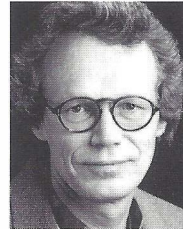


Öffentlicher Gesundheitsdienst: Entwicklung und Perspektiven

Ein Beitrag zur Wiederentdeckung der Kommune in
der Gesundheitspolitik¹

Dr. med. Norbert Schmacke

Leiter der Akademie für öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf; u. a.
Mitglied der Association of Schools of
Public Health in the European Region;



Inhalt	Seite
1. Einführung	2
2. Die Tradition des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist in doppelter Weise verschüttet	2
3. Jedes Gesundheitswesen benötigt den Bevölkerungsbezug bei der Entwicklung seines Leistungsspektrums	3
4. Die Kommunen müssen als Orte bürgernaher Gesundheitsplanung wiederentdeckt werden	5
5. Die Finanzkrise der Versorgungssysteme kann den Blick auf Grundsatzfragen bürgernaher und patientenorientierter Versorgung freilegen	7
6. Die Kommunen investieren nicht-berechnete Ressourcen in Gesundheit und in das Gesundheits- wesen	9
7. Der öffentliche Gesundheitsdienst verdient eine Renaissance innerhalb der Neubestimmung der sozial- staatlich gefaßten Ansprüche der Bevölkerung	11

II/H
8.2
S 1

Der Autor verweist in seinem Beitrag auf die Diskrepanz zwischen dem Artikel 28 des Grundgesetzes, durch den die gesundheitlichen Belange der Bürgerinnen und Bürger der Verantwortung der Kommunen unterstellt werden, und der Realität, in der auf kommunaler Ebene das Gesundheitssystem zwar organisiert wird, eine integrierte Planung aber gegenwärtig kaum möglich ist.

1. Einführung

Daß die Kommunen für die gesundheitlichen Belange ihrer Bürgerinnen und Bürger Verantwortung tragen, gehört unter dem Begriff der „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ gemäß Artikel 28 des Grundgesetzes im Kern zur Tradition und politischen Kultur unserer Gesellschaft. Im Falle des Gesundheitswesens gilt der ebenfalls hieraus abgeleitete Grundsatz der „Allzuständigkeit der Gemeinden“ nun bekanntermaßen nur sehr eingeschränkt, auch wenn die Gemeinden andererseits wieder für die Realisierung zahlreicher auch gesundheitlich bedeutsamer Bundesgesetze verantwortlich sind, man denke z. B. nur an das Sozialhilferecht. Der moderne Gesundheitsbegriff und insbesondere die Forschung zur Gesundheitsförderung zeigen aber auf, – und dies soll für die folgenden Ausführungen leitender Gedanke sein – von welcher herausragender Bedeutung für den Gesundheitszustand der Bevölkerung die kommunale Ebene in ihrer Funktion als Sozialgemeinde ist².

Gesundheitspolitik in Deutschland wurde zeitgleich mit der Steigerung der Leistungsfähigkeit der kurativen Medizin von Bund, Ländern und Gemeinden lange Zeit vor allem als Strukturierungs- und Finanzierungspolitik für das Medizinsystem der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser verstanden. Der Begriff von Gesundheit als einem öffentlichen gemeindlichen Auftrag ging so gerade in den Zeiten vermeintlich ungebremsster Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung in bedauerlichem Umfang verloren. Exemplarisch für diese Entwicklung kann der Begriff des „Sicherstellungsauftrags“ der kasernenärztlichen Vereinigungen stehen, mit welchem weit über die rechtliche Tragweite hinaus den niedergelassenen Ärzten die globale Verantwortlichkeit in Sachen Gesundheit vor Ort zugewiesen worden schien.

2. Die Tradition des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist in doppelter Weise verschüttet

In der konkreten Ausformulierung unterlagen im Falle des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach 1945 die Aufgabenzuweisung durch den Staat und die Antworten auf die drängenden gesundheitlichen Probleme dramatischen Verwerfungsprozessen, die seit jeher zwischen den Polen „Schutz der öffentlichen Sicherheit“ und „Förderung der Gesundheitschancen des einzelnen sowie benachteiligter Bevölkerungsgruppen“ schwanken. Bis heute wirkt nach, daß es gegen Ende der Weimarer Republik eine von breiten Kreisen der Politik und der Intelligenz getragene Funktionalisierung der öffentlichen Gesundheitsdienste für die Wahnidee der „Reinigung des Volkskörpers“ von genetisch als minderwertig bezeichneten Gesellschaftsmitgliedern gab³. Mit die-

ser Kehrtwendung wurden letztendlich auch die vorbildlichen Ansätze von kommunal verankerter Gesundheitsfürsorge für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gewaltsam beendet, so daß insgesamt die Bündnisse zwischen Kommunalpolitikern, Verbänden und Fürsorgeärzten⁴ nur eine relativ kurze, wenngleich erfolgreiche historische Phase darstellten. Nach wie vor gelingt es erst in Ansätzen, an diese Vorläufer kommunaler Gesundheitspolitik wieder anzuknüpfen, ohne daß sich damit bei deutlich gewandeltem Krankheitspektrum, geändertem Medizinsystem und unvergleichlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen am Ende des 20. Jahrhunderts mit den gleichen Rezepten wie damals antworten ließe.

