

Norbert Schmacke

Gesundheitsförderung in der Kommune als Aufgabe des ÖGD

Zwischen versäumten Chancen und hartnäckigen Hoffnungen

Zusammenfassung:

Der ÖGD wird einerseits nach wie vor als geborener Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Raum beschrieben. Andererseits fehlen ihm weithin materielle und konzeptionelle Mittel, diese Rolle wirkungsvoll auszufüllen. Die neuzeitlichen ÖGD-Gesetze der Länder adressieren zwar sämtlich Gesundheitsförderung als Aufgabe des ÖGD; eine Inflation von Kann-Regelungen und ein Festhalten an ineffizienten amtsärztlichen Aufgaben lassen Ansätze der Gesundheitsförderung aber nicht zur Entfaltung kommen. Die Akteure des ÖGD müssten angesichts der konzeptionellen und fiskalischen Dürreperiode über sich hinauswachsen, derartige Blockaden zu überwinden.

Schlüsselworte:

Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung, Amtsärzte

Abstract:

On the one hand, the public health service continues to be depicted as the key agency for health promotion on the municipal level. On the other hand, there is a widespread lack of material and conceptual resources to fulfill this role effectively. The recent public health service legislation in the different federal states of Germany addresses health promotion as a public health service task without exception; an inflation of non-committal can-do regulations and the adherence to inefficient statutory tasks, however, do not allow health promotion approaches to flourish within the public health service. In the light of this conceptual and fiscal drought, the public health service protagonists have to excel themselves to overcome these barriers.

Keywords:

public health service, health promotion, public health officer

Der Grandseigneur Fritz Beske hat stets den ÖGD als den geborenen Vertreter der Gesundheitsförderung in der Kommune bezeichnet und beklagt, dass die Politik (parteienübergreifend) das nicht verstehen wolle. Das ehrt den ÖGD, aber was sich heute konkret hinter dem Kürzel ÖGD verbirgt, ist nur noch Insidern vertiefter vertraut. Die Öffentlichkeit kommt mit dem aus Steuern finanzierten „öffentlichen“ Gesundheitsdienst im Gegensatz zur Krankenversicherung nur selten in Kontakt: Wenn es (noch) Angebote der Kariesprophylaxe in Kindergärten gibt, wenn zur Einschulungsuntersuchung eingeladen wird, wenn eine meldepflichtige Krankheit in der Familie auftaucht, Frau oder Mann Beamtin oder Beamter werden möchte oder wenn eine Belehrung vor Aufnahme einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich fällig ist. Dann heißt es auf einmal: zum Amtsarzt gehen. Dass auch eine große Bundeseinrichtung wie das Robert Koch-Institut zum ÖGD gehört, wird wenig bekannt sein. Aus diesem Institut kommen viele bedeutende Statistiken über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, vor einigen Jahren z.B. die erste (!) repräsentative Studie zum Gesundheitszustand der Kinder in Deutschland (KIGGS). Etwas bekannter ist vermutlich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine weitere Bundeseinrichtung, die nicht zuletzt durch die allorten sichtbaren und gestalterisch gut gemachten Plakate für eine nachhaltige AIDS-Aufklärung der Gesamtbevölkerung steht. Dass die Länder eigene Gesetze über die Aufgaben des ÖGD verabschiedet haben, gilt auch nicht als heiße Informationsware. Wen interessiert es wohl, dass mit diesen Gesetzen das berühmte Gesetz über die

Vereinheitlichung des Gesundheitsdienstes von 1934 abgelöst wurde? Gelegentlich gerät das Gesundheitsamt als Ort des ÖGD in der Kommune dann wieder unerwartet in die Schlagzeilen: Wenn etwa die Politik überlegt, ob es sinnvoll ist, das Amt einzuschalten, um Kindesmisshandlungen durch eine modifizierte Meldepflicht besser vorbeugen zu können. Nur langjährige Begleiter der Gesundheitspolitik haben sich dabei daran erinnert, dass es die heute wieder diskutierten aufsuchende Hilfen für „schwierige“ Familien durch geschulte Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes früher schon einmal gab (Stichwort: Familienhebammen), ehe sie nach Auslaufen des damaligen Bundesmodells aus Spargründen fast vollständig eingestellt wurden: Mit dem immer wieder bemühten Argument, es gebe doch genügend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Diese Argumentation ist Generationen von Gesundheitspolitikern in Bund, Ländern und Kommunen nie dumm genug gewesen, um einen gut ausgebauten kommunalen ÖGD für überflüssig zu halten.

