

Kommunale Gesundheitsförderung

Renaissance der Gesundheitsämter?

Norbert Schmacke

Die folgenden thesenartigen Ausführungen versuchen, vor dem Hintergrund einiger allgemeiner Überlegungen zur Problematik der Gesundheitsförderung die aktuelle Debatte um die Rolle der Gesundheitsämter in diesem Feld kritisch darzulegen, wobei der Schwerpunkt auf die Bereiche kommunale Gesundheitsberichterstattung, Umwelthygiene sowie AIDS-Aufklärung und -Beratung gelegt wird. Der kurssorische Abriß reflektiert zugleich die historischen Grundlagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die vorliegende Thematik.

Gesundheitsförderung als Fortschrittsparadigma

Die aktuelle Literatur zur Gesundheitsförderung vermittelt häufig den Eindruck, als sei unstrittig, daß es sich hierbei um ein per se aufklärerisches und fortschrittliches Feld von Gesundheitspolitik bzw. gesellschaftlichem Agieren handele. Nur vereinzelt wird – nicht zuletzt mittels vergleichender historischer Analysen – herausgestellt, wie leicht sich zum Aufklärungsimpetus der Zwang hinzugesellt. So stellt Schmidt die provozierende Frage, wann aus dem Objekt der modernen Gesundheitskampagnen ein „Gesundheitsdelinquent“ wird und wo Aufklärung und Beratung den Charakter moralischer Kreuzzüge annehmen (Schmidt 1989). Barthel sieht vor dem Hintergrund des Gesundheitsdiskurses des 18. Jahrhunderts die Gefahr, daß die Gesundheitsutopien der „Polizeytheoretiker und Sozialhygieniker... heute an der Schwelle (der) praktischen Verwirklichung“ stehen, getragen von der Verinnerlichung der neokonservativen Anteile von Gesundheitsförderung: „Selbstüberwachung, Selbst-Kontrolle und Selbsterziehung“ (Barthel, 1989, S. 209). Verhalte Dich vernünftig und Du bleibst gesund;

darauf beschränkt sich allzuoft auch die „moderne“ Variante des seligmachenden „Jeder ist seines Glückes Schmied“.

Überwachung oder Förderung von Gesundheit?

Labisch hat darauf hingewiesen, daß in den achtziger Jahren die Gemeinde als Ort von Gesundheitssicherung wiederentdeckt worden ist, maßgeblich unter der Vorstellung, daß dort eine größere Flexibilität für innovatives Handeln vorzufinden sei als im stärker bürokratisierten staatlichen Bereich (Labisch 1986, 1989 a, 1989 b). Dabei taucht die Frage auf, inwieweit die Gesundheitsämter sich mehr als bisher wirksam an den unterschiedlichen Ansätzen kommunaler Gesundheitsförderung beteiligen können. Ob dies parallel bzw. entgegen den zugleich wahrgenommenen (hoheitlichen) Überwachungsfunktionen realisierbar erscheint, wird höchst unterschiedlich eingeschätzt. So geben Badura und Lenk den Gesundheitsämtern nur dann eine Überlebenschance, wenn sie sich ihres „Amts“-Charakters entledigen und zu „Gesundheitszentren“ werden (Badura/Lenk 1989, S. 175). Die historische Last wird zunehmend auch in den eigenen Reihen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) thematisiert: „Allzuoft ist der öffentliche (Gesundheits-)Dienst den BürgerInnen als staatliches Kontroll- und Aufsichtsorgan entgegengetreten. Er sollte das werden, was er im eigentlichen Sinne des Wortes ist, ein Dienst für die Bürgerinnen.“ (Bezirksamt Charlottenburg 1989). Die historischen Analysen des ÖGD zeigen in der Tat (s. vor allem Labisch/Tennstedt 1985), daß sich die Gesundheitsämter bereits vor 1933 zunehmend von der Tradition kompensatorischer Hilfsangebote für un-

terprivilegierte Bevölkerungsgruppen entfernt hatten und daß spätestens mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahre 1934, welches ein flächendeckendes Netz von Gesundheitsämtern mit staatlich bestellten Amtsärzten nach sich zog, die „Dialektik von Fürsorge und Kontrolle“ zerstört wurde (Labisch 1989 a, s. auch Schmacke/Güse 1984). Der von offensichtlich nazistischen Intentionen nach 1945 bereinigte und in dieser Form in den meisten Bundesländern gültige Gesetzestext stellt einen „Bauchladen“ an Aufgaben ohne klare Zuständigkeiten für den ÖGD dar (Canaris 1989 a). Das Übergewicht an Kontroll-, Überwachungs- und Begutachtungsfunktionen wird häufig beklagt, so auch vom gegenwärtigen Präsidenten der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, welcher die „geistige, moralische und bevölkerungsmedizinische Führung in Volksgesundheitsfragen“ als wiederzuerringende Aufgabe des ÖGD beschreibt (Kröger 1989, S. 551).