Öffentlicher Gesundheitsdienst hatte in der Bundesrepublik Deutschland bis weit in die achtziger Jahre hinein weithin den Ruf eines staatsnahen Restsystems des Gesundheitswesens. Subsidiarität wurde zum Abwehrbegriff gegenüber kommunalen Leistungen und kommunaler Verantwortung im Feld der Gesundheitspolitik, weil er völlig auf die Perspektive reduziert wurde, welche Aufgaben beim ÖGD verbleiben sollten, nur weil sie für andere Leistungsanbieter nicht interessant erschienen. Der ÖGD litt neben der Zerstörung seiner progressiven historischen Wurzeln auch an der geringen gesellschaftlichen Wertschätzung im Vergleich zur kurativen Medizin. Mit dem Anwachsen der Finanzkrise von Bund, Ländern und Gemeinden – verschärft ab den achtziger Jahren – sah sich die öffentliche Fachverwaltung nun bei ihren Kritikern auch noch zunehmend dem globalen Vorwurf des Staatsversagens ausgesetzt. Die Voraussetzungen zur Wiedergewinnung einer tragfähigen Identität und Funktionszuweisung sind für den ÖGD mithin trotz der gewachsenen inneren Kompetenz alles andere als einfach.

II/H
8.2
S 3

3. Jedes Gesundheitswesen benötigt den Bevölkerungsbezug bei der Entwicklung seines Leistungsspektrums

Bevölkerungsbezogenes Gesundheitshandeln, und dies ist der Kernauftrag jeden öffentlichen Gesundheitsdienstes, war in der alten Bundesrepublik durch die NS-Zeit zunächst einmal desavouiert. Alle systematischen Ansätze in diese Richtung konnten leicht als Wiederaufleben einer gegen die persönliche Entfaltung gerichteten, verhängnisvollen Staatsmedizin eingestuft werden. In der DDR wurde der Bevölkerungsbezug in der Traditionspflege der Sozialhygiene als unmittelbarer Teil des Machtgefüges zwar hochgeschätzt, damit aber zugleich in weiten Bereichen um seine emanzipatorischen Potenzen gebracht. In anderen europäischen Ländern war Public Health demgegenüber integrierter Bestandteil des gesundheitlichen Gesamtsystems, am stärksten vermutlich in England in Phasen des voll ent-

falteten National Health Service; damals wie heute kommen dem öffentlichen Gesundheitsdienst dort planende, berichtende, steuernde und präventive Aufgaben zu.

Die über die USA und europäische Nachbarn reimportierten und sich neu bildenden Gesundheitswissenschaften lehren uns, daß sehr wohl die Beschäftigung mit „sick populations“ als zweite Perspektive zur Betreuung von „sick individuals“ für ein modernes Gesundheitssystem unverzichtbar ist⁵. Die Erfolge der Medizin und die Leistungen des Wohlfahrtsstaates konnten entgegen weit verbreiteten Vorstellungen nicht die erwünschte Chancengleichheit in Sachen Gesundheit herstellen⁶. Vermutlich haben vielmehr gerade die Erfolge der Hochleistungsmedizin maßgeblich dazu beigetragen, daß die veränderten Anforderungen an das Gesundheitswesen und die Gesellschaft infolge des Wandels des Krankheitspanoramas nicht ausreichend in das öffentliche Bewußtsein getreten sind. Erst mit einem viel zu langen Zeitverzug, nicht zuletzt auch ausgelöst durch die aktuellen Finanzierungsprobleme der GKV und der staatlichen Sozialleistungssysteme, wird wieder breiter diskutiert, daß die Strukturen unseres Gesundheitssystems insbesondere für die Bewältigung der chronischen Krankheiten, der psychosomatischen Störungen, der Sucht und der mit dem Alter verbundenen Multimorbidität nicht ausreichend belastbar sind.

Eine wichtige Rolle für das Infragestellen des traditionellen Medizinsystems haben Bürgerbewegungen gespielt: so die Frauenbewegung, die Bürgerrechtsbewegung und die Selbsthilfebewegung chronisch Kranker⁷. Und spätestens seit der Ottawa-Konferenz der WHO 1986⁸ ist wieder auf der Tagesordnung, daß für die gesellschaftliche Entwicklung und die individuellen Gesundheitschancen das „Sich Sorgen um gesundheitsfördernde Lebenswelten“ mindestens so wichtig ist wie die unmittelbare medizinische Betreuung der Kranken. Lange Zeit wurden die von der WHO und den Gesundheitswissenschaften hochgehaltenen Prinzipien von Partizipation und Empowerment (beide Ansätze zielen auf die Aufhebung des klassischen Experten-Laien-Verständnisses ab) wie die Theorie der Salutogenese (dieser Ansatz zielt ab auf die Förderung gesunderhaltender Faktoren vor Krankheit und die Stärkung gesunder Anteile bei eingetretener Krankheit) als abgehobene Konstruktionen weltfremder Theoretiker abgetan. Immer wieder wird auch heute noch der Gesundheitsbegriff der WHO als illusionär bezeichnet, weil er angeblich zur Unfinanzierbarkeit des Gesundheitswesens führe. Dabei stützt sich das Schlüsseldokument der Ottawa-Charta auf zentrale Ergebnisse der Sozialepidemiologie und der Streßbewältigungsforschung, wonach Krankheitshäufigkeiten und Krankheitsverläufe ganz wesentlich über soziale Faktoren gesteuert und gestaltet werden können. Der Beitrag der sozialen Unterstützungssysteme und der Förderung von Selbstbewußtsein und Selbstachtung für Gesunderhaltung wie Krankheitsbewältigung ist in ver-

schiedenen Gesellschaftsformationen mit großer Einheitlichkeit immer wieder empirisch nachgewiesen worden⁹. Das Gesundheitswesen zeigt sich aber diesbezüglich weithin erkenntnisresistent, und Gesundheitspolitik hat erst langsam begonnen, derartige Forschungsergebnisse für Neuentwürfe des Gesundheitssystems zu rezipieren. Von den modernen Gesundheitswissenschaften her geraten die Kommunen und ihre „communities“¹⁰ jedenfalls auf völlig neue Weise in das Zentrum der Aufmerksamkeit, wenn es um Weichenstellungen in Sachen Gesundheit für die Bevölkerung geht.