Damit ist man schon bei einem wichtigen Punkt, wenn vom ÖGD die Rede ist. Die meisten bürgernahen Leistungen werden in Regie von den Kommunen erbracht, und diese unterscheiden heute immer rigider zwischen gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Leistungen. Motto: Infektionsschutz zur Gefahrenabwehr ist Pflicht (egal, ob daraus ein leistungsfähiger Präventionsansatz erwächst oder nicht), Gesundheitsförderung im Kindesalter ist Kür. Die Realität in vielen Kommunen steht insofern leider in einem erheblichen Kontrast zu den hochgesteckten Zielen der Landesgesetze – unabhän-

gig von der Tatsache, dass es in diesen Gesetzen vor Kann-Vorschriften nur so wimmelt. Der Blick auf die Homepages einiger großer Gesundheitsämter wie Bremen, Hannover oder Köln lässt immerhin noch ahnen, wie es auch anders aussehen kann; aber auch die Ämter der Großstädte leiden unter finanzieller Auszehrung. Und in den zuständigen Landesministerien gehören die für den ÖGD zuständigen Abteilungen nicht gerade zu den gut besetzten Bereichen.

Noch einmal anders formuliert: Die neuen Landesgesetze über den ÖGD weisen den Kommunen zwar fast alle zwei durchaus modern imponierende Funktionen zu: die regionale Gesundheitsberichterstattung und die kommunale Gesundheitsförderung. Mit beiden Aufgaben sollte dem ÖGD eigentlich die Aufgabe zuwachsen, in der Stadt oder im Landkreis die kommunalen Parlamente 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 in den bisherigen Debatten um das Präventionsgesetz wurde noch einmal sehr deutlich, 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. 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 Kindertagesheime 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 solch gut aufgestellter ÖGD wird dann auch im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen nicht den Eindruck hinterlassen, dass es sich um eine kleine Rekrutenuntersuchung handelt, deren Nutzen nicht nachvollziehbar ist. Es verwundert dann auch nicht, dass die engagierten Versuche, die wenig effizienten Einschulungsuntersuchungen zu einer Form von Systemberatung

weiterzuentwickeln, keine Breitenwirkung entfalten konnten. Die kurativ tätigen Ärzte hatten hier und in anderen Feldern des ÖGD dann auch keine Probleme mit der Argumentation, die meisten Aufgaben des ÖGD seien doch längst in den Händen der niedergelassenen Ärzte gut aufgehoben.

Die starke Reduktion des ÖGD auf Pflichtaufgaben (v.a. Infektionsschutz und amtsärztliche Gutachten) hat eine zweite Seite. Vielen Ämtern ist über die Jahrzehnte die sozialmedizinische und präventive Kompetenz und Akzeptanz abhandengekommen. So können sie oft gerade eine weitere ihnen neu zugewiesene Aufgabe, nämlich Regisseur der kommunalen Gesundheitskonferenzen zu sein, kaum überzeugend spielen. Dabei liegt auf der Hand, dass derartige regionale Konferenzen eine wichtige Funktion spielen können. Wo sonst gibt es heute in den Regionen ein Forum, auf dem über Gesundheitsziele für überschaubare soziale Räume verhandelt werden kann? Wer sonst sollte die Verantwortung dafür tragen, dass in Kindertagesheimen und Schulen das Thema Bewegung und Ernährung wirkungsvoll auf die Tagesordnung kommt, gerade in den berühmten sozial schwachen Quartieren? Wenn man Kinderärztinnen aus Gesundheitsämtern zuhört, dann wird rasch deutlich, dass es dabei nicht allein um das Thema „gesunde Ernährung“ geht, sondern häufig um die basale Frage, ob Kinder aus bestimmten Quartieren überhaupt angemessen ernährt werden und zum Beispiel mit einem Frühstücksbrot zum Unterricht kommen. Es gibt viele andere Themen von präventiver Bedeutung für solche Gesundheitskonferenzen: Wo kann in Kommunen über Lärminderung nicht nur als technisches, sondern als gesundheitliches Problem geredet werden? Wo sonst dürfte danach gefragt werden, welche Angebote Zuwanderer in der Anfangsphase benötigen, um sich in unserem opulenten Gesundheitswesen zurecht zu finden? Wer kann sonst dafür in die Pflicht genommen werden, dass eine medizinische Basisversorgung für bestimmte Gruppen angeboten wird, die aus dem

