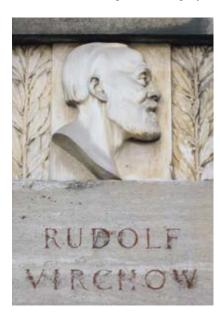


In wenigen Wochen wird meine berufliche Tätigkeit im und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst nach 32 Jahren zu Ende gehen. Und ich freue mich über die Ehrung, anlässlich der Eröffnung unseres diesjährigen Kongresses – noch dazu in "meinem" Bundesland – zu ihnen sprechen zu dürfen.

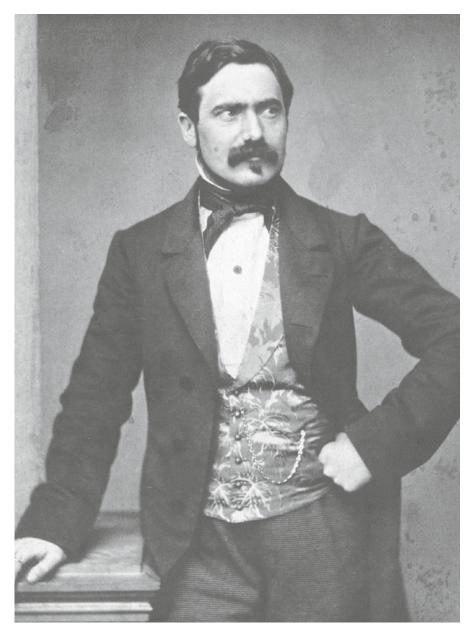
Gleichzeitig fühle ich mich aber auch merkwürdig befangen und beklommen. Ein Festvortrag in einer solchen Situation erhält ganz wie von selbst etwas von einem Vermächtnis, von einer Art last lecture. Die Erwartungen sind entsprechend hoch, und meine Zweifel, diesen Erwartungen auch entsprechen zu können, nehmen mit dem Alter merkwürdigerweise eher zu. Nun ja, Sie haben es so gewollt.

Worüber aber sprechen bei einem solchen Anlass? Ich habe entschieden, mich in die Tradition der Kommunal- und Fürsorgeärzte zu stellen und trotz novel flu und, obwohl es meine eigentlichen wissenschaftlichen Wurzeln beträfe, nicht über den Infektionsschutz zu sprechen. Aber die Quintessenz eines hypothetischen Beitrags zu diesem Thema will ich versuchen, ganz kurz und notwendigerweise zugespitzt zusammenzufassen:



Der Arzt und Politiker Rudolf Virchow





Der deutsche Chemiker und Hygieniker Max Josef (seit 1883 von) Pettenkofer

Glauben Sie keinesfalls, meine Damen und Herren, dass die epochalen Entdeckungen Robert Kochs und anderer und der damit verbundene Sieg der Kontagionisten über die Miasmatiker die sozialhygienischen Auffassungen z. B. eines Virchow oder Pettenkofer über die Bedeutung sozialer und Umweltfaktoren widerlegt hätten. Es geht bei Infektionskrankheiten um Wechselwirkungen von Erreger und dem sozialen Wesen Mensch. Und Virchows Aussage über den Hungertyphus in Schlesien stimmt nach wie vor, dass nämlich diese Krankheit neben ihren biologischen Ursachen auch solche sozialer Art hatte und dass Bildung, Wohlstand und Gerechtigkeit sehr wohl zu den erforderlichen Heilmitteln gehörten. Wir müssen die Antithesen Miasma und Lebensführung einerseits und Kontagium andererseits dialektisch zu einer modernen Synthese zusammenführen. Nur wenn das Verhalten der gefährdeten oder infizierten Menschen sowie sozialhygienische Überlegungen mitberücksichtigt werden, werden wir Infektionskrankheiten erfolgreich verhüten und bekämpfen können.

Und nun geht's los:

Engagiert für die Gesundheit der Bevölkerung – der Öffentliche Gesundheitsdienst. Es ist ein schönes Kongressmotto. Und ginge es nur um unser Engagement, mir wäre nicht bang, weder um die Gesundheit der Bevölkerung, noch um die Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es geht aber natürlich auch um die Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich dieses Engagement entfalten muss. Dabei möchte ich nicht die unzureichende Ressourcenausstattung ansprechen, sondern auf politische und strukturelle Rahmenbedingungen hinweisen, die wir kennen und berücksichtigen müssen, wenn wir – um mit Max Weber zu sprechen – mit Leidenschaft und Augenmaß vor Ort die harten Bretter der Gesundheitspolitik bohren.

Mein Beitrag hat sich gleichsam von selbst im Laufe seiner Entstehung unter das Motto oder Leitmotiv "Trennung und Annäherung" gestellt, was ja auch in gutes und konstruktives Miteinander münden kann. Eine erste und besonders folgenschwere Trennung geht in die Frühgeschichte unserer Bundesrepublik zurück. Tatsächlich bin ich davon überzeugt, dass eine prekäre politische Weichenstellung gleichsam in der Geburtsstunde unseres Staates die Rahmenbedingungen für öffentlich erbrachte Gesundheitsleistungen von vornherein nachteilig beeinflusst hat und dass Folgen dieser Entwicklung bis heute spürbar sind. Ich meine damit die Entscheidung, die sozialen Sicherungssysteme in die Bundeszuständigkeit zu geben, diese dem Gesundheitswesen, insbesondere dem Öffentlichen Gesundheitswesen aber "vorzuenthalten", wie Wilhelm Hagen klagt (1.). Aber dieser verfassungsrechtliche Aspekt alleine hätte sich wohl nicht so nachteilig auswirken müssen, wenn er in der damaligen politischen Grundströmung nicht weidlich instrumentalisiert worden wäre.



