

IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik
des Wissenschaftszentrums Berlin

IIVG/pre84-207

Medizin und Ärzte als Faktoren
sozialer Disziplinierung der
Unterschichten.
Zur Soziologie der Gesundheit.

Gerd Göckenjan

Berlin, Februar 1984

ISSN 0724-5084

Eine 1. Fassung des Aufsatzes ist auf der Tagung "Geschichte sozialer Sicherung und sozialer Disziplinierung", Werner-Reinders-Stiftung, Bad Homburg, 7. - 9.3.1983 vorgetragen worden. Die Arbeit an der vorliegenden Fassung war September 1983 abgeschlossen.

Publication series of the International Institute for
Comparative Social Research/Labor Policy

Wissenschaftszentrum Berlin
Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12

030/313 40 81



Abstract

Der Aufsatz steht im Zusammenhang einer Diskussion über die Bedeutung sozialer Sicherungssysteme für die gesellschaftlichen Unterschichten in Hinblick auf die Verallgemeinerung bürgerlicher Werte, vor allem der Produktion disziplinierter, physisch und psychisch stabiler Industriearbeiterexistenzen. Hier wird der Beitrag der Krankenversicherung und des Kassenarztes zur materiellen Lage der Arbeiterschaft diskutiert. Es wird dargestellt, wie die Ärzte zur gesellschaftlichen Regulationsinstanz wurden, indem sie die zentrale Rolle der Ressourcenverteilung übernehmen, Leistungen, die aber mit disziplinierenden Verhaltensaufgaben verknüpft sind, indem sie Hilfen und Ratschläge anbieten, die die sozialen Probleme in die Form wissenschaftlicher Regeln über Sauberkeit und Ordnung, richtige Ernährung und Lebensführung, richtiges Krankheitsverhalten usw. kleiden. Die Ärzteschaft durchläuft allerdings bei der Übernahme dieser Disziplinarrolle selbst Disziplinierungsprozesse durch ihre strikte Anbindung an die institutionellen Regeln der Krankenversicherung, was eine tiefgehende Wandlung des ärztlichen Professionscharakters nach sich zieht.

"Always in your stomach and in your skin there was a sort of protest, a feeling that you had been cheated of something that you had a right to."

Orwell, 1984.

I. Die Medizin, als ein umrissener Kenntnisbestand, Wissen, Techniken, Sichtweisen zum lebenden und toten menschlichen Körper erschien immer als ein Machtmittel - insofern zu behüten vor falschen Personen und falscher Anwendung. Wie gefährdet die Medizin sein muß, wenn die ärztliche Ethik zu Recht einen "uneigennütigen" Arzt fordern kann, der als einziger die nötige segensreiche Wirkung gewährleistet, der die schmale Abgrenzung zum "mörderischen" Tun respektiert. Die Profession schlägt sich seit Ewigkeit damit herum, wie der Wohltäter auch Kaufmann sein kann, der Kaufmann Wohltäter sein soll, d. h., wie die Beherrschungspotentiale "richtig" verwandt werden können. Diese übliche Dualisierung der ärztlichen Tätigkeit in Macht und Dienen ist aber selbst noch professionspolitische Inszenierung: daß die Macht der Medizin an die Kette gelegt werden müsse, macht sie umso bedrohlicher, läßt ihr soziales Gewicht unendlich steigen. Die Medizinkritik ist mit dem Konzept des "Herrgott in Weiß" dieser Selbstinszenierung gefolgt.

Foucault hat nun statt dessen betont, daß die Macht der Medizin vor allem von ihrem entdeckenden und beurteilenden Diskurs über die Körper ausgeht.¹⁾ Eine Unterwerfung also durch ein endgültiges Urteil über die Körperzustände und deren "Bedürfnis", die ärztliche Tätigkeit folgt dem nurmehr. Das Krankenhaus ist daher kein Gefängnis, auch wenn es durch eine Disziplinaratmosphäre gekennzeichnet ist, dem Kranken Entscheidungsalternativen entzieht. Das Krankenhaus ist nicht Zwangsanstalt, trotz der Unabweisbarkeit der hier durchgeführten Handlungen,

weil Teile der Handlungsmotive schon vorher "eingewandert" sind in den Behandelten, die auch außerhalb der unverschlossenen Türen den Kranken umtreiben würden; ich habe diese bestimmte Krankheit und brauche diese bestimmte Therapie. Dabei ist deutlich wie wichtig in diesem Diskurs über Körperzustände und Körperbedürfnisse die Ausschließung von "Alternativen" ist, Sichtweisen wirklich übernommen werden. Diese Funktionsbedingungen, die erst die ärztliche Definitionspotenz zur manifesten Macht werden lassen, kann die Professions selbst nicht herstellen, sie ist auf geliehene Macht angewiesen: die Ausschließung eines Teils von Heilwissen oder Bewältigungsformen als Kurpfuscherei, sanktioniert durch soziale und finanzielle Strafen, wie durch einen justitiablen Fahrlässigkeitsvorwurf oder durch den Zwang, Versorgungsleistungen doppelt zu bezahlen, wenn die Krankenversicherung die geforderten ausschließt. Die unerbittliche Gewöhnung, die Sozialisierung in die medizinische Weltsicht, das sind gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die der Medizin im Laufe der Zeit als Funktionsinteresse an ihren spezifischen Problemlösungen zuwachsen mußten.²⁾ Foucault hat diesen Sozialisierungsprozeß als Wissensgeschichte geschrieben, im folgenden soll ein Ausschnitt dieses Prozessen in Elementen der Realgeschichte dargestellt werden.

Die "akademische" Medizin, im Unterschied zu den volkstümlichen Heilpraktiken und Heilern, ist in Deutschland erst mit der Arbeiterversicherungsgesetzgebung seit 1883 massenwirksam geworden. Bis dahin war die "akademische" Medizin ganz dominant die Versorgungsform der oberen Gesellschaftsschichten, wie sie sich im Hausarzt stilisiert. Diese beruht auf der Verabredung, daß die umfassende Fürsorgeverpflichtung des

Arztes für alle Erkrankungsfälle der Familie und das Bereitstehen für ihren psycho-physischen Beratungsbearf unbestimmt "standesgemäß" oder mit einer festen Summe entgolten wird. Der Ort der Realisierung der ärztlichen Tätigkeit ist das "Haus" seiner Klientel. Hier kann er, wenn er eine glückliche Hand hat, ein- und ausgehen, feste Beziehungen knüpfen und versuchen, wirklich Berater, Beistand in allen Dingen des leiblichen und seelischen Wohls zu werden. Die Kontextkenntnisse, die er hier sammelt, helfen ihm, auf seine Klientel zugeschnittene typische Leistungsprofile zu entwickeln, die ihn unverwechselbar und für den betreffenden Haushalt unverzichtbar machen - nicht zuletzt wegen des Risikos, durch Verabschiedung einen intimen Kenner der Familie zu verärgern. Erst mit einer solchen ganz individuellen Leistung ist der Arzt dazu in der Lage, eine stabile Praxis zu entwickeln, die aber wegen der Abhängigkeit von einer personell begrenzten und sozial verflochtenen Klientel und der immer bestehenden Konkurrenz mit anderen akademischen Ärzten und vielfältigen volksümlichen Heilsichten niemals so weit geht, daß er die Bedingungen, unter denen er arbeitet, selbst bestimmten könnte. Er ist auf "ärztliche Politik" angewiesen, eine sensible, nach Bedarf auch grobschlächtere Bemühung, professionelle und Klientensichten zu koordinieren, seine Fürsorglichkeit z. B. durch Nachgiebigkeiten zu belegen, Vertrauen zu gewinnen, ohne Erfolgsfähigkeit einzubüßen. "Der alte Arzt kam seinen Kranken näher; um die (Krankheits-)Ursachen zu erforschen, mußte er Psychologe sein, Menschen und Verhältnisse beurteilen, um mit Rücksicht darauf, den Heilplan zu entwerfen. Er mußte und durfte in Haus und Familie sich eindrängen, er sollte und wollte zum Hausarzt, Hausfreund werden."³⁾ Das Hausarzt-Ver-

