Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 18 (1992)

Heft: 2

Artikel: Epidemien im Institutionalisierungsprozess des öffentlichen Gesundheitswesens

Autor: Estermann, Josef

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814518

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 21.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EPIDEMIEN IM INSTITUTIONALISIERUNGSPROZESS DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSWESENS*

Josef Estermann
Bundesamt für Gesundheitswesen, Epidemiologie, Bern

Die Wurzeln der Institutionen der Gesundheitsverwaltung (oder Krankheitsverwaltung) finden sich zwar schon im ausgehenden Mittelalter und in den Städten des Altertums in der Form von Hafen- und Quarantäneverwaltungen, doch gewannen sie erst in den letzten zweihundert Jahren wesentlich an Bedeutung. Die Mitspieler im Prozess der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens sind:

1. die Öffentlichkeit: repräsentiert durch Presse, Radio, Fernsehen, früher die Agora, der Marktplatz,
2. die „zuständige Behörde" als Nucleus der Institutionalisierung,
3. die „politisch Verantwortlichen".

Das öffentliche Gesundheitswesen existiert als dauerhafte zentralstaatliche Institution (Bundes-, Reichs- und Landesämter für Gesundheitswesen, Hygieneämter etc.) seit dem 19. Jahrhundert und erreicht mit der Gründung der Vorläuferorganisation der WHO zu Beginn dieses Jahrhunderts Weltniveau.

Es kann gezeigt werden, dass die Entwicklung der Institutionen des Gesundheitswesens wesentlich bestimmt ist durch Krankheiten und frühzeitige Todesfälle bzw. deren epidemisches oder endemisches Auftreten und durch die sozialen Zustände, innerhalb derer sich Krankheit und Tod in ihrer spezifischen Form manifestieren. In der Entwicklung einer Institution stellt sich die Frage, ob die Politik sie als Reaktion auf Katastrophen (Epidemien) einrichtete und ausbaute, oder, wie die Alternativhypothese nahelegt, ob sie nur eine Institution unter vielen darstellt, wie sie im Zuge der Herausbildung der Kompetenz des modernen bürgerlichen (oder aufgeklärt absolutistischen bzw. konstitutionell monarchistischen) Staates entstanden sind und so im Sinne von Norbert Elias (1976) als Konsequenz der allgemeinen gesellschaftlichen Integration und Verdichtung erscheinen.

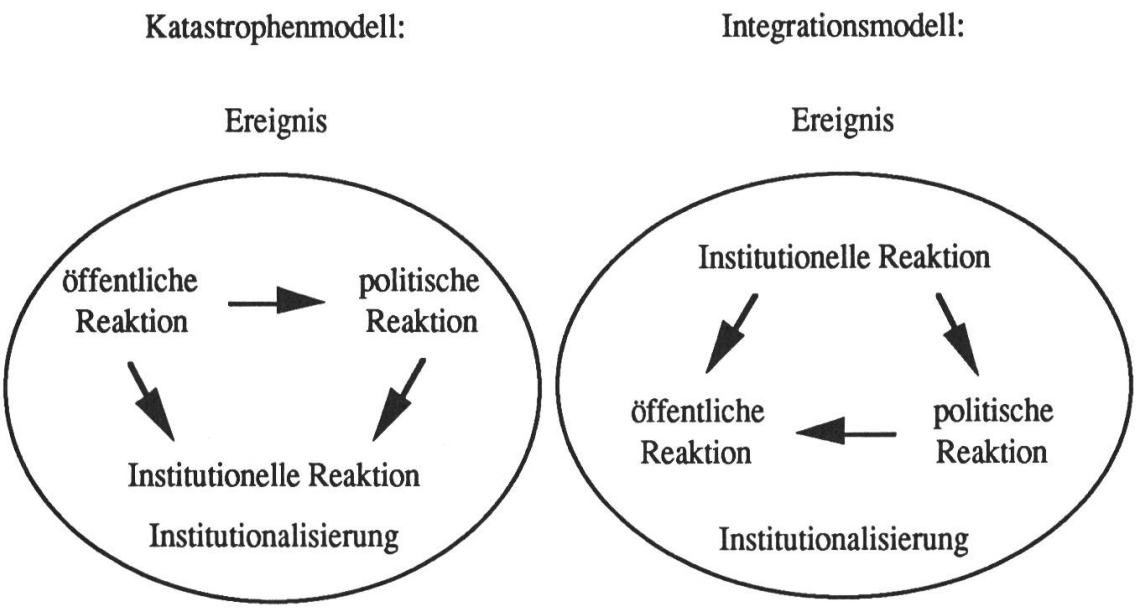
Abbildung 1 vergleicht das Katastrophenmodell mit dem Integrationsmodell anhand der unterschiedlichen Implikationen bezüglich der Aktionen und Reak-

