Ärzten 1.927 = 9,2% (Goerke 1976: 62).



niedergelassenen Ärzte lag (rund 28.000 gegenüber 42.000), überstieg sie sie seit Mitte der 70er Jahre (rund 61.000 Krankenhausärzte gegenüber rund 56.000 freipraktizierenden Ärzten) und lag 1983 bei rund 78.000 Krankenhausärzten gegenüber rund 65.000 niedergelassenen Ärzten (Statistisches Bundesamt 1985: 43/68, Fachserie 12, Reihe 1).

Ebenso langsam wie das Entstehen einer Berufsgruppe angestellter Krankenhausärzte vollzog sich der Übergang von den religiösen Pflegegemeinschaften, die in eigener Verantwortung die Betreuung in den mittelalterlichen Hospitälern durchführten, zum zumeist angestellten Pflegepersonal, das heute in Krankenhäusern tätig ist. In einem sich über mehrere Jahrhunderte hinziehenden und erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts beschleunigten Prozeß spezialisierten sich die christlichen Pflegeorden immer stärker auf Krankenpflege (vgl. ausführlich Schaper 1987). Sie wurden aber dennoch nicht zur dominanten Gruppe des nicht-ärztlichen Krankenhauspersonals. Andererseits dauerte es bis zum Ende des 19. Jahrhunderts, ehe sich weltliche Krankenpflegeberufe mit staatlich geregelter Ausbildung etablierten und ihre Mitglieder von den Krankenhäusern unmittelbar angestellt wurden.<sup>25</sup> In dem historischen Entwicklungsprozeß von der Ordenspflege zu den heutigen Pflegeberufen stellt das 19. Jahrhundert eine Übergangsphase dar, in der eine interessante Vermischung beider Prinzipien stattfand. Mit der Übernahme vieler Hospitäler durch kommunale Behörden und der Neugründung städtischer Krankenhäuser wurden von der Mitte des 16. Jahrhunderts an vermehrt Pflegewärter aus den untersten sozialen Schichten rekrutiert, die schlecht bezahlt und für ihre Tätigkeit nicht eigens ausgebildet wurden (Schaper 1987: 44/45). In die sich öffnende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage nach qualifiziertem Pflegepersonal stießen zu Beginn des 19. Jahrhunderts, von französischen Vorbildern ausgehend, zunächst neue Formen der Ordens- und später der Diakonissenkrankenpflege. Barmherzige Schwestern und Diakonissen gehörten Mutterhäusern an, die im Gegensatz zu den früheren religiösen Pflegegemeinschaften ihre Mitglieder im wesentlichen in kommunalen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern arbeiten ließen, die mit den betreffenden Mutterhäusern assoziiert waren bzw. Verträge schlossen (Schaper 1987). Die neuen Formen der Ordens- und der Diakonissenkrankenpflege faßten zunächst

---

<sup>25</sup> Herder-Dorneich & Kötz (1972); Lempa (1984). Zur Entwicklung der Ordenspflege vgl. insbesondere Gatz (1971).

in den kleineren Krankenhäusern Fuß, die zugleich oft in medizinischer Hinsicht weniger fortschrittlich waren, wodurch in diesen Krankenanstalten der Modernisierungsprozeß langsamer verlief. Vor allem die Diakonissenschwestern erhielten bereits eine systematische Ausbildung zur Krankenpflege (Rausch 1984: 60/61; Schaper 1987: 163-166; Zepp 1984). Dasselbe galt auch für die Rote-Kreuz-Schwester, die in den noch im 19. Jahrhundert in den meisten deutschen Städten vor allem zu diesem Zweck eingerichteten Rote-Kreuz-Krankenhäusern ausgebildet wurden. Diakonissen und Rote-Kreuz-Schwester, die ebenfalls in Form eines Mutterhauses organisiert waren, stellen damit den Übergang zur modernen, staatlich geregelten Ausbildung des Pflegepersonals in anerkannten Lehrkrankenhäusern dar. Daß dieser Übergang sich langsam vollzog und Diakonissen- wie Rote-Kreuz-Schwester auch heute noch tätig sind, zeigt, daß hier offensichtlich eine Form beruflicher Organisation gefunden worden war, die in funktioneller Hinsicht anforderungsgerecht war und sich zugleich für die Personalrekrutierung und Personalführung als vorteilhaft erwies.<sup>26</sup> Ein Indiz dafür ist auch die anachronistisch anmutende Tatsache, daß der 1903 gegründete erste Verband freier Schwestern, die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands<sup>27</sup>, ebenfalls zunächst selbst zu einer dem Mutterhaus angenäherten Schwesternorganisation wurde, indem der Verband einem Teil seiner Mitglieder gegenüber als Arbeitgeber auftrat und die Schwestern über einen Gestellungsvertrag an Krankenhäuser vermittelte.

Die Entwicklung von Krankenhäusern als funktionell spezialisierten formalen Organisationen im Gesundheitssystem lief, wie diese Schilderung deutlich macht, im 19. Jahrhundert den beruflichen Differenzierungsprozessen parallel, und bildete nicht etwa eine in zeitlicher Hinsicht an die rollenmäßige Ausdifferenzierung anschließende Phase. Dabei haben beide Prozesse sich gegenseitig stimuliert. Auch in anderen sich auf der Grundlage einer besonderen Leistung ausdifferenzierenden gesellschaftlichen Teilsystemen laufen berufliche Spezialisierung und das Entstehen formaler Organisationen der (arbeitsteiligen) Leistungsproduk-

---

26 Neben den kommunalen verfügen auch die freigemeinnützigen Träger weiterhin über Lehrkrankenhäuser und vermitteln das bei ihnen ausgebildete Krankenpflegepersonal z.T. auch weiterhin über Gestellungsverträge an andere Krankenhäuser (vgl. Rausch 1984: 230-233; Sozial- und Gesundheitsreport 2/1987: 12/13).

27 Seit 1973 führt er den Namen "Deutscher Berufsverband für Krankenpflege".

tion parallel und befruchten sich gegenseitig. Dagegen ist es eine Besonderheit des Gesundheitssystems, daß hier diese Organisationen von Anfang an und noch heute nicht so sehr von Ärzten als den Inhabern der funktionellen Kernrolle des Systems geschaffen wurden, sondern von außerhalb des Gesundheitssystems stehenden korporativen Akteuren, den konfessionellen, kommunalen und gemeinnützigen Trägern (siehe Tabelle 3).

Ähnlich den Spezialisierungsprozessen von Ärzten auf Berufsrollenebene hat auch im Krankenhausbereich die Differenzierung zugenommen. Die heutigen Fachkrankenhäuser im öffentlichen Bereich schließen an die Entwicklung spezialisierter Privatkliniken im 19. Jahrhundert an (die z.T. weiter bestehen). Bei den allgemeinen Krankenhäusern wird heute zwischen Akut- und Sonderkrankenhäusern unterschieden, wobei erstere für eine vorübergehende stationäre Behandlung zuständig sind, während letztere auf eine zeitlich ausgedehntere stationäre Versorgung eingerichtet sind. Besonders deutlich wirkt sich die Tendenz zur verstärkten fachlichen Spezialisierung auf Organisationsebene aus, wo immer mehr allgemeine Krankenhäuser Fachabteilungen eingerichtet haben.<sup>28</sup> Im Bereich der Akutkrankenhäuser hat die Bettenzahl in Allgemeinkrankenhäusern ohne abgegrenzte Fachabteilungen noch nach dem 2. Weltkrieg von 10% im Jahre 1959 auf 1% im Jahre 1983 abgenommen.<sup>29</sup> Der Trend zu *größeren* Krankenhäusern hat im Sektor der Akutkrankenhausesversorgung die Fachkrankenhäuser beeinträchtigt, deren absolute Zahl ständig sinkt. Anders dagegen sieht es für die Fachkrankenhäuser im Sonderkrankenhausbereich aus, die bis auf wenige Einzelfälle ein Größenwachstum zu verzeichnen haben. Dieser Prozeß dürfte sowohl mit politischen Prioritätensetzungen im Rehabilitationsbereich als auch mit einem Wandel der Krankheitsbilder zusammenhängen. So weisen vor allem Krankenhäuser für Suchtkranke, Rehabilitations- und Kurkrankenhäuser, in etwas geringerem Maße auch Rheumakranken-

---

28 Zur historischen Entwicklung von Spezialkrankenhäusern sowie zur Errichtung von Fachabteilungen siehe Stürzbecher (1976).

29 Diese und die folgenden Angaben beziehen sich auf eigene Berechnungen anhand von Zahlenmaterial des Statistischen Bundesamtes (1985: 47-54, Fachserie 12, Reihe 1); hier könnte allerdings auch eine Umwidmung von Krankenhausbetten aufgrund neuer Bedarfsplanungsrichtlinien eine Rolle spielen.

häuser sowie Krankenhäuser für chronisch und geriatrisch Kranke ein starkes Wachstum auf.

*Tabelle 3:* Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten nach Trägerschaft

Jahr	Krankenhäuser						
	<i>insgesamt</i>	<i>öffentl. in %</i>	<i>freigem. in %</i>	<i>privat in %</i>	<i>insgesamt</i>	<i>öffentl. in %</i>	<i>freigem. in %</i>
1931	4.951	2.263	45,7	1.454	29,4	1.234	24,9
1937	4.745	1.076	43,8	1.552	32,7	1.117	23,5
1952	3.433	1.484	43,2	1.285	37,4	664	19,4
1960	3.604	1.385	38,4	1.307	36,3	912	25,3
1970	3.587	1.337	37,3	1.270	35,4	980	27,3
1980	3.234	1.190	36,8	1.097	33,9	947	29,3

  

Jahr	Krankenhausbetten						
	<i>insgesamt</i>	<i>öffentl. in %</i>	<i>freigem. in %</i>	<i>privat in %</i>	<i>insgesamt</i>	<i>öffentl. in %</i>	<i>freigem. in %</i>
1931	595.103	367.245	61,7	186.246	31,3	41.612	7,0
1937	628.648	390.189	62,1	201.213	32,0	37.282	5,9
1952	533.718	307.509	57,6	198.223	37,1	27.986	5,3
1960	583.512	326.413	55,9	215.120	36,9	41.980	7,2
1970	683.254	373.137	54,6	249.357	36,5	60.760	8,9
1980	707.710	370.714	52,4	248.717	35,1	88.279	12,5

Quelle: Rausch (1984: 102) für die Jahre 1931 und 1937; Rausch (1984: 110 f.) für die Jahre 1952, 1960, 1970; Daten des Gesundheitswesens (1985: 249) für 1980.



#### 4 Sekundäre Organisationen im Gesundheitswesen: Verbände der Leistungsproduzenten und die Leistungsfinanziers

Während Krankenhäuser als Einrichtungen arbeitsteilig organisierter Leistungserstellung etwa zeitgleich mit der modernen Medizin und dem modernen praktisch ausgerichteten Arzt entstanden, sind andere formale Organisationen im Gesundheitswesen erst seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts verstärkt aufgetreten und haben sich in wenigen Dekaden zu jenen handlungsfähigen korporativen Akteuren entwickelt, die heute seine Struktur mit kennzeichnen. Bei diesen sekundären, also nicht mit der unmittelbaren Erbringung von Gesundheitsleistungen befaßten Organisationen geht es einerseits um formale Gruppenbildungen aufseiten der "Produzenten" von Gesundheitsleistungen - von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhausträgern, Pflegeberufen, Apothekern, u.a. - und andererseits um solche aufseiten der (zumindest virtuellen) Patienten: den Krankenkassen. Eine Schlußfolgerung von v. Ferber (1983: 113) sei der folgenden Analyse vorangestellt: "Das Gesundheitswesen gehört zu den vergleichsweise am stärksten durch Verbandsmacht geformten gesellschaftlichen Teilsystemen".

Das Entstehen der ersten der beiden oben genannten Gruppen formaler Organisationen setzte selbstverständlich die Ausdifferenzierung der betreffenden Berufe voraus. Eine zweite, politisch-rechtliche Voraussetzung war die Möglichkeit der Vereins- und Verbandsbildung. Im übrigen unterscheiden sich die "Produzentenorganisationen" sowohl in ihrer territorialen Reichweite wie in den Gründungsanlässen und faktisch erfüllten Aufgaben.

An erster Stelle seien die zunächst auf lokaler Ebene gegründeten Ärztevereine genannt. Obwohl es solche Vereine schon früher gab, setzte in der Revolutionszeit um 1848 eine Welle der Vereinsbildung, vor allem in den Großstädten ein. Diese Vereine hatten, abweichend von ihren Vorläufern, weniger gesellige Funktionen, sondern waren Foren für die Diskussion gesundheits- und sozialpolitischer Fragen, vor allem aber auch standespolitischer Probleme (Huerkamp 1985: 241-254). Es waren solche Vereine, die für eine professionelle Liberalisierung agitierten; so war es auch ein Berliner Ärzteverein, dessen Initiative 1869 dazu führte, daß den Ärzten der Status von freien Gewerbetreibenden verliehen und dabei das Verbot der Kurpfuscherei aufgehoben wurde.