hältnis ist eine komplizierte Machtbalance zwischen Anforderungen, Verpflichtungen, Sicherheiten. Die relative Stabilität dieses Verhältnisses wird allerdings seit der 1870er Jahren bedroht durch die "Verwissenschaftlichung" der Medizin einerseits. Ein Trend, der zunehmend die "psychologische" Grundhaltung in Diagnose und Therapie durch objektive Methoden und die Ausbildung von Spezialisten verdrängt, damit neue Konkurrenzlinien schafft und die gegenseitige fragile Abhängigkeit zwischen Arzt und Klientel zu Lasten des Arztes schwächt. Andererseits verschlechtert sich die ökonomische Situation breiter Mittelklassen, die sich den aufwendigen "Beirat in Gesundheitsangelegenheiten" nicht mehr leisten können, nurmehr situative Arztkontakte haben, zur Notfallmedizin übergehen müssen. Die akademische Medizin ist also 1883, wenn das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verabschiedet wird, in einer ökonomischen und professionspolitischen Krise: Die Einkommensperspektiven sind schlecht, das Selbstbild schwankt zwischen dem altmodisch-subjektivistischen, aber relativ gesicherten Hausarzt und dem zeitgemäß "wissenschaftlichen", sachlich neutralen Experten mit unsicherer Soziallage. Damit sind zwei wichtige Voraussetzungen für die Realisierung des KVG gegeben.

Das KVG erschließt nun der akademischen Medizin neue Bevölkerungskreise, in anderen stellt es die nur gelegentlichen Kontakte auf eine kontinuierliche finanzielle Basis. Freie ärztliche Behandlung und Krankengeld im Arbeitsunfähigkeitsfall sind die beiden Hauptleistungen des KVG, wobei allerdings die Lohnersatzleistung von Anfang an nur als "Beihilfe", nicht wirklich als "Ersatz" konzipiert war. Die Bedeutung der freien ärztlichen Behandlung wird dagegen noch einmal mit der Versiche-

rungsnovelle von 1892 bekräftigt: Im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit müsse, so heißt es in der Begründung, die Regel des KVG aufgehoben werden, die "es dem Empfänger (von Leistungen) überläßt, ob und in welchem Umfange er sich dafür die ärztliche Behandlung und Arznei verschaffen kann und will. Bei der wirtschaftlichen Lage und bei der geringen Wertschätzung einer rechtzeitigen und ausreichenden ärztlichen Pflege, welche in großen Kreisen der versicherungspflichtigen Volksklassen noch als vorherrschend angesehen werden müssen, kann ... (so) keine ausreichende Sicherung eines vom Gesetzgeber für wesentlich erachteten Gegenstandes der Versicherung anerkannt werden (Der) Anreiz ... sich unter Verzicht auf die freie ärztliche Behandlung und Arznei eine höhere Geldunterstützung zu sichern" muß abgestellt werden.⁴⁾ Gibt das KVG der ärztlichen Dienstleistung eine hervorragende Stellung, der ein Zwangscharakter nicht abzusprechen ist, dann verändert es zugleich den Status einer zunehmenden Anzahl von Ärzten, die in einem verabredeten Umfang - meist für Teile der Arbeitszeit oder für eine bestimmte Anzahl Versicherter, also zunächst nur in seltenen Fällen vollberuflich - Angestellte der Kassen werden, diesen für ihre Leistung verantwortlich sind, denn die Kassen sind die organisierenden Träger der Krankenversorgung. Die Ärzte werden mit dem Anstellungsvertrag vom "freien" praktischen Arzt zu einer "kassentechnischen Spezialität", Spezialisten für versicherte Arbeiter.⁵⁾ Üblicherweise wird die Ausdehnung der regulären ärztlichen Versorgung auf die Unterschichten als positiver Wert an sich betrachtet, die mit diesem Datum einhergehende Wandlung der gesellschaftlichen Funktion der Medizin wird dagegen zu wenig beachtet. Es ist vor allem die Wandlung von einem privaten

Dienst der Ratschläge für subjektives Wohlbefinden zu einer öffentlich-rechtlichen Institution die Kollektivressourcen verteilt.

Das alte Arzt-Patienten-Verhältnis, wie es sich im "Hausarzt" verkörpert, beruht auf einem relativ autonomen ökonomischen Status des Kranken. Er ist im Besitz aller Ressourcen, die "Gesundheit" - verstanden als optimistische Idee von Fähigkeit und Glück - potentiell möglich machen. Er meint, daß ihm Kenntnis und Übersicht zur Realisierung fehlen. Das macht die Rolle des Arztes als Beistand, Fachmann der Optimierung der leiblichen Zustände möglich. Fehlen aber diese Ressourcen, dann ist der Arzt in dieser Funktion überflüssig, abgesehen von chirurgischen und gynäkologischen Tätigkeiten, die aber nur Randbereiche des akademischen Arztes waren.⁶⁾ Soll er dennoch eingesetzt werden, dann müssen sich seine Handlungsbedingungen und seine Rolle ändern. Beides hat mit dem KVG, wenn auch noch unzureichend, stattgefunden. Die gefundenen Lösungsformen zeigen eine sprechende Ambivalenz, die die Rolle der Medizin in der Gesellschaft ausdrückt: Sie bietet auf allen Ebenen Ersatzstrategien für "Gesundheit" an, Strategien, die nicht fehlende Kenntnis und Übersicht kompensieren, sondern vor allem fehlende Ressourcen zur Optimierung des leiblichen Wohls ersetzen sollen. Eine unlösbare Aufgabe, der sich die Medizin aber unermüdlich durch Fortschritte der Wissenschaft widmet. Diese Wandlung beginnt schon mit den städtischen Armenärzten, erreicht aber erst mit der Arbeiterkrankenversicherung ein massenwirksames Niveau und hat heute mit der Totalversicherung des ganzen Volkes das Niveau einer nationalen "Gesundheits"-Politik erreicht.