Die Folgen dieser Entscheidung zeigten sich bereits spätestens 1953 im Zusammenhang mit der langsam im Staub der Geschichte versinkenden "Lex Hagen". Wilhelm Hagen war ein Urgestein der Sozialhygiene aus der Weimarer Zeit. Er wurde bereits kurz nach der nationalsozialistischen Machtergreifung als "politisch unzuverlässig" aus dem Dienst der Stadt Frankfurt entfernt, wo er als für die Kinder- und Jugendfürsorge zuständiger Abteilungsleiter tätig war. Die letzten Jahre seines erfüllten Berufslebens war er Präsident des Bundesgesundheitsamtes. Davor aber, in seiner Zeit als Ministerialrat und Abteilungsleiter im Bundesinnenministerium von 1950 bis 1956 trat er entschieden für ein Gesetz ein zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge für Schwangere, Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche. Dieses sollte in kommunaler Regie die Gesundheits- und Wohlfahrtsakteure zu gemeinsamem Handeln verpflichten.

Verfassungsrechtlich wäre dies wohl durchaus möglich gewesen, denn die "öffentliche Fürsorge" gehört nach dem Grundgesetz zum Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung.

Der Begriff "öffentliche Fürsorge" wurde jedoch in der damaligen sehr interessengeleiteten – und das waren nicht etwa die Interessen einer öffentlichen Gesundheitsfürsorge – politischen Debatte eng auf die soziale Fürsorge begrenzt und der Gesundheitsfürsorge verwehrt. Hagen schreibt rückblickend über seine gescheiterte Initiative (1.):

"Zuvor machte ich noch einmal einen verzweifelten Versuch, die Wand zu durchbrechen, der Gesundheitsfürsorge für den werdenden Menschen die Gleichberechtigung in der Einbeziehung unter den Begriff "öffentliche Fürsorge" zu erkämpfen und damit die Bundeszuständigkeit zu erlangen. 1953 legte Minister Lehr dem Bundestag meine Denkschrift "Vorbeugende Gesundheitsfürsorge" vor. … Es war vergebens. Die Verfassungshüter waren unerbittlich, und die Angriffe kamen von allen Seiten: von der Sozialfürsorge, von den Versicherungsträgern und besonders von der ärztlichen Standesvertretung."

Tatsächlich erhoben die Standesorganisationen der niedergelassenen Kollegen spätestens seit dem 54. Deutschen Ärztetag von 1951 den Anspruch auf die Gesundheitsfürsorge und Prävention. Prominente ärztliche Standespolitiker forderten damals eine Neugestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, also eine weitgehende Beschränkung auf hoheitliche Aspekte einer Eingriffsverwaltung, und propagierten den Kampf gegen die öffentliche Gesundheitsfürsorge, die sie als Staatsmedizin und Medizinalbürokratie verunglimpften. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bildete 1954 sogar einen Aktionsausschuss, der die Übernahme der Gesundheitsfürsorge und Prävention durch die frei praktizierende Ärzteschaft vorbereiten sollte.

Unterstützt wurden sie in diesem Prozess von den Versicherungsträgern sowie von der vorherrschenden politischen Strömung, in der der Gegensatz von Staat und Freiheit eine beträchtliche Rolle spielte. Das war angesichts der Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus zwar verständlich. Dennoch mutet mich im demokratischen Rechtsstaat Bundesrepublik die defensive Haltung des Bürgerstaates bzw. seiner Repräsentanten oft merkwürdig an. Wenn heute von "Politikverdrossenheit" gesprochen wird, habe ich manchmal den Eindruck, dass es sich in Wirklichkeit eher um "Staatsverdrossenheit", um den alten Konflikt zwischen Staat und Gesellschaft handelt. Die Beschwörung von Feindbildern wie eben z. B. "Bürokratie" oder "Staatsmedizin" munitioniert bis heute die Durchsetzung letztlich privater Interessen und dient außerdem – mitunter auch gemeinsam mit einer nicht selten missbräuchlich geführten Subsidiaritätsdiskussion – als Begründung für den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung.

Jedenfalls war dies kein gutes Klima für eine leistungsrechtliche Aufgabenzuweisung an die Gesundheitsämter.

Ich komme nochmals auf Wilhelm Hagen zurück und führe sein Zitat zu Ende:

"Inzwischen ist die Vorsorge der "Medizinalbürokratie" entzogen. An Stelle einer gezielten, nachgehenden Gesundheitsvorsorge entstand ein üppiges Angebot von Leistungen, die allerdings gerade von denen ignoriert werden, die ihrer besonders bedürfen."