Mit dem Ende der politischen Erhebung und der einsetzenden Restauration lösten sich viele der um die Jahrhundertmitte gegründeten

Ärztevereine wieder auf. Etwa ab 1860 setzte jedoch eine neue Welle von Vereinsgründungen ein, wobei diese Vereine in ihren Funktionen weniger nach außen als vielmehr nach innen orientiert waren. So versuchten die Ärztevereine vor allem das kollegiale Verhältnis der Ärzte untereinander zu reglementieren. Damit reagierten sie auf Folgeerscheinungen der damals immer schärfer werdenden Konkurrenz zwischen einer wachsenden Zahl von Ärzten, die - begünstigt von der Gewerbefreiheit - miteinander in Wettbewerb um eine nicht ebenso expandierende Anzahl zahlungsfähiger Patienten standen. Daher erließen immer mehr Ärztevereine sogenannte Standesordnungen, die ein "standeswürdiges" Verhalten des Arztes definierten und es gleichzeitig durchsetzen sollten. 1890 besaß knapp die Hälfte aller im 1872 gegründeten Ärztevereinsbund zusammengeschlossenen Vereine eine geschriebene Standesordnung.<sup>30</sup> Es ist des Festhaltens wert, daß diese Entwicklung gruppenspezifischer Verhaltensnormierung manifest das Ziel verfolgte, den durch das ärztliche Konkurrenzverhalten drohenden Ansehensverlust abzuwenden. Eine solche Normierung war gewiß auch im Interesse der Patienten, doch anders als im idealisierten Modell der Professionalisierungstheorie war die Sicherung der ärztlichen Orientierung am Patienteninteresse nicht das primäre Motiv.

Ein zweiter Typus von Organisationen im "Produzentenbereich" sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, deren Entwicklung der Spezialisierung der ärztlichen Berufsgruppen parallel lief. Heute gibt es für jedes durch die ärztliche Weiterbildungsordnung anerkannte Gebiet und Teilgebiet eine eigene wissenschaftliche Gesellschaft (Narr 1984: 17); sie sind als privatrechtliche Vereine organisiert und dienen vor allem der Fortbildung ihrer Mitglieder. Bei den auf disziplinärer Basis gegründeten Berufsverbänden, die ebenfalls als Vereine auf privatrechtlicher Basis existieren, spielt dagegen neben der wissenschaftlichen Kommunikation bereits die berufspolitische Interessenvertretung eine wichtige Rolle. Aufgrund der großen Zahl und entsprechend hohen Partikularisierung der Interessen und Zielsetzungen von derartigen Berufsverbänden auf der Basis wissenschaftlicher Fachdisziplinen, ist ihre politische Bedeutung geringer als diejenige von ärztlichen Zwangsorganisationen und interdisziplinär ausgerichteten Berufsverbänden.

---

30 Huerkamp (1985: 128). Zur Entstehung ärztlicher Berufsordnungen siehe Steinhoff (1974).

Besonders interessant hinsichtlich ihres Entstehungszusammenhangs sind die in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts gegründeten Ärztekammern. Die Einrichtung von Kammern als staatlich anerkannten Standesvertretungen mit Zwangsmitgliedschaft wurde von den Ärzten selbst gefordert, um auf diesem Wege legitime Mitwirkungsrechte bei der Entwicklung der staatlichen Gesundheitspolitik zu erhalten. Die erste Ärztekammer wurde 1864 in Baden etabliert. Es folgten weitere deutsche Einzelstaaten, bis schließlich 1887 in Preußen die Einrichtung von Ärztekammern in allen Landesbezirken gesetzlich verankert wurde. Für die Ärzte sollten die Kammern nicht nur der korporativen Interessenvertretung im engen Sinne dienen, sondern sie waren wichtige Foren der Medizinalreformdebatte, bei der es nicht nur um Fragen der Organisation des staatlichen Gesundheitsdienstes, sondern auch darum ging, welche Aufgaben eine öffentliche Gesundheitspflege erfüllen sollte. Viele Ärzte verstanden sich in jener Zeit als Anwälte öffentlicher Gesundheitspflege; es war aus diesem Selbstverständnis heraus, daß damals auch eine Gruppe von Ärzten die staatliche Anstellung und volle Verbeamtung für alle Ärzte, also gewissermaßen schon damals einen staatlichen Gesundheitsdienst forderte (Huerkamp 1985: 261-264). Ohne Zweifel lag die Errichtung von Kammern aber auch im staatlichen Interesse, indem ihnen eine Reihe professionsinterner Regulierungsfunktionen übertragen werden konnten, die sie als öffentliche Körperschaften in staatlichem Auftrag auch heute erfüllen. Dazu gehören auch disziplinarische Funktionen, wie sie vorher auf freiwilliger Basis viele Ärztevereine erfüllt hatten. Gegen die Wünsche eines Teils der Ärzteschaft wurde 1899 den Ärztekammern in Preußen die Einrichtung von Ehrengerichten sogar gesetzlich vorgeschrieben.

Einer eindeutig wirtschaftlichen Interessenvertretung der Ärzte diente der 1900 gegründete (fachübergreifende) Leipziger Verband.<sup>31</sup> Diese Verbandsgründung war eine Reaktion auf die inzwischen mächtig gewordene Stellung der mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 als Teil des Gesundheitswesens etablierten Krankenkassen, die die wichtigsten korporativen Verhandlungspartner der Ärzte in der fortlau-

---

31 Entsprechend seiner Zielsetzung nannte er sich "Verband für die Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen" (später: Hartmannbund). Die Zahnärzte folgten 1909 mit einer entsprechenden Verbandsgründung (Maretsky & Venter 1974: 119-121).

fenden Auseinandersetzung um die ökonomischen Bedingungen der Tauschbeziehung zwischen Ärzten und Patienten waren. Als 1933 die - ebenfalls aus dieser Interessenlage heraus gegründeten - Kassenärztlichen Vereinigungen zum gesetzlich legitimierten Verhandlungspartner der Krankenkassen wurden, konzentrierte sich der Hartmannbund auf die ärztliche Interessenvertretung gegenüber dem Verhandlungspartner Staat.

Dieses Muster des reaktiven Entstehens korporativer Akteure aus dem Bedürfnis nach kollektiver Verhandlungsführung zur - aggressiven wie defensiven - Vertretung von Mitgliederinteressen in der Auseinandersetzung mit anderen korporativen Akteuren zeigt sich auch beim Entstehen einer Reihe anderer Verbände.<sup>32</sup> Dabei sind diese Verbände oftmals zuerst im Zusammenhang mit internen Auseinandersetzungen in einer Berufsgruppe gegründet worden, haben ihren Tätigkeitsbereich dann aber auch auf die Interessenvertretung z.B. gegenüber den Krankenkassen ausgedehnt. Diese Art der Verbandsentwicklung zeigt sich z.B. bei den Apothekern, wo sich mit der Zunahme ausgebildeter Apothekenanwärter in diesem Sektor Gehilfenverbände etabliert haben, die nicht nur mit den Apothekenbesitzern um bessere Anstellungsbedingungen, sondern vor allem auch mit dem Staat um die Möglichkeit der eigenen Niederlassung und damit gegen das staatlich gestützte Konzessionswesen kämpften, d.h. vor allem gegen das System der sogenannten Realkonzession, bei der die Inhaber existierender Apotheken nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben ihre Konzessionen verkauften, während gleichzeitig sehr wenige neue Apotheken konzessioniert wurden. Im Gegenzug entstanden regionale Apothekerverbände,<sup>33</sup> die sich, ebenso wie die Gehilfenverbände, mit der Reichsgründung auch als Reichsverbände etablierten (Engels 1984: 68-76). Im übrigen wurde die Realkonzession erst 1894 durch die Personalkonzession abgelöst, während die völlige Niederlassungsfreiheit für Apotheker in der Bundesrepublik erst 1958 durch Gerichtsurteil erreicht wurde. Zu Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen kam es vor allem ab 1892.<sup>34</sup>

---

32 Ein deutlicher Ausdruck für die Stärke des Bedürfnisses kollektiver Verhandlungsführung ist die Tatsache, daß sich in dieser Zeit sogar die Mutterhaus-Schwestern verbandsmäßig organisierten (Herder-Dorneich & Kötz 1972:135 ff.).

33 Zur Entwicklung von Apothekervereinen zwischen 1774 und 1872 siehe Hoff (1975).

34 Vgl. die ausführliche Arbeit von Landgraf-Brunner (1986).



Daß eine wachsende Differenzierung von Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgabenprofilen und entsprechend auch je besonderen Interessen die Verbandsbildung förderte, illustriert u.a. die Gründung des preußischen Medizinalbeamtenvereins im Jahr 1883, also zu einem Zeitpunkt, als in Preußen insgesamt 455 Kreisphysiker gezählt wurden (Huerkamp 1985: 170/171). Heute werden die Interessen der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst von einem eigenen Bundesverband vertreten, in dem sich die bestehenden Medizinalvereine und Organisationen der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst zusammengeschlossen haben.

Noch im 19. Jahrhundert begann die Verbandsbildung auch im Bereich der Krankenhausträger. Den Beginn machten die kirchlichen Träger im Rahmen der sich etablierenden großen Wohlfahrtsverbände. 1894 schlossen sich die Rot-Kreuz-Krankenhäuser verbandsmäßig zusammen. Die Verbandsbildungen bei den privaten und den freigemeinnützigen Krankenhausträgern fanden nach dem Ende des 1. Weltkriegs zum einen aus der Sorge heraus statt, aufgrund von Kommunalisierungsbestrebungen die Selbständigkeit zu verlieren (Rausch 1984: 163-175). Zum anderen erkannten sie aber auch die Notwendigkeit, sich mit gewerkschaftlichen Forderungen auseinandersetzen zu müssen, da die Berufsverbände des nicht in Mutterhäusern organisierten Pflegepersonals ab 1920 als Partner in Tarifverhandlungen auftraten. Die kommunalen Krankenhäuser wurden in diesen Verhandlungen von dem jeweiligen kommunalen Arbeitgeberverband vertreten. Infolge der Heterogenität der Träger und ihrer Interessen und der sie widerspiegelnden Fragmentierung der Verbände besitzen die Krankenhäuser insgesamt eine relativ geringe kollektive Handlungsfähigkeit.

Für die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems besonders folgenreich war die gesetzliche Verankerung von Krankenkassen, die damit zu wichtigen korporativen Akteuren und bald auch zu einem mächtigen Verhandlungspartner der Ärzteschaft wurden. Der erste entscheidende Schritt in dieser Entwicklung wurde in Preußen mit der Gewerbeordnung von 1845 getan (Gladen 1974: 20-27), in der die bestehenden handwerklichen Unterstützungsvereine legitimiert, die Bildung neuer Hilfskassen<sup>35</sup> erlaubt und den Kommunen das Recht zugebilligt wurde, für Gesellen und Gehilfen - und wenig später auch für Fabrikarbeiter - die Mitgliedschaft in einer Kasse verbindlich

---

35 Vgl. hierzu ausführlich Stollberg (1983); Stolt & Vesper (1973).

vorzuschreiben (Kassenzwang) (Tennstedt 1977: 15; Peters 1978: 33; Lampert 1985: 69). Der preußische Staat reagierte damit einerseits auf entsprechende kommunale Forderungen im Interesse der Entlastung der kommunalen Armenfonds, verfolgte aber gleichzeitig ordnungspolitische Ziele: Die rechtlich normierten und einem praktischen Zweck dienenden Kassen sollten sowohl sozial integrativ wirken wie beginnende Organisationsbestrebungen unter den unselbständig Beschäftigten in den Städten in politisch ungefährliche Bahnen lenken. Es diene beiden Zielen, wenn das Gesetz über die gewerblichen Unterstützungskassen von 1854 bestimmte, daß Fabrikhaber ebenso wie Handwerksmeister verpflichtet werden konnten, ihrerseits Beiträge zu den Krankenkassen zu entrichten und sich entsprechend aktiv an der Verwaltung der Kassen zu beteiligen (Tennstedt 1977: 15). Verständlich werden diese Maßnahmen auf dem Hintergrund nicht nur der politischen Mobilisierung in jener Epoche, sondern auch der seit Einführung der Gewerbefreiheit unverhältnismäßig gewachsenen Zahl von Gesellen, Lehrlingen und bald auch Fabrikarbeitern und der damit zusammenhängenden Überforderung des bisherigen zunftmäßig-patriarchalischen Fürsorgeprinzips.<sup>36</sup> Im eigentlichen Sinne gesundheitspolitische Überlegungen spielten dagegen bei der Transformation von bisher privaten Vereinen "zu halböffentlichen Institutionen mit fest umrissenen, obrigkeitlich abgesegneten und kontrollierbaren Aufgaben" (Frevert 1984: 165) keine Rolle. Das Eigengewicht der sozial- und ordnungspolitischen Motive kommt auch klar dadurch zum Ausdruck, daß 1854 die Bezirksregierungen das Recht erhielten, in Kommunen, die von der betreffenden Ermächtigung keinen Gebrauch gemacht hatten, selber den Kassenzwang zu verordnen.

Die in den folgenden Jahrzehnten gegründeten Krankenkassen verdanken ihre Existenz überwiegend dem Kassenzwang, also behördlichem Druck. So sollen in Preußen Anfang der 70er Jahre nur 600 bis 700 der knapp 5000 Kassen in Verbindung mit Gewerkvereinen oder ähnlichen Organisationen entstandene, sogenannte freie Kassen gewesen sein (Frevert 1984: 177). Daß die allgemein für sinnvoll gehaltene Einrichtung von Krankenkassen auf freiwilliger Basis offenbar nicht in ausreichendem Maße stattfand, schien den Vertretern eines staatlichen Kassenzwangs in der Auseinandersetzung mit den sich dagegen auflehrenden Liberalen schließlich Recht zu geben, und mit dem Krankenversiche-

---

36 Vgl. die umfassende Darstellung bei Tennstedt (1981).



rungsgesetz von 1883 wurde der allgemeine Versicherungszwang für alle Arbeiter ausgesprochen, die in Berg- und Hüttenwerken, in Fabriken und mit Dampfmaschinen betriebenen Handwerken beschäftigt waren (Tennstedt 1977). Im übrigen "... schrieb das Gesetz von 1883 lediglich jene Grundsätze fest, die bereits seit 1849 zum ständigen Repertoire staatlicher Kassenpolitik gehörten": an der Art der bestehenden Einrichtungen wurde nichts Wesentliches geändert (Frevert 1984: 182). Diese Kontinuität hat sich bis in die Gegenwart fortgesetzt: die wichtigsten Strukturprinzipien der heutigen Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik - Kassenarten, Selbstverwaltung, Beitragsbeteiligung von Arbeitgebern - sind über 100 Jahre alt.