Die Wandlung der Rolle des Arztes muß in drei verknüpften Elementen dargestellt werden. Durch das KVG wird der Arzt 1. "objektiv", er bekommt eine Doppelrolle. Hier wird der Therapeut, der dem Bedürfnis der Kranken dient, egal wie dieses aussehen mag, durch den Gutachter überlagert. Der Kassenarzt hat ein "rationales" Verhältnis zwischen den zu beurteilenden physisch-psychischen Zuständen und übergreifenden Maßstäben herzustellen: Knappheit der Mittel, nationale Wohlfahrt, Bedarf an Arbeitskräften, Nutzen und Nachteil von Industrie, Handel, Verkehr. Diese Gutachterrolle, die auch als "Polizeiarzt der Kassenregierung" beschimpft wurde, ist berufsfremd, kommt nicht aus der Krankenversorgung, sondern, wie ihre wichtigste Aufgabe, die Entdeckung von "Simulanten", die "unberechtigt" Kollektivleistungen beanspruchen, aus der Armenpflege und der Gerichtsmedizin. Der Arzt bekommt dann auch 2. Disziplinarmittel, seine "sachliche" Definition des vorliegenden Zustandes handlungsanleitend zu machen, Wohlbefinden zu strukturieren - allerdings von den Rändern her, deshalb immer anfällig für Vertrauensverluste. Lohnersatzleistungen gibt es nur verbunden mit ärztlicher Behandlung; ein Ausschluß von den Kassenleistungen bei Zuwiderhandeln von ärztlichen Geboten (Medikamenteneinnahme, Ausgehregeln), Zwangseinweisung in die weitgehend gefürchteten Krankenhäuser oder Verweigerung der Einweisung in Kur- und Genesungsheime sind möglich. Zwar handelt der Kassenarzt zunächst im Auftrag und z. T. unter Bestätigungsvorbehalt der Kasse, aber auch hier schon nach Kollektivinteressen. "Es gibt genug Kassen ... die selbst an der Schwindsucht leiden, wo die Ärzte gewissermaßen auf 'Lakritzenwasser' abonniert sind und jeden wieder fortschicken, der nicht schon halb tot ist."⁷⁾ Der Arzt bekommt also 3. Ver-

füfungsgewalt über materielle Ressourcen, die die Bedingungen seiner Wirkungsfähigkeit verbessern, obgleich er immer im Rahmen von Ersatzstrategien bleiben: die dominant werdende Drogentherapie muß die aufwendigen Diätetikmaßnahmen im alten Sinne (Hygiene, Ernährung, Gymnastik) ersetzen, die auf die Wiederherstellung und Stärkung des Gesamtzustandes zielen; Hospitalisierung muß die Unmöglichkeit, Heilmaßnahmen im schützenden sozialen Kontext des Kranken durchzuführen, ersetzen, damit auf die fehlenden Mittel für persönliche Gesundheitspflege und rationale Lebensordnung. Das Krankenhaus spielt hier eine zentrale Rolle, als die ideale, nach genauen Aufmerksamkeits-hierarchien funktionierende medizinische Welt, in deren nützliche Richtigkeit die Arbeiterbevölkerung aber erst hineingelockt werden muß: Sie kannten als Armenpflöglinge diese bisher nur als Zwangsanstalt, die Krankenhausreformen wollen hier mit Licht, Luft, Sauberkeit, reichlicher Verpflegung, Bequemlichkeit überzeugen.⁸⁾

Zwei Aspekte dieses Wandlungsprozesses müssen gesondert angesprochen werden. Auch das alte Arzt-Patienten-Verhältnis konnte als Macht-Beziehung angesehen werden, denn auch hier war Dispositionsgewalt auszuüben. Aber es war eine ambivalente Balance im Kampf um die Definition des vorliegenden Zustandes, um die psychische und physische Zumutbarkeit der auszuhaltenden Schmerzen der moralischen und ökonomischen Risikozuweisung bei der Auswahl der Therapie, denn das ganze soziale und finanzielle Gewicht der Partei des Patienten stand gegen die professionellen Normen, beeinflußt die Karriereinteressen des Arztes, ausgedrückt in dem nötigen Nachweis von Sorgfalt und Erfolgsmöglichkeit. Diese Kampflinie wird verschoben, der Kassenarzt ist der Kassenverwaltung verantwortlich. hier

liegt jetzt das Feld der Verhandlungen und Kompromisse. Das Entscheidende ist, die Ergebnisse, die hier erreicht werden, sind für den Patienten je weniger durchschaubar, je mehr diese Aushandlungsebene zentralisiert ist. In der Anfangszeit des KVG bestand durch die kleinen, selbstverwalteten Kassen noch die Möglichkeit, in den Generalversammlungen der Versicherten Unmut, Mißtrauen und Unverständnis zu artikulieren, Forderungen, die für den Kassenarzt irgendwie kooperationsfähig gemacht werden mußten. Heute haben die Verhandlungsergebnisse der Bundesverbände der Kassen und Kassenärzte für den Patienten "Gesetzescharakter". Durch diese Verschiebung der Verhandlungs- und Konfliktebene ist das Arzt-Patienten-Verhältnis von einem privaten zu einem öffentlich-rechtlichen geworden. Dabei, und das ist der zweite Aspekt, sind die Gegenstände, die das Arzt-Patienten-Verhältnis als Macht-Beziehung konstituieren, immer soziale. Das läßt sich am Krankheitsbegriff, der Schnittstelle zur Gewährung alternativer Ressourcen, zeigen.

"Krankheit" ist eine relativ unbestimmte Sequenz im Lebensablauf, ob eine solche als "Krankheit" definiert wird, hängt von einer Anzahl sozialer Determinanten ab. Welche Auffälligkeiten oder Abweichungen als "Krankheit" gelten sollen, welche physischen, psychischen und sozialen Zustände unter diesem Ordnungskriterium einer spezifischen Behandlung unterliegen sollen, ist vor allem abhängig von den gesellschaftlichen Ressourcen und den sich mit diesen entwickelnden Konventionen. Unterernährung z. B. und die resultierenden Mangelerscheinungen sind keine "Krankheit", solange dieser Zustand typisch ist für bestimmte Bevölkerungsteile oder bestimmte Zeiträume. In welchem Umfang allerdings psycho-physische Beeinträchtigung

hingenommen werden und hingenommen werden müssen, als Nichtkrankheit, also keine Ressourcen mobilisieren, ist abhängig von dem gesellschaftlichen Kräfteverhältnis zwischen den die Ressourcen steuernden sozialen Gruppen. Andererseits, so spottet Zimmermann 1768, Buckel und Kröpfe gelten dort, wo sie zum üblichen Erscheinungsbild gehören, als Rassekennzeichen, als Schönheitsmerkmal.⁹⁾ Solange nur in Ausnahmefällen wie großen Epidemien oder am absoluten Ende von Verschleißkarrieren in Armenhospitälern, Siechenhäusern u. ä. gesellschaftliche Ressourcen zur Verfügung stehen, sind Krankheitsepisoden "private" Angelegenheit. Die Benutzung medizinischer Hilfen, Ratschläge, Mittel ist ebenso schichtspezifisch und abhängig von Gruppenkonventionen, wie die Benutzung anderer Hilfsmittel zum Wohlbefinden, seien diese Nahrungs- und Genußmittel oder Mittel der Körperhygiene. Die Reichen und Mächtigen benutzen die Ärzte zum Spaß, zur Zerstreuung oder Anregung, die Bauern dagegen sind zuerst bei Krankheiten ihres Viehs bereit, Mittel zu mobilisieren, am wenigsten für kleine Kinder, und nie rufen sie reguläre Ärzte, das ist die Dauerklage der Ärzte um 1800.