Ich versuche mitunter, mir vorzustellen, wie die Entwicklung weiter verlaufen wäre, wenn Wilhelm Hagen sein Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge damals durchgebracht hätte. Es war ja die Zeit, in der Konrad Adenau"An Stelle einer gezielten, nachgehenden Gesundheitsvorsorge entstand ein üppiges Angebot von Leistungen, die allerdings gerade von denen ignoriert werden, die ihrer besonders bedürfen" Wilhelm Hagen 1953

er die Sozialreform zum "innenpolitischen Thema Nr. 1" erklärt hatte. Und bereits 1955 legte Bundesarbeitsminister Anton Storch Grundgedanken zur Gesamtreform der sozialen Leistungen vor, gleichsam die Grundlage für unser heutiges Sozialgesetzbuch. Es könnte gut sein, dass wir bei einem Erfolg Hagens heute ein weiteres Kapitel im Sozialgesetzbuch hätten, das die gesundheitliche Fürsorge als



kommunale Aufgabe eindeutig und leistungsgesetzlich regelt. Und mit großer Wahrscheinlichkeit hätten sich die soziale und gesundheitliche Fürsorge nicht derart auseinanderentwickelt, wie es heute leider der Fall ist. Auf diesen Gesichtspunkt werde ich zurückkommen.

Ebenfalls 1955 wurde das Gesetz über das Kassenarztrecht verabschiedet. Und der durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierte, zunächst nur kurative kassenärztliche Sektor des Gesundheitswesens erlebte eine massive Förderung. Gesundheitspolitik wird seitdem in unserem Land ganz überwiegend als Sozialversicherungspolitik thematisiert – bis in die späten achtziger Jahre hinein vorwiegend mit dem politischen Ziel von Weiterentwicklung und Ausbau, seit den Erschütterungen und Einschnitten der Neunziger jedoch vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Leistungsbeschränkung und Beitragsstabilität.

Mit der Dominanz des GKV-Systems waren aber auch bereits die Weichen gestellt für eine "Individualisierung der Prävention" wie Norbert Schmacke es ausdrückt (2.). Risikofaktoren rückten in den Fokus, die durch Laborscreening und Früherkennungsuntersuchungen entdeckt und bekämpft werden müssen. Die gruppenoder lebenslagenbezogene Prävention auf der Ebene der Kommune, der Stadt, des Stadtteils war hoffnungslos ins Hintertreffen geraten. Also auch hier Auseinanderentwicklung. Trennung.

Dabei will ich nicht selbst in den Fehler verfallen, das sprichwörtliche Kind mit dem Bade auszuschütten. Natürlich hat die im engeren Sinne medizinische Prävention, natürlich haben Blutdruckmessung, Cholesterinbestimmung und Diabetikerschulung einen hohen Wert. Aber von meinem großen Vorbild, Rudolf Virchow, habe ich gelernt, dass primäre Prävention weniger mit Medizin und mehr mit der Gestaltung eines gesundheitsfördernden Umfelds zu tun hat. Die ärmsten Schichten unseres Volkes sterben nicht in erster Linie deshalb 10 Jahre früher, weil bei ihnen der Cholesterinwert zu selten bestimmt wird.

Wir müssen wieder lernen uns vom medizinisch-therapeutischen Reflex zu befreien, wie der Kinderarzt Fegeler das nennt. Wir müssen gerade als Ärzte und gerade angesichts der Zunahme soziogener Störungen wieder lernen, dass in manchen, wohlgemerkt: in manchen Fällen die wichtigste Aufgabe des Arztes die kluge Diagnose ist, während Prävention und Therapie soziale Maßnahmen zumindest einschließen müssen.

Der Sozialhygieniker und frühere Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Ludwig v. Manger-König schrieb in einem Aufsatz von 1975 (3.):

"Die Gesundheitspolitik … blieb ohne langfristiges, von Bund, Ländern und Gemeinden getragenes und auf die sozialpolitischen Zielsetzungen abgestimmtes Konzept für ein geschlossenes umfassendes System gesundheitlicher Versorgung und Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung zur rationellen Krankenbehandlung und Rehabilitation.

...

Deshalb gelang es nicht, die drei Subsysteme ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Öffentlicher Gesundheitsdienst in einem Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung zu Kooperation und sinnvoller Arbeitsteilung zu verknüpfen."

Die skizzierte Auseinanderentwicklung der Subsysteme, das gegenseitige Misstrauen gelten wohl trotz freundlicher gewordener Worte prinzipiell auch heute. Allerdings – und jetzt kommt die Wendung ins Positive – habe ich den Eindruck, dass seit einigen Jahren die sektorale Versäulung und das damit verbundene Lagerdenken in unserem Gesundheitswesen häufiger überwindbar erscheinen. Nicht immer, aber immer öfter. Und ich erkenne hinsichtlich des traditionellen Monopolanspruchs des GKV-Systems doch auch eine Art vorsichtigen Paradigmenwechsel, der sowohl Gesundheitsförderung und Prävention als auch in eingeschränkter Weise die unmittelbare subsidiäre medizinische Versorgung betrifft. Und, liebe Kolleginnen und Kollegen, die sich aus diesen Veränderungen ergebenden Möglichkeiten gilt es im Interesse einer weiter gefassten Gesundheit der Bevölkerung zu nutzen.

Auch wenn das Präventionsgesetz, auf das wir so lange gewartet und so große Hoffnungen gesetzt haben, nunmehr endgültig gescheitert zu sein scheint, so hat die Debatte hierüber doch bestätigt, wie wichtig ein Gemeindebezug, ein gruppenoder lebenslagenbezogener Ansatz (heute nennen wir das Setting-Ansatz) bei der Prävention ist. Und wenn man dies akzeptiert, wird man nicht umhin kommen können, die Aufgabe der Kommunen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes neu zu definieren und zu sektorübergreifenden und abgestimmten kooperativen Lösungen zu gelangen.