Seit 1883 ist die gesetzliche Versicherungspflicht auf immer breitere Teile der Bevölkerung ausgedehnt worden (Inklusionsprozeß). So wuchs der Prozentsatz der von der Gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten Reichsbevölkerung von 1885 bis 1913 von 9,2 auf 19,5%. Die Anfang 1914 in Kraft getretene Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 dehnte den Kreis der Versicherten durch Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und Ausdehnung des einbezogenen Personenkreises noch einmal massiv aus, so daß der Anteil der in der Gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten Reichsbevölkerung auf 23% stieg. Rechnet man die Mitglieder der Knappschaftskassen und verschiedener Staatskrankenkassen sowie die bei immer mehr Kassen mitversicherten Familienangehörigen hinzu, dann wurden zu diesem Zeitpunkt schätzungsweise 50% der Reichsbevölkerung von den Kassen erfaßt und erhielten kostenlose ärztliche Behandlung (Huerkamp 1985: 193, 199). Bis heute ist dieser Prozentsatz auf ca. 90% angestiegen (Reiners 1987: 11), während er 1957 bereits bei ca. 80% lag (Peters 1978: 157/158).

Wiewohl durch politische Intervention vorangetrieben, wäre der kontinuierliche Aufstieg der Krankenkassen zu einem zentralen Strukturelement des Gesundheitssystems ohne die Existenz eines großen Reservoirs an ausgebildeten Ärzten nicht möglich gewesen. Ab 1880 galt der Arztberuf als überfüllt<sup>37</sup>, es bestand sozusagen ein Angebotsüberhang. Der Preis für ärztliche Einzelleistungen sank und sogar die auf den Mittelstand berechneten, staatlich festgesetzten Medizinaltaxen

---

37 Während im Studienjahr 1878/79 die Zahl der Medizinstudenten an deutschen Universitäten noch 3.962 betragen hatte, waren es im Studienjahr 1887/88 mit 8.513 bereits doppelt so viele (Huerkamp 1980: 372).

wurden unterschritten (Tennstedt 1977: 68/69; vgl. auch Göckenjan 1985: 163). In dieser Situation gab es unter den niedergelassenen Ärzten viele, die bereit waren, Kassenpatienten zu betreuen und sich dafür von den Kassen bezahlen zu lassen. Die so etablierte unmittelbare Beziehung zwischen Kassen und Ärzten war eine Folge der 1883 gesetzlich verankerten Verpflichtung der Kassen, ihren Mitgliedern ambulante ärztliche Behandlung gleichsam als Naturalleistung zu gewähren (Hentschel 1983: 21). Damit waren es zugleich die Kassen, und nicht die Ärzteschaft, die vom Staat de facto mit der Organisation der Krankenversorgung für die sozial Schwächeren beauftragt wurden (Göckenjan 1985: 341).

In der Beziehung zwischen Krankenkassen und Ärzten hatten zunächst die Kassen die stärkere Position, nicht nur weil sie als - wenn auch relativ kleine und lokal begrenzte - Organisationen jeweils einzelnen Ärzten gegenüberstanden, sondern auch wegen der gesetzlich ermöglichten Eigenart dieser Beziehung. Die Kassen waren es, die Verträge mit einzelnen Ärzten abschlossen oder sie für die Betreuung ihrer Mitglieder fest anstellten (Peters 1978: 85). Den nur nebenbei für sie tätigen Ärzten boten die meisten Kassen Pauschalhonorierung an, wobei sie pro behandlungsberechtigtes Mitglied einen festen, damals pro Jahr im Schnitt zwischen 3 und 4 Mark liegenden Betrag zahlten. Da die Versicherten begannen, den Kassenarzt auch bei weniger schweren Erkrankungen zu konsultieren, und da außerdem mehr und mehr Kassen den Versicherungsschutz ohne entsprechende Erhöhung der Pauschale auf die Familienangehörigen der Versicherten ausdehnten, beklagten viele Kassenärzte sich, daß ihre Einkommensentwicklung mit der wachsenden Inanspruchnahme nicht Schritt hielt. Sowohl aus ökonomischen Gründen wie auch wegen der als mißlich empfundenen Abhängigkeit von den Kassenvorständen, in denen zunehmend sozialdemokratisch denkende Arbeiter saßen, die sich gelegentlich als Vorgesetzte der Ärzte gerierten, standen die freipraktizierenden Ärzte zumindest in ihren öffentlichen Erklärungen dem System der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen kritisch gegenüber. Entgegen der herrschenden Praxis forderten sie die Honorierung der Einzelleistung durch die Kassen und die freie Arztwahl der Kassenpatienten und wehrten sich gegen die schon bald erörterte Erweiterung des Versichertenkreises. Sie übersahen dabei, oder wollten es doch öffentlich nicht wahrhaben, daß es zum guten Teil die durch die Einführung des Versicherungszwanges stattfindende Expansion einer zahlungsfähigen Nachfrage war, die



die weitere Expansion sowohl bei den Krankenhäusern wie bei den niedergelassenen Ärzten ermöglichte, ohne zu ruinösem Wettbewerb zu führen<sup>38</sup>. Ein Indiz dafür ist die wachsende Ärztedichte; während 1883 noch ein Arzt auf 3.047 Einwohner kam, war diese Relation bis 1906 auf 1:1.952 gesunken (Tennstedt 1977: 67). Diese Nachfrageerweiterung haben nicht die Ärzte selbst aktiv erzeugt, sondern der Staat hat sie ihnen geschaffen, auch wenn das für ihn lediglich eine - wiewohl nicht unerwünschte - Nebenwirkung bei der Verfolgung sozial- und zunächst auch ordnungspolitischer Ziele war<sup>39</sup>.

Obwohl mit den Kassenärzten anscheinend eine neue Dimension der Differenzierung innerhalb der Ärzteschaft entstand, lief die Entwicklung hier - ganz im Unterschied zur wachsenden Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und Medizinalbeamten und der tendenziell ebenso wachsenden Differenzierung zwischen Ärzten in Krankenhäusern und in Privatpraxen - höchstens in einer relativ kurzen Übergangsphase auf zunehmende Trennung hinaus. Die Verallgemeinerung der Kassenarzt-tätigkeit entzog dieser Differenzierung bald den Boden. Hier war es das Handeln der Ärzte selbst, die mit ihrem Verlangen nach freier Arztwahl, und das hieß nach Generalisierung des Rechts zur Behandlung von Kassenpatienten, gleichsam nebenbei eine zunächst durchaus denkbare Auseinanderentwicklung von angestellten Kassenärzten einerseits und privat praktizierenden Ärzten andererseits verhinderten.

Die Ausdehnung der Kassenarzt-tätigkeit, die im Laufe der Zeit für die Mehrzahl aller praktizierenden Ärzte zur entscheidenden Existenzgrundlage wurde, ließ die Anliegen der Kassenärzte in ihrer Ausein-ander-setzung mit den gesetzlichen Krankenkassen mehr und mehr zu standes-politischen Zentralfragen werden. Es war zuerst der Ärztevereinsbund,

---

38 Huerkamp (1985: 207) stellt hierzu fest, daß das von allen Kassen zusammen an die Ärzte ausbezahlte Gesamthonorar 1890 eine Summe von 16,8 Millionen DM erreicht hatte, die bis 1900 auf 34,3 Millionen DM anstieg. "Diese Entwicklung der Kassenausgaben bedeutete für die Ärzte, daß die Kassen, umgerechnet auf die Gesamtheit der praktizierenden Zivilärzte, 1.374 DM je Arzt an Behandlungskosten für ihre Mitglieder aufwendeten: eine Summe, die bei weitem das überstieg, was die Ärzte ohne die organisierte Nachfrage der Kassen von Patienten aus der Arbeiterklasse hätten einnehmen können".

39 Vgl. Auszüge aus der Thronrede von Kaiser Wilhelm I - abgedruckt in Peters (1978: 49/50).

der seit 1885 auf den von ihm organisierten Ärztetagen zum Sprachrohr ärztlicher Kritik und von Reformvorschlägen für das Kassenwesen wurde. Verhandlungen mit dem preußischen Kultusminister und dem Petitionsausschuß des Reichstags blieben jedoch erfolglos. In dieser Situation nahm sich der Leipziger Verband der Kassenärzte an und erreichte durch straffe Organisation seiner Mitglieder und die Initiierung von Ärztestreiks erhebliche Honorarerhöhungen. Außerdem begannen die Kassenärzte sich zunächst auf lokaler und regionaler Basis zusammenzuschließen. Es setzte ein zäher Kampf um die Ausweitung der ärztlichen Rechte gegenüber den Krankenkassen ein, in dem die Kassen bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs Stück für Stück ihre überlegene Machtposition verloren (Huerkamp 1985: 223/224). Der entscheidende Schritt war die Übertragung des Abschlusses von Kassenarztverträgen vom einzelnen Arzt auf die ärztliche Organisation. Die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 hatte zwar den Einzugsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beträchtlich ausgedehnt, regelte jedoch die Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen nicht weiter (Bogs 1959: 289). Daher ging der Machtkampf mit Ärztestreiks weiter, in dessen Verlauf sich im Herbst 1913 die Kassen im sogenannten Berliner Abkommen zu Konzessionen genötigt sahen. Durch dieses Abkommen wurde die Anstellungsautonomie der Krankenkassen praktisch beseitigt und der kassenärztliche Kollektivvertrag anerkannt (Tennstedt 1977: 82). Von jetzt an traten den Kassen nicht mehr Individuen, sondern Organisationen zu Verhandlungen gegenüber. Die am Zustandekommen des Berliner Abkommens beteiligte Reichsregierung gab damit nicht etwa nur dem Druck der Ärzteverbände nach, sondern verfolgte das politische Ziel, Gegenmacht gegen die sozialdemokratisch verwalteten Kassen aufzubauen (Göckenjan 1985: 340).

Ihren Abschluß fand diese Entwicklung im Jahre 1931 mit der Etablierung der Kassenärztlichen Vereinigungen als gesetzlichen Zwangsorganisationen durch die Notverordnung desselben Jahres sowie die Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands von 1933. Damit wurde nicht nur das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen für die kollektive Verhandlung der Ärzte mit den Kassen gesetzlich verankert. Vielmehr wurde ihnen jetzt - und damit der organisierten Ärzteschaft - vom Gesetzgeber die Zuständigkeit für die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung übertragen (Tennstedt 1977: 211-219). Gleichzeitig erlangten die Kassenärztlichen Vereinigungen den ihnen angehörenden Ärzten gegenüber erhebliche

Macht, indem sie beauftragt wurden, die Finanzmittel der Kassen an ihre Mitglieder zu verteilen und dabei auch bestimmte Überwachungsfunktionen auszuüben. Damit hatten sich die auf Reichsebene zusammengefaßten Kassenärztlichen Vereinigungen zum mächtigsten korporativen Akteur im Gesundheitssystem entwickelt. Obwohl dem kollektiven Interesse der Ärzte entsprechend, bedurfte es aber auch diesmal der gesetzlichen Intervention, um das Machtverhältnis zwischen Krankenkassen und Kassenärzten in der beschriebenen Weise zu verändern. Wieder war diese gesetzliche Intervention nicht nur eine staatliche Regulierung auf Wunsch der Ärztelobby. Auch in der Weimarer Zeit galten die Gesetzlichen Krankenkassen als Pfründe der sozialdemokratischen Partei und der Gewerkschaften, die nicht nur die gewählten Vorstände, sondern vor allem auch die hauptamtlichen Kassenverwaltungen vielfach mit verdienten Mitgliedern besetzen konnten. Wie schon zuvor, war es auch diesmal wieder der *politischen* Opportunität der ärztlichen Forderungen zu verdanken, wenn die Nationalsozialisten 1933 den Schlußpunkt in einer Entwicklung setzten<sup>40</sup>, die die Machtkonstellation zwischen den korporativen Akteuren im Gesundheitssystem bis heute bestimmt.

Der Machtzuwachs der organisierten Ärzteschaft konnte auch nicht dadurch verhindert oder ausgeglichen werden, daß sich bei den zunächst völlig dezentral organisierten Krankenkassen ebenfalls überregionale Organisationen bildeten. Schon 1894 schlossen sich die Ortskrankenkassen auf Reichsebene zusammen, 1907 die Betriebskrankenkassen, 1910 die Innungskrankenkassen und 1912 die Ersatzkassen (Peters 1978: 60; Tennstedt 1977: 92). Letztere waren aus den freien Hilfskassen hervorgegangen, deren Fortdauer das Krankenversicherungsgesetz von 1883 unter bestimmten Auflagen ermöglichte. Die organisatorische Integration bei den Kassen verlief allerdings hauptsächlich in der Vertikalen; in horizontaler Richtung blieben die verschiedenen Kassenarten weitgehend erhalten. Die RVO beseitigte lediglich die (zahlreichen, aber kleinen) Einrichtungen der noch existierenden Gemeindekrankenversicherung und integrierte die (wenigen) Baukassen in die Betriebskrankenkassen. Außerdem führte die RVO zu einer Zusammenlegung kleiner zu größeren Krankenkassen (Peters 1978: 79). Weder der eine noch der andere Integrationsvorgang wäre vermutlich ohne gesetzliche Intervention

---

40 Vgl. Leibfried & Tennstedt (1981) über die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte.



erfolgt, da auch kleine Kassen ihre Selbstverwaltung hatten und eigenständige Akteure waren, die nicht zur Selbstabschaffung neigen. Über diese eher marginalen Strukturänderungen im Krankenkassensektor hinaus ergaben sich infolge verschiedener Gesetzesnovellierungen gewisse Machtverschiebungen zwischen den Kassenarten. Dabei wurden einerseits die freien Hilfskassen/Ersatzkassen zugunsten der Gesetzlichen Krankenkassen eingeschränkt, andererseits wurde die Konkurrenz der Kassen um Mitglieder durch die Beschränkung der freien Kassenwahl und die überschneidungsfreie Zuordnung der Versicherten minimiert. Im übrigen wurde der Handlungsspielraum der Krankenkassen auch bei der Bestimmung der Leistungen durch deren schrittweise gesetzliche Verankerung ständig reduziert. Wiewohl ein zentrales Strukturelement des Gesundheitssystems, sind die Krankenkassen als korporative Akteure nur beschränkt handlungsfähig.

