

Der öffentliche Gesundheitsdienst: das unbekannte Wesen - Der mühsame Weg zu einem neuen Leitbild

Gesundheit und das Gesundheitswesen gehören zu den Spitzenthemen im privaten und öffentlichen Bereich. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) aber ist vielen Menschen kaum bekannt. Nachfolgend soll beleuchtet werden, warum dies so ist und welche Möglichkeiten bestehen, dem ÖGD mit einem neuen Leitbild zu mehr Aufmerksamkeit und gesellschaftlicher Anerkennung zu verhelfen.

1. *Warum nun steht der ÖGD, die immer noch gern so genannte „Dritte Säule des Gesundheitswesens“ im Schatten der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzteschaft?*
- Die Berührungspunkte mit dem ÖGD sind für die Öffentlichkeit nicht immer „angenehm“, oft sind sie nicht selbst gewählt sondern gewissermaßen staatlich veranlasst. Der ÖGD ist unauflösbar Teil der öffentlichen Verwaltung, und diese hat generell in Deutschland keinen besonders guten Ruf, egal, ob das aus nüchterner Betrachtung fair ist oder nicht. Und es gibt Berührungspunkte, die gern rasch wieder vergessen oder verschwiegen werden wie mit dem sozialpsychiatrischen Dienst, wenn dieser in Krisen gerufen oder geschickt wird mit der rechtlich ihm zugewiesenen Möglichkeit der Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik. Gern taucht in solchen Situationen der Vorwurf auf, der ÖGD übe zu viel Kontrolle aus. Dass heute mit diesem Instrument sehr behutsam umgegangen wird und es häufig dann um die Rettung von Leben geht, wird nicht entfernt so wertgeschätzt wie etwa die Notfallmedizin nach einem

schweren Unfall. Diese unterschiedliche Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit ist schlechterdings nicht abzustellen.

- Noch bedeutender könnte sein, dass die meinungsbildenden Schichten in den Städten und auf dem Land selber kaum Kontakt zum ÖGD haben, ihn selten persönlich in Anspruch nehmen müssen. Die Institution „Amtsarzt“ ist den Spitzen der Kreise und Städte natürlich bekannt, aber sie vermittelt nicht entfernt die gedankliche und emotionale Bindung wie es die Chefarztgruppe des örtlichen Krankenhauses oder behandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vermögen. Es kommt hinzu, dass auch die kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht immer gut über den ÖGD Bescheid wissen – und diesen auch nicht unbedingt hoch bewerten.
- In die Schlagzeilen kommt das Gesundheitsamt (und von dieser kommunalen Ebene des ÖGD ist hier ganz überwiegend die Rede) im Grunde nur bei „Skandalen“, besser gesagt: wenn Medien und Politik einen Skandal vermuten, in den der ÖGD involviert ist. Das betrifft fast immer das Thema Hygiene, gelegentlich auch das Thema Pensionierung von Beamten wider Willen. Infektionskrankheiten gehören nun klassisch in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsämter; und dass die Gesamtsituation im Feld dieser Erkrankungen unvergleichlich besser ist als noch vor wenigen Generationen, wird von der Öffentlichkeit nicht gesehen. Bei den immer wieder auftauchenden Lebensmittel“vergiftungen“ in öffentlichen Institutionen wie Pflegeheimen oder Schulen sinkt die Aufmerksamkeit zwar fast immer rasch, weil das Problem im doppelten Sinne des Wortes dann gegessen ist. Aufgeregter sind – verständlicherweise – die Reaktionen der Öffentlichkeit immer dann, wenn es zu Todesfällen im Rahmen von Infektionen kommt, sei es bei einzelnen, immer wieder sporadisch auftauchenden, bösartig verlaufenden Hirnhautentzündungen oder bei Todesfällen durch Sepsis infolge multiresistenter Bakterien, wie dies an tragischen Beispielen auf Frühgeborenenstationen bundesweit in diesem Jahr anhaltend diskutiert worden ist. Hier taucht dann im Zweifelsfall der Vorwurf auf, die Gesundheitsämter hätten nicht genug unternommen oder gar zu wenig Kontrolle ausgeübt. Ob das tatsächlich so gewesen ist oder das Amt rasch und klug reagiert hat: es spielt für die öffentliche Wahrnehmung praktisch keine Rolle. In solchen Krisen werden Verantwortliche gesucht, und das Ge-

