

Gesundheitspflege heute: Verhältnisprävention, Sozialkompensation und gewendete Subsidiarität

von Dr. Norbert Schmacke

Angesichts der gegenwärtigen Roßkur, die dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zugemutet wird, ist es brisant, eine visionäre Perspektive des ÖGD als organisatorischem Baustein einer Healthy Public Policy (Milio 1989) zu skizzieren. Ich werde dies gleichwohl versuchen, weil ich auf Grund der Analyse unseres Gesundheits- und Krankenversorgungssystems zu dem Schluß komme, daß ein in der Kommune verankerter, den Prozessen des demokratischen Rechtsstaats folgender Öffentlicher Gesundheitsdienst seine Bedeutung behält und in neuer Form verstärkt wiedererlangen kann. Hierfür möchte ich zunächst einige Eckpfeiler der heutigen theoretischen Diskussion um Prävention und Gesundheitssicherung in Erinnerung bringen, bevor ich auf die Ebenen der Mühen des Alltags in den Gesundheitsämtern komme.

Gegenwärtig überwiegt bei den ÖGD-Akteuren von der Ministerialbürokratie bis in die Gesundheitsämter hinein wohl die resignative Bilanz, daß die Finanzpolitik eine eigentliche Gesundheitspolitik nicht mehr ermögliche und daß die Ebbe in den kommunalen Kassen zur kontinuierlichen Aufgabe von gestern noch als unverzichtbar bezeichneten Schwerpunkten führen werde. Es kommt hinzu, daß der Sozialstaat ins Gerede gekommen ist und der Begriff dafür verloren zu gehen droht, wo elementare Bereiche staatlicher Daseinsvorsorge anzusiedeln sind. Die Zeichen stehen auf Entstaatlichung, und dies bedeutet in der Praxis häufig nicht mehr als den hilflosen Versuch, Haushaltslöcher durch Stellenabbau zu stopfen. Dies ist bitter, das Beklagen derartiger Entwicklungen hilft nur nicht weiter. Die Frage ist, welchen sozialen und ökonomischen Gesetzmäßigkeiten die Entwicklung öffentlich finanzierter gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen in den Kommune folgt und wie aufs neue Bündnisse geschlossen werden können, die an die Blütephase der kommunalen Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge anschließen (Schmacke 1995 a).

Ich beginne mit der Feststellung, daß sich Gesundheit jenseits der kulturell und rechtlich verankerten Zuständigkeiten des Krankenversorgungssystems erst einmal nur auf Abstraktionsniveaus definieren läßt, die es für Öffentlichkeit und Politik sehr schwer machen, konkrete Leitlinien abzuleiten. Für kurze Zeit war dies mit dem Aufkommen von AIDS anders, heute findet sich in bestimmten Ballungszentren beim Thema Drogensucht und seine sozialen Folgen noch ein Fokus der Aufmerksamkeit. Viele andere bedeutsame gesundheitliche Themen wie betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung oder altengerechte Betreuungssysteme im häuslichen und stationären Bereich sind demgegenüber zwar Gegenstand zahlloser Tagungen und politischer Beschlüsse, es fehlt aber die Entschlossenheit der Gesellschaft, derartigen zentralen Public Health-Themen dasselbe Interesse und die notwendigen Ressourcen zukommen zu lassen, wie dies bei der Transplantationschirurgie oder der Gentechnologie der Fall ist. Die Bevölkerung ist insgesamt in hohem Maße auf die kurative Medizin fixiert, und diese wird reflexartig in die Debatte gebracht, wo immer es um Gesundheit geht. Daß sich die hohe Lebenserwartung nur zum geringeren Teil der Hochleistungsmedizin verdankt und daß eine weitere positive Beeinflussung der Mortalitätsziffern wie vor allem der Lebensqualität im

Alter nicht primär von der kurativen Medizin erwartet werden dürfen, sondern von einer gesundheitszuträglichen Gestaltung der Lebensräume vor allem mittels sozial-ökonomischer und sozialpsychologischer Maßnahmen, dies ist zwar durch die alten wie die neuen Gesundheitswissenschaften gut belegt, es ist aber nicht Bestandteil öffentlichen Wissens und Handelns. Ein Teilaspekt dieses Problems ist darin zu sehen, daß Gesundheit pur nicht vorstellbar und nicht genossen werden kann: Gesundheit ist ein Alltagsphänomen: „Man hat Gesundheit, so kann man sagen, immer dann, wenn ihr Fehlen nicht auffällt oder andere Alltagspraktiken nicht stört. Sie tritt erst ins Aufmerksamkeitsfeld, wenn sie brüchig wird oder in Krankheit umgeschlagen ist...Soziologisch hat Gesundheit eine ähnlich Konstitution wie Raum und Zeit: Man erfaßt sie metrisch nach kulturellen Konventionen, alltagspraktisch ist sie ganzheitlich gegeben“ (Gerhard 1993 b). Appelle an gesundheitsorientiertes Verhalten des einzelnen wie der Politik und gesellschaftlicher Institutionen laufen deshalb so häufig ins Leere.