In der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft erreichte die Organisation der deutschen Ärzteschaft ihr Höchstmaß an Zentralisierung. Der Hartmannbund wurde aufgelöst und die nunmehr auf Reichsebene etablierte Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands zu seiner Rechtsnachfolgerin bestimmt. Auch der Deutsche Ärztevereinsbund wurde aufgelöst; seine Rechtsnachfolgerin wurde die Reichsärztekammer. Gleichzeitig trieb die Unterstellung der Kassenverbände unter die Aufsicht des Reichsarbeitsministers und die Liquidation der Eigeneinrichtungen (Ambulatorien usw.) des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen die Machtverschiebung zwischen Ärzten und Krankenkassen noch einen Schritt weiter (Tennstedt 1977: 192/193; Deppe 1987: 27-30). Nach 1945 kam es zur weitgehenden Restauration des deutschen Gesundheitssystems in den Strukturen, wie sie sich bis 1933 entwickelt hatten.<sup>41</sup> Anstatt bestehende Machtungleichgewichte zwischen den zentralen Akteuren abzubauen, wurde die Machtposition der Ärzteschaft durch die Verabschiedung des Gesetzes über das Kassenarztrecht im Jahr 1955 noch weiter gestärkt.<sup>42</sup> Diese Sachlage veranlaßte das Bundesarbeitsmini-

---

41 Zur Entwicklung der Sozialversicherung im Nachkriegsdeutschland vgl. umfassend Hockerts (1980).

42 Zur Entwicklung und aktuellen Ausprägung des Kassenarztrechts siehe Schneider (1983); Krauskopf & Siewert (1980).



sterium, ab 1958 Reformversuche zu unternehmen, die aber alle scheiterten (Naschold 1967)<sup>43</sup>

Nicht nur aus analytischen Gründen hat sich die Rekonstruktion der Entwicklung des Gesundheitssystems zuletzt auf das Entstehen und die Interaktionen zwischen korporativen Akteuren konzentriert: Die jüngste Entwicklungsphase wird hiervon faktisch beherrscht. Die zunehmende Inklusivität des Gesundheitssystems ist *organisiert* worden, und Organisationen bestimmen das Preis-Leistungs-Verhältnis in der Beziehung zwischen Dienstleistungsproduzenten und Klienten. Das Verhältnis zwischen den Organisationen auf den beiden Seiten der Tauschbeziehung ist eine spannungsgeladene Kooperation, und es scheint gerade diese Kombination zu sein, die einen Anreiz für die ständig wachsende territoriale Integration, Zentralisierung und Inklusion des potentiellen Mitgliederreservoirs der einmal gebildeten formalen Organisationen darstellt.

## 5 Systembildung: Aus- und Innendifferenzierung

In diesem Abschnitt soll versucht werden, die geschilderte Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems auf dem Hintergrund allgemeiner differenzierungstheoretischer Fragestellungen zu interpretieren. Dabei zeigt sich schnell, daß sowohl eine größere Spezifizierung wie eine Modifikation und Erweiterung differenzierungstheoretischer Modellannahmen nötig ist. So ist schon bei der Analyse der Berufsbildungsprozesse in Abschnitt 2 festgestellt worden, daß diese sich mit der einfachen Formel wachsender Arbeitsteilung nicht adäquat beschreiben lassen. Vielmehr haben neben funktioneller Differenzierung auch Integrations-, Absorptions- und Umverteilungsprozesse (von Tätigkeitselementen zwischen Berufen) stattgefunden und die Struktur der Berufe im Gesundheitssystem entscheidend mitgeprägt. Um den beruflichen Differenzierungsprozeß beschreiben zu können, reichte im übrigen der Bezug auf die Aufgabe nicht aus. Das Entstehen zahlreicher medizinischer Spezialgebiete wie auch das Nebeneinander von öffentlichem Gesundheitsdienst

---

<sup>43</sup> Zur Entwicklung von der Nachkriegszeit bis zur aktuellen Situation siehe die komprimierte, wenn auch parteiliche Darstellung bei Deppe (1987: 35-75).

und einzelfallbezogener medizinischer Praxis lassen sich zwar als Unterteilungen einer größeren Aufgabe verstehen. Die Trennung zwischen Kassenärzten, Krankenhausärzten und solchen mit reiner Privatpraxis findet dagegen eher auf der positionalen Ebene statt und setzt eine Analyse in sozialstrukturellen Kategorien voraus. Daß es sich hier tatsächlich um eine zweite wichtige Basis interner Differenzierung handelt, wird spätestens in dem Augenblick deutlich, in dem soziale Gruppen wie die Krankenhausärzte oder die Kassenärzte sich zur Vertretung gruppenspezifischer Interessen verbandsmäßig organisieren.

Kaum noch einmal wiederholt zu werden braucht, daß sich die Entwicklung des Gesundheitssystems nicht adäquat beschreiben läßt, ohne auf die Bildung formaler Organisationen einzugehen, deren Existenz in der herkömmlichen Differenzierungstheorie zwar nicht geleugnet, aber auch nicht gerade als besonders wichtiger Vorgang bei der Ausdifferenzierung von gesellschaftlichen Teilsystemen angesehen wird. Dabei treten *produktive* Organisationen wesentlich früher auf als andere Organisationstypen, die jedoch als korporative Akteure für die Interaktionen innerhalb des Gesundheitssystems sowie mit seiner Umwelt zunehmend bedeutsam werden. Die sekundäre Organisationsbildung geht mit Konzentrations-, Zentralisierungs- und Inklusionsprozessen einher. Dadurch, daß wichtige sekundäre Organisationen in rechtlich geregelten Verhandlungsbeziehungen stehen und infolge des Finanzierungsmodus für den überwiegenden Teil der Gesundheitsleistungen durch eine monetäre Klammer verbunden sind, erreicht das deutsche Gesundheitssystem einen hohen Grad interner interaktiver Vernetzung, obwohl die Beziehungen zwischen verschiedenen korporativen Akteuren durchaus spannungsgeladen und durch Interessengegensätze gekennzeichnet sind.

Die letzte Bemerkung zum Ausdifferenzierungsprozeß selbst bezieht sich auf den Modus der Systementwicklung, die im Fall des Gesundheitssystems ganz offensichtlich nicht dem oft unterstellten Dekompositionsparadigma entspricht. Das gilt nicht nur, wie schon festgestellt, für die systemische Herkunft einzelner Tätigkeitselemente z.B. in den Berufsrollen von Arzt und Apotheker, sondern auch für ganze Berufskategorien wie das Krankenhauspflegepersonal, das historisch seine Wurzeln in religiösen Orden hatte. Vor allem aber sind eine Reihe komplexerer sozialstruktureller Komponenten unseres heutigen Gesundheitssystems nicht in ihm und als solche entstanden, sondern in das sich ausdifferenzierende Teilsystem integriert worden - womit bei diesen Strukturelemen-

ten dann allerdings auch ein Funktionswandel verbunden war. Das gilt in historischer Reihenfolge zunächst für die Krankenhäuser, die sich durch die zunehmende Spezialisierung auf Krankenbehandlung aus den Hospitälern entwickelten, welche zunächst multifunktionelle kirchliche Einrichtungen bzw. Einrichtungen der kommunalen Armenfürsorge waren. Damit ist nicht gesagt, daß Krankenhäuser als funktionell spezialisierte Einrichtungen im Gesundheitswesen andernfalls nicht entstanden wären. Schon die Gründung von Privatkliniken durch Ärzte im 19. Jahrhundert spricht dagegen.<sup>44</sup> Die Existenz von Hospitälern hat aber sicher Auftreten und Ausbreitung von Krankenhäusern erleichtert und beschleunigt, obwohl es dann endogene Kräfte waren, die die Entwicklung vorantrieben. Die zweite wichtige Einrichtung, die zunächst nicht als Teil des Gesundheitssystems entstand, sind die auf den ehemaligen Hilfs- und Unterstützungsvereinen fußenden Krankenkassen. Wie bei den Krankenhäusern wurde die Umwandlung der schon bestehenden Art von Einrichtung in ein fest ins Gesundheitssystem integriertes Strukturelement sehr bald ergänzt und überlagert durch die Neugründung weiterer, nun aber bereits von Anfang an funktionell spezialisierter Einrichtungen - den neuen Zwangskassen. Bei der Entwicklung des Gesundheitssystems spielen damit integrative (bzw. synthetische) Prozesse neben solchen der internen Arbeitsteilung eine wichtige Rolle.

Unter dem analytischen Gesichtspunkt der Ausdifferenzierung ist schließlich noch die Abgrenzungsfrage anzusprechen. Was die Rolle der "Abnehmer" von Gesundheitsleistungen angeht, besteht hier kein besonderes Problem. Der aktuelle Übertritt in die Patientenrolle ist im Zusammenspiel von tentativer Selbstzuschreibung und (definitiver, formeller) Zuschreibung durch den Arzt recht klar geregelt, und auch die allgemeinen Pflichten und Rechte des anerkannt Kranken sind - z.T. sogar rechtlich - festgelegt. Kompliziert wird die Abgrenzung des Gesundheitssystems jedoch durch die Existenz mehrerer Überlappungsbereiche, die sich mit einem Konzept von Austauschprozessen über Systemgrenzen hinweg nicht richtig erfassen lassen.

An hervorragender Stelle gehört hierzu das öffentliche Gesundheitswesen. Sozialstrukturell gesehen ist dieses ein Teil des politisch-administrativen Systems: Gesundheitsämter sind Behörden, und ihr Personal

---

44 Zu Privatkliniken siehe die Ausführungen von Winkelmann (1971).

gehört zum öffentlichen Dienst. In funktioneller Hinsicht jedoch ist der staatliche Gesundheitsdienst zumindest *auch* als Sektor des Gesundheitssystems zu betrachten. Zwar fungieren die Gesundheitsämter u.a. als staatliche Aufsichts- und Regulierungsinstanzen, aber diese Aufsicht wird zum guten Teil *im Interesse* der Gesundheit, nicht jedoch über die Dienstleister im Gesundheitssystem ausgeübt. Außerdem erfüllen die Gesundheitsämter auch selber immer noch einige unmittelbar gesundheitsbezogene Dienstleistungen mit individuellem Patientenbezug.

Einen noch wichtigeren Überlappungsbereich im Gesundheitssystem stellt die medizinische Wissenschaft dar, und zwar sowohl als Ausbildung wie als Forschung<sup>45</sup>. Im Gegensatz zum öffentlichen Gesundheitsdienst fehlt hier auf der Rollenebene eine klare Trennung; vor allem in Universitätskliniken, die hier quasi als Nahtstelle fungieren, sind die Rollen des behandelnden Arztes, des Forschers und des Lehrers sogar typischerweise miteinander kombiniert. Daß es zumindest zwischen der Handlungslogik des medizinischen Forschers und des praktizierenden Arztes erhebliche Divergenzen und damit auch Konflikte geben kann, wurde schon zu Beginn der sogenannten Krankenhausmedizin kritisch bemerkt.

Als einen dritten Überlappungsbereich, der diesmal zwischen Gesundheitssystem und Wirtschaftssystem liegt, könnte man die pharmazeutische Industrie und neuerdings auch die medizintechnische Industrie bezeichnen. Beide Industrien sind aufs Gesundheitssystem als Nachfrager orientiert und produzieren Güter, die unmittelbar zum Bestandteil gesundheitsbezogenen Handelns werden, ja es sind die Fortschritte in diesen beiden Bereichen, denen ein großer Teil der therapeutischen Leistungssteigerung der jüngsten Vergangenheit zuzuschreiben ist. Sozialstrukturell gesehen sind die Pharmaindustrie und die medizintechnische Industrie jedoch im Wirtschaftssystem entstanden, und zwar die pharmazeutische Industrie in hohem Maße als Teil der chemischen Industrie, während Medizintechnik insbesondere von Großunternehmen der elektrotechnischen Industrie produziert wird. Zumindest die pharmazeutische Industrie scheint eine Teilfunktion gesundheitsbezogenen Handelns usurpiert zu haben, die ursprünglich von Ärzten, Heilkundigen und Apothekern in unvollständiger Aufgabenteilung selbst erfüllt wurde.

---

45 Field (1973) zählt dagegen beides ohne weiteres zu den Kernelementen des Gesundheitssystems, ohne die Zurechnung weiter zu problematisieren.