4. Die Kommunen müssen als Orte bürgernaher Gesundheitsplanung wiederentdeckt werden

In der Blütephase des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland war das Hygieneparadigma noch ausreichend tragfähig, um in den Kommunen vielfältige, nicht nur auf Sanierung im engeren Sinne bezogene Gesundheitsmaßnahmen zu entwickeln. Dies verwundert nicht für das Ende einer Epoche, in der die Infektionskrankheiten noch Haupttodesursache waren und gezeigt werden konnte, daß durch „engineering“ (vor allem der Trinkwasser- und Abwassersysteme) und durch die Verbesserung des Ernährungszustandes der Haupteinfluß auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes genommen werden konnte. Und auch die Förderung der Gesundheitsbildung als weiteres Schlüsselement der Wohlfahrt der Bevölkerung stand ganz unter diesem Hygienedenken, das insoweit gesellschaftliche und individuelle Verantwortlichkeit gut auszubalancieren schien, bis die sozialdarwinistischen Schuldzuweisungen an die sozial Benachteiligten salonfähig und übermächtig wurden. Gesundheitsförderung war in dieser Zeit insoweit sehr stark technikorientiert, auch wenn nicht vergessen werden darf, daß die Großstädte damals als zweites Standbein ihrer öffentlichen Gesundheitsdienste in erheblichem Umfang Beratungsstellen für die wichtigen Volkskrankheiten eingerichtet hatten, die nicht zuletzt als Antwort auf das Thema Armut und Gesundheit zu werten waren. Erst seit etwa zehn Jahren wird wieder thematisiert, welche Leitidee heute die gesundheitlichen Interessenlagen der Menschen in den Städten und Landkreisen neu bündeln könnte. Das WHO-Projekt „Healthy Cities“ war ein solcher Versuch, der in seiner ersten Version noch nicht ausreichend punktgenau gelandet werden konnte, der aber eine Vielzahl von regionalen Initiativen quer über die gesellschaftlichen Gruppierungen hinweg entfaltete¹¹. Der nachfolgende „setting“-Ansatz (zum Beispiel Netzwerk gesunde Schule) verspricht größeren Erfolg¹², weil hier überschaubarere soziale Räume ins Blickfeld genommen werden. Dieser Ansatz könnte noch weittragender sein, wenn ausreichend wahrgenommen wurde, daß eine „gesunde“ Schule für Schüler wie Lehrer gleichermaßen präventiv und streßbewältigend wirksam wird.

II/H
8.2
S 5

Vor diesem Hintergrund soll noch einmal die These wiederholt werden, daß sich nach dem zweiten Weltkrieg, verstärkt seit der Verabschiedung des modernen Kassenarztrechts und mit der enormen Expansion der Leistungsfähigkeit der kurativen Medizin eine für die Entfaltung des kommunalen Gesundheitsdienstes problematische Aufgabenzuweisung und Rollenverteilung entwickelt hat, da nun mit dem Sicherstellungsauftrag für die Vertragsärzte und den breiten Leistungsansprüchen in der RVO resp. dem SGB V (und anderen Sozialgesetzbüchern) das kurative System als der eigentliche Problemlöser betrachtet wurde und damit zugleich auch präventive und rehabilitative Ansätze für sich reklamieren konnte. Man muß zugleich sehen, daß parallel zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Medizinsystems und der Absenkung der Zugangsschwellen zur medizinischen Behandlung ein Prozeß der schrittweisen Abgabe von Verantwortung für sämtliche gesundheitsrelevanten Fragen an das Leistungssystem der Krankenversicherung stattgefunden hat. Heute ist zu konstatieren, daß die Bereiche Prävention, Kuration, Rehabilitation, Gesundheitsberichterstattung und Ressourcensteuerung in einem zeitgeschichtlich zwar logischen, aber kontraproduktiven Prozeß auseinandergefallen sind. Noch ist nicht absehbar, wie sich diese Entwicklung fortsetzt, wenn der Wettbewerbsgedanke das System der Krankenkassen voll erfaßt hat und das Ringen um die Budgets der einzelnen Teilsysteme die Tagespolitik vollends beherrscht.