Zur Frage, unter welchen Bedingungen im kommunalen Raum mit einer stärkeren Verankerung gesundheitlich begründeter Handlungsansätze zu rechnen sei, führt Labisch aus: „Auf der Ebene der Städte wird Gesundheit als Problem wahrgenommen, wenn die jeweilige Leistungsfähigkeit der kommunalen Einheit entweder gefährdet ist oder durch gesundheitsrelevante Aktivitäten gefördert werden kann“. Und weiter: „Handlungsträger und Wissensträger müssen . . . in Teilbereichen deckungsgleich interagieren“ (Labisch 1989 a). Konsensfähig waren in diesem Sinne höchst heterogene Bereiche, neben der hygienischen Assanierung der Städte eben auch die Rassenhygiene des NS-Staates unter maßgeblicher Beteiligung der Gesundheitsämter (auch hierzu u. a. Labisch 1989 a).

Auf ein zentrales Thema hat Leidel im Zusammenhang mit der „Renaissance der öffentlichen Gesundheitspflege“ hingewiesen. Die Neue Armut in entwickelten Gesellschaften wie der BRD weist auf die Notwendigkeit des (nicht zuletzt von der WHO mitgetragenen) Paradigmenwechsels in der gesundheitlichen Prävention hin: „Gesundheit wird nicht mehr ausschließlich als das Fehlen von Krankheit oder Behinderung definiert und schon gar nicht als Lebensziel, das zu erreichen jedermann und jedefrau gleichsam moralisch verpflichtet ist. Gesundheit wird vielmehr als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens aufgefaßt, als Voraussetzung zur befriedigenden Teilhabe am

wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen und politischen Leben und zwar vielfach trotz oder mit gesundheitlichen Einschränkungen“ (Leidel 1989 b, S. 6). Dieser Gedanke soll hier nicht weiterverfolgt werden; für den Gesamtzusammenhang erscheint es aber wichtig darauf hinzuweisen, daß es nach wie vor harte Defizite im Bereich der unmittelbaren gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung gibt, denen sich Gesundheitsämter im Sinne kommunaler Verpflichtung ebensowenig entziehen können wie den unmittelbar präventiv orientierten Debatten und Handlungsansätzen, die zumeist mit dem Begriff der Gesundheitsförderung verbunden werden.

„Zukunftsträchtige“ Aufgabenfelder des ÖGD

In großer Einmütigkeit werden vom Bundesgesundheitsministerium, den für Gesundheit zuständigen Ministern und Senatoren der Länder, von den Leitenden Medizinalbeamten der Länder und von Gesundheitsexperten immer wieder drei Felder im Zusammenhang mit der Neuorientierung des ÖGD genannt: die Gesundheitsberichterstattung, die Umwelthygiene und AIDS. Ohne dieser Bewertung grundsätzlich folgen zu wollen, da andere weniger spektakuläre und/oder von der allgemeinen Diskussion schwächer besetzte Aufgabenfelder des ÖGD ebenso zu beleuchten wären, soll die Debatte um die Chancen der Gesundheitsförderung im und mit dem ÖGD an diesen Schwerpunkten aufgezeigt werden.

1. Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Angesichts des (zumindest) „partiellen Versagens von Versuchen zur Globalsteuerung im Gesundheitswesen“ (Nowak u. a. 1989) wird kommunale Gesundheitsberichterstattung von Politikern und Forschern zunehmend als Chance begriffen, planerische Kompetenz wiedergewinnen zu können, wobei auf die Beteiligung von Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen ausdrücklich gerechnet wird. Zugleich wird berechtigterweise daraufhingewiesen, daß es einen enormen Mangel an regionalen Einschätzungen relevanter Gesundheitsprobleme gibt (so z. B. von Ferber 1989). Die Ist-Analyse der Leistungsfähigkeit des ÖGD ergibt, daß mit einigen wenigen Ausnahmen die Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter zu „admi-

nistrativen Pflichtübungen“ (von Ferber 1989) bzw. mehr oder weniger belanglosen „Geschäftsberichten“ (Brand 1989) geworden sind. Hier soll nicht darauf eingegangen werden, daß die im Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens angelegte Allzuständigkeit des Amtsarztes, so auch bezüglich der Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, natürlich stets Fiktion war und daß die Qualität der Berichte aus den Gesundheitsämtern in den letzten 10 Jahren deutlich besser geworden ist. Richtig ist demgegenüber ohne Zweifel, daß die Gesundheitsämter das Defizit an globaler kommunaler Analyse bis dato kaum angegangen sind, und, so die These, auch nur unter besonders günstigen Bedingungen werden angehen können. Im Mittelpunkt der Diskussion steht dabei zumeist die Frage des Zugangs zu planungsrelevanten Daten; und hier erscheint kaum vorstellbar, daß der ÖGD eine zentrale Rolle bei der Analyse der ambulanten und stationären Versorgung und bei der Entwicklung aussagekräftigerer Erfassungssysteme spielen wird. Erfolgversprechender erscheint demgegenüber die Anregung von Canaris, die Methodik der Gesundheitsberichterstattung durch „gemeinwesenorientiert arbeitende Sozialarbeiter“ zu erweitern (Canaris 1989 b), zumal wenn dieser Ansatz integraler Bestandteil des Selbstverständnisses aller Berufsgruppen in Gesundheitsämtern wird, nämlich zunächst einmal sich verpflichtet zu fühlen, gesundheitliche Probleme in der Kommune zu thematisieren, ohne primär danach zu fragen, ob eine genuine Zuständigkeit des Gesundheitsamtes besteht und wer aus fachlicher Sicht die Klärung und Lösung des betreffenden Problems sinnvollerweise vorantreiben sollte. Dies ist mit anderen Worten ein Plädoyer für eine problemorientierte Gesundheitsberichterstattung, die nicht den Anspruch flächendeckender Datenerhebung vor sich herträgt. Daß die meisten Gesundheitsämter einen enormen Nachholbedarf an epidemiologischem know-how und technologischer Ausstattung haben, verschärft das Problem der Außenseiterrolle des ÖGD erheblich, erklärt aber nicht die marginale Bedeutung vieler Gesundheitsämter bei der Thematisierung relevanter gesundheitlicher Fragen in der jeweiligen Kommune. Die Chance der Gesundheitsämter dürfte insgesamt eher in der größeren Nähe zu wichtigen Bereichen gesellschaftlichen Lebens liegen als in der Übernahme des Instrumentariums epidemiologischer Forschungsansätze. Demzufolge wäre vor allem die

Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen zu fördern, natürlich auch das Zusammenbringen der verschiedenen „Leistungsanbieter“ in einer Kommune.

2. Umwelthygiene (gesundheitlicher Umweltschutz)

Der Aufgabenschwerpunkt Umwelthygiene für die Gesundheitsämter soll eingegrenzt unter folgenden Gesichtspunkten beleuchtet werden: Innerer und äußerer Erwartungsdruck, Experten-Debatte, ÖGD als Teil der öffentlichen Verwaltung gegenüber Verbraucherberatung und Bürgerinitiativen.

Die ökologische Debatte wird in den letzten Jahren immer intensiver um den „Gesundheitsaspekt“ erweitert, wobei diese Charakterisierung zumindest dadurch berechtigt erscheint, daß die (überhaupt nicht neue) Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen von Umweltproblemen stärker thematisiert wird. Ein bedeutsames Beispiel dieser Entwicklung stellt die Ende 1989 verabschiedete Europäische Charta Umweltschutz und Gesundheit der WHO dar. In dieser Charta findet sich die Forderung nach konsequenter Beachtung des Verursacherprinzips bei Umweltschäden. Der Umweltdiskurs wird unter das beschwörende Motto „Vorbeugen ist besser als Heilen“ gestellt. Von den nationalen Regierungen wird die intensive Förderung der Umwelttoxikologie und -epidemiologie erwartet.

Im nationalen Rahmen arbeiten die Länder daran, den gesundheitlichen Umweltschutz als gesetzliche Aufgabe für den ÖGD zu verankern (Arbeitsgemeinschaft 1989). Der Eckdatenentwurf benennt u. a., daß die personellen und technologischen Ressourcen der Gesundheitsämter verbessert werden müssen und beschreibt als zentrale Aufgaben des ÖGD die Aufklärung und Beratung der Bevölkerung über umwelthygienische Probleme sowie die Herstellung kooperativer Arbeitsbezüge im kommunalen Raum. Allgemein gilt in der ÖGD-Debatte die Umwelthygiene als die vielleicht zukunftsträchtigste Aufgabe der Gesundheitsämter, wobei dies zum einen von der sachlichen Notwendigkeit her als quasi nicht weiter begründungsbedürftig angesehen wird, zum anderen die besondere Aufgabe der Gesundheitsämter betont wird, nicht zuletzt angesichts der erheblichen finanziellen Auswirkungen der Sanierungsbedarfe für Kommunen mehr planerische Kompetenz zu entwickeln (so u. a. Canaris 1989 c).

Innerhalb der fraglos modernistische Züge aufweisenden Debatte um die Verstärkung des gesundheitlichen Umweltschutzes wird (von allen „Anbietern“) unterschätzt bzw. bewußt in den Hintergrund gedrängt, vor welchen enormen methodischen Problemen dieser Arbeitsansatz steckt, soweit dem Bedürfnis der Bevölkerung nach unmittelbar verwertbaren Aussagen zur chronischen Gesundheitsgefährdung durch Niedrigdosen Rechnung getragen werden soll. Daß sich eine individuumszentrierte Beratung in diesem Feld in einer absoluten Pionierphase befindet, ist vermutlich großen Teilen der interessierten Öffentlichkeit nicht ausreichend bewußt – dies hat nicht zu unterschätzende Auswirkungen in einer Gesellschaft mit einem arztzentrierten, auf kurative Medizin fixierten Gesundheitswesen. Borgers und Karmaus (1989) haben in einem exzellenten Disput die erkenntnistheoretischen Probleme dargelegt, deren Reflexion den schrecklichen Vereinfachern des Umweltdiskurses, die gesundheitliche Risiken per Expertenurteil grundsätzlich kalkulierbar gestalten wollen, im Grunde Angst machen müßte. Als scheinbarer Widerspruch ist eine schier unerschütterliche Expertengläubigkeit trotz massiver negativer Erfahrungen mit den „Experten von gestern“ genuiner Bestandteil aller Umweltdebatten; hierin sind auch die Gesundheitsämter in der Außenbetrachtung eingebunden. Für die im (gesundheitlichen) Umweltschutz Tätigen sollte fraglos gelten: „Beim Professionalismus geht es um Macht und Prestige, die Bewußtseinsbildung in bestimmten Bevölkerungsgruppen und die Gemeindeentwicklung setzen jedoch die Bereitschaft der Fachleute voraus, ihre Macht, ihr Wissen und ihre Festigkeiten mit Laien zu teilen und sich sogar überflüssig zu machen“ (WHO 1987, S. 7). Eigene Erfahrungen sprechen demgegenüber dafür, daß auch kritische Teile der Öffentlichkeit gerade von Ämtern der öffentlichen Verwaltung Aussagen nach dem Schwarz-Weiß-Raster erwarten und daß der Versuch eines „ernsthaften Dialogs“ dann „bestraft“ wird, wenn die bestehende Erwartungshaltung enttäuscht wird, ein fachlich „hochgerüsteter“ Verwaltungsapparat müsse in der Lage sein, ad hoc den Kausalzusammenhang zwischen beobachteten Gesundheitsproblemen (z. B. gehäuft auftretende Schleimhautreizung bei Lehrern und Schülern) und den vorgefundenen Arbeitsbedingungen (hier dem „Milieu“ der Schule) schlüssig nachzuweisen. Für den ÖGD ergibt sich potentiell die verführerische