---

* Druckfassung des Referats am Kongress der Gesellschaft für Soziologie, Forschungskomitee Gesundheitssoziologie in Neuchâtel, 1991.

Abbildung 1

Modelle der Institutionsentwicklung



tionen der Mitspieler. Das Katastrophenmodell zeichnet sich in erster Linie durch eine nachgeordnete institutionelle Reaktion aus und und steht unter dem Primat von Öffentlichkeit und Politik. Epidemien können in diesem Zusammenhang Anlass oder Auslöser, unter Umständen auch Folge von schweren gesellschaftlichen Auseinandersetzungen bis hin zu Kriegen oder Bürgerkriegen sein.[1] Das Integrationsmodell hingegen zeichnet sich durch eine vorgeordnete institutionelle Reaktion aus. Die Institution ist Hauptakteur und bestimmt Informationsstreuung, agenda setting und veröffentlichte Meinung. Öffentlichkeit und Politik sind dabei institutionellen Strategien nachgeordnet.

Sowohl für das Katastrophenmodell als auch für das Integrationsmodell lassen sich in der Geschichte der Institutionalisierung Beispiele finden. Die Choleraepidemien in Europa zwischen 1830 und 1900 und ihr neuerliches Auftreten in Südamerika und Afrika stehen für das Katastrophenmodell, die AIDS-Pandemie der achtziger und neunziger Jahre dieses Jahrhunderts für das Integrationsmodell.

Im ersten Drittel dieses Jahrhunderts erreichte die Cholera, die schon lange im Gangesdelta heimisch (endemisch) war, Europa vom Osten her. Die Epide-

1 Druey, Michael, 1979, S. 155–84. McNeill, William H., 1977 S. 90–93. Léca, Ange-Pierre, 1982, S. 205 ff. Evans, Richard J., 1990, S. 656–676.

mie führte in Paris 1832[2] innerhalb weniger Monate zum Tode von mehr als zwei Prozent der Bevölkerung, in St. Petersburg im selben Jahr sogar von vier Prozent.[3] Unter vielen anderen Regionen Westeuropas blieb die Schweiz von dieser ersten europäischen Choleraepidemie verschont.

Sowohl in Grossbritannien als auch in Paris existierten rudimentäre „Sanitätskommissionen" für die Zivilbevölkerung, die jedoch ihre Funktionen jeweils nur ad hoc wahrnahmen. Doch schon bevor die Epidemie Westeuropa erreichte, waren Medizinerdelegationen in Polen und in Russland unterwegs, um Erfahrungen mit der Krankheit zu sammeln. Eine zusätzliche Ressourcenallokation erfolgte jedoch erst, als die Epidemie am Ort ausbrach, aber diese Ressourcenallokation war nicht ausreichend. In England war es jedoch schon zu diesem Zeitpunkt möglich, eine zentrale Behörde einzurichten, die die Bildung lokaler Kommissionen in die Wege leitete und deren Arbeit unterstützte.[4] Die Epidemie brach dort auch nicht etwa zuerst in London aus, sondern 1831 in Sunderland, einem Küstengebiet nordwestlich von London.

Am gründlichsten dokumentiert ist der letzte fulminante europäische Ausbruch in Hamburg 1892.[5] Die Gesundheitsbehörden und die Regierung der Hansestadt, ein dazumal von der Zentralgewalt in Berlin noch im wesentlichen unabhängiger Stadtstaat, zeigten sich weitgehend unfähig, die Epidemie zu bewältigen. Sie blieb auch eigentlich auf Hamburg beschränkt und berührte das eng benachbarte, von Preussen verwaltete Altona, das über eine eigene Wasserversorgung verfügte, sozusagen nicht. Das dazumal schon seit über 10 Jahren voll institutionalisierte kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin intervenierte etwa zwei Wochen nach dem Ausbruch unter anderem in der Person von Robert Koch, der in den frühen achtziger Jahren den Erreger der Cholera, das Vibrio cholerae in Ägypten isolierte.