sundheitsamt ist qua gesetzlichem Auftrag zuständig, ganz gleichgültig, ob es an solchen dramatischen Ereignissen prophylaktisch oder nachgehend etwas ändern kann oder nicht. Tatsächlich bestehende Ansätze zur Verringerung von Vorkommen an Sepsis-Erkrankungen im Krankenhausbereich liegen weit außerhalb der unmittelbaren Einflussmöglichkeiten des ÖGD; sie hängen von Qualitätsroutinen ab, die wiederum Ausdruck der jeweils vorhandenen Qualitätskultur der Kliniken sind. Schließlich ist Medien und Öffentlichkeit praktisch nicht zu vermitteln, dass es im Rahmen der stationären Betreuung Schwerstkranker auch bei höchster Kompetenz und Aufmerksamkeit zu nicht vermeidbaren gravierenden Infektionen kommen kann.

- Nun haben Gesundheitspolitiker in den letzten 20 Jahren versucht, das Image des ÖGD auch dadurch zu verbessern, dass neue gesetzliche Grundlagen für den ÖGD geschaffen wurden. Und diese neuen Landesgesetze umfassen alle in unterschiedlich klarer Form auch „moderne“ Aufgaben für den ÖGD wie die Leitung von oder Beteiligung an Gesundheitskonferenzen, die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsförderung. Unabhängig davon, was man von dieser Aufgabenzuweisung grundsätzlich halten mag (s. unten), ist an dieser Stelle zu konstatieren, dass die breite Öffentlichkeit diese „modernen“ Aufgaben kaum spürt, und dass insofern hierdurch das Ansehen des ÖGD vermutlich kaum gesteigert werden konnte. Es sind Aktivitäten, die im Wesentlichen nur Insidern bekannt sind, und die (s. ebenfalls unten) wie die klassischen ÖGD-Aufgaben (amtsärztliche Gutachten, Infektionskrankheiten, Einschulungsuntersuchungen, Krisenintervention) im Schatten der kurativen Medizin stehen.

2. *Wie ist es um das Verhältnis von (Gesundheits-)politik und ÖGD bestellt? Dazu muss man in die Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst schauen und in die Praxis der Landes- und Kommunalpolitik, die das Wechselspiel zwischen Pflichtaufgaben und freiwilligen Aufgaben maßgeblich beeinflusst, ohne damit den Spielraum der Amtsleitungen selber gering zu schätzen.*

- Entscheidend dürfte wohl sein, dass Politik Gesundheit im umfassenden Sinne primär als Sache der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzteschaft versteht. Kliniken, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen repräsentieren ein System, das den ÖGD nach ökonomischem Volumen und Leistungsumfang weit in den Schatten stellt. Der ÖGD war, auch das darf man nicht vergessen, in der Aufbauphase der Bundesrepublik Deutschland durch seine Rolle in der NS-Zeit weithin desavouiert und konnte von den erstarken Kassenärzten zu einer Restgröße umdefiniert werden. Dies geschah systematisch auch in klassischen Bereichen wie dem Impfwesen. Niedergelassene Ärzte reklamieren heute die gesamte Prävention für sich, und verharren doch immer notwendigerweise bei rein medizinischen Maßnahmen. Der ÖGD insistierte seinerseits lange auf seiner Zuständigkeit für Impfungen und übersah, dass er hier alles in allem einen aussichtslosen Kampf führte. Aufwändige sozialkompensatorische Ansätze, welche die niedergelassenen Ärzte überfordern, konnte der ÖGD nun aber auch immer nur in Ansätzen in den besser ausgestatteten großstädtischen Ämtern realisieren, so dass es immer schwieriger wurde, ein eigenständiges Bild von Versorgungsaufträgen neben der immer besser ausgestatteten und von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten ambulanten Versorgung abzugeben.
- Und so sangen Politik und Ärzteschaft nach Abschluss der unmittelbaren Nachkriegsphase in trauriger Union immer lauter das Lied von der Subsidiarität kommunaler gesundheitlicher Dienstleistungen. Prinzipiell ist das Subsidiaritätsprinzip ohne Frage sinnvoll, wie es ausgelegt und ausgelebt wurde, führte es allerdings zu einer weitgehenden Auszehrung der positiven Ansätze des modernen ÖGD. Der ÖGD wurde in der Nachkriegszeit immer mehr zu einer gesundheitspolitischen Restgröße. Die Wiedervereinigung änderte an dieser Entwicklung nichts; in den neuen Bundesländern lag von Beginn an die Aufmerksamkeit auf der Frage, wie das westdeutsche System möglichst rasch kopiert werden konnte. Dabei wurden bekanntlich auch die interessantesten institutionellen Ansätze der Polikliniken fast vollständig zerstört, um später in der stark abgemagerten Version der Medizinischen Versorgungszentren wieder in Erscheinung zu treten.

