



Weltgesundheitstag 2008

Abstract

„Zwischen Kontinuität und Neuorientierung – 60 Jahre öffentlicher Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik“

Dr. Jan Leidel, Gesundheitsamt Köln

Wenn wir hier über Kontinuität sprechen, so wissen wir natürlich, dass ganz am Anfang eine Trümmerlandschaft und ein totaler Zusammenbruch stehen.

Zunächst galten die Anstrengungen also ganz dem Wiederbeginn und dem z. T. verzweifelten Versuch, die gesundheitlichen Folgen der sozialen Notlage zu bekämpfen. Aber auch nachdem dies – vielerorts unter der erfolgreichen Federführung des ÖGD – gelungen war, konnte die entscheidend wichtige Frage nach den Aufgaben, die nun auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens zu erfüllen seien, über dreißig Jahre hinweg nicht befriedigend geklärt und noch weniger umgesetzt werden.

Dass die Halbzeitbilanz der Nachkriegsgeschichte des ÖGD in der Bundesrepublik so ernüchternd ausfallen muss, hat seinen Grund nicht zuletzt in den politischen Rahmenbedingungen. Dies betrifft in erster Linie die unterschiedliche Zuständigkeit für das Gesundheitswesen einerseits und den Sozialbereich andererseits. Während das Grundgesetz die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen den Ländern zuwies, erhielt der Bund diejenige für die sozialen Sicherungssysteme. Die Entwicklung beider Bereiche verlief weithin unabhängig voneinander und divergent.

Als eine deutliche äußere Konsequenz aus der Unwilligkeit oder Unfähigkeit der Länder zur Neuordnung des Gesundheitswesens blieb das aus dem Jahre 1934 stammende „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ als fortgeltendes Landesrecht die Rechtsgrundlage des ÖGD. Und wenn dieses Gesetz auch hinsichtlich seiner Elemente nationalsozialistischer Gesundheits- und Rassenpolitik bereinigt worden war, so konnte es doch kaum eine gute Grundlage für einen zukunftsorientierten, auf sich ändernde gesellschaftliche Anforderungen angemessen reagierenden öffentlichen Gesundheitsdienst darstellen. Erst 1979 löste Schleswig-Holstein als erstes Bundesland das Vereinheitlichungsgesetz durch ein eigenes Landesgesundheitsdienstgesetz ab. Hier hat „Kontinuität“ einen bitteren Beigeschmack.

Aber auch inhaltlich wurde hierdurch eine Weichenstellung in die Moderne behindert: Der Versuch Wilhelm Hagens, als Ministerialrat im Bundesinnenministerium ein Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge durchzusetzen und vor allem der Gesundheitsfürsorge für „den werdenden Menschen“ die Gleichberechtigung in der Einbeziehung unter den Begriff „öffentliche Fürsorge“ zu verschaffen, scheiterte am Widerstand vor allem der Länder. Wäre damals die Entscheidung anders gefallen, bedürfte es der heutigen Auseinandersetzungen um den richtigen Weg zur Sicherung des Kindeswohls wohl kaum.

Während also die Länder von ihren Möglichkeiten zur Neuordnung des Gesundheitswesens so gut wie keinen Gebrauch machten, erklärte Adenauer die Sozialreform zum „innenpolitischen Thema Nr. 1“. Schaut man sich heute das Sozialgesetzbuch an, versteht man kaum, warum damals eine tragfähige und zwischen Bund, Ländern und Kommunen

abgestimmte Lösung sozial- und gesundheitsfürsorgerischer Leistungen nicht wenigstens angestrebt wurde.

Die hier nur kurz skizzierte politische und verfassungsrechtliche Weichenstellung führte zusammen mit der sicherlich zu geringen Innovationsbereitschaft vieler Amtsärzte zu dem Teufelskreis von Aufgaben-, Ressourcen- und Ansehensverlust des ÖGD, der Anfang der 80er Jahre schließlich in Überlegungen mündete, die Gesundheitsämter aufzulösen.

Heinz Reuter, der frühere Präsident der Düsseldorfer Akademie für Staatsmedizin, vertrat in einem Aufsatz von 1982 die Auffassung, unser heutiger Staat brauche die Gesundheitsämter der uns geläufigen Prägung natürlich nicht mehr, „denn es gibt das gesundheitlich unterversorgte Proletariat der Zeit vor und nach dem 1. Weltkrieg nicht mehr, und es gibt auch die Ströme der Heimatlosen des 2. Weltkrieges nicht mehr“.

Seit dem Erleben der ÖGD und insbesondere seine zentrale Einrichtung, das Gesundheitsamt, eine gewisse Renaissance. Dies hat mehrere Gründe:

Da ist einmal die Erfahrung von Bedrohungen wie z. B. durch die Katastrophe von Tschernobyl oder das Auftreten der Immunschwächekrankheit Aids. Sie zeigen, wie gefährdet „Gesundheit“ auch heute ist und wie sehr die Bevölkerung in Krisensituationen Rat und Information, aber auch Schutz und Hilfe durch den öffentlichen Gesundheitsdienst nachfragt. Durch weitere Herausforderungen wie SARS, bioterroristische Bedrohungen oder die Gefahr einer neuerlichen Influenzapandemie wird dies ebenso unterstrichen wie durch die zunehmende Nachfrage nach einem umweltbezogenen Gesundheitsschutz.

Die Ablösung des Vereinheitlichungsgesetzes durch zeitgemäßere Rechtsgrundlagen beförderte die Debatte über die Aufgaben des ÖGD in den Ländern. Attraktive internationale Programme, wie das „Gesundheit für alle“ - Programm sowie das „Healthy Cities“ - Projekt der WHO, ganz besonders aber die auf der ersten Gesundheitsförderungskonferenz Ende 1986 in Ottawa entwickelte Gesundheitsförderungs-Strategie führten auch in den Gesundheitsämtern zu einem Umorientierungs- und Innovationsprozeß.

Ein stärkeres Interesse an Leistungen des ÖGD ergibt sich schließlich auch aus der Erkenntnis, dass das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung vielfach an die Grenzen seiner Möglichkeiten gestoßen ist. Es kann für bestimmte Personengruppen keine ausreichende gesundheitliche und sozialpflegerische Versorgung mehr sicherstellen. Dies betrifft vor allem Personen, die aufgrund ihrer sozialen Lage oder ihrer persönlichen Situation einen erschwerten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung haben oder bei denen die vorhandenen institutionellen Arbeitsformen nicht den Versorgungsbedürfnissen entsprechen.

Die kommunale Gesundheitshilfe für diese besonders hilfsbedürftigen Bürgerinnen und Bürger erfolgt subsidiär, also nachrangig zum originären Versorgungssystem, bzw. in dessen Ergänzung, also komplementär. Je umfassender die originär zuständigen Leistungserbringer ihre Aufgaben erfüllen (können), um so geringer sind in diesem Feld die Anforderungen an die Kommune. Es gilt also, die gesetzlich eigentlich zuständigen Handlungsträger in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu stärken. Dies begründet die Wichtigkeit systemischer Arbeitsansätze mit Bedarfsanalyse, Entwicklung konsensfähiger Konzepte und Strategien sowie Koordination.

Dr. Jan Leidel

Gesundheitsamt Köln, Leitender Medizinaldirektor, Neumarkt 15-21, 50667 Köln
Tel. 0221/ 221-26500, E-Mail: jan.leidel@stadt-koeln.de