

165

167

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Gestatten: Dr. Unbekannt

Kopfläuse im Klassenzimmer, Bakterien im Baggersee – wenn es um die Gesundheit größerer Bevölkerungsgruppen geht, ist der Amtsarzt gefragt. Doch der öffentliche Gesundheitsdienst muss sich neu profilieren, um nicht aus dem Blickfeld von Politik und Bürgern zu verschwinden. Eine Bestandsaufnahme von Norbert Schmacke

Welche Aufgaben der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wahrnimmt, wissen meist nur Insider. Die Öffentlichkeit kommt mit dem aus Steuern finanzierten ÖGD nur selten in Kontakt – beispielsweise über Angebote der Kariesprophylaxe in Kindergärten, bei Einschulungsuntersuchungen, wenn eine meldepflichtige Krankheit in der Familie auftritt, vor einer Verbeamtung oder zur Belehrung vor Aufnahme einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich. Für diese und andere Aufgaben ist der Amtsarzt zuständig. Aber auch eine große Bundeseinrichtung wie das Robert Koch-Institut gehört zum ÖGD (siehe Tabelle „Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Seite 33“). Aus diesem Institut kommen viele bedeutende Gesundheits-Statistiken, zuletzt unter anderem eine repräsentative Studie zum Gesundheitszustand der Kinder in Deutschland (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, KIGGS). Bekannt ist vermutlich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine weitere Bundeseinrichtung, die unter anderem für eine nachhaltige Aids-Aufklärung der Gesamtbevölkerung steht.

Ämter leiden unter Auszehrung. Gelegentlich gerät das Gesundheitsamt als kommunaler Ort des ÖGD aber auch unerwartet in die Schlagzeilen: wenn etwa die Politik überlegt, ob eine modifizierte Meldepflicht Kindesmisshandlungen besser vorbeugen könnte. Die in diesem Zusammenhang diskutierten aufsuchenden Hilfen für Problem-Familien durch ge-

schulte Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes gab es früher schon einmal (Stichwort: Familienhebammen), ehe sie nach Auslaufen eines Bundesmodells aus Kostengründen fast vollständig eingestellt wurden – mit dem Argument, es gebe genügend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Die meisten bürgernahen Leistungen werden in Regie der Kommunen erbracht, von bundesweit mehr als 400 kommunalen Gesundheitsämtern. Die Kommunen unterscheiden immer rigider zwischen gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Leistungen. Motto: Infektionsschutz zur Gefahrenabwehr ist Pflicht, Gesundheitsförderung im Kleinkindalter ist Kür. Die Realität in vielen Kommunen steht insofern in erheblichem Kontrast zu den hochgesteckten Zielen der Landesgesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Blick

Lese- und Webtipps

- Norbert Schmacke: *Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert.* Düsseldorf, 1995.
- Friedrich W. Schwartz et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch.* München, Jena, 2002.
- www.gesundheitsaemter-deutschland.de Verlinkung zu Verzeichnissen aller Gesundheitsämter in Deutschland
- www.aerzte-oegd.de Homepage des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

auf die Webseiten einiger großer Gesundheitsämter wie beispielsweise Bremen, Hannover oder Köln lässt ahnen, wie es auch anders aussehen kann. Für diese Großstädte war zum Beispiel die Ausbreitung des Immunschwäche-Virus Grund, moderne Aids-Beratungsstellen aufzubauen. Zudem bemühen sie sich konstant darum, das Thema „soziale Benachteiligung“ auf die Tagesordnung zu setzen, beispielsweise durch Fokussierung ihrer Kinder- und Jugendgesundheitsdienste auf soziale Brennpunkte. Aber auch die Ämter der Großstädte leiden unter finanzieller Auszehrung. Heute fließen weniger als ein Prozent aller Gesundheitsausgaben in den öffentlichen Gesundheitsdienst. Und in den Landesministerien – sie üben die Aufsicht über die Gesundheitsämter aus – gehören die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Abteilungen auch nicht zu den gut besetzten Bereichen.