Situation, der latent ohne Frage auch im ökologischen Diskurs enthaltenen Sehnsucht nach dem starken Staat „nachzugeben“ und sich zu Forderungen zu versteigen, die sich längerfristig nicht halten lassen.

Für den ÖGD ist in besonderem Maße die Grenz- und Richtwertdebatte bedeutsam. Auch hier kann nur angerissen werden, daß mit permanenten Mißverständnissen zu rechnen ist, wenn einerseits notwendigerweise für den gesundheitlichen Umweltschutz das Vorsorgeprinzip reklamiert wird, welches auf die Eliminierung/Minimierung von Schadstoff-Expositionen abzielt, andererseits aber wiederum gerade von Institutionen der öffentlichen Verwaltung gefordert wird, immer „wirksamere“ Grenz- und Richtwerte zu entwickeln und deren Einhaltung zu kontrollieren, ohne diese Dialektik von präventivem Denken und Orientierung an einklagbaren und insoweit berechenbaren Größen als unabweislich zu begreifen. Und so kann die berechtigte Forderung nach kompetenterer Beratung im Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes nicht darüber hinwegtäuschen, daß dieses Feld wie alle anderen bedeutsamen gesundheitlichen Bereiche auch notwendigerweise dem Prozeß der Verrechtlichung unterliegt und daß insoweit die Debatte um die Chancen des ÖGD in der Umwelthygiene nicht entlang eines Rasters Aufklärung contra Verwaltungshandeln geführt werden darf. So sehr auch das Mißtrauen gegenüber den Gesundheitsämtern nachvollziehbar sein mag, ausführendes Organ politischer Beschlüsse sein zu müssen, so wenig sollte außer acht gelassen werden, daß Gesundheitsämter (wie Umweltämter) notwendiger- und sinnvollerweise einem stärkeren Begründungszwang für Auflagen an die Kommune unterliegen müssen als Parteien und Bürgerinitiativen. Die Zukunftsperspektive der Gesundheitsämter im Bereich der Umwelthygiene hängt vielmehr davon ab, ob innovative Beiträge zur Verbesserung der umwelthygienischen Debatte im kommunalen Verbund geleistet werden und ob vorgetragenen Beschwerden von Bürger(Initiative)n in glaubwürdiger Weise nachgegangen wird. Bedeutsam erscheint aber auch, daß die Gesundheitsämter in ihrem internen Klärungsprozeß begreifen, daß sie in vielen umwelthygienisch relevanten Fragen Quereinsteiger der gesellschaftlichen Diskussion sind und nicht der Fiktion erliegen, durch Insistieren auf der gesundheitlichen Dimension von Umweltproblemen automatisch die Federführung (wieder-)

gewinnen zu können. So wird sicher nur mühsam zu verdeutlichen sein, welche neue Qualität mit der Formel der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung in die Diskussion um die Umweltverträglichkeitsprüfung eingebracht werden soll, wenn dies nicht exemplarisch vermittelt werden kann. Hier werden in der ÖGD-internen Diskussion leider oft Wunsch und Wirklichkeit miteinander verwechselt: „Epidemiologie und die Beobachtung der menschlichen Lebensverhältnisse gehören traditionell zum Aufgabengebiet der Gesundheitsämter. Die Abteilungen für Umwelthygiene, die Jugendärztliche Abteilung, die Sozialpsychiatrische Abteilung sowie der Amtsärztliche Dienst haben jeweils spezielle Erfahrungen gesammelt und dokumentiert, die bei der prospektiven Bewertung neuer Maßnahmen genutzt werden können“ (Wodarg 1989, S. 694). Schnell entwickelt sich hier eine moderne Variante der berechtigterweise kritisierten „Allzuständigkeit“ des Amtsarztes (d.h. in moderner Terminologie: der Leitung eines Gesundheitsamtes und deren Mitarbeiter/innen). Dies mag hier mit einem weiteren Zitat belegt werden, welches Absichten dokumentiert, Umwelthygiene im Healthy-Cities-Ansatz zum Unterkapitel von Sozialhygiene erklären zu wollen: „Neben der Verbesserung des technischen Umweltschutzes muß jedoch eine Verbesserung der soziohygienischen Umweltbelange einen Hauptschwerpunkt bilden... Es gilt, Problemketten, wie beispielsweise verdichtetes Wohnen, Einstieg in die Kriminalität und Anstieg des Drogenkonsums, zu erkennen, die individuellen Gründe darzustellen und die Problembereiche anzugehen“ (Schneitler 1988, S. 184).