- Die achtziger und neunziger Jahre gehörten dann der Ideologie der Deregulierung staatlicher Leistungen, eingekleidet in das Versprechen der Ablösung der kameralistischen Haushaltsführung und der Vergrößerung des Spielraums einer neuen Generation managementfähigerer Amtsleitungen. Neben fraglos auch sinnvollen Reformansätzen in der öffentlichen Verwaltung bleibt von der Deregulierung aber oft nicht mehr übrig als die Weiterreichung von Sparquoten durch die vielfältig gebeutelten Kämmerer. Dass dabei der ÖGD oft nicht zu den Begünstigten der neuen Ressourcenverteilung gehörte, versteht sich nach dem Gesagten fast von selbst. Die hoch gelobten neuen Steuerungsmodelle blieben darüber hinaus weithin Makulatur.
- Die in der Regel unglückliche Rolle des ÖGD beim Rückschnitt der öffentlichen Verwaltung hat aber wohl auch damit zu tun, dass Politik sich mit anderen öffentlichen Aufgaben stärker identifiziert und kein stabiles Bild eines modernen ÖGD entwickelt hat. Das Thema Gesundheit ist, vereinfacht gesagt, im kurativen Sektor geparkt. Je mehr Aufgaben des ÖGD in die Zuständigkeit der GKV verlagert werden können, umso weniger Sorge bereitet das Haushaltsdefizit; und wenn es dann noch gelingt, die Krankenkassen zur (Mit-)finanzierung einer jährlichen Großveranstaltung im Rathaus oder auf dem Marktplatz zu bewegen, bei der das Gesundheitsamt eine ansehnliche Rolle spielt, ist Gesundheitspolitik in der Regel zufrieden.

3. *Es ist schon angeklungen, dass in einer Art Teufelskreis vieles davon abhängt, wie stark der ÖGD vor Ort tatsächlich ist, wie gut er seine Rolle auch bei bester Absicht spielen kann.*

- Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass der ÖGD überregional in einigen Bereichen deutlich qualifizierter agiert als etwa vor zwanzig Jahren. Exemplarisch sollen dafür die Forschung und die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch Instituts genannt werden. So liegt mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey erstmals eine empirisch fundierte Analyse dieser Altersgruppen in Deutschland vor; und man kann nur hoffen, dass diese Form öffentlicher Forschung und Analysen nachhaltig in der Förderpolitik verankert wird.

