

Tradition und Zukunft im Blickfeld einer Akademie*

N. Schmacke

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Auf 25 Jahre Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zurückzublicken, verlangt, nach den Wurzeln dieser 71er Gründung der Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zu fragen. 1920 bzw. 21 waren in Breslau, Berlin-Charlottenburg und Düsseldorf sozialhygienische Akademien gegründet worden, die vor allem die Funktion hatten, Ärztinnen und Ärzte für die Kreisarztfunktion auszubilden. In Düsseldorf waren es der Pädiater Arthur Schlossmann als Vorsitzender des Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege, die Niederrheinische Frauenakademie der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz und die Medizinische Akademie, welche die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie gründeten. Ihr Leiter wurde der österreichische Landesgewerbearzt und Privatdozent für Sozialmedizin Ludwig Teleky. In der Eröffnungsschrift unserer heutigen Akademie liest man, daß diese Westdeutsche Sozialhygienische Akademie 1933 geschlossen wurde. Genauso lapidar wird festgestellt, daß 1946 in Hamburg und Düsseldorf erneut Akademien für Staatsmedizin gegründet wurden, welche die Trägerländer dann 1971 aus Zweckmäßigkeitsgründen zusammenlegten. Es entsprach der damals üblichen Weise, die Geschichte der Rassenhygiene und des Nationalsozialismus in ganz großen Schritten zu übergehen, wenn mit keinem Wort die antisemitische und antidemokratische Motivation der NS-Machthaber zur Schließung der Düsseldorfer Akademie genannt wurde. Teleky hatte rechtzeitig ins Exil entkommen können. Eine Rehabilitierung und Würdigung in der Nachkriegszeit blieb aus. Ich möchte deshalb bewußt an den Anfang meiner Rede die Verpflichtung äußern, daß wir im nächsten Jahr gestützt auf die Fachkompetenz der Medizinhistoriker Alfons Labisch und Dietrich Milles einen Band mit Schriften von Ludwig Teleky herausgeben werden, um erneut an diese verschütteten Alternativen im öffentlichen Gesundheitswesen in Deutschland zu erinnern.

Die bis heute unzulängliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Wurzeln öffentlicher Gesundheitspflege macht es vor dem Hintergrund der Zerstörung emanzipatorischer Ansätze der Sozialmedizin durch die NS-Machthaber in Deutschland so schwer, von einer Tradition der Bevölkerungsmedizin zu sprechen. Bevölkerungsbezogenes Gesundheitshandeln aber ist das Thema dieser Akademie. Der Begriff Bevölkerungsmedizin ist desavouiert, wir haben erst wieder über den Reimport der Begriffe und Konzepte von Public Health und Community Medicine gelernt, die Individualmedizin und Be-

völkerungsmedizin als zwei zueinander gehörende Elemente der Gesundheitslandschaft zu begreifen. Und es ist heute besonders schwierig, angesichts der Dominanz der kurativen Medizin die Bedeutung der sozialen Dimensionen von Prävention und Gesundheitssicherung zu würdigen.

Der heutige Tag ist dem Thema „Schule und Gesundheit“ gewidmet, weil wir anstelle eines Generalüberblicks beispielhaft zeigen möchten, an welchen Fragestellungen wir aktuell arbeiten, von welchem Selbstverständnis wir ausgehen, und welche Probleme ungelöst vor uns liegen. In der Einladung ist deshalb auch von einem Einblick in unsere Werkstatt die Rede. Wir haben keine fertigen Lösungen, aber wir möchten daran mitwirken, daß der Lebensraum Schule mehr als bisher unter dem Gesichtspunkt gesundheitsfördernder Aktivitäten ausgeleuchtet wird.