Damit wird implizit ein Primat des gesundheitlich begründeten und begründbaren Planungs- und Steuerungsbedarfs gesellschaftlicher Prozesse behauptet, wodurch Erinnerungen an biologisch definierte Staatsutopien wach werden.

Demgegenüber wird in der internen ÖGD-Debatte überwiegend herausgestellt, wie vorrangig zunächst die Steigerung der umweltmedizinischen Kompetenz in den Gesundheitsämtern ist, und daß ohne weitere Qualifizierungsschübe der Anspruch, die Beratungsfunktion sowohl in Richtung der Bürgerinteressen als auch der politischen Verantwortlichen auszubauen, als Wunschdenken bezeichnet werden muß.

Die Chancen der dauerhaften Etablierung umwelthygienischer Arbeitsschwerpunkte in den Gesundheitsämtern hängen weiter maß-

geblich von der Fähigkeit ab, Kooperation und Vernetzung im kommunalen Raum nicht nur als Schlüsselworte zu benutzen sondern praktisch zu erproben. Für das Selbstverständnis erscheint für die Gesundheitsämter die Erkenntnis wichtig, daß sich bedeutsame Felder der Umwelthygiene nur dann wirkungsvoll besetzen lassen, wenn die regionalen fachlichen Ressourcen bekannt sind und genutzt werden. Einer der wichtigsten Kooperationspartner im Bereich der öffentlichen Verwaltung ist fraglos die Gewerbeaufsicht, die über einen in Jahrzehnten gewachsenen Fundus an gewerbehygienischem Wissen und Handlungsrastern verfügt, so sehr sich die Suchrichtung der Gewerbeaufsicht von der einer bevölkerungsorientierten Umwelthygiene auch unterscheiden mag. Nur in der gemeinsamen Praxis lassen sich Fortschritte erzielen: als Beispiel sei eine Studie zur Tetrachlorethenbelastung bei Anwohnern von chemischen Reinigungen genannt, die vom Gewerbeaufsichtsamt und Hauptgesundheitsamt Bremen (in Zusammenarbeit mit einem privaten und einem Universitätslabor) durchgeführt wurde (Schaefer/Hohmann 1989). Gesundheitsämter, welche die Voraussetzungen qualifizierter multiprofessioneller Arbeit im Bereich der Umwelthygiene mitbringen oder diese in den nächsten Jahren realisieren können, werden fraglos zunehmend in den Diskussions- und Planungsprozeß der Kommunen eingebunden werden. Es wäre dann sinnvoll, über die Vernetzung der entstandenen Umweltämter mit den Umwelthygiene-Abteilungen größerer Gesundheitsämter nachzudenken. Die Chancen des gesundheitlichen Umweltschutzes in kommunaler Regie hängen aber natürlich nicht zuletzt davon ab, ob die Bevölkerung diesen umwelthygienischen „Experten“ als glaubwürdigen Anwalt wahrnimmt.

3. AIDS-Prävention und -Betreuung

Einen richtungsweisenden Ansatz zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes sieht Kröger in den flächendeckenden Programm der Zuweisung von sog. AIDS-Fachkräften, zumeist Ärzte, und deren systematischen Qualifizierung durch das gleichnamige, zeitlich befristete Modell des Bundesgesundheitsministeriums (Kröger 1989). Tatsächlich haben viele Gesundheitsämter – auch schon vor diesem Bundesmodell – in enger Kooperation mit der Selbsthilfebewegung frühzeitig auf die HIV-Epidemie mit der Etablierung eigenständiger AIDS-Beratungsstellen

reagiert, die sich den Prinzipien der Anonymität und Vertraulichkeit verpflichtet haben (zu den ersten Erfahrungen s. Schmacke 1985). Trotz der auch außerhalb Bayerns fortwährenden Debatte um die Notwendigkeit der gleichzeitigen Anwendung des Bundesseuchengesetzes, um Meldepflicht und staatliche Ermittlung von Infizierten, kann festgehalten werden, daß aus den Gesundheitsämtern heraus ein maßgeblicher Beitrag zur Aufklärung und Beratung zum HIV-Problem geleistet worden ist, auch wenn regionale Qualitätsunterschiede nicht zu übersehen sind. Dies kann nur dann richtig eingeschätzt werden, wenn zugleich bedacht wird, daß in der Bundesrepublik Prävention im Gesundheitswesen immer noch ein Feld ist, „auf dem wir uns gerade erst zu bewegen beginnen“ (Rosenbrock 1989, S. 51). Einige zentrale Voraussetzungen des Konzeptes wirksamer AIDS-Aufklärung und -Betreuung seien skizziert:

- Ablehnung von moralisierenden Weltanschauungen
- Verständnis sozialwissenschaftlicher Präventionsforschung
- Multiprofessionelle Teams
- Förderung eines kommunalen Netzwerks unter Achtung der Souveränität von Selbsthilfegruppen
- Kompetente Beratungskonzepte ohne Zentrierung auf den HIV-Antikörpertest
- Einbindung der Beratungsangebote in verlässliche Betreuungsstrukturen
- Glaubwürdige Einhaltung der Prinzipien von Anonymität und Vertraulichkeit.