Die bisherigen Feststellungen zur Unterdimensionierung von Gesundheitsförderung und zum Fehlen eines handlungsorientierten Gesundheitsbegriffs sind nicht mit einer pauschalen Kritik der kurativen Medizin zu verwechseln. Wir sollten froh sein, daß wir über ein so ausgebautes System ambulanter und stationärer Medizin verfügen, das nahezu keine rechtlich fixierten Zugangsbarrieren kennt, und uns gerade als ÖGD-Experten gegen die völlige Umgestaltung der bewährten Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung zur Wehr setzen. Auf der anderen Seite ist unstrittig, daß die schlichte Ausweitung der kurativen Leistungen schon lange nicht mehr die damit verbundenen Erwartungen an mehr Gesundheit erfüllt. Für Gesellschaften wie Deutschland gilt, daß harte ökonomische Regeln die Gesundheit der Bevölkerung weit stärker beeinflussen als beispielsweise die Entwicklung der Hochleistungsmedizin. Wilkinson hat schlüssig dargelegt, von welchem großem Einfluß das Ausmaß der Gleichheit oder Ungleichheit der erzielten Einkommen aus Erwerbsarbeit und Transferleistungen auf die Lebenserwartung von Bevölkerungen hat (Wilkinson 1992). In der Interpretation der enormen Zunahme der Lebenserwartung der Japanerinnen und Japaner in den letzten dreißig Jahren wird neben der Aufbruchstimmung in einer prosperierenden Industrie der relativ kleinen Einkommensschere entsprechend von führenden Sozialepidemiologen entscheidende Bedeutung beigemessen (Marmot und Davey Smith 1992). Die Frage ist, ob der thematisierte Kostendruck im Gesundheitswesen die Chance bietet, die aufgewendeten Ressourcen sinnvoller auf die Felder Kuration, Rehabilitation, Prävention und Pflege zu verteilen und dabei dann auch über stabilere Finanzierungs- und möglicherweise auch Organisationsmodelle für kommunale Gesundheitsdienste nachzudenken.

Ich bin davon überzeugt, daß die neue Public Health Bewegung an den Universitäten zu einer wichtigen Unterstützung für das Anliegen Öffentlicher Gesundheitspflege und -fürsorge modernen Stils werden kann. Dabei kann die oft sehr lebhaft geführte Debatte, ob es „New Public Health“ wirklich gebe oder ob nicht die Altvorderen bereits alle wichtigen Themen benannt hätten, gelassener als heute geführt werden. Natürlich bedingt einerseits das gegenüber der Vorkriegszeit massiv veränderte Morbiditätsspektrum neue Präventions- und Betreuungskonzepte. Gerhard hat die Grenzen der Vergleichbarkeit zwischen alten und neuen Interventionsansätzen wie folgt formuliert: „Die Assoziation zwischen Krankheitsvermeidung und Verhaltensänderung in der heutigen Public-Health-Medizin ist nicht in derselben Weise naheliegend wie die Verzahnung zwischen der Epidemienbekämpfung und der Öffentlichen Gesundheitspflege im 19. Jahrhundert“ (Gerhardt

1993 a). Aber das heißt umgekehrt bei guter Kenntnis der Medizin- und Sozialgeschichte nicht, daß heute beliebig viele neue Interventionsebenen für Public Health erfunden werden müßten. Das Hauptproblem scheint mir zu sein, wie die wichtigen Akteure außerhalb des Gesundheitswesens in den Bereichen Bildung, Ökonomie und Ökologie benannt und motiviert werden können, Gesundheit in Stadt und Land unabhängig von den Heilungsversprechen der kurativen Medizin wieder zu einem Leitthema zu machen und Bündnisse mit den Akteuren der Gesundheitslandschaft zu schließen.

Auf dem Höhepunkt der Gesundheitsbewegung vor dem zerstörerischen Nationalsozialismus waren es bekanntlich in den Ballungszentren der Industrieregionen Bündnisse von Ärzten, Verwaltungsbeamten, Architekten und Ingenieuren, welche die Pettenkofersche „angewandte Physiologie“ als kommunale Politik realisierten. Diese Sternstunden deutscher Public Health-Tradition waren aber letztlich wohl nur deshalb möglich, weil Öffentliche Gesundheit als Garant für Öffentlichen Wohlstand verstanden wurden- in einer Gesellschaft, die an gesunden Arbeitskräften und niedriger Kindersterblichkeit interessiert war (Labisch 1992). Die Sache der Öffentlichen Gesundheit wurde zugleich von politisch und gesellschaftlich aktiven Vereinen vorangebracht, die namhafte Experten der genannten Disziplinen unter einem Dach vereinten (Labisch und Tennstedt 1985). Labisch hat ausführlich gezeigt, wie problematisch letztlich trotz aller erreichbaren Fortschritte der an die Kategorien Ordnung, Sauberkeit und Selbstdisziplin gebundene Gesundheitsbegriff des Homo Hygienicus im weiteren historischen Verlauf werden konnte (Labisch 1992). Es ist nötig, an diese Aspekte zu erinnern, soweit heute in den Gesundheitsförderungs-Debatten wieder ausschließlich an Selbstdisziplin appelliert wird, jetzt unter der Leitidee von Fitness, Leistungsbereitschaft und Askese.

Die heutige Debatte um wirksame Public Health-Ansätze wird aber auch dadurch erschwert, daß mit wenigen Ausnahmen wie dem Impfen und der Kariesprävention die vorherrschenden Erwartungen an Prävention als Mittel der Kostendämpfung nicht einlösbar sind. Rose hat gegen Ende seiner Laufbahn als Public Health-Forscher den schlichten aber wichtigen Satz geprägt, daß Prävention nicht billiger, sondern bloß humaner ist als Kuration - und daß dies und nichts anderes zur Rechtfertigung von Prävention ausreichen müsse (Rose 1992).