Der Prozeß der Aufgabenverlagerung in das System der Vertragsärzte hinein wurde vom öffentlichen Gesundheitsdienst bis vor kurzem ausschließlich unter dem Thema der Wegnahme von klassischen ÖGD-Leistungen beklagt¹³, denkt man an das Beispiel der Impfungen. Demgegenüber wird erst in der aktuellen ÖGD-Debatte und -Berichterstattung das eigentliche Problem wiederentdeckt: das weithin unkoordinierte Nebeneinander der Leistungsträger; das Auseinanderfallen von Medizin, Pflege und psychosozialen Diensten; der Mangel an zielorientierter Gesundheitsberichterstattung¹⁴; und – verwoben mit diesen Defiziten – die unzureichende konzeptionelle Verzahnung zwischen den sogenannten drei Säulen des Gesundheitswesens. Ein wichtiges Beispiel hierfür ist die große Streubreite bis Beliebigkeit der Kooperationen von GKV und ÖGD, von der Kariesprophylaxe bis zur gemeindenahen Psychiatrie. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist dabei in einer schwierigen Rolle, da er sich entweder mit einem veralteten Hygieneparadigma in Zusammenhang gebracht an den Rand der Probleme gedrängt sieht oder sich bei Aufnahme des modernen Paradigmas ortsnaher Gesundheitsplanung und -Koordinierung dem Vorwurf aussetzen muß, er regiere willkürlich in die Zuständigkeiten der kassenärztlichen Vereinigung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Wohlfahrtsverbände und der Krankenhäuser hinein. Man findet dieses Grundproblem in allen Anhörungen zu den modernen Gesundheitsdienstgesetzen der Länder wieder, vor allem natürlich in den Stellungnahmen der Ärztekammern. Demgegenüber begegnen die Interessenverbände der Städte

¹⁴ Handbuch Kommunale Politik April 1998

und Gemeinden neuen Gesetzesentwürfen mit der Sorge, die Kostenspirale drehe sich für sie unaufhörlich weiter, wenn komplexere neue Aufgaben auf die Tagesordnung gesetzt würden. Aufgaben, Leistungen und Kosten der verschiedenen Teilsysteme des Gesundheitswesens sind somit momentan noch nicht unter einer gemeinsamen Leitidee zu verhandeln. Dies gilt insbesondere für alle nicht unmittelbar von Ärzten erbrachten Leistungen; und für die Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung spielen diese objektiv betrachtet die domierende Rolle. Wir befinden uns damit am Ende des 20. Jahrhunderts in der Gesundheitssystemfalle. Die unterschiedlichen rechtlichen und sozialen Grundlagen von Gemeinden, öffentlichen Sicherungssystemen und der gesetzlichen Kranken- wie Pflegeversicherungen scheinen es unmöglich zu machen, Mut zu visionären Lösungen zu entwickeln. Allein mit dem Begriff der Kostenexplosion läßt sich heute noch der Versuch einer wirklichen Neufassung von Verantwortlichkeiten und Leistungen als utopisch oder illusionär abtun.

5. Die Finanzkrise der Versorgungssysteme kann den Blick auf Grundsatzfragen bürgernaher und patientenorientierter Versorgung freilegen

Sowohl das dem Solidarprinzip verpflichtete System der GKV als auch die kommunalen Gesundheitsdienste sind in den letzten Jahren in eine dramatische Finanzierungskrise geraten. Die wichtigste gemeinsame Ursache sind die Massenerwerbslosigkeit mit wachsender Tendenz und das drastisch sinkende Steueraufkommen ohne gesellschafts- wie steuerpolitische Gegentrends. Zukunftsweisende Kooperationen zwischen GKV und ÖGD¹⁵ werden hierdurch zum Teil von einem Tag auf den anderen infrage gestellt; die Reform des § 20 SGB V war damit ein über das Faktische hinausgehender Rückschlag für ermutigende Anfänge einer Überschreitung der klassischen Rollenverteilungen. Wir erleben jetzt wieder die weitgehende Einengung beitragsfinanzierter Leistungen auf ärztlich definierte Ansprüche gegenüber dem einzelnen Versicherten.

Bezogen auf die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind im Dialog zwischen Politik, Selbstverwaltung, öffentlicher Fachverwaltung und Wissenschaft vorrangig drei Fragen zu beantworten, wenn die momentane Ratlosigkeit überwunden werden soll:

- Welche klassischen Aufgaben des ÖGD müssen auch künftig in Regie der öffentlichen Fachverwaltung verbleiben, weil es keinen anderen gleich leistungsfähigen Träger gibt? Hier wird es vor allem um Fragen des Gesundheitsschutzes gehen¹⁶.

II/H
8.2
S 7

- Welche die Entwicklung der Städte und Gemeinden beeinträchtigenden neueren Gesundheitsprobleme sind mit dem individualmedizinischen Ansatz des kurativen Gesundheitswesens allein nicht zu lösen? Hier geht es vor allem um interdisziplinäre Ansätze, welche den nach wie vor stark akutmedizinisch orientierten Auftrag der Ärzteschaft und insbesondere der Sprechstundenmedizin überfordern.
- Welche vorrangigen Problemlagen erfordern als eigenständige Leistung die **Regiefunktion der Kommune** als überschaubarem sozialen Raum mit demokratisch legitimierten Entscheidungsabläufen quer zu den Institutionen der Leistungsanbieter? Hier geht es vor allem um die Überwindung der Partikularinteressen der Subsysteme des Gesundheits- und Sozialwesens. Insoweit ist hier auch bewußt nicht von Regiefunktion des ÖGD die Rede, welcher seinen Anteil als Dienstleister und Politikberater an diesem Prozeß natürlich beisteuern muß, der aber nicht alle gesundheitlich wichtigen Politikfelder auf kommunaler Ebene repräsentieren kann.