Skepsis ist freilich angebracht, wenn die Arbeit der AIDS-Beratungsstellen an den Gesundheitsämtern als Beispiel begriffen wird, das sich zur Bewältigung anderer „Volksgesundheitsprobleme“ von den Herz-Kreislaufkrankungen bis zu Suchtproblemen nutzen lasse (so Kröger 1989). Demgegenüber wäre gesundheitspolitisch bedeutsam, zunächst einmal die begonnene Arbeit im Bereich der HIV-Prävention zu stabilisieren und stärker als bisher im gesellschaftlichen Bewußtsein zu verankern, daß sich die traditionellen seuchenhygienischen Handlungsmuster des Staates im Bereich der sexuell übertragbaren Erkrankungen als im wesentlichen untauglich erwiesen haben (Schmacke 1989). Als Problem muß schließlich gesehen werden, daß durch die erreichten Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der HIV-Erkrankungen die Notwendigkeit kontinuierlicher, qualitativ weiter zu verbessernder Aufklärungsarbeit geringgeschätzt werden kann.

Schlußbetrachtung

Es erscheint evident, daß die Frage nach der Beziehung von Gesundheitsämtern zum Gesundheitsförderungs-Diskurs nicht pauschal erörtert werden kann, sondern einer sehr konkreten Betrachtung einzelner Arbeitsschwerpunkte bedarf, von denen oben nur einige kursorisch abgehandelt werden konnten.

Es sollte gezeigt werden, daß sich das in der Öffentlichkeit oft benutzte Unterscheidungsraaster „Aufsicht contra Aufklärung“ für eine Bewertung der Grenzen und Möglichkeiten der Arbeit in und mit Gesundheitsämtern nicht durchgängig eignet, da „Gesundheitsaufsicht“ und Wahrnehmung hoheitlicher Funktionen in einem Bereich präventiv erforderlich und in einem anderen absolut kontraproduktiv sein kann. Es sollte zugleich die These vertreten werden, daß die Chancen der Gesundheitsämter in der kommunalen Gesundheitsförderung an das Vorweisen gut begründeter und qualifizierter durchgeführter Einzelprojekte geknüpft sind, keinesfalls aber in einer Neuauflage des Allzuständigkeitsanspruchs des Vereinheitlichungsgesetzes zu sehen sind.

Es gilt unter Beweis zu stellen, daß die qua gesetzlichem Auftrag bestehende Verbindlichkeit und Verpflichtung der Leistungsangebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine sinnvolle und notwendige Stütze kommunaler Angebote im Gesundheitswesen darstellen und daß dies keine Leerformeln sind. Eine große Chance stellt die zunehmende Multiprofessionalität in Gesundheitsämtern dar, wobei gleichzeitig bedeutsam ist, daß aus verschiedenen Gründen, die hier nicht diskutiert werden können, fraglos insgesamt auch das individuelle Qualifikationsniveau in allen Berufsgruppen der Beschäftigten durch Verbesserung der Fortbildungsangebote aber maßgeblich auch durch Neueinstellungen deutlich gestiegen ist. Parallel damit einhergehend hat sicher auch ein Wandel des Selbstverständnisses der Arbeit im ÖGD stattgefunden, ohne daß dies bisher durch wissenschaftliche Untersuchungen belegt ist.

Verdeutlicht werden sollte schließlich, daß die Entwicklungsmöglichkeiten des ÖGD nicht zuletzt davon abhängen, ob die interessierte Öffentlichkeit diesen in die öffentliche Verwaltung integrierten Teil des kommunalen Gesundheitswesens fordert und fördert. Öffentliche Verwaltung kann nur so innovativ und de-

mokratisch sein wie der jeweilige Zustand der Gesellschaft es zuläßt. Damit sollen die Gesundheitsämter nicht aus ihrer eigenen Verantwortung entlassen werden; sie sind aber sicher immer auch Spiegelbild gesellschaftlicher Interessen. Insofern ist durchaus vorstellbar, daß die Gesundheitsämter im Rahmen der stärkeren Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme auf der Ebene der Städte und Kommunen eine Renaissance erfahren, auch wenn gesehen werden muß, daß ein chronischer Konflikt für die Gesundheitsämter darin liegt, daß sie – bislang jedenfalls – unerbittlich der Realität des Subsidiaritätsprinzips ausgesetzt sind. Die zunehmende Verschuldung der Kommunen spricht als weiteres Moment gegen eine Stabilisierung oder einen Ausbau der Gesundheitsämter, auch wenn gegenwärtig der Rationalisierungsdruck in der öffentlichen Verwaltung aus verschiedenen Gründen nachzulassen scheint. Unwägbare erscheint demgegenüber, ob sich das politische wie öffentliche Interesse nicht auf Grund der Zunahme der Bevölkerungszahlen vorrangig auf Probleme wie Wohnungsbau und Sicherung des sozialen Netzes konzentriert und dadurch Themen wie Umweltschutz/Umwelthygiene und AIDS in den Hintergrund rücken. Im größeren Kontext bedeutet dies, inwieweit es im nächsten Jahrzehnt gelingen kann, die von Troschke benannte Trias Gesundheitsförderung, Umweltschutz und Entwicklungshilfe auch aus der Perspektive der Kommunen in ihrer Bedeutung darzustellen (Troschke 1989, S. 36). In einer Zeit, in der die Bundesrepublik de facto zu einem Einwanderungsland geworden ist, werden die Gesundheitsämter unter Beweis stellen müssen, ob sie ihre historische Lektion gelernt haben.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (1989): Eckdaten für eine gesetzliche Regelung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Umwelthygiene (Entwurf).
- Badura, B./Lenk, K. (1989): Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn. In: Kommunale Gesundheitsförderung, Frankfurt/M., S. 161–178.
- Barthel, Chr. (1989): Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung. Aspekte des öffentlichen Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert, Frankfurt/M.
- Bezirksamt Charlottenburg (1989): Kommunalpoli-

tisches Arbeitsprogramm der Abteilung Gesundheitswesen für die Legislaturperiode 1989–1993, Berlin.