Für das Katastrophenmodell sprechen folgende Punkte:

1. Eine institutionelle Reaktion erfolgte spät, von aussen bestimmt und ohne ausreichende Ressourcen.
2. Die lokale Institution stand unter dem Druck der Öffentlichkeit und die übergeordnete Institution im Gegensatz zur lokalen Politik. Dennoch konnte das kaiserliche Gesundheitsamt einige Massnahmen gegen die lokale Politik durchsetzen.

2 Léca, 1982, S. 247–55.
3 Evans, 1990, S. 375.
4 Druey, 1979, S. 77–79.
5 Evans, 1990, S. 367–414.

3. Die politische Reaktion war gegenüber der öffentlichen Diskussion in der Defensive.
4. Die Ressourcenallokation erfolgte spät, z. T. erst nach dem Höhepunkt der Epidemie.

Mit einigen Modifikationen gelten diese Aussagen auch für die Pariser Epidemie 1832, weniger für die Londoner Epidemie 1831/32, wo eine frühzeitige institutionell geprägte Antwort und Politik möglich war. Die Situation in Paris (1832) und in Hamburg (1892) lässt sich aber mit einem unkontrollierten Ausbruch von durch Salmonella typhi verursachten Typhuserkrankungen im Jahre 1963 in Zermatt (Schweiz), der einen Anlass zur Revision des Epidemiengesetzes von 1970 darstellte, sowie mit der zur Zeit grassierenden südamerikanischen Choleraepidemie vergleichen.

Die seit Ende 1990 in Südamerika lokalisierte und gegen Norden vordringende Epidemie, wird verursacht durch einen Stamm des Vibrio colerae (Biotyp El Tor, Serogruppe 01, Serotyp Inaba), der weniger virulent ist als derjenige, welcher im 19. Jahrhundert in Europa vorherrschte. Die südamerikanische Epidemie zeigt die Unfähigkeit der Institutionen, eine Logistik aufzubauen, die Therapie und Prävention dahin bringt, wo sie benötigt wird. Bei korrekter, frühzeitiger Behandlung liegt dank der heutigen Kenntnisse und therapeutischen Möglichkeiten (Infusionen) die Letalität von Cholera unter dem Promillebereich. Die offiziellen Statistiken des aktuellen Ausbruchs hingegen zeigen eine Befallsrate von über 1% der Bevölkerung von Peru und die Sterberate der Erkrankten liegt dort bei mindestens 0,6%.[6] In Anbetracht der Unzuverlässigkeit des Meldewesens dürfte jedoch die Gesamtsterblichkeit (Befallsrate multipliziert mit der Sterbewahrscheinlichkeit des Erkrankten) in einigen stark betroffenen Verdichtungsregionen, in erster Linie Slumgebiete der Grossstädte, deutlich über einem Promille liegen.

Das Katastrophenmodell scheint also eher Gültigkeit zu haben, wenn

1. die Institution schwach oder überhaupt nicht vorhanden ist,
2. die Ereignisse lokal begrenzt sind,
3. die Ereignisse historisch weiter zurückliegen, vor allem bis zur Jahrhundertwende.

An der AIDS/HIV-Epidemie zeigt sich, dass das Integrationsmodell nach der Jahrhundertwende mindestens partielle Gültigkeit besitzt, nämlich dann gilt,