Und ich bin auch sehr zuversichtlich, dass angesichts des Scheiterns des Präventionsgesetzes bei gleichzeitiger Einsicht in die Notwendigkeit von Prävention kleinere Lösungen auf kommunaler Ebene möglich und umsetzbar sind, auch unter finanzieller Beteiligung insbesondere lokal bzw. regional engagierter Krankenkassen. Aus vielen Kreisen und Städten gibt es hierfür Beispiele guter Praxis.

Aber auch hier fallen uns Erfolge nicht in den Schoß. Lassen Sie mich hierzu Norbert Lettau etwas ausführlicher zitieren, den langjährigen leitenden Medizinalbeamten des Landes Hamburg (4.):



"Die Chancen kommunaler Gesundheitsförderung sind offensichtlich, aber Kommunen können an Kompetenz, Zielstrebigkeit, Qualität und an vernetzenden Strukturen deutlich zulegen" Norbert Lettau "Kommunen müssen ihre Anstrengungen deutlich verbessern, wenn sie den Sprung vom 'Talent' zum Akteur in der Gesundheitsförderung verlässlich schaffen wollen."

Und weiter:

"Die Chancen kommunaler Gesundheitsförderung sind offensichtlich, aber

– soviel Selbstkritik muss erlaubt sein – Kommunen können an Kompetenz, Zielstrebigkeit, Qualität und an vernetzenden Strukturen deutlich zulegen. Als langjährigem Mitglied im Vorstand des Netzwerkes Gesunder Städte und des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages sei mir dieses Urteil gestattet.

Natürlich liegen zahlreiche Erfahrungen vor, und die Umsetzungsschritte liegen auf der Hand. Aber solange Kommunen den unbedingten Willen der Mitverantwortung für das Ziel "Gesundheit" nicht entschieden zum Ausdruck bringen, werden die Argumente für die notwendige Kooperation mit der kommunalen Ebene nicht wirklich überzeugen.

Was bedeutet das in der Praxis? Die Kommunen müssen – gerade aus Gründen der Nähe zu den Menschen – ihre Rolle als Anwalt für Gesundheit offensiv und nachhaltig in den gesundheitspolitischen Diskurs einbringen. Sie müssen sich im Interesse der in ihrer Region lebenden Bürgerinnen und Bürger lautstark Gehör verschaffen und den Transfer von Gesundheit in Politik gewährleisten.

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenzen sind hierzu geeignete und wirksame Instrumente für die Koordination, Kooperation, Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Aktivitäten.

Die Sozialversicherungsträger müssen verpflichtet werden, in diesen Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder entsprechenden kommunalen Gremien mitzuwirken. Prävention und Gesundheitsförderung sollen zu Pflichtleistungen der Sozialversicherer werden."

Und Lettau weist darauf hin, dass dort, wo kommunale Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Einrichtungen existieren, deren Mitwirkungsbreite sie zu Kompetenzzentren für kommunale Gesundheitsförderung macht.

Hinzufügen möchte ich, dass der kommunale Gesundheitsdienst sich als kooperationsbereiter und als zuverlässiger Partner erweisen muss. Und noch etwas ganz Praktisches scheint mir in diesem Zusammenhang wichtig: Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen leider häufig im Rahmen befristeter Projekte, die sich nicht selten als "Leuchttürme" verstehen und oft nur einer verhältnismäßig kleinen Zielgruppe zu Gute kommen. Sind die Projektmittel verbraucht, erlischt der Leuchtturm, das alte Elend kehrt wieder ein und alle sind frustriert. Ich persönlich unterstütze nur noch solche Ansätze, bei denen eine Verstetigung zumindest mit einiger Wahrscheinlichkeit erkennbar ist, und vertrete im Übrigen die Auffassung: lieber Basics für alle als Leuchttürme für wenige.

"Sind die Projektmittel verbraucht, erlischt der Leuchtturm, das alte Elend kehrt wieder ein und alle sind frustriert."





Weil mich das Thema der subsidiären bzw. oft auch komplementären und fast immer sozialkompensatorischen ärztlichen Versorgung stets besonders beschäftigt hat, möchte ich auch hierauf kurz eingehen: Tatsächlich stößt auch die GKV-finanzierte kurative Medizin zunehmend an Grenzen ihrer Möglichkeiten. Damit meine ich nicht nur die immer schmerzlicher bewusst werdenden finanziellen Grenzen, sondern vor allem auch die Tatsache, dass das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung für bestimmte Personengruppen keine ausreichende Versorgung sicherstellen kann. Dies betrifft vor allem Personen, die aufgrund ihrer sozialen Lage oder ihrer gesundheitlichen Situation einen erschwerten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung haben oder bei denen die vorhandenen institutionellen Arbeitsformen nicht den Versorgungsbedürfnissen entsprechen, also insbesondere:

- psychisch Kranke mit gestörtem Realitätsbezug und fehlender Krankheitseinsicht, welche die notwendigen Gesundheitshilfen nicht selbst zu initiieren vermögen;
- Kranke mit komplexen Problemlagen, die ein aufeinander abgestimmtes Bündel an Hilfen auch psychosozialer Art benötigen, um ihre gesundheitlichen Störungen bewältigen zu können;
- pflegebedürftige alte Menschen mit stark defizitärem sozialen Netzwerk;
- behinderte, verhaltensgestörte und von Behinderung bedrohte Kinder, deren Eltern aus Unwissenheit oder ungenügender Sorge sich nicht um die notwendige rehabilitative Förderung kümmern;
- Kranke, die wie z. B. viele Wohnungslose mit ihrem Erscheinungsbild und ihren Verhaltensweisen die Normalversorgung erschweren und in Wartezimmern beunruhigend wirken;
- hochmobile Personen mit komplexen Problemen im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten und Zugangsschwierigkeiten zum Regelsystem;
- Migrantinnen und Migranten, insbesondere solche mit unklarem Aufenthaltsstatus und erheblichen Zugangsschwierigkeiten zu unserem Gesundheitssystem.