Wenn wir heute Schule und Gesundheit thematisieren, können wir nicht ausblenden, daß das vor 100 Jahren entwickelte Wiesbadener System von Schulhygiene und Schulgesundheitspflege nach 1933 abgelöst wurde durch ein sozialdarwinistisches Konzept, welches gleichermaßen die „Aussonderung“ von Benachteiligten wie den Gesundheitskult für die aus rassenhygienischer Sicht zu privilegierenden Bevölkerungsgruppen zur Handlungsmaxime erhob. Diese Politik predigte die Rassenhygiene als Erlösungsformel einer neuen Präventivmedizin. Dies liegt zum Glück weit hinter uns, die Lehren aus dieser Katastrophe sind gleichwohl immer wieder zu erarbeiten.

Die heutige Sozialmedizin und Gesundheitswissenschaft kann, wie uns vor allem Labisch und Tennstedt gezeigt haben, auch zurückblicken auf die Tradition der kommunalärztlichen Bewegung, welche die beiden Wurzeln der Armenmedizin und des Aushandelns vorrangiger kommunalpolitischer Ziele in sich vereinte. So war für den Leiter der westdeutschen sozialhygienischen Akademie von 1921, Ludwig Teleky, selbstverständlich, daß die Akteure im Feld der kommunalen Sozialmedizin interdisziplinär ausgebildet werden mußten. Er konstatierte, daß sowohl die Teilnehmer der Lehrgänge wie die Dozentenschaft allzusehr dem Denkschema der klinischen Medizin verhaftet und nur mühsam daran zu gewöhnen seien, sich mit der zweiten Grunddisziplin der Sozialmedizin, nämlich den Sozialwissenschaften, intensiv zu beschäftigen. Wenn heute von New Public Health gesprochen wird, so hat Teleky

damit offenkundig schon auf eines der zentralen Probleme hingewiesen: Wie schaffen wir es, in der Praxis der Aus-, Fort- und Weiterbildung tatsächlich interdisziplinäres Denken selbstverständlich werden zu lassen? Das Problem ist uns heute bewußt, unsere didaktischen und konzeptuellen Antworten aber müssen weiterentwickelt werden.

In einer Tour d'horizon möchte ich folgende Schlüsse aus dem Blick in die Geschichte der Sozialmedizin für unser heutiges Thema ziehen:

1. Der öffentliche Gesundheitsdienst leidet bis heute an der gewaltsamen Beendigung der Kommunalärztebewegung der Weimarer Republik. Dies betrifft sowohl das Selbstverständnis sozialmedizinischen Denkens wie den Dialog von öffentlichem Gesundheitswesen und Kommunalpolitik.
2. Der öffentliche Gesundheitsdienst konnte in der Nachkriegszeit angesichts der Epidemien von Infektionskrankheiten und krasser Armut durch das Anknüpfen an das Hygieneparadigma seine substantiellen Schwächen verdecken. Diese speisten sich sowohl aus dem Verlust an sozialmedizinisch profilierten und visionären Persönlichkeiten wie aus der Abkopplung vom internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs. Der ÖGD war – auch jenseits des Themas Einkommenserwartungen der Ärzteschaft – für lange Zeiträume kein attraktives Praxisfeld für engagierte Persönlichkeiten.
3. Die erstarkende Kassenarztbewegung hatte keine Probleme, die Bereiche Vorsorge und Impfen für sich zu gewinnen und sich damit den Mantel der Präventivmedizin umzuhängen, ohne den Nachweis führen zu müssen, wie wirksam ihre Konzepte tatsächlich waren. Politik und Öffentlichkeit verloren schrittweise den öffentlichen Gesundheitsdienst jenseits hoheitlicher Eingriffe und gewohnter Reihenuntersuchungen aus dem Blickfeld.
4. Dem öffentlichen Gesundheitswesen fehlten für eine Neubestimmung auch die notwendigen Bezugswissenschaften. Die universitäre Medizin und andere Disziplinen interessierten sich im Nachkriegsdeutschland kaum für das Thema „öffentliche Gesundheit“. Und wo Sozialmedizin hier und da überleben durfte, geschah dies um den Preis des Reduktionismus: „Auch die Gesellschaft ist ein Naturphänomen und läßt sich mit den induktiven Methoden der Physiologie durchleuchten“, schreiben 1972 Schaefer und Blohmke, bedeutende Nestoren der Nachkriegssozialmedizin. Dies erscheint uns heute unwirklich, aber es wurde ein Jahr nach Gründung dieser Akademie formuliert.
5. Die ersten ernsthaften Ansätze zur Überwindung des medizinischen Modells von Krankheit und Gesundheit führen uns in die Jahre der Reform der ärztlichen Approbationsordnung Anfang der 70er Jahre. Medizinische Soziologie und Psychologie sowie das ökologische Stoffgebiet sollten neben Vorlesungen zur Psychosomatik sicherstellen, daß die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland Anschluß an die angloamerikanischen Entwicklungen finden könnte. Die medizinischen Fakultäten erlaubten es nicht, daß diese Impulse für Krankenversorgung und Gesundheitsplanung nennenswerte Bedeutung erlangten. Der öffentliche Gesundheitsdienst konnte von diesen zarten Pflanzen kaum profitieren. Insbesondere blieben interdisziplinäre Ansätze für ein öffentliches Gesundheitswesen weitgehend unberücksichtigt. Die Bedeutung der psychosozialen Fachberufe und der Pflege wurde zudem viel zu lange unterschätzt.
6. Überraschenderweise gelang es dann Ende der 80er Jahre einer Gruppe von Wissenschaftlern, die Forschungs- und Gesundheitspolitik unter der Leitidee von Public Health zur Förderung entsprechender Ausbildungs- und Forschungsziele zu motivieren. Es ist heute kaum auszumachen, ob diese Renaissance vor allem mit der Erwartung verbunden bleibt, die ökonomischen Probleme des Krankenversorgungssystems über diese Querschnittsdisziplin zu lösen oder ob darüber hinausgehende Hoffnungen ihren Niederschlag finden, nämlich die Voraussetzungen für ein Leben vor und mit Krankheit in der postindustriellen Gesellschaft besser verstehen zu können. Die ganz aktuellen Entwicklungen um die Finanzierung der Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und weitergehende Bemühungen zur Reform des Systems der Solidargemeinschaft lassen Zweifel aufkommen, daß Public Health ausreichend tief in die Politikebene eingedrungen ist. Es ist letztlich vielleicht weniger dieser momentane Rückschritt in der Aufgabenzuweisung an die Krankenkassen, der so irritierend ist. Sorgen bereitet noch mehr der schlichte Rückgriff auf das einseitige medizinische Modell von Gesundheit und Krankheit, wenn zunehmend die Rede davon ist, nunmehr müsse angesichts der finanziellen Engpässe im Gesundheitswesen eine Rückbesinnung auf das „wirklich Erforderliche“ einsetzen. Prävention und Entwürfe vernetzter Versorgungsstrukturen haben dabei keinen Platz.

Trotz einer insoweit skeptischen Einschätzung der Reichweite der universitären Public-Health-Bewegung steht außer Frage, daß es ein wichtiger Schritt war, in Düsseldorf über den Kooperationsvertrag zwischen der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität und der Akademie den Verbund zwischen Praxis und Wissenschaft in unseren Lehrangeboten verankert zu wissen. Es bestehen inzwischen zahlreiche gute Kontakte zu den neuen Studiengängen in Public Health, und es entspricht dem Selbstverständnis der Akademie, den Dialog zwischen Gesundheitswissenschaft und dem öffentlichen Gesundheitsdienst nach Kräften zu fördern. Es könnte, bezogen auf unser heutiges Thema, eine wichtige Aufgabe sein, das Feld Schule auch innerhalb solcher Kooperationen mehr als bisher ins Blickfeld zu nehmen. Dabei können insbesondere die Ergebnisse der medizinsoziologischen und -psychologischen Streßforschung für die Weiterentwicklung des Modells einer gesunden Schule genutzt werden.