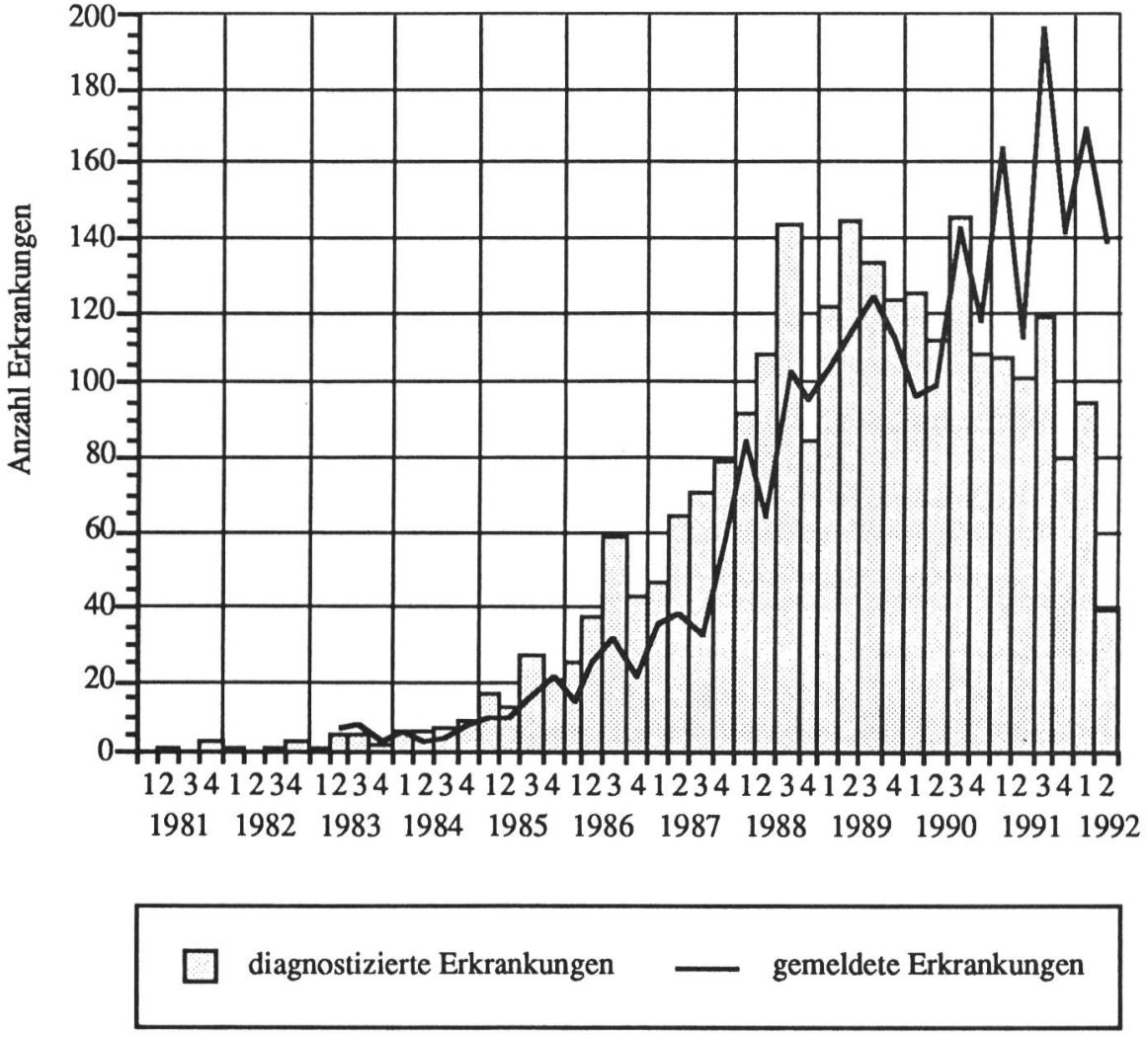
6 Instituto de salud Carlos III, 1991, S. 49–51. Colera in Peru, 1991, S. 141–5.

wenn die vorgängige Institutionalisierung stark und die Ereignisse lokal nicht begrenzt sind.