In diesen Fällen wird zunehmend akzeptiert, dass auch der Öffentliche Gesundheitsdienst eben in subsidiärer oder komplementärer Weise Versorgungsaufgaben übernimmt. Das "Behandlungsverbot" der 3. DVO zum Vereinheitlichungsgesetz ist längst gefallen und pragmatischen Lösungen gewichen, bei Tuberkulose und sexuell übertragbaren Krankheiten können die Gesundheitsämter gemäß § 19 Infektionsschutzgesetz ambulante Behandlungen durchführen und z. B. das nordrheinwestfälische ÖGD-Gesetz besagt in seinem § 4:

"Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird."

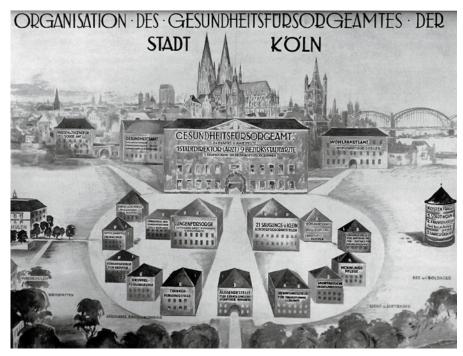
Wichtig scheint mir der Hinweis, dass dies "im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern" zu erfolgen habe. Tatsächlich ist der Streit um Zuständigkeiten und Monopole mit der niedergelassenen Ärzteschaft aus der Frühgeschichte der Bundesrepublik mittlerweile zwar weitgehend beigelegt oder doch zumindest deutlich entspannt. Aber das Eis ist vielfach noch dünn und wenig belastbar. Und es bedarf dieses "Benehmens" (mir fällt jetzt erst auf, dass der Begriff ja schon sprachlich viel mit Umgangsformen zu tun hat), um in Kooperation und auf der Grundlage vertraglicher Regelungen mit den kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Versorgungsleistungen als "Gemeinschaftsaufgabe" zu identifizieren, bei der der Sicherstellungsauftrag der KV, aber auch die sozialstaatliche Verpflichtung der Kommune ein gemeinsames Handeln als notwendig erkennbar machen.

Wir sind in Köln nicht wenig stolz darauf, bei der subsidiären Versorgung zum Beispiel von Wohnungslosen und Drogenabhängigen ein solches Vorgehen vertraglich gesichert zu haben. Das Kölner Gesundheitsamt versorgt mittlerweile etwa 1.400 Menschen ohne gesicherten Wohnraum primärärztlich, wobei die Kosten gemeinschaftlich von KV und Stadt aufgebracht werden. Auf Initiative der nordrhein-westfälischen Landesgesundheitskonferenz kann dieses Kölner Modell mit geringfügigen Modifikationen und nunmehr auch unter Beteiligung der GKV in allen nordrhein-westfälischen Städten über 100.000 Einwohner umgesetzt werden.

Ich hatte bereits erwähnt, dass sich Gesundheitswesen und soziale Dienste, also besonders Jugend- und Sozialhilfe seit den 1950er Jahren auseinanderentwickelt haben, wobei mich besonders die Distanz zwischen kommunalem Gesundheitsdienst und Jugendhilfe beschäftigt. Diese Trennung ist der Sozialhygiene als Theorie und der Gesundheitsfürsorge als Praxis im Grunde fremd. Der Zentrumspolitiker und Sozialhygieniker Peter Krautwig, 1905 vom Kölner Rat zum ersten ärztlichen Beigeordneten einer deutschen Stadt gewählt und neben Rudolf Virchow einer meiner Helden, war während seiner Tätigkeit bestrebt, alle Aspekte der Fürsorge zusammenzufassen. Die Trennung in soziale und wirtschaftliche Hilfen einerseits und ärztliche sowie hygienische Maßnahmen andererseits schien ihm widersinnig. Vielmehr hielt er es für erforderlich, dass der einzelne Mensch und die einzelne Familie als Objekt von Fürsorge möglichst einheitliche Hilfen erhalten müssen, da soziale, wirtschaftliche und gesundheitliche Probleme häufig in derselben Familie gleichzeitig aufträten und nicht voneinander getrennt werden könnten.



Die Wirklichkeit sieht heute meist anders aus. Mitunter führen glückliche Zuschnitte von Dezernaten oder eher zufällige personelle Konstellationen zu einer fruchtbaren Kooperation zwischen Jugend- und Sozialämtern einerseits und Gesundheitsämtern andererseits. Dann mag das nicht so ausgeprägt sein. Aber vielfach scheinen mir diese beiden Bereiche geradezu Parallelwelten innerhalb der Kommunen



darzustellen. Sie haben unterschiedliche Sichtweisen und Erklärungsmuster, eine unterschiedliche Tradition, eine unterschiedliche Terminologie, unterschiedliche Rechtsgrundlagen und ihre finanziellen Grundlagen unterscheiden sich deutlich. Wo sie sich in der kommunalen Leistungsverwaltung begegnen, besteht natürlich die Bereitschaft zur Kooperation, die allerdings oft von einem gewissen Argwohn und von gegenseitigem Unverständnis moderiert wird.