Das KVG vergesellschaftet nun diese Schnittstelle, löst das Bewertungsproblem einmal durch die Einführung einer zweistufigen Krankheitsdefinition, indem vordringlich Arbeitsunfähigkeit als Leistung auslösend gilt. "Krankheit", obgleich als Zustand mit eigenem Recht nicht bestritten, wird beurteilt an einem anderen, "krankheits"-fremden Zustand, üblicherweise an einem hohen Schädigungsniveau. Zum anderen wird die Definition dem Kassenarzt übergeben, der den sozialen Zustand nach "objektiven" Merkmalen, nicht nach dem subjektiven "Klassen" zu beurteilen und die entsprechenden Schritte einzuleiten

hat. Mit der zweistufigen Krankheitsdefinition ist ein flexibler Entscheidungsraum geschaffen, der bei Feststellung einer allgemeinen Zuständigkeit der ärztlichen Expertise dieser die Möglichkeit gibt, entsprechend wechselnden Bezugsproblemen Zumutbarkeitsschwellen zu bestimmen, kollektive Ressourcen - koordiniert mit professionspolitischen Interessen - zu verteilen. Ein Verteilungsmechanismus, der immer "Hilfen" mit sozialen Interpretationen verbindet, Leistungen mit der Übernahme von Verhaltensforderungen, alles mit der vagen Drohung, im Falle von mangelnder Kooperation die Existenzgrundlage, d. h. die Grundlage für "Gesundheit", entziehen zu können. Dieser wird erst mit der vollen interessenmäßigen Integration der Ärzte in die Krankenversicherung seit 1913 und ausreichenden "Verteilungs"-Mitteln bzw. steigendem Lebensstandard seit den fünfziger Jahren zu der naturhaften Selbstverständlichkeit geprägten sozialen Realität. Wie hat die Versicherung auf die Lebensverhältnisse eingewirkt, daß die sozialisierenden Wirkungen wirklich eintreten konnten?

II. "Wenn man einmal in eine Fabrikstadt, zur Zeit, wo die Betriebe und Geschäfte eine Pause machen, zur Mittagszeit etwa, den Strom der Arbeiterbevölkerung an sich vorbeiziehen läßt und dabei die Scharen aufmerksam auf ihr Äußeres mustert, so wird man sofort bemerken, welche auffällig hohe Zahl von bleichen, hohlwangigen Gesichtern, von gebückten, kraftlosen, ausgezehrten Gestalten, von Verkrüpplungen und Verkrümmungen, von Siechen und vorzeitig gealterten Körpern sich darunter befindet. Die wenigen blühenden und kraftstrotzenden Erscheinungen, die etwa dabei sind, gehören fast alle erst kurze Zeit diesem Beruf an, in wenigen Jahren sind auch sie abgearbeitet, schwach und blaß, krank oder tot."¹⁰⁾ Es ist oft

von der Arbeiterkrankenversicherung gefordert worden, eine Rolle als gesundheitspolitische Instanz zu spielen, die Lebenslage der Arbeiter zu "heben". Was hätte sie tun müssen? Die materielle Lage breiter Arbeiterkategorien läßt sie unter Rubners hygienische Pauperismusdefinition zusammenfassen. "Der Pauperismus setzt in seinen Wirkungen dort ein, wo aus Mangel aus Subsistenzmitteln die Erreichung gesunder hygienischer Lebensbedingungen unmöglich wird." Die Hygiene, d. h. die Gesundheitspolitik, hat "die Bekämpfung des Pauperismus als Teil ihrer Ziele zu betrachten", die gesundheitspolitische Aufgabe ist also die Veränderung eines Komplexes von Lebensbedingungen als Voraussetzung von Gesundheit.¹¹⁾ Grundlage dieses hygienischen Pauperismussyndroms sind schlechte, schwankende Erwerbsverhältnisse, die vor allen Dingen zu ungenügenden Ernährungs- und Wohnverhältnissen führen. Hauptsächlich Nahrungsmittel sind Kartoffeln, Brot und Kaffee-Ersatz; die zu geringe Eiweißzufuhr wird durch minderwertige Fleisch- und Wurstwaren erreicht. Die Nahrungsaufnahme ist oft, durch Arbeits- und Wohnverhältnisse erzwungen, unzweckmäßig, zumeist fehlen warme Speisen ("Brötchennahrung"), oder sie müssen außer Haus zu überhöhten Preisen eingenommen werden. Eine Anzahl billiger, aber nahrhafter Lebensmittel sind nicht erreichbar oder aber werden aus kulturellen Vorbehalten nicht konsumiert (Hülsenfrüchte z. B.). Die niedrige Qualität der Speisen führt zu gesteigerten Bedürfnissen nach Genußmitteln: "Der Schnaps ist billig, das anregende Volum gering, es wird zum Begleiter der Arbeit, demjenigen, dem die warme Kost fehlt, ersetzt er durch Wärmegefühl den sonst empfundenen Mangel."¹²⁾ Die ungenügenden Einkommensverhältnisse erzwingen, einen gesundheitsgefährdenden Wohnstandard zu akzeptieren, mit unzureichender

Heizung und Belüftung, vielfältige Überbelegung durch Untervermietung, durch das Kost- und Schlafgängerwesen, erzwingt zusätzliche Heimarbeit in dem gemeinsamen Wohn- und Schlafräum, häufig ohne Kochgelegenheit und unzureichende Sanitärverhältnisse. Dazu kommen noch immer zusätzliche Kosten durch die erzwungenen häufigen Wohnungswechsel. Die Kinderzahl ist häufig zu groß für die Einkommensverhältnisse, schon kleine Kinder werden meist zu Heimarbeit herangezogen. Schwangere arbeiten zu lange und zu schwer vor der Niederkunft und beginnen die Arbeit zu früh nach der Geburt. Zusammengenommen verschlechtern sich so die physischen Verhältnisse der nachwachsenden Generation anscheinend sichtbar und zunehmend.

Mittelpunkt der hygienischen Mißstände der Arbeiterexistenz sind die Arbeitsbedingungen, die allgemein als den Gesundheitsbedürfnissen spottend angesehen werden. Hier finden sich ein Großteil der Belastungen aus den allgemeinen Lebensbedingungen wieder und sind z. T. riesenhaft gesteigert. Zu viele Menschen sind in geschlossenen, ungenügend belüfteten und beleuchteten Werkstätten beschäftigt. In dumpfen, schmutzigen Räumen, bestenfalls mit Gasbeleuchtung, ohne Tageslicht und Sonneneinfall, wird unter ohrenbetäubenden Lärm und unter großer Hitze oder groß Staub- und Gasentwicklung in immer gleichförmiger Art und Weise und ohne irgendeine Aussicht auf Veränderung gearbeitet. "Ganz vereinzelt hört man ab und zu in den Lagerräumen die Packerinnen singen, sonst gibt es bei der Fabrikarbeit kaum Gesang. Die Leute stehen an den surrenden Maschinen, bücken sich über ihre Werkzeuge oder sitzen in Reihen bei der Handarbeit, ohne Abwechslung, ohne Aufheiterung, ohne eine Aussicht, jemals weiterzukommen."¹³⁾ Berufsarbeit bedeutet immer einseitige Belastung, in Fabrik- und Heimarbeitsverhältnissen ist diese aber zur ungeheuren Überarbeitung gesteigert, ungünstige Körperhaltungen und Überanstrengung einzelner Glieder und Organe sind auf Dauer gestellt. Die Arbeitszeit ist überhaupt viel zu lang, es wird unentwegte Anspannung verlangt, ohne den unumgänglichen Ermüdungen Raum zu lassen; Ruhe, Kräfte sammeln, Verdauungstätigkeit ist selbst in den zu kurzen Pausen gestört.

Auf diesen Bedarf aus dem hygienischen Pauperismus breiter Arbeiterkategorien kann die Krankenversicherung überhaupt

nicht eingehen. Die Mittel der überwiegenden Zwergkassen reichen kaum für den eng definierten, rein kurativen Bedarf. Das gesundheitspolitische Gewissen, engagierter Kassenvertreter, insbesondere der wenigen großen Ortskrankenkassen, zielt dann auch vor allem auf gesundheitspolitische Aufklärung und Verhaltenseinstellungen ihrer Versicherten. Sie versuchen das durch Verteilen von Flugschriften, Zusammenstellen von Enquêtes, durch Krankenverordnung und indem den Krankenkontrollleuren die Aufgabe einer allgemeinen Hygienepolizei zugewiesen wird.¹⁴⁾ Die Frage nach der gesundheitspolitischen Wirkungsmöglichkeit der Krankenversicherung konkretisiert sich daher auf die Frage, wie weit sie über die Verhaltensdimension auf die somatische Kultur der Arbeiterversicherten - als die Gesamtheit der auf den Körper zielenden Strategien und Hilfsmittel - einwirken konnte. Hier sind nur einige vorläufige Überlegungen möglich.