Diese Weisheit kann sich bisher aber leider keine Bahn brechen. Unerbittlich wirkt zudem das Darwinsche Prinzip der Präventionspolitik (Kühn und Rosenbrock 1994): „Am schlechtesten bestellt ist es schließlich um die Chance von gesellschaftlichen Bedingungen und Verhältnissen, zum Gegenstand präventiver Interventionen zu werden. Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr oder Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren“. Daß es ungenutzte Chancen gibt, Gesundheit durch derart komplexe Ansätze zu fördern, ist mehrfach belegt worden. Ich nenne aus dem Bereich der Altengesundheit ein dänisches und ein niederländisches Modell.

In Kopenhagen wurde in den achtziger Jahren das Konzept aufsuchender Dienste für Menschen über siebzig Jahren erfolgreich erprobt: Im Mittelpunkt dieses auf Freiwilligkeit basierenden Ansatzes stand das strukturierte Gespräch zwischen gerontologisch geschulten Krankenschwestern bzw. Ärzten mit den Menschen über deren Lebenssituation und möglichen Unterstützungsbedarf. Der Ansatz zielt auf

die Stärkung des Selbstbewußtseins und der Sicherheit der aufgesuchten Personen ab. Es zeigt sich, daß bei einer hohen Akzeptanz des Programms die derart in ein soziales Unterstützungsnetz aufgenommenen Menschen weniger Krankenhausaufenthalte und Heimeinweisungen in Anspruch nahmen, eine bessere Lebenserwartung ließ sich bisher trotz entsprechender Trendberechnungen nicht sichern. Wichtig erscheint, daß dieses Programm nicht krankheiten- und therapiezentriert angelegt ist (Hendriksen 1992).

In den Niederlanden bestehen seit 1977, mit erweiterter Kompetenz seit 1990, Indikationskommissionen, deren Aufgabe es ist, den optimalen Betreuungs- und Pflgetyp für hilfs- und pflegebedürftige Menschen zu ermitteln sowie Planung in der Kommune und Politikberatung in Sachen Pflege zu leisten. Es zeigt sich, daß doch in einem nennenswerten Prozentsatz Aufnahmen in Altersheime durch bessere häusliche Betreuung ersetzt werden konnten und daß selbst bei ca. 10 Prozent schwer pflegebedürftiger Menschen mit überwiegend somatischen Erkrankungen durch Überbrückungsmaßnahmen die dauerhafte Einweisung in ein Pflegeheim vermieden werden konnte (van Oven 1994).

Derartige Ansätze dürften noch nicht in ausreichendem Umfang in die fachinterne Debatte bei uns Einzug gefunden haben. Auf keinen Fall sind sie ausreichend im Bewußtsein von Öffentlichkeit und Politik verankert, obwohl sie - und dies ist vielleicht das wichtigste Paradoxon heutiger Gesundheitspolitik- eigentlich dem „gesunden Menschenverstand“ sehr nahekommen sollten. Umso wichtiger ist es, die zentralen Ergebnisse moderner Sozialepidemiologie und der Gesundheitssystemforschung immer wieder für verschiedene Zielgruppen verständlich zu übersetzen und als Teil der Gesundheitsberichterstattung zum Werben für das Anliegen öffentlicher Gesundheit einzusetzen. Ein weiteres Dilemma ist freilich, daß es auch eine Form der Endlosepidemiologie gibt, die täglich neue verwirrende Befunde zutage fördert, mit welchen die Laienwelt immer wieder von den zentralen Ergebnissen der Gesundheitswissenschaften abgelenkt wird.

Gesundheitsberichterstattung in vielschichtiger und vielfältiger Weise ist unstrittig als ein entscheidendes Mittel auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik zu begreifen. Dabei zeichnet sich heute deutlich ab, daß es eben nicht nur nötig ist, gute Arbeit zu leisten, sondern daß erhebliche Energie in qualifizierte Gesundheitsberichte investiert werden muß. Es kommt offenbar zudem darauf an, mit den Zielgruppen der jeweiligen Berichtstypen in den Dialog zu treten, weil angesichts der Informationsflut auch hervorragende Berichte unterzugehen drohen und bei der Frage der Umsetzung der Ergebnisse gerade aus Sicht verantwortlicher Politiker die Debatte erst interessant zu werden beginnt. Londoner Forscher haben jüngst in einer empirischen Untersuchung die ernüchternde Feststellung getroffen, wie wenig die dort verbindlichen jährlichen Gesundheitsberichte von den Entscheidungsträgern in der Kommunalpolitik gelesen werden. Sie ziehen daraus die Schlußfolgerung, daß die Berichte nicht nur zielgruppenspezifisch aufbereitet werden müssen, sondern der gezielte Dialog der Übersendung des gedruckten Berichts folgen muß (Fulop und McKee 1995).