Allerdings beruhen die von der pharmazeutischen Industrie produzierten Arzneimittel zum großen Teil auf chemischer Basis und sind insofern überwiegend Produktinnovationen und nicht einfach die Übernahme bisher manuell gefertigter Arzneimittel in die industrielle Produktion (vgl. Dann 1975: 102-108). Die Erfindung medizintechnischer Apparaturen begann schon vor über hundert Jahren; sie wurden zum großen Teil zuerst von Medizinern selbst gemacht (Goerke 1976: 70/71), so daß erst die moderne Medizintechnik industriell erzeugt wird - hier hat man es mit einem ähnlichen Prozeß wie bei den Arzneimitteln zu tun. Beide Wirtschaftszweige handeln natürlich nach ökonomischen Kriterien; sie erstreben finanziellen Gewinn, und das motiviert sie zu Strategien der Nachfragesteigerung. Für das Gesundheitssystem kann daraus die Verführung zu einem unverhältnismäßigen Einsatz dieser Mittel entstehen. Der evidente Konflikt zwischen zwei unterschiedlichen Handlungslogiken unterliegt in der Bundesrepublik keiner restriktiven Regulierung bezüglich der Preisfestsetzung, doch bezieht sich indirekt die Arzneimittelgesetzgebung darauf.

Überlappungsbereiche der geschilderten Art, in denen das Handeln *auch* auf das Bezugsproblem Gesundheit bezogen ist, obwohl sie Strukturelemente anderer gesellschaftlicher Teilsysteme (Politik, Wissenschaft, Wirtschaft) sind, könnte man systemtheoretisch als Form der Vernetzung unterschiedlicher Teilsysteme betrachten. Bei der Behandlung gesellschaftlicher Integrationsmechanismen ist ihnen neben funktionellen Interdependenzen (also Austauschprozessen), Kommunikationsmedien und vermittelnden Verhandlungssystemen bislang keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt worden. Den angedeuteten Besonderheiten der Überlappungsbereiche am nächsten kommt noch die Vorstellung der Interpenetration von Standards. Die hier entwickelte Perspektive betont jedoch stärker den Aspekt des Konflikts zwischen unterschiedlichen Handlungslogiken - ohne damit zu leugnen, daß die jeweils gefundenen Lösungen solcher Konflikte z.B. durch Kompromiß oder Segregation eine Art der Integration darstellen.

## 6 Die Triebkräfte der Entwicklung

Bei einem gesellschaftlichen Teilsystem wie dem Gesundheitswesen zweifelt man nicht, daß konkrete Bedürfnisse bei seiner Entwicklung

eine wesentliche Rolle gespielt haben. Und doch ist, wenn man den historischen Prozeß näher betrachtet, die Unzulänglichkeit einer einfach mit "Nachfrage" operierenden Erklärung schnell offensichtlich.

Auffällig ist zunächst die große Bedeutung kognitiver Faktoren, vor allem der naturwissenschaftlichen (Um-)Orientierung der Medizin, sowohl für die wachsende Leistungsfähigkeit wie für den im Zuge der Ausdifferenzierung stattfindenden Strukturwandel im Kernbereich des Gesundheitssystems. Die moderne medizinische Wissenschaft ermöglichte eine wirksamere Diagnose und Therapie (auch bei den populationsbezogenen Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens!) und erlaubte so, über sichtbare Leistungssteigerung die Legitimität von Status- und Kompetenzansprüchen der Ärzte zu begründen. Die Entwicklung der modernen medizinischen Wissenschaft hat außerdem beim Entstehen des Krankenhauses und des ärztlichen Einheitsstandes eine entscheidende Rolle gespielt. Die frühere Trennung zwischen gelehrten Ärzten und Chirurgen war nicht nur kongruent mit der Ständeordnung und der entsprechend stratifizierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, sondern auch durch das traditionelle Krankheitsverständnis abgestützt. Als mit der zunehmend naturwissenschaftlich fundierten Entwicklung medizinischen Wissens die Trennung zwischen inneren und äußeren Krankheiten und damit auch zwischen akademischer Theorie und wundärztlicher Praxis obsolet wurde, entstand die Einheitsrolle des akademisch ausgebildeten Arztes. Die Durchsetzung einer lokalistischen Krankheitsauffassung war dann für die Entwicklung der fachärztlichen Spezialisierung wichtig. Die naturwissenschaftliche Bildung und Orientierung der Ärzte hat schließlich auch das Arzt-Patientenverhältnis geprägt und die hierarchische Beziehung zwischen Ärzten und paramedizinischem Personal rechtfertigen helfen.

Eine wachsende Kritik an dem naturwissenschaftlichen und organspezifischen Krankheitsverständnis hat inzwischen zu einer Veränderung in der Definition des Bezugsproblems geführt, das dadurch keineswegs verengt, sondern ganz im Gegenteil tendenziell eher erweitert wurde. Erweiterungen haben vor allem entlang von zwei Dimensionen stattgefunden: einmal werden neben physischen (genetischen, infektiösen usw.) Krankheitsursachen zunehmend soziale Faktoren wie die Lebens- und Ernährungsweise, die Arbeits- und Wohnumwelt berücksichtigt, und zum anderen werden neben somatischen auch psychische Phänomene sowohl als Krankheitsursache wie als Krankheitserscheinung anerkannt. Das Bezugsproblem Krankheit hat mit diesen Erweiterungen an analyti-

scher Präzisierung (Spezifikation) gewonnen, denn nun ist es z.B. sowohl möglich, somatische Phänomene als psychisch verursacht zu erkennen, wie auch psychische Phänomene (etwa die endogenen Depressionen) naturwissenschaftlich zu untersuchen. Die entsprechenden Erweiterungen wurden allerdings jeweils nur von einer Minderheit unter den Ärzten propagiert und haben sich auf der Ebene von Ausbildungsordnungen, Leistungskatalogen der Krankenkassen und alltäglicher ärztlicher Praxis auch nur partiell durchgesetzt. Tatsächlich ist die Ambivalenz einer Strategie der Zuständigkeitserweiterung durch eine erweiterte Definition des Bezugsproblems ärztlichen Handelns evident (und gilt vermutlich nicht nur im Fall des Gesundheitssystems). Sie verweist auf ein für die Entwicklung gesellschaftlicher Funktionssysteme möglicherweise charakteristisches Spannungsverhältnis zwischen Spezialisierungs- und Generalisierungstendenzen, das für die strukturelle Dynamik ebenso wichtig sein könnte wie das Spannungsverhältnis zwischen Zentralisierungs- und Dezentralisierungstendenzen, auf das schon Elias hingewiesen hat.

Noch eine weitere Dimension der Definition des Bezugsproblems Krankheit ist für die Strukturentwicklung des Gesundheitssystems wichtig gewesen, nämlich ob Krankheit vorzugsweise als individuelles oder kollektives Phänomen aufgefaßt wird und zu behandeln ist. Es ist wohl nicht zwangsläufig, daß eine naturwissenschaftliche Medizin die Orientierung am einzelnen Patienten statt an der Population bedingt. Tatsächlich haben im 18. und 19. Jahrhundert Teile der Ärzteschaft verlangt, medizinisches Handeln solle sich am Ziel der Volksgesundheit statt lediglich an der Gesundheit des einzelnen Patienten orientieren.<sup>46</sup> Bei einer solchen Zieldefinition müßten jedoch, wie es im Rahmen der Sanitätsbewegung auch tatsächlich der Fall gewesen ist, ganz andere als individuelle therapeutische Maßnahmen im Vordergrund stehen, Maßnahmen, die legitime Eingriffsrechte auf kollektiver Ebene voraussetzen und deshalb zur Domäne politischer Instanzen gehören, nämlich Städtebau, Trinkwasserversorgung und Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Arbeitsschutz usw.<sup>47</sup> Insofern ist es ganz folgerichtig, daß das kollektivorientierte gesundheitsbezogene Handeln im öffentlichen Gesund-

---

46 Vgl. vor allem die Auswahl historischer Quellentexte in Deppe & Regus (1975).

47 Vgl. zur Entwicklung kollektiver Gesundheitsmaßnahmen die Arbeit von Rodenstein (1988).



heitsdienst institutionalisiert wurde,<sup>48</sup> während das Handeln der freipraktizierenden oder in Krankenhäusern angestellten Ärzte eindeutig am individuellen Krankheitsfall orientiert ist. Die Möglichkeit verschiedener Definitionen des Bezugsproblems hat hier also eine arbeitsteilige Differenzierung begünstigt.

"Nachfrage" nach gesundheitsbezogenen Leistungen hat es sowohl von Individuen wie von sozialen Kollektiven, vor allem den Städten und später dem Staat gegeben, wobei erstere eher an Therapie und Pflege, letztere vor allem auch an Prophylaxe interessiert waren und heute noch sind. In Grenzen ist die Nachfrage historisch variabel gewesen, einerseits infolge von Veränderungen in Art und Umfang bestimmter Krankheiten, andererseits infolge der wechselnden (tendenziell wachsenden) relativen Bedeutung von Krankheit unter den Problemen der Menschen. Damit allerdings solche Nachfrage für die Entwicklung des Gesundheitssystems wirksam werden konnte, mußte sie erstens *an die Akteure dieses Systems* (und nicht z.B. an Priester, Familienangehörige usw.) gerichtet und zweitens "zahlungsfähig" sein. Daß ersteres geschah, haben die spezialisierten Anbieter von Gesundheitsleistungen in einem langen Kampf und mit Hilfe des Gesetzgebers weitgehend durchgesetzt, ist also alles andere als ein spontaner Prozeß. Die wachsende Zahlungsfähigkeit der Nachfrage ist dagegen zum großen Teil eine Nebenwirkung der sozio-ökonomischen Entwicklung, darüber hinaus aber auch durch die Einrichtung und ständige Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt worden. Das Bedürfnis nach Gesundheitsleistungen ist also lediglich ein Potential; es muß aktiviert und kanalisiert werden, und damit kommen bereits andere Faktoren ins Spiel.

Bei den nachfolgenden beruflichen Differenzierungsprozessen hat Konkurrenz eine wichtige Rolle gespielt. Das gilt einmal für den in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts einsetzenden Spezialisierungsprozeß, der in einer Zeit schneller Zunahme von akademisch ausgebildeten Ärzten stattfand. Unterstützt und inhaltlich gelenkt

---

48 Die erste von uns aufgefundene historische Quelle, in der explizit der Terminus "Gesundheitswesen" benutzt wird, stellt die österreichische Gesundheitsordnung von 1770 dar (abgedruckt im "Lexikon sämtlicher K.u.K. Medicinalgesetze von 1548 bis zu gegenwärtigen Zeiten" von 1790). Diese Änderung in der Semantik ist Ausdruck der sich in dieser Zeit vollziehenden realen Entwicklung eines kollektivorientierten öffentlichen Gesundheitswesens.

wurde der Spezialisierungsprozeß durch die besondere Richtung, die der Wissensfortschritt nahm (Organmedizin), während das zahlungsfähige Nachfragepotential die entsprechenden "Marktnischen" für die neuen Spezialisten schuf und den Prozeß insofern ermöglichte, ohne ihn auszulösen. Konkurrenz, diesmal jedoch nicht innerhalb der akademisch ausgebildeten Ärzteschaft, sondern zwischen ihr und den Heilkundigen einerseits, den Apothekern andererseits, hat auch bei diesen beiden Differenzierungsprozessen eine Rolle gespielt. Diese Prozesse führten einerseits zur Ausgrenzung von Berufen aus dem etablierten Gesundheitssystem, andererseits zu einer genaueren Arbeitsteilung zwischen den Berufen der Ärzte und der Apotheker im System.

Nachfragefaktoren waren unmittelbar wirksam bei zwei weiteren Differenzierungsprozessen, doch handelte es sich in beiden Fällen um die Nachfrage korporativer Akteure bzw. formaler Organisationen und nur über sie vermittelt um die Nachfrage potentieller Patienten. Der erste dieser Prozesse war das Entstehen der Medizinalbeamten als einer ärztlichen Berufsgruppe mit eigenem Aufgabenprofil. Nachfrager nach ärztlichen Leistungen war hier der Staat. Sowohl akademische Mediziner und freie Praktiker wie auch die nebenamtlich tätigen Kreisphysiker wirkten am Entstehen der voll besoldeten Medizinalbeamten mit und unterstützten die staatlichen Instanzen bei der Entwicklung der sich ständig diversifizierenden gesundheitsdienstlichen Aufgaben. Wenigstens teilweise ist so die externe Nachfrage in diesem Fall von der Ärzteschaft selbst erzeugt, obwohl an der "Politisierung der Krankheit", die zu einem Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens führte, auch Aufklärung und bürgerliche Emanzipation sowie ein sehr handfestes staatliches Interesse an der Verbesserung des Gesundheitszustandes der breiten Bevölkerung beteiligt waren (Frevert 1984). Bei dem zweiten Prozeß, der durch die Nachfrage formaler Organisationen ausgelöst wurde, handelt es sich um die Entwicklung des paramedizinischen Personals in Krankenhäusern und die nachfolgende interne Differenzierung dieser Berufsgruppe, die durch den Strukturwandel der Krankenhäuser und damit indirekt von der wissenschaftlichen und medizintechnischen Entwicklung beeinflußt wurde. Zweckorientierte formale Organisationen, die eine bestimmte Art von Leistung nachfragen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können, spielen eine zentrale Rolle bei der Kanalisierung von Nachfragepotential.