- Schaut man auf die kommunale Ebene, dann muss man feststellen, dass nur noch wenige Ämter über eine kritische Größe verfügen, die es ihnen erlaubt, mehr als die gesetzlich festgeschriebenen Pflichtaufgaben zu erfüllen (die so manches Amt in der Fläche nicht einmal mehr angemessen umsetzen kann).
- Politik stellt den ÖGD aber mit seinen Landesgesetzen vor ein unrealistisches Aufgabenspektrum, wobei – nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen – vieles durch den notorischen Verweis auf die Pflichtaufgaben bloße Rhetorik bleibt.
- Zu dieser misslichen Situation ist zum einen zu sagen, dass es wohl tatsächlich keinen „großen Wurf“ gibt, mit dem sich ein neues Leitbild eines modernen ÖGD zeichnen ließe. Dieser Wurf wird auf der einen Seite noch dadurch erschwert, dass auch die jüngsten ÖGD-Landesgesetze selbst an Pflichtaufgaben festhalten, die dringend auf den Prüfstand gehören. Dazu zählen viele der amtsärztlichen Gutachten, deren Sinnhaftigkeit infrage gestellt werden könnte oder die tatsächlich delegiert werden könnten. So bindet allein das Beamtenrecht Kapazitäten des ÖGD über die Maßen. Hält man sich darüber hinaus als Staatsbürger vor Augen, dass nach wie vor Lehrerinnen und Lehrer zwingend verbeamtet werden (und sie induzieren eine große Zahl der amtsärztlichen Gutachten), dann wird deutlich, wie eingeeengt die Spielräume für modern denkende Amtsleitungen im ÖGD sind. Es ist aber wohl auch so, dass die ÖGD-interne Motivation nicht immer stark ausgeprägt war, einen grundlegenden Wandel der Aufgaben einzufordern. Hier ist, wenn auch nicht ausschließlich, ein direkter Zusammenhang mit der permanenten Bedrohung durch schrumpfende Stellentableaus zu sehen. Wer unter Druck steht, öffnet sich nicht für Reformdebatten, da er stets nur Einsparung hört, wo von Reform die Rede ist. Notwendig wäre aber eine Fortführung der Reformdebatten, wie sie in einigen Großstädten, exemplarisch seien Köln, Bremen und München genannt, schon vor zwanzig Jahren begonnen wurden.

4. *Es sei abschließend bei der Problemanalyse noch einmal auf die tiefer liegenden Gründe für den insgesamt geringen Stellenwert des ÖGD im Gesundheitswesen eingegangen, ehe der Versuch unternommen wird, den Blick nach vorn zu richten.*

- Es soll zunächst die These vertreten werden, dass die Fortschritte der Medizin und die Fortschrittsgläubigkeit um die Medizin herum eng verwoben sind. Die tatsächlichen Fortschritte sind etwa in der Notfallmedizin oder in der Diagnostik (um zwei prominente Felder zu benennen) außerordentlich eindrucksvoll und gehen weit über alles hinaus, was frühere Generationen von der Medizin erwarten durften. Dieser tatsächlich enorm leistungsfähigen Medizin wird nun von der Öffentlichkeit und der Politik nahezu „alles“ zugetraut, eben auch in Bereichen, in denen Fortschritte geringer ausgefallen sind oder in welche die kurative Medizin mit ihren Konzepten nicht hineinreichen kann. Die evidenzbasierte Medizin versucht seit gut 10 Jahren, auch in Deutschland ein realistischeres Bild der Leistungsfähigkeit der diagnostischen und kurativen Möglichkeiten der Medizin zu vermitteln; dies ist ein Jahrhundertprojekt, das erst wenig Durchschlagskraft auf die Gestaltung der Versorgung hat. Ein so „altbackenes“ Instrument wie der ÖGD hat es einstweilen jedenfalls sehr schwer, überhaupt noch neben der überwiegend beitragsfinanzierten Versorgung wahrgenommen zu werden. Die kurative Medizin dominiert mit anderen Worten die Diskurse und das Denken in Öffentlichkeit und Politik. Das mag man bedauern, aber es ist ein Faktum, das man bei allen Zukunftsüberlegungen in Rechnung stellen muss.
- In dem Maße, wie Prävention und Gesundheitsförderung von der Politik fiskalisch und ideologisch als Angelegenheit des GKV-Systems verstanden wurden, blieben sie zugleich Stiefkinder aller Bundesregierungen. Schon die Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung unmissverständlich auszusprechen ist – unbeschadet tatsächlicher Überschneidungen - intellektuell immer noch eine Kürleistung für die Politik, auch wenn inzwischen etwa in Gesetzestexten einschließlich des versenkten Entwurfs eines Bundespräventionsgesetzes zu spüren ist, dass Public Health-Absolventinnen und Absolventen auf der Referatsebene der Ministerien Einzug gefunden haben. Und so ist es bisher nicht gelungen, aus viel versprechenden Ansätzen betrieblicher und kommunaler Gesundheitsförderung eine stabile moderne Praxis zu entwickeln. Eine andere Seite dieser Medaille ist, dass in den „Verkündungsprogrammen“ der Gesundheitsförderung wohl auch häufig unrealistische