Ein weiteres Dilemma ist darin zu sehen, daß die Risikoeinschätzungen in Öffentlichkeit und Politik - aber teilweise auch in der Expertenwelt- offenbar grundsätzlich asymmetrisch sind. Das Geld folgt auch deshalb nicht den Prioritäten, die sich aus den Problemlagen ableiten, sondern ganz wesentlich soziokulturell geprägten Wahrnehmungsmustern. Dies läßt sich aktuell am Bereich der Umwelthygiene und

Umweltmedizin gut zeigen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf den Endpunkt schadstoffassoziierter Krankheiten, wobei Allergien und bösartige Neubildungen zumeist genannt werden. Ob aber jemals bedeutende Einflüsse des Standortes von Kernkraftwerken auf kindliche Leukämien beschrieben werden können, ist mehr als fraglich. Und ob die immer wieder beschworene Zunahme der Krebshäufigkeit wirklich ein Thema der anthropogenen Schadstoffbelastung ist, muß sicher sehr differenziert betrachtet werden. Daß demgegenüber die Umwelthygiene insgesamt die zwingende Fortsetzung der Städtehygiene darstellt und entsprechend gefördert werden muß, und dies hat mit dem Blick auf Krankheiten oder gar mit der Sprechstundenmedizin wenig zu tun, ist gegenwärtig schon wieder schwerer zu vermitteln (Schmacke 1995 c). Die Gesellschaft hat sich gleichzeitig an die Todesfälle durch den KFZ- und LKW-Verkehr in einem erschreckenden Maße gewöhnt, von den Belästigungen und Beschädigungen durch Lärm, Abgase und Staus nicht zu reden. Für die USA liegen Zahlen vor, wonach einer der erfolgreichsten Public Health-Beschlüsse der Nachkriegszeit energiepolitisch begründet war. Durch die Einführung drastischer Geschwindigkeitsbegrenzungen in den frühen 70ern im Gefolge der Ölkrise wurde eine spürbare Senkung der Todesfälle erreicht. Ungeachtet dessen glaubt auch in den USA die Mehrheit der Bevölkerung, daß die Einführung von Notfallambulanzen für Verkehrsoffer der wichtigere gesundheitspolitische Schritt ist (Evans, Barer und Marmor 1994)

Öffentliche Gesundheitspflege im Sinne Pettenkofers ist meines Erachtens weithin deckungsgleich mit dem heutigen Begriff der Verhältnisprävention. Welche Verhältnisse nun heute im Mittelpunkt der Anstrengungen stehen müßten, läßt der Blick auf das geänderte Mortalitätsspektrum errahnen. Der norwegische Sozialmediziner Peter Hjort weist auf die vier maßgeblichen Entwicklungswellen des Krankheitenspektrums im 20. Jahrhundert hin:

- Die Infektionskrankheiten setzen ihren im 19. Jahrhundert begonnenen Rückgang deutlich fort und durchlaufen in den sechziger Jahren eine Talsohle, zeigen dann aber wieder einen sanften Anstieg auf allerdings deutlich niedrigem Niveau.
- Die sogenannten Zivilisationskrankheiten (v.a. Schlaganfall und Herzinfarkt) zeigen in den 50er Jahren einen dramatischen Gipfel, fallen dann aber in den hier zugrundegelegten Ländern USA, Canada und altes Westeuropa deutlich ab, längst bevor die zugehörigen Präventionsprogramme breit praktiziert wurden. Diese Programme, wie das berühmte MRFIT (Multiple Risk Intervention Trial), werden bis heute in ihrer Wirksamkeit massiv überschätzt, obwohl selbst maßgebliche Initiatoren eine kritische Bilanz gezogen haben (Syme 1991).
- Infolge der gestiegenen Lebenserwartung wird in Ländern wie Deutschland die Multimorbidität des Alters zu einem zentralen Problem des Gesundheitswesens.
- Schließlich entwickelt sich stärker als früher das, was Hjort die neue Morbidität nennt und worunter er vor allem die Zunahme von psychomentalen wie psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen und die Bereiche Sucht und Gewalt faßt.

Diese Veränderungen sind nun weitgehend der Beeinflussungsmöglichkeit der kurativen Medizin entzogen - jedenfalls, so man diese auf ihren Heilungsanspruch reduziert. Unstrittig ist jedenfalls, daß in neuer Weise wieder das Bedingungsgefüge von sozialer Lage und Krankheit und weit mehr als früher die Frage der Be-

wältigung von chronischen Krankheiten zentrale Bedeutung erlangen. Das private Leiden wird mit anderen Worten stärker davon abhängig, welche öffentlichen Antworten gefunden werden, sowohl vorhandene Präventionsmöglichkeiten auszu-schöpfen als auch das Umgehen mit chronischen Krankheiten erträglicher zu ge-stalten. Drei Ansätze möchte ich unterscheiden:

1. Arbeits- und Lebensräume müssen den Entfaltungsmöglichkeiten wie Bela-stungsgrenzen der Menschen entsprechend gestaltet werden. Dieser Ansatz ist alles andere als originell - neu ist aber, daß heute durch Forschung belegt ist, daß die möglichst weitgehende Beteiligung von Menschen an der Gestaltung ih-rer Dinge unmittelbar gesundheitsförderlich ist und daß die Betroffenen oft bes-ser als Experten wissen, wo krankmachende Faktoren zu finden sind. Dies ist z.B. die theoretische Begründung für den Ansatz der betrieblichen Gesundheits-förderung. Die Kunst scheint darin zu bestehen, soziale Räume ins Blickfeld zu nehmen, die diesem Partizipationsansatz tatsächlich auch zugänglich sind. Ge-sunde Städte, das nach der Projektskizze faszinierende Projekt der WHO, scheint kein sehr geeignetes Modell zu sein, weil sich die Akteure und ihre Handlungsaufträge nicht präzise genug beschreiben lassen. Die Begrenzung auf soziale Räume wie Schulen und Betriebe ist offenbar aussichtsreicher.
2. Das für viele akute Krankheiten ausgesprochen tragfähige Experten-Patienten-Modell muß bei psychosomatischen Störungen, Suchterkrankungen und Alter-sproblemen wenigstens ergänzt wenn nicht weitgehend abgelöst werden durch Beratungs- und Unterstützungsansätze, welche die Reaktivierung von Heilungs- und Bewältigungspotentialen in den Mittelpunkt stellen. Dieser Gedanke ist ebenfalls nicht originell, zumal er bereits qualifizierten Konzepten der Suchtbe-handlung und der Geriatrie zugrundeliegt. Wichtig ist er trotzdem, weil der Alltag der kurativen Medizin bis heute wenig Notiz von diesem Wandel ge-nommen hat - und hier und nicht in Spezialeinrichtungen wird die Mehrzahl der Patienten betreut.
3. Die Strukturen des kurativen Systems müssen sich stärker dem Prinzip der Kommunikation mit den Patienten, ihren Angehörigen und Freunden verpflich-tet fühlen. Selbsthilfensätze müssen einerseits gestützt, andererseits aber auch nicht erneut von Experten vereinnahmt werden. Je weniger die Medizin einfache Antworten geben kann - die berühmten Allheilmittel - umso wichtiger wird die Einbeziehung der Sichtweise der Patienten. Ich bin davon überzeugt, daß dies nicht nur ein Gebot der Redlichkeit und Humanität ist, sondern daß hier auch unerschlossene Reserven einer Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen liegen (Schmacke 1995 b).

Welche Konsequenzen haben diese Überlegungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsämter?

1. Die eigenen Präventions-, Betreuungs- und Beratungsansätze müssen dem ge-wandelten Morbiditätsspektrum gerecht werden. Es ist die Frage, ob der ÖGD jenseits der klassischen Felder der Hygiene und Infektionskrankheiten über ein Präventionskonzept verfügt. Der Umgang mit AIDS hat gezeigt, daß eine ganze Reihe von Ämtern ihre Lektion gelernt hatten; der ÖGD hat fraglos hierdurch an öffentlichem Ansehen gewonnen. Nur lassen sich diese positiven Erfahrungen nicht bruchlos auf andere Krankheiten übertragen.

Ich sehe aber generell gute Chancen, den früher unfruchtbaren Streit zwischen dem kurativen System und dem ÖGD um den Behandlungsauftrag im Konsens weiterzuentwickeln. Ich rede von einem neuen Verständnis der Subsidiarität, wonach der ÖGD darauf hinwirkt, daß Versorgungslücken vom Regelsystem geschlossen werden und er selber immer dort tätig werden kann, wo entweder modellhaft Lücken geschlossen werden müssen oder das Regelsystem grundsätzlich wegen seiner Komm-Struktur Probleme hat, dem Behandlungsauftrag im Sinne von Chancengleichheit für alle gerecht zu werden. Beispiele finden sich im sozialpsychiatrischen Dienst, in der Drogenhilfe, bei der Obdachlosenbetreuung und der Gesundheitsberatung von Zuwanderern. Hier kann der ÖGD wegen der Möglichkeit zugehender Arbeit und auf Grund seiner multiprofessionellen Struktur Felder betreuen, die den Behandlungsauftrag der Vertragsärzte qualitativ ergänzen. Für die Sozialpädiatrie läßt sich zeigen, daß es in gleicher Weise komplementäre Angebote gibt, die vor allem auf benachteiligte soziale Gruppen abzielen und die Betreuung wie Beratung von Institutionen im Sinne der Gesundheitsförderung übernehmen. Sozialkompensatorische Arbeit folgt nicht nur den Prinzipien der Chancengleichheit und Humanität. Es ist inzwischen gut belegt, daß angepaßte soziale Unterstützungssysteme in allen Altersklassen sowohl gesunderhaltend wie rehabilitativ wirksam sind. Hier wird aber auch die Anwaltsfunktion des ÖGD besonders gut sichtbar.

Defizitär ist gegenüber den genannten Bereichen im ÖGD bis heute der Bereich der Altenhilfe, sieht man von Ansätzen regional verankerter Gerontopsychiatrie einmal ab. Hier haben die Gesundheitsämter wohl zunächst den Anschluß an die Entwicklung verloren, jedenfalls soweit sie ihr Tätigkeitsfeld ausschließlich bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und Begehungen von Pflegeheimen unter engen Hygienegesichtspunkten sehen.

Ein gewendetes Subsidiaritätsverständnis sollte ausdrücklich Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Ärzten vorsehen und einräumen, daß tatsächlich Aufgaben dann abgegeben werden können, wenn andere sie gleich wirkungsvoll erbringen. Eine Schlüsselfrage in diesem Zusammenhang ist, inwieweit die Arztpraxis künftig die Einbeziehung von Disziplinen wie Sozialpädagogik und Psychologie zuläßt. Umgekehrt müssen verallgemeinerbare Lösungen für die Mischfinanzierung von Kooperationsmodellen und für die Finanzierung von ÖGD-Leistungen durch die GKV gefunden werden, wenn sich der ÖGD am Versorgungsauftrag beteiligt. Angesichts der Gesamtbudgets, von denen hier die Rede ist, kann es keine grundlegenden Barrieren geben, die solchen privat-öffentlichen-Mischsystemen entgegenstünden.