Die HIV/AIDS-Epidemie des späten 20. Jahrhunderts unterscheidet sich schon in der Manifestation des Erregers wesentlich von den fulminanten Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts (mit Ausnahme vielleicht der Tuberkulose, deren Inkubationszeit ebenfalls Jahre dauern kann). Nach dem dritten Jahr der Infektion mit HIV liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit konstant zwischen 5 und 8% jährlich. Die Entwicklung der AIDS-Epidemie in der Schweiz zeigt *Abbildung 2*. Deutlich ist der Unterschied zwischen den Fallzahlen nach Zeitpunkt der Diagnose und nach Zeitpunkt der Erfassung im zentralen Regi-

Abbildung 2

AIDS-Erkrankungen in der Schweiz nach Zeitpunkt der Diagnose und Zeitpunkt der Meldung



ster, was in etwa dem Zeitpunkt der Meldung durch den Arzt entspricht. Wegen des Meldeverzugs fällt die Kurve nach Zeitpunkt der Diagnose am Ende des Analysezeitraums regelmässig ab, während die Zahl der Erkrankungen nach Zeitpunkt der Erfassung erheblichen Schwankungen unterliegt.

Was die Entwicklung der AIDS-Erkrankungszahlen angeht gehen die Phasen der institutionellen Reaktion parallel zur epidemiologischen Situation. Die erste Phase, 1981 bis 1984, war gekennzeichnet durch eine erhöhte Aufmerksamkeit des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG), durch die Installation eines AIDS-Monitoring-Systems (AIDS-Fallregister, 1983) und durch sporadische Veröffentlichungstätigkeit.[7] Mit der Verfügbarkeit von HIV-Tests und der dadurch möglichen Abschätzung des Ausmasses der Epidemie lässt sich die zweite Phase charakterisieren (1984–1987). Sie schaffte die Grundlage für den ersten Institutionalisierungsschub, der 1987 mit der Einrichtung von zwei Sektionen (Zentralstelle für AIDS-Fragen und Sektion für Prävention) abgeschlossen wurde. In das Jahr 1987 fällt auch die Revision der Meldeverordnung auf Grundlage des Epidemiengesetzes, ergänzt durch den Ausbau eines modernen, äusserst leistungsfähigen Meldewesens auf der institutionellen Ebene. In dieser zweiten Phase legten das BAG und „Non Governmental Organisations" (NGO) wie z. B. die AIDS-Hilfen die Grundlagen für die nationale AIDS-Kampagne, die die dritte Phase (1987–1990) einleitete. Diese dritte Phase ist in erster Linie durch eine massive Zunahme der Mittelallokationen für AIDS und HIV gekennzeichnet. Zur Zeit befindet sich der Institutionalisierungsprozess in der vierten Phase (1990 und später), der Phase der Konsolidierung.