Erwartungen an diesen Ansatz geweckt werden, die in der Regel darauf hinauslaufen, dass konsequente Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung den Staat und die Krankenkassen viel Geld sparen könnten. Hierfür gibt es keine überzeugenden Belege, womit überhaupt nichts gegen die Ansätze gesagt ist sondern darauf aufmerksam gemacht werden soll, dass unrealistische Versprechungen stets im entsprechenden Zeitabstand auch zu entsprechenden Enttäuschungen führen. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung benötigen keine andere Legitimation als das (von entsprechender Forschung zu begleitende) Ziel der Hebung des objektiven Gesundheitszustandes wie der Lebensqualität der Bevölkerung. Bei weiter steigender Lebenserwartung der Bevölkerung werden gravierende gesundheitliche Probleme wie Demenz und Krebs unweigerlich zunehmen: hier bedeutet Gesundheitsförderung etwas ganz anderes als die naive Vorstellung der prinzipiellen Verhütung gesundheitlichen Leides.

5. *Welche Voraussetzungen für eine Renaissance eines angesehenen öffentlichen Gesundheitsdienstes wären mithin zu erfüllen?*

- Das Thema „ÖGD“ müsste stärker und klarer als bisher in den Parteiprogrammen auftauchen. Dies wird allerdings erst dann gelingen, wenn Themen der öffentlichen Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung „aus der Mitte der Gesellschaft“ in die Parteien hineingetragen werden. Ansätze dazu finden sich heute in der Debatte um die Betreuung Demenzkranker, auch wenn dies für den ÖGD bisherigen Aufgabenzuschnitts erst einmal wenig Konsequenzen hat; hier wird jedenfalls deutlich, dass die Bedürfnisse der Kranken wie ihrer Familien/ Betreuenden nicht allein durch die Leistungsversprechen der GKV oder der Pflegeversicherung befriedigt werden können. Demenz wird zunehmend zu einem öffentlichen Thema. Einige große Gesundheitsämter haben sich, um ein zweites Beispiel zu nennen, intensiv mit der Frage beschäftigt, welche Angebote die Kommune für nicht krankenversicherte Personen, vor allem im Falle der „illegalen Zuwanderung“, vorhalten müsste. Die dadurch angestoßene Debatte müsste aus dem Bereich der Stille allerdings herausgeführt werden.

- Eine gut hörbare parlamentarische Debatte um ein Präventionsgesetz des Bundes mit einem Bekenntnis zu öffentlichen Aufgaben könnte ein wichtiger Meilenstein für die Modernisierung des ÖGD werden, wenn ein verabschiedetes Präventionsgesetz nicht im Nachgang primär zur Entlastung des Haushaltes der Länder und Kommunen genutzt wird. Es ginge vielmehr darum, Schneisen für die Weiterentwicklung vor allem der kommunalen Gesundheitsförderung zu schlagen – einschließlich der zwingenden Evaluation viel versprechender Ansätze, deren Gelingen sich ebenso wenig wie die Erfolge der Medizin am runden Tisch beschließen lässt.
- Eine derartige politische Diskussion könnte vielleicht auch eine Grundsatzdebatte zum Verhältnis steuerfinanzierter zu beitragsfinanzierten Leistungen auslösen, anders als die Deregulierer in der Gesundheitspolitik sich dies immer erträumt haben. Die Chancen hierfür sind sicher alles andere als gut, weil die Systeme GKV und ÖGD so grundverschieden sind, dass der gemeinsame Blick auf – neu zu konstruierende und miteinander vernetzte - Säulen den Akteuren viel abverlangt. Dies hängt primär damit zusammen, dass ein Versorgungssystem, das nach Einschätzung aller Gesundheitsökonominnen und Gesundheitswissenschaftler das Paradebeispiel für Marktversagen darstellt, ein Traumfeld für private Gewinne darstellt, das eben deshalb nicht zu genau unter die Lupe genommen werden darf. Es sei darauf hingewiesen, dass mittlerweile nennenswerte Steuermittel in die GKV fließen und insofern die dogmatische Trennung von steuer- und beitragsfinanzierten Leistungen überholt ist.
- Was öffentliche Gesundheit heißen könnte und müsste, bleibt ohne wissenschaftliche Begleitung und Unterfütterung vage. Für die Institution ÖGD, ihre momentanen wie potentielle Handlungsfelder gibt es trotz einiger lobenswerter Bemühungen keine nachhaltige Forschung. Die eigenen Evaluationsansätze des ÖGD können dies nicht ersetzen. Selbst zu klassischen Aufgabenfeldern wie Hör- und Sehscreening muss sich die deutsche Debatte auf internationale Studienergebnisse stützen, soweit diese überhaupt wahrgenommen werden. Gerade moderne Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung wären nun aber dringend auf theoretisch gut begründete und evaluierte Modellvorhaben angewiesen, um etwa besser als heute sagen zu können, wie etwa Bildungs- und Gesundheitsansätze vor Ort wirkungsvoller miteinander vernetzt werden