Aber auch hier Annäherung. Im vergangenen September fand in Köln ein Fachkongress des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration zum Thema "Stand und Perspektiven des Kinderschutzes in NRW" statt, bei dem die Kooperation der Gesundheitsdienste mit der Kinder- und Jugendhilfe eines der zentralen Themen war. Nur zwei Monate später wurde in Berlin eine

Fachtagung eigens zum Thema "Jugendhilfe und Gesundheitshilfe – zwei Systeme nähern sich an" veranstaltet. Und im 13. Kinder- und Jugendbericht empfiehlt die zuständige Sachverständigenkommission eine bessere Vernetzung der Angebote und Strukturen von Jugendhilfe, Sozialhilfe und Gesundheitswesen.

Der Grund für diese Versuche, die Systeme zur Annäherung zu bewegen, ist sicher auch das derzeit große Interesse von Öffentlichkeit und Politik an einer Sicherung des Kindeswohls. Seit uns die schrecklichen Verbrechen an kleinen Kindern aufgeschreckt haben, hat auf allen Ebenen Aktionismus stattgefunden. Und mitunter sind Maßnahmen schneller beschlossen als bedacht worden. Richtig aber war ohne Zweifel die auch von der Ministerin und Ärztin Ursula von der Leyen ausgesprochene Kritik an den "Brüchen in der Hilfekette". Damit spielte sie genau auf diesen Systembruch zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe an.

Ich will hier gar nicht darüber sprechen, welche Maßnahmen mir weniger sinnvoll erscheinen (die verpflichtende Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen) und welche ich für besonders sinnvoll halte (aufsuchende Hilfen sowohl gesundheitlicher als auch zugleich sozialer Art wie z. B. das Düsseldorfer Modell "Zukunft

für Kinder in Düsseldorf", das wir uns in Köln zum Vorbild gemacht haben), aber mir ist der Hinweis wichtig, dass die Tötungen natürlich nur die Spitze eines bedrückenden Eisbergs darstellen. Zahlenmäßig haben wir es besonders mit Kindern zu tun, die nach Fegeler als die "vergessenen Kinder" bezeichnet werden können.

Seit etwa 30 Jahren wird in der Kinderheilkunde ein auffälliger Wandel im Krankheitsspektrum bei Kindern beobachtet. In einer 1975 erschienen Arbeit des australischen Pädiaters Robert J. Haggerty und seiner Co-Autoren wurde hierfür erstmals der Begriff "New Morbidity" geprägt (5.), der seitdem auch in Deutschland – vor allem in der Fachwelt – akzeptiert und



"Vielfach scheinen mir diese beiden Bereiche geradezu Parallelwelten innerhalb der Kommunen darzustellen."

> Jan Leidel zur Beziehung von Jugend-, Sozial- und Gesundheitsämtern



gebräuchlich ist. In Politik und Gesellschaft sind diese Erkenntnisse allerdings noch zu wenig angekommen und werden deswegen noch zu wenig zur Grundlage eines entsprechenden Handelns.

Tatsächlich sind Kinder heute im Sinne eines traditionellen Gesundheitsbegriffs "gesünder". Sie leiden seltener an "klassischen" akuten Erkrankungen (wie z. B. Unterernährung, Mangelkrankheiten, Infektionen). Das Krankheitsspektrum hat sich aber verändert

- von akuten zu chronischen Krankheiten und
- von körperlichen zu seelischen Störungen.

Die chronischen Krankheiten sind vielfach die Folge von falschen Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel, eine klassische Gemeinschaftsaufgabe für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie für gemeindebezogene Präventionsstrategien. Das ist mittlerweile Konsens, und es ist relativ leicht, Krankenkassen für ein Engagement auf diesem traditionell medizinischen Feld zu gewinnen.

Bei den eigentlichen "neuen Kinderkrankheiten" handelt es sich jedoch um die vielfältigen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen: Störungen der emotionalen und psychischen Entwicklung, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen im Bereich der motorischen sowie der kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Diesen Störungen liegen natürlich mitunter genetische oder andere körperliche Ursachen zu Grunde. Meist sind sie aber "soziogen", haben ihre Ursache also in den Interaktionen des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, mit dem Kind.

Es kann nach Fegeler als sicher angesehen werden, dass Kinder mit schweren soziogenen Entwicklungsstörungen deutlich mehr Schulschwierigkeiten haben, deutlich häufiger die Schule abbrechen bzw. nur niederrangige Schulabschlüsse erwerben als Kinder ohne derartige Störungen. Sie stehen am Ende der Schullaufbahn fast ohne jede Chance auf einen Arbeitsplatz bzw. eine Ausbildungsstelle da, sie sind deutlich mehr drogengefährdet und deutlich häufiger delinquent. Und ein unheilvoller Kreis schließt sich, wenn diese chancenlosen Jugendlichen ihrerseits Partnerschaften eingehen und Eltern werden. Die wichtigsten Faktoren, die zu solchen soziogenen Störungen führen können, sind bekannt und grundsätzlich erkennbar. Vielfach sind die hierauf beruhenden Störungen beeinflussbar, wobei Interventionen umso erfolgreicher sind und einen umso geringeren Aufwand erfordern, je früher die Störungen erkannt werden und die Intervention einsetzt.

Die Faktoren betreffen z. T. die äußeren Lebensumstände wie z. B.