Regelversorgungssystem herausfallen (z.B. Wundversorgung für Drogenabhängige)? Um es nicht zu skeptisch klingen zu lassen: Alle die angesprochenen Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung gibt es durchaus hier und dort, in starker Abhängigkeit von einzelnen Persönlichkeiten im ÖGD. Aber ob es derartige Angebote überhaupt und in welchem „Ausbau stadium“ gibt: Das hängt dann sehr stark von politischen und fiskalischen Verhandlungen ab – und der ÖGD rangiert im kommunalen Parlament nicht unbedingt ganz oben auf der Prioritätenliste. Auch für viele Parlamentarier ist der ÖGD ein unbekanntes Wesen.

Offenkundig ist die Zeit trotz vieler vollmundiger Aussagen in den neueren ÖGD-Gesetzen noch lange nicht reif dafür, dem ÖGD wieder zu einer stabileren Identität zu verhelfen, wie er sie als Reaktion auf die Probleme der Industrialisierung gehabt hat: als Anwalt für die damals extrem bedeutsame Hygiene in den Großstädten und als Unterstützer für Menschen in sozialen Notlagen. Zu sehr entstand nach dem Desaster der NS-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.¹ Es bleibt einstweilen die Frage unbeantwortet, wie die Politik heute besser verstehen könnte, dass sie einen modernen ÖGD auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene benötigt, der nicht nur für Seuchenhygiene und amtsärztliche Untersuchung von Beamten und Sozialhilfeeempfängern zuständig ist oder der den Ministerien einfällt, wenn ein Thema wie Kindesmisshandlung zu lange in den Schlagzeilen für Angst und Ratlosigkeit sorgt. An diesem Beispiel lässt sich auch gut zeigen, dass leistungsstarke Gesundheitsämter gemeinsam mit Wissenschaftlern überzeugend argumentieren konnten, dass die Idee der Meldepflicht für Kindesmisshandlungen viel zu kurz greift

¹ Zur historischen Entwicklung des ÖGD insgesamt siehe Labisch, A., Tennstedt, F. (1985): Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Band 12 und 13. Düsseldorf.
Manger-Koenig, Ludwig von (1975): Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Gestern und Morgen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 37, S. 433-448

und dass es vielmehr darum geht, lang bestehende Erfahrungen und Konzepte in der Betreuung von Problemfamilien systematisch umzusetzen. Es wäre eine kleine Studie wert, zu ermitteln, wie viele Kommunen im Gefolge dieser Debatte tatsächlich ihre Gesundheitsdienste im Sinne sozialkompensatorischer Angebote verstärkt haben und dann auch noch deren Nutzen evaluieren; eine Forschungsrichtung – beiläufig bemerkt – für die sich in Deutschland nur sehr schwer Mittel auftreiben lassen: Auch die chronisch unterfinanzierte Public Health Forschung hat den ÖGD nicht im Focus.