Die Tatsache, daß die somatische Kultur der Unterschichten völlig abweicht von der der höheren Schichten ist in den gesundheits- und medizinpolitischen Schriften um 1800 noch so selbstverständlich, daß die Autoren häufig den Eindruck vermitteln, sie handelten von physiologisch ganz abweichenden Körpersystemen: Der Körper selbst, nicht nur die auf ihn zielenden Strategien erscheinen klassenspezifisch. Nicht mal der Körper hat in den gesellschaftlichen Verhältnissen den Charakter des Gleichen und damit des Vermittelnden zwischen den Klassen. Die somatische Kultur der Unterschichten wird zunächst in der Aufklärung zum öffentlichen Gegenstand und in gewisser Weise zum Beginn moderner Gesundheitspolitik überhaupt, vor allem als Idealisierung der Vorteile des einfachen Lebens, des "Naturzustandes". Kommt allerdings die Wirklichkeit der somatischen Kultur, insbesondere der städtischen Unterschichten zur Sprache, dann wird das Bild schon frühzeitig gezeichnet als sehr großes Elend, verbunden mit der Behauptung einer ungebremsten Genußsucht und Verschwendung.¹⁵⁾ Das bürgerliche Idealbild haushälterischer Lebensökonomie kollidiert mit der Realität der Unterschichten. Hier geht der Bedarf an Lebensgenuß und der Mangel ausreichender Ressourcen auf Kosten der Lebensdauer. Es ist mit einer kurzzyklischen eigenständigen Lebensgenußkultur der industriellen Unterschichten zu

rechnen, die als Korrelat der von ihnen geforderten, maximalen physischen Ausnutzung des Körpers im Arbeitsprozeß angesehen werden könnte.¹⁶⁾ Belege hierfür findet man eigentlich überall; z. B. wenn vergleichsweise gutsituierte Arbeiterfamilien an Sonntagen ganz standeswidrig "prassen" und dann in der Woche von den üblichen ungesunden Kartoffeln - Brot - Zichorienbrühe leben müssen. Wenn wirklich ganz arme Fabrikmädchen alles am Essen sparen, um am Sonntag "aufgeputzt" zum Tanz gehen zu können. Wenn Überschüsse in den Kneipen in spendablen Gesten vertan, statt für Notzeiten aufgespart werden.¹⁷⁾ Das hohe, immer festgestellte Belastungs- und Krankheitstoleranzniveau der Unterschichten - "Wer achtet bei uns Arbeitern auf Fieber?" - ist bestimmt keine Ermessensentscheidung, aber es ist ein integraler Aspekt einer komplexen somatischen Kultur, die nicht nur als Elend buchstabiert werden darf, die z. B. mit Ehr- und "Standes"-Begriffen verknüpft ist, wie die "Idee der Kraft" (Boltanski). Ein solches komplexes Geflecht kann nicht einfach "abgekauft" werden, aber es ist Ziel von vielfältigen Reformstrategien.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts wird die somatische Kultur der Unterschichten als moralisches Problem konzipiert, als Charakterschwäche, die immer "wohltätige" Zwangserziehungseinrichtungen fordert. So ist der Bau von Arbeiterwohnungen nicht nur ein Mittel der Behebung von Not, sondern auch der "Besserung". Die Arbeiter werden durch Arbeiterwohnungsbauprogramme "dem Schmutz der gewöhnlichen Mietwohnungen und dem Wucher der Wohnungs- und Schlafstättenvermieter entzogen ... (und können, durch die Arbeitgeber oder Wohltätigkeitsvereine als Bauträger,) in Beziehung auf Reinlichkeit, Ordnung und Pünktlichkeit einer wohltätigen Überwachung unterworfen werden."¹⁸⁾

Die offen ökonomische und sittliche Überwachungsforderung tritt gegen Ende des 19. Jahrhunderts zurück, ist jetzt Grundierung einer neuen gesundheitspolitischen Rationalität: die somatische Kultur breiter Arbeiterschichten ist ein Gesundheitsproblem, ein falsches unrationelles Umgehen mit Körperkräften. Die Basis dafür hat die naturwissenschaftliche Medizin gelegt. Sie hat die Bezugsgrößen formalisiert, hat die "Körper" gleich gemacht, sie sind wirklich gleiche physiologische Systeme, mit gleichen Funktionsanforderungen. Die auf die Erhaltung dieser gerichteten Strategien und Mittel allerdings sind bei den Unterschichten falsch.

Die Egalisierung der Bezugsgrößen durch die medizinische Wissenschaft wirkte sich wohl zuerst aus in der Ernährungsfrage. Die allgemein als schlecht angesehene Ernährungslage der Unterschichten wurde entsprechend neuer ernährungsphysiologischer Gesichtspunkte als einseitig festgestellt und eine an Ballaststoffen arme, an tierischem Eiweiß reiche Mischnahrung als wissenschaftliche Norm propagiert. Diese "städtische Kostform" (Rubner) ist in der Art gesundheitspolitischer Kampagnen und für Arbeiterkreise materiell durch die Volksküchen, Suppenanstalten und Fabrikkantinen verbreitet worden. Diese neue Sichtweise, die sich schließlich als allgemeiner "Heißhunger nach Fleisch" auswirkt, hat vermutlich stark zur Auflösung der auf eiweißreichen Vegetabilien und Getreide beruhenden regionalen Ernährungstypen mitgewirkt - ohne daß aus Mangel an Mitteln ihre vollständige Ersetzung durch eine ausreichende Mischnahrung möglich wurde.¹⁹⁾ Diese Ernährungsnorm gibt die wissenschaftliche Basis der seit den sechziger Jahren immer wieder geäußerten Behauptung ab, daß die Nahrungsdefizite der Unterschichten

ler Mittelverwendung resultieren, daß die einseitige Kartoffelfelnahrung, die schweren Klöße, das schlecht verdauliche grobe Brot ersetzt werden könnten durch eine ausgewogenere Mischnahrung - wenn die Betroffenen nur wollten. Aber hier gibt es eben den Widerstand, z. B. wenn 1883 eine Fabrikküche eingerichtet wird, die den Arbeitern eine wissenschaftlich richtige entsprechend ihrer gesundheitsgefährdenden Tätigkeit anbietet, die Teilnahme aus ökonomischen Gründen nicht freigestellt werden konnte, sich gegen den Teilnahmewang aber eine Agitation entwickelte, so daß die Küche doch eingestellt werden mußte. Warum, weil die Nahrung den Werten der somatischen Kultur widerspricht, diese nicht in dem Sinne "nährt", "kräftigt", "sättigt", wie erwartet; weil sie vom Fabrikherren erzwungen wird?²⁰⁾

Ein zweiter Schritt der Egalisierung der psycho-physischen Bezugsgrößen ist das Eintreten von Hygienekampagnen im engeren Sinne, sind die Sauberkeitsforderungen auf bakteriologischer Basis, Dabei unterscheiden sich die Reinlichkeitsvorstellungen von den älteren moralisch-sittlichen Forderungen durch die Fixierung auf einen einzelnen materiellen Ausschnitt von Lebensumwelt und Verhalten, dem kausale Zerstörungs- und Krankheitsverursachungspotenz zugeschrieben wird. Schmutz ist nicht subjektiv Belästigung des Wohlgefühls - und insofern u. U. auch krankheitsverursachend -, sondern ist Ansteckung, Herd demonstrierbarer, objektiver Bedrohung durch Bakterien oder giftige Stoffe. Nicht die Forderung nach Hautpflege z. B. ändert sich mit diesen Sichtweisen, aber die Virulenz der Forderungen: Waschen, Baden, Kleiderwechsel werden zu Existenzfragen stilisiert: Gesundheit ist Sauberkeit, Unsauberkeit ist Krankheit, ist Bedrohung für den Einzelnen und die Gesamtheit, auch Zwangsmaßnahmen erscheinen so notwendig und berechtigt.