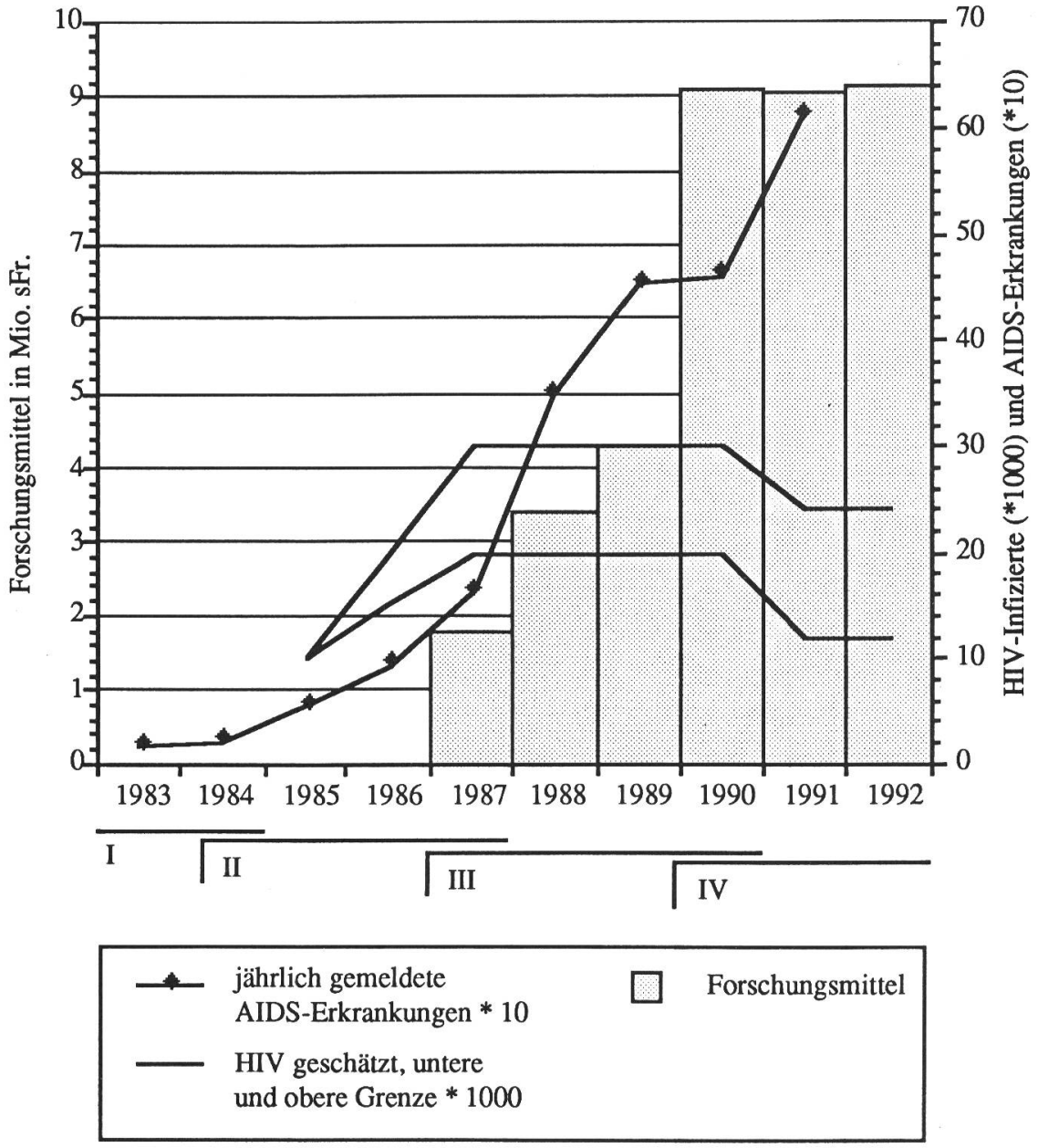
Abbildung 3 zeigt die Zahl der jährlich gemeldeten AIDS-Erkrankungen in der Schweiz und die offiziellen Schätzwerte für die Zahl der HIV-Infizierten in den jeweiligen Jahren sowie die jährlich ausgegebenen bzw. budgetierten Forschungsmittel in diesem Bereich.

Die Frage jedoch, ob Epidemien ursächlich für die Institutionalisierung seien, lässt sich nicht so eindeutig beantworten, wie McNeill (1977) – er bejaht sie – und Evans (1990) – er verneint sie – dies tun. Die Antwort auf die hier gestellte Frage setzt mindestens das rudimentäre Vorhandensein von Institutionen voraus. Zuverlässiges historisches Material aus Zeiten, die ohne jeden gesundheitspolitischen Nucleus sind, kann nicht beigezogen werden. Tatsächlich lassen sich solche Nuclei spätestens im Mittelalter und in den frühen Hochkulturen nachweisen. Sie sind in urbanen Verwaltungen bzw. Regierungen, Hafenbehörden, bei Quarantänemassnahmen und in der Militärorganisation zu lokalisieren. Sie sind Teil der Polis, der Politik, der Polizei.

7 Vgl. etwa BAG Bull/Bull OFSP. AIDS. 1983 (14): 164-6 vom 14. 4. 1983 Somaini, Bertino. AIDS in der Schweiz. Schweiz. med. Wochenschr., 1984, 114: 538–44.