Während bei der beruflichen Differenzierung im Gesundheitssystem Prozesse kollektiver, aber unorganisierter Anpassung an sich verändernde

Opportunitäten (z.B. Erwerbschancen, "Marktnischen") von großer Bedeutung sind, ist die Herausbildung der für die jüngste Entwicklungsphase charakteristischen sekundären Organisationen in wichtigen Teilen Ergebnis absichtsvoller Selbstorganisation. Als Triebkräfte wirken hierbei bestimmte Bedürfnisse der potentiellen Organisationsmitglieder, mit denen dann auch die Art der Organisationsbildung variiert. Mindestens vier solcher Bedürfnisse lassen sich für den Fall des Gesundheitssystems unterscheiden:

- das Bedürfnis nach gruppeninterner Kommunikation, sei es wie bei manchen lokalen Ärztevereinen eher geselliger Natur oder wie bei den medizinischen Fachgesellschaften eher wissenschaftlicher Natur;
- das Bedürfnis nach individueller Absicherung, das die Grundlage der Bildung von Krankenkassen war, aber auch bei einer Reihe von Verbänden als Nebenzweck wirkte;
- Bedürfnisse gruppeninterner Konfliktregelung, Normbildung und Konformitätsüberwachung, die u.a. für Ärztevereine und Ärztekammern wichtig wurden;
- das Bedürfnis kollektiver Verhandlungsführung bei der Verfolgung im einzelnen recht unterschiedlicher Ziele gegenüber ebenfalls recht unterschiedlichen Handlungspartnern.

Das Streben nach kollektiver Handlungsfähigkeit ist ohne Zweifel die stärkste Triebkraft nicht nur beim Entstehen, sondern auch bei den nachfolgenden Prozessen der Konzentration und Zentralisierung von Verbänden auf seiten der Produzenten von Gesundheitsleistungen gewesen. Nicht Veränderungen in Art und Umfang der Leistungsnachfrage, sondern Existenz und Handeln anderer korporativer Akteure sind für diesen Aspekt des Entwicklungsprozesses entscheidend: Das Bedürfnis nach kollektiver Verhandlungsführung wird vor allem dann manifest, wenn der Gegenspieler einer Gruppe bereits formal organisiert ist<sup>49</sup>. Damit wird der Organisationsbildungsprozeß zugleich eigendynamisch,

---

49 Damit lassen sich dann auch die ökonomische Theorie kollektiven Handelns, die Theorie organisierter Gegenmacht und auch spieltheoretische Ansätze zur Erklärung der strukturellen Entwicklung eines gesellschaftlichen Teilsystems einsetzen, wie das z.B. Lothar Feige (1980) ausführlich für das Gesundheitssystem versucht hat.



was mit eine Erklärung für sein - in historischer Perspektive - schnelles Fortschreiten in den letzten 100 Jahren ist. Die Folge dieser Entwicklung ist, daß im Gesundheitssystem das Ordnungsprinzip "Markt" zunehmend von den Ordnungsprinzipien Hierarchie und Bargaining verdrängt wird, was zugleich bedeutet, daß Ressourcengewinn und sogar Existenzsicherung der Leistungsanbieter nicht mehr direkt von einer großen Zahl einzelner Patienten, Arzneikäufer usw. abhängt, sondern von korporativen Akteuren - und das auch dann, wenn der einzelne Produzent zu ihnen in einem formellen Mitgliedschaftsverhältnis steht.

Obwohl später teilweise eigendynamisch werdend, hängt die Verbandsbildung im Gesundheitswesen in doppelter Hinsicht mit politischen Vorgängen zusammen. Die Zeit zwischen 1848 und 1914 war in Deutschland allgemein die Phase der Entstehung organisierter Interessen (v. Alemann 1987: 147/148) und beruht damit auch im Gesundheitssystem auf Voraussetzungen, die für es nicht spezifisch sind. Zweitens verstärkte der sich entfaltende Verfassungsstaat seine Interventionen ins Gesundheitssystem und löste reaktive Organisationsbestrebungen aus. Aber nicht nur dadurch wirkten politische Akteure auf die Entwicklung des Gesundheitssystems ein. Sie haben wenigstens *zwei* zentrale Strukturelemente, die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen<sup>50</sup>, durch aktive Intervention erzeugt und sie haben auch in die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Berufe regelnd eingegriffen. Durch diese induzierenden, konstruierenden und steuernden Interventionen ist die politische Umwelt des deutschen Gesundheitssystems der wohl wichtigste *Prägefaktor* für seine Entwicklung geworden.

Die ersten politischen Interventionen, die ab 1350 zunächst in einzelnen freien Reichsstädten erlassenen Medizinal- und Apothekerordnungen, beeinflussten die funktionelle Differenzierung auf Rollenebene durch die formale Abgrenzung zwischen Ärzten, Apothekern und Heilkundigen. Auf derselben Linie liegt später die Schaffung des ärztlichen Einheitsstandes und die gesetzliche Verankerung des ärztlichen Behand-

---

50 Da zum Ende der Weimarer Republik aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen reichseinheitlich das Kopfpauschalssystem eingeführt wurde, bedurfte es zur Verteilung der Pauschalsummen "einer Organisation mit autonomen Rechtssetzungsbefugnissen gegenüber den einzelnen Kassenärzten. Es wurden deshalb durch die Notverordnung vom 8. Dezember 1931 die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen" (Liebold 1984: 8).

lungsmonopols. Mit den in Preußen zuerst 1693 erlassenen Medizinaltaxen griff der Staat weiterhin gestaltend in die finanziellen Austauschbeziehungen mit Patienten ein. Mit der Übertragung des Approbationsrechts auf eine staatliche Behörde (in Preußen 1725) etablierte er sich schließlich als Regelungsinstanz für den Marktzutritt. Staatliche Instanzen, denen an verlässlichen Abgabemonopolisten für als gefährlich angesehene Arzneimittel gelegen war, beförderten auch die Akademisierung der Apotheker und die gleichzeitig immer schärfere Aufgabenteilung zwischen ihnen und den Ärzten.<sup>51</sup>

Politische Interventionen sind nicht nur für das Entstehen, sondern auch für das Wachstum der gesetzlichen Krankenkassen ausschlaggebend gewesen. Damit wurde den Produzenten von Gesundheitsleistungen die wachsende Inklusivität des Gesundheitssystems in diesem wichtigen Punkt eher durch externe Intervention beschert, ja aufgenötigt, als von ihnen selbst betrieben worden zu sein. Die Krankenkassen sind bis heute ein wichtiger Ansatzpunkt staatlicher Regulierung des Gesundheitssystems geblieben. Inhaltlich bezogen sich die Interventionen immer wieder vor allem auf vier Aspekte: die Definition des Versichertenkreises, der beständig erweitert wurde; die Definition der Leistungsansprüche der Versicherten, die ebenfalls tendenziell immer mehr erweitert wurden; das Verhältnis zwischen den verschiedenen Arten gesetzlicher Krankenkassen; und schließlich die Beziehungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Ärzten, die in einem mehrstufigen Prozeß zentralisiert und zugleich zunehmend prozedural geregelt wurden, bis schließlich die Verbindlichkeit von Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen festgeschrieben wurde. Obwohl es sich bei diesen Interventionen um eine unmittelbar auf das Gesundheitswesen bezogene Strukturpolitik handelte, waren sie in vielen Fällen nicht primär gesundheitspolitisch motiviert. Während bei der Gründung der Krankenkassen sozial- und ordnungspolitische Absichten im Vordergrund standen, waren es später wiederholt parteipolitisch-ideologische Motive, die zur Einschränkung der Autonomie vor allem der sozialdemo-

---

51 Die intensive staatliche Beteiligung an der Regelung ärztlicher Tätigkeit und damit auch der Arzt-Patientenbeziehung war für verschiedene kontinentaleuropäische Länder, außer für Preußen z. B. auch für Frankreich kennzeichnend, nicht dagegen für England und die USA, wo der Staat lediglich den rechtlichen Rahmen für die Selbstorganisation der Professionen garantierte (Rueschemeyer 1986: 120/121).

kratisch orientierten Krankenkassen und damit zu der beschriebenen Verschiebung des Machtgleichgewichts zugunsten der organisierten Kassenärzte führten.

Staatliche Instanzen haben bei ihren gestaltenden Eingriffen ins Gesundheitssystem also nicht nur teilweise andere als gesundheitspolitisch motivierte Ziele verfolgt; sie haben auch, trotz aller selbstverständlich stattfindenden Einflußversuche, nicht einfach als "institutionelle Umsetzer" der Wünsche korporativer Akteure innerhalb des Gesundheitssystems gehandelt. Im übrigen fehlt vom Staat aus gesehen auch ein starkes praktisches Motiv, aus Gründen der Herrschaftssicherung das Gesundheitssystem zu verstaatlichen. Den Staat qua Staat interessiert allenfalls die öffentliche Gesundheit, der aber durch andere Maßnahmen wirkungsvoller zu dienen ist als durch die Übernahme der personenbezogenen Krankenbehandlung in staatliche Regie. Sozialpolitische Ziele im Rahmen kollektiver Daseinsfürsorge lassen sich auch auf dem Zwangs-Versicherungswege erreichen. Angesichts der Tatsache, daß typischerweise keiner der großen korporativen Akteure im Gesundheitssystem Träger von Verstaatlichungsforderungen ist, bedarf es vermutlich eines staatssozialistischen Selbstverständnisses, um nicht nur regelnd ins Gesundheitssystem einzugreifen, sondern neben den der öffentlichen Gesundheit dienenden Maßnahmen auch die individuelle Therapierung in staatliche Regie zu übernehmen.

Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und staatliche Regulierung sind Einflußfaktoren externen Ursprungs; das gilt auch für den dritten hier an herausgehobener Stelle erwähnten Faktor, die Verwissenschaftlichung der Medizin, die nicht etwa isoliert im medizinischen Bereich stattfand, sondern Teil eines in der Aufklärung verankerten umfassenden Wandlungsprozesses war.<sup>52</sup>

---

52 Zu den externen Prägefaktoren sind darüber hinaus Vorgänge in der gesellschaftlichen Umwelt des Gesundheitssystems zu zählen, die in keiner Weise speziell auf dieses abzielten. Hierzu gehören sowohl bestimmte politische Vorgänge, wie die Einführung der Gewerbe- und Koalitionsfreiheit, wie auch die bürgerliche Emanzipationsbewegung, die Veränderung des sozialen Schichtgefüges, die Urbanisierung und schließlich Industrialisierung. Diese Vorgänge in der Umwelt des Gesundheitssystems haben u.a. durch Veränderungen in Art und Umfang auftretender Krankheiten, in der Zunahme der zahlungsfähigen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und nicht zuletzt in Art und Zahl der ins Gesundheitssystem strebenden



Aber obwohl anscheinend exogen läßt sich die Wirkung keines dieser Faktoren im Sinne einer mechanistischen Ursache-Wirkungs-Beziehung verstehen. Die Nachfrage ist ein Potential, das erst aktiviert werden muß (was zum Teil durch die Anbieter von Gesundheitsleistungen selbst geschieht). Kognitiv-symbolische Veränderungen wie die Verwissenschaftlichung der Medizin und der Wandel der Krankheitsauffassung ermöglichen bzw. begünstigen bestimmte strukturelle Entwicklungen eher als sie zu erzeugen und werden rückwirkend von ihnen beeinflusst. Staatliche Eingriffe scheinen noch am ehesten unmittelbar strukturprägend zu sein, aber auch sie wirken vor allem auf dem Umweg über die Reaktionen, die sie bei Adressaten und indirekt Betroffenen auslösen (Beispiel Kassenzwang). Das aber bedeutet, daß anscheinend endogene Triebkräfte häufig als Folge externer Einflüsse auftreten, so z.B. die Konkurrenz in überfüllten Berufsgruppen, die Auseinandersetzungen über Zuständigkeiten oder die Organisationsbildung zur kollektiven Interessenvertretung. Gelegentlich sind dabei auch eigendynamisch weiterlaufende Prozesse in Gang gesetzt worden, so bei der vom Wissenschaftssystem ausgehenden und sich wechselseitig verstärkenden Umwandlung von Hospitälern in Krankenhäuser, bei der Verbandsbildung und in neuerer Zeit bei der Kostenexplosion. Nicht einmal der im wesentlichen endogene Prozeß der Professionalisierung der Anbieter von Gesundheitsleistungen ist rein endogener Natur, denn wenn er auch vor allem durch das interessegeleitete strategische Handeln der Leistungsanbieter vorangetrieben worden sein mag, wurde er doch durch die naturwissenschaftliche Entwicklung begünstigt und durch staatliche Eingriffe abgesichert. Angesichts dieser komplexen Wirkungszusammenhänge erscheint ein Versuch, das relative Gewicht exogener und endogener Triebkräfte der Systementwicklung bestimmen zu wollen, wenig sinnvoll.

## 7 Ausblick: Problematische Folgen der Gesundheitssystementwicklung

Während Leistungssteigerung gemeinhin als positive Folge funktioneller Differenzierung gilt, werden ihre negativen Folgen in der Beeinträchtigung gesamtgesellschaftlicher Integration gesehen. Deshalb soll zum

---

Berufsanfänger auf das System eingewirkt.

Abschluß dieses Kapitels kurz gefragt werden, wieweit die heute vor allem diskutierten Folgeprobleme der gegenwärtigen Beschaffenheit des deutschen Gesundheitssystems sich sinnvoll als Desintegrationserscheinungen interpretieren lassen.

Unter der generellen Formel gesellschaftlicher Desintegration können recht unterschiedliche konkrete Erscheinungen gefaßt werden: Konflikte zwischen den Leitwerten verschiedener Teilsysteme, Unfähigkeit zu gemeinschaftlichem Handeln im Interesse des Gesamtsystems, Machtkämpfe und Konkurrenz um knappe Ressourcen. Unter dem Stichwort der Kostenexplosion scheint das zuletzt genannte Problem in der öffentlichen Diskussion heute an erster Stelle zu stehen. Dagegen lassen sich weder akute Wertkonflikte noch Machtkämpfe der Art beobachten, wie sie einmal zwischen Religion (Kirche) und Politik (Staat) stattfanden. Die Abwesenheit größerer Wertkonflikte hängt damit zusammen, daß Gesundheit zumindest auf der individuellen Ebene ein unbestritten dominierender Wert ist. Ein Anlaß für heftige Machtkämpfe fehlt, weil das Gesundheitssystem weder von einem anderen gesellschaftlichen Teilsystem - auch nicht von der Politik - unterdrückt wird, noch seinerseits Position, Domäne oder Autonomie irgend eines anderen Teilsystems massiv bedroht. Das schließt Reibungen nicht aus, wie sie etwa im Zusammenhang mit dem Krankschreiben von Arbeitnehmern zwischen Gesundheits- und Wirtschaftssystem auftreten können, deren Intensität jedoch schon deshalb gering bleibt, weil die positiven Leistungen des Gesundheitssystems für die Arbeitsproduktivität auch aus Arbeitgebersicht dagegen aufzurechnen sind und insgesamt stärker zu Buche schlagen.