Z. B. enthält die Bundesratsverordnung von 1897, zur Begrenzung von Bleierkrankungen im Druckereigewerbe nicht nur Bestimmungen über ausreichenden Luftraum in den Arbeitsräumen, sondern auch Vorschriften zur persönlichen Hygiene der Arbeiter, faktisch ein Waschzwang, den der Arbeitgeber durch Bereitstellen von Handtüchern, Seife und Waschgefäßen in bestimmter Zahl pro Zahl beschäftigter Arbeiter entsprechend muß. Diese Regelungen entfachen einen großen Entrüstungssturm. Aber warum sind die betroffenen Arbeiter nur durch Kontrollen und Zwangsmaßnahmen dazu zu bringen, sich am Ende der Arbeit von schädlichen Bleirückständen des Arbeitsprozesses zu reinigen, weil sie sich "lieber in den Zellen gemütlich hinsetzten und ihre Pfeife rauchten, statt zu baden" - warum eigentlich? Weil es sich um fremdes Kulturelement handelt - warme (Wannen-)Bäder machen schwach und schlaff, das sich auch nicht integrieren läßt in die auch hygienisch schlechten Wohnungsverhältnisse der Familie? Weil Baden doch nichts gegen Bleivergiftungen nützt? Nur einfach, weil es wieder Zwangsmaßnahmen sind?²¹⁾

Daß Existenzfragen wesentlich durch Sauberkeit, durch Überwindung der "Abneigung ... gegen die grundsätzlichen Regeln der körperlichen Reinlichkeit" mit entschieden wurden, ist natürlich unter den Bedingungen eines hygienischen Pauperismus nicht unbedingt einzusehen. Entscheidend ist aber nicht die krasse Kausalitätsvermutung, wichtiger ist in der Hygienepolitik das Angebot kompensatorischer Kompromißlinien. Wenn schon zugegeben werden muß, daß eine Anzahl von Determinanten der Lebensbedingungen unter den bestehenden Verhältnissen nicht geändert werden können - wie z. B. die schädlichen Arbeitsverhältnisse, niedriges Lohnniveau, Wohnungsnot - dann müssen wenigstens einige andere Parameter bewegt werden: sauberes Trinkwasser,

Kanalisation, Anlage von Toiletten, Sauberkeit von Milch, und hier bietet die naturwissenschaftlich orientierte öffentliche Gesundheitspflege unentweg Detaillösungen an. Nicht die enthaltene individualisierende Schuldzuweisung ist das Entscheidende der Hygienepolitik, wenn angenommen wird, daß der Verstoß gegen verhaltensbezogene Gesundheitsregeln keine Frage knapper Ressourcen ist, denn die soziale Wirklichkeit dementiert das vermutlich noch zu oft und zu deutlich. Zentral ist die Unterstellung der Möglichkeit einer sozialen Sanierung der Gesellschaft durch Kleinarbeit an einzelnen Gesundheitsparametern mit dem Ziel der reformerischen Umwandlung der Gesellschaft zum Wohle aller, zu Lasten höchstens einiger gemeinschädlicher individueller Freiheitsspielräume.

Es kann plausibel argumentiert werden, daß somatische Kultur als ein komplexes Verweisungsgeflecht mit Detailmodifikationen schlecht zu bewegen ist. Gesundheitsrelevantes Verhalten ist offensichtlich, selbst wenn alternative Einrichtungen angeboten werden, nicht beliebig zu steuern, u. a. weil die regulierenden Normen, die auf den Gesamtkomplex der Lebensverhältnisse bezogen sein müssen, die Integration von Detailregeln erschweren. So wird man auch großen Einflußerwartungen der kassenärztlichen Tätigkeit gegenüber skeptisch sein dürfen. Die Kassenärzte können nicht das anbieten, was gebraucht wird, und solange die Medizin in der alten diätetischen Orientierung das fordert, was unerreichbar ist, ist sie ohne Sozialkompetenz: "Als ich ihr tröstend sagte, daß sie durch kräftige Ernährung wieder gesund werden würde, lächelte sie ungläubig und bitter, ebenso der Mann, sie wußten seit langer Zeit nicht mehr, was kräftige Kost bedeutet. Dieses bittere Lachen hört man oft, wenn man den Armen gegenüber von gesunder Nahrung spricht."²²⁾

Was erreicht der Arzt aber? Wichtig ist die, allerdings widersprüchliche Frage der Medikamentierung. Einmal ist bekannt, daß die Arzneiwirksamkeit vom allgemeinen Gesundheits- und Ernährungszustand abhängig ist²³⁾, eine Tatsache, die auch den Versicherten nicht entgehen kann und vermutlich die traditionelle Abneigung zumindest von Teilen der Arbeiterkreise gegen Apothekermedizin unterstützt bzw. bestätigt haben muß. Zum anderen steigen aber, durch die Arbeiterkrankenversicherung stimuliert, tatsächlich die Arzneimittelumsätze²⁴⁾, ist eine großzügige Medikamentenverschreibung durch die Kassenärzte fast ihr einziges Mittel der Patientenfreundlichkeit. Und dieser Trend scheint an einer gewissen Arzneigläubigkeit anzuschließen, die auf einer traditionellen Krankheitskonzeption basiert: der Körper ist von einem Krankheitswesen ergriffen, das mit möglichst kräftigen Mitteln vertrieben werden muß. Die Auswirkungen der kassenärztlichen Tätigkeit müssen also vor allem in der langfristigen Anpassungsleistung gesehen werden: Die Versicherten werden mit der kontinuierlichen Einbindung in die ärztliche Tätigkeit daran gewöhnt, soziale Probleme als Probleme der Krankenversorgung aufzufassen; die Behandlung des Erkrankungsgeschehens selbst wiederum als Problem richtiger und ausreichender Medikamentierung - heute vor allem als Problem der Verfügbarkeit "hochwirksamer" Medikamente. Eine solche Sichtweise ist aber um 1900 weder von der Akzeptanz der Versicherten noch den professionellen Normen her gesichert. Von Seiten der Kassenverwaltungen und -ärzte werden statt dessen große Erwartungen in den Bau von Krankenhäusern, Sanatorien und Rekonvaleszentenheimen gesetzt. Diese kommen auch tatsächlich dem Charakter einer Schutzzone, einer Alternativwelt zu den defizitären Lebensbedingungen am nächsten. In die-