Abbildung 3

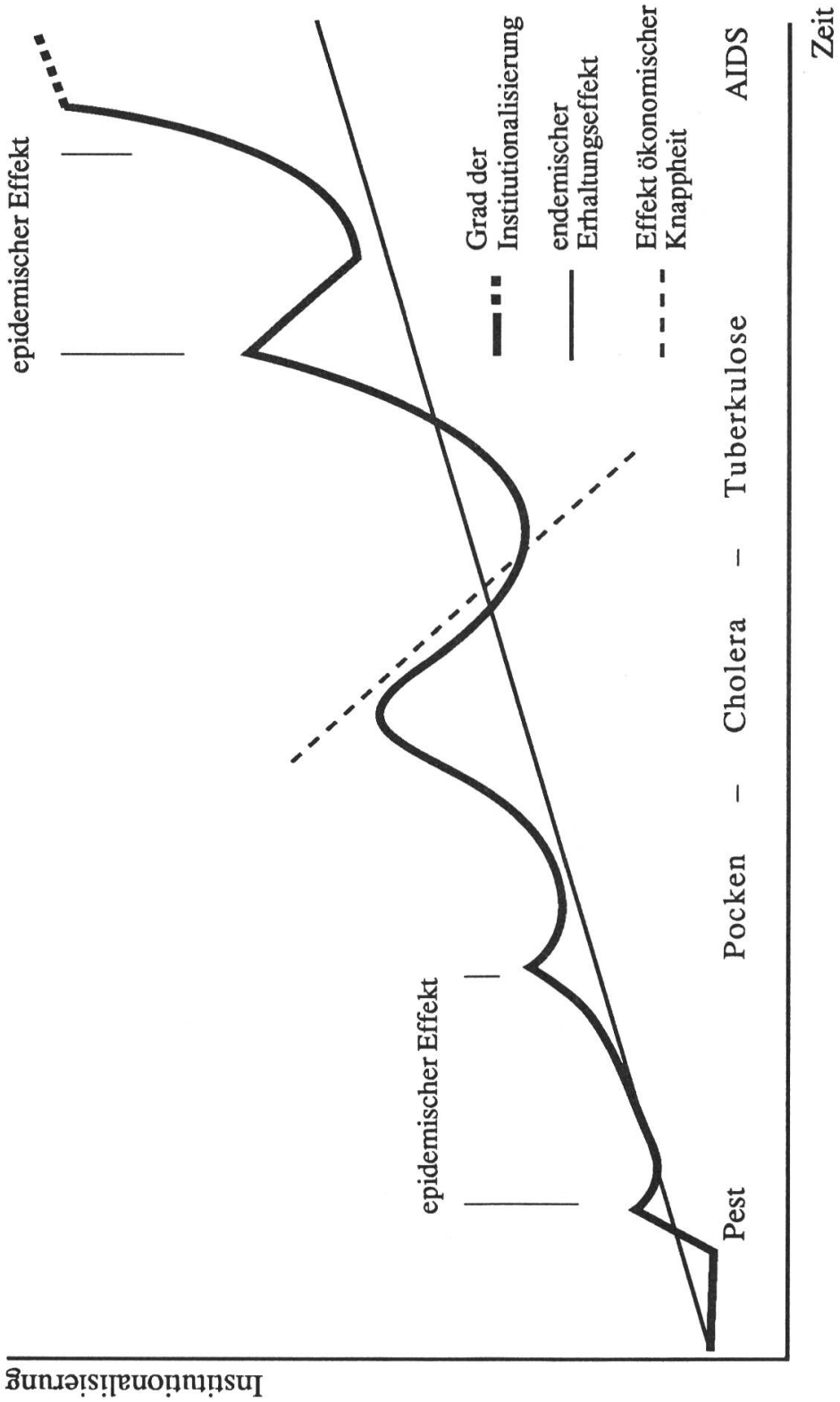
Schätzung der Zahl der HIV-Infizierten in den jeweiligen Jahren, Zahl der AIDS-Erkrankten und Höhe der Forschungsmittel



Evans bestreitet die wesentliche Rolle des mikrobiellen Parasitismus für die Entwicklung der Institutionen mit dem Argument, dass in Hamburg unmittelbar nach der Choleraepidemie die Gesundheitsbehörden keine besonderen Präventionsmassnahmen durchsetzen konnten, und dass das Reichsseuchengesetz erst 10 Jahre später verabschiedet wurde. Die Choleraepidemien im 19. Jahr-

Abbildung 4

Modell des Grades der Institutionalisierung des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



hundert scheinen diese Sicht zu stützen. Der Salmonella typhi-Ausbruch in Zermatt, auch die Reaktion des BAG sowie fast aller anderen zuständigen Behörden in den Industriestaaten auf die AIDS/HIV-Epidemie der achtziger Jahre sprechen jedoch gegen dieses Argument. Die Qualität der Institutionalisierung des Gesundheitswesens in den siebziger Jahren dieses Jahrhunderts war allerdings eine andere als die des ausgehenden 19. Jahrhunderts.