Erst mit dem erforderlichen Gespür für derartige historische Zusammenhänge wird man ermessen können, wie weit der Weg zu unserem heutigen Verständnis von sozialpädiatrischer Arbeit in Schulen ist und wie beachtlich die erreichten Veränderungen im Aufgabenverständnis der Gesundheitsämter sind. Ich will einige dieser Entwicklungen – bezogen auf die Bildungsangebote der Düsseldorfer Akademie – kurz skizzieren, ehe ich zum Ende meines Vortrags andeuten möchte, wie die Akademie ihre Schwerpunkte für das kommende Jahrzehnt im Feld von Schule und Gesundheit sieht.

Die Düsseldorfer Akademie hat seit etwa zehn Jahren schulärztliche Tätigkeit gestaffelt zu thematisieren versucht:

1. als Vermittlung und Realisierung von Hilfen für diejenigen, die nicht gewohnt sind, ärztliche Sprechstunden und Beratungsstellen aufzusuchen.
2. als Quelle relevanter regionaler Gesundheitsberichterstattung. Die WHO-Software EPI-Info war ohne Frage ein

Durchbruch in der Entwicklung epidemiologischer Routinen für den Auftrag der Gesundheitsämter.

3. als Begleitung der Integration behinderter und benachteiligter Schüler in das Regelsystem der Beschulung.
4. als Suche nach Kooperationspartnern und Kooperationsformen, z. B. Schul- und Elternkonferenzen.
5. als Beratung von Eltern, Kindern und Öffentlichkeit in Sachen Gesundheit. Seit einigen Jahren gelingt es z. B., über die Allergieproblematik die Verbindung zwischen Ökologie- und Gesundheitsdebatte auch über die schulärztlichen Dienste zu forcieren. Die Akademie hat, um ein weiteres praktisches Beispiel zu nennen, gemeinsam mit dem Institut für Arbeitsmedizin der Universität Düsseldorf und dem Gesundheitsamt Mülheim jüngst ein Unterrichtskonzept zur Prävention von Hörschäden in Schulen entwickelt. Dies verweist auf den Zusammenhang von Verhältnis- und Verhaltensprävention, nämlich auf die Frage, wie Kinder und Jugendliche motiviert werden können, eine weitreichende potentielle Schädigung ihrer Sinnesorgane zu vermeiden, ohne den Eindruck zu gewinnen, Gesundheitsapostel wollten Genuß und Rausch aus der Lebenswelt der Menschen per Dekret entfernen.

Es ist offensichtlich, daß damit die Zukunftschancen des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Feld der Schulgesundheit nicht ausgeschöpft sind. Waren Pioniere der Sozialmedizin wie Arthur Schloßmann und Ludwig Teleky ihrer Zeit weit voraus, so bleibt es unsere Aufgabe, derartige Weitsichtigkeit heute unter Beweis zu stellen. Es dürfte die wirklich neue Qualität von New Public Health ausmachen, danach zu fragen, wie primäre Prävention unter Einbeziehung der Betroffenen realisiert werden kann, welche Faktoren es weiterhin Menschen ermöglichen, trotz allgegenwärtiger krankmachender Faktoren gesund zu bleiben und schließlich mit eingetretenen Krankheiten relativ gut umgehen zu können. Was kann Schule als Institution der Gesellschaft dazu beitragen, daß Gesundheitsförderung nicht zu einer modischen Floskel wird? Wenn man hierüber nachdenkt, kommt man schnell zu der Erkenntnis, daß verschiedene Fachdisziplinen gemeinsam gefordert sind: soziologische Organisationsentwicklung, Streßforschung, Pädagogik, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, Entwicklungspsychologie: um einige der unverzichtbaren Disziplinen zu nennen. Und man kommt zu dem wesentlichen Punkt, daß zukunftsweisende Konzepte nicht im klassischen Experten-Laien-Kontrast entwickelt werden können. Der Dialog zwischen den Akteuren muß zur selbstverständlichen Leitidee werden: Dies umfaßt die Professionen im Lebensraum Schule ebenso wie die Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern. Bezogen auf das Handlungsmuster schulärztlicher Dienste heißt dies u. a.: Neben die sozialpädiatrisch definierten Untersuchungen tritt die ebenfalls problembezogene Erhebung der subjektiven Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Für eine Bildungseinrichtung wie die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf heißt dies, künftig Methoden der empirischen Sozialforschung vermehrt in Routinen des Denkens und Handelns im Gesundheitsamt umzumünzen. Dies klingt vielleicht utopisch, aber warum sollten Grundregeln von Interviewtechnik und Fragebogenerhebungen schwerer zu vermitteln sein als die heute allgemein akzeptierte Biostatistik?