Moderne Aufgaben zugewiesen. Gesetzliche Grundlage für den ÖGD blieb in vielen Bundesländern bis in die neunziger Jahre hinein das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 – das zwar entnazifiziert war, aber gleichwohl historisch belastet. Nach und nach verabschiedeten die Länder nach einem entsprechenden Rahmenbeschluss der Gesundheitsministerkonferenz eigene Gesetze für das öffentliche Gesundheitswesen, zuletzt Hessen.

Die neuen Landesgesetze über den ÖGD weisen den Kommunen vor allem zwei durchaus moderne Funktionen zu: die regionale Gesundheitsberichterstattung und die kommunale

Gesundheitsförderung. Mit beiden Aufgaben wurde dem ÖGD die Rolle zugedacht, die Parlamente in der Stadt oder im Landkreis zu beraten, welche gesundheitlich bedeutsamen Themen auf die Tagesordnung gehören. Angesichts der finanziellen Engpässe der Kommunen sind viele engagierte Ansätze aber nie richtig zur Entfaltung gekommen. Besonders die bisherigen Debatten um das Präventionsgesetz haben noch einmal deutlich gemacht, dass die Bundes- und Landespolitik alles daran setzt, die Krankenkassen für sämtliche gesundheitlichen Themen in die Pflicht zu nehmen und damit ihren eigenen Haushalt zu entlasten. Dabei haben erfahrene Weggefährten der Gesundheitspolitik wie der Kieler Gesundheitssystemforscher Fritz Beske immer darauf hingewiesen, dass gerade die primäre Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, für die der ÖGD als Koordinator und Akteur geradezu prädestiniert ist – wenn man ihn nicht gewissermaßen am ausgestreckten Arm verhungern lässt.

Um es einmal an einem zentralen Dienst der Gesundheitsämter überspitzt auf den Punkt zu bringen: Es ist ein großer Unterschied, ob eine Kommune über einen gut ausgebauten und ortskundigen kinder- und jugendärztlichen Dienst verfügt, der Kindertagesstätten und Schulen, Eltern und Kinder kompetent zu Gesundheitsfragen beraten kann oder ob die Kommune Verträge mit niedergelassenen Ärzten schließt, die zu gelegentlichen Vorträgen in die Einrichtungen kommen. Nur ein gut aufgestellter ÖGD wird dann auch im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen nicht den Eindruck hinterlassen, dass es sich um eine kleine Rekruten-Untersuchung handele, deren Nutzen nicht nachvollziehbar ist.

Zum Beispiel: Gesundheitsamt Wiesbaden

Aktuelle Statistiken mit bundesweitem Überblick über Personalstruktur und Budget des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen nicht vor. Einzelne Gesundheitsämter veröffentlichen Geschäftsberichte im Internet, so auch das Gesundheitsamt Wiesbaden. Die hessische Landeshauptstadt hat rund 280.000 Einwohner. Der 2008 gültige Leistungskatalog des Gesundheitsamtes Wiesbaden umfasst 35 Leistungen in 112 Einzelpositionen.

BERUFSGRUPPEN (insgesamt 68 Mitarbeiter, darunter 49 Frauen):

- Ärzte und Zahnärzte (meist mit Facharzt- und Zusatzqualifikationen): 15
- Hygiene-Ingenieure: 3
- Sozialarbeiter/innen, Heilpädagogin: 10
- Gesundheitsaufseher/innen etc.: 2
- medizinisches Assistenz- und Fachpersonal: 12
- Verwaltungs- und Bürokräfte: 25
- Freie Mitarbeiterin (Sprachheilbeauftragte): 1

BUDGET

Ergebnishaushalt: rund 4,5 Millionen Euro
davon werden 0,6 Millionen Euro aus Gebühren- und sonstigen Einnahmen gedeckt (z. B. Belehrungen, Trinkwasserüberwachung, Leichenschauen zur Feuerbestattung, amtsärztliche Gutachten), 3,9 Millionen Euro werden aus Steuereinnahmen der hessischen Landeshauptstadt finanziert

Aufteilung

Personalkosten: ca. 3,1 Millionen Euro
Zuschüsse für freie Träger im Gesundheitswesen: ca. 0,8 Mill. Euro
Prävention: ca. 153.000 Euro
kommunikationstechnische Dienstleistungen: ca. 151.000 Euro
Gebäudebewirtschaftung: ca. 110.000 Euro
Labor und sonstiger medizinischer Bedarf: ca. 60.000 Euro