Ein Modell für den vermuteten Zusammenhang zwischen Grad der Institutionalisierung und Einflüssen von Epidemien oder endemischen Zuständen im Zeitverlauf zeigt *Abbildung 4*. Ist auch ein Kausalzusammenhang zwischen Epidemie und Institutionalisierung nicht zu konstruieren, zeigt sich doch einerseits ein epidemischer Effekt, der die Institutionalisierung überproportional fördert und andererseits ein linearer Erhaltungseffekt endemischer Zustände. Überproportionale Deinstitutionalisierungen nach Epidemien könnten durch ökonomische Knappheit erklärt werden, während im normalen Verlauf der Grad der Institutionalisierung nach der Epidemie grösser ist als vor der Epidemie. Nach dem Erreichen eines gewissen hohen Grades kann sich Institutionalisierung auch unabhängig von besonderen Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens weiter verstärken. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob die HIV/AIDS-Epidemie mit einem solchen qualitativen Sprung einhergeht.

LITERATURVERZEICHNIS

BAG Bull/Bull OFSP. AIDS. 1983 (14): 164-6 vom 14.4.1983.

Colera in Peru. Weekly Epidemiological Record, 1991 (20):141-5.

DRUEY, Michael 1979. The Return of the Plague. British Society and the Cholera 1831-32. Dublin, Gill and Macmillan.

ELIAS, Norbert 1976. Der Prozess der Zivilisation. 2.A., Frankfurt/M, Suhrkamp.

EVANS, Richard J. , 1990. Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek, Rowohlt.

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III: Cólera en las Americas. Boletin Epidemiologico Semanal, No. 1883 (7/1991): 49-51.

LÉCA, Ange-Pierre 1982. Et le choléra s'abattit sur Paris 1832. Paris, Albin Michel..

McNEILL, William H. 1977. Plagues and People. Oxford, Basil Blackwell.

SOMAINI, Bertino 1984. AIDS in der Schweiz. Schweiz. med. Wochenschr., 114: 538-44.

Adresse des Verfassers:
Josef Estermann, Bundesamt für Gesundheitswesen,
Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten
CH - 3097 Bern - Liebefeld

social compass

RECENT TOPICS COVERED

- Islam and Society
- Religion and Popular Media
- Sociology of Indian Religions
- Religion and Culture
- Sacredness and Everyday Life
- New Religious Movements in the USSR
- Religious Sociology of Judaism
- Psychology of Religion
- Religion and Peace
- Contemporary Catholicism in Spain
- The Religions of the Working Class
- Politics and Religion in Latin America
- Migrants and Religion
- Theory in Sociology of Religion

Each issue of the journal is devoted to a thematic debate on a key area of current social research on religion in society.

Edited by ***F Houtart and A Bastenier***

'Social Compass is essential reading for all social scientists who want to keep up with research on religion.'
Thomas Luckmann, Universität Konstanz

Published in March, June, September and December

Try out a subscription at the introductory 20% discount rate

20% Discount Order Form

Send this order form to:

Sage Publications

6 Bonhill Street, London EC2A 4PU, UK
Tel: 071-374 0645
Or why not fax us your order on
071-374 8741?

US Orders to:

Sage Publications, PO Box 5096, Newbury Park, CA 91359, USA

❑ Yes! I want to subscribe to *Social Compass* at a **20% Discount**

❑ Individual Rate at **£20**(£26*)/ **$34**($43*)
❑ Institutional Rate at **£52**(£66*)/ **$87**($109*)
**Usual 1992 rate*

Name _____

Address _____

_____

_____

THREE WAYS TO PAY!

❑ **CHEQUE!...** I enclose a cheque (made payable to **Sage Publications**)

❑ **GIRO!...** I have today paid by International Giro to A/c No 548 0353

Date _____

❑ **CREDIT CARD!...** Please charge my credit card

❑ Mastercard ❑ Access ❑ Visa
❑ Barclaycard ❑ American Express
❑ Diner's Club ❑ Eurocard

Card Number _____

Expiry Date _____

Signature _____

Date _____

1583