2. Auf der anderen Seite gilt es, die negative Auslegung des Subsidiaritätsprinzips stärker zu kritisieren. Wo immer das Gesundheitsamt nur als Verlegenheitslösung ins Spiel gebracht wird, sollten die Akteure sich wehren. Dies betrifft Bereiche der Gutachtenmedizin, in denen der Amtsarzt funktionalisiert wird, weil z.B. die Kostenträger eigene Entscheidungen scheuen. Die allerorten in die Kritik geratene Gutachtenmedizin könnte an Ansehen gewinnen, wenn sie den Städten, Gemeinden und Ländern mehr als bisher Auswertungen ihrer Untersuchungsergebnisse zurückspiegeln würde. Hierfür gibt es seit kurzem einige interessante Beispiele aus dem Bereich der Lehrergesundheit. Es lassen sich aber auch andere klassische Bereiche durchforsten, in denen nach wie vor in den Regionen mit unterschiedlichem Aufwand gearbeitet wird, ohne die Frage der Effektivität deutlich genug zu stellen; ich denke an den Bereich der meldepflich-

tigen Erkrankungen und die Hygiene insgesamt. Es ist sehr zu wünschen, daß der Gesetzgeber die guten Vorarbeiten zur Novellierung des Bundesseuchengesetzes und des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zeitnah nutzt. Gleichmaßen ist zu hoffen, daß es bald ein den Centers for Disease Control in den USA vergleichbares Institut in Deutschland gibt, das zentrale Beratungs- und Qualitätssicherungsfunktionen ausüben kann.

Ein Dilemma ist, daß nicht alle gesundheitlich weniger bedeutsamen Aufgaben einfach einzustellen sind, soweit Öffentlichkeit und Politik danach verlangen; die ewige Funktionalisierung des Hygienethemas ist hierfür ein herausragendes Beispiel.

3. Die Gesundheitsämter stehen immer wieder vor der Frage, wo sie in der Kommune Regiefunktionen übernehmen und auf Strukturveränderungen hinweisen können. Ich bezeichne diesen Auftrag als die neue Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Natürlich weiß ich, daß im bisherigen Verständnis der Gesetzgeber und der Finanzbürokratie eine Pflichtaufgabe „Innovation“ ein Widerspruch in sich selbst ist. Trotzdem scheint mir sicher zu sein, daß gerade angesichts der Kostendebatte im Gesundheitswesen eine Chance darin liegt, die Ämter mehr als bisher in die Funktion des Regisseurs, des Anwalts und Moderators gesundheitlicher Belange der Kommune zu bringen. In Teilen funktioniert dies ja auch schon, denkt man an Bereiche der Psychiatrieplanung oder der Flüchtlingsbetreuung. Auch in der Umwelthygiene haben viele Gesundheitsämter in qualitativer Ergänzung zu den Umweltämtern ihr Terrain besetzt.
4. Es sollte als entscheidendes Problem gesehen werden, daß in Bereichen wie Planung, Entwicklung und Berichterstattung Akteure tätig sein müssen, die bei Bevölkerung und Politik über eine ausreichende fachliche Autorität verfügen. Schaeffer hat in Zusammenhang mit der Ausbildung von Studentinnen und Studenten der Postgraduierten-Studiengänge Public Health darauf hingewiesen, daß ohne einschlägige berufliche Erfahrung wirksames Handeln in Schlüsselfunktionen kaum vorstellbar ist: „In den meisten Aufgabenfeldern werden Public-Health-Professionals nicht mit personenbezogenen Dienstleistungen befaßt sein, also keine oder bestenfalls indirekte Arbeit am Menschen verrichten. Dadurch entbehren sie eines Korrektivs, und das wird die Tendenz zur bürokratischen Überformung ihres Handelns verstärken“ (Schaeffer 1994). Dies ist auch für die Akteure des ÖGD von großer Bedeutung und wird z.B. bei der Ausgestaltung der Bedingungen für die künftige Weiterbildung zur Ärztin/zum Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen angemessene Berücksichtigung finden müssen. Regiefunktionen lassen sich, dies ist die zweite Bemerkung, natürlich eigentlich nur dann wirksam gestalten, wenn die Akteure zugleich über Ressourcenverteilung entscheiden können. An diesem Punkt weise ich darauf hin, daß insoweit die englischen Public Health-Akteure von einer ganz anderen Basis aus handeln können als die Gesundheitsämter in Deutschland. Es klingt sicher heute völlig utopisch: Aber mehr kompetente Steuerung ist auch in Deutschland dringend erforderlich, warum sollten die Gesundheitsämter nicht morgen - jenseits alter Allzuständigkeitsphantasien - in solche Aufgaben hineinwachsen?
5. Die in die Gesundheitsämter hineingetragene Debatte um Lean Management und neue Steuerungsmodelle sollte nicht pauschal zurückgewiesen werden. Der Spieß sollte vielmehr umgedreht werden: Der ÖGD benötigt doch ohne Frage eine effektivere Infrastruktur und die dazu gehörigen Qualifizierungsmaßnahmen.

men. Erst bei aktiver Beteiligung an dieser sicher oft mühsamen Debatte wird sich langsam die Erkenntnis durchsetzen, daß Öffentliche Gesundheit kein beliebiges Produkt der Warengesellschaft ist (Schmacke 1995 d). Eine Schlüsselfrage in diesem Zusammenhang ist, ob es gelingt, den Städtetag und die Landkreistage davon zu überzeugen, daß Lean Management nicht mit der Aushöhlung des ÖGD verwechselt werden darf. Zudem zeichnet sich ab, daß die überschwenglichen Erwartungen in Richtung des als vorbildlich betrachteten Tilburger Modells nicht ungebrochen einzulösen sind.