könnten. Stattdessen erfinden 16 Bundesländer und eine Vielzahl von Kommunen das Rad der Gesundheitsförderung immer wieder neu, und ausschließlich mit befristeten Projekten, deren Beweiskraft für die Überführung in Regelaufgaben nahezu gleich Null ist. Die Universitäten folgen ihrerseits der Logik der Forschungsförderung und der Ideologie der Exzellenzinitiativen. Dabei kommt der ÖGD praktisch nicht vor.

- Notwendig wäre nicht zuletzt auch die weitere Erledigung von Hausaufgaben in Form einer ehrlichen internen Revision bestehender Aufgabenfelder. Hierzu wurde oben schon einiges gesagt: wer nur an Einsparungen denkt, wird diese Impulse nicht setzen können. Themen liegen auch neben dem Gutachtenbereich auf der Hand. Trotz der positiven Impulse des Infektionsschutzgesetzes ist der ÖGD dem alten Selbstverständnis der Hygienekontrollen weiter stark verhaftet; Politik stärkt dieses Denken im Falle von Hygiene“skandalen“ fortlaufend. Das Konzept der Einschulungsuntersuchungen ist nie radikal auf den Prüfstand gekommen, auch wenn mit dem Konzept des „Betriebsarztes für Schulkinder“ durchaus interessante alternative Konzepte vorliegen. Aber auch die „modereren“ Ansätze wie Gesundheitskonferenzen sollten bei einer kritischen Betrachtung nicht außer acht gelassen werden, um nach Optimierungsmöglichkeiten Ausschau zu halten. Geprüft werden müsste wohl auch nach wie vor, wo sich hinter der Überschrift von Prävention und Gesundheitsförderung traditionelle Risikofaktorenmodelle verbergen, deren Tragfähigkeit nicht belegt ist. Eine derartige Prüfung wäre idealerweise aber zu ergänzen durch eine genau so kritische Betrachtung der Anmaßungen des kurativen Gesundheitssystems, insbesondere dort, wo dieses für sich primäre Prävention geltend macht. Dieser doppelte Ansatz übersteigt aber fraglos die Möglichkeiten der Institutionen des ÖGD und müsste auf ein breiteres Fundament gestellt werden.
- Ebenso wenig wie das alte Hausarztssystem ein Modell für die moderne allgemeinmedizinische Versorgung abgibt, macht es Sinn, die klassische Amtsstruktur eines Gesundheitsamtes im Sinne eines „Wächters über die Volksgesundheit eines Sprengels“ unverändert fortschreiben zu wollen. Öffentliche Gesundheit ist tatsächlich für den Staat und die Verwaltung eine interdisziplinäre und ämterübergreifende Aufgabe, die immer wieder neu verstanden wer-