sen Anstalten werden die Kranken wenigstens vorübergehend aus ihren krankmachenden Verhältnissen herausgeholt, allerdings ist immer auch klar, wie beschränkt diese Einrichtungen sind, die Betroffenen müssen schließlich wieder in ihre alten Verhältnisse entlassen werden. Die ganze Einrichtung der Krankenversicherung ist Notfallmedizin, mit allen den hiermit gesetzten und auch für die Benutzer durchschaubaren Zufällen ihrer Erfolgchancen. Zwar gibt es ausreichende Zwangsgewalt, die Kooperation der Versicherten zu erzwingen, aber wahrscheinlich ohne eine überzeugende Leistungsfähigkeit, die für die Übernahme medizinischer Sichtweisen nötig wäre. Dies scheint das übliche Krankheitsverhalten dann auch auszudrücken, wenn noch 1910 gesagt werden kann, daß in der Arbeiterschaft auch bei gravierenden Symptomen zuerst alle Hausmittel benutzt werden, bevor man sich an den Arzt wendet: "Besonders wird Hoffnung auf den Sonntag gesetzt, daß er das Unwohlsein beseitigen und die geschwundene volle Arbeitsfähigkeit wieder herstellen sollte. Da wird man einen Tag ausruhen und in die Sonne gehen oder den ganzen Tag zu Bett bleiben, einmal recht gründlich ausschlafen oder schwitzen, daß die Matratze trieft, kalte Einpackungen mit nassem Tuch auf Hals oder Brust, Flieder-, Brust- oder Kamillentee trinken und Abführmittel einnehmen."²⁵⁾

Die Krankenversicherung bzw. die Kassenarztztätigkeit alleine kann also nur eine in jeder Hinsicht begrenzte Wirkung haben. Ihre Leistungen schneiden den materiellen Bedarf von Versicherten unter Bedingungen des hygienischen Pauperismus nur vereinzelt und zufällig. Wenn das so ist, dann kann auch eine unmittelbare Disziplinarwirkung auf die Versicherten nur gering sein, die Institution "schwimmt" auf einer relativ kompakten somatischen Kultur. Allerdings zielen auf diese ja eine Anzahl

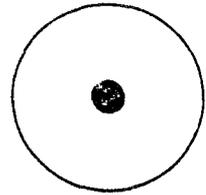
von Strategien und Institutionen zur "Optimierung" der Lebensökonomie der Unterschichten, das KVG markiert hier nur einen, vielleicht entscheidenden Schritt, der aber erst mit der allgemeinen Verbesserung des Lebensstandards voll zur Geltung kommen kann. Die Tatsache, daß die bedeutenden Widerstände der Unterschichten gegen die "akademische" Medizin heute nicht mehr existieren, die Medizinkritik und das bunte Feld der Alternativen zur Schulmedizin eine Mittelschichtangelegenheit ist, dabei aber gerade die reguläre Krankenversorgung deutliche Schichtpräferenzen zeigt und breite Arbeiterkreise benachteiligt, verweist darauf, daß die sozialisierende Wirkung als eine sanfte und kontinuierliche Unterwerfung eingetreten sein muß.

- 1) Michel Foucault, Die Geburt der Klinik, München 1973
- 2) Gerd Göckenjan, Gesundheitspolitik, Medizinpolitik und soziale Kontrolle, Ms., Berlin 1983, der vorliegende Aufsatz ist ein Extrakt der größeren Arbeit, vgl. Einzelnachweise hier
- 3) Robert Volz, Der ärztliche Beruf, Berlin 1870, S. 33; Bernhard Liehersch, Bilder des ärztlichen Lebens oder die wahre Lebenspolitik des Arztes, Berlin 1842
- 4) Stenographischer Bericht der Verhandlungen des Deutschen Reichstages, 1892, Aktenstück 151, S. 896
- 5) Karl Jaffé, Stellung und Aufgabe des Arztes auf dem Gebiete Krankenversicherung, Jena 1903; Justus Thiersch, Der Kassenarzt, Leipzig 1895
- 6) Für die Unterschichten reproduziert sich die gleiche Beziehung auf niedrigerem materiellen Niveau der volkstümlichen Medizin gegenüber,
- 7) D. Thomas, Proletarierkrankheit und kranke Proletarier, Frankfurt/M. 1908, S. 8
- 8) Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, Georg Liebe, Paul Jacobsohn, Hg., Berlin 1899-1903, 3 Bände
- 9) Johann Georg Zimmermann, Zürich 1980, S. 35/36, Neudruck der Aufl. von 1768
- 10) R. Zeuner, Die Not des vierten Standes, Leipzig 1894, S. 1
- 11) Max Rubner, Lehrbuch der Hygiene, Leipzig/Wien 1895, 5. Aufl., S. 722
- 12) Rubner, a. a. O., S. 727
- 13) Zeuner, a. a. O., S. 3; Gesang ist ein Gesundheitsindikator, der erst ins Auge fällt, wenn er nicht mehr existiert, er ist heute nicht mal als solcher erinnerlich

- 14) Paul Kampffmeyer, Die Mission der deutschen Krankenkassen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, Frankfurt/M. 1903; Knieke, Die Kassenarztfrage und das öffentliche Gesundheitswesen in Beziehung zu der sozialpolitischen Gesetzgebung, Berlin 1903
- 15) Johann Peter Süßmilch, Berlins schnelles Wachstum und Erbauung, 1753, Teile abgedruckt in: Sozialhygienische Mitteilungen 1928, S. 109 ff.
- 16) So etwa: Will-Erich Peuckert, Volkskunde des Proletariats, Frankfurt/M. 1931; Luc Boltanski, Die soziale Verwendung des Körpers, in: D. Kamper, V. Rittner, Hg., Zur Geschichte des Körpers, München 1976, S. 153 ff.
- 17) Vgl.: C. A. Meinert, Armee- und Volksernährung, Berlin 1880 Band 2, S. 171 ff.
- 18) Schüz, Über die sittlichen Ursachen der Armut und ihrer Heilmittel, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1851, S. 367
- 19) Alfred Grotjahn, Über Wandlungen in der Volksernährung, Leipzig 1902; Max Rubner, Wandlungen in der Volksernährung, Leipzig 1913
- 20) Die individuelle Hygiene des Arbeiters, Schriften der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen, Nr. 16, Berlin 1898, S. 247/48
- 21) Die individuelle Hygiene, a. a. O., S. 202/3; Zit. S. 247
- 22) Zeuner, a. a. O., S. 16
- 23) Thomas McKeown, The Role of Medicine, Oxford 1979, S. 162
- 24) Erika Hickel, Das kaiserliche Gesundheitsamt und die chemische Industrie im Zweiten Kaiserreich, in: Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Medizin, Naturwissenschaft. Technik und das Zweite Kaiserreich, Göttingen 1977;

Friedrich Landmann, Die Lösung der Kassenarztfrage, Elberfeld 1898

25) Mayet, Die Gesundheitssimulation, in: Medizinische Reform 1910, S. 196



Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 · 1000 Berlin 12 · Telefon (0 30) 313 40 81

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**
Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch
Schwerpunkt **Arbeitspolitik**
Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Datum

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB

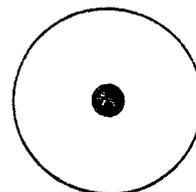
ab Januar 1984

- IIVG/dp84-202 Rüdiger Seltz:
Neue betriebliche Machtressourcen und Wandel des Kontroll-
systems durch elektronische Informations- und Kommuni-
kationstechnologien.
Eine theoretische und empirische Skizze zu 'Kontrolle
im Arbeitsprozeß' und 'Arbeitspolitik'. 38 S.
- IIVG/dp84-203 Lothar Fietzek/Claudia Weber-Deutschmann:
Zur Entwicklung der qualitativen Tarifpolitik
der IG Druck und Papier. 121 S.
- IIVG/dp84-204 Ulrich Mäurer:
Informations- und Mitbestimmungsrechte des
Betriebsrates auf dem Gebiete des Arbeits-
stoffschutzes. 33 S.
- IIVG/dp84-205 Wolfgang Däubler:
Präventiver Gesundheitsschutz durch gesetzliche
Krankenkassen
- Rechtliche Rahmenbedingungen - . 57 S.