6. Ein Wort zum Verhältnis von ÖGD und neuer Public Health-Entwicklung an den Universitäten. Manche sehen in den Absolventen der Studiengänge Public Health unliebsame Konkurrenz. Manche bezweifeln auch, ob die Public Health-Forschung wirklich ÖGD-relevante Themenfelder bearbeitet. Ich plädiere dafür, daß der ÖGD den Kontakt mit den Gesundheitswissenschaften sucht und seine Anforderungen an die Forschung formuliert. Die Frage scheint mir zu sein, wie die beiden Systeme Gesundheitswesen und Wissenschaft an ihren Schnittstellen miteinander konkrete Vereinbarungen treffen, was z.B. die Ausrichtung der Public Health-Forschungsverbände anbelangt. Meine These ist jedenfalls, daß der ÖGD insgesamt sowohl von der wissenschaftlichen Methodik wie dem Öffentlichen Ansehen der Universitäten profitieren wird, wenn er selber aktiv auf Kooperation eingestellt ist.
7. Ich möchte zum Schluß auf die Frage eingehen, wie heute tragfähige Bündnisse geschlossen werden können, die an die positive Tradition der Weimarer Republik anschließen. Es gibt alte Verbündete, die ein genuines Interesse an Gesundheit mitbringen, ohne dies immer spezifisch als solches auszuweisen. Ich denke an Stadtplaner ebenso wie an Public Health-Fürsprecher im Bereich der Ärzteschaft. Wichtig erscheint mir die Zusammenarbeit mit den Querschnittpolitikerinnen und -politikern im kommunalen Bereich, gleichermaßen die Kontaktaufnahme mit den Städte- und Landkreistagen. Bedeutsam ist weiter der Ausbau von Kontakten zur Selbsthilfe- und Ombudsleutebewegung. Herausheben aber möchte ich die Bereiche Erziehung und Bildung. Eine überwältigende Zahl von Untersuchungen hat immer wieder gezeigt, wie wichtig Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsgrad für die Entstehung wie die Bewältigung von Krankheiten und für das Mitwirken an sozialen Unterstützungssystemen sind (s. z.B. Sagan 1992). Ich will damit nicht etwa auf das Schwarze-Peter-Spiel hinaus, Kindergärten und Schulen die Verantwortung für alle sonst in der Gesellschaft nicht gelösten Aufgaben zuzuweisen. Es geht mir vielmehr um die Vertiefung des Dialogs zwischen Gesundheit, Erziehung und Pädagogik. Ein wichtiger Teilaspekt ist dabei dann die noch intensivere Nutzung des sozialen Raums Kindergarten und Schule für Gesundheitsbelange. Dies zielt sowohl auf die Suchen nach altersgerechten Formen der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an ihren Angelegenheiten als auch auf die Unterstützung familiärer Strukturen ab, wobei dies insbesondere im Sinne der Chancenverbesserung der Frauen relevant ist. Die gesetzliche Zusicherung eines Kindergartenplatzes ist insoweit eine der wichtigsten sozialpolitischen Errungenschaften der Gegenwart, an deren Ausgestaltung im Sinne von Gesundheitsförderung und Sozialkompensation sich die Gesundheitsämter aktiv beteiligen sollten.

Die Gesundheitsdebatte führt, dies wußten auch alle Generationen vor uns, stets zu den großen sozialen Fragen der jeweiligen Epoche. Da wir heute eine Menge empirischen Materials über den Zusammenhang von sozialer Lage, Krankheit und

Gesundheit für unser Handeln nutzen können, sind die Chancen für eine moderne Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge - um diese überkommenen Begriffe noch einmal zu benutzen - besser denn je. Dazu gehört aber auch, die Bewegungsgesetze für Gesundheitsreformen kennenzulernen und nicht darauf zu hoffen, daß sich aus der puren Fachlichkeit Fortschritte ergeben. Diese Einsicht kann vor einer zu pessimistischen Bewertung der gegenwärtigen Entwicklungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst schützen. Ich schließe mit einem Zitat von Leonard Syme, einem der bedeutendsten Sozialepidemiologen und Gesundheitswissenschaftler der Gegenwart: „Diejenigen, die in der Community arbeiten, haben keinen klaren Auftrag oder klare Richtlinien für ihre Interventionen, mit Ausnahme der Bereiche, die uns noch aus früheren Zeiten zugeschrieben werden. Gesundheitsförderung durch den Community-Ansatz bedarf auch einer Wiederbelebung der Beziehung zwischen den Wissenschaftlern und den Universitäten und denjenigen, die in den Gemeinden arbeiten. Als die Infektionskrankheiten bekämpft wurden, war die Zusammenarbeit sehr effektiv und wirksam, aber sie ist in den letzten Jahren nicht weitergeführt worden, weil wir uns nicht mehr auf die Community, sondern auf die Individuen und ihre Krankheiten konzentriert haben. Die Rückkehr zu den Wurzeln unseres Public-Health-Ansatzes ist eine große Herausforderung, aber die Krankheiten, denen wir uns gegenüber sehen, sind es auch. Aber es gibt keine andere Alternative als sich mit unserer Krise auseinanderzusetzen. Es ist eine schwierige Aufgabe, aber wir haben früher schon andere große Leistungen vollbracht, und ich bin mir sicher, daß wir es noch einmal schaffen werden“ (Syme 1991).