- Borgers, D./Karmaus, W. (1989): Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? In: Argument Sonderband AS 186, Berlin, S. 46–58.
- Brand, H. (1989): Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionalisierte Planung im Gesundheitswesen. In: Argument Sonderband AS 186, S. 46–58.
- Canaris, U. (1989 a): Ergebnisse einer qualitativen Bestandsaufnahme über den ÖGD in Nordrhein-Westfalen. Ms. (nicht veröff.).
- Canaris, U. (1989 b): Gesundheitsförderung als Aufgabe der Sozialarbeit. Ms. (nicht veröff.).
- Canaris, U. (1989 c): Gesundheitsförderung in der Kommune – Plädoyer für ein gemeinsames Vorgehen. In: Demokratisches Gesundheitswesen 11–12/89, S. 27–34.
- Eisenberg, L. (1989): Health Education and the AIDS-Epidemic. Brit. J. Psychiat. 154, 1989, S. 754–767.
- Ferber, Chr. v. (1989): Mensch – Stadt – Gesundheit. Handlungsspielräume kommunaler Gesundheitspolitik. Ms. (nicht veröff.).
- Kröger, E.K. (1989): Das AIDS-Qualifizierungsprogramm der Bundesregierung – ein richtungsweisender Ansatz zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Öff. Ges. Wes. 51, 1989, S. 549–553.
- Labisch, A./Tennstedt, F. (1985): Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Düsseldorf (2 Bd.).
- Labisch, A. (1986): Gesundheitssicherung in der Gemeinde-Tradition, Stand, Aufgaben für die Zukunft. Dt. Zentr. für Volksgespl. e. V. Schriftenreihe Heft 46, Frankfurt/M.
- Labisch, A. (1989 a): Experimentelle Hygiene, Bakteriologie, soziale Hygiene: Konzeptionen, Interventionen, soziale Träger – eine idealtypische Übersicht. Ms. (nicht veröff.).
- Labisch, A. (Hg.) (1989 b): Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Dt. Zentr. für Volksgespl. e. V. Schriftenreihe Heft 52, Frankfurt/M.
- Leidel, J. (1989 a): Gesundheitsamt/Öffentlicher Gesundheitsdienst., In: AIDS und HIV-Infektionen, Diagnostik, Klinik, Behandlung. Hg. H. Jäger. Landsberg. IX-a
- Leidel, J. (1989 b): Die Rolle des Gesundheitsamtes in der kommunalen Gesundheitsförderung. Ms. (nicht veröff.).
- Müller, W./Laaser, U./Kröger, E./Murza, G. (1988): Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. In: Öff. Ges. Wes. 50, 1988, S. 303–313.
- Nowak, M. u. a. (1989): Projektantrag „Neue Ansätze kommunaler und regionaler Gesundheitspo-

- litik unter spezifischer Berücksichtigung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Herne/Köln
- Rosenbrock, R. (1986): AIDS kann schneller besiegt werden Hamburg
- Rosenbrock, R. (1989): Wege zu einer effektiven Prävention. In: 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven. Bonn, S. 41–54
- Schaefer, I./Hohmann, H. (1989): Tetrachlorethenbelastung bei Anwohnern von chemischen Reinigungen. In: Öff. Ges. Wes. 51, 1989, S. 291–295
- Schmacke, N./Güse, H.G. (1984): Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Bremen
- Schmacke, N. (1985): Thesen zur Rolle der Gesundheitsämter im Umgang mit AIDS. In: Öff. Ges. Wes. 47, 1985, S. 578–582
- Schmacke, N. (1987): Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. In: Argument Sonderband AS 146, Berlin, S. 122–145
- Schmacke, N./Schwarzkopf, H. v. (1987): Primäre Prävention von HIV-Infektionen: Agieren zwischen Baum und Borke. In: Pro Familia – Magazin 4/1987, S. 1–3
- Schmacke, N. (1989): AIDS und Seuchengesetze: Anmerkungen zu historischen Erfahrungen bei der „Bekämpfung“ von Infektionskrankheiten. Ms. (im Druck)
- Schmidt, G. (1989): Hauptsache gesund! Die schöne neue Welt der Gesundheits-Autisten. In: Psychologie Heute, Juli 89, S. 52–55
- Schneitler, H. (1988): Gesunde Städte – Das WHO-Projekt am Beispiel von Düsseldorf. In: Gesundheit für alle – alle für Gesundheit. Hg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V. Bonn, S. 182–188
- Troschke, J. v. (1989): Gesundheit als Wert. In: 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven. Bonn, S. 17–40
- Wodarg, W. (1989): Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung – eine präventivmedizinische Aufgabe der Gesundheitsämter. In: Öff. Ges. Wes. 51, 1989, S. 692–697
- WHO (1987): Ethik und Gesundheitsförderung. EUR/ICP/HSR 634 7118 v
- WHO (1989): Europäische Charta Umwelt und Gesundheit. ICP/RUD 113/Conf. Doc./1 Rev. 2.