Quelle: Gesundheitsamt Wiesbaden, Geschäftsbericht 2008

Sozialmedizinische Kompetenz verloren. Die starke Reduktion des ÖGD auf Pflichtaufgaben (vor allem Infektionsschutz und amtsärztliche Gutachten) hat eine zweite Seite. Vielen Ämtern ist über die Jahrzehnte sozialmedizinische und präventive Kompetenz und Akzeptanz abhanden gekommen. So können sie eine weitere ihnen neu zugewiesene Aufgabe, nämlich Regisseur der kommunalen Gesundheitskonferenzen zu sein, oft nur unzureichend erfüllen. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sind Gremien zur Steuerung und Koordination der gesundheitlichen Versorgung. An den Gesundheitskonferenzen, die zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen zu den Pflichtaufgaben der Kommunen gehören, nehmen Vertreter aller im Gesundheitsbereich tätigen Gruppen und Institutionen teil. Es liegt auf der Hand, dass derartige Konferenzen eine wichtige Funktion haben können. Wo sonst gibt es heute auf lokaler Ebene ein Forum, auf dem über Gesundheitsziele für überschaubare soziale Räume verhandelt werden kann? Wer sonst sollte die Verantwortung dafür tragen, dass in Kindertagesstätten und Schulen das Thema Bewegung und Ernährung wirkungsvoll auf die Tagesordnung kommt, gerade in den sozial schwachen Quartieren? Wenn man Kinderärztinnen aus Gesundheitsämtern zuhört, dann wird rasch deutlich, dass es dabei oft weniger um das Thema „gesunde Ernährung“ geht, als vielmehr um die Frage, ob Kinder aus bestimmten Quartieren überhaupt satt zum Unterricht kommen: eine besonders wichtige Form der „Gesundheitsberichterstattung“, die nicht immer öffentlich wird.



setzung zum öffentlichen Gesundheitswesen noch nicht reif dafür, dem ÖGD wieder zu einer stabileren Identität zu verhelfen. Die hatte er einst, als Reaktion auf die Probleme der Industrialisierung. Damals war der ÖGD Anwalt für die extrem wichtige Hygiene in den Großstädten und Unterstützer für Menschen in sozialen Notlagen. Zu sehr entstand dann jedoch – nach dem Desaster der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik – in der alten Bundesrepublik der Eindruck, die Vertragsärzte und Krankenhäuser seien für alle gesundheitlichen Themen von der Prävention bis zur Rehabilitation zuständig. Jedenfalls gelang es den Ärzteverbänden außerordentlich gut, die Politik in diese Richtung zu beeinflussen. Es bleibt einstweilen die Frage unbeantwortet, ob die Politik heute besser versteht, dass sie einen modernen ÖGD auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene benötigt, der nicht nur für Seuchenhygiene und amtsärztliche Untersuchung von Beamten und Sozialhilfeempfängern zuständig ist oder an den sich die Ministerien erinnern, wenn ein Thema wie Kindesmisshandlung für Angst und Ratlosigkeit sorgt.

Die Gesundheitskonferenzen beschäftigen sich mit vielen weiteren Problemfeldern: Wo sonst könnten die Beteiligten über Lärminderung nicht nur als technisches, sondern als gesundheitliches Problem reden? Wo sonst dürfte danach gefragt werden, welche Angebote Zuwanderer benötigen, um sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden? Wer kann sonst dafür in die Pflicht genommen werden, dass eine medizinische Basisversorgung für Menschen angeboten wird, die aus der Regelversorgung herausfallen (zum Beispiel Wundversorgung für Drogenabhängige)? Damit wird vielleicht deutlicher, was mit dem etwas abstrakt klingenden Begriff der Gesundheitsberichterstattung im modernen Sinn gemeint sein könnte. Um es nicht zu skeptisch klingen zu lassen: Alle angesprochenen Konzepte gibt es durchaus hier und dort, aber ob überhaupt und in welchem Ausbaustadium, das hängt von politischen und fiskalischen Zufälligkeiten ab – und der öffentliche Gesundheitsdienst rangiert im kommunalen Parlament nicht unbedingt ganz oben auf der Prioritätenliste.