Die alle anderen Probleme in den Hintergrund drängende Bedeutung, die heute der Kostenexplosion zugemessen wird, ist relativ neu. Bis zum Ende der 60er Jahre dieses Jahrhunderts standen eher Probleme der Unterversorgung im Vordergrund der Aufmerksamkeit, wobei es einmal um Fragen des Versorgungsniveaus und zum anderen um Disparitäten in der Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen ging. In beiden Hinsichten hatte man es mit *Wachstumsdefiziten* grundsätzlich recht einfacher Art zu tun, indem die Mängel sozusagen durch "mehr von demselben" behebbar schienen. Der Beginn der Diskussion über die Kostenexplosion markiert hier einen wichtigen Wendepunkt: Das Gesundheitssystem scheint an eine Wachstumsgrenze gestoßen zu sein.

Das Problem der Kostenexplosion läßt sich knapp in dem Vorwurf zusammenfassen, daß der vom Gesundheitssystem beanspruchte Anteil



am Volkseinkommen inzwischen so weit gestiegen ist, daß andere legitime Bedürfnisse tendenziell beeinträchtigt werden. Diese überproportionale Kostensteigerung strebt überdies, und darin liegt ein guter Teil des Problems, keinem natürlichen Sättigungspunkt entgegen, sondern beruht auf einem endogenen Wachstumsmechanismus, dem keinerlei wirksame Beschränkungsmechanismen gegenüberzustehen scheinen.

Der endogene Wachstumsmechanismus, auf dem die Kostenexplosion in der Bundesrepublik beruht, ist vielfältig untersucht worden.<sup>53</sup> Seine zentralen Komponenten sind eine Tendenz zur ständigen Ausweitung des von den Ärzten definierten ambulanten wie stationären Behandlungsbedarfs einschließlich des Medikamentenkonsums, und eine davon unabhängige, aber mit ihr zusammenfallende Tendenz zur möglichst weitgehenden Nutzung des Behandlungsangebots auf seiten der gesetzlich versicherten Bevölkerung. Beide Tendenzen hängen mit dem heute praktizierten Finanzierungsmodus gesundheitsbezogener Dienstleistungen zusammen, gekoppelt mit der ärztlichen Verschreibungsfreiheit, die wiederum mit der gleichsam natürlichen Definitionsmacht des Experten dem Laien gegenüber zusammenhängt oder doch begründet wird. Durch den Finanzierungsmodus, der das Marktprinzip "Preis für Leistung" außer Kraft gesetzt hat, entfällt auf seiten der Nachfrager ein wichtiger Beschränkungsfaktor. Da die konsumierten Mittel nicht vom Staat aufgebracht werden müssen, muß das Gesundheitssystem auch nicht in direkter Konfrontation mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen in Form von Budgetverhandlungen um knappe volkswirtschaftliche Ressourcen konkurrieren, womit ein weiterer wachstumsbegrenzender Faktor entfällt. Schließlich sind auch die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer heutigen Form weder motiviert, konsequent und wirksam auf Leistungsbeschränkung zu drängen, noch wären sie bei der geltenden Rechtslage hierzu imstande. Das Gesundheitssystem scheint also tatsächlich eine Fähigkeit zur rücksichtslosen Steigerung des eigenen Ressourcenanteils zu besitzen. Diese Fähigkeit ist mehr als nur eine Folge

---

53 Vgl. als Auslöser der Diskussion Geißler (1974) und als neuere Sammelbände Herder-Dorneich & Schuller (1983); v. Ferber et al. (1985). Ob anstelle eines solchen endogenen Mechanismus nicht eher exogene Faktoren wie ein - auch demographisch bedingter - Wandel des Krankenstandes oder eine von den Gewerkschaften zu verantwortende Verteuerung der Krankenhauspflegekosten die "Kostenexplosion" hervorgerufen haben, kann hier nicht diskutiert werden.



der Tatsache, daß es keine immanente Grenze für die Steigerung von Gesundheitsleistungen gibt<sup>54</sup>. Sicher läßt sich aus der Perspektive eines allein am Bezugsproblem Gesundheit orientierten Systems keine Begründung dafür finden, irgendeine (noch so kostspielige) Maßnahme im Interesse von Gesundheit zu unterlassen. Diese grundsätzliche Steigerbarkeit, die auch Systemleistungen wie Wohlstand, Wissen, Bildung oder Sicherheit eignet, bedeutet aber lediglich ein Wachstumspotential, das Akteure im Kampf um Ressourcen argumentativ einsetzen können; *wirksam* wird dieses Potential immer erst auf der Grundlage spezifischer institutioneller Regelungen.

Bei der Problematisierung der Kostenentwicklung wird am Nutzen und an der Qualität der vom etablierten Gesundheitssystem erbrachten Leistungen selbst nicht grundsätzlich gezweifelt. Trotzdem gibt es auch derartige Zweifel. Geläufig ist eine Kritik, die mit dem hohen Maß fachlicher Differenzierung bei den Ärzten zusammenhängt, wodurch der Patient als ganze Person in eine Reihe von Organträgerschaften aufgelöst wird. Diese Kritik ist übrigens so alt wie das ärztliche Spezialistentum selbst (Huerkamp 1985: 180). Bei diesem - grundsätzlich kaum bestrittenen - Problem handelt es sich deutlich um ein Desintegrationsphänomen; allerdings taucht es nicht auf oberster Gesellschaftsebene auf, sondern betrifft den "Abnehmer" mit seinen Bedürfnissen selbst (Schipperges 1982).

Andere qualitative Probleme hängen eher mit dem hohen Grad systemischer Ausdifferenzierung und Verselbständigung des Gesundheitssystems zusammen. Ein - oft im Kontext der Professionalisierungstheorie angesprochenes - Problem liegt in der (unzulänglichen) Sicherung des Patienteninteresses in einer Beziehung, in der sie selber die Angemessenheit der medizinischen Behandlung weder in sachlicher noch in ökonomischer Hinsicht beurteilen können. Diese grundsätzliche Unterlegenheit des Laien gegenüber dem Experten war früher mindestens für die kleine Gruppe der akademisch gebildeten Ärzte durch eine in umgekehrter Richtung verlaufende sozio-ökonomische Abhängigkeit des Arztes von seinen wenigen oder gar seinem einzigen Klienten (Hofarzt) teilweise neutralisiert. Heute, wo die Ärzte nicht von einzelnen oder wenigen Klienten abhängen und der großen Menge von ihnen auch statusmäßig

---

54 Hierdurch versucht Luhmann (1983), die "Anspruchsinflation" im Gesundheitssystem zu erklären.

eindeutig überlegen sind, schlägt die grundsätzliche Asymmetrie in der Beziehung zwischen Spezialist und Laien voll durch. Um so wichtiger werden institutionelle Sicherungen des Patienteninteresses, und zwar sowohl was die tatsächliche Orientierung des Spezialisten am Interesse des Patienten wie auch was sein fachlich kompetentes Handeln angeht (Barber 1983). Die Übernahme entsprechender Regelungsfunktionen in eigene Regie ist zentraler Bestandteil professioneller Autonomie und zugleich ein wichtiger Schritt auf dem Wege systemischer Verselbständigung. Im deutschen Gesundheitssystem ist dieser Schritt mit der Übertragung wichtiger Regelungsfunktionen an Ärztekammern und später auch an die Kassenärztlichen Vereinigungen vollzogen worden; die staatlich genehmigten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen und das staatliche Prüfungswesen stellen allerdings eine der Kompetenzsicherung dienende, *externe* Zugangskontrolle dar. Die Internalisierung von Kontrollfunktionen, die der Verhinderung und Sanktionierung professionellen Fehlverhaltens dienen, ob es dabei nun um "Kunstfehler" oder das Überhandnehmen von Gewinnmotiven auf seiten der Produzenten von Gesundheitsleistungen geht, kann allerdings den Regelungszweck dann nicht erfüllen, wenn wirksame Kontrolle wegen eines Konflikts etwa mit Kollegialitätsnormen, die sich in einer Zeit scharfer interner Konkurrenz herausgebildet haben, faktisch kaum stattfindet. Die in jüngster Zeit stark gestiegene Zahl von Prozessen vor allem gegen Ärzte, die vor ordentliche Gerichte getragen werden, ist ein deutlicher Indikator dafür, daß hier von den Klienten des Gesundheitssystems Mängel wahrgenommen werden.

Eine noch fundamentalere, weil nicht an einzelnen Fällen professionellen Fehlverhaltens ansetzende Qualitätskritik formuliert der Arzt Thomas McKeown, wenn er davon ausgeht, daß das, was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, eine Fehlinvestition darstellt, "... da bei der Mittelverteilung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise verführte dazu, daß Umwelteinflüssen und persönlichem Verhalten - den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren - mit Gleichgültigkeit begegnet wurde. Auch zog sie eine relative Vernachlässigung der Mehrheit der Kranken nach sich, deren Probleme für klinische Interventionen ... keine Anwendungsmöglichkeit bieten" (McKeown 1982: 22). Was McKeown damit sagt und aufgrund statistischer Analysen zu belegen versucht, ist, daß populationsbezogene Maßnahmen

im Interesse der Gesundheit historisch wirkungsvoller waren und auch heute grundsätzlich wirkungsvoller wären als die im etablierten Gesundheitssystem praktizierte personenbezogene Behandlung. Die Wurzel des Übels läge damit in der Durchsetzung einer ganz bestimmten Definition des Bezugsproblems. Tatsächlich liegt diese Art der personenbezogenen Behandlung auch im kollektiven Interesse aller wichtigen Akteure auf der Produzentenseite des Gesundheitssystems - den Ärzten wie den Krankenhäusern, den Apothekern wie der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie. Trotzdem trifft McKeowns Argument als Schuldvorwurf diese Akteure insofern nicht, als nur ein öffentliches Gesundheitswesen über die erforderliche Autorität verfügt, Maßnahmen anzuordnen und auch durchzusetzen, um gesundheitsschädliche Bedingungen im Wohn- und Arbeitsbereich zu beseitigen, den Menschen das Rauchen zu verbieten usw. Der Arzt als professioneller Experte *kann*, so wie unser Gesundheitssystem faktisch organisiert ist, nur am einzelnen Patienten, der zu ihm kommt, ansetzen, kann selbst hier nur empfehlen, aber nicht vorschreiben und verbieten. Ebenso wenig kann die Ärzteschaft kollektiv gesetzgeberische Funktionen ausüben. Die behauptete Fehlentwicklung läge entsprechend eher in der relativen Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitswesens durch staatliche Akteure, seit die Sanitätsbewegung im vorigen Jahrhundert so erfolgreich die gravierenden Mißstände bei der Ver- und Entsorgung der städtischen Bevölkerung beseitigt und damit den von McKeown sorgfältig belegten Rückgang von Infektionskrankheiten bewirkt hatte. Nachdem die Pocken praktisch verschwunden waren und mit der Schluckimpfung auch die Kinderlähmung besiegt erscheint, ist das öffentliche Gesundheitswesen (wenigstens bis zum Auftreten von Aids) zu einem eher marginalen Sektor des Gesundheitssystems geworden. Für diese Entwicklung sind staatliche Akteure, die sich die den Ärzten naheliegende Definition des Bezugsproblems weitgehend zu eigen machten, wesentlich mit verantwortlich. Das aber bedeutet zugleich, daß ein Gesundheitssystem auf stark privatwirtschaftlicher Basis, wenn man es sich selbst überläßt, aus den zuvor erwähnten Gründen immer eine spontane Neigung haben wird, sich in die von McKeown kritisierte Richtung zu entwickeln. Das Fehlen einer naturwüchsigen Tendenz zur optimalen Erfüllung von *Systembedürfnissen*, wenn denn die Gesundheit des Bevölkerungskollektivs ein solches ist, läßt sich kaum deutlicher demonstrieren.