Ein kurzer Blick in die Geschichte der sozialen Medizin soll helfen, systematische Probleme für öffentliche Gesundheitssicherung schärfer zu erkennen. Der amerikanische Medizinhistoriker und Public Health Experte George Rosen hat 1971 Aufstieg und Niedergang der amerikanischen kommunalen Gesundheitszentren zu Beginn unseres Jahrhunderts analysiert¹⁷. Ausgangspunkt dieser Bewegung waren vor allem die gesundheitlichen Probleme der großen Zuwanderergruppen. Nachfolgende Tabelle zeigt gebündelt Ergebnisse dieser Untersuchung, wobei die Stärken dieses aus der Stadtpolitik entstandenen Ansatzes und die Gründe für sein letztendliches Scheitern aufgelistet sind:

Neighborhood Health Centers USA ca. 1900 bis 1920	
Strukturelle Stärken – Gründe für die Entstehung	Gründe für das Scheitern
Räumliche Nähe zu den Wohnquartieren/Ortskenntnis	Fehlende stabile Finanzbasis
Beteiligung der Bevölkerung am Konzept	Stärkung der Individualmedizin
Berücksichtigung von Sprachbarrieren	Sozialer Aufstieg der Migrantinnen/Migranten
Vernetzung von gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen	Mißbrauchs-Vorwurf
Problembezogene Schwerpunktbildung	Verselbständigung des Sozialwesens
	Beeinflussung der Sozialarbeit durch die Psychotherapie

Derartige historische Rückblicke helfen natürlich für die Bewältigung aktueller Probleme nicht unmittelbar. Sie zeigen aber, daß es ganz offenkundig präventiv und versorgungspolitisch bedeutsame Faktoren des Gesundheitswesens gibt, die vom Medizinsystem mit seinem auf Heilung individueller Krankheiten und fortwährende Spezialisierung orientierenden Ansatz nicht bearbeitet werden. Und insoweit mag der Blick auf die Analyse von Rosen zeigen, daß bestimmte Elemente von ortsnaher Versorgung (hier: Gesundheitszentren in erreichbarer Nähe des Wohnortes, Partizipation der Bevölkerung, interdisziplinärer Ansatz, Einheit von sozialen und gesundheitlichen Angeboten) in der heutigen Debatte um die Zukunft des Gesundheitswesens aus systematischen Gründen immer wieder thematisiert werden.

Das heutige Krankheitenpanorama zwingt dazu, wieder jenseits von verständlichen Teilinteressen und Tagesthemen darüber nachzudenken, wie das Neben- und Miteinander von steuer- und beitragsfinanzierten Leistungen im Gesundheitswesen sinnvoll auszuhandeln ist und wie dabei vor allem das Wechselverhältnis von individualmedizinischen und bevölkerungsbezogenen Dienstleistungen ausbalanciert werden muß. Die relativ geringen Summen, die für die Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Vergleich zur kurativen Medizin heute ausgegeben werden¹⁸, dürften für sich allein keine unüberwindlichen Denkblockaden erzeugen. Es gilt aber dabei stets, gesellschaftlichen Konsens über vorrangige Ziele, Aufgabenverteilung und neue Steuerung von Ressourcenströmen im Gesundheitsbereich zu erzielen. Dies ist im Grunde nichts anderes als der normale Prozeß von Politikberatung und politischer Willensbildung: die Kommune muß dazu „nur“ stärker in den Scheinwerfer der gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit kommen.

II/H
8.2
S 9

6. Die Kommunen investieren nicht-berechnete Ressourcen in Gesundheit und in das Gesundheitswesen

Die Kommunen sollten sich verstärkt darauf besinnen, daß sie in die Debatte um die Neuorientierung des Gesundheitswesens nicht als Bittsteller oder Schuldner hineingehen. Sie leisten seit eh und je massive Investitionen in Gesundheit und sie zahlen Folgekosten beschädigter Gesundheit, ohne daß dies angemessen wahrgenommen und in – aus heutiger Sicht zugegebenermaßen fiktive – gesundheitsökonomische Gesamtberechnungen einginge. In einer Zeit, in der der Begriff „kommunale Armut“ in doppelter Weise Bedeutung erlangt hat – für eine wachsende Gruppe sozial Benachteiligter wie für die wachsende Handlungsunfähigkeit der Kommunen selber – ist die Rückbesinnung auf die enormen Potentiale und Leistungen der Kommunen für die Gesundheitssicherung von herausragender Be-