.../2

IIVG/pre84-207

Gerd Göckenjan:
Medizin und Ärzte als Faktoren sozialer Disziplinierung der Unterschichten.
Zur Soziologie der Gesundheit. 25 S.



Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 · 1000 Berlin 12 · Telefon (0 30) 3 13 40 81

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**
Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch
Schwerpunkt **Arbeitspolitik**
Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB

ab Januar 1983

- IIVG/dp83-201 Gerd Göckenjan/Friedrich Hauß/Rolf Rosenbrock:
Betriebskrankenkassen und Prävention
- Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und
leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesund-
heitswesen -. 48 S.
- IIVG/re83-202 Gerlinde Dörr/Frieder Naschold:
Developments of Labor Policy in Industrial
Work: On the Relationship between Stress,
Qualification, and Control. 41 S.
- IIVG/dp83-203 Barbara Maria Köhler:
Toxikologie und Arbeitsmedizin für den Arbeitsschutz. 48 S.
- IIVG/dp83-204 Gerlinde Dörr/Eckart Hildebrandt/Rüdiger Seltz:
Veränderung betrieblicher Kontrolle durch computerge-
stützte Produktionsplanung und -steuerung. 98 S.

...

- IIVG/dp83-205 Petra Wotschack/Winfried Wotschack:
Before the Heart Attack: An Empiric
Study of Work Stress among Metal-
workers. 32 S.
- IIVG/dp83-206 Frieder Naschold:
Technological Politics in the Federal
Republic of Germany. 15 S.
- IIVG/dp83-207 Thomas Malsch:
Erfahrungswissen versus Planungswissen.
Facharbeiterkompetenz und informations-
technologische Kontrolle am Beispiel der
betrieblichen Instandhaltung. 36 S.
- IIVG/dp83-208 Georg Vobruba:
Entrechtlichungstendenzen im
Wohlfahrtsstaat. 32 S.
- IIVG/dp83-209 Bjørn Gustavsen:
Some Aspects of the Development of
Social Science Work Research in Scandinavia. 22 S.
- IIVG/dp83-210 Barbara Czarniawska:
Exploring the Dimension of Control: A Comparative
Study. 36 S.
- IIVG/dp83-211 Barbara Czarniawska:
Control in Industrial Organizations: Concepts,
Issues, Processes. 46 S.
- IIVG/pre83-212 Rolf Rosenbrock:
Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unter An-
passungsdruck -
Zwischen Untergang und Marktkonfirmität. 28 S.
- IIVG/pre83-213 Rolf Rosenbrock/Heinz-Harald Abholz:
Arbeitermedizin, Arbeitsschutz und Streßprävention.
42 S.

IIVG/pre83-214

Friedrich Hauß:
Warum gibt es eine Krankenstands-
diskussion?

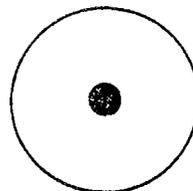
Maria Oppen:
Auswirkungen der Krise auf den Kranken-
stand: Verändertes Arbeitsunfähigkeits-
verhalten der Beschäftigten. 24 S.

IIVG/dp83-215

Dieter Wesp:
Gesundheitsbelastungen durch Schad-
stoffe am Arbeitsplatz -
Isocyanat-Fallstudie. 38 S.

IIVG/dp83-216

Eva Brumlop/Ulrich Jürgens:
Rationalisation and Industrial Relations
in the West German Automobile Industry:
A Case Study of Volkswagen. 59 S.



Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 · 1000 Berlin 12 · Telefon (0 30) 3 13 40 81

IIVG/Arbeitspolitik
discussion papers preprints reprints 1982

IIVG/re82-201
Gerlinde Dörr/Frieder Naschold:
Technologieentwicklung und Streß. 15 S.

IIVG/dp82-202
Helmut Wintersberger:
Arbeitermedizin in Italien. 144 S.

IIVG/dp82-203
Dagmar Bürkardt/Maria Oppen:
Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik - Ein Kritischer Überblick über vorliegende Untersuchungsansätze - 61 S.

IIVG/pre82-204
Eckart Hildebrandt:
Defensive und offensive Ansätze der Besitzstandssicherung in der Tarifpolitik am Beispiel der IG Metall. 30 S.

IIVG/dp82-205
Eckart Hildebrandt/Boris Pentz:
Der 'Corporate Plan' von Lucas Aerospace - eine englische Arbeiterinitiative. 91 S.

IIVG/pre82-206
Friedrich Hauß/Rolf Rosenbrock:
Occupational Health and Safety in the Federal Republic of Germany - a Case Study on Co-determination and Health Politics. 13 S.

IIVG/pre82-207
Knuth Dohse:
Foreign Workers in the Federal Republic of Germany: Governmental Policy and Discrimination in Employment. 80 S.

IIVG/dp82-208
Frieder Naschold:
Humanisierungspolitische Probleme in der Region Berlin. 38 S.

IIVG/dp82-209
Reinhard Krusche:
Analyse der Entwicklungslinien qualitativer Tarifpolitik der NGG. 91 S.

IIVG/dp82-210
Peter Auers:
Humanisierung der Arbeit und Produktionsstrategie. Das VOLVO Montagewerk in Kalmar. 39 S.

IIVG/dp82-211
Gerlinde Dörr/Frieder Naschold:
Arbeitspolitische Entwicklungen in der Industriearbeit zum Zusammenhang von Belastung, Qualifikation und Kontrolle. 49 S.

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

Schwerpunkt **Arbeitspolitik**
Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

IIVG/pre82-212
Werner Maschewsky:
The State of Stress-and-Strain Research. 29 S.

IIVG/dp82-213
Rolf Rosenbrock:
Medizinischer Arbeitsschutz im Betrieb - Analyse und Perspektiven. 37 S.

IIVG/dp82-214
Günter Halusa:
Der Krankenstand in Berlin und Hamburg im Zeitverlauf von 1976 - 1979. 110 S.

IIVG/dp82-215
Alfred Koch/Barbara-Maria Köhler/Günter Schlichthörl:
Die Kontrolle gefährlicher Arbeitsstoffe im Genehmigungsverfahren
Neuanlage zur Asbestplattenverarbeitung. 136 S.

IIVG/dp82-216
Petra Wotschack/Winfried Wotschack:
Arbeitsbelastungen bei Metallarbeitern vor dem Herzinfarkt. Ergebnisse einer berufshomogenisierten empirischen Untersuchung. 35 S.

IIVG/dp82-217
Barbara-Maria Köhler:
Praktische Voraussetzungen einer arbeitsmedizinisch relevanten Toxikologie. 20 S.

IIVG/dp82-218
J. Warren Salmon:
The Political and Economic Context and Implications of the Holistic Health Movement in the United States. 35 S.

IIVG/dp82-219
Friedrich Hauß:
Die Thematisierung von Arbeitsbelastungen im Betrieb - Ein wirksamer Beitrag im Arbeitsschutz. 42 S.

IIVG/dp82-220
Jean Hartley/John Kelly:
The Social Organization of the U.K. Steel Strike 1980 in South Yorkshire. 40 S.