Aufgaben an Vertragsärzte abgegeben. Vielleicht ist die Zeit trotz vieler vollmundiger Aussagen in der neueren Länderge-

Finanzielle Spielräume sind klein. Im Umgang mit Kindesmisshandlungen konnten leistungsstarke Gesundheitsämter gemeinsam mit Wissenschaftlern überzeugend darlegen, dass es darum geht, lang bestehende Erfahrungen und Konzepte in der Betreuung von Problemfamilien systematisch umzusetzen (siehe Interview auf Seite 35). Es wäre eine Studie wert, zu ermitteln, wie viele Kommunen im Gefolge dieser Debatte ihre Gesundheitsdienste im Rahmen eines integrierten Konzeptes sozialkompensatorischer Angebote verstärkt haben und deren Nutzen evaluieren – eine Forschungsrichtung, für die sich in Deutschland nur schwer Sponsoren finden lassen. Auch die Public Health-Forschung hat den ÖGD nicht im Fokus.

Für den ÖGD gilt genau wie für die gesetzliche Krankenversicherung, dass die Politik der Gesundheit erst einmal den höchsten Stellenwert zuspricht. Doch am Ende des Tages ist ausschlaggebend, welchen Themen tatsächlich Priorität beigegeben wird und wie die Finanzierung der Leistungen sichergestellt werden kann. Landes- und Kommunalpolitik verwenden insofern seit über 20 Jahren die gut ausgebauten Netze der gesetzlichen Krankenversicherung als Vorwand zur Begrenzung eigener Gestaltungsleistungen.

Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens

BUND	LÄNDER	KOMMUNEN
Zum Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums gehören: • Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichte, Infektionsschutz) • Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Datenbanken, amtliche medizin. Klassifikationen) • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) • Paul-Ehrlich-Institut (Genehmigung klinischer Prüfungen, Sicherheit biomedizinischer Arzneimittel wie Impfstoffe) • Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR (Lebensmittelsicherheit) • Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM (Arzneimittelzulassung, Arznei- und Medizinprodukte-Sicherheit)	• Landesgesundheitsämter bzw. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (in Nordrhein-Westfalen) • Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, und Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München (Aus- und Fortbildung für Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes) • Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (erstellt Prüfungsfragen und Gegenstandskataloge für die Approbation von Ärzten und Apothekern)	• kommunale Gesundheitsämter (Aufgaben: siehe Kasten auf Seite 34), stehen unter Aufsicht der Landesgesundheitsministerien bzw. der Bezirksregierungen • Lebensmitteluntersuchungsämter, chemische Untersuchungsämter, Veterinäruntersuchungsämter (je nach Bundesland unterschiedliche Strukturen, Ämter auch auf Landesebene) • Umweltämter Zusammenstellung: G+G



Beim Lesen der Gesetze zum öffentlichen Gesundheitsdienst entsteht der Eindruck, „vor Ort“ werde das gesamte Geschehen der Gesundheitspolitik durch die Kommune gesteuert. Dieser irrtümliche Eindruck wurde in den letzten zwei Jahrzehnten noch dadurch verstärkt, dass mit dem sogenannten neuen Steuerungsmodell der Verwaltung ein Management-Jargon in die Amtstuben einzog. Diese Sprache kann über fehlende Zuständigkeiten und Möglichkeiten des ÖGD jedoch nur oberflächlich hinwegtäuschen. Somit gehorcht der Alltag im öffentlichen Gesundheitsdienst einer unbittlichen Logik: Politik muss gegenüber den Bürgern so tun, als ob sie alle – in diesem Fall gesundheitlichen – Probleme im Griff hat (und sei es durch gewaltige Rhetorik), während die Haushälter dazu angehalten werden, die Steuermittel übergeordneten Zielen zukommen zu lassen. Im Zweifelsfall heißt das heute Wirtschaftsförderung. Und da das Steueraufkommen der Kommunen in hohem Umfang durch Gehälter und Sozialhilfe festgelegt ist, sind die Spielräume für Bereiche wie Gesundheitspolitik klein. Heißt das Resignation? Ist das Ende des öffentlichen Gesundheitsdienstes besiegelt?