deutung. Die Lehre von der öffentlichen Gesundheit (wir benötigen offenbar den Begriff Public Health heute zur besseren Verständigung) zeigt, daß bezogen auf die kommunale Situation vor allem die Qualität des Bildungs- und Erziehungssystems eine wichtige präventive Funktion hat. Niveau und Klima der sozialen Unterstützungssysteme einer Kommune sind – vor allem im Verbund mit einer gestützten Selbsthilfebewegung – von elementarer Bedeutung für die Bewältigung von eingetretenen Gesundheitsschäden. Dies alles ist natürlich in ökonomischen Krisenzeiten ungleich schwerer zu organisieren, weil es antizyklisch finanziert werden müßte und weil bei der heutigen Steuerpolitik die Kommunen hierzu immer weniger in der Lage sein werden. Sicher ist aber zugleich: wenn die präventiven und stützenden Potentiale vernachlässigt werden und die Schwächen des kurativen Gesundheitswesens in diesen Feldern bestehen bleiben, so kommen auf die Kommunen übergroße Transferleistungen zur sozialen Sicherung und für die Entwicklung notwendig werdender kompensatorischen Leistungen zu- oder große Gesellschaftsgruppen werden schrittweise versorgungspolitisch abgekoppelt. Ein öffentlicher Gesundheitsdienst, der diese Perspektive zum Thema in der Kommune macht und seine Politikebene kompetent beraten kann, der zudem seine eigenen Dienstleistungen gut evaluiert hat, spielt insoweit für die Wiederentdeckung des Prinzip „öffentliches Gesundheitswesen“ eine Schlüsselrolle. Daß manche Gesundheitsämter erst auf dem Weg zu dieser Rollenwahrnehmung sind und daß die Kommunalpolitik ihnen gelegentlich diese Rolle noch nicht zumutet und zutraut, sind häufig zwei Seiten derselben Medaille. Kann die Diskussion auf wichtige kommunale Potentiale gelenkt werden (Vernetzung kommunaler Strukturen, Gesundheitsförderung in Gemeinschaftseinrichtungen, Partizipation der Bevölkerung, Überschaubarkeit der sozialen Räume), dann wird die Einsicht wachsen, daß es vielleicht im deutschen Gesundheitssystem einer Synthese des überwiegend steuerfinanzierten englischen Beveridge- und des – immer noch – weitgehend beitragsfinanzierten deutschen Bismarck-Systems bedarf. Die bisherige Differenzierung nach beitrags- und steuerfinanzierten Leistungen ist weder den Veränderungen in der Erwerbswelt noch dem gewandelten Krankheitenspektrum angemessen. Das heißt nicht, die großen Errungenschaften der solidarisch finanzierten Sicherungssysteme und deren Bedeutung für die Sicherung des sozialen Friedens gering zu schätzen oder nach einem völlig anderen System der Absicherung der Krankheitsrisiken zu rufen, sondern die erforderliche Stärkung von gruppen- und bevölkerungsbezogenen Ansätzen finanzierbar zu gestalten. Die Perspektive des ÖGD wird in den letzten Jahren immer klarer:

Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes	
Schwerpunkt-Felder	Handlungsmuster
Gesundheitsplanung und zielorientierte Gesundheitsberichterstattung	Entwicklung von Prioritäten im Feld Gesundheit für die Kommune
Gesundheitsförderung als Programm	Ortsnahe Koordinierung bzw. regionale Konferenzen
Klassischer Gesundheitsschutz/ Umwelthygiene	Überwachung und Qualitätssicherung des Gesundheitsschutzes
Sozialkompensatorische Leistungen	Eigenständige, überwiegend subsidiäre Leistungserbringung
Spezialisierte Beratungsstellen (z. B. Aids/sexuell übertragbare Erkrankungen)	Kooperative Leistungserbringung
	Auftragserteilung an Dritte
	Drängen auf Abstellen von Defiziten
- Der ÖGD ist <i>Teil der öffentlichen Verwaltung und Partner im Gesundheitswesen</i> - Der ÖGD arbeitet als <i>Initiator, Moderator und Anwalt</i> in Sachen bevölkerungsbezogener Gesundheitssicherung - Der ÖGD unterliegt dem Prinzip <i>arbeitsteiliger Kooperation</i> und beansprucht keine (fiktive) Allzuständigkeit	

In dieser schematischen Darstellung soll zugleich deutlich werden, daß die Aufgabenzuweisung an öffentliche Gesundheitsdienste entlang der Definition „eigenständiger“ Leistungen notwendigerweise auch das Ausbalancieren subsidiärer und komplementärer Aufgaben¹⁹ bedingt. Die Kunst besteht darin, dies wirklich als lebendigen Prozeß zu sehen und nicht dadurch zu verkürzen, daß gefordert wird, alle Aufgaben des ÖGD auf der Konkretionsebene erschöpfend gesetzlich zu regeln oder – das ist die Kehrseite der Medaille – den Aufgabenkanon des örtlichen Gesundheitsamtes gewissermaßen per Textexegese aus dem Landesgesundheitsdienstgesetz ableiten zu wollen.²⁰

II/H
8.2
S 11

7. Der öffentliche Gesundheitsdienst verdient eine Renaissance innerhalb der Neubestimmung der sozialstaatlich gefaßten Ansprüche der Bevölkerung

Das öffentliche Gesundheitswesen kann wieder zu einem Leitthema werden, wenn die Kommunen – unbeschadet der Wahrnehmung wichtiger ÖGD-Funktionen auf Bundes- und Landesebene – ihren eigenen kommunalen Gesundheitsdienst nicht als reinen verwaltungs-internen Fachdienst, sondern auch als Mittel zur Gestaltung gesunder und verträglicher Lebensverhältnisse verstehen. Zunehmend muß

wieder die Frage der Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung gestellt werden. Ein derartiges Verständnis von öffentlichem Gesundheitsdienst formulierte auch der Vertreter des Städtetages 1996 beim wissenschaftlichen Kongreß der Ärzte und Zahnärztes des ÖGD e.V., indem er sich für den Erhalt und Ausbau eines starken, leistungsfähigen ÖGD als Instrument der Daseinsvorsorge im modernen Sozialstaat aussprach²¹. Eine derartige Betrachtung bedeutet in keiner Weise, auf die hohe Qualität der kurativen Medizin zu verzichten oder das Prinzip der Selbstverwaltung in den wichtigen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens im Grundsatz infrage zu stellen. Es sollte freilich bei der Frage nach Auftrag und Dimensionierung der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens auch keine Tabus aus der Tradition des „Sicherstellungsauftrags“ geben. Gerade Gesellschaften mit hochentwickelten Gesundheitssystemen benötigen einen leistungsfähigen, mit allen wichtigen Bezugswissenschaften kommunizierenden und in der demokratischen Struktur verankerten öffentlichen Gesundheitsdienst. Dabei sollte nicht verkannt werden, und dies ist eine internationale Erfahrung, daß derartige Dienste eine kritische Mindestausstattung und Kompetenzzuweisung benötigen, um die Sache der bevölkerungsbezogenen Gesundheitssicherung beim Aushandeln gesellschaftlicher Prioritäten überhaupt wirksam vertreten zu können:

- Weiterentwicklung der unverzichtbaren Aufgaben des Gesundheitsschutzes
- Stärkere Profilierung der bevölkerungsmedizinisch relevanten Probleme, die von der Sprechstundenmedizin nicht gelöst werden können
- Konkretisierung des Ansatzes von gesundheitspolitischen Regiefunktionen der Kommune

Es kommt mit anderen Worten vor allem darauf an, in der politischen Debatte die Bedeutung der Kommunen für die Zukunftssicherung ihrer Bürgerinnen und Bürger wieder klarer herauszustellen. Dann werden auch neue Wege aus der momentanen Finanz- und Sinnkrise kommunaler Dienstleistungen zu finden sein.

Anmerkungen

- 1 Schriftliche Fassung eines gleichlautenden Referats bei der Fachtagung „Kommunale Gesundheitspolitik. Gesundheitsförderung in der Stadt auf neuen Wegen“ des Deutschen Instituts für Urbanistik (Berlin) vom 8. bis 11. Dezember 1997
- 2 Zur Idee der Sozialgemeinde (Auerbach-Plan) im Kontext der Nachkriegspolitik s. *Labisch A. und Tennstedt F.* Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1848 – ca. 1965). In: *Elkeles Th. u. a.* (Hg.). Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990. Berlin: edition sigma, 1991: 129–158. In der neueren Literatur zur Perspektive des öffentlichen Gesundheitsdienstes erinnert von Ferber daran, daß die Kommunen in gewisser Weise als die vergessene Plattform für die Entwicklung integrierter Gesundheitspolitik gelten

müssen (von *Ferber C.* Die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Notwendigkeiten und Perspektiven. Öffentliches Gesundheitswesen 1991; 53: 242–249. Aus der Fülle der neueren Literatur zur kommunalen Gesundheitsförderung, der zentralen Leitidee für eine Aufgabenbündelung in kommunaler Regie, sei hingewiesen auf das Handbuch „Gesundheitsförderung in der Gemeinde“, herausgegeben von der *Trans-Fair-Stelle* im Kneipp Landesverband Niedersachsen, Hannover 1993 (Eigendruck). Grundlegendes zur Frage der kommunalen Verantwortlichkeit und – Möglichkeit im Gesundheitswesen findet sich bereits bei *Schröder W.F. u.a.* Kommunale Gesundheitsplanung. Bd. 13 Stadtforschung aktuell. Basel: Birkhäuser Verlag, 1986. Zur gesundheitswissenschaftlichen Literatur der Gemeindeinterventionsstudien s. einführend *Siegrist J.* Machen wir uns selbst krank? In: *Schwartz F.W. u.a.* (Hg.). Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, 1997: 110–123

- 3 Zur Geschichte der Einbindung des ÖGD in diese Politik s. *Labisch A. u. Tennstedt F.* Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1935. Entwicklungslinien und Momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Schriftenreihe Bd. 13, 1.2., Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 1985
- 4 *Labisch A.* Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/New York: Campus, 1992. Hier v. a. 170–187
- 5 Zur theoretischen Herleitung dieser beiden Aufgabenfelder z. B. *Rose G.* The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press 1992. Zur Definition von öffentlicher Gesundheit im Kontext der neuen Public Health Debatte s. *Deppe H. U. u.a.* (Hg.). Öffentliche Gesundheit – Public Health. Frankfurt/New York: Campus, 1991. Zeitgleich auch *Schwartz F.W. u.a.* (Hg.). Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin: Springer Verlag, 1991. Jüngst als neuestes Standardwerk im Feld Public Health – Forschung: *Schwartz F.W. u.a.* (Hg.). Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, 1998
- 6 Zur Problematik der sozialen Ungleichheit zuletzt z. B. *Blane D. u.a.* (Hg.). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. European Journal of Public Health 1997; 7: 385–391. Zum Zusammenhang von Lebenserwartung und nationaler Einkommensverteilung s. *Wilkinson R. G.* Income distribution and life expectancy. British Medical Journal 1992; 304: 165–168. Einen Überblick über sozialwissenschaftlich fundierte Ansätze des Krankheitsgeschehens generell und daraus resultierender Politikberatung findet sich bei *Evans R. G. u.a.* (Hg.). Why are some people healthy and others not? The determinants of health and populations. New York: Walter de Gruyter, 1994. Einen Globalüberblick liefert *Sagan L. A.* Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt Verlag, 1992 (engl. Ausgabe 1987).
- 7 *Reiser St J.* The Era of the Patient. Using the Experience of Illness in Shaping the Missions of Health Care. Journal of the American Medical Association 1993; 269: 1012–1017
- 8 Diese Zeitspanne und Chancen für das nächste Jahrzehnt beleuchtet *Heinemann H.* (Hg.). Die Ottawa-Frage. Was wird in zehn Jahren von den Ideen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung übrig sein? Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften, 1997. Darin der deutsche Text der Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung Ottawa 1986.
- 9 So vor etwa zwanzig Jahren erstmals umfassend in der inzwischen legendären Studie von *Berkman L. F.* und *Syme L.* Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. American Journal of Epidemiology 1979; 109: 186–204
- 10 Der englische Begriff „Community“ ist schwer ins Deutsche zu übersetzen: er zielt ab auf soziale Gruppen und Netzwerke gleicher oder ähnlicher Interessenlage und Motivation, die bezogen auf das hier erörterte Thema in hohem Maße über gesundheitsprotektive Faktoren entscheiden. „Communities“ in diesem Sinne sind natürlich nicht identisch mit der kommunalen Gemeindegliederung. Ihre Lebendigkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit hängt aber wiederum stark von der ökonomischen und sozialen Situation der Kommunen ab.
- 11 *Heinemann H.* Die Ottawa-Frage, Frankfurt: Verlag Akademische Schriften, 1997. Zuletzt hierzu *Dahme H. J. u. Wohlfahrt N.* Umsteuerung oder Ende der Gesundheits-