Dr. Norbert Schmacke

Hauptgesundheitsamt der Stadt Bremen

Horner Str. 60–70, 2800 Bremen

Almed

Inhaltsverzeichnis

Schwerpunktthema:

Gesundheit als gesellschaftlicher Zwang?

Vorwort von Hannes Friedrich, Ulrich Mergner, Edeltraut Mönkeberg-Tun, Gerd Ziegeler	5
Ulrich Mergner, Edeltraut Mönkeberg-Tun, Gerd Ziegeler: Gesundheit und Interesse: Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit	7
Eberhard Wenzel: Gemeindeorientierung und Gesundheitserziehung: Soziale Kontrolle über das „richtige Leben“?	21
Peter Franzkowiak und Eberhard Wenzel: Gesundheitsförderung: Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffes	30
Heinz-Harald Abholz: Früherkennung – Mehr an Gesundheit? Eine klinisch-epidemiologische Analyse	43
Norbert Schmacke: Kommunale Gesundheitsförderung – Renaissance der Gesundheitsämter?	55
Uwe Flick: Beratung – Aufhebung erlernter Hilflosigkeit?	63
Gerd Marstedt: Schattenwürfe sozialer Rationalisierung: Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt	74

Aus Forschung und Praxis

Jörg und Gabriele Richter: Zur Bedeutung politischer Ereignisse für psychische Störungen	89
Franz Strunz: Der Reflex politisch-gesellschaftlicher Verhältnisse im Traum	94
Harry Friebel: Geschlechterverhältnisse – gegen die Rhetorik der Gleichheit	99
Günter Reisbeck: AIDS – Die psychosoziale Herausforderung am Ende des Jahrhunderts	107
Heide Häberle und Reinhold Schwarz: Psychosoziale Arbeit mit krebserkrankten Kindern und Jugendlichen: „Ein unmöglicher Beruf“?	113

Rezensionen

Marlene Bock, Monika Reimitz, Horst-Eberhard Richter, Wolfgang Thiel, Hans-Jürgen Wirth: Zwischen Resignation und Gewalt. Jugendprotest in den achtziger Jahren (Horst Gerhard)	121
Paul Roazen: Freuds Liebling Helene Deutsch. Das Leben einer Psychoanalytikerin (Almuth Bruder-Bezzel)	124
F. Petermann u. U. Petermann: Training mit Jugendlichen – Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten (Horst Zumkley)	125
Neue Bücher	127
Die Autoren	129

psychosozial

Psychologie Verlags Union GmbH

Herausgeber: Hellmut Becker, Dieter Beckmann, Iring Fetscher, Hannes Friedrich, Albrecht Köhl, Annegret Overbeck, Horst-Eberhard Richter, Hans Strotzka, Ambros Uchtenhagen, Eberhard Ulich, Jürg Willi und Hans-Jürgen Wirth.

Schriftleitung: Dr. Hans-Jürgen Wirth (verantwortlicher Redakteur), Friedrichstraße 35, 6300 Gießen, Telefon 0641/7 02-61 55 oder 7 02-24 80

Redaktion: Dipl. Psych. Petra Glück, Dr. H. Jürgen Kagelmann, Dipl.-Psych. Stefan Granzow, Anschrift wie Verlag

Verlag: Psychologie Verlags Union GmbH, Landwehrstraße 61, Postfach 20 24 40, 8000 München 2, Telefon 089/53 83-2 05

Umschlagkonzept: Atelier Warminski, 6470 Büdingen 8

Umschlagabbildung: Cartoon von Hans Traxler: Deutsche in aller Welt

Satz, Druck und Bindung: Ludwig Auer GmbH, Heilig-Kreuz-Straße 16, 8850 Donauwörth
Printed in Germany

Erscheinungsweise: viermal im Jahr

Bezugsgebühren: für das Jahresabonnement DM 98,- (incl. MwSt.) zuzüglich Versandkosten. Studentenpreis (bei Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung) DM 49,- (incl. MwSt.) zuzüglich Versandkosten. Lieferungen ins Ausland zuzügl. Mehrporto. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis zum 15. November erfolgt ist. Preis des Einzelheftes DM 32,-

Bestellungen nehmen alle Buchhandlungen und der Verlag entgegen

Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste No 2/1989

Anzeigenverwaltung: Horst Althaus (verantwortlich), Anschrift wie Verlag, Telefon 089/53 83-1 86

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, bleiben vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Psychologie Verlags Union GmbH, München 1990

Manuskripte bitte in zweifacher Ausfertigung an die Schriftleitung. Mit der Annahme des Manuskriptes erwirbt der Verlag das ausschließliche Verlagsrecht auch für etwaige spätere Veröffentlichungen.

Die Zeitschrift PSYCHOSOZIAL wird regelmäßig im *Sozialwissenschaftlichen Literaturinformationssystem SOLIS* des Informationszentrums Sozialwissenschaften (5300 Bonn) und in der Literaturdatenbank PSYNDEX der *Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)*, Universität Trier, Postfach 3825, 5500 Trier, erfaßt.

ISSN 0171-3434