Zusammenarbeit über Amtsgrenzen hinaus. Eine allgemein gültige Antwort auf diese Frage gibt es nicht. In der öffentlichen Diskussion taucht aber seit einigen Jahren doch wieder stärker die Forderung auf, in die Humanressourcen der Gesellschaft zu investieren, will sagen: vor allem Erziehung und Bildung systematischer zu fördern. Hierfür steht die Diskussion über die vom Programme for International Student Assessment (PISA) im Jahr 2000 aufgedeckten Schwächen bundesdeutscher Schülerinnen und Schüler. Die Pisa-Debatte bietet – so die kühne These – vielleicht auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst größere Chancen als das reflexartige Bekenntnis zur Seuchenhygiene, wenn die Schweinegrippe der Vogelgrippe folgt und das kommunale Gesundheitsamt kurzzeitig wieder in Erinnerung gerufen wird. Warum könnte die Pisa-Debatte wichtiger sein? Mit den – wie immer sonst zu interpretierenden – Daten dieser Studie taucht konstant

das Thema der sozialen Ungleichheit auf, und eingebettet darin die Problematik des Sprach- und Bildungserwerbs von Zuwanderern.

Da der Bildungsstand für die Prosperität der Gesellschaft ausschlaggebend ist, nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, rückt eine alte Wahrheit wieder ins Bewusstsein: Bildungs- und Gesundheitschancen sind eng mit dem Grad der sozialen Ungleichheit einer Gesellschaft verbunden. Also liegt nahe, und das könnte auch eine Chance für den modernen ÖGD sein, dass in den Städten und Landkreisen die Fachleute der Jugend-, Sozial-, Schul- und Gesundheitsverwaltung über ihre Amtsgrenzen hinaus eine gemeinsame Strategie zur Gesundheitsförderung entwickeln. Dabei geht es nicht nur darum, wie klassische Gesundheitsthemen überhaupt in Alltagshandeln eingebunden werden können, sondern auch, wie grundlegende soziale Kompetenzen für Kinder in prekären sozialen Lagen vermittelt werden. Sehr vereinfacht gedacht: Mädchen und Jungen aus benachteiligten Familien kommen in die Kindertagesstätte oder die Schule, lernen sprechen, schreiben, lesen und spielen, bekommen regelmäßige Mahlzeiten und jemand achtet darauf, dass auch das Zähneputzen zum Tagesablauf gehört.

Den Gesundheitsdienst neu denken. Nur in solchen gemeinsamen Strategien lassen sich wirksame Konzepte zur frühzeitigen Entdeckung von Kindesmisshandlungen entwickeln. Auch die in vielen Kommunen eingerichteten Gesundheitskonferenzen werden nur dann lebendig, wenn sie sich nicht auf ein enges Verständnis von Gesundheit beschränken, sondern berücksichtigen, dass es oft die allgemeinen Rahmenbedingungen sind, von denen der Erfolg der Gesundheitsförderung abhängt. Ideen und Vorbilder für diesen Weg gibt es durchaus. Erwähnt sei „Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen“ der Stadt Düsseldorf, ein wissenschaftlich begleitetes Projekt, das 2006 den Qualitätspreis der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf erhielt.

Den öffentlichen Gesundheitsdienst neu denken, kommunale Gesundheit fördern, Bundeseinrichtungen wie das Robert Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stärken: Dann besteht berechtigte Hoffnung, in zehn Jahren eine optimistischere Bilanz ziehen zu können. ■

Professor Norbert Schmacke arbeitete von 1983 bis 1994 im Gesundheitsamt Bremen und leitete von 1994 bis 1999 die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Heute lehrt er an der Universität Bremen im Fachbereich Gesundheitswissenschaften.

Kontakt: schmacke@uni-bremen.de

Klassische Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämter

- Medizinalaufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Gesundheitsschutz einschließlich Umwelthygiene
- Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie Gesundheitshilfe
- gutachterliche Tätigkeit für Behörden im Rahmen des amts-, vertrauens- und gerichtsärztlichen Dienstes

Quelle: Schwartz et al.