den muss. Vielleicht spielt auch nach wie vor eine Rolle, dass ähnlich wie bei der Debatte um die Delegation ärztlicher Leistungen auf „andere“ Fachberufe des Gesundheitswesens das Bild des ÖGD zu stark auf den Amts“arzt“ fixiert bleibt, der seinerseits die Aufgaben verteilt. Dabei ist die Rolle der Sozialwissenschaften gerade in Bereichen wie der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsberichterstattung eine führende und keine unterstützende. Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzqualifikation in Gesundheitswissenschaften sind ohne Frage eine neue Unterstützung bei dem hier reklamierten Wandel. Ein modernes Leitbild müsste freilich weiter gehen und öffentliche Gesundheit neu verstehen, nachdem die identitätsstiftenden Folgen der Seuchenzüge glücklicherweise in reichen Ländern wie Deutschland schon lange überwunden worden sind. Eine der großen Schwierigkeiten bei der Definition eines neuen Leitbildes dürfte gleichwohl darin liegen, dass dem ÖGD klassische Aufgaben gewissermaßen wie naturgegeben zugeschrieben werden – und dass dies im Falle der Hygiene ja auch nicht etwa grundsätzlich falsch ist. In der Tat benötigt jede Kommune auch Kompetenz in Sachen Medizin und Hygiene: diese darf allerdings nicht in aussichtsloser Konkurrenz zum Medizinsystem selber konzipiert werden. Wie die rechtlich aber weiter konkurrierenden Aufgaben des ÖGD und der Krankenhäuser bei einer weithin schon unübersichtlichen Vielfalt an Vorschriften besser sortiert werden könnten, lässt sich nicht im Schnellverfahren klären. Derartige Generaldebatten stehen freilich aus; bleiben sie aus, kommt der ÖGD noch mehr als heute in die Bredouille, da von ihm Leistungen erwartet werden, die er auch bei bester Absicht nicht erfüllen kann. Auch die Weiterentwicklung des Ansatzes der kommunalen Gesundheitsförderung erfordert Investitionen in Forschung, modellhafte Erprobung und deren Evaluation. Bei dem viel zitierten PDCA-Zyklus werden die Phasen Planung und Evaluation in aller Regel grenzenlos unterbewertet. Dies könnte man am Beispiel der Kampagnen zum Thema „dicke“ Kinder und „Gesunde Ernährung“ gut aufzeigen, aber diese Beispiele stehen nicht isoliert da. Hier schließt sich der Bogen zu der Frage, wie Wissenschaft motiviert werden könnte, sich um Fragen von öffentlicher Gesundheit bezogen auf den Politikraum Kommune intensiver zu kümmern. Auch wenn es trivial klingt: ohne entsprechende Förderprogramme des Bundes und der Länder wird das nicht ge-

hen. Insofern bleibt die Schlussbemerkung zur Frage des modernen Leitbildes auch allgemein gehalten: es kommt darauf an, die fehlende Aufmerksamkeit auf gesundheitsrelevante Politikfragen jenseits der kurativen Versorgung immer wieder neu zu entfachen. Patentrezepte dafür gibt es nicht. Es wäre eine große Anstrengung wert, die gemeinsame Schnittmenge und die Synergieeffekte von Bildungs- und Gesundheitsförderung besser zu verstehen. Die Erkenntnis, dass Investitionen in Bildung bitter notwendig sind, setzt sich offenkundig in der öffentlichen Debatte immer stärker durch. Public Health kann hier den stärksten Bündnispartner finden.

München/ 26.09.2012

Gastvortrag der Veranstaltung „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ des Referats für Gesundheit und Umwelt im Alten Rathausaal München (ausgearbeiteter Folienvortrag).

Kontaktdaten

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke

Institut für Public Health und Pflegeforschung/ Abteilung Versorgungsforschung (Leiter Prof. Dr. Ansgar Gerhardus)

ipp.uni-bremen.de

schmacke@uni-bremen.de

Eigene Beiträge zum Thema

Nutzenbewertung, Patientensicherheit, Qualitätssicherung: entwickelt sich eine neue Qualitätskultur? QS-Konferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 28.11.2011 in Berlin. www.g-ba.de/downloads/17-98-3119/3_Prof.Schmacke.pdf

Öffentlicher Gesundheitsdienst. Gestatten: Dr. Unbekannt. Gesundheit und Gesellschaft 2009; 12: 31-34

Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P, Müller V (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber 2009; 61-72

Kommunale Verantwortung für Gesundheit. Programm oder Rhetorik?
<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/16.06.08.vortrag.schmacke.pdf>

Das öffentliche Gesundheitswesens: Institution oder Gestaltungsprinzip im gegliederten Gesundheitssystem? Überlegungen zu einem kontinuierlichen Auftrag an Politik und Wissenschaft. In: von Ferber C, Wolters P. Kommunale Gesundheitspolitik als Gegenstand der Public Health Forschung. Nordrheinwestfälischer Forschungsverbund Public Health, Verbundtag 1996. Universität Bielefeld (Eigendruck), 5-12

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