

73

C4: Tolatz (Hj)

1989

Amtsarzt und Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen in Deutschland

Norbert Schmacke

Innerhalb der föderalistischen Bundesrepublik Deutschland sind die von einem Amtsarzt geleiteten Gesundheitsämter überwiegend kommunal verankert, sie werden mit anderen Worten ganz überwiegend aus dem Steueraufkommen der Kommunen finanziert. Die flächendeckende Einrichtung von Gesundheitsämtern mit staatlich bestelltem Amtsarzt war das Ergebnis der nationalsozialistischen Gesetzgebung rund um das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“. Dies ist ein irreführender Begriff, da weder das „hoheitliche Medizinalaufsichts- und Seuchenschutzgesetz“ noch das „kommunale Gesundheitspflegegesetz“, die beiden Wurzeln des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zusammengeführt wurden. Vielmehr schufen die nationalsozialistischen Machthaber hier ein Instrument zur Durchsetzung ihrer rassenhygienischen Utopien: ein warnendes Exempel „präventiver Medizin“, die nicht die Vermeidung von Krankheitsursachen, sondern die Ausschaltung vermeintlich minderwertiger Menschen aus dem Fortpflanzungsprozeß zum Ziel hatte.

In der speziellen fünfjährigen Weiterbildung für Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst folgt heute nach einer soliden klinischen Phase (mindestens drei Jahre Tätigkeit in der kurativen Medizin mit Schwerpunkt Innere Medizin) einschließlich sechsmonatiger Tätigkeit in der Psychiatrie die Tätigkeit in einem Gesundheitsamt und ein sechsmonatiger Lehrgang an einer jeweils in den Landesgesetzen hierfür ermächtigten Akademie. In diesem theoretischen Amtsarztlehrgang (600 Stunden insgesamt) werden alle einschlägigen Themen von der Epidemiologie über die Umwelthygiene bis zur Sozialpädiatrie abgehandelt. Die abschließende staatsärztliche Prüfung umfaßt schließlich die Erstellung einer eigenen wissenschaftlichen Arbeit. Die Leitung eines Amtes wird von dem Erwerb dieses Physikats abhängig gemacht. Die Ärztekammern sprechen bei Vorliegen aller Voraussetzungen die Gebietsbezeichnung „Arzt für öffentliches Gesundheitswesen“ aus.

Die politische und fachinterne Debatte der Zukunftsorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat zu dem Ergebnis geführt, daß der Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen künftig vollständig in die Weiterbildungsordnung

der Landesärztekammern integriert werden soll. Der deutsche Ärztetag 1996 ist diesen Empfehlungen gefolgt und hat das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ in die Musterweiterbildungsordnung übernommen. In Abstimmung mit den Ländergesundheitsministerien (in Form der Änderung der Heilberufsgesetze) wird somit in den nächsten Jahren der schon begonnene Reformprozeß der theoretischen Teile der Ausbildung und deren Verzahnung mit der Praxis dahingehend fortgeführt werden, daß neben den klinischen Etappen der Weiterbildung auf der Basis der heutigen Amtsarztausbildung Theoriemodule entwickelt werden, die bei Bestätigung der Vergleichbarkeit durch die Landesärztekammern an verschiedenen Orten erworben werden können. Dabei wird auch festzulegen sein, in welcher Weise die Absolvierung von Public-Health-Studiengängen auf die Facharztweiterbildung anerkannt werden kann. In Düsseldorf besteht seit 1990 ein Kooperationsvertrag zwischen der Heinrich-Heine-Universität und der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen: Wichtige Teile des Public-Health-Studiengangs und der Amtsarztausbildung finden dort gemeinsam statt, wobei für die im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte weitere Angebote für ihre spezifische kommunale Tätigkeit in den Gesundheitsdiensten vorgehalten werden.