Dabei darf man eines nicht aus dem Auge verlieren: Für den ÖGD gilt genau wie für die gesetzlichen Krankenkassen, dass Gesundheit von der Politik erst einmal den höchsten Stellenwert zugesprochen bekommt, am Ende des Tages aber ausschlaggebend ist, welchen Themen tatsächlich Priorität beigemessen wird und wie die Finanzierung von noch so wünschenswerten Leistungen sichergestellt werden kann. Landes- und Kommunalpolitik verwenden seit über 20 Jahren die immer besser ausgebauten Netze der GKV als Vorwand zur Begrenzung eigener Gestaltungsleistungen. Nur auf den ersten Blick ist irritierend, dass in der Rhetorik der Gesetze über den ÖGD der Eindruck entsteht, „vor Ort“ werde das gesamte Geschehen der Gesundheitspolitik durch die Kommune gesteuert. Dieser irrierte Eindruck wurde im genannten Zeitraum gelegentlich noch dadurch verstärkt, dass mit dem so genannten neuen Steuerungsmodell der öffentlichen Verwaltung ein Management-Jargon in die Amtsstuben einzog, der über fehlenden Zuständigkeiten und Möglichkeiten des ÖGD nur oberflächlich hinwegtäuschen kann. Somit gehorcht der Alltag im öffentlichen Gesundheitsdienst einer unerbittlichen Logik: Politik muss gegenüber den Bürgern den Eindruck erwecken, alle – in diesem Fall gesundheitlichen – Probleme im Griff zu haben (und sei es durch gewaltige Rhetorik), während die Haushälter dazu angehalten werden, die konjunkturabhängigen Steuermittel übergeordneten Zielen zukommen zu lassen: Im Zwei-

felsfall 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. Legitimiert wird dies in der Politik zudem durch den Trugschluss, die kurative Medizin könne die meisten der klassischen ÖGD-Aufgaben ohne Mühen übernehmen. Schließlich darf man nicht verkennen, dass im Gefolge der politischen Posteriorisierung des ÖGD das Selbstbewusstsein der Akteure des ÖGD und die Attraktivität seiner Arbeitsfelder massiv gelitten haben. Hier ist ein Teufelskreis am Werk, der kaum zu durchbrechen ist. Gibt es dennoch Hoffnung?

Eine Patentantwort auf diese Frage gibt es nach dem Gesagten natürlich nicht. In der öffentlichen Diskussion taucht aber seit einigen Jahren doch wieder stärker die Forderung auf, in die „Human Resources“ der Gesellschaft zu investieren, will sagen: vor allem Erziehung und Bildung systematischer zu fördern. Hierfür steht die Pisa-Debatte, die – so die kühne These – auch für den ÖGD größere Chancen bietet als das reflexartige Bekenntnis zur Seuchenhygiene, wenn die Schweinegrippe der Vogelgrippe folgt und der kommunale ÖGD dann kurzzeitig wieder in Erinnerung gerufen wird. Warum könnte die Pisa-Debatte wichtig 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. Und da der Bildungsstand für die Prosperität der Gesellschaft ausschlaggebend ist, nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel, rückt damit 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 den modernen ÖGD künftig stärker machen, dass in den Städten und Landkreisen die Fachleute der Jugend-, Sozial-, Schul- und Gesundheitsverwaltung über ihre Amtsgrenzen hinaus über eine gemein-

same Strategie zur Gesundheitsförderung entwickeln. Dabei müsste es freilich nicht nur darum gehen, 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 geht es darum, überhaupt in eine KiTa und verlässlich in die Schule zu kommen; sprechen, schreiben, lesen und spielen auskömmlich zu erlernen; regelmäßige Mahlzeiten zu bekommen und dann auch dafür gewissermaßen nebenbei dafür zu sorgen, dass Zähneputzen normal wird. In einem solchen umfassenden Konzept lassen sich dann auch wirksame Wege zur frühzeitigen Entdeckung von Kindesmisshandlungen beschreiben. Und größer gedacht: Auch die in vielen Kommunen eingerichteten Gesundheitskonferenzen werden nur dann überleben, wenn sie sich nicht auf ein enges Verständnis von Gesundheit beschränken, sondern berücksichtigen, dass es oft die allgemeinen Rahmenbedingungen sind, die stimmen müssen, damit Gesundheitsförderung kein Schlagwort bleibt. Ideen und Vorbilder für diesen Weg gibt es sehr wohl, 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 ÖGD in diesem Sinne neu denken, Konzepte von kommunaler Gesundheit erarbeiten, Bundeinrichtungen wie das RKI und die BZgA stärken (ohne wieder der GKV in die Tasche zu greifen), darum ginge es heute wohl vor allem. Der ÖGD selber müsste freilich auch Mut zu einem radikalen Neuanfang haben.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP)
Marssel 48
28719 Bremen
schmacke@uni-bremen.de
www.akg.uni-bremen.de