II/H
8.2
S 13

förderung? Neue Herausforderungen an die Prävention. Schriftenreihe Band 19 der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Düsseldorf 1998

- 12 Hierzu z.B. *Broesskamp-Stone U. u.a.* Strukturen der Gesundheitsförderung. In: *Schwartz F W u.a.* (Hg.). Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg 1997, 189–199
- 13 *Brand H. u. Schmacke N.* Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: *Schwartz F W u.a.* (Hg.). Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg 1997, 259–269
- 14 Zum Konzept moderner regionaler Gesundheitsberichterstattung s. *Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.)*. Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung (s. Anm. 11). Band 18 der Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Düsseldorf 1996
- 15 Zu den Voraussetzungen einer besseren Kooperation zwischen GKV und ÖGD s. *Schmacke N.* Gesetzliche Krankenversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst. Entwickelt sich die Kooperation durch die Modernisierung der Systeme? Die Ersatzkasse 1996; 76: 131–134. Die systematische Entwicklung von Kooperationen zwischen GKV und ÖGD kann natürlich nur gelingen, wenn ein wechselseitiges Interesse erkennbar wird und Zusammenarbeit nicht von welcher Seite auch immer unter dem Aspekt einer einfachen Verlagerung von Kosten gesehen wird. Auch für dieses Problem gilt vermutlich: nur eine qualifizierte regionale Gesundheitsberichterstattung wird die für GKV und ÖGD gemeinsam wichtigen Handlungsfelder bestimmen können. Dieser Appell mag an das Bild von Münchhausen erinnern, der sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen soll. Häufig sind noch die örtlichen Ressourcen für eine prozeßorientierte Gesundheitsberichterstattung schwach ausgeprägt, eine Alternative zu diesem Konzept gibt es aber wohl nicht.
- 16 Zwei Mißverständnisse gilt es vorrangig auszuräumen. 1. Das „klassische“ Aufgabenfeld kann nicht durch Reduktion des ÖGD-Profiles auf die gesetzlich „unvermeidlichen“ Aufgaben ermittelt werden, da es keinen historisch gültigen Kanon von Pflichtaufgaben gibt, wohl aber begründete Erfahrungen. 2. Sogenannte „traditionelle“ Aufgaben wie die Seuchenhygiene und Infektionsepidemiologie dürfen nicht gegen sogenannte „moderne“ Aufgaben ausgespielt werden. So zeigt gerade die vorgelegte Novelle zum Infektionsschutzgesetz sehr gut, wie „traditionelle“ Ziele (z. B. hoher Durchimpfungsgrad, hohes Hygienebewußtsein, Angebote für sozial Benachteiligte) nur durch Übernahme von Elementen des „modernen“ Gesundheitsverständnisses (Vorrang von Prävention und Aufklärung) zeitgemäß gestaltet werden können.
- 17 Rosen G. The First Neighborhood Health Center Movement – Its Rise and Fall. *American Journal of Public Health* 1971; 61: 1620–1737
- 18 Nach Berechnungen in der in Erscheinung befindlichen Bundesgesundheitsberichterstattung liegt der Anteil der Ausgaben für den ÖGD an den Ausgaben für Gesundheit insgesamt seit den 80er Jahren in etwa konstant bei 0,8 Prozent: wohlbermerkt **vor** Einsetzen der heute bedeutsamen „Verschlankung“ der Verwaltung!
- 19 Zu dieser Dialektik s. *Leidel J.* Komplementär oder subsidiär – wofür brauchen wir eigentlich das Gesundheitsamt? *Das Gesundheitswesen* 1994; 56: 493–497
- 20 Dieses Plädoyer für Aushandlungsprozesse vor Ort möge nicht mißverstanden werden als Unterschätzung der Bedeutung transparenter gesetzlicher Grundlagen. Natürlich wäre insbesondere wünschenswert, wenn Bundes- und Landesgesetzgebung für die Erfüllung der Aufgaben eines modernen öffentlichen Gesundheitsdienstes besser aufeinander abgestimmt wären als dies heute der Fall ist.
- 21 *Pföhler W.* Kommunale Gesundheitspolitik – sozialstaatlicher Auftrag. *Das Gesundheitswesen* 1996; 58: 592–595