Die verschiedenen zuletzt besprochenen qualitativen Probleme betreffen unmittelbar die Abnehmer von Gesundheitsdienstleistungen



und ihre konkreten gesundheitsbezogenen Bedürfnisse, d.h. es sind *Leistungsmängel*. Deswegen fällt es schwer, sie in einem begrifflichen Rahmen zu verorten, der die Aufmerksamkeit auf Integrationsprobleme zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen lenkt. Dagegen hängen die in der allgemeinen Wahrnehmung besonders wichtigen Probleme, die der Operationsmodus des Gesundheitssystems heute aufwirft, erkennbar mit dem Maß seiner Ausdifferenzierung und Verselbständigung zusammen. Das heutige Gesundheitssystem besitzt ein weitgehend gesichertes Monopol auf gesundheitsbezogenes Handeln. Durch die Generalisierung der Nachfrage nach den Leistungen des etablierten Gesundheitssystems ist dieses selbst von keiner einzelnen sozialen Gruppe abhängig, besitzt aber seinerseits den auf seine Leistungen Angewiesenen gegenüber ein Drohpotential und die Chance zu Monopolgewinnen (allerdings ist das Monopol nicht derart gesichert wie bei manchen technischen Infrastruktursystemen!). Die hohe Wertschätzung von Gesundheit und seine enge Verbindung mit dem Zentralwert Leben verschaffen dem Gesundheitssystem zusätzlich eine Legitimität, wie sie so wenige andere gesellschaftliche Teilsysteme beanspruchen können. Die medizinischen Kernleistungen des Gesundheitssystems unterliegen keiner systematischen externen Qualitätskontrolle. Schließlich ist auch seine kollektive Handlungsfähigkeit zur Abwehr unerwünschter Interventionen und zur Schaffung optimaler Wachstums- und Funktionsvoraussetzungen hoch entwickelt. Allerdings genügt der Hinweis auf Faktoren wie Angebotsmonopolisierung, Nachfragegeneralisierung und Legitimation über einen gesellschaftlichen Zentralwert nicht, um das Auftreten der einzelnen Folgeprobleme zu erklären. Diese generellen Bedingungen ermöglichen zwar, verursachen jedoch die zu Ressourcenkonflikten und qualitativen Mängeln führenden Handlungsweisen der Akteure im Gesundheitssystem und seinen Überlappungsbereichen mit anderen Teilsystemen nicht unmittelbar. Wie deutlich geworden sein dürfte, sind dafür ganz spezifische Merkmale der Handlungsorientierung kollektiver Akteure und institutionell-organisatorische Gegebenheiten der Binnenstruktur des Gesundheitssystems ausschlaggebend. Insofern macht erst die detaillierte Rekonstruktion der Systementwicklung das Auftreten ganz konkreter Folgeprobleme verständlich.

---

**Literaturverzeichnis**

- Ackerknecht, E.H. (1986) Geschichte der Medizin. Stuttgart
- Adam, W. (1959) Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten. In: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften. Bd. 6; Göttingen: 272-276
- Alemann, U.v. (1987) Organisierte Interessen in der Bundesrepublik. Opladen
- Apotheken-Report (1987) (Ausgabe 32). Frankfurt
- Baas, J.-H. (1896) Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaft. Schaan/Liechtenstein
- Barber, B. (1983) The Logic and Limits of Trust. New Brunswick/N.J.
- Bogs, W. (1959) Krankenversicherung. II. Soziale Krankenversicherung. In: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften. Bd. 6; Göttingen: 283-296
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (ed.) (1980) Feststellung von Auswirkungen der Einführung von Festgehältern für leitende Krankenhausärzte. Forschungsbericht 29. Bonn
- Dann, G.E. (1975) Einführung in die Pharmaziegeschichte. Stuttgart
- Daten des Gesundheitswesens (1985) Herausgegeben vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart
- Daten des Gesundheitswesens (1987) Herausgegeben vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Stuttgart
- Deppe, H.-U. & Regus, M. (ed.) (1975) Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie. Frankfurt
- Deppe, H.-U. (1987) Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt
- Döhler, M. (1987) Historische und gesundheitspolitische Aspekte im Verhältnis zwischen medizinischer Profession und integrierten Versorgungssystemen in Deutschland. WZB discussion paper IIM/IP: 87-9
- Engels, W. (1984) Zur Geschichte des Verstaatlichungsgedankens im deutschen Apothekenwesen. Unter besonderer Berücksichtigung der preußischen Verhältnisse und des Krankenkassenwesens im 19. Jahrhundert. Stuttgart
- Eulner, H.-H. (1970) Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart
- Feige, L. (1980) Sozialpolitische Analyse der Organisation von Interessen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dissertation. Köln

- Ferber, C.v. (1975) *Soziologie für Mediziner. Eine Einführung*. Berlin
- Ferber, C.v. (1983) *Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik*. *Gegenwartskunde* 32: 113-125
- Ferber, C.v. & Reinhardt, U.E. & Schaefer, H. & Thiemeyer, T. & Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (ed.) (1985) *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. München
- Field, M.G. (1973) The Concept of the "Health System" at the Macro-sociological Level. *Social Science and Medicine* 7: 763-785
- Foucault, M. (1973) *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München
- Frevert, U. (1984) *Krankheit als politisches Problem 1770-1880: Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen
- Gatz, E. (1971) *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preußischen Provinzen Rheinland und Westfalen*. München
- Geißler, H. (1974) *Krankenversicherungs-Budget*. Mainz
- Gerhardt, U. (1981) Der Krankheitsbegriff im symbolischen Interaktionismus. In: *Medizinische Soziologie: Jahrbuch 1*; Frankfurt: 11-52
- Gladen, A. (1974) *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Eine Analyse ihrer Bedingungen, Formen, Zielsetzungen und Auswirkungen*. Wiesbaden
- Göckenjan, G. (1985) *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt
- Goerke, H. (1976) Personelle und arbeitstechnische Gegebenheiten im Krankenhaus des 19. Jahrhunderts. In: *Studien zur Krankengeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland*; Göttingen: 56-71
- Grünenwald, K. (1986) *Krankenhäuser und Krankenkassen. Vertrags- und Pflegesatzrecht*. Sankt Augustin
- Hentschel, V. (1983) *Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880-1980*. Frankfurt
- Hockerts, H.G. (1980) *Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945-1957*. Stuttgart
- Hoff, N. (1975) *Pharmazeutische Vereine und Gesellschaften von 1774 bis 1872*. Dissertation. Marburg



- Hoffmann, U. & Schubert, J. & Tatschmurat, C. & Zettel, O. (1982) Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum. Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung. Frankfurt
- Huerkamp, C. (1980) Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufes im 19. Jahrhundert. *Geschichte und Gesellschaft* 6: 349-382
- Huerkamp, C. (1985) Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen
- Illich, I. (1981) Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbek
- Jetter, D. (1966) Geschichte des Hospitals. Bd. 1: Westdeutschland von den Anfängen bis 1850. Wiesbaden
- Jetter, D. (1977) Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800-1900). Darmstadt
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (ed.) (1987) Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1986. Köln
- Kaufmann, F.-X. (1970) Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Stuttgart
- Kirchberger, S. (1986) Medizin-technische Assistenz in der Gesundheitsversorgung. Zur Berufsgeschichte der MTA. Frankfurt
- Kosanke, B. & Troschke, J.v. (ed.) (1979) Die ärztliche Gruppenpraxis in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart
- Krauskopf, D. & Siewert, J. (1980) Das Kassenarztrecht. Sankt Augustin
- Kuhn, H. (1963) Soziologie der Apotheker. Ein Beitrag zur Soziologie des Gesundheitswesens. Stuttgart
- Labisch, A. (1982) Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. *Öffentliches Gesundheitswesen* 44: 745-761
- Landgraf-Brunner, K. (1986) Die Auseinandersetzungen zwischen Apothekern und den gesetzlichen Krankenkassen von Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung an. Stuttgart
- Leibfried, S. & Tennstedt, F. (1981) Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte. Bremen
- Leistikow, D. (1976) Das deutsche Krankenhaus in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Studien zur Krankenhausgeschichte im

19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland; Göttingen: 11-37
- Lempa, U. (1984) Freie Wohlfahrtspflege und die Professionalisierung von Sozialberufen. Das Beispiel der Entwicklung des Krankenpflegeberufes. In: Bauer, R. (ed.) Die liebe Not. Zur historischen Kontinuität der 'Freien Wohlfahrtspflege'; Weinheim
- Lichtenthaeler, C. (1975) Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. 2 Bände. Köln
- Liebold, R. (1984) Geschichtliche Entwicklung des Kassenarztrechts. In: Häußler, S. & Liebold, R. & Narr, H.: Die kassenärztliche Tätigkeit. Berlin: 1-14
- Luhmann, N. (1983a) Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich, P. & Schuller, A. (ed.) Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: 28-49
- Luhmann, N. (1983b) Medizin und Gesellschaftstheorie. Medizin, Mensch, Gesellschaft 8: 168-175
- Maretzky, K. & Venter, R. (1974) Geschichte des deutschen Zahnärztestandes. Köln
- McKeown, T. (1982) Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt
- Narr, H. (1984) Formen ärztlicher Berufstätigkeit. In: Häußler, S. & Liebold, R. & Narr, H.: Die kassenärztliche Tätigkeit; Berlin
- Naschold, F. (1967) Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Freiburg
- Neumann, G. (1983) Öffentliches Gesundheitswesen - Aufgaben und Funktionen. In: Weber-Falkensammer, H. & Oppl, H. (ed.) Einführung in Sozialarbeit/Sozialpädagogik im Gesundheitswesen. Erlangen: 78-103
- Pankoke, E. (1970) Sociale Bewegung - sociale Frage - sociale Politik. Stuttgart
- Parsons, T. (1939) The Professions and Social Structure. Social Forces 17: 457-467
- Parsons, T. (1964) Social Structure and Personality. New York
- Parsons, T. (1978) Actions Theory and the Human Condition. New York
- Peters, H. (1978) Geschichte der sozialen Versicherung. St. Augustin

- Peters, H. (1983) 100 Jahre Krankenversicherung. Zeitschrift für Sozialreform 29: 257-270
- Pfetsch, F.R. & Zloczower, A. (1973) Innovation und Widerstände in der Wissenschaft. Beiträge zur Geschichte der deutschen Medizin. Düsseldorf
- Rausch, R. (1984) Die freigemeinnützigen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland - Entwicklung, Lage, Leistungen und Zukunftsaussichten. Gerlingen
- Reiners, H. (1987) Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte. Bonn
- Rodenstein, M. (1988) Mehr Licht, mehr Luft. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt
- Rohde, J.J. (1962) Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart
- Rueschemeyer, D. (1986) Power and the Division of Labour. Cambridge
- Schaefer, H. (1981) Plädoyer für eine neue Medizin. Warnung und Appell. München
- Schaefer, H. & Schipperges, H. & Wagner, G. (ed.) (1984) Gesundheitspolitik. Historische und zeithistorische Analysen. Köln
- Schaper, H.-P. (1987) Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Opladen
- Schipperges, H. (1982) Der Arzt von morgen. Von der Heiltechnik zur Heilkunde. Berlin
- Schneider, G. (1983) Kassenarztrecht. Rechtsbeziehungen zwischen Kassenarzt, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse. Köln
- Schubert, I. (1983) Die Apotheker - auf der Suche nach einem verlorenen Berufsbild. In: Zettel, O. (ed.) Gesundheitsberufe. Studien zu ihrer Entstehung und Veränderung; Frankfurt
- Schwarz, G.-W. (1976) Zur Entwicklung des Apothekerberufs und der Ausbildung des Apothekers vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Eine Studie zur Geschichte des Apothekerberufs von den Anfängen im Islam bis zur allgemeinen Verbreitung in Europa im 15. Jh. und zur fachlichen Ausbildung des europäischen Apothekers unter besonderer Berücksichtigung des deutschsprachigen Raums. Dissertation. Frankfurt
- Seidler, E. & Schott, H. (ed.) (1983) Bausteine zur Medizingeschichte. Stuttgart



- Sozial- und Gesundheitsreport 2/1987 (herausgegeben von der ÖTV) (1987)
- Statistisches Bundesamt (ed.) (1985) Fachserie 12, Reihe 1: Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen 1983. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (ed.) (1986) Fachserie 12, Reihe 5: Berufe des Gesundheitswesens 1984. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (ed.) (1986) Fachserie 12, Reihe 6: Krankenhäuser 1984. Wiesbaden
- Steinhoff, H. (1974) Die Entwicklung der Deutschen Ärztetage seit ihrem Beginn 1873 auf die Entstehung, das Werden und Wachsen des ärztlichen Berufsrechts, insbesondere der ärztlichen Berufsordnungen. Dissertation. Düsseldorf
- Stollberg, G. (1983) Die gewerkschaftsnahen zentralisierten Hilfskassen im Deutschen Kaiserreich. Zeitschrift für Sozialreform 29: 339-369
- Stolleis, M. (1983) Hundert Jahre Gesetzliche Krankenversicherung. Zeitschrift für Sozialreform 29: 612-623
- Stolt, E. & Vesper, E.A. (1973) Die Ersatzkassen der Krankenversicherung. Geschichte, Gestalt, Recht. Bonn-Bad Godesberg
- Stürzbecher, M. (1976) Allgemeine und Spezialkrankenhäuser, insbesondere Privatkrankeanstalten im 19. Jahrhundert in Berlin. In: Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland; Göttingen: 105-120
- Tennstedt, F. (1976) Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 3. Stuttgart: 385-492
- Tennstedt, F. (1977) Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bonn
- Tennstedt, F. (1981) Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Göttingen
- Tennstedt, F. (1983) Die Errichtung von Krankenkassen in deutschen Städten nach dem Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. Ein Beitrag zur Frühgeschichte der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Zeitschrift für Sozialreform 29: 297-338
- Thoma, P. (1979) Das Krankheitsverständnis in medizinischer Theorie und Praxis. In: Geissler, B. & Thoma, P. (ed.) Medizinsoziologie. Eine Einführung für medizinische und soziale Berufe; Frankfurt: 31-42
- Töns, H. (1983) Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen. Bonn

- 
- Winkelmann, O. (1971) Die privaten Krankenanstalten und die Medizin des 19. Jahrhunderts. In: Eulner, H.-H. & Mann, G. & Preiser, G. & Winar, R. & Winkelmann, O. (ed.) *Medizingeschichte in unserer Zeit*. Stuttgart: 369-383
- Zepp, J. (1984) Die protestantische Reaktion auf die Krise in der Gesundheitssicherung: Das Beispiel Kaiserswerth. In: Klein, K. & Zepp, J. (ed.) *2000 Jahre Gesundheitssicherung*. Mainz: 139-161
- Zöllner, D. (1981) Landesbericht Deutschland. In: Köhler, P.A. & Zacher, H.F. (ed.) *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz*. Berlin: 45-179