Wenn inzwischen ein von der Weltgesundheitsorganisation gefördertes europaweites Netzwerk „Gesunde Schulen“ existiert, dann deutet dies darauf hin, daß der Lebensraum Schule

nicht mehr allein unter dem Gesichtspunkt betrachtet wird, wodurch die Gesundheit von Kindern gefährdet werden kann, sondern gleichrangig unter dem Aspekt: Was kann Schule dazu beitragen, Kinder stark zu machen, krankmachenden Faktoren auszuweichen oder besser standzuhalten? Wenn Ivan Illich in den 70er Jahren sehr provozierend von der „Enteignung der Gesundheit“ durch die Krankheitsexperten gesprochen hat, so muß in unserem heutigen Kontext nach Wegen gesucht werden, Kindern und Jugendlichen wieder mehr Zutrauen in Sachen Prävention und Bewältigung von Krankheiten zu vermitteln.

Die momentane Landschaft der Gesundheitspolitik gibt vielfältigen Anlaß zur Resignation. Gesundheitsförderung wurde soeben nach gerade sieben Jahren Erprobungszeit fast vollständig aus dem Sozialgesetzbuch V gestrichen. Und trotzdem ist kein Grund zur Resignation. Gesundheitsförderung ist nicht nur ein Thema des Leistungsangebots von Krankenkassen, so wünschenswert es ist, daß sich das Bismarcksche System der Krankenversorgung auf die modernen Zeiten einrichtet. Wenn es richtig ist, daß das heutige Panorama der Krankheiten sich grundsätzlich von dem der Vor- und Nachkriegsära unterscheidet, dann kann Politik nicht auf Dauer verfügen, daß Gesundheitsförderung eine überwiegende Privatangelegenheit der Bürgerinnen und Bürger ist. Die Probleme, die durch den Wandel des Krankheitspanoramas entstanden sind, bleiben. Die öffentliche Aufmerksamkeit und die steuer- wie beitragsfinanzierten Leistungen müssen diesem Problemdruck folgen. Wenn es weiter richtig ist, daß Schule infolge veränderter Kindheit und veränderter Entwürfe von Familienleben größere Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung zukommt als in den vorigen Generationen, dann findet der öffentliche Gesundheitsdienst tatsächlich neue Felder vor, vorausgesetzt, er begreift dies als genuine Aufgabe, die er in Zusammenarbeit mit Lehrern, niedergelassenen Kinderärzten, psychosozialen Diensten in der Kommune und last not least den Schülerinnen und Schülern auf die Tagesordnung zu setzen vermag.

Die Düsseldorfer Akademie für öffentliches Gesundheitswesen versteht es als ihre Aufgabe, die Akteure im ÖGD-Feld zu befähigen, sich kompetent an derartigen konzeptuellen Auseinandersetzungen zu beteiligen. Ob eine innovative Tätigkeit dieser Art bereits mit allen bestehenden Gesundheitsdienstgesetzen vereinbar und ob sie allerorten gewollt ist, sei dahingestellt. Zuständigkeiten werden aber letztlich durch Kompetenz und öffentliche Akzeptanz geschaffen, lautet meine Einschätzung. Die Akademie in Düsseldorf will sich auch künftig daran beteiligen, den erforderlichen gesellschaftlichen Diskussionsprozeß um die Modernisierung des öffentlichen Gesundheitswesens am Leben zu erhalten. Das Umdenken in Richtung bevölkerungsbezogene Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung ist für alle Beteiligten schwierig. Für uns ist es ein Konzept für mindestens weitere 25 Jahre.

Priv.-Doz. Dr. med. N. Schmacke

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Postfach 25 02 51
40093 Düsseldorf