- Niedriger Sozialstatus, Armut
- Unvollständigkeit oder Instabilität der Familie
- Schlechte Wohnverhältnisse
- Minderheitenstatus und Ausgrenzung
- Eingeschränkte Bildungschancen

sowie soziale Interaktionen, insbesondere

- Unerwünschtheit des Kindes
- Wenig oder einseitige Anregung
- Psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Bezugsperson(en)
- Gewalterfahrungen der Eltern
- Überforderung der Eltern (bzw. des Kindes).

Mit der Zahl der vorhandenen Risikofaktoren steigt das Risiko des Kindes deutlich an. Es gilt also, das Vorliegen gravierender Risikokonstellationen und sich daraus ergebende Gefährdungen des Kindeswohls frühzeitig zu erkennen, um entsprechende Hilfen erbringen bzw. vermitteln zu können.

Ohne eine entsprechende Intervention besteht die Gefahr, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen, psychischen, kognitiven und motorischen Entwicklungsstörungen durch eine dauernde Fehlanpassung zu manifesten psychischen Störungen und Erkrankungen weiterentwickeln.

Nach der "Bella-Studie", einer Teilstudie des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (6.) finden sich bei ca. 21% aller Kinder und Jugendlichen von 7 bis 17 Jahren Hinweise auf gravierende psychische Störungen. Dabei stehen Angststörungen, gravierende Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen im Vordergrund. Auch das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom, die mannigfachen Manifestationen von Essstörungen, dissoziales und aggressives Verhalten sind Ausdruck derartiger Störungen.

In der erwähnten Studie wurde ein erheblicher sozialer Gradient festgestellt (Risikofaktoren sind eben auch hier wieder ungünstiges Familienklima, Bildungsferne, niedriger soziökonomischer Status). Zugleich befinden sich gerade erkrankte Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen und sozio-ökonomisch schlecht gestellten Bevölkerungsschichten erschreckend häufig nicht in einer entsprechenden Behandlung. Vielfach landen sie in entsprechenden Förderschulen, die sie vor kaum lösbare Probleme stellen. Die pädagogischen und sonderpädagogischen Möglichkeiten



der Schulen reichen oft bei weitem nicht aus und eine institutionalisierte kinderund jugendpsychiatrische Beratung und Unterstützung der Schulen erfolgt allenfalls in völlig unzureichendem Maße.

Es wird eine der wichtigsten Aufgaben nicht nur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sein, diesen Kindern wieder eine Zukunftschance zu geben. Nicht nur angesichts des demographischen Wandels werden Kinder immer wichtiger und es ist furchtbar zu sehen, wie wir sie in großer Zahl auf dem Altar gesellschaftlicher Fehlentwicklungen opfern.

Eine wirksame Intervention setzt aber nach meiner festen Überzeugung auch ein gemeinsames Vorgehen von Gesundheitsfürsorge, Jugendhilfe und Sozialhilfe, also Annäherung und Kooperation voraus. Soziogene Defizite können nicht allein durch medizinische Interventionen behandelt werden. Oder wie Fegeler sagt (7.): "Notwendig für eine gesunde Entwicklung ist eine die gesamte Kindheit begleitende Anregung. Kein noch so gutes Spiel- und Entwicklungsprogramm kann bereits gestörte Kinder zu geistig lebhaften, kreativen, phantasievollen und wissbegierigen Kindern umbiegen. Wir müssen daher schon im vorschulischen Altersbereich wieder zurückfinden zur Pädagogik". Und weiter: "Wenn aber immer mehr Familien ihren Erziehungsaufgaben nicht mehr gerecht werden, so müssen sie hierbei stärker unterstützt werden. Außerdem müssen Wege gefunden werden, wie andere gesellschaftliche Institutionen die Defizite so weit wie möglich ausgleichen können. Tagesmütter, Kindergärten und Kindertagesstätten könnten dies z. T. leisten. Zurzeit sind jene Einrichtungen für diese wichtige Aufgabe jedoch nicht gerüstet. Es fehlt an einer spezifischen Ausbildung der Erzieherinnen und Erzieher, an Ressourcen und vor allem an einer gesellschaftlichen Würdigung dieser wichtigen Tätigkeit.

"Notwendig für eine gesunde Entwicklung ist eine die gesamte Kindheit begleitende Anregung. Kein noch so gutes Spiel- und Entwicklungsprogramm kann bereits gestörte Kinder zu geistig lebhaften, kreativen, phantasievollen und wissbegierigen Kindern umbiegen. Wir müssen daher schon im vorschulischen Altersbereich wieder zurückfinden zur Pädagogik"

U. Fegeler

Der stattdessen derzeit oft erfolgende Transfer grundsätzlich gesellschaftlicher Aufgaben in das Medizinsystem ist bei soziogenen Störungen weder effektiv noch effizient."

Und ein letztes Anliegen möchte ich Ihnen vortragen:

Gelegentlich bin ich gebeten worden, anlässlich des Jubiläums eines Gesundheitsamtes einen Festvortrag zu halten. Und ein mir gern gestelltes Thema lautete dann: "ÖGD – quo vadis".

Ich hatte dann oft das Gefühl, meine Zuhörer schwer zu enttäuschen, wenn ich darauf hinwies, dass der ÖGD nur schwerlich mit einem Subjekt verglichen werden könne, das selbst bestimmen würde, wohin es zu gehen beliebt. Vielmehr gehe der ÖGD als Teil des öffentlichen Dienstes dorthin, wohin man ihn schickt.