Es ist heute schon so, daß in der Ausbildung zum Arzt für öffentliches Gesundheitswesen Qualifizierungsprozesse für eine moderne Bevölkerungsmedizin auf den Weg gebracht werden, die bewährte Aufgaben (z. B. Infektions-epidemiologie, Umwelthygiene und sozialkompensatorische Gesundheitshilfen) mit neuen bzw. stärker auszubauenden Tätigkeitsfeldern zusammenführen. Diese Weiterbildung nehmen keineswegs nur künftige Leiterinnen und Leiter in Anspruch; viele Ämter verfügen über eine ganze Reihe derartig qualifizierter Ärztinnen und Ärzte. Parallel hat die Quote an Fachärztinnen und Fachärzten aus den Gebieten Pädiatrie, Innere Medizin und Psychiatrie innerhalb der Ämter gegenüber früheren Zeiten deutlich zugenommen.

Für die Bewältigung von Leitungsaufgaben (in einem Gesundheitsamt einer Stadt, in einem Landesgesundheitsamt, in der politischen Fachverwaltung) wird heute größter Wert auf die Entwicklung von Kompetenzen in der kommunalen Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung gelegt. Das Gesundheitsamt soll mehr als heute Planungs- und Steuerungsaufgaben in der Kommune übernehmen. Die Leitung eines heutigen Gesundheitsamtes beinhaltet mit anderen Worten auch die Befähigung zur Politikberatung und Kooperation mit anderen Trägern der Gesundheitssicherung. Hier ist noch nicht ausdiskutiert, inwieweit die Amtsleiterinnen und -leiter künftig durch spezielle Management-Kurse obligatorisch weiterqualifiziert werden sollen. Andere Professionen sind parallel für den öffentlichen Gesundheitsdienst wichtiger als früher geworden (Ingenieurwissenschaften, Psychologie, Sozialpädagogik, Betriebswirtschaft – um einige der wichtigsten zu nennen). Hierdurch wird sich unweigerlich längerfristig auch das Hierarchiegefüge der Ämter ändern. Unstrittig ist jedenfalls, daß die Interdisziplinarität einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst auszeichnet und bevölkerungsbezogenes Arbeiten nicht allein von Ärzten geleistet werden kann.

Wünschenswert ist weiter eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen universitärer Public-Health-Forschung und öffentlichem Gesundheitsdienst. Dies betrifft sowohl die Organisationsentwicklung als auch einzelne Themen-

schwerpunkte. So ist von äußerstem Interesse, wie die Struktur Gesundheitsamt in die allgemeine Kommunalverwaltung eingebunden ist. Und es ist bedeutsam, die Arbeit der Ämter mehr als bisher wissenschaftlich zu evaluieren. Von besonderer Bedeutung ist die Frage des künftigen Verhältnisses von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), und zwar vor allem in den Feldern sozialkompensatorische Betreuung in Brennpunkten und für Randgruppen sowie bei der kommunalen Gesundheitsförderung. Beispielfhaft sei die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten genannt, die sowohl der GKV wie dem ÖGD am Herzen liegen; hier gilt es, strukturierte Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Die skizzierte Entwicklung findet in einer Zeit knapper öffentlicher Kassen und auseinanderdriftender Gesundheitschancen in der Bevölkerung statt. Dies sind wahrlich keine leichten Ausgangsbedingungen.

Umso notwendiger ist die Qualifizierung der Akteure und die gute Kooperation mit allen für die Gesundheitsförderung und -sicherung wichtigen Partnern in der Region.

Literatur

- Beuels, F. R., Wohlfahrt, N. (1991) Gesundheit für die Region? Neue Konzepte der kommunalen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Kleine Verlag, Bielefeld
- Labisch, A., Tennstedt, F. (1985) Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Schriftenreihe Bd. 13,1 und 13,2. Düsseldorf
- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.) (1995) Memorandum Public Health an den Universitäten und öffentlicher Gesundheitsdienst. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Gesundh.-Wesen 57, 497-498
- Schmacke, N. (1996) Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Berichte & Materialien Bd. 11. (2. Aufl.). Düsseldorf
- Schmacke, N. (1996) Gesetzliche Krankenversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst – Entwickelt sich die Kooperation durch die Modernisierung der Systeme? Die Ersatzkasse 4, 131-134