Literaturverzeichnis

- Evans R. G., Barer, M. L., Marmor Th R.** Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health and Populations. New York: Walter de Gruyter. 1994
- Fulop N., McKee, M.,** What Impact do Annual Public Health Reports have? Referat bei der XVII ASPHER General Assembly 6-8 September in London (Abstract)
- Gerhardt, U.,** Gesundheit - ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Berlin: Papers des Wissenschaftszentrums Berlin P 93-206. 1993 a
- Gerhardt, U.,** Lebensweise und Gesundheitsorientierungen: Methodologische Überlegungen, in: Gawatz R., Novak, P. (Hg.), Soziale Konstruktion von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte. Ulm: Universitätsverlag 1993 b: 73-95
- Hendriksen, C.,** Preventive Home Visits among Elderly People. Dan med Bull 1992; 39: 256-7
- Kühn, H., Rosenbrock, R.,** Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze, in: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B M (Hg.). Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma. 1994: 29-53
- Labisch, A.,** Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/ New York: Campus. 1992
- Labisch, A, Tennstedt, F.,** Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Düsseldorf: Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf Band 13 Teil 1 und Teil 2. 1985
- Milio, N.,** Promoting Health through Public Policy. Ottawa: Canadian Public Health Association. 1989
- Marmot, M. G., Davey Smith, G.,** Why Are the Japanese living Longer? Brit Med J 1989; 299: 1547-51
- van Oven, J. W.,** Erfahrungen aus der Indikationskommission in Groningen. Voraussetzungen für eine qualitätsorientierte Steuerung der Einweisung in Alten- und Pflegeheime. Referat auf der Tagung des Hauptgesundheitsamtes Bremen „Bruchstellen in der Betreuung alter Menschen zwischen Medizin und Pflege - versagt das Versorgungssystem?“ Bremen: Ms. 1995 n.v.
- Rose, G.,** The Strategy of Preventive Medicine. Oxford, England: Oxford University Press. 1992
- Sagan, L.,** Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt. 1992

Schaeffer, D., Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege, in: Schaeffer D., Moers, M., Rosenbrock, R., (Hg.). Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: edition sigma. 1994: 103-126

Schmacke, N. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Düsseldorf: Berichte und Materialien der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Band 11. 1995 a

Schmacke, N., Grenzenlose Gesundheit und die Grenzen der Gesundheitsökonomie. Ms.nv.1995 b

Schmacke, N., Umweltmedizin: Wohin führt uns das neue Paradigma? Ms.nv.1995c

Schmacke, N., Ist die Öffentliche Gesundheit ein normales Produkt der Warengesellschaft? Anmerkungen zur Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ms. Nv. 1995 d

Syme, S. L., Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit. Hamburg: Argument Verlag. AS 193. 1991: 94-110

Wilkinson, R. G., Income Distribution and Life Expectancy. Brit Med J 1992; 304: 165-68

Fachtagung

**Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Entwicklung und Perspektiven -**

am 11.10.1995 in Köln

G. J. H. D. M.
Gesundheit und Kol

1996

Veranstalter:

Stadt  Köln

Der Oberstadtdirektor, Gesundheitsamt
Leitstelle für Gesundheitsförderung, -planung und -
berichtswesen

Bezugsquelle:
Gesundheitsamt Köln
Abteilung 53/1
Neumarkt 15 - 21
50667 Köln

13/53/1
13/531/06.96/500 Druckauflage

gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Inhaltsverzeichnis

Vorwort von Dr. Jan Leidel.....	1
Vortrag über das Gesundheitsamt von Dr. Franz Vonessen.....	4
Programmablauf.....	13
Grußwort von Dr. Ursula Christiansen	14
Öffentliche Gesundheitspflege und -fürsorge in Deutschland - Von der Jahrhundertwende bis zum Vereinheitlichungsgesetz 1934 von Prof. Dr. Dr. Alfons Labisch.....	16
90 Jahre Geschichte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Köln von Thomas Deres	34
Die Rolle des Kölner Gesundheitsamtes in der national- sozialistischen Gesundheits- und Rassenpolitik von Monika Bingen.....	43
Protokoll der Diskussion am Vormittag.....	56
Gesundheitspflege heute: Verhaltensprävention, Sozial- kompensation und gewendete Subsidiarität von Dr. Norbert Schmacke	60
Ausblick auf die Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: Ortsnahe Koordinierung, Gesundheitsamt 2000, ÖGD-Gesetz von Dr. Bodo Scharf.....	72
Podiumsdiskussion - Perspektiven der Öffentlichen Gesundheits- pflege: „Es werden Zeiten kommen, da war es schon schöner“ Moderation: Ulrike Walden.....	86
Referentenliste	101