Es ist ja tatsächlich nicht oder doch nur sehr selten so, dass der ÖGD seine Zukunft selbst bestimmen könnte, dass wir als die aktuellen Akteure aus unserer Fachlichkeit und unserem Engagement heraus den Standort des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im gegliederten Gesundheitswesen der Bundesrepublik bestimmen, seine Aufgaben angesichts sich wandelnder gesundheitlicher und sozialer Rahmenbedingungen definieren und die zur Erfüllung eben dieser Aufgaben notwendigen Ressourcen so ohne weiteres erhalten könnten. Vielmehr erhält der Öffentliche Gesundheitsdienst Auftrag und Ausstattung von den hierfür in unserem demokratischen Rechtsstaat zuständigen und – daran sei mit Nachdruck erinnert – verantwortlichen politischen Institutionen.

Den bestimmenden Rahmen bilden dabei die Gesundheitsdienstgesetze der Länder mit ihren organisatorischen Vorgaben und ihrem immer kleiner werdenden Katalog an Pflichtaufgaben. Für das kommunale Gesundheitsamt kommen dann aber noch die oft wichtigeren Aufträge der in den Kreisen oder kreisfreien Städten verantwortlichen Gremien hinzu, der Kreistage, Räte, Bürgerschaften und wie sie auch immer heißen.

Die persönliche Überzeugung von der fachlichen Notwendigkeit einer bestimmten Maßnahme reicht also zumeist alleine nicht aus, diese auch tatsächlich umzusetzen und – auch dessen muss man sich gewärtig sein – aus Mitteln der Allgemeinheit bereitgestellte Ressourcen hierfür einzusetzen. Vielmehr bedarf es zur Wahrnehmung einer Aufgabe stets auch eines entsprechenden öffentlichen Auftrags.



Diese Einsicht mag zunächst schmerzlich sein, sie hat aber auch etwas Entlastendes: Verantwortlich für Aufgaben und Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit letztlich auch für dessen Erfolg sind die gewählten Politiker vor allem in Land und Kommune.

Und wenn ich enttäuschte Politikerinnen und Politiker Klage führen höre über die vermeintlich geringe Leistungsfähigkeit des ÖGD, dann möchte ich in Abwandlung des geflügelten Wortes antworten: "Jedes Land und jede Kommune haben den

Öffentlichen Gesundheitsdienst, den sie verdienen."

"Jedes Land und jede Kommune haben den Öffentlichen Gesundheitsdienst, den sie verdienen."

Aber natürlich dürfen wir uns auch nicht hinter der Verantwortung der Politik verstecken und passiv darauf warten, dass andere – oft genug unter fachfremden Gesichtspunkten – Ausstattung und Aufgaben des ÖDG formulieren. Dies haben wir vielleicht schon zu lange getan.

Es ist ganz sicher unsere Aufgabe, der Politik mit unserer Erfahrung und unserer fachlichen Qualifikation beratend zur Seite zu stehen. Und es ist die Pflicht gerade der kommunalen Gesundheitsämter, die politisch Verantwortlichen in der Kommune von der Notwendigkeit bestimmter Aufgaben oder Maßnahmen zu überzeugen und so auf den erforderlichen öffentlichen Auftrag hinzuwirken.

Hierzu bedarf es des fachpolitischen Dialogs mit der Politik. Vor Jahren erklärte mir ein amtsärztlicher Kollege voller Stolz, dass er noch nie an einer Sitzung des

Gesundheitsausschusses seiner Kommune teilgenommen habe. Was soll man dazu sagen? Herzlichen Glückwunsch! Eine solche Einstellung ist wohl heute kaum mehr denkbar. Und dennoch: Wir müssen unsere Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst

"Ich halte es für notwendig, dass wir den Dialog mit der Politik suchen."

als politisch, als im Dienste der Polis verstehen und entsprechend agieren, wenn wir die Verantwortlichen in der Politik überzeugen wollen. Damit meine ich keinesfalls, dass wir parteipolitisch gefärbte Brillen tragen sollten. Aber ich halte es für notwendig, dass wir politisch denken und dass wir den Dialog mit der Politik suchen.

Ich plädiere also dafür, dass wir uns mit gut begründeten, an Hand von Daten belegten Vorschlägen in politische Entscheidungsprozesse einmischen, ja, dass wir solche initiieren und anstoßen, dass wir Verbündete suchen, dass wir Gremienarbeit leisten und dass wir versuchen, unseren fachlichen Einfluss geltend zu machen.

Natürlich bin auch ich mir im Klaren darüber, dass dieser Versuch, sich in die politischen Entscheidungsprozesse mit Fachlichkeit und Erfahrung einzumischen, nur langsam und arg begrenzt zu Erfolgen führt. Zu knapp sind die derzeit zur Verfügung stehenden Finanzmittel, zu gering ist immer noch das Interesse von Öffentlichkeit und Politik am Öffentlichen Gesundheitsdienst, zu sehr gilt andererseits dieses Interesse der individuellen, vor allem der eigenen Gesundheit und den immer weniger finanzierbaren spektakulären Fortschritten in der kurativen Medizin. Aber dennoch müssen wir den Versuch unternehmen, es gibt hierzu keine Alternative.

"Ich plädiere also dafür, dass wir uns mit gut begründeten, an Hand von Daten belegten Vorschlägen in politische Entscheidungsprozesse einmischen, ja, dass wir solche initiieren und anstoßen, dass wir Verbündete suchen, dass wir Gremienarbeit leisten und dass wir versuchen, unseren fachlichen Einfluss geltend zu machen."

